



Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Regierungsentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (E-VStG)¹

Die Stellungnahme kritisiert zentral den einseitigen Fokus des Gesetzes auf ärztliche Leistungserbringer und die Nichtberücksichtigung von sozialpflegerischen Dienstleistungen. Zu einzelnen Aspekten, die für ältere, chronisch kranke oder behinderte Menschen von besonderer Bedeutung sind, wird detaillierter Stellung genommen. Ebenso werden negative Folgewirkungen insbesondere für die Sozialhilfeträger kritisiert.

Inhaltsverzeichnis

I.	Grundsätzliche Anmerkungen.....	2
1.	Ärztliche Unterversorgung qualitativ definieren	2
2.	Versorgungspolitisches „Gesamtkonzept“ unter Einbeziehung anderer Leistungserbringer und Versorgungsbereiche entwickeln	4
3.	Auflösung der Trennung ambulant und stationär auch für andere Versorgungsbereiche prüfen	5
4.	Kosten und erwartete Wirkungen für die Bürger/innen bzw. Versicherten transparent machen und abwägen	6
II.	Zu den vorgeschlagenen Regelungen im Einzelnen:	6
1.	Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung	6
2.	Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems	10
3.	Umsetzung „Nikolausbeschluss“	11
4.	Ausweitung der Satzungsleistungen.....	11

¹ Verantwortliche Referentin im Deutschen Verein: Heike Hoffer. Die vorliegende Stellungnahme wurde in der Geschäftsstelle des Deutschen Vereins erarbeitet, von den Fachausschüssen Rehabilitation und Teilhabe sowie Alter und Pflege beraten und vom Präsidium des Deutschen Vereins am 27. September 2011 verabschiedet.

5.	Genehmigung von Heilmitteln für einen geeigneten Zeitraum bei langfristigem Behandlungsbedarf und Anerkennung von Praxisbesonderheiten für die Verordnung von Heilmitteln	13
6.	Entlassungsmanagement	13
7.	Sozialausgleich muss bundesfinanziert bleiben	14
8.	Haus- und fachärztliche Ausbildung	15

I. Grundsätzliche Anmerkungen

1. Ärztliche Unterversorgung qualitativ definieren

Der Deutsche Verein begrüßt grundsätzlich das Ziel des Gesetzentwurfs, eine bedarfsgerechte und (möglichst) wohnortnahe ärztliche Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Diese Verpflichtung ergibt sich auch aus der UN-Behindertenrechtskonvention, wonach die Vertragsstaaten Gesundheitsleistungen so gemeindenah wie möglich, auch in ländlichen Gebieten, anzubieten haben bzw. dieses sicherstellen müssen (Art. 25 Abs. 1 b) BRK). Der Deutsche Verein hatte bereits in seiner Stellungnahme zum Regierungsentwurf des GKV-Finanzierungsgesetzes² Bestrebungen zur Stärkung der ärztlichen Versorgung in unterversorgten Gebieten begrüßt und eine Vielzahl von Maßnahmen vorgeschlagen, mit denen die ärztliche Versorgung in unterversorgten Gebieten verbessert werden kann. Hierzu ist jedoch zunächst erforderlich, die ärztliche Unterversorgung, auch im ländlichen Raum, anhand qualitativer Versorgungsgesichtspunkte zu beschreiben. Dies ist nach Auffassung des Deutschen Vereins im Gesetzentwurf nicht hinreichend geschehen. Dabei ist auch zu beachten, dass sinnvolle räumliche Bezugsgrößen gewählt werden und nicht z.B. durch Zusammenlegung von Kommunen der falsche Eindruck einer hinreichenden Versorgung entsteht.

Die gegenwärtigen Regelungen zur Bedarfsplanung sind vorrangig Berufsausübungsregelungen, die einen ruinösen ärztlichen Wettbewerb und dadurch begründete Qualitätsmängel vermeiden sollen. Ihre versorgungspolitische Bedeutung liegt aus diesem Grund eher in der Vermeidung von „Überversorgung“ als von Unterversorgung. Der Deutsche Verein hält daher die gegenwärtigen

² Vgl. Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) vom 14. Oktober 2010, NDV 2010, 473–476.

Bedarfsplanungsregelungen nicht für geeignet, ärztliche Unterversorgung anhand qualitativer Versorgungsgesichtspunkte zu beschreiben.

Die Gründe für eine nicht hinreichende Versorgung sind zudem nach Auffassung des Deutschen Vereins vielschichtiger als im E-VStG beschrieben. So spielt der Aspekt der Barrierefreiheit für den Zugang zur Versorgung eine sehr große Rolle. Zu klären ist auch, welche versorgungspolitische Rolle das Kriterium der „Wohnortnähe“ spielt und ob dies für den Zugang zu Haus- und Fachärzt/innen gleichermaßen von Bedeutung ist. Ebenso bedeutsam ist die Frage, ob eine wohnortnahe Versorgung nicht durch erweiterte Fahrtkostenregelungen und mobile Praxen in einzelnen Regionen bereits zufriedenstellend gestaltet werden kann.

