

Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 21.10.2014 (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz - GKV-VSG)

Vorbemerkung

Der Paritätische Gesamtverband e.V. ist einer der sechs Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Deutschland und ist der Dachverband für über 10.000 rechtlich selbstständige Mitgliedsorganisationen. Die Mitgliedsorganisationen des Paritätischen sind in vielen Sozial- und Gesundheitsbereichen tätig, beispielsweise als Träger von ambulanten Pflegediensten, stationären Einrichtungen und Krankenhäusern, Selbsthilfekontakt- und Patientenberatungsstellen sowie Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen.

Zudem ist der Paritätische Gesamtverband e.V. der größte Verband der Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in Deutschland. Unter seinem Dach engagieren sich über 130 bundesweit tätige, gesundheitsbezogene Selbsthilfeorganisationen für chronisch kranke und behinderte Menschen.

Im „Forum chronisch kranker und behinderter Menschen“ im Paritätischen Gesamtverband haben sich bundesweit agierende gesundheitsbezogene Selbsthilfeorganisationen zusammengeschlossen. Vertreter des Forums sind als maßgebliche Patientenorganisation nach § 140 f SGB V anerkannt und als Interessenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss mitberatend tätig.

Der Paritätische Gesamtverband repräsentiert, berät und fördert seine Landesverbände und Mitgliedsorganisationen in ihrer fachlichen Zielsetzung und ihren rechtlichen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Belangen.

Zu dem Gesetzesvorhaben

Mit dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung will die Bundesregierung die bereits mit dem Versorgungsstrukturgesetz vom 22. Dezember 2011 eingeleiteten Maßnahmen weiterführen und ausbauen, um die ambulante medizinische Versorgung zu verbessern.

Mit dem Gesetzesvorhaben verfolgt die Bundesregierung u. a. folgende Ziele:

- Sicherstellung einer bedarfsgerechten und gut erreichbaren ambulanten medizinischen Versorgung;
- Flexibilisierung und Verbesserung der Bedingungen für die Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung;
- Verbesserung des Zugangs der gesetzlich Versicherten zu medizinischen Leistungen, z.B. durch die Verringerung der Wartezeiten auf Facharzttermine;
- Erweiterung der Leistungsansprüche der gesetzlich Versicherten, z. B. durch das Anrecht auf Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung vor bestimmten, planbaren Eingriffen;
- Stärkere Förderung von Innovationen in der Versorgung und der Versorgungsforschung durch die Schaffung eines Innovationsfonds.

Grundsätzlich unterstützt der Paritätische das Ziel der Bundesregierung, die flächen-deckende, bedarfsgerechte, wohnortnahe, ambulante medizinische Versorgung zu verbessern. Die medizinische Versorgung ist insbesondere in ländlichen, aber auch in urbanen Regionen mit einkommensschwachen Bevölkerungsgruppen nach wie vor suboptimal.

Der aktuell vorliegende Referentenentwurf zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung enthält gute Ansätze, um bestimmten Entwicklungen und Tendenzen der Über- und Unterversorgung entgegenzuwirken.

Der Paritätische begrüßt die geplante stärkere Verzahnung der stationären und ambulanten medizinischen Versorgung. In dieser Hinsicht sieht der Paritätische positive Ansätze in der geplanten Weiterentwicklung des Entlassmanagements, mit der der Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung der Patient/innen verbessert werden soll. Positiv bewertet wird auch die Möglichkeit der Einrichtung medizinischer Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen. Der geplante gesetzliche Anspruch pflegebedürftiger und behinderter Menschen auf zusätzliche Leistungen zahnmedizinischer Prävention wird ebenfalls ausdrücklich begrüßt.

Der Paritätische sieht jedoch u.a. Änderungs- und Nachbesserungsbedarf bei folgenden geplanten gesetzlichen Neuregelungen: der Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung, dem Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten bei Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation, der geplanten Einrichtung von Terminservicestellen sowie der psycho- und soziotherapeutischen Versorgung. Des Weiteren wird kritisiert, dass der vorliegende Referentenentwurf keine Änderung bzw. Streichung des § 34 (ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel) sowie des § 62 Absatz 2 (Belastungsgrenze) vorsieht.

Nachstehend nimmt der Paritätische zu ausgewählten, geplanten Regelungen im SGB V wie folgt Stellung:

Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 22a – Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen

Durch die neu aufgenommene Regelung zur Zahngesundheit bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen soll die Versorgung von pflegebedürftigen und behinderten Menschen in ihrer Häuslichkeit sowie von Menschen in Einrichtungen der Alten- oder Eingliederungshilfe verbessert werden. Zu den gesetzlichen Leistungen soll die Erhebung des Mundgesundheitsstatus, die Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene und über Maßnahmen zu deren Erhaltung (individuelle Mund-, Zahn- und Prothesenpflege) gehören.

Der Paritätische begrüßt die Einführung des § 22a ausdrücklich.

Menschen mit Behinderung und pflegebedürftige Menschen gehören zu den Hochrisikogruppen für Karies-, Parodontal- und Mundschleimhauterkrankungen. Diesen Risiken kann mit der geplanten Einführung des neuen § 22a vorgebeugt werden. Der Paritätische hatte in seinen Stellungnahmen und Positionspapieren immer wieder auf die unzureichende Versorgungssituation von Menschen mit Pflegebedarf hingewiesen. Die Einführung stellt eine wesentliche Verbesserung des Leistungsanspruchs für Menschen mit Pflegebedarf und für Menschen mit Behinderungen dar.

