DPtV Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung

Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. bvvp

Deutsche PsychotherapeutenVereinigung (DPtV)

Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp)

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0091(28)
gel. VB zur öAnhörung am 25.03.15_GKV-VSG
23.03.2015

19.03.2015

Gemeinsame Stellungnahme zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

Mehr als 20.000 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie 5.000 überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte leisten einen wichtigen Beitrag zur ambulanten Versorgung psychisch kranker Menschen.

Die Gesetzesnovellierung stellt nach Meinung von bvvp und DPtV eine Chance dafür dar, Verbesserungen der Versorgung und der Arbeitsmöglichkeiten für Psychotherapeuten zu regeln.

Der Entwurf enthält eine begrüßenswerte Verpflichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses, die Psychotherapierichtlinie weiter zu entwickeln. Andererseits sieht er verschärfte Bedingungen zum Abbau vermeintlicher, nicht bestehender Überkapazitäten vor, die auch die psychotherapeutische Versorgung sehr beeinträchtigen würde. Der Gesetzentwurf berücksichtigt die Stellung der Vertragspsychotherapeuten angesichts ihres Versorgungsbeitrags nicht angemessen.

Wie auch die KBV sehen die unterzeichnenden Verbände die Eingriffe in die Abstimmungsmodalitäten der Vertreterversammlungen als hoch problematischen Eingriff in die legitimierten auf der Basis von Wahlergebnissen entstandenen Repräsentanzen an.

Die Änderungsvorschläge der Stellungnahme sind durch Unterstreichungen bzw. Streichungen gekennzeichnet.

Zu § 28 Abs. 3

§ 28 Absatz 3 SGB V wird wie folgt neu gefasst:

Die psychotherapeutische Behandlung umfasst die Tätigkeit von Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeuten) und Vertragsärzten entsprechend den Richtlinien nach § 92 sowie Maßnahmen, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten, die nach den Regeln der psychotherapeutischen Kunst ausreichend und zweckmäßig sind. Zur psychotherapeutischen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Psychotherapeuten angeordnet und von ihm zu verantworten ist.

Begründung

Mit der Neufassung wird die Definition der psychotherapeutischen Behandlung erweitert. Dies ist auch mit Blick auf das Anliegen der Stärkung der Prävention notwendig.

Ebenfalls wird die Delegation von Leistungen durch Psychotherapeuten mit der Neufassung von § 28 Absatz 3 SGB V ermöglicht, soweit Vorschriften der Psychotherapie-Richtlinie dem nicht widersprechen.

Außerdem wird vorgeschlagen, die Vorschrift zum Konsiliarverfahren in der bisherigen Form zu streichen. Es verursacht Zeitverlust bis zum Beginn der Behandlung und erbringt in der gegenwärtigen Form wenig Informationsgewinn für den Psychotherapeuten und den Patienten.
Ohnehin sieht § 1 Abs. 3 Psychotherapeutengesetz eine somatische Abklärung vor, bevor eine Psychotherapie begonnen wird. In welcher Form die Abklärung jedoch erfolgt, sollte der Psychotherapeut gemeinsam mit dem Patienten bestimmen. Das bisherige formalisierte Konsiliarverfahren ist oft eine zusätzliche Belastung für den Patienten, z.B. wenn er, obwohl ein Klinikbericht mit somatischen Befunden vorliegt, zusätzlich einen Vertragsarzt aufsuchen muss.

Zu § 73 Abs. 2 (Beschränkung der sozialrechtlichen Befugnisse der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)

Änderungsvorschlag: Abs. 2 wird folgendermaßen geändert:

2. Die Nummern 2, 2a, 4, 6, 7, soweit es die Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln betrifft, 10 und 11 gelten nicht für Psychotherapeuten.

Begründung:

Laut Koalitionsvertrag sollen die „bestehenden Befugnisbeschränkungen für Psychotherapeuten“ überprüft werden. Die noch bestehenden Beschränkungen der sozialrechtlichen Befugnisse der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten haben sich als Hindernis bei der vernetzten

Behandlung psychisch kranker Patienten erwiesen und der Umweg über einen Arzt belastet die Patienten zusätzlich: Wenn in einer Krisensituation ein Patient kurzfristig in eine entsprechende psychotherapeutische oder psychiatrische Abteilung eines Krankenhauses eingewiesen werden muss, oder wenn bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen die Verschreibung einer Ergotherapie oder einer logopädischen Behandlung begleitend oder alternativ zu einer Psychotherapie sinnvoll ist oder wenn ein Patient, der länger arbeitsunfähig war, wieder eingegliedert werden soll, muss der Psychotherapeut zur direkten Einleitung dieser Maßnahmen befugt sein. Vor allem würde die geplante Sprechstunde (s. Nr. 28 Gesetzentwurf) in ihrer Funktionalität deutlich gestärkt, wenn Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die entsprechenden Befugnisse zugestanden werden.

Aufgrund des Berufsrechts der Psychotherapeuten beschränken sich die sozialrechtlichen Befugnisse in Satz 1 auf die Bereiche, zu denen die Psychotherapeuten aufgrund ihrer Aus- und ggf. Weiterbildung befugt sind. Dazu gehört z.B. nicht die Verordnung von Arzneimitteln.

Zu § 73 Abs.4

Änderungsvorschlag: Nach Absatz 4 wird ein neuer Absatz 4.a eingefügt.

Die Selbstverwaltung entwickelt zeitnah interdisziplinäre und sektorenübergreifende strukturierte Versorgungsangebote zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit neurologischen und psychischen Erkrankungen. Regelungen der Psychotherapierichtlinie sind dabei zu berücksichtigen.

Begründung:

Angesichts eines steigenden Bedarfs an Behandlungsmöglichkeiten für neurologisch und psychisch Kranke soll die Kooperation von Psychotherapeuten, Psychiatern, Neurologen und Psychosomatikern verbessert werden. Es wird deshalb vorgeschlagen, die Selbstverwaltung zu beauftragen, zeitnah interdisziplinäre und sektorenübergreifende strukturierte Versorgungsangebote zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen und neurologischen Erkrankungen zu entwickeln. Hiermit soll insbesondere die Kooperation der Berufsgruppen untereinander gefördert werden, so dass Patienten die notwendige Behandlung am richtigen Ort schneller bekommen.

Zu § 79 Abs. 3a neu (Vertreterversammlungen)

Zur geplanten Stimmengewichtung in der Vertreterversammlung der KBV verweisen wir auf die rechtlichen Bedenken der KBV.

Zusätzlich entsteht folgendes Psychotherapeuten-spezifisches Problem:

Mit der vorgesehenen Änderung würde eine doppelte Quotierung der Stimmenanteile für die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eingeführt: Die Auswirkungen der geplanten Stimmengewichtungen auf die in § 80 Abs. 1 gebotene Repräsentanz der Psychotherapeuten von bis zu 10% der Mitglieder der Vertreterversammlungen sind

gravierend. Die 10% stellen bereits eine Einschränkung dar, denn der Anteil der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an der Gesamtzahl aller Vertragsärzte beträgt derzeit ca. 12,3% (nach Bundesarztregister vom 31.12.2013: 19.991 / 162.651). Diese vom Gesetzgeber garantierte Obergrenze wird durch die vorgesehene Stimmengewichtung unterlaufen und die Repräsentanz durch die doppelte Quotierung erheblich geschmälert. Da im Regierungsentwurf in keiner Weise zu erkennen ist, dass diese Einschränkung beabsichtigt ist, muss der geplante § 79 Abs. 3a als ein Unterlaufen der Repräsentanzgarantie für Psychotherapeuten angesehen werden.

Zu § 79 Abs. 4 Satz 1 SGB V (Vorstände der KBV und der KVen)

Änderungsvorschlag: Satz 1 wird um einen Halbsatz ergänzt:

(4) [1]Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen besteht aus bis zu drei Mitgliedern, von denen ein Mitglied ein psychotherapeutisches oder überwiegend psychotherapeutisch tätiges ärztliches Mitglied sein muss.

Begründung:

Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind eine eigene Berufsgruppe in den KVen und der KBV. Ihre Tätigkeit unterscheidet sich von medizinisch-somatisch-ärztlicher Tätigkeit erheblich. Die vergangenen 15 Jahre haben gezeigt, dass alle Psychotherapeuten einschließlich der ärztlichen Psychotherapeuten eine bessere Verankerung in den Strukturen der KVen und der KBV brauchen, um ihre speziellen Interessen auch operativ in die Verwaltungen und in der Außenvertretung einbringen zu können.

Zu § 87 Abs. 2c

Änderungsvorschlag: In § 87 Abs. 2c wird Satz 6 geändert und ein Satz 7 angefügt.

„Die Bewertungen für psychotherapeutische Leistungen haben eine Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten, mit der sichergestellt ist, dass eine mit vertragsärztlichen Leistungen vollausgelastete psychotherapeutische Praxis den Ertrag einer ebenso mit vertragsärztlichen Leistungen vollausgelasteten Praxis des fachärztlichen Versorgungsbereichs erzielt; dieser ist als Durchschnittsertrag aller Facharztgruppen zu ermitteln. Die Überprüfung der Bewertungen für psychotherapeutische Leistungen erfolgt jährlich.“

Begründung

Die Vergütung ärztlich-somatischer und psychotherapeutischer Leistungen unterscheidet sich grundlegend. Erstere können pro Zeiteinheit verdichtet werden, letztere sind strikt an Mindestzeiten gebunden. Daraus ergibt sich ein Honorargefälle zulasten der Psychotherapeuten. Aus diesem Grund hat das Bundessozialgericht seit 1999 in mehreren Urteilen einen Honorarausgleich vorgeschrieben. Mit dem Gesundheitsreformgesetz (GKV-RefG) des Jahres 2000 wurde die Rechtsprechung des

BSG in das SGB V übernommen. Die Vorschrift lautet in ihrer derzeitigen Form (§ 87 Abs. 2c Satz 6): *„Die Bewertungen für psychotherapeutische Leistungen haben eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten."* Faktisch lässt diese Vorgabe dem Bewertungsausschuss zu viel Spielraum. Aus dem vom BSG festgelegten Mindesthonorar ist über die Umsetzungen des Bewertungsausschusses ein faktisch nicht zu überschreitendes Honorar geworden. Es ist für die Psychotherapeuten nicht mehr länger hinnehmbar, sich lediglich mit einem Mindesthonorar zufrieden geben zu müssen, das dazu führt, dass bei gleicher Arbeitszeit nur etwa die Hälfte der Einkommen der somatischen Arztgruppen erreicht werden kann. Die spezielle Art der intensiven zeitgebundenen Zuwendung zum Patienten muss durch eine gesetzliche Vorgabe zur Honorierung der Psychotherapie geschützt werden.
Mit der vorgeschlagenen Ergänzung der gesetzlichen Vorschrift ist eine prospektive Festsetzung eines den Grundsätzen der Verteilungsgerechtigkeit genügenden Psychotherapiehonorares möglich. Hinzu kommt, dass die Prüfung der angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen jeweils nur in sehr großen Zeitabständen erfolgte. Eine jährliche Überprüfung wäre eine Sicherheit für die Psychotherapeuten, mit der die Rechtskonformität der jeweils aktuellen Vergütung überprüft würde. Durch eine jährliche Überprüfung ergäbe sich in Zukunft die Möglichkeit, schnell auf eine unangemessen niedrige Vergütung zu reagieren und sie für das Folgejahr zu korrigieren. Denn das Bundessozialgericht musste mehrfach entsprechende Beschlüsse des Bewertungsausschusses nachträglich korrigieren. Um den Anspruch auf eine nachträgliche Korrektur der Honorarbescheide zu wahren, sind Psychotherapeuten gezwungen, auf jeden Honorarbescheid mit einem Widerspruch zu reagieren. Diese Rechtsunsicherheit ist durch den Ergänzungsvorschlag zu beenden.

Zu § 92 Abs. 6a Satz 3 neu (Psychotherapierichtlinie)

Änderungsvorschlag: Ergänzung um weitere Möglichkeiten der Flexibilisierung der Psychotherapierichtlinie.

[3]Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 30. Juni 2016 in den Richtlinien Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, <u>zur Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung, der Akutversorgung,</u> von Gruppentherapien, <u>der Rezidivprophylaxe</u> sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens.

Begründung:

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Präzisierung des Auftrags an den Gemeinsamen Bundesausschuss ist geeignet, zur Flexibilisierung der Psychotherapierichtlinie beizutragen und damit die Versorgung zu verbessern. Allein mit den Ergänzungen der Einrichtung einer Sprechstunde, der Förderung der Gruppentherapie und der Entbürokratisierung sind die angestrebten Ziele nicht zu erreichen.

Vorgeschlagen wird deshalb eine Erweiterung um die differenzierte und frühzeitige diagnostische Abklärung, die Akutversorgung und Behandlungsmöglichkeiten in Form einer Rezidivprophylaxe. Während die Sprechstunde einem niedrigschwelligen Zugang zu einer ersten vorläufigen Abklärung und Beratung des Patienten dient, ist es

unerlässlich, sofern der Befund den Verdacht auf eine psychische Krankheit nahelegt, dies mittels einer umfassenderen Diagnostik zu klären. Dazu sind auch Fremdbefunde zu sichten und Entscheidungen bezüglich weiterer Behandlungsnotwendigkeiten zu treffen. Da dies in einer Sprechstunde nicht zu leisten ist, sollte der Diagnostik durch eine Konkretisierung des Auftrags an den G- BA mehr Gewicht gegeben werden. Mündet die diagnostische Abklärung in die Empfehlung einer psychotherapeutischen Behandlung, sollte zum Abbau von Wartezeiten die Akutversorgung im Sinne einer zeitnahen Erstversorgung als Krisenintervention in den Fällen gefördert werden, in denen Wartezeiten nicht zumutbar sind. Bei chronischen psychischen Erkrankungen ist der in der Psychotherapierichtlinie angelegte episodische Behandlungsansatz oft nicht geeignet und eine niederfrequente Behandlung über längere Zeiträume in Form einer Rezidivprophylaxe oder Erhaltungstherapie ist notwendig - nicht anders als es bei chronischen körperlichen Krankheiten der Fall ist.
Wir verweisen dazu auch auf die Vorschläge des Bundesrats, nicht nur die Sprechstunde einzurichten, sondern auch zeitnahe Behandlungsmöglichkeiten wie z.B. die Akutversorgung zu fördern.

Die Verbände weisen jedoch eindringlich daraufhin, dass eine „Flexibilisierung des Therapieangebotes“ ohne neue Behandlungskapazitäten nicht zu leisten sein wird.

Zu § 95 Abs. 1 (Medizinische Versorgungszentren)

Änderungsvorschlag: An den entsprechenden Stellen wird „Psychotherapeuten“ oder „psychotherapeutisch“ ergänzt.

An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Medizinische Versorgungszentren sind ärztlich <u>oder psychotherapeutisch</u> geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte <u>oder</u> <u>Psychotherapeuten</u>, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Der ärztliche <u>oder</u> <u>psychotherapeutische</u> Leiter muss in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt/Psychotherapeut tätig sein; er ist in fachlichen Fragen weisungsfrei. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).

Begründung:

Zwar enthält der Regierungsentwurf eine Regelung, die die alleinige Leitung eines MVZ durch einen Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erlaubt, jedoch nur dann, wenn dem MVZ kein Arzt angehört. Die ärztliche Leitung in einem ansonsten berufsgruppenübergreifenden MVZ vorzuschreiben, ist nicht sachgerecht. Sollte diesem Vorhaben die Überlegung zugrunde liegen, dass das ärztliche Berufsrecht vorrangig ist, ist festzustellen, dass das Berufsrecht sozialrechtlich sinnvollen Regelungen der kooperativen und gleichrangigen Berufsausübung nicht entgegenstehen darf.

Zu § 95 Abs. 3

Hier verweisen wir auf die Stellungnahme der KBV.

Zu § 103 Abs. 3a Satz 3 und Satz 4 neu (Nachbesetzung)

Änderungsvorschlag: Keine Verschärfung der Aufkaufregelung

Der Zulassungsausschuss ~~soll~~ kann den Antrag ablehnen, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist; dies gilt nicht, sofern die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll, der dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 5 und 6 bezeichneten Personenkreis angehört, oder der sich verpflichtet, die Praxis in ein anderes Gebiet des Planungsbereichs zu verlegen, in dem nach Mitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung aufgrund einer zu geringen Ärztedichte ein Versorgungsbedarf besteht. ~~Für einen Nachfolger, der dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 6 bezeichneten Personenkreis angehört, gilt Satz 3 zweiter Halbsatz mit der Maßgabe, dass das Anstellungsverhältnis oder der gemeinschaftliche Betrieb der Praxis mindestens drei Jahre lang angedauert haben muss. Satz 4 gilt nicht, wenn das Anstellungsverhältnis oder der gemeinschaftliche Praxisbetrieb vor dem … [einsetzen: Datum des Tages der 1. Lesung des Deutschen Bundestages] begründet wurden.~~ Einem Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens kann auch dann stattgegeben werden, wenn die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll, der dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 4 bezeichneten Personenkreis angehört und dieser die vertragsärztliche Tätigkeit in einem Gebiet, in dem der Landesausschuss nach § 100 Absatz 1 das Bestehen von Unterversorgung festgestellt hat, nach dem … [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 20 Absatz 1] erstmalig aufgenommen hat."

Begründung:

Die Erschwerung der Weitergabe von Vertragsarztsitzen steht im Widerspruch zum erklärten Willen der Koalition, eine schnellere fachärztliche Versorgung zu bewirken und insbesondere den Zugang zur psychotherapeutischen Behandlung zu verbessern. Wir plädieren deswegen dringend für eine Beibehaltung der Kann-Regelung.

Aus Sicht der Psychotherapeuten weisen wir außerdem darauf hin, dass die Bedarfsplanung der Psychotherapeuten auf fehlerhaften Zahlen fußt. Verhältniszahlen und ausgewiesene Überversorgungsgrade sagen nichts über den tatsächlichen Bedarf an psychotherapeutischer Behandlungskapazität aus, wie dies durch die erheblichen Wartezeiten in als nominell überversorgt geltenden Planungsbereichen belegt wird.
Würde die Regelung umgesetzt, wären davon in den nächsten Jahren über 7.400Psychotherapeutensitze bundesweit betroffen, die über einem Versorgungsgrad von 110 % liegen.
Auch der Sachverständigenrat weist auf die Unzuverlässigkeit der Bedarfsplanungsdaten hin: „Die Fachgruppe der Psychotherapeuten bedarf im Hinblick auf z. T. noch zu entwickelnde Kriterien für eine angemessene Bedarfsplanung noch weiterer Untersuchungen und einer gesonderten Betrachtung." Der Bundesrat schlägt eine Aussetzung für den Bereich der Psychotherapie bis zur Umsetzung der strukturellen Veränderungen der Psychotherapierichtline in § 92 Abs. 6a Satz 3 vor: „Dies bietet

außerdem die Möglichkeit, vorher eine neue Bedarfsanalyse gerade im Bereich der Psychotherapie zu erstellen“, heißt es in der Begründung, der wir uns voll umfänglich anschließen.

Zur Erhöhung der Anstellungszeit auf 3 Jahre:

Eine Anstellung und ein gemeinschaftlicher Praxisbetrieb stellen die Möglichkeit einer schrittweisen Reduzierung der Behandlungstätigkeit aus Altersgründen und Übergabe an den Praxisnachfolger dar, bei gleichzeitiger Sicherung einer ausreichenden und damit abgabefähigen Praxissubstanz. Da das Leistungskontingent bei einer Anstellung oder Job-Sharing-Partnerschaft auf das bisherige Volumen der Praxis begrenzt ist, findet mit dieser Regelung bereits drei Jahre vor dem Termin der geplanten Praxisübergabe eine massive Begrenzung im Umfang der Behandlungstätigkeit von Senior- und Juniorpartner statt. Diese Konstellation der Deckelung des Leistungsumfangs zusammen mit der Mindestforderung von drei Jahren ist nicht zumutbar und verschlechtert die Versorgungssituation. Stattdessen sollte im Sinne der Kontinuität der Versorgung speziell zur Gestaltung der Praxisübergabe die Möglichkeit eines privilegierten Assistenten gesetzlich verankert werden, der ohne starren Leistungsdeckel über eine befristete Zeit bis zur Übernahme der Praxis angestellt werden kann.

Zu den §§ 113, 117 und 120 (Hochschulambulanzen):

Änderungsvorschlag: Beibehaltung der bisherigen Regelungen für die Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG durch Einfügung eines Satzes in § 117 Abs.2 und Ergänzung eines Absatzes 3

§ 117 Abs. 2
Absatz 1 gilt entsprechend für die Ermächtigung der Hochschulambulanzen an psychologischen Universitätsinstituten im Rahmen des für Forschung und Lehre erforderlichen Umfangs und zur Behandlung des Personenkreises nach Absatz 1 Satz 1. Für die Vergütung gilt § 120 Abs. 2 bis 4 SGB V entsprechend.
Für Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG gilt Abs. 1 Satz 1 entsprechend; im Übrigen gilt ausschließlich Absatz 3.

Absatz 3 (neu)
Institute und Ambulanzen an Ausbildungsstätten gemäß § 6 PsychThG dienen der Behandlung von Versicherten und der in § 75 Abs. 3 genannten Personen durch die hierfür durch die entsprechenden Landesbehörden zugelassenen Ausbildungsteilnehmer, sofern die Krankenbehandlung unter der Verantwortung von Personen stattfindet, die die fachliche Qualifikation für die psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen. Zur Anwendung gelangen Behandlungsverfahren, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs. 6a anerkannt sind. Der Überweisungsvorbehalt nach Absatz 1 Satz 3 gilt nicht. Bei der Vergütung der Leistungen der Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG soll eine Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen. § 113 Abs. 4 gilt nicht für die Einrichtungen nach Satz 1.

Begründung:

Die vorgeschlagenen Regelungen in den §§ 113, 117 und 120 beziehen sich auf die besonderen Bedingungen von Hochschulambulanzen, sind aber nicht zielführend für die Ausbildungsstätten nach § 6 Psychotherapeutengesetz (PsychThG).

Diese sind die Träger der theoretischen und Praktischen Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Sie bieten die Theoriekurse, die Selbsterfahrung und die Supervision der Ausbildungstherapien an, und erbringen ausschließlich Leistungen nach der Psychotherapie-Richtlinie, ohne Überweisungsvorbehalt, auf der Grundlage von EBM-Leistungspositionen. Sie sind über die jeweiligen Landesprüfungsämter staatlich anerkannt, sind nicht in die Hochschulausbildung oder die Ambulanzen der Hochschulen integriert, sondern sind rechtlich und organisatorisch eigene Einheiten. Eine Vermengung der Regelung von Hochschulambulanzen mit den besonderen Bedingungen der Ausbildungsinstitute nach § 6 PsychThG führt zu einer wohl unbeabsichtigten Revision der Funktion von psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten. Um dies klarzustellen, wird vorgeschlagen, einen Absatz 3 neu einzufügen. Durch die vorgeschlagenen Änderungen würden die bisherigen Regelungen sachgerecht fortgeführt.

caritas

Deutscher
Caritasverband e.V.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0091(8)
gel. VB zur öAnhörung am 25.03.
15_GKV-VSG
19.03.2015

Prof. Dr. Georg Cremer
Generalsekretär
Vorstand für Sozial- und Fachpolitik

Postfach 4 20, 79004 Freiburg
Karlstraße 40, 79104 Freiburg
Telefon-Zentrale 0761 200-0

Ihre Ansprechpartnerin
Dr. Elisabeth Fix
Telefon-Durchwahl 030 284 447- 46
Email elisabeth.fix@caritas.de

Renate Walter-Hamann
Telefon-Durchwahl 0761 200 369
Email renate.walter-hamann@caritas.de

17.03.2015

Stellungnahme

zum Gesetzentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) BT Drs. 18/4095 sowie zu Anträgen der LINKEN BT-Drs. 18/4187 und von BÜNDNIS 90/ Die GRÜNEN BT-Drs. 18/4153

A. Zusammenfassende Bewertung

Der Deutsche Caritasverband begrüßt die mit dem Versorgungsstärkungsgesetz fortgeführten Bemühungen des Gesetzgebers zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen und der Versorgungsqualität sowie zu einer stärker sektorenübergreifenden Zusammenarbeit der Akteure unseres gegliederten Gesundheitswesens. In diesem Zusammenhang greift der Gesetzentwurf virulente Probleme auf, wie z. B. das Versorgungsmanagement bei der Krankenhausentlassung oder die Wartezeiten in Bezug auf Facharzttermine. Der Gesetzentwurf enthält darüber hinaus auch einige innovative Ansätze zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, wie die Förderung von Praxisnetzen oder die Möglichkeit der Zulassung arztgruppengleicher Medizinischer Versorgungszentren. Der Deutsche Caritasverband erwartet auch, dass vom Innovationsfonds zahlreiche positive Impulse für die Weiterentwicklung der Versorgungsformen ausgehen werden, z.B. hinsichtlich der Möglichkeiten, die Zusammenarbeit von pflegerischen und ärztlichen Gesundheitsberufen im Wege der Delegation und Substitution auszubauen. Nachdrücklich begrüßt wird, dass der Gesetzesentwurf in besonderer Weise auch die Belange von chronisch kranken Menschen und Menschen mit einer Behinderung in den Blick nimmt.

Im Folgenden wird der Gesetzentwurf in den wichtigsten Punkten zusammenfassend bewertet. Die ausführliche Bewertung der einzelnen Regelungen wird in Teil B der Stellungnahme vorgenommen.

Herausgegeben von
Deutscher Caritasverband e.V.
Vorstandsbereich Sozial- und Fachpolitik
Prof. Dr. Georg Cremer
Generalsekretär

1. Besonders zu begrüßen sind die neuen Leistungen eines zahn- und mundgesundheitlichen Präventionsmanagements für pflegebedürftige Menschen und Menschen mit einer Behinderung. Dafür hatte sich der Deutsche Caritasverband seit vielen Jahren eingesetzt. Dringend erforderlich war auch die im Gesetzentwurf jetzt vorgesehene Schaffung angemessener finanziellen Rahmenbedingungen für die Durchführung von Narkosen bei der zahnärztlichen Behandlung. Damit wird endlich sichergestellt, dass Menschen mit einer geistigen oder erheblichen motorischen Beeinträchtigung, die ihre Kooperationsfähigkeit bei der Behandlung einschränkt, überhaupt ambulant zahnärztlich versorgt werden können.
2. Als weiteren wichtigen Schritt zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit einer Behinderung erachtet der Deutsche Caritasverband und sein Fachverband CBP die Einrichtung von Medizinischen Behandlungszentren für Menschen mit geistigen und schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB), sofern eine spezifische Behandlung erforderlich ist, die im Regelsystem nicht gewährleistet werden kann. Zentral für uns ist, dass diese Einrichtungen zugleich als Kompetenzzentren in die Regelversorgung ausstrahlen. Nachbesserungsbedarf sehen wir im Bereich der nicht-ärztlichen sozialmedizinischen Leistungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung durch ein MZEB erbracht werden. Diese Leistungen, die in § 43b SGB V normiert sind, dürfen nicht auf die Früherkennung von Erkrankungen enggeführt werden. Insgesamt positiv bewertet wird auch, dass die Bundesregierung mit dem vorliegenden Gesetzentwurf Anreize setzt, Arztpraxen barrierefrei auszugestalten.
3. Ausdrücklich begrüßt wird, dass der Gesetzentwurf in § 132 SGB V die Einführung eines Schiedsverfahrens für die Leistung der Haushaltshilfen vorsieht. Damit wird eine langjährige Forderung des Deutschen Caritasverbands eingelöst. Die vorgesehene Regelung bedarf aus unserer Sicht noch der Ergänzung, dass die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen stets als wirtschaftlich anzuerkennen ist. Des Weiteren setzen wir uns, wie jetzt auch der Bundesrat, schon seit Jahren dafür ein, dass die Haushaltshilfe bei ambulanter Krankenbehandlung gemäß § 38 Abs. 2 SGB V zur Pflichtleistung der Krankenkassen erhoben wird. Die Einführung der „Soll“-Vorschrift mit dem Versorgungsstrukturgesetz im Jahr 2012 hat keine grundlegende Veränderung der Situation bewirkt; nach wie vor werden Haushaltshilfe insbesondere für chronisch kranke Menschen und Menschen und Menschen mit progredientem fortgeschrittenen Krankheitsverlauf von den Krankenkassen oftmals abgelehnt, mit Verweis, die Satzung sehe nur Leistungen für akute Krankheitsfälle vor.
4. Der Deutsche Caritasverband setzt sich dafür ein, dass auch für die Versorgung mit Soziotherapie in § 132b SGB V ein Schiedsverfahren eingeführt wird.
5. Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass der Gesetzgeber erneut beim Entlassmanagement aus dem Krankenhaus nachjustieren will. Es ist für die Patienten außerordentlich hilfreich, wenn künftig Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Verbandsmittel sowie die Häusliche Krankenpflege und auch die Soziotherapie für bis zu 7 Tage durch den Krankenhausarzt verordnet werden können. Sinnvoll wäre es, wenn Leistungen der Häuslichen Krankenpflege und der Hilfsmittel nicht mehr dem Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen unterliegen würden, denn die Krankenkassen sind durch die Neuregelung jetzt konkret Partei des Entlassmanagements. Wie schon in vorherigen Gesetzentwürfen wird auch im Versorgungsstärkungsgesetz die Rolle der Überleitung in die pflegerische Versorgung zu wenig berücksichtigt. So müssen neben den Krankenkassen dringend auch die Pflegekassen in

das Entlassmanagement einbezogen werden. Im Kontext des Versorgungsmanagements ist in § 11 Absatz 4 zudem zu ergänzen, dass die fallbezogene Koordination Bestandteil der Leistung der Häuslichen Krankenpflege werden muss.

6. Der Deutsche Caritasverband setzt sich dafür ein, die ambulante Versorgungslücke nach Krankenhausaufenthalt oder nach ambulant durchgeführten Operationen endlich zu schließen: So haben Patienten, die sich nach solchen Eingriffen nicht selbst pflegen und versorgen können, jedoch nicht längerfristig pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, keinen Anspruch auf grundpflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung. Wenn sie alleinlebend sind und sich den Einkauf dieser Leistungen nicht leisten können, tritt Unterversorgung sein. Diese Gesetzeslücke gilt es daher zu schließen.
7. Der Deutsche Caritasverband sieht dringenden Handlungsbedarf bezüglich der Wartezeiten auf Facharzttermine. Die vorgesehene Einrichtung von Terminservicestellen kann ein sinnvolles Instrumentarium sein, um die Wartefristen zu verkürzen. Durch ihre flächendeckende Einrichtung werden jedoch auch finanzielle Ressourcen gebunden, die anderweitig nicht zur Verfügung stehen. Wir schlagen vor, dass die Terminservicestellen nur die ultima ratio sein sollen, sofern andere regionale Lösungen nicht greifen. Der Hausarzt kann am besten beurteilen, ob und wie dringlich ein Facharzttermin erforderlich ist. Erst wenn das Instrumentarium einer nach dem Grad des medizinischen Erfordernisses und der Dringlichkeit differenzierten Überweisung nicht greift, soll eine Terminservicestelle eingerichtet werden.
8. Positiv im Sinne der Patientenrechte zu vermerken ist, dass die Zweitmeinung als eigenständige Leistung in einem neuen § 27b SGB V eingeführt wird. Faktisch ist es schon heute möglich, jederzeit eine Zweitmeinung einzuholen. Problematisch ist die Engführung der Zweitmeinung auf planbare Eingriffe mit dem reinen Ziel einer Mengensteuerung im Krankenhaus. Eine Zweitmeinung muss dem Patienten auch bei planbaren, nicht-operativen, sehr invasiven und/oder risikobehafteten Behandlungen zugänglich sein.
9. Der Deutsche Caritasverband begrüßt die vorgesehenen Neuregelungen zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie. Die Einrichtung niedrigschwellig zugänglicher psychotherapeutischer Sprechstunden mit dem Ziel einer kurzfristigen Abklärung des notwendigen Behandlungsbedarfs und der Behandlungsmöglichkeiten wird begrüßt. Sie ist ausdrücklich um die Möglichkeit zur Krisenintervention zu erweitern. Die Erweiterung der Möglichkeit zur Gruppentherapie auch im ambulanten Bereich wird vom Deutschen Caritasverband schon lange gefordert. Dringend erforderlich ist eine Verschlankung des Antrags- und Gutachterverfahrens, insbesondere mit dem Ziel festzustellen, in welchen Fällen ein Gutachterverfahren entfallen bzw. durch ein einfaches Anzeigeverfahren ersetzt werden kann.
10. Der Deutsche Caritasverband begrüßt die Einführung des Innovationsfonds mit dem Ziel einer Förderung von Maßnahmen zur sektorenübergreifende Versorgung und zur Intensivierung der Versorgungsforschung nachdrücklich. Ein wesentliches Ziel muss die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Versorgungsbereichen, aber auch den Berufsgruppen im Sinne einer multiprofessionellen interdisziplinären Kooperation sein, um für die Patienten eine nahtlose Versorgung zu gewährleisten.
11. Ein großes Potenzial für die Verbesserung der Versorgung liegt in der selbständigen Ausübung von Heilkunde durch besonders qualifizierte Pflegekräfte. Dazu müssen die Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c endlich beginnen. Die in Artikel 9 und 10 vorgesehene „Kann“-Regelung zur Entwicklung von standardisierten Ausbildungsmodulen für die Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c SGB V ist ein wichtiger, jedoch bescheidener Schritt. Die

Curricularentwicklung ist aus Sicht der Caritas nicht dem Gemeinsamen Bundesausschuss, sondern Fachkommissionen unter Aufsicht des BMG und BMFSFJ zu übertragen, denn im G-BA ist die Pflege als Bank nicht vertreten. Um Modellvorhaben in Gang zu setzen, ist es erforderlich, gesetzgeberische Schritte zur Beseitigung der hohen Hürden, die die Modellvorhaben behindern, zu unternehmen, z.B. durch Vorgaben für die Durchführung der Modellvorhaben oder zur künftigen Vergütung dieser Leistungen, die für Ausbilder und Auszubildende mit einem hohen wirtschaftlichen Risiko verknüpft sind.

Zusammenfassend lässt der Gesetzentwurf zahlreiche positive Ansätze zu einer Verbesserung der Versorgungsstrukturen und der Leistungsqualität erkennen. Gleichzeitig merkt der Deutsche Caritasverband abschließend generell an, dass der Gesetzgeber die Probleme der Unter- und Überversorgung mit dem vorliegenden Gesetzentwurf nicht im erforderlichen Maße in den Blick genommen hat. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten von 2014 hierzu gute Vorschläge unterbreitet, die der Deutsche Caritasverband nachdrücklich unterstützt. Mit Nachdruck setzen wir uns in diesem Zusammenhang dafür ein, gezielt das Potenzial der pflegerischen Kompetenzen für eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Gesamtbevölkerung zu nützen.

B. Zu den Änderungen im Einzelnen

Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 16 neu: Ruhen der Leistungsansprüche bei Bezug von SGB II bzw. SGB XII-Leistungen

Gesetzentwurf

In der Regelung wird klargestellt, dass das Ruhen von Leistungsansprüchen als Sanktion bei der Nichtzahlung von Beiträgen nicht eintritt bzw. endet, wenn der Versicherte im Sinne des SGB II oder SGB XII hilfebedürftig ist bzw. wird.

Bewertung

Auch bisher haben die gesetzlichen Krankenkassen in der Praxis den Vertrag nicht ruhend gestellt, wenn ein Versicherter im Sinne des SGB II oder SGB XII hilfebedürftig war oder wurde. Es fehlte jedoch an einer expliziten Regelung zu dieser Fallkonstellation im SGB V. Die Vorschrift ist der Regelung für die Privatversicherten in § 193 Abs. 6 VVG nachgebildet. Diese Klarstellung wird vom Deutschen Caritasverband begrüßt.

§ 22a neu: Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen

Gesetzentwurf

Pflegebedürftige Menschen, Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz i.S. des § 45a SGB XI sowie Menschen mit einer Behinderung, die Eingliederungsleistungen nach dem SGB XII erhalten, haben nach der Neuregelung Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen. Diese Leistungen umfassen die Erhebung eines Mundgesundheitsstatus, die Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene und Maßnahmen zu deren Erhalt. Die genannten Personenkreise haben Anspruch auf die Erstellung eines individuellen Plans zur Mund- und Prothesenpflege sowie auf die Entfernung harter Zahnbeläge. In die Aufklärung sowie in die Erstellung des individuellen Plans sollen ausdrücklich auch die Pflegepersonen einbezogen werden. Das Nähere soll in den Richtlinien des GBA nach § 92 geregelt werden.

Bewertung

Menschen mit einer Behinderung oder Pflegebedürftige haben häufig Schwierigkeiten, ihre tägliche Mund- und Zahnhygiene ausreichend und selbständig durchzuführen, insbesondere, wenn sie motorisch oder kognitiv eingeschränkt sind. Wissenschaftliche Studien zur Entwicklung der Kariesverbreitung und des Kariesbefalls belegen, dass diese Personengruppen einen deutlich schlechteren Zahn- und Mundgesundheitsstatus aufweisen als der Durchschnitt der

Allgemeinbevölkerung. Die schlechte Zahn- und Mundgesundheit zieht gerade bei pflegebedürftigen Menschen und Menschen mit einer Behinderung gravierende Folgen für ihre Allgemeingesundheit nach sich. Bleiben Karies, Parodontitis oder Gingivitis unbehandelt, kann dies schwere Erkrankungen der Lunge oder des Herz-Kreislauf-Systems zur Folge haben. Bei pflegebedürftigen Menschen treten nicht selten in Folge eines nicht mehr funktionierenden Kauapparats oder aufgrund von Erkrankungen der Mundschleimhaut Probleme der Fehl- und Mangelernährung auf.

Der Deutsche Caritasverband hat sich daher seit Jahren vehement für eine prophylaktische zahnmedizinische Betreuung von pflegebedürftigen Menschen und Menschen mit einer Behinderung eingesetzt. Daher begrüßen wir ausdrücklich, dass die vorgesehenen Präventionsmaßnahmen auch das Entfernen harter Belege vorsehen. Aufgrund der eingeschränkten Fähigkeiten zur Durchführung der Mundhygiene haben diese Personengruppen ein erhöhtes Risiko der Bildung von Zahnbelägen. Das im Gesetzentwurf vorgesehene Präventionsmanagement, das die Erhebung des Mundgesundheitsstatus, die Aufklärung über Mundhygiene und vor allem die Erstellung eines individuellen Plans zur Mund- und Prothesenpflege umfasst, stellt einen wesentlichen Schritt zur Verbesserung der Mund- und Zahngesundheit dieser Personengruppen dar. Die Erhebung des Mundgesundheitsstatus ermöglicht die Aufstellung eines individuellen Maßnahmeplans zur Pflege von Zähnen, Zahnfleisch, Mundschleimhäuten, Zahnersatz und Prothesen.
Von zentraler Bedeutung ist auch die Einbeziehung der Pflegepersonen, die bei der täglichen Zahn- und Mundpflege unterstützen bzw. diese sogar durchführen. Sie benötigen qualifizierte und detaillierte Informationen über die anzuwendenden Putztechniken sowie zur Reinigung des Zahnersatzes.

§ 27b neu: Zweitmeinung

Gesetzentwurf

Anspruch auf eine unabhängige Zweitmeinung haben Versicherte, bei denen die Indikation zu einem planbaren Eingriff gestellt wird, bei dem insbesondere im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung seiner Durchführung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seinen Richtlinien erstmals bis zum 31. Dezember 2015, für welche planbaren Eingriffe der Anspruch auf Einholung einer Zweitmeinung besteht. Zudem legt er – soweit erforderlich – die Anforderungen an die Abgabe der Zweitmeinung und die für die Abgabe der Zweitmeinung geeigneten Leistungserbringer fest. Zur Erbringung einer Zweitmeinung sind zugelassene Ärzte, zugelassene medizinische Versorgungszentren, ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen sowie zugelassenen Krankenhäuser berechtigt. Ausgeschlossen sind die Ärzte und Einrichtungen, durch den oder die der Eingriff durchgeführt werden soll. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausgesellschaften informieren inhaltlich abgestimmt über Leistungserbringer, die unter Beachtung der vom Gemeinsame Bundesausschuss festgelegten Anforderungen zur Erbringung der unabhängigen Zweitmeinung geeignet und bereit sind. Der Arzt, der die Indikation für den Eingriff stellt, muss den Versicherten über das Recht auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung aufklären und ihn auf die Informationsangebote über geeignete Ärzte und Einrichtungen hin-

weisen. Die Aufklärung über den Zweitmeinungsanspruch soll regelmäßig mindestens 10 Tage vor dem vorgesehenen Eingriff erfolgen, jedoch in jedem Fall so rechtzeitig, dass der Versicherte seine Entscheidung über die Einholung einer Zweitmeinung wohlüberlegt treffen kann.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband unterstützt die Einführung eines Anspruchs auf eine unabhängige Zweitmeinung bei sog. mengenanfälligen ambulanten und stationären planbaren (operativen) Eingriffen. Sie können ein Beitrag dazu sein, Patienten vor medizinisch nicht-indizierten Eingriffen zu schützen und/oder weniger invasive Behandlungen und Eingriffe zu ermöglichen. Daher soll aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes der Anspruch auf ein Zweitmeinungsverfahren nicht nur auf planbare Eingriffe, die mengenanfällig sind, beschränkt werden, sondern grundsätzlich auch nicht-operative Eingriffe, die besonders risikobehaftet und/oder sehr invasiv sind, miteinschließen. Zudem sollte sich das Zweitmeinungsverfahren nicht nur auf die Prüfung der medizinischen Notwendigkeit und Sachgerechtigkeit des vorgesehenen Eingriffs beziehen, sondern auch die Prüfung alternativer Eingriff- und Behandlungsmöglichkeiten umfassen.

Wir geben zudem zu bedenken, dass die Frist von mindestens 10 Tagen vor einem schweren und invasiven Eingriff zu kurz bemessen sein kann. Laut Gesetzesbegründung soll ein planbarer Eingriff im Krankenhaus unmittelbar nach der Frist vorgenommen werden, in begründeten Einzelfällen sogar vor Ablauf der Frist, z.B. wenn der Patient sich schon im Krankenhaus befindet. Diese Regelung mag für viele Konstellationen ausreichen sein. Wir verweisen jedoch nachdrücklich auf die ergänzende Klarstellung des Kabinettsentwurfs, dass die Fristen grundsätzlich so bemessen sin müssen, dass der Versicherte seine Entscheidung über die Einholung einer Zweitmeinung wohlüberlegt treffen kann. Daher muss auch die zeitnahe Weitergabe der erforderlichen medizinischen Befunde durch den erstuntersuchenden Arzt gewährleistet werden, um eine möglichst effektive Erbringung der Zweitmeinung zu erreichen und unnötige Doppeluntersuchungen zu vermeiden.

Positiv wird bewertet, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausgesellschaften inhaltlich abgestimmt und unter Beachtung der Vorgaben des G-BA Informationen über die geeigneten Leistungserbringer erstellen müssen, da die Versicherten sich in kurzer Zeit auf der Grundlage qualifizierter Informationen orientieren und sich für einen Leistungserbringer entscheiden müssen. Der DCV begrüßt, dass der G-BA in erforderlichen Fällen in einer Richtlinie zur Qualitätssicherung nun nicht nur eingriffsbezogene Anforderungen an die Eignung der Leistungserbringer, sondern auch Anforderungen an die Erbringung der Zweitmesinung selbst festlegen soll. Diese Qualitätskriterien des G-BA können eine qualitativ hochwertige Erbringung der Zweitmeinung unterstützen. Bezüglich der in Betracht kommenden Qualitätskriterien wird in der Gesetzesbegründung neben besonderen Qualifikationsanforderungen, Struktur- oder Prozessvorgaben auf Anforderungen an die Einbeziehung von Ärztinnen/Ärzten weiterer medizinischer Fachgebiete verwiesen. Der DCV befürwortet diese Möglichkeit zur interdisziplinären Erbringung der Zweitmeinung ausdrücklich als qualitätssichernde Maßnahme.

Obwohl die Einführung des Anspruchs auf eine ärztliche Zweitmeinung vom DCV grundsätzlich positiv bewertet wird, muss dennoch kritisch angemerkt werden, dass der Anspruch auf eine unabhängige Zweitmeinung unmittelbar mit dem Problem der Mengenanfälligkeit bei bestimm-

ten Eingriffen verknüpft wird. Die Verantwortung für die Verhinderung medizinisch nicht-indizierter Eingriffe wird damit quasi auf den Patienten übertragen, der über die Einholung einer Zweitmeinung entscheiden muss. Das Problem der nicht-indizierten Mengenausweitung wird auf diesem Wege nicht ursächlich angegangen.

Aus den genannten Gründen fordert der Deutsche Caritasverband den Gesetzgeber eindringlich auf, wettbewerbliche Fehlanreize im Vergütungssystem für medizinische Leistungen zu beseitigen, die eine nicht-indizierte Mengenausweitung z.B. im Sinne unnötiger oder verfrühter Operationen begünstigen oder wirtschaftlich lukrativ machen.

§ 38 Pflichtleistung Haushaltshilfe bei ambulanter Behandlung

Stellungnahme Bundesrat

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

Bewertung

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

Nach dem Sinn und Zweck der Vorschrift ist die Gestellung der Haushaltshilfe eine begleitende Maßnahme bei der Bekämpfung der Krankheit im Sinne einer akzessorischen Nebenleistung, die eine ambulante Behandlung des Versicherten ermöglicht und seine Genesung unterstützt (vgl. Nolte in *Kassler Kommentar*, § 38 Rn. 2). In den letzten Jahren wurde die Satzungsleistung nach § 38 Abs. 2 SGB V von immer mehr Krankenkassen gekürzt. Dazu kommt eine sehr restriktive Bewilligungspraxis der Krankenkassen im Einzelfall, die häufig nicht den vom Arzt verordneten notwendigen Leistungsumfang, sondern eine reduzierte Stundenzahl gewährt. Besonders betroffen von solchen Maßnahmen sind Mehrkindfamilien oder Familien mit Kleinkindern, die in einer medizinisch und psycho-sozial schwierigen Situation dringend auf eine ver-

lässliche Versorgung angewiesen sind. Daher soll die Krankenkasse auch in Fällen, in denen die haushaltsführende Person sich zwar zu Hause befindet, aber krankheitsbedingt ihre Aufgaben bei der Versorgung ihrer Kinder und bei der Haushaltsführung aufgrund einer akuten oder chronischen Erkrankung nicht bewältigen kann, zumindest für einen Übergangszeitraum zur Leistung verpflichtet sein. Nur dann ist der Behandlungserfolg gesichert. Aus diesem Grund muss auch die ambulante Krankenbehandlung verpflichtend leistungsauslösend sein.

Der Vorstoß des Bundesrats, die Haushaltshilfe bei ambulanter Krankenbehandlung zu einer Pflichtleistung zu machen, wird vom Deutschen Caritasverband nachdrücklich unterstützt. Er entspricht einer langjährigen Forderung unseres Verbands. Inhaltlich greift der konkrete Vorschlag des Bundesrats jedoch zu kurz, wenn er eine Beschränkung der Pflichtleistung bei ambulanter Behandlung auf schwere Akuterkrankungen bzw. die Verschlimmerung von Akuterkrankungen vorsieht. Gerade bei schweren Erkrankungen, bei denen Einsätze von Haushaltshilfen erforderlich sind, ist der Übergang vom Akutstadium ins Stadium der Chronifizierung oft schwer zu bestimmen. So liegen uns zahlreiche Beispiele vor, bei denen die Krankenkassen bei nicht mehr stationär behandelten, fortgeschrittenen Krebserkrankungen die Kostenübernahme für Haushaltshilfen ablehnen, weil es sich hierbei um eine chronische Erkrankung handele, für welche die Satzung keine Leistung vorsehe. In der Praxis lehnen die Krankenkassen häufig bei schweren Erkrankungen Leistungen ab, mit der Begründung, die Krankheit sei inzwischen nicht mehr akut, sondern bereits chronisch. Gleichzeitig benötigen gerade diese Versicherten und ihre Familienangehörigen die Leistung ganz besonders dringend.

Lösungsvorschlag

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

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

§ 39 neu: Entlassmanagement

Gesetzentwurf

Das Entlassmanagement in § 39 SGB V wird in einem eigenen Absatz 1a neu geregelt. Als Ziel wird die Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten nach einer Krankenhausbehandlung genannt. Das Entlassmanagement bleibt dabei grundsätzlich Bestandteil der Krankenhausbehandlung. Insofern richtet sich der Anspruch des Versicherten gegen das Krankenhaus. Dem Krankenhaus wird jedoch die Möglichkeit eröffnet, Aufgaben des Entlassmanagements auf einen weiterbehandelnden Vertragsarzt zu übertragen. Die Versicherten erhalten gegenüber ihrer Krankenkasse einen Rechtsanspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements. Zur Sicherstellung einer lückenlosen Versorgung können Krankenhäu-

ser Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Verbandsmittel, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie für die Dauer von bis zu 7 Tagen verordnen. Bei Arzneimitteln kann die kleinste Packung gemäß der Packungsgrößenverordnung verordnet werden. Im Rahmen des Entlassmanagements kann das Krankenhaus künftig auch die Arbeitsunfähigkeit feststellen. Für all diese Leistungen gelten dieselben leistungsrechtlichen Vorgaben, Genehmigungsfristen und Wirtschaftlichkeitsbestimmungen wie im vertragsärztlichen Bereich. Die Rahmenvorgaben zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den Krankenkassen und zur Ausgestaltung des Verordnungsrechts werden zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft in einem bis zum 31. Dezember 2015 zu schließenden Rahmenvertrag vereinbart. Kommt die Vereinbarung nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei entsprechend § 118a Abs. 1 Satz 2 SGB V durch das Bundesschiedsamt innerhalb von drei Monaten festgelegt. Neben den Vertragsparteien ist auch das Bundesgesundheitsministerium berechtigt, das Schiedsamt anzurufen.

