

An das
Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
Referat 221
–per E-Mail –

221@bmg.bund.de

Heidelberg, den 06.11.2014

**Stellungnahme der DVfR zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der
Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz –
GKV-VSG) vom 21.10.2014**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit nimmt die DVfR zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) vom 21.10.2014 Stellung. Sie konzentriert sich dabei auf einige für die Teilhabe behinderter Menschen und die Rehabilitation besonders wichtige Aspekte.

Im Einzelnen handelt es sich um folgende §§ des SGB V:

1. Zu § 22a SGB V neu „Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen“

Die Einfügung eines § 22a SGB V neu „Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen“ wird begrüßt.

2. Zu § 39 Abs. 1a SGB V neu „Entlassmanagement“

Durch den neuen § 39 Abs. 1a SGB V wird das Entlassmanagement in Ergänzung zu § 11 Abs. 4 SGB V neu geregelt, um Leistungslücken zu schließen. Dazu sollen in einem Entlassplan die Anschlussleistungen festgelegt und den Krankenhäusern ein eingeschränktes Ordnungsrecht gegeben werden. Der/die Versicherte erhält einen unmittelbaren Rechtsanspruch gegenüber der Krankenkasse auf ergänzende Leistungen des Entlassmanagements, Rahmenvorgaben werden auf Bundesebene verhandelt.

Dass das Entlassmanagement besser geregelt werden soll und dass die Krankenhäuser notwendige Leistungen für eine Woche verordnen können, wird begrüßt.

Als problematisch wird bewertet, dass ein Hinweis auf die systematische Abklärung des Bedarfes von Leistungen zur Teilhabe, ihre Beantragung oder Einleitung als Bestandteil des Entlassmanagements fehlt. Gerade chronisch kranke Menschen und Menschen mit komplexen Hilfebedarfen sind jedoch oftmals auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angewiesen.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sei es stationär, teilstationär, ambulant oder mobil, sowie andere Teilhabeleistungen nach dem IX. Sozialgesetzbuch sind deshalb im Rahmen eines Entlassmanagements zwingend und mit hoher Verbindlichkeit einzubeziehen.

Da hierfür mehrere Rehabilitationsträger in Betracht kommen, sind trägerübergreifende Regelungen im übergreifenden Recht des SGB IX zu formulieren, auf die in § 39 Abs. 1a SGB V verwiesen werden sollte. Bei komplexen Fällen mit (drohenden) Teilhabebeeinträchtigungen ist bereits im Krankenhaus ein Bedarfsfeststellungsverfahren einzuleiten oder im Rahmen einer folgenden medizinischen Rehabilitationsmaßnahme zu initiieren (vgl. dazu die Empfehlungen der BAR zum Reha-Prozess: *„Gemeinsame Empfehlung zur Erkennung und Feststellung des Teilhabebedarfs, zur Teilhabeplanung und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe (Reha-Prozess) gemäß §§ 12 Abs. 1 Nr. 1 bis 3, 13 Abs. 2 Nr. 2, 3, 5, 8 und 9 SGB IX“*; 1.8.2014, BAR).

Bei den Rahmenvorgaben auf Bundesebene ist dafür Sorge zu tragen, dass die anderen Rehabilitationsträger berücksichtigt werden.

Der Begriff Entlassplan ist neu und weder fachlich noch rechtlich weiter hinterlegt. Zudem fügt er einer Vielzahl von „Plan-Begriffen“ (Teilhabeplan, Förderplan, Förder- und Behandlungsplan, Gesamtplan, Eingliederungsplan etc.) der Sozialgesetzgebung einen weiteren hinzu und vergrößert damit die Begriffsheterogenität, anstatt zu vereinheitlichen.

Auch bleibt unklar, wie die Krankenkasse die für die Umsetzung des Entlassplanes erforderliche Versorgung gemeinsam mit dem Krankenhaus organisieren will, zumal sie keinen unmittelbaren Einfluss auf die vertragsärztliche Tätigkeit hat. So besteht die Gefahr, dass der unmittelbare Rechtsanspruch des Patienten gegen die Krankenkasse, s. Gesetzesbegründung, ins Leere läuft.

3. Zu § 40 Abs. 1 SGB V – Ergänzung „Mobile Rehabilitation“

Mit dem GKV-WSG wurde die Mobile Rehabilitation zum 01.04.2007 als Form der Erbringung der medizinischen Rehabilitation im SGB V verankert. Dadurch sollten auch Menschen, die bislang kaum Rehabilitationschancen hatten, flächendeckend medizinische Rehabilitation erhalten können.

