

Stellungnahme

der

**Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von
Menschen mit Behinderung und chronischer
Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.
(BAG SELBSTHILFE)**

zum

**Gesetzentwurf zum Gesetz zur
Verbesserung der Versorgungsstrukturen
in der gesetzlichen Krankenversicherung
des Bundesministeriums für Gesundheit**

**(BT-Drucksache 17/6906)
(Stand 5. 9. 2011)**

sowie

**a.) den Änderungsanträgen
der Fraktionen der CDU/CSU und FDP**

(BT-Drucksache 17/6906, 17(14)0190, 17 (14)0191),

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0188(50)
gel. VB zur öAnhörung am 19.10.
11_VStG
13.10.2011

**b) Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge,
Agnes Alpers,
Karin Binder, weiterer Abgeordneter und
der Fraktion DIE LINKE:
„Wirksamere Bedarfsplanung zur Sicherung einer
wohnortnahen und bedarfsgerechten gesundheitlichen
Versorgung“
(BT-Drucksache 17/3215),**

**c) Antrag der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Birgitt Ben-
der,
Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der
Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN:
„Wirksame Strukturreformen für eine patientenorientierte
Gesundheitsversorgung auf den Weg bringen“
(BT-Drucksache 17/7190).**

Als Dachverband von 120 Bundesverbänden der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen sowie 13 Landesarbeitsgemeinschaften begrüßt die BAG SELBSTHILFE den Grundansatz des Gesetzentwurfs und der Änderungsanträge der Fraktionen Bündnis 90/ DIE GRÜNEN und DIE LINKE, die Versorgung vom Bedarf des Patienten her zu gestalten. Gerade chronisch kranke und behinderte Menschen leiden in besonderem Maße darunter, wenn der Zugang zu der für sie wichtigen und für den Alltag dringend benötigten ärztlichen Versorgung und der zeitnahen Versorgung mit Arznei-, Hilfs- und Heilmitteln nicht mehr sichergestellt ist. Auch die sogenannten Schnittstellenprobleme im Übergang zwischen den Sektorengrenzen belasten diese Personengruppe überproportional.

Zutreffend ist es aus Sicht der BAG SELBSTHILFE daher, die Bedarfsplanung weiterzuentwickeln und insbesondere eine kleinräumige und flexiblere Ausgestaltung der Planungsbezirke sowie eine differenzierte, an spezifischen fachärztlichen Kompetenzen orientierte Planung auszugestalten. Die BAG SELBSTHILFE teilt daher auch den Ansatz des Gesetzentwurfs und der Änderungsanträge der Fraktionen Bündnis 90/ DIE GRÜNEN und der Fraktion DIE LINKE, dass die Planung künftig im Grundsatz sektorübergreifend gedacht werden muss. Ferner sollten auch weitere Faktoren,

wie etwa Morbidität, in der Zukunft stärker in die Bedarfsplanung einbezogen werden.

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE fehlen dem Entwurf jedoch noch Ansatzpunkte, um Artikel 25 der UN- Behindertenrechtskonvention umzusetzen. Danach ist die Zugänglichkeit zur Gesundheitsversorgung (Art. 25 Abs. S. 2) auch in ländlichen Gebieten gemeindenah (Art. 25 Abs. 1 S. 3c) für Menschen mit Behinderungen sicherzustellen. Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE muss insofern die Frage der Barrierefreiheit einer Arztpraxis als eigener Faktor für die Bedarfsplanung festgeschrieben werden. Um für die Ausgestaltung der Bedarfsplanung in dieser Frage eine tragfähige Beratungsgrundlage zu haben, sollten zudem die entsprechenden Ausschüsse verpflichtet werden, Erhebungen zur Ausstattung der Praxen bzgl. der Frage der Barrierefreiheit zu machen. Zudem sollte nach Auffassung der BAG SELBSTHILFE von Ärztinnen und Ärzten, die in überversorgten Gebieten nicht-barrierefreie Arztpraxen vorhalten, eine Ausgleichsabgabe zur Schaffung barrierefreier Praxen insbesondere in unterversorgten Gebieten verlangt werden.

Als erster und wichtiger Schritt zur Herstellung einer barrierefreien Gesundheitsversorgung wird daher der Vorschlag der Fraktion DIE LINKE begrüßt, modellhaft mobile Arztpraxen und Shuttle-Services einzurichten, welche die Patienten zu den Ärzten bringen. Auf lange Sicht muss jedoch der Anspruch chronisch kranker und behinderter Menschen auf eine gemeindenah und zugängliche Gesundheitsversorgung im Sinne der UN- Behindertenrechtskonvention verwirklicht werden.

Kritisch wird von der BAG SELBSTHILFE bewertet, dass in einigen Bereichen mit erheblichen Kostensteigerungen der gesetzlichen Krankenkassen gerechnet werden muss, ohne dass dies durch Qualitätssteigerungen gerechtfertigt würde. Insbesondere hinsichtlich der Neuregelung der Gesamtvergütung in § 85 SGB V sind hier noch Veränderungen erforderlich. Die Regelungen werden absehbar dazu führen, dass die Krankenkassen wesentlich höhere Zusatzbeiträge von den Versicherten verlangen müssen. Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist es nicht akzeptabel, dass die Bundesregierung die Kostenrisiken für den Bundeshaushalt beschränkt, aber in Kauf nimmt, dass die Versicherten durch Zusatzbeiträge stärker belastet werden.

Mit Nachdruck wendet sich die BAG SELBSTHILFE gegen Bestrebungen, die neue spezialärztliche Versorgung (§ 116b SGB V GesE) in den Vertragsbereich zu verlagern. Bei der Ausgestaltung der alten Fassung des § 116 b SGB V im Gemeinsamen Bundesausschuss war die Patientenvertretung nicht nur maßgeblich durch ihre Erfahrungen daran beteiligt, eine sinnvolle und qualitativ hochwertige Versorgung im Krankenhaus sicherzustellen, sondern war oft Motor für die Fertigstellung der entsprechenden Maßgaben. Werden in Zukunft diese Bereich durch dreiseitige Verträgen geregelt, wären diese wichtigen Erfolge für die Patienten gefährdet: Zum einen ist die Patientenvertretung an derartigen Verträgen nicht beteiligt und kann daher ihre Erfahrungen und Ideen für die Umsetzung nicht einbringen; zum anderen verdeutlichen jedoch auch die Erfahrungen mit IV- Verträgen, dass das Lösungen über das Vertragssystem in hohem Maße intransparent ist und so auch die Information der Versicherten über die Inhalte schwierig ist. Bereits jetzt wird das Gesundheitssystem durch die Versicherten als undurchschaubar erlebt; die Regelung in dreiseitigen Verträgen würde diese Intransparenz noch verstärken, statt sie abzubauen. Gerade im Bereich der seltenen Erkrankungen ist aber eine solche Transparenz von erheblicher Bedeutung.

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE würde eine Regelung der Bereiche des § 116b SGB V über dreiseitige Verträge auch nicht schneller (und gleichzeitig fachgerecht) als im GBA durchgeführt werden: Der GBA hat bereits einschlägige Erfahrungen in diesem Versorgungsbereich und erfolgreich Konkretisierungen vorgenommen. Eine Verlagerung in den Vertragsbereich würde daher die bereits geleistete Arbeit des GBA auf Null zurücksetzen und den Status-quo für die bereits konkretisierten Erkrankungsgruppen gefährden. Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE würden deswegen die Regelungen bei vertraglicher Ausgestaltung der Regelung des § 116b SGB V nicht schneller, sondern wesentlich langsamer umgesetzt.

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist eine solche langsame Umsetzung noch aus einem weiteren Grunde zu befürchten: Gerade an der Versorgung seltener Erkrankungen besteht auf der Ebene der Vertragsparteien kein Interesse; deshalb wäre zu befürchten, dass ohne Patientenbeteiligung die Verhandlungen nie wirklich zu Ende kämen. In den Spitzenverbänden der Leistungserbringer bestehen hier unterschiedliche Interesselagen bei der Versorgung seltener Erkrankungen (Uniklinika vs.

Nichtuniversitäre Kliniken, Hausärzte vs. Fachärzte vs. hochspezialisierte Fachärzte), die eine sachgerechte und zeitnahe Verhandlung unwahrscheinlich sein lassen. Aus diesem Grunde hält die BAG SELBSTHILFE eine Verlagerung der spezialärztlichen Versorgung weder in zeitlicher noch in inhaltlicher Hinsicht für zielführend.

Insgesamt kann nach Ansicht der BAG SELBSTHILFE eine hochwertige Versorgung für die Bevölkerung nur gewährleistet sein, wenn in grundlegenden Belangen Patientenvertreter als Stimme der Betroffenen eingebunden werden. Insoweit wird seitens der BAG SELBSTHILFE Nachbesserungsbedarf in Hinblick auf den erforderlichen Ausbau der Patientenbeteiligung gesehen. So wurde in dem Gesetzentwurf an wesentlichen Stellen, z.B. bei den neu eingerichteten gemeinsamen Landesgremien nach § 90a und im Strukturfond, keine Patientenbeteiligung vorgesehen. Außerdem sollte aus Sicht der BAG SELBSTHILFE die bereits seit Jahren von den Patientenorganisationen geforderte Ausweitung der Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss mit einem Stimmrecht in Verfahrensfragen realisiert werden. Ferner sollte bei einer Umstrukturierung des Gemeinsamen Bundesausschuss die Patientenseite bei der Benennung der unparteiischen Vorsitzenden einbezogen und ein vierter unparteiischer Vorsitzender vorgesehen werden.

Eine Mitberatung von Patientenvertretern ist außerdem nach Auffassung der BAG SELBSTHILFE bei IV- Verträgen vorzusehen. In Einzelfällen waren bereits in der Vergangenheit Patientenorganisationen erfolgreich an der Erstellung von IV- Verträge beteiligt; nachdem gerade diese indikationsspezifischen Verbände auf eine umfangreiche und breit gestreute Erfahrung über die Situation von Patienten im Versorgungssystem zurückgreifen können, ist es sinnvoll, diese praktischen Erfahrungen auch in ein IV- Vertragssystem einfließen zu lassen.

Ferner sollte auch eine Patientenbeteiligung im Bewertungsausschuss statuiert werden; in der Vergangenheit ist es immer wieder vorgekommen, dass bestimmte Leistungen, wie etwa die Krebsfrüherkennung, im Gemeinsamen Bundesausschuss mühevoll unter Patientenbeteiligung ausgearbeitet wurden und die Umsetzung im Bewertungsausschuss verzögert wurde, da sich die Parteien nicht auf eine Abrechnungsziffer einigen konnten.

Nachdem wichtige Teile der Bedarfsplanung auf die Landesebene verlagert werden, sollten die Patientenvertreter zudem auch in den Landesausschüssen dringend mit einem eigenen Antragsrecht ausgestattet werden, um hier auch bei Versorgungsmängeln aktiv in die Planung eingreifen zu können.

Zu den Vorschlägen des Gesetzentwurfs im Einzelnen ist Folgendes auszuführen:

1. Gesetzliche Verankerung des sogenannten Nikolaus-Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts (§ 2 SGB V GesE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt es ausdrücklich, dass die Bundesregierung die Rechtsprechung des sogenannten Nikolaus-Beschlusses des Bundesverfassungsgerichtes gesetzlich verankern will. Gerade für Menschen mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung ist es wichtig, dass ihnen Behandlungsmethoden zur Verfügung stehen, die Aussicht auf Heilung oder spürbare Verbesserung bieten, auch wenn sie außerhalb des in der GKV erstattungsfähigen Leistungskatalogs stehen.

