

Stellungnahme des
Bundesverband ambulanter medizinischer Rehabilitationszentren e.V. (BamR)
zum
Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und
intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
(Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG)

A Grundsätzliches

Der Bundesverband ambulanter medizinischer Rehabilitationszentren e.V. begrüßt den durch das Bundesministerium für Gesundheit vorgelegten Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Rehabilitation und intensivpflegerischen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Positiv hervorzuheben gilt es hierbei aus unserer Sicht:

- Die Entkopplung der Vergütungssteigerungen von der Grundlohnsummenentwicklung und die Bekenntnis zu Tariflohnstrukturen.
- Die vorgesehene gemeinsame Entwicklung von Rahmenempfehlungen durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Leistungserbringerverbände.
- Die Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts der Versicherten.
- Die Stärkung der Stellung des verordnenden Arztes.
- Die Streichung der 4-Jahre-Frist für minderjährige Patienten.

Der vorgelegte Gesetzesentwurf ist aus unserer Sicht ein geeignetes Mittel, um die einseitige Verhandlungsmacht auf Kassenseite geringfügig zu reduzieren und eine qualitätsorientierte Fortentwicklung zu unterstützen.

In einigen Punkten geht uns der vorgelegte Gesetzesentwurf noch nicht weit genug, in anderen Punkten sehen wir noch Änderungs- und Ergänzungsbedarf. Hierauf wird im Folgenden eingegangen.

B Stellungnahme im Einzelnen

1. § 40 Abs. 3 Satz 2 (neu)

„Die medizinische Erforderlichkeit einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation wird von der Krankenkasse bei ihrer Entscheidung nach Satz 1 nicht überprüft; Voraussetzung ist die vorherige vertragsärztliche Überprüfung der geriatrischen Indikation durch geeignete Abschätzungsinstrumente.“

Neben dem erleichterten Zugang zu geriatrischen Rehabilitationsleistungen, welchen wir begrüßen, möchten wir anregen, auch die Anschlussrehabilitation (§ 40 Abs. 6) nur aufgrund einer Verordnung ohne weitere Prüfung durch die Krankenkasse durchzuführen, da für diese ebenfalls

bereits objektive Kriterien zur Einleitung vorhanden sind, die zukünftig trägerübergreifend genutzt werden können. Weiterhin erscheint die Eingrenzung auf geriatrische Rehabilitationsleistungen nicht sachgerecht. Hier wäre aus unserer Sicht sinnvoll, alle Indikationen zu ermöglichen, vorausgesetzt es kann damit Pflegebedürftigkeit abgewendet werden.

Wir schlagen daher folgende Änderungen und einen neuen Satz 3 vor:

„Die medizinische Erforderlichkeit einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit wird von der Krankenkasse bei ihrer Entscheidung nach Satz 1 nicht überprüft; Voraussetzung ist die vorherige vertragsärztliche Überprüfung der geriatrischen Indikation drohenden Pflegebedürftigkeit durch geeignete Abschätzungsinstrumente. Eine Anschlussrehabilitation nach einem Krankenhausaufenthalt kann vom Krankenhausarzt auf Grundlage eines Indikationskatalogs direkt eingeleitet werden, ohne dass es einer vorherigen Genehmigung bedarf.“

2. § 40 Abs. 3 Satz 3 (neu)

„Von der vertragsärztlichen 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 Regelung wird von uns sehr begrüßt, da sie einerseits die ärztliche Stellung stärkt und Willkür bei der Bearbeitung von Rehabilitationsanträgen verhindert. Im Sinne der Transparenz ist der verordnende Arzt wie auch der Versicherte über die Beurteilung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zu informieren, um damit auch die Möglichkeit zu haben, dazu in Widerspruch zu gehen und ggf. entsprechend erforderliche Belege bzw. Begründungen zum Rehabilitationsbedarf nachzureichen. Im Sinne einer maximalen Teilhabe sind zudem bei ablehnendem Bescheid auch fachlich begründete Alternativleistungen, die für den Versicherten erreichbar und zumutbar sind, aufzuzeigen.

Wir schlagen daher folgende Ergänzung im Anschluss an den bereits vorgesehenen neuen Satz 3 vor:

„Wird im Gutachten ausgeführt, dass eine Rehabilitationsmaßnahme nicht notwendig ist, sondern andere Leistungen ausreichend sind, sind diese unter Berücksichtigung der Erreichbarkeit und Zumutbarkeit aufzuzeigen und einzuleiten. Die gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung ist dem verordnenden Vertragsarzt sowie dem Versicherten zur Verfügung zu stellen.“

3. § 111 Abs. 2 Satz 4 (neu) und § 111c Abs. 2 Satz 3 (neu)

Es ist erfreulich, dass zukünftig Rahmenempfehlungen erarbeitet werden sollen und dieser Prozess auch schiedsstellenfähig sein wird. (§111 Abs. 7 (neu) in Verbindung mit § 111b Abs. 6 (neu))

Damit sichergestellt werden kann, dass die auf Bundesebene vereinbarten Rahmenempfehlungen auch flächendeckend umgesetzt werden, sehen wir es für notwendig an, dass der Versorgungsvertrag zukünftig auch schiedsstellenfähig wird. Bislang gilt dies nur für die Vergütungsvereinbarung.

