

Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Inhalt

A. Einleitung und zusammenfassende Bewertung	3
B. Stellungnahme zu den Einzelvorschriften.....	9
Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	9
§ 10 Familienversicherung für erwachsene Jugendliche mit Behinderung.....	9
§ 20j Präexpositionsprophylaxe (PrEP)	9
§ 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	10
§ 46 Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld bei fortbestehender AU	10
§ 50 Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes: Folgeänderungen zum Flexirentengesetz	10
§ 51 Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe: Folgeänderung zum Flexirentengesetz.....	11
§ 55 Leistungsanspruch Zahnersatz	12
§ 73 Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung: Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Facharzttermins durch den Hausarzt (§ 73 Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 i.V. § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 3).....	12
§ 75 Inhalt und Umfang der Sicherstellung: Terminservicestellen (§ 75 Absatz 1a).....	13
§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte: Vergütungsanreize zur besseren Versorgung der Versicherten durch Terminvermittlungen	16
§ 89a Sektorenübergreifendes Schiedsgremium	17
§ 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	18
§ 96 Beteiligung der Länder an den Zulassungsausschüssen	18
§ 105 Förderung der vertragsärztlichen Versorgung durch den Strukturfonds	19
§ 106a Wirtschaftlichkeitsprüfungen.....	21
§ 132d Abs. 1 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)	21

§ 291a Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur: Elektronische Patientenakte (ePA)	23
§ 291b Gesellschaft für Telematik	24
Artikel 4: Änderung des Aufwendungsausgleichsgesetzes	25
§ 11 Ausnahmevorschriften: Umlage Werkstätten § 11 Absatz 2	25
Artikel 8: Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch.....	26
§§ 71, 72 SGB XI in Verbindung mit §§ 37 Abs. 9 und 112a SGB XI: Überführung der Modellprojekte nach § 125 SGB XI (ambulante Betreuungsdienste) in die Regelversorgung	26
§ 120 Pflegevertrag bei häuslicher Pflege.....	30
Artikel 13: Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte	33
§ 19a Zulassungsverordnung für Vertragsärzte: Offene Sprechstunden.....	33
C. Ergänzende Änderungsbedarfe	34
1. § 132a Absatz 1 SGB V Versorgung mit häuslicher Krankenpflege – Rahmenempfehlungen: Anerkennung der Tarifbindung in der Häuslichen Krankenpflege	34
2. §§ 23, 24, 40 und 41 SGB V: Verbesserungen medizinischer Rehabilitation und Vorsorge für Mütter, Väter und pflegende Angehörige: Einführung einer vor- und nachstationären Beratungs- und Betreuungsleistung.....	35
3. § 20f SGB V Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie	38
4. § 39 SGB V Krankenhausbehandlung: Verbesserung des Entlassmanagements.....	39
5. Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen.....	40
6. § 126 SGB V Versorgung durch Vertragspartner	40

A. Einleitung und zusammenfassende Bewertung

Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Verbände der Freien Wohlfahrtspflege unterstützen die Zielsetzungen des Referentenentwurfs nachdrücklich, allen Patientinnen und Patienten einen besseren und gleichwertigen Zugang zur medizinischen Versorgung zu ermöglichen. Die vorgesehenen Maßnahmen zur Verkürzung der Wartezeiten auf Arzttermine durch die neue Triage-Funktion der Terminservicestellen, die Erweiterung des Sprechstundenangebots um offene Sprechstunden, die Förderung der Digitalisierung durch die elektronische Patientenakte sowie Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung im ländlichen und strukturschwachen Raum sind wichtige Weichenstellungen.

Allerdings sollen die meisten der genannten Maßnahmen ihre Wirkung vor allem durch Vergütungsanreize entfalten. Dies bewerten die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege kritisch. Denn es gibt keinen Grund, warum Fachärztinnen und -ärzte mehr Geld erhalten sollen, wenn sie Patientinnen und Patienten über die Terminservicestelle annehmen, statt ihnen in offenbar vorhandenen Sprechstundenkapazitäten direkt einen Termin anzubieten. Darüber hinaus produzieren die extrabudgetären Vergütungen Fehlanreize, wenn die Akutbehandlung von Neupatientinnen und -patienten besser honoriert wird als die Versorgung von akut und chronisch kranken Bestandspatientinnen und -patienten in den Arztpraxen. Aus Sicht der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege werden bessere Vergütungen auch nicht helfen, um die Probleme der Unterversorgung des ländlichen und strukturschwachen Raums in den Griff zu bekommen. Ärztinnen und Ärzte, die sich in strukturschwachen, abgelegenen Gebieten wie z. B. Mecklenburg-Vorpommerns niederlassen wollen, werden keinen Mangel an zu versorgenden Patientinnen und Patienten und somit an Vergütung für ihre medizinische Tätigkeit haben. Sie werden sich jedoch in diesen Gebieten nicht niederlassen, wenn es an einer entsprechenden Infrastruktur in diesem Sozialraum fehlt, die attraktive Wohnmöglichkeiten, gute Arbeitsplätze für die Partnerinnen und Partner, Betreuungsmöglichkeiten für Kinder, Einkaufsmöglichkeiten, sozio-kulturelle Angebote usw. bietet. Im Kern lässt sich das Problem der Unterversorgung also nur durch die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse in Deutschland lösen. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege leisten mit ihrer Expertise gerne einen Beitrag zur geplanten Kommission „Gleichwertige Lebensverhältnisse“.

Zusammenfassend bewerten die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege die vorgesehenen Maßnahmen des Referentenentwurfs wie folgt:

1. Maßnahmen zur Verkürzung der Wartezeiten und zur schnelleren Vermittlung eines Facharzttermins

- Die Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Facharzttermins durch die Hausärztin oder den Hausarzt wird von den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege positiv bewertet. Durch das Konzept der „dringlichen Überweisung“ durch den primärversorgenden Hausarzt/die Hausärztin zu einem Facharzt/einer Fachärztin erfolgt eine effiziente Triage und es kann vermieden werden, dass durch Bagatellfälle die Behandlung von wirklich fachärztlich behandlungsbedürftigen Patienten verzögert, verhindert oder eingeschränkt wird. Da dem Hausarzt/der Hausärztin durch die fachärztliche Vermittlung ein zusätzlicher Aufwand entsteht, ist eine zusätzliche Vergütung gerechtfertigt und sinnvoll.

- Es ist zu begrüßen, dass den Terminservicestellen durch eine bundesweit einheitliche und rund um die Uhr zur Verfügung stehende Telefonnummer die Funktion einer Triage zukommen soll, da diese dann Akutpatientinnen und -patienten entweder in die Akutversorgung im niedergelassenen Bereich oder in die Notfallambulanz des Krankenhauses verweisen können. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege setzen sich nachdrücklich für das vom Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen vorgeschlagene Konzept der integrierten, an Krankenhäusern angesiedelten Notfallzentren ein, in denen niedergelassene Fachärztinnen und -fachärzte mit Klinikärztinnen und -ärzten Hand in Hand arbeiten und gezielt den Verlauf der Versorgung von Akutpatientinnen und -patienten steuern können. Auf diese Weise könnten die infolge von Fehlsteuerungen überlaufenen Notfallambulanzen der Krankenhäuser wirksam entlastet werden. Aus Sicht der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege gibt es jedoch keinen Grund für eine extrabudgetäre Vergütung für Leistungen von durch die Terminservicestelle vermittelten Patientinnen und Patienten, die im Akut- oder Notfall während der Sprechstundenzeiten oder aber aufgrund einer binnen einer Woche erfolgenden Vermittlung zum Facharzt oder der Fachärztin behandelt werden. Scharf kritisiert wird auch, dass für Patientinnen und Patienten, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmalig diagnostiziert und behandelt werden, eine extrabudgetäre Vergütung gezahlt werden soll, denn zu dieser Personengruppe zählen auch Altpatientinnen und -patienten, die nur selten die Hausarztpraxis aufsuchen. Die Vergütungsanreize für Akutpatientinnen und -patienten und Neupatientinnen und -patienten können durch den Fehlanreiz der Zusatzvergütung die Versorgung von chronisch kranken Bestandspatientinnen und -patienten gefährden. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege setzen sich in diesem Zusammenhang für eine bedarfsgerechte, den Schweregrad und die Versorgungshäufigkeit entsprechende Vergütung der Leistungen für chronisch kranke Patientinnen und Patienten im Rahmen der Versicherten- und Grundpauschalen ein. Die Terminservicestelle sollte sich zudem auf die Vermittlung von fachärztlichen Terminen beschränken; der Zugang zur hausärztlichen Versorgung stellt kein Problem dar. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege lehnen ferner das Erfordernis von Überweisungen zu Haus- und Kinderärztinnen und -ärzten ab, die neben ihrer primärärztlichen Tätigkeit einen Behandlungsschwerpunkt oder eine Spezialisierung aufweisen. Der direkte und niedrigschwellige Zugang zur Primärversorgung muss in jedem Fall weiterhin gewährleistet bleiben.
- Weiter merken die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege an, dass die Terminservicestellen ihre Angebote barrierefrei ausgestalten müssen, damit auch der Zugang von Menschen mit Behinderung zu ihrer Vermittlungsfunktion gewährleistet ist.
- Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege weisen zudem darauf hin, dass das Problem der unverhältnismäßig langen Wartezeiten auf einen Facharzttermin sich auch aus der bevorzugten Terminvergabe an Privatpatientinnen und -patienten ergibt. Dieses Problem muss mit dem vorliegenden Gesetzentwurf angegangen werden.
- Positiv zu bewerten ist die Ausweitung des Mindestsprechstundenangebots von 20 auf 25 Stunden wöchentlich. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege befürworten eine Anrechnung der Hausbesuche auf die zusätzlichen 5 Stunden. Denn die Anzahl an Hausbesuchen, die insbesondere für ältere und

pflegebedürftige Menschen wichtig sind, ist in den letzten Jahren in den meisten KV-Bezirken stetig zurückgegangen.

2. Maßnahmen zur Bekämpfung der Unterversorgung, insbesondere im ländlichen und strukturschwachen Raum

- Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege sprechen sich kritisch gegenüber Neuzulassungen in ländlichen Bereichen aus, welche die Länder künftig auch in Planungsbezirken, für die Zulassungsbeschränkungen vorgesehen sind, beantragen können. Für die Neuzulassung von Arztsitzen muss es klare Kriterien geben.
- Um der Unter- und Überversorgung wirksam begegnen zu können, ist aus Sicht der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege eine kleinräumigere Bedarfsplanung von zentraler Bedeutung, in die systematisch Faktoren wie Geschlecht, Morbidität und vor allem sozio-ökonomische Faktoren wie Arbeitslosigkeit, Einkommensverteilungen und Pflegebedürftigkeit als Kriterien aufgenommen werden müssen.
- Der Strukturfonds sollte vor allem auf Maßnahmen zur Beseitigung der Unterversorgung ausgerichtet werden. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen die Absicht des Referentenentwurfs, auch Eigeneinrichtungen der KVen sowie lokale Gesundheitszentren zu fördern. Diese Zentren sind nicht nur eine Antwort auf die komplexen sektorenübergreifenden Bedarfe von Patientinnen und Patienten, sondern helfen dabei, Versorgungsengpässe in strukturschwachen ländlichen Räumen wirksam zu bekämpfen. Nicht hinnehmbar ist hingegen, dass der Strukturfonds auch den freiwilligen Verzicht auf die Zulassung als Arzt fördern soll. Entschädigungszahlungen aus dem Fonds sollten an ein Vorkaufsrecht der KVen für nicht mehr benötigte Arztsitze geknüpft werden, zumal die Regelung zum Aufkauf von Arztpraxen durch die KV in zulassungsbeschränkten Bezirken mit dem Referentenentwurf aufgehoben wird, was von den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege scharf kritisiert wird. Die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an Landarztpraxen ist zwar zu begrüßen, aus Sicht der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege jedoch an die Bedingung zu knüpfen, dass deren Finanzierung aus der Gesamtvergütung erfolgt. Nur so besteht ein Anreiz zum Abbau von Überversorgung.
- Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen, dass Landarztpraxen künftig als Praxisbesonderheit gelten können, die von Regressen ausgenommen sind. Ebenso positiv ist die geplante Anerkennung von Hausbesuchen als Praxisbesonderheit, die von Honorarkürzungen ausgenommen wird.
- Um die ambulante Versorgung der Versicherten zu stärken, bedarf es aus Sicht der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege einer Stärkung der Kompetenzen der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe. Nicht nur die demographische Entwicklung fordert eine Zusammenarbeit der medizinischen und pflegerischen Berufe auf Augenhöhe. In anderen europäischen Ländern ist die Delegation und Substitution ärztlicher Tätigkeiten durch Angehörige von anderen Gesundheitsberufen längst stärker in die Praxis umgesetzt. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen nachdrücklich, dass das Pflegeberufegesetz die pflegerischen Aufgaben als den Pflegefachkräften eigenständig vorbehaltene Tätigkeiten regelt. Die Übertragung von heilkundlichen Tätigkeiten auf Angehörige der Pflegefachberufe zur eigenständigen Ausübung und in einem eigenständigen Verantwortungsbereich – verbunden mit einer entsprechenden Qualifikation – fördert aus Sicht der Verbände der Freien Wohl-

fahrtspflege eine bessere gesundheitliche Versorgung. Ärzte können sich dann stärker auf ihre Kernaufgaben konzentrieren, während beispielsweise die Verordnung von Pflegehilfsmitteln oder Verbandsmitteln sowie Wundversorgung zum eigenständigen Aufgabenbereich der Pflegefachkräfte gehört. Eine bessere gesundheitliche Versorgung kann nur durch ein Zusammenwirken aller Gesundheitsberufe und durch eine Neuverteilung der Aufgaben zwischen den Berufen gelingen. Dabei muss den Pflegefachberufen eine eigenständige Rolle auch jenseits von Delegation und Substitution zukommen. Dies gilt ebenso für andere Gesundheitsberufe wie die Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie.

- Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen die Neuregelung zum sektorenübergreifenden Schiedsgremium nach § 89a SGB V, das beispielsweise auch beim Entlassmanagement zum Tragen kommen wird. Gleichzeitig verbleibt aber mit den Landesschiedsstellen für Vergütungsfragen im Bereich der medizinischen Rehabilitation eine Parallelstruktur im Schiedsstellenwesen. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege schlagen deshalb vor, das Schiedswesen im Bereich der Rehabilitation im SGB IX zu verorten und mit den dortigen Vertrags- und Rahmenvertragsregelungen nach § 38 SGB IX zu verknüpfen.
- Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege messen einer sektorenübergreifenden Versorgung generell eine hohe Bedeutung zu. Ein Schritt hin zu einer besser abgestimmten sektorenübergreifenden Rahmenplanung kann darin bestehen, die Kompetenzen des Landesgremiums nach § 90a SGB V zu erweitern, indem es die Aufgabe erhält, die Grundzüge der sektorenübergreifenden Versorgung zu bestimmen. In jedem Bundesland ist ein solches Gremium verpflichtend zu errichten. Die Empfehlungen des Landesgremiums nach § 90a SGB V sollten einen höheren Grad an Verbindlichkeit erlangen. Auch ist daran zu denken, die Aufgaben der Landesausschüsse nach § 90 SGB V an das gemeinsame Landesgremium zu übergeben. Zugleich ist zu gewährleisten, dass alle an der Versorgung beteiligten Leistungsträger und die Leistungserbringer einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege an den Entscheidungen beteiligt sind. Durch Schritte in diese Richtung werden auch die Empfehlungen des Gutachtens des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“ (2018) aufgenommen, die sektorenübergreifende Planung und Sicherstellungsverantwortung an regionale Gremien zu übertragen, die durch einzurichtende Geschäftsstellen unterstützt werden (vgl. dazu Abschnitt 13.2.2 des Gutachtens). Die Rehabilitationsträger und -leistungserbringer sind an der Planung zu beteiligen. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege fordern ferner einen institutionalisierten Dialog auf der Ebene der Bundesländer mit Wohlfahrtsverbänden und Selbsthilfe- bzw. Patientenorganisationen. Dabei kann es nicht nur um die Beteiligung eines/r Patientenvertreters/in gehen; vielmehr müssen je nach Versorgungsthematik verschiedene Patientenperspektiven eingebracht werden können. Wichtige Anliegen sind dabei u. a. die Zugänglichkeit und Erreichbarkeit von Gesundheitsdiensten mit dem ÖPNV sowie die Barrierefreiheit der Gesundheitsdienste.

3. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen ausdrücklich den im Referentenentwurf vorgesehenen Anspruch von SAPV-Teams auf einen Versorgungsvertrag. Mit dem Abschluss einheitlicher Versorgungsverträge auf Landesebene ist jedoch die Sorge verbunden, dass Open-House-Modelle weiterhin möglich sind. Zudem begünstigen Vereinbarungen auf Landesebene, dass sich die Versorgungslandschaft auseinanderentwickelt. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege setzen sich deshalb für Vereinbarungen zur SAPV auf Bundes- statt auf Landesebene ein. Diese Vereinbarungen sollten die Empfehlungen nach dem bisherigen § 132d Absatz 2 ersetzen und die Voraussetzungen für den Abschluss eines Versorgungsvertrags festlegen.

4. Perspektive der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen

Mit Blick auf die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen vermissen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege im vorliegenden Referentenentwurf entsprechende Regelungen bzw. geeignete Maßnahmen, die in Anlehnung an Artikel 25 der UN-Behindertenrechtskonvention, eine barriere- und diskriminierungsfreie gesundheitliche Versorgung für Menschen mit Behinderungen sicherstellen. Laut Teilhabebericht der Bundesregierung (2017) bestehen gravierende Mängel bei der Zugänglichkeit und Nutzbarkeit der Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderungen. Aus Sicht der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege ist deshalb § 2a SGB V an die in der UN-Behindertenrechtskonvention genannten notwendigen Maßnahmen anzupassen.

Zudem benötigen Menschen mit Behinderungen während des Krankenhausaufenthalts oftmals eine Begleitung durch eine ihnen vertraute Assistenzkraft. Der Anspruch auf Mitaufnahme einer Pflegeperson ist in § 11 Absatz 3 Satz 1 SGB V geregelt. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege fordern eine gesetzliche Klarstellung, dass dieser Rechtsanspruch nicht nur für jene Menschen mit Behinderung gilt, die ihre Assistenz durch eine Pflegekraft im sog. Arbeitgebermodell sicherstellen, sondern generell auf den Bedarf von Menschen mit Behinderung ausgeweitet wird.

5. Regelhafte Einführung von zugelassenen ambulanten Betreuungsdiensten im SGB XI

Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege unterstützen den politischen Willen, Angebote für hilfe- und pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen insbesondere in den Bereichen allgemeine psychosoziale Betreuung und haushaltsnahe Dienstleistungen zu stärken und weiterzuentwickeln. Außerdem können die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege zwar nachvollziehen, dass neue Betreuungsdienste einen Beitrag leisten sollen, Versorgungslücken in der häuslichen Pflege zu begrenzen. Es stellen sich dabei jedoch Fragen zur Personalrekrutierung, zur Abgrenzung zu den Angeboten der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag und zu den Leistungen der ambulanten Pflegedienste, zur inhaltlichen Umsetzung des mit dem Pflegestärkungsgesetz II eingeführten neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, zur lückenhaften Einbeziehung der ambulanten Betreuungsdienste in die Regelung des SGB XI bei den Vergütungsregelungen, in die Landesrahmenverträge bei der Qualitätssicherung sowie im Hinblick auf die Beratungs- und Information des Pflegebedürftigen angesichts einer Ausweitung der Unübersichtlichkeit der Versorgungslandschaft.

Angesichts der zahlreichen offenen Fragen regen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege an, im Sinne der Zielsetzung des Gesetzgebers bereits bestehende Betreuungsangebote zu stärken und auszubauen. Hierbei ist auch dafür Sorge zu tragen, dass die erforderlichen Landesverordnungen nach § 45a Absatz 3 zeitnah verabschiedet bzw. überarbeitet werden, damit ein Ausbau möglich ist. Ebenso ist eine Stärkung der bestehenden ambulanten Pflegedienste erforderlich, damit diese ihre Angebotsstruktur erweitern können. Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz stärkt v.a. die stationäre Pflege im Krankenhaus und in den stationären Pflegeeinrichtungen. Das Gesetz ist vollumfänglich auf ambulante Pflegedienste zu erweitern.

B. Stellungnahme zu den Einzelvorschriften

Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 10 Familienversicherung für erwachsene Jugendliche mit Behinderung

Vorgeschlagen wird eine gesetzliche Klarstellung, dass Kinder mit Behinderung auch nach Überschreiten der in Absatz 2 Nr. 1, 2 und 3 genannten Altersgrenzen dann wieder familienversichert sein können, wenn eine vorher laufende Vorrangversicherung (Absatz 1 Satz 1 Nr. 2) endet. Die Begründung führt hierzu aus, dass nach jetziger Rechtslage diese Menschen nicht mehr in die Familienversicherung einbezogen werden, sondern ihre Mitgliedschaft in der GKV nur als freiwillige Versicherung fortsetzen können.

Der Wortlaut des Gesetzes gibt diese Rechtsfolge jedoch nicht her. Peters schreibt hierzu in KassKomm (2018) unter Verweis auf ein Urteil des Bundessozialgerichts aus 2004:

„Wird die bereits bestehende altersunabhängige FamilienVers eines Kindes durch eine Versicherungspflicht aufgrund einer Beschäftigung verdrängt, so gilt das lediglich für die Dauer der versicherungspflichtigen Beschäftigung, also i.S. eines vorübergehenden, befristeten Ausschlusses der FamilienVers, führt aber nicht zu einem endgültigen Ende der FamilienVers (BSG Urt. v. 18.5.2004 – B 1 KR 24/02 R – in SozR 4–2500 § 10 Nr. 4).“ (ebenso BeckOK SozR/Ulmer SGB V § 10 Rn. 26). Für die vorgeschlagene Änderung besteht also kein Bedarf.

Der Gesetzgeber sollte jedoch regeln, dass die Menschen mit Behinderungen grundsätzlich zwischen einer Familienversicherung und einer freiwilligen Versicherung wählen können. Ein verpflichtender Rückgriff auf die Familienversicherung von erwachsenen Menschen mit Behinderungen widerspräche dem Grundsatz der Autonomie und Selbstbestimmung und den Leitgedanken der UN-Behindertenrechtskonvention.

§ 20j Präexpositionsprophylaxe (PrEP)

Aus den Erfahrungen und Untersuchungen in anderen Ländern wie z.B. den USA und Großbritannien, ist abzuleiten, dass Einbeziehung der PrEP in die regulären Leistungen des Gesundheitssystems die Rate von Neuinfektionen bei bestimmten Zielgruppen mit hohem HIV-Risiko senkt. Durch regelmäßige medizinische Kontrollen, die bei der Anwendung der PrEP notwendig sind, kommen zudem Menschen in das medizinische System, die es sonst nicht nutzen würden. Beratung, Prophylaxe und Behandlung von HIV und auch anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen werden somit verbessert und den Zielen 90 – 90 – 90 von UNAIDS (90 Prozent aller HIV-Infizierten wissen von ihrer Infektion, davon haben 90 Prozent Zugang zu HIV-Medikamenten und 90 Prozent haben eine Viruslast unter der Nachweisgrenze) ein wichtiger Baustein zur Umsetzung hinzugefügt.

§ 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege lehnen die Streichung der Berichtspflicht in den Fällen, in denen trotz verordneter Rehabilitation Krankenkassen die Leistung an Pflegeversicherte nicht erbracht haben, ab. Mit den Zahlungen der Krankenkassen an die Pflegekassen verband der Gesetzgeber die Absicht, für die Krankenkassen einen finanziellen Anreiz für eine zügige Leistungserbringung nach der Antragstellung zu setzen. Der Verweis in der gesetzlichen Begründung, dass es hier nur wenige Fälle gab, bedeutet nicht, dass es bei der Genehmigung der Rehabilitationsmaßnahmen für pflegebedürftige Menschen keine Probleme gäbe. **Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege sprechen sich daher nicht nur gegen die Streichung aus, sondern regen an, dass die Berichtspflicht um Angaben zu den Gründen für eine nicht erfolgte Rehabilitationsmaßnahme ergänzt wird.**

§ 46 Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld bei fortbestehender AU

Mit der jetzt geplanten Neuregelung soll sichergestellt werden, dass diejenigen Versicherten ihren Krankenversicherungsschutz nicht verlieren, deren Krankenversicherungsschutz vom lückenlosen Bezug des Krankengeldes abhängt (§ 192 Absatz 1 Nr. 2 SGB V) und die die AU-Folgebescheinigung verspätet vorgelegt haben. Die geplante Neuregelung ist sachgerecht. Denn nach gegenwärtiger Rechtslage werden Versicherte mit einer fortbestehenden Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nr. 2 SGB V und Pflichtversicherte nach § 5 SGB V unterschiedlich behandelt. Während im Falle der Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nr. 2 SGB V das Krankengeld im Falle einer verspäteten Folge-AU vollständig und dauerhaft entfällt, kann der Krankengeldanspruch bei Pflichtversicherten wiederaufleben. Für die Zeit der Säumnis soll entsprechend § 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V eine einwöchige Frist gelten. Hier könnte angezeigt sein, die Frist großzügiger zu bemessen.

§ 50 Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes: Folgeänderungen zum Flexirentengesetz

Ziel der Neuregelung in § 50 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 des Referentenentwurfs ist es, Doppelleistungen zu verhindern, die daraus resultieren können, dass die Teilrente seit dem Flexirentengesetz frei wählbar und damit auch zwischen 2/3 und 99 Prozent der Vollrente liegen kann. Bei näherer Betrachtung fügt sich die vorgeschlagene Neuregelung nicht in das neue Teilrentenkonzept ein. Selbst wenn eine Teilrente mit 99 Prozent der Vollrente vollrentennah ist, stellt sie de jure keine Vollrente dar. Das Rentenrecht trägt dieser klaren Unterscheidung zwischen Vollrente von 100 Prozent und Teilrente von 99 Prozent und weniger beispielsweise dadurch Rechnung, dass die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung bei einer abhängigen Beschäftigung nach Erreichen der Regelaltersgrenze erst beim Bezug einer Vollrente entfällt und nicht schon beim Bezug einer vollrentennahen Teilrente (§ 5 Abs. 4 S. 1 Nr. 1 SGB VI). **Es ist nicht hinnehmbar, wenn im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung mit der „vollzeitnahen Teilrente“ zwischen 2/3 und 99 Prozent der Vollrente eine weitere Differenzierung vorgenommen wird, die mit den rentenrechtlichen Regelungen nicht im Einklang steht.** Im Übrigen besteht die Gefahr einer Doppelleistung nicht. Denn die Höhe der Teilrenten ist abhängig von individuellen Hinzuverdienstgrenzen. Wenn aber durch die Hinzuverdienstgrenzen

sichergestellt ist, dass Teilrente und Erwerbseinkommen zusammengekommen das frühere Vollerwerbseinkommen nicht übersteigen können, dann kann auch das dem Erwerbseinkommen abgeleitete, niedrigere Krankengeld zusammen mit der Teilrente nicht höher ausfallen. Aus Sicht der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege besteht daher für die vorgeschlagene Neuregelung kein Bedarf.

Nach gegenwärtiger Rechtslage zu § 50 Absatz 1 Satz 2 endet der Krankengeldanspruch, wenn eine Vollrente wegen Alters beginnt. Wenn die Vollrente wegen Überschreitens der Hinzuverdienstgrenze rückwirkend entfällt, würde der Krankengeldanspruch rückwirkend wieder aufleben. Dies soll mit der vorliegenden Neuregelung verhindert werden. Die Bundesregierung argumentiert, dass das Wiederaufleben mit einem erheblichen Verwaltungsaufwand verbunden sei. Die vorgeschlagene Neuregelung ist aus mehreren Gründen nicht sachgerecht. Zum einen bestand schon vor dem Flexirentengesetz die Möglichkeit eines hinzuverdienstbedingten, rückwirkenden Wegfalls einer Altersrente. Dass dies seit dem Flexirentengesetz nunmehr häufiger auftreten kann, liegt allein daran, dass die rentenrechtlichen Hinzuverdienstregelungen von einer Monats- auf eine Jahresbetrachtung ex ante umgestellt wurden. Die Rentenversicherungsträger legen die Hinzuverdienstgrenzen im Voraus auf Grundlage einer Prognose des kalenderjährlichen Hinzuverdiensts fest und müssen dann jeweils zum 1. Juli eines Jahres „spitz abrechnen“. Mit dieser Umstellung sollte verhindert werden, dass unterjährige, schwankende Einnahmen zu einem (kurzfristigen und auf im Gesamtjahr betrachteten unberechtigten) Wegfall von Rentenansprüchen führen. **Die Umstellung auf eine „Jahresbetrachtung ex ante“ rechtfertigt keine Schlechterstellung der betroffenen Rentnerinnen und Rentner beim Krankengeld.** Vielmehr muss der Krankengeldanspruch erst recht wieder aufleben, wenn die Rentenversicherungsträger wegen der Prognoseschwierigkeiten einen Rentenanspruch im Rahmen der regelhaften „Spitzabrechnung“ rückwirkend aufheben müssen.