Nach wie vor ist jedoch - auch nach zahlreichen Urteilen und Beschlüssen des Bundessozialgerichts und des Bundesverfassungsgerichtes - nicht klar definiert, in welchen Fällen ein hinreichender Schweregrad der Erkrankung vorliegt. So hatte das Bundessozialgericht bei der Frage, ob ein Medikament zum Restless Legs Syndrom erstattungsfähig ist, trotz einer schweren Ausprägung der Symptome und damit einhergehender Suizidneigung, die Anwendbarkeit des Nikolaus-Beschlusses verneint. Besonders bedrückend sind für chronisch kranke und behinderte Menschen Entscheidungen, in welchen darauf verwiesen wird, dass sich die Krankheit noch in einem Anfangsstadium befindet und daher kein hinreichender zeitlicher Zusammenhang zu einem tödlichen Ausgang bestünde (siehe etwa Entscheidung des BSG zu Permanent Seeds (Brachytherapie) beim Prostatakarzinom vom 4. 4. 2006, BSG, Urt. v. 04.04.2006 - B 1 KR 7/05 R). Nach Auffassung des BSG ist danach eine hinreichend lebensbedrohliche Erkrankung nur dann gegeben, wenn „eine notstandsähnliche Situation im Sinne einer in einem gewissen Zeitdruck zum Ausdruck kommenden Problematik (...), wie sie für einen zur Lebenserhaltung bestehenden Be-

handlungsbedarf typisch ist“ gegeben ist (BSG, Urt. v. 04.04.2006 - B 1 KR 7/05 R). Eine zeitliche Eingrenzung dieses „Zeitdrucks“ hat das BSG nicht vorgenommen. Dies hat einerseits zur Folge, dass Patienten u.U. in einem frühen Stadium, in dem noch Aussicht auf Heilung besteht, die notwendige Behandlung versagt wird; auf der anderen Seite ist auch bei einer Behandlung in einem späteren Stadium nicht gesichert, dass das Gericht den hinreichenden zeitlichen Zusammenhang bejaht.

Eine derartig restriktive Auslegung lässt sich aus Sicht der BAG SELBSTHILFE aus der Formulierung „regelmäßig tödliche Erkrankung“ nicht herleiten und ist zudem für chronisch kranke und behinderte Menschen zutiefst bedrückend. Insofern ist es nach Auffassung der BAG SELBSTHILFE dringend angezeigt, dass der Gesetzgeber die Frage, wann eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung gegeben ist, legal definiert.

Angesichts der Überschneidung mit der Anwendung des off label use ist es aus Sicht der BAG SELBSTHILFE angezeigt, im Rahmen der Lösung dieser Frage auch die Frage der Anwendung des off label use im Sinne der teilweise weitergehenden Entscheidungspraxis des BSG gesetzlich zu regeln.

2. Satzungsleistungen (§ 11 SGB V GesE)

Soweit die Bundesregierung beabsichtigt, den Krankenkassen eine erweiterte Möglichkeit zu Satzungsleistungen zu eröffnen, wird dies von Seiten der BAG SELBSTHILFE sehr kritisch gesehen. So sollen bestimmte Leistungen der medizinischen Versorgung und Rehabilitation, künstlichen Befruchtung, zahnärztlichen Behandlung ohne Versorgung mit Zahnersatz, der Versorgung mit nicht verschreibungsfähigen Arzneimitteln, mit Heilmitteln und Hilfsmitteln sowie die häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe in Zukunft jeweils von Krankenkasse zu Krankenkasse unterschiedlich erstattbar sein.

Durch diese Regelung würde die Intransparenz im Leistungsgeschehen weiter erhöht; gleichzeitig bestünde auf Seiten der Gesetzlichen Krankenkassen ein Interesse daran, den gemeinsamen Leistungskatalog auszudünnen, um so zusätzliche Möglichkeiten im Wettbewerb zu schaffen. Maßgeblich dafür, ob die Versichertenge-

meinschaft für eine Leistung aufkommt, sollte aber deren Nutzen sein. Nutzenbringende Leistungen müssen nach wie vor allen Versicherten unabhängig von der Satzung der Krankenkasse zur Verfügung stehen.

Zudem findet der Wettbewerb der Krankenkassen nach wie vor eher um gesunde Versicherte statt. Chronisch kranke und ältere Versicherte sind bei den Krankenkassen keine beliebten Versicherten, da die Ausgleichszahlung aus dem Risikostrukturausgleich die anfallenden höheren Kosten oft nicht decken können. Die Vorgänge um die Insolvenz der City BKK haben dies wiederum nachdrücklich gezeigt. Chronisch kranke und behinderte Menschen profitieren daher in der Regel nicht von den wettbewerblichen Maßnahmen der Krankenkassen.

Ferner sind gerade chronisch kranke und behinderte Menschen nicht nur oft mit der notwendigen Marktbeobachtung überfordert, sondern sie sind auch in stärkerem Maße - etwa durch Einschreibung in DMP-Verträge - an ihre jeweilige Kasse gebunden. Sie gehen bei einem Kassenwechsel das Risiko ein, dass sich Änderungen in ihrer bisherigen Versorgung ergeben. Es stünde zu befürchten, dass solche Änderungen auch zu einer Verschlechterung der Compliance führen.

Die BAG SELBSTHILFE befürchtet zudem, dass ein zu breit angelegter Katalog an Wahlтарifen und Zusatzleistungen entsteht und der Nutzen dieser Zusatzleistungen nicht in allen Fällen gewährleistet ist. Zudem steht zu befürchten, dass die Krankenkassen versuchen werden, durch weitere Sparmaßnahmen bei den Pflichtleistungen den Kassenwettbewerb auszubauen. Damit ist davon auszugehen, dass die Wahlfreiheit über Zusatzbeiträge abgerechnet wird.

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE sollte daher statt einer Erweiterung der Möglichkeit zu Satzungsleistungen eher die sachgerechte und medizinisch notwendige Versorgung innerhalb der Pflichtleistungen der GKV sichergestellt werden.

Strikt abgelehnt wird von der BAG SELBSTHILFE der Vorschlag, Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern vorzusehen. Es ist kein Grund ersichtlich, neben der bereits heute existierenden Vielzahl an Leistungserbringern und Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern die Versorgung für eine weitere

Gruppe zu öffnen. Die gesundheitliche Versorgung ist ein hohes Gut, die Zulassung als Dienstleister im Gesundheitswesen dient der Einhaltung von Qualitätsstandards und damit dem gesundheitlichen Schutz aller Versicherten. Wenn auch die zusätzlichen Satzungsleistungen in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden sollen - was uneingeschränkt zu begrüßen ist - ist nicht ersichtlich, warum für diese Fälle auf eine Zulassung der Leistungserbringer verzichtet werden soll. So würden etwa die im Präqualifizierungsverfahren erreichten Standards in der Hilfsmittelversorgung u.U. auf diese Weise zu Lasten der Versicherten ausgehöhlt.

3. Fortgeltung von Leistungsentscheidungen nach der Schließung einer Krankenkasse (§ 19 SGB V GesE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt die vorgesehene Regelung, nach der die Rücknahme von Leistungsentscheidungen, etwa bei Heilmitteln, durch eine Krankenkasse nach dem Wechsel eines Versicherten aufgrund Schließung oder Insolvenz ausgeschlossen sein soll. Für chronisch kranke und behinderte Menschen bedeutet diese Normierung einerseits eine größere Rechtssicherheit; zum anderen stärkt die Regelung jedoch auch das allgemeine Vertrauen in die Funktionsfähigkeit des GKV-System, das nach den Vorgängen zur City-BKK erheblich gelitten hat. Gerade diese Vorgänge haben bei chronisch kranken und behinderten Menschen erhebliche Ängste hervorgerufen.

4. Delegation von ärztlichen Leistungen auf nichtärztliches Personal (§ 28 SGB V GesE)

Die BAG SELBSTHILFE unterstützt grundsätzlich die Delegation ärztlicher Leistungen auf nicht ärztliches Personal, sofern einerseits im Vorfeld die ausreichende Qualifizierung der Berufsgruppen bzw. die Qualität der Leistungen sichergestellt ist, andererseits aber auch die Haftungsfrage eindeutig geklärt ist.

Kritisiert wird jedoch ausdrücklich, dass die Definition der Leistungen, die durch nichtärztliches Personal erbracht werden können, und der Anforderungen an diese Erbringung, durch die Partner der Bundesmantelverträge ohne Patientenbeteiligung

erfolgen soll. Gerade in diesem Bereich ist eine Einbeziehung der Kenntnisse und Erfahrungen der entsprechenden Patientengruppen dringend erforderlich, da in vielen Fällen die Frage einer sinnvollen Delegation nur bei Kenntnis des Indikationsbereichs und entsprechender Erfahrungen in diesem Bereich zu beantworten ist; eine Patientenbeteiligung ist bei diesen Festsetzungen daher aus Sicht der BAG SELBSTHILFE unbedingt vorzusehen.

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE sollte daher die Aufgabe an den Gemeinsamen Bundesausschuss übertragen werden, der die Diskussion über die Delegation ärztlicher Leistungen bereits im Rahmen des Modellvorhabens geführt hat. Um eine zeitnahe Umsetzung zu gewährleisten, sollten jedoch aus Sicht der BAG SELBSTHILFE entsprechende Fristen gesetzt werden.

5. Langfristige Genehmigung bei der Heilmittelversorgung, Genehmigungsfiktion (§ 32, 84 Abs. 8 SGB V GesE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt ausdrücklich, dass die Bundesregierung die von der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss seit Langem geforderte langfristige Genehmigung von Heilmitteln gesetzlich regeln will. Im Gemeinsamen Bundesausschuss konnte bei der Neufassung der Heilmittelrichtlinie bisher nur erreicht werden, dass solche langfristigen Genehmigungen bei Menschen mit dauerhaft schweren funktionellen/ strukturellen Beeinträchtigungen erteilt werden können: Die sogenannte langfristige Genehmigung, welche im Rahmen eines Statusfeststellungsverfahrens geklärt wird, hatte aus Sicht der Patientenvertretung den Zweck, die Regressgefahr des Arztes bei der Heilmittelverordnung zu verringern. In vielen Fällen wurde nämlich eine Heilmittelverordnung von den Ärzten aus Angst vor dem Regress abgelehnt, obwohl die Voraussetzungen für eine Verordnung vorlagen. Für den Patienten bringt die langfristige Genehmigung nur den Vorteil, dass er keine Genehmigung für die Heilmittelverordnung einholen muss; eine quartalsmäßige Verordnung durch den Arzt ist nach wie vor erforderlich.

