

Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V.

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0248(72)
vom 23.06.03**

15. Wahlperiode

Stellungnahme des Bundesverbandes zum Entwurf des Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystem- Modernisierungsgesetz - GMG)

Vorbemerkung

Im Bundesverband sind 200 regionale Selbsthilfeorganisationen mit ca. 25.000 Familien mit behinderten Kindern und behinderte Menschen zusammengeschlossen. Der überwiegende Teil der vertretenen Menschen ist von einer frühkindlichen cerebralen Bewegungsstörung betroffen. Dabei handelt es sich sowohl um körperbehinderte Menschen, deren Leben sich kaum von dem nichtbehinderter unterscheidet, als auch um Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen, die ein Leben lang auf Hilfe, Pflege und Zuwendung angewiesen sind. Die unmittelbare Arbeit für und mit behinderten Menschen und ihren Familien wird in den örtlichen Vereinen geleistet. Sie sind Träger von Einrichtungen und Diensten in allen Bereichen der Behindertenhilfe.

Die Stellungnahme des Bundesverbandes zum Entwurf des Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetzes bezieht sich im Wesentlichen auf die Wirkung des Gesetzes auf körper- und mehrfachbehinderte Menschen, deren Behinderung von Geburt an besteht oder frühkindlich erworben wurde, sowie auf deren Angehörige. Das besondere Augenmerk richtet sich dabei auf Menschen mit schwersten und mehrfachen Behinderungen. Viele von ihnen sind auf regelmäßige und in Einzelfällen auf hochspezialisierte Leistungen des Gesundheitssystems angewiesen.

Grundsätzliche Einschätzung

Angesichts der existenziellen Abhängigkeit von einer solidarischen Absicherung der Krankheitsrisiken des von ihm vertretenen Personenkreises hält der Bundesverband eine grundlegende Reform des Gesundheitssystems im Hinblick auf strukturelle, qualitative und fiskalische Aspekte für unumgänglich.

Als Vertreter behinderter Menschen lässt sich der Bundesverband bei der Beurteilung des vorliegenden Gesetzentwurfes von folgenden Zielsetzungen leiten:

1. Sicherung bedarfsgerechter Gesundheitsleistungen

Die individuellen Bedarfe und Bedürfnisse behinderter Menschen können sehr unterschiedlich sein und in einer Wechselwirkung zu ihrer Lebenssituation stehen. Sie sind oft lebenslang auf medizinische Leistungen angewiesen, deren Inanspruchnahme bisweilen bestimmend für ihre Lebensgestaltung und für ihre Teilhabechancen ist. Der Zugang zu medizinischen Leistungen muss gesichert bleiben. Standardisierungen und Pauschalierungen dürfen eine weitgehend selbstbestimmte Lebensführung nicht einschränken.

2. Gesundheitsversorgung „armutsfest“ gestalten

Der Zugang und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen dürfen nicht vom verfügbaren Einkommen abhängig gemacht werden. Eigenbeteiligungen, Zuzahlungsregelungen und Leistungsausgrenzungen dürfen behinderte Menschen nicht benachteiligen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Menschen mit Behinderungen häufig Beziehher niedriger Einkommen sind, dass sie auf die Grundsicherung oder auf laufende Hilfe zum Lebensunterhalt der Sozialhilfe angewiesen sind, viele in Werkstätten für behinderte Menschen arbeiten und in stationären Wohneinrichtungen leben.

3. Qualität verbessern, Schnittstellenprobleme überwinden

Die gesundheitliche Versorgung behinderter Menschen weist deutliche Defizite auf. Die strukturellen Veränderungen im System müssen eine Chance für eine qualitative Verbesserung der Versorgung eröffnen und insbesondere die Schnittstellenproblematik zur Rehabilitation und zur Pflege überwinden.

4. Kompetenzen behinderter Menschen nutzen

Die Erfahrungen behinderter Menschen in und mit dem Gesundheitssystem können wesentlich zu seiner Optimierung beitragen. Patienten-Souveränität und Beteiligungsrechte sind daher zu stärken.