Bewertung

Beim Entlassmanagement sind in der Praxis zahlreiche Versorgungslücken festzustellen. Daher begrüßen wir den sektorenübergreifenden Ansatz der Neuregelung. Positiv zu bewerten ist insbesondere, dass die Krankenkasse das Entlassmanagement aktiv unterstützen muss. Sie ist dazu ohnehin schon im Rahmen des Versorgungsmanagements nach § 11 Abs. 4 Satz 4 SGB V, auf den Satz 2 dieser Regelung ausdrücklich Bezug nimmt, verpflichtet. Im Gesetzestext sollte jedoch konkretisiert werden, dass diese Unterstützung in der Organisation eines nahtlosen Versorgungsmanagements der im Einzelfall zu beteiligenden Leistungserbringer, wie z.B. Vertragsärzte, Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeeinrichtungen, besteht. Zu den zu beteiligenden Leistungserbringern können auch Praxisnetze zählen, wie vom Bundesrat vorgeschlagen (Drs. 641/14 Ziffer 9), ohne dass es hierfür aus Sicht des Caritasverbandes einer gesonderten gesetzlichen Regelung bedarf. Positiv zu bewerten ist, dass das Krankenhaus die Aufgabe des Entlassmangagements gemeinsam mit den Vertragsärzten wahrnehmen kann, denn die Sicherstellung einer lückenlosen vertragsärztlichen Anschlussbehandlung nach dem Krankenhausaufenthalt erfordert ein Schnittstellenmanagement, das in der Praxis dringend verbesserungsbedürftig ist. Der Deutsche Caritasverband begrüßt nachdrücklich, dass den Krankenkassen explizit die Aufgabe zugewiesen wird, gemeinsam mit dem Krankenhaus die für die Umsetzung des Entlassplans erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen, wie z.B. das Kontaktieren der für die Weiterversorgung erforderlichen ärztlichen und pflegerischen Leistungserbringer. Im Gesetzestext ist klarzustellen, dass das Entlassmanagement ein interdisziplinäres Konzept erfordert, das nicht nur die vertragsärztliche Weiterversorgung umfasst, sondern auch die pflegerische Versorgung und Maßnahmen zur Rehabilitation. Wir unterstützen nachdrücklich den Vorschlag des Bundesrats, wonach neben den Krankenkassen auch die Pflegekassen in das Entlassmanagement einzubeziehen sind. Der Verweis auf § 11 Absatz 4 Satz 4, erster Halbsatz SGB V reicht als gesetzliche Regelungsgrundlage hierbei nicht aus, denn auch beim Versorgungsmanagement führen die betroffenen Leistungserbringer nach dem SGB V die Regie und beziehen die Pflegeeinrichtungen lediglich ein. Diese Einbeziehung erfolgt nach § 11 Absatz 4 Satz 4, zweiter Halbsatz SGB V unter besonderer Berücksichtigung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, welche die Erstellung eines Versorgungsplans vorsieht. Die nach dem SGB XI zur Versorgung zugelassenen Pflegeeinrichtungen müssen jedoch direkt in das Ver-

sorgungsgeschehen bei der Krankenhausentlassung einbezogen werden, um eine lückenlose Versorgung in den pflegerischen Bereich hinein sicherstellen zu können. So könnten beispielsweise Beratungen und Anleitungen von pflegenden Angehörigen durch Pflegedienste im Rahmen von § 45 SGB XI bereits im Krankenhaus stattfinden.

Der Aufwand der ambulanten Pflegedienste wird allein bei der Beteiligung am Antragsverfahren auf häusliche Krankenpflege vom Statistischen Bundesamt mit 14,2 Minuten pro Fall beziffert (vgl. Destatits: Erfüllungsaufwand im Bereich Pflege, März 2013 S. 103). Für ihre Beteiligung am Entlassmanagement erhalten die Pflegedienste keine Vergütung, obwohl ein gelungenes Entlassmanagement, bei dem der Antrag auf häusliche Krankenpflege nur einen Bruchteil der Aufgaben darstellt, Folgekosten verhindert. Die Regelung, das Entlassmanagement weiterhin nur als Teil der Krankenhausbehandlung zu sehen, ist aus diesen Gründen nicht ausreichend. In vielen Fällen ist eine fallbezogene Koordination von Leistungen in der Überleitung aus dem Krankenhaus in die pflegerische Versorgung erforderlich. Fallbezogene Koordination ist jedoch nicht Bestandteil der Richtlinie zur Häuslichen Krankenpflege. Der Gesetzgeber soll daher in § 11 Absatz 4 SGB XI sicherstellen, dass die fallbezogene Koordination Bestandteil des Versorgungsmanagements wird.

Positiv zu bewerten ist, dass der Gesetzgeber ausdrücklich die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln, von häuslicher Krankenpflege und von Verbandsmitteln regelt. Der Deutsche Caritasverband hatte sich im Rahmen von Stellungnahmen zu den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege stets dafür eingesetzt, die Verordnungsmöglichkeiten auf die Dauer von 7 Tagen zu erweitern, damit es nicht zu Versorgungslücken kommt. Wir begrüßen diese Neuregelung daher nachdrücklich.

Da Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege sowie die Verordnung von Hilfsmitteln der Genehmigungspflicht der Krankenkassen unterliegen, sollte im Gesetzestext klargestellt werden, dass diese Genehmigung bereits im Rahmen der in § 39 Abs. 1a Satz 4 neu geregelten Beteiligung der Krankenkassen am Entlassmanagement erfolgt. Die Verordnungsfähigkeit der kleinsten Verpackung von Arzneimitteln halten wir für sachgerecht, insbesondere im Zusammenhang mit der Regelung, dass das in § 14 Apothekengesetz geregelte Recht der Krankenhäuser, Arzneimittel für kurze Übergangszeiträume abzugeben, unberührt bleibt.

Positiv bewertet wird auch, dass die Krankenhäuser künftig auch die Arbeitsunfähigkeit des Patienten bei der Entlassung feststellen können. Dies entlastet den Patienten und ist zugleich ein Beitrag zur Entbürokratisierung.

Der Gesetzestext stellt klar, dass die Krankenhäuser bei der Verordnung von Häuslicher Krankenpflege, Heil- und Hilfsmitteln sowie Arzneimitteln den entsprechenden Regelungen im vertragsärztlichen Bereich unterliegen. Sie unterliegen somit auch den Wirtschaftlichkeitsvorgaben des vertragsärztlichen Bereichs. Im Gesetzestext ist jedoch auch zu regeln, dass die Verordnungen zu Lasten der vertragsärztlichen Gesamtvergütung nach § 85 SGB V erfolgen und in keiner Weise das Budget des Krankenhauses belasten dürfen.

Im Kontext der Regelungen zum Entlassmanagement verweisen wir auf eine ambulante Versorgungslücke, die besonders nach dem Krankenhausaufenthalt häufig entsteht: In unserer Praxis begegnet uns seit Jahren das Problem, dass Versicherte nach einem Krankenhausaufenthalt, aber auch nach einer ambulanten Therapie, z.B. Chemotherapie, einen hohen Bedarf an grundpflegerischer und hauswirtschaftlicher Versorgung haben. Da dieser Bedarf kurzfristiger Natur ist und nicht die Dauer von sechs Monaten übersteigt, haben diese Versicherten keinen Anspruch auf Leistungen nach dem SGB XI. Für einen entsprechenden Leistungsanspruch aus dem SGB V fehlt die rechtliche Grundlage. Der Anspruch auf Häusliche Krankenpflege (HKP) umfasst im Einzelnen zwar neben der Behandlungspflege auch die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung; eine Verordnung von Grundpflege und/oder hauswirtschaftlicher Versorgung ohne Behandlungspflege ist jedoch nur als Krankenhausvermeidungs- und -verkürzungspflege möglich. Rechtsgrundlage hierfür ist § 37 Abs. 1 SGB V. Aufgrund der Einführung der Fallpauschalen hat sich jedoch die Verweildauer im Krankenhaus so verkürzt, dass die Grundlage für eine Krankenhausverkürzungspflege weitgehend entfallen ist. Durch die Einführung der diagnosebezogenen Fallgruppen (DRGs) gibt es kaum noch Fälle von Krankenhausvermeidungspflege. Die Regelungen des § 37 Abs. 1 SGB V laufen daher faktisch „ins Leere“. Dennoch ist gerade die Verkürzung der Verweildauer und eine entsprechende frühzeitige Entlassung aus dem Krankenhaus Grund für das Entstehen einer Versorgungslücke im Übergang vom Krankenhaus in den ambulanten Bereich.

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

Lösungsvorschläge

Im Gesetzestext wird klargestellt, dass die Finanzierung der im Rahmen des Entlassmanagements erforderlichen Verordnungen zu Lasten der Gesamtvergütung erfolgt. Nach § 39 Abs. 1a Satz 5 ist daher folgender Satz anzuschließen:

„Die Vergütung erfolgt nach § 85“.

Die nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 durch das Krankenhaus verordneten Leistungen unterliegen für die 7tägige Höchstdauer der Verordnung durch das Krankenhaus keiner gesonderten Genehmigung durch die Krankenkasse. Nach § 39 Abs. 1a Satz 6 ist folgender Satz einzufügen:

„Die Leistungen gelten als von den Krankenkassen genehmigt".

Die Pflegeeinrichtungen sind direkt in das Entlassmanagement einzubeziehen. Daher müssen neben den Krankenkassen auch die Pflegekassen am Entlassmanagement direkt beteiligt werden. Wir unterstützen den Formulierungsvorschlag des Bundesrats:

„Pflegebedürftige Versicherte haben einen entsprechenden Anspruch auch gegenüber der Pflegekasse."

Die fallbezogene Koordination soll eine Leistung der Häuslichen Krankenpflege werden. Daher schlagen wir vor, § 11 Absatz 4 Satz 1 wie folgt zu erweitern:

„Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement, insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche, dies umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung **sowie die fallbezogene Koordination bei der Häuslichen Krankenpflege**."

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

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

§ 40 neu: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Gesetzentwurf

Der Gesetzentwurf stellt nun in Ansatz 1 Satz 1 klar, dass ambulante Rehabilitationsleistungen grundsätzlich auch mobile Rehabilitation durch wohnortnahe Einrichtungen umfassen.

Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Rehabilitationsleistung sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen. In Absatz 2 Satz 2 wird nun geregelt, dass der Versicherte die damit verbundenen Mehrkosten trägt, wenn er eine andere zertifizierte Rehabilitationseinrichtung wählt. Bisher bezieht sich diese Regelung nur auf Einrichtungen, mit denen kein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht.

In Absatz 3 Satz 1 wird ergänzend eingefügt, dass die Bestimmung der medizinischen Rehabilitation durch die Krankenkasse unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten nach § 9 SGB IX erfolgt. Mit der Regelung soll das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten bei Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation gestärkt werden.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband setzt sich seit Langem für die Stärkung und den Ausbau der mobilen Rehabilitation ein. Gerade für geriatrische Patienten, aber auch für viele andere Patientengruppen ist eine Rehabilitation im vertrauten Wohnumfeld oft effizienter als in einer ambulanten Rehabilitationseinrichtung. Bisher existieren in Deutschland jedoch nur 9 mobile Rehabilitationsdienste. Die Klarstellung, dass die ambulante Rehabilitation grundsätzlich auch die mobile Rehabilitation umfasst, kann einen Anreiz zum Ausbau der mobilen Rehabilitation darstellen.

Die Regelung in § 40 Absatz 2 Satz 2 zielt darauf ab, dass der Versicherte bei der Wahl einer anderen (als der von der Krankenkasse bestimmten) zertifizierten Rehabilitationseinrichtung den Mehraufwand zu bezahlen hat; dies bezieht sich nun auch auf Einrichtungen, mit denen die Krankenkasse einen Versorgungsvertrag nach § 111 geschlossen haben.

Es steht zu befürchten, dass die Krankenkassen die Neuregelung zum Anlass nehmen, vermehrt kostengünstig(st)e Einrichtungen zu bestimmen und somit Sparzwänge auf dem Rücken der Versicherten auszutragen. Nach den Erfahrungen aus der Praxis wird das Wahlrecht bisher eher restriktiv gehandhabt. Wenn Versicherte sich vor diesem Hintergrund für eine andere zertifizierte Einrichtung entscheiden, werden sie noch häufiger als bisher für die damit verbundenen Mehrkosten aufkommen müssen. Denn bisher kam die Übernahme des Mehraufwandes nur bei den zahlenmäßig geringeren vertragslosen Einrichtungen wie z.B. privaten Sanatorien oder hochpreisigen Einrichtungen zum Tragen. Die neue Regelung könnte zu einer Umkehr des bisherigen Verhältnisses von Regel und Ausnahme führen und würde insgesamt eine Verschlechterung für die Rehabilitanden bedeuten. Sie würde zudem vermehrt dazu führen, dass sich einkommensstärkere Rehabilitanden die Inanspruchnahme der Einrichtung ihrer Wahl leisten können, während für einkommensschwächere Rehabilitanden das Wunsch- und Wahlrecht de facto weiter geschwächt würde.

Aus den genannten Gründen lehnt der Deutsche Caritasverband die neue Regelung ab. Wir schlagen daher vor, dass Mehrkosten nur dann vom Versicherten zu tragen sind, wenn der Träger der Einrichtung keine Vergütungsvereinbarung nach § 111 Abs. 5 mit einer gesetz-

lichen Krankenkasse geschlossen hat. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Vereinbarung der Vergütung nur mit Einrichtungen getroffen wird, die für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten notwendig sind. Ein angemessener und wirtschaftlicher Leistungs- und Kostenrahmen ist für die Gesetzliche Krankenversicherung somit gesichert, eine unangemessene Mehrbelastung entsteht für die Krankenkassen nicht.

Das Ziel, das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten zu stärken, wird vom Deutschen Caritasverband ausdrücklich unterstützt. Denn häufig werden die Wünsche der Leistungsberechtigten insbesondere im Hinblick auf die Wahl einer Rehabilitationseinrichtung von den Kostenträgern nicht ausreichend berücksichtigt. Die Ursachen liegen vor allem darin, dass die Krankenkassen die Entscheidung über die Klinikbelegung vorrangig nach Kostengesichtspunkten treffen und dabei das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten nicht ausreichend berücksichtigen. Eine erfolgreiche Rehabilitation und eine nachhaltige Wirksamkeit der Maßnahme sind jedoch an die Motivation und aktive Mitgestaltung der Rehabilitanden gebunden.

Daher muss sichergestellt werden, dass den berechtigten Wünschen der Versicherten entsprochen wird und auf ihre persönliche Situation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse Rücksicht genommen wird. In der Begründung wird ausdrücklich auf diese klare und weitreichende Formulierung abgehoben. Daher muss sie auch in den Gesetzestext aufgenommen werden. Auf diese Weise wird zudem die Konsistenz der Regelungen zum Wunsch- und Wahlrecht in SGB V mit der entsprechenden Regelung des SGB IX hergestellt.

Lösungsvorschläge

§ 40 Absatz 2 Satz 2 soll lauten:

„Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung, die die medizinischen Erfordernisse in gleicher Weise erfüllt, hat er dadurch entstehende Mehrkosten nicht zu tragen, sofern der Träger der Einrichtung eine Vergütungsvereinbarung nach § 111 Absatz 5 mit einer gesetzlichen Krankenkasse abgeschlossen hat.“

§ 40 Absatz 3 soll lauten:

„Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen; Die Krankenkasse hat kein Ermessen, sofern der Leistungsberechtigte sein Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 SGB IX ausübt.
§ 23 Absatz 5 SGB V und § 13 Absatz 1 SGB VI sind entsprechend anzupassen.

§ 44 neu: Unterstützung der Krankenkassen bei Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit

Gesetzentwurf

Mit dem neuen § 44 Abs. 4 SGB V wird ein neuer Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen bei der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit geschaffen. Im Kabinettsentwurf wird klargestellt, dass die Inanspruchnahme dieses Leistungsangebots freiwillig ist und dass eine Ablehnung der Einwilligung in die Datenerhebung, - verarbeitung und –nutzung keinerlei leistungsrechtliche Konsequenzen hat.

Bewertung

Nach § 1 SGB V hat die Krankenversicherung die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten oder wiederherzustellen. Die Krankenkassen haben dabei die Versicherten durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu unterstützen. Versicherte, die Krankengeld nach § 44 SGB V beziehen, haben eine länger andauernde Krankheit zu überwinden. Die Wiederherstellung ihrer Arbeitsfähigkeit ist dabei ein zentrales Ziel. Es ist sinnvoll, den Krankenkassen die Aufgabe zu übertragen, die Versicherten dabei zu unterstützen, beispielsweise bei der Vermittlung von geeigneten Leistungserbringern der Rehabilitation oder beim Wiedereinstieg in das Berufsleben. Die Umsetzung des Rechtsanspruchs berührt jedoch den sensiblen Bereich des Sozialdatenschutzes, da ggf. medizinische Daten und sonstige Angaben über persönliche Umstände und Verhältnisse der Betroffenen erhoben und verarbeitet werden müssen. Es ist daher wichtig, dass kein Druck auf die Versicherten ausgeübt wird, die Beratungs- und Hilfeleistung auch in Anspruch zu nehmen. Die vorgeschlagene Ergänzung des Aspektes der Freiwilligkeit der Leistungsinanspruchnahme in § 44 SGB V neu wird daher vom Deutschen Caritasverband nachdrücklich begrüßt.

§ 44a: Krankengeld bei Organ-, Gewebe- und Blutspende

Gesetzentwurf

Es wird klargestellt, dass Krankengeld auch gewährt wird, wenn die Arbeitsunfähigkeit nicht in Folge von Krankheit, sondern durch die Spende von Organen, Geweben oder Blutstammzellen herbeigeführt wurde.

Bewertung

Die Klarstellung wird begrüßt.

§ 63 neu: Modellvorhaben

Gesetzentwurf

Die Vorschrift, wonach Ziele, Dauer, Art sowie allgemeine Vorgaben für die Ausgestaltung der Modellvorhaben und die Bedingungen für die Teilnahme von Versicherten in der Satzung der teilnehmenden Krankenkassen zu regeln sind, wird aufgehoben.

Bewertung

Die bisherige Vorschrift ist entbehrlich, denn Ziele, Inhalte und Dauer der Modellprojekte sowie die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten sind ohnehin in den Verträgen zu den Modellvorhaben selbst zu regeln. Die Streichung dient daher der Entbürokratisierung und ist zu begrüßen.

§ 73: Kassenärztliche Versorgung

Beschluss des Bundesrats

Der Bundesrat hat vorgeschlagen, § 73 Abs. 1a um einen neuen Satz 3a zu ergänzen, wonach Kinderärzte und hausärztliche Internisten in einem Planungsbezirk, für den der Landesausschuss eine drohende oder bestehende Unterversorgung festgestellt hat, zur haus- bzw. fachärztlichen Versorgung zuzulassen.

Bewertung

Dieser Vorschlag wird vom Deutschen Caritasverband nachdrücklich unterstützt.

§ 73b neu: Hausarztzentrierte Versorgung

Gesetzentwurf

Es wird geregelt, dass auch Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V, Impfleistungen nach § 20d, Leistungen zur Früherkennung nach § 25 und Kinderuntersuchungen nach § 26 sowie die Soziotherapie nach § 37a und die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) nach § 37b Gegenstand von Selektivverträgen der hausarztzentrierten Versorgung sein können.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband hält es für sachgerecht, dass Hausärzte Versicherte bei der Einschreibung in eine hausarztzentrierte Versorgung auch mit Satzungsleistungen versorgen können, wie z.B. mit nicht verschreibungspflichtigen OTC-Arzneimitteln, Heilmitteln, Hilfsmitteln, Leistungen der Häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfen, wenn die Satzung der jeweils vertragsschließenden Krankenkasse diese Leistungen vorsieht. In Bezug auf die Leistungen

der Vorsorge nach § 23 und Rehabilitation nach § 40 wiederholen wir unsere Bedenken, dass Regelleistungen in diesen Bereichen in die Satzungsleistungen abgeschoben werden. Gleiches befürchten wir, dass Leistungen der Soziotherapie nach § 37a und der SAPV nach § 37b, die von einem flächendeckenden Angebot aus jeweils unterschiedlichen Gründen noch weit entfernt sind, zu Leistungen im Rahmen von Selektivverträgen werden. Auch der Bereich der Früherkennungsleistungen, der Impfleistungen und der Kinderuntersuchungen eignet sich nicht für den Kassenwettbewerb. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden hingegen sollten als innovative Leistungen, die noch keinen Eingang in die Regelversorgung gefunden haben, durchaus in die Selektivverträge eingebunden werden können.

Lösungsvorschlag

In § 73b Abs. 5 Satz 3 wird „Leistungen nach den §§ 20d, 25, 26, 37a und 37b“ gestrichen.

§ 75 Abs. 1 neu: Ambulante Notfallversorgung

Gesetzentwurf

Der Sicherstellungsauftrag für die Versorgung zu sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst) liegt weiterhin bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese werden jedoch verpflichtet, mit den Krankenhäusern zu kooperieren. Zudem sollen sie mit den Landesapothekenkammern in einen Informationsaustausch zur Organisation des Notdienstes treten und mit den Rettungsleitstellen der Länder kooperieren.

Bewertung

Schon heute tragen die Krankenhäuser wesentlich dazu bei, dass die ambulante Notfallversorgung in der Praxis sichergestellt werden kann. Der Abschluss allein von Kooperationsverträgen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern, wie im Gesetzentwurf vorgesehen, greift allerdings zu kurz, um die Patientenversorgung im Notfall zu verbessern. Wenn die Krankenhäuser hier weitergehende Aufgaben übernehmen sollen, müssen sie auch das entsprechende Personal vorhalten. Der Deutsche Caritasverband und der Katholische Krankenhausverband Deutschland e.V. (KKVD) lehnen es ab, dass die Vergütung für den Notdienst nach den Regelungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) erfolgen soll. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass der deutliche höhere Aufwand der Krankenhäuser beim Notdienst, der allein schon durch die Durchführung der im Krankenhaus vorhandenen Möglichkeit zur Diagnostik und zu Laboruntersuchungen entsteht, im EBM nicht angemessen abgebildet werden kann. Die Vergütung der Krankenhäuser für die Sicherstellung des Notdienstes muss daher gesetzlich so geregelt werden, dass alle betroffenen Vertragspartner eine sachgerechte Vereinbarung treffen können.

§ 75 neu: Terminservicestelle

Gesetzentwurf

Zur Sicherstellung der angemessenen und zeitnahen fachärztlichen Versorgung richten die Kassenärztlichen Vereinigungen innerhalb von sechs Monaten nach Verkündigung des Gesetzes Terminservicestellen ein. Die Terminservicestelle hat Versicherten bei Vorliegen einer Überweisung zu einem Facharzt innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin zu vermitteln; einer Überweisung bedarf es nicht bei Vermittlung eines Behandlungstermins bei einem Augen-, Frauen-, oder Kinderarzt. Die Wartezeit auf den Behandlungstermin darf vier Wochen nicht überschreiten. Die Entfernung zwischen dem Wohnort des Versicherten und der Facharztpraxis muss zumutbar sein. Kann die Terminservicestelle innerhalb der genannten Fristen keinen Termin vermitteln, muss sie bei medizinischer Notwendigkeit einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anbieten, außer es handelt sich um verschiebbare Routineuntersuchungen oder Bagatellerkrankungen oder andere vergleichbare Fälle. Die Terminservicestelle hat dann einen Behandlungstermin im Krankenhaus in einer angemessenen Frist zu vermitteln. Im Bundesmantelvertrag sind innerhalb von drei Monaten nach Verkündigung des Gesetzes Regelungen zu schaffen zum Nachweis der Vorliegens der Überweisung, der zumutbaren Entfernung (differenziert nach Arztgruppen), zu den verschiebbaren Routineuntersuchungen, Bagatellerkrankungen und anderen vergleichbaren Fällen sowie zur Notwendigkeit weiterer Behandlungen nach § 76 Abs. 1a Satz 2.

Bewertung

Erhebungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und mehrerer Krankenkassen bestätigen die teilweisen langen Wartezeiten von Versicherten der GKV auf Facharzttermine. Der Deutsche Caritasverband sieht daher die Notwendigkeit, Maßnahmen zur Gewährleistung der fachärztlichen Versorgung zu ergreifen. Allerdings geben wir zu bedenken, dass der Aufwand und die Auswirkungen auf die Versorgung der Versicherten in einem angemessenen Verhältnis stehen sollen.

Die Erhebungen zeigen, dass die Wartezeiten der Versicherten in den gesetzlichen Krankenkassen sowohl regional wie auch bezüglich der verschiedenen Facharztgruppen stark variieren. Diese Befunde sprechen gegen einen Lösungsansatz, der – wie in der Begründung ausgeführt – bundesweit möglichst einheitlich ausgestaltet werden soll. Bundesweit einheitliche Lösungen können den konkreten regionalen Bedarfen kaum entsprechen, z. B. im Hinblick auf die geplante Festlegung von Wartezeiten und zumutbaren Wegstrecken für jede Facharztgruppe. Hinzu kommt der hohe Regelungsbedarf, der mit der bundesweiten Umsetzung von Terminservicestellen verbunden sein wird. Allein die Klärung unbestimmter Rechtsbegriffe dürfte nicht einfach umzusetzen sein. Die von der Terminservicestelle – auf Grundlage von Regelungen im Bundesmantelvertrag - vorzunehmende Bestimmung der Dringlichkeit ist nicht sachgerecht und greift zudem in die hausärztliche Verantwortung ein. Über die Dringlichkeit einer fachärztlichen (Weiter-) Behandlung und die mögliche Dauer der Wartefrist kann letztlich nur der behandelnde und überweisende Hausarzt entscheiden.

Auch der Deutsche Caritasverband sieht jedoch Handlungsbedarf bezüglich des zeitnahen Zugangs zu Facharztterminen. Hierzu sind an verschiedenen Stellen bereits Lösungsansätze in der Praxiserprobung. Zu nennen sind hier z.B. das Projekt „Dringliche Überweisung“ der KV im Saarland, eine zusätzliche Vergütung durch die AOK Mecklenburg-Vorpommern für die Vergabe zeitnaher Facharzttermine oder Terminservicestellen mehrerer Krankenkassen. Insbesondere das Modellprojekt der KV Saarland, das derzeit evaluiert wird, schafft durch die ärztliche Definition der gestuften Dringlichkeit und der Rückmeldung durch den jeweiligen Facharzt eine engere Verknüpfung und verbesserte Abstimmung zwischen haus- und fachärztlicher Behandlung. Auch die Regiekosten und der Verwaltungsaufwand scheinen bei regionalen Lösungen in der Regel geringer ausfallen. Im Rahmen des Konzepts könnten auch graduelle Staffelungen zur Bewertung des erstbehandelnden Arztes bezüglich der Notwendigkeit und Dringlichkeit der fachärztlichen Untersuchung vorgesehen werden,

Das Konzept der „dringlichen Überweisung“ könnte graduelle Staffelungen zur Bewertung des erstbehandelnden Arztes bezüglich der Notwendigkeit und Dringlichkeit der fachärztlichen Untersuchung vorsehen und auf diese Weise auch die Ausnahmeregelung in Ansatz 1a Satz 7 zur Definition von Routineuntersuchungen und Bagatellerkrankungen entbehrlich machen. Grundsätzlich bewerten wir die Kategorie der Routineuntersuchung als ein sinnvolles Abgrenzungskriterium im Hinblick auf die Bewertung der Notwendigkeit und Dringlichkeit einer ärztlichen Untersuchung. Den Begriff der sog. Bagatellerkrankungen sehen wir in diesem Zusammenhang dagegen kritisch, da er medizinisch nicht eindeutig definiert ist und sich aus sog. „Bagatellerkrankungen“ jeweils auch ernsthafte Erkrankungen entwickeln können, die eine ärztliche Behandlung erforderlich machen. Auch der unbestimmte Rechtsbegriff „weitere vergleichbare Fälle“ ist aus unserer Sicht als Abgrenzungskriterium wenig geeignet, da er zu viel Interpretationsspielraum zulässt. Wir sprechen uns aus den genannten Gründen dafür aus, die beiden Begriffe der „Bagatellerkrankung und der „weiteren vergleichbaren Fälle“ an dieser Stelle zu streichen.

Der Deutsche Caritasverband plädiert vor diesem Hintergrund nachdrücklich für die Unterstützung regionaler Lösungsansätze, welche die jeweiligen Bedarfssituationen gezielter aufgreifen können. Wir schlagen zudem vor, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen zu einer regelmäßigen Berichterstattung über die Wartezeiten auf Facharzttermine und die Maßnahmen, die sie zur Sicherstellung eines zeitnahen Zugangs ergriffen haben, verpflichtet werden.

Falls die bundesweite Einrichtung von Terminservicestellen wie jetzt geplant umgesetzt werden sollte, spricht sich der DCV für die Verankerung einer Öffnungs- und Vorrangklausel für entsprechende regionale Lösungsansätze aus. Diese Forderung entspricht dem Vorschlag des Bundesrates, nach dem vom Betrieb einer Terminservicestelle abgesehen werden kann, wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen durch andere organisatorische Maßnahmen die fachärztliche Terminvereinbarung in den angegebenen Zeiträumen gewährleisten können. Der entsprechende Nachweis solle alle zwei Jahre geführt werden.

Über die o.g. Maßnahmen hinaus, weist der DCV nachdrücklich darauf hin, dass die Wartezeiten auf eine fachärztliche Behandlung auch mit der jeweiligen Anzahl und Kapazität fachärztli-

cher Praxen verbunden sind. Daher müssen die Maßnahmen zur Regulierung von fachärztlicher Über- und Unterversorgung zielgerichtet umgesetzt werden. Der DCV regt zudem an, die entsprechende Bedarfsplanungsrichtlinie als Basis zur Feststellung von Über- und Unterversorgung zu aktualisieren und durch weitere Parameter zu erweitern (siehe Ausführungen zum Änderungsantrag überprüfen.

§ 87b Abs. 1 Satz 5 neu: Anästhesiologische Leistungen bei zahnärztlicher Behandlung

Gesetzentwurf

Der Gesetzentwurf regelt, dass anästhesiologische Leistungen bei der zahnärztlichen Behandlung von Menschen mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie angemessen honoriert werden müssen.

Bewertung

In der Praxis stellt die zahnärztliche Behandlung von geistig behinderten Menschen oder Menschen mit einer starken Bewegungseinschränkung, die in Folge dieser gesundheitlichen Einschränkungen während der Behandlung nicht hinreichend kooperationsfähig sind, ein großes Problem dar. Diese Patientengruppe benötigt oft eine Narkotisierung, die durch einen Anästhesiologen vorzunehmen ist. Da die Honorare für diese Leistung seit 2009 aus dem Regelleistungsvolumen ausgegliedert wurden und in Folge dessen nicht mehr entsprechend angemessen honoriert wurden, kann in der Praxis die zahnärztliche Behandlung ambulant oft gar nicht durchgeführt werden. Die Patienten werden auf eine stationäre Behandlung verwiesen. In jedem Fall verzögern sich medizinisch dringend erforderliche Behandlungen. Die gesetzliche Klarstellung, dass anästhesiologische Honorare nicht begrenzt werden dürfen, ist daher außerordentlich zu begrüßen.

§ 87b Abs. 2 Satz 2 neu: Praxisnetze

Gesetzentwurf

Die bisherige „Kann“-Regelung, wonach Kassenärztliche Vereinigungen gesonderte Vergütungsregelungen für Praxisnetze bilden konnten, wird durch eine „Muss“-Regelung ersetzt. Damit wird klargestellt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen zukünftig Praxisnetze fördern müssen, wenn sie diese anerkannt haben.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband sieht im Aufbau von Praxisnetzen einen Beitrag zum Abbau von Unterversorgung. Die Möglichkeit zum Zusammenschluss in Ärzteverbünden oder Praxisnetzen stellt eine Möglichkeit zur Arbeitsteilung dar und bietet dem niederlassungswilligen Arzt einen

Anreiz, auch in unterversorgten Gebieten eine Praxis zu eröffnen. Wir halten die Neuregelung daher für ausgesprochen sinnvoll.

§ 92 Absatz 6 a Satz 3 neu: Psychotherapierichtlinie

Gesetzentwurf

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird beauftragt, in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 (Psychotherapier-Richtlinie) bis 30.06.2016 Regelungen zur Flexibilisierung des ambulanten Psychotherapieangebotes zu beschließen.

Wie in der Begründung ausgeführt, soll mit der Einrichtung psychotherapeutischer Sprechstunden den Patienten ein zeitnaher Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung geschaffen und eine kurzfristige Abklärung des Behandlungsbedarfs ermöglicht werden. In den Sprechstunden sollen ein Erstgespräch und eine individuelle Beratung über verschiedene Versorgungsangebote erfolgen. Um mehr Versicherten eine zeitnahe psychotherapeutische Behandlung zu ermöglichen, sollen Umsetzungshindernisse für die ambulante die Gruppentherapie, die derzeit nur in geringem Umfang durchgeführt wird, beseitigt werden. Im Zuge der Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens nach §§ 25 ff. der Psychotherapie-Richtlinie soll festgelegt werden, in welchen Fällen eine Begutachtung entfallen könnte; für die Kurz- und Gruppentherapie soll geprüft werden, ob diese generell vom Antrags- und Gutachterverfahren befreit oder dieses durch ein einfaches Anzeigeverfahren ersetzt werden kann.

In der Gesetzesbegründung wird ausgeführt, dass die Regelungen der Selbstverwaltung zu Höchstgrenzen der Stundenkontingente und zur Neubeantragung einer Psychotherapie innerhalb von zwei Jahren nach Abschluss einer Therapie nun ebenfalls in die Überprüfung der Psychotherapierichtlinien einbezogen werden. Des Weiteren wird in der Gesetzesbegründung darauf verwiesen, dass der G-BA auch den Bedarf der Versicherten an niedrigschwelligen Informationen zu berücksichtigen hat, die besagen, an wen sie sich wenden können, wenn sie Psychotherapie benötigen. Hierzu sollen die Krankenkassen adressatengerechte und niedrigschwellige Informationen bereithalten. Auch das Antrags- und Gutachterverfahren soll erläutert werden, um Missverständnisse zu verhindern und Hürden für eine Antragsstellung abzubauen.

Bewertung

Die Änderung der Psychotherapie-Richtlinie mit dem Ziel der Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung und die genannten Maßnahmen werden vom Deutschen Caritasverband begrüßt; allerdings sehen wir im Hinblick auf die bedarfsgerechte Versorgung weitergehenden Handlungsbedarf.

Die Einrichtung psychotherapeutischer Sprechstunden mit dem Ziel einer kurzfristigen Abklärung des Behandlungsbedarfs und der Behandlungsmöglichkeiten wird als eine gute Maßnahme bewertet, Patienten einen zeitnahen und niedrigschwelligen Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung zu erleichtern und damit lange Wartezeiten mit der Gefahr der Verschlimme-

rung und Chronifizierung zu verhindern. Die diagnostische Abklärung des Behandlungsbedarfs und insbesondere die individuelle Beratung über verschiedene Versorgungsangebote werden im Sinne der genannten Zielsetzung jedoch nur dann wirksam werden können, wenn auf ein breites Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten (über die in der Psychotherapie-Richtlinie genannten hinaus) verwiesen werden kann, Kenntnis über entsprechende freie Behandlungskapazitäten besteht und Patienten bei Bedarf bei der Inanspruchnahme der in Frage kommenden Behandlungsmöglichkeiten unterstützt werden können. Daher wäre zu prüfen, wo die damit verbundenen Leistungen strukturell anzusiedeln wären. Mit der im Gesetzentwurf in § 95 Abs. 1 Satz 2 vorgesehenen Möglichkeit zur Gründung spezialisierter facharztgruppengleicher medizinischer Versorgungszentren würde z.B. die Möglichkeit zur Schaffung entsprechender Zentren für die psychotherapeutische Versorgung eröffnet. Zudem müssten die psychotherapeutischen Leistungen gem. Psychotherapie-Richtlinie erweitert werden.

Die Erweiterung des Auftrags für den G-BA zur Überprüfung der Höchstgrenzen in den Stundenkontingenten und zur Neubeantragung einer Psychotherapie innerhalb von zwei Jahren nach Abschluss einer Psychotherapie wird vom DCV ausdrücklich begrüßt. Die Flexibilisierung der Stundenkontingente und der Fristen für eine Neubeantragung können ein wichtiger Beitrag zu einer am individuellen Bedarf ausgerichteten Gestaltung von Psychotherapie sein.

Die nun im Gesetzentwurf vorgesehene Verpflichtung der Krankenkassen zur Bereitstellung adressatengerechter und niedrigschwelliger Informationen für die Versicherten dazu, wohin sie sich wenden können, wenn sie Psychotherapie benötigen, sowie über das Antrags-und Gutachterverfahren, ist grundsätzlich ein richtiger Schritt, wird aber als nicht ausreichend bewertet. Angesichts der Hemmschwellen, die für viele Versicherte die Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Behandlung nach wie vor darstellt, sollten die Krankenkassen umfassende Informationen zum Thema Psychotherapie zur Verfügung stellen, welche die „häufig gestellten Fragen“ von Versicherten aufgreifen.

Da der Zugang zu fachärztlicher psychotherapeutischer Versorgung nicht in den Regelungen gemäß § 75 neu Terminservicestellen aufgenommen wird, müssen die Regelungen zur psychotherapeutischen Sprechstunde auch die Gewährleistung von Krisenintervention im Rahmen der Akutversorgung umfassen.

Die Gruppenpsychotherapie ist bisher im stationären Setting sehr viel weiter verbreitet als in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Die Förderung der ambulanten Gruppenpsychotherapie wird daher aus Fachkreisen schon lange gefordert. Sie kann damit – wie in der Begründung dargelegt - auch die Möglichkeit bieten, mehr Patienten zu gleicher Zeit zu behandeln. Dazu kann sie allerdings nur insoweit beitragen, wie dies diagnostisch angezeigt ist und die Patienten von diesem Behandlungssetting z. B. im Sinne der gruppendynamischen Prozesse profitieren können. Im Hinblick auf die Änderung der Psychotherapie-Richtlinie sollte daher auch eine stärkere Flexibilisierung bezüglich der Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie und eine flexiblere Handhabung der Behandlungskontingente in die Prüfung einbezogen werden.

Eine effektivere psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung wird allerdings mit den o.g. Maßnahmen allein nicht zu erreichen sein. So sind auch in der psychotherapeutischen Versorgung große regionale Unterschiede und damit ungleiche Chancen im Zugang zu einer psychotherapeutischen Behandlung zu verzeichnen: Insbesondere in ländlichen Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte, aber auch in städtischen Quartieren mit hoher sozialer Belastung sind in der Regel keine ausreichenden Behandlungskapazitäten vorhanden. Die Instrumente zur Steuerung der ärztlichen Über- und Unterversorgung sind daher auch im Hinblick auf die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung anzuwenden. Allerdings weisen wir in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die geltenden Bedarfszahlen für Psychotherapeuten auf Grundlage der Erhebung des tatsächlichen Bedarfs überprüft werden sollten.

Zudem muss die psychotherapeutische Versorgung zukünftig stärker mit anderen Versorgungsbereichen vernetzt und in multiprofessionelle Versorgungsnetze eingebunden werden. Solche Versorgungsnetze sind insbesondere für stark oder langfristig beeinträchtigte Menschen oder Menschen mit chronischen Erkrankungen von großer Bedeutung, damit sie so selbständig wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld und mit einem möglichst hohen Grad an Teilhabe leben können. Auch die Bedarfe von Menschen mit Migrationshintergrund müssen zukünftig in der psychotherapeutischen Versorgung sehr viel stärker als bisher berücksichtigt werden. Wir schließen uns hier der Forderung des Deutschen Ärztetages nach einer Erweiterung der Zulassung von muttersprachlichen Psychotherapeuten an.

§ 92 a neu: Innovationsfonds, Grundlagen der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundeausschuss

§ 92 a Absatz 1 neu

Gesetzentwurf

Die Förderung neuer Versorgungsformen und die Gründung eines Innovationsfonds werden neu eingeführt.

In § 92 a (neu) Abs. 1 wird geregelt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss neue, über die bisherige Regelversorgung hinausgehende Versorgungsformen fördert, die ein hinreichendes Potential haben, in die Regelversorgung aufgenommen zu werden. Gefördert werden insbesondere Vorhaben, die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und hinreichendes Potenzial aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden. Förderkriterien sind insbesondere die Verbesserung der Versorgungsqualität und –effizienz, die Behebung von Versorgungsdefiziten, die Optimierung der Zusammenarbeit innerhalb und zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen / Versorgungseinrichtungen / Berufsgruppen, interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgungsmodelle, die Übertragbarkeit der Erkenntnisse, insbesondere auf andere Regionen oder Indikationen, die Verhältnismäßigkeit von Implementierungskosten und Nutzen sowie die Evaluierbarkeit. Produktinnovationen sind

nicht Gegenstand der Förderung nach dieser Vorschrift. Förderfähig sind nur diejenigen Kosten, die dem Grund nach nicht von den Vergütungssystemen der Regelversorgung umfasst sind. Die Förderung ist an eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung gebunden. Förderanträge können von Krankenkassen und ihren Verbänden, Vertragsärzten, zugelassenen medizinischen Versorgungszentren, zugelassenen Krankenhäusern, Landeskrankenhausgesellschaften, Kassenärztlichen Vereinigungen, pharmazeutischen Unternehmern, von Herstellern von Medizinprodukten im Sinne des Medizinproduktegesetzes sowie Patientenorganisationen nach § 140f gestellt werden. In der Regel ist eine Krankenkasse zu beteiligen. Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass die Förderung neuer Versorgungsformen durch die Einrichtung eines Innovationsfonds zukünftig nachhaltig im SGB V verankert und auf Prozess-Innovationen ausgerichtet wird. Die explizite Ausrichtung auf Vorhaben, die auf die Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung ausgerichtet sind und das Potential zur dauerhaften Aufnahme in die Regelversorgung wird ausdrücklich unterstützt. Aus Sicht des DCV liegen gerade in integrierten und vernetzten Versorgungsansätzen große Potenziale zur Verbesserung der Patientenversorgung und zur Steigerung der Effektivität. Die Förderschwerpunkte sollten auf die größten Herausforderungen für die aktuelle und zukünftige bedarfsgerechte Versorgung ausgerichtet sein. Die in der Begründung genannten Beispiele Telemedizin, Versorgungsmodelle in strukturschwachen Gebieten, Modelle mit Delegation und Substitution von Leistungen, Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung, Modellprojekte zur Arzneimitteltherapiesicherheit bei multimorbiden Patienten werden vom Deutschen Caritasverband ausdrücklich unterstützt. Ausdrücklich begrüßt wird die Regelung, dass in den von Innovationsausschuss festzulegenden Förderschwerpunkten die Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgungseffizienz bei Personen mit Migrationshintergrund einzubeziehen sind. Auf diese Weise werden deren Bedarfe systematisch und verbindlich in der Erprobung innovativer Versorgungskonzepte berücksichtigt. Dies könnte dazu beitragen, weitere Impulse für die interkulturelle Öffnung und die Interkulturelle Kompetenz des Gesundheitssystems zu setzen, wie dies bereits 2010 vom Deutschen Ethikrat angesichts der zunehmenden kulturellen Vielfalt im Gesundheitssystem dringend angeregt worden ist.

Die Erweiterung der berechtigten Antragsteller um pharmazeutische Unternehmer und Hersteller von Medizinprodukten im Sinne des Medizinproduktegesetzes ist für uns nicht nachvollziehbar, da die Zielsetzung der Förderung nach dieser Vorschrift die sektorenübergreifende Kooperation sein soll und in der Gesetzesbegründung Produktinnovationen als Gegenstand der Förderung explizit ausgeschlossen sind. Wir schlagen dagegen vor, die Berechtigung zur Antragstellung auf Förderung nach dieser Vorschrift – neben zugelassenen Krankenhäusern und medizinischen Versorgungszentren – auf Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation mit Versorgungsvertrag zu erweitern, da gerade die sektorenübergreifende Einbindung der Rehabilitation bisher nicht in allen Bereichen ausreichend gewährleistet ist.

Positiv bewertet wird, dass mit dem Förderantrag bereits ein Evaluationskonzept vorgelegt werden muss und die Kosten der Evaluation förderfähig sind; auf diese Weise kann die Prüfung der Ergebnisse bezüglich der Überführung in die Regelversorgung auf einer validen und gesi-

cherten Datenbasis erfolgen. Sachgerecht ist die Beschränkung der Förderung auf die Kosten, die nicht über die Regelversorgung abgedeckt sind. Dadurch wird gewährleistet, dass die Förderung gezielt für den zusätzlichen Aufwand, z.B. durch Koordinationsleistungen im Rahmen sektorenübergreifender Behandlungsformen aufgewandt wird, der in der Vergütungsstruktur der GKV bisher nicht vorgesehen ist. Die Antragsberechtigung der Patientenorganisationen nach § 140 f begrüßen wir ebenfalls ausdrücklich.

Kritisch anzufragen ist allerdings, ob allein die Förderung neuer Versorgungsformen eine zunehmende sektorenübergreifende Versorgung etablieren kann. Hier scheinen weitere Maßnahmen zur Überwindung von Barrieren notwendig, die sich z.B. aus den historisch und kulturell gewachsenen Berufsbildern, Berufsordnungen und gesetzlichen Normen ebenso ergeben wie aus der hohen Zahl von Normen und Strukturbestimmungen, welche die Gestaltung der Betriebe (Praxen, Krankenhäuser etc.) regulieren. Daher sollte – ergänzend zum Anschub innovativer sektorenübergreifender Versorgungsformen – gezielt auf den Abbau der sektoralen Grenzen hingearbeitet werden.

Zudem muss bedacht werden, dass die Überwindung sektoraler Grenzen letztlich darauf gerichtet sein muss, die gesundheitliche Versorgung insgesamt – also Kuration, Pflege, Prävention und Rehabilitation – bedarfsgerecht auszugestalten und die erforderlichen Voraussetzungen hierfür zu schaffen.

§ 92 a Absatz 2 neu

Gesetzentwurf

In § 92 a Absatz 2 wird geregelt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss Versorgungsforschung fördert, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet ist. Antragsteller können universitäre und nichtuniversitäre Forschungseinrichtungen sein; außerdem können die unter Absatz 1 genannten Antragsberechtigten als Antragsteller in Betracht kommen, wenn sie wissenschaftliche Versorgungs-forschung durchführen. Gefördert werden kann auch die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation von Verträgen zur besonderen Versorgung nach den §§ 73c und 140 a mit dem Ziel festzustellen, ob und inwieweit sie das Potential für die Übernahme in die Regelversorgung haben. Allerdings ist dies beschränkt auf Verträge, die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes geschlossen worden sind. Die für die Versorgungsforschung zur Verfügung stehenden Mittel können auch für Forschungsvorhaben zur Weiterentwicklung und insbesondere zur Evaluation der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses eingesetzt werden. Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht.

Bewertung

Die Stärkung der Versorgungsforschung wird ausdrücklich begrüßt, da aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes nach wie vor Forschungsdefizite im Hinblick auf die Ausgestaltung der medizinischen Versorgung unter Alltagsbedingungen, also anwendungsorientierter Forschung und der Entwicklung von einsatzfähigen Prozessen für die unmittelbare praktische Patientenversorgung besteht. Positiv wird zudem bewertet, dass bereits bestehende Verträge nach den

§§ 73 c und 140a in die Forschung einbezogen und auf ihre Wirksamkeit und Übertragbarkeit hin überprüft werden können. Auf diese Weise können langjährige Erfahrungen gezielt genutzt werden, soweit die Vertragsgegenstände den Vorgaben des § 92 a entsprechen. Die Einbindung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in die Versorgungsforschung aus Mitteln des Innovationsfonds halten wir angesichts ihrer großen Relevanz für die Ausgestaltung der Versorgung für außerordentlich wichtig.

Im Hinblick auf die zentrale Frage der Übertragbarkeit (auf andere Patientengruppen, auf andere Regionen) regen wir an, diesbezügliche Fragestellungen bereits verbindlich in den Forschungsauftrag selbst zu integrieren.

§ 92 a Absätze 3 bis 5 neu

Gesetzentwurf

Die Fördersumme für neue Versorgungsformen und Versorgungsforschung beträgt in den Jahren 2016 bis 2019 jährlich insgesamt 300 Millionen Euro, die jeweils zur Hälfte durch den Gesundheitsfonds (Liquiditätsreserve) und die nach § 266 am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen getragen werden. Von der Fördersumme sollen 75 % für neue Versorgungsformen und 25 % für Versorgungsforschung verwendet werden. Das BMG veranlasst eine wissenschaftliche Auswertung der Förderung im Hinblick auf deren Eignung zur Weiterentwicklung der Versorgung. Ein Zwischenbericht ist zum 31. März 2019 vorgesehen, den abschließenden Bericht legt das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag zum 31.03.2021 vor. Auf Grundlage des Zwischenberichts wird der Deutsche Bundestag über die Fortsetzung der Förderung entscheiden. Mittel, die im Haushaltsjahr nicht verausgabt wurden, werden anteilig an den Gesundheitsfonds (Liquiditätsreserve) und die Krankenkassen zurückgeführt. Die Ausgaben für die Evaluation werden aus Mitteln des Innovationsfonds refinanziert.

Bewertung

Der DCV begrüßt ausdrücklich, dass bereits mit der Einrichtung des Innovationsfonds die Evaluation des Gesamtprojekts Innovationsfonds und seine Eignung im Hinblick auf die übergeordnete Zielsetzung einer Weiterentwicklung der Versorgung in der GKV verbindlich vorgesehen ist. Angesichts des erheblichen Fördervolumens von jährlich 300 Millionen Euro ist dies aus Sicht des DCV unerlässlich, damit die Mittel den Versicherten im Sinne einer verbesserten Versorgung tatsächlich zugutekommen. Die Regelungen, dass im Haushaltsjahr nichtverausgabte Fördermittel zurückgeführt werden müssen und die Bereitstellung der Fördermittel ab 2020 an die Ergebnisse der Evaluation gebunden sind, werden als folgerichtig und sachgerecht bewertet. Auch die Einbeziehung der Prüfung der wirtschaftlichen und sparsamen Mittelverwendung in die Evaluation wird ausdrücklich unterstützt.

Die Verlängerung des Evaluationszeitraums von 2019 auf 2021 wird angesichts der Vielschichtigkeit der mit der Evaluation verbundenen Fragestellungen ebenfalls begrüßt. Allerdings erschließt sich uns nicht, dass die Entscheidung über die Fortsetzung der Förderung bereits auf

Grundlage des Zwischenberichts in 2019 erfolgen soll. Neben den in der Begründung aufgeführten möglichen Gegenständen für die Evaluation (die Effektivität der Förderstrukturen, die angemessene Organisation des Innovationsfonds, die Qualität der Themenauswahl, die Effektivität des Zusammenspiels der Gremien, mögliche Änderungsbedarfe im Hinblick auf das Ziel der Verbesserung der Versorgung) soll das Gesamtkonstrukt Innovationsfonds überprüft werden. Dies muss die Bewertung der abgeschlossenen und ausgewerteten Forschungsprojekte und ihre Übertragbarkeit in die Regelversorgung miteinschließen. Daher sollte der Förderzeitraum an die abschließende Bewertung gebunden werden. Denkbar wäre allerdings die Verankerung eines Fördervorbehalts ab 2019 unter der Maßgabe, dass der Zwischenbericht bereits erkennen lässt, dass eine Fortführung des Innovationsfonds über 2021 hinaus nicht zielführend ist.

§ 92 b neu: Durchführung der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

Gesetzentwurf

Zur Durchführung der Förderung wird beim GB-A bis 01. Januar 2016 ein Innovationsausschuss eingerichtet. Ihm gehören drei vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannte Mitglieder des Beschlussgremiums des Gemeinsamen Bundesausschusses, jeweils ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft benanntes Mitglied des Beschlussgremiums des GB-A, der unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie zwei Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit und ein Vertreter des Bundesministeriums für Bildung und Forschung an. Die Patientenorganisationen gem. § 140f erhalten ein Mitberatungs- und Antragsrecht. Der Innovationsausschuss legt in Förderbekanntmachungen die Schwerpunkte und die Kriterien für die Förderung neuer Versorgungsformen und der Versorgungsforschung fest und entscheidet über die eingegangenen Anträge. Er entscheidet zudem über die Verwendung der Mittel für die Weiterentwicklung und Evaluation der Richtlinien des GB-A. Der Innovationsausschuss beschließt eine Geschäfts- und Verfahrensordnung zu seiner Arbeitsweise und zu dem Förderverfahren, die der Genehmigung durch das BMG bedarf. Er trifft seine Entscheidungen mit einer Mehrheit von sieben Stimmen, was einer Zwei-Drittel-Mehrheit entspricht. Zur Vorbereitung und Umsetzung der Entscheidungen des Innovationsausschusses wird eine Geschäftsstelle eingerichtet. Sie untersteht den Weisungen des Innovationsausschusses. Zur Einbringung wissenschaftlichen und versorgungspraktischen Sachverstandes in die Beratungsverfahren des Innovationsausschusses wird ein Expertenbeirat aus max. 10 Vertreter(innen) aus Wissenschaft und Versorgungspraxis gebildet. Der Expertenbeirat hat insbesondere die Aufgaben: Abgabe von Empfehlungen zum Inhalt der Förderbekanntmachungen auf Grundlage von Entwürfen der Geschäftsstelle, die Durchführung von Kurzbegutachtungen der Förderanträge sowie die Abgabe von Empfehlungen zu Förderentscheidungen. Die Empfehlungen des Expertenbeirats sind vom Innovationsausschuss in seine Entscheidungen einzubeziehen.

