



Bundesverband  
Selbsthilfe  
Körperbehinderter e.V.

Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V., Kurfürstenstr. 131, 10785 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit  
Referat – 221  
11055 Berlin

per E-Mail: [221@bmg.bund.de](mailto:221@bmg.bund.de)

**Referentin für Gesundheits-  
und Sozialpolitik**  
Andrea Fabris

**Büro Berlin**  
Kurfürstenstr. 131  
10785 Berlin  
Tel.: 030 / 814 5268-50  
Fax: 030 / 814 5268-59  
E-Mail: [andrea.fabris@bsk-ev.org](mailto:andrea.fabris@bsk-ev.org)

**Sitz des Verbands**  
Altkrautheimer Straße 20  
74238 Krautheim  
Tel.: 06294 4281-0  
Fax: 06294 4281-79  
[www.bsk-ev.org](http://www.bsk-ev.org)

06.11.2020

## **Stellungnahme des Bundesverbandes Selbsthilfe Körperbehinderter (BSK e.V.) zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)**



Lieber Herr Hiddemann,

der Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V. (BSK) ist eine Selbstvertretungsorganisation von und für Menschen mit Behinderungen. Er vertritt seit mehr als 60 Jahren vorrangig Menschen mit Körperbehinderung und ist als einer der wenigen Behindertenverbände Verbandsklagebefugt.

Der BSK begrüßt einzelne Maßnahmen im Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung. Insbesondere die Regelungen zur Qualitätsentwicklung sind wichtig und richtig. Darüber hinaus stellt die Regelung zu den medizinischen Vorsorgeleistungen einen guten Weg dar, um hier noch mehr ein Auge auf Prävention zu legen.

Die Regelungen zur Verpflichtenden Berufshaftpflicht für Ärzte und Zahnärzte und Psychotherapeuten war überfällig. Jedoch scheint der Gesetzgeber hier ein paar Punkte vergessen zu haben.

Darüber hinaus muss gerade bei den Informationspflichten darauf geachtet werden, dass diese für alle barrierefrei einsehbar sind und somit auch und gerade den Regelungen der UN-BRK hier Rechnung getragen wird.

**So erreichen Sie uns:**  
Nollendorfsplatz (U1,U2, U3 und U4)  
  
Schillstraße (Bus 100, 106,187 und  
M29)  


**Geschäftskonto:**  
Sparkasse Neckartal-Odenwald  
BLZ 674 500 48 – Konto 40 70 751  
IBAN DE89 6745 0048 0004 0707 51  
BIC SOLADES1MOS

**Gemeinnützigkeit:**  
Gemeinnützigkeit  
zuerkannt durch das  
Finanzamt Öhringen  
Steuer-Nr.: 76001/30101



Mitgliedschaften des BSK:  
 



Im Einzelnen haben wir folgende Anmerkungen:

## Artikel 1

### Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

#### 1. § 23 med. Vorsorgemaßnahmen

Der BSK bewertet diese Änderung als positiv, da es hier nun hoffentlich zu einer Verbesserung der Versorgungssituation kommt und die Krankenkassen nicht mehr so häufig medizinische Vorsorgemaßnahmen ablehnen, da hier nun kein Ermessensspielraum mehr ist, wenn die Voraussetzungen vorliegen. Es kann nur im Sinne der Versichertengemeinschaft sein, dass eine Verschlimmerung von Erkrankungen ausbleibt bzw. verzögert wird.

Wir fordern hier jedoch eine Anpassung der in Satz 2 genannten Zuschüsse zur Kostenbeteiligung der Unterbringung am Kurort an heutige Preise. Der mögliche Zuschuss von 16€ täglich stellt keine wirkliche Entlastung dar. Vor allem für chronisch Kranke Versicherte sollte eine Anhebung des Betrages erfolgen, was bisher nur für chronisch kranke Kinder in Höhe von 25€ täglich ermöglicht wird (Abs. 2, S.3).

