



Stellungnahme der Deutschen Rheuma-Liga zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG)

Das Bundesministerium für Gesundheit hat seinen Entwurf für ein Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vorgelegt. Damit soll für gesetzlich Krankenversicherte der Zugang zur ambulanten Versorgung qualitativ verbessert werden.

Hierfür sind unter anderem die folgenden Maßnahmen vorgesehen:

- Abbau der Wartezeiten auf (Fach-)Arzttermine und Erweiterung des Sprechstundenangebots
- Weiterentwicklung der Bedarfsplanung und Verbesserung der Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Gebieten
- Schritte zur Umsetzung der Digitalisierung im Gesundheitswesen

Darüber hinaus sind neue Regelungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung sowie der stufenweisen Wiedereingliederung vorgesehen.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt die Absicht der Bundesregierung, die ambulante Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zu verbessern. Der Gesetzentwurf sieht in vielen Bereichen Maßnahmen vor, die sich an den Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten ausrichten. Besonders begrüßt die Deutsche Rheuma-Liga, dass die Bundesregierung zur Verbesserung der fachärztlichen Versorgung rheumakranker Menschen Maßnahmen ergreifen will, indem befristet die Zulassungsbeschränkungen für Fachärzte/Fachärztinnen für Innere Medizin und Rheumatologie ausgesetzt werden.

Zu einzelnen Regelungen im Gesetzentwurf:

Artikel 1 Änderungen des Fünften Sozialgesetzbuches

1. Abbau von Wartezeiten auf Arzttermine

Mit einem Sofortprogramm soll der Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung verbessert werden. Dazu werden unterschiedliche Maßnahmen ergriffen. Zum einen werden die Aufgaben der Terminservicestellen (TSS) erweitert. Zum anderen werden bestimmte Leistungen von Fach- und Hausärzten extrabudgetär vergütet. Die Vermittlung von Facharztterminen durch Hausärzte wird ausdrücklich als Bestandteil der hausärztlichen Leistungen festgelegt.

Erweiterung der Aufgaben der Terminservicestellen (§ 75 SGB V -neu)

Die Terminservicestellen sollen ab dem 01. April 2019 unter einer bundesweit einheitlichen Rufnummer und rund um die Uhr an sieben Tagen/Woche (§ 75 Abs. 1a SGB V -neu) erreichbar sein. Die Terminservicestellen sollen Versicherte künftig darüber hinaus im Internet über die Sprechstundenzeiten von Vertragsärzten informieren. Freie Termine sollen auch über ein Online-Angebot/App von den Praxen an die Terminservicestelle übermittelt werden. Hierzu wird die bestehende „Kann“-Regelung in eine „Soll“-Regelung überführt.

Neben der Vermittlung von Facharztterminen sollen die TSS - bei Bedarf - Termine zu Haus- und/oder Kinderärzten vermitteln. Zusätzlich unterstützen sie Ratsuchende darin, überhaupt einem Haus- oder Kinderarzt zu finden (§ 75 Abs. 1a Nr. 2 SGB V -neu), der sie dauerhaft versorgt.

In Akutfällen vermitteln die TSS auch während der Sprechstundenzeiten einen Termin in einer Arztpraxis oder - wenn notwendig - in einer Notfallambulanz. Im Falle einer lebensbedrohlichen Situation erfolgt eine direkte Weiterleitung an die Notrufzentrale (§ 75 Abs. 1a Nr. 3 SGB V -neu).

Durch die Aufgabenerweiterung kommt den TSS im Versorgungsalltag nunmehr die Funktion einer Triage zu. Dies gilt insbesondere für die Priorisierung im Akut- und/oder Notfall. Denn die Notfallambulanzen in den Krankenhäusern sehen sich zunehmend Patienten gegenüber, die auch von niedergelassenen Fachärzten versorgt werden könnten.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt die Erweiterung des Aufgabenkataloges der Terminservicestellen. Durch eine bundeseinheitliche Rufnummer und die ständige Erreichbarkeit der TSS wird das Serviceangebot deutlich verbessert. Die Deutsche Rheuma-Liga fordert die Bundesregierung auf, die Informationsverpflichtung der Terminservicestellen um Informationen zur Barrierefreiheit zu ergänzen. Viele rheumakranke Menschen sind in ihrer Mobilität eingeschränkt. Noch immer sind viele Praxen nicht barrierefrei und schwer zugänglich. Bei der Listung der Praxen im Internet sollte neben den Sprechstundenzeiten auch hierzu eine Information erfolgen.

