

Stellungnahme des Bundesverbandes Geriatrie

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

05. September 2019

Der Bundesverband Geriatrie begrüßt den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Rehabilitation und intensivpflegerischen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die in dem Entwurf vorgesehenen Regelungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation tragen zu einer Stärkung der medizinischen Rehabilitation bei. Insbesondere die Regelung zur Bewilligung einer geriatricspezifischen Rehabilitation ohne weitere Prüfung der medizinischen Notwendigkeit führt zu einer Verbesserung der Versorgung älterer Patienten und wird damit dem Grundsatz Reha vor und bei Pflege gerecht.

Der Bundesverband Geriatrie nimmt zu ausgewählten Inhalten des vorliegenden Entwurfs zum Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz wie folgt Stellung:

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nummer 4 a): § 40 Abs. 2 Satz 4 SGB V

Die Neuregelung sieht vor, dass Versicherte, die von ihrem Wunsch- und Wahlrecht Gebrauch machen und sich für eine andere als die von der Krankenkasse ausgewählte Rehabilitationseinrichtung entscheiden, die dadurch entstehenden Mehrkosten nur noch zur Hälfte zu tragen haben. Der 2. Halbsatz der Regelung ergänzt, dass dies nicht für solche Mehrkosten gilt, die im Hinblick auf die Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 8 SGB IX angemessen sind.

Erfahrungen in der Versorgungspraxis zeigen, dass bislang den Versicherten jedoch die Mehrkosten seitens der Krankenkassen in voller Höhe auferlegt wurden. Eine Prüfung oder Beachtung des § 8 SGB IX erfolgt hierbei regelmäßig nicht.

Insoweit wird hier die gesetzlich vorgesehene Reduzierung der vom Versicherten zu übernehmenden Mehrkosten auf die Hälfte grundsätzlich positiv bewertet, die Missachtung des Verweises auf bzw. Anwendung des § 8 SGB IX wird dadurch jedoch nicht behoben. Es bleibt anzumerken, dass nicht ersichtlich ist, warum die Versicherten, die unter zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen mit bestehenden Versorgungs- und Vergütungsvereinbarung auswählen, dabei entstehende Mehrkosten tragen müssen. Die Krankenkassen schließen mit den Re-

habilitationseinrichtungen die Versorgungsverträge bzw. Vergütungsvereinbarungen und belegen diese Einrichtungen ach regelhaft mit Rehabilitanden. Es ist nicht nachvollziehbar, warum dann bei der Auswahl einer solchen Rehabilitationseinrichtung mit bestehendem Versorgungs- und vergütungsvertrag durch den Versicherten, dieser die Mehrkosten tragen soll.

Für die Wahl einer Klinik, die über keinen Versorgungsvertrag bzw. keine Vergütungsvereinbarung verfügt und es sich somit um keine regelhaft von den Krankenkassen belegte Klinik handelt, ist die Tragung der Mehrkosten nachvollziehbar und angemessen.

Zudem sollte die im deutschen Gesundheitswesen bestehende Wahlfreiheit hinsichtlich der (rehaärztlichen) Leistungserbringer auch für die medizinische Rehabilitation ohne Mehrkosten für die Versicherten Anwendung finden.

Daher wird für die Neufassung des § 40 Abs. 2 Satz4 SGB V folgende Formulierung vorgeschlagen:

§ 40 Abs. 2 Satz 4 SGB V

Wählt der Versicherte gem. § 8 SGB IX eine andere zertifizierte Einrichtung mit der ein Versorgungsvertrag gem. § 111 Abs. 2 SGB V sowie eine Vergütungsvereinbarung gem. § 111 Abs. 5 SGB V besteht, so hat er eventuelle Mehrkosten nicht zu tragen. Wählt er eine andere Rehabilitationseinrichtung, so hat der Versicherte die dadurch entstehenden Mehrkosten zur Hälfte zu tragen.

