

Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

Die Stellungnahme (DV 29/14) wurde in der Geschäftsstelle des Deutschen Vereins erarbeitet und am 10. Dezember 2014 vom Präsidium des Deutschen Vereins verabschiedet.



Inhalt

I. Vorbemerkung	3
II. Zu ausgewählten vorgeschlagenen Regelungen im Einzelnen	3
1. Sicherstellung der flächendeckenden und gut erreichbaren medizinischen Versorgung	3
a) Anreize zur Niederlassung in Gebieten mit Versorgungsbedarf	3
b) Förderung kooperativer Versorgungsformen	4
c) § 75a SGB V-E – Stärkere Förderung der Allgemeinmedizin	4
d) Multiprofessionelle ambulante Versorgungsnetze	5
e) § 95 Abs. 1a SGB V-E – Gründung medizinischer Versorgungszentren durch Kommunen	6
2. Zugang zur medizinischen Versorgung	6
a) § 75 Abs. 1a SGB V-E – Terminservicestellen	6
b) Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie	7
c) Entlassmanagement	7
d) Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung	8
3. Erweiterung der Leistungsansprüche der Versicherten	10
a) Wunsch und Wahlrecht in der medizinischen Rehabilitation	10
b) Zusätzliche Leistungen zur zahnmedizinischen Versorgung	11

I. Vorbemerkung

Der Deutsche Verein begrüßt das Ziel des Referentenentwurfs, eine bedarfsgerechte, flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung der Patient/innen weiter auf hohem Niveau sicherzustellen, sowie die (Weiter-)Entwicklung zielgruppenspezifischer Lösungsansätze zur Versorgung chronisch kranker Menschen und Menschen mit Behinderung¹ ausdrücklich. Er betont jedoch, dass die isolierte Fokussierung auf ärztliche Leistungserbringer zur Sicherstellung der Gesundheit der Bevölkerung zu kurz gegriffen ist. Wiederholt hat er darauf hingewiesen, dass es insbesondere im ländlichen Raum eines versorgungspolitischen Gesamtkonzepts unter Einbeziehung anderer Leistungserbringer und Versorgungsbereiche bedarf.² Erforderlich ist ein abgestimmtes Konzept von gesundheitsförderlichen und präventiven/rehabilitativen, kurativen, pflegerischen und sozialen vernetzten Dienstleistungs- und Beratungsangeboten, verknüpft mit einer barrierefreien Bau- und Verkehrsinfrastruktur, gesicherter wohnortnaher Alltagsversorgung und entsprechender sozialer Unterstützungsinfrastruktur. Vornehmlich eine bessere Versorgung pflegebedürftiger Personen erfordert eine Koordination von (haus)ärztlichen Angeboten und Leistungsangeboten anderer sozialer Dienste, insbesondere des Pflegesektors, an einem Ort. Der Deutsche Verein fordert, insbesondere die Rolle der Pflege(berufe) und der sozialen Arbeit im Rahmen eines versorgungspolitischen Gesamtkonzepts zu stärken und hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf den haus- und fachärztlichen Bedarf zu untersuchen.³

II. Zu ausgewählten vorgeschlagenen Regelungen im Einzelnen

1. Sicherstellung der flächendeckenden und gut erreichbaren medizinischen Versorgung

a) Anreize zur Niederlassung in Gebieten mit Versorgungsbedarf

Unter anderem durch Änderungen in § 103 SGB V und § 46 (Zahn-)Ärzte-ZV sollen die Anreize zur Niederlassung von Ärzt/innen und Psychotherapeut/innen in unterversorgten und strukturschwachen Gebieten sowie zum Abbau von Überversorgung weiter verbessert werden.

