

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung

11011 Berlin

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0248(29)
vom 20.06.03

15. Wahlperiode**

22.10.03

***Stellungnahme der DVfR zum
Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (GMG)***

Ds 15/1170

Anhörung und Schreiben vom 12.6.2003

Sehr geehrte Abgeordnete,
Sehr geehrte Damen und Herren,

die in der DVfR vertretenen Mitglieder, die Verbände der Menschen mit Behinderungen, der Sozialleistungsträger, Rehabilitationsleistungserbringer und Rehabilitationsexperten teilen viele Zielsetzungen des Gesetzesvorhabens zur Neuordnung des Gesundheitssystems.

Unsere Detailvorschläge zum vorgelegten Gesetzentwurfes (s. Anlage) konzentrieren sich insbesondere auf die Belange von Menschen mit chronischen Krankheiten und Behinderungen.

Unabhängig von Details mahnt die DVfR jedoch an, folgende Aspekte grundsätzlich stärker zu berücksichtigen:

- Die Gesundheitsversorgung muss armutssicher gestaltet werden. Alle im Hinblick auf Leistungsausschlüsse und Eigenbeteiligungen getroffenen Regelungen müssen dahingehend überprüft werden, ob für Menschen mit geringem Einkommen oder mit Sozialhilfebezug eine Erkrankung, chronische Krankheit oder Behinderung zu einem Armutsrisiko wird oder zu Leistungsausgrenzungen führen kann. Deshalb muss Gesundheitsversorgung die Zielgruppe der besonders bedürftigen Menschen, u. a. Menschen mit Behinderungen und chronischen Krankheiten, und damit korrelierten ungünstigen Lebenslagen und Risikokumulation in besonderer Weise berücksichtigen und entsprechende Schutzvorkehrungen treffen. Insofern sollten Eigenbeteiligungen mit Sozialklauseln im bisherigen Umfang Vorrang vor Leistungsausgrenzungen haben. (vgl. §§ 27, 33 Abs. 1, 34, 61, 62)
- Patientensouveränität und die Patientenbeteiligung muss deutlicher und durchgängig gestärkt werden. Dies gilt insbesondere für die Wahlmöglichkeiten des Einzelnen als auch für die Vertretung der Patienten und Betroffenen in den Gremien, die für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung zuständig sind wie Bundesausschuss u. a. (vgl. §§ 32, 33, 67, 106b Abs.5, 139 a u. a.)
- Die Leistungen des Gesundheitssystems sind stärker auf die Rehabilitation und die Verbesserung der Teilhabemöglichkeiten auszurichten. Die Aufgaben der Beteiligten, insbesondere der Krankenkassen sind zu präzisieren (vgl. §§ 2a SGB V, 27, 40, 106 b)
- Die Förderung des Hausarztmodells sollte auf freiwilliger und nicht negativ sanktionierender Grundlage erfolgen. Der Patient sollte seinen Lotsen, auch Facharzt, selbst wählen können. Die Qualifikation der Hausärzte ist nachhaltig zu verbessern. Die Grenzen der Leistungsfähigkeit von Hausärzten, z. B. im Hinblick auf qualifizierte Rehabilitation sind zu beachten. Die Versorgung muss als Netzwerk organisiert werden unter Integration von Rehabilitation und Prävention durch geeignete Partner (vgl. §§ 28, 67, 106 b, 119 a)
- Wichtige Leistungen für behinderte Menschen sind zu erhalten oder auszubauen. Dazu gehören u. a. die Barrierefreiheit aller Einrichtungen des Gesundheitswesens, die Beseitigung des veralteten Häuslichkeitsbegriffs, die Einbeziehung der Kompetenzen von Einrichtungen in die vertragsärztliche Versorgung. (vgl. §§ 27, 32, 33, 40, 87, 106 b, 116 b, 119 a, 140 b)
- Statt unausgereifter Ermöglichung von Dumpingpreisen für Heil- und Hilfsmittel und die Einschränkung der Wahlfreiheit durch finanzielle Sanktionen ohne Qualitätsabsicherung müssen die vorhandenen Einsparpotentiale genutzt, die Qualitätssicherung verbessert und die Wahlfreiheit des Behandlers/des Hilfsmittelversorgers für den Patienten sowie die Behandlungsmöglichkeiten im bisherigen Umfang für Menschen mit chronischer Krankheit und Behinderung erhalten bleiben. (vgl. §§ 32, 33, 139 SGB V)

Bitte berücksichtigen Sie diese Vorschläge bei der Weiterentwicklung des GMG. Wir stehen gern für den künftigen Dialog über weitere Möglichkeiten der Verbesserung der Gesundheitsversorgung, der Rehabilitation und der Teilhabe für Menschen mit Behinderungen und chronischen Krankheiten zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Dr. Paul W. Schönle
– Vorsitzender des Vorstands der DVfR –

(per E-Mail ohne Unterschrift)

Anlage: Stellungnahme der DVfR

Stellungnahme

zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (GMG)

Zu Artikel 1 – Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Zu § 2

Neu: Der § 2 wird ergänzt mit:

