

Berlin, 05.11.2014

Stellungnahme
zum Referentenentwurf eines „Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz- GKV-VSG)“

Wir begrüßen die mit dem Gesetzentwurf beabsichtigten Verbesserungen der Rahmenbedingungen, die eine bessere Versorgung von Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung bewirken werden. Zur besseren Umsetzung der mit dem Gesetz verfolgten Ziele schlagen wir folgende Anpassungen vor:

Teil A: Vorschläge zum Referentenentwurf des GKV-VSG

1. Vorschlag zu Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzentwurfs

Ziel der Regelung: Versicherte sollen sich darauf verlassen können, dass nur solche Eingriffe durchgeführt werden, die auch tatsächlich medizinisch notwendig sind. Dazu erhalten Versicherte einen Anspruch auf die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung bei bestimmten Eingriffen.

§ 27b Absatz 3 SGB V:

„Zur Erbringung einer Zweitmeinung sind berechtigt:

1. zugelassene Ärzte,
2. zugelassene medizinische Versorgungszentren,
3. ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen sowie
4. zugelassene Krankenhäuser,
5. **medizinische Rehabilitationseinrichtungen mit Versorgungsvertrag** soweit sie die Anforderungen nach Absatz 2 Satz 2 erfüllen.“

Begründung: Medizinische Rehabilitationseinrichtungen verfügen ebenso wie die bereits berücksichtigten Leistungserbringer über die notwendige medizinische Kompetenz. Zudem sind Rehabilitationseinrichtungen, die *„unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen“* (§ 107 Absatz 2 Satz 2 SGB V) in besonderem Maße dafür qualifiziert, chronisch kranke Patienten über konservative Behandlungsalternativen zu beraten.

2. Vorschlag zu Artikel 1 Nr. 6b des Gesetzentwurfs

Ziel der Regelung: Zur Verbesserung des Entlassmanagements nach Krankenhausbehandlung werden Möglichkeiten für Krankenhäuser geschaffen, Leistungen im Anschluss an die Krankenhausbehandlung zu verordnen.

§ 39 Abs. 1a Satz 3 SGB V:

„Soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist, können die Krankenhäuser die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und 8 genannten Leistungen verordnen; ...“

Begründung: Neben der Verordnung von *„Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie“* ist auch die Möglichkeit der Einleitung von medizinischen Rehabilitationsleistungen im unmittelbaren Anschluss an den Krankenhausaufenthalt zwingend erforderlich, um das Entlassmanagement sicherzustellen.

Unabhängig davon regen wir an, die Verordnungsfähigkeit der erforderlichen Leistungen über einen Verweis auf § 73 SGB V Absatz 2 Nr. 7 und 8 zu bestimmen und nicht über den Verweis auf die Rechtsgrundlage für Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Die mit dieser Regelung geschaffenen Verordnungsmöglichkeiten zur Verbesserung des Entlassungsmanagements aus der stationären Krankenhausbehandlung sind sinnvoll und sichern den Behandlungserfolg. Dringend notwendig sind diese Regelungen auch für das Entlassungsmanagement aus der medizinischen Rehabilitation. Es müssen daher entsprechende Regelungen auch für die Entlassung aus der medizinischen Rehabilitation geschaffen werden. Dies könnte über einen Verweis aus § 40 auf § 39 Absatz 1a SGB V erfolgen.

3. Vorschlag zu Artikel 1 Nr. 7a des Gesetzentwurfs

Ziel der Regelung: Der Gesetzentwurf sieht Änderungen vor, die die Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten des Versicherten zu erhöhen bzw. dessen Wunsch- und Wahlrecht stärken sollen.

§ 40 Abs. 2 SGB V

„Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 20 Abs. 2a des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht; für pflegende Angehörige kann die Krankenkasse unter denselben Voraussetzungen stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht. ~~Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung, mit der kein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen; für pflegende Angehörige gilt dies nicht, wenn sie eine andere zertifizierte Einrichtung wählen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht.~~ Die Krankenkasse führt nach Geschlecht differenzierte statistische Erhebungen über Anträge auf Leistungen nach Satz 1 und Absatz 1 sowie deren Erledigung durch.“

Begründung: Wir begrüßen die Regelung im Absatz 3, wonach die Krankenkasse die Entscheidung unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 9 SGB IX zu treffen hat. Die Platzierung der Mehrkostenregelung in Absatz 2 legt nahe, dass Versicherte Mehrkosten auch dann tragen müssen, wenn für die Auswahl berechnete Gründe nach § 9 SGB IX maßgebend sind. Aus unserer Sicht besteht durch die vorgesehene Formulierung im Absatz 2 die Gefahr, dass Leistungen zwar auf der Grundlage von § 40 Absatz 3 Satz 1 SGB V genehmigt werden, aber dennoch nach Absatz 2 die Zahlung von Mehrkosten vom Versicherten verlangen. Wir regen an, statt dem vorgesehenen Absatz 2 Satz 2 in der Gesetzesbegründung auszuführen, dass die Zuzahlung von Mehrkosten durch den Versicherten nur bei **nicht** von § 9 SGB IX gedeckten Wahlentscheidungen in Frage kommen.