In der Umsetzung dieser Richtlinien ergibt sich jedoch folgendes Problem: Viele Krankenkassen verzichten auf das Genehmigungserfordernis, da sie hier den büro-

kratischen Aufwand scheuen. Ein solcher Verzicht ist nach den Heilmittelrichtlinien auch möglich; die Genehmigung gilt dann als erteilt (§ 8 Abs. 4 S.3 Heilmittelrichtlinie). Nun stellen sich jedoch die Krankenkassen auf den Rechtsstandpunkt, dass § 8 Abs. 4 (Genehmigungsfiktion nach Verzicht) die Fälle des § 8 Abs. 5 (dauerhafte funktionelle Schädigung) nicht umfasst. Dies bedeutet, dass in dem Fall, in dem ein solcher Verzicht auf das Genehmigungserfordernis erfolgt ist, der Regress nach wie vor möglich ist. Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE wird damit genau das Ziel der Regelung, den Heilmittelbedarf von Menschen mit schweren funktionellen Beeinträchtigungen aus der Regressgefahr zu bringen, konterkariert. Die BAG SELBSTHILFE hält diese Rechtsauffassung als Umgehung der Richtlinien zwar nicht für nicht zutreffend, fürchtet jedoch, dass die Patientinnen und Patienten dadurch unnötigerweise auf den Rechtsweg verwiesen werden.

Die BAG SELBSTHILFE fordert daher den Gesetzgeber auf, den Heilmittelbedarf für Menschen mit derartigen Beeinträchtigungen, direkt gesetzlich zu regeln und hier auch die Möglichkeit einer Langzeitverordnung zu verankern. Dies dient zum einen der Entlastung des Arztes, zum anderen ist der Patient dadurch nicht jedes Quartal aufs Neue auf die Verordnung des Arztes angewiesen. Ferner sollte gesetzlich geregelt werden, dass die Genehmigung als erteilt gilt, wenn die Krankenkasse auf das Erfordernis einer Genehmigung verzichtet.

Im Übrigen wird darauf hingewiesen, dass der Personenkreis, der von dieser Regelung betroffen ist, wegen der engen Fassung klein ist und zudem den Krankenkassen im Regelfall bekannt ist (z.B. Contergan- Geschädigte, Menschen mit Kleinwuchs, Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderung etc.). Insoweit dürfte einerseits der Bürokratieaufwand gering sein, zum anderen werden die Krankenkassen im Regelfall auf die Genehmigung verzichten können.

Die BAG SELBSTHILFE regt daher folgende Gesetzesfassung an:

„(1a) Bei langfristigem Behandlungsbedarf genehmigen die Krankenkassen auf Antrag des Versicherten die erforderlichen Heilmittel für einen geeigneten Zeitraum. Das Nähere, insbesondere zu den Genehmigungsvoraussetzungen, regelt der Ge-

meinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6. Verzichtet die Krankenkasse auf die Genehmigung, gilt dieses als erteilt.

Bei langfristiger und besonderer Schwere der funktionellen oder strukturellen Schädigung, Beeinträchtigung der Aktivitäten und nachvollziehbarem Therapiebedarf ist eine langfristige Genehmigung zu erteilen; über die langfristige Genehmigung durch die Krankenkasse hinaus wird in diesen Fällen jedoch von dem Arzt eine langfristige Verordnung erteilt. Verzichtet die Krankenkasse in diesen Fällen auf die Genehmigung, gilt dieses als erteilt.

Über die Anträge auf langfristigen Behandlungsbedarf ist innerhalb von vier Wochen zu entscheiden; ansonsten gilt die Genehmigung nach Ablauf der Frist als erteilt. Soweit zur Entscheidung ergänzende Informationen des Antragstellers erforderlich sind und die Krankenkasse diese angefordert hat, ist der Lauf der Frist bis zum Eingang dieser Informationen unterbrochen."

Bzgl. des im letzten Satz enthaltenen Vorschlags wird folgendes erläutert: Die Genehmigungsfiktion, wonach der Antrag als genehmigt gilt, wenn über ihn nicht innerhalb einer Frist von vier Wochen entschieden wird, wird seitens der BAG SELBSTHILFE positiv bewertet. Selbst wenn dies im Einzelfall dazu führen kann, dass Anträge kurz vor Ablauf der Frist ohne hinreichende Begründung und zu Unrecht abgewiesen werden, geht die BAG SELBSTHILFE davon aus, dass eine solche Praxis keinen Bestand haben wird. Nachdem es sich um einen Personenkreis mit nicht unerheblichen Beeinträchtigungen handelt, müssten die Krankenkassen befürchten, dass dies in der Presse thematisiert wird. Soweit im Entwurf jedoch eine Verlängerung der Frist angenommen wird, wenn noch Unterlagen des Antragstellers nachgereicht werden, regt die BAG SELBSTHILFE an, dass hier der folgende Passus nach „erforderlich sind“ eingefügt wird (s.o.):

„... und die Krankenkasse diese angefordert hat“.

Andernfalls würde die Frist in vielen Fällen ins Leere laufen, da die Krankenkasse in der Regel behaupten kann, es hätten noch Unterlagen des Versicherten gefehlt.

6. Anrechnung der Kosten der Standardtherapie bei Multifokallinsen (§ 33 SGB V GesE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt das Vorhaben der Bundesregierung im Grundsatz, wonach Patientinnen und Patienten in Zukunft bei Kataraktoperationen nur noch die Mehraufwendungen gegenüber der Standardtherapie mit einer Monofokallinse zu bezahlen haben. Dies entspricht der Regelung im Bereich der Hilfsmittelversorgung und kann die Situation von betroffenen Menschen finanziell verbessern.

Allerdings wird dies nur als erster Schritt angesehen. Nach wie vor besteht im Krankenversicherungsrecht der Grundsatz, dass die Gesetzlichen Krankenversicherungen das Notwendige zu erstatten haben. Insofern wäre zu prüfen, ob diese Linsen nicht für einzelne Personengruppen (z.B. Kinder) oder Versorgungsbereiche eine notwendige Versorgung darstellt. Aus diesem Grunde wird seitens der BAG SELBSTHILFE die Durchführung von Studien angeregt, welche aber auch klären sollten, ob diese Versorgung nicht in einzelnen Fällen mit Risiken für die betroffenen Patientinnen und Patienten verbunden ist; etwa weil die Linse dann doch wieder gegen eine Monofokallinse ausgetauscht werden muss, da das Gehirn mit dem Einsatz von Multifokallinsen nicht zurechtkommt.

7. Erweiterung der Off-label-Kommission (§ 35 c SGB V GesE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt die Einrichtung einer Expertengruppe, die über die bisher bestehenden fachgebietsbezogenen Expertengruppen in der Onkologie, Neurologie/Psychiatrie, Infektiologie und Ophthalmologie hinaus Arzneimittel begutachten kann. Für viele Erkrankungen war eine Bewertung von Arzneimitteln bisher nicht möglich, da die Expertengruppen nur für andere Indikationsbereiche eingesetzt waren.

Die BAG SELBSTHILFE nimmt die entsprechende Änderung jedoch auch zum Anlass, eine grundlegende Lösung der Problematik einzufordern. Hier wird organisatorische Neuordnung der Ausschüsse und feste Fristen für die Auftragsbearbeitung angemahnt. Leider muss festgestellt werden, dass die Bewertungen der Medikamente

durch die eingesetzten Expertengruppen nur schleppend vorangehen. Da die Bewertung einzelner Medikamente und Indikationen sehr zeit- und arbeitsaufwendig ist, wurden bisher nur wenige Medikamente überprüft und eine entsprechende Empfehlung auf Aufnahme in die Positivliste gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss ausgesprochen. Damit besteht jedoch faktisch bei den nicht aufgenommenen Medikamenten die sowohl für Ärzte als auch Patienten bisherige problematische und nur schwer zu beurteilende Rechtslage weiter fort: Seitens der behandelnden Ärzte muss bei unnötiger Verordnung eines off-label-Medikaments mit Regressforderungen der Krankenkassen gerechnet werden, andererseits kann der medizinisch gebotene, aber unterlassene Einsatz eines off-label-Medikaments schwere haftungsrechtliche Konsequenzen haben. Als Ausweg aus diesem Dilemma wird den Ärzten deswegen häufig empfohlen, ein Privatrezept auszustellen und den Patienten entsprechend aufzuklären. Damit befindet sich der Patient wiederum in der schwierigen Entscheidungssituation, entweder Risiken für die eigene Gesundheit einzugehen oder die Behandlungskosten selbst zu tragen. Insbesondere für chronisch kranke und behinderte Menschen ist eine solche Belastung unzumutbar; es muss insoweit darauf hingewiesen werden, dass in manchen Bereichen - so etwa in der Kinderonkologie - fast ausschließlich off-label verordnet werden muss. Hier muss aus Sicht der BAG SELBSTHILFE nunmehr endlich eine Regelung gefunden werden, welche den Betroffenen hinreichende Rechtssicherheit gewährt, dass die Krankenkasse die Kosten für die von ihnen benötigten Medikamente übernimmt. Außerdem muss der off-label-use unter dem Gesichtspunkt der Patientensicherheit dringend in ein methodisch abgesichertes Verfahren der Arzneimittelanwendung überführt werden. Auch hierzu bedarf es einer klaren gesetzlichen Regelung.

Unabhängig davon ist jedoch die Arbeit der off-label Kommission in ihren organisatorischen Rahmenbedingungen zu stärken; hier sollten hauptamtliche Strukturen geschaffen werden. Zudem fordert die BAG SELBSTHILFE, jeweils klare Fristen für die Bearbeitung der Aufträge festzulegen.

Sollte eine solche organisatorische Neuordnung der Ausschüsse nicht gelingen, muss über eine Zulassungserweiterung von Amts wegen nachgedacht werden.

8. Verbesserung im Versorgungsmanagement (§§ 11, 39 und 112 SGB V GesE, § 37 SGB V, Änderungsantrag 2 der Fraktionen CDU/ CSU und FDP)

Die BAG SELBSTHILFE unterstützt die geplante Regelung, wonach die Krankenhausbehandlung auch das Entlassungsmanagement beinhalten soll. Nach wie vor gibt es an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und nachfolgenden ambulanten Behandlungen, Rehabilitationsbehandlungen oder (Kranken-) Pflege immer noch erhebliche Probleme auch deswegen, weil die bisherige Regelung nur unzureichend umgesetzt wurde. Insoweit wird auch der Änderungsantrag 2 der Koalitionsfraktionen begrüßt, wonach klargestellt wird, dass das Versorgungsmanagement auch den Übergang in die fachärztliche Versorgung beinhaltet.

Die BAG SELBSTHILFE ist jedoch der Auffassung, dass die Krankenhäuser über finanzielle Anreize, wie etwa Fallpauschalen für das Entlassmanagement, und/oder Sanktionen dazu verpflichtet werden müssen, eine adäquate Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Eine Maßnahme könnte es sein, die Abrechenbarkeit von Krankenhausleistungen davon abhängig zu machen, dass es eine vertraglich abgesicherte Sicherstellung der Weiterbehandlung gibt. Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE bedarf es aber auch finanzieller Anreize und Sanktionen, wenn sich der niedergelassene Bereich nicht in adäquater Art und Weise am Entlassungsmanagement beteiligt. Insbesondere die Bereitschaft zu Hausbesuchen am Wochenende muss über Verpflichtungen und ggf. auch Sanktionsmöglichkeiten sichergestellt werden. Dies sollte - zumindest in den wesentlichen Grundzügen - gesetzlich geregelt werden und nicht ausschließlich den Vertragspartnern nach § 112 SGB V überlassen werden.

