

BAGSO e. V. • Bonngasse 10 • 53111 Bonn

Bundesministerium für Gesundheit
Frau Sabine Kossebau
Referat 221
"Grundsatzfragen der GKV"

nur per E-Mail: 221@bmg.bund.de



Bonn, den 06.11.2014

Stellungnahme

der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO)

**zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der
gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG – vom 13.10.2014)**

I. Vorbemerkung

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) vertritt über ihre 114 Mitgliedsverbände die Interessen von 13 Millionen älteren Menschen in Deutschland. Die BAGSO ist eine der maßgeblichen Organisationen in der Pflege-mitwirkung nach §118 SGB XI, aber auch beim Thema Gesundheit engagiert. So hat die BAGSO federführend bei der Erarbeitung des Gesundheitsziels „Gesund älter werden“ des Kooperationsverbunds *gesundheitsziele.de* mitgewirkt und ist u.a. Mitglied im Fachbeirat „Gesund und aktiv älter werden“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Mit dem demografischen Wandel und einer steigenden Zahl hochaltriger Menschen verändert sich die Nachfrage nach medizinischer Versorgung. Einerseits sind die heute 70-Jährigen im Durchschnitt deutlich gesünder als die 70-Jährigen noch vor zwei Jahrzehnten. Andererseits steigt das Risiko für chronische körperliche, kognitive und psychische Erkrankungen, für Multimorbidität und Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im hohen Alter deutlich an. Damit ist die Frage nach der Gesunderhaltung und Gesundheitsversorgung im Alter von erheblicher individueller, aber zugleich auch gesellschaftlicher Bedeutung.

II. Zur Bewertung der Inhalte des Referentenentwurfs

Mit dem Referentenentwurf zum Versorgungsstärkungsgesetz werden die folgenden, aus Sicht der älteren Versicherten besonders relevanten Ziele verfolgt:

- Sicherstellung einer flächendeckenden und gut erreichbaren medizinischen Versorgung
- Stärkung des bedarfsgerechten Zugangs der Patientinnen und Patienten zur Versorgung:
z.B. lückenlose Versorgung beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung, Verkürzung von Wartezeiten auf Facharzttermine, Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung sowie Einführung weiterer strukturierter Behandlungsprogramme
- Erweiterung der Leistungsansprüche der Versicherten:
z.B. Einholen einer Zweitmeinung vor planbaren Eingriffen, Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts bei medizinischer Rehabilitation sowie Leistungen der zahnmedizinischen Prävention bei Pflegebedürftigen, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz
- Förderung innovativer Versorgungsformen und Versorgungsforschung

Zu den Zielen und vorgeschlagenen Maßnahmen nimmt die BAGSO wie folgt Stellung:

1. Sicherstellung der ambulanten flächendeckenden medizinischen Versorgung durch Flexibilisierung

Ein gleichberechtigter, barrierefreier Zugang zur medizinischen Versorgung muss auch in ländlichen und strukturschwachen Gegenden gewährleistet sein. Wir begrüßen daher alle Maßnahmen, die die wohnortnahe Versorgungssituation in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gegenden nachhaltig verbessern. Dazu zählen eine an der Bevölkerungsstruktur orientierte kleinräumige Bedarfsplanung, eine Flexibilisierung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Angebotsstrukturen, eine Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung und eine dem Mehraufwand der Leistungserbringung im ländlichen Raum angemessene Vergütung. Die Erreichbarkeit der medizinischen Leistungen muss bei Bedarf auch durch flexible Transportdienste und aufsuchende Versorgungsangebote gewährleistet werden. In unterversorgten Gebieten befürworten wir die Stärkung der Delegationsmöglichkeiten hausärztlicher Tätigkeiten an medizinisches Fachpersonal. Ergänzend ist der Ausbau der Telemedizin zu fördern.

2. Mundgesundheit von Pflegebedürftigen (§ 22a SGB V)

Der Referentenentwurf sieht vor, dass für Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz ein eigener Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen begründet wird, unabhängig davon, ob sie zu Hause oder in einer Pflegeeinrichtung betreut oder gepflegt werden. Diese Regelungen begrüßen wir sehr, da die Mundgesundheit von Pflegebedürftigen nach wie vor zu wenig Beachtung findet. Die BAGSO macht sich seit langem für Präventionsmaßnahmen in diesem Bereich stark. Laut Referentenentwurf obliegt die konkrete Ausgestaltung der Regelung dem Gemeinsamen Bundesausschuss. Hierbei ist darauf zu achten, dass die Aufklärung und Information den Patientinnen und Patienten, ihren Angehörigen, aber vor allem auch den in der Pflege und Betreuung Beschäftigten zu Gute kommt.

