

Stellungnahme des Fachverbandes Sucht e.V. zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensiv-pflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG)

I. Grundsätzliche Aspekte

Der Fachverband Sucht e.V. (FVS) begrüßt den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Rehabilitation und intensiv-pflegerischen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung des Bundesministeriums für Gesundheit.

Insbesondere ist zu begrüßen, dass

- der Grundsatz „Rehabilitation vor und bei Pflege“ gestärkt wird und die Verordnung einer medizinischen Rehabilitationsleistung durch einen Vertragsarzt verbindlich wird,
- die Krankenkassen von der Einschätzung des behandelnden Hausarztes¹ hinsichtlich der medizinischen Erforderlichkeit einer Rehabilitationsleistung nur noch abweichen können, wenn sich dies zweifelsfrei aus einem Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen ergibt.
Für erforderlich halten wir in diesem Falle allerdings, dass dieses Gutachten sowohl den Patienten wie auch dem verordnenden Hausarzt zur Verfügung gestellt wird, um die Möglichkeit zu öffnen, hierzu inhaltlich und fachlich begründet in Widerspruch gehen zu können.
- die Regelung, dass Rehabilitationsleistungen nicht vor Ablauf von 4 Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden können, für Kinder und Jugendliche, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, aufgehoben wird,
- Vereinbarungen zur Vergütung auch oberhalb der sog. Grundlohnrate möglich sind.
- verlässliche Grundlagen durch verbindliche Rahmenempfehlungen für Versorgungsverträge zu Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen und für Vergütungsverträge vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den für die Erbringung von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbänden auf Bundesebene zu vereinbaren sind und zudem bei einer Nichteinigung beider Seiten die Anrufung einer Schiedsstelle vorgesehen ist,
- entsprechende Regelungen auch für den Bereich der ambulanten Rehabilitation vorgesehen sind.

Kritisch sehen wir insbesondere folgende Punkte:

1. Beteiligung der Versicherten an den Mehrkosten

Kritisch wird gesehen, dass die Patienten zur Hälfte an den entstehenden Mehrkosten beteiligt werden sollen, wenn sie sich für eine andere als die von der Krankenkasse vorgesehene Rehabilitationsklinik entscheiden. Vor dem Hintergrund des Wunsch- und Wahlrechts ist nicht nachzuvollziehen, warum die

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird im Folgenden die männliche Form im geschlechtsübergreifenden Sinn verwendet. Geschlechtsspezifische Angaben sind ausdrücklich gekennzeichnet.

Patienten zuzahlen müssen, wenn sie unter den zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen eine Auswahl treffen. Die freie Wahl von Arzt und Krankenhaus ist im deutschen Gesundheitswesen von grundlegender Bedeutung, dies sollte auch für die medizinische Rehabilitation gelten.

2. Streichung des Bezugs zu § 71 SGB V ohne Regelung zur jährlichen Vergütungssatzanpassung

In diesem Zusammenhang weisen wir darauf hin, dass zunächst die Ermittlung einer angemessenen und leistungsorientierten Vergütung erforderlich ist, bevor dann in der Folge die ermittelte Vergütung jährlich durch entsprechende Veränderungsraten fortgeschrieben wird. Eine generelle Aufhebung des § 71 SGB V ohne eine entsprechende Regelung zur jährlichen Vergütungssatzanpassung sehen wir allerdings kritisch. Aus unserer Sicht ist weiterhin ein Mechanismus zur jährlichen Anpassung der Vergütung wichtig. Die Orientierung an der Grundlohnrate nach § 71 SGB V ist aus unserer Sicht als Untergrenze zu sehen und es sollte verbindlich festgelegt werden, dass jährliche Vergütungsanpassungen – unter Beachtung von Einrichtungsspezifika (z.B. Investitionskosten, Tarifbindung etc.) wie auch genereller Entwicklungen – darüber möglich sein müssen. Zielsetzung muss sein, eine angemessene und leistungsgerechte Vergütung dauerhaft sicherzustellen, deren Grundlagen durch verbindliche Rahmenempfehlungen für Versorgungsverträge und Vergütungsverträge nach § 111 Abs. 7 (neu) zu vereinbaren sind

II. Stellungnahme im Einzelnen

1. § 40 Abs. 2 Satz 4

Änderungsvorschlag des FVS:

„Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten nicht selbst zu tragen.“

Begründung:

Die vorgesehene Änderung, dass Patienten noch zur Hälfte an den entstehenden Mehrkosten beteiligt werden, wenn sie sich für eine andere als die von der Krankenkasse ausgewählte Rehabilitationsklinik entscheiden, ist zwar ein Fortschritt gegenüber der bestehenden Regelung. Sie widerspricht aber der freien Wahl, die in anderen Bereich des Gesundheitswesens in Deutschland von grundsätzlicher Bedeutung ist. Von daher ist eine Zuzahlung von Patienten, die eine zugelassene Rehabilitationseinrichtung auswählen, generell abzulehnen.

2. § 40 Abs. 3

Vorgesehene Einfügung nach Satz 1

„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.“

Die Erleichterung des Zugangs zu einer geriatrischen Rehabilitation und Stärkung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ und damit die erleichterte Beschleunigung des Verfahrens durch vertragsärztliche Verordnung ohne Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkasse wird begrüßt.

Ergänzender Hinweis:

Es sollten nicht nur geriatrische Rehabilitationsleistungen, sondern alle entsprechenden Rehabilitationsleistungen, welche der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit dienen, ohne entsprechende

Überprüfung genehmigt werden. Diese Aufhebung der Prüfpflicht sollte des Weiteren auch auf Anschlussrehabilitationsleistungen zutreffen.

„Von der vertragsärztlichen Verordnung einer Leistung nach Abs. 1 und 2 in allen anderen Fällen kann die Krankenkasse hinsichtlich der medizinischen Erforderlichkeit nur aufgrund einer gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung abweichen.“

Ebenso wird begrüßt, dass bei einer Indikation die Krankenkasse von der ärztlichen Verordnung nur aufgrund einer gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung abweichen kann. Wir schlagen hierzu allerdings noch folgende Ergänzung vor.

Ergänzungsvorschlag FVS:

„Die gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung ist dem verordnenden Vertragsarzt sowie dem Versicherten zur Verfügung zu stellen.“

Begründung:

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. Zudem sind bei ablehnendem Bescheid auch fachlich begründete Alternativleistungen, die für den Versicherten erreichbar und zumutbar sind, aufzuzeigen.

3. § 40 Abs. 3 – neu Satz 8

Die bisherige Regelung, dass Leistungen nach den Abs. 1 und 2 nicht vor Ablauf von 4 Jahren nach Durchführung einer Rehabilitationsleistung erbracht werden können, soll für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, aufgehoben werden.

Die Aufhebung dieser Regelung für Kinder und Jugendliche entsprechenden Alters wird grundsätzlich begrüßt.

Ergänzender Hinweis:

Darüber hinaus muss aber auch bei Erwachsenen mit entsprechendem Rehabilitationsbedarf von der vorgesehenen Frist abgewichen werden können, um einer weiteren Chronifizierung von Krankheitsverläufen entgegenwirken zu können.

4. Einfügung des neuen Satzes 9

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt über das Bundesministerium für Gesundheit im Deutschen Bundestags bis Ende des Jahres 2021 einen Bericht vor, in dem die Erfahrungen der vertragsärztlichen Verordnung von Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation nach Satz 2, auch unter Berücksichtigung der Bearbeitungsdauer der Krankenkassen, wiedergegeben werden.“

Diese Berichtspflicht wird begrüßt.

Ergänzender Hinweis:

Diese Berichtspflicht sollte zusätzlich auch auf die weiteren Indikationsbereiche im Sinne der Förderung von Transparenz ausgedehnt werden.

5. § 111 Abs. 5

Vorgesehene Einfügung folgender Sätze nach Satz 1

„Für Vereinbarungen nach Satz 1 gilt § 71 nicht. Die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Auf Verlangen der Rehabilitationsträger ist die Zuzahlung dieser Vergütungen nachzuweisen.“

Begrüßt wird, dass durch höhere Vergütungen Rehabilitationseinrichtungen in die Lage versetzt werden sollen, Mehrausgaben zu finanzieren, die etwa durch Tarifierhöhungen bei den Gehältern der Mitarbeiter entstehen.

Ergänzende Hinweise:

Zu berücksichtigen sind bei der Berechnung einer angemessenen Vergütung neben Personalkosten auch z.B. entsprechende Investitionsbedarfe.

Die Ermittlung von angemessenen und leistungsgerechten Vergütungssätzen bildet die Grundlage für die jährliche Anpassung der Vergütungssätze. Zunächst sind angemessene Vergütungssätze, bezogen auf ein Basisjahr und die jeweilige Einrichtung mittels eines festgelegten Verfahrens zu bestimmen (s. neu § 111 Abs. 7), erst anschließend ist die ermittelte Vergütung nach Maßgabe eines verbindlich festzulegenden Rahmens dann jährlich anzupassen.

Die generelle Aufhebung eines Mechanismus zur jährlichen Anpassung der Vergütung kann erhebliche Risiken beinhalten und wird kritisch beurteilt. Aus Sicht des FVS ist die Grundlohnrate bzw. die Anwendung vergleichbarer Instrumente zur Bestimmung der jährlichen Veränderungsrate als Untergrenze zu definieren und es sollte verbindlich festgelegt werden, dass jährliche Vergütungssatzanpassungen – unter Beachtung von Einrichtungsspezifika (z.B. Investitionskosten, Tarifbindung etc.) wie genereller Entwicklungen (z.B. Mehrkosten aufgrund des Fachkräftemangels) – auch darüber möglich sein müssen. Ein verbindlicher Mechanismus zur jährlichen Anpassung der Vergütung ist wesentlich aus Sicht des FVS.

6. § 111 Abs. 7 (neu)

Vorgesehene Neufassung:

„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 Abs. 2 zu Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen und für Vergütungsverträge nach Abs. 5 zu einer angemessenen und leistungsgerechten Vergütung. Kommen Rahmenempfehlungen ganz oder teilweise nicht zustande, können die Rahmenempfehlungspartner die Schiedsstelle nach § 111b Abs. 6 anrufen. Sie setzt innerhalb von 3 Monaten den betreffenden Rahmenempfehlungsinhalt fest.“

Ergänzende Hinweise und Änderungsvorschläge:

Es wird begrüßt, dass im Sinne der Transparenz und einer angemessenen Leistungsorientierung, insbesondere für die Vergütungsvereinbarung, die Krankenkassen und Verbände der Leistungserbringer Rahmenempfehlungen auf Bundesebene schließen, um einheitliche und verbindliche Vorgaben zu schaffen. Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung ist eine leistungsgerechte Vergütung der Rehabilitationseinrichtungen unverzichtbar. Auch wird begrüßt, dass in den Erläuterungen zum Gesetzesentwurf entsprechende Kriterien einer angemessenen Vergütung (u.a. erbrachte Leistungen, Verweildauer, besondere Aufwände [Pflegeaufwand und besondere Gesundheitseinschränkungen, besonders teure Medikamente], Preissteigerungen, notwendige Investitionskosten, Unternehmerrisiko)

genannt werden. Ergänzt werden sollte § 111 Abs. 2 dahingehend, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen nicht nur einheitliche Versorgungsverträge, sondern auch einheitliche Vergütungsverträge mit den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen schließen. Hierbei sind auch entsprechende Mechanismen für die jährlichen Vergütungssatzanpassungen verbindlich festzulegen (s. Ausführungen zu § 111 Abs. 5). Des Weiteren wird begrüßt, dass – sofern Rahmenempfehlungen ganz oder teilweise nicht zustande kommen - die Rahmenempfehlungspartner die Schiedsstelle nach § 111b Abs. 6 anrufen können. Diese soll dann innerhalb einer Frist von 3 Monaten den betreffenden Rahmenempfehlungsinhalt festsetzen.

Zudem wird begrüßt, dass entsprechende Regelungen auch für Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtungen gelten sollen.

7. § 111c Abs. 3 und Abs. 5

Entsprechende Regelungen wie für den stationären Bereich (§ 111 Abs. 5 und Abs. 7) sind für den Bereich der ambulanten Rehabilitation vorgesehen. Wir verweisen hierzu auf die o.g. Ausführungen, die auch für den Bereich der ambulanten Rehabilitationseinrichtungen gelten, hin.

Ansprechpartner:

*Dr. Volker Weissinger
Geschäftsführer
Fachverband Sucht e.V.
Walramstraße 3
53175 Bonn
v.weissinger@sucht.de*

Der Fachverband Sucht e.V. (FVS) ist ein bundesweit tätiger Verband, in dem Einrichtungen zusammengeschlossen sind, die sich der Behandlung, Versorgung und Beratung von Suchtkranken widmen. Er wurde 1976 gegründet und vertritt heute ca. 95 Mitgliedseinrichtungen mit über 6.800 stationären und vielen ambulanten Therapieplätzen.