



Spitzenverband

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0104(8)
gel. VB zur öAnhörnung am 06.05.
15_Menschen mit Behinderung
05.05.2015

Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 04.05.2015

**zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
„Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit
Behinderung menschenrechtskonform gestalten“
vom 12.11.2014, Bundestagsdrucksache 18/3155**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	3
II. Stellungnahme zu einzelnen Forderungen	5
Barrierefreier Zugang in die Versorgung	5
Prävention	8
Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen	9
Versorgung mit Arzneimitteln.....	9
Versorgung mit Heilmitteln.....	10
Versorgung mit Hilfsmitteln.....	11
Häusliche Krankenpflege in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe.....	14
Rehabilitation vor Pflege	15
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe	17
Versorgungsforschung	18
Ausbildungscurricula der Gesundheitsberufe	18
Abschaffung der Zuzahlungen nach § 61 SGB V	19

I. Vorbemerkung

Die Umsetzung der 2009 von Deutschland ratifizierten UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) nimmt politisch wie gesellschaftlich einen hohen Stellenwert ein. Gegenwärtig stellt hierzu die Reform der Eingliederungshilfe eines der wichtigsten Vorhaben dar. Dabei soll die Eingliederungshilfe im Rahmen eines geplanten Bundesteilhabegesetzes zu einem modernen Teilhaberecht weiterentwickelt werden. In diesem Kontext hat sich der GKV-Spitzenverband an dem vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales initiierten strukturierten Dialog zur Vorbereitung des Gesetzgebungsverfahrens beteiligt und die Debatte zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe engagiert begleitet.

Die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderung in allen gesellschaftlichen Bereichen setzt eine an den komplexen Versorgungsbedarfen ausgerichtete gesundheitliche wie pflegerische Versorgung voraus. Die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen unterstützen das Leitbild einer inklusiven Gesellschaft, deren inhaltlicher Bezugspunkt die UN-BRK darstellt. Ebenso sehen sie sich uneingeschränkt in der Verantwortung, ihre Teilhabeziele konsequent zu verfolgen. Hierfür leisten die Kranken- und Pflegekassen einen wichtigen Beitrag, in dem sie qualitativ hochwertige medizinische wie auch pflegerische Leistungen finanzieren, mit denen behinderungsbedingte Einschränkungen gemindert oder gar überwunden werden können. Insgesamt zeichnet sich das deutsche Gesundheitssystem durch eine hohe Leistungsfähigkeit aus und ist grundsätzlich in der Lage, die komplexen Bedarfslagen der Betroffenen mit geistigen oder mehrfachen Behinderungen angemessen zu berücksichtigen und sie am medizinisch-technischen Fortschritt teilhaben zu lassen. Gleichwohl bestehen zweifelsohne Defizite in der Versorgung, die behinderte Menschen in der Praxis in ihren Rechten auf diskriminierungsfreien Zugang, auf Habilitation und Rehabilitation beschränken. Daher wird die grundlegende Zielsetzung des vorliegenden Antrags, konkrete Defizite in der Versorgung zu identifizieren und diesen mit geeigneten Maßnahmen zu begegnen, seitens des GKV-Spitzenverbandes unterstützt.

Bei der Versorgung von Menschen mit Behinderung stehen Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung in engem Bezug zu Leistungen anderer Sozialleistungsträger. Einige der in dem Antrag formulierten Forderungen nehmen Bezug auf diese Schnittstellen und berühren unmittelbar die Leistungsansprüche der Betroffenen gegenüber der Kranken- und Pflegeversicherung. Die in einigen Punkten erkennbare Auffassung, dass Menschen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe schlechter gestellt werden als behinderte Menschen in anderen Wohnformen, wird seitens des GKV-Spitzenverbandes nicht geteilt. Der Versorgungsauftrag liegt hier bei den Trägern der Eingliederungshilfe und schließt die notwendigen medizinischen wie pflegerischen Leis-

tungen ein. Die Forderung, Aufgaben, die außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu erbringen sind, künftig auf die Krankenkassen zu verlagern, bewirkte allein eine finanzielle Entlastung der Sozialhilfeträger zu Lasten der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler der GKV. Für die Betroffenen führten die Verschiebungen der Finanzierungslasten nicht zu Versorgungsverbesserungen. Reine Lastverschiebungen auf die GKV zum Ausgleich des Rückzugs der Gebietskörperschaften aus ihrer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung sind aber abzulehnen.

Die komplexen Versorgungslagen von Menschen mit Behinderung erfordern insbesondere im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe trägerübergreifende Beratung, Planung und Koordination. Deutschland verfügt hier über ein stetig gewachsenes und funktionsfähiges gegliedertes System, das durch verschiedene Sozialleistungsträger mit jeweils spezifischem sozialrechtlichen Auftrag geprägt ist. Dies garantiert den Betroffenen ein breites Angebotsspektrum mit individuellen passgenauen Leistungen. Der im Jahr 2001 mit der Schaffung des SGB IX formulierte Grundsatz einer stärkeren trägerübergreifenden Vorgehensweise erweist sich als sehr anspruchsvoll. Die GKV wie auch die anderen Rehabilitationsträger werden ihrer Verantwortung auch hier weiterhin nachkommen und stetig hinterfragen, wie innerhalb der bestehenden Strukturen die Ansprüche und Leistungen – im Sinne der Betroffenen und im Rahmen der jeweiligen Trägerzuständigkeit – besser miteinander koordiniert, abgestimmt und transparent gemacht werden können.

Zu einzelnen Forderungen von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN wird im folgenden Abschnitt II – gegliedert nach angesprochenen Themen und Leistungsbereichen – detailliert Stellung bezogen.

II. Stellungnahme zu einzelnen Forderungen

Barrierefreier Zugang in die Versorgung

Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sieht es als erforderlich an, bei den Ländern auf eine Stärkung der Barrierefreiheit als Qualitätskriterium in der Krankenhausplanung hinzuwirken, bei der Selbstverwaltung darauf hinzuwirken, dass in die Vorschriften zur vertragsärztlichen Bedarfsplanung konkrete und nachhaltige Zielvorgaben zum künftigen Anteil barrierefreier vertragsärztlicher Leistungserbringer aufgenommen werden und die Barrierefreiheit als verbindliches Kriterium bei der Neuzulassung von vertragsärztlichen Leistungserbringern und Heilmittelerbringern sowie bei der Präqualifizierung von Hilfsmittelerbringern eingestuft wird; darüber hinaus wird es als erforderlich angesehen, den Krankenkassen gesetzlich die Möglichkeit zu eröffnen, ihren Versicherten vertragsärztliche Leistungserbringer zu empfehlen, die in baulicher und fachlicher Hinsicht für eine barrierefreie gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung geeignet sind (vgl. Forderungen Nr. 2 und 3).

