

Auswirkungen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes –GKV-VSG– auf das Leistungs- und Rehabilitationsrecht

Themen: Leistungen

Kurzbeschreibung: Wir stellen die wesentlichsten Änderungen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes in leistungs- und rehabilitationsrechtlicher Hinsicht dar.

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) vom 16. Juli 2015 (BGBl I Seite 1211 ff., Anlage) werden u.a. Regelungen umgesetzt, welche unmittelbar Auswirkungen auf das Leistungs- und Rehabilitationsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung haben. Wir stellen nachfolgend die in dieser Hinsicht wesentlichsten Änderungen dar:

1. Ruhen des Anspruchs (§ 16 Abs. 3a SGB V)

Mit der in § 16 Abs. 3a SGB V vollzogenen Änderung wird klargestellt, dass das Ruhen von Leistungsansprüchen als Sanktionsinstrument bei der Nichtzahlung von Beiträgen nicht eintritt bzw. endet, wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des SGB II oder SGB XII sind bzw. werden.

Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung, die der bisherigen Rechtsauslegung der Krankenkassen entspricht.

2. Medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 Abs. 5 SGB V)

§ 23 Abs. 5 SGB V wird dahingehend ergänzt, dass die Krankenkasse bei der Bestimmung von Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der stationä-

Ihre Ansprechpartner:
Ramon Lang
Abteilung Gesundheit
Ref. Leistungsrecht / Rehabilitation / Prävention / Selbsthilfe
Tel.: 030 206288-3174
leistungen@gkv-spitzenverband.de

Ulrike Gust
Abteilung Gesundheit
Ref. Leistungsrecht / Rehabilitation / Prävention / Selbsthilfe
Tel.: 030 206288-3172
leistungen@gkv-spitzenverband.de

Annett Jacob
Abteilung Gesundheit
Ref. Leistungsrecht / Rehabilitation / Prävention / Selbsthilfe
Tel.: 030 206288-3113
leistungen@gkv-spitzenverband.de

Meinolf Moldenhauer
Abteilung Gesundheit
Ref. Leistungsrecht / Rehabilitation / Prävention / Selbsthilfe
Tel.: 030 206288-3130
rehabilitation@gkv-spitzenverband.de

Sämtliche Rundschreiben finden Sie tagesaktuell unter dialog.gkv-spitzenverband.de



ren Vorsorgeleistungen die Vorschrift des § 9 SGB IX zum Wunsch- und Wahlrecht des Leistungsberechtigten entsprechend zu berücksichtigen hat. Diese Neuregelung gilt nach § 24 Abs. 2 SGB V auch bei Entscheidungen der Krankenkasse über medizinische Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes oder gleichartiger Einrichtungen.

3. Anspruch auf Mutterschaftsgeld

Mit den gesetzlichen Neuregelungen wird Frauen, deren Arbeitsverhältnis unmittelbar vor Beginn der Mutterschutzfrist nach § 3 Abs. 2 Mutterschutzgesetz (MuSchG) endet, ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld eingeräumt, sofern sie am letzten Tag des Arbeitsverhältnisses Mitglied einer Krankenkasse waren. Darüber hinaus besteht nunmehr auch ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld für Frauen, die zu Beginn der Mutterschutzfrist nicht mit Anspruch auf Krankengeld versichert sind, weil ihr Anspruch auf Arbeitslosengeld wegen einer Urlaubsabgeltung nach § 157 SGB III oder einer Sperrzeit nach § 159 SGB III ruht. Dabei wird jedoch klargestellt, dass der Anspruch auf Mutterschaftsgeld für die Zeit des Anspruchs auf Urlaubsabgeltung ruht (vgl. § 24i Abs. 1 und 4 SGB V)

4. Soziale Sicherung von Spendern von Blutstammzellen

Mit dem Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes (BGBl Teil I Nr. 35 vom 25.07.2012, Seite 1601) waren Regelungen zur Absicherung der Spender von Organen oder Geweben bei Bezug von Leistungen im Zusammenhang mit der Spende eingeführt worden (siehe unser Rundschreiben 2013/166 vom 19.04.2013). Mit den aktuellen gesetzlichen Änderungen im GKV-VSG wird ausdrücklich klargestellt, dass diese Regelungen auch bei der Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen im Sinne des § 9 Transfusionsgesetz gelten (vgl. §§ 27 Abs. 1a SGB V, § 44a SGB V, § 3a EntgFG).