§ 27b Absatz 1 bis 5 – Zweitmeinung

Gesetzlich Versicherten, bei denen die Indikation zu einem sogenannten mengenanfälligen planbaren Eingriff gestellt wird, soll das Recht auf ärztliche Zweitmeinung eingeräumt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll festlegen, welche planbaren Eingriffe dies im Einzelnen sind. Die Zweitmeinung soll nicht von demselben Arzt oder derselben Einrichtung eingeholt werden können, durch den/die der Eingriff vorgenommen werden soll, ansonsten entfällt der Leistungsanspruch für die Zweitmeinung. Zudem muss mit § 27b Absatz 5 der Arzt, der die Indikation für einen Eingriff nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 stellt, den Versicherten über das Recht, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einholen zu können, aufklären und ihn auf die Informationsangebote über geeignete Leistungserbringer hinweisen.

Es gibt zwar keine gesetzliche Regelung, in der die Patientenrechte festgelegt sind. Dennoch hatte bisher jeder Patient das Recht, eine ärztliche Zweitmeinung zu seiner Behandlung einzuholen. In der Patientencharta ist dieses Recht festgehalten. Die gesetzlichen Krankenversicherungen finanzierten die Einholung einer Zweitmeinung in der Regel auch ohne gesetzliche Festlegung.

Aus Sicht des Paritätischen wird die mit dem vorliegenden Referentenentwurf geplante Beschränkung auf bestimmte planbare Eingriffe, bei denen eine

Mengenausweitung nicht auszuschließen ist, den Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten nicht gerecht. Auch für andere Operationen oder Therapien, bei denen erhebliche Nebenwirkungen möglich sind, sollte der kostenlose Anspruch auf Einholung einer Zweitmeinung gesetzlich geregelt sein. Durch die geplante Beschränkung auf bestimmte planbare Operationen besteht die Gefahr, dass für andere schwere Krankheitsfälle (ohne Gefahr der Mengenausweitung), bei denen über komplexe Operationen oder nebenwirkungsreiche medikamentöse Therapien entschieden werden muss, die Kosten zur Einholung einer Zweitmeinung zukünftig von den Patient/innen selbst getragen werden müssen.

So umgesetzt läuft die geplante Regelung primär darauf hinaus, die Kosten für bestimmte Operationen einzusparen. Der Paritätische fordert daher die Klarstellung, dass das Recht auf eine kostenfreie, ärztliche Zweitmeinung im Vorfeld aller gravierenden, medizinischen Eingriffe und Therapien gesetzlich verankert wird und nicht auf bestimmte Eingriffe beschränkt wird.

§ 34 – Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz von 2003 wurden nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (OTC-Präparate) zum 01.01.2004 aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen. Sie können selbst dann nicht mehr von den Krankenkassen übernommen werden, wenn Ärzt/innen die medizinische Notwendigkeit der Behandlung mit einem solchen Arzneimittel feststellen. Es bestehen zwar einige Ausnahmen (z.B. Kinder bis zum 12. Lebensjahr), dennoch werden zahlreiche nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel auch dann nicht mehr von den Krankenkassen übernommen, wenn die medizinische Notwendigkeit ärztlich bescheinigt wird. Besonders bedeutsam sind diejenigen OTC-Präparate, die der Behandlung von Allergien, Neurodermitis, Psoriasis, Osteoporose, Rheuma und anderen chronischen Erkrankungen dienen, aber auch einfache Schmerzmittel. Die aufzubringenden Kosten für die Behandlung mit nicht verschreibungspflichtigen, aber notwendigen OTC-Präparaten sind für die Betroffenen häufig immens. Eine Folge davon ist, dass bei vielen Versicherten die dringend notwendige Therapie unterbleibt. Den Patient/innen werden somit bewährte, preiswerte und nebenwirkungsarme Medikamente im Rahmen therapeutischer Behandlungskonzepte vorenthalten.

Die geschilderte Problematik wurde bereits im Jahr 2005 grundsätzlich von allen im Bundestag vertretenen Parteien anerkannt.

Der Paritätische nimmt daher den vorliegenden Referentenentwurf erneut zum Anlass, seiner Forderung Nachdruck zu verleihen, dass eine gesetzliche Regelung geschaffen werden muss, mit der sichergestellt wird, dass alle medizinisch notwendigen Arzneimittel wieder in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden. Versicherte mit geringem Einkommen

werden mit der aktuell gültigen Regelung von zum Teil dringend benötigter, medizinischer Versorgung ausgeschlossen.

§ 39 Absatz 1a – Krankenhausbehandlung

Die neue gesetzliche Regelung soll Krankenhäusern ermöglichen, ein gezielteres Entlassmanagement vorzunehmen. Dieses dient der Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die ambulante Versorgung. Bislang wird das Entlassmanagement nicht konsequent umgesetzt.

Mit der neuen Regelung sollen Kliniken nunmehr die Möglichkeit bekommen, zur Sicherstellung der lückenlosen Versorgung der Patient/innen, Arzneimittel für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen zu verordnen.

Der Paritätische begrüßt die Erweiterung des § 39 Absatz 1a, da diese Regelung hilft, die Versorgung mit Medikamenten nach einem Krankenhausaufenthalt zu gewährleisten. Insbesondere nach stationären Aufenthalten berichten viele Patient/innen von einer medizinischen Versorgungslücke nach ihrer Krankenhausentlassung.

Jedoch stellt die medikamentöse Versorgung nur einen Teilbereich der Hemmnisse in der Versorgungskontinuität dar. Weitere Problematiken bestehen u.a. in der nahtlosen Heilmittelverordnung und der zeitnahen Direktverlegung in nachsorgende (Früh-) Rehabilitationseinrichtungen. Oftmals sind keine Plätze verfügbar oder die Bearbeitungszeit der Krankenkassen führt zu einer unnötigen Verlängerung der Verweildauer im Krankenhaus.

