

Per E-Mail: 221@bmg.bund.de

## Stellungnahme der Fachverbände für Menschen mit Behinderung zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

### Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

Stand: 08.04.2024

Berlin, 30.04.2024

#### I. Vorbemerkung

Die fünf Fachverbände für Menschen mit Behinderung repräsentieren ca. 90 % der Dienste und Einrichtungen für Menschen mit geistiger, seelischer, körperlicher oder mehrfacher Behinderung in Deutschland. Ethisches Fundament der Zusammenarbeit der Fachverbände für Menschen mit Behinderung ist das gemeinsame Bekenntnis zur Menschenwürde sowie zum Recht auf Selbstbestimmung und auf volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderung am Leben in der Gesellschaft. Ihre zentrale Aufgabe sehen die Fachverbände für Menschen mit Behinderung in der Wahrung der Rechte und Interessen von Menschen mit geistiger, seelischer, körperlicher oder mehrfacher Behinderung in einer sich immerfort verändernden Gesellschaft.



| Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V.  
Reinhardtstraße 13  
10117 Berlin  
Telefon 030 284447-822  
Telefax 030 284447-828  
cbp@caritas.de



| Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V.  
Hermann-Blankenstein-Str. 30  
10249 Berlin  
Telefon 030 206411-0  
Telefax 030 206411-204  
bundesvereinigung@lebenshilfe.de



| Bundesverband anthroposophisches Sozialwesen e.V.  
Schloßstraße 9  
61209 Echzell-Bingenheim  
Telefon 06035 7059-000  
Telefax 06035 7059-010  
bundesverband@anthropoi.de



Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung bedanken sich für die Möglichkeit, zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (RefE) Stellung zu nehmen.

Sie begrüßen ausdrücklich die geplante Beschleunigung von Bewilligungsverfahren im Hilfsmittelbereich. Die Regelung kann wesentlich dazu beitragen, eine zeitnahe Versorgung von Kindern und jungen Erwachsenen mit den benötigten Hilfsmitteln sicherzustellen. So werden Begleit- und Folgeerkrankungen vermieden, die Entwicklungs- und Teilhabemöglichkeiten verbessert und der bürokratische Aufwand der Krankenkassen reduziert.

Daneben sind im RefE weitere positive Regelungsansätze vorhanden, die jedoch teilweise noch zu ergänzen sind. Dies betrifft die Stärkung der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), die Klarstellung zur Verwendung der Mittel des Strukturfonds, die Verpflichtung der Krankenkassen zur Veröffentlichung von Leistungs- und Qualitätsdaten, die geplanten Vorhaltepauschalen für hausärztliche Leistungen, das Mitbestimmungsrecht der obersten Landesbehörden in Zulassungsverfahren und die Möglichkeit, der digitalen Inanspruchnahme der Pflegeberatung.

Kritisch sehen die Fachverbände für Menschen mit Behinderung die jährliche Abrechnungsmöglichkeit einer Versorgungspauschale für die Behandlung von chronisch kranken Menschen ab dem ersten Patientenkontakt. Die jährliche Abrechnungsmöglichkeit kann gegenüber der bisherigen quartalsweisen Abrechnung der Versichertenpauschale zu einer Verschlechterung der Versorgung dieses Personenkreises führen und unterjährige Arztwechsel erschweren.

## II. Im Einzelnen:

### 1. Beschleunigung von Bewilligungsverfahren im Hilfsmittelbereich (§ 33 Abs. 5 c SGB V-neu)

Gemäß § 33 Abs. 5b SGB V müssen Anträge auf die Bewilligung von Hilfsmitteln grundsätzlich durch die Krankenkassen genehmigt werden. Dafür prüfen sie die Anträge mit eigenem weisungsgebundenen Personal. Zusätzlich können sie in geeigneten Fällen durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen, ob das Hilfsmittel erforderlich ist. Der RefE sieht mit § 33 Abs. 5c SGB V-neu eine Vereinfachung dieses Verfahrens vor: Die Erforderlichkeit des beantragten Hilfsmittels wird sowohl für die Prüfung der Krankenkassen (RefE, S. 31f.) als auch für die Prüfung des Medizinischen Dienstes vermutet, wenn es von einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) oder von einem Medizinischen Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) empfohlen wurde. Etwas anderes gilt nur, wenn die Erforderlichkeit des Hilfsmittels offenkundig nicht vorliegt, z. B. bei offensichtlich nicht gerechtfertigten, unwirtschaftlichen Mehrfachversorgungen (RefE, S. 40).

