

# „Auswirkungen der Gesundheitsreform 2007 auf die Medizinische Rehabilitation“

Referat von Harry Fuchs, Düsseldorf  
im Rahmen des 1. REHA-Rechtstags am 11. Mai 2007 in Berlin  
durchgeführt von der Deutschen **Anwalt** Akademie und der DEGEMED

## 1. Einleitung

Seit dem Inkrafttreten des Fünftes Sozialgesetzbuches (SGB V)<sup>1</sup> regelt dessen § 11 Abs. 2 den Anspruch auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation<sup>2</sup>, während § 40 SGB V die Gestaltung und Ausführung dieser Leistungen in das pflichtgemäße Ermessen der Krankenkassen<sup>3</sup> stellt.

Bis zum Inkrafttreten der Gesundheitsreform 2000<sup>4</sup> am 1.1.2000 waren medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation keine eigenständigen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), sondern Bestandteil der Leistungen der in § 11 Abs. 1 SGB V aufgelisteten Leistungen der Krankenversorgung. Durch die Integration der Rehabilitationsleistungen in die Krankenversorgung bewegten sich die spezifischen Ziele der medizinischen Rehabilitation der GKV im Rahmen der in § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V für die Krankenbehandlung beschriebenen Ziele. Daraus folgerten die Träger der Krankenversicherung, dass ein Anspruch auf Rehabilitationsleistungen der GKV nur gegeben sei, wenn mit diesen Leistungen neben den in § 11 Abs. 2 SGB V auf die Behinderung bezogenen Ziele zugleich auch Ziele der Krankenbehandlung nach § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V erreicht werden können.

Mit der Gesundheitsreform 2000<sup>5</sup> wurde durch eine Neufassung des § 11 Abs. 2 SGB V klargestellt, dass in der GKV ein eigenständiger Rechtsanspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – neben den Leistungen der Krankenversorgung – besteht. Die geänderte Vorschrift gewährt ab 1.1.2000 nicht nur einen Rechtsanspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Sie löst die Aufgabenstellung und Zielsetzung der Rehabilitationsleistungen der GKV auch von denen der Krankenversorgung<sup>6</sup> und stellt sie auf die Grundlage des RehaAnglG<sup>7</sup>.

Mit dem Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX) und seiner Orientierung an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO wurden die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation aller Rehabilitationsträger – auch die der GKV – auf die Förderung der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe behinderter und chronisch kranker Menschen am Leben in der Gesellschaft orientiert.

Der im Rehabilitationsrecht der GKV ab 2000 und 2001 vollzogene Paradigmenwechsel hat die Praxis der GKV bis in die jüngste Zeit hinein nicht vollständig durchdrungen. Dies zeigt auch das Gesetzgebungsverfahren zum GKV-WSG.

---

<sup>1</sup> Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheitsreformgesetz – GRG) vom 20.12.1988, BGBl I S. 2477

<sup>2</sup> Ob und unter welchen Leistungen beansprucht werden können

<sup>3</sup> Wie und auf welche Weise diese Leistungen auszuführen sind

<sup>4</sup> vergl. § 11 Abs. 2 SGB V in der Fassung des Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz –GRG-) vom 20.12.1988, BGBl I, S 2477

<sup>5</sup> vergl. Art 1 Nr. 7 des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 – GKV-GRG 2000) vom 22.12.1999, BGBl I 2626

<sup>6</sup> § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V: Krankheiten erkennen, zuheilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.

<sup>7</sup> Wagner in Krauskopf, Kommentar zur Sozialen Krankenversicherung, Rz 4 zu § 11 Abs. 2 SGB V in der Fassung vom 1.1.2000

Das SGB IX wirkt in ähnlicher Weise bereichsübergreifend, wie die Regelungen des Ersten, des Vierten und des Zehnten Sozialgesetzbuches<sup>8,9</sup>. Gesetzgeberische Maßnahmen im Bereich der medizinischen Rehabilitation können damit nur im Kontext des SGB IX gestaltet werden, wenn das Kernziel des SGB IX – die Konvergenz der Rehabilitationsleistungen und des Leistungsverfahrens sowie die Koordination und Kooperation der Rehabilitationsträger – nicht in Frage gestellt werden soll. Während des Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-WSG wurde einerseits Handlungsbedarf für Sachverhalte gesehen, die bereits wirksam durch das SGB IX geregelt sind (z.B. Versorgungsmanagement). Andererseits wurde deutlich, dass einige Beteiligte die medizinische Rehabilitation der GKV unverändert im Sinne des bis 31.12.1999 geltenden Rechts bewerten und Regelungen anstreben, die zwar für die Krankensorgung geeignet sein mögen, den Maßstäben der ICF und des SGB IX allerdings nicht gerecht werden.

Die während des Gesetzgebungsverfahrens zum Recht der medizinischen Rehabilitation von den verschiedenen Systembeteiligten, insbesondere den Verbänden der Berechtigten und Leistungserbringer, aber auch verschiedenen Behindertenpolitikern gefertigten Stellungnahmen und Änderungsanträge enthielten neben Vorschlägen zum Leistungsrecht durchweg Hinweise auf die mangelnde Konvergenz des Gesetzesentwurfs mit dem SGB IX.

## 2. Regelungsabsichten der Bundesregierung

Die Eckpunkte der Bundesregierung enthielten einen Abschnitt „Stationäre Versorgung einschließlich der stationären Rehabilitation“ (Ziffer 5), in dem

- zur „Garantie“ der Qualität der Rehabilitationseinrichtungen eine regelmäßige unabhängige Zertifizierung vorgesehen wurde, für die gemeinsame Qualitätsstandards der GKV und GRV zu Grunde gelegt werden sollen. Beim Vertragsabschluß soll auf Trägervielfalt geachtet werden (so bereits in § 19 Abs. 4 Satz 1 SGB IX verbindlich geregelt)
- Versicherten das Recht eingeräumt werden soll, auch eine andere zertifizierte als die von seiner Kasse unter Vertrag stehende Reha-Einrichtung in Anspruch zu nehmen, wobei sie evtl. Mehrkosten tragen sollen (Wunschrecht bereits in § 9 Abs. 1 SGB IX geregelt)

Nach Abschnitt „Schnittstellen zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege“ (Ziffer 9) sollte mit Wirkung für die Rehabilitation

- zur besseren Vernetzung der Leistungsangebote bei Entlassung aus dem Krankenhaus durch ein verbessertes Entlassungsmanagement eine sachgerechte Anschlussversorgung sicher gestellt werden.
- erreicht werden, dass Patienten notwendige Präventions- und Reha-Leistungen zur Vermeidung oder Verhinderung einer Verschlechterung von Pflegebedürftigkeit tatsächlich erhalten. Dazu
- sollte der Anspruch auf ambulante und stationäre Rehabilitation für den Bereich der Geriatrie von einer Ermessens – in eine Pflichtleistung umgewandelt werden. Im Gegenzug bleibt die medizinische Behandlungspflege auf Dauer in der Finanzverantwortung der Pflegeversicherung<sup>10</sup>.

Der Abschnitt „Leistungskatalog und Zuzahlungen“ (Ziffer 13) sah als „zusätzliche Leistung“ die geriatrische Rehabilitation vor. Vater-Mutter-Kind-Kuren sollten in Regel- und Pflichtleistungen überführt werden.

In der Anlage 11 wurden diese Regelungsabsichten dahingehend vertieft, dass in die Vorgaben für die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses die Abgrenzungskriterien und die Definition der geriatrischen Rehabilitation aufzunehmen sind. Im Übrigen sollten die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich Richtlinien für den Abschluss

---

<sup>8</sup> BT-Drucks. 15/4575, S. 21.

<sup>9</sup> BT-Drucks. 14/5074, S. 94.

<sup>10</sup> vergl. dazu: Fuchs, „Gesundheitsreform belastet Heimbewohner, Pflegeversicherung und Sozialhilfeträger“, Soziale Sicherheit 12/2006, S. 418 ff

von Versorgungsverträgen mit stationären Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation aufstellen.

Der gesetzgeberische Handlungsbedarf zur geriatrischen Rehabilitation wurde mit der Beseitigung der seit längerer Zeit diskutierten Schnittstellen zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung sowie dem Ziel der Optimierung der Versorgung der Versicherten begründet. Dazu sollten Präventions- und Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit an der Nahtstelle von Kranken- und Pflegeversicherung deutlich verbessert werden. Gerade in der ambulanten und stationären Geriatrie seien Versorgungsmängel unbestritten. Die beklagte mangelhafte Umsetzung von Maßnahmen geriatrischer Rehabilitation werde u.a. auch auf die Ausgestaltung der Rehabilitation als Ermessensleistung zurückgeführt<sup>11,12</sup>.

Im Abschnitt „Reform der Institutionen“ (Ziffer 14, Buchst. k) sollte sichergestellt werden, dass die Kranken- und Pflegekassen die fachliche Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes (MDK) respektieren und ihn nicht in unverhältnismäßiger Weise zur Einzelfallsteuerung einsetzen. Dies sollte nach der Anlage 12 dadurch geschehen, dass die Krankenkassen die Notwendigkeit einer medizinischen Reha-Leistung nicht mehr generell vor der Bewilligung, sondern nur noch bei beantragter Verlängerung durch den MDK prüfen lassen.

Letztlich sollte die Pflegeversicherung in die integrierte Versorgung eingebunden werden (Ziffer 3, Buchst. d).

### **3. Änderungen des Rehabilitationsrechts durch das GKV-WSG**

Nicht alle der in den Eckpunkten enthaltenen Regelungsabsichten wurden in der angestrebten Weise in das GKV-WSG aufgenommen. Demgegenüber wurden während des Gesetzgebungsverfahrens weitere Änderungen vollzogen, die in den Eckpunkten nicht enthalten waren.

