



Bundesverband e.V.

**Stellungnahme des AWO Bundesverbandes
zur/zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der
Versorgung in der gesetzlichen Krankenversiche-
rung (GKV-Versorgungstärkungsgesetz- GKV-VSG)**

Stand November 2014

Vorbemerkung

Der Arbeiterwohlfahrt Bundesverband bedankt sich für die Möglichkeit zur Stellungnahme zu obigem Referentenentwurf. Wir begrüßen ausdrücklich das mit dem Referentenentwurf verfolgte Ziel einer Optimierung der gesundheitlichen Versorgungsqualität und der Sicherung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung. Viele wichtige Versorgungsprobleme und entsprechende Weichenstellungen, die für die Beseitigung dieser Defizite notwendig wären, werden in dem vorliegenden Gesetzentwurf angesprochen.

Insgesamt müssen wir aber anmerken, dass das grundsätzliche Ziel einer stärker vernetzten Gesundheitsversorgung, das ein zentrales Anliegen des Gesetzentwurfs ist, aus unserer Sicht nicht mit entsprechend notwendigen Maßnahmen hinterlegt wird. Noch immer, so lässt der Gesetzentwurf erkennen, wird die gesundheitliche Versorgung primär auf ärztliche und medizinische Versorgung reduziert. Selbst integrierte Versorgung wird vorwiegend als Kooperationsform zwischen verschiedenen Arztgruppen klassifiziert, reicht aber kaum darüber hinaus. Hinsichtlich der komplexeren Versorgungsbedarfe der Bevölkerung, einer Zunahme altersassoziierter Krankheiten sowie dem Anstieg psychischer Erkrankungen wäre ein klares, auch gesetzlich unterfüttertes Bekenntnis zur berufsgruppen- und sektorenübergreifenden (nicht nur innerhalb der verschiedenen ärztlichen Disziplinen) sowie teamorientierten Versorgung angezeigt. Diese wird sich aufgrund traditionell gewachsener, fester Hierarchiegefüge im deutschen Gesundheitssystem nicht von allein ausbilden. Hierzu braucht es klare Vorgaben und Förderbedingungen durch den Gesetzgeber. Der vorliegende Gesetzentwurf lässt diese Voraussetzungen leider vermissen.

Die starke Ausrichtung auf die ärztliche Versorgung spiegelt sich dann auch in den Maßnahmen zur Gewinnung von ärztlichem Nachwuchs und zur Attraktivitätssteigerung des Berufes wieder. Dabei wird verkannt, dass der Fachkraftmangel, dem mit diesen Maßnahmen entgegengewirkt werden soll, längst nicht mehr nur ein Thema des ärztlichen Berufsstandes ist, sondern auch die pflegerischen und auch therapeutischen Berufe betrifft. Mit dieser einseitigen Fokussierung auf die Gruppe der Ärzte werden bestehende "Machtverhältnisse" im deutschen Gesundheitswesen fortgeschrieben und gestärkt, die jedoch einer neuen, gleichberechtigten Arbeitsorganisation innerhalb der Gesundheitsberufe, wie seit langem vom Sachverständigenrat für die Begutachtung im Gesundheitswesen gefordert wird, widerspricht.

Auch wenn sich erste Ansätze einer neuen Mitbestimmung und Beteiligung von Patientinnen und Patienten im Sinne der Versorgungssicherheit und -qualität im vorliegenden Gesetzentwurf erkennen lassen, halten wir diese Ausrichtung noch für ausbaufähig. Grundsätzlich sollte die Gesundheitsversorgung hierzulande deutlich stärker den Charakter eines partizipativen Aushandlungsprozesses zwischen Gesundheitsakteuren und Patientinnen und Patienten erhalten. Hierbei sollte berücksichtigt werden, dass Gesundheitschancen ungleich verteilt sind und dass es in einer demokratischen und solidarischen Gesellschaft um die Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit gehen muss.

