

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
17(14)0188(36)  
gel. VB zur öAnhörung am 19.10.  
11\_VStG  
13.10.2011



**BDPK**  
Bundesverband  
Deutscher Privatkliniken e.V.

Berlin, 12.10.2011

**Stellungnahme des  
Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V.  
zu dem Entwurf  
eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen  
in der gesetzlichen Krankenversicherung  
(Bundestagsdrucksache 17/6906 vom 05.09.2011)**

<b>Inhalt</b>	<b>Seite</b>
<b>Vorbemerkung</b>	<b>3</b>
1. Einheitliches und länderübergreifendes Entlassmanagement (§§ 11, 39, 112 SGB V)	<b>4</b>
2. Keine Satzungsleistungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation (§ 11 Abs. 6 neu SGB V)	<b>6</b>
3. Einbeziehung von Rehabilitationseinrichtungen in die Gemeinsamen Landesgremien (§ 90a SGB V)	<b>7</b>
4. Medizinische Versorgungszentren (§§ 95, 98, 103 SGB V)	<b>8</b>
5. Einheitliche Vertragsvorschrift für ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen (§111c SGB V)	<b>12</b>
6. Ermächtigung zur ambulanten Behandlung in unterversorgten Gebieten auch für Rehabilitationseinrichtungen mit Versorgungsvertrag (§ 116a SGB V)	<b>15</b>
7. Ambulante spezialärztliche Versorgung (§ 116b SGB V)	<b>16</b>
8. Verträge über ambulante Leistungserbringung im Rahmen von DMP (§ 137f)	<b>18</b>

## **Änderungsanträge der Regierungskoalition**

9. Entgeltbindung für allgemeine Krankenhausleistungen bei Ausgründung von Privatkliniken (§ 17 KHG) – Änderungsantrag 24 vom 10.10.2011 **19**

## **Über den Gesetzentwurf hinausgehender Regelungsbedarf:**

10. Ärztliche Direktverordnung für Leistungen zur stationären Vorsorge für Eltern und Kinder (§ 24 SGB V) **20**
11. Kein Nachrang der medizinischen Rehabilitationsleistungen zu anderen Leistungen der Krankenbehandlung ( § 40 Abs. 1 und 2 SGB V) **22**
12. Bundeslandübergreifende Geltung von Versorgungsverträgen mit Rehabilitationseinrichtungen (§ 111 SGB V) **24**
13. Anwendung des Orientierungswerts auch auf Rehabilitationseinrichtungen (§ 111 SGB V) **25**
14. Finanzieller Ausgleich zwischen Kranken- und Pflegeversicherung (§ 5 SGB XI) **26**
15. Aufwandspauschale (§ 275 SGB V) **27**

## **Vorbemerkung**

Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK) unterstützt das Ziel der Bundesregierung, eine flächendeckende bedarfsgerechte wohnortnahe medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Voraussetzung dafür sind rechtliche Rahmenbedingungen, die diese Ziele realisierbar machen. An einigen Stellen behindern die neuen gesetzlichen Regelungen die Ziele des Gesetzes. Auf solche Zielkonflikte wollen wir mit unserer Stellungnahme hinweisen.

## **1. Einheitliches und länderübergreifendes Entlassmanagement (§§ 11, 39, 112 SGB V)**

Die angestrebte Verbesserung des Entlassmanagements wird durch die vorgesehenen Änderungen in den §§ 39 und 112 SGB V nicht erreicht. Die vorhandenen Umsetzungsprobleme haben ihre Ursache darin, dass Verantwortlichkeiten und Kompetenzen bei der Anschlussversorgung nicht geregelt sind. Trotz eindeutiger Empfehlungen des Sozialdienstes des Krankenhauses oder der Reha-Klinik können die notwendigen Leistungen der Anschlussversorgung nicht erbracht werden, weil z. B. keine Berechtigung zur Ausstellung der Verordnung besteht. Die Krankenkassen können die Leistungen ohne entsprechende Verordnung nicht genehmigen und müssen den Patienten zur Ausstellung entsprechender Verordnungen an den behandelnden Vertragsarzt verweisen. Die Vertragsärzte stellen entsprechende Verordnungen grundsätzlich nur nach persönlicher Untersuchung aus, die unabhängig vom Zeitpunkt der Durchführung des Entlassmanagements in der Klinik erst nach der Entlassung erfolgen kann. Für die meisten Leistungen, die im Anschluss an die Klinikentlassung notwendig sind, ist zudem zusätzlich zur vertragsärztlichen Verordnung eine Leistungsentscheidung der Krankenkasse erforderlich, auf die Klinik keinen Einfluss hat.

Zur Verbesserung des Entlassmanagements ist aus unserer Sicht daher erforderlich, dass die Verantwortlichkeiten und Kompetenzen der Leistungserbringer im § 11 Abs. 4 SGB V konkret und bundeseinheitlich geregelt werden. Damit ist sichergestellt, dass das Entlassmanagement für alle Versorgungsbereiche sachgerecht geregelt ist.

### **Nr. 2a des Gesetzentwurfs wird wie folgt geändert**

#### **§ 11 Absatz 4 SGB V wird entsprechend einer der unter 1 und 2 aufgeführten Lösungen geändert:**

1. Die Krankenkassen übernehmen die Kosten für erforderliche Leistungen zur Weiterversorgung

Im § 11 Abs. 4 SGB V wird geregelt, dass die Krankenkassen die Kosten für die von der Klinik festgestellten erforderlichen Leistungen zur Weiterversorgung für die Dauer von fünf Tagen übernehmen. Die Kliniken stellen den Bedarf fest und leiten die erforderlichen Leistungen zu Lasten der Krankenkassen ein.