Die Unterstützung bei der Suche nach einem Hausarzt kann vor allem für Menschen, die den Wohnort gewechselt haben, sinnvoll sein. Viele Hausarztpraxen weisen eine dauerhafte Versorgung von Patienten ab, da sie hierfür keine Kapazitäten mehr haben. Dies gilt ebenso für die Suche nach einem Kinderarzt. Selbst in Städten mit einer hohen Dichte an Kinderärzten wird es für Eltern zunehmend schwieriger, einen Arzt zu finden.

Zugang zur Vermittlung durch die Terminservicestelle (§ 75 Abs. 1a SGB V -neu)

Nach bestehender Gesetzeslage ist für die Vermittlung an einen Facharzt außer bei Augenärzten und Gynäkologen eine Überweisung erforderlich. In einer Anlage zum Bundesmantelvertrag nach § 82 Abs. 1 SGB V wurde durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den GKV Spitzenverband festgelegt, dass bei der Überweisung auch ein Code für die Dringlichkeit der Überweisung angegeben werden muss. Die Beratungspraxis der Deutschen Rheuma-Liga zeigt, dass bei

Überweisungen häufig dieser Dringlichkeitsvermerk fehlt und die Terminservicestellen dann nicht aktiv werden. Für die jetzt vorgesehene Vermittlung von Terminen bei Haus- und Kinderärzten soll im Bundesmantelvertrag festgelegt werden, in welchen Fällen eine Überweisung zu einen Haus- oder Kinderarzt notwendig ist (§ 75 Abs. 1a Nr. 2 SGB V -neu).

Die Deutsche Rheuma-Liga spricht sich gegen eine solche Regelung aus. Es muss befürchtet werden, dass die Vertragsparteien des Bundesmantelvertrages den Auftrag nutzen, um den Zugang zur Terminservicestelle zu begrenzen. Insgesamt sollte die Terminvermittlung für alle Patienten zugänglich sein, die Schwierigkeiten haben, einen Arzttermin zu vereinbaren. Der bei Hausärzten häufig unbekannt Dringlichkeitsvermerk ist einer der wesentlichen Hürden für das Funktionieren der Terminservicestellen.

Vermittlung von Facharztterminen durch Hausärzte (§ 73 Abs. 1 und § 87 Abs. 2a SGB V -neu)

In der Praxis werden bereits heute von Hausärzten dringende Termine bei Fachärzten direkt vereinbart. Der Gesetzentwurf definiert diese Aufgabe ausdrücklich als Teil der hausärztlichen Leistungsbeschreibung und legt hierfür eine extrabudgetäre Vergütung fest.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt die vorgesehene Regelung, da auf diese Weise Patienten effektiv in schwierigen Behandlungssituationen unterstützt werden können.

Erweiterung der Sprechstundenzeiten und Offene Sprechstunde (§ 87 und § 87a SGB V -neu, § 19a Ärzte ZV -neu)

Der Gesetzentwurf sieht eine Erweiterung der verpflichtenden Sprechstundenzeiten eines Arztes von 20 auf 25 Stunden vor. Grundversorgende Fachärzte und Arztgruppen der wohnortnahen Patientenversorgung werden verpflichtet, fünf Wochenstunden eine offene Sprechstunde ohne Terminvergabe anzubieten, um auf diese Weise zusätzlich den Zugang zur Versorgung zu verbessern. Die offene Sprechstunde wird extrabudgetär vergütet. Für den Zugang zu der offenen Sprechstunde muss eine Überweisung vorgelegt werden.

Die Deutsche Rheuma-Liga befürwortet grundsätzlich die Einführung einer offenen Sprechstunde. Es steht allerdings zu befürchten, dass ähnlich wie bei den Terminservicestellen das Überweisungserfordernis eine deutliche Umsetzungshürde darstellen wird. Auf dieses sollte daher verzichtet werden.