Der AWO Bundesverband wird seine Stellungnahme auf ausgewählte Schwerpunkte des Gesetzentwurfs konzentrieren. Dabei wird er auf folgende geplante Maßnahmen eingehen:

- Verkürzung von Wartezeiten auf Facharzttermine
- Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie
- Anpassung der Rahmenbedingungen des Krankenhaus-Entlassungsmanagements
- Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen und besondere Berücksichtigung der Versorgungsbedürfnisse dieses Personenkreises bei Verfahren zur Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen
- Ausweitung der strukturierten Behandlungsprogramme für chronisch Kranke
- Schaffung eines Innovationsfonds in Höhe von 300 Millionen Euro zur Förderung innovativer sektorenübergreifender Versorgungsformen und für die Versorgungsforschung
- Bürgerbeteiligung bei der Förderung der evidenzbasierten Medizin
- Schaffung eines regelhaften Anspruchs auf Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung bei bestimmten planbaren Eingriffen.
- Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts der Versicherten bei Leistungen der medizinischen Rehabilitation
- Schaffung eines zusätzlichen Leistungsanspruchs auf zahnmedizinische Prävention für Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz
- Delegation ärztlicher Leistungen an qualifizierte nicht-ärztliche Gesundheitsberufe

II.1.2. Verbesserungen beim Zugang zur Versorgung für Versicherte

Maßnahme

- Verkürzung von Wartezeiten auf Facharzttermine

Bewertung

Das Vorhaben, für gesetzlich Versicherte die Wartezeit auf einen Facharzttermin deutlich reduzieren zu wollen, scheint aus Sicht der AWO dringend geboten.

Für die Vermittlung von Behandlungsterminen durch die neu einzurichtenden Servicestellen ist, außer bei Frauenärzten, Augenärzten und Kinderärzten eine ärztliche Überweisung vorzulegen. Demzufolge werden Personen ohne Überweisung, die sich direkt an einen Facharzt wenden wollen, auch weiterhin lange Wartezeiten in Kauf nehmen müssen. Diese Regelung widerspricht der Entwicklung, Patienten einerseits zunehmend mehr Eigenverantwortung hinsichtlich ihrer Gesundheit zu übertragen, gleichzeitig aber wird ihnen durch eine solche Regelung die Fähigkeit abgesprochen, den konkreten ärztlichen Ansprechpartner bei einem konkreten gesundheitlichen Problem auszuwählen.

Die Notwendigkeit einer Überweisung stellt auch eine Abhängigkeit des Patienten von der Überweisungsbereitschaft des Arztes dar, dies wiederum setzt eine Beurteilungskongruenz zwischen Arzt und Patient voraus, die jedoch nicht immer gegeben ist. Wünschenswert wäre aus Sicht der AWO die Aufhebung der Überweisungsnotwendigkeit für alle Facharztgruppen. Hierdurch würde mitunter auch wertvolle Zeit durch langwierige Wartezeiten bei verschiedenen Ärzten vermieden.

Bei der Vermittlung zu einem Facharzt soll die Entfernung zwischen Wohnort des Versicherten und dem vermittelten Facharzt zumutbar sein. Hierbei wollen wir zu bedenken geben, dass die Zumutbarkeit von vielen Faktoren abhängig sein kann, so bspw. von der gesundheitlichen Verfassung des Patienten, seiner Mobilität, der Angewiesenheit auf Begleitpersonen usw.. Insofern sollte die Entscheidung über zumutbare Wege immer im Kontext des Einzelfalls, unter Einbezug der betreffenden Person entschieden werden.

Wir begrüßen, dass auch die ambulante Behandlung in Kliniken als Alternative zur zeitnahen fachärztlichen Terminvergabe genutzt werden soll. Allerdings haben wir erhebliche Bedenken hinsichtlich der Ausführungen zu den Einschränkungen des Anspruchs auf einen zeitnahen Facharzttermin. Die Vermittlung eines Facharzttermins soll nur dann erfolgen, wenn eine Behandlung des Versicherten aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Der Anspruch entfällt, wenn, laut Gesetzentwurf, kein medizinisch begründeter Fall vorliegt. Diese Formulierung bezieht sich voraussichtlich auf rein rationale und objektive Parameter. Sie schließt hierdurch das individuelle Krankheits- und oder Schmerzerleben der Patienten, deren Ängste im Kontext mit krankheitsbedingten Veränderungen aus. Wir plädieren dafür, von einer rein medizinisch begründeten Beurteilung bei der Vergabe von Facharztterminen Abstand zu nehmen und die Wahrnehmung des Patienten hierbei stärker einzubeziehen bzw. zu berücksichtigen.

Maßnahme

- Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie

Bewertung

Hinsichtlich der starken Zunahme psychischer Erkrankungen und dem hierdurch stetig wachsenden Bedarf an psychologischer und psychotherapeutischer Behandlung begrüßen wir die Absicht des Gesetzgebers, die Psychotherapierichtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss überarbeiten zu lassen. Wir begrüßen das damit verbundene Ziel, die Wartezeiten auf psychotherapeutische Behandlung zu verkürzen, neue Behandlungsmöglichkeiten zu entwickeln und das Antrags- und Gutachterverfahren zu vereinfachen.