Überdies muss die sektorübergreifende Qualitätssicherung im Bereich des Entlassungsmanagements gesetzlich mit klaren Vorgaben für die Gemeinsame Selbstverwaltung geregelt werden. Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE sollte auch die Kooperation mit Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen beim Entlassungsmanagement verpflichtend vorgesehen werden.

Über diese Frage hinaus hält es die BAG SELBSTHILFE für notwendig, auch das Versorgungsmanagement bei anderen Leistungserbringern, insbesondere im Bereich

der Rehabilitation, entsprechend zu regeln bzw. hier Verbesserungen zu erreichen. Hier müssten ebenfalls geeignete Maßnahmen ergriffen werden, damit das in § 11 festgelegte Versorgungsmanagement in der Realität umgesetzt wird.

Ferner ist darauf hinzuweisen, dass nach wie vor die Gewährung der Haushaltshilfe nur unzureichend in einzelnen Satzungen geregelt ist und dadurch oft nach einem Krankenhausaufenthalt eine Versorgungslücke entsteht. Zudem erhalten nach der derzeitigen Gesetzeslage Menschen mit Behinderung, die in einer Wohnstätte der Behindertenhilfe leben, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege gem. § 37 SGB V oder die Leistungen der Pflegeversicherung nicht oder nur unzureichend.

Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-Modernisierungsgesetz zum 1. April 2007 die Leistungen der häuslichen Krankenpflege für alle geeigneten Orte, insbesondere betreute Wohnformen, geöffnet. Dennoch wird bis heute von den gesetzlichen Krankenkassen bei Wohnstätten der Behindertenhilfe deren Eignung bestritten, obwohl dort vorrangig pädagogische Fachkräfte beschäftigt sind.

Für pflegebedürftige Menschen mit Behinderung, die in Wohnstätten der Behindertenhilfe leben, sind die Beträge der Pflegeversicherung seit Einführung der sozialen Pflegeversicherung im Jahre 1995 auf den monatlichen Höchstbetrag von 256 Euro unabhängig von der Pflegestufe gedeckelt (§ 43a SGB XI). Damit auch stationär betreute behinderte Menschen von einem verbesserten Versorgungs- und Entlassungsmanagement nach Krankenhausaufenthalten profitieren können, müssen daher auch entsprechende Klarstellungen in den genannten Vorschriften erfolgen.

Die BAG SELBSTHILFE schlägt daher insgesamt für eine Neufassung der §§ 37 Abs. 1 Satz 1 und 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V folgende Formulierungen vor:

§ 37 Abs. 1 S. 1 SGB V:

„(...)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.“

§ 37 Abs. 1 S.3 SGB V

„(...)sowie hauswirtschaftliche Versorgung; erforderliche grundpflegerische und hauswirtschaftliche Leistungen werden auch ohne behandlungspflegerischen Bedarf gewährt. Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen.“

§ 37 Abs. 1 und 2 S. 1 SGB V:

„Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen und anderen geeigneten Einrichtungen der Hilfen für behinderte Menschen, Schulen und Kindergärten,... ..“.

9. Verbot der Zuweisung gegen Entgelt durch Vertragsärzte (§ 73 SGB V GesE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt mit Nachdruck das Vorhaben der Bundesregierung, den Vertragsärzten zu untersagen, sich für die Zuweisung von Versicherten ein Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile versprechen oder gewähren zu lassen.

10. Heilmittelversorgung (§ 84 SGBV GesE)

Nachdem unzureichende Regelungen in einzelnen KV-Bezirken immer wieder zu regionalen Problemen bei der Heilmittelversorgung geführt haben, begrüßt die BAG SELBSTHILFE die geplante Regelung, Praxisbesonderheiten in Zukunft für die Verordnung von Heilmitteln festzulegen, die bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit anzuerkennen sind (s.o.).

Gerade Ärztinnen und Ärzte, die eine überdurchschnittliche Zahl von Menschen mit chronischen Krankheiten oder schweren Behinderungen versorgen, sind häufig Regressforderungen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen ausgesetzt. Dies hat zur Folge, dass Verordnungen oft verweigert oder Patienten an andere Arztpraxen verwiesen werden. Dies ist insbesondere deswegen bedauerlich, weil aus fachlicher Sicht solche Schwerpunktausrichtungen sehr zu begrüßen sind: Diese Arztpraxen sind infolge dieser „Spezialisierung“ mit den Besonderheiten der Versorgung von Menschen mit

schweren Behinderungen und chronischen Erkrankungen besonders vertraut und können dem Anspruch einer bedarfsgerechten Versorgung damit in einem höheren Maße gerecht werden, als dies bei Kollegen ohne eine derartige umfangreiche Erfahrung der Fall ist. Aus diesem Grund wird die geplante Regelung als wichtiger Schritt zur Verbesserung der Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen bewertet.

Um jedoch auch hier die Erfahrungen und Impulse der Verbände chronisch kranker und behinderter Menschen zu Versorgungsengpässen einbringen zu können, ist es aus Sicht der BAG SELBSTHILFE wichtig und angezeigt, Patientenbeteiligung an der Feststellung der Praxisbesonderheiten gesetzlich zu verankern.

Darüber hinaus sollte aus Sicht der BAG SELBSTHILFE aus den gleichen Gründen jedoch auch eine entsprechende Regelung für die Praxisbesonderheiten bei Arzneimitteln vorgesehen werden.

11. Einheitlicher Bewertungsmaßstab (§ 87 Absatz 2e SGB V GesE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt die Absicht der Bundesregierung, die Anwendung von Zu- und Abschlägen bei Über- und Unterversorgung endgültig abzuschaffen.

Da die Zahlung von Zu- und Abschlägen an die definierte Über- und Unterversorgung entsprechend §§ 100 und 101 SGB V und die Umsetzungsregelungen in der Bedarfsplanungsrichtlinie gebunden war, hätte eine andere Regelung bedenkliche Auswirkungen auf die Versorgung von chronisch kranken und behinderten Menschen.

Die in der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehenen Arztgruppen haben bisher nicht die ausreichende Differenzierung gehabt, um Über- und Unterversorgungen realistisch abzubilden. Daher hätten sich durch die Zahlungen von Zu- und Abschlägen erhebliche Verwerfungen gezeigt. U. a. sind für die unterschiedlichen internistischen Fachärzte, die zusammen in einer Arztgruppe geplant werden, in vielen Planungsbezirken Überversorgung festgestellt. Trotzdem

gibt es für einzelne Facharztgruppen, z.B. die Internisten mit Schwerpunkt Rheumatologie bzw. Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie, in der Versorgungsrealität der meisten Planungsbezirke eine deutliche Unterversorgung.

Durch den Wegfall der Zu- und Abschläge wird diese Grundproblematik zwar nicht beseitigt, es werden jedoch stärkere Auswirkungen auf die Vergütung der Ärzte verhindert. Das Grundproblem der nicht differenzierten Arztgruppen wird damit jedoch nicht behoben. Diesem ist aus Sicht der BAG SELBSTHILFE durch Schaffung einer Regelung abzuhelpfen, welche die Versorgungsrealität und die verschiedenen Arztgruppen realistisch abbildet.

12. Vergütung der Ärzte - Maßnahmen zur Fallzahlbegrenzungen (§ 87b Absatz 3 SGB V GesE)

Im Gesetzentwurf für das Versorgungsstrukturgesetz ist die Regelung vorgesehen, dass bei festgestellter Unterversorgung für die Ärzte der betroffenen Arztgruppe Maßnahmen zur Fallzahlbegrenzung oder -minderung keine Anwendung finden.

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt grundsätzlich, dass damit ein Problem der bisherigen Regelleistungsvolumina aufgehoben wird, hält jedoch die geplante Norm nicht für ausreichend: In vielen Fällen wird auch hier die Definition von Unterversorgung gemäß § 100 SGB V und der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses greifen. Ähnlich wie bei den Zu- und Abschlägen, die mit dem Gesetzentwurf gestrichen werden, führen vorhandene Verwerfungen in der Bedarfsplanung auch zu Verwerfungen in der Honorierung. So würden auch zukünftig die Regelleistungsvolumina für alle internistischen Fachärzte greifen, obwohl einige Spezialisierungen innerhalb der Inneren Medizin, wie die Rheumatologie, in fast allen Planungsbezirken unterversorgt sind. Die Wirkung der grundsätzlich positiven Regelung wird daher allein von möglichen Änderungen in der Bedarfsplanungsrichtlinie abhängen.

13. Wegfall der Begrenzung der extrabudgetären Leistungen (§ 87d GesE)

Der Wegfall der Begrenzung der extrabudgetären Leistungen wird seitens der BAG SELBSTHILFE kritisch gesehen. Auch wenn dies in Einzelfällen begrüßt werden kann (etwa bei den extrabudgetären Leistungen zur Strahlentherapie), besteht doch insgesamt die Besorgnis, dass die zu erwartenden Kostensteigerungen der Krankenkassen aufgrund der bereits erfolgten Neuregelungen der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenkassen zukünftig komplett durch die Versicherten getragen werden müssen. Nachdem die Bundesregierung die Anbindung der Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung an die paritätische Zahlung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer aufgegeben hat, werden diese Kosten unmittelbar zu Lasten der Versicherten gehen. Die BAG SELBSTHILFE hält daher eine Überarbeitung der geplanten Änderungen für notwendig.

14. Transparenz der Vertragsärztlichen Leistungen (§ 87c SGB V GesE)

Die vorgesehenen Regelungen in § 87c SGB V GesE zur Transparenz der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen werden seitens der BAG SELBSTHILFE begrüßt.

15. Vergütung der Ärzte - Anreizsetzung (§§ 87a SGB V GesE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt das Vorhaben, zur Verbesserung der Situation im ländlichen Bereich Maßnahmen der monetären Anreizsetzung und der Zulassungssteuerung zu ergreifen. Ob dies allerdings grundsätzlich zu einer höheren Zufriedenheit der Ärzte mit der Honorarverteilung führen wird, bezweifelt die BAG SELBSTHILFE.

16. Vergütung der Zahnärzte (§§ 85 ff. SGB V GesE)

Die BAG SELBSTHILFE teilt insoweit zwar die Auffassung, dass es sinnvoll ist, die vertragszahnärztliche Versorgung als eigenständiger Leistungsbereich im SGB V zu regeln. Die BAG SELBSTHILFE sieht die geplante Gesetzesänderung jedoch kritisch: Mit der in § 85 SGB V enthaltenen Neuregelung der Gesamtvergütung der Zahnärzte werden unter anderem Regelungen getroffen, die dazu führen, dass bisher auf die Beitragssatzstabilität verpflichtete Bereiche geöffnet werden und höhere Vergütungen der Zahnärzte ermöglicht werden. Auch die prospektive Vermeidung von

Überschreitungen des Gesamtvergütungsvolumens durch die Vergütung von Einzelleistungen soll abgeschafft werden.

Der geplanten Reform der Honorierung (Aufhebung der Budgets, Vereinheitlichung der Punktwerte) und ihrer Verteilung stehen jedoch keine Vorgaben für eine qualitativ bessere Versorgung gegenüber. Bereits heute sind mehr als 60 Prozent des Zahnersatzes durch die Patientinnen und Patienten selber zu finanzieren.