§ 2a Leistungen für chronisch kranke und behinderte Menschen

- (1) Die Leistungen der Krankenbehandlung nach diesem Buch dienen auch dem Ziel,
 1. Behinderungen einschließlich chronischer Erkrankungen abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder
 2. 2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mildern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern.
- (2) Die Krankenkassen prüfen deshalb bei der Gewährung von Leistungen nach diesem Buch, ob Leistungen zur Teilhabe im Sinne des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) voraussichtlich erfolgreich sind.
Sie sind dafür verantwortlich, dass der individuelle Rehabilitationsbedarf im Sinne der §§ 10, 14 Abs. 5 SGB IX unverzüglich festgestellt und das notwendige Verwaltungsverfahren so durchgeführt wird, dass die erforderlichen Leistungen zur Teilhabe nahtlos und zügig erfolgen können.
- (3) Behinderte und chronisch kranke Menschen, für die die Absätze 1 und 2 anzuwenden sind, sind solche, deren Behinderung nach § 69 SGB IX oder deren Behinderung oder chronische Erkrankung durch Bescheid eines Sozialleistungsträgers im Sinne der §§ 18-29 SGB I festgestellt ist.
- (4) Die Krankenkassen vereinbaren in Rahmenverträgen nach § 21 SGB IX, mit welchen Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach § 26 Abs. 3 Nr.1 bis 7 SGB IX sie die strukturierten Behandlungsprogramme bei chronischen Erkrankungen (§ 137 f SGB V) wirksam ergänzen.

Begründung:

Es ist erforderlich, die Regelungen des SGB IX explizit in die einzelnen Leistungsgesetze zu übernehmen. Der Feststellung des Rehabilitationsbedarfes kommt eine entscheidende Steuerungswirkung für viele Sozialleistungen und ihre Vermeidbarkeit zu. Die Krankenkassen sollten hier, da sie häufig als erste Leistungsträger von Krankheiten und Behinderungen erfahren, beauftragt werden, frühzeitig die notwendigen Feststellungen für die weiteren Leistungen zur Teilhabe treffen.

Der Vorschlag beruht auf einem Ergebnis der Arbeitsgruppe Gesundheitsreform beim Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Behinderten.

Zu § 27

Ergänzung: § 27 Abs. 1 Satz 3 soll lauten:

„Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit psychischen Krankheiten, chronischen Krankheiten oder Behinderungen Rechnung zu tragen, ...“

Begründung:

Eine Beschränkung der Anerkennung besonderer Bedürfnisse auf psychisch kranke Menschen wie bisher ist nicht mehr zeitgemäß. Zur Vermeidung von Benachteiligungen und zur expliziten Beauftragung der Leistungsträger und –erbringer ist diese deklaratorische Formulierung erforderlich. Sie entspricht einer von den Fachverbänden der Behindertenhilfe seit langem erhobenen Forderung.

Zu § 28

Ergänzung: § 28 Abs. 1 Nr.1 nach „in Notfällen“ wird angefügt:

„oder bei Inanspruchnahme eines vom Patienten mit chronischer Krankheit oder Behinderung als Hausarzt gewählten Facharztes.“

Begründung

Diese Ergänzung ist erforderlich, da für die genannte Patientengruppe häufig ein Facharzt die Lotsenfunktion ausüben sollte. Zudem sollte der Patient die Frage, von wem er zusammenhängend und umfassend beraten und behandelt werden möchte, selbst entscheiden können.

Zu § 31 Abs. 3

Der im Entwurf nach cc) angefügte Satz: „Für Versicherte, die nach § 61 Abs. 2-5 unzumutbar belastet würden, tritt an die Stelle der in den Sätzen 1 und 4 genannten Beträge 1 Euro“ wird gestrichen.

Begründung:

Diese Regelung stellt eine erhebliche zusätzliche Belastung für die genannten Patientengruppen dar. Hier besteht, z. B. für Menschen, die Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen oder in einer Einrichtung der Behindertenhilfe mit einem Taschengeld leben, keinerlei Spielraum. Zumal häufig mehrere Medikamente eingenommen werden müssen und dazu auch etwa Verbandmittel bei chronischen Wunden oder behinderungsbedingten Hautschäden gehören. Diese Regelung führt zur Nichtinanspruchnahme auch notwendiger Leistungen und bedeutet eine Gefährdung der Gesundheit und der Teilhabe dieser ohnehin schon besonders gefährdeten Bürgergruppen. Eine Auffangmöglichkeit im Rahmen der Sozialhilfe ist schwierig organisierbar.