Nummer 4 b) aa): § 40 Abs. 3 Satz 2 SGB V (neu)

Zukünftig soll eine medizinisch erforderliche geriatricspezifische Rehabilitation ohne weitere Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkassen durchgeführt werden, sofern zuvor im Rahmen der vertragsärztlichen Verordnung eine Überprüfung der geriatrischen Indikation durch geeignete Abschätzungsinstrumente erfolgt ist.

Diese Regelung wird vom Bundesverband Geriatrie ausdrücklich begrüßt. Der Zugang sowie das Verfahren zur Bewilligung einer geriatricspezifischen Rehabilitation wird durch diese Regelung wesentlich erleichtert und beschleunigt.

Bei geriatrischen Rehabilitationsanträgen handelt es sich überwiegend um Anschlussrehabilitationen nach stationärer Krankenhausbehandlung. Die Prüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkassen sollte daher auch bei Verordnung einer geriatricspezifischen Rehabilitation nach einem Krankenhausaufenthalt im Wege der sog. Anschlussrehabilitation (§ 40 Abs. 6 S. 1 SGB V) entfallen.

Ferner ist darauf zu achten, dass an die „geeigneten Abschätzungsinstrumente“ keine überzogenen Anforderungen seitens der Krankenkassen gestellt werden. Als geeignete Abschätzungsinstrumente stehen hier die geriatrischen Assessmentinstrumente zur Verfügung. Es wird vorgeschlagen, diese im Gesetzestext auch so zu formulieren. Zusätzlich sollte in der Gesetzesbegründung an diesem Punkt auf das „Geriatrische Assessment“ bzw. das im vertragsärztlichen Bereich etablierte „Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment“ verwiesen werden.

Für die Neufassung des § 40 Abs. 3 Satz 2 SGB V wird folgende Ergänzung vorgeschlagen:

§ 40 Abs. 3 Satz 2 SGB V (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 **geriatrispezifische Assessmentinstrumente**. Satz 2 gilt entsprechend bei Verordnung einer geriatrispezifischen Rehabilitation nach einem Krankenhausaufenthalt (Anschlussrehabilitation § 40 Abs. 6 S. 1 SGB V).*

In allen anderen Fällen kann hinsichtlich der Feststellung der medizinischen Erforderlichkeit der Rehabilitation nur auf der Grundlage einer gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes abgewichen werden.

Hier sollte im Gesetz ergänzend verankert werden, dass dieses Gutachten auch den Patienten und dem verordnenden Hausarzt zur Verfügung gestellt wird.

Für die Neufassung des § 40 Abs. 3 Satz 4 SGB V wird folgende Ergänzung vorgeschlagen:

§ 40 Abs. 3 Satz 4 SGB V (neu)

Die gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes ist den Versicherten und dem verordnenden Vertragsarzt zu übermitteln.

Nummer 4 b) bb): § 40 Abs. 3 Satz 6 SGB V (neu)

Die gesetzgeberische Bestätigung der Dauer der geriatrispezifischen Rehabilitation im ambulanten Bereich auf 20 Behandlungstage bzw. im stationären Bereich auf drei Wochen wird begrüßt.

Zahlreiche Rückmeldungen aus der Praxis haben gezeigt, dass die Bewilligungsdauer geriatrischer Rehabilitationsleistungen immer weiter verkürzt wird und seitens einzelner Krankenkassen regelmäßig nur ca. 14 Tage gewährt wird.

Aufgrund der mehrdimensionalen Beeinträchtigung geriatrischer Patienten und ihrer reduzierten Belastbarkeit ist eine den anderen indikationsspezifischen Rehabilitationen vergleichbare Therapiedichte nicht möglich. Geriatrische Patienten benötigen längere Erholungszeiten zwischen den Therapieeinheiten. Zudem erfordern geriatrische Rehabilitationsleistungen – anders als indikationsspezifische Rehabilitationsleistungen – einen generalistischen Behandlungsansatz. Dieser umfasst nicht nur ein breiteres Therapieangebot, sondern auch eine intensivere und umfassendere Intervention des Sozialdienstes. Der dafür benötigte Zeitfaktor verbunden mit der reduzierten Belastbarkeit machen eine Dauer der geriatrischen Rehabilitation von mindestens drei Wochen stationär bzw. 20 Tagen ambulant zwingend erforderlich.