Der Deutsche Verein befürwortet im Grundsatz die Förderung von Maßnahmen, die es den Beteiligten vor Ort besser ermöglichen, den regionalen Erfordernissen und Gegebenheiten Rechnung zu tragen. Jedoch macht er erneut auf die Notwendigkeit aufmerksam, eine qualitativ begründete Definition von „Unterversorgung“ zu entwickeln, die zusätzlich zu ärztlichen Leistungen auch die Leistungen der Pflege oder der sozialen Dienste ebenso berücksichtigt wie Aspekte

Ihre Ansprechpartnerin
im Deutschen Verein:
Jana Henneberger.

¹ Siehe dazu auch Hinweise zur Verbesserung der gesundheitlichen Teilhabe vom 18. März 2009, NDV 2009, 119–122.

² Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Regierungsentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (E-VStG), vom 27. September 2011, NDV 2011, 491–496, 492.

³ Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Regierungsentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (E-VStG) vom 27. September 2011, NDV 2011, 491–496, 492.

der Barrierefreiheit, Sozialraumorientierung und Vernetzung.⁴ Bei der Bestimmung des konkreten Versorgungsbedarfs einer Region darf nicht allein auf den medizinisch/ärztlichen Bedarf abgestellt werden. Der Deutsche Verein hält es insofern für zielführend, den Sicherstellungsauftrag in den §§ 72 ff. SGB V um die Kriterien „barrierefrei, sozialraumorientiert und vernetzt“ zu erweitern. Zudem sollten wesentliche Kriterien von versorgungspolitischer Bedeutung in Auswahlprozesse und Förderbedingungen einbezogen werden.⁵

b) Förderung kooperativer Versorgungsformen

Der Referentenentwurf sieht vor, kooperative Versorgungsformen auch künftig verstärkt zu fördern, weil sie die Versorgung verbessern und dazu beitragen, Effizienzreserven zu erschließen. Der Aspekt der kooperativen Zusammenarbeit wird in den §§ 87b Abs. 2 Satz 2 (Vergütungsanpassung für Praxisnetze), 92a (Innovationsfonds), 95 Abs. 1 (Möglichkeit nicht-fachübergreifender MVZ) und Abs. 1a (MVZ durch Kommunen) SGB V-E aufgegriffen.

Wiederholt hat der Deutsche Verein betont, dass Kooperationen und Vernetzungen im Gesundheitssektor wichtige Kriterien für ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben insbesondere älterer und pflegebedürftiger Menschen sind.⁶ Es existieren bereits eine Vielzahl an Modellen sowohl im ärztlichen Bereich wie beispielsweise auch im Pflegesektor. Allerdings fehlt es an Konzepten und der Weiterentwicklung berufsübergreifender Versorgungslösungen. Insbesondere die Möglichkeit zu einer vernetzten Leistungserbringung und die Erkenntnis über deren Vorteile sind häufig nicht hinreichend vorhanden. Dies gibt Anlass, sich mit den Ursachen näher auseinanderzusetzen sowie Lösungsansätze für eine verbesserte berufsübergreifende Gesundheitsversorgung zu entwickeln.

Der Deutsche Verein hält es für notwendig, neue Versorgungsformen mit insbesondere sektorübergreifendem Ansatz zu entwickeln bzw. zu befördern. Vernetzungsarbeit sollte verstärkt in den Blick genommen werden. Der Deutsche Verein hält es für zielführend, die Netzwerkarbeit bereits im Rahmen der ärztlichen Ausbildung zu berücksichtigen. Weil erfolgreiche Vernetzungsarbeit Zeit und personelle Ressourcen erfordert, hat der Deutsche Verein bereits in der Vergangenheit gefordert, die Vernetzungsarbeit für niedergelassene Ärzt/innen vergütungsrelevant auszugestalten.⁷

c) § 75a SGB V-E – Stärkere Förderung der Allgemeinmedizin

Zur stärkeren Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin sollen die bisher in Art. 8 GKV-SolG enthaltenen Regelungen in einen neuen § 75a SGB V

4 Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Regierungsentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (E-VStG) vom 27. September 2011, NDV 2011, 491–496, 491.

