

## **Stellungnahme zu dem Regierungsentwurf des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung**

Der Paritätische unterstützt das Ziel der Bundesregierung, eine flächendeckende bedarfsgerechte wohnortnahe medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Im Zuge der demographischen Entwicklung ist der Bedarf an medizinischen Leistungen in den vergangenen Jahren stetig gestiegen. Der medizinische Fortschritt hat hierzu ebenfalls beigetragen. Bedauerlicherweise ist festzustellen, dass insbesondere im ländlichen Raum ein zunehmender Mangel an Ärztinnen und Ärzten besteht, sowohl im Bereich der Niederlassung als auch in Krankenhäusern. Die demographische Entwicklung wird den Mangel an ärztlichem und pflegerischem Personal weiter vergrößern. Dieser Prognose muss durch geeignete Weichenstellungen entgegen gewirkt werden. Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung verfolgt die Bundesregierung insbesondere folgende Ziele:

- Auch in der Zukunft soll eine flächendeckende wohnortnahe medizinische Versorgung sichergestellt werden.
- Die vertragsärztliche Versorgung soll flexibilisiert und regionalisiert werden.
- Innovationen sollen schneller in die Praxis umgesetzt werden.
- Wettbewerbliche Instrumente sollen die Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung weiter erhöhen.

Der Paritätische unterstützt diese Zielsetzungen dem Grunde nach, gibt aber zu Bedenken, dass eine flächendeckende bedarfsgerechte wohnortnahe medizinische Versorgung eines versorgungspolitischen Gesamtkonzeptes bedarf. Gerade die Pflege könnte aus versorgungspolitischer Sicht einen wesentlichen Beitrag zur Entlastung haus- und fachärztlicher Versorgung leisten. An dieser Stelle sei auf die bereits bestehenden Strukturen der häuslichen, insbesondere der spezialisierten häuslichen Krankenpflege verwiesen. Die Pflege auf den engen Bereich der Delegationsmöglichkeiten zu reduzieren, ist daher zu kurz gegriffen. Aus Sicht des Paritätischen sollten insbesondere die Möglichkeiten der häuslichen Krankenpflege in einem versorgungspolitischen Gesamtkonzept aufgegriffen werden.

Im Folgenden nimmt der Paritätische zu den einzelnen Regelungen Stellung:

## **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **§ 2 Absatz 1a Leistungen**

Versicherten mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine dem anerkannten medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, stehen mit dieser Regelung ein Anspruch auf abweichende Leistungen zu, wenn eine Aussicht auf Heilung oder spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Mit dieser Regelung soll dem Nikolausbeschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 06.12.2005 Rechnung getragen werden. Die Anwendung der Regelung richtet sich nach den Umständen des Einzelfalls, wenn bei dem Patienten ein tödlicher Krankheitsverlauf oder der nicht kompensierbare Verlust eines wichtigen Sinnesorganes droht. Bezüglich der weiteren Voraussetzung, dass eine auf Indizien gestützte Aussicht auf Heilung bestehen muss, ist laut der Gesetzesbegründung umso geringer einzustufen, was die Anforderungen betrifft, je schwerwiegender die Erkrankung oder hoffnungsloser die Situation des Betroffenen im konkreten Einzelfall ist.

**Der Paritätische begrüßt die gesetzliche Klarstellung, dass es für Menschen mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung eine Ausnahme von § 2 Absatz 1 Satz 3 SGB V geben soll. Somit haben Patienten in dieser extremen Krankheitssituation die Möglichkeit, von einer dem Standard nicht entsprechenden ärztlich angewandten Behandlungsmethode zu profitieren, wenn diese eine nicht ganz entfernte Aussicht auf Heilung oder eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf ermöglicht.**

### **§ 11 Absatz 6 Leistungsarten**

Mit dieser Regelung werden die Möglichkeiten der Krankenkassen erweitert, über ihren bestehenden Leistungskatalog hinaus zusätzliche Leistungen im Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation, der künstlichen Befruchtung, der zahnärztlichen Behandlung oder Versorgung mit Zahnersatz, nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel, häuslicher Krankenpflege, Haushaltshilfe sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern als Satzungsleistung zu erbringen. Voraussetzung ist, dass die jeweilige Leistung vom GBA nicht ausgeschlossen ist.

Prinzipiell ist die Möglichkeit, über den gesetzlichen Leistungskatalog hinaus zusätzliche Leistungen als Satzungsleistungen der Krankenkassen anzubieten - dies ist bereits heute in einzelnen Bereichen, wie z. B. der Haushaltshilfe gemäß § 38 vorgesehen - , positiv zu bewerten. Verbunden mit der Einführung faktisch unbegrenzter Zusatzbeiträge im Rahmen der letzten Reform der gesetzlichen Krankenversicherung, welche nach dem Willen des Gesetzgebers als Instrument eines transparenten Preiswettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen dienen sollen, steht allerdings auch vor dem Hintergrund der angespannten Haushaltslage der Krankenkassen zu

befürchten, dass mit dem Angebot von Zusatzleistungen auch die Zusatzbeiträge steigen werden. Dem ist auch mit einer gesondert nachzuweisenden Rechnungslegung nicht abgeholfen.

Generell abzulehnen ist in diesem Zusammenhang die Einbeziehung von nicht zugelassenen Leistungserbringern. Bereits heute ist die Vielzahl der Leistungserbringer und Verträge und der damit verbundenen Leistungen - nochmals verstärkt durch die Einführung der Integrierten Versorgung nach §§ 140ff - für die Versicherten nur schwer zu überschauen. Auch die Einführung von Wahlтарifen führte bei den Versicherten zu einer großen Verunsicherung, da die Vielzahl der Angebote und deren Bedingungen nur schwer bis gar nicht zu vergleichen sind. Die Möglichkeit, auch nicht zugelassene Leistungserbringer im Rahmen der Zusatzleistungen aufzunehmen, würde zu einer weiteren Zerfaserung der Versicherungs- und Versorgungslandschaft führen, die für die Versicherten nicht mehr zu bewältigen wäre. Dem wäre auch nicht mit der Beschreibung der Art, der Dauer und dem Umfang der Leistung in der Satzung abzuhelfen. Weiterhin steht die Frage im Raum, inwiefern zukünftige Reformen zu einem Abbau des gesetzlichen Leistungskatalogs führen.