3. Rechtsanspruch auf unabhängige ärztliche Zweitmeinung (§ 27b SGB V)

Der Referentenentwurf sieht die Einführung eines Rechtsanspruchs auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung bei planbaren Eingriffen vor. Im Grundsatz begrüßt die BAGSO die Förderung zur Einholung einer Zweitmeinung (und deren Vergütung). Die Regelung soll jedoch nur für sogenannte „mengenanfällige“ Eingriffe gelten, also solche Eingriffe, bei denen der Verdacht besteht, dass sie „zu häufig“ durchgeführt werden. Die Zweitmeinung soll dazu dienen, die medizinische Notwendigkeit und Sachgerechtigkeit des vorgesehenen Eingriffs einzuholen. Ärzte müssen den Patienten über den Rechtsanspruch auf eine Zweitmeinung regelmäßig mindestens 10 Tage vor dem vorgesehenen Eingriff aufklären. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausgesellschaften sind verpflichtet, über Leistungserbringer, die für die Abgabe einer Zweitmeinung geeignet sind, zu informieren. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird beauftragt, die hier gemeinten „mengenanfälligen“ Eingriffe festzulegen. Aus Sicht der BAGSO scheinen diese Regelungen kompliziert und zu wenig transparent. Aus Verbrauchersicht ist nicht verständlich, warum sich die Möglichkeit zur Einholung einer Zweitmeinung nur auf bestimmte „mengenanfällige“ Eingriffe beschränkt. Ebenso wichtig erscheint es, die Einholung einer Zweitmeinung bei schwerwiegenden, mit erheblichen Risiken behafteten Eingriffen, aber auch nicht-operativen Therapien zu ermöglichen.

4. Entlassmanagement nach Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V)

Beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung ergeben sich – auch vor dem Hintergrund immer kürzerer Verweildauern in Krankenhäusern – häufig Probleme für Patientinnen und Patienten. Ältere Menschen sind aufgrund verstärkter Multimorbidität oder Hilfebedürftigkeit häufig nicht in der Lage, sich allein um die Versorgung von Arzneimitteln, um Anschlussbehandlungen oder die Organisation not-

wendiger Pflege zu kümmern. Daher plädiert die BAGSO bereits seit langem für den flächendeckenden Ausbau eines funktionierenden Entlassmanagements (ebenso wie für ein Aufnahmemanagement).

Der Referentenentwurf sieht vor, dass das Krankenhaus in einem Entlassplan die medizinisch unmittelbar erforderlichen Anschlussleistungen festzulegen hat. Die Krankenhäuser erhalten ein Ordnungsrecht und können den Patienten zukünftig die notwendigen Arzneimittel (in kleinster Packung) selbst verordnen. Häusliche Krankenpflege und Heilmittelversorgung können für eine Dauer von maximal 7 Tagen verordnet werden. Die Krankenkasse hat gemeinsam mit dem Krankenhaus die für die Umsetzung des Entlassplans erforderliche Versorgung zu organisieren. Voraussetzung für all dies ist, dass der Patient dem Entlassmanagement zustimmt. Aus Sicht der älteren Versicherten führen die geplanten Regelungen in die richtige Richtung und können einen Versorgungsengpass nach Entlassung entgegen wirken. Dennoch wird es auf die Ausgestaltung der geplanten Rahmenvereinbarung und die Umsetzung in den Krankenhäusern vor Ort ankommen, ob und wenn ja wie wirksam die Regelungen sind. Was die Verordnung der notwendigen Arzneimittel anbelangt, sollte ebenfalls eine Versorgung für eine Dauer von bis zu 7 Tagen ermöglicht werden. Es sollte daher geprüft werden, ob dies mit der „kleinsten Packung“ zu gewährleisten ist.

5. Wunsch- und Wahlrecht bei medizinischer Rehabilitation (§40 SGB V)

Nach geltendem Recht bestimmt die Krankenkasse nach den medizinischen Erfordernissen Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der ambulanten und stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie die Rehabilitationseinrichtung. Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz ist vorgesehen, dass Versicherte zukünftig auch jede andere zertifizierte Rehabilitationseinrichtung wählen können. Sie müssen jedoch eventuell anfallende Mehrkosten selbst tragen. Unter Verweis auf § 9 SGB IX wird hierdurch das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten gestärkt. Auch wenn das Wunsch- und Wahlrecht aufgrund der erforderlich werdenden Eigenanteile nicht jedem offen stehen wird, ist diese Regelung grundsätzlich zu begrüßen.

6. Vergabe von Facharztterminen durch Terminservicestelle (§ 75 SGB V)

Das Problem, dass Kassenpatientinnen und -patienten teilweise sehr lange auf Facharzttermine warten müssen, ist hinlänglich bekannt, jedoch durchaus nicht in jeder Fachrichtung und nicht überall gleichermaßen ausgeprägt. Dennoch begrüßt die BAGSO Maßnahmen, die eine zeitnahe fachärztliche Versorgung gewährleisten.

In der jüngeren Vergangenheit haben sich Krankenkassen mit der Vermittlung von Facharztterminen oder einem „Wartezeitmanagement“ hervorgetan. Im Rahmen ih-

res Sicherstellungsauftrages haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Gewährleistung von Facharztterminen in „angemessener“ Zeit zu übernehmen. Der Referentenentwurf setzt hier an und sieht vor, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen sogenannte Terminservicestellen einzurichten haben. Diese haben die Aufgabe, innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin zu vermitteln. Die Wartezeit auf den vermittelten Termin darf vier Wochen nicht überschreiten. Die Entfernung zum vermittelten Leistungserbringer muss grundsätzlich „zumutbar“ sein.