§ 40 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die gesetzliche Neuregelung sieht vor, Betroffenen die Möglichkeit zu geben, auch Rehabilitationseinrichtungen zu wählen, mit denen kein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht. Die dabei entstehenden Mehrkosten müssten dann von den Versicherten selbst getragen werden.

Der Paritätische begrüßt grundsätzlich, dass die Ausweitung des Wunsch- und Wahlrechts von Patient/innen bei der Inanspruchnahme von medizinischer Rehabilitation auch im SGB V Anwendung finden soll. Dies ein wichtiges Element zur Motivation und aktiven Teilhabe bei der Rehabilitation. Die Gewährleistung des Wunsch- und Wahlrechts ist hinsichtlich der Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von rehabilitativen Maßnahmen ein entscheidender Faktor. Die medizinische Rehabilitation hat einen großen Anteil daran, ob eine Chronifizierung und/oder Verschlimmerung einer Erkrankung sowie vorzeitige Pflegebedürftigkeit oder Berufsunfähigkeit verhindert werden können.

Der Paritätische spricht sich jedoch dagegen aus, dass die durch die freie Wahl entstehenden Mehrkosten von den Versicherten selbst zu tragen sein sollen. Dadurch wird eine Ungleichheit unter den gesetzlich Versicherten weiter befördert.

Nur wer sich zukünftig auch die Mehrkosten für eine selbst gewählte medizinische Rehabilitation leisten kann, wird sich auch für diese entscheiden. Das erweiterte Wunsch- und Wahlrecht wird demnach nur für Besserverdienende einen Vorteil bringen, nicht aber für Menschen mit geringem Einkommen.

Der Paritätische setzt sich dafür ein, dass den berechtigten Wünschen der Versicherten gemäß ihrer persönlichen Lebenssituation, ihrem Alter, Geschlecht religiösen Bedürfnissen u. Ä. entsprochen wird – sofern medizinisch nichts dagegen spricht – ohne, dass die Versicherten für Mehrkosten aufkommen müssen.

§ 44 Absatz 4 – Krankengeld und Beratung

Gesetzlich Versicherte, die lange Zeit krank sind und deshalb Krankengeld erhalten, sollen zukünftig einen klar geregelten Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung im Sinne eines unterstützenden Fallmanagements durch die Krankenkassen erhalten. Mit der Regelung soll auch festgeschrieben werden, dass die Krankenkassen die dazu erforderlichen Daten nur mit dem Einverständnis und nach vorheriger Information der bei ihnen Versicherten erheben, verarbeiten und nutzen dürfen.

Der Paritätische spricht sich für diese Regelung aus. Berichte von Betroffenen zeigten, dass sie sich von ihren Krankenkassen häufig bedrängt fühlten. Durch die geplante neue Regelung, müssen Krankenkassen zukünftig vor einer Beratung das ausdrückliche Einverständnis der Patient/innen einholen, so dass das informationelle Selbstbestimmungsrecht der Versicherten gewahrt bleibt und eine sinnvolle, da vorher vereinbarte Unterstützung ermöglicht werden kann.

§ 62 Absatz 2 – Belastungsgrenze

Gesetzlich Versicherte müssen während eines Kalenderjahres Zuzahlungen leisten. In der Regel beträgt die Belastungsgrenze zwei Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens, für chronisch Kranke liegt diese bei einem Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens (§ 62 Absatz 1).

Auch Versicherte, die Leistungen der Grundsicherung nach SGB XII oder SGB II beziehen, müssen Zuzahlungen leisten (§ 62 Absatz 2). Bei der aktuellen Regelbedarfsstufe 1 (§28 SGB XII) müssen Versicherte – wenn sie alleinlebend sind - 93,84 Euro, bei chronischer Erkrankung 46,92 Euro selbst aufbringen. Erst wenn diese Belastungsgrenze erreicht ist und die geleistete Zuzahlung bei der Krankenkasse durch Zahlungsbelege nachgewiesen wurde, erfolgt eine Befreiung von Zuzahlungen. Viele Versicherte vermeiden aufgrund der zu leistenden Zahlungen die oftmals wichtige, medizinische Versorgung, weil sie es sich schlicht nicht leisten können. Neben diesem Aspekt ist die Möglichkeit einer Zuzahlungsbefreiung oftmals überhaupt nicht bekannt.

Die Zuzahlungen für Hilfsmittel, Rezeptgebühren und Physiotherapie sind sozial ungerecht und führen zu medizinischer Unterversorgung, da die Betroffenen oftmals aus finanziellen Gründen von einer entsprechenden Inanspruchnahme absehen. Die Zuzahlungen werden in erster Linie von chronisch Kranken und Patient/innen entrichtet und treffen Menschen mit geringem Einkommen bzw. Bezieher/innen von Arbeitslosengeld II oder Sozialhilfe besonders hart.

Der vorliegende Referentenentwurf greift diesen Aspekt medizinischen Unterversorgung leider nicht auf. Der Paritätische nimmt das Gesetzesvorhaben daher zum Anlass, die Streichung des § 62 Absatz 2 zu fordern.

§ 64b – Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen

Gemeindepsychiatrische Vereine sind bisher nicht zu innovativen Versorgungsmodellen zugelassen. Die Krankenhäuser regeln bislang die Zulassungen unter sich. Projekte der Integrierten Versorgung, die von gemeindepsychiatrischen Organisationen durchgeführt werden, werden ausgeschlossen.