Die Ausnahmeregelung für die Auswahlentscheidungen von pflegenden Angehörigen soll ermöglichen, dass pflegende Angehörige ohne Zahlung von Mehrkosten Einrichtungen nach § 111a SGB V wählen können. Diese Regelung wäre dann entbehrlich, weil auch für Einrichtungen nach § 111a SGB V berechnete Wunsch- und Wahlentscheidungen ohne Mehrkosten möglich sind.

Um auch die eigenverantwortliche Gestaltung der Lebensumstände der Versicherten im Rahmen von Medizinischer Vorsorge zu stärken, regen wir an, den Verweis auf § 9 SGB IX auch in § 23 Absatz 5 SGB V zu verankern.

4. Vorschlag zu Artikel 1 Nr. 29 des Gesetzentwurfs

Ziel der Regelung: Mit dem vorgesehenen Innovationsfonds sollen zur Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung neue Versorgungsformen gefördert werden.

§ 92a Abs. 1 Satz 5:

„Antragsteller für eine Förderung können Krankenkassen und ihre Verbände, Vertragsärzte, zugelassene medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, **medizinische Rehabilitationseinrichtungen mit Versorgungsvertrag**, Kassenärztliche Vereinigungen, und Patientenorganisationen nach § 140f sein.“

Begründung: Von der Entwicklung neuer Versorgungsformen, die insbesondere sektorenübergreifende Ansätze enthalten und auf eine Steigerung der Versorgungseffizienz ausgerichtet sind, sollten medizinische Rehabilitationseinrichtungen, die bereits multiprofessionell und interdisziplinär tätig sind, nicht ausgeschlossen werden.

§ 92b Abs. 1 Satz 3:

„Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen **und der medizinischen Rehabilitationseinrichtungen** auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungs- und Antragsrecht.“

Begründung: Durch den Innovationsfonds sollen insbesondere sektorübergreifende Versorgungskonzepte gefördert werden. Dabei spielt die Rehabilitation als eigenständiger Versorgungssektor eine wichtige Rolle, z.B. für den Übergang zwischen stationärer Akutversorgung und der Weiterversorgung im ambulanten bzw. niedergelassenen Sektor. Somit ist es wichtig, dass dieser Versorgungssektor in das Management des Innovationsfonds mit eingebunden ist. Anderenfalls besteht die große Gefahr, dass dieser „Schnittstellenbereich“ nicht ausreichend berücksichtigt wird, da der entsprechende Sachverstand im Innovationsausschuss fehlt.

Teil B: Weitere Vorschläge

1. Änderungsvorschlag zu § 40 SGB V

~~(1) Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111c besteht. Leistungen nach Satz 1 sind auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 des Elften Buches zu erbringen.~~

(1)~~(2)~~ Um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, ~~Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus,~~ erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen ~~erforderliche ambulante oder~~ stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer ~~Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111c besteht bzw. in einer~~ nach § 20 Abs. 2a des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 ~~oder~~ besteht; für pflegende Angehörige kann die Krankenkasse unter denselben Voraussetzungen stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht. Die Krankenkasse führt nach Geschlecht differenzierte statistische Erhebungen über Anträge auf Leistungen nach Satz 1 und Absatz 1 sowie deren Erledigung durch.

(2) ~~(3)~~ Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten nach § 9 des Neunten Buches auf der Grundlage der ärztlichen Verordnung Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen; die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehöriger. ~~Von der ärztlichen Verordnung darf die Krankenkasse nur auf der Basis eines sozialmedizinischen Gutachtens durch den MDK abweichen. Im Gutachten müssen konkrete Behandlungsalternativen und deren zumutbare Verfügbarkeit aufgezeigt werden. Das Gutachten ist dem Versicherten zu übermitteln. Das weitere Vorgehen ist mit dem Versicherten und dem verordnenden Vertragsarzt abzustimmen.~~ Leistungen nach Absatz 1 sollen für längstens 20 Behandlungstage, Leistungen nach Absatz 2 für längstens drei Wochen erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Satz 2 gilt nicht, soweit der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Anhörung der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen

Spitzenorganisationen in Leitlinien Indikationen festgelegt und diesen jeweils eine Regeldauer zugeordnet hat; von dieser Regeldauer kann nur abgewichen werden, wenn dies aus dringenden medizinischen Gründen im Einzelfall erforderlich ist. Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 können nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. § 23 Abs. 7 gilt entsprechend. Die Krankenkasse zahlt der Pflegekasse einen Betrag in Höhe von 3 072 Euro für pflegebedürftige Versicherte, für die innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung keine notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht worden sind. Satz 6 gilt nicht, wenn die Krankenkasse die fehlende Leistungserbringung nicht zu vertreten hat. Die Krankenkasse berichtet ihrer Aufsichtsbehörde jährlich über Fälle nach Satz 6.