Durch eine Neuformulierung des § 40 SGB V im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes wurde die entsprechende Formulierung in § 40 Abs. 1 „durch wohnortnahe Einrichtungen“ gestrichen, in der Gesetzesbegründung gleichwohl die mobile Leistungserbringung nicht ausgeschlossen. In der Praxis hat dies dazu geführt, dass am Willen des Gesetzgebers gezweifelt wurde, die neue Form der Leistungserbringung flächendeckend zu verwirklichen. Die Gelegenheit des GKV-VSG sollte genutzt werden, die Mobile Rehabilitation wieder explizit in das SGB V aufzunehmen. Dazu wird vorgeschlagen, § 40 Abs. 1 Satz 1 folgendermaßen zu fassen:

„Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante **und mobile** Rehabilitationsleistungen **durch** Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111c besteht.“

In der Gesetzesbegründung sollte klargestellt werden, dass Mobile Rehabilitation nicht nur für solche Menschen vorgesehen werden soll, die überhaupt nicht in stationären Rehabilitationsmaßnahmen rehabilitiert werden können, sondern bei denen die Mobile Rehabilitation die geeignetere Form darstellt, damit z. B. Menschen trotz Pflegebedarf zu Hause wohnen bleiben können, ihre familiären Ressourcen entfaltet werden können, die Angehörigen ein nachhaltiges Empowerment erfahren und

Heimbewohner tatsächlich Rehabilitationsleistungen im Pflegeheim erhalten können, wie dies § 40 Abs. 1 Satz 2 SGB V vorsieht.

Eine wesentliche finanzielle Mehrbelastung wird für die Krankenkassen voraussichtlich nicht eintreten, da Mobile Rehabilitation ansonsten erforderliche stationäre Rehabilitation in der Regel ersetzt, insbesondere bei solche Patienten, für die die stationäre Rehabilitation nicht die geeignete Form ist. Auch werden in nennenswertem Umfang andere Leistungen aus dem ambulanten Bereich eingespart.

4. Zu § 44 Abs. 4 SGB V neu „umfassende Prüfung, individuelle Beratung und Hilfestellung“

Grundsätzlich wird die Einführung eines Fallmanagements im Sinne von umfassender Prüfung, individueller Beratung und Hilfestellung zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, das als Recht des Versicherten ausgestaltet ist, begrüßt.

Allerdings ist die Aufgabe, Leistungen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu erbringen, auch der Rentenversicherung oder ggf. anderen Rehaträgern übertragen. Deshalb ist es sinnvoll, Regelungen zum Fallmanagement im SGB IX zu verankern und sie gleichermaßen für alle Rehaträger zu regeln. Innerhalb des SGB V wäre lediglich zu regeln, dass ein solches Fallmanagement durch die Krankenkasse auch kurative, pflegerische und weitere ergänzende Leistungen umfassen soll. Insoweit es sich um Bedarfsfeststellungsfragen handelt, sollte die bestehende gesetzliche Grundlage im SGB IX einschl. der dort festgelegten Regelungen nicht in einem speziellen SGB „gedoppelt“ oder in Frage gestellt werden.

Das neu konzipierte Fallmanagement sollte sich im Übrigen nicht auf arbeitsunfähige Versicherte beschränken, sondern bedarfsgerecht erfolgen, insbesondere immer dann, wenn die Teilhabe i. S. des § 2 SGB IX beeinträchtigt ist oder werden kann.

5. Zu § 84 i.V.m. § 106b (neu) „Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Wegfall der Praxisbesonderheiten“

In Folge des Wegfalls der Richtgrößenvolumina werden im neuen Absatz 6 die Sätze 3 bis 6 aufgehoben. Zukünftig sollen auf Landesebene Vereinbarungen über die Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit ärztlich verordneten Leistungen getroffen werden. In der Gesetzesbegründung wird ausgeführt, dass es in diesem Zusammenhang keiner Festlegung von Praxisbesonderheiten für die Verordnung von Heilmitteln mehr bedarf.

Der Wegfall der Richtgrößenvolumina wird begrüßt.

Es sollte klargestellt werden, dass mit ärztlich verordneten Leistungen nicht Leistungen zur Teilhabe gemeint sind.

Der Wegfall der gesetzlich vorgesehenen Anerkennung von Praxisbesonderheiten wird hingegen abgelehnt. Ebenso wie die nach § 32 Abs. 1a Satz 1 genehmigten Heilmittel mit langfristigem Behandlungsbedarf im § 106b Abs. 4 (neu) berücksichtigt wurden, sollte dies auch für die Praxisbesonderheiten für die Verordnung von Heilmitteln gelten. Es wird vorgeschlagen § 106b Absatz 1 zu ergänzen: **„Praxisbesonderheiten bei der Verordnung von Heilmitteln sind zu berücksichtigen.“**

Mit dem Wegfall der bundesweiten Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V wäre zu erwarten, dass bei den Vertragsärzten die Furcht vor Regressen wieder auflebt in dem Maße, wie dies vor 2007 der Fall war. Damals war die Heilmittelversorgung für Versicherte mit besonderem Bedarf nicht flächendeckend gesichert und zudem je nach Region sehr unterschiedlich. Die Situation war so unbefriedigend, dass der Gesetzgeber 2012 im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes die bundesweiten Praxisbesonderheiten und die Regelung des § 32 Abs. 1a SGB V gemeinsam eingeführt hat. Es gab eine extrem ungleiche Behandlung von PatientInnen je nach Wohnort bzw. Bundesland.