§ 51 Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe: Folgeänderung zum Flexirentengesetz

Seit dem Flexirentengesetz werden die Hinzuverdienstgrenzen bei den Teilrenten jährlich im Voraus und auf Grundlage einer Einkommensprognose ermittelt und zum 1. Juli eines jeden Jahres „spitz abgerechnet“. Wenn sich bei der Einkommenssituation hinzuverdienstrelevante Abweichungen von wenigstens 10 Prozent ergeben, müssen die Rentenversicherungsträger diese gem. § 34 Abs. 3e SGB VI auf Antrag berücksichtigen. Mit dem in § 51 SGB V enthaltenen Regelungsvorschlag sollen die Krankenkassen berechtigt werden, Betroffenen eine Frist von vier Wochen zu setzen, innerhalb derer sie einen entsprechenden Antrag auf Berücksichtigung von Abweichungen beim Hinzuverdienst zu stellen haben. **Der Regelungsvorschlag steht im Widerspruch zu dem Teilrentenkonzept und kann bei den Rentenversicherungsträgern zu einem höheren Verwaltungsaufwand führen.** Ziel des neuen Teilrentenkonzeptes war zu verhindern, dass schwankende Hinzuverdienste zu unverhältnismäßigen Folgen bei den Rentenansprüchen führen. In diesem Zusammenhang ist auch das Antragsrecht des § 34 Abs. 3e SGB VI zu sehen. Er soll den Versicherten ermöglichen, bei abweichenden Hinzuverdiensten Änderungen der Hinzuverdienstgrenzen zu erreichen. Versicherte sollten hierzu aber nicht verpflichtet werden, weil Hinzuverdienste gerade bei unstetig beschäftigten Rentnerinnen und Rentnern großen Schwankungen unterliegen. Indem die Krankenkassen nunmehr

das Recht erhalten, die Berechtigten zur Stellung eines entsprechenden Antrags aufzufordern, könnte das Ziel des neuen Teilrentenkonzepts – zumindest in Bezug auf unstetig beschäftigte Rentnerinnen und Rentner mit erheblichen Einkommensschwankungen – teilweise konterkariert werden.

§ 55 Leistungsanspruch Zahnersatz

Der Festzuschuss für Zahnersatz wird von 50 Prozent auf 60 Prozent erhöht; die Härtefallregelung wird an die Anhebung der Festzuschüsse angepasst. Bei vollständigem Bonusheft erhöht sich der Bonus bei lückenloser Führung von 5 Jahren von 60 Prozent auf 70 Prozent und bei 10 Jahren von 65 Prozent auf 75 Prozent. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen die Neuregelung außerordentlich, da der Eigenanteil insbesondere für sozial- und einkommensschwache Personen eine deutliche Benachteiligung und Hürde darstellt. **Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege sprechen sich allerdings für einen früheren Zeitpunkt der Umsetzung mit Inkrafttreten des Gesetzes zum 1.1.2019 anstatt zum 01.01.2021 aus.**

§ 73 Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung: Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Facharzttermins durch den Hausarzt (§ 73 Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 i.V. § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 3)

Positiv zu bewerten ist die Klarstellung in § 73 Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V des Referentenentwurfs, wonach zur Leistungsbeschreibung der hausärztlichen Versorgung neben der Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen ausdrücklich auch die Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Facharzttermins gehört. **Dies entspricht dem Konzept der dringlichen Überweisung, für welches sich die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege bereits im Rahmen ihrer Stellungnahmen zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ausgesprochen haben.**

Erhebungen mehrerer Krankenkassen bestätigen die teilweise langen Wartezeiten von Patientinnen und Patienten auf Facharzttermine in medizinisch dringend notwendigen Fällen. Einige Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) haben das Konzept der „dringlichen Überweisung“ bereits erfolgreich erprobt. Zu nennen sind z.B. die KV Saarland, die KV Mecklenburg und die KV Sachsen, die eine Überweisung mit gestufter Dringlichkeit (z.B. 1,2,3 oder ABC) eingeführt haben. Die Dringlichkeitsüberweisung ermöglicht zum einen eine effiziente Einschätzung des Behandlungsbedarfs, eine entsprechend des jeweiligen Erfordernisses schnelle fachärztliche Weiterbehandlung und verbessert zum anderen die Abstimmung zwischen haus- und fachärztlicher Behandlung. Ein Vorteil gegenüber der Vermittlung von fachärztlichen Terminen durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a SGB V ist zudem, dass der für die fachärztliche Behandlung erforderliche Überweisungsschein bei einer Terminvermittlung durch den Hausarzt oder die Hausärztin stets vorliegt. So hat die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) in ihrer Evaluation der Terminservicestellen festgestellt, dass bei ca. 1/3 der Patientinnen und Patienten, die in den Terminservicestellen anriefen, keine Überweisung vorlag, sodass der Anspruch auf Terminvermittlung in vielen Fällen gar nicht eingelöst werden konnte. Das Konzept der „dringlichen Überweisung“ macht zudem die Ausnahmeregelungen des § 75 Ab-

satz 1a Satz 7 SGB V a.F. zu den Terminservicestellen entbehrlich, wonach Routineuntersuchungen und Behandlungen von sog. „Bagatellerkrankungen“ – zu Recht – nicht von der Terminvermittlung durch Terminservicestellen umfasst sein sollen. § 4 Absatz 4 der Anlage 28 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) welcher den medizinisch nicht eindeutig zu bestimmenden Begriff der „Bagatellerkrankungen“ definiert, legt fest, dass letztlich nur der Arzt oder die Ärztin im Einzelfall entscheiden kann, ob eine Bagatellerkrankung vorliegt. Durch das Konzept der „dringlichen Überweisung“ kann vermieden werden, dass tatsächliche Bagatellfälle die Behandlung von wirklich fachärztlich behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten blockieren.

Zusammenfassend halten die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege die Vermittlung von Facharztterminen auf der Grundlage des § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 SGB V für einen wegweisenden Schritt hin zur dringend notwendigen Verbesserung der fachärztlichen Versorgung.

Nach § 87 Absatz 2b Satz 1 Nummer 4 und Sätzen 4 und 5 SGB V Referentenentwurf soll die neue Leistung als Einzelleistung im EBM bis zum 1. April 2019 aufgenommen werden. Diese Frist ist zu kurz bemessen.

§ 75 Inhalt und Umfang der Sicherstellung: Terminservicestellen (§ 75 Absatz 1a)

Der Referentenentwurf weist den Terminservicestellen neue Aufgaben zu. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen, dass die Terminservicestellen künftig an 24 Stunden und 7 Tagen in der Woche unter einer bundesweit einheitlichen einprägsamen Telefonnummer erreichbar sein sollen. Außerdem haben die Terminservicestellen die Versicherten im Internet über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte zu informieren. Zusätzlich zur bisherigen Aufgabe, den Patientinnen und Patienten binnen einer Woche bei einer Fachärztin oder einem Facharzt zu vermitteln, erhalten die Terminservicestellen zudem die Aufgabe zur Vermittlung von hausärztlichen Terminen (Absatz 1a Nummer 1 RefE) einschließlich der Unterstützung bei der Suche nach einer geeigneten Hausärztin oder einem Hausarzt unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts (Absatz 1a Nummer 2 RefE). Die Unterstützung bei der Suche nach einem Hausarzt/einer Hausärztin kann im Einzelfall sinnvoll sein, da viele Hausärzte überlaufen sind und keine neuen Patientinnen und Patienten annehmen. Allerdings wird die Terminservicestelle das Hauptproblem der fehlenden Landärztinnen und Landärzte bei der hausärztlichen Versorgung nicht lösen können. Die Vermittlung von Hausarztterminen nach § 75 Absatz 1a Nummer 1 halten die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege in Fällen, in denen ein Patient/eine Patientin bereits einen Hausarzt/eine Hausärztin hat, für entbehrlich. **Die Terminservicestelle sollte auf die Vermittlung fachärztlicher Behandlung beschränkt bleiben.**

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege halten die Neuregelung für verfehlt, dass im Bundesmantelvertrag gemäß 75 Absatz 1a Satz 10 Nr. 2 bestimmt werden soll, in welchen Fällen es bei der Vermittlung der Terminservicestelle zu einem Hausarzt/einer Hausärztin oder Kinderarzt/Kinderärztin einer Überweisung bedarf. **Hausärztinnen und -ärzte sowie Kinderärztinnen und -ärzte müssen aus Sicht der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege stets ohne Überweisung zugänglich sein.** Ausweislich der Begründung soll es in diesen Fällen Überweisungen geben,

sofern ein Hausarzt/eine Hausärztin oder Kinderarzt/Kinderärztin einen bestimmten Schwerpunkt oder eine bestimmte Praxisausstattung hat. Eine solche Information ist für den Patienten oder die Patientin im Einzelfall sinnvoll; diese Information sollte jedoch aus unserer Sicht in den Passus zur Veröffentlichungspflicht der KVen zu den Sprechstundenzeiten der einzelnen Vertragsärzte gemäß § 75 Absatz 1a Satz 2 integriert werden.

Im Zusammenhang mit der geplanten Festlegung von Schwerpunkten für die Überweisung zum Hausarzt/der Hausärztin weisen wir darauf hin, dass die Definition von hausärztlichen Aufgaben im Bundesmantelvertrag (BMV-Ä, Anlage 5 § 2), die noch aus dem Jahr 2000 stammt, dringend überarbeitungsbedürftig ist, da sie nicht mehr zeitgemäß ist. In der bisherigen Aufgabenbeschreibung steht zu sehr die Krankheit und nicht die Förderung von Gesundheit und Prävention im Vordergrund. Es fehlt zudem gänzlich der Aspekt der Palliation.

Einige Fragen wirft aus Sicht der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege die Neuregelung des § 75 Absatz 3 Satz 3 Nummer 3 auf, wonach die Terminservicestelle in Akutfällen auch ohne Vorliegen einer Überweisung eine unmittelbare ärztliche Versorgung zu vermitteln hat, die auf der Grundlage einer Priorisierung erfolgt. Denn schon heute haben sowohl die Primärversorger (Hausärztinnen und Hausärzte, Frauen- und Augenärztinnen und -ärzte) als auch Fachärztinnen und Fachärzte die Pflicht zu einer sofortigen Versorgung im Notfall und zwar innerhalb und außerhalb der Sprechstundenzeiten. Zwar ist vom Notfall der Akutfall zu unterscheiden; der Notfall stellt jedoch eine Unterkategorie des Akutfalls dar. Ausweislich der gesetzlichen Begründung soll die geplante Regelung einen Beitrag leisten, die Notfallambulanzen der Krankenhäuser, in die viele Patientinnen und Patienten zunehmend sowohl innerhalb als auch insbesondere außerhalb der regulären Sprechzeiten im Akutfall gehen, entlasten. Diese Zielsetzung ist ausdrücklich zu unterstützen. Viele Akutfälle, die in die Krankenhausambulanzen und -notaufnahmen kommen, bedürfen keiner Krankenhausbehandlung. Der Terminservicestelle kommt mit der vorliegenden Regelung faktisch die Funktion einer Triage zu, die Patientinnen und Patienten auf der Grundlage einer vorzunehmenden Priorisierung entweder in die Akutversorgung im niedergelassenen Bereich oder in eine Portal- bzw. Bereitschaftspraxis oder im Bedarfsfall in die Notfallambulanz des Krankenhauses steuert. Diese Regelung kann somit einen sinnvollen Beitrag dazu leisten, die überlaufenen Notfallambulanzen und Notaufnahmen im Krankenhaus zu entlasten. Sinnvoller wäre es jedoch, wenn die Terminservicestellen in ihrer Funktion als Leitstelle solche Akutfälle generell an Portalpraxen bzw. an die im Gutachten des Sachverständigenrates (2018) vorgeschlagenen Integrierten Notfallzentren (INZ) weiterleiten würden, die an Krankenhäusern angesiedelt sein sollen und in denen niedergelassene Ärzte und Ärztinnen sowie Klinikärzte und -ärztinnen auf der Grundlage einer gemeinsamen Vergütung Hand in Hand arbeiten sollen. Denn im Unterschied zur Terminservicestelle können die Ärzte dort nach persönlicher Inaugenscheinnahme des Patienten/der Patientin beurteilen, welcher Art von Behandlung der oder die Patientin bedarf und gezielt den Versorgungspfad entweder in den ambulanten Bereich oder ins Krankenhaus steuern. Des Weiteren stellt sich auch die Frage, nach welchen Kriterien die im Referentenentwurf vorgesehene Priorisierung der Akutfälle vorzunehmen ist.

Die Vermengung von Akutfällen und Notfällen schlägt sich auch in den Vergütungsregelungen nach § 87 Absatz 2a Satz 23 des Referentenentwurfs nieder. Die bisher

dort getroffenen Regelungen zur Vergütung im Notfall und Notdienst werden nach dem Referentenentwurf jetzt um eine Vergütungsregelung zu den Akutfällen ergänzt, die bis zum 1. April 2019 im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vorliegen soll. Wenn der Akutfall in der vertragsärztlichen Praxis behandelt wird, wird er nach der vorgesehenen Neuregelung des § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 4 – in gleicher Weise wie der Notfall – extrabudgetär vergütet. Diese Gleichsetzung der Vergütung von Akutfällen während der Sprechstunde mit der Vergütung für Krankenhäuser bei der ambulanten Akutversorgung in Notfällen sieht auch die Gesetzesbegründung auf Seite 99 ausdrücklich vor. Nicht jeder Akutfall ist jedoch – wie schon ausgeführt – ein Notfall, der stets einer unverzüglichen und spezialisierten Behandlung bedarf. Zwischen diesen beiden Formen der Behandlung sollte auch in der Vergütung differenziert werden.

Mit der Neuregelung geht generell die Gefahr einher, dass die Akutfälle, welche die Terminservicestelle in die niedergelassene Praxis vermittelt und die extrabudgetär vergütet werden, andere Patientinnen und Patienten, welche die Sprechstunde ebenfalls als Akutfälle aufsuchen möchten – mit und ohne Termin und auch mit und ohne Überweisung – verdrängen. Denn die Terminservicestelle hat keinen Überblick über Anzahl und die Dringlichkeit der Behandlung der im aktuellen Fall eine Sprechstunde aufsuchenden Patientinnen und Patienten. Eine extrabudgetäre Vergütung legt eine bevorzugte Behandlung jener Akutfälle in der Sprechstunde nahe, die durch die Terminservicestelle vermittelt wurden. Diese Ungleichbehandlung lehnen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege ab.

Ausdrücklich positiv bewertet wird die in § 75 Absatz 1a Absatz 7 Nummer 5 geplante Digitalisierung der Terminvermittlung. So können Termine künftig nicht nur telefonisch, sondern auch zeitgemäß online und per App vermittelt werden.

Weiter vermissen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege aus der Perspektive der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen Regelungen zur barrierefreien Ausgestaltung und deren Finanzierung. Insbesondere bei der Neukonfigurierung der „Lotsen“-Aufgabe der Terminservicestellen ist Barrierefreiheit nicht allein als räumlich-sächliche Barrierefreiheit zu verstehen; sie muss vor allem auch Hinblick auf die Kommunikation mit Menschen mit Behinderung gewährleistet sein. Denn Barrierefreiheit heißt nicht nur bauliche Stufenlosigkeit, sondern auch Übersetzung von Informationen in Gebärdensprache oder Leichte Sprache. Information und Aufklärung der Patientinnen und Patienten muss optional in leichter Sprache möglich sein. Es muss genügend Zeit für den Dialog mit den Patient/innen mit einer Behinderung zur Verfügung stehen. Darüber hinaus sind Fachkenntnisse in Bezug auf die spezifischen Belange von Menschen mit Behinderungen für die Kommunikation und Information wichtig. Der behinderungsbedingte Mehraufwand für einen barrierefreien Zugang zur Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderung muss in der Honorierung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte bzw. in den Fallpauschalen der Krankenhäuser finanziert werden.