Alternativ zu diesem Vorschlag ist es auch möglich, den Krankenkassen die notwendigen Entscheidungskompetenzen für die Umsetzung des Entlassmanagements zuzuweisen:

2. Die Krankenkasse ist verantwortlich für die erforderlichen Leistungen zur Weiterversorgung

Im § 11 Abs. 4 SGB V wird geregelt, dass die Krankenkassen für die Umsetzung der von den Kliniken empfohlenen Maßnahmen verantwortlich sind. Die Kliniken stellen den Bedarf fest und die Krankenkassen müssen dafür Sorge tragen, dass die erforderlichen Leistungen direkt im Anschluss an die Entlassung ohne Zwischenschaltung des Vertragsarztes erbracht werden. Dafür müsste der Informationsaustausch verbindlich geregelt werden, z. B. im Rahmen von Verträgen oder durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

### **Zum Änderungsantrag der Regierungskoalition Nr. 2 vom 05.10.2011:**

Diese Regelung bedarf dringend einer inhaltlichen Präzisierung. Das Krankenhaus kann nicht die Verantwortung für die Koordination der fachärztlichen Anschlussbehandlung übernehmen, weil es auf relevante Fragen, wie zum Beispiel Termine, notwendige Überweisungen keinen Einfluss hat. Es gäbe sicher auch erhebliche Konflikte, würde das Krankenhaus am Hausarzt vorbei die fachärztliche Versorgung einleiten. Sicher sinnvoll ist die Information der Fachärzte über den Verlauf der Krankenhausbehandlung mittels Krankenhausentlassungsbericht.

### **Artikel 1 Nummer 2 (§ 11 Absatz 4 SGB V) wird gestrichen:**

~~aa) — In Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter“; dies umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung“ eingefügt.~~

### **Nr. 8 des Gesetzentwurfs wird gestrichen:**

#### **§ 39 Absatz 1 SGB V**

~~Die Krankenhausbehandlung umfasst auch ein Entlassmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung. Das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. § 11 Absatz 4 Satz 4 gilt.~~

### **Nr. 41 b des Gesetzentwurfs wird gestrichen:**

#### **§ 112 Absatz 2 Satz 1 Nr. 7**

~~7. das Nähere über Voraussetzungen, Art und Umfang des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1 Satz 4 bis 7.~~

## **2. Keine Satzungsleistungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation (§ 11 Abs. 6 neu SGB V)**

Bedenken haben wir gegen die Aufnahme des Bereichs der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation in eine erweiterte Satzungsregelung. Durch eine solche Regelung besteht die Gefahr, dass die Leistungen der medizinischen Rehabilitation, die bereits heute den Versicherten als Pflicht- und Sachleistung zur Verfügung gestellt wird, nun über eine Satzungsregelung der einzelnen Krankenkasse beschränkt werden könnten. Mögliche Leistungen, die als Satzungsleistungen vorstellbar wären, sind bereits vom allgemeinen Leistungsstandard erfasst, etwa die Unterbringung im Einzelzimmer oder die im Einzelfall notwendige Chefarztbehandlung. Auf die Auswahl der geeigneten Klinik besteht sogar ein Rechtsanspruch.

Da im Rahmen der Pflichtleistung Art, Dauer und Umfang der Leistung nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls als Ermessensentscheidung der Krankenkasse bestimmt werden, ist es nicht möglich, hier eine Satzungsleistung eindeutig zu definieren.

### **Nr. 2 b) des Gesetzentwurfs wird wie folgt geändert:**

#### **§ 11 Abs. 6 neu SGB V**

„Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung zusätzliche vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossene Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität im Bereich ~~der~~ medizinischen Vorsorge-~~und Rehabilitation (§§ 23, 40)~~, der künstlichen Befruchtung (§ 27a), der zahnärztlichen Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz (§ 28 Absatz 2), bei der Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (§ 34 Absatz 1 Satz 1), mit Heilmitteln (§ 32) und Hilfsmitteln (§ 33), im Bereich der häuslichen Krankenpflege (§ 37) und der Haushaltshilfe (§ 38) sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern vorsehen. Die Satzung muss insbesondere die Art, die Dauer und den Umfang der Leistung bestimmen. Die zusätzlichen Leistungen sind von den Krankenkassen in ihrer Rechnungslegung gesondert auszuweisen.“

### **3. Einbeziehung von Rehabilitationseinrichtungen in die Gemeinsamen Landesgremien (§ 90a SGB V)**

Ärzte aus Rehabilitationseinrichtungen sollen nach § 116 Satz 1 zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden. Als Leistungsanbieter, in denen die interdisziplinären Kompetenzen insbesondere im Bereich für die Behandlung chronischer Erkrankungen in besonderem Maße vorhanden sind, sollten sie in das gemeinsame Landesgremium eingezogen sein. Rehabilitationseinrichtungen leisten wichtige Beiträge zur Beantwortung sektorenübergreifender Versorgungsfragen. Als ärztlich geleitete Einrichtungen sollten sie über die Nennung ihrer Verbände in der Norm explizit genannt werden und nicht als „weitere Beteiligte“ die Gelegenheit zur Mitwirkung erhalten.

#### **Nr. 28 des Gesetzentwurfs wird wie folgt geändert:**

##### **§ 90a neu SGB V**

(1) Nach Maßgabe der landesrechtlichen Bestimmungen kann ein gemeinsames Gremium des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen, ~~und~~ der Landeskrankenhausgesellschaft **und der für die Wahrnehmung der Interessen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auf Landesebene maßgeblichen Verbände** sowie weiterer Beteiligter für den Bereich des Landes gebildet werden, das Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben kann.

#### **4. Medizinische Versorgungszentren** (§§ 95, 103 SGB V)

Wir bezweifeln, dass eine bessere ärztliche Versorgung mit Zulassungsbeschränkungen für Medizinische Versorgungszentren (MVZ) erreicht werden kann. Auch Vorkaufsrechte für niedergelassene Ärzte und Kassenärztliche Vereinigungen sind keine zukunftsfähigen gesundheitspolitischen Gestaltungsoptionen, die eine flächendeckende Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung vor allem in den ländlichen Regionen sicherstellen können. Dies wird deutlich, wenn man die beabsichtigten Regelungen aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet.