Vergütungsanreize für ärztliche Leistungen (§ 87, § 87a, § 106a SGB V -neu)

Der Gesetzentwurf sieht an unterschiedlichen Stellen eine zusätzliche und extrabudgetäre Vergütung von Leistungen vor und entlastet Ärzte mit Praxisbesonderheiten zusätzlich bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

Zu den geförderten Leistungen zählen zum einen Leistungen, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestellen erbracht werden (§ 87a Abs. 3 Nr. 2 bis 4 SGB V -neu).

Zum anderen gilt dies ebenfalls für die Neuaufnahme von Patienten, die erstmals in einer Arztpraxis diagnostiziert und behandelt werden (§ 87a Abs. 3 Nr. 5 SGB V i.V.m. § 87 Abs. 2b Satz 3 SGB V -neu). Als „Neupatienten“ gelten demnach auch Patienten, die mindestens vier Jahre die Arztpraxis nicht aufgesucht haben bzw. dort behandelt wurden (s. Begründung/Besonderer Teil, S. 124).

Darüber hinaus erhält der Bewertungsausschuss den Auftrag, zu prüfen, inwieweit Rationalisierungsreserven bei technischen Leistungen genutzt werden können, um zwendungsorientierte ärztliche Leistungen besser vergüten zu können (§ 87 Abs. 2 SGB V -neu).

Standort- und Strukturmerkmal von Praxen sowie die Versorgung spezieller Patientengruppen, die besondere Versorgungsbedürfnisse haben (z.B. die Versorgung in Hospizen und Pflegeheimen) sollen zukünftig bei den Praxisbesonderheiten Berücksichtigung finden. Insbesondere Hausbesuche sollen künftig als Praxisbesonderheit geltend gemacht werden können (§ 106a Abs. 4 SGB V -neu).

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt die vorgesehenen Regelungen, da sie zum einen dazu beitragen können, eine frühe Versorgung schwerer Erkrankungen zu fördern, was gerade bei den entzündlich-rheumatischen Erkrankungen dringend geboten ist. Es sollte jedoch mittelfristig überprüft werden, ob die Regelung zur Selektion von akuten Behandlungsfällen führt und Menschen mit chronischen Erkrankungen durch die Regelung benachteiligt werden.

Die Aufwertung von Leistungen der sprechenden Medizin gegenüber den technischen Leistungen ist im Sinne einer Patientenorientierung ausdrücklich zu begrüßen. Hausbesuche gehören in der Landarztpraxis zum Alltag. Insbesondere alten und/oder pflegebedürftigen Menschen kann der Weg in die Arztpraxis in vielen Fällen nicht (mehr) zugemutet werden. Dies gilt gleichermaßen für besonders in ihrer Mobilität eingeschränkte Menschen. Eine spezielle Förderung der Hausbesuche wird daher befürwortet.

2. Weiterentwicklung der Bedarfsplanung

Zugang zur fachärztlichen Versorgung (§ 101, Abs. 1 und § 103 Abs. 1 SGB V -neu)

Mit dem Gesetzentwurf wird die bereits abgelaufene Frist für den Gemeinsamen Bundesausschuss zur Überarbeitung der Bedarfsplanungsrichtlinie bis zum 1. Juli 2019 verlängert. Gleichzeitig werden bis zu dieser Frist die Zulassungsbeschränkungen für Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinderärzte ausgesetzt, um bereits kurzfristig eine Verbesserung der Versorgung zu erreichen. Außerdem wird der Gemeinsame Bundesausschuss ermächtigt, unterhalb der Arztgruppen Mindest- oder

