

18.09.2019

## Stellungnahme der BWKG zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Rehabilitation und intensivpflegerischen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

### (Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG)

#### **Vorbemerkung:**

Die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft (BWKG) begrüßt ausdrücklich die im Referentenentwurf vorgesehene Verbesserung für die rehabilitative Versorgung der Patienten im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung der Rehabilitation und intensivpflegerischen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Besonders wichtig ist, dass gesetzliche Grundlagen für leistungsgerechte Vergütungen geschaffen werden und dass der Gesetzgeber die Begrenzung der Pflegesatzsteigerungen durch die sogenannte Grundlohnrate streicht.

Gleichzeitig sehen wir in den folgenden Punkten Ergänzungsbedarf, damit die Reha-Kliniken auch in Zukunft ihre qualitativ hochwertigen Angebote erhalten können.

#### **Zu Nr. 4 a) § 40 Abs. 2 Satz 4 SGB V: Wunsch- und Wahlrecht - Mehrkosten**

#### **Beabsichtigte Regelung:**

Nach Absatz 2 Satz 4 sollen Versicherte, die eine von der Krankenkasse nicht bestimmte zertifizierte Einrichtung wählen, die Hälfte dadurch entstehender Mehrkosten tragen, sofern es sich nicht um angemessene Mehrkosten im Rahmen des Wunsch- und Wahlrechts gemäß § 8 SGB IX handelt.

#### **Änderungsvorschlag:**

„Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung **ohne Versorgungsvertrag**, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zur Hälfte zu tragen; dies gilt nicht für solche Mehrkosten, die im Hinblick auf die Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 8 des Neunten Buches angemessen sind.“

## **Begründung:**

Es ist zu begrüßen, dass der Gesetzgeber hier nun einen ersten deutlichen Schritt bei der Verbesserung des Zugangs zur medizinischen Rehabilitation unternimmt. Durch die beabsichtigte Änderung wird die Problematik der Mehrkostenbelastung der Patienten abgemildert, aber nicht aufgehoben. Denn was vom Gesetzgeber im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) durch die Klarstellung in § 40 SGB V als eine Stärkung gedacht war, wird in der Praxis von einzelnen Krankenkassen genutzt, um Reha-Leistungen nur noch teilweise zu finanzieren. Ohne erkennbare inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Patientenwunsch werden Patienten Mehrkosten für die gewählte Einrichtung auferlegt. Häufig wird als Begründung die Einhaltung des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit - im Sinne von „günstiger“ - angeführt. Die Einhaltung der wirtschaftlichen Betriebsführung einer Reha-Klinik wird allerdings bereits durch den Abschluss eines Versorgungsvertrages und schließlich durch die Vergütungsvereinbarung belegt. Der Versicherte muss davor geschützt werden, dass ihm von der Krankenkasse theoretisch immer ein geringerer Pflegesatz entgegengehalten werden kann. Wenn der Versicherte im Rahmen des Wunsch- und Wahlrechts eine Reha-Klinik mit Versorgungsvertrag auswählt, die aus fachlichen Gründen für die notwendige Rehabilitation geeignet ist, darf er nicht mit Mehrkosten belastet werden.

## **Zu Nr. 4 b) § 40 Absatz 3 Satz 2 neu SGB V: vertragsärztliche Verordnung von Rehabilitation**

### **Beabsichtigte Regelungen:**

Die medizinische Erforderlichkeit einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation soll durch die Krankenkasse nicht erneut überprüft werden.

In allen anderen Fällen soll die Krankenkasse von der vertragsärztlichen Verordnung einer Leistung nur aufgrund einer gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung abweichen.

### **Änderungsvorschlag**

„Die medizinische Erforderlichkeit einer **vertrags**ärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation wird von der Krankenkasse bei ihrer Entscheidung nach Satz 1 nicht überprüft; Voraussetzung ist die vorherige **vertrags**ärztliche Überprüfung der geriatrischen Indikation durch geeignete Abschätzungsinstrumente. Von der **vertrags**ärztlichen Verordnung einer Leistung nach Absatz 1 und 2 in allen anderen Fällen kann die Krankenkasse hinsichtlich der medizinischen Erforderlichkeit nur aufgrund einer gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung abweichen – **diese ist dem verordnenden Arzt und dem Versicherten zur Verfügung zu stellen.**“