Die derzeit langen Wartezeiten auf eine adäquate psychotherapeutische Behandlung erhöhen die Gefahr der Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes und der Chronifizierung psychischer Erkrankungen. Die große Herausforderung bei der Überarbeitung der Psychotherapierichtlinie wird darin bestehen, einerseits mehr Menschen einen zeitnahen Zugang zu der entsprechenden Behandlung zu ermöglichen, gleichzeitig aber auch die Qualität der therapeutischen Behandlung auf dem bestehenden Niveau zu erhalten.

Auch wenn wir die Entwicklung neuer Behandlungsformen begrüßen, stehen wir den bereits im Koalitionsvertrag von 2012 erwähnten Kurzzeittherapien eher skeptisch gegenüber. Selbst wenn sie in Einzelfällen das Mittel der Wahl sein können, scheinen sie uns ein wenig geeigneter Lösungsansatz in der aktuellen Situation zu sein, in der eine Tendenz hin zu komplexeren Erkrankungen, komplizierteren Verläufen und einer Verschränkung von somatischen Erkrankungen und psychischen Beeinträchtigungen besteht.

Die Gruppentherapien, die auch im vorliegenden Gesetzentwurf Erwähnung finden, als eine Erweiterung des Spektrums an psychotherapeutischen Leistungen begrüßen wir, da diese sich insbesondere bei Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion als

erfolgreich erweisen können. Wir möchten jedoch darauf hinweisen, dass die Gruppentherapie keine Alternative zu einer ausreichenden Vorhaltung psychotherapeutischer Einzeltherapien darstellt. Die Prüfung, ob eine Gruppentherapie geeignet sein könnte, muss im konkreten Einzelfall zwischen Therapeut/in und Patient/in erfolgen und darf nicht primär und/ oder ausschließlich unter wirtschaftlichen Effizienzaspekten beurteilt werden.

Maßnahme

- Anpassung der Rahmenbedingungen des Krankenhaus-Entlassungsmanagements

Bewertung

Die Absicht, Leistungslücken beim Übergang vom stationären in den ambulanten Versorgungsbereich durch ein verbessertes Entlassungsmanagement überwinden zu wollen, erachten wir als positiv. Die vorgeschlagenen Änderungen, die sich vorwiegend auf eine Ausweitung der Verordnungsbefugnisse der Krankenhäuser über den Kliniksektor hinaus und auf den stärkeren Einbezug der Krankenkassen in das Entlassungsmanagement konzentrieren, werden jedoch nicht ausreichen, um die vielfältigen Probleme beim Übergang vom Krankenhaus in den nachklinischen Bereich effektiv zu reduzieren. Hierzu müsste klarer herausgearbeitet werden, welche Rolle die Kassen im Rahmen des Entlassungsmanagements künftig haben sollen. Das aber bleibt im vorliegenden Entwurf offen.

Auch betrachten wir die sehr starke Fokussierung auf die medizinische Versorgung und die ärztliche Primärverantwortung im Kontext des Entlassungsmanagements eher skeptisch. Gerade bei komplexen Versorgungsbedarfen sind viele verschiedene Akteure an der Versorgung und Begleitung des Patienten/ der Patientin beteiligt. Die zunehmende Notwendigkeit zur berufsgruppen- und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit findet in der hier geplanten Neuregelung noch zu wenig Beachtung.

Um das Entlassungsmanagement an der Schwelle vom Krankenhaus in den nachklinischen Bereich tatsächlich zu optimieren, muss der Krankenhaussozialdienst personell und finanziell besser ausgestattet werden. Besonders in Fällen, in denen ein komplexer Versorgungsbedarf und Koordinierungsaufwand besteht, sollten die Möglichkeiten eines individuellen Case-Managements gewährleistet sein. In Hinblick auf die Zunahme älterer Patientinnen und Patienten mit chronischen und/oder Mehrfacherkrankungen, wird das Case Management an Bedeutung gewinnen müssen, wenn bspw. Fehleinweisungen in stationäre Pflegeeinrichtungen vermieden werden sollen. Die Qualität und Effektivität des Entlassungsmanagements hängt in hohem Maße von der Qualität und Quantität der ambulanten und/ oder nachklinischen Versorgungs- und Begleitungsinfrastruktur (Care-Management) und deren auskömmlicher Finanzierung ab. Demzufolge kann ein effizientes Entlassungsmanagement nicht ausschließlich auf den klinischen Sektor und dessen Rahmenbedingungen begrenzt bleiben. Es erfordert die strukturelle und finanzielle Weiterentwicklung ambulanter/ nachklinischer Angebote.