Änderungsbedarf

In § 75 Absatz 1a Satz 1 wird die ursprüngliche Fassung des GKV-VSG wiederhergestellt und die Begrenzung der Vermittlung von Terminen der Terminservicestelle

auf die Fachärztinnen und -ärzte beschränkt. Dazu ist das Wort „vertragsärztlich“ durch „fachärztlich“ wieder zu setzen.

Für die Vermittlung zur haus- und kinderärztlichen Versorgung soll es ausnahmslos keiner Überweisung bedürfen. § 75 Absatz 1a Satz 10 Nummer 2 ist daher zu streichen.

§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte: Vergütungsanreize zur besseren Versorgung der Versicherten durch Terminvermittlungen

Die zusätzliche Vergütung gemäß § 87 Absatz 2b Satz 1 Nummer 4 der Hausärztinnen und Hausärzte für die Vermittlung eines Facharzttermins bei dringlichen Überweisungen sehen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege als Königsweg zur Verbesserung der fachärztlichen Versorgung an, wie bereits oben ausgeführt (s. § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2). Der direkte Kontakt und eine zwischen Haus- und Fachärzten abgestimmte Versorgung fördern die Effizienz und den Erfolg der Behandlung ganz wesentlich.

Problematisch ist hingegen die Regelung des § 87 Absatz 2b Satz 3 i.V. mit § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 5 SGB V des Referentenentwurfs zu Neupatientinnen und -patienten. Unter diese Definition fallen Patientinnen und Patienten, welche in einer Arztpraxis erstmals diagnostiziert und behandelt werden oder die wegen einer neu auftretenden Krankheit ihre bisherige Arztpraxis aufsuchen. Diese Gruppe wird unterschieden von den Patientinnen und Patienten, bei denen eine begonnene Behandlung fortgeführt wird. Für die Neupatientinnen und -patienten soll es bessere Pauschalvergütungen geben. **Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege kritisieren diese – bereits mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz zum 1.1.2012 in Kraft getretene – Regelung, denn sie begünstigt die Versorgung von Akutpatientinnen und -patienten gegenüber der besonders vulnerablen Gruppe chronisch kranker Menschen.** Begründet wird die bessere Vergütung der sog. „Neupatientinnen und -patienten“ mit dem höheren Aufwand bei Neuaufnahme (S. 99 der Begründung zum Referentenentwurf). Der Aufwand bei Neuaufnahme entsteht einmalig und rechtfertigt keine höhere Vergütung. Darüber hinaus ist die Begründung in sich widersprüchlich, denn als Neupatientinnen und -patienten „können zudem, soweit dies medizinisch-fachlich geboten ist, unter Berücksichtigung der von den Selbstverwaltungspartnern gefassten Definition des „Krankheitsfalles“ in § 21 Absatz 1 BMV-Ä auch Patientinnen subsumiert werden, die ein ganzes Jahr oder länger nicht in der Praxis behandelt wurden, gleichwohl die begonnene Behandlung der Krankheit fortgesetzt wird.“ Somit werden auch Altpatientinnen und -patienten, die schon seit längerem in der Patientendatei der Praxis geführt werden, aber keiner Behandlung bedurften, von der Regelung begünstigt.

Die Grundpauschalen können auch auf der Grundlage von Morbiditätskriterien, insbesondere solchen zur Abbildung des Schweregrads der Erkrankung differenziert werden. Diese Regelung reicht jedoch nicht aus, um die schweren Krankheitsverläufe von chronisch erkrankten Patientinnen und Patienten sachgerecht entsprechend des hohen und dauerhaft auftretenden Aufwands abzubilden. Die Differenzierung der Pauschalen – die bereits das GKV-VSTG vorgesehen hat und deren Umsetzung nun

mit der Frist 1. April 2019 versehen wird – ist zu Gunsten von chronisch kranken Menschen anzupassen.

Darüber hinaus besteht aus Sicht der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege ein weiteres Problem: Die Leistungen der differenzierten Pauschalen für Neupatientinnen und -patienten sollen nach der geplanten Neuregelung jetzt extrabudgetär vergütet werden (§ 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 5). Ebenso extrabudgetär vergütet werden sollen gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 SGB V des Referentenentwurfs:

- Leistungen, die nach Vermittlung durch die Terminservicestelle erbracht wurden (Nummer 2)
- Leistungen, die durch die erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins durch den Hausarzt oder die Hausärztin erbracht wurden (Nummer 3)
- Leistungen, die während der Sprechstundenzeiten in Akutfällen oder Notfällen erbracht werden (Nummer 4) und
- Leistungen für Patientinnen und Patienten, die in offenen Sprechstunden behandelt werden (Nummer 6).

Die Patientinnen und Patienten der genannten vier Gruppen dürften in der überwiegenden Anzahl der Fälle sog. „Neupatientinnen und -patienten“ sein, die nach Nummer 5 bereits extrabudgetär vergütet werden. Bei der Ausgestaltung der Regelung ist deshalb darauf zu achten, dass es nicht zu Doppelfinanzierungen und Fehlanreizen kommt. **Die größte Sorge, die die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege mit der extrabudgetären Vergütung verbinden, ist dabei der Fehlanreiz einer Verdrängung von Altpatientinnen und -patienten mit chronischen Erkrankungen.** Die Kapazitätsprobleme von Arztpraxen, die zur Abweisung von Patientinnen und Patienten führen, lassen sich nur durch eine bessere Bedarfsplanung sowie durch Anreize zur Beseitigung von Über- und Unterversorgung lösen (s. dazu Stellungnahme zu §§ 101ff.). **Eine gerechtere Verteilung von Patienten auf die vorhandenen Praxen würde darüber hinaus erfolgen, wenn Privatpatientinnen und -patienten nicht länger aufgrund der höheren GOÄ-Vergütung bevorzugt aufgenommen und behandelt würden.**

§ 89a Sektorenübergreifendes Schiedsgremium

Streitigkeiten im Zusammenhang mit dem zwischen GKV Spitzenverband, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und den Verbänden der Leistungserbringer zu schließenden Rahmenvertrag zu einem Entlassmanagement in der medizinischen Rehabilitation werden mit der vorgesehenen Neuregelung einem neuen „sektorenübergreifenden Schiedsgremium“ nach § 89 a SGB V zugeordnet. Damit wird eine eindeutige Zuordnung der Zuständigkeit, verbunden mit klaren Entscheidungsregelungen und struktureller Einbindung der Verbände der Reha-Leistungserbringer sichergestellt. Diese Neuregelung wird von den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege begrüßt. Die fortdauernden und noch strittigen Verhandlungen zu einem Rahmenvertrag zum Entlassmanagement in der medizinischen Rehabilitation hatten Unsicherheiten und unterschiedliche Auslegungen in Bezug auf ein eventuelles Schiedsverfahren bei den Beteiligten zu Tage gebracht, denen diese Regelung Abhilfe schaffen kann.

Gleichzeitig ist aber darauf hinzuweisen, dass in der Neuordnung der Schiedsstellenstrukturen für den Bereich der medizinischen Rehabilitation eine Parallelstruktur mit den Landesschiedsstellen für Vergütungsfragen nach § 111 b SGB V verbleibt. **Insgesamt schlagen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege vor, die Neuordnung des Schiedswesens in das übergreifende Reha-Recht des SGB IX zu verorten und in dem Zuge auch mit den dortigen Vertrags- und Rahmenvertragsregelungen des § 38 SGB IX zu verknüpfen.**

Schließlich ist zu betonen, dass im SGB IX auf Landesebene anzusiedelnde Rehaträger übergreifende Schiedsstellenregelungen auch geboten sind, damit Streitfälle im Bereich der Komplexleistung Frühförderung nach § 42 SGB IX aufgelöst werden können.

§ 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

Die Möglichkeit, dass in unterversorgten Gebieten künftig auch Praxisnetze Medizinische Versorgungszentren gründen können, kann einen Beitrag dazu leisten, die Auswirkungen des Ärztemangels im niedergelassenen Bereich zu reduzieren. Sehr bedeutsam ist aus Sicht der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege die Regelung des § 95 Absatz 1 Satz 1, die der Gründung von MVZen durch fachfremde Kapitalinvestoren Vorschub leisten kann. Eine entsprechende Regelung sollte auch für Kapitalinvestoren, die Pflegeheime und Reha-Einrichtungen nur zum Zwecke der Renditeerzielung kaufen, getroffen werden. Damit Medizinische Versorgungszentren eine Brückenfunktion zwischen ambulanter und stationärer Behandlung und weiteren Sektoren in regionalen Netzwerken ausüben können, sollte die Möglichkeit zur Gründung neben Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhäusern auch Trägern der Behindertenhilfe, der Gemeindepsychiatrie und der Pflege grundsätzlich eröffnet werden.

§ 96 Beteiligung der Länder an den Zulassungsausschüssen

Es ist positiv zu bewerten, dass die Länder bei der Bedarfsplanung mitwirken. Eine solche Regelung ist bereits in § 99 (Bedarfsplanung) Absatz 1 Satz 4 getroffen worden. Danach muss der Bedarfsplan und seine Änderungen den zuständigen Landesbehörden vorgelegt werden; diese können ihn beanstanden. Die in § 96 Absatz 2 Satz 6 Referentenentwurf i.V. mit § 103 Absatz 3b Referentenentwurf getroffene Regelung, wonach die obersten Landesbehörden künftig Neuzulassungen in ländlichen Gebieten eines Planungsbereichs, für den Zulassungsbeschränkungen bestehen, beantragen können, ist aus Sicht der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege nicht sachgerecht. Es muss klare Kriterien für die Neuzulassung von Arztsitzen in Regionen geben, in denen es wegen Überversorgung Zulassungsbeschränkungen gibt. **Deshalb setzen sich die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege schon seit langem dafür ein, dass die Bedarfsplanung nach § 99 SGB V kleinräumiger erfolgt.** Entsprechende Verbesserungen gab es schon für die hausärztliche Versorgung, nicht jedoch für die fachärztliche Versorgung. In die Bedarfsplanung für die Primärversorgung sollten künftig auch Frauen- und Augenärzte einbezogen werden. **Generell müssen bei der Bedarfsplanung künftig Faktoren wie Geschlecht, Morbidität und vor allem sozio-ökonomische Faktoren wie Einkommensverteilungen, Arbeitslosigkeit oder Pflegebedürftigkeit systematisch berücksichtigt werden.** Auch Mobilitätsfaktoren, wie die Entfernungen zu Haus- oder Fachärztinnen und -ärzten müssen künftig eine Rolle spielen. Bei einer kleinräumigeren Planung

können jene ländlichen Gebiete, in denen heute Zulassungsbeschränkungen bestehen, obwohl es möglicherweise eine Unterversorgung gibt, künftig besser identifiziert werden.

Grundsätzlich erachten die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege es für sinnvoll, den Ländern eine stärkere Rolle bei der Bedarfsplanung zuzumessen. **Zu diesem Zweck sollte das Gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V gestärkt werden.** In jedem Bundesland soll ein solches Landesgremium verpflichtend errichtet werden. Das Gremium nach § 90a SGB V soll die Empfehlungen zur sektorenübergreifenden Versorgung bestimmen; diese Empfehlungen sollen einen höheren Grad an Verbindlichkeit als bisher in § 90a Absatz 1 formuliert, erhalten.

§ 105 Förderung der vertragsärztlichen Versorgung durch den Strukturfonds

Es ist zu begrüßen, dass die Mittel im Strukturfonds verdoppelt werden, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu fördern und dass der Strukturfonds, der bisher eine Kann-Regelung war, verpflichtend eingeführt wird. Bisher haben die KVen Berlin und Hamburg keinen derartigen Fonds errichtet, obwohl es auch in diesen beiden metropolstädtischen KVen unterversorgte Gebiete in sozialen Brennpunkten und in Stadtgebieten mit einem hohen Anteil von sozial benachteiligten Menschen gibt. **Aus Sicht der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege sollten Mittel aus dem Strukturfonds grundsätzlich nur in unterversorgten Gebieten zum Tragen kommen.** Eine entsprechende Klarstellung, die mit dem GKV-VSG aus § 105 Absatz 1 aus dem SGB V gestrichen wurde, sollte umgehend wieder ins Gesetz aufgenommen werden.

Positiv zu bewerten ist, dass künftig auch Praxisübernahmen sowie die Einrichtung von Eigeneinrichtungen der KVen erfolgen können. Problematisch ist aus Sicht der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, dass bei der Errichtung von KV-Eigeneinrichtungen auf das Benehmen mit der Krankenkasse verzichtet werden soll. Die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen sollte nicht einseitig, sondern auf kooperativem Wege von Leistungserbringern und -trägern im Rahmen der Bedarfsplanung erfolgen. KVen und kommunale Eigeneinrichtungen sollten die gleichen Möglichkeiten haben, auf Versorgungsdefizite zu antworten.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen nachdrücklich, dass mit dem Strukturfonds auch lokale Gesundheitszentren gefördert werden können (§ 105 Absatz 3 Nummer 4). Der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen hat bereits 2015 lokale Gesundheitszentren vorgeschlagen, die nicht nur auf die komplexen sektorenübergreifenden Bedarfe von Patientinnen und Patienten antworten können, sondern auch auf Versorgungsengpässe in bevölkerungsarmen ländlichen Regionen. Sie helfen, Krankenhauseinweisungen zu vermeiden, vernetzen sich aber auch mit stationär vorgehaltenen Kompetenzen. Sie leisten vielfältige Verknüpfungsaufgaben, auch die Integration mit der fachärztlichen Grundversorgung. In stationärer, ambulanter oder mobiler Form können medizinisch-rehabilitative Aufgaben von diesen Zentren wahrgenommen werden. Sie können Beratungsaufgaben wahrnehmen und aufsuchend tätig werden. Sie können Lotsen- und Fallbegleitungsaufgaben erfüllen. Entsprechend bieten sich diese Zentren auch an, zentrale Koordinierungsaufgaben beim Aufbau von sektorenübergreifenden Verbundstrukturen zu übernehmen. **Loka-**

le Gesundheitszentren sind deshalb für dieses vielfältige Aufgabenprofil personell auszustatten und zu refinanzieren.