Der vorliegende Entwurf enthält aus der Sicht des Bundesverbandes positive Ansätze, insbesondere bei der Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung, der Weiterentwicklung der

Versorgungsstrukturen (u.a. durch Gesundheitszentren und integrierte Versorgung), den Änderungen im ärztlichen Vergütungs- und Abrechnungssystem, der Modernisierung der Steuerung des Systems und der Verbesserung der Patientensouveränität und der Patientenrechte. Die Ansätze sollten weiterentwickelt und durchsetzungsfähig gemacht werden. Die beabsichtigte 2. und 3. Lesung am 08.07.2003 lässt nicht genug Zeit für die notwendigen Korrekturen und Abstimmungsprozesse. Angesichts der Mehrheitsverhältnisse im Bundesrat sollten die unumgänglichen Abstimmungen mit der CDU und der CSU nicht erst im Vermittlungsausschuss beginnen. Der Bundesverband plädiert daher für eine **Entschleunigung des Verfahrens**.

Zum Gesetzentwurf im Einzelnen:

Im Allgemeinen Teil des SGB V sollte die Berücksichtigung der besonderen Belange behinderter Menschen bei der Durchführung der Gesundheitsversorgung festgeschrieben werden. Hierbei gilt es insbesondere die Schnittstelle von der Akutversorgung zur Rehabilitation nahtlos zu gestalten und dabei die Zielsetzung des SGB IX zu berücksichtigen.

Zur zielgerichteten und zielgruppenspezifischen Anwendung der Vorschriften für behinderte Menschen sollte der **Personenkreis entsprechend dem § 69 SGB IX definiert** werden.

Bei der **Krankenbehandlung (§ 27 SGB V)** sollte neben den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker auch den **Bedürfnissen Behinderter und chronisch Kranker** Rechnung getragen werden. Dies sollte durch eine entsprechende Ergänzung in § 27 Abs. 1 Satz 2 zum Ausdruck kommen.

§ 32 des Gesetzentwurfes sieht vor, dass Patienten nur die niedrigsten **Heilmittelaufwendungen** erstattet bekommen, die von den Krankenkassen angeboten werden können. Dies stellt eine Einladung zum Preisdumping dar, bei der eine nachprüfbar ausreichende Qualität nicht sichergestellt werden kann. Gerade die therapeutische Beziehung zu Physiotherapeuten, Logopäden und Ergotherapeuten ist für eine erfolgreiche Behandlung behinderter Menschen von größter Bedeutung. Sie ist nicht beliebig austauschbar. Gerade bei Menschen mit einer geistigen und mehrfachen Behinderung oder bei Kindern entscheidet die Beziehung über die Wirksamkeit der Behandlung. Da diesem Personenkreis ein finanzieller Ausgleich aus eigenen Mitteln in der Regel nicht möglich ist, sollte auf diese Vorschrift verzichtet werden. Der Einspareffekt dürfte ohnehin sehr gering sein. An die Stelle sollte eine Preistransparenz gesetzt werden, die von den Kassen gewährleistet werden kann.

Hilfsmittel (§ 33) sind für behinderte Menschen in der Regel die Grundvoraussetzung für eine weitgehend selbstbestimmte Le-

bensgestaltung und für die Chance zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Die Qualität, individuelle Anpassung und die Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel bestimmen den Grad ihrer Wirksamkeit hinsichtlich dieser Ziele. In diesem Bereich gibt es heute einerseits deutliche Defizite, andererseits erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven. Wenn Standardlösungen unter Berücksichtigung der individuellen Lebenssituation nicht zweckmäßig sind, müssen individuelle Lösungen und Anpassungen in der gebotenen Qualität möglich sein. Bei aufwendigerer und individueller Hilfsmittelversorgung sollte eine anbieter- und herstellerunabhängige Beratung obligatorisch sein. Dadurch wird nicht nur eine zweckmäßige, sondern auch eine wirtschaftliche Versorgung sichergestellt. Die Orthopädischen Versorgungsstellen können zusammen mit Spezialberatungsstellen, z.B. für Kommunikationshilfen für nichtsprechende Menschen, einen wichtigen Beitrag dazu leisten. Anbieter- und herstellerunabhängige Beratung könnte im Einzelfall durchaus zu dem Ergebnis führen, dass z.B. ein Symbolsystem geeigneter ist als ein elektronisches Kommunikationshilfsmittel.