Beispielhaft hierbei zu nennen sind die ambulanten Versorgungslücken nach Krankenhausaufenthalt. Sie stellen in einer älter werdenden Gesellschaft, in der die Zahl alleinlebender Menschen steigt, ein zunehmendes Problem dar. Bis heute gibt es für diesen Zwischenbereich, sobald keine medizinische Behandlung mehr nötig, aber Unterstützungsbedarf dringend geboten ist, keine leistungsrechtliche Grundlage. Wenn Fehleinweisungen in stationäre Pflegeeinrichtungen vermieden werden sollen,

müssen hierfür weitergehende Lösungen gefunden werden und die gesetzlichen Leistungen des SGBV und SGBXI stärker vernetzt gedacht werden.

Maßnahme

- Einführung einer Schiedsstellenregelung zur Versorgung mit Haushaltshilfe

Bewertung

Der Gesetzgeber erkennt mit dieser Regelung die sich verändernden Lebensumstände innerhalb unserer Gesellschaft und die wachsende Bedeutung von komplementären Dienstleistungen im Kontext von Krankheit an. Das begrüßen wir sehr. Immer mehr Menschen können im Krankheitsfall nicht auf ausreichende soziale Unterstützung zurückgreifen. Das impliziert auch die notwendige Hilfe bei der Bewältigung des Alltages und bei der Aufrechterhaltung der häuslichen Lebenssituation. Wenn notwendige Unterstützung an dieser Stelle fehlt, kann dies nicht nur den Gesundheitszustand negativ beeinflussen. Mitunter wird hierdurch der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit erheblich erschwert oder gar unmöglich gemacht. Dass die Krankenkassen nun per Gesetz dazu angehalten werden, ihre Gestaltungsspielräume bei dieser Leistungsart im Sinne der Patientinnen und Patienten stärker zu nutzen, ist positiv zu bewerten. Hierdurch wird auch die Möglichkeit eröffnet v.a. die oben erwähnte Versorgungslücke nach Entlassung aus dem Krankenhaus zu reduzieren. Abzuwarten allerdings bleibt, inwiefern die Krankenkassen diesen Gestaltungsauftrag ausfüllen werden. Wir bedauern in diesem Zusammenhang, dass sich die Regelungen im Gesetzentwurf weiterhin nur auf die Ausgestaltung der Satzungsleistungen beziehen. Damit wird der Gestaltungsrahmen der Kassen bei dieser wichtigen Leistungsart wieder nur eine "Kannregelung" fixiert.

Dass der Gesetzgeber in diesem Leistungsbereich nun eine Schiedsstellenlösung einführen will, die den Vertragspartnern ermöglicht, die Rahmenbedingungen für die Leistungsart an notwendige dynamische Entwicklungen anzupassen, begrüßen wir dagegen außerordentlich.

Maßnahmen

- Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen und besondere Berücksichtigung deren besonderen Versorgungsbedürfnisse bei Verfahren zur Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen.

Bewertung

Es ist zu begrüßen, dass die Entwicklung von Angeboten zur angemessenen ambulanten medizinischen Versorgung von Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung und von Menschen mit schweren Mehrfachbehinderungen als dringender Handlungsbedarf durch den Gesetzgeber anerkannt wird. Die AWO vertritt jedoch die Auffassung, dass im Sinne von Inklusion keine weiteren separierenden Strukturen geschaffen werden dürfen. Vielmehr fordern wir, das gesamte Gesundheitssystem für alle Nutzergruppen barrierefrei zu gestalten und die im Gesundheitssystem Beschäftigten bereits in Ausbildung und Studium für die Bedarfe von Menschen mit Behinderungen zu sensibilisieren. Mit der Schaffung solche Behandlungszentren verbinden wir die Befürchtung, dass hierdurch Übergangslösungen geschaffen werden, die zu Dauerlösungen werden, die wiederum nicht förderlich für die Entwicklung eines inklu-

siven Gesundheitssystemen sind. Menschen mit Behinderungen werden hierdurch weite Wege zu der für sie geeigneten Gesundheitsversorgung zugemutet. Damit wird dem Gleichheitsgrundsatz widersprochen, der auch das gleiche Recht auf den Zugang zu Gesundheitsleistungen umfasst.

