

(14) Ausschuss für Gesundheit
Ausschussdrucksache

0129(6)

vom 1.11.2006

16. Wahlperiode

Gemeinsame Stellungnahme der Spitzenverbände der Leistungserbringer der medizinischen Rehabilitation

zum Entwurf

eines „Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen
Krankenversicherung“
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz GKV-WSG)
BT-Drucks. 16/3100 vom 24.10.2006

**für die Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen
Bundestages am 6. November 2006**

Die unterzeichnenden Spitzenverbände der Leistungserbringer der medizinischen Rehabilitation hatten in ihrem „Gemeinsamen Positionspapier zu den Eckpunkten einer Gesundheits-reform 2006“ unter anderem gefordert:

- Klarstellung aller Rehabilitationsleistungen der GKV als Pflichtleistungen
- Einbeziehung aller Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in den Risikostrukturausgleich
- Änderung des unbedingten Vorrangs der ambulanten Akutversorgung vor der medizinischen Rehabilitation.

Diese von den Spitzenverbänden versorgungspolitisch eingehend begründeten Forderungen haben im vorliegenden Gesetzentwurf keinen Niederschlag gefunden. Deshalb tragen wir sie – ergänzt um weitere Gesichtspunkte – erneut vor, verbunden mit konkreten Gestaltungsvorschlägen für das weitere Gesetzgebungsverfahren. Sollten die Anliegen der Spitzenverbände nicht berücksichtigt werden, wäre eine

Verschlechterung der Versorgung chronifizierend gefährdeter, chronisch kranker oder behinderter Menschen absehbar.

I. Überarbeitungsbedarf

1. Alle Rehabilitationsleistungen sind Pflichtleistungen

§ 40 a SGB V des Gesetzentwurfes stellt klar, dass alle ambulanten und stationären Rehabilitationsleistungen im Bereich der Geriatrie – also insbesondere für alte und hochbetagte Patienten – von der Krankenversicherung als Pflichtleistungen erbracht werden müssen („hat zu erbringen“ statt „kann erbringen“). Die gleiche Klarstellung ist gemäß § 41 Absatz 1 Satz 1 SGB V des Gesetzentwurfes vorgesehen für alle Rehabilitationsleistungen an Mütter oder Väter („haben Anspruch“ statt „kann erbringen“).

Die Klarstellung ist auch notwendig. Denn „ob“ der Versicherte einen Anspruch auf Reha-Leistungen der Krankenkassen hat, ist seit dem 1.7.2001 im SGB V verbindlich geregelt. § 11 Absatz 2 Satz 1 SGB V sieht seit dem Inkrafttreten des SGB IX zum 1.7.2001 vor, dass alle Versicherten auf alle Leistungen der medizinischen Rehabilitation einen unbedingten Rechtsanspruch besitzen („haben Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“). Das „Kann“-Ermessen der Krankenversicherung bezieht sich seitdem ausschließlich auf die Durchführung – also das „Wie“ – der Leistung hinsichtlich Ort, Art, Dauer, Umfang und Beginn (§ 40 Absatz 3 SGB V).

Demgegenüber lässt sich in der Praxis der Krankenkassen eine fehlerhafte Leistungspraxis dahingehend feststellen, dass MDK und Kassen ihr Entscheidungs-Ermessen nicht auf die Durchführung der Rehabilitation beschränken, sondern es auf den Leistungsanspruch insgesamt erweitern. Deswegen ist es erforderlich, den Anspruchsvorrang des Versicherten nach § 11 Absatz 2 Satz 1 SGB V vor dem Entscheidungsermessen der Krankenkassen gesetzlich unmissverständlicher zu formulieren. Für die geriatrische und die Rehabilitation an Mütter und Väter soll dies jetzt geschehen werden. Wir begrüßen diese Entscheidung.

Für alle übrigen Rehabilitationsleistungen hingegen – insbesondere an Kinder, Jugendliche, mitversicherte Familienangehörige und (jüngere Erwerbsunfähigkeits-) Rentner – sieht der Gesetzentwurf keine entsprechende Klarstellung vor; hier bleibt es bei der missverständlichen Ermessens-Formulierung des § 40 Absätze 1 und 2 SGB V, wonach die Krankenkasse Rehabilitationsleistungen an diesen Personenkreis erbringen „kann“.

