

Frau Bundestagsabgeordnete
Dr. Martina Bunge Deutscher
Bundestag Platz der Republik
1 11011 Berlin

AUFSICHTSRAT

Postfach 1151
[1-94067 Bad Füssing
Telefon+49 (8531) 23 21 02
Fax: +49 (8531) 23 27 32
E-Mail: vorstand@johannesbad.de
www.johannesbad.de

Ihr Zeichen/Ihre Nachricht vom

.. .. Unsere Zeichen

'----- Bad Füssing, den

JZ/WS

27. Oktober 2006

Sehr geehrte Frau Dr. Bunge,

die jetzt anstehende neue Gesundheitsreform, besonders der Referentenentwurf des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung ist Anlass, Sie um Unterstützung zu bitten. Das jetzt beginnende Gesetzgebungsverfahren bietet die Möglichkeit Veränderungen beziehungsweise Verbesserungen einzubringen und auch durchzusetzen. Anlässlich eines zweistündigen Gesprächs, das ihre Kollegin Bundestagsabgeordnete Jella Teuchner, Mitglied des Ausschusses für Gesundheit im Bundesgesundheitsministerium, vermittelt hatte, informierte uns Regierungsdirektor Joachim Becker, Leiter des Referates „Leistungs- und Beitragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung“ über den aktuellen Stand des Verfahrens sowie über gesetzliche Grundlagen.

Ich darf Sie bitten, unsere Anliegen:

- Umwandlung aller Rehabilitationsleistungen in Pflichtleistungen
- Einbeziehung aller Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in den Risikostrukturausgleich
- Beseitigung des unbedingten Vorrangs der ambulanten Akutversorgung vor der Rehabilitation.

zu unterstützen.

In § 40 Abs. 1 und 2 ist geregelt, dass die Krankenkasse Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringen „kann“. Hieraus wird in der Praxis sehr oft geschlossen, Rehabilitationsleistungen seien Ermessens-Leistungen. Für die Rechtsnatur der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation trifft dies jedoch nicht zu. Seit dem 01.07.2001 haben Versicherte nach § 11 Abs. 2, Satz 1 SGB V Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Der Anspruch entsteht, wie bei allen anderen Leistungen der GKV auch, wenn die versicherungs- und leistungsrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. Doch, wie sieht es in der Praxis tatsächlich aus? Die bisherigen Erfahrungen mit der Leistungspraxis der Krankenkassen weist sehr oft eine fehlerhafte Rechtsanwendung durch Interpretations- und Auslegungsschwierigkeiten des § 40 SGB V nach. Die Folge ist, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation häufig nicht bedarfs- und zielgerichtet erbracht werden. Dem gesetzlichen Auftrag mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, entsprechen somit die Krankenkassen häufig nicht. Die im GKV-WSG-Entwurf enthaltenen Formulierungen zu §§ 40 a und 41 SGB werden diese Auslegungsschwierigkeiten zusätzlich verstärken, weil unterstellt werden wird, dass die dann unterschiedlichen Formulierungen in den § 40 einerseits den §§ 40 a und 41 andererseits ihren Ursprung in einer unterschiedlichen Rechtsnatur dieser Leistungen hätten.

- Seite 1 von 2 -

- **Rechtsform:** Aktiengesellschaft • Amtsgericht Saarbrücken HRB 12428
- **Sitz der Gesellschaft:** Saarbrücken • **Bankverbindung:** HypoVereinsbank Passau; BLZ 740 200 74; Kto 368 925 713
- **Aufsichtsrat:** Dr. med. Johannes Zwick
- **Vorstand:** Dipl.-Betriebswirt Helmut Karg

| " 0 " " " " "

Dadurch wird es durch die Einstufung von Eltern-Kind-Leistungen und der Geriatrie als Pflichtleistungen zu einer massiven Unterversorgung chronisch kranker Menschen mit indikationsspezifischen Rehabilitationsleistungen, zum Beispiel für orthopädische Patienten oder für psychosomatisch Kranke kommen. Dieser Effekt wird durch die bereits im Gesetz nach § 23 Abs. 8 SGB V vorgesehene Budgetierung der Leistungen der medizinischen Rehabilitation noch verstärkt, weil dann die budgetierten Mittel vorrangig für die neuen, vermeintlichen Pflichtleistungen verwendet werden. Dadurch wird sich der in § 11 Abs. 2 SGB V enthaltene Rechtsanspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht mehr erfüllen lassen.

Aus unserer Sicht ist es deshalb zwingend notwendig, alle Leistungen der medizinischen Rehabilitation als Pflichtleistungen einbezogen in den Risiko-Strukturausgleich genauso wie Eltern-Kind-Leistungen oder die Geriatrie im Leistungskatalog zu verankern.

Sollten nämlich, wie zu erwarten, die für die medizinische Rehabilitation übrig bleibenden Mittel vorrangig in die geriatrische Rehabilitation oder an Mütter und Väter fließen, dann hätten alle anderen chronisch Kranken, von Chronifizierung bedrohten, oder behinderten Menschen das Nachsehen. Diese Entwicklung wäre sicher nicht nur nach unserer Beurteilung gesundheitspolitisch kontraproduktiv und gesundheitsökonomisch kostentreibend. Denn Rehabilitation sollte nach ihrem gesetzlichen Auftrag so frühzeitig wie möglich einsetzen, damit chronische Erkrankungen vermieden, ihre Folgen reduziert und die Notwendigkeit einer aufwändigen geriatrischen Versorgung so lange als möglich hinausgeschoben wird. Mit der absehbaren Zwei-Klassen-Reha würde der Gesetzgeber genau den umgekehrten Weg gehen. Erst dann, wenn es zu spät ist, sollen - so die Folgen der jetzt vorgesehenen Regelung - die Krankenkassen zur Rehabilitation verpflichtet werden. Das würde die Zielsetzungen der Rehabilitation auf den Kopf stellen. Deshalb bitten wir Sie um Unterstützung für das Anliegen, alle medizinischen Reha-Leistungen der Krankenversicherung als Pflichtleistungen gesetzlich zu verankern und in den Risiko-Strukturausgleich einzubeziehen.

Über die Übermittlung Ihrer Meinung zu diesen Vorschlägen würde ich mich sehr freuen. Ich danke Ihnen sehr herzlich für Ihre Bemühungen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Johannes Zwick

AOFSICHTSRAT