Sozialpsychiatrische Organisationen spielen jedoch bei der Integrierten Versorgung eine wichtige Rolle wie das Beispiel Bremen zeigt. Dort wurde 2007 das bundesweit erste Rückzugshaus im Rahmen eines Integrierten Versorgungsvertrags auf den Weg gebracht. Der Paritätische schlägt daher vor, dass § 64b SGB V um folgenden Absatz ergänzt wird:

§ 64b Absatz 1a: Abweichend von § 64 Absatz 1 können die Krankenkassen und ihre Verbände mit den in § 140b Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 bis 7 genannten Personen Vereinbarungen über die Durchführung von Modellvorhaben nach dieser Vorschrift schließen. § 140b Abs. 4 Satz 3 gilt entsprechend.

§ 75 Absatz 1a – Inhalt und Umfang der Sicherstellung

Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch eine angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung. Mit der Erweiterung des § 75 sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet werden, Terminservicestellen einzurichten. Die Terminservicestellen müssen Versicherten bei Vorliegen einer Überweisung zu einem Facharzt innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 vermitteln. Ausgenommen sind Termine bei einem Augen-, Frauen- oder Kinderarzt – für diese werden keine Überweisungen benötigt. Die Wartezeit auf den zu vermittelnden Behandlungstermin darf vier Wochen nicht überschreiten. Kann die Terminservicestelle innerhalb der genannten Frist keinen Behandlungstermin bei einem niedergelassenen Arzt vermitteln, soll sie einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anbieten. Diese

Verpflichtung ist auf Fälle beschränkt, in denen eine Behandlung innerhalb der genannten Frist von vier Wochen medizinisch erforderlich ist.

Die Entfernung zwischen Wohnort des Versicherten und dem vermittelten Facharzt soll zumutbar sein. Die Zumutbarkeit der Entfernung zum Leistungserbringer soll für die einzelnen Facharztgruppen von den Bundesmantelvertragspartnern festgelegt werden (innerhalb von drei Monaten nach Verkündung des Gesetzes).

Der Referentenentwurf stellt in seiner Begründung klar, dass Patient/innen keine Verpflichtung haben, die angebotenen Termine wahrzunehmen, sondern weiterhin der Grundsatz der freien Arztwahl erhalten bleibt (§ 76).

Der Paritätische unterstützt das Bemühen und den Versuch der Bundesregierung, das Problem von langen Wartezeiten auf Facharzttermine für gesetzlich Versicherte zu lösen. Auch die Einbindung der Krankenhäuser wird grundsätzlich positiv bewertet.

Laut einer Studie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (07/2013) wartet jeder fünfte deutsche Patient (rund 20 Prozent) ein bis drei Wochen auf einen Termin bei einem Facharzt. Etwa 24 Prozent der Patient/innen müssen mindestens drei Wochen meist jedoch länger auf einen Facharzttermin warten. Ein privat Versicherter wartet hingegen im Durchschnitt drei Tage auf einen Facharzttermin.

Aus Sicht des Paritätischen ist das Problem langer Wartezeiten nicht nur mit neu einzurichtenden Terminservicestellen lösbar bzw. in den Griff zu bekommen. Die Ursache langer Wartezeiten für gesetzlich Versicherte ist vor allem darauf zurückzuführen, dass Fachärzte weitaus höhere (doppelte) Honorare bei der Behandlung von privat Versicherten erzielen können und diese entsprechend bei der Terminvergabe vorziehen. Eine Gleichstellung von privat und gesetzlich Versicherten wird mit der Einrichtung von Terminservicestellen nicht erreicht. Es kommt erschwerend hinzu, dass mit den Servicestellen neue bürokratische Hürden geschaffen werden. Der Paritätische lehnt aus den genannten Gründen die Einführung von Terminservicestellen ab.

§ 75 Absatz 1b – Inhalt und Umfang der Sicherstellung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen den Notdienst (vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten) auch durch Kooperation und organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern sicherstellen. Mit dieser Regelung soll der ambulante Notdienst neu strukturiert werden.

Der Paritätische begrüßt grundsätzlich die stärkere Einbindung der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung sowie die Erweiterung des § 75 Absatz 1b. Mit der Neuregelung kann eine Verbesserung der Notfallversorgung von Patient/innen erreicht werden.

§ 75a – Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Der Referentenentwurf sieht eine Förderung und Stärkung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin vor. Die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigung sollen verpflichtet werden, dies finanziell zu unterstützen. Die Anzahl der bundesweit mindestens zu fördernden Stellen soll von derzeit 5.000 um 50 Prozent auf 7.500 erhöht werden.

Der Paritätische begrüßt, dass die allgemeinmedizinische Ausbildung junger Ärztinnen und Ärzte gefördert werden soll. Mit dieser Neuregelung könnte den vorhersehbaren Versorgungsnotständen - wie vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen festgestellt - in der hausärztlichen Versorgung entgegengewirkt werden. Ob die Bereitschaft zur Fortbildung innerhalb der Ärzteschaft mit dieser Neuregelung erhöht werden kann, ist zum jetzigen Zeitpunkt einschätzbar.

§ 76 Absatz 1a – Freie Arztwahl

Mit Einführung des neuen § 76 Absatz 1a sollen Versicherte über die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen auch einen Anspruch auf Behandlung in (zugelassenen) Krankenhäuser bekommen, die zuvor nicht an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen haben.

Der Paritätische begrüßt eine stärkere Einbeziehung von Krankenhäusern in die ambulante Versorgung, um die medizinische Versorgung zu verbessern.