5 Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Regierungsentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (E-VStG) vom 27. September 2011, NDV 2011, 491–496, 491.

6 Prävention und Rehabilitation vor und bei Pflege umsetzen! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit vom 21. Juni 2011, NDV 2011, 411–413, 411; Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Regierungsentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (E-VStG) vom 27. September 2011, NDV 2011, 491–496, 492.

7 Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Regierungsentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (E-VStG) vom 27. September 2011, NDV 2011, 491–496, 494.

überführt und weiterentwickelt werden. Den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen obliegt die Pflicht, die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in den Praxen zugelassener Ärzt/innen und Ärzte sowie zugelassener medizinischer Versorgungszentren finanziell zu fördern. Klargestellt werden soll, dass die Weiterbildungsstellen den zur Verfügung gestellten Förderbetrag auf die im Krankenhaus gezahlte Vergütung anzuheben hat und der Betrag an den Weiterzubildenden auszuzahlen ist. Die Anzahl der bundesweit mindestens zu fördernden Stellen soll um 50 % erhöht werden.

Der Deutsche Verein unterstützt grundsätzlich die intensivere Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin. Darüber hinaus regt er an, zur Förderung der Allgemeinmedizin im Rahmen der Ausbildung nicht nur die Möglichkeit zur Ableistung studienpraktischer Zeiten in hausärztlichen Praxen, sondern auch in bestimmten sozialen Dienstleistungseinrichtungen (z.B. Pflegeheimen, Einrichtungen der Behindertenhilfe oder Beratungsstellen) zu ermöglichen, um angehende Haus- und Fachärzt/innen für die Zusammenarbeit an den Schnittstellen zu sensibilisieren. Im Übrigen sollten spezielle geriatrische Kompetenzen und Erfahrungen bei allen Ärzt/innen im ambulanten und stationären Bereich stärker verankert werden. Auch die besonderen Bedarfe behinderter Menschen sollten Bestandteil der ärztlichen Ausbildung sein.⁸

d) Multiprofessionelle ambulante Versorgungsnetze

Der Referentenentwurf sieht vor, den Einsatz von qualifizierten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen, die delegierte Leistungen erbringen, in der Regelversorgung auszubauen und leistungsgerecht zu vergüten, § 87 Abs. 2a, 2b, 2c SGB V-E. Eine Beschränkung der Erbringung delegationsfähiger Leistungen auf den hausärztlichen Versorgungsbereich und die Häuslichkeit der Patient/innen wird künftig nicht mehr vorgesehen.

Nach Auffassung des Deutschen Vereins ist die Entwicklung neuer Konzepte zur Gewährleistung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung in Deutschland unerlässlich. Das Instrument der Delegation wird bereits in vielen Bereichen im stationären, aber auch ambulanten Sektor erfolgreich praktiziert. Aus versorgungspolitischer Sicht hält der Deutsche Verein die Delegation von Kompetenzen daher für einen Schritt in die richtige Richtung⁹ und befürwortet deren weiteren Ausbau.

Gemäß § 63 Abs. 3c, Abs. 1 SGB V sind Modellvorhaben für die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegeberufe möglich. Bisher ist von der Möglichkeit noch kein Gebrauch gemacht worden. Daher sieht der Referentenentwurf eine Anpassung der berufsrechtlichen Regelungen sowie eine Vereinfachung des Verfahrens zur Durchführung von Modellverfahren vor. Der Deutsche Verein befürwortet den Abbau von Hürden zur Umsetzung von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V. Angehörigen bestehender Pflegefachberufe sollte die Möglichkeit eröffnet werden, sich insofern zu qualifizieren bzw. spezialisieren. Den-

8 Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Regierungsentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (E-VStG) vom 27. September 2011, NDV 2011, 491–496, 496.