Der Deutsche Verein begrüßt, dass im E-VStG auch die qualitativen Kriterien der Versorgung gestärkt werden. Allerdings sind wesentliche Kriterien von versorgungspolitischer Bedeutung nicht erfasst. Seit langem ist bekannt, dass die Barrierefreiheit, Sozialraumorientierung und Vernetzung von Gesundheitsdienstleistungen, auch die der ärztlichen Leistungserbringer/innen, von großer Bedeutung für den Zugang, die Nutzung und die Effektivität solcher Angebote sind. Die Möglichkeit zu und Erkenntnis über die Vorteile einer vernetzten Leistungserbringung sind jedoch gerade bei den ärztlichen Leistungserbringern oft nicht hinreichend vorhanden. Mit dem VStG bestünde die Chance, neben medizinisch-fachlichen Qualitätskriterien auch Kriterien wie die Barrierefreiheit, Sozialraumorientierung und Vernetzung der ärztlichen Leistungserbringer/innen in Auswahlprozesse und Förderbedingungen (z.B. im Rahmen finanzieller Anreize) mit einzubeziehen.

Der Deutsche Verein hält es für angezeigt, eine qualitativ begründete Definition von „Unterversorgung“ zu entwickeln, die die Leistungen nichtärztlicher Leistungserbringer (z.B. der Pflege oder der sozialen Dienste) ebenso berücksichtigt wie Aspekte der Barrierefreiheit, Sozialraumorientierung und Vernetzung. Nur auf der Basis einer solchen Definition ist Unterversorgung feststellbar und können entsprechende Gegenmaßnahmen konzipiert werden. Die Barrierefreiheit von Arztpraxen sowie die Sozialraumorientierung und Vernetzung auch der Ärzt/innen ist zu fördern. Der Deutsche Verein empfiehlt daher, den

Sicherstellungsauftrag in den §§ 72 ff. SGB V um die Kriterien „barrierefrei, sozialraumorientiert und vernetzt“ zu erweitern.³

2. Versorgungspolitisches „Gesamtkonzept“ unter Einbeziehung anderer Leistungserbringer und Versorgungsbereiche entwickeln

Der Deutsche Verein hält die Zielformulierung im Gesetzentwurf für zu eng gefasst und die Maßnahmen nur teilweise für geeignet, das selbst gesetzte Ziel zu erreichen. Zwar wird die Zunahme von schwerwiegenden chronischen Erkrankungen und von Multimorbidität zu einem steigenden Bedarf an medizinischen Leistungen führen. Allerdings ist das Ausmaß dieser Bedarfssteigerung durch ein optimiertes Versorgungsgeschehen durchaus beeinflussbar. Auch ist die ärztliche Versorgung chronisch und mehrfach Erkrankter von großer Bedeutung, sie ist jedoch – ebenso wie die Gesundheitsversorgung der Allgemeinbevölkerung – nicht allein mit einem „Mehr“ an (nur) ärztlichen oder medizinischen Leistungen zu gewährleisten (vgl. E-VStG unter A.). Eine solche Sichtweise schreibt der ärztlichen Versorgung eine relative Bedeutung zu, die wissenschaftlichen Erkenntnissen u.a. aus der Sozialmedizin widerspricht und das Dilemma segregierter „Versorgungsplanung“ und in der Folge segregierter Leistungserbringung weiter fortsetzt. Zudem werden versorgungspolitisch wichtige Fragen auf die noch ausstehende „Präventionsstrategie“ vertagt.

Nach Auffassung des Deutschen Vereins bedarf es zur gesundheitlichen Versorgung insbesondere im ländlichen Raum eines abgestimmten Konzepts von gesundheitsförderlichen und präventiven/rehabilitativen, kurativen, pflegerischen und sozialen vernetzten Dienstleistungs- und Beratungsangeboten, verknüpft mit einer barrierefreien Bau- und Verkehrsinfrastruktur (insbesondere auch barrierefreie Arztpraxen), gesicherter wohnortnaher Alltagsversorgung und entsprechender sozialer Unterstützungsinfrastruktur (nicht zuletzt durch bürgerschaftliches Engagement).⁴ Ein Modell hierfür bietet die sog. koordinierte Versorgung mit regionalem Bezug (vgl. Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009). Die isolierte

³ Vgl. die analoge Forderung des Deutschen Vereins für den Sicherstellungsauftrag im SGB XI in: „Selbstbestimmung und soziale Teilhabe vor Ort sichern! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gestaltung einer wohnortnahen Pflegeinfrastruktur“ vom 8. Dezember 2010, NDV 2011, 14 ff., 72 ff.