Der Antrag wird grundsätzlich unterstützt. Für die **vertragsärztliche Versorgung** gilt, dass die Versorgung von Menschen mit Behinderung selbstverständlich zum Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen gehört und von den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten auch umgesetzt wird. Die Verbesserung der Zugänglichkeit von Arztpraxen im Sinne von Barrierefreiheit wurde in den Gremien der Selbstverwaltung bereits umfangreich diskutiert und in den entsprechenden Vereinbarungen verankert.

So ist beispielsweise in der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) festgelegt, dass infrastrukturelle Besonderheiten wie die Barrierefreiheit regionale Abweichungen von den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA begründen können. Zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung behinderter Menschen ist bei der Bedarfsplanung vor allem im Hinblick auf Neuzulassungen die Barrierefreiheit besonders zu beachten. Hinsichtlich des Nachbesetzungsverfahrens sind darüber hinaus Kriterien definiert, die der Zulassungsausschuss bei seinen Entscheidungen zu berücksichtigen hat, darunter explizit auch Versorgungsgesichtspunkte wie die Barrierefreiheit. Darüber hinaus ist bei den Analysen zur regionalen Versorgung im Bedarfsplan künftig auch auf die Frage der Barrierefreiheit einzugehen. Maßstab dafür können insbesondere die Vorgaben der DIN 18040-1 sein.

Die Bedarfsplanung sieht damit bereits verschiedene Regelungen zur Verbesserung der Zugänglichkeit von Arztpraxen im Sinne der Barrierefreiheit vor. Durch die Festlegung bundesweiter Zielvorgaben, wie im Antrag gefordert, kann darüber hinaus aus diesseitiger Sicht keine Verbesse-

rung der tatsächlichen Versorgungssituation erreicht werden, da sich der Bedarf an barrierefreien Versorgungsangeboten qualitativ und quantitativ sehr heterogen darstellt. Hier kommt es ganz entscheidend auf die Bewertung der jeweiligen Versorgungssituation und die Gestaltung der Versorgung vor Ort an.

Das Anliegen von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, eine größere Transparenz über die Verbreitung von Arztpraxen zu schaffen, die in baulicher und fachlicher Hinsicht für eine barrierefreie gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung geeignet sind, ist nachvollziehbar. Krankenkassen haben bereits heute die Möglichkeit, ihren Versicherten entsprechende Informations- und Beratungsangebote zu unterbreiten. Darüber hinaus existieren inzwischen verschiedene Online-Portale der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, über die sich Versicherte über die Barrierefreiheit von Arztpraxen informieren können.

Der Vorschlag, im Bereich der **stationären Versorgung** Barrierefreiheit als ein Qualitätskriterium in der Krankenhausplanung zu betrachten, ist grundsätzlich zu begrüßen. Bereits heute nehmen einige Krankenhauspläne bestimmte Anforderungen zur Barrierefreiheit auf. So sind Bereiche, die regelmäßig von Patienten genutzt werden, barrierefrei zu bauen. Bei Krankenhausneubauten dürfte die barrierefreie Gestaltung aller relevanten Bereiche bereits Standard sein, bei Umbauten werden Einzelfallentscheidungen zu treffen sein. Inwieweit hier tatsächlich Ergänzungen der Krankenhauspläne erforderlich sind oder nur die Umsetzung schon bestehender Regelungen zu forcieren ist, wäre zu prüfen. Nach den verbindlichen Vorgaben des G-BA sind in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser bereits heute Aussagen zur Barrierefreiheit zu treffen. Hierfür wurde ein eigenes Kapitel in die Darstellung der Struktur- und Leistungsdaten aufgenommen.

Auch in der **Arzneimittelversorgung** werden bereits Anforderungen an die Barrierefreiheit von Apotheken gestellt. Die Barrierefreiheit wird explizit in der Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) geregelt. Nach § 4 Absatz 2a ApBetrO sollen Apotheken „barrierefrei erreichbar sein“. Der GKV-Spitzenverband sieht hinsichtlich der Arzneimittelversorgung von Menschen mit Behinderung keinen Bedarf zur Änderung der bestehenden Regelungen.

In der **Heilmittelversorgung** ist nach den gesetzlichen Zulassungsbedingungen (§ 124 Abs. 2 Nummer 2 SGB V) als Heilmittelerbringer zuzulassen, wer über eine Praxisausstattung verfügt, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung ermöglicht. Barrierefreie Praxen sind – analog zu anderen Leistungsbereichen – derzeit gesetzlich nicht verpflichtend vorgesehen. Soweit es dem Patienten nicht möglich ist, die Praxis des Therapeuten aufzusuchen, kann dieser die Leistung auch im Rahmen eines Hausbesuchs erbringen.

Eine generelle Barrierefreiheit ist aus Patientensicht vor dem Hintergrund eines verbesserten Leistungszugangs und der Umsetzung einer freien Wahl des Therapeuten für den von Behinderungen betroffenen Personenkreis begrüßenswert. Unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten ist jedoch eine flächendeckende und vollumfängliche Barrierefreiheit ggf. nicht immer bedarfsorientiert und für Leistungserbringer mit erheblichen Investitionskosten verbunden, die ggf. auch negative Auswirkungen auf das Versorgungsangebot haben können. Die nachvollziehbare und berechnete Forderung nach einem durchgängig barrierefreien Zugang kann daher nur insoweit durchgesetzt werden, wie es das Ziel der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung auch in strukturschwachen oder ländlichen Räumen nicht gefährdet.