Aus Versorgungssicht: MVZ sind innovative Versorgungsangebote, die aufgrund ihrer größeren Organisationsstrukturen ein erhebliches Potenzial für effizientere Patientenversorgung bieten. MVZ schaffen die Voraussetzungen für einen patientenorientierten Qualitätswettbewerb. Die geplanten gesetzgeberischen Hemmnisse in den § 95 SGB V nehmen dem Patienten die Möglichkeit, sich zwischen zwei Versorgungsangeboten, den niedergelassenen Vertragsarzt und dem MVZ, entscheiden zu können. In ländlichen Regionen, in denen keine Vertragsärzte sind, wird dieses Zulassungsverbot des Gesetzgebers völlig unverständlich sein.

Aus der Sicht des Vertragsarztes: Bezweifelt werden muss, ob tatsächlich niedergelassene Vertragsärzte eine Tätigkeit als Hausarzt oder Facharzt in ländlichen Regionen nur deshalb ablehnen, weil es MVZ in der Trägerschaft von Krankenhäusern in der Rechtsform der AG geben könnte. Wir bezweifeln weiterhin, dass sich die Versorgungssituation der Bevölkerung in den ländlichen Regionen durch ein MVZ-Verbot für Krankenhäuser in der Rechtsform der AG verbessert.

Aus Sicht der Kliniken: Die Regelung ist auch aus Sicht der Kliniken nahezu wirkungslos. Alle Krankenhäuser der Klinikgruppen in der Rechtsform der AG werden als GmbH geführt. Die Regelungen laufen also diesen Kliniken gegenüber völlig ins Leere. Sollte es dennoch eine vereinzelte Klinik in der Rechtsform der AG geben, würde diese eine Betreiber-GmbH für das MVZ gründen. Völlig vergessen wird der rationale Aspekt: kein Krankenhaus würde ein MVZ als Konkurrenz zu den Vertragsärzten zu eröffnen. Diese würden das Krankenhaus nicht mehr belegen und hätte so erhebliche wirtschaftliche Einbußen für die Kliniken zur Folge.

In einer rechtswissenschaftlichen Argumentationsskizze, die Herr Prof. Dr. Hans-Peter Schwintowski, Humboldt-Universität zu Berlin, im Auftrag des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken. V. zu dieser Thematik erstellt hat <sup>1</sup> wird deutlich, dass der geplante

---

<sup>1</sup> Schwintowski, Rechtswissenschaftliche Argumentationsskizze zu den im Koalitionsvertrag angedeuteten Zulassungsbeschränkungen für medizinische Versorgungszentren, März 2010

gesetzliche Eingriff in die derzeit bestehende Zulassungsfreiheit sowohl gegen verfassungsrechtliche als auch europarechtliche Grundsätze verstoßen würde.

Nicht nachvollziehbar ist auch der mit dieser Regelung vorgenommene Ausschluss von Rehabilitationseinrichtungen als Gründungsberechtigte für MVZ. Rehabilitationseinrichtungen waren bisher auch MVZ-gründungsberechtigt, weil sie über vergleichbare gute Kompetenzen in der Behandlung chronisch kranker Menschen mit einem umfassenden Spektrum an qualifizierten ärztlichen Fachkräften verfügen, wie Krankenhäuser. Auch ihre Lage überwiegend in ländlichen und strukturschwachen Regionen würde eine Ausgrenzung von Rehabilitationskliniken aus dem Kreise der gründungsberechtigten MVZ-Betreiber fraglich erscheinen lassen. Die Zulassungsberechtigung von Rehabilitationskliniken liefe der Intention des Gesetzgebers, Investoren ohne fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung ausschließlich aus Kapitalinteressen den Zugang zum Versorgungssystem zu verschließen, nicht entgegen. Es besteht demnach kein sachlicher Grund Rehabilitationskliniken als MVZ-Gründungsberechtigte auszuschließen.

Insgesamt muss festgestellt werden, dass die geplanten Zulassungsbegrenzungen für MVZ die Zielsetzung des Gesetzes, nämlich die Versorgung der Patienten zu verbessern, konterkarieren. Patienten verlieren entweder die Wahl zwischen verschiedenen Versorgungsangeboten oder die Chance auf das einzig mögliche Versorgungsangebot durch ein MVZ, das durch gesetzgeberische Entscheidung untersagt wird.

Ist man jedoch aus politischen Gründen der Auffassung, eine Änderung an den Zulassungsvoraussetzungen für MVZ vornehmen zu müssen, wird zumindest folgende Anpassung vorgeschlagen:

**Nummer 31 b) des Gesetzentwurfs wird wie folgt geändert:**

**§ 95 Absatz 1a SGB V**

„Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Vertragsärzten von zugelassenen Krankenhäusern **und Rehabilitationseinrichtungen mit Versorgungsvertrag** oder von **gemeinnützigen** Trägern, die auf Grund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, gegründet werden; ~~die Gründung ist nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung möglich.~~ Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die ~~am vor dem~~ [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 12 Abs. 1] bereits ~~zugelassen sind~~ **ausgesprochen wurde**, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort.“

**Dazugehöriger Änderungsantrag der Regierungskoalition Nr. 22 vom 05.10.2011:**

**Gemeinnützige Träger von MVZ/Rechtsbereinigung verschiedener Zulassungsregelungen (§ 95 Absatz 1a SGB V)**

Es ist nicht nachvollziehbar, warum eine Ausweitung der MVZ-Gründungsberechtigten nur auf gemeinnützige Träger, erfolgen soll. Ist aus Versorgungsgründen eine solche Ausnahme nötig, darf sie nicht andere Träger diskriminieren. Das Wort „gemeinnützigen“ ist zu streichen.