9 Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Regierungsentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (E-VStG) vom 27. September 2011, NDV 2011, 491–496, 494.

noch warnt der Deutsche Verein davor, dass bereits aufgrund des Charakters von Modellvorhaben in der Praxis Umsetzungsbemühungen verhalten bleiben könnten. Da die Nachhaltigkeit nicht gesichert ist, ist aus Sicht des Deutschen Vereins zu erwarten, dass sowohl die Unsicherheiten bezüglich der Finanzierung, insbesondere aber auch die zeitliche wie tatsächliche Mühe der Entwicklung und Durchführung neuer Ausbildungsgänge mit unklarer Zukunftsfähigkeit stark hemmend wirken könnten.

Darüber hinaus muss nach Ansicht des Deutschen Vereins die Idee einer Neuordnung der Kompetenzen insgesamt ins Auge gefasst werden.¹⁰ Dabei ist der Blick aus der ärztlichen Perspektive zu vermeiden, der sich in dem Begriff der Substitution ausdrückt, und es muss vielmehr unabhängig von den derzeit gesetzlich geregelten Kompetenzen nach den für die jeweilige Tätigkeit erforderlichen Kompetenzen gefragt werden.

e) *§ 95 Abs. 1a SGB V-E – Gründung medizinischer Versorgungszentren durch Kommunen*

Der Deutsche Verein begrüßt die im Referentenentwurf vorgesehene Möglichkeit zur Gründung medizinischer Versorgungszentren durch Kommunen und deren damit verbundene stärkere Einflussnahme auf die Gestaltung der medizinischen Versorgungsstruktur vor Ort. Allerdings dürfen Kommunen nicht zum Ausfallbürgen einer unzureichenden Sicherstellung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen werden.

2. Zugang zur medizinischen Versorgung

a) *§ 75 Abs. 1a SGB V-E – Terminservicestellen*

Der Referentenentwurf sieht eine Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Einrichtung von Terminservicestellen vor, umso die Situation der Versicherten im konkreten Versorgungsalltag hinsichtlich der zeitnahen Erlangung eines Facharzttermins zu verbessern.

Ob diese Terminservicestellen tatsächlich zur Verkürzung von Wartezeiten beitragen können oder sich als zusätzliches bürokratisch-organisatorisches Hemmnis erweisen werden, bleibt in der Umsetzung abzuwarten.

Der Deutsche Verein begrüßt, dass konkrete Fristen zur Vermittlung eines Facharzttermins im Referentenentwurf (§ 75 Abs. 1 a Sätze 3 und 4 SGB V-E) benannt werden und anderenfalls ein ambulanter Termin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten ist. Kritisch bewertet er, dass wesentliche Konkretisierungen auf die Ebene der Selbstverwaltung durch Regelung im Bundesmantelvertrag verschoben werden sollen (§ 75 Abs. 1a Satz 8 SGB V-E) und lediglich in der Gesetzesbegründung darauf eingegangen wird, dass der Aspekt der Dringlichkeit des Termins im Einzelfall Berücksichtigung finden soll.

Wichtig erscheint dem Deutschen Verein, dass in der Gesetzesbegründung (S. 79 f.) ausdrücklich darauf hingewiesen wird, dass die Versicherten zwar kei-

¹⁰ Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Regierungsentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (E-VStG) vom 27. September 2011, NDV 2011, 491–496, 494.

nen Anspruch auf Vermittlung zu einer/einem bestimmten Ärztin/Arzt haben, der Grundsatz der freien Arztwahl jedoch unberührt bleibe, da Versicherte auch weiterhin ungebunden an den Vorschlag der Terminservicestellen die Möglichkeit haben müssen, ihren „Wunscharzt“ aufzusuchen.

b) Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie

Der Deutsche Verein begrüßt die in § 92 Abs. 6a SGB V-E enthaltene Beauftragung des Gemeinsamen Bundesausschuss, seine Psychotherapie-Richtlinie bis zum 30. Juni 2016 zu überarbeiten. Insbesondere sieht er in der Einrichtung psychotherapeutischer Sprechstunden einen Schritt in die richtige Richtung, um das Ziel der Verkürzung von Wartezeiten und die Gewährleistung eines niedrigschwelligen, flexiblen und gut erreichbaren Zugangs eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung zu erreichen.

