

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0188(12)
gel. VB zur öAnhörung am 19.10.
11_VStG
11.10.2011



Deutscher
Caritasverband

**Stellungnahme des Deutschen Caritasverbandes
zum Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in
der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Versorgungsstrukturgesetz, Drs. 17/6906
und Änderungsanträge
(Ausschuss-Drs. 17(14)0190(neu) und 17(14)0192)**

A. Allgemeiner Teil

Ziel des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung ist es, die Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten zu verbessern, indem Unter- und Fehlversorgung abgebaut werden und der Überversorgung in bestimmten Regionen gegengesteuert wird. Der Regierungsentwurf nimmt dabei vor allem den Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung in den Blick. Eine bessere Versorgung soll durch eine Flexibilisierung der Bedarfsplanung mit erweiterten Handlungsspielräumen der Länder, durch eine Reform des vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Vergütungssystems sowie durch Anreize für die Niederlassung in unterversorgten Gebieten erfolgen. Diese Maßnahmen sind positiv zu bewerten. Der Überversorgung wird mit dem vorliegenden Regierungsentwurf jedoch zu wenig gegengesteuert. So sollten die Möglichkeiten zur arztgruppenspezifischen Zulassungsbeschränkung in überversorgten Gebieten erweitert werden. Das Vorkaufsrecht der Kassenärztlichen Vereinigungen sollte sich auch auf Praxen erstrecken, auf deren Nachfolge sich Ehegatten oder Kinder des vorherigen Praxisinhabers bewerben, sofern der entsprechende Vertragsarztsitz zu einer Arztgruppe gehört, für die Überversorgung herrscht.

Stellungnahme

Deutscher Caritasverband e. V.
Vorstandsbereich Sozial- und Fachpolitik
Prof. Dr. Georg Cremer
Generalsekretär

Postfach 4 20, 79004 Freiburg i. Br.
Karlstraße: 40, 79104 Freiburg i. Br.

Kontakt:
Dr. Elisabeth Fix
Referentin für Rehabilitation, Alten- und Gesundheitspolitik
Telefon-Durchwahl: 030 284447-46
elisabeth.fix@caritas.de

Tatjana Loczenski
Leiterin Arbeitsstelle Sozialrecht
Telefon-Durchwahl: 0761 200-576
tatjana.loczenski@caritas.de

Haus der Deutschen Caritas
Reinhardstraße 13, 10117 Berlin

Deutscher Caritasverband e.V.
Karlstraße 40, 79104 Freiburg i.Br.

Mit der ambulanten spezialärztlichen Versorgung wird eine neue sektorenübergreifende Versorgungsform geschaffen, die insbesondere bei seltenen Erkrankungen und bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen zum Tragen kommen soll. Die Zulassungsregelungen für Medizinische Versorgungszentren werden verbessert mit dem Ziel, die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen sicherzustellen. Positiv zu bewerten ist auch, dass sowohl Krankenhäuser als gemeinnützige Träger, die zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt sind, MVZs gründen können.

Mit diesen gesetzgeberischen Rahmenbedingungen werden die Weichen aus Sicht des Deutschen Caritasverbands in die richtige Richtung gestellt. Zu wenig in den Blick genommen im Sinne einer ganzheitlichen Versorgung wird jedoch der Bereich der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe. Gerade im Übergang vom Krankenhaus in den häuslichen Bereich sind ambulante Versorgungslücken zu beklagen, die durch eine Verbesserung der Rahmenbedingungen für die häusliche Pflege oder hauswirtschaftliche Versorgung der Patientinnen und Patienten zu schließen wären. Mit Ausnahme der Möglichkeit zusätzlicher Satzungsleistungen gibt der Regierungsentwurf für diesen Bereich wenig Antworten. Der Deutsche Caritasverband schlägt hier konkrete Änderungen in § 37 und § 38 zur Schließung von Versorgungs- und Nachsorgelücken vor. Des Weiteren sollte die Expertise der Pflegefachkräfte für die wohnortnahe Versorgung stärker genutzt werden und der ganzheitliche Ansatz der gemeindenahen Familiengesundheitspflege in Deutschland etabliert werden.

Positiv zu bewerten sind die Deregulierungen und Flexibilisierungen im Bereich der Hilfs- und Heilmittel. Die Möglichkeit der Anerkennung von Praxisbesonderheiten sowie zur Verordnung von Heilmitteln bei langfristigem Behandlungsbedarf sind geeignete Mittel, um die Gesundheitsversorgung von Menschen mit einer chronischen Krankheit oder einer Behinderung substantiell zu verbessern. Darüber hinaus schlägt der Deutsche Caritasverband Zuschläge für den Mehraufwand in der Behandlung von Menschen mit Behinderungen vor, sofern das im Einzelfall gerechtfertigt ist.

Besonderer Teil

Artikel 1:

1. Rechtliche Klarstellung des Geltungsumfangs des „Nikolausbeschlusses“ des BVerfG (§ 2 Abs. 1a SGB V neu)

Regierungsentwurf

Gesetzlich Krankenversicherte mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung oder einer in der Regel tödlich endenden Erkrankung, für die eine Behandlung nach dem anerkannten medizinischen Standard nicht zur Verfügung steht, können alternative Behandlungen erhalten, wenn eine nicht ganz entfernt stehende Aussicht auf Heilung oder einen positiveren Verlauf ihrer Erkrankung besteht.

Bewertung

Diese Regelung, die dem sog. „Nikolausbeschluss“ des BVerfG vom 6. Dezember 2005 entspricht und als rechtliche Klarstellung ins SGB V aufgenommen werden soll, ist zu begrüßen.

2. Zusätzliche Satzungsleistungen (§ 11 Abs. 6 SGB V neu und Änderungsantrag 8 (Ausschuss-Drs. 17(14)0190(neu) zu Haushaltshilfen nach § 38 Abs. 2 SGB V)

Regierungsentwurf

Für die Bereiche der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation (§§ 23 und 40 SGB V), der künstlichen Befruchtung (§ 27a SGB V), der zahnärztlichen Behandlung ohne Zahnersatz (§ 28 Abs. 2 SGB V), der Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (§ 34 Abs. 1 S.1 SGB V), mit Heilmitteln (§ 32 SGB V) und mit Hilfsmitteln (§ 33 SGB V) sowie der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) und Haushaltshilfen (§ 38 SGB V) kann die Krankenkasse künftig zusätzliche – über den allgemeinen Leistungskatalog hinausgehende - Satzungsleistungen vorsehen, sofern diese Leistungen nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden. Des Weiteren kann sie in ihrer Satzung Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern vorsehen. Die zusätzlichen Satzungsleistungen sollen den Versicherten in der fachlich gebotenen Qualität zur Verfügung gestellt werden.

Bewertung

Durch die Regelung wird den Krankenkassen ein weiterer Gestaltungsspielraum für den Wettbewerb und für eigene Profilsetzungen entsprechend unterschiedlicher Versichertenbedürfnisse eröffnet. Das ist zunächst positiv zu bewerten. Die Regelung wirft jedoch auch Fragen auf.

Unklar ist, warum bestimmte Bereiche von der Möglichkeit zusätzlicher Satzungsleistungen ausgeklammert werden: So gehören Leistungen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation (§ 23 und § 40 SGB V) zu den Leistungsbereichen, für welche die Krankenkassen Satzungsleistungen erlassen können, die Leistungen der medizinischen Vorsorge für Mütter und Väter (§ 24 SGB V) sowie der medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter (§ 41 SGB V) hingegen sind von diesem Katalog ausgeschlossen. Ausgeschlossen werden auch die Soziotherapie (§ 37a SGB V) sowie die kieferorthopädische Behandlung (§ 41 SGB V). Unklar bleibt des Weiteren, für welche konkreten Leistungen eine Öffnung ermöglicht wird, da der Leistungsrahmen nicht über den vom GBA definierten Katalog von Leistungen hinausgehen kann.

Die Öffnungsklausel für nicht zugelassene Leistungserbringer widerspricht der üblichen Zulassung durch Versorgungsvertrag. Die gängige Zulassung durch Versorgungsvertrag sichert einen einheitlichen Qualitätsstandard, dieser könnte durch die Öffnungsklausel umgangen werden.

Zudem ist nicht sichergestellt, dass die zusätzlichen Satzungsleistungen die allgemeinen Qualitätsanforderungen des SGB V erfüllen. Der Regierungsentwurf normiert als Qualitätsstandard für die zusätzlichen Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 die „fachlich gebotene Qualität“. In § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB V ist jedoch normiert, dass die Qualität und Wirksamkeit der im Dritten Kapitel genannten Leistungen „dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse“ entsprechen müssen und „den medizinischen Fortschritt“ zu berücksichtigen haben. Dieser Regelung gilt auch für zusätzliche Satzungsleistungen. Es liegt daher eine Normkollision vor, die es zu bereinigen gilt. Aus Sicht des Deutschen Caritasverbands muss auch in Zukunft sichergestellt sein, dass alle notwendigen Leistungen nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin für alle Versicherten und im Rahmen des regulären Leistungskatalogs erbracht werden. Zu befürchten ist jedoch, dass aufgrund des engen Finanzrahmens der GKV die mit der gesetzlichen Änderung angestrebten „Mehr“-Leistungen langfristig nur mittels der Erhebung von Zusatzbeiträgen eingelöst werden können, die dann wiederum ausschließlich von den Versicherten zu tragen sind.

Die häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V sowie die Haushaltshilfen nach § 38 SGB V können Gegenstand erweiterter Satzungsleistungen werden. Der Deutsche Caritasverband hat in die-

sen Bereichen ambulante Versorgungslücken identifiziert, die durch das Instrument der erweiterten Satzungsleistungen jedoch nicht befriedigend geschlossen werden können, da der Erlass einer Satzungsleistung im Ermessen der jeweiligen Krankenkasse liegt. Die nachfolgend beschriebenen Konstellationen betreffen jedoch eine Vielzahl von Versicherten, sodass diese Leistungen als Pflichtleistung ausgestaltet werden müssen. Änderungsantrag 8 sieht nun vor, die Satzungsleistungen für eine Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 2 SGB V von einer „Kann“- in eine „Soll-Regelung“ zu überführen. Diese Regelung stellt zwar eine Verbesserung gegenüber der bisherigen Regelung da, da die „Soll“-Regelung das Ermessen der Krankenkassen in diesem Bereich stärker einschränkt. Der Regelungsbereich von § 38 Abs. 2 bleibt jedoch mit der Nennung „in anderen als den in Absatz 2 genannten Fällen“ weiterhin offen und ist nicht geeignet, die sog. „ambulante“ Versorgungslücke zu schließen, die nach Krankenhausaufenthalt, ambulanter OP oder einer längeren ambulanten Therapie entsteht.

Der Deutsche Caritasverband spricht sich daher - wie bereits in seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf dieses Gesetzes -, dafür aus, in § 38 Abs. 2 statt einer „Kann“- oder „Soll“-Leistung eine Pflichtleistung für die Dauer von drei Monaten zu statuieren. Darüber hinaus sollen die Krankenkassen die Möglichkeit haben, weitere Fallkonstellationen in ihrer Satzung zu regeln. Der Bundesrat hat ebenfalls einen entsprechenden Beschluss gefasst (Drs. 456/1/11, Artikel 1 Nr. 7a neu), den der Deutsche Caritasverband nachdrücklich unterstützt. Näheres wird nachstehend unter den Punkten a) und b) ausgeführt und begründet.

Lösungsvorschlag:

In § 11 Abs. 6 Satz 1 werden die Worte „in der fachlich gebotenen Qualität“ gestrichen.

a) Ambulante Versorgungslücke im Bereich der häuslichen Krankenpflege

Problem

In unserer Praxis begegnet uns seit Jahren das Problem, dass Versicherte nach einem Krankenhausaufenthalt, aber auch nach einer ambulanten Therapie, z.B. Chemotherapie, einen hohen Bedarf an grundpflegerischer und hauswirtschaftlicher Versorgung haben. Da dieser Bedarf kurzfristiger Natur ist und nicht die Dauer von mindestens sechs Monaten übersteigt, haben diese Versicherten keinen Anspruch auf Leistungen nach dem SGB XI. Für einen entsprechenden Leistungsanspruch aus dem SGB V fehlt die rechtliche Grundlage.