Insofern muss aus Sicht der BAG SELBSTHILFE das bestehende Festzuschuss-System im Bereich des Zahnersatzes einer kritischen Überprüfung unterzogen werden. So hat eine Studie von Wessels/Knappe (vdek) ergeben, dass der Anstieg der privaten GOZ-Honorare sowie der Material- und Laborkosten in 2009 zu einer Erhöhung des Eigenanteils des Versicherten von 10,2 Prozent (gleichartige Versorgung) bzw. 14,5 Prozent (andersartige Versorgung) gegenüber 2005 geführt hat. Insgesamt zeigt sich eine deutliche Verlagerung hin zur Abrechnung über private GOZ-Honorare gegenüber der Abrechnung über den vertraglichen Leistungskatalog (BEMA). Das Festzuschuss-System führt damit zu immer höheren Eigenanteilen bei den Versicherten; zudem können die Krankenkassen in vielen Fällen nicht mehr überprüfen, ob die Leistungen ausreichend und zweckmäßig i.S.d. § 12 SGB V waren, da diese nicht mehr den Vertragsbestimmungen unterliegen; vielmehr muss der Versicherte nunmehr diese ihn überfordernde Prüfung selbst vornehmen.

Insgesamt kann es nicht sein, dass die gesetzlichen Krankenkassen Einsparungen in diesem Bereich verzeichnen, während die Aufzahlungen für die Versicherten ansteigen. Die BAG SELBSTHILFE tritt hier für eine Rückkehr zum Sachleistungsprinzip ein.

17. Gemeinsames Landesgremium (§ 90a SGB V GesE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt das Vorhaben, auf der Ebene der KV'en künftig regionale sektorübergreifende Versorgungsausschüsse zur Versorgungsplanung einzuführen; es wird jedoch bedauert, dass diese Gremien keine Entscheidungskompetenz haben sollen und das Mitberatungsrecht der Patientenorganisationen nicht gesetzlich festgeschrieben, sondern nur in der Begründung zum Gesetz erwähnt wird und

es letztlich dem Landesgesetzgeber überlassen ist, ob er Patientenorganisationen in angemessener Art und Weise beteiligt. Die Beteiligung der Patientenorganisationen ist jedoch gerade bei diesen Ausschüssen dringend notwendig, da die Patientinnen und Patienten Probleme in der Versorgung als erste feststellen und von ihnen betroffen sind. Von daher ist aus Sicht der BAG SELBSTHILFE die Patientenbeteiligung entsprechend § 140 f, g SGB V i. V. m. der Patientenbeteiligungsverordnung zwingend festzuschreiben. Die Patientenbeteiligung in den Landesausschüssen ist hier bereits in § 140 f Abs. 3 SGB V gesetzlich verankert. Allerdings sollte hier angesichts der Verlagerung der Kompetenzen auf die Landesebene in der Bedarfsplanung ein eigenes Antragsrecht der Patientenvertretung in den Landesausschüssen festgeschrieben werden; hieran fehlt es in der derzeitigen Regelung noch.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollten allerdings zusätzlich verpflichtet werden, nach dem Modell des § 140 f Abs. 6 SGB V Stabsstellen zur Unterstützung der Patientenbeteiligung einzurichten. Um einheitliche Standards bei der Auswahl der zu beteiligenden Organisationen zu gewährleisten, sollten überdies die Grundsätze für die Patientenbeteiligung auf Landesebene denen der in § 140 g, f SGB V i.V.m. der Patientenbeteiligungsverordnung festgelegten Maßgaben entsprechen. Hier ist etwa geregelt, dass eine Organisation nur dann als maßgebliche Patientenorganisation anerkannt werden kann, wenn sie die Neutralität und Unabhängigkeit ihrer Arbeit durch Offenlegung ihrer Finanzen nachweist.

Darüber hinaus wird angeregt, in die Gesetzesbegründung aufzunehmen, dass die bestehenden Versorgungsbedarfe von den Ausschüssen anhand von Kriterien bestimmt werden sollen, die differenzierter sind als das reine Arzt-Einwohner-Verhältnis, wie etwa der Morbidität.

18. Reform der Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 91 SGB V GesE)

Die BAG SELBSTHILFE unterstützt die geplanten Regelungen zum Quorum bei dem Ausschluss von Leistungen, sieht jedoch für den Bereich der Patientenvertretung noch Ergänzungsbedarf.

Die BAG SELBSTHILFE hält es für notwendig, dass die maßgeblichen Patientenorganisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss ein Stimmrecht in Verfahrensfragen erhalten: Dieses beträfe die Geschäfts-, Verfahrens- und Tagesordnung, das Protokoll sowie die Themensetzung; bei der Forderung nach einer Ausweitung der Mitbestimmung geht es ausdrücklich nicht um eine Mitentscheidung in den konkreten Sachfragen. Nachdem die Patientenorganisationen in der Öffentlichkeit immer mehr als Teil der Gemeinsamen Selbstverwaltung wahrgenommen wird, ist eine Ausweitung der Befugnisse erforderlich, um der gestiegenen Verantwortung der Patientenorganisationen gerecht werden zu können. Wenn Patientenorganisationen für Entscheidungen stärker in Haftung genommen werden, müssen sie jedoch auch größeren Einfluss auf den Prozess der Beratungen haben. Insofern wird darauf hingewiesen, dass die Patientenvertretung über die gesetzliche Regelung des § 140 g, f SGB V i.V.m. der Patientenbeteiligungsverordnung sowohl unmittelbar (§ 140 g, f) als auch mittelbar (Patientenbeteiligungsverordnung) durch den Deutschen Bundestag (SGB V) und das BMG (Patientenbeteiligungsverordnung) legitimiert und damit diejenige Gruppe im Gemeinsamen Bundesausschuss ist, die in bestem Maße bevollmächtigt und legitimiert ist.

Über das Stimmrecht in Verfahrensfragen hinaus wird zur Absicherung der gestiegenen Verantwortung der Patientenvertretung auch die Einsetzung eines vierten unparteiischen Vorsitzenden für sinnvoll gehalten, über dessen Benennung nach Vorschlag der Patientenvertretung durch Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages entschieden wird.

19. Medizinische Versorgungszentren (§ 95 SGB V GesE)

Dass im Referentenentwurf Regelungen vorgesehen sind, die dazu führen sollen, dass Medizinische Versorgungszentren wieder stärker an die ärztliche Leitung gebunden werden, begrüßt die BAG SELBSTHILFE. Es wird insoweit die Sorge geteilt, dass Medizinische Versorgungszentren zum bloßen Baustein von Klinikketten zur Gewinnmaximierung reduziert werden könnten.

10. Möglichkeit befristeter Zulassungen (§ 98 SGB GesE i. V. m. § 19 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte - neu)

Die BAG SELBSTHILFE unterstützt die Regelung, befristete Zulassungen für Vertragsärzte zu ermöglichen; dieses Instrument kann zu einer Begrenzung der teilweise vorhandenen bzw. zu befürchtenden Überversorgung genutzt werden.

21. Möglichkeit der Abweichung von der Bedarfsplanungsrichtlinie durch die Landesausschüsse (§ 99 SGB GesE i.V.m. § 12 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte - neu)

Im Grundsatz begrüßt die BAG SELBSTHILFE die Möglichkeit, regionale Besonderheiten auf Landesebene zusätzlich zu berücksichtigen.

Gleichzeitig sieht die BAG SELBSTHILFE hier auch ein Risiko für unsachgemäße Entscheidungen: Die Rückmeldung von Patientenvertretern auf Landesebene zeigt, dass von den Landesausschüssen keinesfalls immer Entscheidungen getroffen werden, die sich an den Versorgungsanforderungen von Patientinnen und Patienten ausrichten (würden). Aus diesem Grunde sieht es die BAG SELBSTHILFE als dringend notwendig an, dass das Antragsrecht der Patientenvertretung in § 140 f, g SGB V auch für die Landesausschüsse gesetzlich verankert wird; bisher verfügt die Patientenvertretung in den Landesausschüssen nicht über ein Antragsrecht.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollten zudem zusätzlich verpflichtet werden, nach dem Modell des § 140 f SGB V Stabsstellen zur Unterstützung der Patientenbeteiligung einzurichten, gerade auch, um eine bessere Vernetzung mit der Bundesebene zu gewährleisten. In anderen Bereichen hat die Bundesregierung mit dem Versorgungsstrukturgesetz bereits Maßnahmen getroffen, um die uneinheitliche Vorgehensweise auf KV-Ebene stärker über die Bundesebene regeln zu lassen, wie bei den Praxisbesonderheiten oder dem Sonderbedarf. Die hier vorgesehene Möglichkeit, von den Bedarfsplanungsrichtlinien abzuweichen, kann nach Einschätzung der BAG SELBSTHILFE zu zusätzlichen Problemen bei der Sicherung einer einheitlichen Versorgung führen; insoweit muss hier auch zur besseren Kontrolle der Begründung einer Abweichung von der Bedarfsplanung eine bessere Vernetzung der Patientenvertretung hergestellt werden.

22. Berücksichtigung von zusätzlichen Gesichtspunkten bei der Bedarfsplanung (§ 101 SGB V GesE)

Die BAG SELBSTHILFE hält die vorgesehenen Regelungen grundsätzlich für geeignet, um die Bedarfsplanung weiterzuentwickeln.

So wird die vorgesehene Regelung als sinnvoll erachtet, nach der sowohl die spezialärztlichen Leistungen nach § 116 b als auch die Ermächtigungen bei der Berechnung des Versorgungsgrades mit berücksichtigt werden sollen.

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt auch die Neufassung von § 101 Absatz 1 Satz 6, die eine Festlegung der regionalen Planungsbereiche allein auf die Sicherstellung der Versorgung ausrichtet, statt wie bisher in der Regel auf die Stadt- und Landkreise. Zu begrüßen ist insbesondere das Vorhaben, dass die Planungsbezirke künftig kleinräumiger und flexibler gestaltet werden müssen und dass spezifische Ausgestaltungen für einzelne Arztgruppen möglich sein sollen. Um tatsächlich eine tragfähige Beratungsgrundlage zu haben, sollten die Ausschüsse verpflichtet werden, Erhebungen zur Ausstattung der Praxen insbesondere zur Barrierefreiheit zu machen. Dies würde - wie bereits dargestellt - auch Artikel 25 der UN-Behindertenrechtskonvention Rechnung tragen.

Letztlich würden es die Erhebungen erlauben, den Patientinnen und Patienten im Planungsbezirk Transparenz hinsichtlich der Versorgungsangebote -bzw. der Strukturqualität zu verschaffen.

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt die in der Gesetzesbegründung im Einzelnen dargestellte Möglichkeit, in der künftigen Versorgungsplanung zwischen der Planung der primärärztlichen Versorgung mit Haus-, Kinder- und Frauenärzten, der allgemeinen fachärztlichen Versorgung und der spezialisierten fachärztlichen Versorgung zu unterscheiden. Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE müssen insbesondere für Spezialisten, wie Rheumatologen und Pädaudiologen, spezifische Planungen für die Versorgung besonderer Patientengruppen vorgenommen werden.

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt zudem die vorgesehene stärkere Orientierung der Anpassung der Verhältniszahlen an den Versorgungsanforderungen statt einer stichtagsbezogenen Feststellung der Verhältniszahlen.

Ebenso wird die in der Gesetzesbegründung geforderte Konkretisierung der Sonderbedarfszulassung, für die mit der Neufassung von § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 die gesetzliche Grundlage geschaffen wird, positiv bewertet.