### **Begründung**

Es ist zu begrüßen, dass die Verbindlichkeit der ärztlichen Verordnung von medizinischer Rehabilitation deutlich gestärkt wird. Denn die Ärzte können die medizinische Notwendigkeit beurteilen und kennen auch die persönlichen Verhältnisse und Wünsche des Patienten aufgrund der Betreuung genauer als die Krankenkasse, die nach Aktenlage entscheiden muss. Jedoch ist die Einschränkung auf den vertragsärztlichen Bereich nicht sachgerecht. Es sollte klargestellt werden,

dass auch der Krankenhausarzt eine Reha-Maßnahme verordnen kann. Den deutlich größeren Anteil an Reha-Leistungen bilden diejenigen Reha-Maßnahmen, die am Ende einer akutstationären Krankenhausbehandlung eingeleitet werden – die Anschlussheilbehandlung (AHB) oder Anschlussrehabilitation. Die zusätzliche Einschaltung eines Vertragsarztes würde zu einem erheblich aufwändigeren Verfahren führen.

Für den Fall, dass die Krankenkasse von der ärztlichen Verordnung in allen anderen Fällen abweicht, sollten der verordnende Arzt und der Versicherte die gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes erhalten.

#### **Zu Nr. 4 b) § 40 Abs. 3 Satz 8 neu SGB V: 4-Jahres-Frist**

##### **Beabsichtigte Regelung:**

Für Versicherte gilt, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation grundsätzlich nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden können. Dieser Grundsatz wird für Minderjährige aufgehoben.

##### **Änderungsvorschlag:**

~~„Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 können für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben 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.“~~

##### **Begründung**

Positiv ist die Aufhebung der 4-Jahres-Frist für Minderjährige - jedoch sollte dies für alle Patienten vorgenommen werden. Entscheidend für den Zeitpunkt und die jeweilige Form der Rehabilitation müssen der medizinische Bedarf und die persönlichen Voraussetzungen der Patienten sein und nicht der Zeitablauf. Insofern sollte die Regelung in § 40 Abs. 3 Satz 8 neu SGB V gestrichen werden. Für Rehabilitanden der Rentenversicherung wäre analog der § 12 Absatz 2 SGB VI zu streichen.

#### **Zu Nr. 8 und Nr. 11 § 111 Abs. 7 neu und § 111c Abs. 5 neu: Rahmenempfehlungen auf Bundesebene**

##### **Beabsichtigte Regelung:**

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene vereinbaren verbindliche Rahmenempfehlungen für Versorgungsverträge nach Absatz 1 zu Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen und für Vergütungsverträge nach Absatz 3 zu einer angemessenen und leistungsgerechten Vergütung.

## **Änderungsvorschlag:**

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene vereinbaren verbindliche Rahmenempfehlungen für Versorgungsverträge nach Absatz 1 zu Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen und für Vergütungsverträge nach Absatz 3 zu einer angemessenen und leistungsgerechten Vergütung **unter Berücksichtigung des regionalen Lohn- und Preisniveaus**. (...)“

## **Begründung:**

Für die Reha-Kliniken ist es wichtig eine verlässliche Grundlage für die Vereinbarung von Vergütungssätzen zu erhalten, da sie aufgrund der Steuerungs politik der Krankenkassen derzeit nicht kostendeckende Vergütungssätze hinnehmen müssen. Positiv ist, dass der GKV-Spitzenverband gemeinsam mit den Verbänden der Reha-Leistungserbringer zukünftig verbindliche Rahmenempfehlungen für Versorgungsverträge zwischen den Krankenkassen und den Kliniken vereinbaren soll. Das hebt die aktuelle Machtasymmetrie der Krankenkassen gegenüber der einzelnen Rehabilitationseinrichtung in den Verhandlungen auf. Gleichzeitig muss aber darauf geachtet werden, dass die Berücksichtigung regionaler Besonderheiten wie beispielsweise überdurchschnittliche Personal- und Sachkosten möglich bleibt.

## **Darüber hinaus sehen die Reha-Kliniken noch Verbesserungsmöglichkeiten bei folgenden Themen:**

### **– Reha-Kliniken als Ausbilder von Pflegekräften**

Die Pflegeausbildung wurde mit dem Pflegeberufegesetz neu geregelt. Reha-Kliniken werden darin nicht als Ausbildungsträger genannt. Dies ist dringend nachzuholen. Denn so können auch die Reha-Kliniken zur Deckung des großen Pflegefachkräftebedarfs in den nächsten Jahren beitragen.