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung begrüßen diese Vereinfachung von Bewilligungsverfahren im Hilfsmittelbereich ausdrücklich. Denn die zum gegenwärtigen Zeitpunkt bestehende Rechtslage führt dazu, dass sowohl Kinder und Jugendliche als auch Erwachsene mit einer Behinderung ihre benötigten Hilfsmittel in vielen Fällen hart und vor allem langwierig erkämpfen müssen. Oft werden Hilfsmittel ärztlich verordnet, aber von den Krankenkassen nicht genehmigt. Teilweise wird die Genehmigung unter Hinweis auf die fehlende Leistung des Hilfsmittels im Hilfsmittelverzeichnis verweigert, obwohl bereits seit langem höchstrichterlich klargestellt ist, dass der Anspruch auf Hilfsmittel gem. § 33 SGB V nicht auf die im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten Produkte beschränkt ist. Menschen mit Behinderung und ihren Angehörigen bleibt in diesen Fällen nur die Möglichkeit, gegen die Entscheidung den Rechtsweg zu beschreiten. Dies stellt für die ohnehin erheblich geforderten Familien eine zusätzliche Belastung dar, die sie allzu oft scheuen. In der Folge erhalten Betroffene nicht die benötigte

Versorgung. Dies kann zu Begleit- und Folgeerkrankungen sowie zu einer Minderung ihrer Entwicklungsmöglichkeiten und ihrer Teilhabe führen.

Die geplante Änderung ist auch aus medizinischer Sicht sachgerecht, denn das in den SPZ und MZEB arbeitende, medizinische Fachpersonal verfügt aufgrund der Spezialisierung der Zentren über zusätzliche Expertise in der Behandlung von Menschen mit Behinderung. Diese Expertise dürfte bei Prüfenden des Medizinischen Dienstes oder der Krankenkassen in der Regel nicht vorliegen. Zudem ist das medizinische Personal in den SPZ aufgrund der vorangegangenen Behandlung wesentlich vertrauter mit den entsprechenden Bedarfen der Betroffenen.

Allerdings ist derzeit immer noch keine flächendeckende Versorgung mit MZEB vorhanden.

**Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung begrüßen die Beschleunigung von Bewilligungsverfahren im Hilfsmittelbereich ausdrücklich. Damit die Neuregelung nicht ins Leere läuft, müssen aber flankierend Maßnahmen ergriffen werden, um den weiteren Aufbau von MZEB voranzutreiben. Es kann zudem in Erwägung gezogen werden, auch die Empfehlung eines Facharztes oder einer Fachärztin für die Vermutung der Erforderlichkeit eines Hilfsmittels ausreichen zu lassen, sofern diese\*r die betroffene Person bereits langjährig behandelt.**

## **2. Versorgungspauschalen für chronisch kranke Patient\*innen (§ 87 Abs. 2b, S. 5 und 6 SGB V-neu)**

Gemäß § 87 Abs. 2b, S. 5 und 6 SGB V-neu wird der Bewertungsausschuss beauftragt – abweichend von der bisherigen quartalsabhängigen Versichertenpauschale – eine jahresbezogene Versorgungspauschale für die kontinuierliche Versorgung chronisch kranker Patient\*innen zu beschließen. Ärzt\*innen könnten dann die Pauschale für das gesamte Kalenderjahr bereits nach dem ersten Patientenkontakt abrufen.

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung sehen diese Regelung kritisch. Zum einen erschwert die jährliche statt der quartalsweisen Abrechnung die Möglichkeit der Patient\*innen, ihre Hausarztpraxis unterjährig zu wechseln. Denn die Versorgungspauschale darf je Patient\*in nur von einer Hausarztpraxis abgerechnet werden. Kontaktieren chronisch kranke Versicherte also künftig mehr als eine Hausarztpraxis im Jahr, blieben die folgenden Praxen trotz erfolgter Behandlungsleistung ohne entsprechende Vergütung.

Zum anderen besteht durch die Schaffung falscher finanzieller Anreize die Gefahr der Unterversorgung von chronisch kranken Patient\*innen. Denn bei der jährlichen Abrechnungsmöglichkeit ab dem ersten Patientenkontakt erhielten Ärzt\*innen für Patient\*innen, die sich nur einmal pro Jahr vorstellen, nahezu das Dreifache der bisherigen Vergütung, während sie für die Behandlung von Patient\*innen, die auch künftig einen Arzttermin in jedem Quartal benötigen, entsprechend weniger bekämen. Es ist zu befürchten, dass in der Folge gegebenenfalls auch notwendige Patientenkontakte unterbleiben.

**Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung fordern daher, es bei der derzeit vierteljährlich abrechenbaren Pauschale zu belassen. Sollte an der im RefE vorgesehenen Regelung festgehalten werden, so ist zumindest in der Gesetzesbegründung vorzusehen, dass nicht nur in Fällen des Umzuges oder der Praxisschließung eine Ausnahme von der jährlichen Abrechnung der Pauschale gelten muss, sondern auch für Fälle des unterjährigen Arztwechsels.**

### **3. Vorhaltepauschalen (§ 87 Abs. 2n SGB V-neu)**

Gemäß § 87 Abs. 2n SGB V-neu soll der Bewertungsausschuss sog. Vorhaltepauschalen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab beschließen. Mit diesen Pauschalen soll die Vorhaltung von Strukturen vergütet werden, die für die hausärztliche Versorgung notwendig sind. Ärzt\*innen werden die Pauschale künftig abrechnen können, wenn sie bestimmte Kriterien erfüllen, die für eine bedarfsgerechte hausärztliche Versorgung erforderlich sind. Für die Abrechnung der Pauschale müssen nicht alle Kriterien zwingend erfüllt sein. Vielmehr kann der Bewertungsausschuss die Höhe der Vorhaltepauschale gestaffelt in Abhängigkeit zur Anzahl der von den Praxen erfüllten Kriterien beschließen.

Praxen, die bspw. nur ein oder zwei Kriterien erfüllen, könnten die Pauschale somit ebenfalls abrechnen, wenn auch in verringerter Höhe. Als mögliche Kriterien werden in § 87 Abs. 2n SGB V-neu unter anderem bedarfsgerechte Öffnungszeiten oder die bedarfsgerechte Versorgung mit Haus- und Pflegeheimbesuchen genannt.

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung sehen hinsichtlich der genannten Kriterien Ergänzungsbedarf. Sie sollten zwingend auch die Barrierefreiheit von Arztpraxen umfassen. Denn um eine bedarfsgerechte hausärztliche Versorgung sicherzustellen ist es notwendig, dass Arztpraxen barrierefrei sind. Derzeit sind nur etwa 21 % der Haus- und Facharztpraxen barrierefrei. Somit besteht hier dringender Handlungsbedarf, den zuletzt auch der UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderung in seinen abschließenden Bemerkungen aus dem Jahr 2023 zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland aufgezeigt hat.

Hinzu kommt, dass die Schaffung von mehr barrierefreien Arztpraxen ein Schwerpunkt des Aktionsplans für ein barrierefreies, diverses und inklusives Gesundheitswesen ist, den die Bundesregierung aktuell erarbeitet. Vor dem Hintergrund, dass bereits in dieser nur noch sehr kurzen Legislatur auch mit der Umsetzung des Aktionsplans begonnen werden soll, muss bereits das vorliegende Gesetzgebungsverfahren genutzt werden, um Anreize für barrierefreie Praxen zu setzen.

Zwar könnte der Bewertungsausschuss das Kriterium der Barrierefreiheit bereits nach der geplanten Neureglung aufnehmen, da es sich bei den in § 87 Abs. 2n S. 2 SGB V-neu vom Gesetzgeber benannten Kriterien um keine abschließende Aufzählung handelt. Es bestünde aber keine diesbezügliche Pflicht und damit nur eine geringe Wahrscheinlichkeit. Erst wenn im gesetzlichen Auftrag ausdrücklich steht, dass die Kriterien für die Auszahlung beziehungsweise Bemessung der Vorhaltepauschale auch die Barrierefreiheit der Praxis enthalten müssen, bestünde eine entsprechende Verpflichtung der Bewertungsausschusses.

**Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung fordern daher, die Neuregelung in § 87 Abs. 2n S. 2 SGB V wie folgt zu fassen:**

„Die Kriterien *müssen* insbesondere eine bedarfsgerechte Versorgung mit Haus- und Pflegeheimbesuchen, bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten, *die Barrierefreiheit der Praxen*, die vorrangige Versorgung der Versicherten mit Leistungen aus dem hausärztlichen Fachgebiet, eine festzulegende Mindestanzahl an zu versorgenden Versicherten sowie die regelmäßige Nutzung von Anwendungen nach § 334 umfassen.“

#### 4. Mitbestimmungsrecht der Landesbehörden in Zulassungsverfahren (§ 96 Abs. 2a SGB V-neu)

Gemäß § 96 Abs. 2a SGB V-neu wird das Beteiligungsrecht der obersten Landesbehörden, die für die Sozialversicherung zuständigen sind, in Zulassungsverfahren gestärkt. Sie sollen künftig nicht nur *mitberaten*, sondern auch *mitbestimmen* können.