**Nummer 31 c) aa) des Gesetzentwurfs wird wie folgt geändert:**

Auf die beabsichtigte Änderung wird verzichtet:

**§ 95 Abs. 2 SGB V wird gestrichen:**

~~In Satz 6 werden die Wörter „juristischen Person des Privatrechts“ durch die Wörter „Gesellschaft mit beschränkter Haftung“ ersetzt.~~

**Nummer 36 d) des Gesetzentwurfs wird wie folgt geändert:**

Auf die beabsichtigte Änderung wird verzichtet:

**§ 103 Abs. 4d SGB V**

Soll die vertragsärztliche Tätigkeit in den Fällen der Beendigung der Zulassung nach Absatz 4 Satz 1 von einem Praxisnachfolger weitergeführt werden, kann die Praxis auch in der Form weitergeführt werden, dass ein medizinisches Versorgungszentrum den Vertragsarztsitz übernimmt und die vertragsärztliche Tätigkeit durch einen angestellten Arzt in der Einrichtung weiterführt, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen. Die Absätze 4 und 5 gelten entsprechend.—~~Hat der Zulassungsausschuss bei der Auswahlentscheidung nach Absatz 4 Satz 4 ein medizinisches Versorgungszentrum ausgewählt, bei dem die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte nicht bei Ärzten liegt, die in dem medizinischen Versorgungszentrum als Vertragsärztetätig sind steht den übrigen Bewerbern ein Vorkaufsrecht an der Praxis zu; dies gilt nicht, wenn das medizinische Versorgungszentrum am 31. Dezember 2011 zugelassen war und die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte bereits zu diesem Zeitpunkt nicht bei den Vertragsärzten lag. Das Vorkaufsrecht der übrigen Bewerber ist gegenüber vertraglich begründeten Vorkaufsrechten nur dann vorrangig, wenn diese nach dem 31. Dezember 2011 vereinbart worden sind. Der Zulassungsausschuss hat zusammen mit der Auswahlentscheidung für das medizinische~~

~~Versorgungszentrum unter den übrigen Bewerbern denjenigen auszuwählen, der das Vorkaufsrecht vorrangig ausüben und für diesen Fall den Vertragsarztsitz fortführen darf (Berechtigter). Für die Auswahl des des Berechtigten gilt Absatz 4 Satz 4 bis 8 entsprechend. Die getroffenen Auswahlentscheidungen werden den übrigen Bewerbern und dem Verpflichteten mitgeteilt. Der Verpflichtete hat dem Berechtigten den Inhalt des mit dem medizinischen Versorgungszentrum geschlossenen Kaufvertrags unverzüglich mitzuteilen. Das Vorkaufsrecht ist innerhalb einer Ausschlussfrist von einem Monat seit dem Zugang der zeitlich nachfolgenden Mitteilung durch schriftliche Erklärung auszuüben. Ist der Kaufvertrag unter der Bedingung geschlossen, dass der Käufer im Nachbesetzungsverfahren zugelassen wird, gilt diese Zulassung in Ansehung des Vorkaufsrechts nach Satz 3 mit der Auswahlentscheidung als erteilt. Die §§ 463, 464 Abs. 2, §§ 465 bis 468 und 471 des Bürgerlichen Gesetzbuchs sind entsprechend anzuwenden. Wenn das Vorkaufsrecht nicht innerhalb der Ausschlussfrist ausgeübt wird, unterrichtet der Zulassungsausschuss den nächsten Vorkaufsberechtigten. Für das weitere Verfahren gelten die Sätze 6 bis 13 entsprechend."~~

## **5. Einheitliche Vertragsvorschrift für ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen (§111c SGB V)**

Die vertragsrechtliche Gleichstellung von ambulanter und stationärer Rehabilitation ist zu begrüßen. Wir empfehlen allerdings die Erweiterung der bestehenden Vorschrift des § 111 SGB V zu einer einheitlichen Vorschrift für ambulante und stationäre Rehabilitation. Dies dient der Transparenz und der Verständlichkeit in den Vorschriften, in denen Rehabilitationseinrichtungen durch den Verweis auf die Vertragsvorschrift definiert werden (Schiedsstelle, Zertifizierungspflicht internes Qualitätsmanagement, externe Qualitätssicherung und der Übermittlung von Abrechnungsdaten).

Der vorgesehene § 111c enthält keine qualitative Anforderung an die Einrichtung. So ist nach § 111c lediglich Voraussetzung, dass die Einrichtung „für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen mit medizinischen Leistungen der ambulanten Rehabilitation einschließlich der Anschlussrehabilitation notwendig“ ist. Eine ärztliche Leitung der Einrichtung wäre damit nicht Voraussetzung für einen Versorgungsvertrag.

In einer Vertragsvorschrift für ambulante Reha-Leistungserbringer sollte sichergestellt sein, dass für diese die gleichen Voraussetzungen gelten wie für stationäre. Wir schlagen daher vor, dass die Voraussetzungen des § 107 SGB V auch für ambulante Einrichtungen entsprechend gelten müssen.

Eine einheitliche Regelung in § 111 SGB V hätte den Vorteil, dass mit Einrichtungen, die sowohl stationäre als auch ambulante Rehabilitation erbringen, nicht zweifach Verträge abgeschlossen werden müssten.

### **Nummer 9 des Gesetzentwurfs wird wie folgt geändert:**

In § 40 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „~~§ 111 besteht~~, oder, soweit dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen ambulanter Rehabilitation erforderlich ist, durch wohnortnahe Einrichtungen“ ~~gestrichen durch die Wörter „§ 111c besteht“ ersetzt.~~

*Zu § 40 SGB V besteht aus unserer Sicht weiterer Änderungsbedarf, der im Kapitel 11 dieser Stellungnahme erläutert wird.*

**Nummer 39 des Gesetzentwurfs wird wie folgt geändert:**

§ 111b wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird das Wort „stationären“ gestrichen.

~~b) In Absatz 2 werden nach der Angabe „§ 111 Absatz 5 Satz 1“ die Wörter „oder im Falle ambulanter Rehabilitationseinrichtungen nach § 111c Absatz 3 Satz 1“ eingefügt.~~

**Nr. 40 des Gesetzentwurfs wird gestrichen:**

**§ 111c SGB V**

~~Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen~~

~~(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen schließen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen einheitliche Versorgungsverträge über die Durchführung der in § 40 Absatz 1 genannten ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit Rehabilitationseinrichtungen,~~

~~1. für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 besteht und~~

~~2. die für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen mit ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlussrehabilitation notwendig sind. Soweit es für die Erbringung wohnortnaher ambulanter Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erforderlich ist, können Verträge nach Satz 1 auch mit Einrichtungen geschlossen werden, die die in Satz 1 genannten Voraussetzungen erfüllen, ohne dass für sie ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht.~~