Der Anspruch auf ein Versorgungsmanagement beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche wurde aus Sicht des Paritätischen von den Leistungserbringern nur unzureichend umgesetzt. Deswegen ist es zu begrüßen, dass insbesondere dem Anspruch auf ein Entlassmanagement nach Krankenhausaufenthalt - bei dem es zu den größten Schnittstellenproblemen zwischen den Versorgungsbereichen kommt - eine stärkere Verbindlichkeit beigemessen werden soll.

**Der Paritätische fordert, dass die konkrete Ausgestaltung sicherstellt, dass Versicherte diesen Anspruch tatsächlich unkompliziert und zeitnah realisieren können.**

### **§ 19 neuer Absatz 1a Erlöschen des Leistungsanspruchs**

Vor dem Hintergrund der aktuellen Irritationen im Rahmen der Insolvenz der City BKK ist die gesetzliche Neuregelung, dass die neu gewählte Krankenkasse in die Leistungsentscheidungen der insolventen bzw. geschlossenen Krankenkasse einzutreten hat, zu begrüßen. Dies führt zur Rechtssicherheit und der notwendigen Kontinuität der Versorgung der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten.

### **§ 22 a Besondere zahnärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen**

Menschen mit Behinderung und pflegebedürftige Menschen gehören zu den Hochrisikogruppen für Karies- und Parodontalerkrankungen. Diesen Risiken kann mit dem derzeitigen Leistungsangebot der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht wirksam begegnet werden. Beide Versichertengruppen zeichnen sich dadurch aus, dass u. U.

Einschränkungen in der Mundhygienefähigkeit bestehen. Es fehlt dann an den motorischen und/oder kognitiven Fähigkeiten, Instruktionen zur Mundhygiene zu verstehen bzw. umzusetzen. In der Therapie stellen sich Behandlungsabläufe gegenüber anderen Bevölkerungsgruppen als wesentlich aufwendiger dar. Es besteht ein erheblicher personeller, instrumenteller und zeitlicher Mehraufwand. Dies gilt typischerweise bei pflegebedürftigen Versicherten und insbesondere dann, wenn die Behandlung im Rahmen der aufsuchenden Versorgung in Alten- und Pflegeheimen erfolgen muss.

Insbesondere ist die zahnmedizinische Betreuung von Menschen mit Behinderung in unserem derzeitigen Versorgungssystem unbefriedigend. Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung setzt in der zahnärztlichen Versorgung auf Eigenverantwortung und ist auf uneingeschränkt leistungsfähige Menschen ausgerichtet. Damit wird man Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung nicht gerecht.

**Der Paritätische schlägt vor, nach § 22 einen neuen § 22 a „Besondere zahnärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen“ einzufügen:**

- 1) Versicherte, die aufgrund einer dauerhaften Behinderung nicht die motorischen oder kognitiven Fähigkeiten besitzen, Instruktionen zur Mundhygiene zu verstehen oder umzusetzen (Einschränkungen der Fähigkeit zur Mundhygiene) oder gem. § 14 SGB XI als pflegebedürftig anerkannt und einer Pflegestufe gem. § 15 SGB XI zugeordnet sind, haben unabhängig von ihrem Alter Anspruch auf bedarfsadäquate Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen. Diese umfassen insbesondere die Erhebung eines Mundhygienestatus, regelmäßige Maßnahmen zur Instruktion und Motivation bzw. Remotivation zur Mund- und Prothesenhygiene, regelmäßige Maßnahmen zur speziellen Zahn- bzw. Prothesenreinigung sowie der bedarfsgerechten lokalen, bzw. systemischen Fluoridierung der Zähne und zur Versiegelung von Fissuren und Grübchen. Pflegepersonen des Versicherten sollen in die Motivation und Einweisung bei der Mund- und / oder Prothesenhygiene einbezogen werden.**
- 2) Bei Versicherten, die wegen dauerhaften Behinderungen oder Pflegebedürftigkeit eine zahnärztliche Behandlung nur unter Anwendung bedarfsadäquater Maßnahmen (z. B. spezielle Maßnahmen zur Lagerung, Anästhesie, überdurchschnittlicher Zeitaufwand für die Erbringung der zahnärztlichen Leistungen, usw.) in Anspruch nehmen können, sind die hierdurch entstehenden Mehraufwendungen durch Zuschläge zur Vergütung der zahnärztlichen Behandlungsmaßnahmen auszugleichen. Ergänzende Zuschläge sind vorzusehen, wenn die Behandlung im Rahmen der aufsuchenden Versorgung erfolgt.**

### **3) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt das Nähere in Richtlinien nach § 92 SGB V.**

#### **§§ 24 und 41 Medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter**

Der Gesetzestext definiert die Anspruchsberechtigten als „Mütter und Väter“ ohne Einschränkung. Dennoch beschränken Krankenkassen in der Praxis den Anspruch auf „Mütter und Väter in der aktiven Erziehungsphase“. Um keine Anspruchsberechtigten auszuschließen, schlägt der Paritätische vor, die Definition wie folgt zu präzisieren:

**„Anspruch auf diese Maßnahmen haben alle Frauen und Männer, die Kinder erziehen oder durch die Versorgung behinderter oder pflegebedürftiger Angehöriger in Familienverantwortung stehen“.**

Außerdem zeigen die wiederkehrenden Problemlagen in der Antrags- und Bewilligungspraxis der Krankenkassen in den letzten Jahren, dass es eines klaren Verfahrens bedarf, um den Anspruch der Versicherten durchzusetzen. Der aktuell vorliegende Prüfbericht des Bundesrechnungshofs belegt diesen Mangel.