Zu § 32 Abs. 1

Änderung: § 32 Abs.1 soll folgende Fassung erhalten:

„Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln, soweit sie nicht nach § 34 SGB V ausgeschlossen sind. Bieten Leistungserbringer im Rahmen eines Vertrages nach § 125 Abs. 2 SGB V Leistungen billiger an als andere Leistungserbringer, sind die Versicherten von ihrer Krankenkasse auf dieses Angebot hinzuweisen.“

Begründung:

Die im GMG-Entwurf vorgesehene Regelung ist realitätsfremd und für Patienten nicht akzeptabel und führt zu keiner Versorgungsverbesserung:

1. Es bestehen keine ausreichenden praktisch nachprüfbaren Qualitätskriterien für Heilmittel, um die Vergleichbarkeit der Leistungen zu beurteilen und so zu verhindern, dass die billigere Leistung zugleich von minderer Qualität ist.
2. Es werden nicht ausreichend Leistungsanbieter mit niedrigeren Preisen für alle Patienten zur Verfügung stehen – welcher Patient soll dann welche Leistung zu welchem Preis erhalten?
3. Die Behandlung durch Therapeuten der Fachrichtungen Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie ist hochgradig Vertrauenssache. Therapeuten sind, ähnlich wie Ärzte, nicht beliebig austauschbar. Die vorgesehene Regelung entspricht in keiner Weise den Bekundungen der Stärkung der Patientensouveränität, d. h. auch der Eröffnung von Wahlmöglichkeiten.
4. Der Spielraum für gleiche Leistung zu geringeren Preisen erscheint im Heilmittelsektor sehr gering.

Vertretbar hingegen ist, einen Preiswettbewerb grundsätzlich zuzulassen und dem Patienten eine Wahlmöglichkeit einzuräumen.

Die Heilmittelrichtlinien bedürfen dringend einer Überarbeitung. Dies würde bedeutende Kosteneinsparungsmöglichkeiten bei Heilmitteln eröffnen. Positive Effekte auf die Effizienz (Kosten-Nutzen-Verhältnis) sind darüber hinaus zu erzielen durch:

- Definition weiterer Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer
- verbesserte, frei zugängliche Präventionsangebote
- Änderungen des Sportunterrichtes und der betrieblichen Gesundheitsförderung
- Vernetzung mit Rehabilitationsangeboten
- Ausbau der rehabilitativen Nachsorge

- Ausbau ambulanter und mobiler Rehabilitationsangebote
- Nutzung von Synergieeffekten mit Leistungen der Sozialhilfe und der Altenhilfe (z.B. Sturzprävention)
- Frührehabilitation am Krankenhaus
- Rehasport und Funktionstraining

Notwendig ist ferner eine intensive Evaluation der Therapieverfahren und eine angemessene Versorgungsforschung als Voraussetzung für eine bessere Steuerung des Heilmittleinsatzes. Die Ausbildung der verordnenden Ärzte ist zu verbessern. In der Rehabilitation erfahrene Fachärzte (für physikalische und rehabilitative Medizin) sollten an der fachärztlichen Versorgung beteiligt werden.

Zu § 33 Abs. 1 und Abs. 2

Vorschlag zu § 33 Abs. 1:

Die Änderungen des Abs. 1 nach a) werden gestrichen. Der bisherige Wortlaut des Abs. 1 bleibt erhalten.

Begründung:

Die Herausnahme von Sehhilfen aus dem Versorgungskatalog bedeutet eine übermäßige Belastung der Versicherten. Eine Berücksichtigung der Sehhilfen einschließlich der Gestellkosten von höchstens € 20 in § 61 und § 62 SGB V ist sinnvoll.

Vorschlag zu § 33 Abs. 2:

Die Änderungen des Abs. 2 Satz 2 nach b) werden gestrichen. Der bisherige Wortlaut bleibt erhalten.

Begründung:

1. Für individuell angepasste oder individuell gefertigte Hilfsmittel fehlen hinreichende Qualitätsstandards, um eine Leistung im Hinblick auf unterschiedliche Preise exakt zu vergleichen. Ein leistungs- und qualitätsminderndes Preisdumping darf nicht zugelassen werden.
2. Die individuelle Anpassung oder Fertigung von Hilfsmitteln setzt ein hohes Vertrauensverhältnis, viel Erfahrung und oft eine jahrelange Kooperation zwischen Patient und Anbieter, oft auch mit dem verordnenden Arzt voraus.
3. Der Patient muss ggf. gemeinsam mit dem verordnenden Arzt und dem behandelnden Therapeuten den für ihn geeigneten Anbieter selbst aussuchen können. Eine andere Lösung würde seine Souveränität erheblich beschneiden und zudem den Erfolg der Hilfsmittelversorgung gefährden.
4. Der Spielraum für hohe und notwendige Qualität zu niedrigeren Preisen erscheint derzeit gering.

Es bestehen allerdings erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven und gravierende Qualitätsmängel, die dringend zu beseitigen sind. Dazu ist u. a. eine verbesserte Transparenz des Marktgeschehens und der Ausgaben für Hilfsmittel insbesondere bei den Krankenkassen erforderlich.

Die Möglichkeiten des § 127 Abs. 3 SGB V (Preisvergleiche und –informationen über Hilfsmittel) und die Möglichkeiten des Wiedereinsatzes von Hilfsmitteln werden durch die Krankenkassen zur Zeit nicht oder nicht ausreichend genutzt.

Dies gilt u. a. für Geräte zur unterstützen Kommunikation sowie für elektronische Steuerungen.