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung begrüßen diese Neuregelung. Die bisherige Unterstützung der obersten Landesbehörden in Zulassungsverfahren für MZEB wurde von den Antragssteller\*innen als sehr hilfreich empfunden. Eine Verstärkung des bisherigen *Mitberatungsrechts* zu einem *Mitbestimmungsrecht* könnte zu weiteren positiven Effekten führen. Vor dem Hintergrund, dass die Zulassung von MZEB derzeit sehr schleppend verläuft und bisher keine flächendeckende Versorgung besteht, ist die Stärkung der neutralen Position der obersten Landesbehörden in Zulassungsverfahren dringend erforderlich.

Um weitere positive Effekte zu erzielen, sollte daneben auch das in § 140f Abs. 3 Nr. 3c SGB V geregelte *Mitberatungsrecht* der Interessenvertretungen von Patient\*innen und Menschen mit Behinderung in Zulassungsverfahren ebenfalls in ein *Mitbestimmungsrecht* umgewandelt werden. Die Bundesregierung käme mit dieser Regelung dem im Koalitionsvertrag erklärten Ziel, MZEB in allen Bundesländern auszubauen (KoaV, S. 67), ein wesentliches Stück näher.

**Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung begrüßen das geplante Mitbestimmungsrecht der obersten Landesbehörden in Zulassungsverfahren.**

Daneben sollte auch ein Mitbestimmungsrecht der Interessenvertretungen von Patient\*innen und Menschen mit Behinderung vorgesehen werden.

#### **5. Klarstellung zur Nutzung von Mitteln des Strukturfonds (§ 105 Abs. 1a S. 5 SGB V-neu)**

Gemäß § 105 Abs. 1a S. 5 SGB V-neu wird gesetzlich klargestellt, dass die Verwendung der Mittel des Strukturfonds zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung nicht erst möglich ist, wenn eine Unterversorgung oder ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf festgestellt wurde. Diesbezüglich bestanden laut RefE in der Praxis bislang Unsicherheiten bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (RefE, S. 53).

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung begrüßen, dass der Gesetzgeber das Abrufen der Förderung erleichtern möchte, indem er bestehende Unsicherheiten zur Verwendung der Fördermittel beseitigt. Allerdings besteht in der Praxis gleichermaßen die Unsicherheit, inwieweit die Mittel des Strukturfonds auch zur Förderung von barrierefreien Arztpraxen eingesetzt werden können (vgl. Universität Bielefeld, Abschlussbericht zur „Evaluation von Spezialambulanzen und gynäkologischen Sprechstundenangeboten zur gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgung von Frauen mit Behinderung“, Juni 2019, S. 48 f.)

Auch diesbezüglich ist eine Klarstellung dringend erforderlich. Zudem sollte gerade auch vor dem Hintergrund des Aktionsplans für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen (s.o.) ein zusätzlicher Anreiz für die Kassenärztlichen Vereinigungen gesetzt werden, die Mittel bevorzugt für die Förderung der Barrierefreiheit von Arztpraxen einzusetzen.

**Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung fordern daher, dass § 105 Abs. 1a S. 3 SGB V um eine Nummer 9 „Förderung der Barrierefreiheit“ ergänzt wird. Zusätzlich sollte vorgesehen werden, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen einen gewissen Prozentsatz des Fördervolumens aus dem Strukturfonds für die Förderung der Barrierefreiheit aufwenden müssen.**



## **6. Stärkung der Patientenvertretung (§ 140f Abs. 2 S. 8ff. SGB V-neu)**

Gemäß § 140f Abs. 2 S. 8ff. SGB V-neu werden die Rechte der Patientenvertretung im G-BA gestärkt. Sie soll Beschlüsse des Gremiums künftig einmalig mit einem „Veto-Recht“ hemmen und eine erneute inhaltliche Auseinandersetzung herbeiführen können.

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung begrüßen diese Stärkung der Patientenvertretung. Um das vorgesehene „Veto-Recht“ sachgerecht und effektiv ausüben zu können, muss die Patientenvertretung allerdings mit den erforderlichen Ressourcen ausgestattet werden. Es wird regelmäßig nicht ausreichen, nur das „Veto-Recht“ geltend zu machen und damit eine erneute inhaltliche Auseinandersetzung herbeizuführen. Vielmehr wird die Patientenvertretung die neue Beratung des Themas entsprechend inhaltlich vorbereiten müssen, damit auch wirklich die Möglichkeit besteht, dass die stimmberechtigten Mitglieder des G-BA von ihrem ursprünglichen Beschluss abweichen.

**Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung fordern daher, die Patientenvertretung mit zusätzlichen Ressourcen auszustatten, um sicherzustellen, dass sie das geplante „Veto-Recht“ auch effektiv und sachgerecht ausüben kann.**

## **7. Pflicht zur Erhebung und Veröffentlichung von Leistungs- und Qualitätskennzahlen (§ 217f Abs. 4 SGB V-neu)**

Gemäß § 217f Abs. 4 SGB V-neu wird der GKV-Spitzenverband verpflichtet, Kennzahlen zur Leistungstransparenz und Servicequalität zu erheben und den Versicherten auf einer barrierefreien Informationsplattform zur Verfügung zu stellen. Wenn Krankenkassen bspw. Informationen zur Anzahl der bewilligten und abgelehnten Leistungsanträge im Verhältnis zur Anzahl der insgesamt gestellten Anträge ausweisen müssen, können Versicherte einen Eindruck von der Bewilligungspraxis der Krankenkassen bekommen. Diese Einschätzung können sie dann bei der Wahl ihrer Krankenkasse berücksichtigen. Mit der

Neuregelung wird der GKV-Spitzenverband außerdem beauftragt, in einer Richtlinie die Bereiche festzulegen, zu denen die Daten erhoben werden.

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung begrüßen diese Regelung. Allerdings ist eine Beteiligung der Interessenvertretungen von Patient\*innen und Menschen mit Behinderung an der Erarbeitung der Richtlinie zwingend notwendig, damit diese die Datenerhebung zu Bereichen vorsieht, die für Versicherte auch wirklich von hohem Interesse sind (z. B. eine gesonderte Ausweisung der Bewilligungspraxis bei Anträgen auf die Versorgung mit Hilfsmitteln).

Eine entsprechende Beteiligung ist bislang aber nicht vorgesehen. Sie ist weder in der Neuregelung selbst noch in § 140f Abs. 4 SGB V benannt. § 140f Abs. 4 SGB V sieht eine Beteiligung der Interessenvertretungen von Patient\*innen und Menschen mit Behinderung nur für Richtlinien nach § 217f Abs. 4a SGB V vor. Bei der hier vorgesehenen Richtlinie wird es sich aber nicht um eine Richtlinie nach § 217f Abs. 4a SGB V, sondern um eine Richtlinie nach § 217f Abs. 4 SGB V-neu handeln.

**Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung fordern daher, entweder in der Regelung des § 217f Abs. 4 SGB V-neu selbst oder in § 140f Abs. 4 SGB V eine Beteiligung der Interessenvertretungen von Patient\*innen und Menschen mit Behinderung an der Erarbeitung der Richtlinie zur Erhebung von Leistungs- und Qualitätsdaten der Krankenkassen vorzusehen.**

## **8. Digitale Pflegeberatung (§ 37 Abs. 3 S. 4 SGB V-neu)**

Gemäß § 37 Abs. 3 S. 4 SGB V-neu wird die befristete Möglichkeit, jede zweite Pflegeberatung per Videokonferenz durchzuführen, bis zum 31.03.2027 verlängert.

Auch wenn eine Entfristung der Regelung vorzuziehen wäre, ist das Argument des Gesetzgebers, erst die Sammlung entsprechender Daten für die Evaluation dieser Art der Beratung abwarten zu wollen, nachvollziehbar. Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung begrüßen daher die Verlängerung der Befristung.

Darüber hinaus wäre es sinnvoll, auch die Möglichkeit einer telefonischen Pflegeberatung wieder einzuführen. Ausweislich des Berichts des GKV-Spitzenverbandes gem. § 7a Abs. 9 S. 1 SGB V vom Juni 2023 zur Pflegeberatung wurde die telefonische Pflegeberatung, die während der Corona-Pandemie möglich war, im Gegensatz zur Beratung per Videokonferenz vielfach genutzt (RefE, S. 64). Diese Zahlen verwundern nicht, denn die telefonische Beratung ist gerade für ältere Menschen oder Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung, die teilweise nicht über die entsprechenden technischen Kenntnisse verfügen, wesentlich niedrigschwelliger nutzbar als die Beratung per Videokonferenz.

**Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung fordern daher, in § 37 Abs. 3 S. 4 SGB XI-neu die Möglichkeit der telefonischen Pflegeberatung vorzusehen.**