Höchstversorgungsanteile für Ärzte der einzelnen Schwerpunktkompetenzen zu definieren.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt ausdrücklich, dass die Bundesregierung für Menschen mit entzündlichen rheumatischen Erkrankungen den Zugang zur fachärztlichen Versorgung verbessern will. Die befristete Aussetzung der Zulassungssperren ist eine Möglichkeit, niederlassungswilligen Rheumatologen den Weg in die Versorgung zu ermöglichen, der bisher aufgrund der gemeinsamen Planung aller internistischer Fachgruppen mit der daraus resultierenden nominellen Überversorgung versperrt ist. Durch die Beschränkung der Regelung auf Ärzte, die in den letzten fünf Jahren nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen haben, wird auch verhindert, dass es Verlagerungen von bereits vorhandenen Praxen in attraktivere großstädtische Bereiche geben kann. Lediglich für die Neuzulassungen wird eine regionale Steuerung nicht möglich sein. Die Regelung macht darüber hinaus für den Gemeinsamen Bundesausschuss deutlich, dass der Gesetzgeber im Hinblick auf die Versorgung rheumakrankter Menschen Handlungsbedarf im Rahmen der Richtlinie sieht. Die ebenfalls im Gesetzentwurf vorgesehene Möglichkeit, dass der Gemeinsame Bundesausschuss Mindestversorgungsanteile für die einzelnen Facharztgruppen unterhalb einer Arztgruppe definiert, könnte dabei eingesetzt werden. Hierzu wird allerdings angeregt, die vorgesehene Ermächtigung noch zu ergänzen um die Möglichkeit, auch nach Versorgungsschwerpunkten zu differenzieren. Dies wird in der Gesetzesbegründung bereits benannt, durch die bisherige Formulierung des Gesetzestextes jedoch nicht umgesetzt.

Vorschlag: § 101 Absatz 1 wird wie folgt geändert: Nach Satz 7 wird folgender Satz angefügt:

„Er kann innerhalb der einzelnen Arztgruppen nach Fachgebieten, Facharztkompetenzen, Schwerpunktkompetenzen oder Versorgungsschwerpunkten differenzierte Mindest- oder Höchstversorgungsanteile für Ärzte dieser Fachgebiete oder für Ärzte mit entsprechenden Facharztkompetenzen oder Schwerpunktkompetenzen festlegen; die Festlegung von Mindest- oder Höchstversorgungsanteilen hat keine Auswirkungen auf die für die betreffenden Arztgruppen festgesetzten Verhältniszahlen.“

Versorgung in ländlichen Gebieten (§ 103 Abs. 3b, § 105 SGB V -neu)

Zur Verbesserung der Versorgung in ländlichen Gebieten werden den Landesregierungen Möglichkeiten eingeräumt, zusätzliche Arztsitze zu beantragen, die in die Bedarfspläne mit aufgenommen werden müssen. Darüber hinaus werden die Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigungen aufgestockt und die Fördermöglichkeiten erweitert. Durch die verpflichtende Zahlung von Sicherstellungszuschlägen in unterversorgten Gebieten werden Ärzte in diesen Regionen finanziell gefördert. Auch die Möglichkeit zur Einrichtung von Eigenrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen wird erweitert und diese

werden als verpflichtende Maßnahme in Regionen mit Unterversorgung oder drohender Unterversorgung festgeschrieben.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt die vorgesehenen Regelungen, die dazu beitragen können, die Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Gebieten Deutschlands zu verbessern. Die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Sicherstellung der Versorgung wird nachhaltig gestärkt.

3. Digitalisierung im Gesundheitswesen (§ 291a und § 291b SGB V -neu)

Das elektronische Patientenfach (eFA) und die elektronische Patientenakte (ePA) sollen zusammengelegt werden und sektoren- und kassenübergreifend nutzbar sein. Spätestens ab 2021 soll diese elektronische Patientenakte den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherungen zur Verfügung stehen. Auf eigenen Wunsch können Versicherte künftig auch per Handy und Tablet ihre Patientendaten einsehen. Dabei entfällt eine Authentifizierung über die eGK (Zwei-Schlüssel-Prinzip, § 291a Abs. 5 SGB V -neu). Die gematik wird beauftragt, gemeinsam mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) bis zum 31. März 2019 ein entsprechendes Sicherheitskonzept für die elektronische Patientenakte vorzulegen (§ 291b SGB V -neu).

Die Krankenkassen werden zudem verpflichtet, ihre Mitglieder über die Funktionsweise der ePA, die verschiedenen Zugriffsmöglichkeiten und die Art der verarbeiteten Datenmenge zu informieren. Hier könnten die beim Online-Banking bekannten Verfahren mit PIN und TAN zum Einsatz kommen.

Die Deutsche Rheuma-Liga weist darauf hin, dass die Patienten Eigentümer ihrer Daten bleiben müssen. Dies gilt insbesondere für freiwillige Anwendungen im Rahmen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK), zu der die elektronische Patientenakte zählt. Durch die Zusammenlegung von Patientenfach und Patientenakte werden unter Umständen unterschiedliche Daten zusammengeführt.