#### **3.1 Rechtsanspruch auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation**

Der Gesetzgeber hat die mit der nicht sachgerechten Durchführung des seit 1.1.2000 in der GKV bestehenden umfassenden und ungeteilten Rechtsanspruchs auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation verbundenen Irritationen nunmehr beseitigt. Dazu wurden in § 40 SGB V, der das Gestaltungsermessen der GKV bei der Entscheidung und Ausführung der Leistungen regelt, entsprechende Klarstellungen vorgenommen.

Danach ist nunmehr nicht mehr streitig, dass in der GKV ein Rechtsanspruch auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation für Erwachsene und Kinder/Jugendliche, alte und junge Menschen, indikationsbezogen und auch für die Folgen von Alterskrankheiten (Geriatrie) besteht. In der Begründung zu dem während des Gesetzgebungsverfahrens zum Regierungsentwurf beschlossenen Änderungsantrag wurde auch klargestellt, dass die Kosten dieser Pflichtleistungen in den jeweiligen Finanzausgleich (Risikostrukturausgleich/ Gesundheitsfonds) einzubeziehen sind.

Das den Krankenkassen in § 40 Abs. 3 SGB V eingeräumte Gestaltungsermessen blieb unverändert. Sie haben auch weiterhin über Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden.

---

<sup>11</sup> Bundesregierung, Eckpunkte zur Gesundheitsreform 2006, Anlage 11, S. 49, 50

<sup>12</sup> Zu der Fehleinschätzung der Ursachen für die Schnittstellenprobleme vergl.: Fuchs, „Geriatrische Rehabilitation aus dem Blickwinkel des SGB IX“, [www.harry-fuchs.de](http://www.harry-fuchs.de)

### 3.2 Geriatrische Rehabilitation

Mit Blick auf die Klarstellung des umfassenden Rechtsanspruchs wurde auf die ursprünglich beabsichtigte Einführung eines eigenständigen Anspruchs auf geriatrische Rehabilitation verzichtet und die im Regierungsentwurf enthaltene Regelung eines § 40a SGB V wieder gestrichen.

Die Absicht, den Gemeinsamen Bundesausschuss mit der Definition der geriatrischen Rehabilitation und den Abgrenzungskriterien zu beauftragen, wurde ebenso wenig in das SGB V aufgenommen, wie die Verpflichtung der Spitzenverbände, eine Richtlinie zum einheitlichen Abschluss von Versorgungsverträgen zu erlassen. Da weder die Aufgabenstellung noch die Richtlinienkompetenz des Gemeinsamen Bundesausschuss verändert wurden, hat er in diesem Bereich weiterhin keinerlei Legitimation. Die Rehabilitationsträger haben vielmehr unverändert ihren entsprechenden Pflichten im Rahmen des Leistungserbringungsrechts des SGB IX nachzukommen (insbesondere §§ 12,13,20,21 SGB IX).

Abgesehen von dem in § 11 Abs. 2 SGB V verankerten Grundsatz Rehabilitation vor Pflege regelt der Gesetzgeber auch weiterhin nicht, was unter geriatrischer Rehabilitation zu verstehen ist, welche Rehabilitationsbedarfe diese Leistung zu decken hat, unter welchen Voraussetzungen eine solche Leistung beansprucht werden kann und was diese Leistung beinhaltet.

Alle diese Fragen sind im Neunten Sozialgesetzbuches entweder mit unmittelbarer Wirkung für die GKV geregelt oder in seinem Lichte zu beantworten. Vergleiche dazu den umfassenden Beitrag des Verfassers „Geriatrische Rehabilitation aus dem Blickwinkel des Neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX)“.<sup>13</sup>

### 3.3 Ambulante (auch aufsuchende) Rehabilitation

Reicht eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 SGB V beschriebenen Ziele zu erreichen, erbringt die Krankenkasse erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen entweder in/durch stationäre(n) Rehabilitationseinrichtungen mit Versorgungsvertrag oder in wohnortnahen Einrichtungen (durch Dienste), soweit dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung erforderlich ist. Die Formulierung „ambulante Rehabilitation“ besagt zunächst ganz banal, dass es sich um nicht stationäre Ausführungsformen handelt. Obwohl der Gesetzgeber ausdrücklich keine weitere Beschränkung auf bestimmte Formen der ambulanten Rehabilitation vorgenommen hatte und die ambulante Rehabilitation - mit Blick auf die entsprechenden Formulierungen in dem auch für die GKV wirksamen Leistungserbringungsrecht des SGB IX<sup>14</sup> – auch die Ausführung durch Rehabilitationsdienste beinhaltet, wurde in der Praxis wegen der Formulierung „in wohnortnahen Einrichtungen“ bezweifelt, dass damit auch die Ausführung in mobiler, aufsuchender Form z.B. in der häuslichen Umgebung erfasst sei. Diese Zweifel hat das GKV-WSG durch die Klarstellung beseitigt, dass die ambulante Rehabilitation „durch“ wohnortnahe Einrichtungen erbracht wird.

Aus dem gleichen Grund wurde von den Krankenkassen bisher auch die Ausführung ambulanter Rehabilitationsleistungen für pflegebedürftige Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen abgelehnt. Auch hierzu stellt das GKV-WSG in § 40 Abs. 1 Satz 2 SGB V klar, dass ambulante Rehabilitationsleistungen auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 SGB XI zu erbringen sind. Aus der ausdrücklichen Klarstellung der rehabilitativen Leistungsausführung in stationären Pflegeeinrichtungen kann nicht abgeleitet

---

<sup>13</sup> [www.harry-fuchs.de](http://www.harry-fuchs.de)

<sup>14</sup> §§ 17 Abs. 1 Nr. 3, 19 Abs. 1 und 5 SGB IX

werden, dass die ambulante Rehabilitation, die durch mobile Rehabilitationsdienste für Anspruchsberechtigte in Behinderteneinrichtungen erbracht wird, nicht eine ambulante Rehabilitationsleistung iS des § 40 Abs. 1 SGB V ist. Die Vorschrift ist unter Beachtung des SGB IX anzuwenden, das ausdrücklich die Ausführung der Leistungen durch Rehabilitationsdienste unabhängig von der Art der Wohnung oder Unterbringung vorsieht.

### **3.4 Vater-Mutter-Kind-Rehabilitation**

Nach der bisherigen Fassung des § 41 SGB V konnten aus medizinischen Gründen erforderliche Leistungen der Rehabilitation in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes oder einer gleichartigen Einrichtung, auch in der Form einer Mutter-Kind-Maßnahme erbracht werden. Damit wurde keine eigenständige Leistungsart, sondern eine bestimmte Ausführungsform der Rehabilitationsleistungen nach § 40 SGB V geregelt, auf die bereits ebenfalls seit 1.1.2000 ein Rechtsanspruch bestand.

Das GKV-WSG hat den Rechtscharakter des § 41 SGB V verändert. Er definiert nunmehr eine eigenständige Leistungsart, nämlich den Anspruch auf Rehabilitationsleistungen in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes oder einer gleichartigen Einrichtung. Da auch weiterhin im SGB nicht ausgeführt wird, was diese Leistungsart der medizinischen Rehabilitation beinhaltet, findet § 26 Abs. 2 und 3 SGB IX unmittelbar Anwendung. Materiell muss die Veränderung des Charakters der Vorschrift keine Veränderung zum bisherigen Recht zur Folge haben, weil die Krankenkassen auch bisher bereits – unter Beachtung der Bestimmungen des SGB IX (§ 11 Abs. 2 Satz 3 SGB IX) die Verantwortung für die Ausgestaltung des Leistungsanspruchs nach Gegenstand, Umfang und Ausführung der Leistungen haben (§§ 12 Abs. 1 Nr. 1, 21 SGB IX, § 111a SGB V). Es sind auch keine Gründe ersichtlich, die in der Praxis eine Änderung der zur Vater-Mutter-Kind-Rehabilitation bestehenden Ausführungsregelungen erforderlich erscheinen lassen.

Die Neufassung des § 41 SGB IX bewirkt in Verbindung mit der Neufassung des § 275 SGB V nicht etwa, dass nunmehr auf Verordnung des zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Arztes die Leistung ohne weiteres durch die in der Verordnung bezeichneten Vater-Mutter-Kind-Einrichtung auszuführen ist. Die Verpflichtung der Krankenkassen als Rehabilitationsträger (§ 6 SGB IX) zur Feststellung des individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarfs (§ 10 SGB XI) durch einen Sachverständigen (§ 14 Abs. 5 SGB IX), zur Entscheidung über die Leistung (§ 14 Abs. 1 und 2 SGB V) sowie die Ausführung nur in geeigneten Einrichtungen (§§ 17, 19 SGB IX) besteht uneingeschränkt fort, auch wenn ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen § 41 SGB und den Entscheidungsrechten der Krankenkassen nach § 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V nicht mehr besteht. Da mit der Neufassung des § 41 SGB V jedoch auch dieses spezifische Recht der GKV im Sinne des § 7 Satz 1 SGB IX entfallen ist, finden nunmehr die entsprechenden Bestimmungen des SGB IX (§ 14 SGB IX) unmittelbar in der GKV Anwendung.

### **3.5 Vater-Mutter-Kind-Vorsorgeleistungen**

Das GKV-WSG wandelt den nach § 23 SGB V bestehenden Ermessensanspruch auf medizinische Vorsorgeleistungen ausschließlich für die Vorsorgeleistungen in Vater-Mutter-Kind-Einrichtungen in einen Rechtsanspruch um. Die damit verbundenen Kosten sind ebenfalls in den Finanzausgleich einzubeziehen.

Die übrigen medizinischen Vorsorgeleistungen sind weiterhin Ermessensleistungen.

