

Berlin, 19.11.2014

Stellungnahme des
Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V.
zum Referentenentwurf des „Gesetzes zur Förderung der Prävention“

Der BDPK begrüßt die Initiative der Bundesregierung, mit einem Präventionsgesetz die Entwicklung und den Ausbau von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen zu unterstützen.

Ziel des Gesetzes ist es, unter Einbeziehung aller Sozialversicherungsträger die Gesundheitsförderung und Prävention zu stärken.

Zum Ausbau der Prävention bei Kindern und Jugendlichen sollen primärpräventive Beratungselemente zum verbindlichen Inhalt der sogenannten U-Untersuchungen werden. Die Leistungen zur stationären medizinischen Vorsorge für Mütter und Väter gem. § 24 SGB V sind aufgrund ihrer vielfältigen Wirkung ein essentielles Element in der Prävention und sollten in diesem Zusammenhang gestärkt und ausgebaut werden. Mit der Präventionsleistung für den betroffenen Elternteil wird aufgrund der familienmedizinischen Ausrichtung der Leistung dessen Gesundheitskompetenz geschult und gestärkt. Diese Mütter und Väter sind als „Manager für Familienmedizin“ anzusehen, so dass mit der stationären Vorsorgeleistung für den Betroffenen immer auch das gesundheitsförderliche Verhalten der übrigen Familienmitglieder gestärkt wird. Dies ist gerade in den Familien gefährdet, bei deren „Managern“ bereits ein eigener Vorsorgebedarf besteht, etwa weil Gesundheitsstörungen vorliegen.

Wir schlagen deshalb die Aufnahme einer weiteren Gesetzesänderung vor:

§ 24 Absatz 2 SGB V wird wie folgt geändert

(2) Die Krankenkasse bewilligt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten auf der Grundlage der ärztlichen Verordnung Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen. Von der vertragsärztlichen Verordnung darf die Krankenkasse nur in Abstimmung mit dem Versicherten und dem verordnenden Vertragsarzt abweichen. Im Gutachten müssen konkrete Behandlungsalternativen und deren zumutbare Verfügbarkeit aufgezeigt werden. Wählt der Versicherte zur Durchführung der

Leistung eine geeignete zertifizierte Einrichtung mit Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V, ist diesem Wunsch stattzugeben.

Begründung:

Stationäre medizinische Vorsorgeleistungen stellen einen wichtigen Baustein in der Gesundheitsversorgung von Familien dar. Die multiprofessionell und interdisziplinär erbrachten Maßnahmen legen mit Therapien, Beratung und Schulung für Eltern und Kinder die Grundvoraussetzungen für nachhaltige Verhaltensänderungen. Diese sind erforderlich, um drohende oder bestehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe aufgrund von Gesundheitsstörungen entgegenzuwirken.

Das Recht der Krankenkassen aus §§ 24 Abs. 2 in Verbindung mit 23 Abs. 5 SGB V im Einzelfall Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie die Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen zu bestimmen, führt regelhaft zu Kollisionen mit der ärztlichen Verordnung sowie den Wunsch- und Wahlrechten der Versicherten nach § 9 Abs. 1 SGB IX. Es verhindert faktisch den Zugang zu medizinisch notwendigen und langfristig sinnvollen Leistungen. Die zur Ausübung von Selbstbestimmung und Patientensouveränität erforderlichen Wunsch- und Wahlrechte der Versicherten sind dadurch aktuell unzureichend umgesetzt. Das Urteil des BSG vom 07.05.2013 zeigt dies deutlich. Bislang besteht ein Widerspruch zwischen den Vorgaben des SGB V und denen des SGB IX, der nur zulasten der Wahlmöglichkeiten von Versicherten aufgelöst werden kann.

Es ist daher notwendig, die Entscheidung des niedergelassenen Arztes zu stärken. Der behandelnde Arzt entscheidet gemeinsam mit dem Patienten über Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der stationären Leistung für Eltern und Kinder. Die Krankenkasse berät den Versicherten und den verordnenden Vertragsarzt bei der Auswahl der geeigneten Rehabilitationseinrichtung. Durch die vorgeschlagene Änderung wird klargestellt, dass die Wünsche von Versicherten zur Durchführung der Leistung in einer bestimmten Einrichtung berücksichtigt werden müssen.

Eine Regelung zur Übernahme von Mehrkosten bei Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts ist nicht erforderlich und nicht sachgerecht. Im Rahmen der Zulassung nach § 111 SGB V wird die Wirtschaftlichkeit der Einrichtung geprüft. Unwirtschaftliche Einrichtungen erhalten keinen Versorgungsvertrag und sind somit auch nicht wählbar. Mangels eines objektiven Preisfindungssystems könnten etwaige „Mehrkosten“ auch gar nicht berechnet werden.

Aus diesem Grund schlagen wir vor, die § 24SGB V dahingehend zu ändern, dass

- die Krankenkasse bei der Bewilligung der Leistung nur in Abstimmung mit der Versicherten/ dem Versicherten und der Vertragsärztin/ dem Vertragsarzt von dessen Verordnung abweichen darf.
- dem Wunsch der Versicherten/ des Versicherten nach einer Einrichtung mit Versorgungsvertrag stattzugeben ist.
- die Ausübung des Selbstbestimmungsrechts (Wunsch- und Wahlrecht) nicht dazu führt, dass die Versicherte/ der Versicherte mit Mehrkosten belastet wird.

Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) vertritt seit über 60 Jahren die Interessen der 1.000 Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken in privater Trägerschaft. Er ist damit maßgeblicher Spitzenverband der privatwirtschaftlich tätigen Leistungserbringer. Der BDPK steht für Qualität, Innovation und Wirtschaftlichkeit in der stationären Versorgung.