⁴ Siehe auch: Selbstbestimmung und soziale Teilhabe vor Ort sichern! (Fußn. 3), S. 14 ff., 72 ff.

Fokussierung des Regierungsentwurfs auf ärztliche Leistungserbringer zur Sicherstellung der Gesundheit der Bevölkerung hält der Deutsche Verein für zu kurz gegriffen.

Das fehlende versorgungspolitische Gesamtkonzept wird auch darin deutlich, dass zwar in der Einleitung (vgl. E-VStG unter A.) noch davon gesprochen wird, dass das **Nachwuchspotenzial „in medizinischen und pflegerischen Berufen“** tendenziell sinkt. Die Richtigkeit dieser These unterstellt, wird im Gesetzentwurf jedoch die Frage, wie hiermit aus versorgungspolitischer (nicht bildungspolitischer) Sicht umgegangen werden kann, fast vollständig ausgeklammert. So wird – außerhalb des engen Bereichs von Delegationsmöglichkeiten – nicht deutlich, welche Rolle die Pflege in versorgungspolitischer Hinsicht spielen könnte und welche Auswirkungen dies auf den Bedarf an ärztlicher Versorgung hätte.

Der Deutsche Verein fordert, insbesondere die Rolle der Pflege(berufe) und der sozialen Arbeit im Rahmen eines versorgungspolitischen Gesamtkonzepts zu stärken und hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf den haus- und fachärztlichen Bedarf zu untersuchen.

3. Auflösung der Trennung ambulant und stationär auch für andere Versorgungsbereiche prüfen

Die Trennung zwischen „ambulant“ und „stationär“ wirft nicht nur im medizinischen Bereich, sondern auch in der pflegerischen Versorgung und im sozialen Dienstleistungsbereich Probleme für eine am individuellen Bedarf orientierte Leistungserbringung und Versorgungskoordination auf. Zum Teil kann sie auch zu Fehlanreizen hinsichtlich der Versorgungssteuerung führen.

Der Deutsche Verein begrüßt das Bestreben des Gesetzgebers, im SGB V im Bereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung Regelungen zu verankern, die den Weg zu einer konzeptionellen Überwindung der leistungsrechtlichen Trennung zwischen ambulant und stationär aufzeigen. Diese könnten sich als richtungsweisend auch für andere Bereiche des Sozialrechts erweisen.

Im Kontext der Überwindung der Trennung zwischen ambulant und stationär ist auch zu prüfen, ob die „doppelte Facharztschiene“ (ambulant und Krankenhaus) in jeder Region versorgungspolitisch erforderlich ist.

4. Kosten und erwartete Wirkungen für die Bürger/innen bzw. Versicherten transparent machen und abwägen

Ein Versorgungsgesetz sollte vorrangig den Interessen der Bürger/innen bzw. der Versicherten dienen. Dies sollte auch in einer Gesetzesfolgenabschätzung in einer für die Bürger/innen bzw. die Versicherten transparenten Weise zum Ausdruck kommen.

Der Deutsche Verein vermisst im E-VStG konkrete Hinweise zu den erwarteten finanziellen Auswirkungen (z.B. für die Einführung/Erhöhung von Zusatzbeiträgen aufgrund des Gesetzes und neue Satzungsleistungen) und sonstigen Auswirkungen des Gesetzes auf die Bürger/innen bzw. Versicherten. Finanzielle Risiken und erwartete positive Auswirkungen müssen in ein Verhältnis gesetzt werden, um eine versorgungspolitische Gesamtbewertung für die Selbstverwaltung zu ermöglichen.

II. Zu den vorgeschlagenen Regelungen im Einzelnen:

1. Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung

Der Deutsche Verein begrüßt die geplante **Flexibilisierung der Planungsbereiche** durch Aufhebung der Bindung an Stadt- und Landkreisgrenzen (§ 101 Abs. 1 Satz 6 SGB V i.d.F. des E-VStG). Im Zuge einer Gesamtkoordination von gesundheitlichen und sozialpflegerischen Angeboten sollte auch die erforderliche Abstimmung mit der Sozialplanung der betroffenen Kommunen sichergestellt werden.