Bewertung

Die Durchführung der Förderung gem. §§ 92 a und 92 b unterscheidet sich qualitativ von den sonstigen Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses im Sinne der untergesetzlichen Normsetzung über Richtlinien und Beschlüsse. Folgerichtig sieht der Gesetzentwurf die Einrichtung einer eigenen Arbeitsstruktur im Gemeinsamen Bundesausschuss in Form des Innovationsausschusses vor. Der DCV hat die Einrichtung eines Innovationsausschusses, dessen Zusammensetzung weitgehend der Struktur des Gemeinsamen Bundesausschusses entspricht, als nicht ausreichend und sachgerecht für die umfangreiche und komplexe Aufgabe bewertet. Daher wird die nun vorgesehene zusätzliche Einrichtung eines Expertenbeirats mit Vertreter(inne)n aus Wissenschaft und Versorgungspraxis und die verbindliche Berücksichtigung seiner Empfehlungen in die Entscheidungen des Innovationsausschusses außerordentlich begrüßt. Für bedeutsam halten wir insbesondere, dass über den Expertenbeirat neben der wissenschaftlichen auch die versorgungspraktische Expertise nicht nur in den Förderentscheidungen, sondern bereits in der Erarbeitung der Förderbekanntmachungen verbindlich Berücksichtigung finden soll.

Unabdingbar ist aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes die Mitwirkung des BMG im Innovationsausschuss. Sie kann gewährleisten, dass die für die Überführung in die Regelversorgung erforderlichen gesetzlichen Rahmenbedingungen frühzeitig initiiert und die frühzeitige Abstimmung mit Forschungsvorhaben anderer Bundesressorts erfolgt. Unter diesem Aspekt eröffnet die nun vorgesehene zusätzliche Einbindung des BMBF die Möglichkeit für weitere Synergieeffekte. Die Einbeziehung der Patientenorganisationen nach § 140f durch ein Beratungs- und Antragsrecht wird ausdrücklich begrüßt.

§ 95 neu: Medizinische Versorgungszentren

Gesetzentwurf

Medizinische Versorgungszentren sollen nicht mehr länger nur als facharztübergreifende Versorgungsform möglich sein. Des Weiteren soll es Kommunen künftig ermöglicht werden, eigene medizinische Versorgungszentren zu gründen. Um dies zu erleichtern, sollen MVZen nicht mehr nur in privatrechtlichen Gesellschaftsformen wie GmbHs oder Personengesellschaften begründet werden können, sondern auch in der öffentlich-rechtlichen Rechtsform des Eigenbetriebs oder des Regiebetriebs. Kommunen müssen beim Betrieb von Eigeneinrichtungen nicht mehr die Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung einholen.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband bewertet die Erweiterung der Zulassungsmöglichkeiten für die Medizinischen Versorgungszentren als einen wichtigen Beitrag zur Beseitigung von Unterversorgung. So ist es sinnvoll, dass sich künftig auch einzelne Fachgruppen, wie z.B. Hausärzte oder Neurologen zu einem Medizinischen Versorgungszentrum zusammenschließen können und somit eine bessere Versorgung der Bevölkerung in ihrem Fachbereich ermöglichen. Wir begrüßen zudem, dass es den Kommunen ermöglicht wird, vor allem in unterversorgten Gebieten im Rahmen ihrer Daseinsvorsorge selbst ein Medizinisches Versorgungszentrum zu grün-

den und damit aktiv die Versorgung in ihrer Region zu beeinflussen und in begrenztem Umfang eventuell sogar zu steuern.

§ 100 neu: Unterversorgung

Gesetzentwurf

Mit der vorgesehen Gesetzesänderung erfolgt die Klarstellung, dass die Landesausschüsse nicht nur bei bestehender, sondern auch bei einer in absehbarer Zeit drohenden Unterversorgung, die auch nach Ablauf der von ihnen gesetzten Frist nicht beseitigt worden ist, Zulassungsbeschränkungen in anderen Gebieten anordnen können.

Bewertung

Es ist sachgerecht, dass Zulassungsbeschränkungen in anderen nicht unterversorgten Regionen durch den Landesausschuss nicht nur bei bestehender Unterversorgung, sondern auch bei einer Unterversorgung, die in absehbarer Zeit eintreten wird, erfolgen können.

Generell ist zu konstatieren, dass der Gesetzentwurf wenig innovative Ansätze zum Abbau von Unter- und Überversorgung aufweist, obwohl der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten für das Jahr 2014 hier einige Vorschläge unterbreitet hat. Der Deutsche Caritasverband schließt sich dem Vorschlag des Sachverständigenrats an, in unterversorgten Gebieten einen signifikanten Vergütungszuschlag auf alle in der Region erbrachten ärztlichen Grundleistungen bei der hausärztlichen und der allgemeinen fachärztlichen Versorgung sowie bei der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung zu erbringen. Dieser soll gleitend bis zu einem Höchstsatz von 50prozentiger Bezuschussung ausgestaltet werden. Die Zuschläge müssen langfristig – beispielsweise für eine Dauer von 10 Jahren - gewährt werden, um die Niederlassung in einem unterversorgten Gebiet attraktiv zu machen und auf diese Weise Planungssicherheit zu gewährleisten.

§ 101 neu: Überversorgung

Gesetzentwurf

In überversorgten Gebieten konnten Vertragsärzte auch bisher schon einen Arzt anstellen (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Ziffer 5) oder mit einem anderen Vertragsarzt ein Jobsharing-Verhältnis eingehen (§ 101 Abs. 1 Satz Ziffer 4), wenn sie durch die gemeinsame Tätigkeit den bisherigen Praxisumfang nicht wesentlich überschreiten. Der Gesetzentwurf will nun auch den Fall regeln, dass trotz gemeinsamer Tätigkeit der Praxisumfang nicht in dem Umfang eines vollzeitigen Praxisumfangs gesteigert werden konnte. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll für diesen Fall Regelungen treffen.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband lehnt die vorgesehene Regelung ab. Wenn es trotz des Tätigwerdens eines zweiten Arztes in derselben Praxis nicht gelingt, den Umfang der Versorgung entsprechend zu steigern, ist der Vertragsarztsitz an die Kassenärztliche Vereinigung zurückzugeben.

Der Deutsche Caritasverband unterstützt die Forderung des Bundesrats, bei der Überprüfung oder Neufestlegung der Verhältniszahlen zur Feststellung von Überversorgung nicht nur die demographische Entwicklung, sondern auch die Sozial- und Morbiditätsstruktur sowie den für eine angemessene Versorgung spezifischer Bevölkerungsgruppen notwendigen Zeitaufwand als Kriterien heranzuziehen. Von entscheidender Bedeutung sind die Sozialstruktur und die häufig damit korrelierenden Morbiditäten in einer Region.

Lösungsvorschlag

Die Regelung ist ersatzlos zu streichen.

§ 103 neu: Zulassungsbeschränkungen

Gesetzentwurf

Im Versorgungsstrukturgesetz wurde geregelt, dass der Zulassungsausschuss im Vorfeld eines Verfahrens zur Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes in einem Planungsbereich mit Überversorgung, Nachbesetzungsanträge ablehnen kann. Diese „Kann“-Vorschrift wird in eine „Soll“-Vorschrift abgeändert. Gleichzeitig soll die Regelung keine Anwendung finden, wenn sich Ärzte auf die Nachfolge bewerben, die mindestens fünf Jahre in einem unterversorgten Gebiet tätig waren. Auf die Nachfolge bewerben konnten sich bisher uneingeschränkt Vertragsärzte, die in der Praxis angestellt waren oder die Praxis mit dem bisherigen Inhaber gemeinschaftlich betrieben haben. Diese Voraussetzung wird nun um die Vorschrift ergänzt, dass dieses Angestelltenverhältnis bzw. Job-Sharing mindestens drei Jahre vor der Bewerbung um die Nachfolge bestanden haben muss.

Des Weiteren wird Absatz 4 Satz 5 Nummer 8 neu ergänzt, dass es bei der Auswahl von Bewerbern für die Praxisnachfolge besonders zu berücksichtigen ist, wenn sich der Praxisinhaber besonders um die Belange von Menschen mit Behinderungen beim Zugang zu seiner Praxis kümmert. Durch den neuen Absatz 4 Satz 10 kann bei der Nachbesetzung auch berücksichtigt werden, dass ein sich um Zulassung bewerbendes Medizinisches Versorgungszentrum einen zusätzlichen Versorgungsaspekt, etwa im Rahmen der facharztübergreifenden Versorgung, in der Region ermöglicht.

Bewertung

Der Zulassungsausschuss hat von der bisherigen Kann-Regelung zur Ablehnung von Nachbesetzungsverfahren bisher zu wenig Gebrauch gemacht. Daher begrüßen wir die Absicht des Gesetzgebers, die weichere „Kann“-Regelung in eine verpflichtende „Soll“-Regelung umzu-

wandeln, folgerichtig. Einen Beitrag zum Abbau der Unterversorgung könnte die Regelung leisten, wonach ein Nachbesetzungsverfahren nicht abgelehnt werden kann, wenn sich auf die Praxisnachfolge ein Vertragsarzt bewirbt, der mindestens fünf Jahre in einem unterversorgten Gebiet tätig war. Auch Vertragsärzte, welche die Praxis ihres Vorgängers barrierefrei umgestalten, um Menschen mit einer Behinderung den Zugang zu gewährleisten, sollten in den Kreis der Nachfolgeberechtigten aufgenommen werden, denn auch in überversorgten Gebieten besteht oftmals eine Unterversorgung aufgrund von Nichtzugänglichkeit von Menschen mit Behinderung zu den bestehenden Arztpraxen. Diese Erweiterung der Kriterienliste nach § 103 Absatz 4 Satz 5 Nummer 7 wird vom Deutschen Caritasverband daher nachdrücklich unterstützt.

Der bisherige Absatz 4a privilegiert die Anstellung eines Arztes in einem MVZ in einem überversorgten Gebiet insofern, als eine unbeschränkte Nachbesetzung von Arztstellen von MVZ in Bezirken mit Zulassungsbeschränkungen weiterhin möglich ist. Das wird nach Ansicht des Deutschen Caritasverbands dazu führen, dass sich Ärzte in überversorgten Gebieten in MVZ anstellen lassen. Auf diese Weise wird der Abbau der Überversorgung geradezu konterkariert. Auf der anderen Seite kann es auch in überversorgten Gebieten Teilbereiche der Unterversorgung geben. Der Deutsche Caritasverband plädiert daher für eine stärkere regionale Differenzierung der Bedarfsplanungsrichtlinie.

Generell ist zu konstatieren, dass es an Anreizen zu einem wirksamen Abbau der Überversorgung weiterhin fehlt. Wie schon in der Stellungnahme zum Versorgungsstrukturgesetz gefordert, setzt sich der Deutsche Caritasverband weiterhin für ein Vorkaufsrecht der Kassenärztlichen Vereinigungen zum Aufkauf von Praxen in überversorgten Gebieten ein. Die „Kann"-Regelung in § 105 Abs. 3 SGB V ist in Planungsgebieten, in denen Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, in eine „Soll"-Regelung umzuwandeln. Wir schließen uns der Empfehlung des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen an, der in seinem diesjährigen Gutachten zur bedarfsgerechten Versorgung gefordert hat, in Gebieten mit einem Versorgungsgrad von 200 Prozent sogar eine Muss-Regelung für den Aufkauf von Vertragsarztsitzen vorzusehen. In das Vorkaufsrecht einzubeziehen sind dabei auch Praxen, auf die sich Ehepartner, Lebenspartner oder Kinder der bisherigen Praxisinhaber bewerben.

Lösungsvorschlag

In überversorgten Gebieten soll der Zulassungsausschuss die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes auch dann ablehnen können, wenn sich ein Ehepartner, Lebenspartner oder Kind des bisherigen Praxisinhabers um die Nachfolge bewerben will. § 103 Absatz 3a Satz 3, zweiter Halbsatz soll daher ersatzlos gestrichen werden.

§ 105 neu: Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

Gesetzentwurf

Bisher konnte die Kassenärztliche Vereinigung nur in Gebieten, für die die Landesausschüsse eine Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 oder 3 festgestellt hatten, Fördermaßnahmen aus

dem Strukturfonds nach § 103 Abs. 1a SGB V finanzieren. Diese Voraussetzung soll durch die geplante Neuregelung entfallen.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband lehnt die geplante Neuregelung ab. Zuschüsse zu den Investitionskosten von Praxisneuniederlassungen oder bei der Gründung von Zweigpraxen sowie die Vergabe von Stipendien aus Mitteln des Strukturfonds sollen gezielt in unterversorgten Gebieten verausgabt werden. Die bisherige Regelung ist daher aufrechtzuerhalten.

§ 106b neu: Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlich verordneter Leistungen

Gesetzentwurf

Die Neuregelungen in § 106b neu SGB V sind im Zusammenhang mit der Neufassung von § 84 SGB V neu in Artikel 2 dieses Gesetzes zu betrachten. Sie sehen eine Abschaffung der Richtgrößen und der Richtgrößenvolumina für Arzneimittel und Heilmittel vor. Auch die Feststellung von Praxisbesonderheiten des alten § 84 Absatz 8 SGB V, die auf der Grundlage der Richtgrößenvolumina des alten § 84 Absatz 6 vorgenommen wurde, entfällt damit. § 106b SGB V sieht nun in Absatz 2 Satz 2 neu vor, dass die Vereinbarungspartner nach Absatz 2 auch künftig besondere Verordnungsbedarfe für Heilmittel festlegen können. Die Vertragspartner auf Landesebene können darüber hinaus weitere anzuerkennende Verordnungsbedarfe vereinbaren. Dazu gehört laut Gesetzesbegründung auch der langfristige Heilmittelbedarf gemäß § 32 Absatz 1a SGB V.

Ab 2017 soll die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit ärztlichen Leistungen durch die Selbstverwaltung neu geregelt werden. Dazu schließen die Vertragspartner auf Bundesebene bis zum 31. Oktober 2015 entsprechende Rahmenvorgaben, die den Vereinbarungen auf Landesebene zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen vorgelagert sind. In diesen soll insbesondere festgelegt werden, in welchem Umfang Wirtschaftlichkeitsprüfungen mindestens durchgeführt werden sollen. Neu ist, dass auf dieser Grundlage künftig auch Nachforderungen wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise nach § 106 Abs. 3 SGB V festgelegt werden können. Von der Wirtschaftlichkeitsprüfung ausgenommen bleiben weiterhin Heilmittel für Versicherte mit langjährigem Behandlungsbedarf nach § 32 Abs. 1a Satz 1 SGB V sowie Verordnungen von Arzneimitteln, die unter die Rabattverträge nach § 130a Absatz 8 SGB V fallen.

Bewertung

Auch bisher galt, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 106 Abs. 3 Vereinbarungen über Inhalt und Durchführung der Beratung der Ärzte zu Fragen der Wirtschaftlichkeit und der Prüfung der Wirtschaftlichkeit getroffen haben. Die Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen nach § 106 Abs. 2b waren Inhalt dieser Vereinbarungen. Somit konnten auch bisher schon regionale Besonderheiten durch Vereinbarungen auf der Landesebene be-

rücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund erschließt sich nicht, warum es einer Neuregelung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen in einem neuen § 106b bedarf. Regelungen über eventuelle Rückzahlungen ließen sich u.E. auch in den Vereinbarungen nach § 106 Abs. 3 treffen.

Positiv bewertet der Deutsche Caritasverband, dass langfristig benötigte Heilmittel für chronisch kranke Patienten und Patienten mit einer Behinderung auch weiterhin von den Wirtschaftlichkeitsprüfungen ausgenommen bleiben. Insbesondere Menschen mit einer Behinderung oder chronisch kranke Menschen benötigen viele verschiedene Heilmittel, die oftmals langfristig zu verordnen sind, sodass sie das Budget der Ärzte stark belasten und zu Regressforderungen an die Vertragsärzte führen können.

Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund auch weiterhin Praxisbesonderheiten - die jetzt „besondere Versorgungsbedarfe“ genannt werden - für die Verordnung von Heilmitteln festlegen können sollen, die für die Prüfungen nach § 106 anzuerkennen sind. Bisher korrespondierte die Liste der Indikationen für langfristigen Heilmittelbedarf mit der Liste der anerkennungsfähigen bundesweiten Praxisbesonderheiten. Da die langfristig benötigten Heilmittel auch weiterhin von den Wirtschaftlichkeitsprüfungen ausgenommen werden sollen, sollen diese Indikationen künftig Gegenstand der Definition der „besonderen Versorgungsbedarfe“ sein.

§ 116a neu: Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung

Gesetzentwurf

Bisher war die Ermächtigung von Krankenhäusern für die ambulante Versorgung in unterversorgten Gebieten als „Kann“-Regelung ausgestaltet. Die „Kann“-Vorschrift wird nun in eine „Muss“-Vorschrift umgewandelt.

Bewertung

Es ist positiv zu bewerten, wenn Krankenhäuser in unterversorgten Gebieten zur ambulanten Versorgung von Patienten ermächtigt werden müssen. Damit verbunden ist jedoch regelhaft eine Ausweitung des Leistungsvolumens von Krankenhäusern, denn die Behandlung bezieht sich nicht auf eine erforderliche Krankenhausbehandlung, sondern auf Leistungen, die normalerweise im Rahmen der vertragsärztlichen Leistung erbracht werden müssten. Daher ist klarzustellen, dass die im Rahmen von § 116a SGB V erfolgende ambulante Behandlung der Krankenhäuser zu Lasten der Gesamtvergütung der vertragsärztlichen Versorgung zu erfolgen hat.

§ 118a: Geriatrische Institutsambulanzen

Stellungnahme Bundesrat

Der Bundesrat schlägt vor, die Ermächtigung für die ambulante geriatrische Versorgung der Versicherten über die geriatrischen Fachkrankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit geriatrischen Abteilungen hinaus auf die geriatrischen Rehabilitationskliniken und dort angestellte Ärztinnen und Ärzte mit entsprechender geriatrischer Weiterbildung zu erweitern.

Bewertung

Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung bedarf es Strukturen, welche die fachspezifische Versorgung geriatrischer Patienten sicherstellen. Da vor allem im ländlichen Raum multiprofessionelle Versorgungsangebote fehlen, können seit 2013 auch Kliniken, zeitlich begrenzt, zur strukturierten und koordinierten ambulanten geriatrischen Versorgung ermächtigt werden. Ermächtigt werden können geriatrische Fachkrankenhäuser, Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen geriatrischen Abteilungen sowie qualifizierte Krankenhausärzte. Wir begrüßen den Vorstoß des Bundesrats, in die Ermächtigung auch geriatrische Rehakliniken oder Rehakliniken mit einer geriatrischen Abteilung sowie ambulante geriatrische Einrichtungen bzw. die dort angestellten Ärzten mit geriatrischer Weiterbildung einzubeziehen.

§ 119b neu: Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

Gesetzentwurf

Der Evaluierungszeitraum für die Bewertung des Versorgungsgeschehens auf der Grundlage der Kooperationsverträge nach § 119b wird um ein Jahr verlängert. Die Datenübermittlung zur Durchführung der Evaluation wird nun gesetzlich geregelt. Die Daten sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Kranken- und Pflegekassen jeweils über die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie den Spitzenverband Bund der Pflegekassen an das Institut des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 3b SGB V zu übermitteln.

Bewertung

Die Vereinbarungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und des Spitzenverbands der Krankenkassen zu den Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen traten erst verspätet in Kraft. Entsprechend verzögert hat sich auch die Erstellung der Musterverträge der Kassenärztlichen Vereinigungen. Der Mustervertrag der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung lag ab April vor. Im zahnärztlichen Bereich kam es daher auch schon zu einer nennenswerten Anzahl von Vertragsabschlüssen zwischen Zahnärzten und stationären Pflegeeinrichtungen. Der Mustervertrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung lag erst zum September 2014 vor, sodass im vertragsärztlichen Bereich noch kaum Vertragsabschlüsse zu ver-

zeichnen sind. Vor diesem Hintergrund hätte eine Evaluation zum 31. August 2015 wenig Sinn gemacht. Es ist sachgerecht, die Evaluationsfrist um ein Jahr zu verlängern.

Die Gewährung von Vergütungszuschlägen für Vertragsärzte, die einen Kooperationsvertrag mit einer stationären Pflegeeinrichtung nach § 119b SGB V schließen, stellt nach § 87a Absatz 2 Satz 3, Halbsatz 2 lediglich eine „Kann"-Regelung dar. Um solche Vertragsabschlüsse attraktiv zu machen, bedarf es geeigneter Anreizstrukturen. Daher sollten die Krankenkassen zur Gewährung eines Vergütungszuschlags analog zum Vergütungszuschlag in der vertragszahnärztlichen Versorgung nach § 87 Absatz 2j SGB V verpflichtet werden. Auch den Pflegeeinrichtungen entsteht durch die Koordinations- und Kooperationsverpflichtungen ein Mehraufwand. Dieser ist den Einrichtungen entsprechend zu vergüten.

Der Deutsche Caritasverband kritisiert in diesem Zusammenhang, wie schon in vorausgegangenen Stellungnahmen zu § 119b SGB V, dass nach dem Wortlaut des Gesetzestextes der Auftrag zur Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung nicht eindeutig den Kassenärztlichen Vereinigungen zugewiesen wird. Auch wenn § 119b Absatz 1 Satz 1 eine „Kann"-Regelung darstellt, wird es den stationären Pflegeeinrichtungen grundsätzlich aufgegeben, Verträge mit Vertragsärzten und Vertragszahnärzten zu schließen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen dann bei nicht erfolgenden Vertragsabschlüssen nur auf Antrag der Pflegeeinrichtung tätig werden und Verträge vermitteln. Schließlich soll die stationäre Pflegeeinrichtung in einer dritten Stufe zur Anstellung eines Heimarztes ermächtigt werden, wenn Verträge innerhalb von sechs Monaten nach Zugang des Antrags noch nicht vermittelt wurden. Im Gesetzestext steht zwar in § 119b Absatz 1 Satz 1 SGB V, dass diese Regelungen den Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 SGB V nicht berühren. Zur Klarstellung fordern wir den Gesetzgeber auf, die Initiative zur Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung eindeutig den Kassenärztlichen Vereinigungen zuzuweisen.

Lösungsvorschlag

§ 119b Absatz 1 ist wie folgt zu formulieren:

„Vertragsärztliche Leistungserbringer können mit stationären Pflegeeinrichtungen Kooperationsverträge abschließen. Die Kassenärztliche Vereinigung hat zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in einer stationären Pflegeeinrichtung Verträge nach Satz 1 zu vermitteln. § 75 Absatz 1 gilt entsprechend."

Die Ermächtigung der Pflegeeinrichtung zur Anstellung eines Heimarztes im Falle des Nichtzustandekommens eines Vertragsabschlusses entfällt. § 119b Absatz 1 Sätze 3 und 4 sind daher zu streichen.

Die „Kann"-Regelung des Vergütungszuschlags nach § 87a Absatz 2 Satz 3, Halbsatz 2 ist in eine „Muss"-Regelung umzuwandeln.

§ 119c neu: Medizinische Behandlungszentren i.V. mit § 120 Absatz 2 Satz 1neu und i.V. mit § 43b SGB V neu

Gesetzentwurf

Der Gesetzentwurf legt die gesetzliche Grundlage für die Schaffung von medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit einer geistigen oder schweren Mehrfachbehinderung. In diesen Zentren sollen Menschen mit einer geistigen Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen untersucht und behandelt werden können. Die Zentren müssen fachlich unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Behandlung bieten. Die Zulassung erfolgt im Wege der Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss nach § 96. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende Versorgung der genannten Personengruppen sicherzustellen. Voraussetzung der Behandlung von Menschen mit einer Behinderung ist, dass diese wegen der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung auf die ambulante Behandlung in diesen Zentren angewiesen sind. Die Zentren sollen dabei mit anderen behandelnden Ärzten, den Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe sowie mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst eng zusammenarbeiten.

In § 120 Absatz 2 Satz 1 wird die Vergütung der MZEB geregelt: Sie soll denselben Grundsätzen folgen wie die Vergütung der Sozialpädiatrischen Zentren. Die Leistungen sind unmittelbar von den Krankenkassen zu vergüten. Die Vergütung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Hochschulen und Hochschulkliniken, den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart. Die Vergütung muss die Leistungsfähigkeit des MZEB bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten.

In § 43b wird klargestellt, dass Leistungsberechtigte auch Anspruch auf nichtärztliche sozialmedizinische Leistungen, insbesondere psychologische, therapeutische und psychosoziale Leistungen haben. Voraussetzung ist, dass diese unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband und sein Fachverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie (CBP) begrüßen nachdrücklich, dass der Gesetzgeber nun die Grundlage für die Errichtung von Medizinische Behandlungszentren für erwachsene Menschen mit einer Behinderung (im Folgenden als MZEB abgekürzt) legt. Der CBP hatte sich gemeinsam mit den Fachverbänden für Menschen mit Behinderung seit vielen Jahren für dieses Anliegen eingesetzt. Für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit einer geistigen oder schwerst mehrfachen Behinderung haben sich die Sozialpädiatrischen Zentren bewährt. Sofern Jugendliche bei Erreichen der Altersgrenze von 18 Jahren weiterhin einer spezifischen Behandlung bedürfen, die im Regelversorgungssystem nicht gewährleistet ist, wird mit dem MZEB künftig die Versorgungskontinuität sichergestellt. Der leistungsberechtigte Personenkreis soll aber nicht nur auf Kinder und Jugendliche, die schon bisher in einem Sozialpädiatrischen Zentrum behandelt wurden, be-

schränkt sein, sondern sich auch auf erwachsene Menschen mit einer geistigen Behinderung und/oder einer schweren oder schwerst mehrfachen Behinderung erstrecken. Sie können einer solchen Behandlung bedürfen, etwa aufgrund hoher kommunikativer Einschränkungen oder bei schweren Verhaltensstörungen, die eine Behandlung im Regelsystem erschweren oder gar unmöglich erscheinen lassen. Der Zugang zum MZEB soll ausschließlich im Wege der vertragsärztlichen Überweisung erfolgen.

Gleichzeitig betont die Caritas, dass es eine zentrale Aufgabe der Gesundheitspolitik, der Selbstverwaltung und auch der Bundes- und Landeskammern der Ärzte ist, die gesundheitliche Versorgung auch schwerst mehrfach behinderter Menschen im Regelsystem zu gewährleisten. Es ist sicherzustellen, dass die spezifischen gesundheitlichen Belange von Menschen mit einer Behinderung im Regelkanon der Ausbildungen der Ärzte grundlegend verankert werden. Des Weiteren müssen Arztpraxen räumlich, sächlich und personell barrierefrei ausgestaltet werden, um die Anzahl der zu ermächtigenden Zentren auf das erforderliche Mindestmaß zu begrenzen.

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung haben eine Rahmenkonzeption erarbeitet, die klare Voraussetzungen für eine Inanspruchnahme der MZEB definiert. Danach sollen Menschen mit Behinderung Zugang zum MZEB erhalten, wenn für die Anamneseerhebung, Diagnostik, Untersuchung und Therapie aufgrund der Behinderung spezielle Settings und Arrangements notwendig sind. Das ist z. B. der Fall, wenn neben hohen kommunikativen Einschränkungen besondere Ausprägungen von Symptomen auftreten, die eine gezielte Suche nach Erkrankungen hinter der komplexen Symptomatik einer vorbestehenden Behinderung erforderlich machen. Auch neu auftretende Verhaltensbesonderheiten können eine Abklärung erforderlich machen, ob die Behinderung oder aber dahinter stehende Erkrankungen die Ursache sind.

Medizinische Zentren müssen daher folgende Voraussetzungen für die Gesundheitsversorgung der genannten Zielgruppen bieten: Sie müssen eine fachliche Expertise und Handlungskompetenz in Bezug auf Diagnostik, Therapie, Rehabilitation, Prävention und sozialmedizinische Beurteilung aufweisen. Des Weiteren müssen sie eine zielgruppenspezifische Kommunikation ermöglichen, z.B. durch einfache Sprache, Bilder, unterstützte Kommunikation, andere Kommunikationshilfsmittel und Assistenz. Sie müssen interdisziplinär und multiprofessionell arbeiten. Neben Ärzten müssen auch Pflegefachkräfte, Psychologen, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Musiktherapeuten oder Therapeuten besonderer Therapieeinrichtungen, Heilpädagogen, Sozialarbeiter und Medizinisch-technische Assistenten Bestandteil des Teams sein können. Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass der Gesetzgeber mit dem neuen § 43b SGB V klarstellt, dass die im MZEB behandelten Menschen mit einer Behinderung analog zu § 43a SGB V auch ausdrücklich Anspruch auf Behandlung durch die eben genannten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufsgruppen haben. Allerdings greift es zu kurz, den Anspruch auf nicht-ärztliche Leistungen auf die Früherkennung von Erkrankungen und die darauf gerichtete Aufstellung eines Behandlungsplans zu ergänzen. Diese Formulierung ist § 43a SGB V zu den Sozialpädiatrischen Zentren entlehnt, wo sie auch Sinn macht, denn gerade bei Kindern mit Behinderung spielt die Früherkennung von Erkrankungen durch nicht-ärztliches heilpädagogisches Personal eine wesentliche Rolle. Die Früherkennung von Erkrankungen ist auch bei erwachsenen Menschen mit einer Behinderung grundsätzlich wich-

tig. Es geht aber darüber hinaus auch grundsätzlich darum, bei Erkennung einer Erkrankung unabhängig von ihrem Stadium den Behandlungserfolg durch multiprofessionelle Bestandsaufnahme und Zusammenarbeit zu sichern. Daher ist die Engführung auf die Früherkennung einer Erkrankung zu streichen.

Von zentraler Bedeutung für die Caritas ist die enge Zusammenarbeit des MZEB mit dem Regelsystem. Das MZEB soll das Regelsystem beraten. Es ist daher als Kompetenzzentrum zu konzipieren, das sein zielgruppenspezifisches Wissen und zielgruppenspezifische Handlungs- und Kommunikationskompetenzen den Angehörigen der Gesundheitsberufe im Regelsystem zur Verfügung stellt. So sollen Vertrags- und Zahnärzt/innen sowie Therapeut/innen des Regelsystems bei speziellen Fragestellungen unterstützt werden, um die Durchlässigkeit zum Regelsystem sowie den Übergang in die Regelversorgung zu ermöglichen. Des Weiteren sollen die MZEB auch leistungserschließend arbeiten, z.B. im Hinblick auf die Teilhabeplanung oder beim Zugang zu Rehabilitationsleistungen, Heilmitteln sowie bei der Vermittlung der Versorgung mit speziellen oder individuell anzupassenden Hilfsmitteln oder der Erschließung von Vorsorgeuntersuchungen. Dies ist in § 119c Absatz 2 SGB V geregelt. Eine weitere Aufgabe des MZEB soll auch die Information, Beratung, Anleitung und Schulung von Bezugspersonen oder Assistenten sein. Des Weiteren sollen MZEB aufgrund ihrer besonderen Fachexpertise auch ausdrücklich die Berechtigung erhalten, eine Zweitmeinung abzugeben.

Das MZEB bildet im gestuften ambulanten medizinischen Versorgungssystem die dritte Stufe der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderung und ergänzt insofern die erste Stufe der hausärztlichen Versorgung und die zweite Stufe der fachärztlichen Versorgung.

Es ist sachgerecht, die Vergütung des MZEB an der Vergütung der SPZ bzw. der verschiedenen Institutsambulanzen zu orientieren und eine Finanzierung durch Pauschalen vorzusehen. In der Gesetzesbegründung wird darauf hingewiesen, dass bei der Vergütung auch die nichtärztlichen Fachgruppen des MZEB angemessen zu berücksichtigen sein sollen. Dies ist auch im Gesetzestext klarzustellen.

Lösungsvorschlag

§ 43b ist wie folgt zu fassen:
„Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen haben Anspruch auf nichtärztliche sozialmedizinische Leistungen, insbesondere auf psychologische, therapeutische und psychosoziale Leistungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung durch ein medizinisches Behandlungszentrum nach § 119c erbracht werden und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu behandeln, einen multiprofessionellen Behandlungsplan aufzustellen und den Erfolg der Behandlung sicherzustellen.“

§ 132 neu: Schiedsverfahren Haushaltshilfe

Gesetzentwurf

Der Gesetzentwurf sieht die Einführung einer Schiedsperson für die Versorgung der Versicherten mit Haushaltshilfen vor. Die Krankenkassen werden verpflichtet, über Inhalt, Umfang, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Dienstleistungen zur Versorgung mit Haushaltshilfen Verträge mit geeigneten Personen, Einrichtungen oder Unternehmen zu schließen. Einigen sich die Vertragsparteien nicht auf den Vertragsinhalt, wird dieser von einer durch die Vertragspartner zu bestimmenden unabhängigen Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der Aufsichtsbehörde bestimmt, die für die betreffende Krankenkasse zuständig ist. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragsparteien zu gleichen Teilen.

Bewertung

Die vorgesehene Schiedspersonen-Lösung entspricht einer langjährigen und offensiv vertretenen Forderung des Deutschen Caritasverbands.

Die Vergütungen im Bereich der Fachkrafteinsätze zur Gewährung von Haushaltshilfe nach § 38 SGB V sind seit Jahren nicht mehr leistungsgerecht. In keinem Bundesland erhalten die Erbringer von Haushaltshilfen annähernd kostendeckende Entgelte. Schon immer haben die örtlichen Verbände und Dienste ihr ambulantes Leistungsangebot Haushaltshilfe durch kirchliche Zuschüsse und Spendenmittel mitfinanziert. In den zurückliegenden Jahren allerdings ist die Kluft zwischen den Leistungsentgelten der Krankenkassen und den Personalkosten einer Fachkraft so gewachsen, dass immer mehr Dienste zur Erbringung der Leistung nicht mehr in der Lage sind. Konkret: Eine Fachkraft für Familienpflege „kostet“ inklusive Regiekosten zwischen 40 und 46 Euro Personalkosten pro Stunde. Die Leistungsentgelte der Krankenkassen decken diese Kosten zum Teil nicht einmal zur Hälfte. Beispielsweise zahlen die AOK Baden-Württemberg derzeit für eine hauptberufliche Kraft 32 €, die AOK Bayern 24,22 €, die AOK Berlin 18,78 € und die AOK Saarland 19,18 € pro Stunde.

Diese Leistungsentgelte werden zwischen den Verbänden der Kassen und den LIGA-Verbänden auf Länderebene verhandelt. Da es in diesem Leistungsbereich – im Unterschied etwa zur häuslichen Krankenpflege des § 37 SGB V – keine Schiedsregelung gibt, können Verhandlungskonflikte nicht beigelegt und daher Vergütungsvereinbarungen nicht geschlossen werden. Dies ist aktuell in Nordrhein-Westfalen der Fall, wo sich das Angebot der Krankenkassen für Fachkräfte auf 16,99 Euro beläuft.

Ändert sich die finanzielle Situation im Bereich der ambulanten Versorgung von Familien im Krankheitsfall nicht grundlegend, kann die Caritas mittelfristig keine Haushaltshilfen mehr anbieten, jedenfalls nicht mehr als Fachkraftangebot. Während viele Familien sich nach wie vor vorübergehend selbst helfen können, ist der Einsatz einer Fachkraft aber angezeigt, wenn eine schwere körperliche oder psychische Erkrankung vorliegt, und/oder wenn kleine Kinder in der Familie leben. Immer häufiger unterstützen Familienpflegedienste auch Familien, die in kom-

plexen psychosozialen Problemlagen leben. Gerade diese betroffenen Familien fragen eine Familienpflegerin nach. In diesen Familienkonstellationen sind angelernte Kräfte oder Student/innen, wie sie von gewerblichen Anbietern, Notmütterdiensten, oder Betriebshelferdiensten angeboten werden, fachlich oft überfordert. Außerdem leisten diese Agenturen i.d.R. keine Teambesprechungen, Supervision oder professionelle Anleitungen ihrer Mitarbeiter/innen, sondern fungieren lediglich als Vermittler zwischen Hilfesuchenden und Haushaltshilfe.

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

Zu streichen ist jedoch in § 132 Absatz 2 (alt), dass die Leistungen „preisgünstig“ zu erbringen sind. Diese Formulierung findet sich im SGB V nur in Bezug auf die Bereiche der Haushaltshilfe nach § 132 und in Bezug auf die Häusliche Krankenpflege nach § 132a. Die Versicherten haben einen Rechtsanspruch auf Haushaltshilfe. Sofern die Krankenkassen für die Versorgung mit Haushaltshilfen Verträge mit geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen schließen, müssen diese bei wirtschaftlicher Betriebsführung angemessen vergütet werden.

Die Vertragspartner haben beim Abschluss von Vergütungsvereinbarungen zu beachten, dass die GKV nicht mehr ausgibt, als sie einnimmt. Das mit dem Grundsatz der Beitragsstabilität (§ 71 Abs. 1 SGB V) verbundene Ziel, Beitragssatzerhöhungen möglichst zu vermeiden, trägt auch der Deutsche Caritasverband grundsätzlich mit. Gleichzeitig muss es Leistungserbringern möglich sein, ihre Leistung wirtschaftlich, zweckmäßig und dem Maße des Notwendigen entsprechend zu erbringen (§ 12 Abs. 1 SGB V). Medizinisch notwendig und zweckmäßig ist eine Leistung immer dann, wenn sie vom Vertragsarzt verordnet wird. Dieses Kriterium ist für die Haushaltshilfe gegeben, da sie stets vom Arzt verordnet wird. Weiterhin muss die Leistungsvergütung angemessen sein. Dabei sind nach der Rechtsprechung des BSG die Tarife und Tarifbindungen eines Leistungserbringers stets als wirtschaftlich anzuerkennen. Dieser Grundsatz wurde gerade im 1. Pflegestärkungsgesetz in den §§ 84 und 89 SGB XI verankert. Er ist entsprechend auch in § 132 zu ergänzen.

Lösungsvorschlag

§ 132 Abs. 1 ist wie folgt zu ergänzen:
„Über Inhalt, Umfang, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Dienstleistungen zur Versorgung mit Haushaltshilfe schließen die Krankenkassen Verträge mit geeigneten Personen, Einrichtungen oder Unternehmen. **Die Vergütung muss dem Leistungserbringer bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren. Die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Der Grundsatz der Beitragsstabilität ist zu beachten**. Eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig. Die Krankenkassen haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirtschaftlich erbracht werden. Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so

wird diese von der für die Vertrag schließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahren tragen die Vertragsparteien zu gleichen Teilen."

Die Eckpunkte zum Gesetz über die Palliativversorgung kündigen an, dass für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung ebenfalls ein Schiedsverfahren eingerichtet werden soll. Ein solches Schiedsverfahren wird auch dringend für den Bereich der Soziotherapie benötigt. Wir schlagen eine § 132 entsprechende Formulierung zur Schiedsperson auch für die Versorgung mit Soziotherapie in § 132b vor.

§ 134a neu: Versorgung mit Hebammenhilfe

Gesetzentwurf

Mit der Neuregelung des § 134a Absatz 5 wird ausgeschlossen, dass die Kranken- und Pflegekassen Ansprüche, die gemäß § 116 Absatz 1 SGB X auf sie übergegangen sind, gegenüber einer freiberuflich tätigen Hebamme im Wege des Regresses geltend machen. Dies gilt nicht für Schäden, die auf vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verhalten zurückzuführen sind.

Bewertung

Die Regelung zielt darauf ab, die Höhe der Prämien für die Haftpflichtversicherung der freiberuflichen Hebammen in einem bezahlbaren Rahmen zu halten. Aufgrund der Regresse der Kranken- und Pflegekassen waren die Prämien in den letzten Jahren stark angestiegen. Der Deutsche Caritasverband und sein Fachverband CBP unterstützen dieses Anliegen der Hebammen nachdrücklich und begrüßen daher die Neuregelung.

§ 140a neu: Besondere Versorgung i.V. mit § 73c

Gesetzentwurf

§ 73a SGB V (Strukturverträge) und § 73c SGB V (Besondere ambulante ärztliche Versorgung) werden aufgehoben. Teile davon sowie Teile der bisherigen Regelung zu den Verträgen zu integrierten Versorgungsformen nach § 140b SGB V alt sowie zur Vergütung nach § 140c SGB V alt werden in die Neuregelung zu § 140a SGB V integriert. Die Selektivverträge werden somit unter der Bezeichnung „Besondere Versorgung" zusammengefasst, flexibilisiert und entbürokratisiert.

Die Selektivverträge nach § 140a SGB V neu können die Zielsetzung einer sektorenübergreifenden Versorgung verfolgen. Sie können als integrierte Versorgungsverträge weiterhin fachübergreifend ausgestaltet werden und, in Anlehnung an den bisherigen § 73c SGB V, eine besondere ambulante ärztliche Versorgung regeln. Die Krankenkassen können im Rahmen der „Besonderen Versorgung" mit allen Leistungserbringern, die bisher in § 140b Absatz 1 SGB V angeführt waren, Verträge schließen. Neu ist, dass nun auch die Kassenärztlichen Vereinigungen künftig bei allen Verträgen, die unter den neuen § 140a SGB V fallen, Vertragspartner sind.

Bisher waren die KVen vom Abschluss von Verträgen zur Integrierten Versorgung nach § 140a SGB V alt ausgeschlossen. Entfallen ist die Verpflichtung der Krankenkassen, ihre Versicherten umfassend über die Verträge, die teilnehmenden Leistungserbringer, besondere Leistungen und Qualitätsstandards zu informieren (vgl. § 73c Abs. 5 SGB V alt, § 140a Abs. 3 SGB V alt).

Die Selektivverträge können auch Leistungen beinhalten, die nicht zur Regelversorgung gehören. Im Gesetz wird ausdrücklich klargestellt, dass Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V, Leistungen der Früherkennung nach §§ 25 und 26 SGB V, Leistungen der Soziotherapie nach § 37a und der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung nach § 37b SGB V (SAPV) sowie neue Behandlungs- und Untersuchungsmethoden, deren Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt, Gegenstand der Selektivverträge sein können. Dabei wird klargestellt, dass vom Gemeinsamen Bundesausschuss bereits ablehnend bewertete Leistungen nicht Gegenstand der Besonderen Versorgung sein können. Alle Leistungen müssen qualitätsgesichert und wirtschaftlich erbracht werden, wobei der Aufsichtsbehörde erst 4 Jahre nach Vertragsabschluss die Wirtschaftlichkeit nachzuweisen ist.

Die Teilnahme der Versicherten an den Selektivverträgen erfolgt freiwillig. Die Versicherten erklären dazu ihre Teilnahme schriftlich gegenüber der Krankenkasse. Sie können ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von 2 Wochen nach Abgabe der Erklärung widerrufen. Es gibt im Unterschied zu den alten Regelungen keine gesetzlichen Vorgaben für eine Mindestbindung der Teilnahme. Das Nähere zur zeitlichen Bindung und zur Bindung an die Leistungserbringer wird von den Krankenkassen in der Teilnahmeerklärung festgelegt. Die Regularien der Teilnahmeerklärung sind in den Satzungen der Krankenkassen zu regeln. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der für die Durchführung der Verträge erforderlichen personenbezogenen Daten erfolgt, wie bisher auch schon, nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information der Versicherten.

Für die Vergütung der Selektivverträge erfolgt eine Bereinigung der Gesamtvergütung nach § 87a Absatz 3.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband begrüßt die Zusammenfassung der Regelungen für Selektivverträge im neuen § 140a SGB V. Aus unserer Sicht sind vor allem Konzepte der integrierten Versorgung, deren Ziel die sektorenübergreifende und interdisziplinäre Zusammenarbeit ist, besonders zu fördern. Eine bessere gesundheitliche Versorgung kann nur durch ein Zusammenwirken aller Gesundheitsberufe und durch eine Neuverteilung der Aufgaben zwischen den Berufsgruppen, insbesondere zwischen medizinischen und pflegerischen und anderen nichtärztlichen Berufen, gelingen. Solche strukturellen Kooperationen sind insbesondere auch geeignet, drohender Unterversorgung entgegenzuwirken. Entsprechende Verträge sind möglichst kassenart- und kassenübergreifend zu schließen.

Eine bessere Versorgung aufgrund eines Selektivvertrags, der auch die Bereiche Pflege, Heil- und Hilfsmittel umfasst, wird jedoch nur erfolgen, wenn der Umfang dieser Leistungen in der Vergütung entsprechend Berücksichtigung findet. Bei den Selektivverträgen wird jedoch nur das Volumen der vertragsärztlichen Leistungen bei der Bereinigung der Gesamtvergütung be-

rücksichtigt, denn diese erfolgt nach § 87a Absatz 3 SGB V auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM). Um die Leistungen der Pflegeeinrichtungen im Rahmen der Integrierten Versorgung einbeziehen zu können, hat der Gesetzgeber im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes seit 2007 in § 92b SGB XI für die Mehraufwendungen, die der Pflegeeinrichtung entstehen, zwar leistungsgerechte Zuschläge zu den Pflegevergütungen statuiert. Diese sind von den Beteiligten gemeinsam zu vereinbaren und auszuweisen. Es fehlt jedoch an einer § 87b SGB XI entsprechenden Regelung, wonach die Vergütungszuschläge von den Krankenkassen zu tragen sind. Nur so ist im Teilleistungssystem der Pflegeversicherung sichergestellt, dass die leistungsberechtigten Pflegebedürftigen nicht mit den Zuschlägen für den Mehraufwand belastet werden. Da diese Regelung fehlt, läuft § 92b SGB XI in der Praxis weitgehend ins Leere.

Der Deutsche Caritasverband regt an, im Rahmen der Verträge zur Besonderen Versorgung verstärkt Verträge zur integrierten medizinisch-pflegerischen Versorgung zu schließen, mit Schwerpunkt in unterversorgten Regionen und im ländlichen Raum. Besonders in den Blick genommen werden sollte beispielsweise der Übergang der Versorgung vom Krankenhaus in die häusliche Pflege. So könnten Patienten und ihre Angehörigen bereits im Krankenhaus für die nachfolgende Versorgung in Form von Pflegesprechstunden geschult und beraten werden. Der Pflegedienst oder die Pflegeeinrichtung soll bereits im Krankenhaus gezielt in das Entlassmanagement eingebunden werden, um eine lückenlose Versorgung in der Häuslichkeit zu gewährleisten. Auch die Anwendung von telematischen Strukturen im Rahmen der Telemedizin und von Telecare kann in Selektivverträgen erprobt werden. Des Weiteren setzen wir uns für die Förderung von Arzt- und Praxisnetzen ein, denn durch diese Form der Kooperation lassen sich viele Synergieeffekte, wie z.B. bei der Notfallversorgung, erzielen.

In Bezug auf die Möglichkeit, Leistungen der Vorsorge nach § 23 und der Rehabilitation nach § 40 zum Gegenstand der Verträge nach § 140a SGB V zu machen, wiederholen wir unsere bereits zu § 73b SGB V geäußerten Bedenken, dass Regelleistungen in diesen Bereichen in die Satzungsleistungen abgeschoben werden. Gleiches befürchten wir, wenn Leistungen der Soziotherapie nach § 37a und der SAPV nach § 37b, die von einem flächendeckenden Angebot aus jeweils unterschiedlichen Gründen noch weit entfernt sind, zu Leistungen im Rahmen von Selektivverträgen werden. Auch der Bereich der Früherkennungsleistungen, der Impfleistungen und der Kinderuntersuchungen eignet sich nicht für den Kassenwettbewerb. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden hingegen sollten als innovative Leistungen, die noch keinen Eingang in die Regelversorgung gefunden haben, durchaus in die Selektivverträge eingebunden werden können.

Bei der Soziotherapie weisen wir auf die seit Jahren vollkommen unzureichende Versorgungslage hin. Die Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde weist darauf hin, dass es lediglich in Berlin und Baden-Württemberg solche Angebote gibt. Diese Leistung ist dringend erforderlich und nachweislich wirksam, um bei bestimmten psychiatrischen Krankheitsbildern Patienten durch Motivierung und strukturierte Trainingsmaßnahmen, überhaupt in die Lage zu versetzen, ärztliche Leistungen zu akzeptieren und in Anspruch zu nehmen. Um die Soziotherapie, aber auch die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung flächendeckend sicherzustellen, sollte dieser Leistungsbereich jedoch nicht in die Selektivverträge verschoben

werden, sondern grundsätzlich im kollektivvertraglichen System ausgebaut werden. Dazu ist es erforderlich, einen Kontrahierungszwang der Krankenkassen zur Schließung von Verträgen mit geeigneten Leistungserbringern sicherzustellen. Das Gleiche gilt für Verträge zu Anbietern sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen nach § 132c SGB V sowie für die Verträge über die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung.

Die Krankenkassen sollten des Weiteren die Pflicht haben, ihre Versicherten über den Abschluss und die jeweiligen Vertragsinhalte eines Vertrags nach § 140a SGB V zu informieren. Nur auf dieser Grundlage können die Versicherten eine Entscheidung treffen, ob für sie eine Teilnahme an den jeweiligen Selektivverträgen sinnvoll ist. § 43a Absatz 2 SGB V ist daher auch in den Kreis der möglichen Leistungen aufzunehmen.

Lösungsvorschläge

Die sozialmedizinische Nachsorge ist explizit in den Kreis der möglichen Leistungen von Verträgen zur Besonderen Versorgung aufzunehmen. In § 140a Absatz 2 ist in Satz 2 vor den Worten „37b“ das „und“ zu streichen und nach den Worten „§ 37b“ die Wörter „und § 43a Absatz 2“ einzufügen.

In § 132b (Versorgung mit Soziotherapie), in § 132c (Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen) und § 132d (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung) und ist eine Kontrahierungspflicht der Krankenkassen zu statuieren:

In § 132b SGB V, in § 132c Absatz 1 und in § 132d Absatz 1 Satz 1 SGB V ist jeweils der Halbsatz „soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist“ zu streichen.

Es muss eine Informationspflicht der Krankenkasse über den Abschluss von Selektivverträgen nach § 140a SGB V geben. Daher ist § 140a SGB neu nach Absatz 4 um folgenden Satz zu ergänzen:

„Die Krankenkassen haben ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über Inhalt und Ziele der von ihnen abgeschlossenen Verträge zur besonderen Versorgung sowie der daran teilnehmenden Leistungserbringer zu informieren“.