Bewertung

Der Anspruch auf Häusliche Krankenpflege (HKP) umfasst im Einzelnen zwar neben der Behandlungspflege auch die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung, eine Verordnung von Grundpflege und/oder hauswirtschaftlicher Versorgung ohne Behandlungspflege ist jedoch nur als Krankenhausvermeidungs- und -verkürzungspflege möglich. Rechtsgrundlage hierfür ist § 37 Abs. 1 SGB V. Aufgrund der Einführung der Fallpauschalen hat sich jedoch die Verweildauer im Krankenhaus so verkürzt, dass die Grundlage für eine Krankenhausverkürzungspflege weitgehend bis gänzlich entfallen ist. Durch die Einführung der DRGs gibt es kaum noch Fälle von Krankenhausvermeidungspflege. Die Regelungen des § 37 Abs. 1 SGB V laufen daher faktisch „ins Leere“. Dennoch ist gerade die Verkürzung der Verweildauer und eine entsprechende frühzeitige Entlassung aus dem Krankenhaus Grund für das Entstehen einer Versorgungslücke im Übergang vom Krankenhaus in den ambulanten Bereich. Diese Versorgungslücke bezieht sich auf die Phase der Krankenhausnachsorge.

Eine vergleichbare Versorgungslücke entsteht auch durch die zunehmende Verlagerung von Krankenhausbehandlungen in den ambulanten Bereich. Diese Entwicklung, die im Grundsatz aus Patientensicht sehr zu begrüßen ist, führt in der Praxis dazu, dass Patienten/innen nach ambulanten Operationen nach Hause entlassen werden, sich aufgrund des Eingriffs jedoch nicht selbst pflegen und versorgen können. Vergleichbare Konstellationen treten aufgrund von aufwändigen ambulanten Behandlungen mit erheblichen Nachwirkungen, wie z. B. nach Chemotherapie, auf. Auch in diesem Fall sind die Patienten/innen in der selbstständigen Bewältigung der Alltagserfordernisse sowie in ihrer Selbstpflege erheblich eingeschränkt. Sie bedürfen der Unterstützung durch Leistungen der Grundpflege und/oder hauswirtschaftlichen Versorgung, je nach Einzelfall. Wenn die Versicherten keine entsprechende Unterstützung durch Familienangehörige, Freunde oder Nachbarn haben oder sich den Einkauf entsprechender Dienstleistungen finanziell nicht leisten können, tritt eine Unterversorgung ein. Diese Situation tritt vor allem bei Menschen ein, die in Singlehaushalten leben. Betroffen sind auch ältere Menschen in Paarhaushalten, sofern der nicht in Behandlung befindliche Partner die entstandene Lücke aufgrund eigener gesundheitlicher Einschränkungen nicht kompensieren kann.

Problematisch ist zudem, dass Menschen mit Behinderung, die in einer Wohneinrichtung der Behindertenhilfe leben, die Leistungen der häuslichen Pflegeversicherung nur unzureichend erhalten. Daher sollte in §§ 37 Abs. 1 Satz 1 und 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V sichergestellt werden, dass auch

Menschen mit Behinderungen in stationären Einrichtungen einen Anspruch auf häusliche Krankenpflege haben.

Lösungsvorschlag

§ 37 Abs. 1 S. 1 SGB V (Krankenhausvermeidungspflege) wird, wie folgt, erweitert:

„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, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird **sowie nach Krankenhausaufenthalt, nach ambulanter Operation oder nach ambulanter Krankenbehandlung, wenn dies für den Heilungs- und Genesungsprozess erforderlich ist. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung; erforderliche grundpflegerische und hauswirtschaftliche Leistungen werden auch ohne behandlungspflegerischen Bedarf gewährt. Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen.**“

b) Ambulante Versorgungslücke bei den Haushaltshilfen nach § 38 Abs. 2 SGB V

Problem

§ 38 SGB V sieht vor, dass Krankenkassen Haushaltshilfen als Pflichtleistung nur bei stationärer Krankenbehandlung gewähren (§ 38 Abs. 1 SGB V). Bei ambulanter Behandlung ist die Leistung als „Kann-Leistung“ definiert, deren Ausgestaltung der Satzung der jeweiligen Krankenkasse obliegt. In den letzten Jahren haben immer mehr Krankenkassen diese Leistung gekürzt oder ihr Ermessen sehr restriktiv ausgeübt. Zuletzt hat die Barmer Ersatzkasse/GEK die Dauer der maximalen Leistungsgewährung in Fällen des Absatzes 2 von 12 auf 3 Monate verkürzt.

Bewertung

Die Leistungen nach § 38 Abs. 2 SGB V gewinnen seit Jahren gegenüber den Leistungen nach § 38 Abs. 1 SGB V an Bedeutung, weil eine zunehmende Anzahl der leistungsauslösenden Behandlungen nicht mehr stationär, sondern ambulant durchgeführt wird. Ein klassisches Beispiel

hierfür ist Chemotherapie bei Krebserkrankungen. Aber auch bei anderen langwierigen und schweren Erkrankungen, wie z.B. Multipler Sklerose oder psychischen Erkrankungen, sind die betroffenen Familien oft für längere Zeiträume auf die Unterstützung und Begleitung durch Haushaltshilfen angewiesen.

Nach dem Sinn und Zweck der Vorschrift ist die Gestellung der Haushaltshilfe eine begleitende Maßnahme bei der Bekämpfung der Krankheit im Sinne einer akzessorischen Nebenleistung, die eine ambulante Behandlung des Versicherten ermöglicht und seine Genesung unterstützt (vgl. Nolte in *Kassler Kommentar*, § 38 Rn. 2). In den letzten Jahren wurde die Satzungsleistung nach § 38 Abs. 2 SGB V von immer mehr Krankenkassen gekürzt. Dazu kommt eine sehr restriktive Bewilligungspraxis der Krankenkassen im Einzelfall, die häufig nicht den vom Arzt verordneten notwendigen Leistungsumfang, sondern eine reduzierte Stundenzahl gewährt. Besonders betroffen von solchen Maßnahmen sind Mehrkindfamilien oder Familien mit Kleinkindern, die in einer medizinisch und psycho-sozial schwierigen Situation dringend auf eine verlässliche Versorgung angewiesen sind. Daher soll die Krankenkasse auch in Fällen, in denen die haushaltsführende Person sich zwar zu Hause befindet, aber krankheitsbedingt ihre Aufgaben bei der Versorgung ihrer Kinder und bei der Haushaltsführung nicht bewältigen kann, zumindest für einen Übergangszeitraum zur Leistung verpflichtet sein. Nur dann ist der Behandlungserfolg gesichert. Aus diesem Grund muss auch die ambulante Krankenbehandlung verpflichtend leistungsauslösend sein. Die neue Pflichtleistung soll für mindestens eine Dauer von insgesamt drei Monaten je Kalenderjahr gewährt werden. Darüber hinaus sollen die Krankenkassen nach § 38 Abs. 2 SGB V weiterhin die Möglichkeit haben, in ihrer Satzung weitergehende Leistungen zu gewähren, z.B. durch Ausdehnung der maximalen Leistungsdauer oder bei der Festlegung der berücksichtigungsfähigen Altersgrenze für das im Haushalt lebende Kind.

Lösungsvorschlag

§ 38 Abs. 1a SGB V soll ins Gesetz neu aufgenommen werden:

„Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn ihnen wegen einer ambulanten Krankenbehandlung die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Voraussetzung ist ferner, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Der Anspruch besteht für drei Monate in jedem Krankheitsfall im jeweiligen Kalenderjahr.“

§ 38 Abs. 2 SGB V soll lauten:

„Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse Haushaltshilfe erbringt, wenn Versicherten wegen Krankheit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Sie kann dabei von Absatz 1 Satz 2 **und Absatz 1a Satz 2 und 3** abweichen sowie Umfang und Dauer der Leistung bestimmen.

c) Fehlende Schiedsregelung im Bereich des § 38 SGB V

Problem

Das Gesetz trifft keine Schiedsstellenregelung im Bereich des § 38 SGB V. Die Entgelte für Haushaltshilfen werden zwischen den Verhandlungspartnern von Krankenkassen und Leistungserbringern – z.B. die Liga der Freien Wohlfahrtspflege – auf Landesebene verhandelt. Sie variieren nach Kassenarten. Außerdem gibt es deutliche Unterschiede in den Entgelten zwischen den Bundesländern.

Bewertung

In keinem Bundesland erhalten die Erbringer von Haushaltshilfen allerdings annähernd kostendeckende Entgelte. Kirchliche Dienste gleichen seit Jahren ihre Defizite mit Eigenmitteln aus. Aber bei vielen Trägern ist auch diese Praxis an ihre Grenzen gestoßen. Daher haben sich auch Familienpflegedienste der Caritas aus dem Leistungssegment der Haushaltshilfen teilweise zurückgezogen – trotz des hohen Bedarfs an Unterstützung im Krankheitsfall. Im Zuge dieser Situation gewinnen auch Kostenverhandlungen an Schärfe, vor allem in denjenigen Bundesländern, in denen die Leistungsentgelte im wachsenden Missverhältnis zu den tatsächlichen Personalkosten der Leistungsanbieter stehen. Aufgrund des Fehlens einer Schiedsstellenregelung im Leistungsbereich Haushaltshilfen können Verhandlungskonflikte über eine leistungsgerechte Vergütung dann nicht beigelegt werden.

Lösungsvorschlag

In § 132 Abs. 2 sind nach Satz 1 folgende Sätze anzufügen:

„In den Verträgen ist zu regeln, dass im Falle von Nichteinigung eine von den Parteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt festlegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragsschließen-

de Krankenkasse zuständige Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen“.

§ 132 Abs. 2 Satz 2 wird Satz 5.

3. Fortdauer der Leistungen nach Insolvenz einer Krankenkasse (§ 19 Abs. 1 a SGB V neu und Änderungsantrag 3 Ausschuss-Drs. 17(114)0192)

Regierungsentwurf

Aus aktuellem Anlass, der Insolvenz der City BKK, wird geregelt, dass Leistungsentscheidungen einer insolventen Krankenkasse auch für die Krankenkasse bindend sind, die den Versicherten neu aufnimmt. Ausgenommen von dieser Regelung sind nach dem Änderungsantrag Satzungsleistungen, welche die aufnehmende Krankenkasse nicht anbietet. Bei Wahlтарifen sollen etwaige Wartefristen hingegen entfallen.

Bewertung

Bisher fehlte eine Vorschrift, die regelt, wie mit Leistungsentscheidungen bei Schließung einer Kasse infolge von Insolvenz zu verfahren ist. Diese Lücke wird durch § 19 Abs. 1a neu geschlossen. Die Regelung ist sachgerecht. Sachgerecht ist es auch, wenn die aufnehmende Krankenkasse nicht durch Leistungsentscheidungen der insolventen Krankenkasse bezüglich Satzungsleistungen gebunden ist. Der Versicherte muss jedoch bei der Suche nach einer Krankenkasse, welche die Satzungsleistung, die er bisher in Anspruch genommen hat, anbietet, unterstützt werden. Eine mögliche Informationsquelle können die veröffentlichten Jahresergebnisse der Krankenkassen, die auch der GKV-Spitzenverband auf seiner Internetseite vergleichend veröffentlichen muss sein. Der Deutsche Caritasverband fordert daher, dass auch die Satzungsleistungen Gegenstand der zu veröffentlichenden Jahresabrechnungsergebnisse sein müssen (s. dazu auch unsere Stellungnahme zu § 305b unter Punkt B.30).

Für sachgerecht erachten wir ebenfalls, dass bei der Inanspruchnahme von Wahlтарifen keine erneuten Wartezeiten gelten sollen.

