

Stellungnahmen nicht geladener Sachverständige



BDÜ e.V. / Uhlandstraße 4–5 / 10623 Berlin

An den Deutschen Bundestag
Gesundheitsausschuss

Nur per E-Mail an:

gesundheitsausschuss@bundestag.de

Stellungnahme des Bundesverbandes der Dolmetscher und Übersetzer e. V. (BDÜ) zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) BT-Drucksache 20/11853

Elvira Iannone
Politische Geschäftsführung

Uhlandstraße 4-5
10623 Berlin

T: +49 30 88712830

www.bdue.de
iannone@bdue.de

Datum / Date

11.11.2024

Sehr geehrte Frau Stellvertretende Vorsitzende des Gesundheitsausschusses,
sehr geehrte Frau Dr. Kappert-Gonther,
sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

hiermit möchten wir zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) Stellung nehmen.

Der **Bundesverband der Dolmetscher und Übersetzer e.V. (BDÜ)** ist mit rund 7.500 Mitgliedern der größte deutsche und europäische Berufsverband der Branche. Er repräsentiert damit 80 % aller organisierten Übersetzerinnen, Übersetzer, Dolmetscherinnen und Dolmetscher in Deutschland. Mehr als die Hälfte der BDÜ-Mitglieder sind allgemein beeidigt. Im BDÜ sind ausschließlich Sprachmittlerinnen und Sprachmittler organisiert, die über für die Berufsausübung notwendige fachliche Qualifikationen verfügen und diese nachgewiesen haben.

Ungefähr zwei Drittel aller im BDÜ organisierten Dolmetscher sind (auch) im Gemeinwesen tätig, darunter auch in Ämtern, Behörden, Unterkünften und Schutzhäusern, Beratungsstellen aller Art, und natürlich auch in Praxen, Krankenhäusern und Notaufnahmen. Insgesamt werden knapp 100 Sprachen durch BDÜ-Mitglieder abgedeckt.

Ziel des Gesetzes ist u. a. „eine noch besser auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ausgerichtete Gesundheitsversorgung unter Berücksichtigung der Interessen der an der Versorgung mitwirkenden Personen und Berufsgruppen“.

Wir begrüßen das Ziel, das Gesundheitswesen zu stärken, weisen aber mit Nachdruck darauf hin, dass eine Gruppe an Patientinnen und Patienten keinerlei Berücksichtigung im

vorgelegten Referentenentwurf findet: **Menschen, die aus unterschiedlichen Gründen (noch) nicht oder nicht mehr ausreichend Deutsch sprechen.** Dabei ist Kommunikation ein zentraler Bestandteil der Vorsorge und der Versorgung. Nicht funktionierende Kommunikation, beispielsweise aufgrund einer **Sprachbarriere, ist nicht nur eine Belastung für Patientinnen und Patienten** emotional oder gar durch ausbleibende oder falsche Versorgung, **sondern auch für das medizinische Personal und andere Berufsgruppen** im Gesundheitswesen: Unter anderem verzögern sich Abläufe im durchgetakteten System Praxis oder Krankenhaus, werden mehrsprachige medizinische Fachkräfte berufs fremd zum (laienhaften) Dolmetschen eingesetzt oder suchen Patientinnen und Patienten nur deswegen Notaufnahmen auf, weil Kliniken eher als Niedergelassene Dolmetscherinnen und Dolmetscher einsetzen oder dort die Wahrscheinlichkeit höher ist, auf irgendjemanden zu stoßen, der für Verständigung sorgen könnte.

Laut **Koalitionsvertrag** war jedoch erklärtes Ziel der Bundesregierung: „**Sprachmittlung** auch mit Hilfe digitaler Anwendungen **wird im Kontext notwendiger medizinischer Behandlung Bestandteil des SGB V.**“ Eine entsprechende Regelung könnte im stark unter Druck stehenden Gesundheitswesen Entlastung schaffen – jede Stellschraube dafür muss auch genutzt werden.

Der BDÜ fordert den Gesetzgeber auf, die gesetzlichen Regelungen, Verträge und Prozesse von Zulassung bis Abrechnung, wie sie seit 10 Jahren für das Gebärdensprachdolmetschen auch für Leistungen nach SGB V gelten, entsprechend zu übernehmen:

- **unkomplizierte Feststellung des Dolmetsch-/Übersetzungsbedarfes**
- **keine weitere Beschränkung auf bestimmte medizinische Einrichtungen oder Kommunikationssituationen**
- **Zulassung von qualifizierten Dolmetscherinnen, Dolmetschern, Übersetzerinnen und Übersetzern bei den GKV**
- **einschlägiger Studienabschluss oder Staatliche Prüfung Dolmetschen/Übersetzen als Voraussetzung**
- **Institutionskennzeichen (§ 293 SGB V) und direkte Abrechnung zwischen Dolmetsch-/Übersetzungsdienstleister und Krankenkasse**
- **Vergütung nach Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz (§ 8 JVEG)**
- **bei Einsatz von Videodolmetschen normgerechte technische Ausstattung und sachgemäße Verwendung zum Schutz der Hörgesundheit von Dolmetscherinnen und Dolmetschern**
- **öffentlich zugängliche Datenbank zugelassener Dolmetscherinnen, Dolmetscher, Übersetzerinnen und Übersetzer, damit Patientinnen und Patienten auch bei medizinischen Leistungen, die nicht Teil des Leistungskatalogs der GKV sind, auf entsprechend qualifizierte Dienstleister zurückgreifen können**
- **Schutz der Bezeichnung „Fachdolmetscher/-in Gesundheitswesen für [Sprache]“ analog zum Gerichtsdolmetschergesetz (§ 6 GDolmG)**

Die Hintergründe und Begründungen zu diesen Rahmenbedingungen finden Sie zusammengefasst unter

https://bdue.de/fileadmin/files/PDF/Positionspapiere/BDUe_PP_Gesetzesvorhaben_Dolmetschen_im_Gesundheitswesen_2023.pdf und ausführlicher unter https://bdue.de/fileadmin/files/PDF/Positionspapiere/BDUe_FAQ_Gesetzesvorhaben_Dolmetschen_im_Gesundheitswesen_2023.pdf.

Der Anspruch auf eine gleichwertige Versorgung ergibt sich nicht nur aus dem Genfer Gelöbnis, sondern auch aus dem im Grundgesetz und in der Europäischen Menschenrechtskonvention festgeschriebenen Diskriminierungsverbot aufgrund von Sprache. Der daraus abzuleitende Anspruch auf Sprachmittlung auch im Gesundheitswesen ist durch einen neu einzufügenden § 2c (Sprachmittlung) zu verankern. Nur so kann – analog zu den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen und zu den geschlechts- und altersspezifischen Besonderheiten – den besonderen kommunikativen Bedürfnissen von Menschen, die (noch) nicht bzw. nicht mehr (ausreichend) Deutsch beherrschen, Rechnung getragen werden.

Der BDÜ e.V. steht für die weitere Umsetzung als konstruktiver Gesprächspartner und Berater mit fachpraktischer Kompetenz und Erfahrung gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Norma Keßler
Präsidentin

Elvira Iannone
Politische Geschäftsführung



Stellungnahme der Deutschen Rheuma-Liga zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz - GVSG)

Die Bundesregierung hat ihren Gesetzentwurf für ein Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz vorgelegt, mit dem eine **flächendeckende hausärztliche Versorgung** gewährleistet werden soll. Um die Ausübung einer allgemeinärztlichen Tätigkeit attraktiver zu machen, sind hier unterschiedliche finanzielle Maßnahmen geplant.