In der bisherigen Bedarfsplanung beruhte die Feststellung von Über- oder Unterversorgung wesentlich auf dem Verhältnis von Einwohner/innen je Arzt („Verhältniszahlen“) für 14 Arztgruppen. Zwar ist die Berücksichtigung der demografischen Bevölkerungsstruktur ein Indikator, der auch für die Bedarfsplanung von Bedeutung ist. Die Demografie spiegelt jedoch die Krankheitslast und die daraus resultierenden Versorgungsanforderungen nur teilweise wider. Der Deutsche Verein regt

an, **im Rahmen der Bedarfsplanung regelhaft auch die Morbidität zu berücksichtigen.**

Der Deutsche Verein begrüßt im Übrigen die in § 99 Abs. 1 Satz 2 E-VStG eingeräumte Möglichkeit, zugunsten der Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, z.B. in der Demografie oder Morbidität, von den Richtlinien des G-BA abzuweichen.

Mit dem E-VStG werden auch die **Einwirkungsmöglichkeiten der Länder** auf die Bedarfsplanung gestärkt: Die Länder erhalten u.a. ein Mitberatungsrecht beim Gemeinsamen Bundesausschuss zu Fragen der Bedarfsplanung und ein Beanstandungsrecht an den Bedarfsplänen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Zudem erhalten sie das Recht, ein sektorübergreifendes Gremium auf Landesebene zu schaffen, das zu Fragen der Bedarfsplanung Empfehlungen formulieren kann (vgl. § 90a SGB V i.d.F. des E-VStG)

Der Deutsche Verein begrüßt die mit dem E-VStG geschaffenen stärkeren Einwirkungsmöglichkeiten der Länder. Im Rahmen der Möglichkeit zur Schaffung eines sektorübergreifenden Landesgremiums sind nach Auffassung des Deutschen Vereins auch die nichtärztlichen Leistungserbringer und die Verbände der Kommunen auf Landesebene regelhaft mit Beteiligungsrechten auszustatten.

Um Überversorgung abzubauen, soll der Verzicht auf Zulassungen in überversorgten Gebieten gefördert werden. Hierzu können die Kassenärztlichen Vereinigungen u.a. ein **Vorkaufsrecht in überversorgten Planungsbereichen** ausüben. Dieses Vorkaufsrecht besteht nicht, wenn sich ein Kind, Ehegatte oder Lebenspartner oder ein Vertragsarzt, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich ausgeübt wurde, um die Nachbesetzung bewirbt. Gleichzeitig sollen bei der Nachbesetzung und Verlegung von Vertragsarztpraxen Versorgungsgesichtspunkte stärker berücksichtigt werden.

Der Deutsche Verein hält Versorgungsgesichtspunkte für das vorrangige Kriterium zur Bestimmung von Über- oder Unterversorgung. Die auch im E-VStG weiterhin vorgesehene Bevorzugung von Kindern, Ehegatten oder Lebenspartner/innen, mit Einschränkungen auch der Partner/innen in einer Gemeinschaftspraxis, im Rahmen des Vorkaufsrechts schafft jedoch Anreize für „Umgehungsstrategien“ bei attraktiven

Vertragsarztsitzen und wird daher Überversorgung in solchen Gebieten nicht wirksam abbauen können. Der Deutsche Verein regt daher an, z.B. über eine Fristenregelung (Kooperation besteht seit mehr als fünf Jahren o.Ä.) die Umgehungsmöglichkeit zu begrenzen. Ehegatten, Lebenspartner/innen und Kinder von Vertragsärzt/innen sollten nicht anders als andere Ärzt/innen behandelt werden, da Vertragsarztpraxen vorrangig versorgungspolitische Anforderungen erfüllen sollten und die wirtschaftliche Bedeutung nach Auffassung des Deutschen Vereins – mit Ausnahme der privatärztlichen Tätigkeit – dem gegenüber zweitrangig ist.

Die **Steuerung des Niederlassungsverhaltens über Vergütungsanreize** (z.B. Vergütungsvorschläge im vertragsärztlichen Bereich, vgl. § 87a Abs. 2 Satz 4 SGB V i.d.F. des E-VStG) wird vom Deutschen Verein grundsätzlich begrüßt. Allerdings hat der Deutsche Verein bereits in seiner Stellungnahme zum Regierungsentwurf des GKV-FinG darauf hingewiesen, dass die Nachhaltigkeit finanzieller Anreize auf das Niederlassungsverhalten wissenschaftlich nicht belegt ist. Auch die Option, mit besonders förderungswürdigen Leistungserbringern Preiszuschläge in strukturschwachen Gebieten zu vereinbaren, ist aus Sicht des Deutschen Vereins aus zwei Gründen zu diskutieren.

Zum einen ist die Nachhaltigkeit dieser Maßnahmen fraglich und zu belegen. Zum anderen sind nach Auffassung des Deutschen Vereins neben z.B. einer höheren Versorgungsqualität (bei der sich zudem die Frage stellt, wie diese zu bestimmen wäre) auch weitere qualitative Kriterien, wie die Barrierefreiheit von Arztpraxen oder der Grad und die Qualität der Vernetzung mit anderen Leistungserbringern, mit aufzunehmen. Des Weiteren sollte klargestellt werden, welche Leistungen oder Leistungserbringer aus versorgungspolitischer Sicht besonders förderungswürdig sind und welche Kriterien für „überdurchschnittliche Versorgung“ bestehen.