Allerdings hängen alle gesetzlichen Regelungen in hohem Maße von der Umsetzung im Gemeinsamen Bundesausschuss ab. Es bleibt zu hoffen, dass dort sachgerechte Lösungen für die Definition der Planungsbereiche, der Verhältniszahlen und des Sonderbedarfs gefunden werden.

23. Voraussetzungen für die Zulassung, Vor- und Aufkaufsrecht (§ 103 SGB V GesE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt die Vorschläge des Gesetzgebers, wonach Versorgungsgesichtspunkte bei der Zulassung stärker zu berücksichtigen sind. Auch die Möglichkeit für die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Vertragsarztsitze aufzukaufen, erscheint als geeignetes Mittel, um Überversorgung abzubauen.

24. Strukturfonds (§ 105 SGB V GesE)

Die BAG SELBSTHILFE unterstützt es, dass nunmehr die Möglichkeit gegeben sein soll, über Strukturfonds aus Mitteln der ärztlichen Gesamtvergütung Anreizsetzungen wie Investitionskostenzuschüsse und Vergütungszuschläge vorzunehmen. Sachgerecht wäre es, diese Aufgabe an die neu zu schaffenden Gemeinsamen Ausschüsse zu übertragen.

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE sollte von Ärztinnen und Ärzten, die in überversorgten Gebieten nicht-barrierefreie Arztpraxen vorhalten, eine Ausgleichsabgabe

zur Schaffung barrierefreier Praxen insbesondere in unterversorgten Gebieten verlangt werden.

Gelingt die Sicherstellung der Versorgung durch die Maßnahmen des Versorgungsausschusses für einen bestimmten Bezirk nicht, dann sollte aus Sicht der BAG SELBSTHILFE den Kassenärztlichen Vereinigungen nicht nur das Recht, sondern die Pflicht zukommen, zu Lasten der Gesamtvergütung von Ärztinnen und Ärzten in überversorgten Gebieten zusätzliche Ärzte und Ärztinnen einzustellen.

Zur Sicherstellung sachgerechter Entscheidungen und der Förderung der Transparenz - insbesondere für den Bereich der Barrierefreiheit - sollte ein Mitberatungs- und Antragsrecht der maßgeblichen Patientenorganisationen entsprechend § 140 f,g SGB V bzgl. der Vergabe der Mittel durch den Strukturfonds gesetzlich verankert werden.

25. Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei der Verordnung von Heilmitteln (§ 106 SGB V GesE)

Die BAG SELBSTHILFE unterstützt aus den oben dargestellten Gründen das gesetzgeberische Vorhaben, die Verordnung von Heilmitteln, die bei langfristigem Behandlungsbedarf durch die Krankenkassen genehmigt worden sind, nicht in die Wirtschaftlichkeitsprüfung einzurechnen. Auch die Maßnahme, dass bei einer erstmaligen Überschreitung des Richtgrößenvolumens eine individuelle Beratung erfolgen muss, wird begrüßt. Gerade die Richtgrößen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen haben in der Vergangenheit zu Problemen bei der Verordnung geführt und haben so Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen immer vor die Unsicherheit gestellt, ob sie die für sie notwendigen Behandlungen erhalten.

24. Ermächtigung für Ärzte für die ambulante Versorgung (§ 116 SGB V GesE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt diese Erweiterung der Möglichkeiten, Ärzte in stationären Einrichtungen zu ermächtigen, an der ambulanten Versorgung teilzunehmen.

26. Schaffung von Institutsambulanzen bei zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf (§ 116 a SGB V GesE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt die vorgesehene Regelung, um auf diese Weise regional vorhandene Versorgungsdefizite auszugleichen.

27. Neuregelung der spezialärztlichen Versorgung (§ 116b SGB V GesE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt die geplante Neuordnung der ambulanten spezialärztlichen Versorgung grundsätzlich. Die bisher für die ambulante Versorgung nach § 116 b zugelassenen Ambulanzen haben aus Sicht der BAG SELBSTHILFE im Bereich der Versorgung von Menschen mit schweren chronischen Erkrankungen zu einer Verbesserung der Versorgung beitragen können. Die vorgesehene Ausweitung der Regelung kann aus Sicht der BAG SELBSTHILFE vor allem dazu beitragen, auch in den Bundesländern eine Zulassung von Ambulanzen zu erreichen, in denen diese bisher an den Verwaltungsverfahren gescheitert sind. Die BAG SELBSTHILFE sieht jedoch mit Sorge, dass die ursprünglich vorgesehene besondere Qualität der Spezialambulanzen für die Behandlung von Betroffenen mit seltenen Erkrankungen und Krankheiten mit besonderen Verläufen immer weniger im Blickpunkt der Regelungen steht. Es muss auf jeden Fall gesichert werden, dass eine Kontrolle der Qualität der Einrichtungen durch die Krankenkassen regelmäßig erfolgt, um sicherzustellen, dass die Krankenhäuser und niedergelassenen Fachärzte die erforderliche Qualität der Versorgung auch tatsächlich erbringen können. Insbesondere muss die Regelung des § 116b SGB V dahingehend vervollständigt werden, dass auch die Überprüfung der Anforderungskriterien in den nach § 116b zugelassenen Häusern sichergestellt ist. Außerdem muss ein Qualitätsvergleich zwischen der ambulanten Versorgung im Krankenhaus und der Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte im entsprechenden Indikationsbereich ermöglicht werden.

Wie bereits dargestellt, wendet sich die BAG SELBSTHILFE nachdrücklich gegen Bestrebungen, die neue spezialärztliche Versorgung (§ 116b SGB V GesE) in den Ver-

tragsbereich zu verlagern. Bei der Ausgestaltung der alten Fassung des § 116 b SGB V im Gemeinsamen Bundesausschuss war die Patientenvertretung nicht nur maßgeblich durch ihre Erfahrung daran beteiligt, eine sinnvolle und qualitativ hochwertige Versorgung im Krankenhaus sicherzustellen, sondern sie waren oft der Motor für die Fertigstellung der entsprechenden Regelungen im Gemeinsamen Bundesausschuss. Werden in Zukunft diese Bereich durch dreiseitige Verträge geregelt, wären diese wichtigen Erfolge für die Patienten gefährdet: Zum einen ist die Patientenvertretung an derartigen Verträgen nicht beteiligt und kann daher ihre Erfahrungen und Ideen für die Umsetzung nicht einbringen; zum anderen verdeutlichen jedoch auch die Erfahrungen mit IV- Verträgen, dass Lösungen über das Vertragssystem in hohem Maße intransparent ist und so auch die Information der Versicherten über deren Inhalte schwierig ist. Bereits jetzt wird das Gesundheitssystem durch die Versicherten als undurchschaubar erlebt; die Regelung in dreiseitigen Verträgen würde diese Intransparenz noch verstärken, statt sie abzubauen. Gerade bei seltenen Erkrankungen wird diese Transparenz dringend benötigt, welche durch die erforderliche Patientenbeteiligung und die Transparenz im GBA sichergestellt ist, nicht aber bei dreiseitigen Verhandlungen geregelt wäre. Außerdem wäre bei dreiseitigen Verträgen eine im öffentlichen Interesse gebotene Einflussnahme durch die Bundesregierung (BMG) praktisch nicht möglich.

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE würde eine Regelung über dreiseitige Verträge auch nicht schneller als im GBA durchgeführt werden: Der GBA hat sich bereits einschlägige Erfahrungen in diesem Versorgungsbereich erarbeitet und erfolgreich Konkretisierungen vorgenommen. Die bereits geleistete Arbeit würde damit durch die Verlagerung in den Vertragsbereich auf Null zurückgestellt werden; zudem würde durch die neue Regelung der Status-quo für die bereits konkretisierten Erkrankungsgruppen gefährdet. Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE würde deswegen eine Regelung dieser Bereiche durch dreiseitige Verträge nicht schneller, sondern wesentlich langsamer als bislang umgesetzt werden.

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist eine solche langsame Umsetzung noch aus einem weiteren Grunde zu befürchten: Gerade an der Versorgung seltener Erkrankungen besteht auf der Ebene der Vertragsparteien kein Interesse; deshalb wäre zu befürchten, dass ohne Patientenbeteiligung die Verhandlungen nie wirklich zu Ende

kämen. In den Spitzenverbänden der Leistungserbringer bestehen hier unterschiedliche Interesselagen bei der Versorgung seltener Erkrankungen (Uniklinika vs. Nichtuniversitäre Kliniken, Hausärzte vs. Fachärzte vs. hochspezialisierte Fachärzte), die eine sachgerechte und zeitnahe Verhandlung unwahrscheinlich sein lassen.

Unabhängig davon müssten aus Sicht der BAG SELBSTHILFE die Arbeitsergebnisse der AG 3 des Nationalen Aktionsbündnisses für Menschen mit seltenen Erkrankungen (NAMSE) aufgegriffen werden, zumal dort Vertreterinnen und Vertreter der Ministerien für Gesundheit und für Bildung und Forschung ebenso mitwirken wie Vertreterinnen und Vertreter der BAG SELBSTHILFE. Auch dies ließe sich besser durch Verhandlungen im Gemeinsamen Bundesausschuss unter Patientenbeteiligung eher realisieren.

Im Einzelnen ist zu den Vorschriften noch folgendes anzumerken:

§ 116b Absatz 2 SGB V GesE:

Es sollte sichergestellt werden, dass der Zugang von Leistungserbringern zur spezialärztlichen Versorgung nachträglich von der zuständigen Landesbehörde widerrufen werden kann, wenn Tatsachen bekannt werden, die darauf schließen lassen, dass die behaupteten spezialärztlichen Anforderungen und Voraussetzungen entweder bereits bei der Anzeige nicht vorhanden waren oder aber im Laufe der Zeit entfallen sind. Die der Landesbehörde zugebilligte Widerspruchsfrist von 2 Monaten mag auf 3 Monate erhöht werden, wenn dies aus Praktikabilitätsgründen erforderlich sein sollte.

§ 116b Abs. 3 SGB V GesE:

Es sollte aus Sicht der BAG SELBSTHILFE klargestellt werden, dass bereits bestehende Konkretisierungen des GBA weitergelten und lediglich auf die Möglichkeit der Einbeziehung niedergelassener Ärzte durch den GBA überprüft werden sollten. Es wäre nämlich anderweitig zu befürchten, dass durch die erforderliche Neubearbeitung eine sehr starke Verzögerung der Umsetzung der neuen Vorschrift eintreten

könnte mit der Folge, dass der Versorgungsstatus der Patienten mit seltenen Erkrankungen sogar hinter die heutige Situation fallen würde. Dies gilt im Übrigen auch für die Erfordernis der Erarbeitung von einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a in Verbindung mit § 137 SGB V.

Ferner ist aus Sicht der BAG SELBSTHILFE klarzustellen, dass auch seltene Erkrankungen, die nicht in der ICD klassifiziert sind, dennoch in den Leistungskatalog aufgenommen werden können. Gerade die fehlende ICD-Klassifizierung, an deren Verbesserung in den kommenden Jahren gearbeitet werden wird, stellt ein wichtiges Hindernis in der Versorgung von Patienten mit seltenen Erkrankungen dar.

