

**Stellungnahme der
Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V.
(DEGEMED)**

zum

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

A. Vorbemerkung:

Der Referentenentwurf für das Gesetz zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG) greift zahlreiche Forderungen der DEGEMED und der gesamten Reha-Branche auf. Er enthält geeignete Ansätze, um die massiven Fehlentwicklungen in der medizinischen Rehabilitation im Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung zu Lasten der Leitungsberechtigten und der Leistungserbringer in den vergangenen Jahren zu korrigieren.

Die DEGEMED begrüßt insbesondere die Absicht der Bundesregierung, das Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten zu stärken, den Zugang zu Reha-Leistungen stärker von ärztlichen Verordnungen abhängig zu machen sowie die bisherige fatale Preispolitik der Krankenkassen durch Aufhebung der Grundlohnsummenbindung zu durchbrechen und mehr Transparenz und Verbindlichkeit in den vertraglichen Beziehungen zwischen Krankenkassen und Reha-Einrichtungen zu schaffen. Diese Maßnahmen sind dringend notwendig, um den bereits begonnen Strukturabbau in der Rehabilitationslandschaft umzukehren und für die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auch künftig den Zugang zu einer leistungsfähigen und qualitätsorientierten Anbieterstruktur zu gewährleisten.

Die DEGEMED begrüßt außerdem die Ankündigung, durch die Einführung von Rahmenempfehlungen verbindliche Vorgaben für Versorgungs- und Vergütungsverträge auf der Bundesebene zu schaffen. Diese Vorgaben werden aber nur dann Wirkung entfalten, wenn sie nicht nur bloßen Empfehlungscharakter, sondern echte normative Wirkung im Sinne von Rahmenverträgen haben. Die DEGEMED bewertet positiv, dass für den Fall des Nichtzustandekommens dieser Vorgaben ein Bundesschiedsamt eingerichtet werden soll. Positiv ist außerdem die Aufhebung der Vierjahresfrist für medizinische Rehabilitation für Kinder und Jugendliche.

Um die medizinische Rehabilitation im Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung auch künftig bedarfsgerecht auszugestalten, den Zugang von allen Leistungsberechtigten in die Reha zu verbessern und die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Krankenkassen und Reha-Einrichtungen transparenter auszugestalten, schlägt die DEGEMED die Veränderung bzw. die Ergänzung des Gesetzentwurfs in folgenden Punkten vor:

B. Stellungnahme im Einzelnen

I. Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 40 Abs. 2 Satz 4

a) Beabsichtigte Regelung:

Wenn Rehabilitandinnen und Rehabilitanden von ihrem Wunsch- und Wahlrecht Gebrauch machen und eine andere als von der Krankenkasse bestimmte stationäre Einrichtung wählen, sollen sie die dadurch entstehenden Mehrkosten nur noch zur Hälfte tragen müssen.

b) Stellungnahme:

Die beabsichtigte Regelung stellt eine Verbesserung gegenüber dem geltenden Recht dar, da die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bislang die Mehrkosten einer von ihnen gewünschten Reha-Einrichtung faktisch in vollem Umfang tragen müssen, auch wenn die Reha-Einrichtung durch Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 1 SGB V zugelassen ist. Nach Auffassung der DEGEMED sollten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden jedoch neben den allgemeinen gesetzlichen Zuzahlungsregelungen nach § 40 Abs. 6 gar keine Mehrkosten tragen müssen.

c) Vorschlag:

Die alte Regelung in § 40 Abs. 2 Satz 4 sollte daher vollständig gestrichen werden.

d) Begründung:

Die Verpflichtung zur Übernahme der Mehrkosten einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation durch die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden über die gesetzlichen Zuzahlungsregelungen hinaus ist für das Sozialrecht und insbesondere für das Rehabilitations- und Teilhaberecht untypisch. Weder im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI) noch im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII) existieren analoge Regelungen. Die bisherige Regelung stellt damit eine wesentliche Ungleichbehandlung der Leistungsberechtigten im Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung dar.