4. Delegation ärztlicher Leistungen (§ 28 Abs. 1 SGB V neu)

Regierungsentwurf

Ärzte können sich bei ihrer Behandlung auch der Hilfeleistungen anderer ihnen zugeordneter Personen, wie z.B. von medizinischen Fachangestellten bedienen. Diese Regelung wird nun konkretisiert, indem die Partner der Bundesmantelverträge delegierbare Tätigkeiten der ärztlichen Behandlung und das Anforderungsprofil für diese Tätigkeiten beispielhaft definieren sollen.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband unterstützt die Absicht des Gesetzgebers, die Delegationsmöglichkeiten ärztlicher Tätigkeit auszuweiten und dafür entsprechende gesetzliche Rahmenbedingungen zu schaffen. In anderen europäischen Ländern ist die Delegation und Substitution ärztlicher Tätigkeiten durch Angehörige von Heilhilfsberufen und Pflegeberufen bereits stärker in der Praxis umgesetzt. Die Erweiterungen der Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes stellten bereits einen weiteren Schritt in diese Richtung dar. Die Umsetzung der Modellvorhaben steht jedoch noch aus. Die Delegation ärztlicher Tätigkeiten muss allerdings rechtssicher ausgestaltet werden. Die Tätigkeitsfelder müssen klar geregelt sein, denn im Schadensfall muss der Arzt nachweisen, dass er die Hilfsperson hinreichend angeleitet und überwacht hat. Dies ist im Rahmen der ambulanten Versorgung nur eingeschränkt möglich. Daher sind die Tätigkeiten abschließend und nicht beispielhaft aufzuzählen.

Aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes ist die bloße Delegation von ärztlichen Tätigkeiten nicht ausreichend, um Probleme der Unterversorgung oder unzureichenden Versorgung zu lösen. Das Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen aus dem Jahr 2007 hat empfohlen, in einem ersten Schritt Aufgaben im Wege der Delegation zu übertragen, in einem weiteren Schritt jedoch regionale Modellprojekte zur Veränderung des Professionenmixes sowie zur größeren Eigenständigkeit nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe durchzuführen und zu evaluieren (Sachverständigenrat 2007, S. 178). Die Übertragung von Tätigkeiten von nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen, wie z.B. Pflegefachkräften mit entsprechender Qualifikation, in einen eigenständigen Verantwortungsbereich kann zu einer besseren gesundheitlichen Versorgung führen, indem sich Ärzte auf ihre Kernaufgaben konzentrieren. So könnte beispielsweise die Verordnung von Pflegehilfsmitteln oder Verbandsmitteln in den eigenständigen Aufgabenbereich der Pflege übertragen werden. Der Deutsche Caritasverband setzt sich im Kontext die-

ses Regierungsentwurfs dafür ein, dass die Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V umgesetzt werden.

Eine bessere gesundheitliche Versorgung kann nur durch ein Zusammenwirken aller Gesundheitsberufe und eine Neuverteilung der Aufgaben zwischen den Berufen gelingen. Dabei muss der Pflege eine eigenständige Rolle jenseits von Delegation und Substitution zukommen. Familienpflegerinnen und ambulante Pflegedienste sind durch ihre kontinuierliche betreuende Tätigkeit in Familien, bei kranken und pflegebedürftigen Menschen in der Lage, nicht nur die pflegerische, sondern auch die gesundheitliche Situation einzuschätzen, ggf. gezielt in die ärztliche Behandlung überzuleiten und auch die Menschen zu gesundheitsförderlichem Verhalten anzuregen. In Deutschland sollten daher die Ansätze der Familiengesundheitspflegerin („family health nurse“ oder „community nurse“) in Zukunft noch viel mehr gestärkt werden.

Lösungsvorschlag

In § 28 Abs. 1 Satz 3 neu SGB V wird das Wort „beispielhaft“ gestrichen.

5. Langfristige Genehmigung von Heilmitteln (§ 32 Abs. 1a SGB V neu)

Regierungsentwurf

Heilmittel können bei Personengruppen, die einen langfristigen Bedarf an Behandlung mit Heilmitteln haben, nun für einen entsprechenden längeren Zeitraum genehmigt werden. Die Genehmigung erfolgt auf Antrag des Versicherten. Die Krankenkasse muss binnen vier Wochen über Anträge entscheiden; verstreicht diese Frist durch Verschulden der Krankenkasse gilt die Leistung als genehmigt.

Bewertung

Die langfristige Genehmigung von Heilmitteln für Menschen mit einer Behinderung oder für chronisch kranke Menschen entspricht einer langjährigen Forderung des Deutschen Caritasverbands. Wir begrüßen diese Regelung daher im Grundsatz uneingeschränkt. Es stellt sich allerdings die Frage, warum die langfristige Leistungsgenehmigung an die Voraussetzung eines Antrags des Versicherten geknüpft ist. Entscheidend ist die medizinische Notwendigkeit einer langfristigen Behandlung mit Heilmitteln. Diese festzustellen, kann nicht dem Versicherten obliegen. Für sachgerecht erachten wir sowohl die Fristsetzung von vier Wochen, innerhalb derer die Krankenkasse ei-

ne Entscheidung treffen muss als auch die Verlängerung der Lauffrist zur Genehmigung des Antrags, wenn der Krankenkasse Informationen fehlen. Überwiegend dürfte jedoch das Fehlen von Informationen nicht in der Verantwortung der Versicherten liegen, sondern auf fehlerhafte Angabe im Rezept zurückzuführen sein.

Lösungsvorschlag

In § 32 Abs. 1a neu werden in Satz 1 die Worte „auf Antrag der Versicherten“ gestrichen.

In Satz 4 werden die Worte „des Antragsstellers“ gestrichen.

6. Entfallen der Mehrkostenregelung medizinisch notwendiger Intraokularlinsen (§ 33 Abs. 9 SGB V neu)

Regierungsentwurf

Künftig sollen multifokale Intraokularlinsen (Sonderlinsen) auch zu Lasten der Krankenkasse übernommen werden, wenn dies medizinisch erforderlich ist. Bisher mussten die sowohl die Mehrkosten für die Linse als auch die Kosten der Operation und anfallender Arzneimittel vollständig vom Versicherten getragen werden.

Bewertung

Es ist sachgerecht, wenn Sonderlinsen bei medizinischem Erfordernis künftig von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden. Unklar ist jedoch, warum es einer gesonderten Regelung dazu in Absatz 9 bedarf. § 33 Abs. 1 Satz 5 regelt, dass Versicherte Mehrkosten und dadurch bedingte Folgekosten nur dann zu tragen haben, wenn das Hilfsmittel über das Maß des Notwendigen hinausgeht. Nach dieser Vorschrift würden medizinisch notwendige Sonderlinsen auch schon nach geltendem Gesetz von der Krankenkasse erstattbar sein. Es bedarf daher weder einer Neuregelung noch der gesonderten Erwähnung dieses Hilfsmittels in Absatz 9 neu.

7. Entlassmanagement als Bestandteil der Krankenhausbehandlung (§ 39 Abs.1 SGB V neu und Änderungsantrag 2 (Ausschuss-Drs. 17(14)0190(neu) zum Versorgungsmanagement)

Regierungsentwurf

Die Aufzählung von Leistungsbereichen der Krankenhausbehandlung wird um das Entlassmanagement erweitert. In § 11 Abs. 4 wird das Versorgungsmanagement konkretisiert. Neu eingefügt wird die Sicherstellung der fachärztlichen Anschlussversorgung nach Krankenhausaufenthalt.

Bewertung

Der Übergang vom Krankenhaus in den häuslichen bzw. ambulanten Bereich der Krankenbehandlung stellt eine der wichtigsten Schnittstellen im Gesundheitswesen dar. Es ist daher sachgerecht, wenn das Entlassmanagement als Leistungsbereich der Krankenhausversorgung explizit genannt und kodifiziert wird. Beim Übergang vom Krankenhaus in den ambulanten Sektor kommt es in der Praxis häufig zu Versorgungslücken. Diese betreffen in der Regel die Verordnung von Arzneimitteln, aber auch von Heil- und Hilfsmitteln, die für die weitere Krankenbehandlung im häuslichen Bereich erforderlich sind. Besonders ältere Patienten werden nach einem Krankenhausaufenthalt pflegebedürftig, z.B. nach Schlaganfall. Daher ist es erforderlich, dass auch die Pflege in das intersektorale Versorgungsmanagement einbezogen wird, wie im Regierungsentwurf geregelt.

Der Anspruch auf ein Entlassmanagement besteht an sich auch schon durch die bestehende Regelung in § 11 Abs. 4 Satz 1 SGB V. Die bloße Aufnahme dieser Leistung in den Katalog der Leistungen bei Krankenhausbehandlung wird an der unzureichenden Umsetzung der Regelung wenig ändern. Wir erachten es daher für sinnvoll, die Leistungen im Rahmen des Entlassmanagements zu spezifizieren und dabei sowohl die Schnittstelle zur Pflege nach § 37 SGB V, zur Haushaltshilfe (§ 38 SGB V), zur SAPV nach § 37b als auch zur Versorgung mit Arzneimitteln (§ 31 SGB V), Heil- und Hilfsmitteln (§§ 32 und 33 SGB V) konkret im Gesetz zu benennen. Änderungsantrag 2 ergänzt in diesem Sinne die fachärztliche Anschlussversorgung in § 11 Abs. 4 SGB V. Die fachärztliche Anschlussversorgung nach Krankenhausaufenthalt ist ein wesentlicher Bereich des Versorgungsmanagements nach § 11 Abs. 4 SGB V. Es ist jedoch nicht sinnvoll, in der Regelung zum Versorgungsmanagement nur ein einzelnes Versorgungssegment zu konkretisieren und hervorzuheben. § 11 Abs. 4 SGB V sollte vielmehr um alle oben genannte Bereiche ergänzt werden. Eine weitere Voraussetzung für ein effektives Entlassmanagement ist, dass Möglichkeiten zur Krankenhaushausnachpflege in angemessenem Umfang zur Verfügung stehen. Dies betrifft vor allem die häusliche Krankenpflege (s. Lösungsvorschlag zu § 37 Abs. 1 SGB V), aber auch Möglichkeiten zur In-

anspruchnahme von Kurzzeitpflege als Krankenhausnachsorge oder Krankenhausvermeidungspflege. Bisher kann Kurzzeitpflege nur gewährt werden, wenn eine Person pflegebedürftig im Sinne des SGB XI ist, d.h., für die Dauer von voraussichtlich mindestens sechs Monaten in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedarf (§§ 14, 15 SGB XI). Tritt pflegerischer Bedarf nur kurzfristig, z.B. in Folge einer Krankenhausbehandlung auf, kann Kurzzeitpflege nicht in Anspruch genommen werden. Der Deutsche Caritasverband schlägt vor, dass die Krankenversicherung in Fällen der Krankenhausvermeidungspflege und Krankenhausnachsorge der Pflegeversicherung einen Ausgleichsbetrag für die in der Kurzzeitpflege in Anspruch genommenen Leistungen der grund- und behandlungspflegerischen sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung bezahlt.

Lösungsvorschlag

In § 11 Abs. 4 soll nach Satz 4 folgender Satz 5 neu eingefügt werden:

„Das Entlassmanagement umfasst insbesondere die Versorgung mit Arznei- und Verbandsmitteln, Heilmitteln, Hilfsmitteln, häuslicher Krankenpflege, Soziotherapie, spezialisierter ambulanter Palliativversorgung, Haushaltshilfe, die fachärztliche Anschlussversorgung sowie die medizinische Rehabilitation.“

In § 39 Abs. 1 sind in Satz 1 nach dem Wort „Entlassmanagement“ die Worte „nach § 11 Abs. 4 Satz 5 (neu) zu ergänzen

Um Kurzzeitpflege als Krankenhausnachsorge oder Krankenhausvermeidungspflege in Anspruch nehmen zu können, muss § 37 Abs. 1 SGB V um Satz 6 ergänzt werden:

„Die Krankenkasse zahlt der Pflegekasse einen Ausgleichsbetrag für die Leistungen der im Einzelfall zur Vermeidung oder Verkürzung der Krankenhausbehandlung erforderlichen Grund- und Behandlungspflege sowie zur hauswirtschaftlichen Versorgung in Kurzzeitpflegeeinrichtungen, sofern der Versicherte Leistungen nach § 42 Abs. 1 Satz 2 Ziffer 1 SGB XI in Anspruch genommen hat.“

8. Länderaufsicht über Verträge nach § 73c und § 140a (§ 71 Abs. 6 SGB V neu)

Regierungsentwurf

Die Verträge zur besonderen ärztlichen ambulanten Versorgung sowie zur Integrierten Versorgung sind künftig den für die Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen. Die obersten Verwaltungsbehörden der Länder erhalten Gelegenheit zur Stellungnahme zu diesen Verträgen

einschließlich der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b einschließlich der Möglichkeit zur Beanstandung. Zudem können die Länder den Krankenkassen vorschlagen, Verträge nach § 73b, § 73c sowie § 140a zu schließen, wenn die flächendeckende Versorgung nicht gewährleistet ist.