§ 116b Abs 6 SGB V GesE:

In der Begründung zu Satz 3 wird erläutert, dass „die Kalkulation auf betriebswirtschaftlich-empirischer Grundlage (ambulante Ist-Kostendaten und ambulante Ist-Leistungsdaten) ausgehend vom Einheitlichen Bewertungsmaßstab unter weiterer Berücksichtigung der zuzurechnenden ambulanten Sachkosten sowie der ambulanten nicht-ärztlichen Leistungen (im Sinne einer Vollkostenkalkulation)“ vorzunehmen ist. Zu begrüßen ist hier zunächst, dass auch die nicht-ärztlichen Leistungen berücksichtigt werden sollen. Entgegen der Annahme ist jedoch im Bereich der seltenen Erkrankungen gerade davon auszugehen, dass keine verlässlichen ambulanten Kosten und Leistungsdaten vorhanden sind. Die Erhebung derselben wird daher eine geraume Zeit in Anspruch nehmen. Die Vertragsparteien sollten daher die Kompetenz erhalten, auch übergangsweise eine Vergütungssystematik zu erarbeiten, die nur auf exemplarischen Daten oder Modellannahmen beruht. Es ist sonst nämlich zu besorgen, dass bis zum Vorliegen einer überarbeiteten Systematik eine zu lange Zeitspanne vergehen wird oder die Vorschrift insgesamt ins Leere läuft. Es kann außerdem nicht davon ausgegangen werden, dass die heute bestehende Versorgung von seltenen Erkrankungen in ausreichendem Maße den Maßstäben des § 2 Abs.1 S.3 gerecht wird, eine Erfassung von Ist-Daten also den bestehenden Mangel, nicht aber den tatsächlich medizinisch notwendigen Bedarf erfasst. Insoweit wird eine Ergänzung der betriebswirtschaftlichen Methodik um die Kalkulation von Vollkosten eines den o.g. Ansprüchen gerecht werdenden Versorgungsmodells unumgänglich sein.

Die Formulierung „kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 ganz oder teilweise nicht zu Stande...“ lässt den Raum für die Interpretation offen, wann von einem solchen Scheitern auszugehen ist, die Parteien also berechtigt sind, das Erweiterte Bundesschiedsamt anzurufen. Hier fehlt es an einer zeitlichen Vorgabe für eine von DKG, KBV und GKV-SV zu erarbeitende Gebührensystematik und es besteht die Gefahr einer willkürlichen Verschleppung seitens einer daran interessierten Bank. Den Beteiligten sollte daher ein verbindlicher Zeitplan nach Inkrafttreten des Gesetzes aufgegeben werden.

Ferner ist es notwendig, eine Regelung für die Festlegung diagnosebezogener Gebührenpositionen in solchen Fälle vorzuhalten, in denen zwar ein Verdacht auf das Vorliegen einer seltenen Erkrankung vorliegt, diese jedoch nicht diagnostiziert werden konnte. Bei der derzeitigen Entwurfsfassung ist der besondere Aufwand für solche Patienten ohne Diagnose noch nicht ausreichend berücksichtigt.

Es ist vorgesehen, dass bis zu einer Einigung der Beteiligten weiterhin die - unzureichenden -Abrechnungspositionen des EBM abzüglich eines Abschlags von 5% (S.8) für die öffentlich geförderten Krankenhäuser gelten sollen. Dieser Investitionsabschlag existiert aber nur für die gerätebezogenen, nicht aber für die personenbezogenen („sprechende Medizin“) Gebührenpositionen. Es besteht die Gefahr, dass dadurch die heute bestehende Abrechnungssituation bei seltenen Erkrankungen noch weiter verschlechtert wird. Als Folge ist eine noch geringere Bereitschaft von Leistungserbringern zu besorgen, spezifische seltene Erkrankungen kompetent zu versorgen. Es sollte klargestellt werden, dass jedenfalls bei den seltenen Erkrankungen auf einen solchen Abschlag verzichtet wird.

Die Regelung, dass „soweit dazu Veranlassung besteht, bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 2 über eine Ergänzung der Gebührenpositionen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen nach § 87 Absatz 5a zu beschließen“ ist, sollte dahingehend konkretisiert werden, wann von einer solchen „Veranlassung“ auszugehen ist. Die völlig unbestimmte Natur dieser Vorschrift lädt nämlich ansonsten zu einer unangemessenen Verzögerung der Ergänzung des EBM ein. Es wird angeregt, eine Möglichkeit zur Ersatzvornahme durch das BMG vorzusehen.

Insgesamt sieht die BAG SELBSTHILFE noch dringenden Weiterentwicklungsbedarf bzgl. des Katalogs der seltenen Erkrankungen und der Krankheiten mit besonderen Verläufen. Bei den seltenen Erkrankungen wäre überdies - neben der Erweiterung des Krankheitskataloges - auch darüber hinaus eine Generalklausel bzgl. anderer genetischer Erkrankungen aufzunehmen, deren Prävalenz nicht höher als 5 pro 10.000 Einwohner ist.

Gleichzeitig sind jedoch aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE die Regelungen für Krankheiten mit besonderen Verläufen als Fortschritt und erhaltenswert anzusehen. Gerade bei Krankheiten mit besonderen Verläufen, wie etwa bei trigemino-autonome Kopfschmerzerkrankungen (z.B. Cluster- Kopfschmerz) -, treten oft ähnliche Probleme auf, welche auch für seltene Erkrankungen typisch sind:

- Häufig bei den Medizinern unbekannt,
- Diagnoseodysseen bis nach durchschnittlich über acht Jahren eine gesicherte Diagnose gestellt wird,
- wenige und dann häufig sehr teure Medikamente, die dann oft aus Budget-Gründen verweigert werden,
- keine spezifischen Medikamente (häufig off label use)
- wenig Ursachenforschung (Erkrankungsursache: unbekannt)

Konkret regt die BAG SELBSTHILFE an, den Katalog - neben den trigemino-autonome Kopfschmerzerkrankungen- um folgende Erkrankungen/ Behinderungen zu ergänzen:

· **Komplexe Formen von Behinderungen**, bei denen eine Mehrfachbehinderung, häufig kombiniert mit einer Sinnesbehinderung vorliegt und zugleich ein intensiver medizinischer Behandlungsbedarf besteht. Hierfür fehlen spezialisierte Einrichtungen, die eine adäquate Diagnostik und Therapie erbringen können.

· **Zusammentreffen von geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung**: Der hiervon betroffene Personenkreis kann im Regelversorgungssystem der Psychiatrie nicht in geeigneter Weise versorgt werden.

Bzgl. der weitergehenden Forderungen nach Schaffung von Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung wird insoweit auf die Stellungnahme der Fachverbände der Behindertenhilfe verwiesen, an welcher unsere Mitgliedsverbände, die Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. und der Bundesverband Körper- und Mehrfachbehinderte e.V. beteiligt waren.

28. Rahmenverträge für die Hilfsmittelversorgung (§ 127 Absatz 6 SGB V)

Die gesetzliche Festlegung der Erstellung von Rahmenempfehlungen wird seitens der BAG SELBSTHILFE begrüßt. Nachdem hier allerdings in hohem Maße Patienteninteressen betroffen sind und die Verbände im Bereich der Hilfsmittelversorgung über lange Erfahrungen und hohe Kompetenzen verfügen, sollte in § 140f Absatz 4 SGB V eine Ergänzung hinsichtlich der Patientenbeteiligung vorgenommen werden. Die dortige ausdrückliche Nennung des § 127 Absatz 1a Satz 1 SGB V ist durch Anfügung von „und Absatz 6“ zu ergänzen.

Im Rahmen der Hilfsmittelversorgung fordert die BAG SELBSTHILFE folgende Erweiterung des vorliegenden Gesetzestextes:

*„[...]für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer und **Patientenorganisationen** maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene geben gemeinsam Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln ab, insbesondere ist sicherzustellen, dass auch bei bestehenden Direktverträgen zwischen Krankenkassen und Hilfsmittelerbringer/-anbieter eine wohnortnahe, einfach zugängliche Beratung und Versorgung der Versicherten sowie die Qualität der Hilfsmittel gewährleistet ist. In den Rahmenempfehlungen ist festzulegen, dass die Transparenz der Verträge von den Krankenkassen für die Öffentlichkeit in der Weise sicherzustellen ist, dass klargestellt ist, welche Produkte von den Versicherten ohne Auf- oder Zuzahlungen bezogen werden können. Die Krankenkasse hat die Einhaltung der Verträge durch entsprechende Kontrollen sicherzustellen.“*

Durch diese Regelung soll unübersichtlichen und unzähligen Einzelverträgen ein Riegel vorgeschoben werden und gleichzeitig dem sich aus der UN- Behindertenrechtskonvention ergebenden Anspruch auf eine wohnortnahen Versorgung Rechnung getragen werden. Zudem ergibt sich im Bereich der Selektivverträge für Selbsthilfeorganisationen oft das Problem, dass die Verträge mit Hilfsmittelherstellern nicht transparent gemacht werden; auf diese Weise können die Selbsthilfeorganisationen dann ihre Mitglieder oder Außenstehende nicht hinreichend beraten. Auch die Beratungsverpflichtung der Krankenkassen gegenüber ihren Versicherten wird leider in der Praxis nur unzureichend umgesetzt. Zum Teil - etwa in der Hörgeräteversorgung - ist das Wissen Inhalt der Verträge auch nicht hilfreich, da in den Verträgen nur geregelt ist, dass ein Hörgeräteakustiker ein oder zwei Geräte zum Festbetrag anbieten muss; der Hörgeräteakustiker kann damit auch alte Geräte anbieten. Insofern kann die Krankenkasse ihre Versicherten auch nicht dahingehend beraten, welche Geräte er beim Hörgeräteakustiker anfragen und welche dieser vorhalten muss.

Ein Manko der Hilfsmittelversorgung ist ferner, dass die Krankenkassen zwar u.U. bestimmte Qualitätsstandards in die Verträge mit den Hilfsmittellieferanten schreiben, deren Einhaltung allerdings nicht kontrollieren. Hier wäre aus Sicht der BAG SELBSTHILFE Abhilfe durch Schaffung einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung notwendig.

29. Annahme unzulässiger Zuwendungen durch Vertragsärzte (§ 128 SGB GesE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt die vorgesehene Regelung insbesondere auch deswegen, weil Ärzte üblicherweise bei einer Heilbehandlung einen erheblichen Wissensvorsprung besitzen, die Patienten sich oft in einer emotional angreifbaren Situation befinden und dadurch besonders zugänglich für unzulässige Vorschläge von Ärzten sind.

30. Durchführung von Studien zu innovativen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (§§ 137 e SGB V GesE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt im Grundsatz das Vorhaben, eine Möglichkeit zu schaffen, Studien zu dem Nutzen einer Methode im Rahmen einer Erprobung zu schaffen. Hierdurch werden nicht nur wichtige Informationen für die Patienten für ihre Therapieentscheidung geschaffen, die Regelung bietet auch einen Ausweg aus dem Dilemma sektorübergreifender Einschluss/ Ausschluss einer Methode ohne hinreichende Datengrundlage, welches sich im Gemeinsamen Bundesausschuss immer wieder stellt. Die BAG SELBSTHILFE sieht allerdings an einigen Stellen noch Klärungs- und Nachbesserungsbedarf:

Es bestehen Zweifel, ob die Durchführung der Erprobung im vertragsärztlichen Bereich eine hinreichende Gewähr für eine gute und umfassende Dokumentation der Studienprotokolle bietet.