§ 279 neu: Verwaltungsrat und Geschäftsführer

Gesetzentwurf

Die Zusammensetzung des Verwaltungsrats des MDK wird verändert. Künftig können hauptamtliche Mitarbeiter/innen der Krankenkasse nicht mehr in die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste gewählt werden. Der Verwaltungsrat wird um eine dritte Bank erweitert, die sich jeweils zur Hälfte aus Vertreter/innen der für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen maßgeblichen Organisationen und der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe zusammen-

setzt. Die Anzahl der Mitglieder des Verwaltungsrats wird aufgrund der Drittel-Lösung von 16 auf 18 Mitglieder erhöht.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband unterstützt die Regelung der Neuzusammensetzung des Verwaltungsrates des MDK uneingeschränkt. Wir begrüßen, dass die Betroffenenverbände und die Berufsverbände künftig eine eigenständige Bank im Verwaltungsrat des MDK bilden. Die Einbeziehung der Perspektive der Betroffenenverbände hat sich bereits im SGB XI bewährt (vgl. § 118 SGB XI), um die Qualität von Richtlinien und Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner zu erhöhen. Positiv zu bewerten ist ebenfalls die Einbeziehung der Expertise der Verbände der Pflegeberufe.

Artikel 9 und Artikel 10: Änderung des Krankenpflegegesetzes und Änderung des Altenpflegegesetzes

Gesetzentwurf

Durch die Änderung von § 4 Absatz 7 Krankenpflegegesetz und § 4 Absatz 7 des Altenpflegegesetzes wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Möglichkeit eröffnet, für die zusätzliche Ausbildung standardisierte Ausbildungsmodule zu entwickeln, auf die für die Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c SGB V zurückgegriffen werden kann. In § 4 Absatz 8 wird klargestellt, dass auch bereits ausgebildete Pflegefachkräfte in die Modellvorhaben einbezogen werden können.

Bewertung

Bisher wurden keine Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c SGB V durchgeführt. Gründe hierfür sind die hohen Hürden, die aufgrund der Richtlinie bestehen. So kann die erforderliche Qualifikation bisher ausschließlich im Rahmen einer ergänzten Ausbildung erworben werden. Es bestehen keine Qualifizierungsmöglichkeiten im Rahmen der Weiterbildung von bereits ausgebildeten Pflegefachkräften. Diese Vorgaben haben es bisher verhindert, dass ausgebildete und berufserfahrene Pflegefachkräfte die erweiterten Kompetenzen erworben haben. Des Weiteren fehlt bis heute ein Curriculum, auf dessen Grundlage die erweiterten Kompetenzen im Rahmen der Modellvorhaben erprobt werden können.

Die Neuregelungen des Gesetzentwurfs sind ein Schritt in die richtige Richtung, um diese Hürden zu senken: Die Möglichkeit, standardisierte Ausbildungsmodule zu entwickeln ist positiv zu bewerten. Allerdings sieht der Deutsche Caritasverband es als nicht sachgerecht an, die Aufgabe der Curricularentwicklung dem Gemeinsamen Bundesausschuss zu übertragen, denn in diesem Gremium sind die für die Pflege maßgeblichen Verbände und Institutionen nicht stimmberechtigt. Die Curricularentwicklung sollte durch eine Fachkommission erfolgen. Um möglichst zügig mit der Umsetzung von Modellprojekten beginnen zu können, schlagen wir die umgehende Einsetzung einer Fachkommission unter Aufsicht vom BMG und BMFSFJ vor, die zeitnah standardisierte Ausbildungsmodule entwickeln soll, auf die im Falle von Modellvorhaben zu-

rückgegriffen werden kann. Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass der Gesetzgeber im Kabinettsentwurf die vorgenommene Änderung des Krankenpflegegesetzes in analoger Entsprechung auf das Altenpflegegesetz ausgeweitet hat, denn die Qualifizierung muss im jetzigen segmentierten System der Ausbildungen der Gesundheitsberufe nicht nur den Krankenpflegekräften, sondern auch den heutigen Altenpflegefachkräften uneingeschränkt offen stehen.

Wir begrüßen, dass nach den vorgesehenen Neuregelungen auch bereits ausgebildete Pflegefachkräfte auf der Grundlage der Neuregelungen die erweiterten Kompetenzen erwerben können.

Der Deutsche Caritasverband setzt sich für die Einführung der Übertragung eigenständiger heilkundlicher Tätigkeiten auf Angehörige der Pflegeberufe ein. Pflegekräfte sind aufgrund ihrer spezifischen Kompetenzen, z.B. beim Wundmanagement, besser als andere Fachkräfte des Gesundheitswesens, wie z.B. Medizinisch-technische Assistenten, in der Lage, chronische Krankheitsverläufe kompetent zu begleiten. Ihr Qualifikationspotenzial ließe sich noch weit besser zur Entlastung ärztlicher Tätigkeiten nutzen, wenn eine wirkliche Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten stattfinden würde. Auch wenn der Gesetzentwurf einige Hürden für die Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten absenkt, bleiben weitere Hürden der Richtlinie bestehen, die nach Einschätzung des Deutschen Caritasverbandes eine Umsetzung der Modellvorhaben weiterhin behindern werden. Da der Gesetzgeber zu wenig Vorgaben für die Durchführung der Modellvorhaben macht, ist die Durchführung solcher Modelle mit einem hohen bürokratischen Aufwand und aufgrund fehlender Vorgaben für die Vergütung der Leistungen auch mit einem hohen wirtschaftlichen Risiko verbunden. Des Weiteren ist das Spektrum der heilkundlichen Behandlung in der Richtlinie nach § 63 Absatz 3c SGB V auf einzelne Indikationen beschränkt, wie Diabetes mellitus vom Typ 1 und 2, Demenz, chronische Wunden und Hypertonie. Es bleibt unklar, ob die Weiterqualifikation der Pflegekräfte für all diese Diagnosen oder nur für Teile der genannten Diagnosen erworben werden muss. Auch der Überweisungsvorbehalt des Arztes bleibt bestehen; die eigenständige Verordnung von Maßnahmen durch Pflegekräfte ist im Rahmen der Richtlinie nach § 63 Absatz 3c SGB V nicht möglich.

Trotz der genannten Defizite begrüßen wir zusammenfassend die im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen zur Senkung der Hürden für die Umsetzung der Modellvorhaben nachdrücklich.

C. Antrag der LINKEN: Wohnortnahe Gesundheitsversorgung durch bedarfsorientierte Planung sichern

Antrag

Die LINKE problematisiert in ihrem Antrag, dass derzeit keine sektorenübergreifende Bedarfsplanung stattfinde. Vorgeschlagen wird, das Landesgremium nach § 90a SGB V entsprechend weiterzuentwickeln. Für die unparteiischen Mitglieder der Landesausschüsse nach § 90 sollen die Patientenvertreter ein Vorschlagsrecht erhalten. In das gemeinsame Landesgremium nach § 90a seien die Patientenvertretungen als Pflichtmitglieder aufzunehmen.

In der Pflege und anderen Gesundheitsberufen erfolge gar keine Bedarfsplanung oder Steuerung. Bei erwiesenen Versorgungslücken in diesen Bereichen solle eine Versorgungssteuerung geprüft werden, jedenfalls unter der Voraussetzung, dass Angehörige der Heilmittel- und Pflegeberufe mehr Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Leistungserbringung erhalten. Bei der ambulanten Versorgung seien ärztliche Aufgaben zu ermitteln, die im Wege der Delegation oder Substitution auf andere Gesundheitsberufe übertragen werden könnten. Diese Kapazitäten seien künftig in die Bedarfsplanung zu integrieren. Vorbild sei das Modell der Gemeindeschwester nach dem AGnES-Modell, das gezeigt habe, dass einige ärztliche Tätigkeiten ohne Qualitätsverlust auch auf andere Gesundheitsberufe übertragen werden könnten.

Insgesamt seien bei der Bedarfsplanungsrichtlinie die Kriterien Morbidität, sozio-ökonomische Faktoren und Demographie einschließlich von Faktoren wie ÖPNV und regionaler Infrastruktur besser zu berücksichtigen. Durch eine kleinräumigere Planung auf der Ebene der Landkreise könne eine effizientere Bedarfsplanung bewirkt werden. Mit Verweis auf das Gutachten des Sachverständigenrats im Gesundheitswesen von 2014 wird darauf hingewiesen, dass es im Ergebnis immer noch eine starke Ungleichverteilung der Vertragsärzte zwischen ländlichen und städtischen Regionen und zwischen hausärztlicher Grundversorgung und spezialisierter fachärztlicher Versorgung im ambulanten Bereich gäbe. Der Schlüssel zu einer besseren Gleichverteilung liege im Abbau von Arztsitzen in überversorgten Gebieten. Dazu bedürfe es einer stärkeren Berücksichtigung von regionalen Parametern wie z.B. der regionalen Erreichbarkeit oder auch der Verteilung von Kassen-. und Privatpatienten. In diesem Zusammenhang wird konkret vorgeschlagen, Regionalbudgets zu erproben, bei denen regionale Gremien, wie z.B. Gesundheitskonferenzen unter Beteiligung von Kommunen, Leistungserbringern und Patientenvertretern mit den Krankenkassen über die Verteilung der Mittel unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungslage entscheiden.

Schließlich wird im vorliegenden Antrag vorgeschlagen, stärker innovative Versorgungsstrukturen zu erproben, wie z.B. mobil zugehende Shuttle-Services, die rollende Praxis oder multifunktionale Praxisräumlichkeiten.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband teilt viele Ansätze des Antrags der LINKEN, die Steuerung auf regionaler Ebene zu verbessern. Wie schon oben detailliert dargelegt, gibt es im Gesetzentwurf zu wenig konkrete Ansätze, um der Unter- und Überversorgung systematisch entgegen zu steuern. Notwendig ist auch aus unserer Sicht eine stärkere regionale und kleinräumige Planung. Der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten 2014 dargelegt, dass die hausärztliche Versorgung durch die Bildung von 886 Mittelbereichen kleinräumiger als je zuvor erfolgt und so dem tatsächlichen Versorgungsbedarf näher komme. Die Anzahl der Planungsbereiche für die allgemeine fachärztliche Versorgung habe sich mit 391 Bezirken jedoch nur geringfügig verändert, die spezialisierte fachärztliche Versorgung habe ihre Planungsbereiche von 395 auf immerhin 97 verringert. Von der neu geschaffenen Möglichkeit, regionale Anpassungen bei der Bedarfsplanungsrichtlinie vorzunehmen, haben zahlreiche KVen und Landesausschüsse Gebrauch gemacht. Dies zeigt, dass der mit dem Versorgungsstrukturgesetz eingeschlagene Weg in die richtige Richtung geht und erste positive Anreize gesetzt hat. Allerdings gehen diese noch nicht weit genug. Aus Sicht des Deutschen Caritasverbands ist insbesondere die Rolle des Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V weiter zu stärken. Wir unterstützen den Antrag der LINKEN, gezielt Patientenvertreter und –vertreterinnen in das Gremium aufzunehmen, damit diese die Sichtweise der Patienten gezielt in das Versorgungsgeschehen auf der regionalen Ebene einbringen können. Vor allem aber sollte die „Kann“-Bestimmung zur Abgabe von Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen mindestens durch eine „Soll“-Bestimmung verbindlicher ausgestaltet werden.

Die Ausgestaltung der medizinisch-pflegerischen Versorgung sollte unter Einbeziehung der Länder, Landkreise und Kommunen in Gesundheits- und Pflegekonferenzen geplant werden. Beteiligt werden sollten daran alle Akteure in der Gesundheitsversorgung, d.h. die Leistungsträger, Leistungserbringer, Patienten, Selbsthilfeorganisationen und die Wohlfahrtsverbände. Es sollte sichergestellt sein, dass in einem solchen Gremium alle Bevölkerungsgruppen vertreten sind, vor allem auch Menschen mit Migrationshintergrund. Entscheidungsbefugt sollen aber nur diejenigen Mitglieder sein, die letztendlich auch Verantwortung für die Sicherstellung der Versorgung tragen.

Aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes ist es sinnvoll, in die Bedarfsplanungsrichtlinie neben den schon bestehenden Kriterien Alter, Geschlecht und Morbidität auch sozioökonomische Variablen wie Einkommen, Arbeitslosigkeit und Pflegebedürftigkeit aufzunehmen, wie auch vom IGES in seinem Gutachten vom 31. Mai 2012 empfohlen. Wir unterstützen den Antrag der LINKEN, auch Mobilitätsfaktoren, wie den ÖPNV, in die Erfassung der Bedarfe mit einzubeziehen, denn gerade im ländlichen Raum ist das Kriterium der Erreichbarkeit einer Praxis im zumutbaren räumlichen Radius von entscheidender Bedeutung, um Unterversorgung bestimmen zu können.

Auch der Deutsche Caritasverband setzt sich dafür ein, innovative Versorgungsmodelle zu erproben und hat hierfür konkrete Vorschläge gemacht. Dazu gehören neben den im Antrag der LINKEN erwähnten mobilen Praxen und Shuttle-Services auch die Eröffnung von Zweigpraxen, rotierend besetzten Praxen sowie eine Stärkung der Praxisverbünde- und Praxisnetze und der

Ausbau von Telecare und Telemedizin. Die medizinische und pflegerische Versorgung muss darüber hinaus stärker miteinander vernetzt werden.

Ein großes Potenzial für die Verbesserung der Versorgung liegt nach Auffassung des Deutschen Caritasverbandes im Ausbau von Modellen der Übertragung von heilkundlichen Aufgaben auf die Pflege. Pflegekräfte sind aufgrund ihrer spezifischen Kompetenzen, z.B. beim Wundmanagement, besser als andere Fachkräfte des Gesundheitswesens, wie z.B. Medizinisch-technische Assistenten, in der Lage, chronische Krankheitsverläufe kompetent zu begleiten. Ihr Qualifikationspotenzial ließe sich noch weit besser zur Entlastung ärztlicher Tätigkeiten nutzen, wenn eine wirkliche Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten stattfände. Auch in diesem Punkt unterstützen wir den Antrag der LINKEN.

D. Antrag von BÜNDNIS 90/Die GRÜNEN: Gesundheitsversorgung umfassend verbessern – Patienten und Kommunen stärken, Strukturdefizite beheben, Qualitätsanreize ausbauen

Antrag

Die GRÜNEN fordern eine stärkere Rolle von Kommunen und Regionen bei der Planung, Steuerung und Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung. Den Kommunen wird eine Schlüsselrolle zugedacht. Sie sollen gemeinsam mit Rehabilitationsträger, Reha-Einrichtungen, anderen Sozialversicherungsträgern und Patientenorganisationen Vertragspartner für die Selektivverträge im Rahmen der Besonderen Versorgung nach § 140a SGB neu werden. Die kommunalen Spitzenverbände sollen künftig in den Gemeinsamen Landesgremien nach §90a SGB V vertreten sein. In den Kommunen sollen Gesundheitskonferenzen etabliert werden, deren Empfehlungen bei der Aufstellung von Versorgungsplänen zu berücksichtigen sein sollen. .

Die Gesundheitsversorgung soll auch auf regionaler Ebene gestärkt werden. So sollen sich Gesundheitsverbünde, die eine bestimmte Anzahl von Patienten versorgen, direkt um Arztsitze bewerben können.

Die GRÜNEN problematisieren, dass die bisherige Bedarfsplanung zu wenig sektorenübergreifend ausgerichtet ist. Sie regen an, dem Gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V mehr Kompetenzen zuzuschreiben. So solle dieses in unterversorgten Regionen verbindliche Entscheidungen treffen können. Mittelfristig sei das Landesgremium zu einem sektorenübergreifenden Versorgungsausschuss auszubauen, in dem Land, Kommunen, Leistungserbringer und Patientenverbände vertreten sein sollen.

Die Qualitätstransparenz im stationären Bereich soll auch auf den Bereich der ambulanten vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung erstreckt werden, und auch die Krankenkassen sollen in Qualitätsvergleiche einbezogen werden, z.B. mittels Versichertenbefragungen, aber auch mittels des Vergleichs von Gesundheitsergebnissen.

Des Weiteren fordern die GRÜNEN eine größere Eigenständigkeit nichtärztlicher Gesundheitsberufe und eine grundsätzliche Neuverteilung heilkundlicher Aufgaben innerhalb der ärztlichen und der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe.

Bewertung

Der Antrag der GRÜNEN enthält viele unterstützungswürdige Ansätze. Auch die Caritas sieht in der Stärkung von Gesundheits- und Pflegekonferenzen ein sinnvolles Instrumentarium, um auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte eine sinnvolle Ressourcensteuerung vornehmen zu können. Zu beteiligen sind alle Leistungserbringer in der Gesundheitsversorgung, die Gesundheitsprofessionen, Patienten- und Selbsthilfeorganisationen sowie die Wohlfahrtsverbände. Es muss sichergestellt sein, dass auch Menschen mit Migrationshintergrund in diesem Gremium vertreten sind.

Die gemeinsamen Landesgremien nach § 90a haben sich bewährt. Ihre Rolle ist weiterhin zu stärken, da sonst die sektorenübergreifende Versorgung nicht gelingen kann.

Der Deutsche Caritasverband begrüßt insbesondere, dass sich die GRÜNEN für eine Neuverteilung der Kompetenzen zwischen den Gesundheitsberufen einsetzen. Der Deutsche Caritasverband setzt sich für die Einführung der Übertragung eigenständiger heilkundlicher Tätigkeiten auf Angehörige der Pflegeberufe ein. Pflegekräfte sind aufgrund ihrer spezifischen Kompetenzen, z.B. beim Wundmanagement, besser als andere Fachkräfte des Gesundheitswesens, wie z.B. Medizinisch-technische Assistenten, in der Lage, chronische Krankheitsverläufe kompetent zu begleiten. Ihr Qualifikationspotenzial ließe sich noch weit besser zur Entlastung ärztlicher Tätigkeiten nutzen, wenn eine wirkliche Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten stattfinden würde. Wie die GRÜNEN setzen wir uns dafür ein, dass Pflegekräfte auf Augenhöhe mit den Ärztinnen und Ärzten in Medizinische Versorgungszentren oder Formen der Integrierten Versorgung eingebunden werden. Zu denken ist auch an medizinisch-pflegerische Tandempraxen. Zur Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung ist der Anspruch auf Versorgung mit psychiatrischer häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie zu verbessern.

Die GRÜNEN kritisieren zu Recht, dass es bisher noch kein einziges Modellvorhaben zur selbständigen Ausübung von Heilkunde durch Angehörige der Pflegeberufe nach § 63 Absatz 3c SGB V gibt. Wie schon zu Artikel 9 und 10 des Gesetzesentwurfes ausgeführt, behindert eine Reihe struktureller Hürden die Ausgestaltung dieser Modellvorhaben Da der Gesetzgeber zu wenig Vorgaben für die Durchführung der Modellvorhaben macht, ist die Durchführung solcher Modelle mit einem hohen bürokratischen Aufwand und aufgrund fehlender Vorgaben für die Vergütung der Leistungen auch mit einem hohen wirtschaftlichen Risiko verbunden. Des Weiteren ist das Spektrum der heilkundlichen Behandlung in der Richtlinie nach § 63 Absatz 3c SGB V auf einzelne Indikationen beschränkt, wie Diabetes mellitus vom Typ 1 und 2, Demenz, chronische Wunden und Hypertonie. Es bleibt unklar, ob die Weiterqualifikation der Pflegekräfte für all diese Diagnosen oder nur für Teile der genannten Diagnosen erworben werden muss. Auch der Überweisungsvorbehalt des Arztes bleibt bestehen; die eigenständige Verordnung von Maßnahmen durch Pflegekräfte ist im Rahmen der Richtlinie nach § 63 Absatz 3c SGB V nicht möglich. Wie oben zu Artikel 9 und 10 ausgeführt sieht es, wie die GRÜNEN, auch der Deutsche Caritasverband als nicht sachgerecht an, die Aufgabe der Curricularentwicklung dem Gemeinsamen Bundesausschuss zu übertragen, denn in diesem Gremium sind die für die Pflege maßgeblichen Verbände und Institutionen nicht stimmberechtigt. Die Curricularentwicklung sollte durch eine Fachkommission erfolgen. Um möglichst zügig mit der Umsetzung von Modellprojekten beginnen zu können, schlagen wir die umgehende Einsetzung einer Fachkommission unter Aufsicht vom BMG und BMFSFJ vor, die zeitnah standardisierte Ausbildungsmodule entwickeln soll, auf die im Falle von Modellvorhaben zurückgegriffen werden kann.

Freiburg, 17.3.2015
Vorstandsbereich Sozial- und Fachpolitik
Prof. Dr. Georg Cremer
Generalsekretär

Deutscher
Caritasverband e.V.

Kontakt:

Dr. Elisabeth Fix, Referentin für Rehabilitation, Alten- und Gesundheitspolitik,
Deutscher Caritasverband, Berliner Büro, Tel. 030 284447-46; elisabeth.fix@caritas.de

Renate Walter-Hamann, Referatsleiterin Gesundheit, Rehabilitation, Sucht,
Deutscher Caritasverband, Tel. 0761 200 369; renate.walter-hamann@caritas.de

Caroline von Kries, Leiterin Arbeitsstelle Sozialrecht,
Deutscher Caritasverband, Tel. 0761 200 224; caroline.von.kries@caritas.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0091(36)
gel. VB zur öAnhörung am 25.03.15_GKV-VSG
24.03.2015

Deutscher Gewerkschaftsbund

Bundesvorstand

Stellungnahme zur Anhörung des Bundestagsausschusses für Gesundheit am 25. März 2015 zum

Gesetzentwurf
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung in der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)
BT-Drucksache 18/4095

Antrag der Fraktion DIE LINKE
Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen – Hochwertige und effiziente Versorgung für alle
BT-Drucksache 18/4099

Antrag der Fraktion DIE LINKE
Wohnortnahe Gesundheitsversorgung durch bedarfsorientierte Planung sichern
BT-Drucksache 18/4187

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Gesundheitsversorgung umfassend verbessern: Patienten und Kommunen stärken, Strukturdefizite beheben, Qualitätsanreize ausbauen
BT-Drucksache 18/4153

25. März 2015

DGB Bundesvorstand
VB Annelie Buntenbach
Abteilung Sozialpolitik

Henriette-Herz-Platz 2
10178 Berlin

Rückfragen an:
Knut Lambertin

Tel.: 030 24060-706
Fax: 030 24060-226

I. Allgemeine Bewertung

Mit dem vorliegenden Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung in der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung soll die bedarfsgerechte, flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten auf hohem Niveau sichergestellt werden. Damit will die Bundesregierung auf die demografische Entwicklung und unterschiedliche Versorgungssituationen in strukturschwachen Regionen und in städtischen Ballungsräumen reagieren sowie die Möglichkeiten des medizinisch-technischen Fortschritts nutzen.

Der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) teilt das von der Bundesregierung beschriebene Ziel, denn es ist gesetzliche Aufgabe der GKV die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihre Gesundheit zu verbessern. Die ständige Verbesserung der Versorgung gehört damit zu den elementaren Aufgaben der GKV.

Weiter einseitige Belastung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer

Nicht zutreffend ist nach Meinung des DGB jedoch die Feststellung, dass das GKV-FQWG die Finanzierung nachhaltig gestärkt und auf eine solide Grundlage gestellt habe. Der darin geregelte Zusatzbeitrag allein für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer belastet mit künftigen Mehrbelastungen weiterhin einseitig die Versicherten. Damit wird die paritätische Finanzierung der GKV in Zukunft weiter zulasten der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer verschoben. Da dies das einzige Ventil ist, über das Mehrbelastungen aufgefangen werden sollen, ist die Dynamik der Steigerung des beabsichtigten Zusatzbeitrages absehbar, wenn die Finanzsituation der GKV sich verschlechtert. Mit der Neuregelung geht der bisherige Arbeitnehmer-Sonderbeitrag von 0,9 Prozent in den neuen Zusatzbeitrag allein für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer auf. Das BMG beziffert den Fehlbetrag durch Abschaffung des Arbeitnehmer-Sonderbeitrages auf bisher elf Milliarden Euro. Nun führt das BMG mit diesem Referentenentwurf weitere Kosten in Höhe von mind. 405 Millionen

Euro auf, wobei der Entwurf weitere, nicht bezifferbare Mehrausgaben enthält. Es ist gegenüber den Versicherten unverantwortlich, dass die fehlende Deckung allein durch die neuen Zusatzbeiträge für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aufgefangen werden muss. Das widerspricht dem Grundsatz der solidarischen Versicherung.

Der DGB fordert hier eine Umkehr, eine Rückkehr zur paritätischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen, – auch angesichts der Gefahr von Milliarden zusätzlicher Kosten für die Versicherten aufgrund der geplanten Krankenhausreform.

Schwächung der Sozialpartnerschaft

Die geplante Neureglung in § 279 SGB V bedeutet eine weitere Schwächung der Sozialpartnerschaft in der sozialen Selbstverwaltung der GKV, wenn künftig – neben Arbeitgeber- und Versichervertretern – ein Drittel des Medizinischen Dienstes der GKV von der zuständigen Verwaltungsbehörde des Bundeslandes bestimmt wird. Damit wird eine teiltripartistische Regelung getroffen, denn die bestimmende Verwaltungsbehörde wird keine eigenen Angehörigen der Länderverwaltung, sondern Vertreter von Patienten- und Behindertenorganisationen sowie Vertreter der Pflegeberufe entsenden. Dabei bleibt erstens unberücksichtigt, dass die Patienten bereits von den Versichertenvertretern im Verwaltungsrat repräsentiert werden. Zweitens besteht die Gefahr, dass Leistungserbringerinteressen sowohl über die Patientenorganisationen als auch über die Pflegeberufsvertreter in den MDK-Verwaltungsrat Einzug halten. Drittens werden mit dieser Regelungen bereits Landespflegekammern Aufgaben zugeordnet, obwohl diese in der überwiegenden Zahl der Bundesländer nicht existieren. Die Einbeziehung der Pflegeberufe würde u.a. dazu führen, dass ihre Leistungserbringerinteressen einseitig privilegiert in den MDK-Verwaltungsräte vertreten wären. Parallel dazu werden die Beitragszahlerinteressen geschwächt. Daher lehnt der DGB die geplante Regelung ab, da die Staatsferne und Selbstverwaltung damit beeinträchtigt werden.

Der DGB bedauert sehr, dass die Begründung zu diesem Gesetzentwurf keine Gründe für die Umstrukturierung der MDK-Verwaltungsräte enthält, die zu ei-

ner Veränderung der Sozialpartnerschaft in der GKV führt und neue Verteilungskonflikte in die Gremien trägt. Zudem hat der Bundesrat inzwischen diese Regelung ebenfalls kritisiert.

Der DGB schlägt stattdessen vor, Erfolge und Effizienz der Sozialpartnerschaft von Arbeitgebern und Arbeitnehmern in den MDKen vor einer Gesetzesänderung wissenschaftlich evaluieren zu lassen. So könnte die Chance ergriffen werden, keine isolierte Änderung der sozialen Mitbestimmung im MDK, sondern gesamt der sozialen Selbstverwaltung in der GKV kohärent vorzunehmen.

Freiberufliche Hebammen werden von Beitragszahlern subventioniert

Die beabsichtigte Veränderungen des § 134a SGB V führen im Ergebnis dazu, dass das Haftungsrisiko für freiberufliche Hebammen im Gegensatz zu angestellten Hebammen auf die gesetzlichen Krankenkassen übergeht.

Neben der Umschichtung von Haftungskosten zu Lasten der Beitragszahler hält der DGB die Privilegierung von freiberuflichen Hebammen im Gegensatz zu anderen Freiberuflern im Gesundheitswesen und angestellten Hebammen für systemfremd. Zudem besteht die Gefahr, dass mit dieser Regelung sozialversicherungspflichtige Beschäftigung durch prekäre Selbstständigkeit verdrängt wird. Warum diese Regelung dazu beiträgt, eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten zu gewährleisten, ist für den DGB begründungspflichtig.

Haltung zu Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung bleibt unkritisch

Mehrfach wird im Entwurf der Wettbewerb in der GKV in der Weise dargestellt, als wenn es sich um ein Ziel handeln würde. Dies ist jedoch weder § 1 SGB V noch § 1 SGB I zu entnehmen. Wettbewerb kann nur ein Instrument zur Förderung von Suchprozessen in der GKV sein. Das gilt auch für den Vertragswettbewerb mit sogenannten Selektivverträgen.

Der DGB fordert, endlich die Auswirkungen der bisherigen wettbewerblichen Steuerung im Gesundheitswesen – positive und negative – wissenschaftlich zu evaluieren, ebenso die Kosten und Wirkungen von Selektivverträgen. Damit würde die Möglichkeit bestehen, auf empirischer Grundlage eine ideologiefreie Debatte über die künftige Steuerung zu führen.

Arbeitnehmer sollen Innovationen allein bezahlen

Der geplante Innovationsfonds soll mit jeweils 150 Millionen Euro von den Krankenkassen als auch aus dem Gesundheitsfonds finanziert werden. Nachdem der steuerfinanzierte Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds, der eigentlich die gesamtgesellschaftlichen Leistungen von mindestens 15 Milliarden Euro gegenfinanzieren soll, auf 10,5 Milliarden gekürzt wurde, bedeutet dies, dass beide Teile aus Beitragsmitteln finanziert werden sollen – also 300 Millionen Euro jährlich, zunächst bis 2019. Die gesamtgesellschaftlichen Leistungen, die den gesetzlichen Krankenkassen übertragen wurden, sind nicht weniger an Anzahl oder weniger finanzträchtig geworden.

Der DGB schlägt hingegen vor, den Innovationsfonds durch Steuermittel zu finanzieren, da es sich um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt, die nicht nur den gesetzlich Krankenversicherten zugutekommt. Gleichzeitig gilt es, den Steuerzuschuss stetig parallel zu den Kosten für gesamtgesellschaftliche Leistungen weiter zu entwickeln und den Beitragssatz der GKV wieder paritätisch zu gestalten – und somit die einseitigen Arbeitnehmer-Zusatzbeiträge abzuschaffen.

Sollte es bei der geplanten Finanzierung durch Beitragsmittel – direkt und indirekt – bleiben, sollte zumindest der Entscheidungsweg zur Vergabe von Mitteln aus dem Innovationsfonds verändert werden. Für den DGB ist es widersinnig, dass über Projekte zu Sektoren übergreifender Versorgung ausgerechnet im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) entschieden werden soll. Dieser ist Ausdruck und Repräsentant der Sektoren im Gesundheitswesen. Stattdessen sollte die soziale Selbstverwaltung im GKV-Spitzenverband mit der Vergabe der Innovationsmittel aus Versichertengeldern beauftragt werden.

Richtige Richtung: Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgung

Der DGB begrüßt die Ansätze zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung, das heißt zum Abbau der Unter- und Überversorgung. Dafür soll ein Strukturfonds bei den kassenärztlichen Vereinigungen aufgebaut werden, der Zulassungsgebühren und Zuschüsse finanziert. Geplant ist eine hälftige Finanzierung durch die KV und durch den jeweiligen Landesverband der Krankenkassen. Die Steuerung kann jedoch wirksamer gestaltet werden, wenn die Ärzteschaft die Kosten für die Sicherstellung in unterversorgten Gebieten durch Umschichtung aus nicht unterversorgten Gebieten trägt. Dies schlägt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem aktuellen Gutachten „Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche" vor. Ergänzend fordert der DGB, Krankenkassen generell wieder in § 140 SGB V die Errichtung und den Betrieb von Eigeneinrichtungen gesetzlich zu gestatten. Gerade in unterversorgten Gebieten wird so die Verantwortung der Krankenkassen für ihre Versicherten gestärkt.

Dass die Beurteilung der Dienstunfähigkeit von Beamtinnen und Beamten zukünftig auch durch den MDK erfolgen soll, ist systemfremd. Statt den MDK mit der Aufgabe der Beurteilung der Dienstfähigkeit von Beamtinnen und Beamten zusätzlich zu belasten, ist der Gesetzgeber gehalten, die Arbeitsbedingungen der Amtsärzte zu verbessern. Die Steigerung der Attraktivität dieses Berufes würde das Problem des Nachwuchsmangels lösen helfen und die vorgesehene Aufgabenverlagerung unnötig machen.

Zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin soll die Verbindlichkeit erhöht und Beschränkungen der Kassenärztlichen Vereinigungen beseitigt werden. Der DGB begrüßt die Förderung der Allgemeinmedizin. Angesichts des starken Zusammenhangs von Arbeit und Gesundheit sowie weiterer sozialer Determinanten fordert der DGB eine Stärkung sowohl der Arbeitsmedizin wie der Sozialmedizin in der Ausbildung und Weiterbildung der Ärzte. Grundsätzlich sind die Beitragszahler nicht für die Finanzierung der Ärztebildung zuständig. Daher lehnt der DGB die Finanzierung der Mediziner-(Aus)Bildung aus Beitragsmitteln ab.

Mit dem GKV-SV-Entwurf reagiert die Bundesregierung auf Berichte über die Diskriminierung gesetzlich Krankenversicherter bei der Terminvergabe, insbesondere in Facharztpraxen. Viele gesetzliche Krankenkassen haben im Interesse ihrer Mitglieder und Familienversicherten inzwischen Dienste zur Vermittlung von Facharztterminen eingerichtet. Wenn dies künftig von den Kassenärztlichen Vereinigungen geleistet werden soll, entspricht dies ihrem Sicherstellungsauftrag. Der DGB hält diese Änderung für sachgerecht.

Dies gilt ebenso für das geplante Recht auf eine ärztliche Zweitmeinung, um Über- und Fehlversorgung zu vermeiden und die Qualität der Versorgung zu erhöhen. Der DGB spricht sich für eine Evaluation dieser Regelung aus, um Kosten und Wirkung sowie mögliche Änderungen anschließend auf wissenschaftlicher Grundlage diskutieren zu können.

Der DGB begrüßt die gesetzgeberischen Initiativen für eine integrierte Versorgung. Sowohl die weitere Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung als auch die erweiterte Zulassung medizinischer Versorgungszentren ist dazu geeignet. Der DGB fordert jedoch, dass diese aus den Mitteln für die Vergütung niedergelassener Ärzte finanziert werden. Positiv hervorzuheben ist die Nutzenbewertung bei Medizinprodukten.

Größter Posten im Gesetzentwurf sind die 500 Millionen Euro für Konvergenzregelungen bei der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der Ärzte. Der DGB zweifelt an der Wirksamkeit der „Soll-Regelung" beim Aufkauf von Arztsitzen. Die „Kann-Regelung" wurde kaum genutzt, und die Soll-Regelung enthält viele Ausnahmetatbestände. Die regionalen Vergütungsunterschiede ergeben sich in der Regel aus unterschiedlichen Versorgungsstrukturen. Daher sind die geplanten Mehrausgaben nicht zu rechtfertigen.

Fazit

Insgesamt enthält der Entwurf versorgungspolitische Ansätze, die in die richtige Richtung weisen. Da die Arbeitgeberbeiträge von der Bundesregierung gedeckelt werden, verbleibt das Finanzierungsrisiko für Fortschritte in der Versorgung allein bei den Arbeitnehmern über den Arbeitnehmersonderbeitrag. Dies lehnt der DGB entschieden ab.

II. Im Einzelnen zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

Über die im allgemeinen Teil angesprochenen Regelungen nimmt der DGB zusätzlich Stellung zu:

Nr. 15 (Änderung § 46 SGB V, Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld):

Der DGB begrüßt die Regelung zu Nr. 15 a.

Der in Nr. 15 b neu gefasste Satz 2 birgt aufgrund der auf Werktage bezogenen Formulierung Schwierigkeiten.

Arbeitstage sind nach allgemeinen Verständnis die Wochentage Montag bis Freitag und Werktage die Wochentage Montag bis Samstag. Da der Begriff Arbeitstage aber auf die tatsächliche Arbeitsleistung an einem Tag abstellt, können Arbeitstage auch Samstage, Sonntag und Feiertage sein, z. B. im Handel, Verkehrswesen oder Gastgewerbe. Die vorgeschlagene Regelung bereitet für Sonn- und Feiertage keine Probleme, kann jedoch für Versicherte, bei denen der nächste Arbeitstag nach Ende der laufenden Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ein Samstag ist, dazu führen, dass die mit der Neuregelung beabsichtigte Problemlösung nicht erfolgt. Der Samstag ist ein Werktag und somit müsste nach der derzeit beabsichtigten Neufassung von § 46 Satz 2 SGB V die Folgebescheinigung an diesem Tag vorliegen, obwohl Ärzte an Samstagen üblicherweise keine Sprechstunde haben und die Versicherten dieser Forderung dann nicht nachkommen können.

Daher fordert der DGB die Ergänzung durch einen Satz 3:

„Samstage gelten nicht als Werktag."

Nr. 95 (Änderung § 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung):

Der DGB fordert, dass neben Kommunen auch gesetzliche Krankenkassen das gleiche Recht haben müssen, medizinische Versorgungszentren zu gründen und zu betreiben. Daher sollte Absatz 1a wie folgt gefasst werden:

„Kommunen <u>und gesetzliche Krankenkassen</u> können medizinische Versorgungszentren auch in der öffentlich-rechtlichen Rechtsform eines Eigen- oder

Regiebetriebs gründen. Für die Gründung von medizinischen Versorgungszentren durch Kommunen und gesetzliche Krankenkassen findet § 105 Absatz 5 Satz 1 bis 4 keine Anwendung."

III. Im Einzelnen zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen – Hochwertige und effiziente Versorgung für alle“

Der DGB teilt die Analyse der strukturellen Probleme der privaten Krankenversicherungswirtschaft, die sowohl ihre Kundinnen und Kunden als auch die Mitglieder und Familienversicherten der gesetzlichen Krankenkassen in Mitleidenschaft zieht.

Der DGB fordert jedoch eine veränderte Lösung, denn die Eigentumsrechte der Kundinnen und Kunden der privaten Krankenversicherungsunternehmen sind zu schützen.

Der DGB fordert, dass alle Neuzugänge in der Krankenversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu versichern sind. Diejenigen Bestandskunden, die ihre privaten Krankenvollversicherungspolicen zugunsten einer Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse kündigen wollen, müssen diese Möglichkeit erhalten. Die Dienstgeber auf Bundesebene sind gesetzlich dazu zu verpflichten, die Arbeitgeberbeiträge für die gesetzliche Krankenversicherung zu tragen. Dabei ist zu gewährleisten, dass jedwede Veränderung der sozialen Sicherungssysteme nicht zu Lasten einer betroffenen Beschäftigtengruppe erfolgt.

Sollte sich die Geschäftstätigkeit der privaten Krankenversicherungsunternehmen durch politische Entscheidungen verändern, ist eine Beschäftigungsgarantie für die hiervon betroffenen Beschäftigten in einem integrierten Krankenversicherungssystem notwendig.

Neben diesen Punkten findet sich das gesamte Konzept des DGB unter:
http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Dokumente/Buergerversicherung-statt-Kopfpauschale.pdf

IV. Im Einzelnen zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Wohnortnahe Gesundheitsversorgung durch bedarfsorientierte Planung sichern“

Der DGB teilt die Richtung der Analyse der problematischen Bedarfsplanung.

Zu den vorgeschlagen Neuregelungen stellt der DGB über den allgemeinen Teil der Stellungnahme hinaus fest:

1. Der DGB begrüßt, wenn staatliche Ebenen ihrer Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung nachkommen sollen. Allerdings ist eine deutlichere Verknüpfung von Steuerungs- und Finanzierungsverantwortung notwendig – auch im Sinne eines konsequenten Verständnisses von Konnexität. Der DGB fordert, dass Bund und Länder zunächst miteinander in den Dialog eintreten sollten, um das Investitionsloch bei der Krankenhausfinanzierung zu beseitigen und damit der sogenannten schleichenden Monistik entgegen zu treten.
   Danach befürwortet der DGB eine sektorenübergreifende Planung. Dazu fordert der DGB aber, dass an dem „Gemeinsamen Landesgremium“ die Beitragszahlerinnen und -zahler obligatorisch entweder durch die soziale Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenkassen oder Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften zu beteiligen sind.
2. Ebenso ist gesetzlich festzulegen, dass die regionale Versorgungsplanung – nur auf Grundlage einer ständig weiter zu entwickelnden regionalen Sozial- und Gesundheitsberichterstattung stattfindet. Bedeutsam sind dabei die sozialen Determinanten der Gesundheit. Dies würde dazu beitragen, dass die Unschärfen der Begriffe „regionale Besonderheiten“, „Demografie“ und „Morbidität“ bei der Feststellung der notwendigen Bedarfszahlen an primär- und fachärztlicher Grundversorgung verringert werden.
3. Versichertenvertreter sind Ansprechpartner für die Sorgen und Nöte der Versicherten. Sie setzen sich z. B. in Widerspruchsausschüssen für die Versicherten ein und überprüfen schnell und unbürokratisch Entscheidungen der Krankenkassenverwaltungen. Sie erhalten hier auch wichtige Hinweise beispielsweise für das Qualitätsmanagement ihrer

Krankenkasse. All diese Erfahrungen fließen in die Arbeit des Verwaltungsrates ein, der die Fragen von grundsätzlicher Bedeutung für die Krankenkasse bestimmt.
Die Versichertenvertreter in der sozialen Selbstverwaltung vertreten die Interessen der Kassenmitglieder und ihrer Angehörigen insgesamt – auch in ihrer Rolle als Patienten. Dabei rücken nicht nur bestimmte Krankheiten in den Brennpunkt, wie zum Beispiel das Thema Diabetes.
Die künstliche Trennung zwischen den Interessen der GKV-Versicherten sowie Patientinnen und Patienten muss aufgehoben werden. Spätestens mit der Einführung von Präventionsleistungen ins SGB V sind auch Versicherte, die nicht Patientinnen und Patienten sind, sowohl von den Leistungsträgern, den Krankenkassen, als auch von den Leistungserbringern abhängig. Die Rechte nicht nur der Patientinnen und Patienten, sondern aller Versicherten in den gesetzlichen Krankenkassen müssen gestärkt werden. Die bisherige Trennung zwischen Patienteninteressen und Versicherteninteressen, die leider im Antrag zum Ausdruck kommt, ist eine ideologische.

4. Wir benötigen eine bessere Verteilung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, um das Problem der drohenden Unterversorgung in einigen Gebieten mit dem Abbau von Überkapazitäten bei der niedergelassenen Kassenärztinnen und -ärzten zu lösen:
   a) durch die Verknüpfung von Überversorgung und Honorierung, das heißt die Einführung von Abschlägen, um eine bessere Verteilung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte anzuregen,
   b) durch die Unterteilung von Großstädten in kleinere sozialraumorientierte Planungsbezirke, um Unterversorgung in der ambulanten ärztlichen Versorgung auch in sozial benachteiligten Stadtvierteln zu begegnen,
   c) durch beschränkte Zulassungen für Planungsbereiche ab einem Versorgungsgrad von 100 Prozent sowie
   d) durch die Aufnahme aller Arztgruppen in die Bedarfsplanung und Berechnung des Versorgungsgrades, inklusive weiterer ermächtigter Einrichtungen.

V. Im Einzelnen zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Gesundheitsversorgung umfassend verbessern: Patienten und Kommunen stärken, Strukturdefizite beheben, Qualitätsanreize ausbauen"

Zu den vorgeschlagen Neuregelungen stellt der DGB über den allgemeinen Teil der Stellungnahme hinaus fest:

1. Die Verlagerung von Steuerungskompetenzen muss gemeinsam mit Finanzverantwortung geplant werden. Staatliche Ebenen, wie Kommunen und Regionen, sollten nur parallel zur Finanzverantwortung höhere Planungs- und damit Steuerungskompetenzen erhalten.
2. Die Bedarfsplanung muss Sektor übergreifend weiterentwickelt werden - jedoch auf Grundlage einer ständig weiter zu entwickelnden regionalen Sozial- und Gesundheitsberichterstattung. Bedeutsam sind dabei die sozialen Determinanten der Gesundheit. Dies würde dazu beitragen, dass die Unschärfen der Begriffe „regionale Besonderheiten", „Demografie" und „Morbidität" bei der Feststellung der notwendigen Bedarfszahlen an primär- und fachärztlicher Grundversorgung verringert werden.
3. Eine neue Aufgabenverteilung muss auch die Arztzentriertheit des deutschen Gesundheitswesens beenden.

DEUTSCHER HAUSÄRZTEVERBAND

Bleibtreustraße 24

10707 Berlin

Telefon 030 88714373-30

Telefax 030 88714373-40

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0091(42)
gel. VB zur öAnhörung am 25.03.15_GKV-VSG
24.03.2015

Edmund-Rumpler-Straße 2

51149 Köln

Telefon 02203 5756-0

Telefax 02203 5756-7000

www.hausaerzteverband.de

Stellungnahme des Deutschen Hausärzteverbandes e.V.

zum Gesetzentwurf

der Bundesregierung

für ein Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV–Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) – Drucksache 18/4095

Köln/Berlin, im März 2015

A. Vorbemerkung:

Der Deutsche Hausärzteverband e.V. begrüßt den Regierungsentwurf für ein Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) in seiner Zielsetzung und in weiten Teilen seiner Regelungsinhalte.

Die nachfolgende Stellungnahme beschränkt sich aus Gründen der besseren Übersicht und Lesbarkeit auf die Regelungsbereiche, die aus diesseitiger Sicht überprüft und ggf. geändert werden sollten.

Dabei gliedert sich die Stellungnahme in folgende drei Themenblöcke:

I. Neuregelungen zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung

II. Neuordnung der selektivvertraglichen Versorgung

III. Neuregelungen zur Verbesserung der Versorgung und Stärkung der Patientenrechte

B. Stellungnahme

I. **Stärkung der hausärztlichen Versorgung**

a. Art. 1 Nr. 30 – Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin (§ 75a SGB V – E)

Die Überführung und Weiterentwicklung der bisher in Art. 8 GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG) enthaltenen Vorgaben zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin sind wichtige und richtige Maßnahmen, damit sich zukünftig mehr junge Ärztinnen und Ärzte für den Beruf des Hausarztes entscheiden.

Dabei greifen die Neuregelungen in § 75a Unzulänglichkeiten und Fehlentwicklungen in der bisherigen Förderpraxis auf. Die Verbindlichkeit der Finanzierung, der Bereitstellung und der Auszahlung der Fördermittel wird ebenso verbessert wie die Durchgängigkeit der Förderung bei Wechsel der Weiterbildungsstätte.

Mit Blick auf die Erhöhung der Attraktivität und Qualität der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin wird angeregt, den Vertragspartnern der Fördervereinbarung im Wege einer Ergänzung des Abs. 7 die Möglichkeit einzuräumen, einen angemessenen Teil der Fördermittel (bis zu 5 %) für die finanzielle Förderung universitär angebundener Weiterbildungseinrichtungen, wie den sogenannten Kompetenzzentren, bereitzustellen. Konkret könnte eine solche gesetzliche Ermächtigung in einer neuen Ziff. 4 des Abs. 7 geregelt werden.

In § 75a Abs. 7 wird nach der Ziff. 3 eine neue Ziff. 4 angefügt:

4. bis zu 5 % der Fördermittel überregional für die Errichtung, Organisation und Bereitstellung von Einrichtungen, die die Qualität und Effizienz der Weiterbildung verbessern können, bereitgestellt werden."

Begründung: Die Attraktivität und Qualität der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin können durch universitär angebundene Kompetenzzentren, die insbesondere Begleitseminare, Mentorenprogramme, Train the Trainer-Angebote sowie eine kontinuierliche Evaluation und Qualitätssicherung gewährleisten – zusätzlich zu der Förderung nach Abs. 1 – deutlich und nachhaltig verbessert werden. Dies zeigen Erfahrungen aus Baden-Württemberg und Hessen. Mit dieser Regelung wird klargestellt, dass die Vertragspartner nach Abs. 4 vereinbaren können, dass ein angemessener Teil der Fördermittel für den Aufbau und die Bereitstellung solcher Strukturen verwendet wird.

b. Art. 1 Nr.27 – Weiterentwicklung der Hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V – E)

Die vorgesehenen Neureglungen in den Abs. 3, 4, 5, 7 und 9 werden insgesamt befürwortet. Folgende Konkretisierungen zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs (Abs. 7) und – je nach Entscheidung des Bundessozialgerichtes am 25.03.2015; Az.: B 6 KA 9/14 R – zur Rechtsqualität der Schiedsentscheidungen (Abs. 4a Satz 1) erscheinen nach diesseitiger Ansicht dennoch sinnvoll:

- Bereinigung des Behandlungsbedarfs (§ 73b Abs. 7 SGB V – E)

Die Neuordnung der Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 S. 2 SGB V stellt eine Verbesserung für eine schnellere Umsetzung der Verträge nach § 73b dar. Um diesen Ansatz konsequent weiterzuentwickeln, werden die folgenden Ergänzungen vorgeschlagen:

(a) Die Vertragspartner der Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung sind von Beginn an, an den Verhandlungen und an dem Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs zu beteiligen.

(b) Die Krankenkassen haben den Gesamtvertragspartnern und den Vertragspartnern der Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung auf Leistungserbringerseite die der Bereinigung des Behandlungsbedarfs zugrundeliegenden Daten zeitnah und zeitgleich zu übermitteln.

(c) Die Krankenkasse soll (anstatt: kann) zum vertraglich geregelten Zeitpunkt des Beginns der Hausarztzentrierten Versorgung, und falls eine rechtzeitige Bereinigung nicht festgesetzt worden ist, den Behandlungsbedarf nach den Maßgaben des Satz 2 vorläufig bereinigen.

Insbesondere zur effektiven Wahrnehmung der Rechte der Vertragspartner nach Abs. 7 Satz 3 (Recht auf Anrufung des Schiedsamtes) sind die vorstehend unter (a) und (b) aufgeführten Ergänzungen notwendig.

Folgende Neufassung von Abs. 7 wird daher angeregt:

§ 73b Abs. 7 wird wie folgt neu gefasst:

„(7) Die Vertragspartner der Gesamtverträge haben ***im Benehmen mit den Vertragspartnern der Verträge über eine Hausarztzentrierte Versorgung*** *den Behandlungsbedarf nach § 87a Absatz 3 Satz 2 zu bereinigen. Die Bereinigung erfolgt rechtzeitig zu dem Kalendervierteljahr, für welches die Gesamtvergütung bereinigt werden soll, entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der für dieses Kalendervierteljahr eingeschriebenen Versicherten sowie dem vertraglich vereinbarten Inhalt der Hausarztzentrierten Versorgung nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach § 87a Absatz 5 Satz 7. Dabei können die Bereinigungsbeträge, unter Beachtung von Satz 1, auch pauschaliert ermittelt werden. Kommt eine rechtzeitige Einigung über die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nicht zustande, können auch die Vertragspartner der Verträge über eine Hausarztzentrierte Versorgung das Schiedsamt nach § 89 anrufen. Die für die Bereinigungsverfahren erforderlichen arzt- und versichertenbezogenen Daten übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Gesamtvertragspartnern* ***und den Vertragspartnern der Hausarztzentrierten Versorgung auf Leistungserbringerseite*** *bis spätestens drei Wochen vor dem Kalendervierteljahr, für welches die Gesamtvergütung für die in diesem Kalendervierteljahr eingeschriebenen Versicherten bereinigt werden soll. Die Krankenkasse* ***soll****, falls eine rechtzeitige Bereinigung nicht festgesetzt worden ist, den Behandlungsbedarf unter Beachtung der Maßgaben nach Satz 2 vorläufig bereinigen. Sie kann auch die Anerkennung und Umsetzung des geltenden Bereinigungsverfahrens für die Bereinigung der Gesamtvergütung für an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmende Versicherte mit Wohnort im Bezirk anderer Kassenärztlichen Vereinigungen von diesen Kassenärztlichen Vereinigungen verlangen. Für die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach Satz 7 sowie für den Fall der Rückführung von Bereinigungsbeträgen bei Beendigung der Teilnahme eines Versicherten sind die Verfahren gemäß § 87a Absatz 5 Satz 9 anzuwenden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die zur Bereinigung erforderlichen Vorgaben im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben umzusetzen.“*

Einschub – Art. 1 Nr. 36 d) – Bundesvorgaben zur Honorarbereinigung (§ 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V – E)

Die sog. Bereinigung des zu erwartenden Honorars stellt in der Praxis ein weiteres Hemmnis bei der Umsetzung der Hausarztzentrierten Versorgung/der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung dar. Dies insbesondere deshalb, weil auf regionaler Ebene häufig von den Bundesvorgaben nach § 87b Abs. 4 Satz 2 zum Nachteil der an den Selektivverträgen teilnehmenden Ärzte abgewichen wird, so z. B. dann, wenn Patienten, deren historischer Leistungsbedarf bereinigt wird, in dem vorausgegangen Referenzzeitraum von Vertragsärzten

behandelt wurden, die in der Folge nicht an den Selektivverträgen teilnehmen. Vor diesem Hintergrund wird die Neuregelung in § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V – E ausdrücklich begrüßt.

