

Thomas-Mann-Str. 40
53111 Bonn
Tel. 0228 33889-540
FAX 0228 33889-541
E-Mail: walter@hausderkrebs-selbsthilfe.de
Internet:www.hksh-bonn.de

10. Oktober 2011

Stellungnahme der Verbände im Haus der Krebs-Selbsthilfe zum Gesetzentwurf der Bundesregierung über die Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung – Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) (Stand 05.09.2011)

Die Verbände im Haus der Krebs-Selbsthilfe begrüßen das Ziel der Gesetzesvorlage einer flächendeckenden und wohnortnahen medizinischen Versorgung der Bevölkerung.

Die Versorgung hat sich an dem Patienten zu orientieren und muss niedrigschwellig zu erreichen sowie zielgruppenspezifisch aufgebaut sein. Für die Patienten mit onkologischem Krankheitsbild haben sich die vorhandenen Onkologischen Zentren bewährt, in welchen sich qualitativ hochwertige Strukturen entwickelt haben, welche nachweislich zu einer verbesserten Versorgung führen. Dieses schon vorhandene Wissen sollten sich die Leistungserbringer zu Nutzen machen, die Ausführenden und Ausarbeitenden des Versorgungsstrukturgesetzes sich daran orientieren. Auch die Kriterien für Qualität und Strukturen des Handlungsfelds 2 des Nationalen Krebsplans sollen dabei eingebunden werden. Nach Ansicht der Verbände kann eine hochwertige Versorgung für die Bevölkerung nur gewährleistet sein, wenn in grundlegenden Belangen Patientenvertreter als Stimme der Betroffenen eingebunden werden – von der Beteiligung in Gremien bis hin zur Einbettung der Patientenselbsthilfe in die Versorgungsstrukturen.

Änderungen des Fünften Sozialgesetzbuches - Stellungnahme zu den einzelnen Artikeln

Die Darstellung folgt der Reihenfolge der Paragraphen des SGB V. Es werden sowohl Paragraphen angesprochen, die im Entwurf zum Versorgungsstrukturgesetz der Bundesregierung erwähnt sind, als auch Paragraphen, die nicht erwähnt sind, aber aus Sicht der Verbände des Hauses der Krebs-Selbsthilfe im Zuge des Versorgungsstrukturgesetzes geändert werden sollten, um bekannte Versorgungsmängel zu beheben.

1. § 2 Absatz 1a SGB V (Leistungen)

Folgender Absatz 1a wird eingefügt:

„(1a) Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder in der Regel tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem

medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, können auch eine von Absatz 1 Satz 3 abweichende Leistung beanspruchen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.“

Die gesetzliche Verankerung des Nikolausbeschlusses wird sehr begrüßt. Nicht allgemein anerkannte Therapiemöglichkeiten können nun unter bestimmten Voraussetzungen bei der jeweiligen Krankenkasse abgerechnet werden, wenn diese eine nicht ganz entfernte Aussicht auf Heilung oder eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf ermöglichen.

2. § 11 Absatz 6 SGB V (Leistungsarten)

Folgender Absatz 6 wird neu eingefügt:

„(6) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung zusätzliche vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossene Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität im Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation (§§ 23, 40), der künstlichen Befruchtung (§ 27a), der zahnärztlichen Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz (§ 28 Absatz 2), bei der Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (§ 34 Absatz 1 Satz 1), mit Heilmitteln (§ 32) und Hilfsmitteln (§ 33), im Bereich der häuslichen Krankenpflege (§ 37) und der Haushaltshilfe (§ 38) sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern vorsehen. Die Satzung muss insbesondere die Art, die Dauer und den Umfang der Leistung bestimmen. Die zusätzlichen Leistungen sind von den Krankenkassen in ihrer Rechnungslegung gesondert auszuweisen.“

Durch diese neue Regelung besteht für die Kassen die Möglichkeit, Zusatzleistungen anzubieten, welche nicht im Leistungskatalog festgelegt sind und vom G-BA auch noch nicht ausgeschlossen wurden. Die Verbände befürchten, dass ein zu breit angelegter Katalog an Wahlтарifen und Zusatzleistungen entsteht und der Nutzen dieser Zusatzleistungen nicht in allen Fällen gewährleistet ist. Weiter ist davon auszugehen, dass die Wahlfreiheit über Zusatzbeiträge abgerechnet wird. Aus diesem Grunde wird diese Regelung abgelehnt.

