

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0271(41)
gel. VB zur öAnh. am 21.5.
12_Pflege-Neuausrichtung-Gesetz
18.05.2012



Kassenärztliche
Bundesvereinigung
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Stand: 18.05.2012

Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtung-Gesetz) (BT-Drs. 17/9369)

Stellungnahme der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung
gegenüber dem Ausschuss für Gesundheit
des Deutschen Bundestages
**Hier: Änderungsanträge 4 – 13;
BT-Drucksache 17/9369
Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft
und Verordnung von Hilfsmitteln**

Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschutz

1. Die vorgesehene Überführung der Regelungen zu Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft von der RVO in das SGB V wird begrüßt.
2. In § 24c SGB V – neu – wird statt der bisher in § 195 RVO aufgelisteten stationären Entbindung als Leistung bei Schwangerschaft und Mutterschaft nur noch der Begriff „Entbindung“ genannt. Damit wird der Anspruch der Versicherten neben der stationären auf eine ambulante Entbindung erweitert. In § 24f SGB V – neu – wird dieser Anspruch näher definiert präzisiert auf einen Anspruch auf eine stationäre Entbindung sowie eine ambulante Entbindung in einem Krankenhaus, in einer von einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger geleiteten Einrichtung, in einer ärztlich geleiteten Einrichtung, in einer Hebammenpraxis oder im Rahmen einer Hausgeburt.

Mit der Erweiterung des Anspruchs über die stationäre Entbindung hinaus ist ebenfalls die Verpflichtung verbunden, die hierfür notwendigen organisatorischen Voraussetzun-

gen dauerhaft vorzuhalten. Inwiefern eine solche Verpflichtung unter Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsaspekten sinnvoll ist, wenn in Deutschland dauerhaft lediglich weniger als 1,5% der versicherten Schwangeren diese Leistungen nachfragen, ist anzuzweifeln (Qualitätsbericht außerklinische Geburtshilfe Deutschland 2010).

3. Die Regelungen des § 196 Absatz 2 RVO zu Zuzahlungen der Versicherten wurden unverändert in den neuen § 24e SGB V überführt. Danach sind bei Schwangerschaftsbeschwerden keine Zuzahlungen für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel zu leisten. Da sich im Versorgungsalltag eine Trennung zwischen Beschwerden mit oder ohne Krankheitswert als problematisch erwiesen hat, wird diese Vorgabe in der Regel von allen Beteiligten (einschließlich der Kostenträger) weiter ausgelegt als vorgesehen. Hier sollte die Gelegenheit der Überführung der RVO dazu genutzt werden, die Vorgabe so zu konkretisieren, dass eine Differenzierung zwischen schwangerschaftsbedingten Beschwerden und schwangerschaftsbedingten Krankheiten entfällt.
4. Die Erweiterung der Verpflichtung zur Vereinbarung von Anforderungen an die Qualitätssicherung im Rahmen der Verträge nach § 134 a SGB V auf die gesamte Hebammenhilfe ist zu begrüßen, ebenso die Konkretisierung, dass hierzu Mindeststandards für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vorzugeben sind.

Verordnung von Hilfsmittel

Einfügung eines Absatzes 5a hinter § 33 Abs. 5 SGB V:

- I. Mit der Einfügung des Abs. 5a wird der Verordnungsvorbehalt des Vertragsarztes bei der Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, Sehhilfen und Kontaktlinsen eingeschränkt. Die Einschränkung soll nicht gelten, wenn eine erstmalige oder erneute Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist.

Diese Einschränkung der Ordnungsverantwortung des Vertragsarztes hat folgende Konsequenzen:

1. Die Hilfsmittel-Richtlinien des G-BA verlieren ihre Verbindlichkeit für den Vertragsarzt und werden beliebig.
2. Die Hilfsmittelanbieter erhalten den Direktzugang zum Patienten ohne vorliegende Diagnose und Indikationsstellung eines Arztes. Ob eine Diagnose oder Therapieent-

scheidung medizinisch geboten ist, liegt in dem Belieben des Hilfsmittelanbieters, da der Patient den Hilfsmittelanbieter direkt aufsuchen kann.

3. Es wird in Kauf genommen, dass Erkrankungen oder Verschlechterungen von Erkrankungen übersehen werden oder eine rechtzeitige Diagnosestellung verschleppt wird.

II. Die im Abs. 5a vorgesehene Möglichkeit für die einzelne Krankenkasse eine Verordnung zu fordern, sofern diese Krankenkasse einen Genehmigungsverzicht ausspricht, führt:

1. Zur Einrichtung einer „verlängerten Werkbank der einzelnen Krankenkasse“ in den Arztpraxen
2. Zur Unübersichtlichkeit der Regelungspraxis für die Hilfsmittelversorgung in den Arztpraxen (die bestehende praktische Umsetzung einer entsprechenden Regelung in den Heilmittel-Richtlinien zum langfristigen Heilmittelbedarf gibt für die mangelnde Effektivität einer solchen Regelung umfassenden Anschauungsunterricht)
3. Zur unüberschaubaren Bürokratie in der Arztpraxis, da jede einzelne Krankenkasse bei jedem der Vielzahl der Hilfsmittel eine eigenständige Regelungspraxis festlegen darf.

III. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung spricht sich nachhaltig gegen die Einfügung des Abs. 5a aus, da aus ihrer Sicht auch für die Hilfsmittelversorgung die Diagnose und Indikationsstellung des Vertragsarztes für die Versorgungssicherheit des Patienten erforderlich ist.