### **3.6 Kinderrehabilitation: Verhältnis der GKV zur gesetzlichen Rentenversicherung (GRV)**

Die Leistungen der GRV zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen nach § 31 Abs. 1 Nr. 4 SGB VI sind sonstige Leistungen, die den Charakter freiwilliger Leistungen haben und hinter Leistungen z.B. der GRV, auf die ein Rechtsanspruch besteht, zurücktreten. Der

Bundesrechnungshof beanstandet seit Jahren, dass die GKV in vielen Fällen den gegen sie bestehenden vorrangigen Rechtsanspruch auf Rehabilitationsleistungen für Kinder- und Jugendliche nicht prüft und entscheidet, sondern stattdessen die Anträge an die GRV weiterleitet. Die nochmalige Betonung des Rechtsanspruchs auf Rehabilitationsleistungen in der GKV – auch für Kinder und Jugendliche – dürfte sich hier auswirken (vergl. auch § 287b SGB VI)<sup>15</sup>.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass dennoch die in der GRV zT vorhandene Praxis, zu Unrecht von der GKV an die GRV weitergeleitete Anträge auf Vater-Mutter-Kind-Rehabilitation wegen Unzuständigkeit abzulehnen oder zurückzuweisen<sup>16</sup>, rechtlich nicht legitimiert ist. Die GRV ist in diesen Fällen als sogen. zweitangegangener Rehabilitationsträger nach § 14 SGB IX zur Entscheidung über diese Anträge – und zwar auf der Grundlage des § 41 SGB V – und, bei positiven Entscheidungen, auch zur Ausführung in Vater-Mutter-Kind-Einrichtungen bzw. gleichartigen Einrichtungen verpflichtet, obwohl das Recht der GRV eine dem § 41 SGB V vergleichbare Regelung nicht kennt und damit keinen vergleichbaren Leistungstatbestand enthält.

### 3.7 Qualitätssicherung und Zertifizierung

Die in § 135a SGB V verankerte – und im Wesentlichen mit § 20 Abs. 1 SGB IX übereinstimmende – Verpflichtung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

- sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen
- einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln

blieb unverändert.

Vollständig neu gefasst wurde dagegen die die allgemeine Verpflichtung konkretisierende Regelung des § 137d SGB V. Die bisher für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen einheitliche Regelung wurde in spezifische Regelungen für Rehabilitationseinrichtungen (Abs. 1) und solche für Vorsorgeeinrichtungen (Abs. 2) getrennt.

#### a) Rehabilitationseinrichtungen

Für Rehabilitationseinrichtungen haben die Spitzenverbände der Krankenkassen – wie bisher – einheitlich mit den Spitzenverbänden der Leistungserbringer die Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 Nr. 1 SGB V, d.s. die **einrichtungsübergreifenden Maßnahmen**, zu vereinbaren. Neu ist, dass dies nicht mehr nur stationäre, sondern auch ambulante Rehabilitationseinrichtungen erfasst.

Fast beiläufig wird dabei eine weitere Regelungslücke geschlossen, nämlich die, dass auch für ambulante Rehabilitationseinrichtungen eine vertragliche Basis – wenn auch nicht nach § 111, sondern nach § 40 SGB V – bestehen muss.

Gleichzeitig wird klargestellt, dass die QS-Maßnahmen auf der Grundlage der Empfehlungen nach § 20 Abs. 1 SGB IX im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zu vereinbaren sind. Damit ist zwar eine weitergehende Konvergenz mit dem SGB IX erreicht als bisher.

Dennoch bleibt der GKV ein eigener Gestaltungsspielraum für „krankenversicherungsspezifische Qualitätsanforderungen“<sup>17</sup>. D.h., die Kassen dürfen nur dann über die in den Gemeinsamen Empfehlungen nach § 20 SGB IX von den Rehabilitationsträgern gemeinsam vereinbarten QS-Anforderungen hinausgehende krankenversicherungsspezifische Anforderungen an die QS stellen, wenn sich dafür aus der spezifischen Aufgabenstellung der Kassen als Rehabilitationsträger eine Legitimation herleiten ließe. Was das für Tatbestände sein könnten, erschließt sich mit Blick darauf nicht ohne weiteres, dass das Rehabilitations-

<sup>15</sup> vergl. zum Verhältnis der Reha-Leistungen der GKV und GRV für Kinder und Jugendliche Fuchs, „Prävention und medizinische Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen durch die Träger der Renten- und Krankenversicherung“ Kapitel 4, 2004 Shaker-Verlag

<sup>16</sup> vergl. Bericht der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den Erfahrungen mit dem durch das 11. SGB V-Änderungsgesetz bewirkten Rechtsänderungen, BT-Drs. 16/1150 vom 30.3.2006, u.a. Nr. 5.1

<sup>17</sup> vergl. Begründung zu § 137d SGB V, § 20 SGB IX

recht der GKV im Verhältnis zum SGB IX faktisch keine Abweichungen<sup>18</sup> enthält und die Rehabilitationsziele der GKV bereits seit dem 1.1.2000 nicht mehr durch § 27 Abs. 1 SGB V, sondern zunächst durch das RehaAnglG und seit 2001 durch das SGB IX hinterlegt sind.

Neu ist auch, dass die Kosten der Auswertung von Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung von den Krankenkassen anteilig nach der Belegung ihrer Einrichtung oder Fachabteilungen zu tragen sind (§ 137d Abs. 1 Satz 2 SGB V). Die Entwicklung und Einführung der QS-Verfahren ist nach § 20 SGB IX originäre Aufgabe der Rehabilitationsträger, sodass die damit verbundenen Kosten Gegenstand ihrer Aufgabenwahrnehmung und damit auch von Ihnen zu tragen sind.

Bisher waren die grundsätzlichen Anforderungen an das **einrichtunginterne Qualitätsmanagement** ebenfalls Gegenstand der Vereinbarung zwischen Spitzenverbänden der Krankenkassen und denen der Leistungserbringer. Dazu enthält das SGB V nunmehr keine eigenen Regelungen mehr, sondern verweist auf § 20 SGB IX, sodass hier die Konvergenz von SGB IX und SGB V durch das GKV-WSG vollständig hergestellt wurde.

Nach dem neu eingefügten § 20 Abs. 2a SGB IX haben nunmehr die Spitzenverbände der Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 und 3 bis 5 SGB IX auf der Ebene der BAR die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinernes Qualitätsmanagement zu vereinbaren. Die in § 20 Abs. 2 SGB IX enthaltene Verpflichtung der Leistungserbringer, ein Qualitätsmanagement sicher zu stellen, wird durch die neue Regelung operationalisiert, nach der die für die medizinische Rehabilitation leistungsverpflichteten Rehabilitationsträger die Anforderungen an dieses interne QS-Management zu vereinbaren haben. Dazu wird den Verbänden der Leistungserbringer lediglich ein **Stellungnahmerecht**<sup>19</sup> eingeräumt. Im Übrigen wurde übersehen, dass auch die Kinder- und Jugendhilfeträger zum Kreis der Träger der medizinischen Rehabilitationsleistungen gehören.

Mit § 20 Abs. 2 Satz 2 SGB IX werden ausschließlich die stationären Rehabilitationseinrichtungen verpflichtet, sich über die Verfahren zum internen QS-Management (vergleichende Qualitätsanalysen nach § 20 Abs. 1 SGB IX) hinaus auch noch an dem neu eingeführten **Zertifizierungsverfahren** zu beteiligen.

Verbunden mit den Regelungen zum internen QS-Management sollen die Träger der medizinischen Rehabilitation zugleich auch die Anforderungen eines einheitlichen, unabhängigen Zertifizierungsverfahrens vereinbaren, mit dem die erfolgreiche Umsetzung des Qualitätsmanagements in regelmäßigen Abständen nachgewiesen werden muss.

Diese Verpflichtung der Rehabilitationsträger ist unscharf formuliert. Nach dem Wortlaut ist sowohl die Auslegung „vereinbaren *ein* Zertifizierungsverfahren“ wie auch „vereinbaren die grundsätzlichen Anforderungen an ein Zertifizierungsverfahren“ möglich.

Der Gesetzgeber hat – im Gegensatz zu den vergleichenden Qualitätsanalysen nach § 20 Abs. 1 Satz 1 SGB IX - nicht geregelt, welche Institutionen die Zertifizierung durchführen soll. Sollten es nur öffentlich-rechtliche Stellen sein, hätte er sie entsprechend durch Gesetz beauftragen und das dazu erforderliche Verwaltungsverfahren regeln müssen.

Da entsprechende Regelungen im GKV-WSG fehlen, ist davon auszugehen, dass die Zertifizierung – vergleichbar den Verfahren im Bereich der Pflegeversicherung – und den DIN-ISO-Zertifizierungen - im Wettbewerb nicht öffentlich-rechtlicher Institutionen organisiert und durchgeführt werden soll. Zur Gewährleistung des Gleichbehandlungsgrundsatzes und der einheitlichen Rechtsanwendung bedarf es für einen Wettbewerb der Zertifizierer der Vereinbarung „grundsätzlicher Anforderungen an ein einheitliches, unabhängiges Zertifizierungsverfahren“ durch die Rehabilitationsträger.

Letztlich ist darauf hinzuweisen, dass das Zertifizierungsverfahren ausschließlich „die

---

<sup>18</sup> im Sinne des § 7 Satz 1 SGB IX und damit auch kein vorrangiges Rechts

<sup>19</sup> Mit Blick auf die damit verbundenen erheblichen Eingriffe in die Unternehmensrechte und die unternehmerische Autonomie bestehen erhebliche Zweifel an der verfassungsrechtlichen Tragfähigkeit dieser Regelung

erfolgreiche Umsetzungsverfahren des Qualitätsmanagements“ beinhaltet, nicht jedoch die Qualität der Einrichtung oder die Qualität der in dieser Einrichtung erbrachten Leistungen. Da die Zertifikate danach nichts zu den für den Leistungsberechtigten wichtigen Fragen der Leistungsqualität und Qualität der Einrichtungen aussagen, sind sie im Sinne der Stärkung des Wettbewerbs für die Betroffenen weitgehend uninteressant.