**Der Paritätische fordert die Einführung eines geregelten Antrags- und Bewilligungsverfahrens, beispielsweise vergleichbar mit der Verordnung häuslicher Krankenpflege.**

#### **§ 28 Absatz 1 neue Sätze 3 und 4 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung**

Gemäß § 28 Satz 2 SGB V gehört zur ärztlichen Behandlung auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist. Mit den neuen Sätzen in § 28 Abs. 1 möchte der Gesetzgeber durch Stärkung der Delegation einen Beitrag zur Entlastung des Arztes und damit zur Verbesserung der Versorgung leisten. Prinzipiell ist eine Stärkung der Delegation zu begrüßen. Die Klärstellung der Grenzen und Anforderungen an die Delegation dient sowohl der Rechtssicherheit der Ärzte als auch der nichtärztlichen Mitarbeiter.

Generell kommen als delegierbare Leistungen, Leistungen nicht fachärztlicher Fachberufe wie der Pflege in Frage. Behandlungspflegerische Leistungen werden regelmäßig auf ärztliche Verordnung von ambulanten Pflegediensten in der Häuslichkeit der Patienten bzw. auf ärztliche Anordnung in vollstationären Pflegeeinrichtungen erbracht. Insofern werden in diesem Bereich bereits heute ärztliche Leistungen delegiert. Parallel wurde ungeachtet der bereits bestehenden Möglichkeiten mit Modellvorhaben wie AGnES, VERAH, MoNi & Co der Versuch unternommen, Lücken der ärztlichen Versorgungssituation zu kompensieren. Dies hat bezogen auf Behandlungspflegerische Leistungen nicht zuletzt auch wegen der restriktiven Vorgaben in

den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung häuslicher Krankenpflege zum Aufbau von Doppelstrukturen geführt. Auch werden gemäß § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen nach § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V, die in der Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Arztes erbracht werden, regelmäßig besser vergütet, als die von Pflegediensten zu erbringenden behandlungspflegerischen Leistungen.

**Der Schaffung von Doppelstrukturen im Gesundheitswesen ist aus Sicht des Paritätischen entgegenzuwirken. Nicht zuletzt deshalb ist auch den Verbänden der Leistungserbringer und den Berufsverbänden der Pflege Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.**

### **§ 32 Heilmittel**

Der Paritätische begrüßt es, dass es Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen, die langfristig Heilmittelbehandlungen benötigen, ermöglicht werden soll, sich diese für einen geeigneten Zeitraum von der Krankenkasse genehmigen zu lassen. Dies entspricht einer langjährigen Forderung des Paritätischen, da die Behandlungskontinuität verbessert und der bürokratische Aufwand vermindert werden kann. Die Beauftragung des Gemeinsamen Bundesausschusses, Näheres zu regeln, bewertet der Paritätische als sachrichtig. Die verbindliche Festlegung zur Bescheidung der Anträge durch die Krankenkassen begrüßt der Paritätische.

### **§ 38 Haushaltshilfe (Änderungsantrag 8 zu Artikel 1 Nr. 7b)**

Nach geltender Rechtslage können Krankenkassen Satzungsregelungen zur Haushaltshilfe vorsehen, die über den Pflichtleistungsanspruch nach § 38 Abs. 1 SGB V hinausgehen. Der Änderungsantrag sieht vor, diese Kann-Regelung in eine Soll-Regelung zu überführen. Damit sollen gemäß der Begründung zum Änderungsantrag Fälle stärker erfasst werden, in denen Versicherte ihren Haushalt aus Krankheitsgründen nicht weiterführen können, ein Anspruch auf Haushaltshilfe aber deshalb nicht gegeben ist, weil die Anspruchsvoraussetzungen gemäß § 38 Abs. 1 nicht gegeben sind. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen, greift aber aus Sicht des Paritätischen zu kurz. Die demografischen aber auch gesundheitspolitischen Entwicklungen, hier insbesondere die Ambulantisierung führen dazu, dass nicht nur Menschen, in deren Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aus Krankheitsgründen für einen i. d. R. begrenzten Zeitraum einer Haushaltshilfe bedürfen, weil sie gerade nicht ihren Haushalt weiterführen können.

**Der Paritätische fordert deshalb, den Anspruch auf Haushaltshilfe für alle Versicherte, die ihren Haushalt aus Krankheitsgründen nicht führen können, als Regelleistung der gesetzlichen Krankenversicherung festzuschreiben.**

## **§ 39 Abs. 1 neue Sätze 4 und 4 i. V. mit § 11 Abs. 4 Satz 6 (Ziffer 2 a) und Artikel 6 - Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes und Artikel 7 - Änderung der Bundespflegesatzverordnung**

Die Krankenhausbehandlung soll in Zukunft auch ein Entlassmanagement umfassen mit dem Ziel, Probleme beim Übergang in die ambulante Versorgung nach einer Krankenhausbehandlung zu lösen. Hierbei handelt es sich um eine Konkretisierung der Regelung nach § 11 Abs. 4 SGB V, wie sie seit 2007 besteht, aber nicht ausreichend umgesetzt wurde. Genannt werden ausdrücklich die nach Krankenhausbehandlung erforderlichen Leistungen der häuslichen Krankenpflege und der Pflegeversicherung nach SGB XI. Der Anspruch besteht unmittelbar als Bestandteil der Krankenhausbehandlung nach § 39 a SGB V und soll die Versorgungskontinuität gewährleisten, die Kommunikation zwischen ambulantem und stationärem Bereich verbessern, Patienten und Angehörige entlasten und damit den „Drehtüreffekt“ vermeiden.