§ 84 – Arznei- und Heilmittelvereinbarung

Mit der geplanten Neuregelung sollen die bundesweit vereinbarten Richtgrößen für Arznei- und Heilmittel entfallen. Zukünftig sollen auf Landesebene Vereinbarungen über die Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit ärztlich verordneten Leistungen getroffen werden. Die Vereinbarungen werden von den Landesverbänden der Kranken- und der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Kassenärztlichen Vereinigungen getroffen. Die Verordnungen für Heilmittel für Versicherte mit langfristigem Behandlungsbedarf sind von Wirtschaftlichkeitsprüfungen ausgenommen (§ 32 Absatz 1a, Satz 1). Ebenfalls ausgenommen sind Verordnungen von Arzneimitteln, für die der Arzt einen Rabattvertrag zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen begetreten ist (§ 130a Absatz 8).

Mit dieser gesetzlichen Neuregelung wird die Grundlage dafür geschaffen, dass sich die Situation für Patient/innen insbesondere mit chronischen Erkrankungen je Bundesland und je finanzieller Situation der Krankenkassen in den einzelnen Bundesländern stark unterscheiden wird. Dass die Verlagerung der Wirtschaftlichkeitsprüfung auf die Landesebene eine Verbesserung der medizinischen Versorgung mit sich bringt, ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht einschätzbar.

Durch die Verschiebung auf die Landesebene könnten Begrenzungen der Verordnung festgelegt werden, ohne dass die bislang auf Bundesebene vereinbarten Praxisbesonderheiten berücksichtigt werden.

Da eine ungleiche Behandlung von Patient/innen je nach Wohnort bzw. Bundesland zu befürchten ist, lehnt der Paritätische diese geplante Neuregelung ab.

§ 87 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

Die neue Regelung sieht hinsichtlich des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) vor, dass zukünftig überprüft werden soll, wie delegationsfähige Leistungen (Delegation von Leistungen an nichtärztliche Fachkräfte, z. B. Infusionen, Injektionen) angemessen vergütet werden können. Die Beschränkung der Erbringung delegationsfähiger Leistungen auf den hausärztlichen Versorgungsbereich und die Häuslichkeit der Patient/innen soll aufgegeben werden. Auch eine Beschränkung auf unterversorgte, von Unterversorgung bedrohte oder Gebiete mit zusätzlichem lokalem Versorgungsbedarf sind nicht vorgesehen.

Der Paritätische begrüßt diese vorgesehene Neuregelung. Engpässe in der ärztlichen Versorgung, die für viele Patient/innen - insbesondere chronisch Erkrankte (z. B. Rheuma) - festgestellt wurden, können sinnvoll bekämpft werden, indem delegationsfähige Leistungen übertragen werden. Die geplante Regelung gewährleistet auch, dass diese Leistungen dementsprechend vergütet werden können.

Mit § 87 Absatz 5b reagiert die Bundesregierung auf Beschwerden über eine zu lange Beratungszeit des Bewertungsausschusses bei der Anpassung des EBM in Folge von Beschlüssen des G-BA. Es soll nun gesetzlich festgelegt werden, dass die Festsetzung von entsprechenden Gebührenordnungspositionen im EBM innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten der Bestimmungen des G-BA erfolgt sein muss.

Der Paritätische begrüßt, dass die Hinweise der Patientenvertretung in diesem Punkt aufgegriffen wurden und eine Frist für die Beschlussfassung des Bewertungsausschusses bzw. erweiterten Bewertungsausschusses festgelegt wird.

§ 92 – Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll bis 30.06.2016 in den Psychotherapie-Richtlinien Ergänzungen „zur Flexibilisierung des Therapieangebots, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung von Gruppentherapien sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens“ beschließen. Außerdem soll der G-BA Regelungen treffen, damit sich die Wartezeiten auf einen Therapieplatz verringern.

Der Paritätische begrüßt diese Regelung ausdrücklich, da Patient/innen teilweise mehrere Monate auf einen Psychotherapieplatz warten müssen. Mit der geplanten Regelung ließen sich die Wartezeiten auf jeden Fall senken. Die geplante stärkere Förderung von Gruppen- und Kurzzeittherapien wird vom Paritätischen kritisch gesehen, da diese Regelung eine Qualitätssenkung für psychotherapeutische Behandlungen zur Folge haben wird.

§§ 92a und 92b – Innovationsfonds, Grundlagen der Förderung und Durchführung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den G-BA

Mit Einführung des § 92a soll ein Innovationsfonds eingerichtet werden, mit dem neue Versorgungsformen gefördert werden sollen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen und die hinreichendes Potential aufweisen, in die Regelversorgung überführt zu werden. Dabei sollen insbesondere sektorenübergreifende Ansätze berücksichtigt werden und Maßnahmen, die auf eine Verbesserung der Versorgung oder Steigerung der Versorgungseffizienz ausgerichtet sind. Antragsteller für eine Förderung können neben den Vertragsärzten der Krankenkassen auch Patientenorganisationen sein.

Darüber hinaus wird festgelegt, dass der G-BA Versorgungsforschung fördert, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet ist. Die Fördersumme beträgt ab dem Jahr 2016 jährlich insgesamt 300 Millionen Euro für neue Versorgungsformen und -forschung (§§ 92a und b).

Der Paritätische begrüßt die beabsichtigte Einrichtung eines Innovationsfonds und die Förderung der Versorgungsforschung durch den G-BA. Der Innovationsfonds bietet die Möglichkeit, außerhalb des Krankenkassenwettbewerbs neue Versorgungsformen zu erproben und diese für die Regelversorgung nutzbar zu machen.