Diese zwingende Notwendigkeit muss auch im Gesetz so formuliert werden. Die vorliegend verwendete Formulierung „sollte“ ist hier nicht zwingend genug und lässt weiterhin Abweichungen und Verkürzungen ohne weitere Begründung seitens der Krankenkassen zu.

Für die Neufassung des § 40 Abs. 3 Satz 6 (neu) SGB V wird folgende Änderung vorgeschlagen:

*Leistungen der geriatrischen Rehabilitation ~~sollen~~ **werden** ambulant für **mindestens 20** Behandlungstage oder stationär für **mindestens drei** Wochen erbracht ~~werden~~, **hiervon kann die Krankenkasse nur auf Grund einer gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes abweichen. Eine Verlängerung der geriatrischen Rehabilitation aus medizinischen Gründen ist möglich.***

Nummer 4 b) dd): § 40 Abs. 3 Satz 8 SGB V (neu)

Diese Neuregelung sieht vor, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Versicherten ab dem 18. Lebensjahr nur alle vier Jahre erbracht werden können. Kinder und Jugendliche unter 18 Jahre können damit bereits vor Ablauf des Zeitraums von vier Jahren erneut Leistungen der medizinischen Rehabilitation in Anspruch nehmen.

Diese Regelung wird begrüßt. Gerade bei Kindern und Jugendlichen können zur Vermeidung von schweren oder chronischen Beeinträchtigungen und Sicherstellung von Teilhabe bei medizinischer Notwendigkeit auch in engeren Zeiträumen Rehabilitationsleistungen notwendig werden.

Gleiches gilt aber auch für geriatrische Patienten. Auch diese laufen aufgrund der geriatrischen Multimorbidität und erhöhten Vulnerabilität schneller in die Gefahr des Auftretens von Komplikationen und Folgeerkrankungen und Chronifizierung sowie insbesondere des Verlustes von Alltagsfähigkeiten und damit auch Verlust von Teilhabe. Daher erscheint es notwendig und sinnvoll, auch bei der Gewährung geriatrispezifischer Rehabilitationsleistungen auch vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung einer solchen oder ähnlichen Leistungen zu gewähren.

Für die Neufassung des § 40 Abs. 3 Satz 8 SGB V wird folgende Ergänzung vorgeschlagen:

§ 40 Abs. 3 Satz 8 SGB V (neu)

*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. **Die 4-Jahres Frist gilt nicht für Leistungen der geriatrischen Rehabilitation.***

Nummer 4 b) ee): § 40 Abs. 3 Satz 9 SGB V (neu)

Der Spitzenverband der Krankenkassen hat bis Ende 2021 dem Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit einen Bericht über die Erfahrungen mit der vertragsärztlichen Verordnung von geriatricspezifischen Rehabilitationsleistungen vorzulegen.

Um eine umfassende Information des Bundestages zu gewährleisten, wird angeregt, den fachspezifischen Verbänden auf Bundesebene zuvor Gelegenheit zur Stellungnahme zu dem Bericht zu geben.

Für die Neufassung des § 40 Abs. 3 Satz 9 SGB V wird folgende Ergänzung vorgeschlagen:

§ 40 Abs. 3 Satz 9 SGB V (neu)

Den fachspezifischen Verbänden auf Bundesebene ist zuvor Gelegenheit zur Stellungnahme zu dem Bericht zugegeben.

Nummer 8 a): § 111 Abs. 5 SGB V (neu)

Für die Vergütungsvereinbarung soll der § 71 SGB V nicht gelten. Damit sind die Vertragspartner der Vergütungsverhandlung nach § 111 Abs. 5 S. 1 SGB V bei den Verhandlungen über die angemessene Vergütung der Rehabilitationsleistungen nicht mehr an die durchschnittliche Veränderungsrate gebunden. Ferner wird klargestellt, dass die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann.

Die Dringlichkeit dieser Neuregelung zeigt sich u.a. in der Tatsache, dass verschiedene Rehabilitationskliniken aufgrund der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen aus dem Markt ausgeschieden sind und bei einem Großteil der bestehenden geriatricspezifischen Rehabilitationskliniken Wartezeiten bestehen.

Diese Festlegungen sind daher ausdrücklich zu begrüßen. Die Abschaffung der Bindung an die Grundlohnrate ermöglicht endlich eine angemessene Refinanzierung der stetig steigenden Kosten in der medizinischen Rehabilitation. Nur so kann auch in Zukunft eine bedarfsgerechte geriatricspezifische rehabilitative Versorgung gewährleistet und der Grundsatz „Reha vor Pflege“ angemessen umgesetzt werden.

Umso wichtiger ist, dass hier auch die Rehabilitationseinrichtungen ohne Tarifbindung aber mit hauseigenen betriebsvertraglichen Regelungen berücksichtigt werden. Diese kommen einer tarifvertraglichen Einigung gleich und sollten daher ebenfalls anerkannt werden sollte.

Für die Neufassung des § 111 Abs. 5 SGB V wird folgende Formulierung vorgeschlagen:

§ 111 Abs. 5 SGB V (neu)

*Für Vereinbarungen nach Satz 1 gilt § 71 nicht. Die Bezahlung tarifvertraglich oder **durch eine Betriebsvereinbarung** vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach*

kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Auf Verlangen des Rehabilitationsträgers ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen.

Zurzeit ist nur die Vergütungsvereinbarung nach § 111 Abs. 5 S.1 SGB V schiedsstellenfähig. Bei einem Dissens über den Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 SGB V muss die Klinik die Vorgaben der Krankenkassen entweder anerkennen oder sie erhält keinen Vertrag. Daher sollten auch Versorgungsverträge schiedsstellenfähig werden, um hier einen sachgerechten Ausgleich zu ermöglichen.

Für die Neufassung des § 111 Abs. 2 SGB V wird folgende Ergänzung vorgeschlagen

Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht zustande, gilt § 111 Abs. 5 S. 2 SGB V entsprechend.

Nummer 8 b): § 111 Abs. 7 SGB V

Als wesentliche Neuregelung zur Verbesserung der Transparenz und einer angemessenen Leistungsorientierung sieht diese Regelung vor, dass auf Bundesebene durch den GKV-Spitzenverband und den für die Erbringung von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene verbindliche Rahmenempfehlungen für Versorgungsverträge und Vergütungsverträge vereinbart werden sollen. Kommt eine solche Rahmenempfehlung nicht zustande können die Vereinbarungspartner die neu geschaffene „Bundeschiedsstelle für Rahmenempfehlungen“ anrufen.

Diese Maßnahme ist grundsätzlich positiv zu bewerten und als Verbesserung für eine qualitativ hochwertige und im Bundesgebiet vergleichbare Versorgung der Rehabilitanden sowie einer leistungsgerechten Vergütung als Grundlage zu begrüßen.

Im Rehabilitationsbereich ist zu beachten, dass die Vielzahl unterschiedlichster Indikationen auch jeweils unterschiedliche indikationsspezifische Ausrichtungen der Rehabilitationseinrichtungen hinsichtlich Inhalt, Umfang und Ziel der Rehabilitationsleistungen bedingen. Daher muss es möglich sein, entsprechende Rahmenempfehlung unter Berücksichtigung dieser Vielschichtigkeit zu vereinbaren. Daher begrüßen wir die offene und damit sachgerechte Formulierung des Gesetzeswortlautes in § 111 Abs. 7 SGB V, der auch separate indikationsspezifische Vereinbarungen ermöglicht und so die Vielschichtigkeit und unterschiedlichen Leistungsinhalte der verschiedenen Rehabilitationsarten sachgerecht abbildet.