Bereits mit der Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung 2007 wurde mit dem § 11 Abs. 4 der Anspruch der Versicherten auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche gesetzlich verankert. Das Nähere sollte bezogen auf das Krankenhaus, soweit in Verträgen nach den §§ 140 a bis 140 d nicht bereits entsprechende Regelungen vereinbart sind, im Rahmen von Verträgen nach § 112 oder § 115 geregelt werden. Mit der Aufnahme in den § 39 Abs. 1 wird das Versorgungsmanagement zu einer regelhaften Leistung der Krankenhausbehandlung und findet damit auch Aufnahme in das Krankenhausentgeltgesetz und die Bundespflegesatzverordnung. Dies ist aus Sicht des Paritätischen nur sachlogisch und entsprechend zu begrüßen. Nicht nachvollziehbar ist, warum in der Konsequenz dieses Vorgehen sich nur auf den Krankenhausbereich beschränken soll und nicht auch für die sonstigen Leistungserbringer der gesetzlichen Krankenversicherung und Leistungserbringer nach dem Elften Buch Umsetzung findet. Nur mit der Aufnahme als Regelleistung und entsprechender Refinanzierung kann das Versorgungsmanagement in allen Leistungsbereichen entsprechend etabliert werden.

Unabhängig davon kann ein Versorgungsmanagement nur da greifen, wo ein entsprechender leistungsrechtlicher Anspruch besteht. Im Fall der grundpflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Abs. 1 SGB V besteht dieser nicht bzw. wird dieser nicht gelebt. Dies hatte bereits 2009 zu einer Petition im Deutschen Bundestag geführt, welche vom Petitionsausschuss befürwortet wurde, bis heute aber keine entsprechende gesetzliche Umsetzung gefunden hat. Der Paritätische fordert eine Lösung des Problems und schlägt von daher im Rahmen dieses Gesetzgebungsverfahrens eine Erweiterung des § 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V (Krankenhausvermeidungspflege), wie folgt, vor:

**„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 Krankenhausaufenthalt, nach ambulanter Operation oder nach ambulanter Krankenbehandlung, 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.“**

### **§ 71 Beitragsstabilität**

Es wird begrüßt, dass auch die Verträge nach § 140 a Integrierte Versorgung der für die Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörden vorgelegt werden sollen, den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder, Gelegenheit für eine Stellungnahme gegeben wird und das Benehmen vor einer Beanstandung durch die Aufsichtsbehörde hergestellt werden soll.

Ebenso wird begrüßt, dass die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder zur Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung Vorschläge für Verträge der hausarztzentrierten Versorgung und der integrierten Versorgung unterbreiten können. Bedauerlich ist, dass die Kassen nicht an diese Vorschläge gebunden sind. So stellt sich die Frage der Notwendigkeit einer rechtlichen Regelung für Vorschlagsrechte, wenn keinerlei Bindungswirkung für die Sozialversicherung daraus folgt.

**Der Paritätische spricht sich dafür aus, eine Prüfungsklausel mit Begründungsnotwendigkeit bei Vorschlägen der Landesbehörden für die hausarztzentrierte und integrierte Versorgung aufzunehmen.**

### **§ 75 Absatz 1 neuer Satz 3 Inhalt und Umfang der Sicherstellung**

Im § 75 ist die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung geregelt. Die Sicherstellung umfasst auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst), nicht jedoch die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt. Mit dem neuen Satz 2 soll es den Kassenärztlichen Vereinigungen ermöglicht werden, den Notdienst auch durch Kooperationen und eine organisatorische Verknüpfung mit Krankenhäusern sicherzustellen. Die Intention des Gesetzgebers, dadurch die Bedeutung einer sektoren-



renübergreifenden Vernetzung des ärztlichen Notdienstes hervorzuheben verbunden mit der Möglichkeit einer organisatorischen Verknüpfung mit dem Rettungsdienst, ist zu begrüßen.

Zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gehört aus Sicht des Paritätischen auch die ärztliche Versorgung von immobilien Versicherten in ihrer eigenen Häuslichkeit sowie von Versicherten in Pflegeeinrichtungen. Mit dem § 119 b SGB XI wurde stationären Pflegeeinrichtungen 2008 die Möglichkeit eröffnet, Kooperationsverträge mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern zu schließen. Die Kassenärztliche Vereinigung hat auf Antrag der Pflegeeinrichtung zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung entsprechende Verträge anzustreben. Kommt innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Zugang des Antrags der Pflegeeinrichtung kein Vertrag zustande, ist die Pflegeeinrichtung vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung mit angestellten Ärzten, die in das Arztregister eingetragen sind und geriatrisch fortgebildet sein sollen, zu ermächtigen. Nach nunmehr drei Jahren ist festzustellen, dass die gesetzliche Regelung nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt hat. Dies liegt aus Sicht des Paritätischen u. a. daran, dass von der mit dem Paragraphen gesetzlich verankerten vertragsärztlichen Struktur abgewichen wird. Sowohl die haus- und fachärztliche als auch die zahnärztliche Versorgung pflegebedürftiger Versicherter in Pflegeeinrichtungen und immobilier Versicherter in ihrer Häuslichkeit sind von der § 75 verankerten Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung umfasst. Da die Sicherstellung nicht im gegebenen Maße erfolgt, bedarf es aus Sicht des Paritätischen einer Klarstellung. Der Paritätische schlägt die Aufnahme eines neuen Absatzes vor:

**„Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben durch geeignete Maßnahmen darauf hinzuwirken, dass die haus- und fachärztliche sowie zahnärztliche Versorgung immobilier Versicherter in ihrer Häuslichkeit und pflegebedürftiger Versicherter in Pflegeeinrichtungen unabhängig der Regelungen in § 119 b im erforderlichen Umfang sichergestellt ist.“**

## **§ 85 Gesamtvergütung**

Die Vertragspartner haben eine angemessene Vergütung für nichtärztliche Leistungen u. a. im Rahmen der Sozialpädiatrie und der psychiatrischen Tätigkeit sicherzustellen. Auf Grund dessen waren bisher Psychotherapeuten als Vertragspartner der sog. Sozialpsychiatrie-Vereinbarung ausgeschlossen. Der § 85 ist dahingehend zu ändern, dass im Abs. 2 Satz 4 SGB V das Wort "und" nach dem Wort "sozialpädiatrischer" durch ein Komma ersetzt, nach dem Wort "psychiatrischer" die Wörter und "psychotherapeutischer" und nach dem Wort "Nähere" die Wörter "einschließlich ei-

ner verbindlichen Evaluation der Leistungserbringer anhand definierter Qualifikationskriterien" eingefügt werden.