(Absätze 4-7 unverändert)

Begründung: Die bislang in § 40 Abs. 1 enthaltene Leistungsvoraussetzung, dass bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht ausreicht, steht einer bedarfsgerechten Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entgegen. Sie wird fälschlicherweise als ein Nachrangverhältnis der medizinischen Rehabilitation zu den übrigen Leistungen der Krankenbehandlung nach § 27 ff. SGB V verstanden. Häufig leiten die Krankenkassen aus dieser Formulierung ab, dass ein Anspruch auf Leistungen zur Rehabilitation erst dann entstehen kann, wenn alle übrigen Leistungen der Krankenbehandlung erfolglos erbracht wurden.

Die Folgen sind:

- Ablehnung von Reha-Anträgen mit der Begründung, dass noch nicht alle Leistungen der Krankenbehandlung erbracht wurden, obwohl bereits feststeht, dass diese nicht erfolgreich und damit unsinnig sein werden.
- Ablehnung von Reha-Anträgen mit dem Verweis auf Leistungsangebote der Krankenbehandlung, die von den Krankenkassen entweder nicht konkret angeboten werden, die am Wohnort des Versicherten als Leistungsangebot gar nicht verfügbar sind oder die aufgrund des Gesundheitszustandes des Versicherten nicht bei verschiedenen Leistungsanbietern in Anspruch genommen werden können.

Dadurch werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht zum frühestmöglichen Zeitpunkt eingeleitet und die Ausschöpfung ineffektiver Krankenbehandlungen führt zu einer unnötigen Belastung der Solidargemeinschaft.

Die vorgeschlagene Änderung der gesetzlichen Formulierung beseitigt die formale Nachrangigkeit von Leistungen der medizinischen Rehabilitation, die der Systematik von § 27 SGB V widerspricht. Sie führt dabei nicht zu einem ungesteuerten Zugang in die medizinische Rehabilitation. Es verbleibt bei den bereits in den Rehabilitations-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und der MDK-Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation beschriebenen Zugangsvoraussetzungen der Rehabilitationsbedürftigkeit, der Rehabilitationsfähigkeit und der positiven Rehabilitationsprognose. Ein Nachrangigkeitsverhältnis der stationären zur ambulanten Rehabilitation ist ebenfalls nicht sachgerecht. Hierbei ist lediglich der individuelle Bedarf entscheidend.

Die ärztliche Verordnung sollte grundsätzlich ausschlaggebend für die Leistungsgewährung sein, denn der behandelnde Arzt kann aufgrund der bisherigen Behandlung den Rehabilitationsbedarf sachgerecht beurteilen. Derzeit ist die ärztliche Verordnung lediglich eine Anregung zur Leistungsentscheidung. Ablehnungen erfolgen häufig formelhaft und ohne Rücksprache mit dem Versicherten und behandelnden Arzt und ohne Angebote alternativer Leistungen, so dass dem Versorgungsbedarf des Versicherten nicht abgeholfen wird.

2. Änderungsvorschlag zu § 73 Absatz SGB V Kassenärztliche Versorgung

„Die Nummern **2 bis 4, 6-8**, 10 bis 12 sowie 9, soweit sich diese Regelung auf die Feststellung und die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit bezieht, gelten nicht für Psychotherapeuten. „

Begründung: Dieser Absatz sollte dahingehend verändert werden, dass zukünftig auch niedergelassene Psychotherapeuten entsprechende Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Bereich Abhängigkeitserkrankungen und Psychosomatik verordnen können.

3. Änderungsvorschlag zu § 90a Absatz 1 SGB V Gemeinsames Landesgremium

„Nach Maßgabe der landesrechtlichen Bestimmungen kann für den Bereich des Landes ein gemeinsames Gremium aus Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen, der Landeskrankengesellschaft **und der Landesverbände der medizinischen Rehabilitation** sowie weiteren Beteiligten gebildet werden. Das gemeinsame Landesgremium kann Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben.“

Begründung: Die Spitzenverbände der medizinischen Rehabilitation sind bei den Gemeinsamen Landesgremien einzubeziehen, zumal deren Aufgaben darin liegt, Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abzugeben.

4. Änderungsvorschlag zu § 91 Abs. 2 SGB V Gemeinsamer Bundesausschuss

„2) Das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, einem von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, jeweils zwei von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft **und der Spitzenverbände der medizinischen Rehabilitation sowie** fünf von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannten Mitgliedern.“

Begründung: Vertreter maßgeblicher Organisationen der Leistungserbringer in der medizinischen Rehabilitation sollten beim GBA grundsätzlich beteiligt werden, da dieser Sektor einen zentralen Bereich des Gesundheitssystems in Deutschland darstellt.