Die neuen Regelungen zum internen Qualitätsmanagement greifen tief in die Unternehmensrechte der Träger der medizinischen Rehabilitationseinrichtungen ein. Es ist verfassungsrechtlich zweifelhaft, dass die Rehabilitationsträger – nach einer bloßen Anhörung der Unternehmen – mit finanziellen und organisatorischen Folgen die unternehmerische Entscheidungs- und Gestaltungshoheit einschränken dürfen.

Dies umso mehr, als der Gesetzgeber „die Qualitätsanforderungen an die Ausführung der Leistungen“ in § 21 Abs. 1 SGB IX ausdrücklich als eine in Versorgungs- oder Rahmenverträgen gemeinsam mit den Leistungserbringern und nicht als einseitig von den Rehabilitationsträgern in der gemeinsamen Empfehlung oder den gemeinsamen Qualitätsanalysen nach § 20 Abs. 1 SGB IX zu regelnde Angelegenheit ansieht.

Die Zertifizierung steht in **Konkurrenz zu den „vergleichenden Qualitätsanalysen“** der Rehabilitationsträger nach § 20 Abs. 1 Satz 1 SGB IX. Die vergleichenden Qualitätsanalysen bilden nach dem Wortlaut der Regelung ausdrücklich die Grundlage für ein effektives (internes) Qualitätsmanagement. Sie sind ein auf rehabilitationswissenschaftlicher Grundlage entwickeltes, hoch differenziertes und bewährtes Instrument zur Bewertung der Managementqualität, aber auch zur Identifizierung von Defiziten des eingesetzten Konzeptes sowie der Struktur und Prozessqualität sowie zu deren Weiterentwicklung. Die damit zur Qualität und zum Qualitätsmanagement einer Einrichtung gewonnenen differenzierten und detaillierten Erkenntnisse können Zertifizierungsverfahren auch nicht in annähernd gleichwertiger Form bieten, sodass – abgesehen von der Wirtschaftlichkeit sich überschneidender Verfahren mit vergleichbarer Zielsetzung - die Notwendigkeit für die gesetzliche Regelung einer Zertifizierung durchaus zu hinterfragen ist.

Die Veröffentlichung der Ergebnisse der vergleichenden Qualitätsanalysen würde den Leistungsberechtigten im Gegensatz zur Zertifizierung des internen Qualitätsmanagements genau die Informationen bieten, die er im Sinne des Wettbewerbs für seine selbstbestimmte Entscheidung darüber benötigt, in welcher Einrichtung er eine notwendige Leistung ausführen möchte oder nicht.

#### b) Vorsorgeeinrichtungen

Das Qualitätssicherungsrecht für Vorsorgeeinrichtungen ist nunmehr in § 137d Abs. 2 SGB V enthalten und im Verhältnis zum bisherigen Recht weitgehend unverändert geblieben. Es wird allerdings eine Übernahme der für die Rehabilitationseinrichtungen geltenden QS-Regelungen nach § 20 SGB IX „in den Grundzügen“ vorgegeben. Auch hier sind die Kosten der Auswertung von einrichtungsübergreifenden QS-Maßnahmen von den Krankenkassen zu tragen.

Die grundsätzlichen Anforderungen an das einrichtungsinterne QS-Management der Vorsorgeeinrichtungen sind wie bisher – allerdings getrennt von den Regelungen für die Rehabilitationseinrichtungen – zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und denen der Leistungserbringer zu vereinbaren (Absatz 3)

#### c) Beteiligung der Psychotherapeutenkammer

Während bei der Entwicklung der Gemeinsamen Empfehlungen zur QS nach § 20 SGB IX die Leistungserbringerverbände und die Betroffenenverbände zu beteiligen sind, haben die Kassen zu den Vereinbarungen nach § 137d SGB V wie bisher der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie nunmehr auch noch der Bundespsychotherapeutenkammer Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben (Absatz 4).



### **3.8. Transparenz des Leistungsgeschehens**

Der Gesetzgeber verpflichtet die Krankenkassen, nach Geschlecht differenzierte statistische Erhebungen über Anträge auf stationäre und ambulante Rehabilitationsleistungen sowie deren Erledigung zu erheben (§ 40 Abs. 2 Satz 3 SGB V). Damit stehen innerhalb eines Jahres für die GKV erstmals Antrags- und Erledigungsdaten – vergleichbar denen der GRV – zur Verfügung.

Wenn dies dazu noch mit einer Differenzierung des bisher nach § 23 Abs. 8 SGB V in einer Summe ausgewiesenen Kostenaufwandes verbunden würde, lägen erstmals halbwegs aussagekräftige Daten über das Rehabilitationsgeschehen in der GKV vor.

### **3.9 Eignung einer Rehabilitationseinrichtung**

Nach § 17 Abs. 1 SGB IX dürfen die Rehabilitationsträger Leistungen zur Rehabilitation ausschließlich in geeigneten Rehabilitationseinrichtungen und –diensten ausführen. Verträge mit fachlich nicht geeigneten Rehabilitationseinrichtungen oder –diensten sind zu kündigen (§ 21 Abs. 3 SGB IX).

Diese Regelung wurde durch das GKV-WSG dahingehend ergänzt, dass stationäre Rehabilitationseinrichtungen nur dann als geeignet anzusehen ist, wenn sie nach § 20 Abs. 2 SGB IX zertifiziert sind.

Dafür gab es keinen gesetzgeberischen Regelungsbedarf, da nach dem Kontext des Leistungserbringungsrechts des SGB IX Einrichtungen und Dienste, die nicht über die gebotene, und durch den Versorgungsvertrag vorab geprüfte und festgestellte Eignung verfügen, gar nicht erst zur Ausführung von Leistungen herangezogen werden dürfen (§§ 17 Abs. 1, 19 Abs. 4 SGB IX). Verliert eine Einrichtung ihre Eignung, ist der Vertrag zu kündigen. Dieses auch in der GKV wirksame Recht des SGB IX gilt in dieser Form uneingeschränkt für alle Rehabilitationseinrichtungen und -dienste, d.h. auch die ambulanten, weiter. Durch die Neuregelung sind die Versorgungsverträge mit stationären Einrichtungen künftig allerdings immer zu kündigen, wenn keine Zertifizierung vorhanden ist.

Dem Gesetzgeber waren offensichtlich die unterschiedlichen Ziele, Methoden und Wirkungen nicht geläufig, die mit den vergleichenden Qualitätsanalysen der Rehabilitationsträger einerseits und der Methodik von Zertifizierungsverfahren andererseits verbunden sind. Nach den jetzigen Regelungen ist es durchaus denkbar, dass eine Einrichtung nach den vergleichenden Qualitätsanalysen ihre Eignung nachgewiesen hat, aber die formalen Voraussetzungen einer Zertifizierung nicht nachweisen kann.

Die Rehabilitationsträger sind gefordert, diese Brüche im Recht durch eine Vernetzung der verschiedenen Verfahren zur Eignungsfeststellung in den Vereinbarungen nach § 20 Abs. 2a SGB IX auszuräumen.

### **3.10 Vorschrift über die Rahmenempfehlung (§111 b SGB V) gestrichen**

Die Spitzenverbände der Krankenkassen sollten bisher nach § 111b SGB V gemeinsam und einheitlich mit den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen Rahmenempfehlungen für die ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen abgeben. Diese sollten insbesondere einen Katalog der Indikationen, den Umfang der Zusammenarbeit mit Vertragsärzten und Krankenhäusern sowie Maßstäbe und Grundsätze für die Wirtschaftlichkeit beinhalten. Darüber hinaus sollten sie die Ziele und Inhalte der Leistungen konkretisieren.

Diese Bestimmung bildete bisher im Verhältnis zu den gemeinsamen Empfehlungen nach § 13 SGB IX spezifisches Recht der GKV im Sinne des § 7 Satz 1 SGB IX, das nach § 13 Abs.

3 SGB IX ausdrücklich Einvernehmen mit den übrigen Trägern der medizinischen Rehabilitation erforderte.

§ 111b SGB V wurde durch das GKV-WSK zur „Verschlankung der Aufgaben des neuen Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und Vergrößerung der Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen“<sup>20</sup> gestrichen. Beide in der Begründung genannten Folgen treten jedoch nicht ein.

Mit der Streichung des § 111b SGB V entfällt das im Verhältnis zum SGB IX spezifische Recht im Sinne des § 7 Satz 1 SGB IX, sodass nunmehr die entsprechenden Regelungen des SGB IX in der GKV unmittelbar und uneingeschränkt wirksam werden.

Nunmehr sind auch von der GKV Gegenstand, Umfang, und Ausführungen der medizinischen Rehabilitationsleistungen nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX einheitlich mit den übrigen Trägern der medizinischen Rehabilitation zu erbringen und deshalb in einer gemeinsamen Empfehlung der Rehabilitationsträger nach § 13 Abs. 1 SGB IX zu definieren. Ebenso u.a. nach § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX, in welchen Fällen (für welche Zielgruppen, Indikationsgruppen) und in welcher Weise (auf welcher konzeptionellen Grundlage, nach welchem Leistungsverzeichnis) die notwendigen Leistungen angeboten werden sollen.

Danach ist die Gestaltung der Rahmenregelungen für die Erbringung rehabilitativer Leistungen weiterhin Aufgabe des neuen Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und nicht der einzelnen Krankenkasse im Wettbewerb. Rechtsgrundlage dafür ist nicht mehr § 111b SGB V, sondern § 13 SGB IX, dessen Abs. 3 nunmehr im Bereich der GKV bedeutungslos geworden ist.