- Rechtsqualität der Schiedsentscheidung (§ 73b Abs. 4a Satz 6 SGB V – E)

Eine gesetzliche Klarstellung zur Rechtsqualität der Schiedsentscheidung nach § 73b Abs. 4a Satz 1 SGB V ist dann erforderlich, wenn das Bundessozialgericht in dem Verfahren B 6 KA 9/14 R am 25. März 2015 die Rechtsauffassung vertreten sollte, dass es sich bei der Schiedsentscheidung nach Abs. 4a S. 1 nicht um eine sogenannte Vertragshelferlösung, sondern um einen (behördlichen) Verwaltungsakt handelt.

Folgende Klarstellung wird für diesen Fall vorgeschlagen:

§ 73b Abs. 4a wird wie folgt geändert:

Nach § 73b Abs. 4a Satz 5 wird folgender Satz 6 angefügt:

Bis zur Ersetzung der Festlegung des Vertragsinhaltes durch rechtskräftiges gerichtliches Urteil ist der nach Satz 1 festgesetzte Vertragsinhalt für die Parteien bindend und von diesen umzusetzen.

c. Art. 1 Nr. 32 – Stärkung der Hausärzte in der ärztlichen Selbstverwaltung (§ 79 Abs. 3a SGB V – E)

Die Neuregelungen in § 79 Abs. 3a zur Verbesserung der Zusammenarbeit von Hausärzten und Fachärzten in den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erweisen sich als zwingend notwendig und überfällig, damit hausärztliche Belange in den Selbstverwaltungskörperschaften auch tatsächlich im Sinne der hausärztlichen Versorgung – von Hausärzten für Hausärzte – geregelt werden können.

Aufgrund der Erfahrungen in der Vergangenheit werden folgende Ergänzungen im Sinne einer effektiven Umsetzung der gesetzlichen Neuregelungen in § 79 Abs. 3a SGB V – E angeregt:

- Die Belange, die einer rein hausärztlichen oder fachärztlichen Befassung zugänglich sind, sollten – zumindest in Gestalt einer „Insbesondere-Regelung" – durch den Gesetzgeber bestimmt werden. Hierzu wird nachfolgende Formulierung vorgeschlagen:

Nach § 79 Abs. 3a Satz 1 werden die folgenden Sätze 2 und 3 angefügt; die bisherigen Sätze 2 und 3 werden zu den Sätzen 4 und 5.

Zu den ausschließlichen Belangen nach Satz 1 gehören insbesondere

a) die Bestimmung der jeweiligen Versorgungsaufträge in den Bundesmantelverträgen nach § 82 Abs. 1 Satz 1,
b) die Bestimmung des Inhaltes der jeweils abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes, Verhältnis zueinander nach § 87 Abs. 2 Satz 1,
c) die Festlegung und Anpassung des jeweiligen Vergütungsvolumens in den Vorgaben nach § 87b Abs. 4 Satz 1,
d) die Beschlussfassung zu Vorgaben nach § 87a Abs. 5 Satz 7 und
e) die Richtlinien zur Bedarfsplanung nach § 92 Abs. 1 Nr. 9.

Über Belange, die die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin betreffen (§ 75a), stimmen ausschließlich die hausärztlichen Vertreter ab.

- Im Sinne der Erhaltung der ärztlichen Kompetenz in den Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Kassenärztlichen Vereinigungen wird angeregt, nur die zur Teilnahme an der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung berechtigten Vertragsärzte als stimmberechtigte Vertreter zuzulassen.

II. Weiterentwicklung der selektivvertraglichen Versorgung (ohne § 73b)

a) Art. 1 Nr. 26, 28 u. 69 – Zusammenführung der Verträge nach §§ 73a, c und 140a ff. SGB V

Die Neuregelungen zu den §§ 73a, 73c und 140a ff. SGB V sind im Sinne einer Verschlankung und Vereinfachung der gesetzlichen Vorgaben für das Zustandekommen und die Umsetzung von Selektivverträgen zu begrüßen.

- Aus wettbewerbs- und ordnungspolitischen Gründen ist die Aufnahme der Kassenärztlichen Vereinigungen als beauftragte Vertragspartner für die „Besondere Versorgung" kritisch zu bewerten. Will man die selektivvertragliche Versorgung konsequent als wettbewerbliche Versorgungsform ausgestalten, scheiden Kassenärztliche Vereinigungen als – mittelbare – Vertragspartner dieser Versorgungsformen aus. Eine Institution wie die Kassenärztliche Vereinigung kann nicht gleichzeitig allgemeine Regeln aufstellen, diese Regeln durchsetzen und selbst noch am Geschehen teilnehmen. Entsprechendes gilt für § 73b Abs.4 S.3 Ziff. 4 SGB V.

b. Art. 1 Nr. 24 – Neuordnung der Rechtsaufsicht (§ 71 Abs. 6 SGB V – E)

Diese Regelungen zu aufsichtsrechtlichen Maßnahmen bei Rechtsverletzungen durch Verträge nach §§ 73b und 140a sind dem Grunde nach geeignet, wie auch immer geartete Rechtsverletzungen zu beseitigen. Ob sie auch erforderlich sind, stellt sich bereits als fraglich dar. Verhältnismäßig erscheinen sie nicht. Zudem bestehen erhebliche Bedenken, ob die Regelungen dem verfassungsrechtlichen Bestimmtheitsgebot genügen. Wenn der Gesetzgeber derart schwerwiegende Eingriffe in die Rechte der Partner der Selektivverträge regelt, dann muss er nach diesseitiger Auffassung genau bestimmen, an welche Sachverhalte Maßnahmen zur Beseitigung der „Rechtsverletzungen" anknüpfen. Die pauschale Anknüpfung an eine „erhebliche Rechtsverletzung" ist in diesem Kontext jedenfalls in keinem Fall hinreichend bestimmt und verletzt folgerichtig die eingangs genannten rechtsstaatlichen Grundsätze. Dies gilt umso mehr, als Rechtsbehelfe gegen die hier vorgesehenen Anordnungen keine aufschiebende Wirkung entfalten. Alles in allem wird dringend angeregt, diese Neuregelung unter rechtsstaatlichen Gesichtspunkten nochmals zu überprüfen.

c. Art. 1 Nr. 40 – Innovationsfonds (§§ 92a und 92b SGB V – E)

Die Einrichtung eines Innovationsfonds zum Zwecke der Förderung neuer Versorgungsformen, die über die bisherige Versorgung hinausgehen, ist insgesamt positiv zu bewerten. Gerade weil es um die Förderung neuer Versorgungsformen – auf der Grundlage des neuen § 140a – geht, sollte der Kreis der Antragsberechtigten nach § 92a Abs. 1 Satz 4 SGB V – E erweitert werden, und zwar um in die § 140a Abs. 3 SGB V – E genannten Vertragspartner. Insbesondere sind auch Gemeinschaften von Vertragsärzten und Managementgesellschaften gem. § 140 a Abs. 3 Ziff. 1 und 2 SGB V - E zuzulassen.

III. Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung und Stärkung der Patientenrechte

Art. 1 Nr. 9 – Entlassmanagement (§§ 39 Abs. 1a SGB V – E)

Die beabsichtigten Neuregelungen in § 39 Abs. 1a sind in der Zielsetzung der Verbesserung der Versorgung der Versicherten im Zusammenhang mit der Entlassung aus dem Krankenhaus zu begrüßen. Da die Neuregelungen zur Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Leistungserbringern nach § 95 Abs. 1 S. 1 SGB V überwiegend als „Kann-Regelungen" ausgestaltet sind, bestehen jedoch Bedenken, dass die angestrebten Maßnahmen für ein Entlassmanagement auch tatsächlich umgesetzt werden. Die unbedingte Einwilligung der Versicherten zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der für die Umsetzung des Entlassmanagements benötigten Daten sollte mit Blick auf den jeweiligen Zustand der Versicherten (z. B. bei dementen oder vorübergehend geistig verwirrten Patienten) zugunsten einer differenzierteren Regelung überprüft werden. Wesentlicher als die abstrakte Beschreibung einzelner Bereiche der Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Ärzten bei der Entlassung von Patienten ist die verbindliche Schaffung einer einheitlichen Datenschnittstelle für die

stationäre und ambulante Versorgung, um einen sektorenübergreifenden Informationsaustausch zu ermöglich (vgl. hierzu bereits das Sondergutachten 2012 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, RN 172 ff.)

Eine Ergänzung der Stellungnahme – insbesondere im Rahmen des Anhörungstermins am 25. März 2015 – bleibt ausdrücklich vorbehalten.

Ulrich Weigeldt
Bundesvorsitzender

Joachim Schütz
Geschäftsführer und Justitiar

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0091(5)
gel. VB zur öAnhörung am 25.03.15_GKV-VSG
17.03.2015

DER PARITÄTISCHE GESAMTVERBAND

Stellungnahme zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz - GKV-VSG)

Vorbemerkung

Der Paritätische Gesamtverband e.V. ist einer der sechs Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Deutschland und ist der Dachverband für über 10.000 rechtlich selbstständige Mitgliedsorganisationen. Die Mitgliedsorganisationen des Paritätischen sind in vielen Sozial- und Gesundheitsbereichen tätig, beispielsweise als Träger von ambulanten Pflegediensten, stationären Einrichtungen und Krankenhäusern, Selbsthilfekontakt- und Patientenberatungsstellen sowie Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen.

Zudem ist der Paritätische Gesamtverband der größte Verband der Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in Deutschland. Unter seinem Dach engagieren sich über 130 bundesweit tätige, gesundheitsbezogene Selbsthilfeorganisationen für chronisch kranke und behinderte Menschen.

Im „Forum chronisch kranker und behinderter Menschen“ im Paritätischen Gesamtverband haben sich bundesweit agierende gesundheitsbezogene Selbsthilfeorganisationen zusammengeschlossen. Vertreter des Forums sind als maßgebliche Patientenorganisation nach § 140 f SGB V anerkannt und als Interessenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss mitberatend tätig.

Der Paritätische Gesamtverband repräsentiert, berät und fördert seine Landesverbände und Mitgliedsorganisationen in ihrer fachlichen Zielsetzung und ihren rechtlichen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Belangen.

1. Allgemeine Einschätzung

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung will die Bundesregierung die bereits mit dem Versorgungsstrukturgesetz vom 22. Dezember 2011 eingeleiteten Maßnahmen weiterführen und ausbauen, um die ambulante medizinische Versorgung zu verbessern. Mit dem Gesetzesvorhaben verfolgt die Bundesregierung u. a. folgende Ziele:

- Sicherstellung einer bedarfsgerechten und gut erreichbaren ambulanten medizinischen Versorgung;
- Flexibilisierung und Verbesserung der Bedingungen für die Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung;
- Verbesserung des Zugangs der gesetzlich Versicherten zu medizinischen Leistungen, z.B. durch die Verringerung der Wartezeiten auf Facharzttermine;
- Erweiterung der Leistungsansprüche der gesetzlich Versicherten, z. B. durch das Anrecht auf Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung vor bestimmten, planbaren Eingriffen;
- Stärkere Förderung von Innovationen in der Versorgung und der Versorgungsforschung durch die Schaffung eines Innovationsfonds.

Grundsätzlich unterstützt der Paritätische das Ziel der Bundesregierung, die flächendeckende, bedarfsgerechte, wohnortnahe, ambulante medizinische Versorgung verbessern zu wollen. Die medizinische Versorgung ist insbesondere in ländlichen, aber auch in urbanen Regionen mit einkommensschwachen Bevölkerungsgruppen nach wie vor suboptimal. Der vorliegende Gesetzentwurf enthält zum Teil gute Ansätze, um bestimmten Entwicklungen und Tendenzen der Über- und Unterversorgung entgegenzuwirken.

Der Paritätische Gesamtverband begrüßt die geplante stärkere Verzahnung der stationären und ambulanten medizinischen Versorgung. In dieser Hinsicht sieht der Paritätische positive Ansätze in der geplanten Weiterentwicklung des Entlassmanagements, mit der der Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung der Patient/innen verbessert werden soll. Positiv bewertet wird auch die Möglichkeit der Einrichtung medizinischer Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen. Der geplante gesetzliche Anspruch pflegebedürftiger und behinderter Menschen auf zusätzliche Leistungen zahnmedizinischer Prävention wird ebenfalls ausdrücklich begrüßt.

Wir sehen jedoch u.a. Änderungs- und Nachbesserungsbedarf bei folgenden geplanten gesetzlichen Neuregelungen: der Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung, dem Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten bei Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation, der geplanten Einrichtung von Terminservicestellen sowie der psycho- und soziotherapeutischen Versorgung. Des Weiteren kritisieren wir, dass mit dem vorliegenden Gesetzentwurf – bei dem es sich um eine recht grundlegende Reform des SGB V handelt - keine Änderung bzw. Streichung des § 34 (ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel) sowie des § 62 Absatz 2 (Belastungsgrenze) vorgesehen ist.

In der Gesamtbetrachtung zeigt sich, dass die Empfehlungen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) kaum Berücksichtigung finden. Es wird an traditionellen Strukturen einer monoprofessionell organisierten, (haus-)ärztlichen Versorgung festgehalten. Impulse zur Tätigkeitsübertragung von Aufgaben auf andere Berufsgruppen, zur qualitativen Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung in der ambulanten Versorgung und Pflege

und zur stärkeren Einbeziehung der Kommunen in die Gestaltung einer pflegerischen Infrastruktur (vgl. SVR 2007, 2009, 2014) werden nicht gesetzt. Lediglich innerhalb der bestehenden Strukturen werden Änderungen im Versorgungsgeschehen angeregt. Dies verhindert die Entwicklung neuer Versorgungsmodelle.

Nachstehend nimmt der Paritätische Gesamtverband zu einzelnen ausgewählten, geplanten Neuregelungen im SGB V wie folgt Stellung:

2. Zu einzelnen, ausgewählten Neuregelungen

Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 22a – Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen

Durch die neu aufgenommene Regelung zur Zahngesundheit bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen soll die Versorgung von pflegebedürftigen und behinderten Menschen in ihrer Häuslichkeit sowie von Menschen in Einrichtungen der Alten- oder Eingliederungshilfe verbessert werden. Zu den gesetzlichen Leistungen soll die Erhebung des Mundgesundheitsstatus, die Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene und über Maßnahmen zu deren Erhaltung (individuelle Mund-, Zahn- und Prothesenpflege) gehören.

Der Paritätische begrüßt die Einführung des § 22a ausdrücklich.

Menschen mit Behinderung und pflegebedürftige Menschen gehören zu den Hochrisikogruppen für Karies-, Parodontal- und Mundschleimhauterkrankungen. Diesen Risiken kann mit der geplanten Einführung des neuen § 22a vorgebeugt werden. Der Paritätische hatte in seinen Stellungnahmen und Positionspapieren immer wieder auf die unzureichende Versorgungssituation von Menschen mit Pflegebedarf hingewiesen. Die Einführung stellt eine wesentliche Verbesserung des Leistungsanspruchs für Menschen mit Pflegebedarf und für Menschen mit Behinderungen dar.

§ 24i – Mutterschaftsgeld

Frauen, deren Beschäftigungsverhältnis am Tag vor Beginn der Mutterschutzfrist endet und die damit mit Beginn der Schutzfrist nicht mehr Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung mit Anspruch auf Krankengeld sind, werden besser geschützt. Sie werden zukünftig Mutterschaftsgeld erhalten. Gleiches gilt für Frauen, die bisher keinen Anspruch hatten, weil ihr Anspruch auf Arbeitslosengeld wegen Urlaubsabgeltung oder wegen einer Sperrzeit ruhte und damit eine Mitgliedschaft mit Krankengeldanspruch nicht begründet werden konnte.
Diese Neuregelung begrüßt der Paritätische Gesamtverband ausdrücklich.

§ 27b Absatz 1 bis 5 – Zweitmeinung

Gesetzlich Versicherten, bei denen die Indikation zu einem sogenannten mengenanfälligen planbaren Eingriff gestellt wird, soll das Recht auf ärztliche Zweitmeinung eingeräumt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll festlegen, welche planbaren Eingriffe dies im Einzelnen sind. Die Zweitmeinung soll nicht von demselben Arzt oder derselben Einrichtung eingeholt werden können, durch den/die der Eingriff vorgenommen werden soll, ansonsten entfällt der Leistungsanspruch für die Zweitmeinung. Zudem muss mit § 27b Absatz 5 der Arzt, der die Indikation für einen Eingriff nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 stellt, den Versicherten über das Recht, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einholen zu können, aufklären und ihn auf die Informationsangebote über geeignete Leistungserbringer hinweisen.

Es gibt zwar keine gesetzliche Regelung, in der die Patientenrechte festgelegt sind. Dennoch hatte bisher jeder Patient das Recht, eine ärztliche Zweitmeinung zu seiner Behandlung einzuholen. In der Patientencharta ist dieses Recht festgehalten. Die gesetzlichen Krankenversicherungen finanzierten die Einholung einer Zweitmeinung in der Regel auch ohne gesetzliche Festlegung.

Aus Sicht des Paritätischen wird die mit dem vorliegenden Gesetzentwurf geplante Beschränkung auf bestimmte planbare Eingriffe, bei denen eine Mengenausweitung nicht auszuschließen ist, den Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten nicht gerecht. Auch für andere Operationen oder Therapien, bei denen erhebliche Nebenwirkungen möglich sind, sollte der kostenlose Anspruch auf Einholung einer Zweitmeinung gesetzlich geregelt sein. Durch die geplante Beschränkung auf bestimmte planbare Operationen besteht die Gefahr, dass für andere schwere Krankheitsfälle (ohne Gefahr der Mengenausweitung), bei denen über komplexe Operationen oder nebenwirkungsreiche medikamentöse Therapien entschieden werden muss, die Kosten zur Einholung einer Zweitmeinung zukünftig von den Patient/innen selbst getragen werden müssen.

So umgesetzt läuft die geplante Regelung primär darauf hinaus, die Kosten für bestimmte Operationen einzusparen. Der Paritätische fordert daher die Klarstellung, dass das Recht auf eine kostenfreie, ärztliche Zweitmeinung im Vorfeld aller gravierenden, medizinischen Eingriffe und Therapien gesetzlich verankert wird und nicht auf bestimmte Eingriffe beschränkt wird.

§ 34 – Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz von 2003 wurden nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (OTC-Präparate) zum 01.01.2004 aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen. Sie können selbst dann nicht mehr von den Krankenkassen übernommen werden, wenn Ärzt/innen die medizinische Notwendigkeit der Behandlung mit einem solchen Arzneimittel feststellen. Es bestehen zwar einige Ausnahmen (z.B. Kinder bis zum

12. Lebensjahr), dennoch werden zahlreiche nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel auch dann nicht mehr von den Krankenkassen übernommen, wenn die medizinische Notwendigkeit ärztlich bescheinigt wird. Besonders bedeutsam sind diejenigen OTC-Präparate, die der Behandlung von Allergien, Neurodermitis, Psoriasis, Osteoporose, Rheuma und anderen chronischen Erkrankungen dienen, aber auch einfache Schmerzmittel. Die aufzubringenden Kosten für die Behandlung mit nicht verschreibungspflichtigen, aber notwendigen OTC-Präparaten sind für die Betroffenen häufig immens. Eine Folge davon ist, dass bei vielen Versicherten die dringend notwendige Therapie unterbleibt. Den Patient/innen werden somit bewährte, preiswerte und nebenwirkungsarme Medikamente im Rahmen therapeutischer Behandlungskonzepte vorenthalten.
Die geschilderte Problematik wurde bereits im Jahr 2005 grundsätzlich von allen im Bundestag vertretenen Parteien anerkannt.

Der Paritätische nimmt daher den vorliegenden Gesetzentwurf erneut zum Anlass, seiner Forderung Nachdruck zu verleihen, dass eine gesetzliche Regelung geschaffen werden muss, mit der sichergestellt wird, dass alle medizinisch notwendigen Arzneimittel wieder in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden. Versicherte mit geringem Einkommen werden mit der aktuell gültigen Regelung von zum Teil dringend benötigter, medizinischer Versorgung ausgeschlossen.

§ 39 Absatz 1a – Krankenhausbehandlung

Die neue gesetzliche Regelung soll Krankenhäusern ermöglichen, ein gezielteres Entlassmanagement vorzunehmen. Dieses dient der Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die ambulante Versorgung. Bislang wird das Entlassmanagement nicht konsequent umgesetzt.

Mit der neuen Regelung sollen Kliniken nunmehr die Möglichkeit bekommen, zur Sicherstellung der lückenlosen Versorgung der Patient/innen, Arzneimittel für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen zu verordnen.

Der Paritätische begrüßt die Erweiterung des § 39 Absatz 1a, da diese Regelung hilft, die Versorgung mit Medikamenten nach einem Krankenhausaufenthalt zu gewährleisten. Insbesondere nach stationären Aufenthalten berichten viele Patient/innen von einer medizinischen Versorgungslücke nach ihrer Krankenhausentlassung.
Dennoch sind die geplanten gesetzlichen Änderungen nicht ausreichend. Im Entlassmanagement sind in der Praxis zahlreiche Versorgungslücken festzustellen. Mit der Ergänzung werden nur Teilaspekte aufgegriffen (Verordnung von Arzneimitteln, Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit). Weitere Problematiken bestehen u.a. in der nahtlosen Heilmittelverordnung und der zeitnahen Direktverlegung in nachsorgende (Früh-) Rehabilitationseinrichtungen. Oftmals sind

keine Plätze verfügbar oder die Bearbeitungszeit der Krankenkassen führt zu einer unnötigen Verlängerung der Verweildauer im Krankenhaus. Übergänge von Patient/innen von einem Versorgungssektor in den anderen müssen systematisch geplant, konzeptionell begleitet und strukturiert ablaufen, um Versorgungsbrüche zu vermeiden. Der weiterbehandelnde Hausarzt/Hausärztin, die Leistungserbringer der ambulanten bzw. stationären Pflege müssen regelhaft in den Prozess einbezogen werden.

Der Paritätische Gesamtverband schlägt vor, in § 39 Absatz 1a einen Passus einzufügen, dass die Krankenhäuser verpflichtet werden, ein Konzept für ein interdisziplinäres Entlassmanagement zur Überwindung von sektoralen, professionellen und sozialversicherungsrechtlichen Schnittstellen zu entwickeln und auf dessen Grundlage den Übergang der Patient/innen zu gestalten.

§ 40 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die gesetzliche Neuregelung sieht vor, Betroffenen die Möglichkeit zu geben, auch Rehabilitationseinrichtungen zu wählen, mit denen kein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht. Die dabei entstehenden Mehrkosten müssten dann von den Versicherten selbst getragen werden. Zudem sollen mobile Rehabilitationsleistungen durch wohnortnahe Einrichtungen eingeschlossen werden.

Der Paritätische begrüßt grundsätzlich, dass die Ausweitung des Wunsch- und Wahlrechts von Patient/innen bei der Inanspruchnahme von medizinischer Rehabilitation auch im SGB V Anwendung finden soll. Dies ein wichtiges Element zur Motivation und aktiven Teilhabe bei der Rehabilitation. Die Gewährleistung des Wunsch- und Wahlrechts ist hinsichtlich der Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von rehabilitativen Maßnahmen ein entscheidender Faktor. Die medizinische Rehabilitation hat einen großen Anteil daran, ob eine Chronifizierung und/oder Verschlimmerung einer Erkrankung sowie vorzeitige Pflegebedürftigkeit oder Berufsunfähigkeit verhindert werden können.

Der Paritätische spricht sich jedoch dagegen aus, dass die durch die freie Wahl entstehenden Mehrkosten von den Versicherten selbst zu tragen sein sollen. Dadurch wird eine Ungleichheit unter den gesetzlich Versicherten weiter befördert. Nur wer sich zukünftig auch die Mehrkosten für eine selbst gewählte medizinische Rehabilitation leisten kann, wird sich auch für diese entscheiden. Das erweiterte Wunsch- und Wahlrecht wird demnach nur für Besserverdienende einen Vorteil bringen, nicht aber für Menschen mit geringem Einkommen.

Der Paritätische setzt sich dafür ein, dass den berechtigten Wünschen der Versicherten gemäß ihrer persönlichen Lebenssituation, ihrem Alter, Geschlecht religiösen Bedürfnissen u. Ä. entsprochen wird – sofern medizinisch nichts dagegen spricht – ohne, dass die Versicherten für Mehrkosten aufkommen müssen.

§ 43 b- Nichtärztliche Leistungen für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen

Erwachsene mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen sollen zukünftig Anspruch auf nichtärztliche sozialmedizinische Leistungen, insbesondere auf psychologische, therapeutische und psychosoziale Leistungen haben, wenn diese unter ärztlicher Verantwortung durch ein medizinisches Behandlungszentrum erbracht werden.

Eine Verbesserung der medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderungen im Bereich der psychologischen, therapeutischen Leistungen ist dringend erforderlich, daher wird diese Neuregelung ausdrücklich begrüßt. Der Paritätische Gesamtverband regt zudem an, neben den psychologischen, therapeutischen und psychosozialen Leistungen auch die pflegerischen Leistungen mit aufzunehmen. Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen können heute aufgrund des medizinischen und technischen Fortschritts, aber auch aufgrund der verbesserten sozialen Betreuung ein höheres Lebensalter erreichen. Mit höherem Lebensalter steigt die Wahrscheinlichkeit, zusätzlich zu der Behinderung chronische oder typische altersbedingte Krankheiten zu entwickeln (z.B. Osteoporose, Diabetes, Bluthochdruck). Für Menschen mit geistiger Behinderung bzw. schweren Mehrfachbehinderungen besteht somit ein erhöhter Bedarf an sehr speziellen pflegerischen Leistungen, die teilweise in den therapeutischen und psychosozialen Bereich hineinragen. Der Paritätische Gesamtverband plädiert dafür, bei der Einführung des § 43b die besonderen Bedarfe von Menschen mit geistiger Behinderung hinsichtlich der pflegerischen Versorgung von Anfang an zu berücksichtigen.

§ 44 Absatz 4 – Krankengeld und Beratung

Gesetzlich Versicherte, die lange Zeit krank sind und deshalb Krankengeld erhalten, sollen zukünftig einen klar geregelten Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung im Sinne eines unterstützenden Fallmanagements durch die Krankenkassen erhalten. Mit der Regelung soll auch festgeschrieben werden, dass die Krankenkassen die dazu erforderlichen Daten nur mit dem Einverständnis und nach vorheriger Information der bei ihnen Versicherten erheben, verarbeiten und nutzen dürfen.

Der Paritätische spricht sich für diese Regelung aus. Berichte von Betroffenen zeigten, dass sie sich von ihren Krankenkassen häufig bedrängt fühlten. Durch die geplante neue Regelung, müssen Krankenkassen zukünftig vor einer Beratung das ausdrückliche Einverständnis der Patient/innen einholen, so dass das informationelle Selbstbestimmungsrecht der Versicherten gewahrt bleibt und eine sinnvolle, da vorher vereinbarte Unterstützung ermöglicht werden kann.

§ 62 Absatz 2 – Belastungsgrenze

Gesetzlich Versicherte müssen während eines Kalenderjahres Zuzahlungen leisten. In der Regel beträgt die Belastungsgrenze zwei Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens, für chronisch Kranke liegt diese bei einem Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens (§ 62 Absatz 1).

Auch Versicherte, die Leistungen der Grundsicherung nach SGB XII oder SGB II beziehen, müssen Zuzahlungen leisten (§ 62 Absatz 2). Bei der aktuellen Regelbedarfsstufe 1 (§28 SGB XII) müssen Versicherte – wenn sie alleinlebend sind - 93,84 Euro, bei chronischer Erkrankung 46,92 Euro selbst aufbringen. Erst wenn diese Belastungsgrenze erreicht ist und die geleistete Zuzahlung bei der Krankenkasse durch Zahlungsbelege nachgewiesen wurde, erfolgt eine Befreiung von Zuzahlungen. Viele Versicherte vermeiden aufgrund der zu leistenden Zahlungen die oftmals wichtige, medizinische Versorgung, weil sie es sich schlicht nicht leisten können. Neben diesem Aspekt ist die Möglichkeit einer Zuzahlungsbefreiung oftmals überhaupt nicht bekannt.

Die Zuzahlungen für Hilfsmittel, Rezeptgebühren und Physiotherapie sind sozial ungerecht und führen zu medizinischer Unterversorgung, da die Betroffenen oftmals aus finanziellen Gründen von einer entsprechenden Inanspruchnahme absehen. Die Zuzahlungen werden in erster Linie von chronisch Kranken und Patient/innen entrichtet und treffen Menschen mit geringem Einkommen bzw. Bezieher/innen von Arbeitslosengeld II oder Sozialhilfe besonders hart.

Der vorliegende Gesetzentwurf greift diesen Aspekt medizinischen Unterversorgung leider nicht auf. Der Paritätische nimmt das Gesetzesvorhaben daher zum Anlass, die Streichung des § 62 Absatz 2 zu fordern.

§ 64b – Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen

Gemeindepsychiatrische Vereine sind bisher nicht zu innovativen Versorgungsmodellen zugelassen. Die Krankenhäuser regeln bislang die Zulassungen unter sich. Projekte der Integrierten Versorgung, die von gemeinde-psychiatrischen Organisationen durchgeführt werden, werden ausgeschlossen.

Sozialpsychiatrische Organisationen spielen jedoch bei der Integrierten Versorgung eine wichtige Rolle wie das Beispiel Bremen zeigt. Dort wurde 2007 das bundesweit erste Rückzugshaus im Rahmen eines Integrierten Versorgungsvertrags auf den Weg gebracht. Der Paritätische schlägt daher vor, dass § 64b SGB V um folgenden Absatz ergänzt wird:

<u>§ 64b Absatz 1a</u>: Abweichend von § 64 Absatz 1 können die Krankenkassen und ihre Verbände mit den in § 140b Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 bis 7 genannten Personen Vereinbarungen über die Durchführung von Modellvorhaben nach dieser Vorschrift schließen. § 140b Abs. 4 Satz 3 gilt entsprechend.

§ 75– Inhalt und Umfang der Sicherstellung

Absatz 1a: Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch eine angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung. Mit der Erweiterung des § 75 sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet werden, Terminservicestellen einzurichten. Die Terminservicestellen müssen Versicherten bei Vorliegen einer Überweisung zu einem Facharzt innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 vermitteln. Ausgenommen sind Termine bei einem Augen- oder Frauenarzt – für diese werden keine Überweisungen benötigt. Die Wartezeit auf den zu vermittelnden Behandlungstermin darf vier Wochen nicht überschreiten. Kann die Terminservicestelle innerhalb der genannten Frist keinen Behandlungstermin bei einem niedergelassenen Arzt vermitteln, soll sie einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anbieten. Die Terminservicestellen sollen immer dann tätig werden, wenn die/der Patient/in es wünscht und es sich nicht um Routineuntersuchungen oder Bagatellerkrankungen handelt. Die entsprechenden Kriterien für letztere müssen noch formuliert werden.

Die Entfernung zwischen dem Wohnort des Versicherten und dem vermittelten Facharzt soll zumutbar sein. Die Zumutbarkeit der Entfernung zum Leistungserbringer soll für die einzelnen Facharztgruppen von den Bundesmantelvertragspartnern festgelegt werden (innerhalb von drei Monaten nach Verkündung des Gesetzes).

Der Gesetzentwurf stellt in seiner Begründung klar, dass Patient/innen keine Verpflichtung haben, die angebotenen Termine wahrzunehmen, sondern weiterhin der Grundsatz der freien Arztwahl erhalten bleibt (§ 76).

Der Paritätische unterstützt das Bemühen und den Versuch der Bundesregierung, das Problem von langen Wartezeiten auf Facharzttermine für gesetzlich Versicherte zu lösen. Auch die Einbindung der Krankenhäuer wird grundsätzlich positiv bewertet.

Laut einer Studie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (07/2013) wartet jeder fünfte deutsche Patient (rund 20 Prozent) ein bis drei Wochen auf einen Termin bei einem Facharzt. Etwa 24 Prozent der Patient/innen müssen mindestens drei Wochen meist jedoch länger auf einen Facharzttermin warten. Ein privat Versicherter wartet hingegen im Durchschnitt drei Tage auf einen Facharzttermin.

Aus Sicht des Paritätischen ist das Problem langer Wartezeiten nicht nur mit neu einzurichtenden Terminservicestellen lösbar bzw. in den Griff zu bekommen. Die Ursache langer Wartezeiten für gesetzlich Versicherte ist vor allem darauf zurückzuführen, dass Fachärzte weitaus höhere (doppelte) Honorare bei der Behandlung von privat Versicherten erzielen können und diese entsprechend bei der Terminvergabe vorziehen. Eine Gleichstellung von privat und gesetzlich Versicherten wird mit der Einrichtung von Terminservicestellen nicht erreicht. Es kommt erschwerend hinzu, dass mit den Servicestellen neue bürokratische Hürden

geschaffen werden. Der Paritätische lehnt aus den genannten Gründen die Einführung von Terminservicestellen ab.

Absatz 1b: Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen den Notdienst (vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten) auch durch Kooperation und organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern sicherstellen. Mit dieser Regelung soll der ambulante Notdienst neu strukturiert werden.

Der Paritätische begrüßt grundsätzlich die stärkere Einbindung der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung sowie die Erweiterung des § 75 Absatz 1b. Mit der Neuregelung kann eine Verbesserung der Notfallversorgung von Patient/innen erreicht werden.

§ 75a – Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Der Gesetzentwurf sieht eine Förderung und Stärkung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin vor. Die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigung sollen verpflichtet werden, dies finanziell zu unterstützen. Die Anzahl der bundesweit mindestens zu fördernden Stellen soll von derzeit 5.000 um 50 Prozent auf 7.500 erhöht werden.

Der Paritätische begrüßt, dass die allgemeinmedizinische Ausbildung junger Ärztinnen und Ärzte gefördert werden soll. Mit dieser Neuregelung könnte den vorhersehbaren Versorgungsnotständen - wie vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen festgestellt - in der hausärztlichen Versorgung entgegengewirkt werden. Ob die Bereitschaft zur Fortbildung innerhalb der Ärzteschaft mit dieser Neuregelung erhöht werden kann, ist zum jetzigen Zeitpunkt einschätzbar.

§ 76 Absatz 1a – Freie Arztwahl

Mit Einführung des neuen § 76 Absatz 1a sollen Versicherte über die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen auch einen Anspruch auf Behandlung in (zugelassenen) Krankenhäuser bekommen, die zuvor nicht an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen haben.

Der Paritätische begrüßt eine stärkere Einbeziehung von Krankenhäusern in die ambulante Versorgung, um die medizinische Versorgung zu verbessern.

§ 87 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

Die neue Regelung sieht hinsichtlich des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) vor, dass zukünftig überprüft werden soll, wie delegationsfähige Leistungen (Delegation von Leistungen an nichtärztliche Fachkräfte, z. B. Infusionen, Injektionen) angemessen vergütet werden können. Die Beschränkung der

Erbringung delegationsfähiger Leistungen auf den hausärztlichen Versorgungsbereich und die Häuslichkeit der Patient/innen soll aufgegeben werden. Auch eine Beschränkung auf unterversorgte, von Unterversorgung bedrohte oder Gebiete mit zusätzlichem lokalem Versorgungsbedarf sind nicht vorgesehen.

Der Paritätische begrüßt diese vorgesehene Neuregelung. Engpässe in der ärztlichen Versorgung, die für viele Patient/innen - insbesondere chronisch Erkrankte (z. B. Rheuma) - festgestellt wurden, können sinnvoll bekämpft werden, indem delegationsfähige Leistungen übertragen werden. Die geplante Regelung gewährleistet auch, dass diese Leistungen dementsprechend vergütet werden können.

Mit § 87 Absatz 5b reagiert die Bundesregierung auf Beschwerden über eine zu lange Beratungszeit des Bewertungsausschusses bei der Anpassung des EBM in Folge von Beschlüssen des G-BA. Es soll nun gesetzlich festgelegt werden, dass die Festsetzung von entsprechenden Gebührenordnungspositionen im EBM innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten der Bestimmungen des G-BA erfolgt sein muss.
Der Paritätische begrüßt, dass die Hinweise der Patientenvertretung in diesem Punkt aufgegriffen wurden und eine Frist für die Beschlussfassung des Bewertungsausschusses bzw. erweiterten Bewertungsausschusses festgelegt wird.

§ 92 – Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll bis 30.06.2016 in den Psychotherapie-Richtlinien Ergänzungen „zur Flexibilisierung des Therapieangebots, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung von Gruppentherapien sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens“ beschließen. Außerdem soll der G-BA Regelungen treffen, damit sich die Wartezeiten auf einen Therapieplatz verringern.

Der Paritätische begrüßt diese Regelung ausdrücklich, da Patient/innen teilweise mehrere Monate auf einen Psychotherapieplatz warten müssen. Mit der geplanten Regelung ließen sich die Wartezeiten auf jeden Fall senken. Die geplante stärkere Förderung von Gruppen- und Kurzzeittherapien wird vom Paritätischen kritisch gesehen, da diese Regelung eine Qualitätssenkung für psychotherapeutische Behandlungen zur Folge haben wird.

§ 92a – Innovationsfonds, Grundlagen der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

Mit Einführung des § 92a soll ein Innovationsfonds eingerichtet werden, mit dem neue Versorgungsformen gefördert werden sollen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen und die hinreichend Potential aufweisen, in die

Regelversorgung überführt zu werden. Dabei sollen insbesondere sektorenübergreifende Ansätze berücksichtigt werden und Maßnahmen, die auf eine Verbesserung der Versorgung oder Steigerung der Versorgungseffizienz ausgerichtet sind. Antragsteller für eine Förderung können neben den Vertragsärzten der Krankenkassen auch Patientenorganisationen sein.

Darüber hinaus wird festgelegt, dass der G-BA Versorgungsforschung fördert, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet ist. Die Fördersumme beträgt in den Jahren 2016 bis 2019 jeweils insgesamt 300 Millionen Euro für neue Versorgungsformen und -forschung (§§ 92a und b). Aus dem Fonds sollen innovative, sektorenübergreifende Versorgungsprojekte mit 225 Millionen Euro pro Jahr gefördert werden sowie die Versorgungsforschung mit 75 Millionen Euro. Zu diesem Zweck soll beim G-BA ein Innovationsausschuss eingerichtet werden, der die konkreten Förderschwerpunkte und -kriterien festlegt und über die Verteilung der Fördermittel entscheidet. Zu sachverständigen Entscheidungen soll ein Expertenbeirat mit maximal zehn Mitgliedern (Vertreter/innen aus Wissenschaft und Versorgungspraxis) beitragen. Dieser wird vom Bundesgesundheitsministerium berufen. Die Empfehlungen des Expertenbeirats sind vom Innovationsbeirat in seine Entscheidungen einzubeziehen (vgl. auch § 92b).

Der Paritätische Gesamtverband begrüßt die beabsichtigte Einrichtung eines Innovationsfonds und die Förderung der Versorgungsforschung durch den G-BA. Der Innovationsfonds bietet die Möglichkeit, außerhalb des Krankenkassenwettbewerbs neue Versorgungsformen zu erproben und diese für die Regelversorgung nutzbar zu machen. Antragsteller für eine Förderung können Krankenkassen und ihre Verbände, Vertragsärzte, zugelassene Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Kassenärztliche Vereinigungen, pharmazeutische Unternehmen, Hersteller von Medizinprodukten im Sinne des Medizinproduktegesetzes und Patientenorganisationen nach § 140f sein. Im Kabinettsentwurf sind die pharmazeutischen Unternehmer und die Hersteller von Medizinprodukten in die Liste der Antragstellungsberechtigten aufgenommen worden. Der Paritätische Gesamtverband regt an, das Antragsrecht auch auf ambulante Pflegedienste und freiberufliche Pflegefachpersonen auszuweiten und diese in § 92a Absatz 1 mit aufzunehmen.

§ 92b – Durchführung der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

Nach § 92b, Absatz 5 soll zur Erbringung wissenschaftlichen und versorgungspraktischen Sachverstands in die Beratungsverfahren des Innovationsausschusses ein Expertenbeirat gebildet werden.

Als Förderschwerpunkte für die Weiterentwicklung der Versorgungsformen wird u.a. der Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung genannt. Der Paritätische setzt sich in diesem Zusammenhang dafür ein, dass für die steigende Zahl demenziell erkrankter Menschen Lösungen gefunden werden, wie der erhöhte Pflege- und Betreuungsbedarf vor allem auch im Krankenhaus verbessert werden kann. Der Paritätische spricht sich dafür aus, dass die Implementierung und Umsetzung der Versorgung demenziell erkrankter oder hochbetagter Menschen über den Innovationsfonds finanziert wird.

Der Paritätische Gesamtverband kritisiert, dass im vorliegenden Gesetzentwurf nicht näher beschrieben ist, aus welchen Disziplinen die Vertreter aus „Wissenschaft“ und „Versorgungspraxis“ stammen sollen. Der Paritätische plädiert für die Bildung eines multiprofessionell zusammengesetzten wissenschaftlichen Expertenbeirats. Es muss gewährleistet werden, dass unterschiedliche Perspektiven, insbesondere auch die pflegewissenschaftliche Perspektive berücksichtigt werden. Eine Beteiligung des Deutschen Pflegerats ist empfehlenswert.

Der Paritätische unterstützt das mit der geplanten Neuregelung verbundene Vorhaben, für die unabhängige Forschung Mittel bereit zu stellen, die durch den G-BA verwaltet werden. Der Paritätische begrüßt zudem, dass Patientenvertreter/innen ein Mitberatungs- und Antragsrecht im Rahmen des Innovationsausschusses erhalten sollen (§ 92b, Abs. 1).

§ 95 – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

Zukünftig sollen auch arztgruppengleiche Medizinische Versorgungszentren (MVZ) gebildet werden können. Im Gesetzentwurf sollen neben reinen Hausarzt- und facharztgruppengleichen MVZ auch reine Zahnarzt-MVZ sowie MVZ ermöglicht werden, in denen ausschließlich Psychotherapeuten oder Ärzte tätig sind, die der psychotherapeutischen Arztgruppe angehören.

Darüber hinaus soll es den Kommunen ermöglicht werden, MVZ zu gründen, um die Versorgung in bestimmten Regionen verbessern zu können. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen überprüfen, ob die zugelassenen Vertragsärzte den gesamten mit der Zulassung übernommenen Versorgungsauftrag erfüllen.

Der Paritätische begrüßt die vorgesehenen Regelungen zur Verbesserung der ambulanten medizinischen Versorgung. Die geplanten erweiterten Möglichkeiten zur Gründung von MVZ können einen Beitrag dazu leisten, dass Versorgungslücken geschlossen werden. Auch die Erweiterung auf Psychotherapeuten und psychotherapeutisch tätige Ärzte wird begrüßt.

Die Überprüfung der Erfüllung des Versorgungsauftrags durch die Kassenärztlichen Vereinigungen wird vom Paritätischen ebenfalls positiv bewertet. Häufig haben Ärzte nur wenige Sprechstunden in ihrer Praxis angeboten oder sich auf bestimmte

Leistungen innerhalb des Versorgungsspektrums spezialisiert. Mit der gesetzlichen Neuregelung kann die Bedarfsplanung aufgrund der Überprüfung zukünftig zielgenauer erfasst und geplant werden.

§ 103 Absatz 3a – Zulassungsbeschränkungen

Mit der Änderung des § 103 Absatz 3a soll die Regelung zum Aufkauf von Arztpraxen in überversorgten Gebieten verschärft werden. Die bisherige „Kann"-Regelung, nach der der Zulassungsausschuss den Antrag auf Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes in einem überversorgten Planungsgebiet ablehnen kann, wird in eine „Soll"-Regelung überführt. Gleichzeitig soll u. a. festgelegt werden, dass diese Regelung keine Anwendung für Ärzte findet, die mindestens fünf Jahre in einem unterversorgten Gebiet vertragsärztlich tätig waren.
Die neue Regelung sieht außerdem vor, den Zugang zur Versorgung für Menschen mit Behinderungen zu verbessern (Barrierefreiheit). Ziel ist es, die Anzahl so genannter barrierearmer Arztpraxen zu erhöhen. Dieses Auswahlkriterium soll bei der Nachbesetzung eines Arztsitzes besonders berücksichtigt werden.

Die geplante Verschärfung der Regelungen zum Aufkauf von Arztpraxen wird vom Paritätischen Gesamtverband kritisch gesehen. Die Ausweitung der Kann-Regelung führt möglicherweise dazu, dass weitere Arztsitze beispielsweise von internistischen Rheumatologen und anderen Fachärzten wegfallen. Solange keine geeignete Möglichkeit zur angemessenen Bedarfsanalyse und Bedarfsdarstellung gefunden worden ist und dies insbesondere bei den internistischen Fachgruppen zu einer durchgängigen nominellen Überversorgung trotz monatelanger Wartezeiten für die Betroffenen geführt hat, dürfen die Aufkaufregelungen für Arztpraxen nicht verschärft werden.

Der Paritätische sieht hingegen die Berücksichtigung der Belange von Menschen mit Behinderungen beim Zugang zur medizinischen Versorgung positiv und befürwortet die geplante Förderung barrierefreier Arztpraxen. Der Begriff der Barrierefreiheit ist umfassend zu verstehen und nicht auf bauliche Maßnahmen beschränkt. Hierbei gilt es auch, den Bedürfnissen von Blinden, Gehörlosen oder Menschen mit intellektuellen Einschränkungen bei der Ausstattung von Arztpraxen gerecht zu werden.

Die vorgesehenen Maßnahmen zum Abbau der ambulanten vertragsärztlichen Überversorgung sollen uneingeschränkt auch auf den Bereich der Vertragspsychotherapeuten angewendet werden. Es besteht aktuell eine psychotherapeutische Unterversorgung, die Wartezeiten für Patient/innen sind extrem lang. Häufig dauert es mehrere Monate bis jemand einen Psychotherapieplatz bekommt.
Das Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Juni 2014) fordert zwar, den obligatorischen Aufkauf freiwerdender Arztpraxen in Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad ab 200 Prozent durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gesetzlich zu verankern. Jedoch

hat der Sachverständigenrat die Gruppe der Psychotherapeuten davon ausdrücklich ausgenommen, da diese Berufsgruppe besonderer Beachtung bedarf.
Die geplante „Soll“-Regelung würde laut einer Berechnung der Bundespsychotherapeutenkammer zu einem Abbau von rund einem Drittel aller Praxen führen. Die Folgen, die daraus resultierten, wären noch längere Wartezeiten für die Patient/innen auf einen Therapieplatz und viele unbehandelte psychische Erkrankungen. Die Krankheitsverläufe können sich verschlimmern und/oder verlängern. Stationäre Behandlungen und andauernde Erwerbsminderungen können die Folge sein.
Der Paritätische steht dem Vorhaben insgesamt kritisch gegenüber und lehnt diese gesetzliche Neuregelung ab. Mindestens sind jedoch die Vertragspsychotherapeuten von der geplanten Regelung auszunehmen.

§ 116a – Ambulante Versorgung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung

Hat ein Landesausschuss eine ärztliche Unterversorgung festgestellt bzw. ist ein Planungsbereich in absehbarer Zeit davon bedroht, soll die Möglichkeit geschaffen werden, zugelassene Krankenhäuser auf deren Antrag zur Teilnahme an der ambulanten ärztlichen Versorgung zu ermächtigen. Aus der vorherigen „Kann“- wird eine „Muss“-Regelung.

Der Paritätische begrüßt die geplante stärkere Einbindung der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung. Auf diese Weise ist es möglich, in medizinisch unterversorgten Regionen eine Verbesserung der Versorgung für Patient/innen zu erzielen.

§ 116b – Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Mit der neuen Regelung des § 116b soll ein dauerhafter Bestandsschutz für diejenigen Krankenhäuser geschaffen werden, die bereits an der ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116b in der bis zum 31.12.2011 geltenden Fassung teilnehmen. Der Bestandsschutz soll gewährleisten, dass sich die Versorgungssituation der betroffenen Patient/innen nicht verschlechtert. Jedoch können die Länder für den Fall, dass ein Krankenhaus die Qualitätsanforderung nach § 116b der alten Fassung nicht mehr erfüllt, die entsprechende Bestimmung des Krankenhauses aufheben.

Der Paritätische begrüßt den geplanten, langfristigen Bestandsschutz für Krankenhäuser, die an der ambulanten Versorgung teilnehmen. Die Ambulanzen leisten einen elementaren Beitrag in der medizinischen Versorgung chronisch kranker Menschen (z. B. bei Krebs-, Rheumaerkrankungen).

§ 119 – Medizinische Behandlungszentren

Mit der neuen Regelung soll die medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderungen verbessert werden. Es wird eine Regelung zur Ermächtigung von medizinischen Behandlungszentren zur ambulanten Behandlung für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, geschaffen. Bei der Zulassung wird den Zulassungsausschüssen kein Ermessen übertragen. Die Ermächtigung soll erteilt werden soweit und solange sie notwendig ist.

Der Paritätische begrüßt diese geplante Neuregelung. Die Einrichtung medizinischer Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung wird von vielen Mitgliederorganisationen gefordert.

§ 119b – Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

Der Evaluierungszeitraum für die Bewertung des Versorgungsgeschehens auf der Grundlage der Kooperationsverträge nach § 119b soll um ein Jahr verlängert werden. Die Datenübermittlung zur Durchführung der Evaluation soll nun gesetzlich geregelt werden. Die Daten sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Kranken- und Pflegekassen jeweils über die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie den Spitzenverband Bund der Pflegekassen an das Institut des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 3b SGB V zu übermitteln. Mit dem neuen Absatz 3 Satz 2 soll sichergestellt werden, dass die für die Evaluation der ärztlichen Versorgungssituation in Pflegeeinrichtungen benötigten Daten verfügbar sind.