Dass bei der Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen die spezifischen Versorgungsbedürfnisse von Menschen mit Behinderung besondere Berücksichtigung erfahren sollen, begrüßen wir. Damit Ärzte vermehrt die Notwendigkeit einer solchen Kompetenzerweiterung anerkennen und sich entsprechend (weiter-)qualifizieren, sollten hierfür aber rechtliche Vorgaben und entsprechende Anreizstrukturen geschaffen werden. Zudem sollte der erforderliche barrierefreie Umbau von bestehenden Arztpraxen finanziell befördert und entsprechende Auflagen bei Neubauten vorgegeben werden.

Maßnahme

- Ausweitung der strukturierten Behandlungsprogramme für chronisch Kranke (insbesondere auf Rückenleiden und Depressionen)

Bewertung

Die AWO begrüßt, dass das Modell der strukturierten Behandlungsprogramme auf weitere Krankheiten ausgeweitet werden soll. Hierdurch werden Behandlungsprozesse nach dem aktuellen, wissenschaftlichen Stand der Medizin standardisiert, was zur Sicherung der Versorgungskontinuität für die Versicherten wie auch zur besseren Versorgungsqualität beiträgt. Eine einseitige Fokussierung auf medizinische Versorgung und ärztliche Behandlung sollte allerdings bei der Erarbeitung künftiger strukturierter Behandlungsprogramme vermieden werden. Wie Erkenntnisse aus der Public Health Forschung belegen, sind speziell im Fall chronischer Erkrankungen, so auch im Fall von Depressionen, weitere Akteure an den oft langwierigen Behandlungsprozessen zu beteiligen, wenn diese Erfolge zeitigen sollen. Dies bezieht sich nicht nur auf die Umsetzung der in Leitlinien verankerten Behandlungsschritte und -maßnahmen sondern auch auf deren Entwicklung. Speziell bei chronischen Erkrankungen sollten die Patienten, die oft Experten in eigener Sache sind, deutlich stärker an der Entwicklung der Programme wie auch an der Evaluation beteiligt werden. Patientenbefragungen sollten dabei zu einem Standardverfahren erhoben werden.

II.1.3. Verstärkte Förderung von Innovationen/Innovationsfonds

Maßnahme

- Schaffung eines Innovationsfonds in Höhe von 300 Millionen Euro zur Förderung innovativer sektorenübergreifender Versorgungsformen und für die Versorgungsforschung

Bewertung

Dem Innovationsfonds zur Förderung sektorenübergreifender Versorgungsformen stehen wir zunächst positiv gegenüber. Von ihm erwarten wir relevante Impulse für eine bedarfsgerechte Versorgung und praktikable Wege, um mit den Herausforderungen der Zukunft, wie dem demografischen Wandel, der Zunahme chronischer Erkrankungen, dem wachsenden Anteil multimorbider Patientinnen und der Verringe-

rung der gesundheitliche Ungleichheit umzugehen. Wir erhoffen uns ebenfalls, dass das bisher sehr einseitig medizinorientierte Verständnis von integrierter Versorgung und die bis dato starke Fokussierung auf die ärztliche Profession durch entsprechende Versorgungsforschungsansätze aufgebrochen und erweitert wird. Die Zukunft der gesundheitlichen Versorgung liegt in einer berufsgruppenübergreifenden, teamorientierten und sektorenübergreifenden Versorgung. Nur so können Versorgungsdiskontinuitäten abgebaut, Über-, Unter- und Fehlversorgung reduziert und patientenorientierte Versorgung angeboten werden. Im Rahmen des Innovationsfonds halten wir es für dringend geboten, Lösungswege zu finden, mit denen die Vielzahl von Schnittstellen in der gesundheitlichen Versorgung überwunden werden kann und wie die Versorgung, wie aus einer Hand, trotz verschiedener Sozialgesetzbücher und unterschiedlicher Versorgungslogiken zwischen den Sektoren und Berufsgruppen ermöglicht werden kann. Hierzu ist es aus unserer Sicht auch zwingend notwendig, das neu zu schaffende Gremium beim Gemeinsamen Bundesausschuss entsprechend der Akteursvielfalt zu besetzen. Die geplante Konzentration auf Ärzte- und Krankenhausvertreter scheint diesem Anspruch nicht gerecht zu werden. Es bleibt zu befürchten, dass bei dieser Besetzung ein weiter gefasstes Verständnis von integrierter Versorgung, wie es zur tatsächlichen Optimierung der Versorgungsqualität notwendig wäre, nicht erreicht werden kann.