Die auf der Basis des § 111b SGB V getroffenen Rahmenempfehlungen sind mit dem Wegfall des § 111b SGB V nicht unwirksam geworden. Da sie zugleich den Charakter eines öffentlich-rechtlichen Vertrages zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und denen der Leistungserbringer haben, bleiben sie solange wirksam, bis sie ganz oder teilweise von einem der Vertragspartner gekündigt werden.

Dies ist für die Leistungserbringerverbände deswegen von Bedeutung, weil sie bei den Rahmenempfehlungen nach § 111b SGB V Vertragspartei waren, während sie in die Entwicklung der gemeinsamen Empfehlungen nur mit einem Mitwirkungsrecht eingebunden sind (§ 13 Abs. 6 SGB IX).

### **3.11 Wunsch und Wahlrecht der Versicherten**

Wählt ein Versicherter eine andere zertifizierte Einrichtung, mit der kein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen.

Die Regelung wurde dadurch verursacht, dass viele Krankenkassen das nach § 9 SGB IX bestehende Wunschrecht des Versicherten eingeschränkt haben, wenn er die Ausführung der Leistung in einer Reha-Einrichtung wünschte, mit der die Kasse keinen Versorgungsvertrag hatte. Diese Einschränkung des Wunschrechts ist mit dem SGB IX nicht zu vereinbaren, weil die Kassen das Versorgungsvertragsrecht so zugestaltet haben, dass es nicht zur Entrechtung der Versicherten im Bereich des Wunsch- und Wahlrechts führt.

Nunmehr muss die Kasse die Leistung in der vom Versicherten gewünschten Einrichtung ausführen, wenn sie mit dieser zwar kein Versorgungsvertrag geschlossen hat, die Einrichtung aber zertifiziert ist (§ 40 Abs. 2 Satz 2 SGB V).

Unabhängig davon muss in diesen Fällen jedoch die grundsätzliche Eignung der Rehabilitationseinrichtung für die Ausführung von Rehabilitationsleistungen im Sinne der §§ 17, 19 SGB IX durch einen Versorgungsvertrag eines anderen Rehabilitationsträgers nachgewiesen

---

<sup>20</sup> GKV-WSG, Begründung zu Art. 1, Nr. 78

sein. Ist dies nicht der Fall, darf sie trotz Zertifizierung mangels Eignung nach § 17 SGB IX von keinem Rehabilitationsträger belegt werden. Bei § 40 Abs. 2 Satz 2 SGB V handelt es sich nämlich ausschließlich um trägerspezifisches Recht im Sinne des § 7 Satz 1 SGB IX zum Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 SGB IX, nicht jedoch zum Leistungserbringungsrecht nach §§ 17, 19 SGB IX.

Das damit nur für den Bereich der Krankenversicherung geschaffene trägerspezifische Recht bewirkt im Verhältnis zu dem für die übrigen Rehabilitationsträger geltenden Wunschrecht nach § 9 Abs. 1 SGB IX eine Schlechterstellung des Versicherten. Im Bereich der GKV hat er künftig etwaige mit seinem Wunsch verbundene Mehrkosten (Kostenvergleich) ohne weitere Prüfung immer selbst zu tragen.

Alle übrigen Träger der medizinischen Rehabilitation haben dagegen bei Ausübung des Wunschrechtes unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des BSG bei gleicher Qualität und Wirksamkeit der gewünschten Leistungsausführung im Verhältnis zu den Kosten der Vertragskliniken anfallende Mehrkosten in einem begrenzten Umfang zu übernehmen. Die Rehabilitationsträger sind nämlich durch das Wunschrecht der Versicherten nicht daran gehindert, ihrer Verpflichtung zur wirtschaftlichen Leistungsgestaltung nachzukommen und auch im Einzelfall mit der von dem Berechtigten gewählten Einrichtungen einen günstigeren Preis (d.h. z.B. in Anlehnung an die vertragsüblichen Preise) zu vereinbaren, den der Versicherte allein nicht erreichen könnte.

Insoweit ist auch einer Auseinanderentwicklung des durch das SGB IX vereinheitlichten Rehabilitationsrechts zu beklagen.

#### **4. Versorgungsmanagement<sup>21</sup>**

§ 11 Abs. 4 SGB V gewährt den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung einen Rechtsanspruch auf ein „Versorgungsmanagement“ insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche.

Obwohl dieser Anspruch grundsätzlich alle Versorgungsbereiche (z.B. auch das Verhältnis zwischen ambulanter ärztlicher Behandlung und stationärer Rehabilitation) erfasst, hebt der Gesetzgeber in der Begründung hervor, dass durch geeignete Maßnahmen insbesondere ein reibungsloser Übergang zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege gewährleistet werden müsse. Ziel sei vor allem, Pflegebedürftigkeit oder eine alsbaldige stationäre Wiedereinweisung zu vermeiden. Dazu werde im Zusammenhang mit einer Entlassung aus dem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung ein Versorgungsmanagement eingerichtet, das zur Lösung von Schnittstellenproblemen beim Übergang der Versicherten in die verschiedenen Versorgungsbereiche beitragen soll.

Vertragsärzte, Krankenhäuser, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen haben dazu die erforderlichen Informationen auszutauschen und – unterstützt durch die jeweilige Krankenkasse – eine sachgerechte Anschlussversorgung durch die Versicherten sicherzustellen.

Der Gesetzgeber gestaltet damit für die Leistungserbringer verbindliches Verfahrensrecht, auf dessen Ausübung dem Berechtigten ein Rechtsanspruch eingeräumt wird. Das Versorgungsmanagement und eine damit verbundene Übermittlung von Daten bedürfen der ausdrücklichen Zustimmung des Versicherten, die von den Leistungserbringern dokumentiert werden sollte. Entstehen dem Berechtigten durch Unterlassung oder fehlerhafte Rechtsausübung der Leistungserbringer oder der sie dabei unterstützenden Krankenkassen Schäden, kann dies Haftungsansprüche des Versicherten gegen die Verursacher auslösen.

Der Anspruch auf Versorgungsmanagement ist beschränkt auf Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen, die Leistungen nach dem Fünften Sozialgesetzbuch erhalten. Erhalten Versicherte z.B. von der Unfall- oder Rentenversicherung vergleichbare Leistungen nach den für diese Träger geltenden Gesetzen, besteht ein Anspruch auf Versorgungsmanagement nach

---

<sup>21</sup> vergl. Fuchs, Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V, [www.harry-fuchs.de](http://www.harry-fuchs.de)

§ 11 Abs. 4 SGB V nicht. Die Leistungserbringer sind in diesen Fällen allerdings zur Prüfung verpflichtet, ob nicht nach den für diese Kostenträger geltenden Gesetzen bereits vergleichbare Pflichten bestehen (z.B. Teilhabemanagement nach §§ 10, 11 SGB IX).

#### Aufgabe der Leistungserbringer

Die Verpflichtung, das Versorgungsmanagement zu gewährleisten, gilt für alle Leistungserbringer nach dem SGB V, d.h. nicht nur für die Krankenhäuser, sondern auch die Rehabilitationseinrichtungen, niedergelassenen Ärzte und sonstige Leistungserbringer, deren Leistungen aus Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden.

Die Anschlussversorgung, die mit dem Versorgungsmanagement durch die Leistungserbringer gewährleistet werden soll, umfasst nicht nur die Leistungen nach dem SGB V, sondern nach dem Wortlaut der Regelung jedwede Versorgung der Versicherten nach den Sozialgesetzbüchern, d.h., auch die Leistungen zur Pflege nach dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI), die zur Teilhabe und Rehabilitation nach dem Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX) oder bei behinderten Menschen die Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII).

Der Anspruch des Berechtigten beschränkt sich auf die Gestaltung und Ausübung des in der neuen Regelung beschriebenen Verwaltungsverfahrens. Damit wird die Frage, ob ein weiterführender Leistungsbedarf und für diesen ein Anspruch auf Sozialleistungen gegen einen Sozialleistungsträger besteht ebenso wenig berührt, wie die Verfahrensvorschriften zur Verwirklichung und ggfls. Feststellung dieser Leistungen.

In den für die Pflege und die Teilhabe/Rehabilitation geltenden Sozialgesetzbüchern ist die Entscheidung über die Sozialleistungen zwingend daran gebunden, dass zuvor in einem entsprechenden Verwaltungsverfahren in der Verantwortung der zuständigen Sozialleistungsträgers Art und Umfang des Hilfe bzw. des Leistungsbedarfs festgestellt wurden, bevor er über den Leistungsumfang und die Art, ggfls. auch den Ort der Leistungsausführung entscheiden kann.<sup>22,23</sup> Die Leistungen werden nach Erlass des entsprechenden Verwaltungsaktes ausgeführt (im Bereich der Teilhabe/Rehabilitation) bzw. bezuschusst (im Bereich der Pflege).