Die Vereinbarungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und des Spitzenverbands der Krankenkassen zu den Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen traten erst verspätet in Kraft. Entsprechend verzögert hat sich auch die Erstellung der Musterverträge der Kassenärztlichen Vereinigungen. Der Mustervertrag der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung lag ab April vor. Im zahnärztlichen Bereich kam es daher auch schon zu einer nennenswerten Anzahl von Vertragsabschlüssen zwischen Zahnärzten und stationären Pflegeeinrichtungen. Der Mustervertrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung lag erst zum September 2014 vor, sodass im vertragsärztlichen Bereich noch kaum Vertragsabschlüsse zu verzeichnen sind. Vor diesem Hintergrund hätte eine Evaluation zum 31. August 2015 wenig Sinn gemacht. Es ist sachgerecht, die Evaluationsfrist um ein Jahr zu verlängern und wird vom Paritätischen begrüßt.
Die Gewährung von Vergütungszuschlägen für Vertragsärzte, die einen Kooperationsvertrag mit einer stationären Pflegeeinrichtung nach § 119b SGB V schließen, stellt nach § 87a Absatz 2 Satz 3 lediglich eine „Kann“-Regelung dar. Um solche Vertragsabschlüsse attraktiv zu machen, bedarf es geeigneter

Anreizstrukturen. Daher sollten die Krankenkassen zur Gewährung eines Vergütungszuschlags analog zum Vergütungszuschlag in der vertragszahnärztlichen Versorgung nach § 87 Absatz 2j SGB V verpflichtet werden. Auch Pflegeeinrichtungen müssen eine Vergütung für den jeweiligen anfallenden Mehraufwand der ärztlichen Versorgung bekommen.

Der Paritätische Gesamtverband kritisiert in diesem Zusammenhang, dass der Wortlaut des Gesetzestextes den Auftrag zur Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung nicht eindeutig den Kassenärztlichen Vereinigungen zuweist. Auch wenn § 119b Absatz 1 Satz 1 eine „Kann"-Regelung darstellt, wird es den stationären Pflegeeinrichtungen grundsätzlich aufgegeben, Verträge mit Vertragsärzten und Vertragszahnärzten zu schließen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen dann bei nicht erfolgenden Vertragsabschlüssen nur auf Antrag der Pflegeeinrichtung tätig werden und Verträge vermitteln. Schließlich soll die stationäre Pflegeeinrichtung in einer dritten Stufe zur Anstellung eines Heimarztes ermächtigt werden, wenn Verträge innerhalb von sechs Monaten nach Zugang des Antrags noch nicht vermittelt wurden. Im Gesetzestext steht zwar in § 119b Absatz 1 Satz 1 SGB V, dass diese Regelungen den Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 SGB V nicht berühren. Dennoch fordert der Paritätische den Gesetzgeber auf, die Initiative zur Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung eindeutig den Kassenärztlichen Vereinigungen zuzuweisen.

Der Paritätische Gesamtverband setzt sich dafür ein, dass § 119b Absatz 1 wie folgt formuliert wird:

„Vertragsärztliche Leistungserbringer können mit stationären Pflegeeinrichtungen Kooperationsverträge abschließen. Die Kassenärztliche Vereinigung hat zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in einer stationären Pflegeeinrichtung Verträge nach Satz 1 zu vermitteln. § 75 Absatz 1 gilt entsprechend."

Die Ermächtigung der Pflegeeinrichtung zur Anstellung eines Heimarztes im Falle des Nichtzustandekommens eines Vertragsabschlusses entfällt. § 119b Absatz 1 Sätze 3 und 4 sind daher zu streichen. Die „Kann"-Regelung des Vergütungszuschlags nach § 87a Absatz 2 Satz 3 ist in eine „Muss"-Regelung umzuwandeln.

§ 132 – Versorgung mit Haushaltshilfe

Es soll eine Regelung zur Schiedsstellenmöglichkeit von Vereinbarungen über Dienstleistungen zur Versorgung mit einer Haushaltshilfe geschaffen werden. Die Einführung einer Schiedsstelle wurde immer wieder seitens des Paritätischen gefordert. Die Regelung wird deshalb ausdrücklich begrüßt.

§ 132b – Versorgung mit Soziotherapie

Der § 132b regelt, dass die Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37a Absatz 2 mit geeigneten Personen oder Einrichtungen Verträge über die Versorgung mit Soziotherapie schließen können, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist.

Der Paritätische Gesamtverband setzt sich für eine auskömmliche Vergütung der Soziotherapie ein und schlägt daher folgende Erweiterung des § 132b in Anlehnung an §132a (Versorgung mit häuslicher Krankenpflege) vor:

<u>§132b Absatz 2</u>: „Über die Einzelheiten der Versorgung mit Soziotherapie, über die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern. Wird die Fortbildung nicht nachgewiesen, sind Vergütungsabschläge vorzusehen. Dem Leistungserbringer ist eine Frist zu setzen, innerhalb derer er die Fortbildung nachholen kann. Erbringt der Leistungserbringer in diesem Zeitraum die Fortbildung nicht, ist der Vertrag zu kündigen. Die Krankenkassen haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirtschaftlich und preisgünstig erbracht werden. In den Verträgen ist zu regeln, dass im Falle von Nichteinigung eine von den Parteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt festlegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihrer Vielfalt, insbesondere der Bedeutung der freien Wohlfahrtspflege, Rechnung zu tragen.“

137f – Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

Bisher wurden strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) für die Behandlung von Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Brustkrebs, koronare Herzkrankheit und chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen angeboten. Dieses Angebot soll mit der neuen Regelung um bestimmte Krankheiten erweitert werden. Es wird gesetzlich vorgegeben, dass der G-BA insbesondere für die Behandlung von Rückleiden und Depressionen bis zum 31.12.2016 entsprechende Regelungen zu treffen hat.

Der Paritätische Gesamtverband begrüßt die geplante Weiterentwicklung von Disease-Management-Programmen bei chronischen Krankheiten und plädiert dafür weitere Krankheiten wie beispielsweise Demenz und rheumatoide Arthritis in die Behandlungsprogramme aufzunehmen.

§ 139 Hilfsmittelverzeichnis, Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln

Geltende Normen von Therapiegeräteherstellern sind in der Vergangenheit häufig nicht oder nur teilweise eingehalten worden. Der Paritätische Gesamtverband plädiert dafür folgenden Nachsatz im § 139, Abs. 2, Satz 2 einzufügen: „Normen sind einzuhalten."

§ 140a – Besondere Versorgung

Für die Behandlung von psychischen Erkrankungen wird die Möglichkeit der integrierten Versorgung bisher nur in geringem Umfang genutzt. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Zahl der Menschen mit psychischen Erkrankungen stetig ansteigt, fordert der Paritätische, Anschubfinanzierungen für die integrierte Versorgung für psychisch kranke Menschen, um das bisher unzureichende Angebot ausbauen zu können. Des Weiteren sind auch die Träger der Sozialpsychiatrie als Vertragspartner im Absatz 3 aufzunehmen.
Als besonders problematisch sieht der Paritätische, dass beispielsweise Arznei- und Medizinproduktehersteller oder andere primär gewinnwirtschaftlich orientierte Unternehmen Träger von medizinischen Angeboten, wie der integrierten Versorgung oder anderer ambulanter ärztlicher und nichtärztlicher Leistungen sein können. Aus Sicht des Paritätischen besteht ein erheblicher Interessenkonflikt, wenn beispielsweise ein Pharmaunternehmen, das Antidepressiva herstellt, gleichzeitig Arbeitgeber eines Psychiaters im Rahmen der integrierten Versorgung ist. Der Paritätische fordert, dass Krankenkassen zukünftig keine Verträge mehr mit Pharmaunternehmen oder anderen primär wirtschaftlich orientierten Unternehmen abschließen dürfen. Der entsprechende Punkt 5 im Absatz 3 muss aus dem § 140a gestrichen werden.

Der Paritätische Gesamtverband spricht sich weiterhin dafür aus, dass Vertragsabschlüsse zukünftig verbindlich an die Krankenkassen gemeldet werden und Informationen über an der Versorgung beteiligte Institutionen enthalten. Diese Informationen müssen für Patient/innen öffentlich und leicht zugänglich sein. Dazu zählt auch, dass Zahlen zu tatsächlich versorgten Menschen in der integrierten Versorgung erhoben werden und eine bundesweite Berichterstattung etabliert bzw. rechtlich verankert wird. Begrüßt wird hingegen die Klarstellung in § 140a Absatz 2 S. 2, dass Gegenstand der besonderen Versorgung auch Satzungsleistungen i. S. von § 11 Absatz 6 SGB V sein können.

§ 279 – Verwaltungsrat und Geschäftsführer

Durch die Änderung des § 279 soll die Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes der gesetzlichen Krankenkassen (MDK) verbessert werden.

Der Paritätische begrüßt die Einbindung der verschiedenen Betroffenen-organisationen sowie der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe in den

Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes der GKV. Eine Unabhängigkeit wird hierdurch jedoch nicht hergestellt, da der Interessenkonflikt der Mitarbeitenden des MDK weiterhin besteht. Eine Begutachtung und Erhebung der Bedarfe im Falle von Krankheit und/oder Pflegebedürftigkeit kann nicht unabhängig erfolgen, solange der Kostenträger ebendieser Leistungen der eigene Arbeitgeber ist.

Artikel 9 – Änderung des Krankenpflegegesetzes

§ 4- Dauer und Struktur der Ausbildung

Absatz 7: Der G-BA kann für die Tätigkeiten, die er in der Richtlinie nach § 63 Absatz 3c des SGB V festgelegt hat, standardisierte Module für die zusätzliche Ausbildung entwickeln, die vom Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend auch ohne Vorliegen eines vereinbarten Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c des SGB V genehmigt werden können.
Der Paritätische Gesamtverband begrüßt diese Regelungen, da sie für die Modellversuche bundeseinheitliche Voraussetzungen der Qualifizierung schaffen und den komplexen Vorbereitungs- und Entwicklungsprozess von Modellversuchen vereinfachen. Angesichts der Erfahrungen aus der Entwicklung der Richtlinie zu § 63 Absatz 3c SGB V beim G-BA empfiehlt der Paritätische die Festlegung einer Frist, binnen derer die Module entwickelt werden müssen oder – alternativ – binnen derer die Entscheidung über die Entwicklung der genannten Module getroffen werden muss.

Absatz 8: Mit dieser Neuregelung wird klargestellt, dass auch Pflegefachpersonen für Modellvorhaben qualifiziert werden, die über eine abgeschlossene Ausbildung zum/zur Gesundheits- und Krankenpfleger/in bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in verfügen. Der Paritätische begrüßt diese Regelung, da dadurch auch praxiserfahrenem Pflegefachpersonal ermöglicht wird, die Zusatzqualifikation nach § 63 Absatz 3c SGB V zu erwerben.

Berlin, 16.03.2015

Kontakt:
Der Paritätische Gesamtverband
Oranienburger Straße 13-14
10178 Berlin
E-Mail: gesundheit@paritaet.org, Tel.: 030/ 24636-334
www.der-paritaetische.de

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände

Deutscher Städtetag · DEUTSCHER LANDKREISTAG · DStGB Deutscher Städte- und Gemeindebund www.dstgb.de

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände · Hausvogteiplatz 1, 10117 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Herrn Michael Thiedemann
Platz der Republik 1
11011 Berlin

per E-Mail: michael.thiedemann@bundestag.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0091(40)
gel. VB zur öAnhörung am 25.03.15_GKV-VSG
24.03.2015

23.03.2015

Bearbeitet von
Lutz Decker, DST
Jörg Freese, DLT
Uwe Lübking, DStGB

Telefon 0221 3771-305
Telefax 0221 3771-409

E-Mail:
lutz.decker@staedtetag.de

Aktenzeichen
53.05.07 D

Gesetzentwurf der Bundesregierung sowie Anträge von Fraktionen des Deutschen Bundestages / Ihr Schreiben vom 13.03.2015 – Az: PA 14-5410-037

- Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)“ BT-Drucksache 18/4095
- Antrag der Fraktion DIE LINKE „Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen – Hochwertige und effiziente Versorgung für alle“ BT-Drucksache 18/4099
- Antrag der Fraktion DIE LINKE „Wohnortnahe Gesundheitsversorgung durch bedarfsorientierte Planung sichern“ BT-Drucksache 18/4187
- Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Gesundheitsversorgung umfassend verbessern: Patienten und Kommunen stärken, Strukturdefizite beheben, Qualitätsanreize ausbauen“ BT-Drucksache 18/4153

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Übersendung des o. g. Gesetzentwurfes. Für die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände wird an der mündlichen Anhörung am 25.03.2015 Herr Beigeordneter Freese vom Deutschen Landkreistag teilnehmen. Vorab möchten wir uns schriftlich wie folgt äußern.

Die bedarfsgerechte, flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung ist für die Kommunen eines der ganz zentralen Themen, und deshalb sollten die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und deren Mitgliedsverbände ausreichend Zeit haben, das in dem Gesetzentwurf vorgesehene „umfassende Bündel von Maßnahmen“ zu analysieren und zu bewerten. Wir bedauern vor diesem Hintergrund die sehr kurzfristige Durchführung des Anhörungsverfahrens. Wir nehmen hierzu gleichwohl, so gut dies in der Kürze der Frist möglich ist, Stellung.

Insgesamt ist der Gesetzentwurf zu einem GKV-VSG geeignet, einige der Defizite am gesetzlichen Rahmen der medizinischen Versorgung zu beseitigen. Leider lässt er aber an entscheidender Stelle den Mut zu einer stärker kommunalen Orientierung des Gesundheitswesens

vermissen. Zwar wird politisch häufig die Mitverantwortung der Kommunen beschworen, aber gesetzlich werden den Kommunen und ihren Spitzenverbänden auf Bundes- und Länderebene die dazu notwendigen Mitwirkungs- und Mitgestaltungsrechte verwehrt.

Insgesamt beschränken wir uns zunächst darauf, die aus unserer Sicht problematischen Vorhaben zu benennen und Änderungsvorschläge zu unterbreiten sowie ergänzende Vorschläge für Gesetzesänderungen zu unterbreiten.

Auch wir begrüßen das Ziel, eine gute medizinische Versorgung auf hohem Niveau weiterhin sicherzustellen und dabei die demografischen Entwicklungen und neue Behandlungsmethoden zu berücksichtigen sowie regionale Versorgungssituationen und –bedarfe zu beachten. Richtig und notwendig erscheint auch uns, dass die sektorübergreifende Versorgung durch das Gesetz gestärkt werden soll. Die dies aufgreifenden Ansätze im Gesetzentwurf werden von uns begrüßt, beispielsweise die vorgesehenen ambulanten Verordnungsmöglichkeiten der Krankenhausärzte bei Krankenhausentlassungen.

Darüber hinaus begrüßen wir im Entwurf eines GKV-VSG

- die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen zur finanziellen Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin (Art. 1 Nr. 30 - 75a SGB V),
- den Ausbau und die Ermöglichung einer leistungsgerechten Vergütung des Einsatzes von qualifizierten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen, die delegierte ärztliche Leistungen erbringen,
- die Erweiterung der bestehenden Regelungen zur Bildung eines Strukturfonds durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (Art. 1 Nr. 34 - § 105 Abs. 1 a SGB V) mit der Konsequenz, dass ein Strukturfonds generell zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung eingerichtet werden darf. Bisher ist dies nur in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten möglich.

Wir vermissen aber gerade mit Blick auf die Sicherstellung der flächendeckenden ambulanten ärztlichen Versorgung eine Auseinandersetzung mit den Feststellungen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, z.B. die Einführung eines „Landarztzuschlages“, gezielte Förderung des Fachs Allgemeinmedizin, Verbesserung der Weiterbildungsstrukturen sowie Attraktivitätssteigerungen bei den Arbeitsbedingungen.

Auch bei der Diagnose von Überversorgung bedarf es einer sorgfältigen und differenzierten Betrachtungsweise, um nicht neue Lücken entstehen zu lassen. Hinzuweisen ist auch auf teilweise unterschiedliche Situationen in Teilgebieten eines Planungsbezirks.

Durch Erweiterungen des Leistungsangebotes darf es in den Fällen der von Kommunen betreuten Personen etwa im Sinne des § 264 SGB V nicht zu höheren Belastungen für die Kommunen kommen.

Hinsichtlich der im Entwurf zu einem GKV-VSG vorgesehenen –oder vermissten- Maßnahmen bestehen unsererseits zudem folgende weitere Hinweise.

Zum Rubrum:

Zu Buchstabe B, 3. Absatz, zweiter Spiegelstrich: "Weiterentwicklung der Regelungen zur Teilnahme von Krankenhäusern, Hochschulambulanzen..“ schlagen wir vor, an dieser Stelle noch die Einfügung „… und Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitswesens, z. B. Ge-

sundheitsämter ..." vorzunehmen. Zur Begründung ist anzuführen, dass einige Gesundheitsämter vor Ort Impfmöglichkeiten für Bevölkerungsgruppen anbieten, die vom niedergelassenen System nicht erreicht werden. Diese Maßnahmen tragen aber zur wichtigen Schließung von Impflücken bei. Derzeit ist allerdings eine direkte Abrechnung mit den Krankenkassen und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst nicht möglich, obwohl der Personenkreis in aller Regel versichert ist. Dieser Personenkreis muss derzeit die Impfleistung im Voraus selbst zahlen, um die Kosten anschließend im Rahmen freiwilliger Leistungen der Krankenkassen rückerstattet zu bekommen. Letzteres Vorgehen wird allerdings von diesen Versicherten mangels finanzieller Möglichkeiten nicht wahrgenommen. Einer entsprechenden Ergänzung im Rubrum müssen dann auch die entsprechenden Einzelbestimmungen folgen.

Zu Artikel 1, Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Ziffer 4, § 22 a SGB V:

Der Titel dieses Paragraphen sollte, analog zum Titel des § 22 SGB V, durch das Wort „Individualprophylaxe“ in Klammern ergänzt werden.

Zu begrüßen sind die vorgesehenen Verbesserungen bei der Zahnbehandlung für Menschen mit Behinderungen und pflegebedürftige Menschen. Dies ist jedoch bei Weitem nicht ausreichend, um den notwendigen Leistungsumfang für Menschen mit Behinderungen in der Krankenversicherung abzudecken. Der in § 2 a SGB V nominierte Grundsatz, den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen, muss endlich stärker mit Leben gefüllt werden.

Analog zur neuen Regelung des § 22 a zur Individualprophylaxe könnte durch das Gesetz sinnvollerweise auch ein neuer § 21 a zur Gruppenprophylaxe eingeführt werden. Hierzu unterstützen wir den Vorschlag der Ärzte bzw. Zahnärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst, einen neuen § 21 a zu schaffen, der folgenden Wortlaut haben könnte:

§ 21 a Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Gruppenprophylaxe)

„(1) Die Kranken- und Pflegekassen haben im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen unbeschadet der Aufgaben anderer gemeinsam und einheitlich Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen ihrer Versicherten, die einer Pflegestufe nach § 15 des Elften Buches zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 des Zwölften Buches erhalten oder dauerhaft erheblich in ihrer Alltagskompetenz nach § 45a des Elften Buches eingeschränkt sind, zu fördern und sich an den Kosten der Durchführung zu beteiligen. Sie haben auf flächendeckende Maßnahmen hinzuwirken. Die Maßnahmen sollen vorrangig in Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden; sie umfassen insbesondere die Aufklärung, Motivation und Instruktion des Betreuungs- und Pflegepersonals der Versicherten sowie von pflegenden Angehörigen über die Bedeutung der Mundhygiene und die grundsätzlichen Maßnahmen zur Mund- bzw. Prothesenpflege sowie zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen bei den Versicherten.

(2) Das Nähere über Art und Umfang der Leistungen regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92.“

Zu Ziffer 29 und 30, §§ 75 sowie 75a SGB V:

Für die Kommunen von besonderer Bedeutung ist der neue § 75 Abs. 1 b. Danach umfasst der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst), nicht jedoch die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nicht anderes bestimmt. Zudem sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen den Notdienst auch durch Kooperation und eine organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern sicherstellen. Durch die Neuregelung wird den Ländern die Möglichkeit gegeben, den Rettungsdienst mit dem Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen enger zu verknüpfen und zugleich auch eine Verbindung mit den Notaufnahmen der Krankenhäuser zu schaffen. Dieser Vorschlag wird grundsätzlich begrüßt; zur Klarstellung schlagen wir aber vor, den letzten Satz im Absatz 1 b zu streichen und durch folgenden Satz zu ersetzen: „Durch Landesrecht kann bestimmt werden, dass die Einsatzlenkung des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes gegen Kostenerstattung durch die Rettungsleitstellen vorzunehmen ist.“

In einem neuen § 75a SGB V werden die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung verpflichtet, die allgemeinmedizinische Weiterbildung in den Praxen zugelassener Ärzte und zugelassener medizinischer Versorgungszentren zu fördern. Wichtig ist, dass die Kosten der Förderung für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen je zur Hälfte getragen werden, wobei die Gelder die Krankenkassen außerhalb der genannten Vergütung für die vertragsärztliche Versorgung gewährt werden. Dieser Regelungsvorschlag ist auch zu begrüßen.

Zu § 90a SGB V:

In § 90 a SGB V sollte dringend die Teilnahme der kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene in den Landesgremien verankert werden. Hier könnte in Absatz 1 Satz 1nach den Worten „Vertretern des Landes“ folgendes eingefügt werden: „. der im Land tätigen kommunalen Spitzenverbände“. Leider ist nicht in allen Ländern die Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände obligatorisch erfolgt; sie ist aber unabdingbar.

Zu Ziffer 41, § 95 SGB V:

Wir begrüßen die Ermöglichung eines arztgruppengleichen Medizinischen Versorgungszentrums (§ 95 SGB V), das insbesondere der Verbesserung der hausärztlichen Versorgung dienen kann, sowie den vorgesehenen Bestandsschutz für Krankenhäuser, die an der ambulanten Versorgung teilnehmen.

Bei den Regelungen der Ziffer 41 b) ist sicherzustellen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht aus ihrer Gewährleistungsverantwortung für eine funktionierende ambulante gesundheitliche Versorgung vor Ort entlassen werden.

Zu § 99 SGB V:

In § 99 SGB V sollte die Fachaufsicht der Länder über die Kassenärztlichen Vereinigungen gestärkt werden. Aus unserer Sicht gibt es im Hinblick auf die Versorgungsplanung und vor allem die Versorgungsrealität zahlreiche konkrete Verbesserungsmöglichkeiten, die die KVen

ermöglichen könnten, dies aber aufgrund interner Konfliktlinien unterlassen. Hier gilt es, den Ländern mehr Eingriffsmöglichkeiten zu geben.

Zu Ziffer 44 b), § 103 Absatz 3a SGB V:

Grundsätzlich begrüßen wir Regelungen, die die Probleme der Unter- und Überversorgung verstärkt angehen. Allerdings sehen die neuen Regelungen nicht zwingend eine Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten nach sich. Parallel müssten auch finanzielle Anreize für eine Niederlassung in z.B. ländlichen Räumen geschaffen werden. Wenn der Gesetzentwurf diesbezüglich als einzige Maßnahme in Artikel 14 Ziff. 4 (siehe auch Seite 55 der Begründung) vorsieht, keine Gebühren für die Zulassung und die Anstellungsgenehmigung in unterversorgten Gebieten zu erheben, dann greift dies deutlich zu kurz. Sichergestellt muss auch sein, dass keine neuen Versorgungslücken entstehen. Im Zusammenhang und in der Beurteilung spielt darüber hinaus eine Rolle, dass die Planungsbezirke häufig nicht so geschnitten sind, dass anhand dieser in der konkreten örtlichen Situation für eine Versicherte/einen Versicherten eine Über- oder Unterversorgung festgestellt werden könnte. Die durchschnittliche Versorgungssituation in einem derartigen Planungsbereich ist hier häufig zu wenig aussagekräftig, wenn in einzelnen Gebieten innerhalb des Planungsbereichs, etwa in bestimmten Stadtteilen, die Versorgung mit bestimmten ärztlichen Fachbereichen beispielsweise nicht ausreichend gegeben ist.

Wir bitten Sie um entsprechende Berücksichtigung.

Mit freundlichen Grüßen
In Vertretung

Verena Göppert
Beigeordnete
des Deutschen Städtetages

Jörg Freese
Beigeordneter
des Deutschen Landkreistages

Uwe Lübking
Beigeordneter
des Deutschen Städte- und Gemeindebundes

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0091(5)
gel. VB zur öAnhörung am 25.03.15_GKV-VSG
17.03.2015

DER PARITÄTISCHE GESAMTVERBAND

Stellungnahme zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz - GKV-VSG)

Vorbemerkung

Der Paritätische Gesamtverband e.V. ist einer der sechs Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Deutschland und ist der Dachverband für über 10.000 rechtlich selbstständige Mitgliedsorganisationen. Die Mitgliedsorganisationen des Paritätischen sind in vielen Sozial- und Gesundheitsbereichen tätig, beispielsweise als Träger von ambulanten Pflegediensten, stationären Einrichtungen und Krankenhäusern, Selbsthilfekontakt- und Patientenberatungsstellen sowie Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen.

Zudem ist der Paritätische Gesamtverband der größte Verband der Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in Deutschland. Unter seinem Dach engagieren sich über 130 bundesweit tätige, gesundheitsbezogene Selbsthilfeorganisationen für chronisch kranke und behinderte Menschen.

Im „Forum chronisch kranker und behinderter Menschen“ im Paritätischen Gesamtverband haben sich bundesweit agierende gesundheitsbezogene Selbsthilfeorganisationen zusammengeschlossen. Vertreter des Forums sind als maßgebliche Patientenorganisation nach § 140 f SGB V anerkannt und als Interessenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss mitberatend tätig.

Der Paritätische Gesamtverband repräsentiert, berät und fördert seine Landesverbände und Mitgliedsorganisationen in ihrer fachlichen Zielsetzung und ihren rechtlichen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Belangen.

1. Allgemeine Einschätzung

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung will die Bundesregierung die bereits mit dem Versorgungsstrukturgesetz vom 22. Dezember 2011 eingeleiteten Maßnahmen weiterführen und ausbauen, um die ambulante medizinische Versorgung zu verbessern. Mit dem Gesetzesvorhaben verfolgt die Bundesregierung u. a. folgende Ziele:

- Sicherstellung einer bedarfsgerechten und gut erreichbaren ambulanten medizinischen Versorgung;
- Flexibilisierung und Verbesserung der Bedingungen für die Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung;
- Verbesserung des Zugangs der gesetzlich Versicherten zu medizinischen Leistungen, z.B. durch die Verringerung der Wartezeiten auf Facharzttermine;
- Erweiterung der Leistungsansprüche der gesetzlich Versicherten, z. B. durch das Anrecht auf Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung vor bestimmten, planbaren Eingriffen;
- Stärkere Förderung von Innovationen in der Versorgung und der Versorgungsforschung durch die Schaffung eines Innovationsfonds.

Grundsätzlich unterstützt der Paritätische das Ziel der Bundesregierung, die flächendeckende, bedarfsgerechte, wohnortnahe, ambulante medizinische Versorgung verbessern zu wollen. Die medizinische Versorgung ist insbesondere in ländlichen, aber auch in urbanen Regionen mit einkommensschwachen Bevölkerungsgruppen nach wie vor suboptimal. Der vorliegende Gesetzentwurf enthält zum Teil gute Ansätze, um bestimmten Entwicklungen und Tendenzen der Über- und Unterversorgung entgegenzuwirken.

Der Paritätische Gesamtverband begrüßt die geplante stärkere Verzahnung der stationären und ambulanten medizinischen Versorgung. In dieser Hinsicht sieht der Paritätische positive Ansätze in der geplanten Weiterentwicklung des Entlassmanagements, mit der der Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung der Patient/innen verbessert werden soll. Positiv bewertet wird auch die Möglichkeit der Einrichtung medizinischer Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen. Der geplante gesetzliche Anspruch pflegebedürftiger und behinderter Menschen auf zusätzliche Leistungen zahnmedizinischer Prävention wird ebenfalls ausdrücklich begrüßt.

Wir sehen jedoch u.a. Änderungs- und Nachbesserungsbedarf bei folgenden geplanten gesetzlichen Neuregelungen: der Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung, dem Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten bei Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation, der geplanten Einrichtung von Terminservicestellen sowie der psycho- und soziotherapeutischen Versorgung. Des Weiteren kritisieren wir, dass mit dem vorliegenden Gesetzentwurf – bei dem es sich um eine recht grundlegende Reform des SGB V handelt - keine Änderung bzw. Streichung des § 34 (ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel) sowie des § 62 Absatz 2 (Belastungsgrenze) vorgesehen ist.

In der Gesamtbetrachtung zeigt sich, dass die Empfehlungen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) kaum Berücksichtigung finden. Es wird an traditionellen Strukturen einer monoprofessionell organisierten, (haus-)ärztlichen Versorgung festgehalten. Impulse zur Tätigkeitsübertragung von Aufgaben auf andere Berufsgruppen, zur qualitativen Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung in der ambulanten Versorgung und Pflege

und zur stärkeren Einbeziehung der Kommunen in die Gestaltung einer pflegerischen Infrastruktur (vgl. SVR 2007, 2009, 2014) werden nicht gesetzt. Lediglich innerhalb der bestehenden Strukturen werden Änderungen im Versorgungsgeschehen angeregt. Dies verhindert die Entwicklung neuer Versorgungsmodelle.

Nachstehend nimmt der Paritätische Gesamtverband zu einzelnen ausgewählten, geplanten Neuregelungen im SGB V wie folgt Stellung:

2. Zu einzelnen, ausgewählten Neuregelungen

Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 22a – Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen

Durch die neu aufgenommene Regelung zur Zahngesundheit bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen soll die Versorgung von pflegebedürftigen und behinderten Menschen in ihrer Häuslichkeit sowie von Menschen in Einrichtungen der Alten- oder Eingliederungshilfe verbessert werden. Zu den gesetzlichen Leistungen soll die Erhebung des Mundgesundheitsstatus, die Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene und über Maßnahmen zu deren Erhaltung (individuelle Mund-, Zahn- und Prothesenpflege) gehören.

Der Paritätische begrüßt die Einführung des § 22a ausdrücklich.

Menschen mit Behinderung und pflegebedürftige Menschen gehören zu den Hochrisikogruppen für Karies-, Parodontal- und Mundschleimhauterkrankungen. Diesen Risiken kann mit der geplanten Einführung des neuen § 22a vorgebeugt werden. Der Paritätische hatte in seinen Stellungnahmen und Positionspapieren immer wieder auf die unzureichende Versorgungssituation von Menschen mit Pflegebedarf hingewiesen. Die Einführung stellt eine wesentliche Verbesserung des Leistungsanspruchs für Menschen mit Pflegebedarf und für Menschen mit Behinderungen dar.

§ 24i – Mutterschaftsgeld

Frauen, deren Beschäftigungsverhältnis am Tag vor Beginn der Mutterschutzfrist endet und die damit mit Beginn der Schutzfrist nicht mehr Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung mit Anspruch auf Krankengeld sind, werden besser geschützt. Sie werden zukünftig Mutterschaftsgeld erhalten. Gleiches gilt für Frauen, die bisher keinen Anspruch hatten, weil ihr Anspruch auf Arbeitslosengeld wegen Urlaubsabgeltung oder wegen einer Sperrzeit ruhte und damit eine Mitgliedschaft mit Krankengeldanspruch nicht begründet werden konnte.
Diese Neuregelung begrüßt der Paritätische Gesamtverband ausdrücklich.

§ 27b Absatz 1 bis 5 – Zweitmeinung

Gesetzlich Versicherten, bei denen die Indikation zu einem sogenannten mengenanfälligen planbaren Eingriff gestellt wird, soll das Recht auf ärztliche Zweitmeinung eingeräumt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll festlegen, welche planbaren Eingriffe dies im Einzelnen sind. Die Zweitmeinung soll nicht von demselben Arzt oder derselben Einrichtung eingeholt werden können, durch den/die der Eingriff vorgenommen werden soll, ansonsten entfällt der Leistungsanspruch für die Zweitmeinung. Zudem muss mit § 27b Absatz 5 der Arzt, der die Indikation für einen Eingriff nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 stellt, den Versicherten über das Recht, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einholen zu können, aufklären und ihn auf die Informationsangebote über geeignete Leistungserbringer hinweisen.

Es gibt zwar keine gesetzliche Regelung, in der die Patientenrechte festgelegt sind. Dennoch hatte bisher jeder Patient das Recht, eine ärztliche Zweitmeinung zu seiner Behandlung einzuholen. In der Patientencharta ist dieses Recht festgehalten. Die gesetzlichen Krankenversicherungen finanzierten die Einholung einer Zweitmeinung in der Regel auch ohne gesetzliche Festlegung.

Aus Sicht des Paritätischen wird die mit dem vorliegenden Gesetzentwurf geplante Beschränkung auf bestimmte planbare Eingriffe, bei denen eine Mengenausweitung nicht auszuschließen ist, den Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten nicht gerecht. Auch für andere Operationen oder Therapien, bei denen erhebliche Nebenwirkungen möglich sind, sollte der kostenlose Anspruch auf Einholung einer Zweitmeinung gesetzlich geregelt sein. Durch die geplante Beschränkung auf bestimmte planbare Operationen besteht die Gefahr, dass für andere schwere Krankheitsfälle (ohne Gefahr der Mengenausweitung), bei denen über komplexe Operationen oder nebenwirkungsreiche medikamentöse Therapien entschieden werden muss, die Kosten zur Einholung einer Zweitmeinung zukünftig von den Patient/innen selbst getragen werden müssen.

So umgesetzt läuft die geplante Regelung primär darauf hinaus, die Kosten für bestimmte Operationen einzusparen. Der Paritätische fordert daher die Klarstellung, dass das Recht auf eine kostenfreie, ärztliche Zweitmeinung im Vorfeld aller gravierenden, medizinischen Eingriffe und Therapien gesetzlich verankert wird und nicht auf bestimmte Eingriffe beschränkt wird.

§ 34 – Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz von 2003 wurden nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (OTC-Präparate) zum 01.01.2004 aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen. Sie können selbst dann nicht mehr von den Krankenkassen übernommen werden, wenn Ärzt/innen die medizinische Notwendigkeit der Behandlung mit einem solchen Arzneimittel feststellen. Es bestehen zwar einige Ausnahmen (z.B. Kinder bis zum

12. Lebensjahr), dennoch werden zahlreiche nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel auch dann nicht mehr von den Krankenkassen übernommen, wenn die medizinische Notwendigkeit ärztlich bescheinigt wird. Besonders bedeutsam sind diejenigen OTC-Präparate, die der Behandlung von Allergien, Neurodermitis, Psoriasis, Osteoporose, Rheuma und anderen chronischen Erkrankungen dienen, aber auch einfache Schmerzmittel. Die aufzubringenden Kosten für die Behandlung mit nicht verschreibungspflichtigen, aber notwendigen OTC-Präparaten sind für die Betroffenen häufig immens. Eine Folge davon ist, dass bei vielen Versicherten die dringend notwendige Therapie unterbleibt. Den Patient/innen werden somit bewährte, preiswerte und nebenwirkungsarme Medikamente im Rahmen therapeutischer Behandlungskonzepte vorenthalten.
Die geschilderte Problematik wurde bereits im Jahr 2005 grundsätzlich von allen im Bundestag vertretenen Parteien anerkannt.

Der Paritätische nimmt daher den vorliegenden Gesetzentwurf erneut zum Anlass, seiner Forderung Nachdruck zu verleihen, dass eine gesetzliche Regelung geschaffen werden muss, mit der sichergestellt wird, dass alle medizinisch notwendigen Arzneimittel wieder in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden. Versicherte mit geringem Einkommen werden mit der aktuell gültigen Regelung von zum Teil dringend benötigter, medizinischer Versorgung ausgeschlossen.

§ 39 Absatz 1a – Krankenhausbehandlung

Die neue gesetzliche Regelung soll Krankenhäusern ermöglichen, ein gezielteres Entlassmanagement vorzunehmen. Dieses dient der Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die ambulante Versorgung. Bislang wird das Entlassmanagement nicht konsequent umgesetzt.

Mit der neuen Regelung sollen Kliniken nunmehr die Möglichkeit bekommen, zur Sicherstellung der lückenlosen Versorgung der Patient/innen, Arzneimittel für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen zu verordnen.

Der Paritätische begrüßt die Erweiterung des § 39 Absatz 1a, da diese Regelung hilft, die Versorgung mit Medikamenten nach einem Krankenhausaufenthalt zu gewährleisten. Insbesondere nach stationären Aufenthalten berichten viele Patient/innen von einer medizinischen Versorgungslücke nach ihrer Krankenhausentlassung.
Dennoch sind die geplanten gesetzlichen Änderungen nicht ausreichend. Im Entlassmanagement sind in der Praxis zahlreiche Versorgungslücken festzustellen. Mit der Ergänzung werden nur Teilaspekte aufgegriffen (Verordnung von Arzneimitteln, Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit). Weitere Problematiken bestehen u.a. in der nahtlosen Heilmittelverordnung und der zeitnahen Direktverlegung in nachsorgende (Früh-) Rehabilitationseinrichtungen. Oftmals sind

keine Plätze verfügbar oder die Bearbeitungszeit der Krankenkassen führt zu einer unnötigen Verlängerung der Verweildauer im Krankenhaus. Übergänge von Patient/innen von einem Versorgungssektor in den anderen müssen systematisch geplant, konzeptionell begleitet und strukturiert ablaufen, um Versorgungsbrüche zu vermeiden. Der weiterbehandelnde Hausarzt/Hausärztin, die Leistungserbringer der ambulanten bzw. stationären Pflege müssen regelhaft in den Prozess einbezogen werden.

Der Paritätische Gesamtverband schlägt vor, in § 39 Absatz 1a einen Passus einzufügen, dass die Krankenhäuser verpflichtet werden, ein Konzept für ein interdisziplinäres Entlassmanagement zur Überwindung von sektoralen, professionellen und sozialversicherungsrechtlichen Schnittstellen zu entwickeln und auf dessen Grundlage den Übergang der Patient/innen zu gestalten.

§ 40 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die gesetzliche Neuregelung sieht vor, Betroffenen die Möglichkeit zu geben, auch Rehabilitationseinrichtungen zu wählen, mit denen kein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht. Die dabei entstehenden Mehrkosten müssten dann von den Versicherten selbst getragen werden. Zudem sollen mobile Rehabilitationsleistungen durch wohnortnahe Einrichtungen eingeschlossen werden.

Der Paritätische begrüßt grundsätzlich, dass die Ausweitung des Wunsch- und Wahlrechts von Patient/innen bei der Inanspruchnahme von medizinischer Rehabilitation auch im SGB V Anwendung finden soll. Dies ein wichtiges Element zur Motivation und aktiven Teilhabe bei der Rehabilitation. Die Gewährleistung des Wunsch- und Wahlrechts ist hinsichtlich der Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von rehabilitativen Maßnahmen ein entscheidender Faktor. Die medizinische Rehabilitation hat einen großen Anteil daran, ob eine Chronifizierung und/oder Verschlimmerung einer Erkrankung sowie vorzeitige Pflegebedürftigkeit oder Berufsunfähigkeit verhindert werden können.

Der Paritätische spricht sich jedoch dagegen aus, dass die durch die freie Wahl entstehenden Mehrkosten von den Versicherten selbst zu tragen sein sollen. Dadurch wird eine Ungleichheit unter den gesetzlich Versicherten weiter befördert. Nur wer sich zukünftig auch die Mehrkosten für eine selbst gewählte medizinische Rehabilitation leisten kann, wird sich auch für diese entscheiden. Das erweiterte Wunsch- und Wahlrecht wird demnach nur für Besserverdienende einen Vorteil bringen, nicht aber für Menschen mit geringem Einkommen.

Der Paritätische setzt sich dafür ein, dass den berechtigten Wünschen der Versicherten gemäß ihrer persönlichen Lebenssituation, ihrem Alter, Geschlecht religiösen Bedürfnissen u. Ä. entsprochen wird – sofern medizinisch nichts dagegen spricht – ohne, dass die Versicherten für Mehrkosten aufkommen müssen.

§ 43 b- Nichtärztliche Leistungen für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen

Erwachsene mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen sollen zukünftig Anspruch auf nichtärztliche sozialmedizinische Leistungen, insbesondere auf psychologische, therapeutische und psychosoziale Leistungen haben, wenn diese unter ärztlicher Verantwortung durch ein medizinisches Behandlungszentrum erbracht werden.

Eine Verbesserung der medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderungen im Bereich der psychologischen, therapeutischen Leistungen ist dringend erforderlich, daher wird diese Neuregelung ausdrücklich begrüßt. Der Paritätische Gesamtverband regt zudem an, neben den psychologischen, therapeutischen und psychosozialen Leistungen auch die pflegerischen Leistungen mit aufzunehmen. Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen können heute aufgrund des medizinischen und technischen Fortschritts, aber auch aufgrund der verbesserten sozialen Betreuung ein höheres Lebensalter erreichen. Mit höherem Lebensalter steigt die Wahrscheinlichkeit, zusätzlich zu der Behinderung chronische oder typische altersbedingte Krankheiten zu entwickeln (z.B. Osteoporose, Diabetes, Bluthochdruck). Für Menschen mit geistiger Behinderung bzw. schweren Mehrfachbehinderungen besteht somit ein erhöhter Bedarf an sehr speziellen pflegerischen Leistungen, die teilweise in den therapeutischen und psychosozialen Bereich hineinragen. Der Paritätische Gesamtverband plädiert dafür, bei der Einführung des § 43b die besonderen Bedarfe von Menschen mit geistiger Behinderung hinsichtlich der pflegerischen Versorgung von Anfang an zu berücksichtigen.

§ 44 Absatz 4 – Krankengeld und Beratung

Gesetzlich Versicherte, die lange Zeit krank sind und deshalb Krankengeld erhalten, sollen zukünftig einen klar geregelten Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung im Sinne eines unterstützenden Fallmanagements durch die Krankenkassen erhalten. Mit der Regelung soll auch festgeschrieben werden, dass die Krankenkassen die dazu erforderlichen Daten nur mit dem Einverständnis und nach vorheriger Information der bei ihnen Versicherten erheben, verarbeiten und nutzen dürfen.

Der Paritätische spricht sich für diese Regelung aus. Berichte von Betroffenen zeigten, dass sie sich von ihren Krankenkassen häufig bedrängt fühlten. Durch die geplante neue Regelung, müssen Krankenkassen zukünftig vor einer Beratung das ausdrückliche Einverständnis der Patient/innen einholen, so dass das informationelle Selbstbestimmungsrecht der Versicherten gewahrt bleibt und eine sinnvolle, da vorher vereinbarte Unterstützung ermöglicht werden kann.

§ 62 Absatz 2 – Belastungsgrenze

Gesetzlich Versicherte müssen während eines Kalenderjahres Zuzahlungen leisten. In der Regel beträgt die Belastungsgrenze zwei Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens, für chronisch Kranke liegt diese bei einem Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens (§ 62 Absatz 1).

Auch Versicherte, die Leistungen der Grundsicherung nach SGB XII oder SGB II beziehen, müssen Zuzahlungen leisten (§ 62 Absatz 2). Bei der aktuellen Regelbedarfsstufe 1 (§28 SGB XII) müssen Versicherte – wenn sie alleinlebend sind - 93,84 Euro, bei chronischer Erkrankung 46,92 Euro selbst aufbringen. Erst wenn diese Belastungsgrenze erreicht ist und die geleistete Zuzahlung bei der Krankenkasse durch Zahlungsbelege nachgewiesen wurde, erfolgt eine Befreiung von Zuzahlungen. Viele Versicherte vermeiden aufgrund der zu leistenden Zahlungen die oftmals wichtige, medizinische Versorgung, weil sie es sich schlicht nicht leisten können. Neben diesem Aspekt ist die Möglichkeit einer Zuzahlungsbefreiung oftmals überhaupt nicht bekannt.

Die Zuzahlungen für Hilfsmittel, Rezeptgebühren und Physiotherapie sind sozial ungerecht und führen zu medizinischer Unterversorgung, da die Betroffenen oftmals aus finanziellen Gründen von einer entsprechenden Inanspruchnahme absehen. Die Zuzahlungen werden in erster Linie von chronisch Kranken und Patient/innen entrichtet und treffen Menschen mit geringem Einkommen bzw. Bezieher/innen von Arbeitslosengeld II oder Sozialhilfe besonders hart.

Der vorliegende Gesetzentwurf greift diesen Aspekt medizinischen Unterversorgung leider nicht auf. Der Paritätische nimmt das Gesetzesvorhaben daher zum Anlass, die Streichung des § 62 Absatz 2 zu fordern.

§ 64b – Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen

Gemeindepsychiatrische Vereine sind bisher nicht zu innovativen Versorgungsmodellen zugelassen. Die Krankenhäuser regeln bislang die Zulassungen unter sich. Projekte der Integrierten Versorgung, die von gemeinde-psychiatrischen Organisationen durchgeführt werden, werden ausgeschlossen.

Sozialpsychiatrische Organisationen spielen jedoch bei der Integrierten Versorgung eine wichtige Rolle wie das Beispiel Bremen zeigt. Dort wurde 2007 das bundesweit erste Rückzugshaus im Rahmen eines Integrierten Versorgungsvertrags auf den Weg gebracht. Der Paritätische schlägt daher vor, dass § 64b SGB V um folgenden Absatz ergänzt wird:

<u>§ 64b Absatz 1a</u>: Abweichend von § 64 Absatz 1 können die Krankenkassen und ihre Verbände mit den in § 140b Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 bis 7 genannten Personen Vereinbarungen über die Durchführung von Modellvorhaben nach dieser Vorschrift schließen. § 140b Abs. 4 Satz 3 gilt entsprechend.

§ 75– Inhalt und Umfang der Sicherstellung

Absatz 1a: Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch eine angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung. Mit der Erweiterung des § 75 sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet werden, Terminservicestellen einzurichten. Die Terminservicestellen müssen Versicherten bei Vorliegen einer Überweisung zu einem Facharzt innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 vermitteln. Ausgenommen sind Termine bei einem Augen- oder Frauenarzt – für diese werden keine Überweisungen benötigt. Die Wartezeit auf den zu vermittelnden Behandlungstermin darf vier Wochen nicht überschreiten. Kann die Terminservicestelle innerhalb der genannten Frist keinen Behandlungstermin bei einem niedergelassenen Arzt vermitteln, soll sie einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anbieten. Die Terminservicestellen sollen immer dann tätig werden, wenn die/der Patient/in es wünscht und es sich nicht um Routineuntersuchungen oder Bagatellerkrankungen handelt. Die entsprechenden Kriterien für letztere müssen noch formuliert werden.

Die Entfernung zwischen dem Wohnort des Versicherten und dem vermittelten Facharzt soll zumutbar sein. Die Zumutbarkeit der Entfernung zum Leistungserbringer soll für die einzelnen Facharztgruppen von den Bundesmantelvertragspartnern festgelegt werden (innerhalb von drei Monaten nach Verkündung des Gesetzes).

Der Gesetzentwurf stellt in seiner Begründung klar, dass Patient/innen keine Verpflichtung haben, die angebotenen Termine wahrzunehmen, sondern weiterhin der Grundsatz der freien Arztwahl erhalten bleibt (§ 76).

Der Paritätische unterstützt das Bemühen und den Versuch der Bundesregierung, das Problem von langen Wartezeiten auf Facharzttermine für gesetzlich Versicherte zu lösen. Auch die Einbindung der Krankenhäuer wird grundsätzlich positiv bewertet.

Laut einer Studie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (07/2013) wartet jeder fünfte deutsche Patient (rund 20 Prozent) ein bis drei Wochen auf einen Termin bei einem Facharzt. Etwa 24 Prozent der Patient/innen müssen mindestens drei Wochen meist jedoch länger auf einen Facharzttermin warten. Ein privat Versicherter wartet hingegen im Durchschnitt drei Tage auf einen Facharzttermin.

Aus Sicht des Paritätischen ist das Problem langer Wartezeiten nicht nur mit neu einzurichtenden Terminservicestellen lösbar bzw. in den Griff zu bekommen. Die Ursache langer Wartezeiten für gesetzlich Versicherte ist vor allem darauf zurückzuführen, dass Fachärzte weitaus höhere (doppelte) Honorare bei der Behandlung von privat Versicherten erzielen können und diese entsprechend bei der Terminvergabe vorziehen. Eine Gleichstellung von privat und gesetzlich Versicherten wird mit der Einrichtung von Terminservicestellen nicht erreicht. Es kommt erschwerend hinzu, dass mit den Servicestellen neue bürokratische Hürden

geschaffen werden. Der Paritätische lehnt aus den genannten Gründen die Einführung von Terminservicestellen ab.

Absatz 1b: Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen den Notdienst (vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten) auch durch Kooperation und organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern sicherstellen. Mit dieser Regelung soll der ambulante Notdienst neu strukturiert werden.

Der Paritätische begrüßt grundsätzlich die stärkere Einbindung der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung sowie die Erweiterung des § 75 Absatz 1b. Mit der Neuregelung kann eine Verbesserung der Notfallversorgung von Patient/innen erreicht werden.

§ 75a – Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Der Gesetzentwurf sieht eine Förderung und Stärkung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin vor. Die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigung sollen verpflichtet werden, dies finanziell zu unterstützen. Die Anzahl der bundesweit mindestens zu fördernden Stellen soll von derzeit 5.000 um 50 Prozent auf 7.500 erhöht werden.

Der Paritätische begrüßt, dass die allgemeinmedizinische Ausbildung junger Ärztinnen und Ärzte gefördert werden soll. Mit dieser Neuregelung könnte den vorhersehbaren Versorgungsnotständen - wie vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen festgestellt - in der hausärztlichen Versorgung entgegengewirkt werden. Ob die Bereitschaft zur Fortbildung innerhalb der Ärzteschaft mit dieser Neuregelung erhöht werden kann, ist zum jetzigen Zeitpunkt einschätzbar.

§ 76 Absatz 1a – Freie Arztwahl

Mit Einführung des neuen § 76 Absatz 1a sollen Versicherte über die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen auch einen Anspruch auf Behandlung in (zugelassenen) Krankenhäuser bekommen, die zuvor nicht an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen haben.

Der Paritätische begrüßt eine stärkere Einbeziehung von Krankenhäusern in die ambulante Versorgung, um die medizinische Versorgung zu verbessern.

§ 87 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

Die neue Regelung sieht hinsichtlich des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) vor, dass zukünftig überprüft werden soll, wie delegationsfähige Leistungen (Delegation von Leistungen an nichtärztliche Fachkräfte, z. B. Infusionen, Injektionen) angemessen vergütet werden können. Die Beschränkung der

Erbringung delegationsfähiger Leistungen auf den hausärztlichen Versorgungsbereich und die Häuslichkeit der Patient/innen soll aufgegeben werden. Auch eine Beschränkung auf unterversorgte, von Unterversorgung bedrohte oder Gebiete mit zusätzlichem lokalem Versorgungsbedarf sind nicht vorgesehen.

Der Paritätische begrüßt diese vorgesehene Neuregelung. Engpässe in der ärztlichen Versorgung, die für viele Patient/innen - insbesondere chronisch Erkrankte (z. B. Rheuma) - festgestellt wurden, können sinnvoll bekämpft werden, indem delegationsfähige Leistungen übertragen werden. Die geplante Regelung gewährleistet auch, dass diese Leistungen dementsprechend vergütet werden können.

Mit § 87 Absatz 5b reagiert die Bundesregierung auf Beschwerden über eine zu lange Beratungszeit des Bewertungsausschusses bei der Anpassung des EBM in Folge von Beschlüssen des G-BA. Es soll nun gesetzlich festgelegt werden, dass die Festsetzung von entsprechenden Gebührenordnungspositionen im EBM innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten der Bestimmungen des G-BA erfolgt sein muss.
Der Paritätische begrüßt, dass die Hinweise der Patientenvertretung in diesem Punkt aufgegriffen wurden und eine Frist für die Beschlussfassung des Bewertungsausschusses bzw. erweiterten Bewertungsausschusses festgelegt wird.