**Der Paritätische fordert, dass auch die psychotherapeutische Tätigkeit bei der Vergütung nichtärztlicher Leistungen aufgenommen wird und somit Psychotherapeuten als Vertragspartner der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung aufgenommen werden können. Darüber hinaus sollten als Vertragspartner der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung auch niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Psychologische Psychotherapeuten vorgesehen werden.**

### **§ 87 b Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)**

Bisher waren Antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen der entsprechenden Fachärzte außerhalb der Regelleistungsvolumina zu vergüten und unterlagen nicht den regionalen Vergütungsvereinbarungen. Damit wurde ein wichtiges Ziel der Honorarreform 2009, die bundeseinheitliche Vergütung identischer Leistungen in gleicher Höhe, für den Bereich der Psychotherapie erreicht. Die Verteilung der Honorare soll mit der Reform jedoch flexibilisiert und regionalisiert werden. Begründet wird diese Veränderung damit, dass Überregulierungen abgebaut werden sollen, mit der Folge, dass auf teilweise bereits bestehende rechtliche Regelungen und Aufgabenzuweisungen an den Bewertungsausschuss künftig verzichtet werden soll. Dies stellt aus Sicht des Paritätischen einen Rückschritt gegenüber bereits erreichten positiven Entwicklungen, insbesondere bei der Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen in den neuen Bundesländern dar. Mit der geplanten Neuregelung würde die mit der letzten Reform bewirkte Verteilungsberechtigung unter den Arztgruppen wieder verloren gehen.

**Der Paritätische fordert, diesen geplanten Rückschritt bei der Vergütung psychotherapeutische Leistungen zurückzunehmen und schlägt vor, insbesondere für unterversorgte Flächenländer regionale Anreizsysteme zuzulassen. Darüber hinaus sollte für Psychotherapeuten die Anstellung weiterer Psychotherapeut/-innen (auch für Vertretung Urlaub, Krankheit) und Praxiskooperationen erleichtert werden.**

### **§ 90 a Abs. 1 Gemeinsames Landesgremium**

Mit dem neuen § 90 a soll nach Maßgabe der landesrechtlichen Bestimmungen ein gemeinsames Gremium des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen und der Landeskrankengesellschaft sowie weiterer Beteiligter für den Bereich des Landes gebildet werden, das Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben kann. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen. Aus Sicht des Paritätischen greift diese gesetzliche Regelung aber zu

kurz. Sektorenübergreifende Versorgungsfragen betreffen nicht nur den Bereich der ärztlichen Versorgung und der Krankenhausversorgung sondern auch die Leistungen sonstiger Leistungserbringer der gesetzlichen Krankenversicherung und Leistungserbringer nach dem Elften Buch. Themen, welche auch diese Leistungsbereiche betreffen, sind aus Sicht des Paritätischen u. a. die häusliche Krankenpflege und die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen. Dies sollte in einem einzurichtenden gemeinsamen Landesgremium, welches Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben soll, abgebildet werden. Folglich sind die maßgeblichen Verbände zu beteiligen.

Sowohl für diese, als auch für die weitere Gremienbeteiligung sind den Patientenvertretern auf Landesebene, entsprechend denen auf der Bundesebene nach § 140 f SGB V, notwendigen Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Gleichmaßen muss Patientenvertretern auf Landesebene ein Antragsrecht eingeräumt werden.

### **§ 95 Abs. 1 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung**

Mit dieser zusätzlichen Regelung können Medizinische Versorgungszentren (MVZ) von zugelassenen Vertragsärzten, zugelassenen Krankenhäusern sowie gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, gegründet werden. Für bereits gegründete MVZ besteht Bestandsschutz.

**Nach Auffassung des Paritätischen sind Krankenhäuser die geeigneten Institutionen, MVZ zu gründen und zu betreiben, da sie über die erforderliche Ausstattung und Expertise verfügen.**

Im § 95 Abs. 1 werden Aussagen für die Leitung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) mit zugelassenen Vertragsärzten getroffen. Die Leitung eines MVZ sollte jedoch nicht nur zugelassenen Ärzten vorbehalten oder nur in Kooperation mit einem Arzt möglich sein. Berufsübergreifende MVZs sollten auch die Möglichkeit erhalten, als Leitung einen/e psychologische/n Psychotherapeuten/in einzusetzen.

**Der Paritätische fordert, dass auch Psychotherapeuten die Leitung eines MVZ übernehmen können, wenn diese MVZs überwiegend der Versorgung psychisch kranker Menschen dienen.**

### **§ 101 Überversorgung**

Der Paritätische hält es für folgerichtig, bei der Berechnung des Versorgungsgrades auch die Psychiatrischen Institutsambulanzen oder die Sozialpädiatrischen Zentren einzubeziehen. Zu begrüßen ist auch, dass die Anpassung der Verhältniszahlen unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklungen erfolgen soll. Laut Bundespsychotherapeutenkammer erkranken in Deutschland jährlich mindestens fünf

Millionen Menschen an einer schweren psychischen Krankheit und sind dringend behandlungsbedürftig. Diesem Bedarf stehen bundesweit jedoch höchstens 1,5 Millionen psychotherapeutische Behandlungsplätze im ambulanten und stationären Bereich gegenüber. Der Gesetzgeber unterschätzte den tatsächlichen ambulanten psychotherapeutischen Behandlungsbedarf erheblich. Die derzeitige Bedarfsplanung für Psychotherapeuten beruht auf einem Versorgungsniveau von 1999. Bereits damals wurde eine Unterversorgung für angemessen erklärt. Aus diesem Grund wird eine Neuberechnung der Verhältniszahlen und eine Festlegung einer notwendigen Anzahl von Psychotherapeuten an Hand von Einwohnerzahlen notwendig.