Der GKV-Spitzenverband vereinbart regelhaft in den Rahmenempfehlungen mit den Berufsverbänden der Heilmittelerbringer, dass diese bei der Neuzulassung auf eine Barrierefreiheit von Heilmittelpraxen hinwirken. Bisher wird die Einschätzung vertreten, dass über eine Empfehlung hinaus Barrierefreiheit nicht verbindlich gefordert bzw. vereinbart werden kann. Die unter den derzeitigen Rahmenbedingungen gegebenen Möglichkeiten zur Inanspruchnahme von Leistungen (barrierefreie Praxen sowie ggf. Hausbesuch) erscheinen grundsätzlich ausreichend, so dass für eine gesetzliche Verpflichtung, alle Praxen barrierefrei zu gestalten, keine zwingende Notwendigkeit erkennbar ist.

Im **Hilfsmittelbereich** können Vertragspartner der Krankenkassen nur Leistungserbringer sein, die die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen. Der GKV-Spitzenverband gibt Empfehlungen für eine einheitliche Anwendung dieser Voraussetzungen ab, die auch die Grundlage der Präqualifizierung bilden. Bei der Präqualifizierung handelt es sich um eine vorvertragliche Eignungsprüfung der Leistungserbringer durch benannte Präqualifizierungsstellen.

Der GKV-Spitzenverband befürwortet im Hilfsmittelbereich die Stärkung der Barrierefreiheit als Qualitätskriterium, weil gerade in diesem Bereich Menschen mit Behinderungen versorgt werden. Daher sehen die vorgenannten Empfehlungen bereits heute für Neubetriebe Regelungen vor, die die Barrierefreiheit betreffen. So werden etwa in bestimmten Versorgungsbereichen, bei denen Menschen mit Gehbehinderung häufig anzutreffen sind, ein behindertengerechter Zugang und eine behindertengerechte Toilette gefordert, Kriterien, auf deren Erfüllung nur in definierten Ausnahmefällen verzichtet werden kann.

Eine Festschreibung der Barrierefreiheit als verbindliches Kriterium bei der Präqualifizierung von Hilfsmittelerbringern ist angesichts der schon bestehenden o. g. Regelungen nicht erforderlich. Darüber hinaus ist die Notwendigkeit der Regelungstiefe zur Barrierefreiheit je nach Hilfsmittelart

sehr unterschiedlich und kann in den Empfehlungen produktspezifisch und damit praxisnäher umgesetzt werden. Dem würde eine einheitliche und pauschale Verpflichtung im Gesetz entgegenstehen. Die Abwägung der Umsetzbarkeit der Maßnahmen zur Barrierefreiheit in den Betrieben und die Bedeutung für die Versicherten kann bei der Erarbeitung der Empfehlungen individuell diskutiert werden, zumal die Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten dabei ein gesetzliches Mitberatungsrecht haben, was in der Vergangenheit auch wahrgenommen wurde.

Prävention

Die Bundesregierung soll vom Bundestag aufgefordert werden, ein ausreichendes Angebot an Maßnahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention sicherzustellen, das sich an den besonderen Bedarfen von Menschen mit Behinderung orientiert. Die existierenden Angebote würden kaum Belange von Menschen mit Behinderung berücksichtigen (vgl. Forderung Nr. 5).

Der Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes beinhaltet sowohl über den Ansatz der Lebenswelten (Kita, Schule, Kommune) als insbesondere auch bei den individuellen Gesundheitskursen in den Handlungsfeldern Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum Angebote, die regelhaft auch für Menschen mit Behinderung in Frage kommen und dem Inklusionsgedanken Rechnung tragen können. Für das Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten ist zu berücksichtigen, dass mit dem Rehabilitationssport und dem Funktionstraining spezifische Angebote vorgesehen sind, die den Rehabilitationsprozess stärken und die Ziele verfolgen, den behinderten Menschen bzw. den von Behinderung bedrohten Menschen zu motivieren und in die Lage zu versetzen, langfristig selbständig und eigenverantwortlich Bewegungstraining und Sport zu betreiben bzw. ihn möglichst auf Dauer in die Gesellschaft und das Arbeitsleben einzugliedern. Diese Angebote werden kontinuierlich weiterentwickelt. Der Änderung gesetzlicher Regelungen bedarf es daher grundsätzlich nicht.

Es ist darauf hinzuweisen, dass mit dem Entwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention, Bundestagsdrucksache 18/4282, ein Gesetzesvorschlag zur stärkeren Einbeziehung des Sachverstandes der Menschen mit Behinderung in die Definition und Konzeption von Präventionsleistungen vorgesehen ist (siehe § 20 Abs. 2 SGB V i. d. F. des genannten Gesetzentwurfs). Der GKV-Spitzenverband spricht sich an dieser Stelle für eine anlassbezogene Einbeziehung dieses Sachverstandes ein, um das Erfahrungswissen der Menschen mit Behinderung aus eigener Betroffenheit für spezifische Fragestellungen nutzen zu können. (vgl. Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 20.04.2015, Ausschussdrucksache 18(14)0099(25), Seite 14 f.).

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 04.05.2015 zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung menschenrechtskonform gestalten“ vom 12.11.2014 (Bundestagsdrucksache 18/3155)

Seite 9 von 20

Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen

Der Bundestag soll nach Auffassung der GRÜNEN aufgefordert werden, für besondere medizinische und psychologische bzw. psychotherapeutische Versorgungsbedarfe von erwachsenen Menschen mit geistiger und/oder mehrfacher Behinderung unter Berücksichtigung und Nutzung bestehender Versorgungsstrukturen regionale medizinische Zentren zu schaffen, die die normale haus- und fachärztliche Versorgung der Betroffenen ergänzen sollen (vgl. Forderung Nr. 7).

Die Bundesregierung hat inzwischen dem Bundestag mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) vom 25.02.2015, Drucksache 18/4095, einen Regelungsvorschlag vorgelegt, mit welchem medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen in Anlehnung an die sozialpädiatrischen Zentren (§ 119 SGB V) geschaffen werden sollen (siehe § 119c SGB V [neu] i. d. F. des Gesetzentwurfs). Der GKV-Spitzenverband unterstützt diese Zielsetzung und damit auch die von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN formulierte Forderung; die geplanten medizinischen Behandlungszentren für Patienten, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung durch zugelassene Vertragsärzte nicht ausreichend behandelt werden können, können dazu beitragen, die medizinische Versorgung von erwachsenen Patienten mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen zu verbessern (vgl. hierzu Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 23.03.2015 zum Gesetzentwurf eines GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes, Ausschussdrucksache 18(14)0091(35.1), Seite 176).