Deshalb besteht nicht nur hinsichtlich der geriatrischen und der Rehabilitation für Mütter oder Väter gesetzgeberischer Klarstellungsbedarf, sondern unterschiedslos für alle ambulanten und stationären Leistungen der medizinischen Rehabilitation in der Krankenversicherung.

Anderenfalls würden Leistungen der medizinischen Rehabilitation auch weiterhin in vielen Fällen nicht bedarfs- und zielgerecht erbracht werden, dies zu Lasten insbesondere behinderter, chronisch kranker oder von Chronifizierungen bedrohter Menschen.

Letztere Gefahr besteht insbesondere auch deshalb, weil die Klarstellung eines unbedingten Leistungsanspruchs ausschließlich für geriatrische Patienten oder Mütter und Väter den Eindruck erwecken könnte, als solle damit eine Zwei-Klassen-Rehabilitation statuiert werden. Im Gefolge würde es zu einer massiven Unterversorgung chronisch kranker Menschen mit indikationsspezifischen Rehabilitationsleistungen zum Beispiel für Schlaganfall-, MS-, Parkinson-, Herzinfarkt-, Rheuma-, und orthopädische Patienten sowie psychisch und psychosomatisch Kranke kommen.

Dieser Effekt würde durch die in § 23 Absatz 8 SGB V gesetzlich vorgesehene Budgetierung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation noch verstärkt, weil die budgetierten Mittel dann vorrangig für die vermeintlichen Reha-Vorrang-Pflichtleistungen nach §§ 40 a und 41 SGB V verwendet würden. Der in § 11 Absatz 2 SGB V enthaltene Rechtsanspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation würde sich dann nicht mehr erfüllen lassen.

Dies stünde in einem krassen Gegensatz zu dem mit der Gesundheitsreform 2004 neu eingeführten, ausweislich der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes das gesamte Leistungshandeln der Krankenkassen bindenden Grundsatz, dass den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen ist (§ 2a SGB V). Einer solchen Gefahr muss der Gesetzgeber vorbeugend entgegenzutreten.

Ergebnis:

Die §§ 40 Absätze 1 und 2 und 11 Absatz 2 Satz 1 SGB V sind wie unter II. Ziffern 1, 2 und 3 dieser Stellungnahme dargestellt zu ändern. § 40a n.F. ist zu streichen.

2. Vorrang der ambulanten Akutversorgung vor der Rehabilitation muss eingeschränkt werden.

Der bislang in § 40 Absatz 1 SGB V normierte, unbedingte Vorrang der ambulanten Akutversorgung vor Maßnahmen der ambulanten oder stationären Rehabilitation führt immer häufiger dazu, dass die Krankenkassen und der MDK dazu übergehen, Reha-Anträge mit der Begründung abzulehnen, die am Ort vorhandenen Mittel der ambulanten Akutversorgung reichten aus. So wird etwa der von der Hausärztin eingehend begründete Antrag einer 80-jährigen Patientin mit einer Gonarthrose im Kniegelenk, chronischem Asthma und schwerem Altersdiabetes auf stationäre Rehabilitation mit der Begründung zurückgewiesen, der Besuch weiterer Fachärzte, zusätzliche physiotherapeutische Behandlungen und Ernährungsberatung seien ausreichend. Derartige – kostentreibende – Begründungen werden selbst in Widerspruchsverfahren aufrechterhalten.

Um diesen Missbrauch von Mitteln der ambulanten Akutversorgung zu Lasten der medizinischen Rehabilitation einzudämmen, ist es notwendig, die Vorschrift des § 40

Absatz 1 SGB V ergänzend dahingehend zu formulieren, dass eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation immer dann indiziert ist, wenn die Mittel der ambulanten Akutversorgung „nicht erfolgversprechend“ sind. Die Formulierung muss auf § 40 Absatz 2 erweitert werden, um sicherzustellen, dass die Mittel der ambulanten und stationären Rehabilitation in Übereinstimmung mit § 19 Absatz 2 SGB IX differenziert eingesetzt werden.