Zur Nutzung der Wirtschaftlichkeitsreserven und zur Qualitätssteigerung im Hilfsmittelbereich ist eine Änderung des § 139 SGB V neu (GMG) erforderlich:

Vorschlag: Einführung eines §139 Abs. 3:

§ 139 Absatz 3 neu sollte lauten:

„(3) Für die Versorgung mit Hilfsmitteln, die individuell angepasst oder individuell gefertigt werden, werden Kriterien für die notwendige Prozessqualität der Versorgung durch den Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 SGB V festgelegt. Diese regeln insbesondere die Aufgaben des verordnenden Arztes, das Zusammenwirken mit dem Leistungserbringer, den Antrag auch im Hinblick auf die Erfordernisse nach § 31 SGB IX, ggf. nach § 55 SGB IX sowie ggf. nach § 40 SGB XI, die Kontrolle nach Auslieferung, die Anpassung und Schulung, die Berücksichtigung des Kontextes und die Beteiligung des Patienten sowie ggf. anderer Berufsgruppen. Die Aufgabe des Hilfsmittels ist unter Verwendung der ICF zu formulieren. Die Verwendung von Leitlinien ist anzustreben.“

Zu § 34 Abs. 1

Vorschlag: Streichung der Neufassung nach a) aa) und bb).

Begründung:

Die Tatsache der Nichtverschreibungspflichtigkeit von Arzneimitteln birgt keine medizinisch oder ökonomisch brauchbare Trennschärfe. Vielmehr steht zu befürchten, dass auf verschreibungspflichtige, teure, zudem oft nebenwirkungsreichere Medikamente ausgewichen wird. Zudem werden Arme, chronisch Kranke und Behinderte überfordert und von diesem Bereich der Arzneiversorgung ganz ausgeschlossen, da im Rahmen geringer Einkommen oder bei Bezug von Hilfe zum Lebensunterhalt oder zur Eingliederung keinerlei Spielraum für die Übernahme zusätzlicher Kosten besteht. Diese Vorschrift stellt somit eindeutig eine Benachteiligung chronisch kranker und behinderter und ärmerer Menschen dar.

Alternativer Vorschlag, wenn dies nicht konsensfähig ist:

In den neuen Absatz 1 (nach a) aa) wird nach Satz 2 eingefügt:

„Satz 1 gilt ebenfalls dann nicht, wenn ein solches Arzneimittel ärztlich verordnet wird und die Voraussetzungen nach § 61 oder § 62 SGB V für die vollständige oder teilweise Befreiung erfüllt sind.“

Begründung:

Eine solche Vorschrift würde zumindest sicherstellen, dass Menschen mit geringem Einkommen nicht zusätzlich belastet werden.

Zu § 37 Abs. 1 SGB V (alt)

Abs. 1 SGB V alt wird folgendermaßen geändert:

Die Wörter „in ihrem Haushalt oder ihrer Familie“ werden gestrichen.

Begründung:

Vielfach haben die Verbände der Behindertenhilfe auf die Tatsache hingewiesen, dass der Häuslichkeitsbegriff überholt ist. Für ein künftiges leistungsfähiges und wirtschaftliches Sozial- und Gesundheitssystem darf es für die Gewährung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege oder anderer Leistungen in Zukunft nicht mehr auf den Wohn- oder Lebensort ankommen, sondern lediglich auf den Bedarf des Betroffenen. Nur so lassen sich Verschiebebahnhöfe vermeiden und sinnvolle Synergien entwickeln, z. B. im Bereich stationärer Hilfen. Nur so können Menschen mit Behinderungen im betreuten Wohnen oder in Wohngemeinschaften mit Heimstatus auf Dauer versorgt werden und nur so sind ambulante Angebote auf Dauer sachgerecht und wirtschaftlich aufrecht zu erhalten.

Derzeit sind ca. 180.000 Menschen in Einrichtungen der Behinderten- und Jugendhilfe von der häuslichen Krankenpflege ausgeschlossen. Vor allem in kleinen betreuten, familienähnlichen Einrichtungsstrukturen können eigene Pflegekräfte nicht vorgehalten werden. Durch die Einführung der Fallpauschalenvergütung im Krankenhaus wird sich das Problem verschärfen.

Zu § 40 Abs. 1 SGB V (alt)

Änderung zu § 40 Abs. 1 letzter Satzteil : dieser sollte lauten:

„...erforderlich ist, **durch** wohnortnahe Einrichtungen erbringen“.

Begründung:

Der Ersatz des Wortes „in“ durch „durch“ ist notwendig, da unter Berufung auf die bisherige Fassung sämtliche Leistungen außerhalb eines Gebäudes einer ambulanten Rehabilitationseinrichtung von einigen Krankenkassen als nicht zulässig angesehen wurden. So wurden mobile und aufsuchende Leistungen der Rehabilitation (diagnostische Hausbesuche, Mobile Rehabilitation etc.) aus formalen Gründen abgelehnt und so eine Weiterentwicklung der ambulanten Rehabilitation verhindert. Diese Klarstellung hat i. Ü. keinen verpflichtenden und insofern keinen leistungsausweitenden Charakter. Eine Änderung des Gesetzestextes würde hier eine Klarstellung bedeuten. Allerdings ist auch die Argumentation der Krankenkassen auf Grund eines zu engen Einrichtungsbegriffes nicht stichhaltig.