Darüber hinaus enthält der Entwurf weitere Regelungen unter anderem zur **Weiterentwicklung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)** und der Sichtbarkeit der **Service- und Leistungsqualität** der **Kranken- und Pflegekassen**.

Allgemein

Hausärztinnen und Hausärzte sind eine tragende Säule der (wohnnahen) Patientenversorgung. Sie sind für die meisten Menschen erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Beschwerden und Erkrankungen. Bei vielen Erkrankungen - so auch bei den rheumatischen Erkrankungen - ist die spezialisierte Betreuung und Therapie für den Krankheitsverlauf von entscheidender Bedeutung. Insbesondere chronische Erkrankungen erfordern oft eine lebenslange Betreuung.

Aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga muss daher auch die fachärztliche Versorgung gestärkt werden.

Versorgungsdefizite in der Rheumatologie

In Deutschland leben rund **17 Millionen Menschen mit einer muskuloskelettalen Erkrankung**. Zwar sind Primärversorgerinnen und Primärversorger erste Anlaufstelle für die Betroffenen. Der schnelle Zugang zur spezialisierten Versorgung ist jedoch elementar, um eine effektive Therapie einzuleiten und damit schwere Krankheitsverläufe zu vermeiden. Aktuell bestehen - je nach rheumatischer Erkrankung - **Wartezeiten von durchschnittlich 9 Monaten, z.T. bis zu 2 Jahren** bis zum ersten Fachärztinnen/Facharzt-Kontakt.

Nach Berechnungen der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e.V. (DGRh) sind 1.400 internistische Rheumatologinnen und internistische Rheumatologen notwendig, um eine **bedarfsgerechte Mindestversorgung** zu realisieren. Derzeit fehlen in Deutschland also rund 700 internistische Rheumatologinnen und internistische Rheumatologen in der ambulanten Versorgung.

Die Ursachen liegen zum einen in der **unzureichenden studentischen Ausbildung** und zum anderen in **fehlenden Weiterbildungsstellen**.

Eine langjährige **Forderung der Deutschen Rheuma-Liga** ist daher die **Verbesserung der Bedingungen an den Hochschulen** und **in der Weiterbildung**. Dazu gehört der Ausbau internistisch-rheumatologischer Lehrstühle an den Universitäten. Von 38 medizinischen Fakultäten haben bisher nur 10 einen Lehrstuhl für Rheumatologie.

Für ein gewisses Basiswissen ist eine profunde **rheumatologische Pflichtlehre** entscheidend. Im Durchschnitt werden momentan während des gesamten Studiums nur knapp 14 Stunden Rheumatologie gelehrt.

In Kliniken werden **Weiterbildungsstellen** teilweise abgeschafft oder gar nicht erst eingerichtet. Fallpauschalen (DRGs) setzen bislang Anreize, finanziell lukrative Versorgungsbereiche auszubauen und weniger attraktive Versorgungsbereiche zu verkleinern.

Im Rahmen der **Krankenhausreform** muss daher sichergestellt werden, dass die internistische Rheumatologie in größeren Krankenhäusern vertreten ist und damit eine **ausreichende Zahl von Weiterbildungsplätzen** geschaffen werden kann.

Im **ambulanten Bereich** besteht die Möglichkeit, die Weiterbildung teilweise bei niedergelassenen Rheumatologinnen und Rheumatologen zu leisten. Die finanzielle Mehrbelastung der Praxen ist hoch, viele wollen daher diese Aufgabe nicht übernehmen. Auch hier werden entsprechende finanzielle Anreize benötigt.

Zu weiteren ausgewählten Regelungen im Gesetzentwurf:

Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

1. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

§ 92 SGB V -neu

Das Stellungnahmerecht einschlägig wissenschaftlicher Fachgesellschaften wird auf weitere Arbeitsbereiche ausgedehnt, beispielsweise zur Rehabilitations-Richtlinie (§ 92 Absatz 5 Satz 1 SGB V -neu) oder zur Heilmittel-Richtlinie (§ 92 Absatz 6 Satz 2 SGB V -neu).

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt diese Regelung.

§ 137f Absatz 1 SGB V -neu

Beratungen zu Richtlinien für die Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen müssen nunmehr innerhalb von zwei Jahren abgeschlossen werden.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt diese Regelung, da die Beratungszeiten der jüngsten im G-BA beschlossenen strukturierten Behandlungsprogramme länger als zwei Jahre dauerten.

Weitaus problematischer als die Dauer der Beratungen im G-BA ist die **schleppende Umsetzung** der beschlossenen strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) in die **Versorgungspraxis**. Diese erfolgt auf der Grundlage von Verträgen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern (Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen) vor Ort.

So wurde beispielsweise das DMP Chronischer Rückenschmerz 2019 vom G-BA beschlossen - eine Umsetzung ist bis heute nicht erfolgt. Gleiches gilt für das DMP Rheumatoide Arthritis (Beschluss 2021). Nur in 4 von 17 KV-Regionen wurden seit Oktober 2023 Verträge für das 2020 beschlossene DMP Osteoporose abgeschlossen. Für die hier genannten DMP steht nun eine turnusmäßige Überprüfung zur Aktualisierung der Inhalte im G-BA an, ohne dass dieses Angebot den Versicherten überhaupt zur Verfügung steht.

Der Entwurf eines „**Gesundes-Herz-Gesetzes**“ will hier Abhilfe schaffen. Vorgesehen sind u.a. Fristenregelungen für den Vertragsabschluss oder Vereinfachungen bei den Patientenschulungsprogrammen, um die Umsetzung der strukturierten Behandlungsprogramme in die Versorgung zu beschleunigen (vgl. auch § 137f Absatz 2a SGB V - neu, § 137f Absatz 3 SGB V - neu, § 137g Absatz 1a SGB V - neu).

§ 140f Absatz 2 SGB V -neu

Die benannten Personen (Patientenvertretung) erhalten im Beschlussgremium des G-BA ein temporäres Vetorecht. Damit kann einmalig die Beschlussfassung einer Vorlage verhindert und eine erneute Beratung des Themas in den Gremien erreicht werden. Sofern die erneute Beschlussvorlage inhaltlich nicht maßgeblich geändert wird, greift das Vetorecht nicht mehr (§ 140f Absatz 2 Satz 8-9 SGBV -neu).

Die **maßgeblichen Verbände der Patientenvertretung** haben im September 2023 ein **Forderungspapier** „Stärkung der Patientenbeteiligung und -vertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und weiteren Beteiligungsgremien nach § 140f SGB V zur Berücksichtigung im Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz“ veröffentlicht. Darin wird ein **Vetorecht** für die Patientenvertretung im Beschlussgremium des G-BA **nicht befürwortet**. Eine Weiterentwicklung der Patientenbeteiligung muss aus Sicht der Verbände vor allem eine **strukturelle**

Stärkung der **Patientenorganisationen** und eine **bessere Unterstützung** ermöglichen. Das Forderungspapier nennt hierzu beispielsweise den Ausbau der Stabsstelle Patientenbeteiligung im G-BA, eine Ausweitung der Unterstützungsstruktur und spezifische Entschädigungen für die Sprecherinnen und Sprecher in den Unterausschüssen sowie den Ausbau der Koordination auf Landesebene.