Zwar entfallen jetzt die Richtgrößen, dennoch kann der behandelnde Arzt nicht einschätzen, ob der besondere Bedarf einiger Personengruppen mit Krankheiten oder Behinderungen, die bislang in der Liste der Praxisbesonderheiten erfasst waren, bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung anerkannt wird. Der verordnende Arzt benötigt aber die Sicherheit, um sein Regressrisiko zu minimieren und so die notwendigen Verordnungen ausstellen zu können. Nur so werden die Versicherten die notwendigen Behandlungen tatsächlich erhalten. Eine solche Regelung benötigen insbesondere Ärzte, die sich in besonderem Maße für schwerkranke und behinderte Patienten einsetzen.

Dazu kann die vorhandene und bewährte Liste der Praxisbesonderheiten 1:1 übernommen werden. Auf Grund der notwendigen Fachkompetenz und der Patientenbeteiligung würde es sich anbieten, diese Liste durch den gemeinsamen Bundesausschuss erstellen zu lassen.

Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass die Indikationen für die Praxisbesonderheiten mit denen nach § 32 nicht identisch, sondern komplementär sind.

Aus Sicht der DVfR können die Praxisbesonderheiten nicht ersatzlos entfallen, wenn die Versorgung nicht gefährdet werden soll.

6. Zu § 119c SGB V neu, § 120 SGB V und § 43c SGB V neu „Medizinische Behandlungszentren“

Die Einführung eines neuen § 119c SGB V wird begrüßt. Darüber hinaus werden folgende Anregungen gegeben:

Bei der Formulierung sollte anstelle des Begriffs Medizinische Behandlungszentren der Begriff **Medizinische Zentren** verwendet werden, um die notwendige Breite des fachlichen Angebotes (z. B. Diagnostik, Assessments, sozialmedizinische Beratung, Behandlungsempfehlungen, Zweitmeinung usw.) zum Ausdruck zu bringen.

Bei der Formulierung des Personenkreises sollten die Personen mit schweren körperlichen Behinderungen als Zielgruppe mit aufgenommen werden. Die Formulierung könnte lauten: **„Medizinische Zentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Körper- oder Mehrfachbehinderungen...“**.

In der Gesetzesbegründung (S. 107 des RefE vom 21.10.2014) heißt es: „...Die medizinischen Behandlungszentren sollen eine adäquate gesundheitliche Versorgung für Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, die das 18. Lebensjahr überschritten haben und die Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 Abs. 1 nicht mehr in Anspruch nehmen können, gewährleisten...“. Diese Formulierung könnte dahin missverstanden werden, dass ausschließlich solche Erwachsenen durch die Zentren behandelt werden sollen, die als Kinder oder Jugendliche vorher in einem SPZ behandelt worden sind. Hier wird eine Klarstellung empfohlen.

Die Einbeziehung der Zentren in die Finanzierung durch Pauschalen durch die Anpassung des § 120 SGB V wird begrüßt. Die multiprofessionelle und interdisziplinäre Arbeitsweise ist ohne Finanzierung durch Pauschalen nicht sicherzustellen.

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

Deshalb wird die Einfügung eines § 43c SGB V vorgeschlagen, der die nichtärztlichen Leistungen wie bei den SPZ ausdrücklich leistungsrechtlich absichert. Mindestens aber sollten die medizinischen Zentren im Umfang wie bei den SPZ zur Erstellung eines Behandlungs- und ggf. Teilhabeplans berechtigt sein.

Ein Formulierungsvorschlag für einen **§ 43c SGB V neu** könnte lauten:

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

7. Zu 103 Abs. 4 SGB V „Barrierefreiheit“

Die mögliche Berücksichtigung des barrierefreien Zugangs zu einer Praxis bei der Wiederbesetzung von Arztsitzen wird zwar begrüßt, reicht aber nicht aus, um ausreichende Barrierefreiheit in der gesundheitlichen Versorgung sicherzustellen. Insbesondere sollte der Begriff Barrierearmut, wie er in der Gesetzesbegründung verwendet wird, nicht genutzt werden, da er das weitere Vorhandensein von Barrieren verharmlost. Auch sollte klargestellt werden, dass bauliche Maßnahmen allein nicht ausreichend sind, Barrierefreiheit zu erreichen, sondern auch einfache Sprache, Kommunikationsunterstützung u.a. dazu gehören.

Für weitere Erläuterungen stehen wir gerne zur Verfügung

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann

- Vorsitzender der DVfR -