Maßnahme

- Bürgerbeteiligung bei der Förderung der evidenzbasierten Medizin

Bewertung

Die AWO steht dem Einbezug der Bürgerinnen und Bürger in den vielseitigen Bereichen des Gesundheitswesens positiv gegenüber. Deshalb begrüßen wir, dass Versicherte und Einzelpersonen Forschungsaufträge zur Bewertung medizinischer Verfahren und Technologien unmittelbar beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen vorschlagen können. Diese Regelung ist eine der wenigen Möglichkeiten der aktiven Beteiligung von Versicherten bei der Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Ob die hier eröffnete Möglichkeit von Versicherten genutzt wird, hängt vor allem davon ab, wie bekannt sie der Öffentlichkeit gemacht wird und mit welcher Ernsthaftigkeit und Transparenz man die eingebrachten Vorschläge bearbeitet und auswertet.

II.1.4. Erweiterung der Leistungsansprüche der Versicherten

Maßnahme

- Schaffung eines regelhaften Anspruchs auf Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung bei bestimmten planbaren Eingriffen.

Bewertung

Die Möglichkeit zur Einholung einer unabhängigen Zweitmeinung ist grundsätzlich zu begrüßen. Auch wenn nachvollziehbar ist, dass der Gesetzgeber über diese Regelung ein Instrument zur Reduzierung möglicher Überversorgung - die es zweifelsfrei geben mag- einführt, erachten wir als problematisch, dass diese Möglichkeit primär vom Grundgedanken der Wirtschaftlichkeit gesteuert ist und weniger von dem der Patientensicherheit. Beleg hierfür ist die Einschränkung der Möglichkeit auf planbare

Eingriffe, die besonders häufig durchgeführt werden und somit die Gefahr einer Indikationsausweitung und Kostensteigerung innerhalb der GKV erhöhen.

Gerade weil die Einsparung von Kosten hier so prominent hervorgehoben wird, sollte im Sinne der Patientensicherheit zwingend auf die Unabhängigkeit der ärztlichen Zweitmeinung geachtet werden. Sie sollte ausschließlich der Gesundheit des Patienten/ der Patientin dienen. Dringend zu klären wäre, inwieweit die im Gesetzestext aufgeführten Stellen diesen Unabhängigkeitsanspruch erfüllen bzw. wie die Unabhängigkeit der Zweitmeinung sichergestellt werden kann.

Nicht zuletzt sollte berücksichtigt werden, dass Patienten in die Lage versetzt werden müssen, die für sie richtige Entscheidung zu treffen. Insofern sollte bei der Beratung durch Ärzte im Vorfeld einer möglichen Operation nach dem Verfahren der partizipativen Entscheidungsfindung vorgegangen werden. Hierbei werden dem Patienten/ der Patientin möglichst wertfrei unterschiedliche Alternativen und deren Vor- und Nachteile aufgezeigt. Am Ende dieses Prozesses entscheiden Arzt und Patient gemeinsam, welches Behandlungsverfahren im Einzelfall am geeignetsten ist. Da dieses Verfahren den noch oft üblichen paternalistischen Arzt-Patientinnen-Beziehungen konträr entgegensteht, sollte es verstärkt in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten verankert werden.

Die derzeit langen Wartezeiten auf Facharzttermine stehen einer zügigen Einholung einer Zweitmeinung vor operativen Eingriffen entgegen. Diese Problematik sollte bei der Wartezeitenreglung auf Facharzttermine noch einmal besondere Berücksichtigung erfahren.

Maßnahme

- Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts der Versicherten bei Leistungen der medizinischen Rehabilitation.

Bewertung

Das Wunsch- und Wahlrecht ist Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts der betroffenen Menschen und ein wichtiger Punkt bei der Motivation zur Rehabilitation und der aktiven Mitgestaltung. Ohne diese Faktoren sind eine erfolgreiche Rehabilitation sowie eine nachhaltige Wirksamkeit im Hinblick auf die Reha-Ziele nur sehr eingeschränkt möglich.