Danach kann gerade an den vom Gesetzgeber als besonders problembehaftet angesehenen Schnittstellen zur Pflege und zur Teilhabe/Rehabilitation im Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus nach dem medizinischen Urteil des Krankenhausarztes zwar ein weiterführender Hilfe- bzw. Leistungsbedarf bescheinigt werden. Wie dieser Hilfe- oder Leistungsbedarf sich allerdings unter Würdigung sozialrechtlicher Maßstäbe darstellt und ob und welcher Anspruch auf Sozialleistungen damit tatsächlich begründet werden kann, ist zu diesem Zeitpunkt in der Regel völlig unklar, weil die entsprechenden Verfahren zur Klärung dieser Fragen durch die Sozialleistungsträger noch durchzuführen sind. Die im Arbeitskreis Gesundheitspolitik zusammengeschlossenen Fachverbände der Behindertenhilfe<sup>24</sup> haben deshalb während des Gesetzgebungsverfahrens ausdrücklich darauf

---

<sup>22</sup> Im Bereich der Pflege besteht ein Anspruch z.B. auf die Zuschüsse zu den Pflegeleistungen nach §§ 36, 41, 43 SGB XI erst dann, wenn zuvor durch eine Begutachtung nach § 18 SGB IX durch den MDK geprüft wurde, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt

<sup>23</sup> Im Bereich der Teilhabe/Rehabilitation ist nach § 10 SGB IX der individuelle funktionsbezogene Leistungsbedarf festzustellen, bevor die Rehabilitationsträger z.B. nach §§ 40 Abs. 3 S. 1 SGB V oder § 13 Abs. 1 S. 1 SGB VI über Art, Dauer, Umfang, Beginn und u.a. Ort der Durchführung der Leistungen entscheiden.

<sup>24</sup> Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie eV, Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V., Verband für anthroposophische Heilpädagogik, Sozialtherapie und soziale Arbeit e.V., Bundesverband evangelische Behindertenhilfe eV, Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V., Kernforderungen der Fachverbände der Behindertenhilfe zum GKV-

hingewiesen, dass entscheidende Hindernisse für die nahtlose Weiterversorgung die noch nicht begutachtete Pflegebedürftigkeit und mangelnde Kostenübernahmeentscheidungen zu nachfolgenden Leistungen seien.

Mit Blick auf diese Rechtslage kann nicht bezweifelt werden, dass die Leistungserbringer, insbesondere die Krankenhäuser an den Schnittstellen zur Pflege bzw. Teilhabe/Rehabilitation nur dann für eine sachgerechte Anschlussversorgung sorgen und damit ihre neue Aufgabe wirksam erfüllen können, wenn im Zeitpunkt der Entlassung die Kostenübernahme für die anschließenden Leistungen durch den zuständigen Kostenträger geklärt ist. Dies ist bisher regelmäßig nicht der Fall und wird es durch die neue Regelung auch künftig nicht sein. Dies gilt in gleicher Weise z.B. auch für die Überleitung aus einer stationären Rehabilitationsleistung in die ambulante oder stationäre Akutversorgung, die – mangels Zulassung der in der Rehabilitationseinrichtung tätigen Ärzte zum Vertragsarztsystem – von den Ärzten der Rehabilitationseinrichtungen nicht kostenwirksam sichergestellt werden kann.

Im Ergebnis werden die Leistungserbringer deshalb nach der neuen Regelung die Verantwortung dafür haben, dass sie – vergleichbar den generellen Vorgaben des SGB IX – einen sich während ihrer Leistungserbringung für die Zeit danach abzeichnenden Leistungsbedarf frühzeitig während ihrer Leistung aufgreifen und die entsprechenden Leistungsverfahren gegenüber dem zuständigen Leistungserbringer (z.B. dem niedergelassenen Arzt bei ambulanter Krankenbehandlung, Hilfsmitteln o.ä.) und/oder dem zuständigen Kostenträger (bei Leistungen der Pflege/Rehabilitation) anzeigen und bei diesem einleiten. Die Krankenkassen haben dann im Rahmen ihrer Unterstützungspflicht und nach dem in den spezifischen Leistungsgesetzen enthaltenen Verfahrensrecht zu gewährleisten, dass die Leistungsvoraussetzungen durch den zuständigen Kostenträger so rechtzeitig geprüft und über die erforderliche Leistung so rechtzeitig entschieden wird, dass sie nahtlos anschließen und ohne weiteres Verwaltungsverfahren ausgeführt werden kann.

#### Konkurrenz mit dem Rehabilitations- und Teilhaberecht

Der Wortlaut der Regelung, insbesondere jedoch die Begründung erweckt den Eindruck, als würden die im gegliederten System der sozialen Sicherung zweifellos vorhandenen Schnittstellenprobleme erstmals und vor allem wirksam einer Lösung zugeführt. Tatsächlich sind sowohl an der Schnittstelle zur Rehabilitation, wie auch der zur Pflege in den diese Bereiche regelnden Sozialgesetzbüchern seit Jahren Bestimmungen mit gleicher Zielsetzung enthalten, mit denen die neue Vorschrift des § 11 Abs. 4 SGB V nunmehr konkurriert.

Das älteste und wirksamste Versorgungsmanagement besteht im Bereich der medizinischen Rehabilitation. Nach § 5 Abs. 6 Reha-AnglG hatten die Rehabilitationsträger u.a. durch allgemeine Verwaltungsvorschriften darauf hinzuwirken, dass Rehabilitationsverfahren nahtlos und zügig verlaufen. Auf dieser Grundlage haben die Rentenversicherungsträger – vereinzelt ab 1969 – flächendeckend ab 1973 das Verfahren der Anschlussheilbehandlung (AHB) eingeführt. Als solche wurden und werden Rehabilitationsmaßnahmen bezeichnet, die sich unmittelbar an eine Krankenhausbehandlung anschließen, wobei entweder unmittelbare Verlegungen stattfinden oder die Rehabilitationsleistung innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus begonnen wird. Das Verfahren wird durch den behandelnden Krankenhausarzt gemeinsam mit dem Sozialdienst des Krankenhauses eingeleitet, wobei in den Fällen der unmittelbaren Verlegung der Sozialdienst den Verlegungstermin unmittelbar mit der Rehabilitationseinrichtung abstimmt.

Im Bereich der Krankenversicherung wurde mit der Rahmenempfehlung vom 27.11.1990<sup>25</sup> keine der Anschlussheilbehandlung der Rentenversicherung gleichwertige Regelung geschaffen. Die Krankenhäuser durften danach nämlich erforderliche Anschlussheilbehand-

---

WSG vom 30.10.2006  
<sup>25</sup> vergl. oben Ziffer 2.2

lungen nicht selbst einleiten, sondern hatten nur bei den zuständigen Trägern darauf hinzuwirken und die Krankenkasse über den Rehabilitationsbedarf zu informieren<sup>26</sup>.

Mit dem Inkrafttreten des SGB IX am 1.7.2001 wurden die Rehabilitationsträger verpflichtet, in gemeinsamen Empfehlungen u.a. zu vereinbaren, dass

- die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe – und damit auch zur medizinischen Rehabilitation – u.a. nahtlos und zügig erbracht werden (§ 12 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX)
- Beratung entsprechend den in §§ 1 und 4 SGB IX genannten Zielen geleistet wird (§ 12 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX) und wie sie
- ihre Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und vergleichbaren Stellen gestalten (§ 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX).

Nach der Gemeinsamen Empfehlung nach § 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX über die Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und vergleichbaren Stellen (Gemeinsame Empfehlung „Sozialdienste“) vom 8.11.2005 ist es Ziel der Arbeit der Sozialdienste, durch Information, gezielte Intervention und Unterstützung dem Betroffenen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. Im Verhältnis zu den Rahmenempfehlungen der Krankenversicherung von 1990 wird den Sozialdiensten damit eine aktive, intervenierende Rolle zugeordnet. Sie sind nicht mehr nur Beratungsstelle und Informationspflichtiger, sondern ausdrücklich Kooperationspartner der Rehabilitationsträger (§ 5).

Die Aufgabenstellung der Sozialdienste wird deshalb in § 2 der Gemeinsamen Empfehlung dahingehend konkretisiert, dass sie über die Information und Beratung hinaus „Unterstützung im umfassenden Sinne, insbesondere in der Bewältigung der Folgen der Krankheit und Behinderung sowie der Eingliederung“ geben. Sozialdienste regen Leistungen zur Teilhabe an und leiten diese in Abstimmung mit dem Rehabilitationsträger ggf. ein.

Diese nunmehr für alle Rehabilitationsträger einschl. der Krankenkassen geltende Berechtigung der Sozialdienste, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – zwar in Abstimmung mit dem Träger – aber dennoch selbst einleiten zu können, übernimmt die bereits im Verfahren der Anschlussheilbehandlung der Rentenversicherungsträger angelegt aktive und intervenierende Rolle der Sozialdienste für das gesamte Verfahren der Rehabilitationsleistungen aller Rehabilitationsträger.

Zusammenfassend kann deshalb festgestellt werden, dass den Sozialdiensten mit der gemeinsamen Empfehlung Sozialdienste für den Bereich der Teilhabe/Rehabilitation eine Aufgabenstellung zu geordnet wurde, die ein umfassendes Versorgungsmanagement mit sehr konkreten Handlungsaufträgen umfasst.

Mit der Verpflichtung des GKV- WSG, ausschließlich für den Bereich der Krankenversicherung in Verträgen nach §§ 112, 115 SGB V ein Versorgungsmanagement zu regeln, das auch die Schnittstelle zur medizinischen Rehabilitation umfasst, ist zu befürchten, dass dadurch die mit dem SGB IX erreichte Konvergenz des Rehabilitationsrechts an dieser Stelle beeinträchtigt wird und wieder unterschiedliche Verfahren der Rehabilitationsträger entstehen.

Bei den gemeinsamen Empfehlungen nach § 13 SGB IX handelt es sich um Verwaltungsvereinbarungen, die sich an die beteiligten Rehabilitationsträger richten. Wegen des Anspruchs auf gleichmäßige Rechtsanwendung und Ermessensausübung muss für Abweichungen der beteiligten Rehabilitationsträger von der gemeinsamen Empfehlung im Einzelfall zumindest ein schwerwiegender sachlicher oder rechtlicher Grund vorliegen, sodass abweichende Regelungen in den nach § 11 Abs. 4 SGB V zu schließenden Verträgen grundsätzlich ausgeschlossen sein sollten.

