

Berlin, 28.09.2015

Stellungnahme
zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der
pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften
(Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)

Wir begrüßen die vorgesehene Änderung, die Feststellungen zur medizinischen Rehabilitation bei der Pflegebegutachtung zukünftig auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen strukturierten Verfahrens zu treffen. Dies ist ein wichtiger Schritt zur Umsetzung des Grundsatzes „Reha vor Pflege“, der jedoch erst sehr spät - nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit- ansetzt.

Damit Rehabilitationsleistungen rechtzeitig zur Vermeidung von Pflege erbracht werden können, sollte der Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen für notwendige Reha-Leistungen in § 40 SGB V gestrichen werden. Die im Wettbewerb zueinander stehenden Krankenkassen sind nicht motiviert, Reha-Leistungen zur Vermeidung von Kosten in der Pflegeversicherung zu erbringen¹.

Nach derzeit geltender Rechtslage prüft der behandelnde Arzt umfangreich das Vorliegen von Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und einer positiven Rehabilitationsprognose. Liegen alle Voraussetzungen vor, verordnet er aufgrund dieser medizinischen Feststellungen die Rehabilitationsleistung. Diese Verordnung führt jedoch nicht zur Leistungserbringung, denn über die Durchführung der Leistung entscheidet abschließend die Krankenkasse als Verwaltungsbehörde.

Der Beurteilungsspielraum der Krankenkassen für diese medizinischen Tatbestände sollte beseitigt und die Rolle des Hausarztes bei der Verordnung von Reha-Leistungen gestärkt werden. Nur so besteht die Chance rechtzeitig, noch deutlich vor der Antragstellung, drohende Pflegebedürftigkeit zu verschieben.

Wir halten daher folgende **Änderung** für notwendig:

1. § 40 Abs. 3 SGB V:

„(3) Die Krankenkasse ~~bestimmt~~ **bewilligt** nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls **unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten nach § 9 des Neunten Buches auf der Grundlage der ärztlichen Verordnung** Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen; die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehöriger. **Von der ärztlichen Verordnung darf die**

¹ Vgl. SVR-Gutachten 2014, UPD-Monitor Patientenberatung 2014 (Seite 38), BVA-Tätigkeitsbericht 2014. 6. Altenbericht der Bundesregierung 2012 Seite 330 ff)

Krankenkasse nur auf der Basis eines sozialmedizinischen Gutachtens durch den MDK nach persönlicher Untersuchung abweichen. Im Gutachten müssen konkrete Behandlungsalternativen und deren zumutbare Verfügbarkeit aufgezeigt werden. Das Gutachten ist dem Versicherten zu übermitteln. ... ~~Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 können 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. ...~~

Kostenwirkung

Derzeit geben alle Krankenkassen 0,21 % ihrer Gesamtausgaben für die Rehabilitation von Patienten aus, die direkt von niedergelassenen Ärzten verordnet werden. Dies entspricht 155.000 Patienten. Selbst eine Verdopplung der Zahl dürfte die Beitragssatzstabilität der Krankenkassen nicht gefährden.

Aktuell besteht eine rehabilitative Unterversorgung, die nie mit der Entwicklung von Pflegebedürftigkeit Schritt gehalten hat. Etwaige Mehrausgaben sind im Hinblick auf dadurch erreichte Einsparungen in der Pflegeversicherung vertretbar.

Erläuterungen:

- Die Fristenregelung ist entbehrlich, da Leistungen ohnehin nur erbracht werden, wenn sie medizinisch erforderlich sind.
- Eine Überprüfung der ärztlichen Verordnung sollte ausschließlich durch Ärzte des MDK erfolgen. Eine Begutachtung nach Aktenlage wird den Interessen der Patienten nicht gerecht.
- Eine Abstimmung zwischen MDK-Gutachter und verordnendem Hausarzt wird verpflichtend vorgeschrieben. In seinem Gutachten muss der MDK-Gutachter auch konkrete Empfehlungen zu Behandlungsalternativen des Patienten machen.
- Dem G-BA sollte die Aufgabe übertragen werden, unbürokratische und standardisierte Testverfahren zur Beurteilung des Reha-Bedarfs in den Rehabilitationsrichtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V festzuschreiben.