Der Gesetzesentwurf gibt vor, dass die Rahmenvereinbarung für Versorgungsverträge Vereinbarungen zu Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen beinhalten müssten. Die zu vereinbarenden Inhalte sind vielschichtig und je nach Indikation unterschiedlich angelegt. Zudem sollte die Therapiefreiheit des behandelnden Arztes nicht beeinträchtigt werden. Ebenso sind Vorgaben zur Qualität der Leistung bereits umfangreich und detailliert im QS-Reha[®]-Verfahren

nach § § 137d Absätze 1, 2 und 4 SGB V abgebildet. Daher sollte das Verhältnis zwischen den beiden Normen geklärt werden. Anderenfalls besteht für darüber hinaus gehenden Qualitätsvorgaben kein Bedürfnis.

Vorschlag für Ergänzung der Gesetzesbegründung zu Nummer 8 Buchstabe b):

*Für diese Verträge gibt es weder im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung noch übergreifend für alle Rehabilitationsträger einheitliche Grundsätze oder Empfehlungen. Um mehr Transparenz und eine angemessene Leistungsorientierung, insbesondere für die Vergütungsvereinbarungen, zu erreichen, wird geregelt, dass die Krankenkassen und Leistungserbringer – **indikationsspezifisch oder gemeinschaftlich** – Rahmenempfehlungen auf Bundesebene schließen, um einheitliche und verbindliche Vorgaben zu schaffen. Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung ist eine leistungsgerechte Vergütung der Rehabilitationseinrichtungen unverzichtbar. Eine angemessene Vergütung soll u.a. erbrachte Leistungen, die Verweildauer der Patienten in der Einrichtung, besondere Aufwände, Preissteigerungen, notwendige Investitionskosten sowie das Unternehmerrisiko berücksichtigen. [...]*

Nummer 10 b): § 111b Abs. 6 SGB V (neu)

Für Streitigkeiten bei der Vereinbarung der verbindlichen Rahmenempfehlungen für Versorgungs- bzw. Vergütungsverträge wird durch den GKV-Spitzenverband und den für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbänden auf Bundesebene eine eigene „Bundesschiedsstelle für Rahmenempfehlungen“ gebildet.

Hier sollte noch deutlich gemacht werden, dass für die indikationsspezifischen Rahmenempfehlungen auch eine entsprechende indikationsspezifische Besetzung der Bundesschiedsstelle auf Seiten der Leistungserbringerverbände vorzusehen ist.

Für die Neufassung des § 111 Abs. 6 SGB V wird folgende Ergänzung vorgeschlagen

§ 111b Abs. 6 SGB V (neu)

Betrifft die zu entscheidende Rahmenempfehlung nur eine spezifische Indikation, ist die Schiedsstelle auf Seiten der für die Erbringung medizinischer Rehabilitationsleistungen maßgeblichen Verbände auf Bundesebene durch Vertreter der betroffenen indikationsspezifischen Rehabilitationsbereiche zu besetzen.

Ergänzung

§ 7 Abs. 1 Pflegeberufegesetz (PflBG)

Im Rahmen der Neuregelung des Pflegeberufegesetz wurden Rehabilitationseinrichtungen nicht als Ausbildungsträger normiert. Des Weiteren wurden auch in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung keine verpflichtenden Praxiszeiten in Rehabilitationseinrichtungen festgeschrieben.

Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass es sinnvoll ist, rehabilitative Aspekte in die praktische Pflegeausbildung mit aufzunehmen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass zukünftig u.a. die Ziele des RISG und insbesondere der Grundsatz „Reha vor Pflege“ nicht sachgerecht in den Versorgungsalltag integriert werden können. Zudem kann so das Ziel, höhere Ausbildungskapazität zu schaffen, unterstützt werden. Daher sehen wir es als notwendig an, im Rahmen des RISG den § 7 PflBG entsprechend zu ergänzen.

Für den § 7 Abs. 1 PflBG wird folgende Ergänzung vorgeschlagen

§ 7 Abs. 1 PflBG

[...]

2. *Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, mit denen gemäß § 111 SGB V ein Versorgungsvertrag vorliegt,*

[...]