Welche Daten in der elektronischen Patientenakte abgelegt werden, ist in § 291a Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V sowie Abs. 5c SGB V geregelt. Zusätzlich können Versicherte im elektronischen Patientenfach eigene Dokumente, beispielsweise ein Patiententagebuch, einstellen.

Den Krankenkassen wird zudem mit dem Gesetzentwurf ermöglicht, ihren Versicherten weitere Lösungen, wie beispielsweise die Aufzeichnung von „Fitnessstrackern“, in den Patientenfächern anzubieten.

Die Sammlung und Auswertung gesundheitsbezogener Daten im Sinne von Big-Data kann Nutzer von digitalen Anwendungen zum „gläsernen Patienten“ werden lassen. Dies haben zuletzt die Sicherheitslücken in der Gesundheits-App „Vivy“ gezeigt.¹

Das informationelle Selbstbestimmungsrecht des Patienten muss an erster Stelle stehen. Gesundheitsinformationen sind sensible Daten. Die Hürden für einen - vom Patienten unautorisierten - Zugriff auf bestimmte Daten müssen auf einem technisch möglichst hohen Niveau gehalten sein. Die Deutsche Rheuma-Liga verweist an dieser

¹ <http://www.spiegel.de/gesundheit/ernaehrung/techniker-krankenkasse-will-fitnessdaten-nutzen-a-1076388.html>

Stelle auf ihr Positionspapier zum „Einsatz digitaler Gesundheitsdienste“ vom Juni 2017.

Aus dem Gesetzentwurf geht nicht hervor, in welchem Umfang die Krankenkassen ihrer Informationspflicht nachkommen werden. Die Deutsche Rheuma-Liga hält es für notwendig, dass ein Kriterienkatalog erarbeitet wird, der zum einen den Inhalt der Information und zum anderen die Art und Weise sowie den Umfang der Information der Krankenkassen an den Versicherten festhält. Bei der Entwicklung dieses Kataloges sollte die Selbsthilfe beteiligt sein.

Hacker-Attacken, wie beispielsweise auf das Gesundheitssystem von Singapur, wo die Daten von mehr als 1,5 Millionen Patienten gestohlen wurden, dürfen sich in Deutschland nicht wiederholen.²

4. Betriebliche Wiedereingliederung (BEM) (§ 74 SGB V -neu)

Die betriebliche Wiedereingliederung soll weiter gestärkt werden. Dazu sollen Ärzte verpflichtet werden, diese Möglichkeit „regelmäßig“ zu überprüfen (§ 74 SGB V -neu). Das weitere Verfahren hierzu soll der Gemeinsame Bundesausschuss in der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie (AU-Richtlinie) festlegen. Für Versicherte bleibt die Teilnahme am BEM weiterhin freiwillig.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt die Absicht, ein strukturiertes Verfahren für eine regelmäßige Überprüfung der Teilnahme an einer stufenweisen Eingliederung zu etablieren. Zwar werden in der Anlage 1 zur AU-Richtlinie Empfehlungen zur Umsetzung der stufenweisen Wiedereingliederung ausgesprochen, ein strukturiertes Verfahren gibt es bisher nicht.

Artikel 8 Änderungen des Elften Sozialgesetzbuches

Ambulante Betreuungsdienste (§ 71 SGB XI -neu)

Der Gesetzesentwurf sieht vor, Betreuungsdienste dauerhaft als Leistungserbringer in der Pflegeversicherung zuzulassen. Sie sollen pflegebedürftigen Menschen eine pflegerische Versorgung sowie Unterstützung bei haushaltsnahen Leistungen anbieten (§ 71 SGB XI -neu). Dabei beruft sich der Gesetzgeber auf die positiven Erfahrungen aus dem Modellvorhaben zur „Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste nach § 125 SGB XI“ (vgl. „Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung gem. § 125 SGB XI“, IGES Institut, März 2018).

Die Deutsche Rheuma-Liga lehnt die Neuregelung ab.

Einerseits kommt der Entlastungsbetrag von monatlich bis zu 125 Euro (§ 45b SGB XI) vor allem Pflegebedürftigen mit Pflegegrad I zugute, die ansonsten keine Sach- oder Geldleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten. Die

²

https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/pressRoom/pressRoomItemRelease/2018/singhealth-s-it-system-target-of-cyberattack.html

Leistungen, die überwiegend über den Entlastungsbetrag abgerufen werden, betreffen vorzugsweise die Unterstützung bei der Haushaltsführung (hier: Putzen).