Bewertung

Das Recht der Länder, das Vertragsgeschehen zur hausarztzentrierten Versorgung, zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung sowie zur Integrierten Versorgung mitzugestalten, um Versorgungslücken zu schließen, wird begrüßt. Rechtssystematisch erachten wir es allerdings nicht als sachgerecht, die Vorlage der Verträge sowie das Beanstandungsrecht in § 71 SGB V zu regeln. Die entsprechenden Regelungen könnten in den jeweiligen Regelungen zu § 73c SGB V bzw. § 140a SGB V erfolgen.

9. Zuweisungsverbot von Entgelt oder wirtschaftlichen Vorteilen (§ 73 Abs. 7 SGB V neu)

Regierungsentwurf

In § 73 Abs. 7 SGB V neu wird das Verbot der Annahme von Entgelt oder sonstigen wirtschaftlichen Vorteilen für die Zuweisung von Versicherten ausdrücklich gesetzlich geregelt.

Bewertung

Eine entsprechende Regelung sieht bereits die Musterberufsordnung der Ärzte vor. Es ist daher fraglich, ob eine entsprechende Regelung in das SGB V aufgenommen werden muss. Die Klarstellung in der Sache selbst begrüßt der Deutsche Caritasverband.

10. Sicherstellung des Notdienstes und einer zeitnahen fachärztlichen Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 75 Abs.1 SGB V neu und Änderungsantrag 14 (Ausschuss-Drs. 17(14)0190(neu))

Regierungsentwurf

Den Kassenärztlichen Vereinigungen wird es künftig ermöglicht, den Notdienst auch durch Kooperation mit den Krankenhäusern sicherzustellen. Änderungsantrag 14 sieht zudem vor, dass die

Kassenärztlichen Vereinigungen auch eine angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung sicherzustellen haben.

Bewertung

Gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten haben in der Praxis oft lange Wartezeiten auf einen Facharzttermin zu gewärtigen, auch wenn sie akut erkrankt sind und der unmittelbaren fachärztlichen Versorgung bedürfen. Dies ist nicht hinnehmbar. Der Deutsche Caritasverband begrüßt es daher die Absicht des Gesetzgebers, die Kassenärztlichen Vereinigungen in die Pflicht zu nehmen, künftig eine zeitnahe fachärztliche Versorgung zu gewährleisten. Offen bleibt jedoch, welche Schritte bzw. Sanktionen erfolgen, wenn Patienten trotz des konkretisierten Sicherstellungsauftrags keinen zeitnahen Termin beim Facharzt erhalten.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben grundsätzlich einen weiten Ermessensspielraum, den sie auch zur Gestaltung des ärztlichen Notdienstes am Abend und am Wochenende nutzen können. Insbesondere in ländlichen Regionen mit Ärztemangel ist es schwierig, den kassenärztlichen Notdienst am Wochenende sicherzustellen. Vielerorts sind die Patienten bei der Notversorgung dann auf den notärztlichen Dienst im Krankenhaus angewiesen. Die Sicherstellung des Notdienstes ist jedoch eine genuine Aufgabe der KVen. Ein möglicher Weg zur Sicherstellung des Notdienstes ist die Kooperation mit Krankenhäusern. Die gesetzliche Änderung wird daher begrüßt.

11. Bildung von Fachausschüssen bei der KBV (§ 79c Abs. 1 SGB V neu)

Regierungsentwurf

§ 79c SGB V neu sieht vor, dass neben dem Fachausschuss für die hausärztliche Versorgung auch ein Fachausschuss für die fachärztliche Versorgung gebildet wird.

Bewertung

Die Bildung von Fachausschüssen für die fachärztliche Versorgung konnte bisher auf der Basis der Satzungen der KVen erfolgen. Um die Belange der Fachärzte besser in die Arbeit der KBV einbinden zu können, halten wir es für sachgerecht, dass der Gesetzgeber hier nachgesteuert hat und die Bildung von Fachausschüssen für die fachärztliche Versorgung mit der neuen Regelung vorsieht.

12. Festlegung von Praxisbesonderheiten für die Verordnung von Heilmitteln (§ 84 Abs. 8 SGB V neu)

Regierungsentwurf

Künftig können die KBV und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Praxisbesonderheiten für die Verordnung von Heilmitteln festlegen, die bei den Prüfungen nach § 106 SGB V anzuerkennen sind. Darüber hinaus können die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen weitere Praxisbesonderheiten für ärztliche und ärztlich verordnete Leistungen vereinbaren. Allerdings sind die höheren Kosten bei der Vereinbarung von Praxisbesonderheiten bei Heilmitteln bei der Vereinbarung der Richtgrößen zu berücksichtigen.

Bewertung

Die Möglichkeit zur Vereinbarung von Praxisbesonderheiten bei Heilmitteln, die bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen anzuerkennen sind, ist positiv zu bewerten. Insbesondere Menschen mit Behinderungen oder chronisch kranke Menschen benötigen viele verschiedene Heilmittel, die zudem oftmals langfristig zu verordnen sind, sodass sie das Budget der Vertragsärzte belasten und Regressforderungen an die Vertragsärzte nach sich ziehen. Problematisch ist allerdings, dass die zusätzlichen Kosten der Heilmittel, die aufgrund von Praxisbesonderheiten verordnet werden, in das Richtgrößenvolumen einfließen, das weiterhin gedeckelt bleibt. Das bedeutet, dass die Richtgrößen, d.h., die nach Altersgruppen und Krankheitsarten differenzierten durchschnittlichen Ausgaben, entsprechend angepasst werden müssen. Dies hat zur Folge, dass Patienten, die nicht unter die Praxisbesonderheiten fallen, im Durchschnitt weniger Heilmittel erhalten als zuvor. Die Anerkennung von Praxisbesonderheiten ist aus Sicht des Deutschen Caritasverbands der richtige Weg, um eine bessere Versorgung von Menschen mit besonderen gesundheitlichen Belastungen zu erreichen. Diese Verbesserung darf jedoch nicht zu einer Verschlechterung der Versorgung der übrigen Patienten führen. Daher ist die Deckelung des Richtgrößenvolumens bei der Anerkennung von Praxisbesonderheiten anzuheben.

Lösungsvorschlag

§ 84 Abs. 8 S. 6 SGB V neu ist zu streichen.

13. Förderung ambulanter telemedizinischer Leistungen (§ 87 Abs. 2a und 2b SGB V neu)

Regierungsentwurf

Der Bewertungsausschuss zur Festlegung des EBM soll prüfen, in welchem Umfang telemedizinische ambulante Leistungen erbracht werden können und in welcher Weise dann ggf. der EBM für ärztliche Leistungen anzupassen ist. Diese Leistungen sollen nicht in den Versichertenpauschalen, sondern als Einzelleistungen bzw. Leistungskomplexe im EBM abgebildet werden.

Nach § 87 Abs. 2a Satz 3 neu können auf der Grundlage der vom Bewertungsausschuss festzulegenden Kriterien Zuschläge auf den Orientierungswert in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen gemäß § 100 Abs. 1 S. 1 SGB V vereinbart werden.

Bewertung

Der Ausbau der telemedizinischen Versorgung ist insbesondere in den unterversorgten Gebieten, sinnvoll und daher förderungswürdig. Der Deutsche Caritasverband begrüßt daher den Auftrag an den Bewertungsausschuss, die Erbringung und Bewertung telemedizinischer Leistungen zu überprüfen und ggf. den EBM entsprechend anzupassen. Die grundsätzliche Wertung telemedizinischer Leistungen als besonders zu fördernde Einzelleistung ist daher für einen Übergangszeitraum sachgerecht, um den Ausbau der Telemedizin voranzutreiben. Generell erachten wir es allerdings nicht für sachgerecht, telemedizinisch erbrachte Leistungen als Einzelleistung oder Leistungskomplex besonders zu fördern.

Die Präzisierung, dass Zuschläge zum Orientierungswert insbesondere in unterversorgten Regionen vereinbart werden können, erachten wir als eine wirkungsvolle Maßnahme, um niedergelassenen Ärzten bessere Anreize zu geben, sich in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen niederzulassen.

Grundsätzlich erachten wir es als systemgerecht, die vertragsärztliche Vergütung nach Versichertenpauschalen zu bemessen. Dabei muss es allerdings möglich sein, den Mehraufwand für Patientengruppen mit einem erheblichen diagnostischen und therapeutischen Leistungsaufwand außerhalb der Pauschalen zu vergüten. Zu diesen Versichertengruppen zählen z.B. Menschen mit einer Behinderung. Der diagnostische und therapeutische Mehraufwand einschließlich der dazu erforderlichen Zeit für die Kommunikation mit dem Patienten und ggf. seiner Vertrauensperson ist bisher noch nicht oder nur unzureichend in der Honorarordnung der niedergelassenen Ärzte berücksichtigt.

Lösungsvorschlag

Die Vorschrift in § 87 Abs. 2b Satz 1, zweiter Halbsatz neu ist daher mit einer Übergangsfrist zu versehen.

§ 87 Abs. 2b Satz 3 SGB V wird, wie folgt, ergänzt:

„Die Pauschalen nach Satz 1 können nach Morbiditätskriterien wie Alter (....), Geschlecht **und Behinderung** differenziert werden, um mit dem Gesundheitszustand verbundene Unterschiede im Behandlungsaufwand der Versicherten zu berücksichtigen. Entsprechende Regelungen sind für andere vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Leistungen zu treffen“.

14. Vergütungszuschläge im vertragsärztlichen Bereich (§ 87a Abs. 2 Satz 4 neu)

Regierungsentwurf

Bei der vertragsärztlichen Vergütung soll es möglich sein, Zuschläge auf den Orientierungswert für besonders förderungswürdige Leistungen sowie für Leistungen von besonders zu fördernden Leistungserbringern zu vereinbaren.

Bewertung

Aus der Gesetzesformulierung geht nicht hervor, welche Leistungen oder Leistungserbringer besonders förderungswürdig sind und nach welchen Kriterien diese Auswahl erfolgt. Der Begründung zum Regierungsentwurf ist zu entnehmen, dass der Gesetzgeber Leistungserbringer mit einer überdurchschnittlichen Versorgungsqualität bzw. Leistungserbringer, die in strukturschwachen Gebieten tätig sind, im Blick hat. Der Deutsche Caritasverband unterstützt das Ziel, Vertragsärzten Anreize zu schaffen, um sich in strukturschwachen Regionen niederzulassen. Positiv bewertet wird in diesem Zusammenhang auch die Regelung in § 87b Abs. 3, dass Ärzte in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen von Maßnahmen zur Fallzahlbegrenzung oder -minderung ausgenommen sind. Schwierig zu definieren ist hingegen das in der Gesetzesbegründung genannte Kriterium einer überdurchschnittlichen Versorgungsqualität. Der Deutsche Caritasverband schlägt vor, das Kriterium für Vergütungszuschläge zu konkretisieren.

Lösungsvorschlag

§87a Abs. 2 Satz 4 wird wie folgt neu gefasst:

„Darüber hinaus kann ein Zuschlag auf den Orientierungswert gemäß § 87 Abs. 2e für Ärzte in Zulassungsbezirken mit einer Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 Satz 1 vereinbart werden.“

15. Gemeinsames Landesgremium (§ 90a SGB V neu)

Regierungsentwurf

Die Einflussnahme der Länder auf die Versorgung wird durch die Möglichkeit zur Bildung eines gemeinsamen Landesgremiums gestärkt, das sich aus Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Landesverbände der Krankenkassen, der Landeskrankenhausgesellschaft, der Ersatzkassen sowie weiterer Beteiligter zusammensetzt. Aufgabe des Gremiums ist es, Empfehlungen für die sektorenübergreifende Versorgung zu geben und dabei vor allem zu den Problemen der Unter- und Überversorgung Stellung zu nehmen.