Neben einem zeitnahen, einfachen Zugang hält der Deutsche Verein aber auch eine differenzierte Versorgung für dringend erforderlich. Allein die Förderung von Gruppentherapien reicht hierfür nicht aus. Der Deutsche Verein empfiehlt vielmehr multiprofessionelle ambulante Versorgungsnetze und insbesondere das Versorgungsangebot der ambulanten Soziotherapie (§ 37a SGB V) zu stärken. Diese unterstützt die Menschen mit schweren psychischen Störungen darin, psychotherapeutische Behandlung in Anspruch zu nehmen und das Wiederauftreten von Erkrankungen (Rezidiv) mit der Folge einer stationären Krankenhausbehandlung zu verhindern. Hierzu sollten die derzeit hohen Anforderungen an die zuzulassenden Leistungserbringer und an die Verordnung dieser Leistung so angepasst werden, dass Hemmnisse für eine bedarfsgerechte Versorgung reduziert werden¹¹.

c) Entlassmanagement

Der Deutsche Verein begrüßt die vorgesehene Verbesserung des Krankenhaus-Entlassmanagements durch eine Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Sektor und die lückenlose Versorgung der Versicherten beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung. Der Deutsche Verein hat bereits in seiner Stellungnahme zum Regierungsentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 12. September 2011¹² trotz des damals geplanten Gesetzes weiterhin bestehende Leistungslücken beklagt, die einer befriedigenden Regelung des Entlassmanagements im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung entgegenstehen.

Im Rahmen der neuen Regelungen überzeugt insbesondere, dass die Krankenkassen stärker als bisher in den Prozess des Entlassmanagements einbezogen und die Versicherten gegen die Krankenkasse einen unmittelbaren Rechtsanspruch auf ergänzende Unterstützung des Entlassmanagements erhalten (§ 39 Abs. 1a Satz 3 SGB V-E) sowie die geplante Regelung, nach der es Krankenhäu-

¹¹ Empfehlung des Deutschen Vereins vom 18. Juni 2014 für eine Kooperation sozialer und gesundheitsbezogener Hilfen – Zugänge zu gesundheitlichen Hilfen für wohnungslose Menschen verbessern, NDV 2014, S. 337–345, 342.

¹² Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Regierungsentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (E-VStG), vom 27. September 2011, NDV 2011, 491–496, 495 f.

ser ermöglicht werden soll, im Anschluss an die Krankenhausbehandlung Leistungen zu verordnen. Neben einem schnelleren Zugang zur medizinischen, sektorenübergreifenden Versorgung erhofft sich der Deutsche Verein dadurch eine bessere Organisation des Entlassmanagements und in der Folge einen reduzierten eigenen Organisationsaufwand der Versicherten und deren Angehöriger.

Über die geplanten Verbesserungen hinaus würde der Deutsche Verein es jedoch begrüßen, wenn auch qualitative Anforderungen an ein Entlassmanagement gesetzlich konkretisiert würden. Hier verweist der Deutsche Verein auf seine o.g. Stellungnahme und die darin enthaltenden Forderung an die Ausgestaltung der qualitativen Anforderungen:

- Auch wenn der vorliegende Entwurf eine Anwendbarkeit von § 11 Abs. 4 Satz 4 SGB V vorsieht, nach dem die Pflegeeinrichtungen in das Versorgungsmanagement einzubeziehen sind, sind darüber hinaus auch die jeweils zuständigen Beratungs- und Koordinierungsstellen (Krankenhaussozialdienst, Pflegestützpunkte etc.) verpflichtend in ein Überleitungsmanagement zu involvieren (im Krankenhaus z.B. durch Teilnahme an Fallkonferenzen).
- Dabei ist verbindlich zu klären, wer zu welchem Zeitpunkt den Prozess der Überleitung übergreifend koordiniert und wie die Koordinationsverantwortung übergeben wird (z.B. während des Aufenthalts im Krankenhaus: dortiger Sozialdienst [wenn möglich drei Tage vor Entlassung]: Kontaktaufnahme mit jeweiligem Pflegestützpunkt, ambulanter oder stationärer Pflegeeinrichtung oder Hausarzt/Hausärztin; nach Rückkehr in die Häuslichkeit: Pflegestützpunkt, ambulanter Pflegedienst und Hausarzt/Hausärztin). Der Gesetzesentwurf sieht dagegen lediglich eine durch Krankenkasse und Krankenhaus gemeinsame Organisation des für die Umsetzung des Entlassplans erforderliche Versorgung vor; die nähere Ausgestaltung dieses Prozesses bleibt offen bzw. Rahmenvereinbarungen auf Bundesebene und dreiseitigen Vereinbarungen auf Landesebene überlassen
- Für die beteiligten Leistungserbringer ist eine Vergütung dieser Leistungen vorzusehen.

Zudem empfiehlt der Deutsche Verein den Krankenhäusern, sich an dem nationalen Expertenstandard „Entlassungsmanagement“ des DNQP zu orientieren.¹³

d) *Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung*

Es wird ausdrücklich begrüßt, dass mit medizinischen Behandlungszentren die Versorgung von Erwachsenen mit Beeinträchtigungen auch im Anschluss an eine Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) nach § 119 Abs. 1 SGB V-E ermöglicht wird und auch so der Infrastrukturverantwortung nachgekommen wird. Wie der Deutsche Verein auch schon in seinen Hinweisen zur Verbesserung der gesundheitlichen Teilhabe aus dem Jahr 2009¹⁴ gefordert hat, ist zur

¹³ Vgl. Prävention und Rehabilitation vor und bei Pflege umsetzen! – Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit vom 21. Juni 2011, NDV 2011, 411–413.

¹⁴ Hinweise zur Verbesserung der gesundheitlichen Teilhabe vom 18. März 2009, NDV 2009, 119–122, 120f.

Sicherstellung einer effektiven und bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung eine niedrigschwellige, interdisziplinäre und zielgruppenspezifische Ausrichtung von Behandlungszentren als Ergänzung zum Regelsystem anzustreben.

Der Deutsche Verein nimmt erfreut zur Kenntnis, dass mit der Schaffung dieser Regelung der Erfüllung der völkerrechtlichen Verpflichtung aus Art. 25 UN-BRK weiter nachgekommen werden soll, wonach die Vertragsstaaten u.a. verpflichtet sind, Gesundheitsleistungen anzubieten, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden (Buchstabe b). Wie in der Begründung angeführt, ist dabei unbedingt eine zielgruppenspezifische Kommunikation durch geeignete Kommunikationsstrategien (einfache Sprache, Bilder, Kommunikationshilfen, Assistenz etc.) sicherzustellen.

Entsprechend der staatlichen Verpflichtung aus Art. 25 Buchstabe d UN-BRK ist dafür Sorge zu tragen, dass die geplanten medizinischen Behandlungszentren so gemeindenah wie möglich, auch in ländlichen Gebieten, entstehen.

Zudem muss gewährleistet werden, dass alle (erwachsenen) Menschen mit Beeinträchtigungen, deren Bedarf durch den Auftrag solcher Zentren abgedeckt werden kann, Zugang zu den geplanten Behandlungszentren erhalten, auch ohne eine vorherige Versorgung im SPZ, wie die Formulierung innerhalb der Begründung zu Absatz 1 nahelegen könnte. Es dürfte im Einzelfall auch einiges Definitionsaufwandes und praktischen Feststellungsaufwandes benötigen, z.B. Mehrfachbeeinträchtigungen von einfachen Beeinträchtigungen und seelischen von geistigen Beeinträchtigungen zu trennen. Daher ist der Personenkreis „Erwachsene mit Beeinträchtigungen“ zu benennen. Dies entspricht auch dem Ansatz der UN-BRK, die eine Diskriminierung aufgrund einer Behinderung (Art. 5, 25 BRK) verbietet und insbesondere allen Menschen mit Behinderungen – mit körperlichen, geistigen, seelischen oder Sinnesbeeinträchtigungen (vgl. Art. 1 Abs. 2 BRK) – die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zusichert, insbesondere den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung. Mit der Formulierung ist auch keine Leistungsausweitung verbunden, da der Auftrag der speziellen medizinischen Behandlungszentren nicht verändert wird.