Versorgung mit Arzneimitteln

Die Bundesregierung soll aufgefordert werden, den Gemeinsamen Bundesausschuss zur Überprüfung der Ausnahmeliste der OTC-Arzneimittel zu veranlassen, die in bestimmten Fällen zu Lasten der GKV verordnungsfähig sind. Dabei soll überprüft werden, ob weitere Präparate zur Behandlung von Folge- und Begleiterscheinungen von Behinderungen aufgenommen werden können (vgl. Forderung Nr. 13).

Die Versorgung von Menschen mit Behinderungen mit Arzneimitteln ist nach vorliegender Erkenntnislage des GKV-Spitzenverbandes in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard wie bei Menschen ohne Behinderungen gewährleistet. Eine Lücke bei der Kostenübernahme durch Krankenkassen könnte ggf. in der Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln bestehen. Für diese Arzneimittel ist die Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung gesetzlich ausgeschlossen, es sei denn, sie gelten bei der Be-

handlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard und werden vom G-BA in Anlage I der Arzneimittelrichtlinie (AM-RL) gelistet. Anträge zur Aufnahme von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln in Anlage I können auch pharmazeutische Unternehmer beim G-BA stellen (§34 Abs. 6 SGB V).

Die Verordnung der im Antrag genannten Laxantien bei (inkompletten) Querschnittslähmungen ist bereits durch Aufnahme unter Ziffer 1 der Anlage „Abführmittel nur zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit [...] neurogener Darmlähmung“ möglich. Eine Prüfung, ob Expektorantien bei Muskelerkrankungen, die das Abhusten verhindern, als Therapiestandard gesehen werden können, ist nach diesseitiger Kenntnis bisher nicht erfolgt. Eine solche Prüfung sowie weitere für notwendig erachtete Prüfungen können – neben dem pharmazeutischen Unternehmer – auch durch die Ärzteschaft (KBV) sowie durch die im G-BA mitberatenden Patientenvertreter initiiert werden.

Versorgung mit Heilmitteln

Dem Antrag folgend soll die Bundesregierung aufgefordert werden zu überprüfen, ob die langfristige Genehmigung von Heilmitteln (§ 32 Abs. 1a SGB V) zwischenzeitlich unbürokratisch und bedarfsgerecht umgesetzt wird. Im Falle eines negativen Ergebnisses sollen Regelungen zur Abhilfe getroffen werden. Zudem soll die Bundesregierung bei der Selbstverwaltung auf eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie hinwirken, um eine flexiblere Geltungsdauer von Verordnungen zu ermöglichen (vgl. Forderung Nr. 12).

Der Gesetzgeber hat den G-BA bereits mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz dazu angehalten, das in der Heilmittel-Richtlinie geregelte Verfahren zum langfristigen Heilmittelbedarf unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben und den Erfahrungen aus der praktischen Umsetzung zu überprüfen und ggf. weiterzuentwickeln. Seitens des G-BA wurde eine Arbeitsgruppe zur Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinie eingesetzt, die im vergangenen Jahr diesbezüglich Erfahrungen von Patientinnen und Patienten, Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie Krankenkassen eingeholt hat und aktuell über eine Anpassung der Regelungen berät. Für das Inkrafttreten einer Richtlinienänderung ist der 01.01.2016 avisiert. Parallel dazu befassen sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband auch im Rahmen der bilateralen Verhandlungen zu bundesweiten Praxisbesonderheiten mit einer Optimierung des Verfahrens zum langfristigen Heilmittelbedarf. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes gibt es keinen darüber hinausgehenden Evaluationsbedarf. Im Hinblick auf ein bürokratiearmes und bedarfsgerechtes Verfahren wären jedoch eine eindeutige gesetzliche Kompetenzzuweisung sowie eine Flexibilisierung des Verfahrens zur Versorgung von Versicherten mit schweren und langfristigen Schädigungen hilfreich. Der „besondere Ordnungsbedarf“ nach § 106b SGB V sollte nicht nur lose mit dem

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 04.05.2015 zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung menschenrechtskonform gestalten“ vom 12.11.2014 (Bundestagsdrucksache 18/3155)
Seite 11 von 20

langfristigen Genehmigungsverfahren verknüpft werden. Vielmehr muss der langfristige Heilmittelbedarf durch eine Anpassung der Regelungskompetenzen elementarer Bestandteil des „besonderen Ordnungsbedarfs“ werden (vgl. hierzu Änderungsvorschlag des GKV-Spitzenverbandes in seiner Stellungnahme vom 23.03.2015 zum Gesetzentwurf eines GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes, Ausschussdrucksache 18(14)0091(35.1), Seite 294 f.).

Hinsichtlich der Geltungsdauer von Heilmittelverordnungen sieht die Heilmittel-Richtlinie als Grundsatz im Regelfall sechs bzw. zehn Behandlungseinheiten als maximale Verordnungsmenge je Verordnung vor. Bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls kann der Heilmittelbedarf abweichend für einen Zeitraum von 12 Wochen verordnet werden. Eine Langzeitverordnung (z. B. für 6 Monate oder 1 Jahr) leistet unwirtschaftlichen Heilmitteltherapien Vorschub und ist daher abzulehnen. Nach Einschätzung auch des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) ist selbst bei schweren und irreversiblen Behinderungen/Erkrankungen ein konstanter Heilmittelbedarf, der er sich auf einer Jahresverordnung abbilden ließe, in der Regel nicht gegeben. Selbst bei einem über einen längeren Zeitraum oder dauerhaft vorliegenden Heilmittelbedarf erscheint es notwendig, den Therapiebedarf unter Berücksichtigung des Therapieziels, der Therapiefähigkeit und Therapieprognose regelmäßig durch einen Arzt feststellen und adjustieren zu lassen. Andernfalls bestünde das Risiko, dass Patienten dauerhaft mit Heilmitteln behandelt werden, die am wirklichen Behandlungsbedarf vorbei gehen. Der GKV-Spitzenverband hält daher die Einführung einer Langzeit-/Jahresverordnung von Heilmitteln nicht für angezeigt.