Kritisch sehen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege hingegen die Möglichkeit der Förderung des freiwilligen Verzichts auf die Zulassung als Vertragsarzt (Absatz 1a Satz 3 Nr. 6). Die in Nr. 6 gleichfalls statuierte Entschädigungszahlung in Höhe des Verkehrswertes einer Praxis bei abgelehnten Nachbesetzungsverfahren (§ 105 Absatz 3 SGB V a.F., aufgehoben mit diesem RefE) sollte an ein Vorkaufsrecht der KVen in überversorgten Planungsgebieten geknüpft werden. Dies gilt erst recht vor dem Hintergrund der geplanten Streichung des § 105 Absatz 3 im Referentenentwurf: Dort ist in Satz 2 vorgesehen, dass die KV in einem Planungsbezirk, für den Zulassungsbeschränkungen vorgesehen sind, Arztpraxen aufkaufen kann, wenn auf eine Nachbesetzung verzichtet wird. Diese Regelung ist dringend zu erhalten. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege schließen sich der Empfehlung des Sachverständigenrats im Gesundheitswesen an, der in seinem Gutachten von 2015 gefordert hat, in Gebieten mit einem Versorgungsgrad von 200 Prozent sogar eine Muss-Regelung für den Aufkauf von Vertragsarztsitzen vorzusehen. Der Sachverständigenrat kritisiert zudem in seinem Gutachten von 2018, dass der Verkehrswert von Praxen insbesondere in begehrten Lagen den eigentlichen Sachwert weit übersteigt und empfiehlt eine Reform der Übernahmepreise. In das Vorkaufsrecht sind dabei auch Praxen, auf die sich Ehe- und Lebenspartnerinnen und -partner oder Kinder der bisherigen Praxisinhaber/innen bewerben, einzubeziehen.

Um die Niederlassung von Arztpraxen in unterversorgten Gebieten zu fördern und den Betrieb der Arztpraxen aufrecht zu erhalten, ist die Zahlung von attraktiven Vergütungszuschlägen geboten. **Sicherstellungszuschläge müssen aus der Gesamtvergütung erfolgen, damit es einen Anreiz gibt, dass sich Ärztinnen und Ärzte in unterversorgten Gebieten niederlassen.** Des Weiteren empfiehlt das Gutachten des Sachverständigenrates von 2018, in von Unterversorgung infolge des pensionsbedingten Ausscheidens von Ärztinnen und Ärzten bedrohten Regionen Arztsitze bereits fünf Jahre vor dem Ausscheiden des Praxisinhabers/der Praxisinhaberin nachzubesetzen, damit keine Versorgungsengpässe entstehen. Diese Vorschläge werden von den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege unterstützt. Der Referentenentwurf sieht in § 105 Absatz 4 Satz 1 die verpflichtende Zahlung von Sicherstellungszuschlägen vor; bisher galt hier ein Ermessen der KVen. **In die Liste der förderwürdigen Maßnahmen aufgenommen werden sollte auch das Kriterium der Barrierefreiheit der Arztpraxen (z.B. als neue Nr. 7).** Dieses Kriterium ist zudem noch deutlicher in der Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA in § 26 Absatz 4 zu verankern, wie die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege schon wiederholt gefordert haben.

Änderungsbedarf

Streichung von § 105 Absatz 1a Satz 3 Nr. 6 SGB V bei gleichzeitiger Beibehaltung von § 105 Absatz 3.

In § 105 Absatz 4 Satz 1 SGB V werden nach dem Wort „Sicherstellungszuschläge“ die Worte „aus der Gesamtvergütung“ ergänzt.

§ 106a Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Die Richtlinie des KBV und des GKV zum Inhalt und zur Durchführung der Zufälligkeitsprüfungen gemäß § 106 Absatz 3 Satz 1, sahen bisher schon vor, dass Praxisstrukturen als Praxisbesonderheiten anerkannt werden können. Die geplante Neuregelung des § 106a Absatz 4 zählt nun auch Praxisstandorte zu den Praxisbesonderheiten. Bei der Anerkennung von Praxisbesonderheiten entfallen die Regresse. Ausweislich der Gesetzesbegründung sollen insbesondere Landarztpraxen unter die neue Regelung fallen. Das ist sehr zu begrüßen. In gleicher Weise sollten jedoch auch Praxen in unterversorgten städtischen Gebieten mit einem hohen Anteil an sozial benachteiligten und vulnerablen Versicherten, die ein Übermaß an Patientinnen und Patienten versorgen, als Praxisbesonderheiten anerkannt werden. Dies sollte ausdrücklich in die Gesetzesbegründung aufgenommen werden. Besonders positiv zu bewerten ist, dass künftig auch Hausbesuche unter die Praxisbesonderheiten fallen können. Die Anzahl der Hausbesuche insbesondere bei betagten, pflegebedürftigen Menschen ist in den letzten Jahren stark rückläufig gewesen. So ist die Anzahl der Hausbesuche bundesweit von 30.366.005 im Jahr 2009 auf 24.610.000 im Jahr 2017 kontinuierlich gesunken. Bis auf das Saarland und Hamburg betraf diese Entwicklung alle anderen Bundesländer (Antwort der Bundesregierung auf Kleine Anfrage Drs. 19/2683). Menschen mit Mobilitätseinschränkungen, wie hochbetagte pflegebedürftige Menschen oder Menschen mit Behinderung sind auf Hausbesuche angewiesen. Es ist sehr zu begrüßen, dass Hausbesuche mit der Neuregelung von Regressen bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen ausgenommen werden können.

§ 132d Abs. 1 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Der neue Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrags in der SAPV wird von den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege ausdrücklich begrüßt. Er kann dazu beitragen, die Versorgung der Versicherten mit spezialisierter ambulanter Palliativversorgung zu verbessern und helfen, auch die letzten „weißen Flecken“ auf der Landkarte in Deutschland zu tilgen. Die Norm lässt darüber hinaus Spielraum für einzelvertragliche Regelungen hinsichtlich Einzelheiten der Versorgung, der Vergütungen sowie regionaler Besonderheiten zu, was ebenfalls zu begrüßen ist, da damit der Vielfalt der gewachsenen Versorgungsstrukturen Rechnung getragen wird.

Mit dem Abschluss von einheitlichen Versorgungsverträgen auf Landesebene verbinden die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege jedoch die Sorge, dass die Einführung eines Open-House-Modells weiter begünstigt wird. Auch wenn die im Referentenentwurf vorgesehenen Verfahrensschritte mit der Einbeziehung der Leistungserbringerseite einige gravierende Probleme mit dem von der Rechtsprechung entwickelten Modell korrigieren, ist dies vor dem Hintergrund der Vielfalt der gewachsenen Versorgungsstrukturen für eine adäquate Versorgung sterbender Menschen nicht vertretbar. Dieses Modell ist für die Beschaffung von Waren entwickelt worden, bei denen es an dem für soziale Dienstleistungen charakteristischen Personenbezug fehlt (vgl. Argumentation zu § 127 Abs. 1 S. 6 oder der ErwG 114 zur RL 2014/24/EG). Nach Ansicht der BAGFW bedarf es dieser Verträge auch nicht, um

eine rechtssichere Alternative zum Vergabemodell bereitzustellen. Denn durch den hier intendierten Anspruch auf Abschluss eines Vertrags und das allein beim Leistungserbringer liegende wirtschaftliche Risiko fehlen den Verträgen über SAPV die Merkmale eines öffentlichen Auftrags. Es liegt vielmehr ein sozialrechtliches Dreiecksverhältnis vor (so auch die gesetzliche Begründung zu § 103 GWB BT Drs. 18/6281 S. 73).

Zudem besteht die Sorge, dass sich mit einer Vereinbarung auf Landesebene die Versorgungslandschaft in den einzelnen Bundesländern auseinander entwickelt und eine gleichwertige Versorgung sterbender Menschen in Deutschland in ferne Zukunft rückt. Zudem widerspricht aus Sicht der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege die Vereinbarung von Grundsätzen der Vergütung in Versorgungsverträgen auf Landesebene der Vereinbarung von einzelvertraglichen Besonderheiten hinsichtlich der Vergütungen.

Um einen einheitlichen Rechtsrahmen für die Erbringung der Leistung für Erwachsene und für Kinder zu schaffen und die Expertise der Leistungserbringer in diesem speziellen Arbeitsfeld einzubinden, ist deshalb eine Vereinbarung zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung auf Bundesebene statt auf Landesebene notwendig, an der die maßgeblichen Verbände der Leistungserbringer der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung auf Bundesebene gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Grundlagen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung vereinbaren. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Spitzenorganisationen der Palliativversorgung sowie die Kassenärztlichen Bundesvereinigung können, sofern sie nicht bereits an den Richtlinien zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses mitwirken, an der Vereinbarung beteiligt werden.

Zur weiteren Ausgestaltung und Förderung der Versorgung sollte die Vereinbarung um die Themen Maßnahmen zur Förderung der bedarfsgerechten Versorgung, Grundzüge der Vergütung und eine Evaluation der Versorgung ergänzt werden. Die Bezahlung tariflicher Vergütungen bzw. nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sollte insbesondere in Zeiten des Fachkräftemangels eine Selbstverständlichkeit sein.

Änderungsbedarf

§ 132d Absatz 1 und 2 werden wie folgt formuliert:

(1) Über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung einschließlich der Vergütung und deren Abrechnung schließen die Krankenkassen auf der Grundlage der Richtlinien nach § 37b und der Vereinbarungen nach Absatz 2 Versorgungsverträge über die Durchführung der Leistungen nach § 37b. Personen oder Einrichtungen, die die in den Versorgungsverträgen nach Absatz 1 festgelegten Voraussetzungen erfüllen, haben Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrags mit den Krankenkassen, in dem die Einzelheiten der Versorgung und die Vergütung zu vereinbaren sind. Dabei sind regionale Besonderheiten angemessen zu berücksichtigen.

Im Falle einer Nichteinigung wird der Inhalt des Versorgungsvertrags durch eine von den jeweiligen Vertragsparteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf die Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragsschließende Krankenkasse zuständige Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung maßgeblichen Spitzenorganisationen und die Spitzenorganisationen der Hospizarbeit legen gemeinsam in Vereinbarungen

1. die sächlichen, personellen und organisatorischen Anforderungen an die Leistungserbringung,
2. Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung,
3. Maßstäbe und Maßnahmen für die Förderung von Strukturen einer bedarfsgerechten Versorgung mit spezialisierter ambulanter Palliativversorgung,
4. Grundzüge der Vergütung; die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie die Bezahlung nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen ist dabei stets als wirtschaftlich anzuerkennen,
5. Anforderungen zur Evaluation der Versorgung fest.

Dabei sind die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen.

Der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

§ 291a Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur: Elektronische Patientenakte (ePA)

Es ist zu begrüßen, dass die Möglichkeiten, die die Digitalisierung im Gesundheitswesen bietet, für Versicherte über die Verfügbarkeit einer elektronischen Patientenakte besser nutzbar gemacht werden sollen. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege bewerten dabei den Wegfall des „Zwei-Schlüssel-Prinzips“, d.h. die begriffliche Zusammenführung von Elektronischer Patientenakte (ePA) und Elektronischem Patientenfach (ePF) und die damit verbundene Möglichkeit, unabhängig von Leistungserbringern auf die eigenen Daten zugreifen zu können, positiv. In jedem Fall muss sichergestellt sein, dass Versicherte entscheiden können, wer auf welche Daten Zugriff hat. Es muss eine differenzierte Vergabe von Zugriffsrechten ermöglicht werden, so dass eine Beschränkung des Zugriffs nur auf einzelne Daten möglich ist.

Dass der Zugriff auf die eigenen Daten in der Patientenakte durch alternative Authentisierungsverfahren ohne den Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte, z.B. über mobile Endgeräte, vereinfacht werden soll, bewerten die Ver-

bände der Freien Wohlfahrtspflege kritisch. Im Gesundheitsbereich handelt es sich um hochsensible Daten und bei einem mobilen Zugriff bestehen größere Sicherheitsrisiken. Die im Referentenentwurf ergänzte Formulierung „in allgemein verständlicher Form über deren Funktionsweise, einschließlich der Art der in ihr zu verarbeitenden Daten und über die Zugriffsrechte, zu informieren“ stellt aus Sicht der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege nicht hinreichend sicher, dass den Versicherten die Risiken in vollem Umfang bewusst sind bzw. sie diese richtig einschätzen und bewerten können. Um die Informationsrechte sicherzustellen, sind bei der Aufbereitung der Informationen in allgemein verständlicher Form Vertreter/innen von Verbraucherschutz und Patientenorganisationen beratend zu beteiligen.

Die bislang getroffenen Bestimmungen zur Barrierefreiheit sind aus Sicht der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege unzureichend. **Es ist dringend erforderlich, einen barrierefreien Zugriff zur elektronischen Patientenakte und zu den weiteren Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte für Versicherte mit Behinderungen zu ermöglichen.** Dies umfasst sowohl die zum Einsatz kommende Software, als auch die eingesetzte Hardware, z. B. in Form spezieller Kartenlesegeräte zur Authentifizierung. Eine Verpflichtung zur Barrierefreiheit der elektronischen Gesundheitskarte und ihrer Anwendungen ist bereits im EU-Recht festgelegt. Auch wenn diese nicht unmittelbar auf das Gesundheitswesen anwendbar sind, müssen im Rahmen des SGB V vergleichbare Regelungen geschaffen werden.

Bei Bedarf sollten Versicherte das Recht auf eine individuelle Beratung durch die Krankenkasse erhalten. Die Informationen müssen sowohl mehrsprachig als auch in Leichter Sprache zur Verfügung stehen.

Dass der Zugriffsweg über die elektronische Gesundheitskarte erhalten bleiben soll, begrüßen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, da immerhin 20 Prozent der Menschen in Deutschland nicht über einen Internetzugang verfügen. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen auch, dass unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung zur Einwilligung das Verfahren bei der Erklärung und Dokumentation der Einwilligung der Versicherten in die Nutzung der medizinischen Anwendungen vereinfacht werden soll. Gleichzeitig muss aber auch die Weitergabe von Patientendaten an Arbeitgeber, Krankenkasse und unbefugte Dritte ausgeschlossen werden.

Darüber hinaus fordern die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege eine breitere Öffnung der Telematikinfrastruktur verbunden mit einer refinanzierbaren, erweiterten Zugriffsmöglichkeit auf die elektronische Gesundheitskarte für nicht-approbierte Gesundheitsberufe. Die medizinische und therapeutische Verzahnung ist für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung wichtig, da besonders die therapeutischen Berufe einen ganzheitlichen Blick auf die Patientinnen und Patienten haben und die medizinischen Daten für die weitere Versorgung von Bedeutung sind. Bei der Öffnung sollten insbesondere der Bereich der Pflege sowie Akteure in der psychologischen Behandlung und Betreuung fokussiert werden.

