caritas

Deutscher
Caritasverband e.V.

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

06.11.2014

Stellungnahme

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG)

A. Einleitung

Der Deutsche Caritasverband begrüßt die fortgesetzten Bemühungen des Gesetzgebers zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen und der Versorgungsqualität sowie zu einer stärker sektorenübergreifenden Zusammenarbeit der Akteure unseres gegliederten Gesundheitswesens. Besonders hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang die Neuordnung des Entlassmanagements. Der Referentenentwurf enthält zahlreiche innovative Ansätze, wie die Förderung von Praxisnetzen oder die Möglichkeit der Zulassung arztgruppengleicher Medizinischer Versorgungszentren. Der Deutsche Caritasverband erwartet, dass der Innovationsfonds zahlreiche positive Impulse für die Weiterentwicklung der Versorgungsformen liefern wird, z.B. hinsichtlich der Möglichkeiten, die Zusammenarbeit von pflegerischen und ärztlichen Gesundheitsberufen im Wege der Delegation und Substitution auszubauen.

Der Referentenentwurf nimmt auch in besonderer Weise die Belange von chronisch kranken Menschen und Menschen mit einer Behinderung in den Blick. Besonders zu begrüßen sind die vorgesehenen 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. Ebenso begrüßen wir die Einrichtung von Medizinischen Behandlungszentren für Menschen mit geistigen und schweren Mehrfachbehinderungen, solange deren Versorgung im Regelsystem nicht ausreichend gewährleistet ist. Auch unternimmt die Bundesregierung mit dem vorliegenden Referentenentwurf Anstrengungen, die Arzt-praxen zunehmend barrierefrei zu gestalten.

Besonders begrüßt wird die Einführung eines Schiedsverfahrens im Bereich der Haushaltshilfen. Einen solchen Konfliktlösungsmechanismus hatte der Deutsche Caritasverband seit vielen Jahren gefordert.

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

Es ist positiv zu bewerten, dass die unterschiedlichen Regelungen zu Selektivverträgen in den §§ 73 SGB V nun in einem neuen § 140a SGB V zusammengeführt werden. Der Deutsche Caritasverband setzt sich jedoch dafür ein, gute Versorgungsstrukturen im kollektivvertraglich geregelten System auszubauen. Selektivverträge sollen innovative Versorgungsformen befördern und auch in begrenzter Weise als Wettbewerbsinstrument nutzbar sein. Eine gute Versorgung muss jedoch allen Versicherten flächendeckend zur Verfügung stehen. Daher lehnen wir eine weitere Stärkung und den Ausbau von selektivvertraglichen Regelungen ab, soweit damit die Gefahr einer Verdrängung von Leistungen der Regelversorgung verbunden ist.

Der Referentenentwurf möchte auch die Rechte der Patienten stärken, so z. B. durch den Aufbau von Terminservicestellen, welche die Wartefristen auf einen Facharzttermin verkürzen sollen. Der Deutsche Caritasverband unterstützt dieses Bemühen des Gesetzgebers nachdrücklich. In der Praxis gibt es jedoch schon zahlreiche positive Instrumente, die nachweislich zu einer Verbesserung der Terminvergabe geführt haben, wie das Modell der dringlichen Überweisung aus dem Versorgungsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung des Saarlandes. Diese Modelle sind effizient und kostengünstiger als der Aufbau neuer kostenträchtiger und bürokratischer Strukturen wie der Terminservicestellen.

Zusammenfassend lässt der Referentenentwurf zahlreiche positive Ansätze zu einer Verbesserung der Versorgungsstrukturen und der Leistungsqualität erkennen. Gleichzeitig merkt der Deutsche Caritasverband 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

Referentenentwurf

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

Referentenentwurf

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 Referentenentwurf 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

Referentenentwurf

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 aus-zuschließen ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seinen Richtlinien, für welche planbaren Eingriffe der Anspruch auf Einholung einer Zweitmeinung besteht. 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 hinweisen. Die Aufklärung über den Zweitmeinungsanspruch soll regelmäßig mindestens 10 Tage vor dem vorgesehenen Eingriff erfolgen.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband unterstützt die Einführung eines Anspruchs auf eine unabhängige Zweitmeinung bei sog. mengenanfälligen ambulanten und stationären planbaren Eingriffen. Sie können ein Beitrag dazu sein, Patienten vor medizinisch nicht-indizierten Eingriffen zu schützen und/oder weniger invasive Behandlungen und Eingriffe zu ermöglichen.

Die unabhängige Zweitmeinung soll sich daher aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes 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 für die Information über die Möglichkeit, eine Zweitmeinung einzuholen, vor einem schweren und invasiven Eingriff zu kurz bemessen sein kann.