Ihrer Ansicht nach können jedoch weitere Zusatzleistungen im Sinne von innovativen Methoden gem. § 137e SGB V (siehe Bemerkungen unter § 137e SGB V) angeboten werden, so dass die Kosten nicht zu Lasten der Versicherten gehen.

3. § 32 SGB V (Heilmittel)

Absatz 1a wird wie folgt eingefügt:

„(1a) Bei langfristigem Behandlungsbedarf genehmigen die Krankenkassen auf Antrag des Versicherten die erforderlichen Heilmittel für einen geeigneten Zeitraum. Das Nähere, insbesondere zu den Genehmigungsvoraussetzungen, regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6. Über die Anträge ist innerhalb von vier Wochen zu entscheiden; ansonsten gilt die Genehmigung nach Ablauf der Frist als erteilt. Soweit zur Entscheidung ergänzende Informationen des Antragstellers erforderlich sind, ist der Lauf der Frist bis zum Eingang dieser Informationen unterbrochen.“

Die Verbände begrüßen diese neue Regelung, dass für chronisch kranke und behinderte Menschen die Möglichkeit eingeräumt wird, erforderliche Heilmittel für einen geeigneten Zeitraum von der Krankenkasse genehmigt zu bekommen. Insbesondere die Genehmigungsfiktion der Leistung – nach Ablauf der Entscheidungsfrist gilt der Antrag als genehmigt - wird positiv bewertet.

4. § 39 SGB V (Entlassmanagement)

Dem § 39 Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Die Krankenhausbehandlung umfasst auch ein Entlassmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung. Das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten dürfen nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. § 11 Absatz 4 Satz 4 gilt.“

Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass die Versorgungskontinuität der Patienten gewährleistet wird, indem die Kommunikation zwischen dem ambulanten und stationären Sektor verbessert und die Patienten und Angehörigen damit entlastet werden, um einen „Drehtüreffekt“ zu vermeiden.

Positiv ist festzuhalten, dass das Versorgungsmanagement zu einer regelhaften Leistung der Krankenhausbehandlung wird. Nichtsdestotrotz sind folgende Aspekte kritisch zu beachten:

- Es ist nicht nachvollziehbar, warum sich die Regelung nur auf den Krankenhausbereich und nicht auf andere Versorgungserbringer bezieht.
- Die Fallpauschale des Entlassmanagements muss abrechenbar beschrieben sein.

Die Verbände fordern, dass für das Entlassmanagement Kriterien festgelegt werden, anhand derer die Qualität gemessen werden kann.

Durch die Änderungen im Entlassmanagement fordern die Verbände, die Leistungen und den Handlungsspielraum in der häuslichen Krankenpflege gem. § 37 Absatz 1 SGB V zu erweitern. Sie schlagen – in Anlehnung an die Stellungnahme des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes - folgende Formulierungen für den Gesetzestext vor:

§ 37 Absatz 1 Satz 1: [...]durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird **sowie nach Krankenhausaufenthalt, nach ambulanter Operation oder nach ambulanter Krankenbehandlung, wenn dies für den Heilungs- und Genesungsprozess erforderlich ist.**

§ 37 Absatz 1 Satz 2: [...]sowie hauswirtschaftliche Versorgung; **erforderliche grundpflegerische und hauswirtschaftliche Leistungen werden auch ohne behandlungspflegerischen Bedarf gewährt. Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen.**

5. § 116b SGB V (Ambulante spezialärztliche Versorgung)

Die ambulante spezialärztliche Versorgung umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, häufig schwer therapierbarer Krankheiten, welche der Expertise von Spezialisten mit speziellem medizinischem Wissen bedürfen und wo interdisziplinäre Kooperation und oftmals besondere Ausstattung notwendig sind. Dazu zählen Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen, ambulante Operationen sowie hochspezialisierte Leistungen.