### **– Beteiligung der Pflegeversicherung an den Kosten von Reha-Maßnahmen**

Damit gerade den älteren Versicherten qualifizierte Reha-Maßnahmen auch tatsächlich gewährt und nicht aufgrund von Finanzüberlegungen der GKV abgelehnt werden, bedarf es der Zuweisung von Rehabilitationsverantwortung an die Pflegeversicherung. Es wäre sinnvoll, die Pflegeversicherung in den Kreis der Rehabilitationsträger nach SGB IX aufzunehmen. Nur so kann der Grundsatz „Reha vor Pflege“ tatsächlich mit Leben gefüllt werden.

### **– Rentenversicherung**

Die Regelungen zur Finanzierung sollten für den Bereich der Renten- und Krankenversicherung einheitlich ausgestaltet werden.

Im Bereich der Rentenversicherung sollte außerdem die Möglichkeit zur Anrufung einer Schiedsstelle geschaffen werden.

Des Weiteren ist die im SGB VI geregelte Begrenzung des Teilhabebudgets aufzuheben. Über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation muss ausschließlich nach medizinischer Notwendigkeit und nicht danach entschieden werden, ob das sogenannte Reha-Budget bereits ausgeschöpft ist.

#### – **Gleichstellung ambulanter und stationärer Reha-Kliniken beim Abschluss von Krankenhausapothekenversorgungsverträgen**

Im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes sollte mit der Einführung eines einheitlichen Versorgungsvertrages nach § 111c SGB V die Gleichstellung der ambulanten mit der stationären Rehabilitation erreicht werden. Die Gleichstellung muss konsequent weitergeführt werden, indem auch ambulante Reha-Kliniken Apothekenversorgungsverträge abschließen können. Denn ambulante Reha-Kliniken sind im Rahmen ihrer Versorgungsverträge mit den Kostenträgern dazu verpflichtet, die Versorgung mit Arzneimitteln für die Patienten zu gewährleisten. Bisher müssen sie diese jedoch in öffentlichen Apotheken zu teuren Konditionen beziehen.

Stationäre Reha-Einrichtungen sind gemäß § 14 Abs. 3 i.V.m. Abs. 8 ApoG berechtigt, für die Versorgung ihrer Patienten mit Arzneimitteln Versorgungsverträge mit Krankenhausapotheken zu schließen. Aufgrund der Formulierung des § 14 Abs. 8 Nr. 2 ApoG wird entsprechenden Verträgen zwischen Krankenhausapotheken und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen nach § 111c SGB V bislang die zur Wirksamkeit erforderliche Genehmigung (§ 14 Abs. 5 ApoG) versagt. Dies wird damit begründet, dass § 14 Abs. 8 Nr. 2 ApoG für die Gleichstellung von „Kur- und Spezialeinrichtungen“ mit einem Krankenhaus voraussetzt, dass in der Einrichtung „Behandlung oder Pflege sowie Unterkunft und Verpflegung“ gewährt wird. Da die Patienten bei der ambulanten Reha nur tagsüber in der Einrichtung anwesend sind, gehört die Gewährung von Unterkunft selbstverständlich nicht zu den wesentlichen Merkmalen der ambulanten Rehabilitationseinrichtungen (für den Aufenthalt tagsüber stehen je nach Indikation Ruheräume zur Verfügung). Eine Anpassung des § 14 ApoG ist deshalb erforderlich.

#### – **Die GKV-Statistik in Bund und Bundesländern vereinheitlichen**

Die amtliche Statistik trennt zwischen landesunmittelbaren Krankenkassen (Mitglieder in bis zu drei Bundesländern wie AOK, LKK, BKK) und bundesunmittelbaren Krankenkassen (Mitglieder in mehr als drei Bundesländern, z. B. Ersatzkrankenkassen). Dies bedeutet, dass weder die Landes- noch die Bundesstatistik vollständig und aussagefähig ist sowie kein Vergleich zwischen den Statistiken möglich ist. Um die Vergleichbarkeit der Daten (Ausgaben der GKV, Antrags- und Genehmigungsstatistik) zwischen Bundesländern und Bund zu ermöglichen, müssen die Statistiken vereinheitlicht werden und als Bezugsgröße den Wohnort der Versicherten (Bundesland) heranziehen. Auch der Sachverständigenrat bemängelte bereits in seinem Gutachten aus dem Jahr 2014, dass für den Reha-Sektor eine - im Vergleich zu anderen Bereichen des Gesundheitswesens - schlechte Datengrundlage vorliege. Dies erfordert einen Erlass des Bundesministeriums für Gesundheit.