Kritisch angemerkt werden muss jedoch, dass der Anspruch auf eine unabhängige Zweitmeinung unmittelbar mit dem Problem der Mengenanfälligkeit bei bestimmten 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.

§ 39 neu: Entlassmanagement

Referentenentwurf

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 Krankenhäuser 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. 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 oder Pflegeeinrichtungen, besteht. 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.

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 Heil- und 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.

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 frühzeiti-

ge 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“.

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

Mehrkosten bei Wahl einer anderen Einrichtung

Referentenentwurf

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

Die Regelung in 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 gesetzlichen 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; <u>§ 9 Absatz 1 des Neunten Buches ist anzuwenden</u>. Die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehöriger….

§ 23 Absatz 5 SGB V und § 13 Absatz 1 SGB VI sind entsprechend anzupassen.

§ 44 neu: Unterstützung der Krankenkassen bei Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit

Referentenentwurf

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.

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 vorgeschlagene Ergänzung des § 44 SGB V neu wird daher vom Deutschen Caritasverband begrüßt.

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

Referentenentwurf

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

Referentenentwurf

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.

§ 73b neu: Hausarztzentrierte Versorgung

Referentenentwurf

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

Referentenentwurf

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 Referentenentwurf 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

Referentenentwurf

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 wenn die Behandlung in dieser Zeit medizinisch nicht erforderlich ist. In diesen Fällen hat die Servicestelle einen Behandlungstermin 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 medizinisch nicht begründeten Fällen und 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.

Der Deutsche Caritasverband spricht sich daher für die Unterstützung regionaler Lösungsansätze aus, 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, sprechen wir uns für die Verankerung einer Öffnungsklausel für entsprechende regionale Lösungsansätze aus.

Darüber hinaus sollen die Maßnahmen zur Regulierung von fachärztlicher Über- und Unterversorgung zielgerichtet umgesetzt werden, da die Wartezeiten auch mit der jeweiligen Anzahl und Kapazität fachärztlicher Praxen verbunden sind.

§ 87b Abs. 2 Satz 2 neu: Praxisnetze

Referentenentwurf

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

Referentenentwurf

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, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung von Gruppentherapien sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens zu beschließen. Die Weiterentwicklung der Psychotherapierichtlinie soll durch die Bündelung der vorhandenen Ressourcen und den zielgenaueren Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel zu einer effektiveren psychotherapeutischen Versorgung beitragen. Zur Erreichung dieses Ziels sollen ggf. auch weitere Behandlungsmöglichkeiten geschaffen werden.

Wie in der Begründung ausgeführt, soll mit den psychotherapeutischen Sprechstunden 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.

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 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 Verschlimmerung 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 Referentenentwurf § 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 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.

§ 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

Referentenentwurf

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 einen sektorenübergreifenden Ansatz enthalten und auf eine Verbesserung der Versorgung oder eine Steigerung der Versorgungseffizienz ausgerichtet sind. 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, Kassenärztlichen Vereinigungen und 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 Schwerpunktsetzung auf Vorhaben, die auf die Überwindung der sektoralen Versorgung ausgerichtet sind, 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.

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 gesicherten 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

Referentenentwurf

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 § 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 § 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

Referentenentwurf

Die Fördersumme für neue Versorgungsformen und Versorgungsforschung beträgt ab 2016 jährlich insgesamt 300 Millionen Euro, die jeweils zur Hälfte durch den Gesundheitsfonds (Liquiditätsreserve) und die Krankenkassen getragen werden. Von der Fördersumme sollen 75 % für neue Versorgungsformen und 25 % für Versorgungsforschung verwendet werden. Das Bundesversicherungsamt erhebt und verwaltet die Finanzmittel als Sondervermögen. Das BMG veranlasst zum 31.12.2019 eine wissenschaftliche Auswertung der Förderung im Hinblick auf deren Eignung zur Weiterentwicklung der Versorgung.

Bewertung

Positiv wird bewertet, dass bereits mit der Einrichtung des Innovationsfonds seine Evaluation verbindlich vorgesehen wird. Allerdings scheint der Zeitraum für die wissenschaftliche Auswertung der Förderung im Hinblick auf deren Eignung zur Weiterentwicklung der Versorgung angesichts der Komplexität der damit verbunden Fragestellungen sehr eng bemessen. Denn es stellt sich die Frage, wie viele abgeschlossene und ausgewertete Forschungsprojekte so frühzeitig vorliegen, dass sie in die geplante Evaluation einbezogen werden könnten. Die in der Begründung aufgeführten möglichen Gegenstände 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) heben dagegen auf die Funktionalität der Struktur und Prozesse des Innovationsfonds als solchen ab. Dies scheint uns als Gegenstand der Evaluation im angegebenen Zeitrahmen zielführender und realistischer zu sein. Auch ist sicherzustellen, dass bezüglich der Verwendung der umfangreichen Forschungsmittel eine Qualitätssteuerung bei der Vergabe der Forschungsaufträge gewährleistet wird, die eine effektive und wirkungsorientierte Versorgungsforschung gewährleistet.