In der Umsetzung werden bei der stationären Rehabilitation jedoch noch häufig die Wünsche der Leistungsberechtigten von den Kostenträgern nicht ausreichend berücksichtigt. Die Ursachen liegen vor allem darin, dass die Reha-Träger die Entscheidung, welche Klinik sie belegen, vorrangig nach Kostengesichtspunkten treffen. Zudem beschränken sie sich auf den Kreis ihrer jeweiligen Vertrags-Kliniken. Das Wunsch- und Wahlrecht darf jedoch nicht durch bloßen Verweis auf das Wirtschaftlichkeitsgebot der Leistungserbringung ausgehebelt oder durch eine Zuzahlungsverpflichtung geregelt werden. Hier bedarf es einer noch eindeutigeren gesetzlichen Regelung, dass die Krankenkassen nach pflichtgemäßem Ermessen jeden Einzelfall prüfen müssen. Dabei sind die Bedürfnisse und Wünsche der Patientinnen und Patienten aktiv einzubeziehen und zu berücksichtigen.

Aufgrund dieser Sachlage halten wir die beabsichtigte rechtliche Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts der Versicherten bei Leistungen der medizinischen Rehabilitation für zwingend erforderlich und richtig. Wünschenswert wäre jedoch auch eine klare gesetzliche Regelung, die Krankenkassen im Fall der Ablehnung eines Antra-

ges verpflichtet, den Ablehnungsgrund dezidiert, schriftlich zu begründen. Diese Begründung sollte dem Antragsteller zugesendet werden. Offen bleibt durch die Neuregelung im vorliegenden Gesetzentwurf, wie nachprüfbar gemacht werden soll, dass die Krankenkasse die Wünsche und Wahlentscheidungen des Antragstellers einbezogen hat. Hierzu sollten mögliche Verfahrensregelungen entwickelt und umgesetzt werden.

Als problematisch erweist sich die Regelung jedoch auch weiterhin für Menschen mit geringem Einkommen. In § 40 Absatz 2 Satz 2 SGB V ist zwar ausdrücklich normiert, dass die Leistungsberechtigten im Rahmen ihres Wahlrechts auch andere Einrichtungen in Anspruch nehmen können, jedoch hat dies zur Folge, dass die Mehrkosten vom Leistungsberechtigten zu tragen sind. Dies ist einer Vielzahl von Menschen insbesondere sozial Benachteiligten nicht möglich. Für sie wird somit das Wunsch- und Wahlrecht erheblich eingeschränkt bleiben.

Maßnahme

- Schaffung eines zusätzlichen Leistungsanspruchs auf zahnmedizinische Prävention für Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

Bewertung

Mit dieser Neuregelung nimmt der Gesetzgeber dringend notwendige Optimierungen der Versorgung zweier vulnerabler Gruppen im Bereich der Zahngesundheit vor. Dieser Schritt ist aus Sicht der AWO überfällig und richtig. Offensichtlich wird durch die beabsichtigte Leistungsergänzung, dass diese Gruppen bisher in der zahngesundheitlichen Behandlung vernachlässigt wurden, was darauf hindeutet, dass der Sicherstellungsauftrag hier nur unzureichend gewährleistet wurde. Die Zahngesundheit kann –speziell bei diesen beiden vulnerablen Gruppen - exemplarisch für Mängel in weiteren Versorgungsbereichen so bspw. der medizinischen Rehabilitation hervorgehoben werden. Es wäre wünschenswert, wenn der Gesetzgeber auch dort gesetzliche Nachsteuerungen vornehmen würde und damit den besonderen Bedarfslagen dieser Personengruppen entsprechen würde.

Grundsätzlich ist die geplante Leistungsverbesserung bzw. –ausweitung aus Sicht der Menschen mit Behinderung zu begrüßen. Davon würden dann die über 820.000 Bezieherinnen und Bezieher von Eingliederungshilfe in Deutschland profitieren – zumindest theoretisch. Problematisch erscheint in diesem Zusammenhang jedoch, dass es hierzulande nur sehr wenige Zahnarztpraxen gibt, die auf die Behandlung von Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen eingerichtet sind. Häufig scheitert die Behandlung der genannten Zielgruppen an der nicht vorhandenen oder unzureichenden baulichen Barrierefreiheit und am Know-How der Zahnärzte. Inwiefern hier die mobile zahnärztliche Betreuung, die seit April 2013 im Leistungskatalog der Krankenkassen festgeschrieben ist, den beschriebenen Mängeln entgegenwirken kann, ist derzeit noch fraglich und bedürfte einer dezidierten Evaluation. Grundsätzlich sollte das Ziel der Verbesserungen in diesem Bereich der mittelfristige, inklusive Umbau des Gesundheitssystems sein, der den Verzicht auf Sondereinrichtungen und Sonderlösungen für Menschen mit Behinderungen ermöglicht.

