

Berlin, den 16.10.2024

## **Stellungnahme der Fachverbände für Menschen mit Behinderung zu den Empfehlungen des Bundesrates vom 24.06.2024 (Br-Drs. 234/1/24) und dem Gesetzesentwurf der Bundesregierung vom 22.05.2024 eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz - GVSG)**

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 in der Wahrung der Rechte und Interessen von Menschen mit geistiger, seelischer, körperlicher oder mehrfacher Behinderung in einer sich immerfort verändernden Gesellschaft.

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung nutzen die Möglichkeit, zu einzelnen Empfehlungen des Bundesrates vom 24.06.2024 (Br-Drs. 234/1/24) und dem Gesetzesentwurf der Bundesregierung vom 22.05.2024 eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz - GVSG) Stellung zu nehmen.

### **A) Stellungnahme zu den Empfehlungen des Bundesrates**

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung begrüßen ausdrücklich die Empfehlungen, nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen in § 43 a SGB V klarstellend als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zuzuordnen. Die Empfehlung des Bundesrates zur Änderung des



**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 6092-10  
Telefax 06035 6092-170  
bundesverband@anthropoi.de



**Der evangelische Fachverband für Teilhabe e.V. (BeB)**

Invalidenstr. 29  
10115 Berlin  
Telefon 030 83001-270  
Telefax 030 83001-275  
info@beb-ev.de



**Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V.**

Brehmstraße 5-7  
40239 Düsseldorf  
Telefon 0211 64004-0  
Telefax 0211 64004-20  
info@bvkm.de

§ 43 a SGB V kann dazu beitragen, dass es künftig keine Streitigkeiten über die Zuständigkeit der nichtmedizinischen pädiatrischen Behandlungsleistungen geben wird und notwendige nichtmedizinische Behandlungen ohne Verzögerungen durchgeführt werden.

Darüber hinaus begrüßen die Fachverbände für Menschen mit Behinderung die Empfehlung des Bundesrates, die Gesundheitskioske mit dem Ziel der Stärkung und Weiterentwicklung der Prävention und Patientensteuerung wieder in das GVSG aufzunehmen, ebenso wie die Primärversorgungszentren mit dem Ziel der Stärkung der hausärztlichen Versorgung in versorgungsschwachen Gebieten, insbesondere mit Blick auf die Zunahme älterer und multimorbider Patient\*innen.

Ebenso unterstützen die Fachverbände für Menschen mit Behinderung die Empfehlungen zu der Stärkung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Gleichwohl sehen die Fachverbände für Menschen mit Behinderung dringenden Verbesserungsbedarf in Bezug auf die Bedürfnisse von Patient\*innen mit Behinderung und bzw. oder psychischer Erkrankung und die damit verbundene Notwendigkeit, die vorgesehenen Strukturen entsprechend anzupassen und weiterzuentwickeln.

#### **Im Einzelnen:**

##### **I. Zu Art. 1 Nr. 4 a (§ 43 a Abs. 1 und Abs. 2 SGB V-neu)**

Der Bundesrat empfiehlt in § 43 a SGB V klarzustellen, dass versicherten Kindern auch über die Diagnostikphase hinaus ein Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Behandlungs- und Therapieleistungen in Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) zusteht. Er schlägt insoweit vor, in § 43 a Abs. 1 SGB V den einschränkenden Passus „und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen“ zu streichen.

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung begrüßen diese Empfehlung ausdrücklich. Denn die derzeitige gesetzliche Regelung führt dazu, dass die nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen in SPZ nur bis zur Diagnostik und Aufstellung eines Behandlungsplans sicher über die GKV vergütet werden.

Für die darüber hinausgehenden sozialpädiatrischen Behandlungs- und Therapieleistungen sieht sich die GKV aufgrund des derzeitigen Wortlauts des § 43 a SGB V nicht in der Zuständigkeit. In der Folge wurden in den meisten Bundesländern zusätzliche Vereinbarungen mit den Trägern der Eingliederungshilfe oder der Kinder- und Jugendhilfe zur Sicherstellung der Leistungen geschlossen.