2. Hilfsmittelversorgung

§ 33 Absatz 5c SGB V -neu

Die Bewilligung von Hilfsmittelanträgen von Kindern sowie von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, die in regelmäßiger Behandlung in einem sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) oder in einem medizinischen Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung (MZEB) sind, soll vereinfacht und beschleunigt werden.

Auch rheumakranke Kinder und Jugendliche sowie rheumakranke Erwachsene mit zum Teil schweren Verläufen sind häufig auf Hilfsmittel angewiesen, um ihre Teilhabe zu sichern und Begleit- und Folgeerkrankungen zu vermeiden.

Die Deutsche Rheuma-Liga sieht in der **Neuregelung** des § 33 SGB V eine **Verengung** auf eine bestimmte Personengruppe und regt an, die **Verfahrensbeschleunigung auf weitere Indikationen** auszudehnen.

3. Service- und Leistungsqualität der Kranken- und Pflegekassen

§ 217f Absatz 4 SGV V -neu

Der GKV-Spitzenverband wird verpflichtet, eine Richtlinie zu erarbeiten, mit der einheitliche Kennzahlen und Informationen zur Service- und Leistungsqualität der Krankenkassen erhoben werden. Dabei sind insbesondere die Leistungsbereiche Hilfsmittel und Rehabilitation zu berücksichtigen. Die Richtlinie soll Vorgaben zur Erfassung von Leistungsanträgen, deren durchschnittlicher Bearbeitungsdauer, von Bewilligungen und Widersprüchen sowie von Klagen bei Ablehnung der beantragten Leistungen enthalten. Auch das Beschwerdemanagement (Struktur- und Prozessqualität, Ergebnisse) ist in der Richtlinie zu berücksichtigen.

Für die Pflegekassen sollen ebenfalls verbindliche Vorgaben für die einheitliche Erhebung und Veröffentlichung von Kennzahlen zur Inanspruchnahme der Pflegeberatung sowie von Pflegekurse getroffen werden (§ 53 SGB XI -neu).

Diese Informationen sollen jährlich - erstmals 2025 - auf einer digitalen und interaktiven Plattform veröffentlicht werden. Die Darstellung und Erläuterungen müssen in einer für die Versicherten verständlichen und barrierefreien Form und

Sprache erfolgen. Die Kranken- und Pflegekassen werden verpflichtet, ihre Versicherten über dieses Angebot zu informieren.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt den **Aufbau eines digitalen Informations- und Vergleichsangebotes** der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen, um Transparenz in den Leistungsbereichen Hilfsmittel und Rehabilitation herzustellen.

Bonn, den 05.11.2024

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Platz der Republik 1
11017 Berlin

Anschluss für Gesundheit					
Pb.-Nr.:					
Eingang: 23. Okt. 2024					
L	1	2	11	001	002
VO	Obl	Abg	Pet.A	Abgabennachricht	
stvVO	X	stv	Abg	Sek	86.28.0.

Tübingen, 16. Oktober 2024

Stellungnahme der Fachverbände für Menschen mit Behinderung

Sehr geehrte Damen und Herren,

zu Ihrer Kenntnisnahme mit der Bitte um Berücksichtigung, senden wir Ihnen die **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).**

Mit freundlichen Grüßen
Für die Fachverbände für Menschen mit Behinderung

Holger Wilms
(Mitglied im Vorstand von Anthropoi Bundesverband)



**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

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



Anthropoi Bundesverband
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.¹ 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.

¹ 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 Kassenzahnärztlichen 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.



Wir sind für Sie da!

Bundesverband für
Ergotherapeut:innen
Deutschland e.V.

Stellungnahme 11.11.2024

des Bundesverbandes für Ergotherapeut:innen in Deutschland BED e.V.

zum Gesetzentwurf zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune
(Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz - GVSG) BT-Drs.: 20/11853

und

zur Stellungnahme des Spitzenverbandes der Heilmittelverbände e.V. vom
07.11.2024 Ausschussdrucksache 20(14)234(12)

Nohner Straße 10

66693 Mettlach

Bürotelefon: 05221-8759453

Fax: 0721-509663407

E-Mail: info@bed-ev.de

Grundsätzliches:

Die ambulante Heilmittelversorgung birgt noch erhebliches ungenutztes Potenzial zur Bewältigung der besonderen Herausforderungen durch die demografische Entwicklung und die damit einhergehenden Versorgungsprobleme, die sich bereits heute und verstärkt in den nächsten Jahren ergeben.

Umso wichtiger ist daher die Einbeziehung der Expertise aller maßgeblichen Verbände in der Heilmittelversorgung gemäß §§ 125 und 125a SGB V in die Beratungsprozesse des Gemeinsamen Bundesausschusses in Form einer oder eines gemeinsam unter diesen Verbänden geeinten Vertreters sowie eines oder einer Stellvertretenden.

Änderungsvorschlag:

§ 92 SGB V

Nach Abs. 6c wird (ANALOG zu den Änderungsvorschlägen für den Bereich der Pflege) folgender Absatz 6d eingefügt:

„(6d) Bei den Richtlinien zur Verordnung von Heilmitteln nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 erhalten die in den §§ 125 und 125a Abs. 1 Satz 1 genannten Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer ein Antrags- und Mitberatungsrecht. Gleiches gilt bei den nicht in Satz 1 genannten Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, sofern sie die Berufsausübung der Heilmittelerbringer berühren. Die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene gemäß §§125 und 125 a benennen zur Wahrnehmung des nach den Sätzen 1 und 2 bestehenden Antrags- und Mitberatungsrechts einvernehmlich einen oder zwei Vertreter. Absatz 7e Satz 3 bis 7 gilt entsprechend. Die Vertreter erhalten Reisekosten in entsprechender Anwendung des Bundesreisekostengesetzes, Ersatz des Verdienstausfalls in entsprechender Anwendung des § 41 Absatz 2 des Vierten Buches sowie einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünfzigstels der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches für jeden Kalendertag einer Sitzung. Der Anspruch richtet sich gegen den Gemeinsamen Bundesausschuss.“

Folgeänderung:

Streichung § 92 Abs. 6 Satz 2, da die Beteiligungsrechte nun in § 92 Abs. 6d (neu) SGB V geregelt sind.

Begründung:

Die Expertise der Berufsorganisationen der Heilmittelerbringenden muss umfassend in die Beratungen des G-BA einfließen. Um die Stimme der Heilmittelerbringenden weiter zu stärken, müssen die bestehenden Beteiligungsrechte in den für die Heilmittel relevanten Aufgabenbereichen des G-BA erweitert werden.

Indes versucht ein selbsternannter „Spitzenverband“ der Heilmittelverbände wiederholt, sich per Gesetz alleinige Beteiligungsrechte zuschreiben zu lassen. In seinem Antrag vermittelt der SHV zu diesem Zweck daher den Eindruck es gäbe einen Dachverband für alle maßgeblichen Verbände gemäß § 125 Abs.1 Satz 1 SGB V. Das ist jedoch nicht der Fall. Von den 17 maßgeblichen Verbänden im Heilmittelbereich sind lediglich 6 der Verbände in diesem sich selbst als Dachverband bezeichnenden Verein.