**Der Paritätische fordert, die Kriterien zur Anpassung der Verhältniszahlen zu erweitern und im § 101 Abs. 2 Satz 2 neben der demographischen Entwicklung die Morbidität und den aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Versorgung als Kriterien aufzunehmen. Darüber hinaus ist im § 101 Abs. 4 aufzunehmen, dass der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad für psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten zum Stand vom 31.12.2011 neu zu ermitteln ist und zu diesem Zeitpunkt zugelassene psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten zu zählen sind. Der Paritätische fordert eine Überprüfung und Neufeststellung des Versorgungsniveaus, das den Anforderungen für 2011 und prospektiv für die nächsten Jahre entspricht.**

### **§ 103 Zulassungsbeschränkungen**

Der Paritätische hält es nicht für sachdienlich, den Kassenärztlichen Vereinigungen ein Vorkaufsrecht bei der Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen einzuräumen, da dies zu einer einseitigen und unnötigen Steuerungskompetenz der Kassenärztlichen Bundesvereinigung führen würde.

**Der Paritätische lehnt ein gesetzliches Vorkaufsrecht der Kassenärztlichen Vereinigungen ab und fordert, die geplanten Regelungen im Referentenentwurf in Buchstabe a Doppelbuchstabe ee (§ 103 Abs. 4) zu streichen.**

### **§ 111 c Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen**

Mit der neuen Vorschrift wird die ambulante Rehabilitation der stationären gleichgestellt. Gleichermaßen wird die Landesschiedsstellenregelung auf den Bereich ambulanten Rehabilitation ausgeweitet. Der Paritätische begrüßt diese Neuregelung, da dadurch die ambulante Rehabilitation zukünftig gestärkt wird.

## **§ 116 b Ambulante Behandlung im Krankenhaus**

Die ambulante spezialärztliche Versorgung gemäß dieser Regelung umfasst Diagnostik und Behandlung komplexer schwer therapierbarer Krankheiten, die eine spezielle Qualifikation, interdisziplinäre Zusammenarbeit oder besondere Ausstattungen erfordern. Dazu werden Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen sowie seltene Erkrankungen, ambulant durchführbare Operationen sowie hochspezialisierte Leistungen in einem Katalog genannt. Hierzu müssten ergänzt werden:

- Cerebralparese
- Komplexe Formen von Behinderungen mit einem hohen medizinischen Behandlungsbedarf
- Psychische Erkrankung bei vorhandener geistiger Behinderung.

Die Konkretisierung und Ergänzung erfolgt durch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die erforderlichen ambulanten spezialisierten Leistungen werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet. Krankenhäuser, die Krebspatienten ambulant behandeln, sollen zur Vorlage von Kooperationsvereinbarungen mit niedergelassenen Ärzten oder MVZ zur Erlangung der Zulassung zur Erbringung der Leistungen verpflichtet werden. Diese Regelung stellt eine Verstärkung der Zulassungshürde dar, die wir ablehnen. Positiv zu bewerten ist, dass die Krankenhäuser in Zukunft nicht mehr von Landesgenehmigungen abhängig sein werden. Ebenso ist das Spektrum zulässiger Leistungen eingeschränkt. Dies widerspricht einer schnellen, effektiven und qualitätsgesicherten Behandlung.

**Im Sinne einer integrierten Versorgung sind Krankenhäuser aus der Sicht des Paritätischen generell zur Erbringung ambulanter Leistungen zu ermächtigen, da sie über das breiteste Spektrum an Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten einschließlich der entsprechenden Expertise verfügen.**

## **§ 119 a Ambulante Behandlung in Einrichtungen der Behindertenhilfe**

Das vorhandene medizinische Regelversorgungssystem ist nicht auf die besonderen Bedürfnisse von erwachsenen Menschen mit Behinderung ausgerichtet. Mit der Einführung des § 119 a SGB V im Jahr 2004 wurde erfreulicherweise die Rechtsgrundlage für die Einrichtung von Ambulanzen für Erwachsene mit geistiger und mehrfacher Behinderung geschaffen. Allerdings scheitert diese positive Regelung in der Praxis daran, dass eine Ermächtigung nur erteilt werden kann, wenn eine Versorgung durch niedergelassene Ärzte nicht sichergestellt werden kann.

**Der Paritätische fordert, die Ermächtigung nicht vom Votum der niedergelassenen Ärzte, sondern vom Votum der Patientenvertreter/innen abhängig zu machen. Um den Interessen der niedergelassenen Ärzte Rechnung zu tragen, schlagen wir vor, die Inanspruchnahme in diesen speziellen Ambulanzen durch**

## **Festlegungen zu regeln, die sich beispielsweise auf die Versichertengruppe oder Überweisungen beziehen.**

Die Finanzierung der Ambulanzen für Erwachsene mit geistiger und mehrfacher Behinderung ist unzureichend und trägt ebenfalls dazu bei, dass diese Leistungen, wie bereits ausgeführt, in der Praxis nicht umgesetzt werden können. Von den Fachverbänden für Menschen mit Behinderung wird seit Jahren eine angemessene Vergütung für den Mehraufwand bei einer Behandlung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung gefordert. Die auf der Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) fußende Finanzierung ist unzureichend.