§ 291b Gesellschaft für Telematik

Dass die Gesellschaft für Telematik das BMG über Störungen der Telematikinfrastruktur und über die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben zu informieren hat, beurteilen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege positiv. Die Forderung des

Bundesverbands Internetmedizin, ein unabhängiges Kontrollgremium zur kontinuierlichen Evaluation und Kontrolle der Arbeitsergebnisse der Gesellschaft für Telematik zu installieren, wird unterstützt. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege betonen, dass beim weiteren Vorgehen zum Ausbau der Telematikinfrastruktur alle beteiligten Akteure wirtschaftlich, ressourcenschonend, transparent und kontrolliert handeln müssen. Das sensible Thema der Telemedizin muss von einem medizinischen, juristischen und vor allem auch gesellschaftlichen und ethischen Diskurs begleitet sein.

Artikel 4: Änderung des Aufwendungsausgleichsgesetzes

§ 11 Ausnahmevorschriften: Umlage Werkstätten § 11 Absatz 2

Seit 01.01.2018 zahlen die Werkstätten die Umlage im Rahmen des Mutterschutzgesetzes, was einen hohen Verwaltungsaufwand darstellt. Mit dem Gesetz soll klar gestellt werden, dass die Ausnahmevorschriften auch für Werkstätten gelten und diese die Umlage von den Krankenkassen nicht mehr erstattet bekommen. Daraus folgt, dass die Umlage künftig auch nicht mehr von den Werkstätten an die Krankenkassen zu entrichten ist.

Mit Blick auf den Verwaltungsaufwand wird diese Klarstellung ausdrücklich begrüßt. Da das Gesetz jedoch erst ab 2019 in Kraft treten soll, schlagen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege vor, diese Regelung **rückwirkend ab 01.01.2018 in Kraft zu setzen** und zu klären, wie mit den bereits gezahlten Beiträgen für das Jahr 2018 verfahren werden soll.

Artikel 8: Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§§ 71, 72 SGB XI in Verbindung mit §§ 37 Abs. 9 und 112a SGB XI: Überführung der Modellprojekte nach § 125 SGB XI (ambulante Betreuungsdienste) in die Regelversorgung

Die Betreuungsdienste nach § 125 SGB XI (alt) sollen als zugelassene Leistungserbringer in die Regelversorgung überführt werden. Dies wird damit begründet, dass Betreuungsdienste eine sinnvolle und hilfreiche Erweiterung des Angebotsspektrums in der Pflege sind, was durch den Abschlussbericht zu dem vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen durchgeführten Modellvorhaben belegt sei. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege unterstützen den politischen Willen, Angebote für hilfe- und pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen insbesondere in den Bereichen allgemeine psychosoziale Betreuung und haushaltsnahe Dienstleistungen zu stärken und weiterzuentwickeln. Durch den Fachkräftemangel und die gleichzeitig u.a. aufgrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gestiegene Anzahl von Leistungsberechtigten in der Pflegeversicherung sind Versorgungsengpässe insbesondere im ambulanten Bereich entstanden. So übersteigt die Nachfrage nach hauswirtschaftlicher Versorgung vor allem bei Leistungsempfänger/innen in niedrigen Pflegegraden das Angebot der Pflegedienste in diesen Bereichen bei Weitem. Insbesondere die Einführung des Pflegegrad 1 hat diese Situation nochmal befördert. Zudem werden hauswirtschaftliche Leistungen i.d.R. nicht und Betreuungsleistungen nur bedingt so finanziert, dass sie wirtschaftlich erbracht werden können. Die Regelung im Pflegestärkungsgesetz III, dass bei Leistungen der ambulanten Pflegedienste nach § 45b Absatz 1 Satz 3 die Preise vergleichbarer Leistungen aus den Vereinbarungen nach § 89 die Obergrenze bilden, hat – so sehr die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege die Intention unterstützen, bezahlbare Angebote für die betroffenen Menschen zur Verfügung zu stellen – die Situation zementiert. Zudem ist schon seit Jahren die Nachfrage nach niedrigschwelligen Betreuungsleistungen wesentlich größer als die vorhandenen Angebote, da bisher in vielen Bundesländern die Landesverordnungen nicht zeitnah und fachlich fundiert verabschiedet wurden, zudem die Angebote in vielen Bundesländern ausschließlich durch Ehrenamtliche erbracht werden dürfen und auch deshalb keine ausreichenden, nach landesrechtlichen Regelungen anerkannten Angebote für die Unterstützung im Alltag entwickelt wurden.

Begründet wird die geplante Änderung auch mit den Ergebnissen des Abschlussberichts zu dem vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen durchgeführten Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste. Aus **Sicht der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege weist der Abschlussbericht allerdings eine Vielzahl an methodischen Mängeln auf**, wie z.B. kleine Fallzahlen (zum Startpunkt nahmen 49 ambulante Betreuungsdienste teil; bei Projektabschluss nur noch 40), räumliche Verzerrungen (ein Großteil der untersuchten 49 Betreuungsdienste kam aus NRW und Baden- Württemberg) und mehrmalige Veränderungen im Forschungsdesign, da die Anzahl der Teilnehmenden zu gering war. Auf der Grundlage der Ergebnisse des Modellvorhabens kann folglich nicht belegt werden, dass Betreuungsdienste eine sinnvolle und hilfreiche Erweiterung des Angebotsspektrums in der Pflege darstellen.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege können so zwar nachvollziehen, dass neue Betreuungsdienste einen Beitrag leisten sollen, Versorgungslücken zu begrenzen. Es stellen sich dabei jedoch folgende Fragen:

1. **Zuerst bleibt offen, woher das für die Betreuung erforderliche Personal rekrutiert werden soll.** Auch die nach § 72 zugelassenen Pflegedienste arbeiten im Bereich der Betreuung bisher mit angelernten Kräften mit Helfer- und Assistenzqualifikationen. Hauswirtschaftliche Leistungen werden überwiegend nicht durch Pflegepersonal erbracht. Mit den neuen Betreuungsdiensten werden keine zusätzlichen Personalkapazitäten geschaffen, sondern lediglich bereits vorhandene personelle Ressourcen anders verteilt. Die ambulante pflegerische Versorgung könnte sogar weiter geschwächt werden, wenn angelernte Personen und/oder Personen mit Helfer- und Assistenzqualifikationen zu den neuen Betreuungsdiensten abwandern. Sie stehen dann nicht mehr im Gesamtpersonalmix des ambulanten Pflegedienstes zur Verfügung. In der Gesetzesbegründung fehlen Hinweise, welche Qualifikationen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der neuen Betreuungsdienste haben können.
2. Leistungsrechtlich stellt sich die Frage, **wie das Angebot der neuen Betreuungsdienste nach § 71 Absatz 1a von den nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag nach § 45a abgegrenzt werden kann.** Diese Frage hat auch das Forschungsprojekt zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste nach § 125 nicht beantworten können; eine Abgrenzung dieser unterschiedlichen Arten von Betreuungsleistungen wäre jedoch zwingend gesetzlich vorzunehmen.
3. Betreuungsdienste nach dem geplanten § 71 Absatz 1a sollen ihre Leistungen analog zu den ambulanten Pflegediensten nach § 71 Absatz 1 erbringen. Nach dem erklärten Ziel der Bundesregierung für diese Legislaturperiode soll eine flächendeckende tarifliche Bindung der Dienste und Einrichtungen erreicht werden. Um Verwerfungen zu unterbinden, müsste dies auch für die neuen Betreuungsdienste gelten. Das Modellprojekt nach § 125 SGB XI hat gezeigt, dass die Mitarbeiter dieser neuen Diensten teilweise niedriger vergütet wurden als die Mitarbeiter klassischer Pflegedienste. Aufgrund der hohen Qualitätsanforderungen und gleichzeitig zu geringer Vergütung, die die Pflegekassen gewährt haben, sind sogar einige Dienste aus dem Modellprojekt ausgestiegen. Durch die mangelnde Abgrenzung zwischen professioneller pflegerischer Betreuung und niedrigschwelligen Betreuungsleistungen in den neuen Betreuungsdiensten könnte sich hier ein „Schattenpflegemarkt“ formieren, der die Qualitätsstandards in der professionellen Pflege systematisch untergräbt. In Ansätzen ist dies bereits heute im Bereich der Marktplatzökonomie im Onlinesektor beobachtbar. Hier werden über Internet-Plattformen Verhinderungspflegepersonen an hilfe- und pflegebedürftige Menschen vermittelt und – völlig offen – die Leistungsart „leichte Pflege“ angeboten. Diese sog „leichte Pflege“ umfasst dann auch körperbezogene Pflegemaßnahmen, die gemäß dem Referentenentwurf ausschließlich den Pflegediensten vorbehalten bleiben soll.
4. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff hat mit der Einführung der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen endlich einen ganzheitlichen Leistungsansatz im SGB

XI etabliert, der von den Pflegeverbänden über viele Jahre gefordert wurde. Mit der Einführung eigenständiger Betreuungsdienste, die sich ausschließlich auf Betreuungsmaßnahmen und ggf. hauswirtschaftliche Unterstützungsleistungen konzentrieren, wird dieser ganzheitliche Pflegebegriff wieder in Frage gestellt. **Pflege darf nicht wieder in verrichtungsbezogene körperliche Pflegemaßnahmen auf der einen Seite und Betreuungsmaßnahmen auf der anderen Seite dichotomisiert werden.** Betreuung ist ein wesentliches Element von „Pflege, insbesondere auch in der Alten- bzw. Langzeitpflege, ohne die der Beruf der Pflegefachkraft sinnentleert wird und (fach)pflegerische Unterstützung ihr Ziel verfehlt. Aus fachlicher Sicht ist es für nicht pflegerisch qualifiziertes Personal nicht möglich, *pflegerische* Betreuung sicherzustellen. Selbständige Betreuungsdienste können daher allenfalls *allgemeine* Betreuung ausführen, aber nicht die in den Landesrahmenverträgen für die ambulanten Pflegedienste beschriebene „Pflegerische Betreuung“. Die Abgrenzung ist für die Versicherten nicht erkennbar bzw. nicht nachvollziehbar. Auch deshalb wäre eine Kooperation von ambulanten Pflegediensten und ambulanten Betreuungsdiensten erforderlich. Das Modellprojekt zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste nach § 125 SGB XI hat gezeigt, dass die meisten Betreuungsdienste mit Pflegediensten kooperiert haben. Dies sollte im Sinne eines optimalen Pflegesettings für den pflegebedürftigen Menschen generell gewährleistet sein. Zusammenfassend muss die Frage gestellt werden, ob die Einführung von – teilweise konkurrierenden – Doppelstrukturen wirklich geeignet ist, das Problem zu lösen oder nicht viel mehr neue Probleme aufwirft und sich nachteilig auf die Attraktivität des Pflegeberufs auswirken kann

5. Nicht zuletzt sollten auch mögliche Auswirkungen auf Leistungsempfänger/innen, die aufgrund der jetzt schon sehr unübersichtlichen und komplexen Versorgungslandschaft hohen Beratungsbedarf haben, in Betracht gezogen werden. Der deutliche Wunsch nach Unterstützung aus einer Hand wird immer wieder formuliert und so wäre eher eine Vereinfachung des Leistungsgeschehens angezeigt, statt die Komplexität weiter zu erhöhen.

Qualifikationsanforderungen an die verantwortliche Fachkraft (§ 71 Absatz 3)

Neben dem um körperbezogenen Pflegemaßnahmen reduzierten Leistungsangebot der Betreuungsdienste liegen die größten Unterschiede zu den klassischen ambulanten Pflegediensten in den Qualifikationsanforderungen an die verantwortliche Fachkraft und die übrigen Beschäftigten. Statt einer Ausbildung in einem Pflegefachberuf kann die verantwortliche Fachkraft der Betreuungsdienste auch eine Qualifikation als Altentherapeut/in, Heilerzieher/in, Heilerziehungspfleger/in, Heilpädagog/e/in, Sozialarbeiter/in, Sozialpädagog/e/in oder Sozialtherapeut/in besitzen. Diese Regelung ist sachgerecht. **Die Anforderungen an die Qualifikation der verantwortlichen Fachkraft von Betreuungsdiensten sind jedoch nicht nur in der Begründung, sondern im Gesetzestext selbst zu verankern.** Zudem werden zu den Qualifikationsanforderungen der übrigen Beschäftigten in der Begründung keine Angaben gemacht. Hier sind Qualitätseinschränkungen bei der Leistungserbringung durch unzureichend qualifiziertes Personal zu befürchten.

Keine Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 9 durch die Betreuungsdienste

Die Regelung, dass Betreuungsdienste keine Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI durchführen dürfen, ist sachgerecht. Das Dienstleistungsspektrum der Betreuungsdienste bezieht sich rein auf pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung. Leistungen im Bereich der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind ausdrücklich nicht enthalten. Die Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 dienen der Qualitätssicherung der häuslichen Pflegesituation sowie der Anleitung und Unterstützung der häuslichen Pflegepersonen. Hierzu werden, wie in der Begründung richtig beschrieben, umfassende pflegfachliche Kompetenzen benötigt, die sich nicht nur auf die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung, sondern insbesondere auch auf die körperbezogenen Pflegemaßnahmen beziehen – wobei Pflege grundsätzlich als personenzentrierter Prozess zu verstehen ist. Diese Kompetenzen können Betreuungsdienste aufgrund ihres gesetzlichen Auftrages nicht vorweisen. Die Gesetzesbegründung sieht vor, dass einzelne, bei einem Betreuungsdienst angestellte Pflegefachpersonen mit entsprechenden Befähigungen in die Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 eingebunden werden können. Dies ist abzulehnen, da die Beratung nach § 37 Absatz 3 Satz 1 ausdrücklich nur von Institutionen wie Pflegedienste, Beratungsstellen oder von der Pflegekasse beauftragte Pflegefachkräfte für den Beratungseinsatz zulässt. Der Betreuungsdienst erfüllt die Anforderungen an die Beratung nicht; auf die Eigenschaft der Qualifikation einzelner Mitarbeiter des Betreuungsdienstes kann es hier nicht ankommen. Die Begründung ist an dieser Stelle entsprechend anzupassen.

Vollständige Einbeziehung der ambulanten Betreuungsdienste in die Regelung des SGB XI

Dass Betreuungsdienste denselben leistungsrechtlichen Vorgaben wie ambulante Pflegedienste unterliegen sollen, wäre folgerichtig. Allerdings offenbaren sich hier die weiteren Auswirkungen der durch die Betreuungsdienste geschaffenen Parallelstrukturen. So müssen aus Sicht der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege alle regulatorischen Strukturen, die für ambulante Pflegedienste gelten, nun auch für die Betreuungsdienste etabliert werden. Dies betrifft nicht nur die in dem Referentenentwurf enthaltenen Richtlinien zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für die ambulanten Betreuungsdienste, sondern ebenso weitere Bereiche, wie nachfolgend ausgeführt wird.

Einbeziehung der ambulanten Betreuungsdienste in § 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung SGB XI

Die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI beziehen sich in Absatz 1 ausdrücklich auf „ambulante Pflegeeinrichtungen“. Nach § 71 Absatz 1 Satz 1 stellen ambulante Pflegeeinrichtungen ausschließlich auf Pflegedienste ab, nicht auf Betreuungsdienste. **Deshalb sind nach Auffassung der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege auch Anpassungen in § 75 SGB XI erforderlich.** Zudem müssen die Landesrahmenverträge in den einzelnen Bundesländern um entsprechende Bestimmungen zu den Betreuungsdiensten erweitert werden.