Auch ist der SHV selbst KEIN maßgeblicher Berufsverband gemäß §§ 125 & 125a. Sämtliche Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband finden daher stets und grundsätzlich ausschließlich über die maßgeblichen Verbände statt.

Ungeachtet übergeordneter Fragen von Pluralität und Demokratieverständnis geben wir daher zu bedenken, dass ein selbsternannter Dachverband nicht für die gemäß § 125 Abs. 1 Satz 1 SGB V genannten Organisationen der Leistungserbringer sprechen kann.

Aus gutem Grund ist der Gesetzgeber daher einem ähnlichen Vorstoß des SHV im Rahmen der Neufassung des § 125 SGB V NICHT gefolgt. Bereits § 57 Abs. 1 SGB X besagt, dass ein öffentlich-rechtlicher Vertrag, der in Rechte eines Dritten eingreift, erst wirksam wird, wenn der betroffene Dritte schriftlich zustimmt.

Folgerichtig stellt auch die bisherige gesetzliche Regelung in § 92 Abs. 6 Satz 2 daher auf die Beteiligung aller maßgeblichen Verbände gemäß §125 ab. Eine Änderung, wie vom SHV vorgeschlagen, würde damit die bisherigen Stellungnahmerechte aller maßgeblichen Verbände eliminieren.

Somit ist es nicht darstellbar Therapeut:innen an Verträge oder Richtlinien zu binden, die nicht von ihren Berufsverbänden, sondern von einem Verband abgeschlossen oder mitberaten werden, dem weder der eigene Verband noch sie selbst angehören, noch aus guten Gründen angehören wollen. Dieser Vorschlag ist schlichtweg nicht umsetzbar.

Wie z.B. bereits bei der Bildung der neuen gemeinsamen Schiedsstelle im Heilmittelbereich gezeigt, einigen sich die 17 maßgeblichen Berufsverbände der Heilmittelerbringenden, eigenständig und erfolgreich auf Vertreterinnen und Vertreter, sobald ein gesetzlicher Auftrag dazu vorliegt. Das wird den maßgeblichen Berufsverbänden der Heilmittelerbringenden auch bei der Gestaltung der Antrags- und Mitberatungsrechte und der damit verbundenen Vertretung im G-BA gelingen.



Christine Donner Geschäftsführender Vorstand BED e.V.

Mobil: 0173-2583370

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Per E-Mail an
gesundheitsausschuss@bundestag.de

Präsidentin der Deutschen
Gesellschaft für Psychologie
(DGPs) e.V.
Prof. Dr.
Eva-Lotta Brakemeier
Marienstr. 30
10117 Berlin
E-Mail: praesidentin@dgps.de

Vorsitzender des
Fakultätentages
Psychologie (FTPs)
Prof. Dr.
Conny Herbert Antoni
Universität Trier
Universitätsring 15
54296 Trier
E-Mail: antoni@uni-trier.de

Amtsgericht Berlin
VR 35794 B

Berlin, 08.11.2024

Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz, GVSG)

DGPs und **FTP**s nehmen anlässlich der bevorstehenden Anhörung im Gesundheitsausschuss am 13. November 2024 Stellung zu den die Psychotherapie betreffenden Teilen des Gesetzentwurfes der Bundesregierung für ein Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung.

Insbesondere fordern die **DGP**s und der **FTP**s bezüglich der unzureichenden Finanzierung der Weiterbildung eine baldige Anpassung der Vergütungsregelungen für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung. Konkret sollen die Aufwendungen für Supervision, Theorie und Selbsterfahrung in die Vergütungssätze für therapeutische Leistungen einbezogen werden. Eine ausreichende Vergütung ist notwendig, um angemessene Gehälter für Weiterbildungsteilnehmende zu gewährleisten. Diese Maßnahmen sind entscheidend, um einen drohenden Fachkräftemangel in der psychotherapeutischen Versorgung zu verhindern und die psychische Gesundheit in Deutschland nachhaltig zu fördern. Trotz der aktuellen Kabinettsumbildung und der bevorstehenden Vertrauensfrage mit möglichen Neuwahlen darf es hier zu keinen weiteren Verzögerungen kommen.

Psychische Störungen sind einer der häufigsten Gründe für Lebensjahre, die mit Einschränkungen und Behinderungen verbracht werden, für Arbeitsunfähigkeit und für Frühberentung. Psychotherapie ist laut vorliegender interdisziplinärer Leitlinien für die meisten psychischen Erkrankungen *das* Mittel der Wahl. Trotzdem erhalten viele Betroffenen keinen Zugang zu einer fachpsychotherapeutischen und leitliniengerechten wohnortnahen Versorgung im ambulanten Sektor, oder sie erhalten diesen Zugang nur nach unzumutbar langen Wartezeiten, die Chronifizierung und Komorbiditäten fördern. Das betrifft insbesondere die wachsende Zahl von behandlungsbedürftigen psychisch kranken Kindern und Jugendlichen.

Vor diesem Hintergrund **begrüßen** die Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs) und der Fakultätentag Psychologie (FTP) in dem Gesetzentwurf ausdrücklich, dass den besonderen Versorgungsbedürfnissen von Kindern und Jugendlichen beim Zugang zu einer wohnortnahen psychotherapeutischen Versorgung zukünftig durch **eine separate Bedarfsplanung** (eigene Arztgruppe) stärker Rechnung getragen werden soll. Dies setzt allerdings voraus, dass die Bedarfe der Altersgruppe evidenzbasiert aus den Prävalenzen abgeleitet und nicht einfach denen der Erwachsenen gleichgesetzt werden.

Weiterhin halten wir zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, insbesondere solcher mit schweren psychischen Störungen, **weitere Maßnahmen** für **erforderlich**, die im vorliegenden Entwurf bisher fehlen:

- 1) Damit auch Erwachsene in ländlichen und strukturschwachen Regionen sowie im Ruhrgebiet gemäß dem Koalitionsvertrag eine zeit- und wohnortnahe psychotherapeutische Versorgung erhalten können, sind weitere Anpassungen der Bedarfsplanung, insbesondere eine grundsätzliche Absenkung der Allgemeinen Verhältniszahlen, erforderlich. Eine Absenkung der Allgemeinen Verhältniszahlen um 20% würde nach Berechnungen der Bundespsychotherapeutenkammern gezielt zu mehr psychotherapeutischen Vertragspsychotherapeuten in ländlichen Planungskreisen und in schlecht versorgten Großstädten des Ruhrgebietes und der fünf neuen Bundesländer führen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) sollte zeitnah den Auftrag zu einer Anpassung der Verhältniszahlen erhalten.
- 2) Die mit der G-BA-Richtlinie zur „Koordinierten Versorgung schwer psychisch Kranker“ (KSVPsych) angestrebte Verbesserung der Versorgung schwer psychisch kranker erwachsener Menschen durch Netzwerkverbünde hat noch nicht zu entsprechenden Verbesserungen der Versorgung geführt, da diese Verbünde zahlreichen strukturellen Hürden begegnen und daher nicht in ausreichender Zahl gegründet werden. Zu den strukturellen Hindernissen zählt zum Beispiel der Ausschluss nur hälftig tätiger Vertragspsychotherapeut:innen von der Netzbildung. Der G-BA sollte den Auftrag zur Überarbeitung der KSVPsych für Erwachsene erhalten, wobei die Hürden zur Einrichtung ambulanter Versorgungsnetze reduziert werden. Eine Orientierung bietet sich an der neuen Richtlinie für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KJ-KSVPsych-RL) an, da bei dieser Richtlinie einige dieser zentralen Hürden erfolgreich vermieden wurden.
- 3) In die KJ-KSVPsych-RL sollte ergänzend eine Regelung aufgenommen werden, die es auch koordinierenden Psychotherapeut:innen erlaubt, für die teilnehmenden Patient:innen nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, insbesondere auf psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen nach § 43a, zu beauftragen und zu verantworten.
- 4) Menschen mit schweren psychischen Störungen leiden besonders unter dem Mangel an psychotherapeutischen Behandlungskapazitäten. Um die psychotherapeutischen Behandlungskapazitäten speziell zur Versorgung schwer psychisch kranker Menschen auszuweiten, sollten vertragspsychotherapeutische Praxen ihre Behandlungskapazitäten durch Anstellung und Jobsharing gezielt ausbauen können, um weitere Behandlungskapazitäten für schwer psychisch Kranke und für zeitnahe Übernahmen aus stationären und teilstationären Behandlungsangeboten in die ambulante Versorgung bereit zu stellen. Für die dafür notwendigen Änderungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie sollte der G-BA einen spezifischen Auftrag erhalten.
- 5) Eine leitliniengerechte psychotherapeutische Behandlung betont für alle psychischen Störungen die Notwendigkeit einer zeitnahen kontinuierlichen Fortsetzung der psychotherapeutischen Behandlung nach einem stationären Aufenthalt. Erlernte Bewältigungsstrategien müssen vertieft und Residualsymptome weiter behandelt werden, um Rückfällen und Chronifizierung vorzubeugen. Um diesen Übergangsprozess zwischen den Versorgungssektoren zu fördern, sollte der G-BA beauftragt werden, den Einheitlichen Bewertungsmaßstab so anzupassen, dass bereits während des stationären Aufenthaltes einzelne ambulante Termine für die Psychotherapeutische Sprechstunde wahrgenommen werden können und Psychotherapeutinnen, die zeitnahe Termine für Personen nach Entlassung aus der stationären Versorgung anbieten, sollten einen Zuschlag erhalten.

Die DGPs und der Fakultätentag Psychologie **begrüßen**, dass mit dem vorliegenden Entwurf **die Antrags- und Stellungnahmerechte der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften**, damit auch solcher, die bisher nicht in der AWMF organisiert sind, auf weitere Arbeitsbereiche des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ausgedehnt werden sollen. Ebenso begrüßen wir das Ziel, dass die Antrags- und Mitberatungsrechte von Berufsorganisationen im G-BA gestärkt werden sollen. Allerdings sollten dann neben Berufsorganisationen der Pflege auch die Antrags- und Mitbestimmungsrechte der Heilberufekammern, also auch der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), im G-BA gestärkt werden, sofern es sich um Richtlinien handelt, die die Berufsausübung der Psychotherapeut:innen berühren.

Die DGPs und der Fakultätentag Psychologie **begrüßen** zudem die grundsätzliche Anerkennung durch den Gesetzgeber, dass die **vergütungsrechtlichen Regelungen für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung** sowie für Weiterbildungsambulanzen angepasst werden müssen. Allerdings gehen die bislang vorgesehenen Regelungen nicht weit genug. Die Möglichkeit, dass die neu definierten Weiterbildungsambulanzen ihre Vergütung eigenständig mit den Krankenkassen verhandeln können, ist unzureichend.

Wir schließen uns der Empfehlung des Bundesrats in seiner Stellungnahme zum GVSG vom 24.06.2024 an und regen an, §120 dahingehend zu überarbeiten, dass die Aufwendungen für Supervision, Theorie und Selbsterfahrung – zwingende integrale Bestandteile der Weiterbildung – in die Berechnung der Vergütungssätze für therapeutische Leistungen durch Weiterbildungsteilnehmende einbezogen werden. Ohne diese Klarstellung werden die Weiterbildungsambulanzen und -praxen keine ausreichenden Vergütungen mit den Krankenkassen verhandeln können, um angestellten Weiterbildungsteilnehmende angemessene Gehälter zu zahlen. Diese sind jedoch durch die Heilberufekammergesetze zwingend vorgeschrieben.

Ohne eine entsprechende Anpassung an Vergütungsregelungen droht ein Stillstand in der Einstellung von Weiterbildungsteilnehmenden. Dies wird trotz der ausreichenden Zahl an Absolventinnen und Absolventen der neuen Studiengänge zur Approbation in Psychotherapie zu einem Fachkräftemangel in der psychotherapeutischen Versorgung führen. **Diesem drohenden Fachkräftemangel muss die aktuelle Minderheitsregierung entschieden entgegenwirken!**

Über die DGPs:

Die Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs e.V.) ist eine Vereinigung der in Forschung und Lehre tätigen Psychologinnen und Psychologen. Die über 5600 Mitglieder erforschen das Erleben und Verhalten des Menschen. Sie publizieren, lehren und beziehen Stellung in der Welt der Universitäten, in der Forschung, der Politik und im Alltag. Die Pressestelle der DGPs informiert die Öffentlichkeit über Beiträge der Psychologie zu gesellschaftlich relevanten Themen. Darüber hinaus stellt die DGPs Journalistinnen*Journalisten eine Expertendatenbank für unterschiedliche Fachgebiete zur Verfügung, die Auskunft zu spezifischen Fragestellungen geben können. Wollen Sie mehr über uns erfahren? Besuchen Sie die DGPs im Internet: www.dgps.de

Über den Fakultätentag Psychologie:

Der Fakultätentag Psychologie (FTP) ist die hochschulpolitische Vertretung der Wissenschaftlichen Psychologie an den deutschen Universitäten. Der Fakultätentag ist Ansprechpartner bei Gesprächen auf politischer Ebene, um die Interessen der psychologischen Institute deutscher Universitäten gebündelt zu vertreten. Er soll außerdem der Kommunikation zwischen den Instituten dienen, wenn es um die Diskussion und Abstimmung von Fragen z.B. der Organisation von Studium und Lehre, der Inhalte von Studiengängen oder der Schwerpunktsetzungen geht. <https://fakultaetentag-psychologie.de/>

Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien (BAG KT) vom 01.09.2024 zum Gesetzentwurf der Bundesregierung BT - DRS 20/11 853 Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG)

Inhalt		Seite
Inhaltsverzeichnis		1
Kurzfassung	Zusammenfassender Text	2
	Änderungen im Text des Gesetzesentwurfs der Bundesregierung	3
	Antrag 1 zu SGB V § 28	4
	Antrag 2 zu SGB V § 92	5

Ausführliche Stellungnahme

0)	Vorbemerkung	6
1)	Ausgangslage	
2)	Regelungsvorschläge zur Versorgung vulnerabler Patientengruppen und psychisch kranker Menschen	7
3)	Regelungsbedarf im Sinne der Sicherheit der Patienten und Patientinnen	8
4)	Forderungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapie zur Ergänzung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung zum	9

Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes
(GVSG)

Unterschriften

Anlage zur Bundesarbeitsgemeinschaft
Künstlerische Therapien (BAG KT)

Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien (BAG KT) vom 01.09.2024 zum Gesetzentwurf der Bundesregierung BT - DRS 20/11 853 Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG)

Kurzfassung

Den im Gesetzentwurf veranlagten Reformen im psychotherapeutischen Bereich fehlen für Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen, für chronisch psychisch kranke Menschen oder andere vulnerable Personen nonverbale Behandlungsmöglichkeiten. Die sprachliche Orientierung der Regelverfahren bleibt für sie – bei einem vierfach erhöhten Erkrankungsrisiko – eine Zugangsbarriere.