Ergebnis:

Die §§ 40 Absätze 1, 1. Halbsatz und 2 Satz 1 SGB V sind wie unter II. Ziffern 1 und 2 dieser Stellungnahme dargestellt zu ändern.

3. Alle Leistungen zur medizinischen Rehabilitation müssen Bestandteil des Risiko-Strukturausgleiches werden

Weil alle Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der Krankenversicherung seit dem 1.7.2001 originäre Pflichtleistungen sind, besteht auch bezüglich des Risiko-Strukturausgleiches Klarstellungsbedarf.

Im Risikostrukturausgleich der Krankenversicherung werden bislang ausdrücklich nur solche Reha-Maßnahmen berücksichtigt, die im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt geschehen. Doch lediglich ca. 30 % aller medizinischen Reha-Maßnahmen der Kranken- und Rentenversicherung werden im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt durchgeführt (sog. Anschluss-Rehabilitation). 70% sind Maßnahmen, die – als sog. allgemeine Heilverfahren – bei chronischen Erkrankungen erfolgen oder Chronifizierungen vorbeugen sollen. Die Krankenkassen werden auf diese Weise veranlasst, chronisch kranken oder in dieser Weise gefährdeten Menschen, die nicht zuvor im Krankenhaus behandelt wurden, notwendige Leistungen zur Rehabilitation vorzuenthalten.

Deshalb ist eine gesetzliche Klarstellung dahingehend erforderlich, dass alle medizinischen Reha-Leistungen der GKV – nicht nur die Anschlussrehabilitations-Maßnahmen – in den Risikostrukturausgleich einbezogen und die Ausgaben für alle diese Pflichtleistungen in den standardisierten Leistungsaufwendungen nach § 266 Absatz 2 SGB V zu berücksichtigen sind.

Ergebnis:

§ 266 Absatz 4 Satz 2 SGB V ist wie unter II. Ziffer 4 dieser Stellungnahme dargestellt zu ändern.

4. Zertifizierungspflicht muss auf alle ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen unter maßgeblicher Mitwirkung der Leistungserbringer erstreckt werden

Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen zur Zertifizierung stationärer Rehabilitationseinrichtungen (§§ 20 Absätze 2 und 2a SGB IX) werden begrüßt. Sie müssen jedoch zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung auch für alle ambulanten Rehabilitationseinrichtungen gelten; auch für sie ist eine

nachweisbare Transparenz der Qualität im Sinne der internen und externen Qualitätssicherung zwingend. Entsprechende Zertifizierungs-Verfahren für ambulante Reha-Einrichtungen sind auf dem Markt eingeführt und in Anwendung.

Internes Qualitätsmanagement und dessen Zertifizierung ist nach § 135 a Absatz 2 Nr. 2 SGB V Aufgabe der Leistungserbringer. Die Leistungserbringer tragen auch die hierfür anfallenden Kosten für die Einführung, Weiterentwicklung und Zertifizierung des internen Qualitätsmanagements (Umkehrschluss aus § 137d Absatz 1 Satz 2 SGB V in der Fassung des Gesetzentwurfes).

Deshalb müssen die Leistungserbringer bei der Festlegung der grundsätzlichen Anforderungen an das interne Qualitätsmanagement und das Zertifizierungsverfahren als gleichberechtigte Partner mitverhandeln. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass die Leistungserbringer auch die Anforderungen an die im Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen liegenden Maßnahmen der externen Qualitätssicherung vereinbaren (vgl. § 137 d Absatz 1 SGB V in der Fassung des Gesetzentwurfes).

Ergebnis:

§ 20 Absätze 2 und 2a SGB IX sind wie unter II. Ziffern 5 und 6 dieser Stellungnahme dargestellt zu ändern.

5. Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation muss auch in der private Krankenversicherung verallgemeinert werden

Noch immer haben privat krankenversicherte Personen keinen generellen Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Während solche Leistungen im Standardtarif explizit ausgeschlossen sind, müssen sie in erweiterten Tarifmodellen bereits beim Abschluss des Versicherungsvertrages vereinbart werden. Auch die nachträgliche Einbeziehung in den laufenden Versicherungsvertrag ist nicht möglich. Im Basistarif hingegen sind diese Leistungen durch den Bezug auf die Leistungen der GKV nach dem 3. Kapitel des SGB V enthalten.