Um gezielte Maßnahmen für die Niederlassung zu ergreifen und finanzielle Anreize setzen zu können, soll mit dem E-VStG ein **Strukturfonds** bei der Kassenärztlichen Vereinigung eingerichtet werden, in den 0,1 % der jeweiligen Gesamtvergütung seitens der Kassenärztlichen Vereinigung und ergänzend eine entsprechende Summe seitens der Krankenkassen einfließen soll (§ 105 Abs. 1a i.d.F. des E-VStG). Hier stellt sich abermals die Frage der Nachhaltigkeit der finanziellen Anreize, da Umfragen zeigen,

dass finanzielle Anreize für die Entscheidung von Ärzt/innen, auf dem Land zu praktizieren, nicht vorrangig sind.

Der Deutsche Verein stellt infrage, ob die Mittel des Strukturfonds allein durch die Kassenärztlichen Vereinigungen an die Ärzt/innen geleistet werden sollten. Die Annahme einer „Unterversorgung“ legt nahe, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen ihren Sicherstellungsauftrag bislang nicht erfolgreich umgesetzt haben. Die Gründe hierfür sind kaum erforscht. Die Verortung eines Strukturfonds bei den KÄVen ist daher zu prüfen. Grundsätzlich befürwortet der Deutsche Verein die Einrichtung eines Strukturfonds, dieser sollte jedoch auch solche Maßnahmen mit finanzieren, die entweder den Verbleib von Ärzt/innen in unterversorgten Regionen auch nachhaltig sichern, also insbesondere Investitionen in eine Infrastruktur, oder die die Versorgung anderweitig sichern, z.B. durch Fahrtkostenübernahmen oder die Einrichtung mobiler Praxen. Ob hierfür die gegenwärtig vorgesehenen Mittel des Strukturfonds genügen, ist jedoch fraglich.

Die Möglichkeiten zur **Ermächtigung von Krankenhäusern und Ärzt/innen, die in Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen tätig** sind, wird – auch unter dem Aspekt der Überwindung der Trennung von „ambulant“ und „stationär“ – begrüßt.

Der Deutsche Verein begrüßt zudem die Möglichkeit zum **Betrieb von eigenen Einrichtungen der ambulanten ärztlichen Versorgung auch für kommunale Träger**. Allerdings dürfen die Kommunen nicht zum Ausfallbürgen einer unzureichenden Sicherstellung durch die KÄVen werden.

Der E-VStG sieht auch den **Ausbau „mobiler“ Versorgungskonzepte** vor. Mobile Ansätze werden vom Deutschen Verein grundsätzlich begrüßt. Die Tätigkeit an weiteren Orten bzw. die Bildung von Zweigpraxen darf jedoch nur erfolgen, wenn notwendige Kooperationen auf lokaler Ebene hierdurch nicht gefährdet werden (vernetzte Leistungserbringung, Sozialraumorientierung).

Der Ausbau „mobiler“ Versorgungskonzepte erfordert allerdings Anstrengungen, auch finanzieller Art, die weit über die Vorschläge des E-VStG hinausgehen. Hier fordert der Deutsche Verein nachhaltige Vergütungsregelungen und Konzepte, die den Ausbau über die rechtliche Flexibilisierung hinaus befördern (z.B. Außensprechstunden von Ärzt/innen

und mobile „Gemeindeschwestern“). Der Ausbau des „Ambient Assisted Living“ und der Telemedizin ist in die Überlegungen mit einzubeziehen.

Die erweiterten Möglichkeiten zur **Delegation ärztlicher Leistungen** werden vom Deutschen Verein im Grundsatz begrüßt. In § 28 Abs. 1 SGB V i.d.F. des E-VStG ist vorgesehen, dass die Partner der Bundesmantelverträge bis sechs Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes für die ambulante Versorgung „beispielhaft“ festlegen, bei welchen Tätigkeiten Personen, die vom Arzt angeordnete Hilfeleistungen erbringen, zukünftig ärztliche Leistungen erbringen können und welche Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind.