#### 2. § 27b Zweitmeinung

Gerade im Bereich der medizinischen Zweitmeinung ist es wichtig, dass die Ansprüche der Versicherten klar geregelt sind. Die Anreize Operationen durchzuführen die nicht oder nicht so medizinisch sinnvoll sind, bzw. andere Operationsmethoden womöglich besser geeignet sind, ist sehr hoch. Aus diesem Grund erscheint es sinnvoll, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) weitere Eingriffe festlegt, bei denen er es für sinnvoll erachtet, dass eine zweite Meinung eingeholt wird und somit die Versicherten einen Anspruch auf eine solche zweite Meinung haben. Dabei sollte der G-BA bei der Auswahl der neuen Zweitmeinungseingriffe auch die Wünsche und Empfehlungen der Betroffenen / Patientenorganisationen nach § 140 f SGB V mit einbeziehen.

#### 3. § 39d Hospiz- und Palliativnetzwerke

Grundsätzlich begrüßt der BSK die hier getroffene Regelung, dass die Netzwerkkoordination von Hospiz- und Palliativnetzwerke finanziell von Seiten der Krankenkassen unterstützt werden muss. Allerdings stellen sich für den BSK einige Fragen die hier so scheinbar nicht berücksichtigt worden. Zum einen wird in der Sozialgesetzgebung in der Regel nirgendwo von „Ballungsräume“ gesprochen. Hier sollte der Gesetzgeber entweder eine Legaldefinition einfügen oder aber klarer formulieren, was mit „Ballungsräumen“ gemeint ist. Außerdem sind die Netzwerke in ländlichen Räumen unseres Erachtens zu wenig berücksichtigt. Der erhöhte Aufwand der Koordination und Netzwerktaetigkeit, da es hier über eine

größere Fläche geht wird mit einer pauschalen Förderung nicht ausreichend berücksichtigt. Hier wünschen wir uns für diesen höheren Aufwand auch einen höheren Zuschuss.

Fraglich scheint hier jedoch, ob Finanzierungskoppelung an die Zusage der kommunalen Träger der Daseinsvorsorge in gleicher Höhe sinnvoll ist, da die finanziellen Ressourcen von Kommunen sehr unterschiedlich sind. Die Sicherstellung eines funktionierenden Netzwerkes zur Ermöglichung des Sterbens am Wohnort darf nicht abhängig vom finanziellen Wohl und Wehe der Kommune sein.

#### 4. § 95e: Berufshaftpflichtversicherung

Mit der Einführung des § 95e SGB V hat der Gesetzgeber eine lange überfällige Klarstellung der Notwendigkeit einer Haftpflichtversicherung der Ärzte vorgenommen. Immer häufiger begegnen uns in den Beratungen Probleme mit Ärzten die entweder gar keine oder eine zu niedrige Haftpflichtversicherung abgeschlossen haben. Aus diesem Grund ist es grundsätzlich zu begrüßen, dass nun eine schon in der MBO vorhandene Forderung für eine Berufshaftpflichtversicherung nun auch gesetzlich geregelt wird. Allerdings ist die Regelung bezüglich einer Änderung der Haftpflichtversicherung hier nicht stark genug. Die Kammern werden über Beendigung des Versicherungsverhältnisses oder Änderungen der Versicherungssumme nicht von den Versicherern automatisch unterrichtet. Da die Versicherungsprämien für eine Berufshaftpflichtversicherung im ärztlichen Bereich hoch sind, kann es trotz dieser Regelung dazu führen, dass Ärzte die Versicherungssumme reduzieren bzw. die Versicherung kündigen, ohne dass die jeweilige Kammer davon Kenntnis erlangt. Hier fordern wir eine Regelung ähnlich des § 25 Fahrzeug-Zulassungsverordnung (FZV) für die KFZ Haftpflicht.