Zu § 40 Abs. 5 SGB V (alt)

In Absatz 5 sollte Satz 1 lauten:

„Versicherte, die eine Leistung nach Abs. 1 in Anspruch nehmen und das achtzehnte Jahr vollendet haben, zahlen je Kalendertag 4 Euro an die Einrichtung, bei Inanspruchnahme von Leistungen nach Abs. 2, 9 Euro, sofern sie nicht nach § 61 oder § 62 befreit sind.“

Begründung:

Der mangelnde Aufbau ambulanter Rehabilitation, die erhebliche Kostenvorteile bei gleicher Wirksamkeit aufweist, macht eine Begünstigung gegenüber der stationären Rehabilitation durch das Absenken des Eigenanteils von 9 auf 4 Euro erforderlich. Diese Regelung erscheint auch sachgerecht, da Kosten für Frühstück und Abendessen, für die Pflege und Versorgung, die Übernachtung und oft die Beförderung von den Betroffenen bzw. ihren Familien getragen werden. Arme, chronisch Kranke und behinderte Menschen sind ohnehin in der Regel bei Zuzahlungen überfordert.

Zu § 60 Abs. 2

Die vorgesehene Neufassung des § 60 Abs. 2 nach b) bb) des Entwurfes wird erhebliche Schwierigkeiten und Ärger in der Praxis bereiten.

Begründung

Die Beurteilung, ob ein im Haushalt lebender Angehörige die Beförderung übernehmen kann, ist sehr schwer bzw. unmöglich. Deshalb wird die Änderung als nicht praktikabel angesehen. Wahrscheinlich ist eine Antragsregelung für einen bestimmten Zeitraum sinnvoller, da es sich in der Regel um in einem begrenzten Zeitraum, z. B. einer Behandlung, wiederkehrende Fahrten handelt oder für einen gewissen Zeitraum vorher festgestellt werden kann, ob überhaupt eine Hilfemöglichkeit in der Familie besteht. Bei der Festlegung von Kriterien ist folgendes zu beachten: Zumutbar ist eine Fahrt bis zu 1 Stunde Fahrdauer mit öffentlichen Verkehrsmitteln. Den besonderen Anforderungen an die Beförderung behinderter und kranker Menschen ist Rechnung zu tragen. Die Entscheidung über die Eignung eines Transportmittels muss ggf. der behandelnde Arzt treffen.

Zu § 61 Abs. 1

§ 61 Abs. 1 Nr. 1 und 2: Es sollte die alte Fassung des SGB V beibehalten werden. Allerdings sollte in Abs. 1 Satz 1 das Wort „stationären“ gestrichen werden.

Begründung

Vgl. Begründung zu § 31: Benachteiligung von chronisch kranken und behinderten Menschen.

Bei der Streichung des Wortes stationär handelt es sich um eine redaktionelle Klarstellung, die entsprechend in der Praxis schon umgesetzt ist.

Zu § 62 Abs. 1 und 2 a

§ 62 Abs. 1: Es sollte die alte Fassung des SGB V beibehalten werden. Jedoch sollte in Satz 1 nach „Heilmitteln“ ergänzt werden „sowie zu Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen analog § 61 Abs.1 Nr. 1“.

Begründung

Die Einführung einer generellen Zuzahlung von mindestens 1 % des Bruttoeinkommens ist sozial ungerecht. Die Zuzahlungen treffen arme, chronisch kranke und behinderte Menschen über die Maßen, denn bei weitem werden sie nicht alle durch § 61 SGB V (Härtefälle, vollständige Befreiung von Zuzahlungen) erfasst. Wegen der Krankheit oder Behinderung müssen sie erheblich mehr für gesundheitsbezogene Leistungen aufwenden. Bei einem Bruttoverdienst von 30000 € im Jahr sind dies 300 €, die zusätzlich zu den ohnehin notwendigen Leistungen zur Bewältigung chronischer Krankheiten und Behinderungen aufgewendet werden müssen.

Diese Regelung führt faktisch in vielen Fällen dazu, dass notwendige Leistungen nicht in Anspruch genommen werden. Dies beeinflusst die Compliance wesentlich. Nicht zuletzt sind chronisch kranke und behinderte Menschen in besonderem Maße von Langzeitarbeitslosigkeit und anderen ungünstigen Lebenslagen betroffen und damit den entsprechenden Einschränkungen in der Lebensführung ausgesetzt. Betroffen sind auch Menschen dicht oberhalb der Armutsgrenze (selbst Sozialhilfebezug führt nur bei etwa 50 % der Bezieher aus der Armutszone heraus), da in den unteren Einkommensschichten keine finanziellen Spielräume für zusätzliche Gesundheitsausgaben bestehen. Auf den Armutsbericht der Bundesregierung und div. Berichte zur Kinderarmut, Sozialberichte von Kommunen und Kirchenkreisen sowie Berichte zur gesundheitlichen Lage in Abhängigkeit von der sozialen Schicht und dem damit verbundenen Problem der sozialen Ausgrenzung wird verwiesen.