Auch aus Sicht von Menschen mit Pflegebedarf ist die Leistungsausweitung, die dazu verhelfen soll, die Zahn- und Mundgesundheit zu optimieren, zu begrüßen. Der

Mund- und Zahnstatus korreliert eng mit dem Ernährungszustand und dem Wohlbefinden der Pflegebedürftigen und ist daher gerade auch im Alter von großer Bedeutung. Ungeklärt bleibt bei den nun geplanten Änderungen jedoch, wie die zahnärztliche Versorgung mobil erfolgen soll und ob bspw. hierfür Hausbesuche avisiert werden. Ebenso werden, wie auch schon bei Menschen mit schweren Behinderungen, keine Aussagen zur spezifischen Fachkompetenz der Ärzte getroffen, die bspw. im Umgang mit Menschen mit demenziellen Erkrankungen oder weiteren spezifischen Krankheitsbildern erforderlich ist.

Da der Gesetzgeber den spezifischen Bedarf der beiden hier genannten Zielgruppen explizit hervorhebt und damit unterstreicht, dass in deren Versorgung weitergehende und besondere Kompetenzen erforderlich sind, sollten im Gesetzgebungsverfahren Konkretisierungen hinsichtlich der Anforderungen an das zahnärztliche Personal formuliert werden bzw. als Formulierungsauftrag an die Partner der Selbstverwaltung delegiert werden.

Maßnahme

- Delegation ärztlicher Leistungen an qualifizierte nicht-ärztliche Gesundheitsberufe.

Bewertung

Das Vorhaben, den Einsatz von qualifizierten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen, die delegierte ärztliche Leistungen erbringen, flächendeckend zu ermöglichen, wird seit Jahren politisch diskutiert.

Die AWO kritisiert ausdrücklich, die Übertragung ärztlicher Leistungen auf sogenannte „nicht-ärztliche“ Gesundheitsberufe primär mit der Entlastung der ärztlichen Berufsgruppe zu begründen. Vielmehr sollte die Eigenleistung anderer Gesundheitsberufe und deren Bedeutung für eine zeitgemäße Gesundheitsversorgung anerkannt werden. Das Argument der Entlastung der ärztlichen Berufsgruppe bezieht sich v.a. auf den prognostizierten Ärztemangel. In diesem Zusammenhang sei darauf verwiesen, dass der Fachkraftmangel auch ein zentrales, wenn nicht sogar gravierenderes, Thema bspw. der Pflegeberufe ist und insofern auch hier das Argument der Entlastung angeführt werden könnte.

Wir wollen auch darauf verweisen, dass die sogenannten „nicht-ärztlichen“ Gesundheitsberufe nicht lediglich ärztliche Leistungen substituieren. Hierdurch würde man sie auf den Status von Assistenzberufen reduzieren. Sie tragen vielmehr dazu bei, den Nutzen ärztlicher Leistungen nachhaltig zu sichern. Zum anderen erbringen sie vielfältige Leistungen, die der Prävention, der Gesunderhaltung, der Genesung, der Alltagsbewältigung durch Pflege, Begleitung, Beratung und Schulung dienen, die von Ärztinnen und Ärzten in unserem Gesundheitswesen nicht erbracht werden und eine bedeutende und teils lebensnotwendige Rolle für Patientinnen und Patienten einnehmen. Diese originären Aufgaben der verschiedenen Gesundheitsprofessionen dürfen nicht zugunsten einer Übernahme ärztlicher Aufgaben aus Kosteneffizienzgründen heraus verdrängt oder als nachrangig behandelt werden.

Wenn ehemals ärztliche Leistungen durch Schulung qualitätsgesichert von anderen Gesundheitsberufen erbracht werden können, muss diese Leistung dann auch entsprechend der bisherigen ärztlichen Entlohnung vergütet werden.

Eine Übernahme von ärztlichen Aufgaben muss, wenn berufliche Überforderung vermieden werden soll zur Folge haben, dass andere, bisher angestammte Aufgaben der Berufsgruppe abgegeben bzw. auf andere Berufsgruppen übertragen wer-

den können. Hierzu, wie auch zur künftigen Vergütung delegierter Leistungen werden im vorliegenden Gesetzentwurf leider keine konkreten Aussagen getroffen.

Ansprechpartnerin:

Dr. Anja Ludwig (Mail: anja.ludwig@awo.org/ Tel.:030/26309-160)

AWO Bundesverband
Berlin, den 03.11.2014