Anwendung von § 89 Grundsätze für die Vergütungsregelung

Aus dem vorliegenden Referentenentwurf geht nicht hervor, ob das Achte Kapitel Pflegevergütung und **hier insbesondere § 89 Grundsätze für die Vergütungsregelung uneingeschränkt Anwendung findet. Nach Auffassung der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege ist dies aber zwingend erforderlich.** So bezieht sich § 89 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 nur auf Vergütungsvereinbarungen der Träger von Pflegediensten, nicht jedoch auf die Träger von Betreuungsdiensten. Auch für die ambulanten Betreuungsdienste muss zutreffen, dass die Vergütung es einem ambulanten Betreuungsdienst ermöglichen muss, bei wirtschaftlicher Betriebsführung seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen, unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung des Unternehmerrisikos. Weiter muss gelten, dass die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann.

Qualitätssicherung nach § 112a

Mit § 112a (neu) sollen Übergangsregelungen zur Qualitätssicherung bei ambulanten Betreuungsdiensten eingeführt werden. Hiernach sollen nach den Übergangsregelungen die Regelungen des § 113b ff. Anwendung finden. Dies ist nach Auffassung der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege nicht ausreichend. Grundlage für die Qualitätssicherung, Qualitätsdarstellung und Qualitätsprüfung sind die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113. Auch die ambulanten Betreuungsdienste sind in diese einzubeziehen und es ist zu klären, ob es eigener Maßstäbe und Grundsätze für ambulante Betreuungsdienste bedarf oder ob diese in die Regelungen der ambulanten Pflegedienste zu integrieren sind.

Angesichts der zahlreichen offenen Fragen regen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege an, im Sinne der Zielsetzung des Gesetzgebers bereits bestehenden Betreuungsangebote zu stärken und auszubauen. Hierbei ist auch dafür Sorge zu tragen, dass die erforderlichen Landesverordnungen nach § 45a Absatz 3 zeitnah verabschiedet bzw. überarbeitet werden, damit ein Ausbau möglich ist. Diese Angebote sind zu evaluieren.

Ebenso ist eine Stärkung der bestehenden ambulanten Pflegedienste erforderlich, damit diese ihre Angebotsstruktur erweitern können. Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz stärkt v.a. die stationäre Pflege im Krankenhaus und in den stationären Pflegeeinrichtungen. Das Gesetz ist vollumfänglich auf ambulante Pflegedienste zu erweitern.

§ 120 Pflegevertrag bei häuslicher Pflege

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass im Pflegevertrag die Inanspruchnahme von mehreren Leistungserbringern durch den/die Pflegebedürftige/n zu berücksichtigen ist. Dem Pflegedienst entstehen bei gleichzeitiger Inanspruchnahme eines Betreuungsdienstes durch den Leistungsempfänger erhebliche Informations- und Beratungspflichten. Für diesen Aufwand gibt es keine Vergütung. **Neu ist jedoch, dass der**

Pflegedienst nicht nur auf die Möglichkeit des Umwandlungsanspruchs, sondern auch auf die konkrete Nutzung im Einzelfall hinweisen muss. Dies hat eine haftungsrechtliche Relevanz.

Ist der Pflegedienst gesetzlich verpflichtet, Case-Management- und Informationsleistungen zu übernehmen, dann haftet er, wenn er die entsprechende Beratung mangelhaft erbringt und nicht nachweisen kann, dass er dem/der Pflegebedürftigen alle notwendigen Informationen und Ratschläge gegeben hat. Er haftet gegebenenfalls auch für einen bei dem/der Versicherten entstandenen Vermögensschaden. Jeder Pflegedienst wird zukünftig ein weiteres Formular anwenden, in dem der/die Versicherte bestätigen muss, welche Leistungen er/sie neben den Leistungen des Pflegedienstes in Anspruch nimmt oder eben nicht. Ein Haftungsausschluss ist nicht möglich. Möglicherweise werden sich damit die Beiträge für Versicherungen der Vermögensschadenhaftpflicht verändern.

Der Betreuungsdienst hat hingegen keine Informations- und Beratungspflichten, sondern rechnet seine Leistungen einfach gegenüber der Pflegekasse ab. **Dem Entwurf ist nicht zu entnehmen, welche Rechnung von der Pflegekasse vorrangig bezahlt wird: die des Pflegedienstes, oder die des Betreuungsdienstes. Für die Versicherten kann dies weitreichende Folgen haben, wenn sie ihr Sachleistungsbudget durch Inanspruchnahme beider Leistungserbringer überschreiten.** Denn der Pflegedienst kann nicht wissen, in welchem Umfang der/die Betroffene Leistungen des Betreuungsdienstes im Einzelnen abrufen. Es kann darüber hinaus auch Fälle geben, in denen Leistungsempfänger/innen Dienstleistungen aller drei Leistungserbringer in Anspruch nehmen: vom Pflegedienst, vom Betreuungsdienst und vom Anbieter landesrechtlich anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a im Rahmen des Umwandlungsanspruchs. Da der Pflegedienst über die Leistungsanspruchnahme im Einzelnen keine Kenntnis hat, muss ausgeschlossen werden, dass er für ein etwaiges Überschreiten des Sachleistungsbudgets haftbar gemacht wird, zumal die Inanspruchnahme der Leistungen von Monat zu Monat durchaus schwanken kann. Gerade Betreuungsangebote müssen flexibel und der Situation entsprechend spontan einsetzbar sein, z. B. wenn die Pflegepersonen eine Betreuung für einen kurzfristig notwendigen Arztbesuch oder eine stundenweise Auszeit für einen Kino- oder Friseurbesuch benötigen. Die Abrufung dieser Leistung kann also von Monat zu Monat variieren. Probleme entstehen nun dadurch, dass die Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a erst im Folgemonat der Leistungserbringung in Rechnung gestellt und frühestens dann im Wege der Kostenerstattung dem/der Betroffenen erstattet werden können, während die Pflegesachleistung am Ende des laufenden Monats abgerechnet wird. Diese Ungleichzeitigkeit erschwert die gegenseitige Anrechnung der beiden unterschiedlichen Leistungsarten. Versicherte verlieren hierdurch leicht den Überblick und können nur durch regelmäßige gezielte Nachfrage bei der Pflegekasse sicherstellen, dass sie ihr Budget im jeweiligen Monat nicht überschreiten und etwaige Fehlbeträge selbst ausgleichen müssen.

Aus diesem Grund muss eine Instanz installiert werden, die das Budgetcontrolling für die Betroffenen übernimmt. Dies kann nur die Pflegekasse sein. Ein entsprechender Beratungsanspruch der/des Versicherten ist bei einer komplexen Inanspruchnahme von mehreren Leistungserbringern gleichzeitig sicherzustellen. Diese Informationspflicht darf nicht dem Pflegedienst im Pflegevertrag nach § 120 auferlegt werden. Die vorgenommene Ergänzung in § 120 SGB XI ist daher zu streichen.

Sollte der Gesetzgeber nicht auf die Einführung von ambulanten Betreuungsdiensten verzichten wollen, dann sind unabhängig von den hier angeführten Kritikpunkten, eigene Regelungen zum Betreuungsvertrag für ambulante Betreuungsdienste zu statuieren.

Änderungsbedarf

Die vorgenommene Ergänzung in § 120 SGB XI wird ersatzlos gestrichen.

Artikel 13: Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

§ 19a Zulassungsverordnung für Vertragsärzte: Offene Sprechstunden

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen, dass für Facharztpraxen künftig die Verpflichtung gelten soll, zusätzlich zu den bisher vorgeschriebenen 20 Stunden wöchentlicher Sprechzeiten für gesetzlich Versicherte mindestens 5 Stunden als offene Sprechstunden anzubieten. Dieses zusätzliche Sprechstundenkontingent setzt – zusammen mit der für diese zusätzlichen Sprechzeiten vorgesehenen extra-budgetären Vergütung nach § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 6 – Anreize, Patientinnen und Patienten auch ohne vorherige Terminvereinbarung zu behandeln. **Positiv zu bewerten ist, dass Hausbesuche von älteren oder bettlägerigen Patientinnen und Patienten auf das Zeitkontingent der fünf Stunden angerechnet werden können**, damit diese Patientengruppen in der Versorgung nicht benachteiligt werden.

C. Ergänzende Änderungsbedarfe

1. § 132a Absatz 1 SGB V Versorgung mit häuslicher Krankenpflege – Rahmenempfehlungen: Anerkennung der Tarifbindung in der Häuslichen Krankenpflege

Ein wesentliches Element der ambulanten Krankenversorgung stellt die häusliche Krankenpflege dar. Dies ist durch die fehlende Anerkennung der Tarifbindung aber gefährdet. Bereits mit dem Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen wurde eine Neuregelung in § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 6 eingeführt. Ausweislich der Gesetzesbegründung war damals intendiert, dass die angemessene Vergütung der Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch die Krankenkassen sichergestellt sein muss. Diese Zielsetzung begrüßen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege.

Seit Jahren klappt jedoch eine erhebliche Differenz zwischen den von den Krankenkassen angebotenen Vergütungen und den Personalkosten, die die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege und andere Leistungserbringer der Häuslichen Krankenpflege aufgrund der tatsächlichen tariflichen Steigerungen refinanzieren müssen. Die Krankenkassen verweisen dabei immer wieder auf den Grundsatz der Beitragssatzstabilität.

Das mit dem Grundsatz der Beitragsstabilität (§ 71 Absatz 1 SGB V) verbundene Ziel, Beitragssatzerhöhungen möglichst zu vermeiden, tragen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege zwar grundsätzlich mit. **Gleichzeitig muss es Leistungserbringern jedoch möglich sein, ihre Leistung wirtschaftlich, zweckmäßig und dem Maße des Notwendigen entsprechend zu erbringen (§ 12 Absatz 1 SGB V). Daher muss auch die Leistungsvergütung angemessen sein. Dabei sind nach der Rechtsprechung des BSG die Tarife und Tarifbindungen eines Leistungserbringers stets als wirtschaftlich anzuerkennen;** dieser Grundsatz wurde bereits im Ersten Pflegestärkungsgesetz in den §§ 84 und 89 SGB XI verankert.

Vor diesem Hintergrund begrüßen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege die mit dem Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen verbundene Neuregelung, dass Tariflöhne oder entsprechende Arbeitsvergütungen nicht tarifgebundener Leistungserbringer nachgewiesen werden müssen und es dazu eine entsprechende Transparenzvorgabe geben muss, ausdrücklich. Die Nachweispflicht stellt jedoch keinen Selbstzweck dar. Denn den Nachweis zu führen ist nur dann sinnvoll, wenn gleichzeitig bei Vergütungsverhandlungen anerkannt wird, dass die Zahlung von Tariflöhnen und Arbeitsentgelten stets als Kriterium wirtschaftlichen Handelns gilt. Dies ist im Gesetzestext *expressis verbis* zu verankern und § 132a Absatz 4 ist entsprechend zu ergänzen.

In § 132a Absatz 4 ist aus Sicht der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege des Weiteren **dringend zu streichen, dass die Leistungen „preisgünstig“ zu erbringen sind.** Unabdingbar ist, dass die Leistungen wirtschaftlich erbracht werden; dies jedoch steht bereits in § 132a Absatz 4 Satz 6. Die Formulierung „preisgünstig“ findet sich im SGB V nur in Bezug auf die Bereiche der Haushaltshilfe nach § 132 und in Bezug auf die Häusliche Krankenpflege nach § 132a. Die pflegerische Tätigkeit setzt ebenso wie die ärztliche Tätigkeit hohe Qualitätsstandards voraus, an welche die

Berufsausübung gebunden ist. Es ist nicht geboten, die entsprechende Leistungserbringung an das Qualitätskriterien außer Acht lassende Merkmal der Preisgünstigkeit zu binden. Das Wort „preisgünstig“ ist ersatzlos aus § 132a Absatz 4 Satz 5 zu streichen.

Lösungsvorschlag:

Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„Über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, über die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern. Wird die Fortbildung nicht nachgewiesen, sind Vergütungsabschläge vorzusehen. Dem Leistungserbringer ist eine Frist zu setzen, innerhalb derer er die Fortbildung nachholen kann.

Erbringt der Leistungserbringer in diesem Zeitraum die Fortbildung nicht, ist der Vertrag zu kündigen. Die Krankenkassen haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirtschaftlich erbracht werden. Verträge dürfen nur mit Leistungserbringern abgeschlossen werden, die die Gewähr für eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung bieten. Die Vergütung muss dem Leistungserbringer bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren. **Die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Der Grundsatz der Beitragsstabilität ist zu beachten. (...)**“

2. §§ 23, 24, 40 und 41 SGB V: Verbesserungen medizinischer Rehabilitation und Vorsorge für Mütter, Väter und pflegende Angehörige: Einführung einer vor- und nachstationären Beratungs- und Betreuungsleistung

Eine gute medizinische Versorgung der Versicherten im Bereich der Rehabilitation und Vorsorge umfasst auch eine Beratung zur umfassenden Bedarfsklärung sowie nachsorgende Leistungen. Die Beratung im Kontext der stationären medizinischen Rehabilitation und Vorsorge von Müttern und Vätern im Rahmen der Müttergenesung leistet hier einen wichtigen Beitrag zu einer effektiven und nachhaltigen Gesundheitsversorgung für die Versicherten. In den letzten Jahren ist die Beratung auf pflegende Angehörige erweitert worden. Die typischen Gesundheitsprobleme dieser Antragsteller/innen sind geprägt durch eine hohe Relevanz der person- und umweltbedingten Kontextfaktoren, wie beispielsweise familiäre Probleme, sowohl als Bedingungsfaktor des Gesundheitsproblems als auch in Bezug auf Teilhabebeeinträchtigungen. Vor allem für Mütter oder Väter in prekären Lebenssituationen oder mit sozialer Benachteiligung übernimmt die Beratung eine wichtige Lotsenfunktion und mindert Zugangshürden zu den erforderlichen Gesundheitsleistungen. In der Beratung wird insbesondere die psychosoziale Dimension des Gesundheitsproblems festgestellt und geprüft, welche Maßnahme der jeweiligen individuellen Lebens- und Gesundheitssituation der Mütter und Väter am zielführendsten entspricht. Das können Rehabilitationsmaßnahmen sein, aber oft auch ergänzende Unterstützungs- und Hilfsmaßnahmen. Wesentlich sind auch die realistische Erwartungs- und therapievorbereitende Zielklärung mit den Versicherten im Vorfeld einer stationären Rehabili-

tation/Vorsorge sowie nachsorgende Angebote. Die Versicherten können so von einer höheren Effizienz und Nachhaltigkeit profitieren.