Die Konkretisierung und Ergänzung in der spezialärztlichen Versorgung wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) durch Richtlinien vorgenommen. Die Annäherung der Politik an dreiseitige Verträge lehnen die Verbände strikt ab. Der G-BA ist das zentrale Organ verschiedener Vertreter in der Gesundheitspolitik und hat daher die Oberhand über die Richtlinien in den Versorgungsstrukturen zu behalten.

Folgende Gesichtspunkte sind besonders hervorzuheben:

- **Qualitätsstandard**

Die Vergütung liegt nach neuer Gesetzeslage bei den Krankenkassen. Sie sind für die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität verantwortlich. Wie und nach welchen Kriterien die Qualität gewährleistet wird, ist nicht ersichtlich. Die Verbände fordern in diesem Punkt klare Vorgaben.

Zur Sicherung der Qualität ist der G-BA beauftragt. Die Verbände regen an, die schon vorhandenen Kriterien zu nutzen und durch schon erprobte Standards z.B. Qualitätsstandards der Onkologischen Zentren, zu erweitern. Zur Sicherung der Qualität sind Bestimmungen festzulegen; Patientenvertreter müssen bei der Festlegung der Standards mit Stimmrecht beteiligt sein.

- **Genehmigungsverfahren**

Die Krankenhäuser werden in Zukunft nicht mehr von den Genehmigungen der Landesbehörde abhängig sein. Widerspricht die Behörde dem Antrag innerhalb von zwei Monaten nicht, gilt dieser als genehmigt. Diese Entwicklung wird positiv bewertet, da ein Hinauszögern der Genehmigung durch die Landesbehörden nun nicht mehr möglich ist.

Nichtsdestotrotz ist zu beachten:

- Eine qualitativ angemessene Prüfung ist in dieser kurzen Zeit kaum zu leisten. Aus diesem Grunde muss den Landesbehörden die Möglichkeit eingeräumt werden, die Genehmigung nach späterer Prüfung zurücknehmen zu können (Zusage unter Vorbehalt).

- Wird die Genehmigung von Anfang an untersagt oder im Nachhinein zurückgenommen, ist zu gewährleisten, dass als Begründung nur fachliche und sachliche Argumente herangezogen werden können und nicht formale Kriterien vorgeschoben werden.

- **Persönliche Erbringung der Leistung**

Qualität hängt auch von der Fallzahl des behandelnden Arztes ab. Aus diesem Grunde wird gefordert, dass zur Festlegung der Fallzahlen die persönliche Erbringung der Leistung ausschlaggebend ist und nicht die summierte Anzahl der Fälle z.B. pro Krankenstation.

- **Überweisungserfordernis**

Die Verbände fordern als Minimum den Beibehalt des Überweisungserfordernisses bei onkologischen Erkrankungen gem. der Richtlinie des G-BA für ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V:

„Bei Erstzuweisung besteht ein Überweisungserfordernis durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt (im Ausnahmefall im stationären Bereich als Konsil oder hausinterne Überweisung). Drei Jahre nach der Erstüberweisung ist eine erneute Überweisung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt erforderlich.

