

Deutsche Vereinigung für
Rehabilitation e. V. (DVfR)
Friedrich-Ebert-Anlage 9
69117 Heidelberg

Tel.: 06221 / 18 79 01-0
Fax: 06221 / 16 60 09
E-Mail: info@dvfr.de
www.dvfr.de

21. September 2011

Stellungnahme der DVfR zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz, GKV-VStG)

Hiermit nimmt der Geschäftsführende Vorstand der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation zum Gesetzentwurf des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes Stellung. Die DVfR beschränkt sich dabei auf zwei Themenkomplexe, die für die Rehabilitation von besonderer Bedeutung sind.

Zu § 11, Abs. 6 (neu):

Die in § 11 Abs. 6 vorgesehene neue Regelung, dass die Krankenkassen in ihrer Satzung zusätzliche, vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossene Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität im Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation (§§ 23, 40), bei der Versorgung mit Heilmitteln (§ 32) und Hilfsmitteln (§ 33), im Bereich der häuslichen Krankenpflege (§ 37) sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern vorsehen können, wird von der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation nachdrücklich abgelehnt.

§ 12 Abs. 1 SGB V schreibt vor, dass die Leistungen notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen. Für Leistungen, die diesen Kriterien entsprechen, muss die gesetzliche Krankenversicherung ein vollständiges Leistungsangebot anbieten.

Leistungen, die diesen Anforderungen nicht entsprechen, sollte die gesetzliche Krankenversicherung grundsätzlich nicht übernehmen. Insofern besteht aus Sicht der DVfR kein Spielraum für Satzungsregelungen, die sich ja nur auf solche Leistungen beziehen können, die nicht notwendig, zweckmäßig oder wirtschaftlich sind. Denn wenn sie notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich sind, werden sie auch jetzt schon erbracht. Sollte dies nicht der Fall sein, wäre die Leistungserbringung entsprechend anzupassen. Satzungsleistungen würden also zwangsläufig über das Notwendige hinaus gehen.

Angesichts der Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung und der Tatsache, dass es oft schon Probleme bereitet, die gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen in vollem

Umfang zu gewährleisten, z.B. in manchen Bereichen der Rehabilitation, der Heil- und Hilfsmittelerbringung, ist es nicht hinzunehmen, dass Finanzmittel der gesetzlichen Krankenversicherung, gerade auch wenn sie über Zusatzbeiträge finanziert werden sollten, für Satzungsleistungen verwendet werden, die nicht notwendig, nicht zweckmäßig oder nicht wirtschaftlich sind.

Vielmehr ist durch die Einführung von Satzungsleistungen, die zusätzlich zum gesetzlich vorgeschriebenen Angebot gewährt werden können, eine Aushöhlung des Prinzips der Gewährung notwendiger Leistungen zu erwarten. Es ist zudem schwierig, zusätzliche fakultative Satzungsleistungen von den gesetzlich notwendigen Leistungen abzugrenzen.

Dass notwendige, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen erbracht werden müssen, gilt nicht nur für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sondern auch für die Krankenpflege und die Heil- und Hilfsmittelversorgung. Auch hier ist nicht erkennbar, warum der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung über Satzungsregelungen um solche Leistungen erweitert werden soll, die nicht notwendig, nicht zweckmäßig oder nicht wirtschaftlich sind.

Zudem besteht bei Rehabilitationsleistungen als Satzungsleistungen die Gefahr, dass vor dem Hintergrund des Wettbewerbs der Krankenkassen Billig-Rehabilitationsangebote entstehen, die ggf. dazu benutzt werden, qualitätsgesicherte Rehabilitationsangebote zu ersetzen, und dass solche neuen Rehabilitationsangebote kreiert werden, deren Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit nicht belegt ist. Da im Gesetz keinerlei Kriterien für die Aufnahme solcher zusätzlicher Leistungen genannt sind, dürfte es hier zu einem Wildwuchs kommen, der solche Leistungen gefährdet, die bisher im Konsens qualitätsgesichert und wirtschaftlich erbracht werden.

Die Einführung von möglichen Kann-Leistungen als Satzungsleistungen widerspricht zudem der gesamten Systematik des bisherigen Teilhaberechts. Der rechtliche Anspruch der Versicherten auf notwendige, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen kann so ausgehebelt werden. Eine solche Regelung könnte allenfalls ausschließlich für Vorsorgemaßnahmen toleriert werden, wenn es sich um Leistungen handelt, bei denen ein erheblicher Ermessensspielraum besteht und auch die Bedingungen der Notwendigkeit nicht klar definiert sind.

Als weiteres Argument ist anzuführen, dass die Träger der Sozialhilfe mit Blick auf § 54 Abs. 1 Satz 2 SGB XII im Hinblick auf das dann je nach Krankenkasse unterschiedlich gestaltete System von Rehabilitationsleistungen der GKV keinen klaren Entscheidungsmaßstab mehr haben, wenn sie im Rahmen der Eingliederungshilfe medizinische Leistungen zur Rehabilitation zu erbringen haben.

Die DVfR befürchtet, dass hinter dieser Regelungsabsicht nicht nur allgemeine Überlegungen zu einer Verstärkung wettbewerblicher Prinzipien stehen, sondern auch das Ziel, über Satzungsregelungen zu pauschalen Angebotspaketen mit Pauschalvergütungen zu kommen. Es mag sein, dass einzelne Leistungsanbieter sich hiervon Vorteile versprechen und mit wellnessähnlichen Paketen versuchen, werbewirksame Produkte

anzubieten, deren Verlockung sich dann auch einzelne Krankenkassen im Hinblick auf eine bestimmte Klientel möglicherweise nicht entziehen können.