Notfalls könnte sich die teilweise Befreiung auch nur auf die Ausgaben bis zu einer Grenze von 1 % im zweiten Jahr beziehen, die auf die Behandlung der chronischen Krankheit oder die der Behinderung zugrundeliegenden oder assoziierten Krankheiten entfallen.

Die Befreiungsregelung könnte an die Bonusbedingungen nach § 62 a gebunden werden.

§ 62 Abs. 2 a sollte in der alten Fassung SGB V beibehalten werden.

Begründung

Grundsätzlich sollte bei allen Zuzahlungsregelungen an die begrenzte Belastbarkeit von chronisch kranken und behinderten Menschen gedacht werden. Dies gilt auch für den Zahnersatz.

Zu § 67 Abs. 1

§ 67 Abs. 1 wird ergänzt um folgende Wörter:

„Als Hausarzt gilt auch der von einem Patienten mit chronischer Krankheit oder Behinderung als Hausarzt gewählte und entsprechend zugelassene Facharzt“
Die Wörter in Satz 2 „mindestens ein Jahr“ werden ersetzt durch „in der Regel mindestens 1 Jahr“.

Begründung:

Manche speziellen chronischen Krankheiten oder Behinderungen machen die Führung der Behandlung und die Koordination durch einen Facharzt erforderlich, z. B. bei onkologischen oder rheumatischen Erkrankungen. Dies gilt auch oft für Menschen mit seltenen Erkrankungen oder Menschen mit Behinderungen. Die Zeitspanne, sich auf ein Jahr für einen Hausarzt festzulegen, kann im Einzelfall zu lange sein, insbesondere für Menschen mit hoher Mobilität, bei Vertrauenskrisen etc. Die erwünschten Effekte können auch bei kürzerer Zeit erreicht werden.

Grundsätzlich sollte gelten: Das Aufsuchen von Lotsen sollte belohnt und nicht bestraft werden. Jedoch erscheinen weitere Überlegungen notwendig, wie die Steuerungsfunktion in der Praxis sachgerecht und zielführend ausgeübt werden kann.

Die allgemeinmedizinischen Aufgaben und die Lotsenfunktion müssen im Hinblick auf die Rehabilitation und Gewährleistung aller Leistungen zur Teilhabe differenziert gesehen werden. Die Lotsenfunktion umfasst organisatorisch-koordinierende, steuernde, vernetzende Aufgaben einschließlich Screening, Assessment etc.. Ziel ist eine optimale Vernetzung u. a. mit Fachärzten einschl. der Fachärzte für medizinische und physikalische Rehabilitation, Arbeitsmedizinern, Pflegekräften, Therapeuten, Beratungsstellen. Ein ganzheitliches, integriertes Versorgungsnetz ist notwendig.

Die Allgemeinmedizin kann eine solche Lotsenfunktion u. U. ausüben, jedoch nicht immer bei speziellen Problemen, seltenen Erkrankungen und/oder Behinderungen und beinhaltet auch nicht die Durchführung der Rehabilitation selbst.

In der Praxis ergeben sich z. T. erhebliche Probleme: Barrierefreie Praxen fehlen in der Breite für mobilitätsbehinderte Patienten. Das Überweisungsverhalten des Hausarztes ist derzeit mangelhaft. Netzwerke bestehen nicht oder nicht vollständig. Unter diesen Bedingungen sollte die Einschreibung ins Hausarztmodell nur positiv gefördert, deren Unterlassung aber nicht negativ sanktioniert werden und streng freiwillig erfolgen.

Zu § 72 Abs. 1

§ 72 Abs. 1 Satz 1 neu : nach „Psychotherapeuten“ wird eingefügt: „ärztlich geleiteten Einrichtungen“

Begründung

Dies ist zur Klarstellung und Vollständigkeit notwendig.

Zu § 87 Abs. 2a

§ 87 Abs. 2a neu wird ergänzt um folgende Wörter.

„Bei der Vergütung ist ein behinderungsbedingter Mehraufwand angemessen zu berücksichtigen.“

Begründung:

Wie bereits häufig vorgetragen verursachen Menschen mit schweren Behinderungen häufig einen enormen Mehraufwand, insbesondere bei der Anamnese, der Untersuchung, bei Behandlungsmaßnahmen v. a. bei mangelnder Mitwirkungsfähigkeit, bei Spastizität, bei fehlender aktiver Sprache . Bislang wurde ein entsprechender Mehraufwand nicht angemessen berücksichtigt, dies führt zu Engpässen bei der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen, insbesondere im fachärztlichen Bereich.

Zu § 92 Abs. 1

Satz 2 (neu): die Wörter „oder die Wirtschaftlichkeit“ sind zu streichen.

Begründung:

Die Wirtschaftlichkeit kann nicht isoliert bewertet werden, allenfalls ein Kosten-Nutzen Verhältnis (Effizienz). Ein eigenständiges, isoliertes Bewertungskriterium Wirtschaftlichkeit ist für das Gesundheitswesen abzulehnen: wie soll der verhinderte Tod oder verhindertes Leiden weniger Menschen bewertet werden ??