Weitere Wirtschaftlichkeitsreserven liegen in der Zulassung von qualitätsgeprüften Hilfsmitteln aus dem Ausland, einer besseren Ausschöpfung der Möglichkeiten des Wiedereinsatzes gebrauchter Hilfsmittel und in der Schulung zum Gebrauch und Einsatz der Hilfsmittel.

Während für die unabhängige Beratung eine eigenständige Vergütung sinnvoll erscheint, ist die Anpassung und Schulung in die Vergütung des Hilfsmittels einzubinden.

Nichtverschreibungspflichtige Medikamente (§ 34 GMG-E) sollen in der Regel von der Leistungspflicht der Krankenkassen ausgeschlossen werden. Der medizinische und wirtschaftliche Nutzen dieser Vorschrift ist zweifelhaft. Für Arme, Behinderte und chronisch Kranke bedeutet sie einen Ausschluss aus diesem Bereich der Arzneimittelversorgung. Dies stellt eine Diskriminierung dar.

Zumindest müssen nichtverschreibungspflichtige Medikamente, soweit sie verordnet werden, in die Befreiungs- und Überforderungsregelungen einbezogen werden.

Bei der Gewährung von **häuslicher Krankenpflege (§ 37 SGB V)** darf es nicht länger auf den Wohn- oder Lebensort ankommen, sondern alleine auf den Bedarf. Der zugrunde liegende Häuslichkeitsbegriff schließt behinderte Menschen in Wohneinrichtungen und teilstationären Einrichtungen aus. Sowohl aus wirtschaftlichen als auch aus behindertenspezifischen Gründen sollten im § 37 SGB V die Worte „ihrem Haushalt oder ihrer Familie“ gestrichen werden. Nur so lassen sich Verschiebebahnhöfe vermeiden und Schnittstellen überwinden.

Zur Stärkung der **ambulanten Rehabilitation** sollten Änderungen in § 40 SGB V vorgenommen werden. Zum einen sollten Rehabilitationsmaßnahmen im Einzelfall auch mobil oder aufsuchend erbracht werden können. In **§ 40 Abs. 1 SGB V letzter Satzteil** sollte das Wort „in“ durch „durch“ ersetzt werden. Zum anderen scheint es zweckmäßig und sachgerecht zu sein, die Eigenleistung für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen zu halbieren, da die Betroffenen die Kosten für Frühstück, Abendessen, Pflege, Übernachtung und Beförderung aufzubringen haben.

Zuzahlungen (§ 62 GMG-E) sind vor allem dadurch problematisch, da sie arme, chronisch kranke und behinderte Menschen unverhältnismäßig stärker belasten als gesunde und wirtschaftlich leistungsfähige Menschen. Ihre Steuerungswirkung hat sich nicht erwiesen. Wenn dennoch auf Zuzahlungen nicht verzichtet werden soll und an den jetzigen Befreiungs- und Zuzahlungsregelungen nicht festgehalten wird, sollte folgende Regelung die Härten für Behinderte und chronisch Kranke mildern:

Es wird vorgeschlagen, die **Basisedikation** für behinderte und chronisch kranke Menschen **von den Zuzahlungen zu befreien**. Für Arznei-, Verbands- und Heilmittel, die nicht wegen einer Behinderung oder einer festgestellten chronischen Erkrankung verordnet werden, gelten die allgemeinen Zuzahlungs- und Überforderungsregelungen. Mit dieser Regelung wird konsequent an die Zielsetzungen der Gleichstellung und des SGB IX angeknüpft, mit dem behinderungsbedingte Aufwendungen ausgeglichen werden sollen.

Die dem **Hausarzt (§ 67 GMG-E)** zugedachte Lotsenfunktion wird grundsätzlich als sinnvoll angesehen und begrüßt. Gerade behinderte Menschen haben oft eine lange und mühevoll Suche nach einer/m geeigneten Ärztin/Arzt hinter sich. Er sollte auch weiterhin sanktionslos in Anspruch genommen werden können, auch wenn sie/er **Fachärztin/Facharzt** ist. Der Umweg über einen anderen Arzt erscheint weder aus medizinischen noch aus wirtschaftlichen Gründen sinnvoll und vertretbar. Eine Behinderung oder eine chronische Erkrankung steht bei dem betroffenen Personenkreis in der Regel in besonderer Weise im Mittelpunkt der Gesundheitsversorgung und Krankenbehandlung, so dass die Führung der Behandlung und die Koordination durch einen geeigneten Facharzt erforderlich und sinnvoll sind. Die mit dem Hausarztssystem verbundenen Regelungen, einschl. der Vergütungsregel für hausärztliche Leistungen, können auf die Lotsenfunktion des Facharztes übertragen werden. Damit kann diese Ausnahmeregelung eingegrenzt werden.