Die Verpflichtung zur Übernahme der Mehrkosten schränkt außerdem das Wunsch- und Wahlrecht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nach § 8 SGB IX erheblich ein. Denn in der Verwaltungspraxis fordern die meisten Krankenkassen die Mehrkosten von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden selbst dann ein, wenn diese berechtigte Wünsche bei der Auswahl

einer geeigneten Einrichtung äußern und diese Mehrkosten im Sinne des § 40 Abs. 2 Satz 4 2. Halbsatz angemessen und damit von der Krankenkasse zu tragen sind. Diese rechtswidrige Verwaltungspraxis hat ihren Ursprung in der verfehlten Formulierung der bisherigen Regelung und kann nur durch deren vollständige Streichung korrigiert werden. Die im Referentenentwurf vorgeschlagene Reduzierung der Mehrkostentragung auf lediglich die Hälfte wird im Gegensatz dazu die Leistungsberechtigten nicht mit den Rehabilitanden anderer Sozialversicherungsträger gleichstellen und die Verwaltungspraxis der Krankenkassen nicht effektiv ändern. Sie ist damit ungeeignet, das angestrebte Regelungsziel zu erreichen.

§ 40 Abs. 3 Sätze 2 und 3 neu

a) Beabsichtigte Regelung:

Krankenkassen sollen Anträge auf geriatrische Reha-Leistungen künftig nicht mehr ablehnen können, wenn diese vertragsärztlich verordnet sind. Bei allen anderen Indikationen können Krankenkassen vertragsärztlich verordnete medizinische Reha-Leistungen nur durch Vorlage eines MDK-Gutachtens ablehnen.

b) Stellungnahme:

Die beabsichtigte Regelung stellt für die geriatrische Rehabilitation eine signifikante Verbesserung des Zugangs im Antragsverfahren dar und entspricht dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“. Die Regelung stellt für alle anderen Indikationen ebenfalls grundsätzlich eine Verbesserung dar. Die Ungleichbehandlung beim Zugangsverfahren von nicht-geriatrischer Reha und geriatrischer Reha ist inhaltlich aber nicht zu begründen und daher nicht sachgerecht. Es sollte daher auch bei nicht-geriatrischer Reha die ärztliche Verordnung ausreichen und keine Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch den MDK stattfinden. Darüber hinaus muss auch für den Bereich der Anschlussrehabilitation / Anschlussheilbehandlungen sichergestellt sein, dass die Bedarfserkennung im Krankenhaus und die Einleitung des Antragsverfahrens in gleicher Weise ausreichend für die Genehmigung sind und Anträge danach gleichfalls von den Krankenkassen nicht abgelehnt werden können.

c) Vorschlag:

Wir schlagen daher vor, nach Satz 1 die folgenden Sätze einzufügen:

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

d) Begründung:

Wenn Reha-Leistungen vertragsärztlich verordnet werden oder wenn das behandelnde Krankenhaus den Bedarf dafür sieht und das Genehmigungsverfahren dafür einleitet, sollten Krankenkassen Reha-Leistungen in allen Indikationen nicht ablehnen können.

Für den Fall, dass die Regelung weiterhin die Möglichkeit der Ablehnung einer Leistung der medizinischen Rehabilitation durch ein MDK-Gutachten beibehalten wird, sollte dieses Gutachten sowohl dem Antragsteller als auch dem verordnenden Vertrags- oder Krankenhausarzt vorgelegt werden und alternative Behandlungsvorschläge enthalten.

§ 40 Abs. 3 Satz 12 (neu)

a) Beabsichtigte Regelung:

Die Regelung will eine Berichtspflicht des Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis Ende 2021 über die Erfahrungen mit der vertragsärztlichen Verordnung von Leistungen der geriatrischen Rehabilitation inklusive der Bearbeitungsdauer einführen. Dieser Bericht soll dem Deutschen Bundestag über das Bundesgesundheitsministerium zugeleitet werden.

b) Stellungnahme:

Der vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen vorzulegende Bericht ist geeignet, das Leistungsgeschehen und insbesondere das Bewilligungsverhalten der Krankenkassen im Bereich der geriatrischen Rehabilitation transparenter abzubilden. Der Vorschlag wird daher unterstützt. Die Berichtspflicht darf sich aber nicht alleine auf die Geriatrie beschränken, sondern muss auf alle anderen Indikationen ausgedehnt werden. Der Bericht sollte außerdem der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie den maßgeblichen Leistungserbringerverbänden auf Bundesebene ebenfalls zur Stellungnahme übersandt werden.

c) Vorschlag:

Wir schlagen daher vor, im neuen Satz 12 das Wort „geriatrischen“ durch „medizinischen“ zu ersetzen und ebenfalls die Verordnung einer medizinischen Rehabilitation durch einen Krankenhausarzt mit einzuschließen sowie in einem neuen Satz 13 die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die maßgeblichen Leistungserbringerverbände zu beteiligen:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis Ende des Jahres 2021 einen Bericht vor, in dem die Erfahrungen mit der vertrags- und krankenhausesärztlichen Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach Satz 2, auch unter Berücksichtigung der Bearbeitungsdauer der Krankenkassen, wiedergegeben werden. Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den maßgeblichen Leistungserbringerverbänden auf der Bundesebene ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu dem Bericht nach Satz 12 zu geben.“

d) Begründung:

Die Regelung steht im Zusammenhang mit der beabsichtigten Neuregelung des Zugangswegs für geriatrische Rehabilitandinnen Rehabilitanden. Wenn das RISG – wie von der DEGEMED gefordert – den Zugang in die medizinische Rehabilitation auch für nicht-geriatrische Patienten durch ärztliche Verordnung ermöglicht, muss der Bericht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen auch über die Erfahrungen mit diesen Verordnungen und die Bearbeitungsdauer der Krankenkassen informieren. Der Bericht sollte dabei nicht nur die Perspektive der Krankenkassen als Rehabilitationsträger abbilden, sondern auch die der Vertragsärzte sowie der Leistungserbringer der medizinischen Rehabilitation. Ihnen ist daher Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

§ 41 Abs. 1 Satz 4 und § 41 Abs. 2 Satz 2 (neu)

a) Zu ergänzende Regelung:

Auch für die Einleitung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter sollte künftig die vertragsärztliche Verordnung ausreichend sein. Die im Referentenentwurf vorgesehene Systematik kann auf diesen Bereich wirkungsgleich übertragen werden.

b) Vorschlag:

Wir schlagen daher folgende Ergänzungen in § 41 Abs. 1 Satz 4 vor:

„§ 40 Abs. 2 Satz 1 und 2 gilt nicht; § 40 Abs. 2 Satz 3, 4 *und 5* gilt entsprechend.“

Wir schlagen darüber hinaus für § 41 Abs. 2 folgende Formulierung vor:

„§ 40 Abs. 3 und 4 gilt entsprechend. *§ 40 Absatz 3 gilt mit der Maßgabe, dass die medizinische Erforderlichkeit einer vertragsärztlichen verordneten medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter von der Krankenkasse bei ihrer Entscheidung nicht überprüft wird; Voraussetzung ist die vorherige vertragsärztliche Überprüfung durch geeignete Abschätzungsinstrumente.*“

c) Begründung:

Die vorgeschlagenen Ergänzungen übertragen den erleichterten Zugang nach einer vertragsärztlichen Verordnung wirkungsgleich auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter.

§ 111 Abs. 2 Satz 4 (neu)

a) Zu ergänzende Regelung:

Bislang sind Landesschiedsstellen nach § 111b ausschließlich für Vergütungsvereinbarungen nach § 111 Abs. 5 zuständig. Die Festsetzung der Inhalte von Versorgungsverträgen nach § 111 Abs. 2 fällt dagegen nicht in ihre Zuständigkeit. Die Einfügung eines neuen § 111 Abs. 2 Satz 4 sollte die Zuständigkeit der Landesschiedsstellen auch auf Versorgungsverträge erweitern.

b) Vorschlag:

In § 111 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht zustande, gilt § 111 Abs. 5 Satz 2 entsprechend.“

c) Begründung:

Die eingefügte Regelung verweist auf die Landesschiedsstellen nach § 111b und dehnt ihre Zuständigkeit auch auf Versorgungsverträge nach § 111 Abs. 2 aus. Die Praxis zeigt, dass viele Krankenkassen sachfremde Regelungen in Versorgungsverträgen durchsetzen, die mit dem Inhalt und den Bedingungen der medizinischen Rehabilitation nichts zu tun haben. So hatten in den zurückliegenden Jahren nahezu alle Krankenkassen Regelungen zu Fahrdiensten oder Krankentransporten in Versorgungsverträge aufgenommen, obwohl Krankentransporte etwa zur Anreise der Leistungsberechtigten in die Reha-Einrichtung oder zu seiner Verlegung bei einer akuten Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ausschließlich in Verträgen nach § 133 zu regeln sind. Das Bundesversicherungsamt hat in jüngerer Vergangenheit Versorgungsverträge mit solchen sachfremden Regelungen regelmäßig beanstandet und die Krankenkassen zum Abschluss neuer rechtskonformer Versorgungsverträge aufgefordert. Die Überprüfung von Versorgungsverträgen durch das Bundesversicherungsamt ist aber nach den bisherigen Erfahrungen mit außerordentlich langen Bearbeitungszeiten verbunden und daher aus Sicht der betroffenen Einrichtung ineffektiv. Reha-Einrichtungen sollten daher bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit einer von einer Krankenkasse geforderten Vertragsklausel und einer fehlenden Einigung über den Inhalt von Versorgungsverträgen die inzwischen etablierten Landesschiedsstellen nach § 111b nutzen können und den Inhalt des Versorgungsvertrages dort auf Antrag festsetzen lassen.

§ 111 Abs. 5 Sätze 2 – 4 (neu)

a) Beabsichtigte Regelung:

Die Regelung hebt die Grundlohnsummenbindung für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auf (Satz 2 neu). Krankenkassen dürfen bei Vergütungsverhandlungen tarifvertragliche

Vergütungen und Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsreglungen nicht mehr als unwirtschaftlich ablehnen (Satz 3 neu). Reha-Einrichtungen müssen die Zahlung dieser Vergütungen auf Nachfrage belegen (Satz 4 neu).

b) Stellungnahme:

Die Aufhebung der Grundlohnsummenbindung entspricht einer langjährigen Forderung der DEGEMED und der gesamten Reha-Branche und ermöglicht Vergütungsanhebungen auch jenseits der Veränderungsrate. Krankenkassen orientieren sich bislang bei ihrer Vergütungspolitik strikt an der Entwicklung der Grundlohnsumme (§ 71 SGB V). Vergütungssteigerungen oberhalb dieses Wertes waren daher bisher faktisch ausgeschlossen, selbst wenn sie für die einzelne Reha-Einrichtung betriebswirtschaftlich zwingend notwendig waren. Diese Vergütungspolitik führte und führt zur Flucht aus bestehenden Tarifstrukturen und zu deutlichen Nachteilen von Rehabilitationseinrichtungen im Wettbewerb um qualifizierte Fachkräfte im pflegerischen, ärztlichen und therapeutischen Bereich im Vergleich zu anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen. Angesichts des Anteils der medizinischen Rehabilitation an den Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung von gerade einmal 2% ist zu erwarten, dass auch bei einer Aufhebung der Grundlohnsummenbindung für medizinische Reha-Leistungen die Beitragssätze der Krankenkassen stabil bleiben. Die Aufhebung der Bindung an die Grundlohnsumme ist daher zu begrüßen.

Die Anerkennung von tarifvertraglichen und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen als wirtschaftlich ist eine Angleichung an die leistungserbringerrechtliche Vorschrift in § 38 Abs. 2 SGB IX, die auch für alle anderen Rehabilitationsträger gilt und wird von der DEGEMED ebenfalls unterstützt. Die Regelung berücksichtigt allerdings noch nicht, dass auch Reha-Einrichtungen ohne Bindung an einen Flächen- oder Haustarif und ohne kirchenrechtliche Arbeitsrechtsregelungen gegenwärtig zusätzliche Personalkosten aufwenden müssen, um Fachkräfte dauerhaft an die Einrichtung zu binden und dadurch die hohe Versorgungsqualität weiter zu gewährleisten. Auch diese Reha-Einrichtungen können die steigenden Personalkosten ausschließlich über die Vergütungen refinanzieren, die sie mit den Krankenkassen vereinbaren. Dazu kann die Gesetzesbegründung ausdrücklich klarstellen, dass die wirkungsgleiche Anwendung der neuen Regelung auch auf Reha-Einrichtungen mit Betriebsvereinbarungen dem Ziel der Norm nicht entgegensteht.