Wir möchten daher anregen, folgenden Satz als neue Satz 4 in § 111 Abs. 2 zu ergänzen.

„(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam schließen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen einheitliche Versorgungsverträge über die Durchführung der in Absatz 1 genannten Leistungen mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die

- 1. die Anforderungen des § 107 Abs. 2 erfüllen und*
- 2. für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlußheilbehandlung notwendig sind.*

§ 109 Abs. 1 Satz 1 gilt entsprechend. Die Landesverbände der Krankenkassen eines anderen Bundeslandes und die Ersatzkassen können einem nach Satz 1 geschlossenen Versorgungsvertrag beitreten, soweit für die Behandlung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ein Bedarf besteht. Absatz 5 Sätze 5 und 6 gelten entsprechend.“

Folgerichtig ist diese Regelung dann gleichzeitig in § 111c Abs. 2 als neuer Satz 3 aufzunehmen.

„(2) § 109 Absatz 1 Satz 1 gilt entsprechend. Die Landesverbände der Krankenkassen eines anderen Bundeslandes und die Ersatzkassen können einem nach Absatz 1 geschlossenen Versorgungsvertrag beitreten, soweit für die Behandlung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen in der Rehabilitationseinrichtung ein Bedarf besteht. § 111 Absatz 5 Sätze 5 und 6 gelten entsprechend.“

4. § 111b

Die Überschrift des § 111b muss dann die Schiedsstellenfähigkeit von Versorgungsverträgen ebenfalls berücksichtigen. Daher schlagen wir folgen Ergänzung in der Überschrift vor.

„§ 111b Landesschiedsstelle für Versorgungs- und Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Trägern von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen und Bundesschiedsstelle für Rahmenempfehlungen“

5. § 111 Abs. 7 (neu) und § 111c Abs. 5 (neu)

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Erbringung von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene vereinbaren verbindliche Rahmenempfehlungen für Versorgungsverträge nach Absatz 2 zu Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen und für Vergütungsverträge nach Absatz 5 zu einer angemessenen und leistungsgerechten Vergütung. Kommen Rahmenempfehlungen ganz oder

teilweise nicht zustande, können die Rahmenempfehlungspartner die Schiedsstelle nach § 111b Absatz 6 anrufen. Sie setzt innerhalb von drei Monaten den betreffenden Rahmenempfehlungsinhalt fest.“

Die vorgesehene Regelung wird durch uns begrüßt. Es erschließt sich allerdings nicht, weshalb identische Regelungsinhalte in zwei Arbeitsgruppen erarbeitet werden sollen. Einmal gemeinsam mit den Verbänden der stationären Leistungserbringer (§ 111 Abs. 7 Satz 1 neu) und einmal mit allen Verbänden der Leistungserbringer (§ 111c Abs. 5 Satz 1 neu). Konsequenter Weise dürften dann in § 111c Abs. 5 auch nur die Verbände der ambulanten Rehabilitation vorgesehen werden. Im Falle der Schiedsstellenbesetzung ist diese Unterscheidung sinnvoll und sachgerecht. Für die Vereinbarung von Rahmenempfehlungen wollen wir dringend empfehlen nur ein Gremium für alle Rahmenempfehlungen einzusetzen, um Überschneidungen und Dopplungen zu vermeiden.

Um hier Klarheit zu schaffen, schlagen wir folgende Formulierung vor:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Erbringung von ~~stationären~~ Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene vereinbaren verbindliche Rahmenempfehlungen für Versorgungsverträge nach Absatz 2 und § 111c Abs. 1 zu Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen und für Vergütungsverträge nach Absatz 5 und § 111c Abs. 3 zu einer angemessenen und leistungsgerechten Vergütung. Kommen Rahmenempfehlungen ganz oder teilweise nicht zustande, können die Rahmenempfehlungspartner die Schiedsstelle nach § 111b Absatz 6 anrufen. Sie setzt innerhalb von drei Monaten den betreffenden Rahmenempfehlungsinhalt fest.“

Gleichermaßen muss dann der neue Absatz 5 des § 111c lauten:

„(5) § 111 Absatz 7 gilt entsprechend.“

Ansprechpartner

Joscha Brunßen
Vorstandsvorsitzender
j.brunssen@bamr.de

BamR e.V.
Marburger Straße 2
10789 Berlin
post@bamr.de