Da die Versicherten in aller Regel aus finanziellen Gründen den preiswerteren Standardtarif wählen, ist das finanzielle Pflegerisiko für diesen Personenkreis nach Verwendung ihres privaten Vermögens gesamtgesellschaftlich aufzubringen. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation müssen deshalb von einer – nach den eigenen Feststellungen der privaten Versicherungsbranche – umfassenden und hochwertigen, privaten Krankheitskostenvollversicherung standardmäßig angeboten werden.

Ergebnis:

§ 178 b VVG ist wie unter II. Ziffer 7 dieser Stellungnahme dargestellt zu ändern.

6. Vorgaben für die Statistik der GKV (Allgemeine Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung – KSVwV) müssen angepasst werden

Die in der Begründung zu §§ 24 und 41 SGB V des Gesetzentwurfes angekündigten Statistikerlasse des BMG über die Erweiterung der statistischen Erhebungen zu Maßnahmen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter/Vater-Kind-Leistungen um die Merkmale „Antragstellungen“ und „Erledigung der Antragstellung“ sind grundsätzlich zu begrüßen.

Allerdings reichen die vorgesehenen Änderungen nicht aus. Zum einen entsprechen die Begrifflichkeiten in § 7 KSVwV noch nicht den seit dem Jahr 2000 geltenden gesetzlichen Begrifflichkeiten der Vorsorge und Rehabilitation. Dort wird noch immer der Begriff „Kuren“ verwendet. Zum anderen sind entsprechend erweiterte Statistikvorgaben für die Leistungen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation auch im Bereich der Leistungen nach §§ 23, 40 und 40 a SGB V dringend erforderlich.

Die Deutsche Rentenversicherung verfügt bereits seit Jahrzehnten über entsprechende indikationsbezogene Antrags- und Genehmigungsstatistiken. Das erleichtert die Transparenz des Leistungsgeschehens. Dies muss künftig auch für die Gesetzliche Krankenversicherung gelten.

Ergebnis:

§ 7 Absätze 1 und 2 KSVwV sind wie unter II. Ziffer 8 dieser Stellungnahme dargestellt zu ändern. Dies muss zu den notwendigen Folge-Änderungen in der Statistik KG 5 führen.

II. Lösungsvorschläge

Hinweis: Änderungen zur geltenden Rechtslage und zum Entwurf des GKV-WSG sind durch Unterstreichungen kenntlich gemacht.

1. § 40 Absatz 1 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus oder ist sie nicht erfolversprechend, um die in § 11 Absatz 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, hat die Krankenkasse die aus medizinischen Gründen erforderlichen ambulanten Rehabilitationsleistungen in einer nach § 20 Absatz 2 a des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, 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, die nach § 20 Absatz 2 a des Neunten Buches zertifiziert sind, zu erbringen.“

2. § 40 Absatz 2 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus oder ist sie nicht erfolversprechend, hat die Krankenkasse stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in einer nach § 20 Absatz 2 a des Neunten Buches zertifizierten Einrichtung zu erbringen, mit der ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht. Der Versicherte kann zwischen geeigneten und

zertifizierten Einrichtungen, mit denen Versorgungsverträge nach § 111 bestehen, wählen“.

3. § 11 Absatz 2 Satz 1 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Leistungen der geriatrischen Rehabilitation und der Rehabilitationsleistungen in Mutter/Vater-Kind-Einrichtungen sowie auf unterhaltssichernde...“ .

§ 40 a in der Fassung des Gesetzentwurfes wird gestrichen.

4. § 266 Absatz 4 Satz 2 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Rehabilitation (§ 40) ...“

(In diesem Zusammenhang ist die korrespondierende Risiko-Strukturausgleichsverordnung (RSA-V) anzupassen.)