In **§ 87 Abs. 2a GMG-E** sollte eine Vorschrift ergänzt werden, durch die bei der **Honorierung ärztlicher Leistungen** der behinderungsbedingte Mehraufwand angemessen berücksichtigt werden kann. Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen verursachen häufig einen deutlichen Mehraufwand bei der Anamnese, der Diagnostik und bei Behandlungsmaßnahmen, insbesondere

durch mangelnde Mitwirkungsfähigkeiten, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeiten oder bei Beeinträchtigungen, wie z.B. Spastizität. Um zukünftig Versorgungsengpässe zu verhindern, sollte der Mehraufwand bei der Honorierung berücksichtigt werden.

Die Wahrung der Patientensouveränität und der Patientenrechte ist wesentlich davon abhängig, ob ihre Organisationen an Beratungsprozessen über die Entscheidungen im Gesundheitssystem beteiligt werden. Die Vertreter der Interessen von Patienten, chronisch kranken und behinderten Menschen sollten daher als **„dritte Bank“** mit beratender Stimme und Antragsrecht in die Arbeit der **Landes- und Bundesausschüsse (§ 91, § 92 SGB V)** eingebunden werden. Die Einbindung in die Unterausschüsse muss gleichermaßen gewährleistet werden.

Geeignete **Fachärzte an Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Einrichtungen der Behindertenhilfe und ärztlich geleiteten Einrichtungen** sollten zur ambulanten fachärztlichen Versorgung zugelassen werden, wenn die Versorgung ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden unter Berücksichtigung der Wohnortnähe für behinderte Menschen nicht sichergestellt ist. Der **§ 106b Abs. 1 GMG-E** sollte entsprechend ergänzt werden. Gerade in den Spezialeinrichtungen bestehen oft bessere Kenntnisse oder Behandlungsmöglichkeiten und Erfahrungen, die auch Patienten außerhalb solcher Einrichtungen zugänglich gemacht werden sollten. Dadurch kann gerade außerhalb von Ballungszentren, durch den Einbezug von Fachärzten an Rehakliniken und anderen Einrichtungen, die ambulante Versorgung nachhaltig verbessert werden. Eine gesetzliche Regelung in diesem Sinne ist erforderlich, da die Selbstverwaltung zweckmäßige Lösungen bisher blockiert. Eine solche Regelung deckt sich im Übrigen mit den Intentionen des GMG.

Die Möglichkeit zur **Behandlung in Einrichtungen der Behindertenhilfe und Rehabilitationseinrichtungen**, wie sie durch den **§ 119a GMG-E** möglich wird, ist sehr zu begrüßen. Die Beschränkung auf Menschen mit geistiger Behinderung sollte um den Personenkreis der Menschen mit Mehrfachbehinderungen erweitert werden. Gerade Personen mit einem komplexen Behinderungsbild benötigen gelegentlich spezielle Hilfen in solchen Einrichtungen. Um sie ihnen zugänglich zu machen, sollten sie nicht als geistig behindert eingestuft werden müssen. Das gilt z. B. für nichtsprechende Menschen mit cerebraler Bewegungsstörung. Einrichtungen nach § 119a sollten nach dem Modell der Sozialpädiatrischen Zentren auf eine interdisziplinäre Leistungserbringung ausgerichtet sein. Mit ihrer Schaffung kann eine gravierende ambulante Versorgungslücke bei erwachsenen Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen geschlossen werden.

Die Einrichtung eines **Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin (§§ 135 ff. GMG-E)** wird grundsätzlich begrüßt. Es

sollte vorrangig eine Dokumentations-, Auskunfts- und Beratungsstelle für Patienten und Leistungserbringer sein. Eingriffe in die Therapiefreiheit des einzelnen Arztes sind zu vermeiden. Die Entwicklung von DMP steht nicht im Widerspruch zur Therapiefreiheit und wird grundsätzlich begrüßt.

Düsseldorf, 20.06.2003