Der Deutsche Verein hält aus versorgungspolitischer Sicht die reine Delegation von Kompetenzen für einen Schritt in die richtige Richtung. Eine Neuordnung der Kompetenzen, die auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten aus dem Jahr 2007 angeregt hat, wäre jedoch deutlich wirksamer (z.B. Familien[gesundheits-]pfleger/innen [Family Health Nurse/Community Nurse], Nurse Practitioner etc.). Die Formulierung, dass nur „beispielhaft“ eine Liste delegationsfähiger Leistungen erstellt werden soll, ist zudem haftungsrechtlich problematisch. Hier ist – analog zu Delegationskonzepten, die als Reaktion auf die haftungsrechtliche Rechtsprechung entwickelt wurden – eine klare Zuordnung von Verantwortlichkeiten und klare Regelungen zu den Bedingungen für eine Delegation (z.B. Aufsicht, Kontrolle) erforderlich. Zusätzlich sollten die Ergebnisse der Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V umgesetzt werden.

2. Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems

In § 87 Abs. 2a und 2b SGB V i.d.F. des E-VStG ist vorgesehen, dass der Bewertungsausschuss den Umfang und die ggf. erforderliche Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für ärztliche Leistungen im Rahmen der Telemedizin prüfen soll. Die Leistungen sollen im EBM nicht im Rahmen der Regelvergütung, sondern als Einzelleistungen oder Leistungskomplexe abgebildet werden. Damit werden auch Anreize für Ärzt/innen zu einem Ausbau von ambulanten telemedizinischen Leistungen gesetzt.

Der Deutsche Verein hält einen **Ausbau telemedizinischer Leistungen** aus versorgungspolitischen Gesichtspunkten grundsätzlich für sinnvoll. Allerdings ist der Einsatz an enge Voraussetzungen zu knüpfen, um zu verhindern, dass die im Rahmen von Einzelleistungen bzw. Leistungskomplexen vergüteten Leistungen übermäßig erbracht werden. Zwar kann die Telemedizin gerade in ländlichen Gebieten und für ältere Menschen die Versorgungssituation verbessern, allerdings bestehen gerade bei älteren, pflegebedürftigen und behinderten Menschen auch besondere Herausforderungen, die aus Qualitätsgesichtspunkten zu beachten sind. Alternativ müssen auch **Fahrtkostenerstattungen möglich bleiben**, wenn dies im individuellen Fall sachgerechter ist.

Im Rahmen der Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems ist zu bedenken, dass im Rahmen des demografischen Wandels auch ein Umdenken bei der Vergütungsstruktur i.e.S. erforderlich ist.

Nach Auffassung des Deutschen Vereins sind die Mehrbedarfe, die sich im Rahmen der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Behandlung von chronisch und mehrfach erkrankten, behinderten und pflegebedürftigen Menschen ergeben, in der (zahn-)ärztlichen Vergütung besonders zu berücksichtigen. Zudem hat der Deutsche Verein bereits mehrfach eine Vergütungsrelevanz der Netzwerkarbeit von niedergelassenen Ärzt/innen gefordert.⁵

3. Umsetzung „Nikolausbeschluss“

Die in § 2 Abs. 1a SGB V i.d.F. des E-VStG erfolgte gesetzgeberische Klarstellung wird vom Deutschen Verein ausdrücklich begrüßt.

4. Ausweitung der Satzungsleistungen

§ 11 Abs. 6 SGB V i.d.F. des E-VStG (Erweiterte Satzungsleistungen) sieht vor, dass die Krankenkasse in ihrer Satzung zusätzliche vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossene Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität im Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation (§§ 23, 40), der künstlichen Befruchtung (§ 27a), der zahnärztlichen Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz (§ 28

⁵ Vgl. Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (Fußn. 2), S. 473–476.

Abs. 2), bei der Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (§ 34 Abs. 1 S. 1), mit Heilmitteln (§ 32) und Hilfsmitteln (§ 33), im Bereich der häuslichen Krankenpflege (§ 37) und der Haushaltshilfe (§ 38) sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern vorsehen kann. Dabei muss die Satzung insbesondere die Art, die Dauer und den Umfang der Leistung bestimmen. Der Begründung ist zu entnehmen, dass die hierdurch verursachten Mehrausgaben – sofern sie nicht aus den Zuweisungen des Gesundheitsfonds oder vorhandenen Finanzreserven abgedeckt werden können – aus Zusatzbeiträgen zu finanzieren sind. Weiter wird darauf verwiesen, dass durch die Erweiterung von Satzungsleistungen auch aufwendigere Behandlungen verkürzt oder vermieden werden und dadurch Einsparungen erzielt werden können.