Für Patientinnen und Patienten mit *Carcinoma in situ* besteht ein Überweisungserfordernis durch eine Fachärztin oder einen Facharzt der jeweils zuständigen Fachgruppe.“

6. § 127 Absatz 6 SGB V (Verträge)

Dem § 127 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene geben gemeinsam Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln ab. [...]“

Im Rahmen der Hilfsmittelversorgung fordern die Verbände folgende Erweiterung des vorliegenden Gesetzestextes:

[...]für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer und **Patientenorganisationen** maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene geben gemeinsam Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln ab, **insbesondere ist sicherzustellen, dass auch bei bestehenden Direktverträgen zwischen Krankenkassen und Hilfsmittelerbringer/-anbieter eine wohnortnahe, einfach zugängliche Beratung und Versorgung der Versicherten sowie die Qualität der Hilfsmittel gewährleistet ist.**

Dadurch soll unübersichtlichen und unzähligen Einzelverträgen ein Riegel vorgeschoben werden.

Die Notwendigkeit der Festlegung von Rahmenempfehlungen wird begrüßt, da damit eine Forderung der Patientenverbände umgesetzt wird. Allerdings ist dadurch in § 140f Absatz 4 SGB V eine Ergänzung hinsichtlich der Patientenbeteiligung erforderlich. Die dortige ausdrückliche Nennung des § 127 Absatz 1a Satz 1 SGB V ist durch Anfügung von „und Absatz 6“ zu ergänzen.

7. § 137e SGB V (Innovative Methoden)

Für den gemeinsamen Bundesausschuss wird die Möglichkeit geschaffen, künftig innovative Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Potenzial zeitlich begrenzt unter strukturierten Bedingungen bei gleichzeitigem Erkenntnisgewinn unter Aussetzung des Bewertungsverfahrens zu erproben. Damit erhält der Gemeinsame Bundesausschuss ein neues Instrument für die Bewertung von Methoden, deren Nutzen (noch) nicht mit hinreichender Evidenz belegt ist.

Durch Evidenz belegte und durch Prüfung festgelegte innovative Behandlungsmethoden werden von den Verbänden für beide Sektoren begrüßt.

8. § 140a SGB V (Integrierte Versorgung)

Die Verbände fordern ausdrücklich die Rücknahme der pharmazeutischen Einflussnahme bei den Verträgen innerhalb der integrierten Versorgung.

9. § 140f Absatz 2 SGB V (Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten)

Die Streichung der Wörter in § 140f Absatz 2 SGB V Satz 1 „und im Beirat der Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz nach § 303b SGB V“ und der Austausch von „diesen Gremien“ nach „diesem Gremium“ in Satz 2 ist eine Folge der Neubesetzung des Gremiums zur Datentransparenz. Bis dato bestand das Gremium zur Datentransparenz gem. § 303b SGB V aus Vertretern der Arbeitsgemeinschaft, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene, des Beauftragten für Datenschutz, der oder des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgebliche Organisationen auf Bundesebene und der für die gesetzlichen Krankenversicherung zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden.

Die Wahrnehmung der Aufgaben der Datentransparenz werden durch § 303a SGB V n. F. auf folgende Stellen verteilt:

[Gesetzestext:]

„Die Aufgaben der Datentransparenz werden von öffentlichen Stellen des Bundes als Vertrauensstelle nach § 303c und Datenaufbereitungsstelle nach § 303d wahrgenommen. Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zur Wahrnehmung der Aufgaben der Datentransparenz eine öffentliche Stelle des Bundes als Datenaufbereitungsstelle nach § 303d.“

Eine Patientenvertretung im Gremium zur Datentransparenz ist nach der neuen Gesetzesvorlage nicht mehr vorgesehen. Die Datentransparenz obliegt nun öffentlichen Stellen.

Die Verbände sehen diese Streichung als ein missliches Zeichen in Richtung Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten und fordern explizit die Beteiligung.

§ 140f Absatz 4 SGB V (Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten)

Nach der Neueinführung des § 127 Absatz 6 SGB V ist folgender Absatz hinter § 127 Absatz 1a Satz 1 SGB V zu ergänzen:

„Bei einer Änderung, Neufassung oder Aufhebung der in ...§ 127 Absatz 1a Satz 1 sowie Abs. 6 SGB V ...vorgesehenen Rahmenempfehlungen, Empfehlungen und Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen...“.