§ 92 – Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll bis 30.06.2016 in den Psychotherapie-Richtlinien Ergänzungen „zur Flexibilisierung des Therapieangebots, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung von Gruppentherapien sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens“ beschließen. Außerdem soll der G-BA Regelungen treffen, damit sich die Wartezeiten auf einen Therapieplatz verringern.

Der Paritätische begrüßt diese Regelung ausdrücklich, da Patient/innen teilweise mehrere Monate auf einen Psychotherapieplatz warten müssen. Mit der geplanten Regelung ließen sich die Wartezeiten auf jeden Fall senken. Die geplante stärkere Förderung von Gruppen- und Kurzzeittherapien wird vom Paritätischen kritisch gesehen, da diese Regelung eine Qualitätssenkung für psychotherapeutische Behandlungen zur Folge haben wird.

§ 92a – Innovationsfonds, Grundlagen der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

Mit Einführung des § 92a soll ein Innovationsfonds eingerichtet werden, mit dem neue Versorgungsformen gefördert werden sollen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen und die hinreichend Potential aufweisen, in die

Regelversorgung überführt zu werden. Dabei sollen insbesondere sektorenübergreifende Ansätze berücksichtigt werden und Maßnahmen, die auf eine Verbesserung der Versorgung oder Steigerung der Versorgungseffizienz ausgerichtet sind. Antragsteller für eine Förderung können neben den Vertragsärzten der Krankenkassen auch Patientenorganisationen sein.

Darüber hinaus wird festgelegt, dass der G-BA Versorgungsforschung fördert, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet ist. Die Fördersumme beträgt in den Jahren 2016 bis 2019 jeweils insgesamt 300 Millionen Euro für neue Versorgungsformen und -forschung (§§ 92a und b). Aus dem Fonds sollen innovative, sektorenübergreifende Versorgungsprojekte mit 225 Millionen Euro pro Jahr gefördert werden sowie die Versorgungsforschung mit 75 Millionen Euro. Zu diesem Zweck soll beim G-BA ein Innovationsausschuss eingerichtet werden, der die konkreten Förderschwerpunkte und -kriterien festlegt und über die Verteilung der Fördermittel entscheidet. Zu sachverständigen Entscheidungen soll ein Expertenbeirat mit maximal zehn Mitgliedern (Vertreter/innen aus Wissenschaft und Versorgungspraxis) beitragen. Dieser wird vom Bundesgesundheitsministerium berufen. Die Empfehlungen des Expertenbeirats sind vom Innovationsbeirat in seine Entscheidungen einzubeziehen (vgl. auch § 92b).

Der Paritätische Gesamtverband begrüßt die beabsichtigte Einrichtung eines Innovationsfonds und die Förderung der Versorgungsforschung durch den G-BA. Der Innovationsfonds bietet die Möglichkeit, außerhalb des Krankenkassenwettbewerbs neue Versorgungsformen zu erproben und diese für die Regelversorgung nutzbar zu machen. Antragsteller für eine Förderung können Krankenkassen und ihre Verbände, Vertragsärzte, zugelassene Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Kassenärztliche Vereinigungen, pharmazeutische Unternehmen, Hersteller von Medizinprodukten im Sinne des Medizinproduktegesetzes und Patientenorganisationen nach § 140f sein. Im Kabinettsentwurf sind die pharmazeutischen Unternehmer und die Hersteller von Medizinprodukten in die Liste der Antragstellungsberechtigten aufgenommen worden. Der Paritätische Gesamtverband regt an, das Antragsrecht auch auf ambulante Pflegedienste und freiberufliche Pflegefachpersonen auszuweiten und diese in § 92a Absatz 1 mit aufzunehmen.

§ 92b – Durchführung der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

Nach § 92b, Absatz 5 soll zur Erbringung wissenschaftlichen und versorgungspraktischen Sachverstands in die Beratungsverfahren des Innovationsausschusses ein Expertenbeirat gebildet werden.

Als Förderschwerpunkte für die Weiterentwicklung der Versorgungsformen wird u.a. der Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung genannt. Der Paritätische setzt sich in diesem Zusammenhang dafür ein, dass für die steigende Zahl demenziell erkrankter Menschen Lösungen gefunden werden, wie der erhöhte Pflege- und Betreuungsbedarf vor allem auch im Krankenhaus verbessert werden kann. Der Paritätische spricht sich dafür aus, dass die Implementierung und Umsetzung der Versorgung demenziell erkrankter oder hochbetagter Menschen über den Innovationsfonds finanziert wird.

Der Paritätische Gesamtverband kritisiert, dass im vorliegenden Gesetzentwurf nicht näher beschrieben ist, aus welchen Disziplinen die Vertreter aus „Wissenschaft“ und „Versorgungspraxis“ stammen sollen. Der Paritätische plädiert für die Bildung eines multiprofessionell zusammengesetzten wissenschaftlichen Expertenbeirats. Es muss gewährleistet werden, dass unterschiedliche Perspektiven, insbesondere auch die pflegewissenschaftliche Perspektive berücksichtigt werden. Eine Beteiligung des Deutschen Pflegerats ist empfehlenswert.

Der Paritätische unterstützt das mit der geplanten Neuregelung verbundene Vorhaben, für die unabhängige Forschung Mittel bereit zu stellen, die durch den G-BA verwaltet werden. Der Paritätische begrüßt zudem, dass Patientenvertreter/innen ein Mitberatungs- und Antragsrecht im Rahmen des Innovationsausschusses erhalten sollen (§ 92b, Abs. 1).

§ 95 – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

Zukünftig sollen auch arztgruppengleiche Medizinische Versorgungszentren (MVZ) gebildet werden können. Im Gesetzentwurf sollen neben reinen Hausarzt- und facharztgruppengleichen MVZ auch reine Zahnarzt-MVZ sowie MVZ ermöglicht werden, in denen ausschließlich Psychotherapeuten oder Ärzte tätig sind, die der psychotherapeutischen Arztgruppe angehören.

Darüber hinaus soll es den Kommunen ermöglicht werden, MVZ zu gründen, um die Versorgung in bestimmten Regionen verbessern zu können. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen überprüfen, ob die zugelassenen Vertragsärzte den gesamten mit der Zulassung übernommenen Versorgungsauftrag erfüllen.

Der Paritätische begrüßt die vorgesehenen Regelungen zur Verbesserung der ambulanten medizinischen Versorgung. Die geplanten erweiterten Möglichkeiten zur Gründung von MVZ können einen Beitrag dazu leisten, dass Versorgungslücken geschlossen werden. Auch die Erweiterung auf Psychotherapeuten und psychotherapeutisch tätige Ärzte wird begrüßt.

Die Überprüfung der Erfüllung des Versorgungsauftrags durch die Kassenärztlichen Vereinigungen wird vom Paritätischen ebenfalls positiv bewertet. Häufig haben Ärzte nur wenige Sprechstunden in ihrer Praxis angeboten oder sich auf bestimmte

Leistungen innerhalb des Versorgungsspektrums spezialisiert. Mit der gesetzlichen Neuregelung kann die Bedarfsplanung aufgrund der Überprüfung zukünftig zielgenauer erfasst und geplant werden.

§ 103 Absatz 3a – Zulassungsbeschränkungen

Mit der Änderung des § 103 Absatz 3a soll die Regelung zum Aufkauf von Arztpraxen in überversorgten Gebieten verschärft werden. Die bisherige „Kann"-Regelung, nach der der Zulassungsausschuss den Antrag auf Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes in einem überversorgten Planungsgebiet ablehnen kann, wird in eine „Soll"-Regelung überführt. Gleichzeitig soll u. a. festgelegt werden, dass diese Regelung keine Anwendung für Ärzte findet, die mindestens fünf Jahre in einem unterversorgten Gebiet vertragsärztlich tätig waren.
Die neue Regelung sieht außerdem vor, den Zugang zur Versorgung für Menschen mit Behinderungen zu verbessern (Barrierefreiheit). Ziel ist es, die Anzahl so genannter barrierearmer Arztpraxen zu erhöhen. Dieses Auswahlkriterium soll bei der Nachbesetzung eines Arztsitzes besonders berücksichtigt werden.

Die geplante Verschärfung der Regelungen zum Aufkauf von Arztpraxen wird vom Paritätischen Gesamtverband kritisch gesehen. Die Ausweitung der Kann-Regelung führt möglicherweise dazu, dass weitere Arztsitze beispielsweise von internistischen Rheumatologen und anderen Fachärzten wegfallen. Solange keine geeignete Möglichkeit zur angemessenen Bedarfsanalyse und Bedarfsdarstellung gefunden worden ist und dies insbesondere bei den internistischen Fachgruppen zu einer durchgängigen nominellen Überversorgung trotz monatelanger Wartezeiten für die Betroffenen geführt hat, dürfen die Aufkaufregelungen für Arztpraxen nicht verschärft werden.

Der Paritätische sieht hingegen die Berücksichtigung der Belange von Menschen mit Behinderungen beim Zugang zur medizinischen Versorgung positiv und befürwortet die geplante Förderung barrierefreier Arztpraxen. Der Begriff der Barrierefreiheit ist umfassend zu verstehen und nicht auf bauliche Maßnahmen beschränkt. Hierbei gilt es auch, den Bedürfnissen von Blinden, Gehörlosen oder Menschen mit intellektuellen Einschränkungen bei der Ausstattung von Arztpraxen gerecht zu werden.

Die vorgesehenen Maßnahmen zum Abbau der ambulanten vertragsärztlichen Überversorgung sollen uneingeschränkt auch auf den Bereich der Vertragspsychotherapeuten angewendet werden. Es besteht aktuell eine psychotherapeutische Unterversorgung, die Wartezeiten für Patient/innen sind extrem lang. Häufig dauert es mehrere Monate bis jemand einen Psychotherapieplatz bekommt.
Das Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Juni 2014) fordert zwar, den obligatorischen Aufkauf freiwerdender Arztpraxen in Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad ab 200 Prozent durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gesetzlich zu verankern. Jedoch

hat der Sachverständigenrat die Gruppe der Psychotherapeuten davon ausdrücklich ausgenommen, da diese Berufsgruppe besonderer Beachtung bedarf.
Die geplante „Soll“-Regelung würde laut einer Berechnung der Bundespsychotherapeutenkammer zu einem Abbau von rund einem Drittel aller Praxen führen. Die Folgen, die daraus resultierten, wären noch längere Wartezeiten für die Patient/innen auf einen Therapieplatz und viele unbehandelte psychische Erkrankungen. Die Krankheitsverläufe können sich verschlimmern und/oder verlängern. Stationäre Behandlungen und andauernde Erwerbsminderungen können die Folge sein.
Der Paritätische steht dem Vorhaben insgesamt kritisch gegenüber und lehnt diese gesetzliche Neuregelung ab. Mindestens sind jedoch die Vertragspsychotherapeuten von der geplanten Regelung auszunehmen.

§ 116a – Ambulante Versorgung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung

Hat ein Landesausschuss eine ärztliche Unterversorgung festgestellt bzw. ist ein Planungsbereich in absehbarer Zeit davon bedroht, soll die Möglichkeit geschaffen werden, zugelassene Krankenhäuser auf deren Antrag zur Teilnahme an der ambulanten ärztlichen Versorgung zu ermächtigen. Aus der vorherigen „Kann“- wird eine „Muss“-Regelung.

Der Paritätische begrüßt die geplante stärkere Einbindung der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung. Auf diese Weise ist es möglich, in medizinisch unterversorgten Regionen eine Verbesserung der Versorgung für Patient/innen zu erzielen.

§ 116b – Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Mit der neuen Regelung des § 116b soll ein dauerhafter Bestandsschutz für diejenigen Krankenhäuser geschaffen werden, die bereits an der ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116b in der bis zum 31.12.2011 geltenden Fassung teilnehmen. Der Bestandsschutz soll gewährleisten, dass sich die Versorgungssituation der betroffenen Patient/innen nicht verschlechtert. Jedoch können die Länder für den Fall, dass ein Krankenhaus die Qualitätsanforderung nach § 116b der alten Fassung nicht mehr erfüllt, die entsprechende Bestimmung des Krankenhauses aufheben.

Der Paritätische begrüßt den geplanten, langfristigen Bestandsschutz für Krankenhäuser, die an der ambulanten Versorgung teilnehmen. Die Ambulanzen leisten einen elementaren Beitrag in der medizinischen Versorgung chronisch kranker Menschen (z. B. bei Krebs-, Rheumaerkrankungen).

§ 119 – Medizinische Behandlungszentren

Mit der neuen Regelung soll die medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderungen verbessert werden. Es wird eine Regelung zur Ermächtigung von medizinischen Behandlungszentren zur ambulanten Behandlung für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, geschaffen. Bei der Zulassung wird den Zulassungsausschüssen kein Ermessen übertragen. Die Ermächtigung soll erteilt werden soweit und solange sie notwendig ist.

Der Paritätische begrüßt diese geplante Neuregelung. Die Einrichtung medizinischer Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung wird von vielen Mitgliederorganisationen gefordert.

§ 119b – Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

Der Evaluierungszeitraum für die Bewertung des Versorgungsgeschehens auf der Grundlage der Kooperationsverträge nach § 119b soll um ein Jahr verlängert werden. Die Datenübermittlung zur Durchführung der Evaluation soll nun gesetzlich geregelt werden. Die Daten sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Kranken- und Pflegekassen jeweils über die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie den Spitzenverband Bund der Pflegekassen an das Institut des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 3b SGB V zu übermitteln. Mit dem neuen Absatz 3 Satz 2 soll sichergestellt werden, dass die für die Evaluation der ärztlichen Versorgungssituation in Pflegeeinrichtungen benötigten Daten verfügbar sind.

Die Vereinbarungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und des Spitzenverbands der Krankenkassen zu den Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen traten erst verspätet in Kraft. Entsprechend verzögert hat sich auch die Erstellung der Musterverträge der Kassenärztlichen Vereinigungen. Der Mustervertrag der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung lag ab April vor. Im zahnärztlichen Bereich kam es daher auch schon zu einer nennenswerten Anzahl von Vertragsabschlüssen zwischen Zahnärzten und stationären Pflegeeinrichtungen. Der Mustervertrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung lag erst zum September 2014 vor, sodass im vertragsärztlichen Bereich noch kaum Vertragsabschlüsse zu verzeichnen sind. Vor diesem Hintergrund hätte eine Evaluation zum 31. August 2015 wenig Sinn gemacht. Es ist sachgerecht, die Evaluationsfrist um ein Jahr zu verlängern und wird vom Paritätischen begrüßt.
Die Gewährung von Vergütungszuschlägen für Vertragsärzte, die einen Kooperationsvertrag mit einer stationären Pflegeeinrichtung nach § 119b SGB V schließen, stellt nach § 87a Absatz 2 Satz 3 lediglich eine „Kann“-Regelung dar. Um solche Vertragsabschlüsse attraktiv zu machen, bedarf es geeigneter

Anreizstrukturen. Daher sollten die Krankenkassen zur Gewährung eines Vergütungszuschlags analog zum Vergütungszuschlag in der vertragszahnärztlichen Versorgung nach § 87 Absatz 2j SGB V verpflichtet werden. Auch Pflegeeinrichtungen müssen eine Vergütung für den jeweiligen anfallenden Mehraufwand der ärztlichen Versorgung bekommen.

Der Paritätische Gesamtverband kritisiert in diesem Zusammenhang, dass der Wortlaut des Gesetzestextes den Auftrag zur Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung nicht eindeutig den Kassenärztlichen Vereinigungen zuweist. Auch wenn § 119b Absatz 1 Satz 1 eine „Kann"-Regelung darstellt, wird es den stationären Pflegeeinrichtungen grundsätzlich aufgegeben, Verträge mit Vertragsärzten und Vertragszahnärzten zu schließen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen dann bei nicht erfolgenden Vertragsabschlüssen nur auf Antrag der Pflegeeinrichtung tätig werden und Verträge vermitteln. Schließlich soll die stationäre Pflegeeinrichtung in einer dritten Stufe zur Anstellung eines Heimarztes ermächtigt werden, wenn Verträge innerhalb von sechs Monaten nach Zugang des Antrags noch nicht vermittelt wurden. Im Gesetzestext steht zwar in § 119b Absatz 1 Satz 1 SGB V, dass diese Regelungen den Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 SGB V nicht berühren. Dennoch fordert der Paritätische den Gesetzgeber auf, die Initiative zur Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung eindeutig den Kassenärztlichen Vereinigungen zuzuweisen.

Der Paritätische Gesamtverband setzt sich dafür ein, dass § 119b Absatz 1 wie folgt formuliert wird:

„Vertragsärztliche Leistungserbringer können mit stationären Pflegeeinrichtungen Kooperationsverträge abschließen. Die Kassenärztliche Vereinigung hat zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in einer stationären Pflegeeinrichtung Verträge nach Satz 1 zu vermitteln. § 75 Absatz 1 gilt entsprechend."

Die Ermächtigung der Pflegeeinrichtung zur Anstellung eines Heimarztes im Falle des Nichtzustandekommens eines Vertragsabschlusses entfällt. § 119b Absatz 1 Sätze 3 und 4 sind daher zu streichen. Die „Kann"-Regelung des Vergütungszuschlags nach § 87a Absatz 2 Satz 3 ist in eine „Muss"-Regelung umzuwandeln.

§ 132 – Versorgung mit Haushaltshilfe

Es soll eine Regelung zur Schiedsstellenmöglichkeit von Vereinbarungen über Dienstleistungen zur Versorgung mit einer Haushaltshilfe geschaffen werden. Die Einführung einer Schiedsstelle wurde immer wieder seitens des Paritätischen gefordert. Die Regelung wird deshalb ausdrücklich begrüßt.

§ 132b – Versorgung mit Soziotherapie

Der § 132b regelt, dass die Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37a Absatz 2 mit geeigneten Personen oder Einrichtungen Verträge über die Versorgung mit Soziotherapie schließen können, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist.

Der Paritätische Gesamtverband setzt sich für eine auskömmliche Vergütung der Soziotherapie ein und schlägt daher folgende Erweiterung des § 132b in Anlehnung an §132a (Versorgung mit häuslicher Krankenpflege) vor:

<u>§132b Absatz 2</u>: „Über die Einzelheiten der Versorgung mit Soziotherapie, über die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern. Wird die Fortbildung nicht nachgewiesen, sind Vergütungsabschläge vorzusehen. Dem Leistungserbringer ist eine Frist zu setzen, innerhalb derer er die Fortbildung nachholen kann. Erbringt der Leistungserbringer in diesem Zeitraum die Fortbildung nicht, ist der Vertrag zu kündigen. Die Krankenkassen haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirtschaftlich und preisgünstig erbracht werden. In den Verträgen ist zu regeln, dass im Falle von Nichteinigung eine von den Parteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt festlegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihrer Vielfalt, insbesondere der Bedeutung der freien Wohlfahrtspflege, Rechnung zu tragen.“

137f – Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

Bisher wurden strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) für die Behandlung von Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Brustkrebs, koronare Herzkrankheit und chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen angeboten. Dieses Angebot soll mit der neuen Regelung um bestimmte Krankheiten erweitert werden. Es wird gesetzlich vorgegeben, dass der G-BA insbesondere für die Behandlung von Rückleiden und Depressionen bis zum 31.12.2016 entsprechende Regelungen zu treffen hat.

Der Paritätische Gesamtverband begrüßt die geplante Weiterentwicklung von Disease-Management-Programmen bei chronischen Krankheiten und plädiert dafür weitere Krankheiten wie beispielsweise Demenz und rheumatoide Arthritis in die Behandlungsprogramme aufzunehmen.

§ 139 Hilfsmittelverzeichnis, Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln

Geltende Normen von Therapiegeräteherstellern sind in der Vergangenheit häufig nicht oder nur teilweise eingehalten worden. Der Paritätische Gesamtverband plädiert dafür folgenden Nachsatz im § 139, Abs. 2, Satz 2 einzufügen: „Normen sind einzuhalten."

§ 140a – Besondere Versorgung

Für die Behandlung von psychischen Erkrankungen wird die Möglichkeit der integrierten Versorgung bisher nur in geringem Umfang genutzt. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Zahl der Menschen mit psychischen Erkrankungen stetig ansteigt, fordert der Paritätische, Anschubfinanzierungen für die integrierte Versorgung für psychisch kranke Menschen, um das bisher unzureichende Angebot ausbauen zu können. Des Weiteren sind auch die Träger der Sozialpsychiatrie als Vertragspartner im Absatz 3 aufzunehmen.
Als besonders problematisch sieht der Paritätische, dass beispielsweise Arznei- und Medizinproduktehersteller oder andere primär gewinnwirtschaftlich orientierte Unternehmen Träger von medizinischen Angeboten, wie der integrierten Versorgung oder anderer ambulanter ärztlicher und nichtärztlicher Leistungen sein können. Aus Sicht des Paritätischen besteht ein erheblicher Interessenkonflikt, wenn beispielsweise ein Pharmaunternehmen, das Antidepressiva herstellt, gleichzeitig Arbeitgeber eines Psychiaters im Rahmen der integrierten Versorgung ist. Der Paritätische fordert, dass Krankenkassen zukünftig keine Verträge mehr mit Pharmaunternehmen oder anderen primär wirtschaftlich orientierten Unternehmen abschließen dürfen. Der entsprechende Punkt 5 im Absatz 3 muss aus dem § 140a gestrichen werden.

Der Paritätische Gesamtverband spricht sich weiterhin dafür aus, dass Vertragsabschlüsse zukünftig verbindlich an die Krankenkassen gemeldet werden und Informationen über an der Versorgung beteiligte Institutionen enthalten. Diese Informationen müssen für Patient/innen öffentlich und leicht zugänglich sein. Dazu zählt auch, dass Zahlen zu tatsächlich versorgten Menschen in der integrierten Versorgung erhoben werden und eine bundesweite Berichterstattung etabliert bzw. rechtlich verankert wird. Begrüßt wird hingegen die Klarstellung in § 140a Absatz 2 S. 2, dass Gegenstand der besonderen Versorgung auch Satzungsleistungen i. S. von § 11 Absatz 6 SGB V sein können.

§ 279 – Verwaltungsrat und Geschäftsführer

Durch die Änderung des § 279 soll die Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes der gesetzlichen Krankenkassen (MDK) verbessert werden.

Der Paritätische begrüßt die Einbindung der verschiedenen Betroffenen-organisationen sowie der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe in den

Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes der GKV. Eine Unabhängigkeit wird hierdurch jedoch nicht hergestellt, da der Interessenkonflikt der Mitarbeitenden des MDK weiterhin besteht. Eine Begutachtung und Erhebung der Bedarfe im Falle von Krankheit und/oder Pflegebedürftigkeit kann nicht unabhängig erfolgen, solange der Kostenträger ebendieser Leistungen der eigene Arbeitgeber ist.

Artikel 9 – Änderung des Krankenpflegegesetzes

§ 4- Dauer und Struktur der Ausbildung

Absatz 7: Der G-BA kann für die Tätigkeiten, die er in der Richtlinie nach § 63 Absatz 3c des SGB V festgelegt hat, standardisierte Module für die zusätzliche Ausbildung entwickeln, die vom Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend auch ohne Vorliegen eines vereinbarten Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c des SGB V genehmigt werden können.
Der Paritätische Gesamtverband begrüßt diese Regelungen, da sie für die Modellversuche bundeseinheitliche Voraussetzungen der Qualifizierung schaffen und den komplexen Vorbereitungs- und Entwicklungsprozess von Modellversuchen vereinfachen. Angesichts der Erfahrungen aus der Entwicklung der Richtlinie zu § 63 Absatz 3c SGB V beim G-BA empfiehlt der Paritätische die Festlegung einer Frist, binnen derer die Module entwickelt werden müssen oder – alternativ – binnen derer die Entscheidung über die Entwicklung der genannten Module getroffen werden muss.

Absatz 8: Mit dieser Neuregelung wird klargestellt, dass auch Pflegefachpersonen für Modellvorhaben qualifiziert werden, die über eine abgeschlossene Ausbildung zum/zur Gesundheits- und Krankenpfleger/in bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in verfügen. Der Paritätische begrüßt diese Regelung, da dadurch auch praxiserfahrenem Pflegefachpersonal ermöglicht wird, die Zusatzqualifikation nach § 63 Absatz 3c SGB V zu erwerben.

Berlin, 16.03.2015

Kontakt:
Der Paritätische Gesamtverband
Oranienburger Straße 13-14
10178 Berlin
E-Mail: gesundheit@paritaet.org, Tel.: 030/ 24636-334
www.der-paritaetische.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0091(19)
gel. VB zur öAnhörung am 25.03.15_GKV-VSG
20.03.2015

Deutscher Pflegerat e.V.
Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen

Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) vom 25.02.2015

Der Gesetzentwurf greift zahlreiche Themenbereiche auf, deren Weiterentwicklung zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung beiträgt: Die Gestaltung eines fließenderen Übergangs zwischen ambulantem und stationärem Sektor durch Verbesserung des Krankenhaus-Entlassmanagements, die bessere Berücksichtigung der Bedürfnisse von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, die Entwicklung weiterer strukturierter Behandlungsprogramme für chronisch Kranke, Maßnahmen zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit Hebammenleistungen, die Förderung innovativer Versorgungsformen oder die zusätzlichen zahnmedizinischen Präventionsleistungen pflegebedürftiger und behinderter Menschen.

Der Entwurf enthält Neuregelungen, die der DPR begrüßt. Bei anderen Gesetzesänderungen sieht er jedoch Ergänzungs- oder Änderungsbedarf:

Geplante Gesetzesänderungen bei der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf qualifizierte Pflegefachpersonen

Da seit sieben Jahren keine Modellvorhaben nach 63 3c SGB V initiiert wurden (gleiches gilt für Modelle nach § 63 3b SGB V), wäre aus Sicht des DPR zu prüfen, ob unter Verzicht auf Modellvorhaben, die regelhafte Übertragung der identifizierten Tätigkeiten auf Angehörige der Heilberufe aus der Pflege im Leistungsrecht ermöglicht werden kann.

Angestrebte Neuregelung Nummer 22

Die Aufhebung des Absatz 5 Satz 1 in § 63 SGB V sieht vor, auf Regelungen von Einzelheiten der Modellvorhaben in der Satzung zu verzichten.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt diese Regelung, weil sie die Umsetzung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen mit entsprechender Qualifikation nach § 63 (3c) SGB V erleichtert. Da die Kassen keine Satzungsänderung vorzunehmen haben, über die sie ihre Mitglieder informieren müssen, verbunden mit einem Sonderkündigungsrecht, reduziert sich der Aufwand deutlich.

Angestrebte Neuregelung, Artikel 9 (Änderung des Krankenpflegegesetzes), Nummer 1 (§ 4 Absatz 7), Buchstabe a

Die Ausbildung nach dem Krankenpflegegesetz, die den Erwerb zusätzlicher Kompetenzen beinhaltet, die zur Durchführung heilkundlicher Aufgaben berechtigen, soll auch an Hochschulen abgeleistet werden können.

Stellungnahme

Die Neuregelung stellt klar, dass die Hochschule auch ein Ort ist, an dem die zusätzlichen Kompetenzen zur Durchführung heilkundlicher Aufgaben erworben werden können. Der DPR begrüßt diese Regelung, weil sie die akademische Qualifizierungsmöglichkeit einbezieht.

Angestrebte Neuregelung, Artikel 9 (Änderung des Krankenpflegegesetzes), Nummer 1 (§ 4 Absatz 7), Buchstabe b

Die staatliche Prüfung soll sich auch auf die erweiterten Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten erstrecken.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt diese Regelung weil sie klar stellt, dass die Ausübung heilkundlicher Aufgaben durch Pflegfachpersonen bundesrechtlichen Regelungen entspricht. Dadurch wird gewährleistet, dass die Ausübung heilkundlicher Aufgaben in neuen Feldern einheitlich geregelt ist.

Angestrebte Neuregelung, Artikel 9 (Änderung des Krankenpflegegesetzes), Nummer 1 (§ 4 Absatz 7), Buchstabe c

Der Gemeinsame Bundesausschuss kann für die Tätigkeiten, die er in der Richtlinie nach § 63 Absatz 3c des SGB V festgelegt hat, standardisierte Module für die zusätzliche Ausbildung entwickeln, die vom Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ohne ein vereinbartes Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c SGB V genehmigt werden können. Bei der Entwicklung der Ausbildungsmodule soll pflegewissenschaftli-

cher und pflegepädagogischer Sachverstand einbezogen werden. Die Bundesärztekammer und die Verbände der Pflegeberufe werden durch Stellungnahmen beteiligt.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt die Initiative der Bundesregierung die Vorbereitung von Modellen zu vereinfachen. Angesichts der Erfahrungen mit der Erarbeitung der Richtlinie für Modelle nach § 63 3c SGB V, schlägt der DPR allerdings vor, die Erarbeitung der Module zur Qualifizierung für Modellvorhaben auf die im Rahmen der Reform eines Gesetzes über den Pflegeberuf geplante Fachkommission zu übertragen. Diese ist vorgesehen zur Erarbeitung eines länderübergreifenden Rahmenlehrplans und zur Wahrnehmung der weiteren ihr in diesem Kontext zugewiesenen Aufgaben.

Sollte dies vom Gesetzgeber nicht gewünscht sein, müsste aus Sicht des DPR die im Gesetzentwurf enthaltene Regelung ergänzt werden, die eine verbindliche Frist vorgibt, bis zu der die Module durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zu erstellen sind. Wir schlagen eine Frist von 2 Jahren vor.

Angestrebte Neuregelung, Artikel 9, Nummer 2 (§ 4 Absatz 8)

Im neuen Absatz 8 wird klargestellt, dass auch Personen in die Modellvorhaben einbezogen werden können, die bereits über eine abgeschlossene Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege oder der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege verfügen.

Stellungnahme

Diese Regelung ermöglicht auch praxiserfahrenen Pflegefachpersonen, die Zusatzqualifikation nach § 63 Absatz 3c SGB V zu erwerben. Der DPR begrüßt diese Regelung, weil er erfahrene Pflegefachpersonen vorrangig als befähigt betrachtet, heilkundliche Aufgaben in den Modellvorhaben auszuführen.

Angestrebte Neuregelung, Artikel 10 (Änderung des Altenpflegegesetzes)

Der DPR begrüßt, dass die angestrebten Änderungen des Krankenpflegegesetzes analog auch im Altenpflegegesetz erfolgen.

Entlassmanagement

Angestrebt Neuregelung Nummer. 9, § 39

Dem neu einzufügenden Absatz 1a des § 39 zufolge, soll die Krankenhausbehandlung ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhaus-

behandlung umfassen. Pflegebedürftige haben entsprechend dieser Neuregelung einen entsprechenden Anspruch gegenüber der Pflegekasse.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt diese Regelung, weil sie zu einem fließenderen Übergang zwischen der stationären und ambulanten Versorgung beiträgt. Allerdings ist nicht erkennbar, wie der Beitrag der Pflege im Kontext des Entlassmanagements abgebildet wird.

Der geplanten Neuregelung entsprechend bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und 7 die weitere Ausgestaltung des Verordnungsrechts nach Satz 5. Die weiteren Einzelheiten zu den Sätzen 1 bis 5, insbesondere zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den Krankenkassen regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft unter Berücksichtigung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bis zum 31. Dezember 2015 in einem Rahmenvertrag; § 118a Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend. Bei diesen Regelungen ist pflegerischer Sachverstand einzubeziehen. Hierzu bedarf es gesetzlicher Vorgaben.

Versorgung durch Hebammenleistungen

Angestrebte Neuregelung, Nummer 61, § 134a

§ 134a wird wie folgt geändert:

Einer Neuregelung in Absatz 5 zufolge kann ein Ersatzanspruch nach § 116 Absatz 1 SGB X wegen Schäden aufgrund von Behandlungsfehlern in der Geburtshilfe von Kranken- und Pflegekassen gegenüber freiberuflich tätigen Hebammen nicht geltend gemacht werden, es sei denn, der Schaden wurde vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt die Intention des Gesetzgebers eine langfristige Lösung des Problems der beruflichen Haftpflichtversicherung der Hebammen zu suchen. Indes befürchtet der DPR, dass die Beschränkung des Regresses der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen das Problem nicht nachhaltig lösen kann. Denn bei der derzeit geplanten Fassung vermag dieser im optimalen Falle zwar eine kurzfristigen Kostenentlastung bewirken, jedoch an den Ursachen der Kostensteigerung nichts zu verändern.

Es bleibt daher anzunehmen, dass das Grundproblem der rasant steigenden Regulierungskosten durch die neue Regelung noch immer nicht nachhaltig gelöst werden

wird, denn es ist nur ein kostentreibender Aspekt in diesem komplexen Problemfeld berücksichtigt und reguliert.

Darüber hinaus besteht durch die Bindung des Regressverzichts an den Fahrlässigkeitsgrad die Gefahr vermehrter gerichtlicher Verfahren zur Klärung des jeweils vorliegenden Verschuldengrades. Die Kosten für solche Prozesse könnten die mit der Regelung verfolgte Senkung des Aufwandes in Geburtsschadenfällen stark vermindern.

Infolgedessen ist davon auszugehen, dass das mit dem Gesetzentwurf gesetzte Ziel der Markterweiterung im Bereich der geburtshilflichen Haftpflichtversicherung nur kurzfristig vorhalten wird. Ein ergänzender Fonds zur Sicherung der gesamten freiberuflichen Hebammenarbeit sowie zur Wahrung der Patienteninteressen könnte die Situation langfristig entschärfen.

Angestrebte Neuregelung Nummer 40

§ 92a Innovationsfonds, Grundlagen der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll neue Versorgungsformen fördern. Dabei sollen insbesondere Vorhaben berücksichtigt werden, die einen sektorenübergreifenden Ansatz enthalten und auf eine Verbesserung der Versorgung oder auf eine Steigerung der Versorgungseffizienz ausgerichtet sind. Dabei sollen u.a. Versorgungsformen zu Modellen mit Delegation und Substitution von Leistungen gefördert werden. Antragsteller für eine Förderung können Krankenkassen und ihre Verbände, Vertragsärzte, zugelassene medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Kassenärztliche Vereinigungen, und Patientenorganisationen nach § 140f sein. Bei der Antragstellung ist in der Regel eine Krankenkasse zu beteiligen. Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt diese Regelungen, insbesondere die Förderung von Modellen zur Delegation und Substitution von Leistungen. Der DPR sieht darüber hinaus aber die Notwendigkeit, dass Leistungserbringer aus der Pflege wie ambulante Pflegedienste oder selbständig tätige Pflegefachpersonen mit einem Antragsrecht ausgestattet werden. Zudem soll der DPR wie die Patientenorganisationen nach § 140f mitberatend einbezogen werden. Dadurch wird gewährleistet, dass der Beitrag der Pflege bei den Initiativen zur Verbesserung der Versorgung berücksichtigt werden kann.

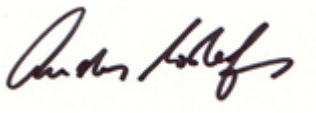
§ 92b Durchführung der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

Gemäß Absatz 5 soll ein Expertenbeirat mit wissenschaftlichem und versorgungspraktischem Sachverstand in das Förderverfahren einbezogen werden. Er ist sowohl bei der Förderung neuer Versorgungsformen als auch bei der Förderung der Versorgungsforschung einzubeziehen. Im wissenschaftlichen Bereich sollen im Expertenbeirat vor allem versorgungswissenschaftliche, klinische und methodische Expertise vertreten sein. Daneben sollen Experten aus der Versorgungspraxis praktische Aspekte in die Ausgestaltung der Förderung einbringen. Der Expertenbeirat ist bei der Erarbeitung der Förderbekanntmachungen und bei den konkreten Förderentscheidungen eng einzubinden. Hauptaufgabe des Expertenbeirats ist die Durchführung von externen Kurzbegutachtungen der Anträge auf Förderung.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt die Förderung neuer Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und Versorgungsforschung wie auch die Einrichtung eines Expertenbeirats mit wissenschaftlichem und versorgungspraktischem Sachverstand. Er bemängelt jedoch dass die Fachdisziplinen, die im Expertenbeirat vertreten sind, nicht näher bestimmt werden. Aus Sicht des DPR ist ein Expertenbeirat mit interdisziplinärer, wissenschaftlicher Fachexpertise, insbesondere auch aus der Pflegewissenschaft erforderlich, um die unterschiedlichen Perspektiven, zu berücksichtigen und Anträge entsprechend nachvollziehbarer und transparenter Kriterien zu beurteilen.

Berlin, 20. März 2015



Andreas Westerfellhaus
Präsident des Deutschen Pflegerates
Adresse:
Deutscher Pflegerat e.V. – DPR
Alt- Moabit 91
10559 Berlin
Tel.: + 49 30 / 398 77 303
Fax: + 49 30 / 398 77 304
E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de
http://www.deutscher-pflegerat.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0091(14)
gel. VB zur öAnhörung am 25.03.
15_GKV-VSG
19.03.2015

Gesundheit und Pflege

Stellungnahme der Geschäftsstelle des Deutschen Vereins zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

Die Stellungnahme (DV 6/15) wurde auf Grundlage der vom Präsidium verabschiedeten Stellungnahme zum Referentenentwurf GKV-VSG (DV 29/14) in der Geschäftsstelle erarbeitet.

Deutscher Verein
für öffentliche
und private Fürsorge e.V.

Inhalt

I. Vorbemerkung 3

II. Zu ausgewählten vorgeschlagenen Regelungen im Einzelnen 3

1. Sicherstellung der flächendeckenden und gut erreichbaren medizinischen Versorgung 3
   a) Anreize zur Niederlassung in Gebieten mit Versorgungsbedarf 3
   b) Förderung kooperativer Versorgungsformen 4
   c) § 75a SGB V-E – Stärkere Förderung der Allgemeinmedizin 5
   d) Multiprofessionelle ambulante Versorgungsnetze 5
   e) § 95 Abs. 1a SGB V-E – Gründung medizinischer Versorgungszentren durch Kommunen 6

2. Zugang zur medizinischen Versorgung 6
   a) § 75 Abs. 1a SGB V-E – Terminservicestellen 6
   b) Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie 7
   c) Entlassmanagement 7
   d) Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung 9

3. Erweiterung der Leistungsansprüche der Versicherten 10
   a) Wunsch und Wahlrecht in der medizinischen Rehabilitation 10
   b) Zusätzliche Leistungen zur zahnmedizinischen Versorgung 11
   c) Haushaltshilfen 12

I. Vorbemerkung

Der Deutsche Verein begrüßt das Ziel des Gesetzesentwurfs, eine bedarfsgerechte, flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung der Patient/innen weiter auf hohem Niveau sicherzustellen sowie die (Weiter-)Entwicklung zielgruppenspezifischer Lösungsansätze zur Versorgung chronisch kranker Menschen und Menschen mit Behinderung[1] ausdrücklich. Er betont jedoch, dass die isolierte Fokussierung auf ärztliche Leistungserbringer zur Sicherstellung der Gesundheit der Bevölkerung zu kurz gegriffen ist. Wiederholt hat er darauf hingewiesen, dass es insbesondere im ländlichen Raum eines versorgungspolitischen Gesamtkonzepts unter Einbeziehung anderer Leistungserbringer und Versorgungsbereiche bedarf.[2] Erforderlich ist ein abgestimmtes Konzept von gesundheitsförderlichen und präventiven/rehabilitativen, kurativen, pflegerischen und sozialen vernetzten Dienstleistungs- und Beratungsangeboten, verknüpft mit einer barrierefreien Bau- und Verkehrsinfrastruktur, gesicherter wohnortnaher Alltagsversorgung und entsprechender sozialer Unterstützungsinfrastruktur. Vornehmlich eine bessere Versorgung pflegebedürftiger Personen erfordert eine Koordination von (haus)ärztlichen Angeboten und Leistungsangeboten anderer sozialer Dienste, insbesondere des Pflegesektors, an einem Ort. Der Deutsche Verein fordert, insbesondere die Rolle der Pflege(berufe) und der sozialen Arbeit im Rahmen eines versorgungspolitischen Gesamtkonzepts zu stärken und hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf den haus- und fachärztlichen Bedarf zu untersuchen[3].

II. Zu ausgewählten vorgeschlagenen Regelungen im Einzelnen

1. Sicherstellung der flächendeckenden und gut erreichbaren medizinischen Versorgung

a) Anreize zur Niederlassung in Gebieten mit Versorgungsbedarf

Unter anderem durch Änderungen in § 103 SGB V-E und § 46 (Zahn-) Ärzte-ZV sollen die Anreize zur Niederlassung von Ärzt/innen und Psychotherapeut/innen in unterversorgten und strukturschwachen Gebieten sowie zum Abbau von Überversorgung weiter verbessert werden.

Der Deutsche Verein befürwortet im Grundsatz die Förderung von Maßnahmen, die es den Beteiligten vor Ort besser ermöglichen, den regionalen Erfordernissen und Gegebenheiten Rechnung zu tragen. Einheitliche Bewertungen – beispielsweise von Bundesländern mit Ballungsräumen und wiederum Bundesländern mit ländlichen Gegenden – sind daher nicht möglich; andere Bewertungskriterien müssen hier zugrunde gelegt werden. Insbesondere bewertet er es als positiv, dass im Regierungsentwurf nun im Gegensatz zum Referentenentwurf in § 103 Abs. 3a SGB V-E Ausnahmen zum Praxisaufkauf durch die Zulassungsaus-

Ihre Ansprechpartnerin
im Deutschen Verein:
Jana Henneberger.

1 Siehe dazu auch Hinweise zur Verbesserung der gesundheitlichen Teilhabe vom 18.03.2009, NDV 2009, 119-122.
2 Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Regierungsentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (E-VStG), vom 27.09.2011, NDV 2011, 491-496, 492.
3 Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Regierungsentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (E-VStG), vom 27.09.2011, NDV 2011, 491-496, 492.

schüsse der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen in überversorgten Regionen vorgesehen sind. Jedoch macht er erneut auf die Notwendigkeit aufmerksam, eine qualitativ begründete Definition von „Unterversorgung" zu entwickeln, die zusätzlich zu ärztlichen Leistungen auch die Leistungen der Pflege oder der sozialen Dienste ebenso berücksichtigt wie Aspekte der Barrierefreiheit, Sozialraumorientierung und Vernetzung[4]. Bei der Bestimmung des konkreten Versorgungsbedarfs einer Region darf nicht allein auf den medizinisch/ärztlichen Bedarf abgestellt werden. Der Deutsche Verein hält es insofern für zielführend, den Sicherstellungsauftrag in den §§ 72 ff. SGB V um die Kriterien „barrierefrei, sozialraumorientiert und vernetzt" zu erweitern. Zudem sollten wesentliche Kriterien von versorgungspolitscher Bedeutung in Auswahlprozesse und Förderbedingungen einbezogen werden.[5]

b) Förderung kooperativer Versorgungsformen

Der Gesetzentwurf sieht vor, kooperative Versorgungsformen auch künftig verstärkt zu fördern, weil sie die Versorgung verbessern und dazu beitragen, Effizienzreserven zu erschließen. Der Aspekt der kooperativen Zusammenarbeit wird in den §§ 87b Abs. 2 S. 2 (Vergütungsanpassung für Praxisnetze), 92a (Innovationsfonds), 95 Abs. 1 (Möglichkeit nicht-fachübergreifender MVZ) und Abs. 1a (MVZ durch Kommunen) SGB V-E aufgegriffen.

Wiederholt hat der Deutsche Verein betont, dass Kooperationen und Vernetzungen im Gesundheitssektor wichtige Kriterien für ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben insbesondere älterer und pflegebedürftiger Menschen sind.[6] Es existieren bereits eine Vielzahl an Modellen sowohl im ärztlichen Bereich wie beispielsweise auch im Pflegesektor. Allerdings fehlt es an Konzepten und der Weiterentwicklung berufsübergreifender Versorgungslösungen. Insbesondere die Möglichkeit zu einer vernetzten Leistungserbringung und die Erkenntnis über deren Vorteile sind häufig nicht hinreichend vorhanden. Dies gibt Anlass, sich mit den Ursachen näher auseinanderzusetzen sowie Lösungsansätze für eine verbesserte berufsübergreifende Gesundheitsversorgung zu entwickeln.

Der Deutsche Verein hält es für notwendig, neue Versorgungsformen mit insbesondere sektorübergreifendem Ansatz zu entwickeln bzw. zu befördern. Vernetzungsarbeit sollte verstärkt in den Blick genommen werden. Der Deutsche Verein hält es für zielführend, die Netzwerkarbeit bereits im Rahmen der ärztlichen Ausbildung zu berücksichtigen. Weil erfolgreiche Vernetzungsarbeit Zeit und personelle Ressourcen erfordert, hat der Deutsche Verein bereits in der Vergangenheit gefordert, die Vernetzungsarbeit für niedergelassene Ärzt/innen vergütungsrelevant auszugestalten.[7]

4 Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Regierungsentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (E-VStG), vom 27.09.2011, NDV 2011, 491-496, 491.

5 Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Regierungsentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (E-VStG), vom 27.09.2011, NDV 2011, 491-496, 491.

6 Prävention und Rehabilitation vor und bei Pflege umsetzen! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit, vom 21. Juni 2011, NDV 2011, 411-413, 411; Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Regierungsentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (E-VStG), vom 27.09.2011, NDV 2011, 491-496, 492.

7 Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Regierungsentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (E-VStG), vom 27.09.2011, NDV 2011, 491-496, 494.

c) § 75a SGB V-E – Stärkere Förderung der Allgemeinmedizin

Zur stärkeren Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin sollen die bisher in Art. 8 GKV-SolG enthaltenen Regelungen in einen neuen § 75a SGB V überführt und weiterentwickelt werden. Den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen obliegt die Pflicht, die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in den Praxen zugelassener Ärzt/innen und Ärzte sowie zugelassener medizinischer Versorgungszentren finanziell zu fördern. Klargestellt werden soll, dass die Weiterbildungsstellen den zur Verfügung gestellten Förderbetrag auf die im Krankenhaus gezahlte Vergütung anzuheben hat und der Betrag an den Weiterzubildenden auszuzahlen ist. Die Anzahl der bundesweit mindestens zu fördernden Stellen soll um 50% erhöht werden.

Der Deutsche Verein unterstützt grundsätzlich die intensivere Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin. Darüber hinaus regt er an, zur Förderung der Allgemeinmedizin im Rahmen der Ausbildung nicht nur die Möglichkeit zur Ableistung studienpraktischer Zeiten in hausärztlichen Praxen, sondern auch in bestimmten sozialen Dienstleistungseinrichtungen (z.B. Pflegeheimen, Einrichtungen der Behindertenhilfe oder Beratungsstellen) zu ermöglichen, um angehende Haus- und Fachärzt/innen für die Zusammenarbeit an den Schnittstellen zu sensibilisieren. Im Übrigen sollten spezielle geriatrische Kompetenzen und Erfahrungen bei allen Ärzt/innen im ambulanten und stationären Bereich stärker verankert werden. Auch die besonderen Bedarfe behinderter Menschen sollten Bestandteil der ärztlichen Ausbildung sein.[8]

d) Multiprofessionelle ambulante Versorgungsnetze

Der Gesetzentwurf sieht vor, den Einsatz von qualifizierten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen, die delegierte Leistungen erbringen, in der Regelversorgung auszubauen und leistungsgerecht zu vergüten, § 87 Abs. 2a, 2b, 2c SGB V-E. Eine Beschränkung der Erbringung delegationsfähiger Leistungen auf den hausärztlichen Versorgungsbereich und die Häuslichkeit der Patient/innen wird künftig nicht mehr vorgesehen.

Nach Auffassung des Deutschen Vereins ist die Entwicklung neuer Konzepte zur Gewährleistung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung in Deutschland unerlässlich. Das Instrument der Delegation wird bereits in vielen Bereichen im stationären, aber auch ambulanten Sektor, erfolgreich praktiziert. Aus versorgungspolitischer Sicht hält der Deutsche Verein die Delegation von Kompetenzen daher für einen Schritt in die richtige Richtung[9] und befürwortet deren weiteren Ausbau.

Gemäß § 63 Abs. 3c, Abs. 1 SGB V sind Modellvorhaben für die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegeberufe möglich. Bisher ist von der Möglichkeit noch kein Gebrauch gemacht worden. Daher sieht der Gesetzentwurf eine Anpassung der berufsrechtlichen Regelungen sowie eine Vereinfachung des Verfahrens zur Durchführung von Modellverfahren vor. Der Deutsche Verein befürwortet den Abbau von Hürden zur Umsetzung von Modellvorhaben nach § 63

8 Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Regierungsentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (E-VStG), vom 27.09.2011, NDV 2011, 491-496, 496.

9 Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Regierungsentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (E-VStG), vom 27.09.2011, NDV 2011, 491-496, 494.

Abs. 3c SGB V. Angehörigen bestehender Pflegefachberufe sollte die Möglichkeit eröffnet werden, sich insofern zu qualifizieren bzw. spezialisieren. Dennoch warnt der Deutsche Verein davor, dass bereits auf Grund des Charakters von Modellvorhaben in der Praxis Umsetzungsbemühungen verhalten bleiben könnten. Da die Nachhaltigkeit nicht gesichert ist, ist aus Sicht des Deutschen Vereins zu erwarten, dass sowohl die Unsicherheiten bezüglich der Finanzierung, insbesondere aber auch die zeitliche wie tatsächliche Mühe der Entwicklung und Durchführung neuer Ausbildungsgänge mit unklarer Zukunftsfähigkeit stark hemmend wirken könnten. Darüber hinaus kritisiert der Deutsche Verein, dass der Gemeinsame Bundesausschuss – wenngleich unter Hinzuziehung pflegewissenschaftlicher und -pädagogischer Expertise – die Erarbeitung der standardisierten Ausbildungsmodule verantworten soll, denn die für die Pflege maßgeblichen Verbände und Institutionen sind in diesem Gremium nicht stimmberechtigt. Der Deutsche Verein hält es für zielführend, ein Fachgremium mit der Curricularentwicklung zu beauftragen.

Darüber hinaus muss nach Ansicht des Deutschen Vereins die Idee einer Neuordnung der Kompetenzen insgesamt ins Auge gefasst werden.[10] Dabei ist der Blick aus der ärztlichen Perspektive zu vermeiden, der sich in dem Begriff der Substitution ausdrückt, und es muss vielmehr unabhängig von den derzeit gesetzlich geregelten Kompetenzen nach den für die jeweilige Tätigkeit erforderlichen Kompetenzen gefragt werden.

e) § 95 Abs. 1a SGB V-E – Gründung medizinischer Versorgungszentren durch Kommunen

Der Deutsche Verein begrüßt die im Gesetzentwurf vorgesehene Möglichkeit zur Gründung medizinischer Versorgungszentren durch Kommunen und deren damit verbundene stärkere Einflussnahme auf die Gestaltung der medizinischen Versorgungsstruktur vor Ort. Allerdings dürfen Kommunen nicht zum Ausfallbürgen einer unzureichenden Sicherstellung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen werden.

2. Zugang zur medizinischen Versorgung

a) § 75 Abs. 1a SGB V-E – Terminservicestellen

Der Gesetzesentwurf sieht eine Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Einrichtung von Terminservicestellen vor, um so die Situation der Versicherten im konkreten Versorgungsalltag hinsichtlich der zeitnahen Erlangung eines Facharzttermins zu verbessern.

Ob diese Terminservicestellen tatsächlich zur Verkürzung von Wartezeiten beitragen können oder sich als zusätzliches bürokratisch-organisatorisches Hemmnis erweisen werden, bleibt in der Umsetzung abzuwarten.