Die Formulierung „wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung“ in § 119c Abs. 2 Satz 1 SGB V-E erinnert stark an die Formulierung in § 119 Abs. 2 Satz 1 SGB V, wonach „wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder drohenden Krankheit“ gefördert wird. Behinderung ist jedoch nicht mit Krankheit gleichzusetzen, sondern setzt sich zusammen aus der (gesundheitlichen) Funktionsbeeinträchtigung, die in Wechselwirkung mit verschiedenen personen- oder umweltbedingten Barrieren zu einer Behinderung führen kann (vgl. Art. 1 Abs. 2 BRK). Daher ist „Behinderung“ durch „Beeinträchtigung“ zu ersetzen.

Es ist nachdrücklich zu unterstützen, wenn sich die speziellen medizinischen Zentren mit anderen Stellen abstimmen und eng zusammenarbeiten (§ 119c Abs. 2 SGB V-E). Allerdings ist nicht klar, warum dies auf Dienste der Eingliederungshilfe beschränkt sein soll. Allein für die medizinische Rehabilitation nach § 6 SGB IX sind eine Vielzahl an Leistungsträgern potenziell zuständig (z.B. Rentenversicherung, Unfallversicherung, Kinder- und Jugendhilfe, Eingliederungs-

hilfe, Träger der sozialen Entschädigung), die ebenso vielfältige Leistungserbringer nach sich ziehen können. Daher muss dem Bedarf des Berechtigten nach, personenzentriert eine Zusammenarbeit zumindest aller Rehabilitationsträger erfolgen, etwa auch in Form der in § 12 Abs. 2 SGB IX bereits vorgesehenen regionalen Arbeitsgemeinschaften.¹⁵

3. Erweiterung der Leistungsansprüche der Versicherten

a) Wunsch und Wahlrecht in der medizinischen Rehabilitation

Das Bundessozialgericht hat am 7. Mai 2013 (Az. B 1 KR 12/12 R und Az. B 1 KR 53/12 R) festgestellt, dass das Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 SGB IX zwar auch bezogen auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation Anwendung findet, das Wahlrecht aber gesetzlich begrenzt ist. Die Wahl einer teureren Einrichtung bei gleichzeitiger Mehrkostentragung kam bislang nur in Betracht, wenn es sich um eine vertragslose zertifizierte Einrichtung handelte. Bei der Wahl einer im Vergleich zu der von der Krankenkasse rechtmäßig bestimmte Vertragseinrichtung teureren Vertragseinrichtung, konnten Versicherte bislang weder eine volle noch teilweise Kostenerstattung verlangen.

Die Aufnahme des klarstellenden Verweises in § 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V-E auf das Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten nach § 9 SGB IX bei Leistungen der medizinischen Rehabilitation stellt aufgrund der gleichzeitigen Streichung der in § 40 Abs. 2 Satz 2 SGB V bislang enthaltenden Beschränkung zum Wahlrecht selbst bei Mehrkostentragung („mit der kein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht“) daher eine Erweiterung der bisher durch die Rechtsprechung anerkannten Leistungsansprüche der Versicherten dar.