Die Begründung zu den Neuregelungen enthält verschiedene Konkretisierungen zu den unbestimmten Rechtsbegriffen. Zudem werden Ausnahmen formuliert: keine Pflicht zur Vermittlung eines Termins besteht beispielsweise, wenn eine Behandlung innerhalb von vier Wochen aus medizinischen Gründen nicht erforderlich ist. Unklar bleibt, wer hierüber im Einzelfall entscheidet. Zu befürchten sind zahlreiche Streitigkeiten hierüber.

Hauptkritikpunkt aus der Sicht der BAGSO ist jedoch, dass die – mit erheblichen Kosten verbundene – Einrichtung und Unterhaltung der Terminservicestellen nichts an den systembedingten Ursachen dafür, dass gesetzlich Versicherte zu lange auf Untersuchungs- und Behandlungstermine bei Fachärzten warten müssen, ändert. Sie kann lediglich eine gewisse Umverteilung von Patientinnen und Patienten zwischen Fachärzten bewirken. Da das Arzt-Patient-Verhältnis jedoch – auch im Facharztbereich – auf Empfehlungen und Vertrauen basiert, bleibt abzuwarten, ob die Terminservicestellen von Patientinnen und Patienten als hilfreich angenommen werden.

7. Förderung innovativer Versorgungsformen – Innovationsfonds (§ 92a und § 92b SGB V)

Der Gemeinsame Bundesausschuss fördert Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Hierzu soll ein Innovationsfonds eingerichtet werden, der beim Gemeinsamen Bundesausschuss mit einer neuen Geschäftsstelle verwaltet wird. Entscheidungsgremium ist der neu zu schaffende Innovationsausschuss, in dem die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen ein Mitberatungs- und Antragsrecht haben. Ab dem Jahr 2016 werden jährlich 300 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Nach Abzug der Verwaltungskosten für die neu zu schaffenden Strukturen stehen 75 Prozent für neue Versorgungsformen und 25 Prozent für Versorgungsforschung zur Verfügung.

Die BAGSO weist darauf hin, dass es insbesondere im Bereich der medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung älterer und multimorbider Patientinnen und Patienten noch einen erheblichen Bedarf gibt. Daher unterstützen wir insbesondere in-

novative Ansätze beim Aus- und Aufbau geriatrischer Versorgung. Rehabilitative Ansätze gilt es sektorenübergreifend weiterzuentwickeln. Dabei ist dringend geboten, die in den medizinischen Berufen bestehenden Altersbilder zu hinterfragen, um eine strukturelle Benachteiligung Älterer zu vermeiden.

Die Erkenntnisse der Altersmedizin und Alterszahnmedizin müssen auch im Bereich der Pharmakologie stärkere Berücksichtigung finden: So müssen die Wirkungen von Arzneimittelkombinationen bei älteren Patienten erforscht und ältere und hochaltrige Menschen in klinischen Studien besser berücksichtigt werden.

Ebenso müssen die Strukturen für Palliativmedizin und –pflege weiter verbessert werden, um die fachlich und ethisch angemessene Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen sowohl in der eigenen Häuslichkeit als auch in stationären Einrichtungen sicherzustellen.

8. Erweiterung der Entscheidungsgremien des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (§ 279 SGB V)

Wie im Koalitionsvertrag zur 18. Legislaturperiode vereinbart, sollen die Entscheidungsgremien des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) um stimmberechtigte Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen sowie der Pflegeberufe erweitert werden. Der Referentenentwurf sieht vor, dass das Verhältnis zwischen den bislang vertretenen Mitgliedern des Verwaltungsrates und den neu hinzu kommenden zwei Drittel zu ein Drittel betragen soll. Damit erhalten die Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen ein Sechstel der Sitze und ein eigenes Stimmrecht.

Die BAGSO begrüßt die weitere Stärkung der Interessensvertretung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, insbesondere die Ausgestaltung mit Stimmrecht. Als eine der maßgeblichen Organisationen nach §118 SGB XI auf Bundesebene weist sie jedoch darauf hin, dass die Ausgestaltung dieser Regelung auf Landesebene kompliziert werden kann. Aus Sicht der BAGSO wäre die Einbeziehung der Landessenorenvertretungen – neben Vertreterinnen der Landesgliederungen der übrigen §118er Verbände – wünschenswert.

Auch wenn die Erweiterung der Verwaltungsräte des MDK durch Interessenvertreter mehr Transparenz schaffen wird und daher grundsätzlich zu begrüßen ist, so wird der MDK hierdurch noch lange nicht unabhängig von den Krankenkassen. Eine neutrale und wirklich unabhängige Prüf- und Kontrollinstanz fehlt weiterhin.