SGB V und IX sichern Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen zu, dass ihre besonderen Belange berücksichtigt werden. Auch in der UN-Behindertenrechts-konvention hat sich die Bundesrepublik verpflichtet, für Menschen mit Behinderungen Gesundheitsleistungen „in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard“ zur Verfügung zu stellen. Ebenfalls verpflichtet sie sich, Gesundheitsleistungen anzubieten, die „von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden.“

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien (BAG KT) regt daher mit dieser Stellungnahme an, das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz zu nutzen, um **die Künstlerischen Therapien entsprechend nationaler¹ und**

¹ z. B.

https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038020I_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-07.pdf

internationaler² Evidenz zu regeln. Sie können als Psychotherapien gleich zu stellende Leistungen einen wichtigen Beitrag im Bereich der Gesundheitsversorgung leisten. Akademisch ausgebildete Fachkräfte für Kunst-, Musik-, Tanz-, Theatertherapie u.a. können dadurch die ärztliche und psychotherapeutische Versorgung von Patientinnen und Patienten mit besonderen Bedürfnissen um nonverbal- und erlebensorientierte Zugänge ergänzen.

Daher schlägt die Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische zwei Ergänzungen zur ambulanten Versorgung vor und bittet das BMG und die Fraktionen der Koalition, diese in den Gesetzentwurf einzuarbeiten.

Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien (BAG KT) vom 01.09.2024 zum Gesetzentwurf der Bundesregierung BT - DRS 20/11 853 Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG)

Konkrete Vorschläge der Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien:

Im Gesetzentwurf der Bundesregierung zum GVSG (Drucksache 20/11853) wären auf der Basis dieser Anträge Änderungen nötig. Er wäre um folgende Passagen zu ergänzen (Ergänzungen **fett** hervorgehoben):

(01) S. 4, 'Kapitel B Lösung', 5. Abschnitt, Zeile 6

*[Bisher:] Durch einen neuen Ermächtigungstatbestand wird der Zugang von vulnerablen Patientengruppen zur ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlung verbessert. [Ergänzt durch:] **In diesem Zusammenhang wird für diese Menschen der Zugang zu den Verfahren der Künstlerischen Therapien ermöglicht. Diese werden dazu in einer eigenen Richtlinie für Künstlerische Therapien geregelt.** Zudem wird eine korrespondierende Regelung für medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung ergänzt.*

(02) S. 56, Zu Ziffer 17, 2. Abschnitt

² Z.B. <https://www.euro.who.int/de/publications/abstracts/what-is-the-evidence-on-the-role-of-the-arts-in-improving-health-andwell-being-a-scoping-review-2019>

[Bisher:] Patientinnen und Patienten, die [neu ergänzt] z.B. aufgrund einer geistigen Behinderung, einer neurodegenerativen Erkrankung oder einer chronisch psychischen Störung intellektuell oder sprachlich beeinträchtigt sind, haben im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung besondere Versorgungsbedürfnisse sowie einen erschwerten Zugang zu Versorgungsangeboten ... Geeignet sind diejenigen Leistungserbringer, die ... für die Patientinnen und Patienten jeweils räumlich erreichbar sind.

[Ergänzen:] Um den besonderen Versorgungsbedürfnissen der o.g. Personen und anderer vulnerabler Gruppen zu entsprechen, wird der Zugang zu den Verfahren der Künstlerischen Therapie ermöglicht. Diese werden dazu in einer eigenen Richtlinie für Künstlerische Therapien geregelt.

Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien (BAG KT) vom 01.09.2024 zum Gesetzentwurf der Bundesregierung BT - DRS 20/11 853 Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG)

Dieser Ergänzungsvorschlag zum Gesetzentwurf der Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien zieht Änderungen bzw. Ergänzungen im SGB V nach sich.

Zu berücksichtigen sind Antrag 1 zu SGB V § 28 und Antrag 2 zu SGB V § 92.

Antrag 1:

Im SGB V ist der § 28 zu ergänzen um:

(4) Um den besonderen Versorgungsbedürfnissen von behinderten Menschen, sprachlich eingeschränkten Personen und anderen vulnerablen Gruppen zu entsprechen, wird ihnen der Zugang zu den Verfahren der Künstlerischen Therapien ermöglicht. Diese werden dazu in einer eigenen Richtlinie für Künstlerische Therapien geregelt. Sie ergänzen das Leistungsspektrum ärztlicher und psychotherapeutischer Tätigkeiten um nonverbale und erlebensorientierte Zugänge.

Künstlerische Therapeutinnen und Therapeuten verfügen über einen entsprechenden akademischen Abschluss (BA oder MA) oder eine vergleichbare postgraduale Qualifikation.

Begründung:

Künstlerische Therapien haben sich im stationären Behandlungszusammenhang seit vielen Jahren bewährt und gehören, in Leitlinien verankert, zum evidenzbasierten Behandlungsspektrum. Sie sind in der ambulanten Versorgung bisher nicht geregelt und sind weder von Heilmittelerbringern noch von Ärzt:innen oder Psychotherapeut:innen zu erbringende Leistungen. Die vorgeschlagene Änderung führt zu einer gesetzlichen Regelung und ist im Sinne des Patientenschutzes unbedingt erforderlich.

Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien (BAG KT) vom 01.09.2024 zum Gesetzentwurf der Bundesregierung BT - DRS 20/11 853 Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG)

Antrag 2:

im SGB V ist der § 92 *Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses* um einen Punkt 16 zu ergänzen:

Bisher: (1) Der Gemeinsame Bundesausschuss soll insbesondere Richtlinien beschließen über die

- 1. ärztliche Behandlung*
- 2. zahnärztliche Behandlung*

....

- 15. Schutzimpfungen*

Ergänzt: 16. Künstlerisch-therapeutische Behandlung

Begründung:

Künstlerische Therapien sind aufgrund ihrer Evidenz oder im Konsensverfahren in Behandlungsleitlinien abgebildet
<https://www.bagkt.de/implementierung/leitlinien/>. Um sie in der ambulanten Versorgung qualitätsgesichert zur Verfügung zu stellen, bedarf es im Sinne der Sicherheit für Patientinnen und Patienten einer Regelung durch eine Richtlinie.

Durch diese Ergänzung wird der G-BA mit einem Handlungsauftrag ausgestattet, um den er gemeinsam mit der BAG KT spätestens seit der Veröffentlichung des IQWiG HT17-02 zur begleitenden Musiktherapie bei Krebserkrankten (2019) ringt. Gleichlautende Forderungen nach ambulanten Zugängen stehen schon im Abschlussbericht der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Dr. Christine Bergmann, vom 31.05.2011 und wurden in mehreren parlamentarischen Anfragen thematisiert.

Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien (BAG KT) vom 01.09.2024 zum Gesetzentwurf der Bundesregierung BT - DRS 20/11 853 Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG)

Ausführliche Stellungnahme

0) Vorbemerkung

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien vertritt als Dachverband zehn Fach- und Berufsverbände verschiedener Künstlerischer Therapieformen. Sie setzt sich für mehr Sichtbarkeit, Professionalisierung und Qualitätssicherung der Künstlerischen Therapien im deutschen Gesundheitswesen ein: www.bagkt.de

Die Fachrichtungen der Künstlerischen Therapien (KT) umfassen Kunsttherapie, Musik-therapie, Tanztherapie, Theatertherapie und andere.

1) Ausgangslage

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) vom 17.06.2024 thematisiert in der Problembeschreibung und Zielsetzung verschiedene Bereiche, in denen eine Stärkung im Sinne einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung notwendig ist.

Besonderes Augenmerk legt die Entwurfsvorlage u. a. auf eine wohnortnahe Versorgung, die Sicherstellung der Versorgung angesichts des demographischen Wandels, die besondere Berücksichtigung von Kindern und Jugendlichen sowie von anderen vulnerablen Personen. Explizit benannt sind Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie Menschen, die unter schweren körperlichen Krankheiten leiden oder von Behinderung betroffen sind.

Für alle diese Gruppen sieht der Entwurf die dringliche Notwendigkeit, *die Versorgung im Bereich der seelischen Gesundheit* zu verbessern. So geht der Entwurf z.B. davon aus, dass Kinder und Jugendliche bedarfsgerecht versorgt werden müssen, indem die Zugänge zur Versorgung durch eine Änderung der Bedarfsplanung für Kinder und Jugendliche erleichtert werden. Dazu gehört, dass die Antragsverfahren für Psychotherapie vereinfacht werden und ein neuer

Ermächtigungstatbestand für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten geschaffen wird.

Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien (BAG KT) vom 01.09.2024 zum Gesetzentwurf der Bundesregierung BT - DRS 20/11 853 Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG)

2) Regelungsvorschläge zur Versorgung vulnerabler Patientengruppen und psychisch kranker Menschen

Der Entwurf der Bundesregierung stellt fest, dass vulnerable Patientengruppen spezifische Versorgungsbedürfnisse haben, die aber aus Sicht der BAG KT im Entwurf nicht ausreichend berücksichtigt sind: *Besonders für Menschen, die mit sprachlichen, kognitiven oder sozialen Beeinträchtigungen leben, werden weder die vereinfachten noch die erweiterten Zugänge zu den Regelverfahren der Psychotherapie allein eine Verbesserung bringen.* Kinder mit Entwicklungsverzögerungen, körperlichen oder intellektuellen Beeinträchtigungen oder Neurodiversitäten, aber auch Menschen mit Demenz, schweren psychischen Störungen oder mit Aphasien aufgrund neurologischer Erkrankungen, können nicht im gleichen Maße von sprachlich basierten Therapieangeboten profitieren. Zugleich haben sie ein vierfach erhöhtes Risiko psychisch zu erkranken.

Betroffene Familien und pflegende Angehörige behelfen sich deshalb damit, selbständig Hilfe in ergänzenden nonverbalen Therapieangeboten wie den Künstlerischen Therapien zu suchen. Künstlerische Therapien werden im stationären Bereich seit langem erfolgreich eingesetzt – gerade bei besonders vulnerablen Kindern und erwachsenen Patientinnen und Patienten. Der vorliegende Entwurf bietet die Möglichkeit, diese Ansätze auch in der ambulanten Versorgung zu verankern.

Während in anderen europäischen Ländern die Künstlerischen Therapien integrierter und regulierter Bestandteil der Gesundheitsversorgung sind, sind sie im deutschen Gesundheitssystem weder geregelt noch erstattungsfähig – aus Sicht der BAG KT ein Verstoß gegen die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK).

Diese sichert Menschen mit Behinderungen eine Behandlung in *gleicher Qualität* und im *gleichen Umfang* zu wie Menschen ohne Behinderungen.

Die Künstlerischen Therapien erfüllen die im SGB V und IX verankerte Berücksichtigung besonderer Bedürfnisse von chronisch kranken und behinderten Menschen und entsprechen dabei den Anforderungen der UN-BRK.

Gleiche Qualität:

Seit den 1970-er Jahren existieren in der Bundesrepublik von den Wissenschaftsministerien der Länder genehmigte, durch die Akkreditierungsagenturen geprüfte Studiengänge für Kunsttherapie, Musiktherapie, Tanztherapie und Theatertherapie. Diese Hochschul-studiengänge mit Bachelor- und Masterabschluss sind durch den staatlichen Auftrag zur Akkreditierung qualitätsgesichert. Daneben haben sich für den postgradualen Ausbildungsweg privatrechtlich getragene Ausbildungsinstitute etabliert (vergleichbar den Ausbildungsinstituten für Psychotherapie). Sie legen in einem internen Qualitätssicherungs-

Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien (BAG KT) vom 01.09.2024 zum Gesetzentwurf der Bundesregierung BT - DRS 20/11 853 Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG)

prozess Kriterien zur Anerkennung der Gleichwertigkeit mit den Hochschulstudiengängen fest.

Gleicher Umfang:

Leistungen der Künstlerischen Therapien sollten analog zu KTZ1, 2 und LZT der psycho-therapeutischen Richtlinienverfahren durchgeführt und erstattet werden. Die BAG KT geht davon aus, dass die Übernahme von Behandlungskosten für ambulante Angebote für Künstlerische Therapien den Anspruch der UN-BRK erfüllen würde, ohne zu einer Ausweitung der Leistung zu führen.

3) Regelungsbedarf im Sinne der Sicherheit der Patienten und Patientinnen

Die bestehende Regelungslücke für die Berufe der Künstlerischen Therapien öffnet den Anbietermarkt auch für fragwürdige Angebote. Außerhalb der Hochschulen und Post-graduierten Ausbildungsinstitute existieren solche Aus- und

Weiterbildungsangebote in Form von einmaligen Wochenendseminaren bis hin zu aufwändigen Kursen, die über eine Heilpraktikerprüfung oder institutseigene Zertifikate fälschlicherweise den Eindruck vermitteln, berufsqualifizierend für einen Therapieberuf auszubilden.

Für die Patientinnen und Patienten führt das zu einem unübersichtlichen, unregelmäßigen Anbieterportfolio. Dabei können die Patienten und Patientinnen nicht sicher sein, ob sie eine qualifizierte Therapie erhalten. Meistens können sie ambulante Angebote nur aus eigenen Mitteln in Anspruch nehmen.

Der NUB-Ausschuss für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden hat verschiedene Leistungen explizit von der Leistungserstattung durch die GKV ausgeschlossen, weil ihr Nutzen nicht nachgewiesen sei oder weil sie keine Heilmittel sind. Auch die Musik- und Tanztherapie (eine Teilgruppe Künstlerischer Therapien) wurden bei Einsetzung der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) 1992 in die Anlage aufgenommen. Die Begründung „...weil sie keine Heilmittel sind“ wurde auch im Gespräch mit dem BMG 2011 (beteiligt Herr Prof. Will und Herr Orłowski) bestätigt. Angeregt wurde dabei eine Revision des Ausschlusses aus der HeilM-RL, um den Zugang als freiwillige Satzungsleistung, zu Erprobungs- oder Modellvorhaben oder (später) dem Innovationsfonds zu ermöglichen.