Der Deutsche Verein hat bereits an anderer Stelle darauf hingewiesen, dass das Wunsch- und Wahlrecht in der Praxis nicht durch bloßen Verweis auf das Wirtschaftlichkeitsgebot der Leistungserbringung ausgehebelt werden darf. Dieser Tendenz wird auch durch den vorliegenden Referentenentwurf nicht begegnet. Eine Einschränkung der Auswahlmöglichkeiten durch das Wirtschaftlichkeitsgebot kann nur bei mehreren gleichermaßen bedarfsdeckenden und zugleich den berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprechenden Angeboten zum Tragen kommen. Der Deutsche Verein regt zudem an, das Spannungsverhältnis des Wunsch- und Wahlrechts zu den tatsächlichen Möglichkeiten insbesondere in dünn besiedelten Gebieten transparenter zu gestalten. Dazu gehört die klare Normierung der Voraussetzungen des Wunsch- und Wahlrechts. Dabei ist das Verhältnis einer nicht mit Sparsamkeit gleichzusetzenden Wirtschaftlichkeit zum Wunsch- und Wahlrecht im Lichte der Behindertenrechtskonvention klar zu regeln.¹⁶

Um als Beitrag zur Erreichung des Selbstbestimmungsziels des SGB IX Wirkung entfalten zu können, ist zudem eine Aufklärung der Rehabilitanden über die Existenz und die Möglichkeiten ihres Wunsch- und Wahlrechts erforderlich. Erneut weist der Deutsche Verein deshalb auf den Überprüfungsbedarf zum derzeitigen System der Beratung durch die Servicestellen hin.¹⁷

¹⁵ Vgl. Empfehlungen zur Weiterentwicklung des SGB IX vom 20. März 2013, NDV 2013, 246–253, 249 f.

¹⁶ Empfehlungen des Deutschen Vereins vom 20. März 2013 zur Weiterentwicklung des SGB IX, NDV 2013, 246–253, 250 f.

¹⁷ Empfehlungen des Deutschen Vereins vom 20. März 2013 zur Weiterentwicklung des SGB IX, NDV 2013, 246–253, 248 f.

b) Zusätzliche Leistungen zur zahnmedizinischen Versorgung

Der Deutsche Verein begrüßt, dass mit § 22a SGB V-E eine Regelung geschaffen werden soll, wonach für pflegebedürftige Menschen, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz ein Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen begründet werden soll, und die Möglichkeit für den Gemeinsamen Bundesausschuss geschaffen wird, u.a. eine höhere als die bisher vorgesehene, fachlich angemessene Frequenz für bestimmte Leistungen festzulegen. Damit wird den Hinweisen entgegenge-wirkt, wonach eine einmal im Kalenderjahr stattfindende Behandlung, insbesondere eine Zahnsteinentfernung, dem erhöhten Risiko für die Bildung von Zahnbelägen aufgrund der besonderen Lebenssituation von dem oben genannten Versichertenkreis nicht ausreichend begegnet wird. Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen gehören zur Hochrisikogruppe für Erkrankungen im Mundraum, denn sie können häufig keine eigenverantwortliche Mundhygiene durchführen, haben Schwierigkeiten, eine Praxis aufzusuchen oder haben eingeschränkte Kooperationsmöglichkeiten bei der zahnärztlichen Behandlung.



Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. – seit über 130 Jahren das Forum des Sozialen

Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. ist das gemeinsame Forum von Kommunen und Wohlfahrtsorganisationen sowie ihrer Einrichtungen, der Bundesländer und von den Vertretern der Wissenschaft für alle Bereiche der sozialen Arbeit und der Sozialpolitik. Er begleitet und gestaltet durch seine Expertise und Erfahrung die Entwicklungen u.a. der Kinder-, Jugend- und Familienpolitik, der Sozial- und Altenhilfe, der Grundsicherungssysteme, der Pflege und Rehabilitation.

Impressum

Herausgeber:

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.

Michael Löher, Vorstand

Michaelkirchstr. 17/18

10179 Berlin

www.deutscher-verein.de

E-Mail info@deutscher-verein.de