

Bundesministerium für Gesundheit
Friedrichstraße 108
10117 Berlin

Ihr Zeichen	Ihr Schreiben vom	Unser Zeichen	Ansprechpartner/in	Durchwahl	Frankfurt am Main
223- RISG	12.08.2019	30-12-00-00	Prof. Dr. Helga Seel Dr. Thomas Stähler	-20 -19	04.09.2019

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz –RISG)

Stellungnahme

Sehr geehrte Damen und Herren,

Zum o. g. RefE nehmen wir wie folgt Stellung.

Ausdrücklich wird begrüßt, dass durch das geplante Gesetz Verbesserungen für die ambulante und stationäre medizinische Versorgung insbesondere von älteren Patienten und generell ein erleichterter Zugang zur medizinischen Rehabilitation intendiert sind. Positiv ist vor allem die mit dem Gesetz verbundene Stärkung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“. Um die mit dem RISG verfolgten Ziele zu erreichen, wird gleichwohl noch an einigen Stellen Raum für Präzisierungen und Klarstellungen gesehen.

Bei den nachfolgenden Anmerkungen und Verbesserungsvorschlägen erfolgt gemäß der gesetzlichen und satzungsmäßigen Aufgabenstellung der BAR die Beschränkung auf die Implikationen des Referentenentwurfs für trägerübergreifende Aspekte der Rehabilitation und Teilhabe. In den nachfolgenden ergänzenden Vorschlägen wird ein einfacher aber wirkungsvoller Beitrag für einen notwendigen Lückenschluss gesehen, damit die beabsichtigten Änderungen im SGB V rechtssystemkonform mit dem trägerübergreifenden SGB IX, Teil 1 werden. Denn die dortigen Festlegungen des Gesetzgebers gelten verbindlich und in wesentlichen Teilen auch „abweichungsfest“ für alle Rehabilitationsträger, zu denen auch die gesetzlichen Krankenkassen zählen (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX).

Im Einzelnen:

Zu A. Problem und Ziel:

Die im RefE beschriebene Zielstellung der Rehabilitation der GKV ist noch in Einklang zu bringen mit der in Artikel 26 der UN-BRK und § 1 SGB IX hinterlegten Ausrichtung von Rehabilitationsleistungen auf die Selbstbestimmung und volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

Daher regen wir an, den 2. Absatz unter A. alternativ wie folgt einzuleiten:

„Medizinische Rehabilitation ist als Leistung zur Teilhabe insbesondere darauf auszurichten, die Selbstbestimmung der Leistungsberechtigten und deren volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern. In diesem Rahmen hat medizinische Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung auch die Aufgabe, ...“

Zu Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu § 40 Abs. 2 Satz 4 SGB V-E:

Zum 2. Halbsatz wird angeregt, statt von „angemessenen“ in Übereinstimmung mit § 8 SGB IX besser von „**berechtigten**“ Wünschen der Leistungsberechtigten zu sprechen. Da „angemessen“ hier nichts anderes als „berechtigt“ sein und bedeuten kann, sollte es auch begrifflich so benannt werden. Die Verwendung gleicher Begriffe in den beiden Büchern des Sozialgesetzbuches dient der Rechtsklarheit, sie vermeidet Missverständnisse und unterschiedliche Deutungen.

Zu § 40 Abs. 3 Satz 2 u. 3 SGB V-E:

Der beabsichtigte unmittelbare Zugang zur Rehabilitation über ärztliche Verordnung kann grundsätzlich zu einer Entbürokratisierung, einer Erleichterung für die Versicherten, einem Absenken von Zugangsschwellen und einer Stärkung der Rolle des Vertragsarztes im Reha-Prozess führen. Dies wäre konsequenterweise nicht nur – wie vorgesehen – allein bezogen auf den Zugang zur geriatrischen Rehabilitation der gesetzlichen Krankenkassen, sondern auch bezogen auf die Rehabilitation in den anderen Fällen angezeigt. Die Zugangsverbesserungen, die so insgesamt erreicht werden können, werden begrüßt. Zur tatsächlichen Zielerreichung bedarf es aus hiesiger Sicht allerdings zwingend der Verknüpfung mit den Regelungen des SGB IX. Denn ohne diese Verknüpfung könnten die Formulierungen im RefE dahingehend missverstanden werden, dass die Vorschriften zur Bedarfserkennung, -ermittlung und Leitungs koordinierung in den §§ 9 – 24 SGB IX für den beabsichtigten neugestalteten Zugangsweg nicht gelten würden. Angesichts dessen, dass die genannten Vorschriften wegen § 7 Abs. 2 SGB IX „abweichungsfest“ sind, sollte dieser Eindruck durch eine Klarstellung jedenfalls vermieden werden. Dies entspricht zugleich den Interessen der Versicherten wie der gesetzgeberischen Zielsetzung, dass „Leistungen wie aus einer Hand“ zu erbringen sind. Insoweit werden zu folgenden Aspekten entsprechende Klarstellungen bzw. Ergänzungen für erforderlich gehalten:

(1) Nach der grundlegenden Bestimmung des § 2 SGB IX knüpft Rehabilitationsbedarf vorrangig an die Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft an (vgl. auch Art. 1, 25, 26 UN-BRK). Entsprechend ist der Bedarf umfassend anhand von Instrumenten der Bedarfsermittlung zu ermitteln (vgl. §§ 13, 14 SGB IX). Diese Instrumente haben sich an trägerübergreifenden Grundsätzen zu orientieren, die die Krankenkassen und weitere Rehabilitationsträger bereits in der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ (Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung, zur Erkennung, Ermittlung und Feststellung des Rehabilitationsbedarfs – einschließlich Grundsätzen der Instrumente zur Bedarfsermittlung -, zur Teilhabeplanung und zu den Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zu Teilhabe ... vom 01.12.2018) vereinbart haben. Für erforderlich gehalten wird, dass diese Maßstäbe natürlich auch für die vorgesehene ärztliche Verordnung bzw. das eingesetzte „Abschätzungsinstrument“ gelten. In Anbetracht der vorgesehenen neuen Verantwortlichkeit des Vertragsarztes bedarf es zur Sicherstellung der Qualität zugleich aber der Festschreibung definierter Qualitätsanforderungen.

(2) Vor dem genannten Hintergrund werden die im RefE vorgesehenen „Abschätzungsinstrumente“ zur Bedarfsermittlung im Bereich geriatrischer wie Rehabilitation insgesamt als ein Instrument nach § 13 SGB IX begrüßt, das die gesetzlichen Krankenkassen einführen und den Leistungserbringern zur Verfügung stellen. Der Bezug zu § 13 SGB IX ergibt sich so allerdings noch nicht eindeutig aus dem RefE.

(3) In der Rechtspraxis könnten überdies Fragen entstehen, wie sich der beabsichtigte neue Zugangsweg über ärztliche Verordnung zu den Pflichten der Krankenkassen im Rahmen der Zuständigkeitsklärung und Leistungs koordinierung nach den §§ 14 – 24 SGB IX verhält. Hier hilft eine Klarstellung, Rechtstreitigkeiten zu vermeiden.

(4) Im RefE bleibt schließlich unklar, wie sich der beabsichtigte neue Zugangsweg über ärztliche Verordnung zum Recht des Versicherten verhält, Reha-Leistungen zu beantragen. Aus dem Gesichtspunkt „Versicherter als ‚Herr des Verfahrens‘“ heraus und um auszuschließen, dass die Chancen eines verbesserten Zugangs mit einem Risiko neuer potenzieller Hürden einhergehen, sollte eine Klarstellung erfolgen.

Daher wird zusammenfassend vorgeschlagen:

- **in § 40 Abs. 3 SGB V-E nach Satz 1 folgende weitere Sätze (2 bis 4) neu einfügen (die im RefE vorgesehenen neuen Sätze 2 und 3 werden zu Sätzen 5 und 6):**

„Die vertragsärztliche Verordnung einer Leistung nach Absatz 1 und 2 erfolgt auf der Grundlage einer vorherigen Abschätzung des Rehabilitationsbedarfs, die sich an den Grundsätzen für Instrumente der Bedarfsermittlung nach § 13 Absatz 1 Satz 2 des Neunten Buches orientiert. Von der vertragsärztlichen Verordnung unberührt bleibt die Möglichkeit unmittelbarer Beantragung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch den Versicherten; in beiden Fällen sind die Vorschriften in Teil 1 Kapitel 2 bis 4 des Neunten Buches zu beachten.“

- **den neuen Satz 5 wie folgt ergänzen:**

„...Überprüfung der geriatrischen Indikation durch dafür geeignete Abschätzungsinstrumente...“

➤ **einen neuen Satz 7 einfügen:**

Gemäß § 13 Abs. 1 Satz 3 des Neunten Buches beauftragen dazu die Krankenkassen über den GKV-Spitzenverband den Gemeinsamen Bundesausschuss mit der Entwicklung solcher geeigneter Instrumente.

Zu § 111 Abs. 5 und § 111c Abs. 3, Satz 3 und 4 SGB V–E:

Eine den o.g. vorgesehenen neuen Sätzen gleichlautende Regelung enthält § 38 Abs. 2 SGB IX. Zur Vermeidung von Bürokratie empfiehlt es sich, auf eine wortgleiche Wiederholung in § 111 Abs. 5 bzw. § 111 c Abs. 3 SGB V gänzlich zu verzichten und stattdessen auf vorstehende Vorschrift im SGB IX zu verweisen.