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

Referentenentwurf

Zur Durchführung der Förderung wird beim GB-A 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 drei Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit 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.

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 Referentenentwurf die Einrichtung einer eigenen Arbeitsstruktur im Gemeinsamen Bundesausschuss in Form des Innovationsausschusses vor. Diese Struktur ist aber zur Bewältigung der komplexen und umfangreichen Aufgabe nicht ausreichend. 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. Die Einbeziehung der Patientenorganisationen nach § 140f durch ein Beratungs- und Antragsrecht wird ausdrücklich begrüßt.

Allerdings geben wir grundsätzlich zu bedenken, ob die Einrichtung eines Innovationsausschusses, dessen Zusammensetzung weitgehend der Struktur des Gemeinsamen Bundesausschusses entspricht, ausreicht und sachgerecht ist. Die Komplexität der mit den Forschungsaufträgen nach §§ 92 a und b verbundenen Fragestellungen, sowie die zunehmenden Anforderungen an interdisziplinär ausgerichteter gesundheitlicher Versorgung, machen aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes die Einbindung vielfältiger und auch nicht-ärztlicher Fachexpertise und die Berücksichtigung entsprechender Fachgesellschaften erforderlich. Wir plädieren daher

für die Einrichtung eines wissenschaftlichen Beirats unter Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit.

Die breite Einbindung von Fachexpertise kann dazu beitragen, innovative Veränderungen in der gesundheitlichen Versorgung von vornherein in ihren vielfältigen Bezügen und Auswirkungen zu beleuchten; sie kann zudem eine Unterstützung für die Implementierung der Forschungsergebnisse in die regelhafte Versorgungspraxis sein, für die in den meisten Fällen eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich sein wird.

§ 95 neu: Medizinische Versorgungszentren

Referentenentwurf

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

§ 100 neu: Unterversorgung

Referentenentwurf

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 Referentenentwurf 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

Referentenentwurf

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 Referentenentwurf 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.

Lösungsvorschlag

Die Regelung ist ersatzlos zu streichen.

§ 103 neu: Zulassungsbeschränkungen

Referentenentwurf

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 Ange-

stelltenverhältnis bzw. Job-Sharing mindestens drei Jahre vor der Bewerbung um die Nachfolge bestanden haben muss.

Des Weiteren wird Absatz 4 Satz 5 Ziffer 7 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 umzuwandeln, 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.

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

Referentenentwurf

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.

§ 84 i.V. mit § 106b neu: Richtgrößen für die Heil- und Arzneimittelvereinbarung und Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Referentenentwurf

Die Neuregelungen in § 84 SGB V 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.

Ab 2017 soll die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit ärztlichen Leistungen durch die Selbstverwaltung neu geregelt werden. Dazu schließen die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen bis zum 31. Oktober 2015 entsprechende Vereinbarungen. Um eine gewisse Einheitlichkeit der Prüfungen auf Bundesebene herzustellen, vereinbaren die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Rahmenvorgaben, in den insbesondere festgelegt werden soll, in welchem Umfang Wirtschaftlichkeitsprüfungen mindestens durchgeführt werden sollen. Neu ist, dass auf dieser Grundlage künftig auch Rückzahlungen 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 Vereinigungen. Somit konnten auch bisher schon regionale Besonderheiten durch Vereinbarungen auf der Landesebene berücksichtigt 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 setzt sich dafür ein, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund auch weiterhin Praxisbesonderheiten 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, ist kein Grund ersichtlich, warum die Praxisbesonderheiten aufgehoben werden sollten.

Lösungsvorschlag

Die vorgesehene Streichung von § 84 Absatz 8 Sätze 3 bis 6 SGB V ist aufzuheben.

§ 116a neu: Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung

Referentenentwurf

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

§ 119b neu: Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

Referentenentwurf

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 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.

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.

Der Deutsche Caritasverband kritisiert in diesem Zusammenhang, wie schon in vorausgegangenen Stellungnahmen zu § 119b SGB V, dass nach dem Wortlaut des Gesetzes-textes 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 Pflege-einrichtungen grundsätzlich aufgegeben, Verträge mit Vertragsärzten und Vertragszahn-ärzten 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 1

Referentenentwurf

Der Referentenentwurf legt die gesetzliche Grundlage für die Schaffung von medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit einer Behinderung. 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.