Als Förderschwerpunkte für die Weiterentwicklung der Versorgungsformen wird u.a. der Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung genannt. Der Paritätische setzt sich in diesem Zusammenhang dafür ein, dass für die steigende Zahl demenziell erkrankter Menschen Lösungen gefunden werden, wie der erhöhte Pflege- und Betreuungsbedarf vor allem auch im Krankenhaus verbessert werden kann. Der Paritätische spricht sich dafür aus, dass die Implementierung und Umsetzung der Versorgung demenziell erkrankter oder hochbetagter Menschen über den Innovationsfonds finanziert wird.

Der Paritätische unterstützt das mit der geplanten Neuregelung verbundene Vorhaben, für die unabhängige Forschung Mittel bereit zu stellen, die durch den G-

BA verwaltet werden. Der Paritätische begrüßt zudem, dass Patientenvertreter/innen ein Mitberatungs- und Antragsrecht im Rahmen des Innovationsausschusses erhalten sollen.

§ 95 – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

Zukünftig sollen auch arztgruppengleiche Medizinische Versorgungszentren (MVZ) gebildet werden können. Darüber hinaus soll es den Kommunen ermöglicht werden, MVZ zu gründen, um die Versorgung in bestimmten Regionen verbessern zu können. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen überprüfen, ob die zugelassenen Vertragsärzte den gesamten mit der Zulassung übernommenen Versorgungsauftrag erfüllen.

Der Paritätische begrüßt die vorgesehenen Regelungen zur Verbesserung der ambulanten medizinischen Versorgung. Die geplanten erweiterten Möglichkeiten zur Gründung von MVZ können einen Beitrag dazu leisten, dass Versorgungslücken geschlossen werden. Die Überprüfung der Erfüllung des Versorgungsauftrags durch die Kassenärztlichen Vereinigungen wird vom Paritätischen positiv bewertet. Häufig haben Ärzte nur wenige Sprechstunden in ihrer Praxis angeboten oder sich auf bestimmte Leistungen innerhalb des Versorgungsspektrums spezialisiert. Mit der gesetzlichen Neuregelung kann die Bedarfsplanung aufgrund der Überprüfung zukünftig zielgenauer erfasst und geplant werden.

§ 103 Absatz 3a – Zulassungsbeschränkungen

Mit der Änderung des § 103 Absatz 3a soll die Regelung zum Aufkauf von Arztpraxen in überversorgten Gebieten verschärft werden. Die bisherige „Kann“-Regelung, nach der der Zulassungsausschuss den Antrag auf Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes in einem überversorgten Planungsgebiet ablehnen kann, wird in eine „Soll“-Regelung überführt. Gleichzeitig soll u. a. festgelegt werden, dass die Regelung keine Anwendung für Ärzte findet, die mindestens fünf Jahre in einem unterversorgten Gebiet vertragsärztlich tätig waren.

Die neue Regelung sieht außerdem vor, den Zugang zur Versorgung für Menschen mit Behinderungen zu verbessern (Barrierefreiheit). Ziel ist es, die Anzahl so genannter barrierearmer Arztpraxen zu erhöhen. Dieses Auswahlkriterium soll bei der Nachbesetzung eines Arztsitzes besonders berücksichtigt werden.

Der Paritätische sieht die Berücksichtigung der Belange von Menschen mit Behinderungen beim Zugang zur medizinischen Versorgung positiv und befürwortet die geplante Förderung barrierefreier Arztpraxen. Der Begriff der Barrierefreiheit ist umfassend zu verstehen und nicht auf bauliche Maßnahmen beschränkt. Hierbei gilt es auch, den Bedürfnissen von Blinden, Gehörlosen oder Menschen mit

intellektuellen Einschränkungen bei der Ausstattung von Arztpraxen gerecht zu werden.

Die vorgesehenen Maßnahmen zum Abbau der ambulanten vertragsärztlichen Überversorgung sollen uneingeschränkt auch auf den Bereich der Vertragspsychotherapeuten angewendet werden. Es besteht aktuell eine psychotherapeutische Unterversorgung, die Wartezeiten für Patient/innen sind extrem lang. Häufig dauert es mehrere Monate bis jemand einen Psychotherapieplatz bekommt. Das Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Juni 2014) fordert zwar, den obligatorischen Aufkauf freiwerdender Arztpraxen in Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad ab 200 Prozent durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gesetzlich zu verankern. Jedoch hat der Sachverständigenrat die Gruppe der Psychotherapeuten davon ausdrücklich ausgenommen, da diese Berufsgruppe besonderer Beachtung bedarf.

Die geplante „Soll“-Regelung würde laut einer Berechnung der Bundespsychotherapeutenkammer zu einem Abbau von rund einem Drittel aller Praxen führen. Die Folgen, die daraus resultierten, wären noch längere Wartezeiten für die Patient/innen auf einen Therapieplatz und viele unbehandelte psychische Erkrankungen. Die Krankheitsverläufe können sich verschlimmern und/oder verlängern. Stationäre Behandlungen und andauernde Erwerbsminderungen können die Folge sein.

Der Paritätische steht dem Vorhaben insgesamt kritisch gegenüber und lehnt diese gesetzliche Neuregelung ab. Mindestens sind jedoch die Vertragspsychotherapeuten von der geplanten Regelung auszunehmen.