Die Praxis im Bereich der Pflege und Rehabilitation zeigt jedoch, dass die Träger trotz scheinbar verpflichtender Regelungen zT eigene Wege gehen, sodass bei der Entwicklung

---

<sup>26</sup> § 2 Abs. 2 iVm § 5 Abs. 2 der Rahmenempfehlung vom 27.11.1990

der Verträge nach § 11 Abs. 4 iVm §§ 112, 115 SGB V auf Landesebene – nicht zuletzt von den Aufsichtsbehörden, aber z.B. auch von den Landesbehindertenbeauftragten - zwingend darauf geachtet werden muss, dass die Konvergenz-Ziele des SGB IX nicht durch abweichende Regelungen konterkariert werden und die Verträge nicht hinter den mit der gemeinsamen Empfehlung Sozialdienst erreichten Stand zurückfallen.

Mit Blick auf den hohen Stand des Versorgungsmanagements nach der gemeinsamen Empfehlung Sozialdienst stellt sich die Frage, warum die Rehabilitation überhaupt in die Regelung des § 11 Abs. 4 SGB einbezogen wurde. Einerseits darf bezweifelt werden, dass die nach dem Inkrafttreten des SGB IX geschaffene Rechtslage und ihre Wirkung allen am Gesetzgebungsverfahren Beteiligten bekannt und bewusst war.

Andererseits waren offensichtlich die Probleme im Bereich der geriatrischen Rehabilitation Ursache für die Regelung. Dass für pflegebedürftige oder von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen kaum Leistungen zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, liegt jedoch nicht an fehlenden Anspruchsgrundlagen oder am unzureichenden Versorgungsmanagement. Bundesweit fehlen bisher die notwendigen ambulanten und stationären Rehabilitationsangebote in ausreichender Zahl und Qualität. Obwohl die Gesundheitsreform den in der Krankenversicherung bereits seit 1.7.2001 durch § 11 Abs. 2 SGB in der Fassung des SGB IX vorhandenen umfassenden Rechtsanspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (und damit auch auf geriatrische Rehabilitation) nochmals ausdrücklich betont, werden die Probleme weiter bestehen, bis die Krankenkassen im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages nach § 19 SGB IX für ausreichende rehabilitative Versorgungsstrukturen für behinderte Menschen mit Pflegebedarf u.a. auch im Rahmen der integrierten Versorgung Sorge getragen haben.

#### Fazit zum Versorgungsmanagement

Die Regelungen zum Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V enthalten im Verhältnis zu den schon bestehenden Verpflichtungen nach §§ 112, 115 SGB V keinen neuen Inhalt. Neu ist lediglich, dass der Versicherte einen Anspruch auf ein Verwaltungsverfahren hat, das die Anschlussversorgung gewährleisten soll. Im Gegensatz zu den Anforderungen des SGB IX muss die Anschlussversorgung nicht einmal nahtlos und zügig, sondern nur sachgerecht organisiert werden. Ob dies gelingt, hängt entscheidend davon ab, dass für die nachfolgenden Leistungen die Finanzierung gesichert ist. Gerade darauf hat der Leistungserbringer, dem allein die Verantwortung für das Versorgungsmanagement zugeordnet wird, überhaupt keinen Einfluss, weil die Verantwortung für die Klärung des Leistungsbedarfs und die Entscheidung über die Leistung allein Aufgabe der Kostenträger ist und bleibt. Aus diesem Grunde wird im SGB IX die Verantwortung für das Teilhabe- und Rehabilitationsmanagement sowie die Gewährleistung unbürokratischer Verfahrensabläufe wirksam und sachgerecht den Rehabilitationsträgern und nicht den Leistungserbringern übertragen. Insoweit ist an dieser Stelle für die Rehabilitation durch das GKV-WSG eine Divergenz zwischen dem Rehabilitationsrecht der Krankenversicherung und dem Rehabilitationsrecht der übrigen Rehabilitationsträger entstanden, die im Gegensatz zu den mit dem SGB IX angestrebten Zielen der Konvergenz des Rechts und der Leistungen sowie der Koordination und Kooperation der Träger steht.

#### **5. Begutachtung durch den MDK**

Die Feststellung des individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarfs nach § 10 SGB IX kann im Einzelfall ein Gutachten erfordern<sup>27</sup>. Der Rehabilitationsträger hat dazu nach § 14 Abs. 5 Satz 2 SGB IX unverzüglich einen geeigneten Sachverständigen zu beauftragen. Er benennt den Leistungsberechtigten drei möglichst wohnortnahe Sachverständige unter Berücksichtigung bestehender sozialmedizinischer Dienste. Haben sich Leistungsberechtigte

---

<sup>27</sup> § 22 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX

für einen dieser Sachverständigen entschieden, wird dem Wunsch Rechnung getragen (Abs. 5 Satz 3 und 4 aaO).

Vor dem Inkrafttreten des GKV-WSG enthielt § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V zur Begutachtung von Rehabilitationsanträgen im Sinne von § 7 Satz 1 SGB IX abweichendes und damit – im Verhältnis zu § 14 Abs. 5 SGB IX - vorrangiges Recht. Die Krankenkassen waren danach nämlich verpflichtet, vor der Bewilligung oder Verlängerung die Notwendigkeit der Leistungen nach den §§ 23, 24, 40 und 41 SGB V unter Zugrundelegung eines ärztlichen Behandlungsplanes ausschließlich durch den MDK prüfen zu lassen. Dabei konnten sie gemeinsam und einheitlich Ausnahmen von der Prüfpflicht zulassen, wenn Prüfungen nach Indikation und Personenkreis nicht notwendig erschienen. Deshalb war das in § 14 Abs. 5 SGB IX vorgesehene Verfahren der Beauftragung von Sachverständigen für die Feststellung des individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarfs bei Anträgen auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation in der GKV vollständig obsolet.

Mit dem GKV-WSG entfällt die bisher in § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V verankerte generelle Begutachtungspflicht durch den MDK vor der Bewilligung. Die Krankenkassen könnten sich künftig auf Begutachtungsstichproben durch den MDK beschränken, deren Umfang und Auswahl sie in Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen regeln können.

Die Verpflichtung der Krankenkassen als Rehabilitationsträger nach § 10 SGB IX, vor der Entscheidung und Ausführung von Rehabilitationsleistungen den individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarf feststellen zu müssen, bleibt davon unberührt. Die Kassen könnten sonst ihren Rehabilitationsauftrag unter Beachtung der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirksamkeit nicht mehr zielgerichtet und wirksam durchführen.

Wie bereits ausgeführt darf der Rehabilitationsträger nämlich die erforderlichen Rehabilitationsleistungen nach §§ 17 Abs.1 Nr. 3 iVm 19 Abs. 4 Satz 1 SGB IX ausschließlich in geeigneten Rehabilitationseinrichtungen ausführen lassen. Für die Beurteilung, welche Rehabilitationseinrichtung zur wirksamen Ausführung der Rehabilitationsleistung im Einzelfall geeignet ist, muss er den individuellen Leistungsbedarf des Berechtigten bezogen auf Teilhabeziele kennen, d.h., er muss ihn zuvor festgestellt und auf dieser Grundlage die mit der Leistung anzustrebenden Rehabilitationsziele definiert haben, die von der Rehabilitationseinrichtung mit der Leistungsausführung anzustreben ist.. Aus diesen Gründen ist für die Entscheidung über Leistungen zur Rehabilitation ein Gutachten unverzichtbar, es sei denn, dem Träger lägen andere, gleichwertige, an der ICF-orientierte Beurteilungsgrundlagen vor (z.B. Krankenhausbericht mit Ausführungen zu Art und Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung). Ohne Feststellung des individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarf durch ein Sachverständigengutachten ist zu erwarten, dass die Leistungen auf des Basis unzureichender medizinischer Unterlagen ohne ICF-Orientierung nicht in der am besten geeigneten Form (§ 19 Abs. 4 Satz 1 SGB IX) und damit weniger wirksam und im Ergebnis auch weniger wirtschaftlich ausgeführt werden.

Im Übrigen umfasst die Verpflichtung zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs nach dem SGB IX nicht nur den Bedarf in der Zuständigkeit des für die aktuelle Leistung zuständigen Rehabilitationsträgers, sondern darüber hinaus auch den Bedarf in der Zuständigkeit anderer Träger, d.h., den gesamten Rehabilitationsbedarf eines Menschen. Die Krankenkassen sind zudem noch nach § 8 SGB IX verpflichtet, im Zusammenhang mit jedweder Leistungsgewährung wegen Krankheit zu prüfen, ob ein Bedarf an Teilhabeleistungen besteht. Die Verpflichtung zur umfassenden Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ist damit nicht nur das wichtigste Instrument im Rahmen des trägerübergreifenden Rehabilitationsmanagements nach §§ 10,11 SGB, sondern mit Blick auf die alsbaldige Integration des Betroffenen auch das entscheidende Instrument für die zügige und nahtlose Leistungsdurchführung im gegliederten System. Kämen die Krankenkassen dieser Verpflichtung nicht mehr in jedem Einzelfall nach, würde eines der tragenden Kooperations-, Koordinations- und Konvergenzelemente des SGB IX - das Teilhabe- und Rehabilitationsmanagement – fast völlig wirkungslos.



Der Wegfall der generellen Begutachtungspflicht des § 275 SGB V durch den MDK berührt danach nur das in § 14 Abs. 5 SGB IX geregelte Verfahren der Begutachtung. Mit der Änderung des § 275 SGB V durch das GKV-WSG ist nämlich das im Sinne des § 7 Satz 1 SGB IX abweichende und vorrangige Verfahrensrecht des SGB V entfallen, das für die GKV die ausschließliche Sachverständigenbegutachtung durch den MDK vorgab. Nunmehr sind auch die Krankenkassen verpflichtet, § 14 Abs. 5 SGB IX anzuwenden und dem Berechtigten mindestens drei wohnortnahe Sachverständige vorzuschlagen. Da dabei bestehende sozialmedizinische Dienste zu berücksichtigen sind, ist zugleich die Basis für die nach der Neufassung des § 275 SGB V vorzunehmende Stichprobenbegutachtung durch den MDK gesichert.