Andererseits haben sich die Selbsthilfeverbände in der Vergangenheit für die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs - und damit eines ganzheitlichen Ansatzes im SGB XI - sowie einer hohen Qualität in der Pflege stark gemacht. Die neue Regelung, die dauerhafte Zulassung der Betreuungsdienste in der Pflegedienste, unterstützt diesen ganzheitlichen Ansatz nicht.

Zudem stellt sich die Frage, wie das Angebot der Betreuungsdienste nach § 71 Abs. 1a SGB XI von den niedrighschwelligen Betreuungsleistungen der Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45b SGB XI abgegrenzt wird. Diese müssten konsequenterweise in die neuen Betreuungsdienste nach § 71 Abs. 1a SGB XI integriert werden, so dass ein separates Zulassungsverfahren für Entlastungsleistungen nach § 45 a Abs. 3 SGB XI nicht mehr erforderlich ist.

Für Pflegebedürftige bedeutet die Zulassung eines weiteren Dienstes, dass sie künftig noch mehr Leistungsanbieter beim Abschluss ihres Pflegevertrags berücksichtigen müssen. Schon heute müssen zahlreiche Einzelnormen berücksichtigt werden.

Im Koalitionsvertrag wird die Einführung eines Entlastungsbudgets in Aussicht gestellt, um pflegende Angehörige zu unterstützen und Leistungen zu flexibilisieren. In diesem Entlastungsbudget könnte auch der Entlastungsbetrag aufgehen.

Zu den Änderungsanträgen (ÄA) der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

ÄA Heilmittel (Ausschuss für Gesundheit/ Ausschussdrucksache 19(14)51.4)

§ 32 Abs. 1b SGB V -neu

Verordnungen von Heilmitteln außerhalb des Regelfalls unterliegen künftig nicht mehr der Genehmigungspflicht der Krankenkassen.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt diese Änderung. Bereits heute macht der überwiegende Teil der Krankenkassen von ihrem Recht Gebrauch, bis auf Widerruf auf ein Genehmigungsverfahren nach § 8 Abs. 4 Heilmittel-Richtlinie zu verzichten. Eine Vereinheitlichung für alle Kassen ist daher nur stringent.

§ 73 Abs. 11 SGB -neu i.V. mit § 125 a SGB V -neu

Zukünftig können Heilmittelerbringer selbstständig die Auswahl und Dauer einer Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen (§ 73 Abs. 11 SGB V -neu). Dies gilt für bestimmte Indikationen, die im Vorfeld festgelegt werden (§ 125 Abs. 2 Nr. 1 -neu).

Nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga ist die Regelung unklar. Nach der jetzigen Formulierung des Gesetzestextes hat der Arzt keine Möglichkeit, auf die Entscheidung über Art und Umfang der Heilmitteltherapie Einfluss zu nehmen. So geht ausschließlich aus der Begründung zu § 73 Abs. 11 -neu hervor, dass der Arzt bei wichtigen medizinischen Gründen weiterhin über die Auswahl und Dauer der Therapie

sowie deren Frequenz entscheidet. Diese Einschränkung müsste sich bereits im Gesetzestext widerspiegeln.

Die Deutsche Rheuma-Liga weist darauf hin, dass insbesondere bei den progredienten Verläufen von rheumatischen Erkrankungen eine regelmäßige Kontrolle und Evaluierung der Therapie durch den Facharzt zwingend erforderlich ist.

Die Deutsche Rheuma-Liga setzt sich dafür ein, dass Heilmittelerbringer im Hinblick auf ihr Leistungsangebot Qualitätsanforderungen erfüllen müssen. Die Deutsche Rheuma-Liga bietet auf ihrer Internetseite ein Adressverzeichnis mit Therapiepraxen an. Eine Aufnahme in die „Versorgungslandkarte“ erfolgt nur, wenn bestimmte Qualitätsstandards erfüllt werden (s. auch www.versorgungslandkarte.de).

ÄA Hilfsmittel (Formulierungsentwurf)

Die bisher bestehende Möglichkeit der Ausschreibung von Hilfsmitteln durch die Krankenkassen wird generell abgeschafft (§ 127 SGB V -neu).