Ferner bestehen eine Reihe von grundsätzlichen Problemen, z. B.:

Der Bundesausschuss verfügt über keine ausreichende Kompetenz, um über Wirtschaftlichkeit z. B. im Sinne einer volkswirtschaftlichen Betrachtungsweise, entscheiden zu können.

Die Datenlage, v. a. bei neuen Behandlungsformen aber auch bei gebräuchlichen Therapien ist im Hinblick auf ökonomische Fragen unzureichend. Eine etablierte gesundheitsökonomische Forschung ist nicht ausreichend für alle relevante Fragestellungen verfügbar. Die finanziellen Mittel werden dafür auch nicht öffentlich ausreichend bereitgestellt. Sollen gesundheitsökonomische Analysen privat finanziert werden, werden innovative kleinere Firmen oder nicht industriell vermarktbar Leistungen ausgeschlossen. Therapieverfahren, die keinen Unternehmensgewinn versprechen, z. B. neue Formen der Physiotherapie, Akupunktur etc. werden mangels Forschungsressourcen nicht angemessen bewertet werden können.

Zu § 106 b Abs. 1, 2 und 5

§ 106 b Abs. 1 neu wird ergänzt um einen Punkt 4:

„4. geeigneten Ärzten an Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Einrichtungen der Behindertenhilfe, ärztlich geleiteten Einrichtungen und vergleichbaren Einrichtungen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Ärzten unter Beachtung der Kriterien von Spezialisierung und Wohnortnähe nicht sichergestellt ist.“

Begründung:

Gerade in den genannten Spezialeinrichtungen bestehen oft besondere Kenntnisse oder Behandlungsmöglichkeiten und Erfahrungen, die für die Patienten außerhalb solcher Einrichtungen unbedingt nutzbar gemacht werden sollten. U. a. kann die fachärztliche Versorgung in strukturschwachen Regionen durch Einbezug der Rehabilitationskliniken in die ambulante Versorgung nachhaltig verbessert werden.

Diese Regelung verbessert die Umsetzung rehabilitativer Orientierung in der kurativen Versorgung und macht in vielen Regionen Rehabilitation wohnortnah niedrighschwellig verfügbar. Die Versorgung in strukturschwachen Gebieten wird dadurch ggf. verbessert.

Die Regelung ist auch erforderlich, um Menschen mit Behinderungen fachgerecht versorgen zu können, wenn eine Zulassung nach § 119 a SGB V (neu) nicht möglich ist. Nicht zuletzt kann auf diese Weise die Forderung der Behindertenverbände nach Behandlung durch Spezialisten für seltene Erkrankungen zumindest teilweise erfüllt werden. Eine gesetzliche Regelung ist notwendig, da die Selbstverwaltung bei der Lösung von Versorgungsproblemen für besondere kleine Patientengruppen blockiert ist.

§ 106 b Abs. 2 neu: Satz 1 ist zu streichen. Satz 2 sollte lauten:

„Das Angebot zum Abschluss eines Vertrages kann unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich ausgeschrieben werden.“

Begründung:

Ohne Anspruch auf Vertragsabschluss nach den inhaltlichen Festlegungen nach Abs. 1, 3 und 4 kann eine Unterversorgung praktisch nicht mehr gerichtlich überprüft bzw. festgestellt werden, da kein Kläger mehr da ist. Dies gilt erst recht, wenn Abs. 5 Geltung in der neuen Fassung erhalten sollte. Keinesfalls kann allein den Krankenkassen die Sicherstellung überlassen bleiben und dagegen nicht einmal ein Klageweg möglich sein!

§ 106 b Abs.5 neu

Vorschlag: Änderung in dem Sinne, dass die Krankenkassen nicht den alleinigen Sicherstellungsauftrag erhalten oder eine anderweitige demokratische Kontrolle bzgl. der Erfüllung des Sicherstellungsauftrages eingeführt wird und Schiedsstellenverfahren und Klageweg mindestens durch Leistungsanbieter möglich sind.

Begründung:

Die Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung ausschließlich durch die Krankenkassen erscheint unter den derzeitigen Bedingungen nicht sachgerecht und ist deshalb strikt abzulehnen. Systematisch sind die Interessen der Patienten, insbesondere der chronisch kranken und behinderten Menschen als hochkostenverursachende Versicherte, dort nicht gewahrt. Die bisherigen Entscheidungspraktiken der Krankenkassen geben zu Optimismus keinen Anlass und bedarfsgerechte Entscheidungsfindungen erscheinen unter dem Kostendruck unwahrscheinlich. In das Verfahren sind keinerlei prozedurale Sicherungen eingebaut wie Anhörungs- und Beteiligungsrechte von Experten, Betroffenen, Leistungsanbietern, Kontrolle und Genehmigung durch das zuständige Ministerium etc.

Nicht einmal bei den Rahmenbedingungen für die Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung, als einem sensiblen und wichtigen gesellschaftlichen Bereich, gibt es ein demokratisches Verfahren für deren Festlegung.