## **6. Hilfsmittelanspruch im Rahmen der medizinischen Rehabilitation**

Das SGB V enthält keine spezifischen Regelungen dazu, was Gegenstand der medizinischen Rehabilitation ist (§§ 11, 40, 41 SGB V) und insoweit auch kein abweichendes Recht im Sinne des § 7 Satz 1 SGB IX. Mangels spezifischer Vorschriften ist deshalb in der GKV für die Definition der medizinischen Rehabilitation der GKV § 26 SGB IX heranzuziehen (§ 11 Abs. 2 Satz 3 SGB V)

Danach sind auch in der Krankenversicherung Leistungen zur medizinischen Rehabilitation als komplexe Leistungen mit über einen zeitlichen Zielhorizont ( Zeitraum zwischen Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung und Wiederherstellung oder Kompensation der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft) verteilten rehabilitativen Einzelleistungen oder als Komplexleistungen im Sinne des § 40 SGB V zu erbringen.

Nach § 26 Absatz 2 Nr. 6 sind Hilfsmittel eine Leistung dieser komplexen Leistungen oder Komplexleistung der medizinischen Rehabilitation.

Die GKV verweigert bisher teilhabeorientierte Hilfsmittel als Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Sie beruft sich dabei darauf, dass § 33 Abs. 1 SGB V konkrete Leistungsvoraussetzungen für die Hilfsmittelgewährung (und nicht nur die Orientierung der Leistungserbringung an bestimmten Leistungszielen) beinhalte. Deswegen sei nach § 7 Satz 2 SGB IX für die Hilfsmittel der GKV im Rahmen der medizinischen Rehabilitation ausschließlich das spezifische Recht des SGB V maßgebend.

Dabei wird allerdings übersehen, dass sich § 7 Satz 2 SGB V ausschließlich auf die Voraussetzungen für die Leistungen, nicht jedoch auf die Ausgestaltung und den Gegenstand der Leistungen bezieht. Da das SGB V jedoch hinsichtlich der Orientierung und Ausgestaltung des Hilfsmittels für behinderte und chronisch kranke Menschen an ihrem individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarf kein spezifisches, d.h., abweichendes Recht im Sinne des § 7 Satz 1 SGB IX, enthält, finden die Bestimmungen des SGB IX für das Leistungs- und Leistungserbringungsrecht nach § 11 Abs. 2 Satz 3 SGB V auch auf die zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft erforderlichen Hilfsmittel der GKV Anwendung.

Zur rechtlichen Begründung wird im Einzelnen unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des BSG auf den Beitrag des Verfassers „Fragen des Verhältnisses zwischen SGB IX und dem trägerspezifischen Sozialrecht am Beispiel des Hilfsmittelanspruchs der GKV“ verwiesen<sup>28</sup>.

Um endgültig klarzustellen, dass bei der Erbringung von Hilfsmitteln als Leistungen der medizinischen Rehabilitation auch in der GKV die Bestimmungen des SGB IX zu beachten sind, wurden von der behindertenpolitischen Sprecherin der SPD-Fraktion in Abstimmung mit der Beauftragten der Bundesregierung für die behinderten Menschen folgende Änderungsanträge in das Gesetzgebungsverfahren zum GKV-WSG eingebracht:

Zu § 33 Abs. 1 SGB V:

---

<sup>28</sup> [www.harry-fuchs.de](http://www.harry-fuchs.de)

„<sup>1</sup>Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall notwendig sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern. <sup>2</sup>**Sie haben weiterhin Anspruch auf Hilfsmittel der medizinischen Rehabilitation nach §§ 26 Abs. 2 Nr. 6, 31 des Neunten Buches.** <sup>3</sup>Der Anspruch besteht nicht, soweit er nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen ist. <sup>4</sup>Für die Hilfsmittel nach Satz 1 bleibt § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 unberührt. <sup>5</sup>**§ 31 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches sind auf die Hilfsmittel nach Satz 1 anzuwenden.**“

An § 31 Absatz 1 sollte folgender Satz angefügt werden:

**„Die Grundbedürfnisse des täglichen Lebens umfassen in jedem Fall eine möglichst selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.“**

Durch diese Neuregelung wären die bisher schon getrennt zu betrachtenden Rechtsansprüche auf Hilfsmittel im Rahmen der Krankenbehandlung und Hilfsmittel zum Behindertenausgleich systematisch in Satz 1 und 2 getrennt und der Bezug des Hilfsmittels zum Behindertenausgleich zum SGB IX klargestellt worden.

**Mit diesen Änderungen wäre somit kein neues Recht in der GKV geschaffen, sondern lediglich das bereits geltende Recht im Lichte des SGB IX klargestellt worden:**

Für Hilfsmittel zum Behindertenausgleich ist nämlich auch ohne diese Klarstellung § 31 SGB IX anzuwenden.

Leiser konnte man sich in diesem Gesetzgebungsverfahren mit dem BMG nicht auf diese Klarstellungen verständigen. Es ist davon auszugehen, dass die Anträge zur Klarstellung des geltenden Rechts damit nicht erledigt sind.

## **7. Einbeziehung der Pflege in die Integrierte Versorgung**

Nach dem bisher geltenden Recht war eine Vernetzung von Verträgen der integrierten Versorgung nach §§ 140a SGB V mit den Leistungen der Pflegeversicherung nur in der Weise möglich, dass die Pflegekassen mit Pflegeeinrichtungen und –diensten parallel zu den Integrationsverträgen Versorgungsverträge nach § 72 Abs. 1 SGB XI eingingen, mit denen zielgerichtet die die Integrationsverträge ergänzende oder anschließende pflegerische Versorgung gesichert wurde.

Da die Kassen diese Möglichkeiten nicht genutzt haben, können künftig nach § 140b Abs. 1 SGB V idF d. GKV-WSG auch Pflegekassen und nach dem SGB XI zugelassene Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage des § 92b SGB XI an Verträgen der integrierten Versorgung beteiligt sein. Danach sind künftig Integrationsverträge möglich, die neben den Leistungen der Krankenbehandlung und der Rehabilitation auch die pflegerische Versorgung beinhalten.

Bei der Einbeziehung pflegerischer Leistungen in die integrierte Versorgung darf – vergleichbar der Regelung in § 140b Abs. 4 SGB V für die Leistungen der Krankenbehandlung - zwar von den Vorschriften des SGB XI über die Leistungsinhalte und deren Ausgestaltung (§ 75), dem Pflegesatzverfahren (§ 85) und den Grundsätzen der Vergütungsregelungen (§ 89), nicht aber von den Regelungen über die Leistungsvoraussetzungen, deren Feststellung und die Höhe der darauf basierenden Zuschüsse der Pflegekasse abgewichen werden (§ 92b Abs. 2 Satz 2 und 3 SGB XI). Deshalb ist auch im Rahmen der Integrierten Versorgung zunächst eine Feststellungs- und Einstufungsbegeutachtung durch den MDK (§ 18 SGB XI) erforderlich, bevor feststeht, welche Mittel der Pflegeversicherung im Rahmen der integrierten Versorgung verfügbar sind.

Nicht zutreffend ist die von einigen Krankenkassen aus der Neufassung des § 140d Abs. 1 SGB V gezogene Schlussfolgerung, dass die Rehabilitationseinrichtungen mangels Finanzierung durch die Anschubfinanzierung an Integrationsverträgen, die nach dem 31.3. 2007 geschlossen werden, nicht mehr beteiligt werden könnten. Auch vor Inkrafttreten des GKV-WSG durften der Natur der Sache nach aus der von den Leistungserbringern

rekrutierten Anschubfinanzierung des § 140d Abs. 1 SGB V nur Leistungen der Akutversorgung finanziert werden. § 140d Abs. 1 Satz 3 SGB V regelt ausdrücklich nicht, dass die Vergütung der Verträge zur integrierten Versorgung durch die Mittel der Anschubfinanzierung gedeckt sind, sondern nur, dass diese Mittel ausschließlich für diesen Verwendungszweck eingesetzt werden dürfen. Es handelt sich nur um eine Zweckbindung der Mittel. Schon die in § 140d Abs. 2 enthaltene Verpflichtung zur Bereinigung der Vergütungen der Akutversorgung legen nahe, dass sich die Anschubfinanzierung nur auf die in den Integrationsverträgen enthaltenen Kosten der Akutversorgung erstrecken kann. Unabhängig davon erfordert es die haushaltsrechtliche Bindung der Mittel auch ohne ausdrückliche Erwähnung im Zusammenhang mit den Vorschriften über die Integrierte Versorgung, dass Aufwendungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – innerhalb oder außerhalb der Integrierten Versorgung – aus dem Budget nach § 23 Abs. 8 SGB zu finanzieren und nach den haushaltsrechtlichen Bestimmungen auch entsprechend zuzuordnen und zu buchen sind.

Das GKV-WSG enthält insoweit keine neuen Regelungen, sondern stellt die Rechtslage mit Blick auf die Einbeziehung der Beteiligten und der Leistungen nach dem SGB XI lediglich klar. Die Rehabilitationseinrichtungen nehmen selbstverständlich auch nach dem 31.3.2007 weiterhin an den Integrationsverträgen teil. Die Krankenkassen müssen die auf die Rehabilitationsleistungen entfallenden Kostenanteile der Vergütung nach § 140c Abs. 1 SGB V nunmehr lediglich endgültig auf die entsprechenden Finanzierungsgrundlagen stützen und haushaltsrechtlich zutreffend buchen