

Bonn, Juni 2011

**Stellungnahme der Fachverbandes Sucht e.V.
zum
Referentenentwurf
des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen
in der gesetzlichen Krankenversicherung**

1) Allgemeine Zielsetzungen

Der Fachverband Sucht e.V. teilt das zentrale gesundheitspolitische Anliegen der Sicherstellung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung. Wir weisen darauf hin, dass vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung, der längeren Lebensarbeitszeit und der Zunahme schwerwiegender chronischer Erkrankungen, von Multimorbidität sowie von psychischen Erkrankungen mit einem deutlich steigenden Rehabilitationsbedarf in Deutschland zu rechnen ist. Die Gesundheitspolitik muss ferner dafür Sorge tragen, dass auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation Rahmenbedingungen bestehen, welche einen zunehmend drohenden Personalmangel im ärztlichen und therapeutisch-pflegerischen Bereich in den medizinischen Rehabilitationseinrichtungen entgegensteuern. Darüber hinaus sollten sektorübergreifende Ansätze - welche von der Frühintervention über die Akutbehandlung bis hin zur medizinischen Rehabilitation und Pflege reichen - gefördert werden, um eine frühzeitige und nahtlose Versorgung zu gewährleisten. Wesentliche Zielsetzungen für ein Versorgungsgesetz sind von daher aus Sicht der medizinischen Rehabilitation:

- eine zukunftssichere Finanzierung, welche den steigenden Bedarf an medizinischen Rehabilitationsleistungen berücksichtigt,
- bessere Rahmenbedingungen für attraktive Arbeitsplätze, um dem zunehmenden Ärzte- und Therapeutenmangel zu begegnen,
- die Beseitigung von Hürden, welche den Zugang zu medizinischen Rehabilitationen erschweren,
- die Verbesserung des Schnittstellenmanagements der Sektoren des Gesundheitswesens.

Im weiteren wird zu einzelnen Aspekten des Referentenentwurfs Stellung genommen.

2) Spezifische Änderungsvorschläge

§ 40 Abs. 1 sowie § 111c SGB V

Die vertragsrechtliche Gleichstellung von ambulanter und stationärer Rehabilitation wird begrüßt. Allerdings sollten beide Bereiche in einer einheitlichen Vorschrift zusammengefasst bleiben. Dies dient der Transparenz und Verständlichkeit. Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass entsprechende Anforderungen und Regelungen für ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen gleichermaßen gelten (z.B. Zertifizierungspflicht/internes Qualitätsmanagement, externe Qualitätssicherung, Schiedsstellenregelung).

§ 40 Abs. 1 und 2 SGB V

Ferner sehen wir weiteren Änderungsbedarf dahingehend, dass das Nachrangverhältnis der medizinischen Rehabilitation gegenüber der ambulanten Krankenbehandlung sowie das Nachrangverhältnis der stationären Rehabilitation gegenüber der ambulanten Rehabilitation aufgehoben werden sollte. Vielmehr sollte die Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bedarfsgerecht und möglichst frühzeitig erfolgen, um einer Chronifizierung der Erkrankungen entgegenzusteuern. Die Auswahl des Rehabilitationssettings (ambulante, stationäre, mobile Rehabilitation) sollte sich ebenfalls am vorhandenen Rehabilitationsbedarf ausrichten. Der generelle Vorrang einer bestimmten Leistungsform sollte von daher entfallen. Zu fordern ist hingegen, dass an ambulante wie stationäre Rehabilitationseinrichtungen dieselben grundsätzlichen Qualitätsanforderungen gestellt werden. Dies bedeutet, dass z.B. auch ambulante Rehabilitationseinrichtungen zertifiziert sein sollten und dass diese einen Versorgungsvertrag mit den belegenden Krankenkassen abschließen müssen.

§ 73 Abs. 2 SGB V

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

In diesem Zusammenhang ist auch zu fordern, dass eine bedarfsgerechte psychotherapeutische Versorgung in städtischen und ländlichen Regionen gewährleistet ist. Angesichts der vom Gemeinsamen Bundesausschuss am 14.04.2011 beschlossenen erweiterten Zuständigkeit der ambulanten Psychotherapie für Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten und Drogen, der generellen Zunahme psychischer Erkrankungen und erheblicher Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, müssen bedarfsgerechte Berechnungsgrundlagen für die psychotherapeutische Versorgung zugrunde gelegt werden. Dies ist auch Voraussetzung dafür, dass sich Psychotherapeuten verstärkt den substanzbezogenen Störungen zuwenden und eine nahtlose psychotherapeutische (Weiter-) Behandlung, z.B. im Anschluss an eine Entwöhnungsbehandlung (medizinische Rehabilitation), gewährleistet werden kann.