§ 116a – Ambulante Versorgung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung

Hat ein Landesausschuss eine ärztliche Unterversorgung festgestellt bzw. ist ein Planungsbereich in absehbarer Zeit davon bedroht, soll die Möglichkeit geschaffen werden, zugelassene Krankenhäuser auf deren Antrag zur Teilnahme an der ambulanten ärztlichen Versorgung zu ermächtigen. Aus der vorherigen „Kann“- wird eine „Muss“-Regelung.

Der Paritätische begrüßt die geplante stärkere Einbindung der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung. Auf diese Weise ist es möglich, in medizinisch unterversorgten Regionen eine Verbesserung der Versorgung für Patient/innen zu erzielen.

§ 116b – Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Mit der neuen Regelung des § 116b soll ein dauerhafter Bestandsschutz für diejenigen Krankenhäuser geschaffen werden, die bereits an der ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116b in der bis zum 31.12.2011 geltenden

Fassung teilnehmen. Der Bestandsschutz soll gewährleisten, dass sich die Versorgungssituation der betroffenen Patient/innen nicht verschlechtert. Jedoch können die Länder für den Fall, dass ein Krankenhaus die Qualitätsanforderung nach § 116b der alten Fassung nicht mehr erfüllt, die entsprechende Bestimmung des Krankenhauses aufheben.

Der Paritätische begrüßt den geplanten, langfristigen Bestandsschutz für Krankenhäuser, die an der ambulanten Versorgung teilnehmen. Die Ambulanzen leisten einen elementaren Beitrag in der medizinischen Versorgung chronisch kranker Menschen (z. B. bei Krebs-, Rheumaerkrankungen).

§ 119b – Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

Der Evaluierungszeitraum für die Bewertung des Versorgungsgeschehens auf der Grundlage der Kooperationsverträge nach § 119b soll um ein Jahr verlängert werden. Die Datenübermittlung zur Durchführung der Evaluation soll nun gesetzlich geregelt werden. Die Daten sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Kranken- und Pflegekassen jeweils über die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie den Spitzenverband Bund der Pflegekassen an das Institut des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 3b SGB V zu übermitteln. Mit dem neuen Absatz 3 Satz 2 soll sichergestellt werden, dass die für die Evaluation der ärztlichen Versorgungssituation in Pflegeeinrichtungen benötigten Daten verfügbar sind.

Die Vereinbarungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und des Spitzenverbands der Krankenkassen zu den Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen traten erst verspätet in Kraft. Entsprechend verzögert hat sich auch die Erstellung der Musterverträge der Kassenärztlichen Vereinigungen. Der Mustervertrag der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung lag ab April vor. Im zahnärztlichen Bereich kam es daher auch schon zu einer nennenswerten Anzahl von Vertragsabschlüssen zwischen Zahnärzten und stationären Pflegeeinrichtungen. Der Mustervertrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung lag erst zum September 2014 vor, sodass im vertragsärztlichen Bereich noch kaum Vertragsabschlüsse zu verzeichnen sind. Vor diesem Hintergrund hätte eine Evaluation zum 31. August 2015 wenig Sinn gemacht. Es ist sachgerecht, die Evaluationsfrist um ein Jahr zu verlängern und wird vom Paritätischen begrüßt.

Die Gewährung von Vergütungszuschlägen für Vertragsärzte, die einen Kooperationsvertrag mit einer stationären Pflegeeinrichtung nach § 119b SGB V schließen, stellt nach § 87a Absatz 2 Satz 3 lediglich eine „Kann“-Regelung dar. Um solche Vertragsabschlüsse attraktiv zu machen, bedarf es geeigneter Anreizstrukturen. Daher sollten die Krankenkassen zur Gewährung eines

Vergütungszuschlags analog zum Vergütungszuschlag in der vertragszahnärztlichen Versorgung nach § 87 Absatz 2j SGB V verpflichtet werden. Auch Pflegeeinrichtungen müssen eine Vergütung für den jeweiligen anfallenden Mehraufwand der ärztlichen Versorgung bekommen.

Der Paritätische kritisiert in diesem Zusammenhang, dass der Wortlaut des Gesetzestextes den Auftrag zur Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung nicht eindeutig den Kassenärztlichen Vereinigungen zuweist. Auch wenn § 119b Absatz 1 Satz 1 eine „Kann“-Regelung darstellt, wird es den stationären Pflegeeinrichtungen grundsätzlich aufgegeben, Verträge mit Vertragsärzten und Vertragszahnärzten zu schließen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen dann bei nicht erfolgenden Vertragsabschlüssen nur auf Antrag der Pflegeeinrichtung tätig werden und Verträge vermitteln. Schließlich soll die stationäre Pflegeeinrichtung in einer dritten Stufe zur Anstellung eines Heimarztes ermächtigt werden, wenn Verträge innerhalb von sechs Monaten nach Zugang des Antrags noch nicht vermittelt wurden. Im Gesetzestext steht zwar in § 119b Absatz 1 Satz 1 SGB V, dass diese Regelungen den Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 SGB V nicht berühren. Dennoch fordert der Paritätische den Gesetzgeber auf, die Initiative zur Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung eindeutig den Kassenärztlichen Vereinigungen zuzuweisen.

Der Paritätische setzt sich dafür ein, dass § 119b Absatz 1 wie folgt formuliert wird:

„Vertragsärztliche Leistungserbringer können mit stationären Pflegeeinrichtungen Kooperationsverträge abschließen. Die Kassenärztliche Vereinigung hat zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in einer stationären Pflegeeinrichtung Verträge nach Satz 1 zu vermitteln. § 75 Absatz 1 gilt entsprechend.“

Die Ermächtigung der Pflegeeinrichtung zur Anstellung eines Heimarztes im Falle des Nichtzustandekommens eines Vertragsabschlusses entfällt. § 119b Absatz 1 Sätze 3 und 4 sind daher zu streichen. Die „Kann“-Regelung des Vergütungszuschlags nach § 87a Absatz 2 Satz 3 ist in eine „Muss“-Regelung umzuwandeln.