Bewertung

Die Einführung eines Gremiums, das sektorenübergreifend für Fragen der Bedarfsplanung sowie der Unter- und Überversorgung zuständig ist, ist uneingeschränkt positiv zu bewerten. Es ist sachgerecht, dieses Gremium auf Länderebene anzusiedeln.

16. Gemeinsamer Bundesausschuss (§ 91 SGB V neu)

Regierungsentwurf

Der unparteiische Vorsitzende des GBA, die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie ihre Stellvertreter sollen künftig stärker parlamentarisch legitimiert werden. Die Trägerorganisationen des GBA einigen sich zu diesem Zweck auf einen Benennungsvorschlag, der dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt wird. Das Ministerium wiederum übermittelt die Vorschläge an den Ausschuss für Gesundheit, der ein Anhörungs- und Widerspruchsrecht hat, sofern er die Unabhängigkeit oder Unparteilichkeit einer vorgeschlagenen Person nicht als gewährleistet ansieht. Bei Widerspruch des Gesundheitsausschusses, ist der GBA aufgefordert einen neuen Vorschlag vorzulegen. Geschieht dies nicht oder widerspricht der Gesundheitsausschuss ein weiteres Mal den neu-

en Personalvorschlägen, beruft das Bundesgesundheitsministerium eine Person für die vorgeschlagene Funktion im Wege der Ersatzvornahme.

Des Weiteren wird die Stimmverteilung im GBA verändert. Künftig sollen die Stimmen der Leistungserbringerseite auf diejenige Leistungserbringerorganisation übertragen werden, die von den Richtlinien und Beschlüssen betroffen ist. Alle zur Stellungnahme berechtigten Organisationen sollen künftig in der Regel auch die Möglichkeit zu einer mündlichen Stellungnahme erhalten. Sie können mit jeweils einem Vertreter auch zu Sitzungen der Unterausschüsse, die den jeweiligen Beschlussgegenstand beraten, zugelassen werden.

Bewertung

Durch die stärkere Einbeziehung des Parlaments in die Berufsverfahren wird die Unparteilichkeit und Neutralität der unparteiischen Vertreter im GBA zwar gestärkt; eine wirkliche parlamentarische Legitimation läge aber nur vor, wenn dem Bundestagsausschuss für Gesundheit und nicht dem Bundesministerium für Gesundheit die Möglichkeit einer Ersatzvornahme bei erneutem Widerspruch zu einer Vorschlagsliste eingeräumt wird.

Die Neuregelungen zur Stimmverteilung erachten wir für sachgerecht, da es den von Entscheidungen des GBA betroffenen Trägerorganisationen auf diese Weise ermöglicht wird, ihre spezifische Sachkunde bei Beschlüssen besser zur Geltung zu bringen.

Positiv bewertet wird die Möglichkeit, dass die jeweils zur Stellungnahme berechtigten Organisationen ihre Positionen nicht nur in Form einer schriftlichen Stellungnahme einbringen können, sondern auch mündlich in die Erörterung einbringen können und zu Sitzungen des Unterausschusses, in denen der betreffende Beschlussgegenstand beraten wird, zugelassen werden können. Die mündliche Stellungnahme ermöglicht einen fundierteren Austausch zu divergenten Positionen und kann somit die Akzeptanz von Entscheidungen erhöhen. Sachgerecht ist in diesem Zusammenhang auch die Regelung, dass die Länder künftig bei den Richtlinien über die Bedarfsplanung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 9 ein Mitberatungsrecht erhalten.

17. Medizinische Versorgungszentren (§ 95 SGB V neu)

Regierungsentwurf

Es wird klargestellt, dass die ärztliche Leitung eines MVZ künftig nur durch Vertragsärzte oder angestellte Ärzte wahrgenommen werden kann und dass der ärztliche Leiter in fachlichen Fragen weisungsungebunden ist. MVZs dürfen künftig nur noch in der Rechtsform einer GmbH oder einer Personengesellschaft gegründet werden. Gründungsberechtigt sind zugelassene Vertragsärzte oder Krankenhäuser nach § 108 SGB V, aber auch gemeinnützige Träger, die zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt sind.

Bewertung

Die Tatsache, dass MVZ künftig nur noch in Rechtsformen bürgerlichen Rechts gegründet werden dürfen, stellt ihre Unabhängigkeit sicher. Dies wird vom Deutschen Caritasverband uneingeschränkt begrüßt. Positiv zu bewerten ist des Weiteren die Klarstellung, dass MVZs von Krankenhäusern sowie von Pflegeheimen, die über § 119b SGB V zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt sind, gegründet werden können. Nicht nachvollziehbar ist hingegen, dass die Berechtigung zur Gründung eines MVZ auf Vertragsärzte und Krankenhäuser sowie gemeinnützige Träger beschränkt werden soll. Mit dieser Regelung werden andere originäre Leistungserbringer wie z.B. Vertragszahnärzte, Vertragspsychotherapeuten oder Hochschulambulanzen von der Gründungsberechtigung ausgeschlossen. Der Ausschluss der sog. dritten Träger ist nicht sachgerecht und sollte daher im laufenden Gesetzgebungsverfahren korrigiert werden.

18. Zulassungsvoraussetzungen für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte (§98 SGB V neu)

Regierungsentwurf

Die Befristung der Zulassung wird neu in den Kriterienkatalog der Zulassungsvoraussetzungen aufgenommen.

Bewertung

Die Zulassung zum Vertragsarzt zu befristen, stellt eine Möglichkeit dar, dem Problem der Entstehung oder Verfestigung der ärztlichen Überversorgung, insbesondere in städtischen Regionen, zu begegnen.

19. Berücksichtigung regionaler Besonderheiten bei der Bedarfsplanung (§§ 99, 101 SGB V neu)

Regierungsentwurf

Bei der Bedarfsplanung soll künftig von den Richtlinien des GBA abgewichen werden, wenn regionale Besonderheiten, z.B. demographisch oder morbiditätsbedingt, vorliegen (§ 99 Abs. 1 SGB V neu). Des Weiteren wird die strikte Bindung der Bildung von Planungsbereichen an Stadt- und Landkreisgrenzen künftig aufgehoben (§ 101 Abs.1 Satz 6 SGB V neu).

Bewertung

Durch die Möglichkeit, bei der Bedarfsplanung künftig regionale Besonderheiten zu berücksichtigen, wird dem GBA ein weiter Ermessensspielraum eingeräumt, der dazu beitragen kann, Unterversorgung abzubauen. Auch die Abkehr der Planungsbereiche an Stadt- und Landkreisgrenzen ermöglicht die notwendige höhere Flexibilität in der Bedarfsplanung. Maßgeblich für die Bedarfsplanung wird das Kriterium einer wohnortnahen Versorgung. Diese Regelung hält der Deutsche Caritasverband für sachgerecht.

20. Zulassung und Zulassungsbeschränkungen zur vertragsärztlichen Versorgung (§ 103 SGB V neu und Änderungsantrag 24 (Ausschuss-Drs. 17(14)0190(neu))

Regierungsentwurf

Zum Abbau der Überversorgung erhält der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen ein Vorkaufsrecht. Dieses ist ausgeschlossen, wenn der vom Zulassungsausschuss ausgewählte Praxisnachfolger ein Ehegatte, Lebenspartner oder Kind des vorherigen Praxisinhabers ist (§ 103 Abs. 4c neu).

Um Anreize für einen Vertragsarzt zu schaffen, sich in einem unterversorgten Gebiet niederzulassen, wird in die Liste der Kriterien für die Bewerberauswahl das Kriterium einer mindestens fünf Jahre dauernden vertragsärztlichen Tätigkeit in einem unterversorgten Gebiet nach § 100 Abs. 1 SGB V (§ 103 Abs. 4 Satz 5 Ziffer 4 SGB V neu) aufgenommen.

Für die Auswahl bei der Bewerbung um eine Praxisnachfolge in Gebieten mit einer Zulassungsbeschränkung sind künftig neben den Ehegatten und Kindern des bisherigen Vertragsarztes auch die

Lebenspartner zu berücksichtigen (§ 103 Abs. 4 Satz 5 Ziffer 5 SGB V neu). Zudem werden auf die bisherige Dauer der ärztlichen Tätigkeit nun auch Zeiten der Unterbrechung wegen Kindererziehung oder Pflege pflegebedürftiger Angehöriger in häuslicher Umgebung angerechnet (§ 103 Abs. 4 Satz 7 SGB V neu).

Bewertung

Die Möglichkeit des Aufkaufs von Praxen in überversorgten Gebieten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen stellt eine gute Möglichkeit zur Reduzierung der Überversorgung dar. In das Vorkaufsrecht einzubeziehen sind nach Auffassung des Deutschen Caritasverbands allerdings auch Praxen, auf deren Nachfolge sich Ehepartner, Lebenspartner oder Kinder des bisherigen Praxisinhabers bewerben.

Positiv zu bewerten ist, dass auf die Dauer der ärztlichen Tätigkeit auch Zeiten der Kindererziehung sowie Pflege von Angehörigen angerechnet werden sollen.

Ebenso positiv zu bewerten ist die Berücksichtigung der Tätigkeit eines Arztes in einem unterversorgten Gebiet für die Bewerbung in einem gesperrten, überversorgten Planbezirk, denn diese Regelung bietet einen Anreiz für Vertragsärzte, zeitweilig in weniger attraktiven, unterversorgten Gebieten tätig zu werden.

Lösungsvorschlag

Das Vorkaufsrecht der Kassenärztlichen Vereinigung in überversorgten Gebieten soll nicht eingeschränkt sein, wenn sich ein Ehepartner, Lebenspartner oder Kind eines Praxisvorgängers für die frei werdende Praxis bewirbt.

§ 103 Abs. 4c Satz 2 zweiter Halbsatz SGB V neu soll gestrichen werden.

21. Förderung der vertragsärztlichen Versorgung zur Reduzierung der Unterversorgung (§ 105 SGB V neu)

Regierungsentwurf

Die Kassenärztliche Vereinigung wird ermächtigt, zur Finanzierung von Zuschüssen für Vertragsärzte in unterversorgten Gebieten, einen Strukturfonds aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in Höhe von 0,1 Prozent zu bilden, um damit Zuschüsse für Investitionskosten bei der

Neuniederlassung oder Gründung von Zweigpraxen, Zuschläge zur Vergütung, sowie für die Vergabe von Stipendien zu finanzieren. Wenn die KV einen solche Strukturfonds gebildet hat, werden die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen verpflichtet, einen Beitrag in gleicher Höhe in diesen Strukturfonds zu entrichten (§ 105 Abs. 1a SGB V neu).

Als weitere Fördermaßnahme der vertragsärztlichen Vergütung wird geregelt, dass neben den Kassenärztlichen Vereinigungen nun auch die Kommunen mit Zustimmung der KVen in begründeten Ausnahmefällen Eigeneinrichtungen betreiben können. Ein begründeter Ausnahmefall liegt insbesondere vor, wenn eine Versorgung auf andere Art und Weise nicht sichergestellt werden kann.

Bewertung

Durch die Bildung des Strukturfonds werden weitere Instrumente geschaffen, um durch Vergütungszuschläge und andere monetäre Anreizstrukturen dem Problem der Unterversorgung entgegenzuwirken. Dieses Förderinstrument wird vom Deutschen Caritasverband begrüßt. Sofern mit diesen Mitteln die Vergabe von Stipendien gefördert wird, sollte das so finanzierte Stipendium ausdrücklich an eine Verpflichtung, sich später mindestens fünf Jahre in einem unterversorgten Gebiet niederzulassen, geknüpft werden.

Positiv zu bewerten ist, dass neben den Kassenärztlichen Vereinigungen auch die Kommunen ermächtigt werden, Eigeneinrichtungen zu betreiben. Da die ärztliche Versorgung nicht zu den unmittelbaren Aufgaben der kommunalen Daseinsvorsorge gehört, soll das Betreiben einer Eigeneinrichtung auf begründete Ausnahmefälle, in denen die medizinische Versorgung in einer Kommune auf keine andere Weise sichergestellt ist, beschränkt sein. Die vorgeschlagene präzisierende Ausnahmeregelung erachten wir daher als sachgerecht.