**Diese Regelung konnte so aussehen:**

*Der Versicherer muss zur Beendigung seiner Haftung nach § 117 Absatz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes bzw. Änderung der Haftpflichtsumme dem zuständigen Zulassungsausschuss Anzeige erstatten, wenn eine nach diesem Gesetz entsprechende Berufshaftpflichtversicherung nicht oder nicht mehr besteht. Die Anzeige muss folgende Daten enthalten:*

- 1. den Namen und die Anschrift des Versicherers,*
- 2. den Namen und die Anschrift des Versicherungsnehmers,*
- 3. die Angabe, ob das Versicherungsverhältnis nicht oder nicht mehr besteht bzw. die Änderung der Haftpflichtsumme.*



## 5. § 136 a Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen

„Er trifft insbesondere Festlegungen zu Inhalt, Art und Umfang der für diesen Zweck zu verarbeitenden Daten sowie zu Inhalt, Art und Umfang der Veröffentlichung der Auswertungsergebnisse in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form.“

Es ist zu begrüßen, dass hier der G-BA Festlegungen treffen soll, wie und welche Qualitätsdaten veröffentlicht werden sollen. Jedoch wird hier nur auf eine verständliche Form hingewiesen. Wichtig ist jedoch, dass diese Daten nicht nur in verständlicher Form vorliegen, sondern eben auch barrierefrei einsehbar sind. Dazu gehört neben der barrierefreien Bedienbarkeit der Internetseite auch eine barrierefreie Darstellung bzw. sofern hier ausgedruckte Dokumente vorliegen sollten, diese auch in leichter Sprache. Der Gesetzgeber kann nicht davon ausgehen, dass Menschen mit kognitiven Einschränkungen, diese Informationen nicht interessieren. Darüber hinaus profitieren alle von einer möglichst einfachen und leichten Sprache bei der Aufarbeitung und Präsentation solcher Qualitätsdaten.

### **Der BSK fordert hier die Regelung mit folgender Ergänzung:**

*„Er trifft insbesondere Festlegungen zu Inhalt, Art und Umfang der für diesen Zweck zu verarbeitenden Daten sowie zu Inhalt, Art und Umfang der Veröffentlichung der Auswertungsergebnisse in einer für die Allgemeinheit verständlichen und barrierefreier Form. Dies beinhaltet insbesondere auch die Veröffentlichung in leichter Sprache und Gebärdensprache.“*

## 6. § 137a Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Dass Patientenbefragungen auch in digitaler Form jetzt durchgeführt werden können, ist zu begrüßen. Jedoch muss hier sichergestellt sein, dass diese Befragungen auch barrierefrei erfolgen, damit allen Patienten hier die Möglichkeit eröffnet wird an einer solchen Befragung teilzunehmen.

Der BSK fordert hier den Zusatz „barrierefrei“ anzufügen.

## 7. § 137d Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation

„Er ist verpflichtet, diese Ergebnisse einrichtungsbezogen, in übersichtlicher Form und in allgemein verständlicher Sprache im Internet zu veröffentlichen.“

Und auch hier kann der BSK nur die Veröffentlichung der Daten begrüßen. Jedoch ist auch hier sicher zu stellen, dass diese Daten im Internet barrierefrei veröffentlicht werden und für alle Menschen einsehbar sind. Das bedeutet, dass diese Daten eben auch in leichter Sprache und in Gebärdensprache zu veröffentlichen sind.

Der BSK fordert, die Barrierefreiheit explizit in den Gesetzestext mit auf zu nehmen.