§ 119c – Medizinische Behandlungszentren

Mit der neuen Regelung soll die medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderungen verbessert werden. Es wird eine Regelung zur Ermächtigung von medizinischen Behandlungszentren zur ambulanten Behandlung für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, geschaffen. Bei der Zulassung wird den Zulassungsausschüssen kein Ermessen übertragen. Die Ermächtigung soll erteilt werden soweit und solange sie notwendig ist.

Der Paritätische begrüßt diese geplante Neuregelung. Die Einrichtung medizinischer Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung wird von vielen Mitgliederorganisationen gefordert.

§ 132a – Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

Es soll eine Regelung zur Schiedsstellenmöglichkeit von Vereinbarungen über Dienstleistungen zur Versorgung mit einer Haushaltshilfe geschaffen werden. Die Einführung einer Schiedsstelle wurde immer wieder seitens des Paritätischen gefordert. Die Regelung wird deshalb ausdrücklich begrüßt.

§ 132b – Versorgung mit Soziotherapie

Der § 132b regelt, dass die Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37a Absatz 2 mit geeigneten Personen oder Einrichtungen Verträge über die Versorgung mit Soziotherapie schließen können, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist.

Der Paritätische setzt sich für eine auskömmliche Vergütung der Soziotherapie ein und schlägt daher folgende Erweiterung des § 132b in Anlehnung an §132a (Versorgung mit häuslicher Krankenpflege) vor:

§132b Absatz 2: „Über die Einzelheiten der Versorgung mit Soziotherapie, 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 und preisgünstig erbracht werden. In den Verträgen ist zu regeln, dass im Falle von Nichteinigung eine von den Parteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt festlegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihrer Vielfalt, insbesondere der Bedeutung der freien Wohlfahrtspflege, Rechnung zu tragen.“

137f – Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

Bisher wurden strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) für die Behandlung von Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Brustkrebs, koronare Herzkrankheit und chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen angeboten. Dieses Angebot soll mit der neuen Regelung um bestimmte Krankheiten erweitert werden. Es wird gesetzlich vorgegeben, dass der G-BA insbesondere für die Behandlung von Rückleiden und Depressionen bis zum 31.12.2016 entsprechende Regelungen zu treffen hat.

Der Paritätische begrüßt die geplante Weiterentwicklung von Disease-Management-Programmen bei chronischen Krankheiten und plädiert dafür weitere Krankheiten wie beispielsweise Demenz in die Behandlungsprogramme aufzunehmen.

§ 140a – Besondere Versorgung

Für die Behandlung von psychischen Erkrankungen wird die Möglichkeit der integrierten Versorgung bisher nur in geringem Umfang genutzt. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Zahl der Menschen mit psychischen Erkrankungen stetig ansteigt, fordert der Paritätische, Anschubfinanzierungen für die integrierte Versorgung für psychisch kranke Menschen, um das bisher unzureichende Angebot ausbauen zu können. Des Weiteren sind auch die Träger der Sozialpsychiatrie als Vertragspartner im Absatz 3 aufzunehmen.

Als besonders problematisch sieht der Paritätische, dass beispielsweise Arznei- und Medizinproduktehersteller oder andere primär gewinnwirtschaftlich orientierte Unternehmen Träger von medizinischen Angeboten, wie der integrierten Versorgung oder anderer ambulanter ärztlicher und nichtärztlicher Leistungen sein können. Aus Sicht des Paritätischen besteht ein erheblicher Interessenkonflikt, wenn beispielsweise ein Pharmaunternehmen, das Antidepressiva herstellt, gleichzeitig Arbeitgeber eines Psychiaters im Rahmen der integrierten Versorgung ist. Der Paritätische fordert, dass Krankenkassen zukünftig keine Verträge mehr mit Pharmaunternehmen oder anderen primär wirtschaftlich orientierten Unternehmen abschließen dürfen. Der entsprechende Punkt 5 im Absatz 3 muss aus dem § 140a gestrichen werden.

Der Paritätische spricht sich weiterhin dafür aus, dass Vertragsabschlüsse zukünftig verbindlich an die Krankenkassen gemeldet werden und Informationen über an der Versorgung beteiligte Institutionen enthalten. Diese Informationen müssen für Patient/innen öffentlich und leicht zugänglich sein. Dazu zählt auch, dass Zahlen zu tatsächlich versorgten Menschen in der integrierten Versorgung erhoben werden und eine bundesweite Berichterstattung etabliert bzw. rechtlich verankert wird.

§ 279 – Verwaltungsrat und Geschäftsführer

Durch die Änderung des § 279 soll die Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes der gesetzlichen Krankenkassen (MDK) verbessert werden.

Der Paritätische begrüßt die Einbindung der verschiedenen Betroffenenorganisationen sowie der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe in den Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes der GKV. Eine Unabhängigkeit wird hierdurch jedoch nicht hergestellt, da der Interessenkonflikt der Mitarbeitenden des MDK weiterhin besteht. Eine Begutachtung und Erhebung der Bedarfe im Falle von Krankheit und/oder Pflegebedürftigkeit kann nicht unabhängig erfolgen, solange der Kostenträger ebendieser Leistungen der eigene Arbeitgeber ist.

Berlin, den 14.11.2014

Der Paritätische Gesamtverband e.V.
Oranienburger Straße 13-14

10178 Berlin

www.der-paritaetische.de