Deshalb ist zu fordern, dass zumindest die Rahmenbedingungen in einem demokratischen Prozess von einer demokratisch legitimierten Institution, ggf. unter Federführung der Krankenkassen festgelegt werden. Ferner muss ein

Schiedsstellenverfahren und eine Klage möglich sein. Die Beteiligung der Verbände der kranken und behinderten Menschen, der freien Wohlfahrtspflege, der Wissenschaft und der regionalen Experten ist unbedingt sicherzustellen ggf. in Form regionaler Gesundheitskonferenzen.

Zu § 116 b

Vorschlag: Ergänzung um einen Abs. 3 :

„(3) § 106b Abs. 1 Nr. 4 bleibt unberührt. Näheres wird in Verträgen zwischen Krankenkassen und den Einrichtungen bzw. ihren Verbänden vereinbart.“

Begründung:

Vgl. Begründung zu § 106b Abs. 4. Eine Klarstellung ist erforderlich.

Zu § 119 a

Zu § 119 a (neu) Satz 1 ist zu ergänzen: nach „geistiger“ sind die Wörter „und mehrfacher“ einzufügen.

Weiter ist in Satz 1 das Wort „diesen“ (Einrichtungen) durch „solchen“ zu ersetzen.

Begründung:

Auch mehrfachbehinderte Menschen bedürfen gelegentlich solcher spezieller Hilfen an Einrichtungen. Diese Gruppe wird nicht vollständig durch die gewählte Bestimmung geistig behindert erfasst, da z. T. Lernbehinderungen oder wesentliche Teilleistungsstörungen, oft kombiniert mit Sinnesbehinderungen, vorliegen. Auch würden intellektuell leistungsfähige Menschen ohne Sprache mit schwerer Spastik dann nicht behandelt werden können, obwohl gerade sie spezialisierte Hilfen benötigen, etwa auch, um nicht vorschnell als geistig behindert eingestuft zu werden.

Die zweite Änderung in Satz 1 stellt klar, dass die Behandlung sich nicht allein auf die Behinderten beschränken soll, die in der Einrichtung versorgt werden, in der sich der ärztliche Dienst befindet, sondern dass auch andere Behinderte mitversorgt werden können, da diese sonst benachteiligt wären.

Die Einführung des § 119 a wird ausdrücklich begrüßt.

Zu § 139

Vorschlag zur Ergänzung des § 139 mit einem Abs. 3:

„(3) Für die Versorgung mit Hilfsmitteln, die individuell angepasst oder individuell gefertigt werden, werden Kriterien für die notwendige Prozessqualität der Versorgung durch den Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 SGB V festgelegt. Diese regeln insbesondere die Aufgaben des verordnenden Arztes, das Zusammenwirken mit dem Leistungserbringer, den Antrag auch im Hinblick auf die Erfordernisse nach § 31 SGB IX, ggf. nach § 55 SGB IX sowie ggf. nach § 40 SGB XI, die Kontrolle nach Auslieferung, die Anpassung und Schulung, die Berücksichtigung des Kontextes und die Beteiligung des Patienten sowie ggf. anderer Berufsgruppen. Die Aufgabe des

Hilfsmittels ist unter Verwendung der ICF zu formulieren. Die Verwendung von Leitlinien ist anzustreben.

Begründung:
s.o. unter § 33

Zu § 139 a-139 I

Das Konzept des Deutschen Zentrum für Qualität in der Medizin kann in der vorgelegten Form nicht überzeugen.

Folgende Zielsetzungen, die mit diesem Institut verfolgt werden sollen, werden durchaus unterstützt:

- Wissenschaftliche Fundierung von Entscheidungen
- Clearinginstanz für strittige Versorgungsfragen
- Information aller Akteure im Gesundheitswesen
- Beratung v.a. der Patienten und ihrer Organisationen
- Bearbeitung von Methodenfragen
- Sicherstellung entsprechender Versorgungsforschung bzw. Beachtung von Versorgungsfragen.

Allerdings ist sicherzustellen, dass die besonderen Belange von Menschen mit Behinderung oder chronischer Krankheit beachtet werden. Ferner muss auch mit seltenen Erkrankungen und Problemen, Forschungsdefiziten auch im Bereich der Versorgungs- und Therapieforschung mangels entsprechender Ressourcen angemessen umgegangen werden.

Es wird jedoch befürchtet, dass diese Aufgaben in der Form dieses Institutes sehr bürokratisch, schwerfällig und sehr teuer erkaufte werden müssen. Zudem sind dringend Belange der Rehabilitation, trägerübergreifende Problemstellungen und Vernetzungen zu beachten. Die Effizienz eines solchen Institutes wird deshalb bezweifelt.

Zu § 140 b Abs. 1

§ 140 b Abs. 1 neu wird ergänzt um:

„6. weiteren Vertragspartnern nach § 106 b“ (s.o. entspr. Vorschlag zu § 106 b, ergänzt mit Abs. 4)

Begründung:

Es ist nicht einzusehen, warum nicht alle Vertragspartner nach 106 b in die integrierte Versorgung einbezogen werden können. Dies erscheint doch sehr sinnvoll.

Heidelberg, den 20.6.2003