Der Deutsche Verein sieht die Gefahr, dass vor dem Hintergrund des Wettbewerbs zur Vermeidung des Zusatzbeitrages auf der Basis des Satzungsrechts der Krankenkassen Einschränkungen in der medizinischen Rehabilitation vorgenommen werden. Wenn wesentliche medizinisch notwendige (fachlich gebotene) Rehabilitationsmaßnahmen in den „Ermessensbereich“ der Kassen verlagert werden, es also von der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Kasse abhängt, ob ein/e Versicherte/r eine solche Zusatzleistung erhält oder nicht, wird der Sozialhilfeträger bei der Ausübung seines pflichtgemäßen Ermessens im Rahmen der Hilfe zur Gesundheit nach § 52 Abs. 1 Satz 2 SGB XII Leistungen nicht versagen können, die medizinisch notwendig sind, aber von bestimmten Kassen aus Satzungs- und Finanzgründen nicht erbracht werden. Darin liegt eine Kostenverschiebung zu Lasten der Sozialhilfe.

Der Deutsche Verein steht der Ausweitung von Satzungsleistungen auf Kosten der Versicherten kritisch gegenüber. Die GKV hat grundsätzlich die medizinisch notwendigen Leistungen zu gewährleisten. Soweit hier Leistungen, die nach Auffassung des Deutschen Vereins jedenfalls teilweise notwendig sind, „ausgelagert“ werden, findet eine Privatisierung von eigentlich solidarisch zu finanzierenden Gesundheitsleistungen statt. Dies trifft insbesondere Menschen mit geringerem Einkommen sowie mit größerem Bedarf, z.B. aufgrund von chronischen Erkrankungen, Behinderungen oder mit Multimorbidität und widerspricht der Pflicht zum gleichen Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen aus Art. 25 BRK. Zudem ist eine Kostenverschiebung in die Sozialhilfe zu befürchten. Der Deutsche Verein weist darauf hin, dass der fachliche Standard dieser

Leistungen („fachlich geboten“) nicht hinter dem Standard des SGB V („allgemein anerkannter Stand medizinischer Erkenntnisse unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts, vgl. § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB V) zurückstehen darf. Die in der Begründung zu § 11 Abs. 6 SGB V i.d.F. des E-VStG vorgesehene Evaluation wird vom Deutschen Verein begrüßt.

5. Genehmigung von Heilmitteln für einen geeigneten Zeitraum bei langfristigem Behandlungsbedarf und Anerkennung von Praxisbesonderheiten für die Verordnung von Heilmitteln

Der Deutsche Verein begrüßt den neu eingefügten § 32 Abs. 1a SGB V i.d.F. des E-VStG. Für den Personenkreis, der langfristigen Behandlungsbedarf bei Heilmitteln hat, bedeutet diese Regelung eine praktische Erleichterung. Der Deutsche Verein regt jedoch an, das **Antragserfordernis** in § 32 Abs. 1a SGB i.d.F. des E-VStG entfallen zu lassen.

Die KBV und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen sollen nach § 84 Abs. 8 SGB V i.d.F. des E-VStG Praxisbesonderheiten für die Verordnung von Heilmitteln und weitere ärztliche und ärztlich verordnete Leistungen festlegen können. Die höheren Kosten der Vereinbarung von Praxisbesonderheiten bei Heilmitteln sind im Rahmen der Richtgrößen zu berücksichtigen.

Zur Verbesserung der Inanspruchnahme von Leistungen, die der Verringerung von Pflegebedürftigkeit dienen, sieht der Deutsche Verein die Herausnahme einzelner Leistungen aus dem Heilmittelbudget als sinnvoll an.⁶ Zudem hält er eine Anpassung der Richtgrößen für erforderlich. Die Möglichkeit der Vereinbarung von Praxisbesonderheiten wird im Übrigen begrüßt.

6. Entlassungsmanagement

In § 39 Abs. 1 SGB V i.d.F. des E-VStG ist vorgesehen, die bisher schon bestehende Verpflichtung der Leistungserbringer zu einem Versorgungsmanagement (§ 11 Abs. 4 SGB V) für die Krankenhausbehandlung durch eine Pflicht zu einem Entlassmanagement

⁶ Vgl. Prävention und Rehabilitation vor und bei Pflege umsetzen! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit, NDV 2011, 411–413.

zu konkretisieren. Aus Sicht des Deutschen Vereins stellt dies eine deutliche Verbesserung gegenüber der bisherigen gesetzlichen Situation dar.

Der Deutsche Verein würde es jedoch begrüßen, wenn auch **qualitative Anforderungen an ein Entlassmanagement** gesetzlich konkretisiert würden. Diese sollten mindestens folgende Aspekte beinhalten:

- Die jeweils zuständigen Beratungs- und Koordinierungsstellen (Krankenhaussozialdienst, Pflegestützpunkte etc.) sind verpflichtend in ein Überleitungsmanagement einzubeziehen (im Krankenhaus z.B. durch Teilnahme an Fallkonferenzen).
- Dabei ist verbindlich zu klären, wer zu welchem Zeitpunkt den Prozess der Überleitung übergreifend koordiniert und wie die Koordinationsverantwortung übergeben wird (z.B. während des Aufenthalts im Krankenhaus: dortiger Sozialdienst [wenn möglich drei Tage vor Entlassung]: Kontaktaufnahme mit jeweiligem Pflegestützpunkt, ambulanter oder stationärer Pflegeeinrichtung oder Hausarzt/Hausärztin; nach Rückkehr in die Häuslichkeit: Pflegestützpunkt, ambulanter Pflegedienst und Hausarzt/Hausärztin).
- Für die beteiligten Leistungserbringer ist eine Vergütung dieser Leistungen vorzusehen.