Die inzwischen verkürzte Begründung: „...weil nach der Verfahrensordnung des G-BA der Nutzen nicht nachgewiesen ist“ ist ebenso irreführend wie sachlich falsch: eine Methoden- oder Nutzenbewertung wurde nie durchgeführt.

Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien (BAG KT) vom 01.09.2024 zum Gesetzentwurf der Bundesregierung BT - DRS 20/11 853 Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG)

4) Die Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien fordert deshalb, das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) entsprechend zu ergänzen:

- Die Berufe der Künstlerischen Therapien sind analog zu den verbal orientierten Richtlinienverfahren der Psychotherapien im Gesundheitswesen zu verankern, damit Menschen mit und ohne Behinderungen eine gleiche Behandlung ermöglicht wird, wie es die UN-Behindertenrechtskonvention und SGB V und IX vorsehen.
- Eine Behandlungsdurchführung und die Leistungserstattung Künstlerischer Therapien sind ebenfalls analog zu Psychotherapien zu gestalten. Dadurch können

auch Menschen mit Behinderungen oder psychischen Erkrankungen ihnen zustehende Leistungen in gleicher Qualität und im gleichen Umfang in Anspruch nehmen.

- Eine Prüfung durch das BMG ist unter der Fragestellung zu veranlassen, ob die Anlage zur Heilm-RL bei der inzwischen enthaltenen Liste verordnungsfähiger Heilmittel überhaupt noch notwendig ist oder ersatzlos gestrichen werden kann.
- Die im § 92 des SGB V bestehenden Regelungen zur Erarbeitung von Richtlinien sind hierfür ggf. anzupassen und um die Künstlerischen Therapien zu ergänzen. Hierdurch würde der G-BA mit dem notwendigen und erwarteten Auftrag ausgestattet, eine Richtlinie für Künstlerische Therapien im Sinne eines umfassenden Patientenschutzes und der sozialen Gleichstellung beim Zugang zur Behandlung zu erarbeiten.
- Es muss eine Klarstellung erfolgen, dass Künstlerische Therapien keine Heilmittel sind, die von den in der Heilm-RL geregelten Berufsgruppen erbracht werden.

Mit freundlichen Grüßen

Beatrix Evers-Grewe
Neugebauer



Vorstand BAG KT

Prof. Dr. Karin Dannecker



Beauftragte der BAG KT

Prof. Dr. Lutz



Beauftragter der BAG KT

Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien (BAG KT) vom 01.09.2024 zum Gesetzentwurf der Bundesregierung BT - DRS 20/11 853 Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG)

Deutscher Fachverband für Kunst- und
Gestaltungstherapie

Deutscher Arbeitskreis Gestaltungstherapie / Klinische Kunsttherapie

Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft

Gesellschaft für Orff-Musiktherapie

Deutsche Musiktherapeutische Vereinigung zur Förderung des Konzeptes nach
Schwabe

Berufsverband der TanztherapeutInnen Deutschlands

Deutsche Gesellschaft für Theatertherapie

Berufsverband Heileurythmie / Eurythmietherapie

Berufsverband für Anthroposophische Kunsttherapie

Deutsche Gesellschaft für Künstlerische Therapieformen



Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien (BAG KT) vom 01.09.2024 zum Gesetzentwurf der Bundesregierung BT - DRS 20/11 853 Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG)

Anlage

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien (BAG KT) vertritt als Dachverband zehn Fach- und Berufsverbände verschiedener Künstlerischer Therapieformen. Sie setzt sich für mehr Sichtbarkeit, Professionalisierung und Qualitäts-sicherung der Künstlerischen Therapien im deutschen Gesundheitswesen ein. Dazu kooperiert sie mit medizinischen Fachgesellschaften und weiteren im Gesundheitswesen tätigen Institutionen.

Mit der Vereinsgründung im Jahr 2014 gab sich die Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien eine Rechtsform. Weitere Informationen bei: www.bagkt.de.

Künstlerische Therapeut*innen sind im Bereich der akademischen Gesundheitsberufe angesiedelt. Sie behandeln erkrankte Menschen aller Lebensalter, lindern Leiden, fördern Gesundheit, beugen Erkrankungen vor und unterstützen in der Rehabilitation.

Als therapeutische Mittel setzen sie künstlerische Medien und Prozesse ein. Diese ermöglichen vor allem den präverbalen und nonverbalen Zugang zu psychischen Funktionen und Inhalten.

Die Künstlerischen Therapien umfassen die Disziplinen Bildende Kunst, Musik, Tanz und Darstellende Kunst.

Künstlerische Therapeut*innen beherrschen die für ihre Fachrichtung spezifischen künstlerischen Medien und Techniken.

Innerhalb der Fachrichtungen werden spezifische diagnostische Verfahren und therapeutische Methoden angewendet. Aufgrund ihrer Ausbildung verfügen Künstlerische Therapeut*innen über ein besonders ausgebildetes ästhetisches Wahrnehmungs- und Gestaltungsvermögen. Dieses ermöglicht, die Phänomene von Gesundheit, Krankheit und sozialen Einflüssen zu erkennen und im künstlerisch-therapeutischen Prozess zu nutzen.

Ihre Vorgehensweise ist wissenschaftlich fundiert. Sie arbeiten eigenverantwortlich, konzipieren künstlerisch-therapeutische Programme und setzen entsprechende

Interventionen ein, um die körperliche, psychische und geistige Gesundheit ihrer Patient*innen wiederherzustellen, zu erhalten oder zu fördern.

Sie

- klären Patient*innen über die Behandlung auf,
- erheben fachspezifische Befunde und stellen entsprechende Diagnosen,
- erstellen individuelle Förderungs- und Behandlungspläne,
- stimmen die Behandlung der Patient*innen mit dem interdisziplinären Team ab oder behandeln autonom,
- führen Einzel- oder Gruppentherapien durch,
- dokumentieren, reflektieren und evaluieren Therapieverläufe,
- beraten Drittpersonen, z. B. Angehörige oder Sorgeberechtigte,
- arbeiten in ihrem Fachgebiet in Wissenschaft und Forschung,
- entwickeln neue künstlerisch-therapeutische Methoden und diagnostische Verfahren.

Die Fachrichtungen der Künstlerischen Therapien umfassen Kunsttherapie, Musiktherapie, Tanztherapie, Theatertherapie und andere.

Allen Disziplinen gemeinsam ist der Einsatz künstlerischer Gestaltungsmittel in Therapie und Diagnostik.

Diese Herangehensweise eröffnet neue Zugangsmöglichkeiten zu Gefühlen und Konflikten der Patient*innen. So können auch Patient*innen mit starken sprachlichen oder kognitiven Einschränkungen erreicht und aktiviert werden.

Innerhalb der therapeutischen Beziehung lernen die Patient*innen im Umgang mit künstlerischen Techniken und Materialien, ihre Probleme zu erkennen, zu bewältigen und ihre Potentiale wahrzunehmen. Bisher restriktive Denk-, Gefühls- und Verhaltensstrukturen können durchbrochen und durch neue Lösungen ersetzt werden.

Künstlerische Therapien tragen unter anderem zur Steigerung der Selbstwirksamkeit und des Selbstwertgefühls bei, fördern die Entwicklung sozialer Kompetenzen wie Empathie- und Kommunikationsfähigkeit und schulen die Konzentration und motorischen Fähigkeiten.

Weitere Informationen der BAG KT unter: www.bagkt.de