c) Vorschlag:

Die Gesetzesbegründung nimmt folgende Klarstellung auf:

Sofern Vergütungen nicht auf Tarifverträgen oder kirchenarbeitsrechtlichen Regelungen, sondern nur auf Betriebsvereinbarungen der Reha-Einrichtungen beruhen, können Krankenkassen die Neuregelung in § 111 Abs. 5 Satz 3 ebenfalls anwenden und diese Vergütungen als wirtschaftlich ansehen.

d) Begründung:

Die Ergänzung in der Gesetzesbegründung macht deutlich, dass auch Personalkostensteigerungen wirtschaftlich sein können, wenn sie nicht auf einem Tarifvertrag oder einer kirchenarbeitsrechtlichen Regelung beruhen, sondern auf Betriebsvereinbarungen zurückgehen. Krankenkassen sollten in diesen Fällen die Berücksichtigung dieser Kosten nicht von vorneherein unter Berufung auf den Wortlaut der Norm ablehnen können, sondern bei den Vergütungsverhandlungen mit den Einrichtungen bei Nachweis dieser Kosten ebenso akzeptieren.

§ 111 Abs. 7 (neu)

a) Beabsichtigte Regelung

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die maßgeblichen Verbände der Rehabilitation schließen auf Bundesebene verbindliche Rahmenempfehlungen zu Inhalt, Umfang, Qualität und für Vergütungsvereinbarungen ab. Durch eine leistungsgerechte Vergütung soll eine qualitativ hochwertige Versorgung gewährleistet werden. Wenn hierüber keine Verständigung erreicht werden kann, kann die Schiedsstelle angerufen werden. Diese setzt innerhalb von 3 Monaten Rahmenempfehlungen in Kraft.

b) Stellungnahme

Die Regelung schafft erstmals eine rechtliche Grundlage für Vorgaben zur gemeinsamen Ausgestaltung der Reha-Leistungen durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die maßgeblichen Leistungserbringerverbände. Um diese Vorgaben verbindlich und abweichungsfest auszugestalten, reichen Rahmenempfehlungen allerdings nicht aus. Nach Auffassung der DEGEMED sollten daher – wie zuletzt beim Entlassmanagement Reha - verbindliche Rahmenverträge vereinbart werden, deren Inhalt unmittelbar für die Partner der Versorgungsverträge gelten.

c) Vorschlag

In § 111 Abs. 7 (neu) wird der Begriff „Rahmenempfehlungen“ durch „Rahmenverträge“ ersetzt:

*„(7) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Erbringung von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene vereinbaren verbindliche **Rahmenverträge** für Versorgungsverträge nach Absatz 2 zu Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen und für Vergütungsverträge nach Absatz 5 zu einer angemessenen und leistungsgerechten Vergütung. ...“*

d) Begründung

Die vorgeschlagene Formulierung charakterisiert die Rahmenverträge als Normenvertrag, von dessen Inhalt die Partner des Versorgungsvertrages nicht ohne weiteres abweichen können. Diese rechtliche Qualifizierung ist notwendig, da Krankenkassen nach allen bisherigen Erfahrungen „Empfehlungen“ (z. B. die Gemeinsamen Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. – BAR nach § 26 SGB IX) nicht beachten und bei der Ausgestaltung der Leistungsbeziehungen zu den Reha-Einrichtungen auch künftige Empfehlungen kaum berücksichtigen werden. Die vorgeschlagene Qualifizierung als Normenvertrag sorgt stattdessen dafür, dass die wesentlichen Umstände des Leistungsaustauschs zwischen Krankenkassen und Reha-Einrichtungen künftig verbindlich, transparent und rechtskonform ausgestaltet und keine Sonderregelungen zu Lasten einzelner Leistungsanbieter verhandelt werden können. Das Instrument des Rahmenvertrages hat sich im Bereich der medizinischen Rehabilitation auch schon beim Entlassmanagement Reha bewährt.

Die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V. (DEGEMED) ist Spitzenverband der medizinischen Rehabilitation und vertritt in ganz Deutschland indikationsübergreifend die Interessen stationärer und ambulanter Reha-Einrichtungen in öffentlicher, frei-gemeinnütziger und privater Trägerschaft.