Versorgung mit Hilfsmitteln

In allen Sozialgesetzbüchern soll nach Auffassung von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN klargestellt werden, dass auch die Versorgung mit Hilfsmitteln zum mittelbaren Behinderungsausgleich dem Teilhabeanspruch nach der UN-Behindertenrechtskonvention hinreichend Rechnung tragen muss und sich nicht auf die Bewältigung der für die Deckung des physischen Existenzminimums notwendigen Aktivitäten beschränken darf (vgl. Forderung Nr. 9).

In der Rechtspraxis wird zwischen Hilfsmitteln zum mittelbaren und unmittelbaren Behinderungsausgleich unterschieden. Bei Hilfsmitteln zum unmittelbaren Behinderungsausgleich wird die ausgefallene oder beeinträchtigte Organfunktion selbst ersetzt (z. B. Beinprothese), während Hilfsmittel zum mittelbaren Behinderungsausgleich nur die Folgen einer Behinderung ausgleichen (z. B. Rollstuhl). Solche Hilfsmittel sind von der GKV nur zu gewähren, wenn sie die Auswirkungen der Behinderung im gesamten täglichen Leben beseitigen oder mildern und damit ein allgemeines Grundbedürfnis des täglichen Lebens betreffen. Dem liegt die Erwägung zugrunde, dass sich der direkte Behinderungsausgleich in allen Lebensbereichen auswirkt und damit immer Grundbedürfnis-

nisse betroffen sind, während bei einem mittelbaren Ausgleich besonders geprüft werden muss, ob das Hilfsmittel auch für die Erfüllung der Grundbedürfnisse des täglichen Lebens im alltäglichen Lebensbereich benötigt wird oder nur Gebrauchsvorteile in speziellen Lebensbereichen bietet (z. B. in der Freizeit).

Diese Beschränkung der Leistungszuständigkeit der GKV auf Hilfsmittel, die im alltäglichen Lebensbereich für die Grundbedürfnisse des täglichen Lebens benötigt werden, hat laut ständiger Rechtsprechung ihren Grund in der funktional gegliederten Struktur des deutschen Sozialleistungssystems mit unterschiedlichen Aufgabenzuweisungen, Zuständigkeiten und Finanzierungsformen, in dem die GKV (nur) für die medizinische Rehabilitation zuständig ist. Über die allgemeine medizinische Rehabilitation hinausgehende Bedarfslagen werden ggf. von anderen Sozialleistungen und Leistungsträgern erfasst.

Die Forderung nach einer anderen leistungsrechtlichen Bewertung beim mittelbaren Behinderungsausgleich unter Berücksichtigung des Teilhabeanspruchs nach der UN-Behindertenrechtskonvention würde eine Durchbrechung der Aufgaben- und Zuständigkeitsverteilung bedeuten und würde der Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten über die medizinische Rehabilitation hinausgehende Teilhabeansprüche und Bedarfslagen aufbürden.

Das Bundessozialgericht hat sich außerdem bereits mehrfach mit der Frage befasst, ob sich aus der Aufnahme des SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – in das Sozialgesetzbuch und aus der UN-Behindertenrechtskonvention Konsequenzen für die bisherige Auslegung des § 33 Abs. 1 SGB V durch die Rechtsprechung und die darin vorgenommene Differenzierung zwischen unmittelbarem und mittelbarem Behinderungsausgleich ergeben, und diese Frage verneint.

Des Weiteren soll die Bundesregierung auf verbindliche erweiterte Qualitätsstandards für Ausschreibungen in der Hilfsmittelversorgung hinwirken und hierfür die Krankenkassen auf die Durchführung von Patientenbefragungen und Assessmentverfahren zur Verbesserung der Versorgung verpflichten (vgl. Forderung Nr. 10).

Die Ausschreibung ist neben der Verhandlung von Verträgen eine weitere Form der Vertragsanbahnung. Mit Blick auf die gesetzlichen Vorgaben in § 127 Abs. 1 und 2 SGB V sind bereits verbindliche Qualitätsanforderungen in beiden Arten von Verträgen gleichermaßen zu verankern. Dies wird in der Praxis auch umgesetzt, denn die dem GKV-Spitzenverband bekannten Leistungsbeschreibungen der Ausschreibungen, die später in Verträge münden, sind den Regelungen der Verhandlungsverträge inhaltlich ähnlich und enthalten hohe Anforderungen an eine qualitätsgesi-

cherte Versorgung. Anforderungen für die Ausschreibungen selbst sind hinreichend durch das einschlägige Vergaberecht geregelt.

Da den Leistungserbringern infolge von Ausschreibungen allerdings Exklusivverträge zugestanden werden, konkurrieren diese um Verträge. Das hohe Interesse an Vertragsabschlüssen veranlasst sie, wirtschaftliche Angebote abzugeben. Angesichts der stetig steigenden Ausgaben im Hilfsmittelbereich machen Ausschreibungen unter bestimmten Voraussetzungen Sinn. Allerdings ist nicht von der Hand zu weisen, dass die ökonomischen Zwänge stellenweise mit qualitätsmindernden Anbieterstrategien einhergehen. Daher teilt der GKV-Spitzenverband die Auffassung, dass mehr Augenmerk auf die Ergebnisqualität gelegt werden und in geeigneter Weise geprüft werden muss, ob die Verträge auch in der vereinbarten Weise umgesetzt werden. Dies gilt allerdings gleichermaßen für Verhandlungsverträge. Ob Patientenbefragungen hier das Mittel der Wahl sind, müsste produktgruppenspezifisch geprüft werden.

Einer interdisziplinär ausgestalteten Bedarfserhebung wird bei komplexen Versorgungsmöglichkeiten heute vielfach durch die Verwendung von Profilerhebungsbögen bereits Rechnung getragen, die Vertragsbestandteil sind und von Leistungserbringern und Ärzten gemeinsam mit Informationen gefüllt werden.

Im Rahmen der Aufsichten über die Krankenkassen soll darauf hingewirkt werden, dass bei Hilfsmittelversorgungsverträgen die gesetzlichen Vorgaben insbesondere zur notwendigen Beratung und wohnortnahen Versorgung umgesetzt werden (vgl. Forderung Nr. 11).