Aus den Daten des Müttergenesungswerkes, das alle entsprechenden Beratungsstellen im Bereich der Freien Wohlfahrtspflege erfasst, geht hervor, dass das Beratungsergebnis bei allen Ratsuchenden und an einer solchen Maßnahmenbeantragung Interessierten lediglich bei 50 Prozent in eine konkrete Antragstellung mündete; in den anderen Fällen wurden die Ratsuchenden zu anderen passgenauen Hilfsangeboten vermittelt. Mit ihren Informations-, Beratungs- und Unterstützungsleistungen tragen die Beratungsstellen somit zu einer auf die „ganze Person“ gerichteten und sektorenübergreifend angelegten Versorgung der Patientengruppen bei.

Die bisher weit überwiegend aus Eigen- und Spendenmitteln der Wohlfahrtsverbände finanzierten Beratungsstellen der Trägerverbände im Müttergenesungswerk sind durch Mittelrückgänge in vielen Ländern und Regionen bedroht. Um diese wichtige Versorgungsstruktur für die Versicherten auch in Zukunft und in allen Regionen abzusichern, weiterhin qualitativ gut auszugestalten sowie auch für die Gruppe der pflegenden Angehörigen und ihren spezifischen Beratungs- und Unterstützungsbedarf im Zusammenhang mit Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen in Zukunft noch stärker nutzbar zu machen, sprechen sich die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege und das Müttergenesungswerk gemeinsam dafür aus, die vor- und nachstationäre Beratung als gesetzliche Leistung zu statuieren.

In den letzten Jahren ist bei allen Beteiligten (Leistungserbringern und Leistungsträgern) das Bewusstsein dafür gewachsen, die Nachhaltigkeit von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen zu stärken. Ausdruck dafür sind auch die auf Nachsorge bezogenen Bestimmungen des „Flexirentengesetzes“ (§ 17 SGB VI). Auch die Notwendigkeit, pflegenden Angehörigen den Zugang zu Reha-Leistungen zu erleichtern ist unbestritten, davon zeugen die Änderungen im Entwurf des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes.

Vor dem Hintergrund der skizzierten Sachlage wird vorgeschlagen: **Versicherte sollen einen Anspruch auf vor- und nachstationäre Beratung und Betreuung durch Beratungsstellen im Verbund des MGW erhalten, um die Ziele der medizinischen Rehabilitation und Vorsorge nach §§ 23 und 41 SGB V zu sichern.** Durch Ergänzungen der §§ 23,40 SGB V ist der Rechtsanspruch auch auf die Personengruppe der pflegenden Angehörigen zu beziehen.

In Rahmenverträgen, die in einem neuen § 132 i zu vereinbaren sind, haben sich Krankenkassen und die Träger der Beratungsstellen und das Müttergenesungswerk auf Bundesebene auf die institutionellen Rahmenbedingungen zu verständigen (Anforderungen, Inhalte, Vergütungsgrundsätze, Qualität usw.).

Änderungsbedarf

§ 24 Abs. 4 SGB V (neu):

(4) Um das Ziel der Vorsorgeleistung zu erreichen oder zu sichern, haben Versicherte Anspruch auf vor- und nachstationäre Beratung und Betreuung durch Bera-

tungsstellen im Verbund des Müttergenesungswerkes oder durch vergleichbare Beratungsstellen.

§ 23 Abs. 4 S. 2 HS 2 SGB V (Verweis für pflegende Angehörige ergänzt):

- (4) Reichen bei Versicherten die Leistungen nach Absatz 1 und 2 nicht aus, kann die Krankenkasse Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht. Für pflegende Angehörige kann die Krankenkasse unter denselben Voraussetzungen Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht; **§ 24 Abs. 4 gilt entsprechend**. Die Krankenkasse führt statistische Erhebungen über Anträge auf Leistungen nach Satz 1 und Absatz 2 sowie deren Erledigung durch.

§ 41 Abs. 4 SGB V (neu):

- (4) Um das Ziel der Rehabilitationsleistung zu erreichen oder zu sichern, haben Versicherte Anspruch auf vor- und nachstationäre Beratung und Betreuung durch Beratungsstellen im Verbund des Müttergenesungswerkes oder durch vergleichbare Beratungsstellen.

§ 40 Abs. 2 S. 2 HS 2 SGB V (Verweis für pflegende Angehörige ergänzt):

- (2) Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 37 Absatz 3 des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht. Für pflegende Angehörige kann die Krankenkasse unter denselben Voraussetzungen stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht; **§ 41 Abs. 4 gilt entsprechend**. (...)

§ 132 i Versorgung mit vor- und nachstationärer Beratung und Betreuung für Mütter und Väter (neu)

- (1) Die Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen schließen mit geeigneten Beratungsstellen im Verbund des Müttergenesungswerkes oder mit vergleichbaren Beratungsstellen Verträge über die Erbringung von vor- und nachstationären Leistungen nach §§ 23 Abs. 4 S. 2, 2. HS, 24 Abs. 4, 40 Abs. 2 S. 2 2. HS und 41 Abs. 4.
- (2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen schließt mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Beratungsstellen maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und dem Müttergenesungswerk eine Rahmenvereinbarung über Anforderungen an die Leistungserbringer und Inhalte der Leistungen sowie Grundsätze der Vergütung mit dem Ziel einer einheitlichen und flächendeckenden Versorgung.

3. § 20f SGB V Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie

Verbesserungen in der Gesundheitsförderung durch strukturierte Kooperation mit der Freien Wohlfahrtspflege

Ergänzend sollte auch die Einbindung von eher primär präventiv ausgerichteten psychosozialen Beratungsleistungen in die ambulanten Versorgungsstrukturen für die Versicherten im Blick sein. Für die Versicherten ist es wesentlich, dass neben einer qualitativ guten und ausreichenden medizinischen Versorgung auch eine qualitativ gute und niedrigschwellig erreichbare soziale Infrastruktur zur psychosozialen Versorgung zur Verfügung steht. Unter den Zielsetzungen des Präventionsgesetzes zu einer verbesserten und koordinierteren Gesundheitsförderung und Prävention beizutragen, sollten diese Sektoren aus Sicht der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege stärker miteinander verzahnt und koordiniert werden.

Die Sicherstellung einer guten Beratungsinfrastruktur ist ein wesentliches Element einer präventiv ausgerichteten Gesundheits- und Sozialpolitik, vor allem in Bezug auf die Zielsetzung der Vermeidung sozialbedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege sind bisher in allen Feldern der (psycho-) sozialen und gesundheitlichen Versorgung tätig und bilden mit ihren Verbänden, Trägern und Einrichtungen ein flächendeckendes Netz von Angeboten mit u.a. einer Vielzahl an niedrigschwelligen Kontakt- und Anlaufstellen, sozialräumlichen Ansätzen, Beratungsleistungen für Familien in besonderen Belastungssituationen. Gleichwohl sind sie weder in die Entwicklung der bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen noch in die Rahmenvereinbarungen auf Landesebene zur Prävention eingebunden.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege sind als Vereinbarungspartner der Rahmenvereinbarungen strukturell aufzunehmen.

Änderungsbedarf

§ 20 f SGB V Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie

- (1) Zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, auch für die Pflegekassen, mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und mit den in den Ländern zuständigen Stellen **sowie den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege** gemeinsame Rahmenvereinbarungen auf Landesebene. (...)

Zudem regen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege an, dass in den Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V Aussagen über die Sicherung und Weiterentwicklung der regionalen Infrastruktur zur gesundheitlichen und psycho-sozialen Beratung, insbesondere für Familien in besonderen Belastungssituationen getroffen werden sollen.

4. § 39 SGB V Krankenhausbehandlung: Verbesserung des Entlassmanagements

Mit dem GKV-VSG wurde das Entlassmanagement in § 39 SGB V in einem eigenen Absatz 1a neu geregelt. Ziel ist die Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten nach einer Krankenhausbehandlung. Nach § 39a SGB V sind nun zwar die Pflegekassen in das Entlassmanagement involviert, nicht aber die nach dem SGB XI zur Versorgung zugelassenen Pflegeeinrichtungen. Die nach dem SGB XI zur Versorgung zugelassenen Pflegeeinrichtungen müssen jedoch direkt in das Versorgungsgeschehen bei der Krankenhausentlassung einbezogen werden, um eine lückenlose Versorgung in den pflegerischen Bereich hinein sicherstellen zu können. So sollte z. B. bei einer Weiterversorgung in einer vollstationären Pflegeeinrichtungen auch ein pflegerisches Entlassmanagement erfolgen und bei komplexen Versorgungssituationen (z. B. Tracheostoma, komplizierte Wundverläufe usw.) eine Übergabe direkt im Krankenhaus. Ebenso könnten die Beratungen und Anleitungen von pflegenden Angehörigen durch Pflegedienste im Rahmen von § 45 SGB XI bereits im Krankenhaus stattfinden.

Durch das Krankenhausstrukturgesetz sind zum 01.01.2016 neue Leistungsansprüche im Rahmen der häuslichen Krankenpflege und der Haushaltshilfe sowie neue Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V geschaffen worden. Danach wurden die bestehenden Leistungsansprüche zur häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 1a SGB V sowie der Haushaltshilfe nach § 38 SGB V mit Blick auf Versorgungskonstellationen wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung erweitert. Ergänzend wurde ein neuer Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V bei fehlender Pflegebedürftigkeit eingeführt. Während die häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V Bestandteil des Entlassmanagements ist, ist dies bei den §§ 38 und 39c SGB V nicht gegeben. Ausweislich der Gesetzesbegründung zum Krankenhausstrukturgesetz wurden diese neuen Leistungen aber eingeführt bzw. die bestehenden Leistungen erweitert, um eine Versorgungslücke nach dem Krankenhausaufenthalt zu schließen. **§ 38 SGB V Haushaltshilfe und § 39c SGB V Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit sind deshalb ebenfalls explizit in die Regelung des Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V miteinzubeziehen.**

Änderungsbedarf

§ 11 Absatz 4 (Versorgungsmanagement) Satz 1 wird wie folgt ergänzt:

„Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche; dies umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung nach diesem Buch **und die pflegerische Anschlussversorgung** nach diesem Buch und nach dem Elften Buch.“

In § 39 Absatz 1a (Entlassmanagement) wird nach Satz 5 folgender Satz eingefügt:

„Das Entlassmanagement umfasst auch die Leistungen nach § 38 und § 39c nach einem Krankenhausaufenthalt, einer ambulanten Operation oder einer ambulanten Krankenhausbehandlung.“

5. Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen

Aus der Perspektive der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen vermissen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege im vorliegenden Gesetzentwurf entsprechende Regelungen bzw. geeignete Maßnahmen, die in Anlehnung an Artikel 25 der UN-Behindertenrechtskonvention eine barriere- und diskriminierungsfreie gesundheitliche Versorgung für Menschen mit Behinderungen sicherstellen. Laut Teilhabebericht der Bundesregierung (2017) bestehen beim Zugang zu und der Nutzung von Leistungen der Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderungen gravierende Einschränkungen. Aus Sicht der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege ist deshalb § 2a SGB V an die Maßnahmen der UN-Behindertenrechtskonvention anzupassen.

Zudem benötigen Menschen mit Behinderungen während des Krankenhausaufenthalts oftmals Begleitung durch eine ihnen vertraute Assistenzkraft. Der Anspruch auf Mitaufnahme einer Pflegeperson ist in § 11 Absatz 3 Satz 1 SGB V geregelt. **Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege fordern jedoch eine gesetzliche Klarstellung, dass dieser Rechtsanspruch nicht nur für jene Menschen mit Behinderung gilt, die ihre Assistenz durch eine Pflegekraft im sog. Arbeitgebermodell sicherstellen, sondern generell für Menschen mit Behinderung.**

6. § 126 SGB V Versorgung durch Vertragspartner Präqualifizierungserfordernis für Pflegeeinrichtungen bei der Hilfsmittelerbringung

Nach § 126 Absatz 1 Satz 2 können Vertragspartner der Krankenkassen nur Leistungserbringer sein, die die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen. Die Krankenkassen müssen dies nach § 126 Absatz 1a sicherstellen. Zu diesem Zwecke müssen sich Leistungserbringer von der Präqualifizierungsstelle nach Absatz 1a Satz 2 qualifizieren lassen. Die Präqualifizierung gilt für alle Verträge, die durch Ausschreibungen nach § 127 Absatz 1 zustande gekommen sind sowie für Verträge der Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen mit Leistungserbringern, die nach § 127 Absatz 2 geschlossen werden. Eine Präqualifizierung ist lediglich beim Abschluss von Verträgen der Krankenkassen mit Leistungserbringern, die im Einzelfall nach § 127 Absatz 3 geschlossen werden, nicht notwendig.

Grundlage für die Präqualifizierungsanforderungen bildet das Berufsrecht der Leistungserbringer. Hierbei handelt es sich insbesondere um die Handwerksordnung und die Gewerbeordnung (vgl. Hauck/Noftz, SGB V, § 126 Rn. 9 f.). Unter Leistungserbringer fallen somit klassische Handwerksbetriebe und Angehörige von Handwerksberufen (vgl. Hauck/Noftz, SGB V, § 126 Rn. 13 ff.). Bei der Versorgung mit Hilfsmitteln kommt es nicht zu einer „Herstellung, Abgabe und Anpassung“ i. S. d. § 126 SGB V, da dies klassische handwerkliche Tätigkeiten nach der Handwerks- oder Gewerbeordnung voraussetzt. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen sind daher

nicht als Leistungserbringer i. S. d. § 126 SGB V einzuordnen und benötigen keine Präqualifizierung als Lieferant von Hilfsmitteln.

Ohne deren Einbezug in den vorstehend beschriebenen Vorgang der Herstellung, Abgabe und Anpassung von Hilfsmitteln geht es bei Pflegeeinrichtungen allenfalls noch um die sachgerechte Unterstützung der Versicherten bei deren Verwendung. Dies ist Gegenstand der Versorgungsverträge nach §§ 72 ff SGB XI, bei denen das auf die Auftragsvergabe oder die Beitrittsverträge zugeschnittene Präqualifizierungsverfahren aber gerade nicht zur Anwendung kommt. Zudem kontrollieren die im Zusammenhang mit dem Versorgungsvertrag durchgeführten Qualitätsprüfungen regelmäßig auch die hier relevante Unterstützung und deren tatsächliche fachgerechte Durchführung. **Vor diesem Hintergrund besteht wegen dieser letztlich wirksameren Kontrolle keinerlei Bedarf nach dem zusätzlichen, kostspieligen und zudem zeitlich immer nur befristeten Präqualifizierungszertifikat im Sinne von § 126 Abs. 1a SGB V.**

Berlin, 17. August 2018

Bundesarbeitsgemeinschaft
der Freien Wohlfahrtspflege e. V.

Dr. Gerhard Timm
Geschäftsführer

Kontakt:
Dr. Elisabeth Fix (elisabeth.fix@caritas.de)
Christian Hener (C.Hener@drk.de)