Da nicht ersichtlich war, warum Spenden von Blutstammzellen oder auch anderen Blutbestandteilen aus einer peripheren Blutspende, die vom Geltungsbereich des Transfusionsgesetzes erfasst werden, anders behandelt werden sollen als Stammzellspenden aus dem Knochenmark, die den Regelungen der §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes unterfallen, hatten wir im Gemein-

samen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Auswirkungen des Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes vom 19.04.2013 bereits empfohlen, entsprechend zu verfahren. Die gesetzliche Klarstellung sorgt für die notwendige Rechtssicherheit.

Mit der Neuregelung in § 27 Abs. 1a Satz 5 und 6 SGB V erfolgte zusätzlich eine gesetzliche Klarstellung, dass die Erstattung der im Zusammenhang mit einer Spende von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen im Sinne des § 9 Transfusionsgesetz erforderlichen Fahrkosten der Spender und die Erstattung der Entgeltfortzahlung an den Arbeitgeber nach § 3a Abs. 2 Satz 1 EntgFG einschließlich der Befugnis zum Erlass der hierzu erforderlichen Verwaltungsakte auf Dritte übertragen werden kann. Das Nähere kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den für die nationale und internationale Suche nach nichtverwandten Spendern von Blutstammzellen aus Knochenmark oder peripherem Blut maßgeblichen Organisationen vereinbaren.

Hierdurch wird der Abschluss von Vereinbarungen ermöglicht, welche eine bestmögliche Wahrung der Anonymität der Spender und gleichzeitig möglichst verwaltungseinfache Umsetzung der Verfahren sicherstellen. Die Verhandlungen über entsprechende Verfahrensabsprachen wurden bereits aufgenommen.

5. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Durch eine Ergänzung des § 40 Abs. 1 SGB V wird klargestellt, dass ambulante Rehabilitationsleistungen auch mobile Rehabilitationsleistungen durch wohnortnahe Einrichtungen einschließen. Dabei handelt es sich nicht um eine inhaltliche Neuregelung, sondern nur um die explizite Wiederaufnahme der mobilen Rehabilitation in den Gesetzestext.

Weiterhin wird durch eine Änderung des § 40 Abs. 2 Satz 2 SGB V das Wahlrecht des Versicherten erweitert. Diese Wahl war bisher auf eine andere zertifizierte Rehabilitationseinrichtung, mit der die Krankenkassen keinen Versorgungsvertrag geschlossen hatten, beschränkt. Nunmehr kann der Versicherte auch eine andere Vertragseinrichtung wählen. Der Versicherte muss aber weiterhin die durch die Ausübung seiner Wahl entstehenden Mehrkosten grundsätzlich selbst tragen, es sei denn, die Mehrkosten sind unter Beachtung des

Wunsch- und Wahlrechtes nach § 9 SGB IX angemessen. Auf die Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 9 SGB IX wird im Absatz 3 in Bezug auf die Bestimmung einer Rehabilitationseinrichtung durch die Krankenkasse nochmals ausdrücklich hingewiesen. Dabei handelt es sich nicht um eine neue Rechtslage, denn § 9 SGB IX ist auch bisher schon durch die Krankenkassen zu beachten.

Darüber hinaus wird den Versicherten ein Anspruch auf Entlassmanagement gegen stationäre Rehabilitationseinrichtungen eingeräumt. Die Einzelheiten dazu sind in einem Rahmenvertrag auf Bundesebene bis zum 31.12.2015 zu regeln. Die diesbezüglichen Beratungen wurden aufgenommen.

5.1 Nichtärztliche Leistungen für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen

Der neu in das SGB V eingefügte § 43b fundiert den Leistungsanspruch von erwachsenen Versicherten mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen für nichtärztliche Leistungen (z.B. psychologische Leistungen). Es handelt sich um eine flankierende leistungsrechtliche Vorschrift zu den ebenfalls neu in das SGB V aufgenommenen Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (vgl. § 119c SGB V).