Ferner bleibt aus Sicht der BAG SELBSTHILFE unklar, welchen Anreiz Krankenhäuser haben sollten, an der Studie teilzunehmen, nachdem die Methode auch bei einer Nichtzulassung zur Studie im Krankenhaus angewandt werden kann.

Letztendlich wird auch nicht deutlich, in welchem Umfang Medizinproduktehersteller an den Kosten der Studien zu beteiligen sind; im Referentenentwurf findet sich hierzu nur die Regelung, dass diese „angemessen“ zu beteiligen sind. Insofern sollte die in der Begründung enthaltene Formulierung in den Gesetzestext aufgenommen werden, dass die entsprechenden Hersteller im Grundsatz zur vollen Kostenübernahme verpflichtet sind; eine Ausnahme sollte für den Fall der Unzumutbarkeit gelten.

31. IV- Verträge (§ 140a SGB V GesE)

Wie bereits eingehend dargestellt, ist die BAG SELBSTHILFE der Auffassung, dass eine Patientenbeteiligung im Bereich der IV- Verträge maßgeblich zu ihrer inhaltlichen Verbesserung und Vermeidung von Fehlsteuerungen beitragen könnte. Darüber hinaus ist nicht einzusehen, weswegen pharmazeutische Unternehmen und Hersteller medizinischer Geräte an der Erstellung von IV- Verträgen beteiligt werden können und Vertreter der Patientenorganisationen hier keine Beteiligungsrechte erhalten.

32. Evaluation der Kostensteigerungen durch das Versorgungsstrukturgesetz (§ 221b SGB V GesE)

Im Rahmen der Kabinettsverhandlungen wurde in den Gesetzesentwurf eine neue Regelung eingefügt, nach welcher die Kostensteigerung durch dieses Gesetz evaluiert und dadurch die Zahlungen des Bundes - letztendlich für den Sozialausgleich - bei den Zusatzbeiträgen begrenzt werden sollen. Kostensteigerungen aufgrund der im Gesetzesentwurf vorgesehenen Veränderungen bei den Arzthonoraren sollen abgezogen werden. Hier führt der Gesetzgeber kostensteigernde Maßnahmen ein und zieht sich gleichzeitig aus der Finanzierung der Maßnahmen zurück. Im Ergebnis werden damit die Versicherten allein die resultierenden Kostensteigerungen über Zusatzbeiträge tragen müssen. Die BAG SELBSTHILFE lehnt dieses Vorgehen nachdrücklich ab und weist darauf hin, dass die Einführung der Zusatzbeiträge auch damit begründet wurde, dass über den Zuschuss des Bundes der Sozialausgleich über Steuermittel und damit unter Heranziehung anderer Einkommensarten als Versicherungsgelder finanziert wird.

33. Nutzung von Routinedaten für Versorgungsforschung (§ 303e SGB V GesE)

Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass die bei der Datenaufbereitungsstelle gespeicherten Daten zugänglich gemacht werden, um Versorgungsforschung und -strukturen zu verbessern. Die Daten sollen auch von den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe maßgeblichen Organisationen genutzt werden können.

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt es sehr, dass die Möglichkeiten der Versorgungsforschung mit dem Gesetz gestärkt werden und die Daten zukünftig auch den Organisationen chronisch kranker und behinderter Menschen zur Verfügung stehen werden; bereits in der Vergangenheit haben einzelne Verbände der Selbsthilfe Versorgungsforschung - damals durch Erhebung von Primärdaten - in Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Institutionen betrieben. Ferner begrüßt die BAG SELBSTHILFE auch die Pseudonymisierung der sensiblen Patientendaten durch eine entsprechende Vertrauensstelle.

34. Pflegehilfsmittel (§ 40 Abs. 5 SGB XI GesE)

Seit Einführung der sozialen Pflegeversicherung sind die Sozialgerichte in hohem Maße mit der Frage der Abgrenzungstreitigkeiten zwischen Hilfsmitteln der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 33 SGB V) und Pflegehilfsmitteln (§ 40 SGB XI) befasst. Aus Sicht der pflegebedürftigen behinderten Menschen ist an dieser Stelle anzumerken, dass die Zuständigkeitsstreitigkeiten in vielen Fällen zu unzumutbaren Verzögerungen bei der Leistungsgewährung oder gar zur Leistungsverweigerung geführt haben. Mehrere Grundsatzurteile des Bundessozialgerichts der letzten Jahre belegen, dass in der Anwendung und Interpretation der gesetzlichen Regelungen durch die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sowie die unterinstanzlichen Sozialgerichte Mängel bestehen.

Von daher wird aus Sicht der BAG SELBSTHILFE die Intention der Bundesregierung, für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel die Prüfung der Leistungszuständigkeit und die Bewilligung der Leistungen zu vereinfachen, uneingeschränkt begrüßt. Den Bedürfnissen der Betroffenen entsprechend soll der angegangene Leistungsträger künftig auch nach der für den jeweils anderen Leistungsträger geltenden Regelung über die Bewilligung der Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel abschließend entscheiden. Auf eine genaue Zuordnung zu dem jeweiligen Leistungsträger kommt es dabei nicht mehr an. Positiv ist auch die pauschale Aufteilung der Ausgaben zwischen der Krankenkasse und der Pflegekasse für die betroffenen Hilfsmittel. Die Pauschalierung der Kosten ist das notwendige Pendant zu einer nutzerfreundlichen trägerübergreifenden Hilfsmittelversorgung.

35. Mitaufnahme einer Pflegekraft bei stationärer Behandlung (§ 2 Krankenhausentgeltgesetz-Entwurf und § 2 des Entwurfs der Bundespflegesatzverordnung)

Mit dem Gesetzentwurf für ein Versorgungsstrukturgesetz wird auch klar gestellt, dass die allgemeinen Krankenhausleistungen die Mitaufnahme einer Pflegekraft bei stationärer Behandlung umfasst.

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt diese Regelung sehr. Es wäre jedoch dringend notwendig, entsprechende Regelungen auch für den Bereich der Rehabilitation vorzusehen, wo immer wieder Betroffene aufgrund des hohen Pflegebedarfs von den Krankenhäusern abgelehnt werden.

36. Nebentätigkeiten von Ärzten (§ 20 des Entwurfs zur Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz soll die Regelung von Nebentätigkeiten für Ärzte flexibilisiert werden. Die bisher durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vorgegebenen Rahmen von maximal 13 Stunden Nebentätigkeit bei einer vollen Zulassung und 26 Stunden bei einer halben Zulassung wird aufgehoben.

Die BAG SELBSTHILFE sieht die vorgesehene Regelung kritisch. Bereits heute ist nicht nachvollziehbar, in welchem Umfang Ärzte ihre Aufgabe als Vertragsarzt wahrnehmen. Eine Flexibilisierung und Erweiterung der Möglichkeit von Ärzten, Nebentätigkeiten auszuüben, wird nicht zu einer besseren Versorgung der Versicherten beitragen.

37. Sicherung der fachärztlichen Versorgung (§ 75 FraktE; Änderungsantrag 14 der Fraktionen CDU/ CSU und FDP)

Nachdem viele chronisch kranke und behinderte Kassenpatienten unverhältnismäßig lange auf einen notwendigen Facharzttermin warten müssen, begrüßt die BAG SELBSTHILFE die geplante Regelung, dass sich der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen auch auf die Gewährung eines zeitnahen Facharzttermins bezieht.

38. Modellvorhaben Arzneimittelversorgung (§ 64a FraktE; Änderungsantrag 4 der Fraktionen der Fraktionen CDU/CSU und FDP)

Die BAG SELBSTHILFE sieht für bei der Konzeption und Durchführung des Modellvorhabens noch an mehreren Stellen Änderungs- und Ergänzungsbedarfe:

Zum Einen sieht die BAG SELBSTHILFE noch die Notwendigkeit, dass die Vertraulichkeit des Apotheker- Patientenverhältnisses ebenso wie die des Arzt- Patientenverhältnisses gewahrt bleibt. Bereits in der Vergangenheit wurde den Apothekern auferlegt, dass sie Räume für die vertrauliche Beratung der Patienten vorzuhalten hätten. Viele Erkrankungen sind nach wie vor schambesetzt und betreffen den ureigensten Bereich persönlicher Lebensgestaltung. In vielen Fällen kann die Bekanntgabe einer Erkrankung auch Auswirkungen auf das Arbeitsverhältnis bzw. die Möglichkeit einer Arbeitsaufnahme haben. Aus diesem Grunde ist es für Patientinnen und Patienten bei diesem Modellvorhaben unerlässlich, dass Maßnahmen zum Schutz der Privatsphäre getroffen werden. In vielen Fällen werden in der Praxis von Apothekern die entsprechenden Räume nur ungern für die Beratung nur ungern angeboten, da sie vielfach auch als Nachtlager für Nachtdienste genutzt werden. Insofern sollte hier den Vertragsparteien bei der Konzeption des Modellvorhabens aufgegeben werden, dass Möglichkeiten zur Sicherung der Vertraulichkeit zwingend vorgehalten werden müssen.

Das Beispiel zeigt zum anderen, dass die Sicht der Patienten bei der Konzeption des Modellvorhabens abgebildet werden sollte, um hier möglichen Fehlentwicklungen frühzeitig vorzubeugen. Gerade die indikationsspezifischen Verbände haben umfangreiche und lange Erfahrung in der Versorgung der Patienten mit Arzneimitteln. Insofern regt die BAG SELBSTHILFE an, auch bzgl. des Modellvorhabens eine Beteiligung der Patientenorganisationen vorzusehen.

Ferner ist die BAG SELBSTHILFE der Auffassung, dass im Gesetz oder der Begründung klargestellt werden sollte, dass das Modellvorhaben die Regelung des aut- idem unberührt lässt. Nach dem Verständnis der BAG SELBSTHILFE ist durch das Modellvorhaben die entsprechende Regelung nicht abbedungen, allerdings sollte dies zur Sicherung der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Gesetzestext oder der Begründung klargestellt werden. Für viele Patientinnen und Patienten ist eine solche aut- idem Regelung von grundlegender Bedeutung, da sie die Füllstoffe in manchen Arzneimitteln nicht vertragen.

39. Fristsetzung für die Stellungnahme

Ferner protestiert die BAG SELBSTHILFE nachdrücklich gegen die unzureichend kurze Fristsetzung für die Stellungnahme zum Versorgungsstrukturgesetz. Viele Selbsthilfeorganisationen der BAG SELBSTHILFE werden ehrenamtlich geführt; eine Stellungnahme muss zudem meist auch noch mit dem Vorstand abgestimmt werden. Vor diesem Hintergrund ist es für viele Selbsthilfeorganisationen nicht möglich, innerhalb von wenigen Tagen eine umfassende und tiefgreifende Beurteilung eines umfangreichen Gesetzesvorhabens und umfangreicher Änderungsanträge zu erstellen. Die BAG SELBSTHILFE fordert daher, in Zukunft die Beteiligung der Verbände der Selbsthilfe durch Setzung von ausreichenden Fristen von mindestens drei Wochen sicherzustellen.

Berlin, 13. 10. 2011