§ 90a, Abs. 1 § SGB V: Gemeinsames Landesgremium sowie § 91 SGB V

Die Spitzenverbände der medizinischen Rehabilitation sind bei den Gemeinsamen Landesgremien einzubeziehen, zumal deren Aufgaben darin liegt, Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abzugeben. In diesem Zusammenhang ist auch zu fordern, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (§ 91 SGB V) um eine entsprechende Anzahl von Vertretern der Spitzenverbände der Leistungserbringer der medizinischen Rehabilitation erweitert wird.

§ 95 und § 103 SGB V

Hinsichtlich der medizinischen Versorgungszentren darf es keine Rechtsformbeschränkung geben, auch Rehabilitationseinrichtungen müssen von daher zur Gründung berechtigt sein. Vom Grundsatz her ist es nicht nachzuvollziehen, dass Rehabilitationseinrichtungen als gründungsberechtigt für Versorgungszentren ausscheiden sollen, da sie gerade in der Behandlung chronisch kranker Menschen über spezifische Kompetenzen verfügen.

§ 111 SGB V

Im § 111 sollte auch die Anwendung des Orientierungswertes für Rehabilitationseinrichtungen geregelt werden. Mit der entsprechenden Anwendung des § 10 Abs. 6 KHEentG ist sicherzustellen, dass auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation allgemeine Kostensteigerungen (Preis- und Lohnentwicklungen) angemessen ausgeglichen werden. Rehabilitationseinrichtungen sind denselben Kostenentwicklungen unterworfen wie Krankenhäuser.

Der Orientierungswert wird vom Statistischen Bundesamt erhoben. Darüber ist auch sicherzustellen, dass eine angemessene Lohnerhöhung der Mitarbeiter in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen ermöglicht wird. Angesichts eines zunehmenden Personalmangels in ärztlichen und therapeutisch-pflegerischen Bereich ist es dringend notwendig, dass auch in der medizinischen Rehabilitation eine angemessene Honorierung der Mitarbeiter/innen erfolgen kann. Dies impliziert auch, dass z.B. zusätzliche Anreize für Mitarbeiter/innen in strukturschwachen und ländlichen Regionen ermöglicht werden.

Querverweis: Änderung des § 220 Abs. 1 SGB VI

In einem „Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen“ sollte auch geregelt werden, dass angesichts des steigenden Rehabilitationsbedarfs in Deutschland die Deckelung der Ausgaben im Bereich der Rentenversicherung für medizinische Rehabilitationseinrichtungen aufgehoben wird und eine Anpassung an eine sich verändernde Bedarfsentwicklung erfolgt. In diesem Sinne ist der § 220 Abs. 1 SGB VI zu ändern. Darüber hinaus sollte die Anwendung eines Orientierungswertes auch für den Bereich des SGB VI entsprechend gelten.

§ 111c SGB V

Eine einheitliche Vorschrift für ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen ist zu empfehlen, von daher sollte keine Sonderregelung im Rahmen eines § 111c geschaffen werden.

§ 116 a SGB V

Rehabilitationseinrichtungen sollten hinsichtlich der Beseitigung einer ärztlichen Unterversorgung in ländlichen Gebieten ebenfalls einbezogen werden. Diese verfügen häufig über ein umfassendes Spektrum an qualifizierten ärztlichen Fachkräften.

§ 116 b SGB V

Rehabilitationseinrichtungen sollten auch für die ambulante spezialärztliche Versorgung mit einbezogen werden, sofern sie für die aufgelisteten Erkrankungen entsprechend qualifiziert sind.

§ 137 f Abs. 7 SGB V

Rehabilitationseinrichtungen sind bereits an strukturierten Behandlungsprogrammen beteiligt und erbringen entsprechende Leistungen in der Versorgung chronisch kranker Menschen. Von daher sollten medizinische Rehabilitationseinrichtungen, welche über einen Versorgungsvertrag verfügen, ebenso wie zugelassene Krankenhäuser, Verträge über ambulante ärztliche Behandlungen schließen können, wenn sie entsprechende Mindestvoraussetzungen erfüllen.