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt ausdrücklich, dass die Versorgung mit Hilfsmitteln künftig generell nicht mehr in Form von Ausschreibungen erfolgt.

Die Deutsche Rheuma-Liga verweist in diesem Zusammenhang auf ihre Stellungnahme zum HHVG vom 08.11.2016.

ÄA Selbsthilfeförderung (Formulierungsentwurf)

ÄA Förderung der Selbsthilfe

§ 20h SGB V

Zukünftig sollen sowohl die Projekt- als auch die Pauschalförderung der Selbsthilfe „kassenartübergreifend und gemeinschaftlich“ erfolgen (§ 20 Abs. 1 SGB V -neu). Die kassenindividuelle Förderung wird abgeschafft.

Die Deutsche Rheuma-Liga lehnt diese Regelung ab.

In der Begründung des Antrags werden „Vereinheitlichung, Vereinfachung und mehr Transparenz“ durch die Neuregelung in Aussicht gestellt. Diese Ziele sind zu begrüßen und für die Förderung der Selbsthilfe anzustreben. Ob sie jedoch durch Gesetzesänderung in der Realität der Förderung erreicht werden, bezweifelt die Rheuma-Liga. Besonders die Vereinfachung ist in Gefahr. Für die Krankenkassen wird es einen erheblichen Mehraufwand bedeuten, alle Anträge zu erfassen und in ein Format zu bringen, so dass alle Kassen, deren Verbände und Vertreter der Selbsthilfe darüber beraten können. Ebenso sind Neuregelungen zu treffen, wer der Selbsthilfe für Beratung, Antragstellung, Bescheide, Umwidmungen und Verwendungsnachweise zur Verfügung steht. Durch neue Strukturen und Verfahrenswege wird auch der Selbsthilfe ein erhöhter Mehraufwand zugemutet. Deren Kapazitäten sind bereits heute sehr begrenzt.

Die Gesetzesänderung macht zudem keine Aussage dazu, wie zukünftig die Förderung auf den unterschiedlichen Ebenen aussehen kann. Die Rheuma-Liga hat große Bedenken, wie ein relativ kleiner Antrag der Selbsthilfegruppe vor Ort durch alle Krankenkassen gemeinsam entschieden und bearbeitet wird. Auch ist unklar, wie solche Verfahren auf Landesebene aussehen können.

Für die Ortsebene – und je nach Gestaltung durch die Krankenkassen auch für die Landes- und Bundesebene – befürchtet die Rheuma-Liga einen zu großen Bürokratie-Aufwand. Auf der Ortsebene handelt es sich meist um viele kleine niedrige Projektförderungen. Bei einer zentralisierten Antragstellung und Beurteilung würde ein Verwaltungsaufwand entstehen, der bei vielen Projekten nicht im Verhältnis der Fördersumme steht.

Offen bleibt auch, wie die Zeitrahmen für Antragstellung, Vergabe und Umsetzung einzelner Projekte gesetzt werden. Es ist zu vermeiden, dass nur noch an einem oder zwei Terminen im Jahr Entscheidungen über Anträge getroffen werden. Projekte können in der Selbsthilfe oft nicht zu Beginn bzw. für ein ganzes Jahr im Voraus geplant werden. Damit ist der bürokratische Aufwand für die Krankenkassen erheblich oder die Projektförderung kann nur mit zeitlicher Verzögerung bearbeitet werden. Der Antragsteller darf aber mit dem Projekt nicht beginnen, bevor die Mittel bewilligt sind. Es ist zu befürchten, dass es durch das Verfahren zu zeitlichen Verzögerungen kommt und das Projekt dann nicht mehr im geplanten Zeitraum umgesetzt werden kann.

Der Antrag begründet die Änderung mit der Förderung „innovativer Ansätze, insbesondere durch Digitalisierung“. Nach Einschätzung der Deutschen Rheuma-Liga fehlt es der Selbsthilfe eher an Ressourcen für die alltäglichen Aufgaben. Der Selbsthilfe würde durch eine größere und sicher planbare Pauschalförderung besonders auf der Ortsebene in diesem Bereich mehr Unterstützung zugutekommen, als durch innovative Projektförderung.

Bonn, den 14.01. 2019