Lösungsvorschlag

§ 105 Abs. 1a Satz 3 soll um Satz 4 ergänzt werden:

„Die Stipendiennehmer verpflichten sich, für die Dauer von mindestens fünf Jahren eine vertragsärztliche Tätigkeit in einem Gebiet, in dem der Landesausschuss nach § 100 Abs. 1 das Bestehen von Unterversorgung festgestellt hat, auszuüben.“

22. Verzicht auf Regress bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 106 SGB V neu)

Regierungsentwurf

Verordnungen von Heilmitteln an Versicherte mit einem langfristigen Behandlungsbedarf, die nach § 32 Abs. 1a SGB V neu genehmigt sind, unterliegen künftig grundsätzlich nicht mehr der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Nach § 106 Abs. 5e SGB V werden Ärzte bei einer erstmaligen Überschreitung des Richtgrößenvolumens für Arznei-, Verbands- und Heilmittel um 25 Prozent nicht mehr automatisch in Regress genommen, sondern erhalten ein Beratungsangebot zusätzlich zu der Beratung bei Überschreitung des Volumens um 15 Prozent nach § 106 Abs. 5a Satz 1 SGB V. Im Rahmen dieser Beratung nach Abs. 5e neu können sie in begründeten Fällen die Anerkennung von Praxisbesonderheiten beantragen. Praxisbesonderheiten können auch im Nachhinein beantragt werden, wenn zu einem späteren Zeitpunkt als zum Zeitpunkt der Beratung die Festsetzung eines Erstattungsbetrags erfolgt. Ein Erstattungsbetrag kann im wiederholten Falle der Überschreitung der Richtgrößen erstmalig nach dieser Beratung festgesetzt werden. Dies soll auch gelten, wenn der Arzt die Beratung abgelehnt hat.

Bewertung

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung für langfristig genehmigte Verordnungen von Heilmitteln kann entfallen, da im Rahmen des Genehmigungsverfahrens nach § 32 Abs. 1a SGB V neu zu prüfen ist, ob die beantragte Leistung notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich ist. Die Regelung ist sachgerecht. Darüber hinaus ist die Regelung zu begrüßen, da Ärzte, die chronisch kranke Menschen und Menschen mit Behinderung behandeln, nicht mehr befürchten müssen, für die entsprechenden Verordnungen in Regress genommen zu werden.

Es ist sachgerecht, die Beratungsmöglichkeiten bei Überschreitung der Richtgrößen auszubauen und in diesem Zusammenhang Möglichkeiten zur Anerkennung von Praxisbesonderheiten auszuweiten. Allerdings sollen die Vertragsärzte bei einer Ablehnung der Beratung und wiederholter Überschreitung des Richtgrößenvolumens um 25 Prozent verpflichtet sein, den Erstattungsbetrag zu zahlen.

Lösungsvorschlag

§ 106 Abs. 5e Satz 3 wird gestrichen und durch folgenden Satz 3 ersetzt:

„Lehnt ein Vertragsarzt die ihm angebotene Beratung ab, wird bei künftiger Überschreitung des Richtgrößenvolumens um 25 v.H. ein Erstattungsbetrag festgesetzt.“

23. Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen (§ 111c SGB V neu und Änderungsantrag 25 (Ausschuss-Drs. 17(14)0190(neu)zu den Versorgungsverträgen für ambulante Rehabilitation)

Regierungsentwurf

§ 111c SGB V sieht vor, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen einheitliche Versorgungsverträge für Leistungen der ambulanten Rehabilitation nach § 40 Abs. 1 SGB V schließen. Versorgungsverträge können mit Rehabilitationsträgern geschlossen werden, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 SGB V besteht und die für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten notwendig sind. Unabhängig von diesen Voraussetzungen können Verträge mit Einrichtungen geschlossen werden, um eine wohnortnahe ambulante Rehabilitation zu sichern. Ein Versorgungsvertrag im Sinne des § 111 besteht dann nicht.

In § 111c Abs. 3 SGB V wird für den Bereich der ambulanten Rehabilitation das Schiedsverfahren für Vergütungsverträge nach § 111b SGB V eröffnet.

Bewertung

Die Leistungen der ambulanten Rehabilitation nach § 40 Abs. 1 SGB V spielen seit Jahren eine zunehmende Rolle, da eine Vielzahl von Rehabilitationsmaßnahmen ambulant durchgeführt wird. In der Praxis fand die gesetzliche Regelung des §§ 40 Abs. 1 i.V.m. 111 SGB V keine Anwendung. Vielmehr mussten die Reha-Einrichtungen, die sowohl stationäre als auch ambulante Leistungen anbieten wollten, zwei Beantragungsverfahren durchführen. Die gesetzliche Gleichsetzung der ambulanten Rehabilitationseinrichtungen mit den stationären Einrichtungen dient daher der Klarstellung und dem Bürokratieabbau. Zu begrüßen ist, dass unabhängig von dem Versorgungsvertrag nach § 111c SGB V Verträge mit Rehabilitationseinrichtungen geschlossen werden können, um eine wohnortnahe, mobile Rehabilitation des Patienten zu gewährleisten.

Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass der Gesetzgeber im Änderungsantrag nunmehr eine Besitzstandswahrung für bereits bestehende ambulante Rehabilitationsträger vorsieht, die keinen

Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 SGB V abgeschlossen haben. Bestehende ambulante Rehabilitationsträger müssen leistungsberechtigt bleiben, sofern sie schon vor Inkrafttreten des Versorgungsgesetzes Leistungen für die Krankenkassen erbracht haben, nur so wird eine fortwährende und kontinuierliche Betreuung des Patienten gewährleistet.

Systemkonform ist es, die Regelungen zum Versorgungsvertrag mit ambulanten Rehabilitationsträgern entsprechend den Regelungen mit stationären Rehabilitationsträgern auszugestalten.

Der Deutsche Caritasverband begrüßt die Öffnung der Schiedsstelle nach § 111b SGB V für den Bereich der ambulanten Rehabilitation uneingeschränkt. Die Schaffung eines Konfliktlösungsmechanismus bei Vergütungsverhandlungen war eine langjährige Forderung des Verbandes. Die Schiedsstelle muss zur Sicherstellung qualitätsorientierter Strukturen auch für den Bereich der ambulanten Rehabilitation gelten. Auch für dieses Leistungsspektrum müssen sich Leistungserbringer auf eine angemessene und leistungsgerechte Vergütung und deren Fortschreibung verlassen können, sowie auf eine Aushandlung der Vergütung „auf Augenhöhe“. Da auch die Rentenversicherung Leistungsträger von ambulanten Rehabilitationsleistungen sein kann, ist eine Schiedsstelle als Konfliktlösungsmechanismus analog der Regelung zu § 111c Abs. 3 SGB V neu auch im SGB VI zu verankern.

Lösungsvorschlag

Im Gesetz ist als Kriterium zu verankern, dass sich die Vergütung leistungsgerecht und angemessen sein muss.

In § 111c Abs. 3 SGB V ist nach Satz 2 folgender Satz anzuschließen:

„Die Vergütungen müssen angemessen und leistungsrecht sein und es den für die in § 40 Abs.1 genannten Leistungen zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, ihren Versorgungsauftrag zu erfüllen.“

24. Ambulante spezialärztliche Versorgung (§ 116b SGB V neu)

Regierungsentwurf

§ 116b SGB V regelt die ambulante spezialärztliche Versorgung. Danach soll die Diagnostik und Behandlung von komplexen und schwer therapierbaren Krankheiten interdisziplinär ausgestaltet

werden. Dazu gehören Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, wie onkologische Erkrankungen, HIV/AIDS, Multiple Sklerose und die Versorgung von Frühgeborenen mit Folgeschäden, seltene Erkrankungen wie Tuberkulose, Morbus Wilson und Kurzdarmsyndrom oder hochspezialisierte Leistungen wie Brachytherapie. Die Aufzählung der Erkrankungen, die im Rahmen einer ambulanten spezialärztlichen Versorgung behandelt werden können, ist gesetzlich ausdrücklich nicht abschließend geregelt. Die geplante Änderung ermöglicht auch Ärzten, die in Vorsorge oder Reha-Einrichtungen mit Versorgungsvertrag tätig sind, die Teilnahme der vertragsärztlichen (spezialärztlichen) Versorgung.

Leistungsberechtigt sind alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer sowie Krankenhäuser, sofern sie über die entsprechenden Anforderungen und Voraussetzungen nach den Absätzen 3 bis 5 verfügen. Voraussetzung für die Leistungserbringung die Anzeige, dass die Leistung erbracht werden soll und die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind. Leistungserbringer der ambulanten spezialärztlichen Versorgung müssen über einheitliche Qualifikations- und Qualitätsanforderungen verfügen, die der Gemeinsame Bundesausschuss festlegt. Zudem erhält der Gemeinsame Bundesausschuss den Auftrag, den Versorgungsbereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung näher auszugestalten und auf Antrag zu erweitern. Die Finanzierung der ambulanten spezialärztlichen Versorgungsleistungen soll für alle Leistungserbringer einheitlich erfolgen. Bei der Vergütung soll berücksichtigt werden, dass die seltenen Erkrankungen oftmals eine umfangreichere Untersuchung zur Diagnostik voraussetzen. Hinsichtlich der Vergütung ist ein Schiedsverfahren nach § 89 Abs. 4 vorgesehen.

Bewertung

Die Einführung einer ambulanten spezialärztlichen Versorgung wird vom Deutschen Caritasverband positiv bewertet. Die ambulante Diagnostik und Behandlung schwer therapierbarer Krankheiten stellt eine Herausforderung dar, die interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Fachärzte und Expertise von Spezialisten der verschiedenen Fachgebiete erfordert. Gerade bei seltenen Erkrankungen dauert es oft viel zu lange, bis die Krankheit diagnostiziert ist und den Menschen medizinisch geholfen werden kann. Zudem verlagert sich die Therapie und Diagnostik mehr und mehr in den ambulanten Bereich. Diese Entwicklung muss mit speziellem medizinischen Wissen und fachübergreifenden Kooperation begleitet werden. Schwer erkrankten Menschen muss auch im ambulanten Bereich eine bestmögliche Therapie und Behandlung ermöglicht werden, ohne dass ihre Behandlung unter der sektoralen Aufteilung der vertragsärztlichen Versorgung leidet. Positiv ist auch zu werten, dass Ärzte in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen in die spezialärztliche Versor-

gung aufgenommen werden. Hierdurch wird für den Patienten eine umfassende Versorgung gewährleistet.

Die Übertragung der näheren Ausgestaltung des ambulanten spezialärztlichen Versorgungsbereichs an den Gemeinsamen Bundesausschuss hinsichtlich der Konkretisierung der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen der Leistungserbringer sowie der Ausgestaltung und Ergänzung der Erkrankungen die eine spezialärztliche Versorgung erforderlich machen, ist sachgerecht. Notwendig ist, dass in § 116b Abs. 1 Nr. 1 die Cerebralparese neben „den Querschnittslähmungen bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen“, aufgenommen wird. Beide Erkrankungen sind vergleichbar und Menschen mit Cerebralparese erkranken besonders häufig an Folgeerkrankungen. Unklar ist, warum die Tuberkulose und die Mukoviszidose zu den seltenen Erkrankungen zählen. So erkrankt ein Kind unter 2500 Kindern in Deutschland an dieser Erbkrankheit.

Der Deutsche Caritasverband begrüßt ausdrücklich die gesetzlich verankerten Vergütungsregeln. Bei seltenen Krankheiten sind zur Diagnostik und Behandlung oftmals vielfältige Untersuchungen notwendig, so dass höhere Kosten entstehen. Diese Tatsache wird bei der Gebührengestaltung berücksichtigt, so dass die bestmögliche Diagnose und Therapie von Menschen die an seltenen Erkrankungen leiden gewährleistet wird.

Die Schaffung eines Konfliktlösungsmechanismus durch die Schiedsstelle nach § 89 Abs. 4 SGB V sichert den Vertragspartnern eine angemessene und leistungsgerechte Vergütung.