**Der Paritätische fordert, dass die Vergütung der Ambulanzen für Erwachsene mit geistiger und mehrfacher Behinderung vergleichbar den Sozialpädiatrischen Zentren erfolgt und Pauschalen mit den Krankenkassen vereinbart werden können, die auch die Vergütung nichtärztlicher Leistungen beinhalten. Hierzu sind entsprechende Regelungen im § 85 Gesamtvergütung aufzunehmen.**

## **§ 119 b Antragstellung von Ärzten durch stationäre Pflegeeinrichtungen (Änderungsantrag 26 zu Artikel 1 Nummer 44a)**

In § 119 b SGB V ist die Anstellung von Ärzten durch stationäre Pflegeeinrichtungen zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung geregelt. Mit Einfügung eines neuen Halbsatzes an den § 119 b Abs. 3 SGB V soll klar gestellt werden, dass die Anstellung von Ärztinnen und Ärzten auch in Pflegeheimen der Genehmigung des Zulassungsausschusses bedarf, wobei gemäß Begründung etwaige Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 Satz 2 SGB V der Genehmigung nicht entgegenstehen. Es soll lediglich sichergestellt werden, dass der Zulassungsausschuss über das jeweilige Anstellungsverhältnis informiert wird und die qualitativen Voraussetzungen des von dem Pflegeheim angestellten Arztes überprüfen kann. Dies stelle aber aus Sicht der Antragsteller keine neue Hürde für die Anstellung von Ärzten dar. Dem ist aus Sicht des Paritätischen insofern zuzustimmen, als dass schon heute die Hürden so hoch liegen, dass die Zahl der Anstellungen von Ärzten in Pflegeheimen nach § 119 b SGB V verschwindend gering ist. Die Anstellung von Ärzten im stationären Bereich ist unter den derzeitigen Bedingungen nicht finanzierbar. Hier sind Möglichkeiten zu schaffen. Gute Modelle gibt es im betreuten Wohnen, z. B. wenn der geriatrisch qualifizierte Arzt mit Praxis integriert wird und sowohl für die Bewohner als auch für die Pflegedienste vor Ort sowie weitere Patienten, die in der eigenen Häuslichkeit leben, zur Verfügung steht.

**Es ist belegt, dass die ärztliche Versorgung von zu Hause und von in Heimen lebenden pflegebedürftigen Menschen insgesamt defizitär ist. Diese Versorgungsdefizite werden zu Unrecht häufig den Pflegediensten und Heimen angelastet. Hier besteht dringender Handlungsbedarf. Die Kassenärztlichen Vereini-**

**gungen und die Krankenkassen sind gefordert, die Ursachen zu analysieren und mit angemessenen Vergütungen eine adäquate ärztliche Versorgung von Heimbewohnerinnen und immobilen Patientinnen in häuslicher Pflege sicherzustellen. Im Übrigen wird hierzu auf die Ausführungen in der Stellungnahme des Paritätischen zum Regierungsentwurf zu § 75 Absatz 1 neuer Satz 3 Inhalt und Umfang der Sicherstellung verwiesen.**

### **§ 137 e Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**

Sofern der GBA bei der Überprüfung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 135 oder 137 a feststellt, dass die Methode das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative besitzt, ihr Nutzen aber noch nicht hinreichend belegt ist, kann er eine Richtlinie zur Erprobung erlassen, um die notwendigen Erkenntnisse für die Nutzenbewertung der Methode zu gewinnen. Der GBA gibt die Indikationen vor sowie die Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung sowie an die Durchführung, die wissenschaftliche Begleitung und die Auswertung der Erprobung. Ein Potential kann dann gesehen werden, wenn die bereits vorliegenden Erkenntnisse erwarten lassen, dass sie andere aufwändigere Methoden oder solche mit höheren Nebenwirkungen ersetzen könnte, sie die Behandlung optimieren oder in sonstiger Weise eine effektivere Behandlung ermöglichen kann. Näheres wird in der Verfahrensordnung des GBA geregelt.

**Diese Regelung ist ausdrücklich zu begrüßen, da sie PatientInnen mit entsprechend schweren Erkrankungen zu einem früheren Zeitpunkt Behandlungsalternativen eröffnen kann und die Schwelle zum Ausschluss einer Methode erhöht wird.**

### **§ 140 a Integrierte Versorgung**

Zurzeit können Verträge für die Integrierte Versorgung für psychisch kranke Menschen nur mit zugelassenen Psychotherapeuten geschlossen werden. Allerdings sind die Kapazitäten der zugelassenen Psychotherapeuten oftmals ausgeschöpft. Bei der Integrierten Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist besonders die Arbeit in einem multiprofessionellen Team abzusichern. Dazu gehört auch, dass Psychotherapeuten in der Behandlung tätig werden können.

Die Modalitäten der Integrierten Versorgung stärken die Verhandlungsposition der Krankenkassen gegenüber Leistungserbringern. Während bei allgemeinen medizinischen Leistungen u. a. die Kassenärztliche Vereinigung oder andere Zusammenschlüsse von Organisationen als Verhandlungspartner den Krankenkassen gegenüberstehen, haben diese bei der Integrierten Versorgung direkte Einflussmöglichkeiten auf die Leistungsanbieter und die Gestaltung von Einzelverträgen. Für die Krankenkassen ergeben sich neue Möglichkeiten der Steuerung. Dies betrifft sowohl die

Auswahl der Anbieter, die Qualität, den Umfang der Leistungen, als auch die direkten Einflussmöglichkeiten der Krankenkasse auf die Vergütungsgestaltung. Die Einflussnahme und Steuerungsfunktion der Krankenkassen bezogen auf die Patienten wird jedoch an dritte sog. Managementgesellschaften abgegeben.