Die zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel erforderlichen Dienstleistungen, wie die Beratung der Versicherten oder die Einweisung in den Gebrauch der Hilfsmittel, sind grundsätzlich umfassend in den Verträgen geregelt und von den Leistungserbringern zu beachten.

Eine wohnortnahe Versorgung kann durch vertragliche Regelungen indessen nicht gewährleistet werden, da diese voraussetzt, dass ein ortsansässiger Leistungserbringer überhaupt Vertragspartner und damit versorgungsberechtigt ist. Dies ist in strukturschwachen Gebieten u. U. nicht immer der Fall. Den Verhandlungsverträgen nach § 127 Absatz 2 SGB V kann (muss aber nicht) jeder vertragsungebundene Leistungserbringer zu gleichen Konditionen beitreten, so dass hier generell eine breite Streuung der Leistungserbringer gegeben ist und wohnortnahe Versorgungsmöglichkeiten möglich sind. Bei Ausschreibungsverträgen wird diesem Umstand zwar häufig dadurch Rechnung getragen, dass Gebietslose gebildet werden, allerdings stehen hier angesichts der Exklusivversorgungsrechte der Ausschreibungsgewinner regional nur einer oder wenige Leistungserbringer zur Verfügung. Daher sehen die gesetzlichen Rahmenbedingungen vor, dass Leistungen mit hohem

Dienstleistungsanteil nicht ausgeschrieben werden sollen, da hier das Vertrauensverhältnis zum Leistungserbringer eine große Rolle spielt.

Häusliche Krankenpflege in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe

Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN schlägt vor, den Haushaltsbegriff im Bereich der häuslichen Krankenpflege (HKP) nach § 37 SGB V insoweit zu ändern, dass Leistungen der häuslichen Krankenpflege auch in betreuten Wohngemeinschaften, neuen betreuten Wohnformen und stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe erbracht werden (vgl. Forderung Nr. 16). Begründet wird der Antrag damit, dass es Praxis von Krankenkassen sei, die Gewährung von HKP bei Menschen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe pauschal abzulehnen. Dadurch könnten die Bewohnerinnen und Bewohner dieser Einrichtungen nach einem Krankenhausaufenthalt oftmals nicht zurückkehren, da der medizinisch komplexe Versorgungsbedarf nicht durch die Einrichtung abgedeckt werden könne. In der Konsequenz würden die Betroffenen ihren in der Einrichtung verorteten Lebensmittelpunkt verlieren.

Leistungen der häuslichen Krankenpflege können nach § 37 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V im Haushalt des Versicherten oder der Familie, oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen, erbracht werden. Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz erfolgte eine „vorsichtige“ Öffnung des Haushaltsbegriffes im Sinne der häuslichen Krankenpflege, um die Betroffenen auch an anderen Orten als in der eigenen Häuslichkeit zu versorgen. Der G-BA hat den Auftrag, festzulegen, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen der HKP auch außerhalb des Haushalts oder der Familie des Versicherten erbracht werden können. Die diesbezügliche Richtlinie des G-BA zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege sieht vor, dass der Anspruch auf häusliche Krankenpflege auch an sonstigen geeigneten Orten besteht, an denen sich die oder der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält und an denen

- die verordnete Maßnahme zuverlässig durchgeführt werden kann und
- für die Erbringung der einzelnen Maßnahmen geeignete räumliche Verhältnisse vorliegen.

Es ist davon auszugehen, dass stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe die vorgenannten Voraussetzungen regelmäßig erfüllen und damit bereits nach aktueller Rechtslage als geeigneter Ort für Leistungen der HKP in Frage kommen. Allerdings regelt die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie zur Vermeidung von sich überschneidenden Leistungsansprüchen, dass für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die

Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtung besteht, häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden kann. Diese Regelung wurde höchstrichterlich bestätigt.

In diesem Kontext gibt es unterschiedliche Rechtsauffassungen, wie weitgehend der gesetzliche Auftrag der Einrichtungen der Behindertenhilfe nach § 55 SGB XII, die pflegerische Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner sicherzustellen, auch Leistungen der medizinischen Behandlungspflege umfasst. Nach aktueller Rechtsprechung des Bundessozialgerichts – die Urteilsbegründung liegt noch nicht vor – ist der diesbezügliche Leistungsauftrag der Einrichtungen aus ihren Verträgen, ihrer Leistungsbeschreibung und ihrem Aufgabenprofil abzuleiten. Demnach besteht eine geteilte Zuständigkeit für entsprechende Leistungen.

Forderungen nach einer alleinigen Zuständigkeit der GKV für behandlungspflegerische Leistungen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe sind aktuell auch Gegenstand der fachlichen Beratungen zur Vorbereitung eines Bundesteilhabegesetzes. In diesem Kontext wurden für die GKV Mehrkosten von bis zu 220 Mio. EUR jährlich geschätzt. Im Rahmen dieses Beratungsprozesses hat der GKV-Spitzenverband darauf hingewiesen, dass Weiterentwicklungen, die den Menschen mit Behinderung mehr Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe ermöglichen sollen und damit zur Verbesserung der Versorgung führen, unterstützt werden. Rein fiskalisch motivierte Änderungen der Finanzierungszuständigkeiten werden hingegen abgelehnt. Auf diese Positionierung zur Reform der Eingliederungshilfe wird verwiesen.

Rehabilitation vor Pflege

Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sieht die Notwendigkeit, Regelungen zur wirkungsvollen Umsetzung des Prinzips „Rehabilitation vor Pflege“ zu treffen, da die Krankenversicherung gegenwärtig ihrem Auftrag zur pflegevermeidenden Rehabilitation kaum erfülle (vgl. Forderung Nr. 19). Ursächlich seien systematische Fehlanreize zwischen den Systemen der GKV und der Sozialen Pflegeversicherung. Vor dem Hintergrund dieser Defizitanalyse werden – ohne Festlegung einer Position – auf unterschiedliche Regelungsoptionen hingewiesen (Prüfung und Verringerung der Schnittstellenproblematiken, Aufnahme der Pflegeversicherung in den Kreis der Rehabilitationsträger, Ausgleichszahlungen zwischen GKV und sozialer Pflegeversicherung).