6. Beratung und Hilfestellung zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit

In § 44 Absatz 4 SGB V wird ein neuer Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse in Bezug auf Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit eingeführt. In diesem Zusammenhang wird klargestellt, dass die Krankenkasse die für die individuelle Beratung und Hilfestellung erforderlichen personenbezogenen Daten nur mit Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten erheben, verarbeiten und nutzen darf, wobei die Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen werden kann. Auch dürfen die Krankenkassen diese Aufgaben nicht an private Dritte übertragen.

Das Bundesministerium für Gesundheit wird zudem verpflichtet, dem Deutschen Bundestag bis zum 31. Dezember 2018 einen Bericht über die Umset-

zung des Anspruchs auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen vorzulegen.

7. Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld

In § 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V werden die Regelungen zur Entstehung des Anspruchs auf Krankengeld dahingehend angepasst, dass der Anspruch nunmehr generell bereits ab dem Tag der ärztlichen Feststellung entsteht. Nach der bisherigen Rechtslage (mit Ausnahme der Fälle einer Krankenhausbehandlung oder Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 23 Absatz 4, §§ 24, 40 Absatz 2 und § 41 SGB V) entstand der Anspruch erst von dem Tag an, der auf den Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit folgte. Dieser bisher vorgesehene sogenannte Karenztag wird nunmehr gestrichen.

Gleichzeitig wird in § 46 Satz 2 SGB V gesetzlich neu geregelt, dass der Anspruch auf Krankengeld auch dann bestehen bleibt, wenn das Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit am nächsten Werktag nach dem Ende der bisher festgestellten Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. In diesem Zusammenhang wird klargestellt, dass der Samstag in diesem Sinne kein Werktag ist.

Mit den gesetzlichen Änderungen sollen auf Unkenntnis der Rechtslage zurückzuführende Unsicherheiten und dadurch bedingtes Fehlverhalten auf Seiten der Versicherten im Zusammenhang mit dem lückenlosen Nachweis einer fortbestehenden Arbeitsunfähigkeit möglichst vermieden werden. Nach bisheriger Rechtslage mussten die Versicherten die Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit spätestens am Tag des Ablaufs der vorherigen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erneut ärztlich feststellen lassen, um einen nahtlosen Nachweis der Arbeitsunfähigkeit sicherzustellen.

8. Vorherige Genehmigung von Krankentransporten

Durch Änderungen des § 60 SGB V wird klargestellt, dass Krankentransporte zu einer ambulanten Behandlung einer vorherigen Genehmigung durch die Krankenkassen bedürfen.

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (BGBl Teil I Nr. 55 vom 19.11.2003, Seite 2190) wurde § 60 Abs. 1 SGB V dahingehend geändert, dass die Krankenkassen die Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung nur nach vorheriger Genehmigung in besonderen Ausnahmefällen, die der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien festlegt, übernehmen. Aus der Begründung zum Gesetzentwurf wird deutlich, dass der Gesetzgeber schon damals alle Fahrten zur ambulanten Behandlung unter Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen stellen wollte. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelte in der Folge in § 6 Abs. 3 der Krankentransport-Richtlinien dementsprechend einen Genehmigungsvorbehalt für die Krankenkassen für Krankentransporte zu einer ambulanten Behandlung. Vor dem Hintergrund einer anderslautenden Entscheidung des Bundessozialgerichts mit Urteil vom 12.09.2012 – B 3 KR 17/11 R – wird nunmehr die erforderliche Rechtssicherheit geschaffen.

Über Auslegungsfragen zu den gesetzlichen Regelungen wird kurzfristig mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene beraten. In diesem Zusammenhang betroffene gemeinsame Rundschreiben oder Besprechungsergebnisse werden schnellstmöglich aktualisiert.

Mit freundlichen Grüßen

GKV-Spitzenverband

Anlage

1. Veröffentlichung des GKV-VSG im Bundesgesetzblatt