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. Aber nicht nur Kinder und Jugendliche, die schon bisher in einem Sozialpädiatrischen Zentrum behandelt wurden, sondern vor allem auch erwachsene Menschen mit einer geistigen Behinderung und/oder einer schweren oder schwerst mehrfachen Behinderung 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 zu hohen kommunikativen Einschränkungen besondere Ausprägungen von Symptomen hinzutreten, die eine gezielte Suche nach Erkrankungen hinter der komplexen Symptomatik einer vorbestehenden Behinderung notwendig sind. 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 zielgruppen-spezifische 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, Musik-therapeuten oder Therapeuten besonderer Therapieeinrichtungen, Heilpädagogen, Sozial-arbeiter und Medizinisch-technische

Assistenten Bestandteil des Teams sein können. Es ist gesetzlich sicherzustellen, 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.

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 nicht-ärztlichen Fachgruppen des MZEB angemessen zu berücksichtigen sein sollen. Dies ist auch im Gesetzestext klarzustellen.

Lösungsvorschlag

Die Behandlung in den MZEBen soll auch nicht-ärztliche Leistungen umfassen, die unter ständiger ärztlicher Verantwortung erbracht werden. Daher soll in § 119c Absatz 2 nach Satz 1 folgender Satz 2 neu eingefügt werden:

„Die Behandlung kann dabei auch nicht-ärztliche Leistungen umfassen, sofern sie unter ständiger ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um die Behandlung durchzuführen.“

§ 132 neu: Schiedsstelle Haushaltshilfe

Referentenentwurf

Der Referentenentwurf sieht die Einführung einer Schiedsstelle 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 27 €, die AOK Bayern 21,60 € und die AOK Rheinland-Pfalz 24,34 € pro Stunde. Für eine Hilfskraft zahlt die AOK Bayern 11,40 € 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 Schiedsstellenregelung 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 komplexen 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."

§ 134a neu: Versorgung mit Hebammenhilfe

Referentenentwurf

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

Referentenentwurf

§ 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 berücksichtigt, 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 auch von den Pflegekassen zu tragen sind. Nur so ist im Teilleistungssystem der Pflegeversicherung sichergestellt, dass die leistungsberechtigten Pflegebedürftigen nicht mit den Zuschlägen für den Mehraufwand belastet werden. Da diese Regelung fehlt, läuft § 92b SGB XI in der Praxis weitgehend ins Leere. Der Deutsche Caritasverband fordert daher eine entsprechende Ergänzung in § 92b SGB XI.

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. § 43 Absatz 2 SGB V ist daher auch in den Kreis der möglichen Leistungen aufzunehmen.

Lösungsvorschläge

Vergütungszuschläge für die Integrierte Versorgung im Rahmen von Verträgen nach § 92b SGB XI sowie im Rahmen von Verträgen, an denen auch die Krankenkassen nach § 140a Absatz 3 Ziffer 1 und/oder Ziffer 3 beteiligt sind, dürfen nicht zu Lasten der leistungsberechtigten Pflegebedürftigen gehen. In § 92b SGB XI ist daher nach Satz 5 folgender Satz 6 anzufügen:

„Zuschläge zu den Pflegevergütungen sind von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten; § 28 Absatz 2 ist entsprechend anzuwenden.."

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“.

Des Weiteren weisen wir darauf hin, dass der Referentenentwurf keine Änderungen in § 140b SGB V und § 140c SGB V vorsieht, obwohl Teile dieser Paragraphen in der bestehenden Fassung in die Neufassung des § 140a SGB V übernommen wurden.

§ 279 neu: Verwaltungsrat und Geschäftsführer

Referentenentwurf

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 zusammensetzt. 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: Änderung des Krankenpflegegesetzes

Referentenentwurf

Durch die Änderung von § 4 Absatz 7 Krankenpflegegesetz 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 Referentenentwurfs 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 zurückgegriffen werden kann. Der Deutsche Caritasverband weist in diesem Zusammenhang auch darauf hin, dass nicht nur das Krankenpflegegesetz, sondern parallel auch § 4 Absatz 7 Altenpflegegesetz entsprechend geändert werden muss, denn die Qualifizierung muss im jetzigen segmentierten System der Ausbildungen der Gesundheitsberufe 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 Referentenentwurf vorgesehenen Maßnahmen zur Senkung der Hürden für die Umsetzung der Modellvorhaben nachdrücklich.

Freiburg, 06.11.2014
Vorstandsbereich Sozial- und Fachpolitik
Prof. Dr. Georg Cremer
Generalsekretär

Kontakt:

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

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

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