Die Krankenkassen erbringen nach § 40 in Verbindung mit § 11 Abs. 2 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, wenn diese notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhindern oder ihre Folgen zu mindern. Rehabilitationsbedürftigkeit in diesem Sinne besteht, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung voraussichtlich nicht nur vo-

rübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorliegen, durch die in absehbarer Zeit Beeinträchtigungen der Teilhabe drohen oder Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen und über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist. Zu den Beeinträchtigungen der Teilhabe gehört auch der Zustand der Pflegebedürftigkeit.

Der in § 5 SGB XI verankerte Grundsatz des Vorrangs von Rehabilitation vor (und bei) Pflege knüpft damit unmittelbar an den dargestellten „Reha-Auftrag“ der GKV an. Anders ausgedrückt: Jede Leistung der GKV zur medizinischen Rehabilitation verfolgt die Zielstellungen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhindern. Dies wird auch daran deutlich, dass rund 82 v.H. der Rehabilitanden der GKV 65 Jahre alt oder älter sind.

Im Jahr 2013 hat die GKV in rund 720.000 Fällen medizinische Rehabilitationsleistungen erbracht und dafür rund 2,2 Mrd. Euro aufgewendet. Über 80 v.H. der Fälle wurden im Rahmen der sog. Anschlussrehabilitation erbracht, d.h., der Rehabilitationsbedarf wurde während einer Krankenhausbehandlung festgestellt und führte zu einer Rehabilitationsleistung im engen zeitlichen Anschluss an die Krankenhausbehandlung. Neben der Anschlussrehabilitation erfolgt der Zugang zu medizinischen Rehabilitationsleistungen der GKV insbesondere über die Antragstellung aus der ambulanten Versorgung mittels einer Verordnung der Vertragsärzte und Vertragsärztinnen. Das Verordnungsverfahren ist in der Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt. In diesem Zusammenhang kommt es insbesondere darauf an, dass der Rehabilitationsbedarf in der ambulanten Versorgung identifiziert wird und die Versicherten zur Beantragung einer Rehabilitationsleistung bei ihrer Krankenkasse motiviert werden. Darüber hinaus kann auch im Rahmen der Antragstellung und Versorgung mit weiteren Leistungen der GKV (z.B. Hilfsmittel, Heilmittel, häusliche Krankenpflege) im Verfahren der Krankenkasse ggf. unter Einschaltung des Medizinischen Dienstes ein Rehabilitationsbedarf erkannt werden und ggf. zu einer Antragstellung führen. Als regelhafter Anlass für eine Prüfung des Vorliegens einer Rehabilitationsindikation ist schließlich die Antragstellung auf Pflegeleistungen und damit das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI gesetzlich definiert. Das Verfahren zur Erstellung einer Rehabilitations-Empfehlung im Rahmen der Pflegebegutachtung wurde seitens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) erst kürzlich evaluiert, Optimierungspotenziale im Begutachtungsprozess wurden identifiziert und daraufhin ärztliche und pflegfachliche Gutachter der MDK bundesweit nach einem einheitlichen Curriculum geschult. Diese Maßnahme dient der Verbesserung der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs im Rahmen des Begutachtungsverfahrens und damit unmittelbar der gezielten Umsetzung des Grundsatzes „Reha vor Pflege“.

Aus den Statistiken zur Pflegebegutachtung ist abzuleiten, dass 16,9 v.H. der Erstantragsteller auf Pflegeleistungen angaben, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im letzten Jahr vor der Begutachtung in Anspruch genommen zu haben. Betrachtet man den Zeitraum von bis zu 4 Jahren vor der Begutachtung, liegen die jeweiligen Anteile bei Antragstellern auf ambulante Leistungen bei rund 25 v.H. und bei Antragstellern auf stationäre Leistungen bei rund 20 v.H. Ein vergleichbares Bild für die Versorgungssituation der Antragsteller zeigt sich in Bezug auf die laufende Heilmittelversorgung zum Zeitpunkt der Begutachtung. Hier gaben rund 23 v.H. der Antragsteller auf ambulante Leistungen und rund 27 v.H. der Antragsteller auf stationäre Leistungen an, aktuell eine Heilmittelversorgung in Anspruch zu nehmen. Auch diese Heilmittelversorgung hat zum Ziel, alltagsrelevanten Beeinträchtigungen der Aktivitäten entgegenzuwirken.

Vor diesem Hintergrund ist die Feststellung, die GKV würde den „Anspruch auf pflegevermeidende Rehabilitation“ kaum erfüllen, nicht nachvollziehbar. Aus Sicht der GKV sind die vorgeschlagenen Regelungsoptionen nicht zielführend; es wird insoweit kein Bedarf für gesetzliche Änderungen gesehen.

Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe

Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN schlägt vor, den § 43a SGB XI zu modifizieren, um klarzustellen, dass der Wohnort von Menschen mit Behinderung grundsätzlich als Häuslichkeit anerkannt und den pflegebedürftigen Betroffenen regelhaft Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung zuerkannt werden (vgl. Forderung Nr. 17).

Die Modifizierung der bisherigen Regelung des § 43a SGB XI, mit welcher der Leistungsanspruch pflegebedürftiger Menschen mit Behinderungen gegenüber der sozialen Pflegeversicherung ausgeweitet werden soll, ist abzulehnen. Die Umsetzung würde lediglich zu einer Kostenverlagerung von den Trägern der Eingliederungshilfe hin zur Versichertengemeinschaft der Pflegeversicherung führen; Leistungsverbesserungen wären damit für die Betroffenen nicht verbunden. Nach Schätzungen, die im Kontext der Arbeit des Expertenbeirats zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff durchgeführt wurden, ergäbe sich bei Wegfall des § 43a SGB XI – und bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs – eine zusätzliche Ausgabenbelastung für die Pflegekassen von ca. 1,5 Mrd. Euro jährlich (für ambulante Sachleistungen). Davon wären lediglich rd. 200 Mio. Euro pro Jahr auf Effekte durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsassessment zurückzuführen.

Der GKV-Spitzenverband sieht einerseits hinsichtlich der anstehenden Reform der Pflegeversicherung (Pflegestärkungsgesetz II) und andererseits hinsichtlich der Eingliederungshilfe einen fach-

übergreifenden und umfassenden Beratungs- und Abstimmungsbedarf. Dies betrifft sowohl die aufgezeigte finanzielle Dimension, als auch die Abgrenzung zukünftiger Eingliederungshilfeleistungen von Leistungen der Pflegeversicherung unter Berücksichtigung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. In diesem Zusammenhang sind weitreichende Auswirkungen auf die genannten Leistungsbereiche zu erwarten, die bisher nicht ausreichend konkretisiert wurden.