Daher wird vorgeschlagen, in § 111 Abs. 5 und § 111c Abs. 3 SGB V-E jeweils nach Satz 2 lediglich einen neuen Satz 3 anzufügen:

„§ 38 Abs. 2 des Neunten Buches findet Anwendung.“

Zu § 111 Abs. 7, § 111c Abs. 5 SGB V-E:

Die aus den beabsichtigten Neuregelungen hervorgehende Einschätzung wird geteilt, dass bundesweite Vorgaben für Versorgungs- und Vergütungsverträge über die Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation notwendig sind. Allerdings wird diese Notwendigkeit auch für andere Trägerbereiche und für andere Gruppen von Leistungen zur Teilhabe gesehen, um möglichst transparente und einheitliche Rahmenbedingungen für die Leistungserbringung zu schaffen. Dieser trägerübergreifende Ansatz findet sich in der Weise auch im RefE bereits angemahnt (Vgl. Begründung des Gesetzentwurfs zu Nr. 11 b), S. 27). Entsprechend wird die Aussicht begrüßt, dass die im RefE vorgesehenen Rahmenempfehlungen in einem zweiten Schritt in eine Gemeinsame Empfehlung „Verträge mit Leistungserbringern“ nach § 38 Abs. 3 Satz 2 i.V.m. § 26 SGB IX einmünden können. Ungeachtet dieser naheliegenden Perspektive ist jedenfalls eine klarstellende Verknüpfung zu den Vorschriften des § 38 SGB IX betreffend Verträge mit Leistungserbringern als erforderlich anzusehen. Dies bezieht sich auf die trägerübergreifenden Mindestinhalte entsprechender Verträge (§ 38 Abs. 1 SGB IX), die Hinwirkungspflicht der Reha-Träger auf entsprechende einheitliche Grundsätze (§ 38 Abs. 3 SGB IX) und die Verpflichtung, angemessene Vergütungssätze zu vereinbaren (§ 36 Abs. 2 S. 3 i.V.m. § 51 Abs. 1 S. 2 Nr. 4 SGB IX).

Daher wird vorgeschlagen:

- **in § 111 Abs. 7 sowie § 111c Abs. 5 SGB V-E jeweils nach Satz 1 folgende Sätze 2 und 3 neu einfügen:**

„Die Rahmenempfehlungen treffen Regelungen zu den in § 38 Abs. 1 des Neunten Buches genannten Inhalten. Trägerübergreifende Grundsätze nach § 38 Abs. 1 Nr. 2 und § 38 Abs. 3 des Neunten Buches sind zu berücksichtigen, ebenso die Vorgaben nach § 36 Abs. 2 Satz 3 i.V.m. § 51 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 des Neunten Buches.

➤ **die Begründung des Gesetzentwurfs zu Nr. 8 lit. b und lit. 11 b ergänzen**

Die Inhalte der Rahmenempfehlungen können sodann die Grundlage bilden für eine nach § 38 Abs. 3 Satz 3 SGB IX vorgesehene Gemeinsame Empfehlung „Verträge“.

Zu § 132i Abs. 1 Satz 1 SGB V-E:

Wegen der bestehenden Berührungspunkte zur Rehabilitation und Teilhabe sehen wir über die bereits vorgesehene Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V hinaus auch das Erfordernis einer ausdrücklichen Bezugnahme auf die Richtlinien nach Nr. 8 (Reha-Richtlinie) der Bestimmung.

Daher wird vorgeschlagen, in Satz 1 wie folgt zu ergänzen:

„...der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und Nummer 8 ...“

Zu § 132i Abs. 6 Satz 2 Nr. 2 SGB V-E:

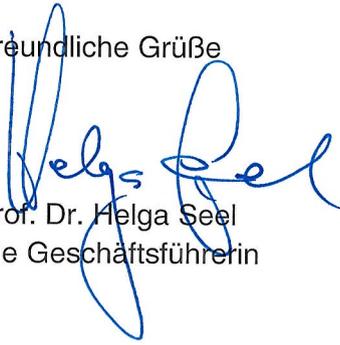
Hier sehen wir gleichfalls Klarstellungsbedarf. Es bedarf der Klärung, ob Leistungserbringer für die außerklinische Intensivpflege auch Erbringer von Rehabilitationsleistungen sein können. In Absatz 5 der Vorschrift werden Rehabilitationseinrichtungen allerdings nicht genannt und wären konsequenterweise zu ergänzen.

Abschließend wird auf folgenden weiteren Aspekt aufmerksam gemacht:

Zwar ist ausweislich der Begründung zum Referentenentwurf erkannt, dass aus den vorgesehenen gesetzlichen Maßnahmen finanzielle Einsparungen für die Kommunen als Träger der Sozialhilfe in Fällen resultieren können, in denen bislang von der Sozialhilfe getragene Eigenanteile in Pflegeeinrichtungen künftig von den Krankenkassen getragen werden. Allerdings bleiben die Schnittstellen und die daraus resultierende Notwendigkeit der Zusammenarbeit zwischen den Trägern der Eingliederungshilfe und den Krankenkassen ungeregt bzw. unspezifisch und sollten daher im Rahmen des Gesetzesänderungsvorhabens noch näher spezifiziert werden. Auf dieser Basis sind dann auch belastbare Aussagen zu Kostenfolgen und Kostenverlagerungen möglich.

Für die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) wird Herr **Dr. Thomas Stähler** an der Erörterung des Referentenentwurfs am Mittwoch, 11. September 2019, teilnehmen, zu der Sie freundlicherweise eingeladen haben.

Freundliche Grüße



Prof. Dr. Helga Seel
Die Geschäftsführerin