**Der Paritätische fordert, dass Krankenkassen, die bisher keine Verträge zur Integrierten Versorgung geschlossen haben, zu verpflichten sind, die Leistungen für ihre Patienten in einem vorhandenen regionalen Leistungsangebot der Integrierten Versorgung zu übernehmen. Patienten dürfen nicht von den Leistungen aufgrund ihrer Kassenzugehörigkeit ausgeschlossen werden. Der Paritätische fordert, bei der Integrierten Versorgung für psychisch kranke Menschen auch Psychotherapeuten zuzulassen, die aufgrund der Bedarfsplanung bisher keinen Praxissitz erhalten haben.**

Gegenwärtig schließen unterschiedlichen Krankenversicherungen in verschiedenen Regionen unterschiedlich strukturierte Verträge ab. Einige Krankenkassen schließen mit Managementgesellschaften ab, in denen Kapitalgeber eingebunden sind, die sachfremde wirtschaftliche Interessen verfolgen. Andere Krankenkassen schließen Verträge ab, die sich an traditionellen Strukturen ambulanter Behandlungen orientieren. Dritte wiederum schließen Verträge ab, die sich an der Sicherstellung der Versorgung ganzer Bundesländern orientieren. Entschieden abzulehnen sind Möglichkeiten des Vertragsschlusses unter Beteiligung von Pharmafirmen.

**Der Paritätische fordert eine Rücknahme der Regelung in Bezug auf die pharmazeutischen Unternehmen als Vertragspartner der Integrierten Versorgung. Das Interesse an Leistungsqualität muss vorrangig vor dem ökonomischen Interesse stehen. Neben den bereits geschlossenen Verträgen sind Rahmenvereinbarungen auf der Bundesebene zwischen den beteiligten Organisationen (Leistungserbringer und Leistungsanbieter) zu schließen, in denen u. a. Aussagen zum Umfang, zur Qualität und zur Vergütung getroffen werden. Die Rechte der Patientenvertretung sind durch ein Stimmrecht in Verfahrensfragen zu stärken.**

#### **§ 140 f Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten**

Die Patientenvertreter und –vertreterinnen haben in der Vergangenheit ihre Expertise bereits im Gemeinsamen Bundesausschuss sowie weiteren Gremien eingebracht. Die Rechte der Patientinnen und Patienten sollten durch eine Erteilung des Stimmrechtes in Verfahrensfragen gestärkt werden.



## **Artikel 4 - Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

### **§ 35 neuer Satz 2 Erlöschen der Leistungsansprüche**

Vor dem Hintergrund der aktuellen Irritationen im Rahmen der Insolvenz der City BKK ist die gesetzliche Neuregelung, dass die neu gewählte Pflegekasse in die Leistungsentscheidungen der insolventen bzw. geschlossenen Pflegekasse einzutreten hat, zu begrüßen. Dies führt zur Rechtssicherheit und der notwendigen Kontinuität der Versorgung der in der gesetzlichen Pflegeversicherung Versicherten.

### **§ 40 neuer Absatz 5 Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen**

Die Teilung der Ausgaben für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel zwischen den Krankenkassen und den bei diesen eingerichteten Pflegekassen wird begrüßt. Allerdings ist es nicht verständlich, warum diese Teilung bei Personen, die sich in stationärer Pflege befinden ausgeschlossen werden soll. Hier wird die nicht tolerierbare Verschiebung von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in das Teilleistungssystem der gesetzlichen Pflegeversicherung weiter ausgebaut. Der Paritätische hat sich bereits wiederholt gegen die nicht sachgerechte Verankerung von Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in der teilstationären Pflege, Kurzzeitpflege und vollstationären Pflege im Leistungsbereich der Pflegeversicherung ausgesprochen, welche einen Verstoß gegen den Grundsatz der Gleichbehandlung darstellt. Diese Kritik trifft auch auf die vom Gesetzgeber vorgesehene Einschränkung der Teilung der Ausgaben für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel zwischen den Krankenkassen und den Pflegekassen.

**Der Paritätische fordert, dass auch Personen mit stationärem Pflegebedarf nicht von den Leistungen der Krankenkassen für Hilfsmittel ausgeschlossen werden. Darüber hinaus fordert der Paritätische, die Ungleichbehandlung von Pflegebedürftigen in der teilstationären Pflege, Kurzzeitpflege und vollstationären Pflege aufzuheben und die medizinische Behandlungspflege dem Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung ggf. auch mit Hilfe einer pauschalen Aufteilung zuzuordnen.**

## **Artikel 8 - Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte**

Eine Neuordnung der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung hält der Paritätische für dringend erforderlich. Dazu sollte der Bedarf der Bevölkerung an medizinischer Versorgung beschrieben werden. Die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen sollte dabei sektorübergreifend erfolgen. Die Planung für die erforderlichen Arztstühle sollte entsprechend den Rahmenvorgaben auf Bundesebene für alle Arztgruppen in sinnvollen Planungsbezirken erfolgen, die die regionalen Gegebenheiten einschließlich der Verkehrsverbindungen des öffentlichen Personennahverkehrs einbeziehen.

So ist die Inanspruchnahme von Ärztinnen und Ärzten in Großstädten aus dem Umland mit zu bedenken. Primärversorger/innen müssen für die Versicherten im nahen Umfeld zugänglich sein, dies gilt insbesondere für Hausärztinnen/Hausärzte und Pädiaterinnen/Pädiater. Für Fachärztinnen/Fachärzte können umso längere Anfahrtswege in Kauf genommen werden, je stärker sie spezialisiert sind.

Bei der Planung der medizinischen Versorgung muss berücksichtigt werden, dass in ausreichender Zahl barrierefrei zugängliche Arzt- und Therapiepraxen vorhanden sind. Die Zulassung neuer Praxen sollte an die Erfüllung von Barrierefreiheit geknüpft werden.

Berlin, 12. Oktober 2011  
Der Paritätische Gesamtverband