5. § 20 Absatz 2 SGB IX n.F. wird wie folgt gefasst:

„Ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen haben sich an dem Zertifizierungsverfahren nach Absatz 2 a zu beteiligen.“

6. § 20 Absatz 2 a SGB IX n.F. wird wie folgt gefasst:

„Die Spitzenverbände der Rehabilitationsträger nach § 6 Nr.1 und 3 bis 5 vereinbaren mit den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen die grundsätzlichen Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement nach Absatz 2 Satz 1 sowie grundsätzliche Anforderungen an unabhängige Zertifizierungsverfahren, mit denen die erfolgreiche Umsetzung des Qualitätsmanagements in regelmäßigen Abständen nachgewiesen wird. Den Verbänden behinderter Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“

7. § 178 b Absatz 1 VVG (Versicherungsvertragsgesetz) wird wie folgt gefasst:

„Bei der Krankheitskostenversicherung haftet der Versicherer im vereinbarten Umfang für die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen, für notwendige Leistungen zur medizinische Rehabilitation und für sonstige vereinbarte Leistungen einschließlich ... Leistungen zur medizinische Rehabilitation werden unter Beachtung des SGB IX erbracht.“

(In diesem Zusammenhang ist die korrespondierende Musterbedingung für private Krankenversicherungen (MB/KK 94) in § 4 Absatz 2 anzupassen. Auch im Standardtarif der privaten Krankenversicherung ist die Leistungspflicht für medizinische Rehabilitation entsprechend § 40 Absatz 1 und Absatz 2 SGB V in der Ausgestaltung des § 11 Absatz 2 SGB V als Pflichtleistung aufzunehmen.)

8. § 7 KSVwV wird wie folgt gefasst:

„§ 7 Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation

(1) Die Versicherungsträger erfassen für den Zeitraum jeden Kalenderjahres die Zahl der eingegangenen Leistungsanträge zur medizinischen Vorsorge getrennt nach Krankheitsartengruppen der ICD 10 und nach der Art ihrer Erledigung sowie die Dauer für genehmigte Leistungen und die auf abgelehnte Leistungsanträge eingegangenen Widersprüche nach der Art ihrer Erledigung getrennt nach

ambulante Leistungen am Kurort (§ 23 Absatz 2 SGB V),

stationäre Leistungen (§ 23 Absatz 4 SGB V),

Leistungen für Mütter und Väter (§ 24 SGB V),

Versichertengruppen.

(2) Die Versicherungsträger erfassen für den Zeitraum jeden Kalenderjahres die Zahl der eingegangenen Leistungsanträge zur medizinischen Rehabilitation getrennt nach Krankheitsartengruppen der ICD 10 und nach der Art ihrer Erledigung sowie die Dauer für genehmigte Leistungen und die auf abgelehnte Leistungsanträge eingegangenen Widersprüche nach der Art ihrer Erledigung getrennt nach

ambulante Leistungen (§ 40 Absatz 1 SGB V),

stationäre Leistungen (§ 40 Absatz 2 SGB V),

Anschlussrehabilitationsleistungen (§ 40 Absatz 6 SGB V),

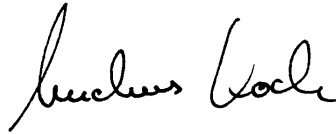
Leistungen für Mütter und Väter (§ 41 SGB V),

Versichertengruppen.

(3) Die Versicherungsträger legen die Daten nach Absatz 1 und 2 bis zum 30.4. des dem Berichtsjahr folgenden Jahres den für sie nach § 79 Absatz 1 SGB IV zuständigen Stellen vor.“



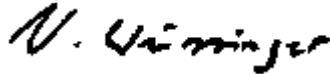
Thomas Bublitz
Geschäftsführer
Bundesverband Deutscher
Privatkliniken e.V.
Robert-Koch-Platz 4
10115 Berlin



Dr. Andreas Koch
Geschäftsführer
Bundesverband für stationäre
Suchtkrankenhilfe e.V.
Wilhelmshöher Allee 273
34131 Kassel



Dr. Wolfgang Heine
Geschäftsführer
Deutsche Gesellschaft für
Medizinische Rehabilitation e.V.
Fasanenstr. 5, 10623 Berlin



Dr. Volker Weissinger
Geschäftsführer
Fachverband Sucht e.V.
Walramstr. 3
53175 Bonn