~~(2) § 109 Absatz 1 Satz 1 gilt entsprechend. Die Landesverbände der Krankenkassen eines anderen Bundeslandes und die Ersatzkassen können einem nach Absatz 1 geschlossenen Versorgungsvertrag beitreten, soweit für die Behandlung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen in der Rehabilitationseinrichtung ein Bedarf besteht.~~

~~(3) Die Vergütungen für die in § 40 Absatz 1 genannten Leistungen werden zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen vereinbart. Kommt eine Vereinbarung innerhalb von zwei Monaten, nachdem eine Vertragspartei nach Satz 1 schriftlich zur Aufnahme von Verhandlungen aufgefordert hat, nicht oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 111b festgesetzt. Diese ist dabei an die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften gebunden.~~

**Ergänzend zum Gesetzentwurf wird § 111 Abs. 1 und 2 SGB V wie folgt geändert:**

(1) Die Krankenkassen dürfen medizinische Leistungen zur Vorsorge (§ 23 Abs. 4) oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlussheilbehandlung (§ 40), die ~~eine stationäre Behandlung, aber~~ keine Krankenhausbehandlung erfordern, nur in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach Absatz 2 besteht.

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam schließen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen einheitliche Versorgungsverträge über die Durchführung der in Absatz 1 genannten Leistungen mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die

1. die Anforderungen des § 107 Abs. 2 erfüllen und

2. für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen mit ~~stationären~~ medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlussheilbehandlung notwendig sind.

**Für ambulante Rehabilitationseinrichtungen gilt § 107 Abs. 2 entsprechend.**

...

*Zu § 111 SGB V besteht aus unserer Sicht weiterer Änderungsbedarf, der in den Kapiteln 12 und 13 dieser Stellungnahme erläutert wird.*

## **6. Ermächtigung von Rehabilitationseinrichtungen mit Versorgungsvertrag zur ambulanten Behandlung in unterversorgten Gebieten (§ 116a SGB V)**

Zur Beseitigung von Unterversorgung gerade in ländlichen Regionen sollten alle fachlich geeigneten Angebote genutzt werden. Es ist deshalb sinnvoll, Rehabilitationseinrichtungen genau wie Krankenhäuser in die vertragsärztliche Versorgung bei Unterversorgung einzubeziehen. Gerade Rehabilitationseinrichtungen sind häufig in den vom Fachärztemangel besonders betroffenen, ländlichen Gebieten angesiedelt. Gleichzeitig halten Rehabilitationseinrichtungen ein umfassendes Spektrum an qualifizierten ärztlichen Fachkräften vor. Durch die Ermächtigung der Rehabilitationseinrichtung ist die ambulante Behandlung in unterversorgten Gebieten auch dann gewährleistet, wenn der in der Klinik angestellte (und ermächtigte) Facharzt die Klinik verlässt.

### **Nr. 43 des Gesetzentwurfs wird wie folgt geändert:**

#### **§ 116a SGB V**

Der Zulassungsausschuss kann zugelassene Krankenhäuser **und Rehabilitationseinrichtungen mit Versorgungsvertrag** für das entsprechende Fachgebiet in den Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Unterversorgung oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf nach § 100 Absatz 3 festgestellt hat, auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit und solange dies zur Beseitigung der Unterversorgung oder zur Deckung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist.

## 7. Ambulante spezialärztliche Versorgung (116b SGB V)

- Teilnahme von Rehabilitationseinrichtungen an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung
- Überweisungsvorbehalt und Kooperationserfordernis sind zu streichen

Der neu eingeführte Versorgungsbereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung soll die Voraussetzungen schaffen, die Kompetenzen und Ressourcen der Krankenhäuser für die Behandlung spezieller komplexer Erkrankungen und schwieriger Krankheitsverläufe sowie für die Erbringung spezieller Leistungen nutzbar zu machen. Der Zugang zur Leistungserbringung in der ambulanten spezialärztlichen Versorgung soll sinnvollerweise von der Qualifikation des Leistungserbringers abhängig sein. Rehabilitationseinrichtungen können gerade im Hinblick auf die in § 116 b Absatz 1 Nr. 1 aufgelisteten Erkrankungen ebenfalls für die Leistungserbringung in diesem neuen Versorgungssektor besonders qualifiziert sein. Deshalb ist die Regelung in § 116b Abs. 2 um Rehabilitationseinrichtungen zu ergänzen.

Weiterhin eröffnet die ambulante spezialärztliche Versorgung zwischen den Leistungserbringern einen Wettbewerb um die beste medizinische Versorgung.

Die vorgesehenen Überweisungsvorbehalte und Kooperationserfordernisse erschweren und verfälschen diesen Wettbewerb und gehen zu Lasten der Patienten. An dem Überweisungsvorbehalt sowie den vorgesehenen Kooperationserfordernissen als zwingende Voraussetzung für die Zulassung zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung in § 116b Abs. 3 darf deshalb nicht festgehalten werden.

### **Nr. 44 des Gesetzentwurfs wird wie folgt geändert:**

#### **§ 116b Absatz 2 SGB V**

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer **sowie** nach § 108 zugelassene Krankenhäuser **und Rehabilitationseinrichtungen mit Versorgungsvertrag** sind berechtigt, Leistungen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung nach Absatz 1 zu erbringen, soweit sie die hierfür jeweils maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen nach Absatz 3 bis 5 erfüllen und dies gegenüber der zuständigen Landesbehörde unter Beifügung entsprechender Belege anzeigen. ~~Soweit der Abschluss von Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 6 und 7 zwischen den in Satz 1 genannten Leistungserbringern erforderlich ist, sind diese der zuständigen Landesbehörde im Rahmen des Anzeigeverfahrens nach Satz 1 ebenfalls vorzulegen.~~ Der Leistungserbringer ist nach Ablauf einer Frist von zwei Monaten nach Eingang seiner Anzeige bei der zuständigen Landesbehörde zur Teilnahme an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung berechtigt,

es sei denn, die zuständige Landesbehörde teilt ihm innerhalb dieser Frist mit, dass er die Anforderungen und Voraussetzungen hierfür nicht erfüllt. Nach Satz 3 berechnete Leistungserbringer haben ihre Teilnahme an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Landeskrankenhausgesellschaft zu melden und dabei den Leistungsbereich anzugeben, auf den sich die Berechtigung erstreckt.