Zudem soll nach Auffassung des Deutschen Vereins⁷ der **nationale Expertenstandard „Entlassungsmanagement“** des DNQP auch für Krankenhäuser gesetzlich verbindlich werden.

Ergänzend ist auch die **Schließung der sog. „ambulanten Versorgungslücke“** nach einem Krankenhausaufenthalt, die in diesem Kontext eine besondere Bedeutung hat, zu fordern.

7. Sozialausgleich muss bundesfinanziert bleiben

§ 221b SGB V i.d.F. des E-VStG sieht vor, dass die Bundesregierung neben den Versorgungsauswirkungen der Maßnahmen nach §§ 85 und 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V auch die finanziellen Auswirkungen auf die gesetzliche Krankenversicherung bis zum 30.

⁷ Vgl. Prävention und Rehabilitation vor und bei Pflege umsetzen! (Fußn. 6).

April 2012 evaluiert. Das Ergebnis der Evaluierungen wird bei der Festlegung der Höhe der Zahlungen des Bundes für den Sozialausgleich mildernd berücksichtigt, soweit sich aus dem Ergebnis unter Berücksichtigung von Einspareffekten Mehrausgaben des Bundes für den Sozialausgleich ergeben.

Der Deutsche Verein hält es für unvereinbar mit den Zielen des GKV-FinG, die Finanzierungszuständigkeit des Bundes für den Sozialausgleich von dem Ergebnis der Evaluation des VStG abhängig zu machen. Die Finanzierungszuständigkeit des Bundes für den Sozialausgleich war Geschäftsgrundlage des GKV-FinG und muss gerade bei Ausgabenerhöhungen, die zur Erhebung oder Erhöhung von Zusatzbeiträgen führen, bestehen bleiben.

8. Haus- und fachärztliche Ausbildung

Der Deutsche Verein bedauert, dass der Aspekt der haus- und fachärztlichen Ausbildung aus kompetenzrechtlichen Gründen nicht im Rahmen des E-VStG berücksichtigt werden konnte. Für die Ausbildung der Haus- und Fachärzt/innen gilt es aus versorgungspolitischen Gründen einige Aspekte zu berücksichtigen, die bislang in der Diskussion noch kaum eine Rolle gespielt haben. Insbesondere sind dies die Vernetzung und Kooperation mit nichtärztlichen Berufsgruppen und Dienstleistern und die Fähigkeit zur Arbeit in multidisziplinären Teams, wie sie insbesondere für die Behandlung von älteren, chronisch kranken und behinderten Menschen wichtig sind (siehe auch Art. 26 Abs. 1 a) BRK).

Der Deutsche Verein regt an, zur Förderung der Allgemeinmedizin im Rahmen der Ausbildung nicht nur die Möglichkeit zur Ableistung studienpraktischer Zeiten in hausärztlichen Praxen, sondern auch in bestimmten sozialen Dienstleistungseinrichtungen (z.B. Pflegeheimen, Einrichtungen der Behindertenhilfe oder Beratungsstellen) zu ermöglichen, um angehende Haus- und Fachärzt/innen für die Zusammenarbeit an den Schnittstellen zu sensibilisieren.

In einer demografisch gewandelten Gesellschaft spielen auch die Altersbilder von Ärzt/innen eine große Rolle. Untersuchungen haben ergeben, dass defizitorientierte Altersbilder von Ärzt/innen z.B. dazu führen können, Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen für wenig aussichtsreich zu halten und deswegen seltener zu

verordnen. Zudem sollten spezielle geriatrische Kompetenzen und Erfahrungen bei allen Ärzt/innen im ambulanten und stationären Bereich stärker verankert werden. Auch die besonderen Bedarfe behinderter Menschen sollten Bestandteil der ärztlichen Ausbildung sein, z.B. beim Umgang mit geistig und seelisch behinderten Menschen. Dies entspricht auch der Verpflichtung aus Art. 25 d) BRK.

Der Deutsche Verein regt an, im Rahmen der ärztlichen Ausbildung besonderen Wert auf ein differenziertes Bild vom Alter und Altern und von Behinderung zu legen, um die Versorgungssituation älterer und behinderter Menschen zu verbessern.