Aus Sicht der DVfR sollte unbedingt vermieden werden, dass solche letztendlich nicht an Qualitätskontrollen und wissenschaftliche Kriterien gebundene Werbeangebote das bewährte System der Rehabilitation in Frage stellen. Dies gilt im Übrigen auch für die anderen genannten Leistungsbereiche.

Zu § 32, Abs. 1a: (neu)

Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, dass die Krankenkassen bei langfristigem Behandlungsbedarf auf Antrag des Versicherten die erforderlichen Heilmittel für einen geeigneten Zeitraum genehmigen. Das Nähere soll der Gemeinsame Bundesausschuss regeln. Diese generelle Regelung im Sinne einer Genehmigung langfristig erforderlicher Leistungen ist problematisch, zumindest missverständlich und ist im Hinblick auf die Neugestaltung des § 84 SGB V überflüssig. Die DVfR fordert deshalb, den § 32 Abs. 1a zu streichen, zumindest aber so zu formulieren, dass Missverständnisse ausgeschlossen sind. Dies kann ggf. auch in der Gesetzesbegründung erfolgen.

Die vorgesehene Regelung ist von zahlreichen Mitgliedern der DVfR zunächst begrüßt worden. Sie geht zurück auf die Neufassung der Heilmittelrichtlinien zum 1. Juli 2011. Durch die Änderung des § 8 Abs. 5 der Heilmittelrichtlinien soll ermöglicht werden, dass zum einen Versicherte, die Heilmittel nicht ausreichend langfristig erhalten, die Möglichkeit bekommen, die Langfristigkeit ihres Behandlungsbedarfes feststellen zu lassen, und dass zum anderen die verordnenden Ärzte von der Regressgefahr für diese verordneten Leistungen befreit werden. Intendiert war dabei eine Antragsregelung für den besonderen Bedarfsfall, die dem Versicherten das Recht einräumt, eine Anerkennung der Langfristigkeit des Behandlungsbedarfes feststellen zu lassen.

Da die Regressproblematik im Rahmen der Heilmittelrichtlinien nicht gelöst werden kann, schien es nun offenbar erforderlich, hierfür eine gesetzliche Regelung zu verabschieden.

Die im Gesetzentwurf jetzt gewählte Formulierung *„Bei langfristigem Behandlungsbedarf genehmigen die Krankenkassen auf Antrag des Versicherten die erforderlichen Heilmittel für einen geeigneten Zeitraum“* ist jedoch indikativisch und kann so verstanden werden, dass immer dann, wenn ein langfristiger Behandlungsbedarf vorliegt, die Krankenkassen auf Antrag des Versicherten die erforderlichen Heilmittel für einen geeigneten Zeitraum genehmigen sollen.

Dass diese Interpretation nicht aus der Luft gegriffen ist, zeigen die Erfahrungen der Umsetzung des § 8 Abs. 5 der Heilmittelrichtlinien durch die gesetzlichen Krankenkassen seit Sommer 2011. Diese interpretieren die Änderung der Heilmittelrichtlinien im Sinne eines Genehmigungsverfahrens, nicht eines Feststellungsverfahrens zur Langfristigkeit des Behandlungsbedarfes.

Zudem würden durch die vorgesehene gesetzliche Regelung die jetzt bestehenden Regelungen zur Versorgung außerhalb des Regelfalles außer Kraft gesetzt.

Die Einführung eines umfassenden Genehmigungsverfahrens würde zudem einen außerordentlich hohen bürokratischen Aufwand erfordern und damit die regelmäßige, kontinuierliche Versorgung der chronisch Kranken und behinderten Patienten nicht verbessern sondern gefährden. Deshalb sollte aus Sicht der DVfR auf die Einfügung eines § 32 Abs. 1a verzichtet werden.

Sollte die grundlegende Regelungsabsicht aber beibehalten werden, und die Rechte der Versicherten auf die Beantragung der Anerkennung der Langfristigkeit auch gesetzlich gestärkt werden, müsste eine andere Formulierung gewählt werden. Diese könnte lauten:

„Der Versicherte hat die Möglichkeit, die Langfristigkeit seines Behandlungsbedarfes mit erforderlichen Heilmitteln durch die Krankenkassen für einen geeigneten Zeitraum auf Antrag anerkennen zu lassen.“

Zudem muss klargestellt werden, dass es sich nicht um eine umfassende Genehmigung der Heilmittel handelt, sondern um die Feststellung der Langfristigkeit eines Behandlungsbedarfes. Dies führt dazu, dass der Vertragsarzt in diesen Fällen ohne Befürchtung eines Regresses verordnen kann (vgl. dazu die neue Regelung des § 84) und dass die Möglichkeiten des Versicherten gegenüber seinem Vertragsarzt verbessert werden, seine Meinung bzgl. notwendiger Heilmittel zu artikulieren.

Zu § 84

Die Neuregelung in § 84, Abs. 8 wird ausgesprochen begrüßt. Hierbei regt die DVfR an, explizit Bezug zu nehmen auf die bereits gut funktionierenden Regelungen zu Praxisbesonderheiten im Bereich Rheinland (NRW) und Rheinland-Pfalz.

Überhaupt erscheint der DVfR die Neuregelung in § 84 geeignet, sowohl die Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln sicherzustellen, als auch die Problematik der Regresse gegenüber Ärzten zu beseitigen, die sich in besonderem Maße Menschen mit schweren chronischen Krankheiten und Behinderungen widmen.

Für die Erläuterung ihrer Vorschläge stehe ich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann
(Vorsitzender der DVfR)