**Unser Vorschlag:**

*„Er ist verpflichtet, diese Ergebnisse einrichtungsbezogen, in übersichtlicher Form und in allgemein verständlicher Sprache und barrierefrei im Internet zu veröffentlichen. Dies beinhaltet insbesondere auch die Veröffentlichung in leichter Sprache und Gebärdensprache, sowie in für Sehbehinderte und Blinde wahrnehmbarer Form.“*

Ein weiteres Problem stellt die Praxisrelevanz dar, da die Versicherten nur selten intensiv Einfluss auf die Auswahl der Rehakliniken nehmen bzw. nehmen können. Die Verlegung in AHB Kliniken erfolgt im Rahmen des Entlassmanagements und meist ohne Einbindung des Versicherten. Daher wird das Instrument in der Praxis eher für Vertragsverhandlungen zwischen Kassen und Leistungserbringern Anwendung finden, perspektivisch auch für Patienten nach elektiven Eingriffen, wenn sie die Anspruchsvoraussetzungen für die Kostenübernahme über die Krankenversicherung erfüllen. Hier müssen die Krankenkassen auch ihrer Verpflichtung, dass Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten zu beachten, nachkommen.

**8. § 277 Mitteilungspflichten**

„Der Medizinische Dienst hat den Versicherten die sie betreffenden Gutachten nach § 275 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 schriftlich oder elektronisch in vollständiger Form zu übermitteln.“

Sehr häufig werden die Gutachten des Medizinischen Dienstes den Patienten entweder nicht oder nicht vollständig zur Verfügung gestellt. Gerade bei Fragen eines Behandlungsfehlerverdacht stellt das Gutachten des medizinischen Dienstes sehr häufig einen wichtigen Baustein dar. Aber auch andere Gutachten, so z.B. bei Beantragung von Hilfsmitteln oder im Rahmen des Krankengeld Fall Managements sind wichtig für die Patienten und können helfen zum einen Transparenz bei den Entscheidungen der Krankenkassen zu schaffen und den Patienten Hilfestellung zu bieten bei der Formulierung eines Widerspruches. Jedoch gilt auch hier wieder die Einhaltung der Barrierefreiheit. Dokumente die, elektronisch oder schriftlich, übermittelt werden, müssen barrierefrei sein. Ansonsten ist es Menschen mit Einschränkungen nicht möglich diese Dokumente auch zu lesen. Darüber hinaus, sollte es eine Zusammenfassung des Gutachtens in einfacher Sprache geben. Sehr gut bewährt haben sich z.B. die Übersetzung von Entlassberichten aus Krankenhäusern über das Portal „was hab ich.de. Hier werden in Zusammenarbeit mit Kliniken neben den Standard Entlassberichten auch noch Entlassberichte gefertigt, die in gut verständlicher Sprache die Behandlungsmaßnahmen, Medikationen und anderes erläutern. Dies sollte gerade auch für Gutachten zum Standard gemacht werden.



Die Langjährige Forderung nach einer Beweislastumkehr bei Behandlungsfehlern wollen wir hier noch einmal bekräftigen. Auch wenn eine Verankerung in SGB V nicht möglich ist, so sollte sich der Gesetzgeber dazu endlich einmal klar positionieren und den Wissensvorsprung, den Ärzte bei solchen Prozessen haben, dadurch ausgleichen, dass hier eine Beweislastumkehr gilt.

**Unser Vorschlag:**

*„Der Medizinische Dienst hat den Versicherten die sie betreffenden Gutachten unaufgefordert nach § 275 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 schriftlich oder elektronisch in vollständiger Form zu übermitteln. Die Gutachten müssen dem Versicherten barrierefrei zur Verfügung gestellt werden.“*

Der BSK e.V. begrüßt die grundsätzliche Stoßrichtung des Gesetzentwurfes, jedoch sollte der Gesetzgeber immer auch die Barrierefreiheit im Blick haben und diese auch entsprechend in den gesetzlichen Normen immer anmahnen.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit in diesem Rahmen unsere Positionen darlegen zu können und freuen uns auf eine weitere Einbindung in den Prozess. Gerne stehen wir Ihnen mit unserer Expertise für ein Gespräch zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Andrea Fabris  
Referentin für Gesundheits-  
und Sozialpolitik

Gerwin Matysiak  
Bundesvorsitzender