### **§ 116b Absatz 3 SGB V**

Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in einer Richtlinie das Nähere zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung nach Absatz 1. Er konkretisiert die Erkrankungen nach Abs. 1 Satz 2 nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung oder nach weiteren von ihm festzulegenden Merkmalen und bestimmt den Behandlungsumfang. Er regelt die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante spezialärztliche Leistungserbringung sowie die einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a in Verbindung mit § 137. ~~Zudem regelt er, in welchen Fällen die ambulante spezialärztliche Leistungserbringung die Überweisung durch den behandelnden Arzt voraussetzt.~~ Für die Behandlung von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, bei denen es sich nicht zugleich um seltene Erkrankungen handelt, kann er Empfehlungen als Entscheidungshilfe für den behandelnden Arzt abgeben, in welchen medizinischen Fallkonstellationen bei der jeweiligen Krankheit von einem besonderen Krankheitsverlauf auszugehen ist. ~~Zudem kann er für die Versorgung bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen Regelungen zu Vereinbarungen treffen, die eine Kooperation zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach Absatz 2 Satz 1 in diesem Versorgungsbereich fördern. Für die Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen hat er Regelungen für solche Vereinbarungen zu treffen. Diese Vereinbarungen nach den Sätzen 6 und 7 sind Voraussetzung für die Teilnahme an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung.~~

## **8. Verträge über ambulante Leistungserbringung im Rahmen von DMP (§ 137f)**

Rehabilitationseinrichtungen sind bereits seit ihrer Einführung in die strukturierten Behandlungsprogramme integriert und erbringen ihren Anteil an der Versorgung chronisch Erkrankter. Die Möglichkeit zum Abschluss von Verträgen zur ambulanten ärztlichen Behandlung im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms ist daher auch für zugelassene Rehabilitationseinrichtungen sicherzustellen.

### **Nr. 57 e) des Gesetzentwurfs wird wie folgt geändert:**

#### **§ 137f Abs. 7 SGB V**

„Die Krankenkassen oder ihre Landesverbände können mit zugelassenen Krankenhäusern **und Rehabilitationseinrichtungen mit Versorgungsvertrag**, die an der Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms nach Abs. 1 teilnehmen, Verträge über ambulante ärztliche Behandlung schließen, soweit die Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung in den Verträgen zu den strukturierten Behandlungsprogrammen dies erfordern. Für die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses **oder der Rehabilitationseinrichtung** gelten als Mindestvoraussetzung die Anforderungen nach § 135 entsprechend.“

## **9. Entgeltbindung für allgemeine Krankenhausleistungen bei Ausgründung von Privatkliniken (§17 KHG) – Änderungsantrag 24 vom 10.10.2011**

Der BGH hat eine Grundsatzentscheidung (Beschluss vom 21. April 2011; Az.: III ZR 114/10) zu der Frage getroffen, ob Plankrankenhäuser berechtigt sind, auf ihrem Gelände eine Privatklinik zu errichten und dort einen höheren Pflegesatz abzurechnen. Durch den Beschluss des BGH wurde klargestellt, dass Privatkliniken, die nicht zur stationären Versorgung von gesetzlich versicherten Patienten zugelassen sind, nicht den Bestimmungen des Krankenhausentgeltrechts unterliegen, sondern in den Grenzen der §§ 134, 138 BGB (Sittenwidrigkeit) grundsätzlich frei sind, ihre Preise zu gestalten.

In der Begründung weist der BGH darauf hin, dass weder die einschlägigen Vorschriften der Gewerbeordnung noch die des Krankenhausfinanzierungsgesetzes den Träger eines Plankrankenhauses daran hindern, eine Privatkrankenanstalt zu gründen und zu betreiben. Jedenfalls so lange das Plankrankenhaus seinen durch den Krankenhausplan zugewiesenen Versorgungsauftrag erfüllt und nach dem legislativen Vorbild auch Selbstzahler und Privatpatienten behandelt.

Die Anwendung des Krankenhausentgeltrechts gilt demnach nicht voraussetzungslos als Regel für alle Arten von Krankenhäusern. Vielmehr stehen die der Vertragsfreiheit bei Vergütungsvereinbarungen einschränkende Regelungen des Krankenhausfinanzierungs- und des Krankenhausentgeltgesetzes im Zusammenhang mit der Investitionsförderung, auf die Plankrankenhäuser nach § 8 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einen Anspruch haben. In der Investitionsförderung wird durch den BGH daher ein verfassungsrechtlich gebotener Ausgleich für die Beschränkungen der Vergütungsvereinbarung gesehen. Demgegenüber haben nicht geförderte Krankenhäuser (Privatkliniken nach § 30 GewO) auf einer anderen wirtschaftlichen Grundlage zu kalkulieren.

Eine ausgegründete Privatklinik ist somit als rechtlich selbständiges Unternehmen anzusehen und nicht lediglich als eine „gesonderte“ Abteilung für Privatpatienten des Plankrankenhauses. Hierfür sprechen u. a. auch die für Privatkliniken nach § 4 Nr. 14 UStG und § 30 GewO geltenden steuerrechtlichen Vorgaben. Krankenhausleistungen, die von einem nicht zugelassenen Krankenhaus erbracht werden, unterliegen der vollen Umsatzsteuer. Die vorgesehene Änderung am § 17 KHG ist daher zu streichen.