Kritikwürdig ist jedoch, dass die Leistungserbringung lediglich im Wege eines Anzeigeverfahrens anstelle eines Zulassungsverfahrens erfolgt. Für die Prüfung der Qualitätssicherung bleiben der zuständigen Behörde, der gegenüber die Leistungserbringungsabsicht angezeigt wird, nur zwei Monate Zeit. Da grundsätzlich jeder Vertragsarzt und jedes Krankenhaus die ambulante spezialärztliche Versorgung erbringen kann, ist nicht auszuschließen, dass es zu medizinisch nicht indizierten Mengenausweitungen kommt, die sich negativ auf das Kostenvolumen der gesetzlichen Krankenkassen auswirken. Ein Zulassungsverfahren könnte solchen vom Gesetzgeber nicht-intendierten Entwicklungen vorbeugen und sollte anstelle des Anzeigeverfahrens institutionalisiert werden.

Lösungsvorschlag

§ 116b Abs. 1 Nr.1 wird wie folgt ergänzt:

Die ambulante spezialärztliche Versorgung umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern. Hierzu gehören nach Maßgabe der Absätze 3 bis 5 insbesondere folgende Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen, bestimmte ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationärer-setzende Eingriffe sowie hochspezialisierte Leistungen:

1. Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen

... – Querschnittslähmung **und Cerebralparese** bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen,

25. Unzulässige Forderung nach Inanspruchnahme privatärztliche Leistungen (§ 128 Abs. 5a SGB V neu)

Regierungsentwurf

Die Regelungen über unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten werden über den Hilfsmittelbereich hinaus nun auch auf Heilmittel angewendet. Die bisherigen Regelungen der unzulässigen Zusammenarbeit mit Leistungserbringern von Hilfs- und Heilmitteln erfassen nun die Beteiligungen von Ärzten an Unternehmen der Leistungserbringer.

Zudem wird geregelt, dass Ärzte gegen ihre Pflichten verstoßen, wenn sie Versicherte zur Inanspruchnahme von privatärztlichen Leistungen anstelle möglicher gesetzlicher Leistungen im Bereich der Heil- und Hilfsmittel animieren, um nicht dem Zuwendungsverbot nach § 128 zu unterliegen.

Bewertung

Die Ausweitung der Regelungen vom Hilfsmittelbereich auf den Heilmittelbereich sowie die Normierung des Verbots, Patienten zu privatärztlichen Leistungen anstelle von gesetzlichen Leistungen zu beeinflussen, erachten wir als sachgerecht.

26. Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (§ 137e SGB V neu)

Regierungsentwurf

Durch § 137e SGB V kann der Gemeinsame Bundesausschuss innovative Behandlungs- und Untersuchungsmethoden, deren Nutzen noch nicht hinreichend belegt ist, zeitlich befristet unter Aussetzung des Bewertungsverfahrens nach §§ 135, 137 SGB V erproben. Die methodische Erprobung findet während der Krankenbehandlung nach § 27 SGB V oder der Früherkennung nach §§ 25, 26 SGB V statt. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt, welche Indikatoren für die Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vorliegen müssen. Er bestimmt zudem die Anforderungen an die Durchführung, wissenschaftliche Begleitung und Auswertung.

Bewertung

Die Förderung und Weiterentwicklung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ist erfreulich. Sie dient langfristig der Verbesserung und dem Fortschritt in der Krankenbehandlung. Allerdings muss der Patienten darüber aufgeklärt werden, dass er an einer in der Erprobung befindlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethode teilnimmt. Dies sollte im Gesetz festgeschrieben werden, die nähere Ausgestaltung kann durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erfolgen. Die Aufklärung des Patienten ist insbesondere erforderlich, da der Patient nur in Kenntnis aller Behandlungsumstände eine autonome Entscheidung über den weiteren Behandlungsverlauf treffen kann. Zudem wird durch die Aufklärung der Eindruck vermieden, dass der Arzt neben dem Wohl des Patienten auch den Interessen der Institution, die ihn mit der Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden beauftragt hat, gerecht werden möchte.

Dieser Eindruck könnte sich bei Patienten aufdrängen, da von der beauftragten Institution eine Aufwandsentschädigung gezahlt wird.

Lösungsvorschlag

§ 137e Abs. 2 sollte um die Aufklärung der Patienten ergänzt werden:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in der Richtlinie nach Absatz 1 Satz 1 die in die Erprobung einbezogenen Indikationen und die sächlichen, personellen und sonstigen Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung. Er legt zudem Anforderungen an die Durchführung, die wissenschaftliche Begleitung und die Auswertung der Erprobung fest

und bestimmt, wie der Versicherte über die Teilnahme an der Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden aufzuklären ist.“

27. Regelungen bei Schließung einer Krankenkasse

a) Information der Versicherten über Schließung einer Betriebskrankenkasse (§ 155 Abs. 2 SGB V neu)

Regierungsentwurf

Bei Schließung einer Betriebskrankenkasse soll jedem Versicherten unverzüglich ein Formular mit Informationen über die Wahlfreiheit nach § 175 Abs. 1 Satz 1 SGB V sowie eine Übersichtsliste der Krankenkasse, in die der Versicherte wechseln kann, übermittelt werden.

Bewertung

Die Vorschrift füllt eine Regelungslücke. Rechtssystematisch sollte sie allerdings nicht in § 155 SGB V verankert werden, sondern in § 153 SGB V (Schließung) eingefügt werden. Zudem sind entsprechende Regelungen auch für die anderen Kassenarten zu ergänzen.

b) Ablehnung von Mitgliedschaften (§ 175 Abs. 2a SGB V neu)

Regierungsentwurf

Bei rechtswidriger Ablehnung einer Mitgliedschaft eines Versicherten, soll die zuständige Aufsichtsbehörde entsprechenden Anhaltspunkten unverzüglich nachgehen und die Krankenkasse bei der Feststellung der Rechtsverletzung zu deren Behebung verpflichten. Die Verpflichtung ist mit Androhung eines Zwangsgeldes von bis zu 50.000 Euro für jeden Fall der Zuwiderhandlung verbunden.

Bewertung

Es ist sachgerecht, bei rechtswidriger nachgewiesener Ablehnung von Mitgliedschaften Sanktionen in Form von Zwangsgeldern zu verhängen.

c) Liquiditätsdarlehen für leistungsaushelfende Krankenkassen (§ 271 Abs. 2a SGB V neu)

Regierungsentwurf

Bei noch nicht geklärten Mitgliedschaften infolge der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse kann der leistungsaushelfenden Krankenkasse ein Darlehen aus der Liquiditätsreserve gewährt werden.

Bewertung

Diese Lösung ist sachgerecht, um zu verhindern, dass Versicherten, deren Mitgliedschaft in der neuen Krankenkasse nach Schließung oder Insolvenz ihrer alten Krankenkasse noch nicht gesichert ist, Leistungen verweigert werden.

28. Leistungen des Bundes für den Sozialausgleich (§ 221b Abs. 2 SGB V neu)

Regierungsentwurf

§ 221b Abs. 2 regelt, dass die Bundesregierung neben den Auswirkungen des Versorgungsgeschehens nach §§ 85, 87a Abs. 2 die finanziellen Auswirkungen auf die gesetzliche Krankenversicherung bis zum 30. April 2014 evaluiert. Das Ergebnis der Evaluierung im Jahr 2014 wird bei der Festlegung der Höhe der Zahlung des Bundes für den Sozialausgleich ab dem Jahr 2015 mindernd berücksichtigt, soweit sich aus dem Ergebnis unter Berücksichtigung von Einspareffekten Mehrausgaben des Bundes für den Sozialausgleich ergeben.

Bewertung

Durch die Änderung wird die zugesicherte Finanzierung des Sozialausgleichs aus Steuermitteln umgangen, da Mehrausgaben der vertragszahnärztlichen und vertragsärztlichen Versorgung bei der Festsetzung der Zahlungen des Bundes für den Sozialausgleich mindernd berücksichtigt würden. Durch diese Regelung trägt der Versicherte die durch GKV-Versorgungsstrukturgesetz entstehenden Mehrkosten.

Lösungsvorschlag

§ 221b Abs. 2 SGB V neu wird gestrichen.

29. Datenschutzbestimmungen (§ 303a-e SGB V neu)

Regierungsentwurf

Die § 303a-e SGB V enthalten neue Regelungen zur Datentransparenz in der gesetzlichen Krankenversicherung. Wichtige Neureglung ist, dass eine öffentliche Stelle mit der Aufgabe der Datenaufbereitung betraut wird. Sie macht pseudonymisierte Daten für Entscheidungsprozesse (z.B. Nutzen- und Kostenanalyse) und Versorgungsforschung (z.B. Längsschnittanalysen zum Versorgungsgeschehen über längere Zeiträume bezüglich bestimmter Fragestellungen) transparent.

Bewertung

Die Änderungen der datenrechtlichen Bestimmungen sind positiv zu werten. Der Versicherte wird durch die Regelungen hinreichend vor dem Missbrauch personenbezogener Daten geschützt. Insbesondere wird sichergestellt, dass trotz Datentransparenz eine Reidentifikation einzelner Versicherter nicht erfolgen kann, da eine Vertrauensstelle die Daten pseudonymisiert. Sie ist räumlich und personell so organisiert, dass bei der Verschlüsselung der Daten keine Verbindung zu anderen Datenbeständen und –verarbeitungsprozessen besteht.

30. Veröffentlichung des Jahresrechnungsergebnisses (Änderungsantrag 52 (Ausschuss-Drs. 17(14)0190(neu) zu § 305b)

Regierungsentwurf

Die Regelungen zur Veröffentlichung des Jahresabrechnungsergebnisses der Krankenkassen nach § 305b werden erheblich erweitert, konkretisiert und differenziert. So sollen die Krankenkassen Daten über die Entwicklung und Zahl ihrer Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen und Ausgaben sowie zu ihrer Vermögenssituation veröffentlichen. Die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sind dabei gesondert auszuweisen. Die Daten sind sowohl im elektronischen Bundesanzeiger als auch im Internetauftritt der jeweiligen Krankenkasse publik zu machen. In den Satzungen sind weitere Veröffentlichungswege zu regeln, die sicherstellen, dass alle Versicherten einer Kasse Kenntnis über die Daten erlangen können. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen soll die Jahresabrechnungsergebnisse der einzelnen Kassen in einer einheitlichen Struktur jeweils zum 1. September des dem Berichtjahr folgenden Jahres auf seiner Internetseite veröffentlichen.

Bewertung

Die Regelung ist zu begrüßen, da sie die Datentransparenz über die Geschäftsergebnisse der Krankenkassen für die Versicherten deutlich erhöht. Positiv zu bewerten ist, dass die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung gesondert ausgewiesen werden müssen. Um den Versicherten und Mitgliedern die Vergleichbarkeit über die Leistungen der unterschiedlichen Krankenkassen transparent zu machen, ist es wünschenswert, die Daten um die Struktur und Ausgaben für Satzungsleistungen zu ergänzen. Dies würde auch den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen fördern.

In den Satzungen nach § 305b Abs. 1 Satz 2 ist sicherzustellen, dass auch Versicherte ohne Zugang zu elektronischen Medien bzw. Internet in gedruckter Form Zugang zu den Daten erhalten. Das gilt auch für die Veröffentlichungspflicht des Spitzenverbands der Krankenkassen nach § 305b Abs. 2 SGB V.

Lösungsvorschlag

In § 305b Abs. 1 wird nach Satz 4 folgender Satz 5 neu eingefügt:

„Satzungsleistungen sind nach Art und Höhe der Ausgaben gesondert auszuweisen“.

31. Verlängerung der Familienversicherung (Änderungsantrag 2, Ausschussdrucksache 17 (14)0192)

Der Deutsche Caritasverband begrüßt ausdrücklich den Änderungsantrag, der eine Verlängerung der Familienversicherung für einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes vorsieht. Durch die Regelung wird bürgerschaftliches Engagement gestärkt und die Rolle der Freiwilligendienste gefördert.

C. Ergänzende Änderungsvorschläge zu Artikel 1

OTC-Ausnahmeregelungen für Menschen mit Behinderungen (§ 34 SGB V)

Problem

Ergänzend weist der Deutsche Caritasverband im Kontext dieses Versorgungsgesetzes auf eine weitere Versorgungslücke hin, die Menschen mit Behinderung in besonderer Weise betrifft. Menschen mit Behinderung benötigen aufgrund der Begleiterkrankungen ihrer Behinderung in vielen Fällen Medikamente, die nicht verschreibungspflichtig und daher nicht mehr verordnungsfähig sind. Beispielhaft seien Abführmittel bei gehbehinderten Menschen oder schleimlösende Mittel genannt. Die Ausnahmeregelungen für OTC-Medikamente erstrecken sich nach dem Wortlaut des Gesetzes jedoch nicht auf typische Begleiterkrankungen von Menschen mit Behinderungen. Das Gesetz muss daher entsprechend erweitert werden.

Lösung:

§ 34 Abs. 1 S. 2 ist, wie folgt, zu formulieren:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 erstmals bis zum 31. März 2004 fest, welche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen **oder bei Begleiterkrankungen bei schwerwiegenden Behinderungen** als Therapiestandard gelten, zur Anwendung dieser Erkrankungen mit Begründung vom Vertragsarzt ausnahmsweise verordnet werden können.“

Versorgungsprobleme bei der Zahngesundheit von Menschen mit Behinderung oder Pflegebedürftigkeit (§§ 21, 22 SGB V)

Problem

Menschen mit Behinderung oder Pflegebedürftige mit kognitiven und motorischen Einschränkungen haben häufig Schwierigkeiten bei der ausreichenden und selbstständigen Durchführung der Mundhygiene. Wissenschaftliche Studien zur Entwicklung der Kariesverbreitung und des Kariesfalls belegen, dass bei diesen Personengruppen ein deutlich schlechterer Status der Mund- und Zahngesundheit als in der Allgemeinbevölkerung besteht. Neben dem erhöhten Kariesrisiko und Erkrankungen des Zahnfleisches sind diese Personen auch stärker von Folgeerkrankungen aufgrund unzureichender Mundhygiene betroffen.

Lösung

Um den Zahngesundheitszustand dieser Personengruppen nachhaltig und dauerhaft zu verbessern, ist eine intensive prophylaktische Betreuung dieser Patientengruppe notwendig. Der Deutsche Caritasverband e.V. schlägt daher vor, den Kreis der Anspruchsberechtigten der Gruppenprophylaxe nach § 21 Abs. 1 SGB V und der Individualprophylaxe nach § 22 Abs. 1 und 3 SGB V um diese Patientengruppe zu erweitern.

§ 21 Abs. 1 SGB V sollte daher lauten:

- (1) Die Krankenkassen haben im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen unbeschadet der Aufgaben anderer gemeinsam und einheitlich Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen ihrer Versicherten, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben **und ihrer Versicherten, die aufgrund einer dauerhaften Behinderung oder Pflegebedürftigkeit nicht die motorischen oder kognitiven Fähigkeiten besitzen, die erforderlichen Verrichtungen zur Individualprophylaxe zu verstehen oder umzusetzen**, zu fördern und sich an den Kosten der Durchführung zu beteiligen. Sie haben auf flächendeckende Maßnahmen hinzuwirken. In Schulen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, werden die Maßnahmen bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt. **In Behinderten- und Pflegeeinrichtungen werden die Maßnahmen ohne Altersbeschränkung durchgeführt.** Die Maßnahmen sollen vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten, Schulen **und Behinderten- und Pflegeeinrichtungen** durchgeführt werden; sie sollen sich insbesondere auf die Untersuchung der Mundhöhle, Erhebung des Zahnstatus, Zahnschmelzhärtung, Ernährungsberatung und Mundhygiene erstrecken. Für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko sind spezifische Programme zu entwickeln.

§ 22 Abs. 1-3 SGB V sollten wie folgt ergänzt werden:

- (1) Versicherte, die das sechste, aber noch nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben **und Versicherte, die aufgrund einer dauerhaften Behinderung oder Pflegebedürftigkeit nicht die motorischen oder kognitiven Fähigkeiten besitzen, die erforderlichen Verrichtungen zur Individualprophylaxe zu verstehen oder umzusetzen**, können sich zur Verhütung von Zahnerkrankungen einmal in jedem Kalenderhalbjahr zahnärztlich untersuchen lassen.
-

- (2) Die Untersuchungen sollen sich auf den Befund des Zahnfleisches, die Aufklärung über Krankheitsursachen und ihre Vermeidung, das Erstellen von diagnostischen Vergleichen zur Mundhygiene, zum Zustand des Zahnfleisches und zur Anfälligkeit gegenüber Karieserkrankungen, auf die Motivation und Einweisung bei der Mundpflege sowie auf Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne erstrecken.
- (3) Versicherte, die das sechste, aber noch nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben **und Versicherte, die aufgrund einer dauerhaften Behinderung oder Pflegebedürftigkeit nicht die motorischen oder kognitiven Fähigkeiten besitzen, die erforderlichen Verrichtungen zur Individualprophylaxe zu verstehen oder umzusetzen**, haben Anspruch auf Versiegelung von Fissuren und Grübchen.

Behandlungspflicht für Versicherte im Basis- und Standarttarif

Problem

Für Versicherte in Basis- und Standarttarifen nach § 12 Absatz 1a VAG ist die ambulante vertrags(zahn)ärztliche Versorgung nicht gewährleistet, da bei dieser Personengruppe für Vertrags(zahn)ärzte keine unbedingte Behandlungspflicht besteht.

Lösungsvorschlag

Der Deutsche Caritasverband unterstützt ausdrücklich die vom Bundesrat (Drucks. 456/1/11) vorgeschlagenen Änderungen:

§ 95 Abs. 3 soll um folgenden Satz 4 ergänzt werde:

Die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet auch zur ärztlichen Versorgung der in § 75 Absatz 3a genannten Versicherten.

§ 95 Abs. 4 soll um folgenden Satz 4 ergänzt werde:

Die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet auch zur ärztlichen Versorgung der in § 75 Absatz 3a genannten Versicherten.

D. Anträge der Oppositionsfractionen

Antrag der Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/ Die GRÜNEN

Wirksame Strukturreformen für eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung auf den Weg bringen (Drs. 17/7190)

Der Deutsche Caritasverband unterstützt insbesondere die Forderung des Antrags, die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe systematisch in die gesundheitliche Versorgung einzubeziehen. Es reicht nicht aus, ärztliche Tätigkeiten an Pflegekräfte und andere nicht-ärztliche Heilberufe zu delegieren. Patientinnen und Patienten bedürfen bei der Gesundheitsversorgung vielmehr nicht nur guter medizinisch-diagnostischer und therapeutischer Unterstützung, sondern auch medizinisch-pflegerischer Interventionen, kontinuierlicher Hilfen bei der Bewältigung ihrer Erkrankungen im Alltag sowie präventiver Interventionen zur Verhinderung der Verschlimmerung einer Erkrankung. Ein weiteres Aufgabenfeld ist die gezielte Gesundheitsförderung, die in anderen Ländern Europas und der Welt in das Aufgabengebiet einer Familiengesundheitspflegerin (family health nurse) fällt. Daher bedarf es neben einer rechtsicher auszugestaltenden Delegation ärztlicher Tätigkeiten der Übertragung von Tätigkeiten nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe, wie z.B. Pflegefachkräften mit entsprechender Qualifikation, in einen eigenständigen Kompetenz- und Verantwortungsbereich. So könnte beispielsweise die Verordnung von Pflegehilfsmitteln oder Verbandsmitteln in den eigenständigen Kompetenz- und Aufgabenbereich der Pflege übertragen werden. Der Deutsche Caritasverband setzt sich im Kontext dieses Regierungsentwurfs dafür ein, dass die Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V umgesetzt werden. Wir unterstützen zudem die Forderung der GRÜNEN, die Leitung von MVZs auch Angehörigen nicht-ärztlicher Berufe, wie z.B. Physiotherapeuten oder besonders qualifizierten Pflegekräften, zu übertragen.

Die GRÜNEN kritisieren in ihrem Antrag, dass die Überversorgung mit dem Versorgungsstrukturgesetz nicht wirksam genug bekämpft wird. Wir schließen uns dieser Bewertung an und verweisen an dieser Stelle auf unseren Vorschlag zur Modifizierung der Regelungen für das Vorkaufsrecht der Kassenärztlichen Vereinigungen in überversorgten Gebieten nach § 103 Abs. 4c SGB V.

Für nicht sachgerecht erachten wir die Forderung, den vorgelegten Entwurf eines Versorgungsstrukturgesetzes zurückzuziehen und einen neuen Gesetzesentwurf vorzulegen, da der Regierungsentwurf aus unserer Sicht auch viele unterstützenswerte und positive Strukturreformelemente enthält.

Antrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE

Wirksamere Bedarfsplanung zur Sicherung einer wohnortnahe und bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung (Drs. 17/3215)

Der Antrag der LINKEN beschreibt die Defizite der Versorgungslandschaft in Deutschland und benennt Lösungsmechanismen, für welche zum Teil die gesetzlichen Grundlagen auch heute schon bestehen, wie z.B. für die Gründung von Zweigpraxen. Ebenso wie die GRÜNEN fordern die LINKEN eine Aufwertung von Delegation ärztlicher Tätigkeiten sowie eigenständige Kompetenzen und die Durchführung von Tätigkeiten nicht-ärztlicher Heilberufe. Der Deutsche Caritasverband unterstützt diese Forderung nachdrücklich, wie oben schon ausgeführt wurde. Der Deutsche Caritasverband schließt sich zudem der Kritik an den uneingeschränkten Möglichkeiten zur „Vererbung“ von Vertragsarztsitzen an Kinder, Ehegatten oder Lebenspartner des Praxisvorgängers an. Auch dies wurde bereits in der Stellungnahme zum Versorgungsgesetz ausführlich dargestellt.

Von zentraler Bedeutung ist für den Deutschen Caritasverband der Hinweis des Antrags der LINKEN, dass die Zugangsbarrieren für Menschen mit Behinderung oder Migrantinnen und Migranten in der gesundheitlichen Versorgung systematisch abzubauen sind. Konkrete Vorschläge haben wir hierzu im Zusammenhang mit unseren ergänzenden Positionen zur Verbesserung der Zahngesundheit behinderter Menschen in dieser Stellungnahme unterbreitet. Die Barrierefreiheit von ambulanten und stationären Gesundheitseinrichtungen muss gewährleistet sein und bei der Planung berücksichtigt werden. Dabei bedeutet Barrierefreiheit nicht nur den ungehinderten räumlichen Zugang zu einer Praxis oder einem Krankenhaus, sondern auch eine entsprechende sächliche Ausstattung sowie vor allem die Sicherstellung einer barrierefreien Kommunikation mit Patienten und Patientinnen mit einer Behinderung. So muss genügend Zeit für den Dialog mit einem Patienten mit Behinderung zur Verfügung stehen. Information und Aufklärung müssen in leichter Sprache erfolgen können. Für die sächliche Ausstattung müssen angemessene Vorkehrungen zur Verfügung gestellt werden.

Unterstützenswert ist zudem die Forderung der LINKEN nach einer modellhaften Erprobung mobiler Arztpraxen und Shuttleservices, die Patientinnen und Patienten in die Arztpraxis bringen. Diese Modelle existieren bereits, sind aber noch nicht evaluiert. Mobil-zugehende Ansätze sind aus Sicht des Deutschen Caritasverbands in unterversorgten Regionen ebenso hilfreich wie die Nutzung ei-

ner Praxis durch mehrere unterschiedliche Fachärzte, die ihre Sprechzeiten tages- oder stundenweise untereinander aufteilen.

Freiburg/Berlin, den 11. Oktober 2011
Vorstandsbereich Sozial- und Fachpolitik
Prof. Dr. Georg Cremer
Generalsekretär

Kontakt:

Dr. Elisabeth Fix, Referentin für Rehabilitation, Alten- und Gesundheitspolitik, Deutscher Caritasverband e.V., Berliner Büro, Tel., 030 284447-46, E-Mail: elisabeth.fix@caritas.de

Tatjana Loczenski, Leiterin der Arbeitsstelle Sozialrecht, Deutscher Caritasverband e.V. Freiburg, 0761 200-576, E-Mail: tatjana.loczenski@caritas.de