Der Deutsche Verein begrüßt, dass konkrete Fristen zur Vermittlung eines Facharzttermins im Gesetzentwurf (§ 75 Abs. 1a Sätze 3 und 4 SGB V-E) benannt werden und anderenfalls ein ambulanter Termin in einem zugelassenen Kran-

10 Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Regierungsentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (E-VStG), vom 27.09.2011, NDV 2011, 491-496, 494.

kenhaus anzubieten ist. Kritisch bewertet er, dass wesentliche Konkretisierungen auf die Ebene der Selbstverwaltung durch Regelung im Bundesmantelvertrag verschoben werden sollen (§ 75 Abs. 1a Satz 8 SGB V-E) und lediglich in der Gesetzesbegründung darauf eingegangen wird, dass der Aspekt der Dringlichkeit des Termins im Einzelfall Berücksichtigung finden soll.

Wichtig erscheint dem Deutschen Verein, dass in der Gesetzesbegründung (S. 110 f.) ausdrücklich darauf hingewiesen wird, dass die Versicherten zwar keinen Anspruch auf Vermittlung zu einer/einem bestimmten Ärztin/Arzt haben, der Grundsatz der freien Arztwahl jedoch unberührt bleibe, da Versicherte auch weiterhin ungebunden an den Vorschlag der Terminservicestellen die Möglichkeit haben müssen, ihren „Wunscharzt" aufzusuchen.

b) Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie

Der Deutsche Verein begrüßt die in § 92 Abs. 6a SGB V-E enthaltene Beauftragung des Gemeinsamen Bundesausschuss, seine Psychotherapie-Richtlinie bis zum 30.06.2016 zu überarbeiten Insbesondere sieht er in der Einrichtung psychotherapeutischer Sprechstunden einen Schritt in die richtige Richtung, um das Ziel der Verkürzung von Wartezeiten und die Gewährleistung eines niedrigschwelligen, flexiblen und gut erreichbaren Zugangs eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung zu erreichen. Darüber hinaus wäre eine Verbesserung des Angebotes von Psychotherapie für Menschen mit insbesondere geistiger Behinderung erforderlich: Trotz eines Bedarfes bei hoher Prävalenz psychischer Erkrankungen findet dieser Personenkreis in der Versorgung keine Berücksichtigung.

Neben einem zeitnahen, einfachen Zugang hält der Deutsche Verein aber auch eine differenzierte Versorgung für dringend erforderlich. Allein die Förderung von Gruppentherapien reicht hierfür nicht aus. Der Deutsche Verein empfiehlt vielmehr multiprofessionelle ambulante Versorgungsnetze und insbesondere das Versorgungsangebot der ambulanten Soziotherapie (§ 37a SGB V) zu stärken. Diese unterstützt die Menschen mit schweren psychischen Störungen darin, psychotherapeutische Behandlung in Anspruch zu nehmen und das Wiederauftreten von Erkrankungen (Rezidiv) mit der Folge einer stationären Krankenhausbehandlung zu verhindern. Hierzu sollten die derzeit hohen Anforderungen an die zuzulassenden Leistungserbringer und an die Verordnung dieser Leistung so angepasst werden, dass Hemmnisse für eine bedarfsgerechte Versorgung reduziert werden[11].

c) Entlassmanagement

Der Deutsche Verein begrüßt die vorgesehene Verbesserung des Krankenhaus-Entlassmangements durch eine Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Sektor und die lückenlose Versorgung der Versicherten beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung. Der Deutsche Verein hat bereits in seiner Stellungnahme zum Regierungsentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom

11 Empfehlung des Deutschen Vereins vom 18.06.2014 für eine Kooperation sozialer und gesundheitsbezogener Hilfen – Zugänge zu gesundheitlichen Hilfen für wohnungslose Menschen verbessern, NDV 2014, S. 337-345, 342.

12. September 2011[12] trotz des damals geplanten Gesetzes weiterhin bestehen bleibenden Leistungslücken beklagt, die einer befriedigenden Regelung des Entlassmanagements im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung entgegenstehen.

Im Rahmen der neuen Regelungen überzeugt insbesondere, dass die Krankenkassen stärker als bisher in den Prozess des Entlassmanagements einbezogen werden und die Versicherten gegen die Krankenkasse einen unmittelbaren Rechtsanspruch auf ergänzende Unterstützung des Entlassmanagements erhalten (§ 39 Abs. 1a S. 3 SGB V-E) sowie die geplante Regelung, nach der es Krankenhäuser ermöglicht werden soll, im Anschluss an die Krankenhausbehandlung Leistungen zu verordnen. Zudem hält der Deutsche Verein es für zielführend, wenn das Krankenhaus nicht nur mit Leistungsträgern nach § 95 Abs. 1 S. 1 SGB V, sondern auch mit den nach § 72 SGB XI zugelassenen Pflegeeinrichtungen Vereinbarungen treffen soll. Neben einem schnelleren Zugang zur medizinischen, sektorenübergreifenden Versorgung erhofft sich der Deutsche Verein dadurch eine bessere Organisation des Entlassmanagements und in der Folge einen reduzierten eigenen Organisationsaufwand der Versicherten und deren Angehöriger. Dazu würde ferner eine Regelung beitragen, nach der die nun stärker einbezogenen Krankenkassen die Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege sowie die Erstverordnung von Heil- und Hilfsmitteln aus dem Krankenhaus gleich im Rahmen des Entlassmanagements genehmigen sollen.

Über die geplanten Verbesserungen hinaus würde der Deutsche Verein es jedoch begrüßen, wenn auch qualitative Anforderungen an ein Entlassmanagement gesetzlich konkretisiert würden. Hier verweist der Deutsche Verein auf seine o.g. Stellungnahme und die darin enthaltenden Forderung an die Ausgestaltung der qualitativen Anforderungen:

- Auch wenn der vorliegende Entwurf eine Anwendbarkeit von § 11 Abs. 4 S. 4 SGB V vorsieht, nach dem die Pflegeeinrichtungen in das Versorgungsmanagement einzubeziehen sind, sind darüber hinaus auch die jeweils zuständigen Beratungs- und Koordinierungsstellen (Krankenhaussozialdienst, Pflegestützpunkte etc.) verpflichtend in ein Überleitungsmanagement zu involvieren (im Krankenhaus z.B. durch Teilnahme an Fallkonferenzen).
- Dabei ist verbindlich zu klären, wer zu welchem Zeitpunkt den Prozess der Überleitung übergreifend koordiniert und wie die Koordinationsverantwortung übergeben wird (z.B. während des Aufenthalts im Krankenhaus: dortiger Sozialdienst [wenn möglich drei Tage vor Entlassung]: Kontaktaufnahme mit jeweiligem Pflegestützpunkt, ambulanter oder stationärer Pflegeeinrichtung oder Hausarzt/Hausärztin; nach Rückkehr in die Häuslichkeit: Pflegestützpunkt, ambulanter Pflegedienst und Hausarzt/Hausärztin). Der Gesetzentwurf sieht dagegen lediglich eine durch Krankenkasse und Krankenhaus gemeinsame Organisation des für die Umsetzung des Entlassplans erforderliche Versorgung vor; die nähere Ausgestaltung dieses Prozesses bleibt offen bzw. Rahmenvereinbarungen auf Bundesebene und dreiseitigen Vereinbarungen auf Landesebene überlassen

12 Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Regierungsentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (E-VStG), vom 27.09.2011, NDV 2011, 491-496, 495f.

- Für die beteiligten Leistungserbringer ist eine Vergütung dieser Leistungen vorzusehen.

Zudem empfiehlt der Deutsche Verein den Krankenhäusern, sich an dem nationalen Expertenstandard „Entlassungsmanagement" des DNQP zu orientieren.[13]

d) Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung

Es wird ausdrücklich begrüßt, dass mit medizinischen Behandlungszentren die Versorgung von Erwachsenen mit Beeinträchtigungen auch im Anschluss an eine Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) nach § 119 Abs. 1 SGB V ermöglicht wird und auch so der Infrastrukturverantwortung nachgekommen wird. Wie der Deutsche Verein auch schon in seinen Hinweisen zur Verbesserung der gesundheitlichen Teilhabe aus dem Jahr 2009[14] gefordert hat, ist zur Sicherstellung einer effektiven und bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung eine niedrigschwellige, interdisziplinäre und zielgruppenspezifische Ausrichtung von Behandlungszentren als Ergänzung zum Regelsystem anzustreben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Zusatzkosten, die aufgrund einer Behinderung bei Behandlungen entstehen, der zu behandelnden Person nicht angelastet werden. Zudem darf der flankierende Leistungsanspruch für die Versorgung in medizinischen Behandlungszentren von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen eine Versorgung in haus- und fachärztlichen wohnortnahen Praxen im Sinne einer inklusiven Weiterentwicklung der ärztlichen Versorgung nicht ausschließen und schon gar nicht diese ersetzen.

Der Deutsche Verein nimmt erfreut zur Kenntnis, dass mit der Schaffung dieser Regelung der Erfüllung der völkerrechtlichen Verpflichtung aus Art. 25 UN-BRK weiter nachgekommen werden soll, wonach die Vertragsstaaten u.a. verpflichtet sind, Gesundheitsleistungen anzubieten, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden (lit. b). Wie in der Begründung angeführt, ist dabei unbedingt eine zielgruppenspezifische Kommunikation durch geeignete Kommunikationsstrategien (einfache Sprache, Bilder, Kommunikationshilfen, Assistenz etc.) sicherzustellen.

Entsprechend der staatlichen Verpflichtung aus Art. 25 lit. d UN-BRK ist dafür Sorge zu tragen, dass die geplanten medizinischen Behandlungszentren so gemeindenah wie möglich, auch in ländlichen Gebieten, entstehen.

Zudem muss gewährleistet werden, dass alle (erwachsenen) Menschen mit Beeinträchtigungen, deren Bedarf durch den Auftrag solcher Zentren abgedeckt werden kann, Zugang zu den geplanten Behandlungszentren erhalten, auch ohne eine vorherige Versorgung im SPZ, wie die Formulierung innerhalb der Begründung zu Abs. 1 nahelegen könnte. Es dürfte im Einzelfall auch einiges Definitionsaufwandes und praktischen Feststellungsaufwandes benötigen, z.B. Mehrfachbeeinträchtigungen von einfachen Beeinträchtigungen und seelischen von geistigen Beeinträchtigungen zu trennen. Daher ist der Personenkreis „Erwachsene mit Beeinträchtigungen" zu benennen. Dies entspricht auch dem

13 Vgl. Prävention und Rehabilitation vor und bei Pflege umsetzen! – Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit, vom 21.06.2011, NDV 2011, 411-413.

14 Hinweise zur Verbesserung der gesundheitlichen Teilhabe vom 18.03.2009, NDV 2009, 119-122, 120f.

Ansatz der UN-BRK, die eine Diskriminierung aufgrund einer Behinderung (Art. 5, 25 BRK) verbietet und insbesondere allen Menschen mit Behinderungen – mit körperlichen, geistigen, seelischen oder Sinnesbeeinträchtigungen (vgl. Art. 1 Abs. 2 BRK) – die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zusichert, insbesondere den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung. Mit der Formulierung ist auch keine Leistungsausweitung verbunden, da der Auftrag der speziellen medizinischen Behandlungszentren nicht verändert wird.

Die Formulierung „wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung" in § 119c Abs. 2 S. 1 SGB V-E erinnert stark an die Formulierung in § 119 Abs. 2 S. 1 SGB V, wonach „wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder drohenden Krankheit" gefördert wird. Behinderung ist jedoch nicht mit Krankheit gleichzusetzen, sondern setzt sich zusammen aus der (gesundheitlichen) Funktionsbeeinträchtigung, die in Wechselwirkung mit verschiedenen personen- oder umweltbedingten Barrieren zu einer Behinderung führen kann (vgl. Art. 1 Abs. 2 BRK). Daher ist „Behinderung" durch „Beeinträchtigung" zu ersetzen.

Es ist nachdrücklich zu unterstützen, wenn sich die speziellen medizinischen Zentren mit anderen Stellen abstimmen und eng zusammenarbeiten (§ 119c Abs. 2 SGB V-E). Allerdings ist nicht klar, warum dies auf Dienste der Eingliederungshilfe beschränkt sein soll. Allein für die medizinische Rehabilitation nach § 6 SGB IX sind eine Vielzahl an Leistungsträgern potentiell zuständig (z.B. Rentenversicherung, Unfallversicherung, Kinder- und Jugendhilfe, Eingliederungshilfe, Träger der sozialen Entschädigung), die ebenso vielfältige Leistungserbringer nach sich ziehen können. Daher muss dem Bedarf des Berechtigten nach, personenzentriert eine Zusammenarbeit zumindest aller Rehabilitationsträger erfolgen, etwa auch in Form der in § 12 Abs. 2 SGB IX bereits vorgesehenen regionalen Arbeitsgemeinschaften.[15]

3. Erweiterung der Leistungsansprüche der Versicherten

a) Wunsch und Wahlrecht in der medizinischen Rehabilitation

Das Bundessozialgericht hat am 07.05.2013 (Az. B 1 KR 12/12 R und Az.B 1 KR 53/12 R) festgestellt, dass das Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 SGB IX zwar auch bezogen auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation Anwendung findet, das Wahlrecht aber gesetzlich begrenzt ist. Die Wahl einer teureren Einrichtung bei gleichzeitiger Mehrkostentragung kam bislang nur in Betracht, wenn es sich um eine vertragslose zertifizierte Einrichtung handelte. Bei der Wahl einer im Vergleich zu der von der Krankenkasse rechtmäßig bestimmte Vertragseinrichtung teureren Vertragseinrichtung, konnten Versicherte bislang weder eine volle noch teilweise Kostenerstattung verlangen.

Die Aufnahme des klarstellenden Verweises in § 40 Abs. 3 S. 1 SGB V-E auf das Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten nach § 9 SGB IX bei Leistungen der medizinischen Rehabilitation stellt auf Grund der gleichzeitigen Streichung der in § 40 Abs. 2 S. 2 SGB V bislang enthaltenden Beschränkung zum Wahlrecht selbst bei Mehrkostentragung („mit der kein Versorgungsver-

15 Vgl. Empfehlungen zur Weiterentwicklung des SGB IX vom 20.3.2013, NDV 2013, 246-253, 249f.

trag nach § 111 besteht") daher eine Erweiterung der bisher durch die Rechtsprechung anerkannten Leistungsansprüche der Versicherten dar.

Der Deutsche Verein hat bereits an anderer Stelle darauf hingewiesen, dass das Wunsch- und Wahlrecht in der Praxis nicht durch bloßen Verweis auf das Wirtschaftlichkeitsgebot der Leistungserbringung ausgehebelt werden darf. Dieser Tendenz wird auch durch den vorliegenden Kabinettsentwurf nicht begegnet. Eine Einschränkung der Auswahlmöglichkeiten durch das Wirtschaftlichkeitsgebot kann nur bei mehreren gleichermaßen bedarfsdeckenden und zugleich den berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprechenden Angeboten zum Tragen kommen. Der Deutsche Verein regt zudem an, das Spannungsverhältnis des Wunsch- und Wahlrechts zu den tatsächlichen Möglichkeiten insbesondere in dünn besiedelten Gebieten transparenter zu gestalten. Dazu gehört die klare Normierung der Voraussetzungen des Wunsch- und Wahlrechts. Dabei ist das Verhältnis einer nicht mit Sparsamkeit gleichzusetzenden Wirtschaftlichkeit zum Wunsch- und Wahlrecht im Lichte der Behindertenrechtskonvention klar zu regeln[16].

Um als Beitrag zur Erreichung des Selbstbestimmungsziels des SGB IX Wirkung entfalten zu können, ist zudem eine Aufklärung der Rehabilitanden über die Existenz und die Möglichkeiten ihres Wunsch- und Wahlrechts erforderlich. Erneut weißt der Deutsche Verein deshalb auf den Überprüfungsbedarf zum derzeitigen System der Beratung durch die Servicestellen hin[17].

b) Zusätzliche Leistungen zur zahnmedizinischen Versorgung

Der Deutsche Verein begrüßt, dass mit § 22a SGB V-E eine Regelung geschaffen werden soll, wonach für pflegebedürftige Menschen, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz ein Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen begründet werden soll und die Möglichkeit für den Gemeinsamen Bundesausschuss geschaffen wird, u.a. eine höhere als die bisher vorgesehene, fachlich angemessene Frequenz für bestimmte Leistungen festzulegen. Damit wird den Hinweisen entgegengewirkt, wonach eine einmal im Kalenderjahr stattfindende Behandlung, insbesondere eine Zahnsteinentfernung, dem erhöhten Risiko für die Bildung von Zahnbelägen aufgrund der besonderen Lebenssituation von dem oben genannten Versichertenkreis nicht ausreichend begegnet wird. Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen gehören zur Hochrisikogruppe für Erkrankungen im Mundraum, denn sie können häufig keine eigenverantwortliche Mundhygiene durchführen, haben Schwierigkeiten eine Praxis aufzusuchen oder haben eingeschränkte Kooperationsmöglichkeiten bei der zahnärztlichen Behandlung.

Der Deutsche Verein begrüßt zudem die Klarstellung im Regierungsentwurf, dass die Narkoseleistungen nicht durch honorarregulierende Maßnahmen begrenzt oder gemindert werden dürfen, soweit bei Menschen mit Behinderungen eine zahnärztliche Behandlung nur unter gleichzeitiger Inanspruchnahme anästhesiologischer Leistungen erfolgen kann (§ 87b Abs. 2 SGB V-E).

16 Empfehlungen des Deutschen Vereins vom 20.03.2013 zur Weiterentwicklung des SGB IX, NDV 20132013, 246-253, 250f.

17 Empfehlungen des Deutschen Vereins vom 20. März 2013 zur Weiterentwicklung des SGB IX, NDV 2013, 246-253, 248f.

c) Haushaltshilfen

Darüber hinaus schließt sich der Deutsche Verein dem Vorschlag des Bundesrats in seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf[18] an, § 38 SGB V insofern zu ergänzen, dass Versicherte auch dann Haushaltshilfen als verpflichtende Kassenleistung erhalten, wenn ihnen nach ärztlicher Bescheinigung die Weiterführung des Haushalts wegen akuter schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit nicht möglich ist, längstens jedoch für die Dauer von vier Wochen. Die Versorgungslücke, die Menschen ohne Möglichkeiten der Unterstützung in ihrem sozialen Umfeld nach einer stationären Krankenhausbehandlung entsteht, könnte damit vermieden werden.

Ebenso unterstützt der Deutsche Verein die Bitte des Bundesrats, im weiteren Gesetzgebungsverfahren ergänzend zu prüfen, ob Haushaltshilfe als Pflichtleistung von den Krankenkassen auch bei einem Hospitzaufenthalt oder bei einer chronischen Erkrankung des haushaltsführenden Elternteils gewährt werden kann und ggf. hierzu eine gesetzliche Regelung mit aufzunehmen.

18 BR Drucksache 641/14(B), 14.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. – seit über 130 Jahren das Forum des Sozialen

Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. ist das gemeinsame Forum von Kommunen und Wohlfahrtsorganisationen sowie ihrer Einrichtungen, der Bundesländer und von den Vertretern der Wissenschaft für alle Bereiche der sozialen Arbeit und der Sozialpolitik. Er begleitet und gestaltet durch seine Expertise und Erfahrung die Entwicklungen u.a. der Kinder-, Jugend- und Familienpolitik, der Sozial- und Altenhilfe, der Grundsicherungssysteme, der Pflege und Rehabilitation.

Impressum

Herausgeber:

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.
Michael Löher, Vorstand
Michaelkirchstr. 17/18
10179 Berlin
www.deutscher-verein.de
E-Mail info@deutscher-verein.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0091(1)
gel. VB zur öAnhörung am 25.03.15_GKV-VSG
17.03.2015

Stellungnahme des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin

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

(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz)

Stand 4. November 2014

Das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. (DNEbM) nimmt zu folgenden Änderungen Stellung:

- **Ziffer 29**: Innovationen in der Versorgung und die Versorgungsforschung durch die Schaffung eines dafür vorgesehenen Fonds verstärkt zu fördern (§§ 92a und 92b);
- **Artikel 16:** Die Aufgabenzuweisung zur Erstellung von sog. Health-Technology-Assessment-Berichten (HTA-Berichten) an das DIMDI aufzuheben und in Bezug auf patientenrelevante Fragestellungen auf das IQWiG zu übertragen (Änderung des Gesetzes über ein Informationssystem zur Bewertung medizinischer Technologien).

Zu § 92 b allgemein

Das DNEbM begrüßt die Intention des Referentenentwurfs zum GKV-VSG mit Hilfe eines Innovationsfonds die Versorgungsforschung zu fördern.

Ergänzungsvorschlag:
Es ist sicherzustellen, dass der einzurichtende Innovationsausschuss bei der Definition, Ausschreibung, Begutachtung, Vergabe und Evaluation von Projekten der Versorgungsforschung wissenschaftliche Kriterien angemessen berücksichtigt und unabhängige externe wissenschaftliche Begutachtungsprozesse durchführt.
Die zu erstellende Geschäfts- und Verfahrensordnung, in welcher der Innovationsausschuss seine Arbeitsweise regelt, sollte unter Beteiligung von ausgewiesenen Wissenschaftlern der Epidemiologie und klinischen Epidemiologie erfolgen und öffentlich zugänglich sein.
Bei der Definition von Projekten/Themen ist die wissenschaftliche Expertise unabdingbar. Die Durchführung der fachlichen Begutachtung der Anträge auf Förderung muss unabhängig und durch ausgewiesene Wissenschaftler erfolgen.

Begründung:
Das Gesetz muss niedrigen wissenschaftlichen Standards offensiv entgegentreten. Die Versorgungsforschung für den Bereich der GKV darf sich nicht als Nebenschauplatz der (medizinischen) Wissenschaft etablieren, für den die international anerkannten Methoden der Evidence Based Health Care[1] nicht gelten. International wird derzeit intensiv die Debatte über „increasing value – reducing waste“ in der medizinischen Wissenschaft geführt[2] (s.a. Lancet 2014; 383: 9912); Sichergestellt werden muss, dass die geförderten Projekte der Versorgungsforschung eine hohe Relevanz für die Nutzer/Patienten haben, das richtige Studiendesign gewählt wurde, die angemessenen Methoden und Analysetechniken benutzt werden und später die Berichterstattung den geforderten wissenschaftlichen Standards entspricht[3]. Aus Sicht des DNEbM besteht die Gefahr der Aufweichung wissenschaftlicher Standards insbesondere durch die Einrichtung einer Parallelstruktur. Es ist vorgesehen, eine

„zweite Geschäftsstelle“ des G-BA einzurichten, die der fachlichen Weisung des Innovationsausschusses und der dienstlichen Weisung des unparteiischen Vorsitzenden des G-BA untersteht. Ohne Einbindung einschlägiger wissenschaftlicher klinisch-epidemiologischer Expertise und unabhängiger Begutachtung würden die Prozesse zur Sicherstellung der wissenschaftlichen Qualität der Forschungsvorhaben fehlen.

§ 92 b Absatz 4 sollte um einen Passus ergänzt werden, der sicherstellt, dass für die durch den Versorgungsfonds geförderten Studien der Versorgungsforschung eine Registrierungspflicht besteht.

Ergänzungsvorschlag:
Nach Punkt 6 (Prüfung der ordnungsgemäßen Verwendung der Fördermittel und eventuelle Rückforderung der Fördermittel) wird eingefügt:
7. Erfassung bewilligter Studien in einem öffentlichen Register, das als WHO-Primär-Register anerkannt ist.

Begründung:
Zur Förderung der Qualitätssicherung und Transparenz von Studien zur Versorgungsforschung und zur Vermeidung unnötiger Projekte[4] schlägt das DNEbM eine Registrierungspflicht vor, analog zur Registrierung für klinische Studien [5]. Jedes Forschungsvorhaben, an dem Versuchspersonen beteiligt sind, ist vor der Rekrutierung der ersten Versuchsperson in einer öffentlich zugänglichen Datenbank zu registrieren (Deklaration von Helsinki, Fassung 2013[6]). Dementsprechend sind Studien zur Versorgungsforschung zu registrieren, sofern sie sich auf Patientendaten beziehen.
Vor diesem Hintergrund fordert das DNEbM – in Übereinstimmung mit anderen Akteuren[7],[8],[9] – eine obligatorische Registrierung von Studien am/mit Menschen.
Der vorstehende Textvorschlag orientiert sich am Schweizer Bundesgesetz über die Forschung am Menschen (Humanforschungsgesetz, HFG) und an seinen Ausführungsverordnungen[10].

Zu Artikel 16
Änderung des Gesetzes über ein Informationssystem zur Bewertung medizinischer Technologien

Das DNEbM teilt die durch den Wissenschaftsrat und eine unabhängige Evaluation geäußerte Kritik an der Vorgehensweise und dem Impact des bisherigen DIMDI HTA Verfahrens. Aus Sicht des DNEbM ist das im Referentenentwurf geplante Vorgehen, die Bewertung medizinischer Technologien ausschließlich beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) anzusiedeln, keine angemessene Lösung.

Änderungsvorschlag:
Es bedarf auch weiterhin einer öffentlichen Institution, die über entsprechende Kompetenz und Ausstattung verfügt, um Themen der Technologie-Bewertungen im Gesundheitsbereich (HTA) jenseits des Regelungsrahmens des SGB V durchzuführen. Über die geeignete Verortung, z.B. Bundesbehörde mit Ressortforschung, wäre zu entscheiden.

Begründung:
Das IQWIG ist qua seiner gesetzlichen Grundlage auf den vom SGB V geregelten Versorgungsbereich festgelegt. Die Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen ist Träger des IQWiG. Das Institut wird zu Fragen von grundsätzlicher Bedeutung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen als fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtung der Stiftung tätig.
Dementsprechend erfolgt die Erteilung von Aufträgen in aller Regel durch den Gemeinsamen Bundesausschuss. Relevante Themen der Gesundheit der Bevölkerung, jenseits des Aufgabenbereichs der Gesetzlichen Krankenversicherung, so etwa Public Health-orientierte Themen, werden beim IQWiG korrekterweise nicht bearbeitet.
Auch der mehrdimensionale Ansatz von HTA (Berücksichtigung von ethischen, sozikulturellen und rechtlichen Aspekten) bleibt bei der Vorgehensweise des IQWiG weitgehend unberücksichtigt.
Es erscheint nicht akzeptabel, dass die alleinige Methodenkompetenz für die Erstellung von Technologiebewertungen in Deutschland beim IQWiG angesiedelt ist. Es braucht den konstruktiven wissenschaftlichen Diskurs, der über diese Monopolisierung geschwächt wird. Es ist nicht sinnvoll, die HTA-Infrastruktur in Deutschland zu zerschlagen. Dies wäre aber die Konsequenz der vorgeschlagenen Rechtsänderungen. Anders als beim NICE in England und dem AHRQ in den USA, die sich bei ihren Aufträgen der bestehenden HTA-Einrichtungen in Großbritannien resp. den USA bedienen und dadurch Methodendiskurs fördern, praktiziert dies das IQWiG nicht. Die Folge wäre ein wenig sinnvoller Methodenmonismus im Bereich von Nutzen- und Kosten-Nutzen-Bewertungen in Deutschland. Von dieser Entwicklung wären auch andere Einrichtungen wie beispielsweise Leitliniengruppen betroffen, die derzeit von einer bestehenden universitären, interaktiven Methodenentwicklung profitieren.

Referenzen

[1] Gray JAM. Evidence-based healthcare: how to make health policy and management decisions. London: Churchill Livingstone, 1997
[2] Ioannidis JP. How to make more published research true. PLoS Med 2014; 11: e1001747
[3] Glasziou P, Altman DG, Bossuyt P, Boutron I, Clarke M, Julious S, Michie S, Moher D, Wager E. Reducing waste from incomplete or unusable reports of biomedical research. Lancet 2014; 383: 267-76
[4] Chalmers I., Bracken M.B., Djulbegovic B., Garattini S., Grant J., Gulmezoglu A.M., et al: How to increase value and reduce waste when research priorities are set. *The Lancet*, 383 (9912) , pp. 156-165, 2014
[5] Registrierung Klinischer Studien: Die prospektive Registrierung einer klinischen Studie stellt seit 2005 eine Voraussetzung für die Veröffentlichung von Ergebnissen klinischer Studien in verschiedenen Fachzeitschriften dar www.icmje.org/clin_trial.pdf. (Quellle: http://www.izks-mainz.de/51-0-Registrierung-Klinischer-Studien.html). Seit 2008 existiert das Deutsche Register Klinischer Studien (DRKS) an der Uniklinik Freiburg, welches als WHO-Primär-Register anerkannt istwww.germanctr.de und u.a. Studien zur Gesundheitssystemforschung registriert.
[6] Weltärztebund (WMA). WMA Deklaration von Helsinki - Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen (deutschsprachige Version der Fassung von Oktober 2013. Berlin, Bundesärztekammer 2014. Internet: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/DeklHelsinki2013.pdf
[7] Arbeitskreis Frauengesundheit. Petition für die nationale Registrierungspflicht klinischer Studien (eingereicht beim Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages am 1.2.2010). Internet: http://www.akf-info.de/fileadmin/aktuelles/PetitionRegistrpflichtStudien2_.pdf
[8] Korzilius H. Klinische Studien: Petition für Veröffentlichung aller Ergebnisse. Dtsch Arztebl 2013; 110(9): A-360 / B-330 / C-330. Internet: http://www.aerzteblatt.de/archiv/134991/Klinische-Studien-Petition-fuer-Veroeffentlichung-aller-Ergebnisse
[9] WHO. WHO Statement on Public Disclosure of Clinical Trial Results. Genf, WHO 2014. Internet: http://www.who.int/ictrp/results/en/
[10] Schweizerische Eidgenossenschaft, Bundesamt für Gesundheit. Verordnungsrecht zum Bundesgesetz über die Forschung am Menschen. Bern, BaG 2014. Internet: http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00701/00702/12310/

Pressemitteilung

Deutsches Netzwerk
Evidenzbasierte Medizin e.V.

Berlin, den 12.03.2015

Die Meinung der Patienten stärken, nicht die ärztliche Zweitmeinung

Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin: Die Zweitmeinung im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz zu verankern, ist ein Schritt in die falsche Richtung

Das im Februar 2013 in Kraft getretene Patientenrechtegesetz soll demnächst erweitert werden. Ein aktueller Referentenentwurf (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) sieht unter anderem vor, einen neuen §27 b in das Sozialgesetzbuch V aufzunehmen. Der Paragraph besagt, dass Patientinnen und Patienten ein Recht darauf bekommen sollen, vor bestimmten Eingriffen die Meinung einer zweiten Ärztin oder eines Arztes einzuholen. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll bestimmen, welche Eingriffe das betrifft. Gedacht hat der Gesetzgeber dabei vor allem an „mengenanfällige Eingriffe“, also an Maßnahmen, die zwar von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden, die aber in konkreten Einzelfällen verzichtbar wären und dann eher dem Wohl des Arztes als dem des Patienten dienen.

Das neue Gesetz möchte zweierlei erreichen: Zum einen sollen sich Versicherte „künftig darauf verlassen können, dass nur solche Eingriffe durchgeführt werden, die auch tatsächlich medizinisch notwendig sind“, wie es im Referentenentwurf heißt. Damit werde eine gesicherte Indikationsstellung gestützt und die Patientensouveränität gestärkt. Zum anderen erhofft sich der Gesetzgeber am Ende eine finanzielle Entlastung: „Den Mehrausgaben für das Zweitmeinungsverfahren stehen erhebliche Einsparungen durch eine Vermeidung medizinisch nicht indizierter operativer Eingriffe gegenüber.“

Das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) spricht sich nicht per se gegen eine Zweitmeinung aus. Die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung vor "mengenanfälligen, planbaren Eingriffen" ist jedoch aus Sicht der evidenzbasierten Medizin grundsätzlich zu hinterfragen. Das DNEbM schlägt daher vor, den geplanten §27 b ersatzlos zu streichen.

Das DNEbM ist der Ansicht, dass es für die Evidenzbasierung einer medizinischen Entscheidung keinen Ersatz geben kann, also auch keine Zweitmeinung. Schon die Meinung des behandelnden Arztes, sozusagen die Erstmeinung, sollte eine kompetente Beratung auf der Grundlage der besten wissenschaftlichen Evidenz sicherstellen. Dafür sollen Ärzten wie Patienten ausreichend valide Informationen über Nutzen und Risiken aller Behandlungsoptionen zur Verfügung stehen. Nach Auffassung des DNEbM muss alle Energie darauf verwendet werden, die Qualität der medizinischen Indikationsstellung und deren Entscheidungsgrundlagen, zum Beispiel eine alltagstaugliche Verfügbarkeit von Studienergebnissen, zu verbessern (siehe http://www.ebm-netzwerk.de/wer-wir-sind/vision-mission).

Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V.
Geschäftsstelle
Kuno-Fischer-Straße 8
14057 Berlin

Telefon: 030-308 336 60
Telefax: 030-308 336 62
E-Mail: kontakt@ebm-netzwerk.de

Bereits jetzt schreibt das Patientenrechtegesetz fest, dass in allen Sektoren des Gesundheitswesens Patientinnen und Patienten über alle Behandlungsoptionen sowie deren Erfolgsaussichten, Aufwand und Risiken informiert werden müssen. Eine unverzichtbare Komponente dieser Beratung ist die umfassende, ausgewogene und verständliche, interessenneutrale Information. Die Patientinnen und Patienten müssen im Sinne des Shared Decision Makings in die Entscheidungen mit eingezogen werden. Aus diesem Grund ist nach Ansicht des DNEbM die gesetzliche Verankerung der Zweitmeinung ein Schritt in die falsche Richtung.

Eine neutrale Erstmeinung ist realistischerweise jedoch nur dann zu erreichen, wenn gleichzeitig sichergestellt wird, dass die Fehlanreize für die beratenden Ärztinnen und Ärzte minimiert werden. Schon die erste Beratung darf also nicht von der Sorge der Ärzte getragen werden, „leer auszugehen“, falls sich die Patienten gegen die Behandlung entscheiden.

Das DNEbM möchte jedoch betonen, dass eine Zweitmeinung unter Umständen durchaus sinnvoll sein kann. Schließlich sind selbst bei gründlicher Prüfung der wissenschaftlichen Evidenz verschiedene Meinungen möglich, da die Interpretation klinischer Studien oft Spielraum lässt und Unsicherheiten hinsichtlich der besten Handlungsoptionen bestehen bleiben, oder sogar erst entstehen. Dennoch erscheint eine Verankerung des Rechts auf eine Zweitmeinung, wie sie der Referentenentwurf vorsieht, nicht geeignet zu sein, die Folgen der Fehlanreize im Gesundheitswesen zu kompensieren.

Ansprechpartner/in: Prof. Dr. Gabriele Meyer
Dr. Markus Follmann, MPH, MSc

Publizistische Aufbereitung: Dr. Christian Weymayr

Das **Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. (DNEbM)** setzt sich dafür ein, dass alle Bürgerinnen und Bürger eine gesundheitliche Versorgung erhalten, die auf bester wissenschaftlicher Erkenntnis und informierter Entscheidung beruht. In ihm haben sich Wissenschaftler/innen aus medizinischen, pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Fakultäten, praktizierende Ärzte/Ärztinnen und sowie Vertreter anderer Gesundheitsberufe zusammengeschlossen (www.ebm-netzwerk.de).

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0091(20)
gel. VB zur öAnhörung am 25.03.
15_GKV-VSG
20.05.2015

Deutsches Netzwerk
Versorgungsforschung e.V.

Stellungnahme des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) e.V.
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 08.12.2014
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, GKV-VSG)

vom 20.03.2015

In Ergänzung zu der DNVF-Stellungnahme zum GKV-Versorgungstärkungsgesetz vom 21.10.2014 sowie der DNVF-Stellungnahme zu Qualität, Nutzen und Transparenz der Versorgungsforschung vom 17.09.2014

Das DNVF nimmt zu den §§92a und 92b Stellung, die sich auf die Schaffung eines Innovationsfonds zur Förderung neuer Versorgungsformen und der Versorgungsforschung beziehen. Das DNVF sieht in dem Innovationsfonds ein großes Potential für die Versorgungsforschung und die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens in Richtung einer Evidence-Based Health Care und Policy. Im Hinblick auf die Anhörung des vorliegenden Gesetzentwurfes im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 25.03.2015 nimmt das DNVF e.V. Stellung zu den positiven Änderungen im Vergleich zum ersten Referentenentwurf sowie zu dem Bedarf notwendiger weiterer Änderungen.

Positive Neuregelungen im Vergleich zum ersten Referentenentwurf:

- Das DNVF begrüßt die vorgesehene Regelung, dass für neue Versorgungsformen, die gemäß §92a, Absatz 1 gefördert werden, eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Vorhaben vorausgesetzt wird, die aus den Vorhaben selbst zu finanzieren sind.
- Ebenso begrüßt das DNVF, dass das BMG gemäß Absatz 5 §92a mit der Auswertung der Fördermaßnahme beauftragt wird, so wie es in der DNVF-Stellungnahme vom 21.10.2014 gefordert wurde.
- Die in unserer Stellungnahme vom 21.10.2014 bemängelte Integration der wissenschaftlichen Perspektive und Expertise im Innovationsausschuss wurde durch die veränderte Besetzung des Innovationsausschusses in §92b, Absatz 1 und die Bildung eines Expertenbeirats nach §92, Absatz 5 aufgegriffen. Demnach sind zwei Vertreter des BMG und ein Vertreter des BMBF Mitglieder des Innovationsausschusses (Absatz 1, § 92b) und das BMG beruft einen Expertenbeirat (Absatz 5 § 92b), der den Innovationsausschuss berät. Dies sind wichtige strukturelle Änderungen, die eine begrüßenswerte Umsetzung der vom DNVF in der Stellungnahme vom 21.10.2014 geforderten Integration der wissenschaftliche Perspektive und Expertise im Entscheidungsprozess darstellt.

Dennoch besteht aus Sicht des DNVF weiterhin Bedarf, im vorliegenden Gesetzentwurf einige Anpassungen und Ergänzungen der gesetzlichen Regelungen in §§92a und 92b vorzunehmen.

Notwendige Änderungen – Zusammenfassung :
Aus Sicht des DNVF sind die bisher getroffenen gesetzlichen Regelungen nicht hinreichend, damit der Expertenbeirat in gewünschter unabhängiger Weise arbeitsfähig wird.
Weiterhin sehen wir Nachbesserungsbedarf in den gesetzlichen Regelungen, damit der Innovationsfonds den gewünschten und möglichen Wirkungsgrad entfaltet und damit die geförderten Projekte einen hohen Nutzen für die Patientinnen und Patienten haben werden.
Das DNVF fördert Qualität, Transparenz und Nachhaltigkeit der Versorgungsforschung im Allgemeinen und fordert dies auch für die durch den Innovationsfonds geförderten Projekte.
Der Innovationsausschuss muss die Berücksichtigung wissenschaftlicher Kriterien sicherstellen. Wir fordern ein öffentliches Studienregister, die Verpflichtung zur Veröffentlichung der Ergebnisse und eine Erweiterung der möglichen Antragsteller um die Fachgesellschaften und ihre Verbände. Die Verbesserung der Versorgung der chronisch Kranken und Multimorbiden sollte in diesem Gesetzentwurf in den Fokus rücken.

Notwendige Änderungen:

Wir schlagen daher folgend konkreten Änderungen der gesetzlichen Regelungen vor:

1. Vorhaben, die die Verbesserung der Versorgung von chronisch Kranker und multimorbider Patientinnen und Patienten zum Ziel haben, müssen in §92a, Absatz 1 ergänzt werden.
2. Die Arbeitsfähigkeit des Expertenbeirats, als wichtiges, unabhängiges, mit vielen Aufgaben versehenes Gremium, muss durch eine unterstützende Struktur gesichert werden. Wir schlagen die Ansiedelung einer Geschäftsstelle für den unabhängigen Expertenbeirat im BMG, finanziert durch den Innovationsfonds, unter fachlicher und dienstlicher Aufsicht des BMG, vor.
3. Mehr Transparenz über die geförderten Vorhaben und deren Ergebnisse muss durch ein verpflichtendes Studienregister sowie die Verpflichtung zur Veröffentlichung der Ergebnisse geschaffen werden.
4. Der Kreis der möglichen Antragsteller nach §92a, Absatz 2 ist um Fachgesellschaften und ihre Verbände zu ergänzen.
5. Der Innovationsausschuss muss die Berücksichtigung wissenschaftlicher unabhängiger Standards bei der Ausschreibung, Begutachtung, Vergabe und Evaluation der Projekte sicherstellen.

Darüber hinaus, möchten wir nachdrücklich darauf verweisen, dass zwischen den Förderern (BMBF, BMG, DFG, DRV, EU etc.) Abstimmungen über zukünftigen Forschungsschwerpunkten und insbesondere in Bezug auf eine Strukturförderung im Bereich der Versorgungsforschung in Deutschland notwendig sind. Die Qualität der Versorgungsforschung sowie die Transparenz und den Transfer der Ergebnisse in die Versorgungspraxis, und damit den Nutzen für die Patientinnen und Patienten, gilt es kurz-, mittel- und langfristig durch Strukturförderung zu stärken und zu sichern.

Zu 1) Vorhaben, die die Verbesserung der Versorgung von chronisch Kranken und multimorbider Patientinnen und Patienten zum Ziel haben, müssen in §92a, Absatz 1 ergänzt werden

Vor dem Hintergrund des demographischer Entwicklung und der bekannten Problematik der Versorgung chronisch Kranker und Multimorbider in den Katalog der Vorhaben, die nach Absatz 1 des §92a geförderter werden können, jene aufzunehmen, die eine Verbesserung der Versorgung dieser Personengruppen zum Ziel haben.

➔ Änderung in Absatz 1, §92a:

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss fördert neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen. Gefördert werden […]. Förderkriterien sind insbesondere:

1. Verbesserung der Versorgungsqualität und Versorgungseffizienz,
2. Behebung von Versorgungsdefiziten,
3. Optimierung der Zusammenarbeit innerhalb und zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen, Versorgungseinrichtungen und Berufsgruppen,
4. interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgungsmodelle,
5. Verbesserung der Versorgung von chronisch Kranken und mehrfach erkrankten Personen
6. Übertragbarkeit der Erkenntnisse, insbesondere auf andere Regionen oder Indikationen,
7. Verhältnismäßigkeit von Implementierungskosten und Nutzen,
8. Evaluierbarkeit.

Förderfähig sind nur diejenigen Kosten, die dem […].

Zu 2) Die Arbeitsfähigkeit des Expertenbeirats, als wichtiges, unabhängiges, mit vielen Aufgaben versehenes Gremium, muss durch eine unterstützende Struktur gesichert werden.

Wir schlagen die Ansiedelung einer Geschäftsstelle für den unabhängigen Expertenbeirat im BMG, finanziert durch den Innovationsfonds, unter fachlicher und dienstlicher Aufsicht des BMG, vor.

Im Weiteren unterstützen wir die von der AWMF in Bezug auf den Expertenbeirat geforderten Nachbesserungen (s. Stellungnahme des AWMF).

➔ §92b Absatz 6, s. auch Stellungnahme der AWMF:

(6) Der Expertenbeirat hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. Abgabe von Empfehlungen zum Inhalt der Förderbekanntmachungen auf Grundlage von Entwürfen der Geschäftsstelle nach Absatz 3,
2. Durchführung von Kurzbegutachtungen der Anträge auf Förderung,
3. Abgabe von im Expertenbeirat abgestimmten Empfehlungen zur Förderentscheidung aufgrund einer Kriterien gestützten und transparenten Prioritätensetzung.
4. Abgabe von Empfehlungen zu den Evaluationskriterien für den Innovationsfonds nach Absatz 4, §92a.

(7) Zur Vorbereitung und Umsetzung der Empfehlungen im Expertenbeirat wird eine Geschäftsstelle eingerichtet. Der personelle und sachliche Bedarf des Expertenbeirats und seiner Geschäftsstelle wird vom Innovationsausschuss bestimmt und wird aus Mitteln des Innovationsfonds finanziert.

(8) Die Geschäftsstelle nach Absatz 7 untersteht der fachlichen Weisung des Expertenbeirats und der dienstlichen Weisung des Bundesministeriums für Gesundheit. Sie unterstützt den Expertenbeirat bei seinen nach Absatz 6 obliegenden Aufgaben.

(9) Klagen bei Streitigkeiten nach dieser Vorschrift haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt."

Zu 3) Mehr Transparenz über die geförderten Vorhaben und deren Ergebnisse muss durch ein verpflichtendes Studienregister sowie die Verpflichtung zur Veröffentlichung der Ergebnisse geschaffen werden

Eine Begründung für die Forderung nach mehr Transparenz scheint zu einer Zeit, in der die Gründung eines Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen beschlossen wurde, nicht notwendig.
Vorschlag: Für Projekte, die nach Absatz 1 und 2 §92a gefördert werden, besteht die Registrierungspflicht in einem öffentlichen Studienregister. Für den Aufbau des Studienregisters sollen Mittel des Innovationsfonds verwendet werden.
Es ist zu prüfen, inwieweit das Studienregister auf eine bereits vorhandenen Datenbank (z.B. die Projektdatenbank www.versorgungsforschung-deutschland.de) aufbauen kann. Eine Abstimmung mit der DFG, dem BMG und BMBF zum gemeinsamen Aufbau eines gemeinsamen Studienregisters wäre anzustreben.
Neben der Registrierung ist die wissenschaftliche Veröffentlichung der Ergebnisse auf Fachkongressen und/oder in Journalen einzufordern.

➔ Änderung in §92a, Absatz 1:

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss fördert neue Versorgungsformen, die […] dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden. Voraussetzungen für eine Förderung sind, dass eine wissenschaftliche Begleitung, die Registrierung in einem öffentlichen Studienregister, die Auswertung der Vorhaben und Veröffentlichung der Ergebnisse erfolgt. Förderkriterien sind […]

➔ Änderung in §92a, Absatz 2:

(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss fördert Versorgungsforschung, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet ist. Antragsteller für eine Förderung von Versorgungsforschung können universitäre und nichtuniversitäre Forschungseinrichtungen, Fachgesellschaften und ihre Verbände, sowie die in Absatz 1 Satz 6 genannten Einrichtungen sein. Für Verträge, die nach den §§ 73c und 140a in der am … [einsetzen: Datum des Tages der Verkündung] geltenden Fassung geschlossen wurden, kann auf Antrag der Vertragsparteien eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung gefördert werden, wenn die Vertragsinhalte hinreichendes Potential aufweisen, in die Regelversorgung überführt zu werden. Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht. Die für Versorgungsforschung zur Verfügung stehenden Mittel können auch für Forschungsvorhaben zur Weiterentwicklung und insbesondere Evaluation der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses eingesetzt werden. Weiterhin können zur Verfügung stehende Mittel zur Finanzierung von Vorhaben verwendet werden, die der Transparenz und dem Transfer der Forschungsergebnisse in die wissenschaftliche und versorgungspraktische Landschaft dienen.

➔ Änderung in §92b, Absatz 2:

(1) Der Innovationsausschuss legt in Förderbekanntmachungen die Schwerpunkte und Kriterien für die Förderung nach § 92a Absatz 1 und 2 Satz 1 bis 4 fest. Im Rahmen der Förderbekanntmachungen ist die Verpflichtung zur Registrierung in einem öffentlichen Studienregister und zur Veröffentlichung der Ergebnisse zu verankern. Er führt auf der Grundlage der Förderbekanntmachungen Interessenbekundungsverfahren durch und entscheidet über die eingegangenen Anträge auf Förderung. Der Innovationsausschuss entscheidet auch über die Verwendung der Mittel nach § 92a Absatz 2 Satz 5. Entscheidungen des Innovationsausschusses bedürfen einer Mehrheit von sieben Stimmen. Der Innovationsausschuss beschließt eine Geschäfts- und Verfahrensordnung, in der er insbesondere seine Arbeitsweise und die Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle nach Absatz 3 sowie das Förderverfahren nach Satz 2 regelt. Die Geschäfts- und Verfahrensordnung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

➔ Änderung in §92b, Absatz 4:

(4) Die Geschäftsstelle nach Absatz 3 untersteht (…) und hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. (…)
2. (…)
3. (…)
4. (…)
5. (…)
6. Prüfung der Registrierung bewilligter Projekte in dem öffentlichen Studienregister.

Zu 4) Der Kreis der möglichen Antragsteller nach §92a, Absatz 2 ist um Fachgesellschaften und ihre Verbände zu ergänzen

Neben universitären und nichtuniversitären Forschungseinrichtungen sollten auch Fachgesellschaften und ihre Verbände Antragsteller von Forschungsvorhaben nach §92a, Absatz 2 ein.

→ Änderung in Absatz 2, §92a:

(2) […] Antragsteller für eine Förderung von Versorgungsforschung können universitäre und nichtuniversitäre Forschungseinrichtungen, Fachgesellschaften und ihre Verbände, sowie die in Absatz 1 Satz 6 genannten Einrichtungen sein. […]

Zu 5) Der Innovationsausschuss muss die Berücksichtigung wissenschaftlicher unabhängiger Standards bei der Ausschreibung, Begutachtung, Vergabe und Evaluation der Projekte der Ergebnisse sicherstellen.

Hinsichtlich der Begründung sei auf die ersten Stellungnahmen des DNVF sowie die Stellungnahmen der AWMF und des DNEbM verwiesen.

➔ Änderung in §92b, Absatz 2:

(2) Der Innovationsausschuss legt in Förderbekanntmachungen die Schwerpunkte und Kriterien für die Förderung nach § 92a Absatz 1 und 2 Satz 1 bis 4 fest. Im Rahmen der Förderbekanntmachungen sind die Verpflichtungen zur Registrierung in einem öffentlichen Studienregister sowie zur Publikation der Ergebnisse (auf Kongressen oder in Fachzeitschriften) zu verankern. Der Innovationsausschuss berücksichtigt bei der Definition, Ausschreibung, Begutachtung, Vergabe und Evaluation der durch den Innovationsfonds geförderten Projekte international anerkannte und wissenschaftlich hochwertige Kriterien. Er führt auf der Grundlage der Förderbekanntmachungen Interessenbekundungsverfahren durch und entscheidet über die eingegangenen Anträge auf Förderung. Der Innovationsausschuss entscheidet auch über die Verwendung der Mittel nach § 92a Absatz 2 Satz 5. Entscheidungen des Innovationsausschusses bedürfen einer Mehrheit von sieben Stimmen. Der Innovationsausschuss beschließt […].

➔ §92b Absatz 5, s. auch Stellungnahme der AWMF:

(5) Zur Einbringung wissenschaftlichen und versorgungspraktischen Sachverstands in die Beratungsverfahren des Innovationsausschusses wird ein unabhängiger Expertenbeirat gebildet. Mitglieder des Expertenbeirats sind Vertreter aus Wissenschaft und Versorgungspraxis. Die Zahl der Mitglieder soll zehn nicht überschreiten. Der Expertenbeirat wird vom Bundesministerium für Gesundheit berufen. Die Interessenkonflikte der Mitglieder des Expertenbeirats sind transparent zu machen und zu bewerten. Die Empfehlungen des Expertenbeirats sind vom Innovationsausschuss in seine Entscheidungen einzubeziehen.

Kontakt:

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V.
www.dnvf.de

Dr. Gisela Nellessen-Martens (Geschäftsführerin)
Tel. 0221-478-97115
E-Mail: dnvf@uk-koeln.de

Prof. Dr. Edmund A.M. Neugebauer (Vorsitzender)
E-Mail: edmund.neugebauer@uni-wh.de