### **Artikel 6 Nummer 1a – neu – (§ 17 KHG) wird gestrichen:**

~~„Eine Einrichtung, die in unmittelbarer räumlicher Nähe zu einem Krankenhaus liegt und mit diesem verbunden ist, darf für eine allgemeine, dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses entsprechende Krankenhausleistungen keine höheren Entgelte verlangen, als sie nach den Regelungen des Krankenhausfinanzierungsrechts zu leisten wären.“~~

## Über den Gesetzentwurf hinausgehender Regelungsbedarf

### 10. Ärztliche Direktverordnung für Leistungen zur stationären Vorsorge für Eltern und Kinder (§ 24 SGB V)

Es ist notwendig, der Relevanz der ärztlichen Verordnung mehr Bedeutung im Verfahren zu geben. Die vom Vertragsarzt festgestellte Notwendigkeit einer Vorsorgeleistung nach § 24 SGB V darf nicht durch beliebig erscheinende pauschale Argumentationen der Krankenkassen über die fehlende medizinische Notwendigkeit entwertet werden. Wir verweisen in diesem Zusammenhang auf den aktuellen Bericht des Bundesrechnungshofs. Von der Verordnung abweichende Einschätzungen zur medizinischen Notwendigkeit müssen daher auch von fachkundigen Ärzten des MDK begutachtet und auf den Versicherten im Einzelfall bezogen gegenüber dem verordneten Vertragsarzt begründet werden. Kommt es auf dieser Basis zu einer Ablehnung des gestellten Antrages, sind dem Versicherten für das sich gegebenenfalls anschließende Widerspruchsverfahren die der Entscheidung zu Grunde liegenden MDK-Gutachten auszuhändigen.

Die häufig erfolgende Empfehlung der Krankenkassen, dass anstelle der beantragten Leistungen auch andere ambulante Leistungen (Psychotherapie, Heilmittelversorgung etc.) ausreichend seien, muss ebenfalls mit dem die Verordnung nach § 24 SGB V ausstellenden Vertragsarzt abgestimmt werden. Dadurch soll erreicht werden, dass über die bloße Empfehlung ambulanter Leistungen hinaus diese medizinisch sinnvoll, lokal als Angebot verfügbar und dem Versicherten auch zumutbar sind. Damit kann die derzeitige Praxis, pauschal die fehlende medizinische Notwendigkeit nur gegenüber dem Versicherten infrage zu stellen, beendet werden.

Eine Spezifizierung der Leistungserbringer nach Trägerschaft ist im SGB V nicht üblich und aufgrund der einheitlichen Versorgungsverträge nach § 111a SGB V auch nicht notwendig.

### Änderungsvorschlag zu § 24 Absätze 1 und 2 SGB V:

(1) Versicherte haben unter den in § 23 Abs. 1 genannten Voraussetzungen Anspruch auf aus medizinischen Gründen erforderliche Vorsorgeleistungen in Einrichtungen **mit einem Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V ~~des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung~~**; die Leistung kann in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme erbracht werden. Satz 1 gilt auch für Vater-Kind-Maßnahmen in dafür geeigneten Einrichtungen. **~~Vorsorgeleistungen nach Satz 1 und 2 werden in Einrichtungen erbracht, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht.~~** § 23 Abs. 4 Satz 1 gilt nicht; § 23 Abs. 4 Satz 2 gilt entsprechend. **§ 23 Abs. 5 gilt nicht.**

(2) Die Krankenkasse berät den Versicherten unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Verordnung und der Regelungen des § 9 SGB IX über geeignete Vorsorgeeinrichtungen. Abweichungen von der vertragsärztlichen Verordnung erfolgen nur in Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt.

## **11. Kein Nachrang der medizinischen Rehabilitationsleistungen zu anderen Leistungen der Krankenbehandlung ( § 40 Abs. 1 und 2 SGB V)**

Versicherte müssen bei ärztlich festgestelltem Rehabilitationsbedarf medizinische Rehabilitationsleistungen erhalten, unabhängig davon, ob alle Leistungen der ambulanten Krankenbehandlungen bereits erbracht wurden. Die bislang in § 40 Abs. 1 enthaltene Leistungsvoraussetzung, dass bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht ausreicht, steht einer bedarfsgerechten Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entgegen. Sie wird fälschlicherweise als ein Nachrangverhältnis der medizinischen Rehabilitation zu den übrigen Leistungen der Krankenbehandlung nach § 27 ff. SGB V verstanden. Häufig leiten die Krankenkassen aus dieser Formulierung ab, dass ein Anspruch auf Leistungen zur Rehabilitation erst dann entstehen kann, wenn alle übrigen Leistungen der Krankenbehandlung erfolglos erbracht wurden.

Die Folgen sind

- Ablehnung von Reha-Anträgen mit der Begründung, dass noch nicht alle Leistungen der Krankenbehandlung erbracht wurden, obwohl bereits feststeht, dass diese nicht erfolgreich und damit unsinnig sein werden.
- Ablehnung von Reha-Anträgen mit dem Verweis auf Leistungsangebote der Krankenbehandlung, die von den Krankenkassen entweder nicht konkret angeboten werden, die am Wohnort des Versicherten als Leistungsangebot gar nicht verfügbar sind oder die aufgrund des Gesundheitszustandes des Versicherten nicht bei verschiedenen Leistungsanbietern in Anspruch genommen werden können.

Dadurch werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht zum frühestmöglichen Zeitpunkt eingeleitet und die Ausschöpfung ineffektiver Krankenbehandlungen führt zu einer unnötigen Belastung der Solidargemeinschaft.

Die vorgeschlagene Änderung der gesetzlichen Formulierung beseitigt die formale Nachrangigkeit von Leistungen der medizinischen Rehabilitation, die der Systematik von § 27 SGB V widerspricht. Sie führt dabei nicht zu einem ungesteuerten Zugang in die medizinische Rehabilitation. Es verbleibt bei den bereits in den Rehabilitations-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und der MDK-Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation beschriebenen Zugangsvoraussetzungen der Rehabilitationsbedürftigkeit, der Rehabilitationsfähigkeit und der positiven Rehabilitationsprognose.

Ein Nachrangigkeitsverhältnis der stationären zur ambulanten Rehabilitation ist ebenfalls nicht sachgerecht. Hierbei ist lediglich der individuelle Bedarf entscheidend.

Ambulante Rehabilitationseinrichtungen müssen genauso wie stationäre Rehabilitationseinrichtungen zertifiziert sein. Die sich auf die stationären Einrichtungen beschränkende Zertifizierungspflicht ist nicht sachgerecht.