Allerdings ziehen sich die Leistungsträger der Eingliederungshilfe und der Kinder- und Jugendhilfe aus diesen Vereinbarungen immer weiter zurück. Grund hierfür ist eine Entscheidung des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg vom 12.10.2018 (Az.: L 24 KA 37/17 KL). Das LSG hat in seinem Urteil einen Schiedsspruch für rechtmäßig erklärt, der die Krankenkasse verpflichtete, die vollständigen Kosten für die im SPZ erbrachten Leistungen zu übernehmen. Diese umfassten neben der Diagnostik und Behandlungsplanung auch die Therapie sowie die auf ärztliche Veranlassung erbrachten nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen.

Die derzeitige Rechtslage führt nunmehr zu Streitigkeiten zwischen den Leistungsträgern und zu Verzögerungen der Behandlungsleistungen bis hin zu Versorgungslücken, da sich weder die GKV noch die Eingliederungshilfe oder die Kinder- und Jugendhilfe in der Verantwortung sehen.

Eine klare gesetzliche Zuordnung der nichtärztlichen Behandlungs- und Therapieleistungen als wichtiger Bestandteil der sozialpädiatrischen Behandlung, der über die GKV zu finanzieren ist, ist daher längst überfällig. Der Tendenz der GKV, sich aus der Finanzierungsbeteiligung der sozialpädiatrischen Zentren herauszuziehen, wird damit erfolgreich entgegengewirkt.

**Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung fordern daher, entsprechend der Empfehlung des Bundesrates in § 43 a SGB V den Passus „und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen“ zu streichen.**

Darüber hinaus weisen die Fachverbände für Menschen mit Behinderung darauf hin, dass auch bei den Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen gem. § 119 c SGB V (MZEB) strittig ist, ob sie über die Diagnostikphase hinaus einen Behandlungs- und Therapieauftrag haben, der über die GKV finanziert wird. MZEB wurden spiegelbildlich zu SPZ geschaffen, um Menschen mit Behinderung auch über das 18. Lebensjahr hinaus eine ergänzende spezifische Versorgung zu ermöglichen. Allerdings ist u. a. wegen der ungeklärten Frage des Behandlungsauftrags bislang noch keine flächendeckende Versorgung erreicht.

Um diesbezügliche Streitigkeiten in den Zulassungsverfahren und die Entstehung von Leistungslücken, wie bei der Versorgung durch SPZ, zu vermeiden, sollte auch in der Vorschrift des § 43 b Abs. 1 SGB V, der eine spiegelbildliche Regelung des § 43 a SGB V für MZEB enthält, der gleichlautende Passus „und erforderlich sind, um eine Krankheit zum

frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen.“ gestrichen werden.

**Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung fordern daher, auch in § 43 b SGB V den Passus „und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen“ zu streichen.**

## II. Zu Art. 1 Nr. 4 a (§ 65 g SGB V-neu)

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung begrüßen die Empfehlung des Bundesrates, die Gesundheitskioske gem. § 65 g SGB V-neu wieder in das GVSG aufzunehmen. Der § 65 g SGB V-neu schafft die gesetzliche Grundlage zur Gründung von Gesundheitskiosken in strukturell benachteiligten Regionen, sowie Stadtteilen mit einem hohen Anteil an sozial benachteiligten Personen. Die Gesundheitskioske sollen niedrigschwellige Beratungs- und Unterstützungsleistungen für Prävention sowie eine Koordinierungsfunktion wahrnehmen. Dabei sollen sie in bestehende Beratungsstellen oder Einrichtungen, in denen Gesundheitsleistungen erbracht werden, eingebunden werden und ein digitales und telefonisches Angebot zur Verfügung stellen.

Errichtet werden die Angebote von der Kommune, die das Initiativrecht erhält, unter Beteiligung der GKV und der Privaten Krankenversicherung (PKV). Übt die Kommune ihr Initiativrecht aus, sind die GKV und PKV zur Errichtung eines Gesundheitskiosks verpflichtet.

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung begrüßen die mit der Gründung von Gesundheitskiosken verbundene Weiterentwicklung niedrigschwelliger Beratungsangebote vor Ort und das Ziel, die Gesundheitskompetenz der Bürger\*innen zu erhöhen. Dabei sind jedoch folgende Punkte in den Blick zu nehmen:

### 1. Kostenintensive Doppelstruktur vermeiden

Durch die Einführung der Gesundheitskioske erfolgt eine Veränderung der Versorgungsstruktur. Dies birgt die Gefahr, dass das angedachte Beratungs- und Unterstützungsformat des Gesundheitskiosks dazu führt, dass eine Verantwortungsverschiebung zu Lasten der Kommune erfolgt, kostenintensive Doppelstrukturen zu Lasten der Beitragszahler\*innen entstehen und die derzeitigen, über die hausärztliche Versorgung abgedeckten Leistungen, qualitativ ausgehöhlt werden.

Denn mit Blick auf die derzeitigen gesetzlichen Regularien sind bestimmte Leistungen bereits jetzt schon Aufgabe der Sozialversicherungsträger und durch diese abzudecken.

So sind die Sozialversicherungsträger zu umfassender Aufklärung (§ 13 SGB I), Auskunft (§ 14 SGB I) und Beratung (§ 15 SGB I) verpflichtet. Ebenso sind die primäre, sekundäre und tertiäre Gesundheitsprävention und Gesundheitsförderung gemäß §§ 20, 25, 26, 43 SGB V originäre Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Dazu gehören Leistungen zur Aufklärung, Beratung, gesunden Lebensführung, und Krankheitsvermeidung. Die Primärprävention soll sozial bedingten Ungleichheiten von Gesundheitschancen entgegenwirken. Zu den Leistungen gehört auch die Vermittlung von qualitätsgesicherten wohnortnahen Angeboten und die Bezuschussung der Leistungen.

**Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung fordern daher, eine klare Strukturierung und Aufgabenteilung sowie voneinander abgrenzbarer Verantwortlichkeiten der Gesundheitskioske zu anderen Leistungsträgern und Leistungserbringern vorzusehen. Gleichzeitig muss eine gute Vernetzungsstruktur auf allen Ebenen der gesundheitlichen Versorgung (ambulant und stationär) gewährleistet sein. Die Verzahnung von Gesundheitskiosken zur Medizin ist zu gewährleisten.**

**Ferner gilt es sicherzustellen, dass der kostenintensive Aufbau und Betrieb der Gesundheitskioske nicht zu Lasten des Ausbaus ambulanter, inklusiver, barrierefreier ärztlich-medizinischer Versorgung geht. Daher bedarf es zeitgleich ausreichend barrierefreier medizinisch-ärztlicher Versorgungsstrukturen in Form von barrierefreien Arztpraxen, Medizinischen Zentren gem. § 119 c SGB V (MZEB) und Sozialpädiatrischen Zentren gem. § 119 SGB V (SPZ) im Sozialraum, mit denen sich die Gesundheitskioske vernetzen und die Patient\*innen im Bedarfsfall an diese vermitteln können.**

**Schließlich darf die Einführung der Gesundheitskioske nicht zu einer Verkümmern der bestehenden Beratungsleistung führen, wenn die Kommune ihr Initiativrecht nicht ausübt und die Beratungsleistungen nicht mehr anderweitig erfolgen, da sich die bestehenden Beratungsstrukturen (s. o.) zurückbilden.**

## **2. Wohnortnahen Zugang für Menschen mit Behinderung sicherstellen**

Eine Empfehlung des Bundesrates in § 65 g Abs. 4 SGB V-neu sieht vor, dass Gesundheitskioske von Bürger\*innen mit besonderem Unterstützungsbedarf, unabhängig ihres Versichertenstatus, aufgesucht werden können und die Belange von Menschen mit Behinderung zu berücksichtigen sind. Die Einbeziehung der Nichtversicherten und die erfolgte Einbeziehung der Belange von Menschen mit Behinderung, die Aspekte der Barrierefreiheit implizieren, werden ausdrücklich begrüßt.

**Aus Sicht der Fachverbände für Menschen mit Behinderung wäre eine Konkretisierung der Belange von Menschen mit Behinderung wünschenswert. Das bedeutet beispielsweise zu klären, welche Aspekte vom Gesetzgeber darunter gefasst werden und in welcher Form die Einbeziehung der Belange von Menschen mit Behinderung von den Gesundheitskiosken umzusetzen sind.**

### **3. Erreichbarkeit und Zugänglichkeit für Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung sicherstellen**

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Angebote der Gesundheitskioske insbesondere auch für Menschen mit einer Behinderung und/oder psychischen Erkrankung auffindbar, erreichbar und barrierefrei zugänglich sein müssen. Die örtlichen, organisatorischen, personellen und räumlichen Ausstattungsmerkmale müssen somit gleichermaßen auch auf diesen Personenkreis zugeschnitten sein.

Insoweit begrüßen die Fachverbände für Menschen mit Behinderung die ausdrückliche Einbeziehung der Belange von Menschen mit Behinderung.

Gleichwohl gilt es, Barrierefreiheit sowie das Vorhalten angemessener Vorkehrungen (in Einrichtungen der medizinischen Versorgung, zu denen die Gesundheitskioske zu zählen sind) nicht nur auf der Ebene der Vertragsmodalitäten festzuschreiben, sondern als ein zwingendes Kriterium zu verankern und den Begriff des barrierefreien Zugangs einer Definition zuzuführen, die Kriterien für alle Beeinträchtigungsarten berücksichtigt und fortlaufend aktualisiert wird.

**Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung fordern daher, die Barrierefreiheit der Gesundheitskioske zwingend gesetzlich vorzuschreiben und die zuständigen Akteur\*innen gesetzlich zu beauftragen, entsprechende Barrierefreiheitskriterien innerhalb einer angemessenen Frist zu erarbeiten.**

### **4. Multiprofessionelle Teams vorsehen**

Die Aufgaben der Gesundheitskioske, wie insbesondere Beratungs- und Unterstützungsleistungen, Vermittlung von Präventionsangeboten zur Gesundheitsförderung und/oder Vermittlung der Leistungen zur medizinischen Behandlung, die Koordinierung der erforderlichen Gesundheitsleistungen, die Patientensteuerung (insbesondere durch Aufklärung über andere Beratungs- und Versorgungsstellen) sowie die Stärkung der individuellen Gesundheitskompetenzen für die niedrigschwellige Inanspruchnahme für Menschen mit Behinderung und/oder psychischer

Erkrankung erfordern bei der Leitung und den Mitarbeitenden besondere Kenntnisse in der Kommunikation, dem Umgang mit und dem Erkennen von Erkrankungsbildern von Menschen mit Behinderung und/oder psychischen Erkrankungen. Das Personal in den Gesundheitskiosken ist daher zwingend multiprofessionell aufzustellen.

**Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung fordern daher, dass gesetzlich ein multiprofessionell aufgestelltes Team an Mitarbeitenden vorgesehen wird, das im Umgang, in der Kommunikation und zu den typischen Erkrankungsbildern und Komorbiditäten von Menschen mit Behinderung geschult ist.**

### **III. Zu Art. 1 Nr. 4 a (§ 73 a SGB V-neu)**

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung begrüßen die Empfehlung des Bundesrates, die Primärversorgungszentren wieder in das GVSG aufzunehmen. Die Regelung des § 73 a SGB V-neu soll die gesetzliche Grundlage zur Gründung von Primärversorgungszentren (PVZ) schaffen. Damit sollen hausärztliche Angebote, erweitert um einen koordinierenden und sektorenübergreifenden Ansatz, in ländlichen und strukturschwachen Regionen (mit attraktiven Beschäftigungsmöglichkeiten), die auf die Bedürfnisse älterer bzw. multimorbider Patient\*innen ausgerichtet sind, eingeführt werden.

Primärversorgungszentren sollen dabei gezielt die hausärztliche Versorgung mit Verbindung zu sozialer Beratung und Unterstützung stärken und als neuer Versorgungsansatz für Regionen dienen, in denen Versicherte aufgrund des ländlichen und strukturschwachen Gebiets vor besondere Herausforderungen bei der Erfüllung ihrer medizinischen Bedarfe gestellt werden. Sie sollen vor allem auch den Anforderungen, die sich an die medizinische Grundversorgung im Zuge der sich wandelnden Bedarfe aufgrund des demografischen Wandels stellen, Rechnung tragen. Darüber hinaus soll die effektive Versorgungssteuerung verbessert und die reguläre hausärztliche Versorgung in den PVZ um weitere Angebote ergänzt werden. Zudem sollen Kooperationen mit Fachärzt\*innen und nichtärztlichen Leistungserbringern, Gesundheitskiosken etc. eingegangen und die Möglichkeit geschaffen werden, nichtärztliche Fachkräfte (Pflegefachkräfte; medizinische Fachangestellte) einzustellen.

**Mit dem Ziel, die medizinische Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu verbessern und den sich wandelnden individuellen Bedarfen in diesen Regionen Rechnung zu tragen, stimmen die Fachverbände für Menschen mit Behinderung überein. Sie begrüßen insoweit das Ziel einer effektiven**

## **Versorgungssteuerung durch Hinzuziehung weiterer Angebote und entsprechender Kooperationen.**

### **1. Primärversorgungszentren auch für Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung**

Aus Sicht der Fachverbände für Menschen mit Behinderung bedarf es gleichwohl dringender Nachbesserungen. Diese betreffen vor allem den Zuschnitt des Adressatenkreises, der dringend auch die Belange von Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung berücksichtigen muss. Insoweit begrüßen die Fachverbände für Menschen mit Behinderung die Empfehlung des Bundesrates, die Möglichkeit zu schaffen, nach regionalem Bedarf, in den PVZ auch psychotherapeutische, pädiatrische und gynäkologische Versorgung anzubieten. Das allein greift allerdings zu kurz.

Denn Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung stehen gerade in ländlichen Regionen und strukturschwachen Gebieten aufgrund des bestehenden hausärztlichen Versorgungsmangels vor besonders großen Herausforderungen. Denn in der Regel ist nicht nur die Behandlung von Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung zeitintensiver, sondern auch die organisationsbezogenen sowie personellen Anforderungen höher. Ergänzende Leistungen, die eine Begleitung und Unterstützung ermöglichen, sind daher in der Regel gerade für Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung Grundlage des ärztlichen Versorgungsprozesses und Erfolges. Die Möglichkeit der Hinzuziehung weiterer, nicht ärztlicher Angebote, sowie die Begleitung, Beratung und koordinierende Hilfe, sind in den hausärztlichen Versorgungsangeboten für Menschen mit Behinderung daher in vielen Fällen gar nicht erst erreichbar und nutzbar.

**Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung fordern daher eine Erweiterung des Zuschnitts des Personenkreises und Ausrichtung der PVZ auf die Belange von Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung im ländlichen Raum, um auch in diesem Regelungssektor einer Zweifachdiskriminierung entgegenzusteuern.**

Darüber hinaus gilt es, gerade für Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung flächendeckende Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen in Arztpraxen sicherzustellen und nicht nur in Regionen mit Versorgungsschwierigkeiten. Denn eine Unterversorgung besteht für Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung auch in nicht ländlichen und strukturschwachen Regionen, da vielen medizinischen bzw. sozialen Bedarfen in der Regel auch bei bestehenden Arztpraxen regelhaft nicht umfassend Rechnung getragen werden kann.

**Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung fordern daher eine eindeutige gesetzliche Regelung, dass die Belange von Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung zu berücksichtigen sind und barrierefreie Zugänge bzw. angemessene Vorkehrungen zu gewährleisten sind. Dies schließt auch die Schulung des Personals in Bezug auf die Behandlung und die Möglichkeit zur barrierefreien Kommunikation und Information ein.**

**Außerdem ist das multiprofessionelle medizinische und nicht medizinische Team über die besonderen Bedarfe, Erkrankungsbilder und häufige Komorbiditäten von Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung zu schulen.**

## **2. Vernetzung muss auch mit MZEB erfolgen**

Ein Fokus der Primärversorgungszentren soll laut der Empfehlungen des Bundesrates auf der Kooperation mit anderen medizinischen und nicht medizinischen Leistungserbringern liegen.

Bislang nicht vorgesehen ist die Einbindung der MZEB. Dies ist nicht nachvollziehbar. Es fehlt an flächendeckenden MZEB, gerade auch im ländlichen Bereich. Umso notwendiger ist hier bei Einführung der Primärversorgungszentren, dass die Mitarbeitenden der PVZ Menschen mit Behinderung bei primärer Versorgung mitdenken und entsprechend geschult und eingestellt sind und für die weitergehende Behandlung eine enge Vernetzung zu den MZEB besteht.

**Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung fordern daher, auch die Vernetzung der PVZ mit MZEB vorzusehen.**

## **B) Stellungnahme zu dem Kabinettentwurf vom 22.05.2024 eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG)**

Darüber hinaus möchten die Fachverbände für Menschen mit Behinderung auf einzelne Änderungsbedarfe im Hinblick auf den Kabinettentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG) vom 22.05.2024 hinweisen.

**I. Zu Art. 1 Nr. 2 (§ 28 Abs. 3 SGB V-neu)**

**Konsiliarbericht bei Kurzzeittherapie**

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung begrüßen die vorgesehene Regelung, die die Einholung eines ärztlichen Konsiliarberichts bei vertragsärztlicher Überweisung auf psychotherapeutische Behandlung entfallen lässt, sehr. Dadurch ist eine Vereinfachung und Beschleunigung zur Aufnahme einer Kurzzeittherapie möglich. Darüber hinaus wäre eine Erweiterung auf den Verzicht eines Konsiliarberichts bei Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie direkt nach Entlassung aus einem psychiatrisch-psychosomatischen Krankenhaus begrüßenswert.

**Der § 28 Abs. 3 könnte dann wie folgt lauten:**

**„Der Einholung des Konsiliarberichts bedarf es nicht, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Überweisung eines Vertragsarztes erfolgt oder direkt nach Entlassung aus einem psychiatrisch-psychosomatischen Krankenhaus aufgenommen wird.“**

**II. Zu Art. 1 Nr. 6 a (§ 87 Abs. 2b, S. 5 und 6 SGB V-neu)**

**Versorgungspauschalen für chronisch kranke Patient\*innen**

Gemäß § 87 Abs. 2 b, S. 5 und 6 SGB V-neu wird der Bewertungsausschuss beauftragt, abweichend von der quartalsabhängigen Versichertenpauschale für die kontinuierliche Versorgung chronisch kranker Patient\*innen eine jahresbezogene Versorgungspauschale im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) 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 quartalsweiser - 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 Gesetzesentwurf vorgesehenen Regelung festgehalten werden, so ist zumindest in der Gesetzesbegründung vorzusehen, dass in Fällen des Umzuges, der Praxisschließung und eines unterjährigen Arztwechsels eine Ausnahme von der jährlichen Abrechnung der Pauschale gelten muss.**

### III. Zu Art. 1 Nr. 6 c (§ 87 Abs. 2 q SGB V-neu)

#### **Vorhaltepauschalen**

Gemäß § 87 Abs. 2 q SGB V-neu soll der Bewertungsausschuss sog. Vorhaltepauschalen im EBM 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. 2 q 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. Hier besteht somit dringender Handlungsbedarf, den zuletzt auch der UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen in seinen

abschließenden Bemerkungen zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland aus dem Jahr 2023 aufgezeigt hat.

Hinzu kommt, dass die Schaffung von mehr barrierefreien Arztpraxen ein Schwerpunkt des Aktionsplans für ein diverses, inklusives und barrierefreies 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. 2 q 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 des Bewertungsausschusses.

**Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung fordern daher, die Neuregelung in § 87 Abs. 2 q S. 3 SGB V wie folgt zu fassen:**

**„Die in Satz 1 genannten Voraussetzungen sollen insbesondere eine bedarfsgerechte Versorgung mit Haus- und Pflegeheimbesuchen, bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten, die Barrierefreiheit der Praxen, die vorrangige Erbringung von Leistungen aus dem hausärztlichen Fachgebiet, eine Mindestanzahl an zu versorgenden Versicherten sowie die regelmäßige Nutzung von Anwendungen der Telematikinfrastruktur umfassen.**

**IV. Zu Art. 1 Nr. 10 f (§ 92 Abs. 6 a SGB V- neu)**

**Vereinfachtes Antragsverfahren Kurzzeittherapie**

**Die vorgesehene Umstellung des Antragsverfahren für die Kurzzeittherapie von einem bisher zweistufigen auf ein einstufiges Verfahren unterstützen die Fachverbände für Menschen mit Behinderung uneingeschränkt.**

V. Zu Art. 1 Nr. 14 RefE vom 08.04.2024 (§ 96 Abs. 2a SGB V-neu)

**Mitberatungsrecht der Landesbehörden in Zulassungsverfahren**

Im Referentenentwurf des GVSG vom 08.04.2024 war in § 96 Abs. 2a SGB V-neu noch vorgesehen, das Beteiligungsrecht der obersten Landesbehörden, die für die Sozialversicherung zuständig sind, in Zulassungsverfahren zu stärken. Sie sollten künftig nicht nur mitberaten, sondern auch mitbestimmen können. Diese Regelung ist im Gesetzentwurf ersatzlos gestrichen worden.

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung sprechen sich ausdrücklich für die Wiederaufnahme dieser Regelung in den Gesetzentwurf aus. Die bisherige Unterstützung der obersten Landesbehörden in Zulassungsverfahren für MZEB wurde von den Antragsteller\*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, wäre die Stärkung der neutralen Position der Landesoberbehörden in Zulassungsverfahren dringend erforderlich.

Zudem ist im derzeitigen Entwurf des Aktionsplans für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen erfreulicherweise vorgesehen, die Länder aufzufordern, im Rahmen ihres Mitberatungsrechts bei Zulassungsverfahren verstärkt auf die Berücksichtigung der Belange von Menschen mit Behinderung zu achten (Maßnahme I.9). Die Belange von Menschen mit Behinderung könnten mit einem Mitbestimmungsrecht in Zulassungsverfahren noch wesentlich besser durchgesetzt werden.

**Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung fordern daher, die im Referentenentwurf vorgesehene Regelung des § 96 Abs. 2a SGB V-neu in den Gesetzentwurf aufzunehmen und das Beratungsrecht der obersten Landesbehörden in Zulassungsverfahren in ein Mitbestimmungsrecht umzuwandeln.**

**VI. Zu Art. 1 Nr. 12b (§ 101 Abs. 4a SGB V-neu)**

**Separate Bedarfsplanung für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie**

Die vorgesehene besondere Bedarfsplanung für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sehen die Fachverbände für Menschen mit Behinderung als sinnvollen Schritt, um die Niederlassungsmöglichkeiten bedarfsgerechter und zielgenauer zu steuern und der bestehenden Unterversorgung entgegenzuwirken.

**VII. Zu Art. 1 Nr. 13 (§ 105 Abs. 1a S. 5 SGB V-neu)**

**Klarstellung zur Nutzung von Mitteln des Strukturfonds**

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. 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.<sup>1</sup> Auch diesbezüglich ist eine Klarstellung dringend erforderlich. Im Entwurf des Aktionsplans für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen ist zudem bereits vorgesehen, dass sich das BMG für eine entsprechende Regelung kurzfristig einsetzen wird (Maßnahme I.8). Mit dem vorliegenden Gesetzgebungsverfahren könnte diese Maßnahme des Aktionsplans bereits umgesetzt werden.

**Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung fordern daher, dass § 105 Abs. 1a S. 3 SGB V um eine Nr. 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.**

---

<sup>1</sup> Universität Bielefeld, Abschlussbericht zur „Evaluation von Spezialambulanzen und gynäkologischen Sprechstundenangeboten zur gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgung von Frauen mit Behinderung“, Juni 2019, S. 48 f.

**VIII. Zu Art. 1 Nr. 24b (§ 217 Abs. 4 SGB V-neu)**

**Pflicht zur Erhebung und Veröffentlichung von Leistungs- und Qualitätskennzahlen (§ 217 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 müssten, könnten 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 ist sie in § 140f Abs. 4 SGB V benannt. § 140f Abs. 4 SGB V sieht eine Beteiligung 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.**

**IX. Zu Art. 6 (§ 31 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)**

**Ermächtigung von Psychotherapeut\*innen und Ärzt\*innen zur Versorgung von Personen mit psychosozialen Funktionseinschränkungen**

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung begrüßen die vorgesehene Ermächtigung von Psychotherapeut\*innen und Ärzt\*innen zur Versorgung von Personen mit kognitiver Beeinträchtigung, Suchterkrankungen oder psychosozialen Funktionseinschränkungen in Kooperation mit MZEB, Einrichtungen der Suchthilfe, der Krisenhilfe oder der sozialpsychiatrischen Dienste oder vergleichbaren Einrichtung.

**Was genau hier unter einer vergleichbaren Einrichtung verstanden wird, erschließt sich allerdings nicht. Daher weisen die Fachverbände für Menschen mit Behinderung darauf hin, dass auch Kooperationen mit Einrichtungen der Wohnungsnotfallhilfe und mit Strafvollzugsanstalten anerkannt werden müssen. Zudem sollte die geplante Ermächtigung auch für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychosozialen Belastungen gelten.**

**C. Aufnahme bestimmter Regelungen, die für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen geplant sind, in das GVSG**

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung regen darüber hinaus an, bestimmte Regelungen, die das Bundesministerium für Gesundheit in seinem Entwurf eines Aktionsplans für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen aufgenommen hat und die zu einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderung beitragen, im GVSG aufzunehmen. Dies trägt zu einer schnelleren Umsetzung des Aktionsplans bei. Dazu bieten sich folgende Regelungen in besonderem Maße an:

**1. Terminvereinbarung barrierefrei ermöglichen (Nr. I.2)**

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung begrüßen die vom BMG vorgesehene gesetzliche Regelung, die Vertragsarztpraxen und Zahnarztpraxen dazu verpflichten, neben der telefonischen Terminvereinbarung auch weitere digitale Möglichkeiten, bspw. per E-Mail vorzuhalten.

## **2. Informationspflichten der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (Nr. I.3)**

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung unterstützen darüber hinaus das Vorhaben des BMG, die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen durch eine gesetzliche Regelung zu verpflichten, bundesweit, in geeigneter Weise und einheitlich Informationen über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zu zahnärztlichen Praxen bereitzustellen.

## **3. Verpflichtende Meldung zur Barrierefreiheit von Vertragsärzt\*innen und Vertragszahnärzt\*innen (Nr. I.5)**

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung begrüßen das Bestreben, Vertragsärzt\*innen und Vertragszahnärzt\*innen zur Meldung zur Barrierefreiheit der Praxis gemäß der Richtlinie nach § 75 Abs. 7 S. 1 Nr. 3a SGB V in den Daten des Zahnarzt- und Arztregisters zu verpflichten, mit dem Ziel, diese Angaben nach Zusammenführung im Bundesarztregister und im Bundeszahnarztregister barrierefrei und bundesweit einheitlich auf den Webseiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zu veröffentlichen.

## **4. Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen nur mit barrierefreien Praxen (I.11)**

Die Fachverbände begrüßen den Vorschlag, gesetzlich zu regeln, dass die Barrierefreiheit einer Praxis in Nachbesetzungsverfahren verstärkt zu berücksichtigen ist. Vorzugswürdiger wäre aber eine Regelung, nach der zumindest in überversorgten Gebieten eine Nachbesetzung nur mit barrierefreien Arztpraxen erfolgen darf.

## **5. Anpassung von EBM und BEMA (Nr. I.13)**

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung unterstützen den Vorschlag, die Bewertungsausschüsse zu verpflichten, den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und den Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen (BEMA) zu überprüfen und anzupassen, um den besonderen Erfordernissen von Menschen mit Behinderungen Rechnung zu tragen.

## **6. Barrierefreiheit in der Rehabilitation (Nr. I.20)**

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung begrüßen das Bestreben des BMG, den Rahmenempfehlungspartnern den Auftrag zu erteilen, das Thema Barrierefreiheit in der Rehabilitation (der GKV) zu adressieren.

### **7. Weiterversorgung in einem SPZ bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres (Nr. I.43)**

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung unterstützen das Vorhaben, eine gesetzliche Regelung zu schaffen, die Versicherten bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres die Möglichkeit zur Weiterversorgung in einem SPZ ermöglicht. Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung weisen allerdings darauf hin, dass die Weiterversorgung in einem SPZ voraussetzen sollte, dass eine Weiterbehandlungsmöglichkeit in einem MZEB nicht möglich ist bzw. nicht sichergestellt werden kann. Die Fachverbände regen daher an, die Nr. I.43 wie folgt zu ergänzen: Das BMG wird eine Regelung vorsehen, die Versicherten bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres zusätzlich die Möglichkeit zur Weiterversorgung in einem SPZ ermöglicht, sofern die Weiterbehandlung in einem MZEB nicht möglich ist.