Versorgungsforschung

Nach Auffassung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN soll der Bundestag die Bundesregierung auffordern, Haushaltsmittel bereitzustellen, um die Versorgungsforschung über die medizinische, gesundheitliche Versorgung und pflegerische Versorgung speziell von Menschen mit Behinderungen zu fördern (vgl. Forderung Nr. 20).

Der GKV-Spitzenverband begrüßt Versorgungsforschung grundsätzlich. Insbesondere bezogen auf die Bedarfe behinderter Menschen ist von einem komplexen Versorgungsgeschehen auszugehen, das neben verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung auch andere nicht-staatliche und staatliche Akteure einbezieht. Um diesem Umstand angemessen Rechnung zu tragen, erscheint eine Verortung dieser Aufgabe beim Bund angemessen und sollte im Kontext anderer Versorgungsforschungsaufgaben erwogen werden. Die Identifizierung von Erkenntnislücken im Rahmen einer Bestandsaufnahme vorliegender Erkenntnisse sollte die Grundlage bilden, um zunächst Umfang und Art der Problematiken zuverlässig zu erfassen. Im Anschluss daran sollte sich eine gezielte Erforschung von Interventionsmöglichkeiten anschließen, die valide Aussagen über die erreichbaren Erfolge und eine effektive Umsetzung erbringt.

Ausbildungscurricula der Gesundheitsberufe

Die Antragsteller sehen es als erforderlich an, die besonderen Behandlungs-, Unterstützungs- und Betreuungsbedarfe von Menschen mit Behinderung (stärker) in den Ausbildungscurricula aller Gesundheitsberufe zu verankern und entsprechende Fortbildungsangebote zu schaffen. In den Verträgen nach § 73b SGB V (Hausarztzentrierte Versorgung) ist hierzu die Verpflichtung zur ärztlichen Fortbildung zum fachlichen Umgang mit behinderten Menschen vorzusehen (vgl. Forderung Nr. 6).

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Forderung, Behandlungs-, Unterstützungs- und Betreuungsbedarfe von Menschen mit Behinderung stärker als bisher in die Ausbildungscurricula der Gesundheitsberufe zu verankern. Zwar ist weitestgehend davon auszugehen, dass die besonderen Bedarfe von Menschen mit Behinderung bereits einen zentralen Bestandteil der Ausbildungscurri-

cula der Gesundheitsberufe darstellen. Eine umfassende Bestandsaufnahme könnte aber Klarheit darüber schaffen, ob und ggf. in welchen Gesundheitsberufen noch konkrete Defizite bestehen. Auf dieser Grundlage könnten dann die betroffenen Institutionen (u.a. die Kammern, Universitäten, Länder) Veränderungen, z. B. in Form notwendiger Ergänzungen ihrer Aus- oder Weiterbildungsordnungen, angehen.

Bezüglich der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) ist festzustellen, dass sich die an der HZV teilnehmenden Ärzte schon heute umfassender und strukturierter weiterbilden müssen, als nicht in die HZV einbezogene Ärzte, etwa in Bezug auf bestimmte chronische Erkrankungen. Es erscheint insgesamt sinnvoll, spezifische Module einzuführen, die den fachlichen Umgang mit Menschen mit Behinderung zum Inhalt haben, sofern hier in den bisherigen Aus- und Weiterbildungsordnungen Defizite bestehen. So kann die Qualität der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderung weiter verbessert werden. Dies ist jedoch keine Fragestellung, die sich aus der Besonderheit von 73b-Verträgen ergibt, sondern ein genereller Anspruch an die Qualität der ärztlichen Versorgung.

Abschaffung der Zuzahlungen nach § 61 SGB V

Die Bundesregierung soll vom Bundestag aufgefordert werden, im Rahmen der Einführung einer Bürgerversicherung mittelfristig die Zuzahlungen abzuschaffen (vgl. Forderung Nr. 21).

Die gesetzlichen Zuzahlungen der GKV-Versicherten sollen einerseits als Instrument zur Steuerung der Inanspruchnahme von Leistungen dienen, andererseits als Finanzierungsinstrument. Als Steuerungsinstrument sollen Zuzahlungen die Inanspruchnahme von medizinisch nicht notwendigen Leistungen vermeiden helfen; zugleich stellen sie aber grundsätzlich eine Verletzung des Solidarprinzips dar. Ziel muss es daher sein, eine sozial ausgewogene Balance zwischen der solidarischen Absicherung des Krankheitsrisikos und der Eigenverantwortung der Versicherten zu finden. Dabei ist dafür Sorge zu tragen, dass Kranke nicht finanziell überfordert werden und möglicherweise aus finanziellen Gründen auf notwendige Versorgungsleistungen verzichten.

Als Finanzierungsinstrument erbringen die Zuzahlungen ein jährliches Volumen von derzeit rd. 3,6 Mrd. Euro (Quelle: BMG, KJ 1 für 2013) – ein Volumen, das folglich nicht über Beiträge, Zusatzbeiträge oder Bundesmittel finanziert werden muss. Die Zuzahlung für die Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung, die so genannte Praxisgebühr, wurde vom Gesetzgeber mit Wirkung ab 1.1.2013 ersatzlos gestrichen. Ihr Volumen betrug knapp 2 Mrd. Euro p. a.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 04.05.2015 zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung menschenrechtskonform gestalten“ vom 12.11.2014 (Bundestagsdrucksache 18/3155)
Seite 20 von 20

Die finanziellen Lasten der Versicherten werden durch gesetzliche Ausnahmeregelungen nach finanzieller Leistungsfähigkeit, aber insbesondere auch für Familien und für chronisch kranke Versicherte, begrenzt (§ 62 SGB V). Der GKV-Spitzenverband enthält sich einer normativen Bewertung der sozialen Angemessenheit der bestehenden Zuzahlungsregelungen inklusive der Belastungsgrenze; die Entscheidung hierüber ist originäre Aufgabe des Gesetzgebers.