Nur so wird die Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten sichergestellt.

10. § 221b SGB V (Leistungen des Bundes für den Sozialausgleich)

Der Paragraph wird geändert und folgender Absatz 2 eingefügt:

„(2) Die Bundesregierung evaluiert die mit den Maßnahmen nach § 85 und § 87a Absatz 2 Satz 3 in der am [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 12 Absatz 1] geltenden Fassung verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der vertragszahnärztlichen und vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die gesetzliche Krankenversicherung bis zum 30. April 2014. Das Ergebnis der Evaluierung nach Satz 1 wird bei der Festlegung der Höhe der Zahlungen des Bundes für den Sozialausgleich nach Absatz 1 Satz 2 mindernd berücksichtigt, soweit sich aus diesem Ergebnis unter Berücksichtigung von Einspareffekten Mehrausgaben des Bundes für den Sozialausgleich ergeben.“

Die Verbände im Haus der Krebs-Selbsthilfe kritisieren diese Regelung scharf. Der Sozialausgleich wird durch diese Regelung ggf. ganz oder teilweise statt aus Steuern aus Beitragsgeldern der Versicherten gezahlt werden müssen.

Schlussbemerkung

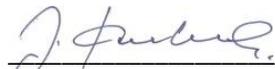
Aus Sicht der Verbände im Haus der Krebs-Selbsthilfe ist zusammenfassend zu sagen, dass eine Verbesserung der Versorgungsstrukturen für Patientinnen und Patienten grundsätzlich begrüßt und gefordert wird. Der Entwurf zum Versorgungsstrukturgesetz liefert dafür einen weiteren Ansatz. Ob und wie die Vorgaben von den Leistungserbringern umgesetzt werden bleibt abzuwarten und kritisch zu beobachten.

Insbesondere die Umsetzung der ambulanten spezialärztlichen Versorgung wird mit einem wachsamen Auge zu beobachten sein. Voraussetzung für den Zugang zur spezialärztlichen Versorgung ist ein Kooperationsvertrag zwischen den Leistungserbringern. Aus den Erfahrungen in den letzten Jahren war bei Kooperationsvereinbarungen ein Konsens nur schwer möglich. Die Verbände fordern, dass nicht durch zu strikte Vorgaben bei Investitionszuschlägen Zulassungshürden geschaffen werden.

Grundsätzlich muss allerdings die Qualität der Leistungen in allen Versorgungsbereichen gewährleistet sein. Eine Sicherstellung der Versorgung in ländlichen Gebieten ist dringend erforderlich.

Die Verbände lehnen den Einfluss von pharmazeutischen Unternehmen bei (Kooperations-) Verträgen ab. Sie sehen die objektive, dem Patienten zugewandte Versorgung gefährdet.

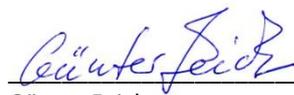
Zum Schluss sei noch angemerkt, dass sich die Möglichkeiten von Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern, ihre Interessen in der Politik und im Gesundheitswesen erweitert haben. Sie sind aber noch nicht umfassend genug. Ein Stimmrecht im Gemeinsamen Bundesausschuss wäre ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung.



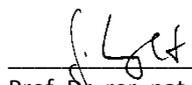
Jürgen Kleeberg
Vorsitzender des Arbeitskreises der Pankreatektomierten e.V.



Werner Kubitz
Vorsitzender des Bundesverbandes der Kehlkopferierten e.V.



Günter Feick
Vorsitzender des Bundesverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.



Prof. Dr. rer. nat. Gerhard Englert
Vorsitzender der Deutschen ILCO e.V.



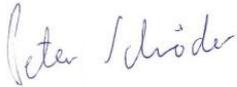
Ralf Rambach

Vorsitzender der Deutsche Leukämie- & Lymphom-Hilfe e.V.



Karin Meißler

Vorsitzende der Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V.



Peter Schröder

Vorsitzender der Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e.V.