Die durch das GKV-WSG geschaffene Möglichkeit der Belegung von Einrichtungen ohne Versorgungsvertrag wird abgeschafft. Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag unterliegen einer regelmäßigen Überprüfung der Struktur-, Behandlungs-, und Ergebnisqualität. Da Einrichtungen ohne Versorgungsvertrag nicht diesen Prüfungen unterliegen, ist eine Belegung solcher Einrichtungen durch die Krankenkassen nicht sachgerecht.

Die Änderung in Absatz 1 müssen entsprechend für die medizinische Vorsorge nach § 23 SGB V vorgenommen werden.

#### **Änderungsvorschlag zu § 40 Abs. 1 und 2 SGB V:**

(1) ~~Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen,~~ Um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante oder stationäre Rehabilitationsleistungen mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 20 Abs. 2a des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung~~en~~, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht,~~oder, soweit dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen ambulanter Rehabilitation erforderlich ist, durch wohnortnahe Einrichtungen.~~ Ambulante Leistungen nach Satz 1 sind auch mobil in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 des Elften Buches zu erbringen.

(2) ~~Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 20 Abs. 2a des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht. Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung, mit der kein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen.~~ Die Krankenkasse führt nach Geschlecht differenzierte statistische Erhebungen über Anträge auf Leistungen nach Satz 1 und Absatz 1 sowie deren Erledigung durch.

## **12. Bundeslandübergreifende Geltung von Versorgungsverträgen mit Rehabilitationseinrichtungen (§ 111 SGB V)**

Die Versorgung der Versicherten mit stationären Rehabilitationsleistungen muss bundeslandübergreifend funktionieren. In allen anderen Leistungsbereichen gelten Vertragsgrundlagen auch bei bundeslandübergreifender Inanspruchnahme durch Krankenkassen. Zur Sicherstellung der Wahlmöglichkeiten der Versicherten bedarf es daher einer verbindlichen Auffangregelung für den Fall, dass die jeweilige Krankenkasse keine Einzelverträge abgeschlossen hat. Das bestehende wettbewerbliche System, in dem einzelne Krankenkassen die Möglichkeit haben, eigene Vergütungsvereinbarungen mit Rehabilitationseinrichtungen abzuschließen, soll dabei aufrecht erhalten bleiben.

### **Änderungsvorschlag zu § 111 Abs. 2 SGB V:**

„(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam schließen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen einheitliche Versorgungs- **und Vergütungsverträge** ...

**Über die nach Satz 1 geschlossenen Vergütungsverträge hinaus können einzelvertraglich Vergütungen zwischen den Krankenkassen und den Trägern der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen vereinbart werden.** § 109 Abs. 1 Satz 1 gilt entsprechend. **Für die Landesverbände der Krankenkassen eines anderen Bundeslandes und die Ersatzkassen können gilt einem** nach Satz 1 geschlossener Versorgungs- **und Vergütungsvertrag beitreten entsprechend**, soweit für die Behandlung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ein Bedarf besteht.“

### **13. Anwendung des Orientierungswerts für Rehabilitationseinrichtungen ( § 111 SGB V)**

Mit der entsprechenden Anwendung des § 10 Abs. 6 KHEntgG soll sichergestellt werden, dass auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation Kostensteigerungen angemessen ausgeglichen werden, da andernfalls die qualitative Versorgung der Versicherten gefährdet ist. Rehabilitationseinrichtungen sind von den gleichen Kostenentwicklungen betroffen wie Krankenhäuser. Daher ist die entsprechende Anwendung des Orientierungswertes des Statistischen Bundesamtes, der die Kostenstrukturen und -entwicklungen der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen besser berücksichtigt als die Veränderungsrate, sachgerecht.

#### **Änderungsvorschlag zu § 111 Abs. 5 SGB V:**

Die Vergütungen für die in Absatz 1 genannten Leistungen werden zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen vereinbart. **Sie müssen angemessen und leistungsgerecht sein. § 10 Abs. 6 KHEntgG gilt entsprechend.**

#### **14. Finanzieller Ausgleich zwischen Kranken- und Pflegeversicherung (§ 5 SGB XI)**

Seit Einführung der Pflegeversicherung kommt es an der Schnittstelle zwischen Kranken- und Pflegeversicherung zu dem Problem, dass Menschen zu schnell in die Pflegebedürftigkeit abrutschen. Trotz eindeutiger gesetzlicher Verankerung des Prinzips „Reha vor Pflege“ wird von Experten die Ursache darin gesehen, dass die Krankenkassen für Leistungen zur Vermeidung/Verschiebung von Pflegebedürftigkeit bezahlen müssen, vom Erfolg dann allerdings nicht mehr profitieren. Grund dafür ist die fehlende Einheit bzw. ein fehlender Finanzausgleich zwischen den beiden Versicherungen.

Der vorgeschlagene finanzielle Ausgleich zwischen Pflege- und Krankenversicherung, der den Krankenkassen ihre Aufwendungen für Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit zurück erstattet, ohne leistungsrechtliche Veränderungen vorzunehmen, ist daher ein sinnvolles Instrument zur Stärkung des Grundsatzes „Reha vor Pflege“ und stellt eine nachhaltige Versorgung von Pflegebedürftigkeit bedrohter Menschen sicher.

#### **Änderungsvorschlag zu § 5 SGB XI**

(3) Die Kosten für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die die Krankenkasse erbringt, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern, werden der Krankenkasse von der Pflegekasse erstattet.

## **15. Aufwandspauschale (§ 275 SGB V)**

Bei einem Krankenhausaufenthalt wegen Entbindung nach § 197 RVO fällt die Aufwandspauschale nach § 275 Absatz 1c Satz 3 nicht an, da die Regelung über die Aufwandspauschale nach dem Wortlaut des Gesetzes nur die Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V erfasst. Hierzu ist eine Klarstellung erforderlich.

### **Änderungsvorschlag zu § 275 Abs. 1c SGB V**

Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 **sowie bei Entbindungen nach § 197 RVO** ist eine Prüfung nach Absatz 1 Nr. 1 zeitnah durchzuführen. Die Prüfung nach Satz 1 ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen. Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten.