

**Bewertung
der Begutachtungs-Richtlinie „Vorsorge und Rehabilitation“ des
Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.
vom 28.10.2005
nach den Vorgaben und Maßstäben des Neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX)
von
Harry Fuchs, Düsseldorf**

A. Allgemeine Anmerkungen

Die Begutachtungs-Richtlinie „Vorsorge und Rehabilitation“ des MDS vom 28.10.2005 belegt erneut eindrucksvoll, dass die Krankenversicherungsträger den Paradigmenwechsel, den das an der Internationalen Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) orientierte Neunte Sozialgesetzbuch (SGB IX) für das System der deutschen sozialen Sicherung, insbesondere die medizinische Rehabilitation, gebracht hat, unverändert nicht vollständig erfassen.

Aufgabe der kurativen Medizin ist die Herstellung der bestmöglichen Gesundheit und nicht die Aufarbeitung der Folgen chronischer Krankheiten. Letzteres ist implizit Aufgabe der Leistungen zur Teilhabe, insbesondere der darin eingeschlossenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Die zweifelsfreie Zuordnung der jeweiligen Aufgabenstellung zu den verschiedenen Sektoren des gegliederten deutschen Sozialleistungssystems ist nicht nur aus ökonomischen und leistungsrechtlichen Gründen erforderlich. Sie dient auch der Klarstellung, dass die Leistungen der medizinischen Rehabilitation ein Segment der Teilhabeleistungen mit der Zielsetzung der Sicherung oder Herstellung der selbstbestimmten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und nicht etwa eine Methode der Krankenversorgung mit der Zielsetzung der Herstellung der bestmöglichen Gesundheit sind. Das Bewusstsein für die unterschiedlichen Aufgaben und Ziele von medizinischer Rehabilitation einerseits und Krankenversorgung andererseits ist unabdingbare Grundlage für die zielgerichtete Ausgestaltung der Leistungen und Versorgungsstrukturen sowie den wirksamen, wirtschaftlichen und zielgerichteten Einsatz der für die jeweilige Aufgabenstellung verfügbaren Mittel.

Diese Stellungnahme zeigt auf, dass es der seit 29.10.2005 wirksamen Begutachtungs-Richtlinie „Vorsorge und Rehabilitation“ der gesetzlichen Krankenversicherung weiterhin an der notwendigen Trennschärfe zwischen Akutversorgung, Vorsorgeleistungen und Teilhabeleistungen, d.h., medizinischer Rehabilitation, mangelt und erläutert die unzureichende Umsetzung der auch für die Krankenversicherung bindenden Regelungen des SGB IX, soweit diese im Zusammenhang mit der Begutachtungs-Richtlinie bedeutsam sind.

Die Richtlinie stellt bereits im zweiten Absatz des Vorwortes fest, dass die kurative Medizin immer weniger ausreicht, den Folgen chronischer Krankheiten entgegenzuwirken. Das sich darin widerspiegelnde Verständnis von Akutversorgung und medizinischer Rehabilitation übersieht, dass spätestens seit der Orientierung der medizinischen Rehabilitation am Vorläufer der ICF, d.i. die ICDH, seit Ende der 70er Jahre in Deutschland kein Zweifel mehr daran bestand, dass die Krankheitsfolgenbewältigung nicht Aufgabe der Akutversorgung, sondern der medizinischen Rehabilitation ist.

Die z.T. unverändert an der Akutmedizin orientierte Diktion bzw. inhaltlich Ausgestaltung der Richtlinie zeigt, dass die Krankenkassen ihre mit dem SGB IX vollzogene Aufgaben- und Rollenveränderung weiterhin nicht wahrnehmen. Sie sind nämlich seit dem 1.7.2001 nicht nur Leistungsträger der Krankenversorgung, sondern als Rehabilitationsträger neben der Leistungserbringung gemeinsam mit den übrigen Rehabilitationsträgern trägerübergreifend für das Care-Management der Teilhabeleistungen als eigenständige weitere Aufgabe

verantwortlich. Dies beinhaltet ein Bündel von Teilaufgaben von der gemeinsamen Gestaltung des Bedarfsassessments zur Feststellung des funktionsbezogenen individuellen Leistungsbedarfs (§ 8, 10, 11, 12, 13 SGB IX), über die Gestaltung und Ausführung der Teilhabeleistungen in geeigneten Einrichtungen bzw. als persönliches Budget (§§ 12, 17 SGB IX), die regionale Sicherstellung der qualitativen und quantitativen Versorgungsstrukturen (§§ 19, 21 SGB IX) sowie letztlich die Gewährleistung der erforderlichen Leistungsqualität (§§ 20, 21 SGB IX). Selbst Leistungen auf Grund beinahe wortgleicher Regelungen im Fünften und Neunten Sozialgesetzbuch (z. B. Hilfsmittel nach §§ 33 SGB IX, 31 SGB IX) können wegen der unterschiedlichen Aufgaben und Ziele nach SGB V und SGB IX eine völlig unterschiedliche Ausgestaltung nach Art und Umfang erfahren.

Die Begutachtungsrichtlinie des MDS soll auf diesem Hintergrund – über die Feststellung des Leistungsbedarfs im Einzelfall hinausgehend – die medizinische Handlungsbasis für alle angesprochenen Teilaufgaben sein. Sie befasst sich deshalb zu Recht insbesondere auch mit Fragen der Leistungsgestaltung und – eher randständig – auch mit Fragen der Gestaltung der Versorgungsstrukturen und -inhalte. Sie bleibt aber gerade in diesen Bereichen hinter den Anforderungen zurück, die man an eine Handlungsgrundlage für die Umsetzung der §§ 17 bis 21 SGB IX stellen muss, weil sie sich unverändert an der auf den Erfolg der Krankenbehandlung fokussierten Sichtweise der Krankenversicherung orientiert und die übergreifende Gesamtverantwortung der Krankenkassen als Rehabilitationsträger im Sinne der Teilhabe der Berechtigten am Leben in der Gesellschaft weitestgehend ausblendet.

B. Anmerkungen zum Inhalt

1. Einführung:

Die Begutachtungs-Richtlinie will nach ihrer Einleitung die Begriffe definieren und Voraussetzungen und Ziele sowie die Inhalte von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen beschreiben. Da dies jedoch bereits – insbesondere im SGB IX – durch den Gesetzgeber geschehen ist, könnte die Richtlinie allenfalls die gesetzlichen Vorgaben wiedergeben und konkretisieren. Gerade dies leistet die Richtlinie unzureichend. Abgesehen davon, dass sie gesetzliche Vorgaben zT einfach ausblendet, versucht sie insbesondere bezogen auf Regelungen des SGB IX – entgegen dem Willen des Gesetzgebers – eine krankenkassenspezifische Interpretation und Begriffsdefinition, die den Grundsätzen des SGB IX im Sinne von Koordination und Kooperation der Rehabilitationsträger bzw. Konvergenz der Rehabilitationsleistungen nachgerade entgegensteht.

Die generelle Verpflichtung der Krankenkassen nach § 8 SGB IX, unabhängig von der Entscheidung über Leistungen bei jedwedem Anlass einer Leistungsgewährung wegen einer Behinderung oder drohenden Behinderung – d.i. zumindest bei allen Leistungen der Krankenversicherung an chronisch Kranke Menschen der Fall – den Bedarf an Teilhabeleistungen zu prüfen, wird durch die Richtlinie auf „Begutachtungsanlässe“ beschränkt. Statt die Richtlinie dazu zu nutzen, dem MDK einen generellen Prüfauftrag bei allen seinen Begutachtungsverfahren zu delegieren, werden im Rahmen einer „insbesondere“-Darstellung aus dem Leistungsspektrum der Kranken-/Pflegerversicherung nur die Begutachtung wegen Arbeitsunfähigkeit und bei Anträgen auf Leistungen der sozialen Pflegeversicherung hervorgehoben. Dies bedeutet in der Praxis eine Beschränkung auf diese beiden Anlässe, die im Übrigen lediglich ohnehin bestehende gesetzliche Regelungen aufgreifen (§ 51 SGB V, §§ 5, 18 Abs. 6 SGB XI).

Die Einführung hebt hervor, dass der MDK nunmehr nicht mehr nur eine Indikation zur Entscheidung der Krankenkasse nach § 40 SGB V stellt, sondern auch eine „Allokationsempfehlung“ abgeben wird. Aus dem weiteren Inhalt der Richtlinie ist nicht zweifelsfrei zu ersehen, ob sich die Allokationsempfehlung abstrakt auf die Art der Leistung (Inland, Ausland; ambulant, stationär; Vorsorge, Rehabilitation; spezifisches, von der Klinik zu erfüllendes Leistungsprofil u.a.) und deren Umfang (Zeitdauer) erstreckt (vergl. Ziffer 1.5)

oder ob damit auch die konkrete Empfehlung einer geeigneten Einrichtung verbunden ist. Letzteres würde der Aufgabenwahrnehmung der beratenden Ärzte der Rentenversicherung entsprechen, denen allerdings – im Gegensatz zu den Ärzten des MDK – nicht nur bekannt ist, mit welchen Rehabilitationseinrichtungen Versorgungsverträge bestehen, sondern insbesondere auch, welche Rehabilitationskonzepte für welche Zielgruppen in welcher Qualität die Eignung der Einrichtungen im Sinne des § 17 SGB IX begründen.

Diese Frage dürfte insbesondere für die Träger von Rehabilitationseinrichtungen von Interesse sein, da dies nicht ohne Auswirkungen auf die Belegungssicherheit einer Rehabilitationseinrichtung bleibt.

Die Entscheidung der Krankenkassen über Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen soll sich nach der Richtlinie u.a an dem Prinzip orientieren, dass die Leistungen bedarfsgerecht, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des notwendigen nicht überschreiten dürfen. Die Richtlinie übernimmt damit die im Wesentlichen für die Akutversorgung definierten Vorgaben des § 12 Abs. 1 SGB V. Das SGB IX, das insoweit auch für die Krankenkassen unmittelbar geltendes Recht darstellt, orientiert demgegenüber die Rehabilitationsleistungen an den Prinzipien der Zielgerichtetheit (§ 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX), Bedarfsgerechtigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit (§ 10 SGB IX). Die Regelung des § 12 SGB V ist seit 1.7.2001 im Lichte dieser Vorschriften des SGB IX anzuwenden. Danach müssen die Leistungen der medizinischen Rehabilitation insbesondere geeignet sein, die in §§ 1, 4 Abs. 1 und 26 Abs. 1 SGB IX genannten Ziele zu erreichen. Erscheinen diese nicht erreichbar, dürfen Rehabilitationsleistungen gar nicht erst gewährt werden (§ 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX). Die für die Ausführung der Rehabilitationsleistungen zu beteiligenden Rehabilitationseinrichtungen müssen dementsprechend geeignet (§ 17 Abs. 1 SGB IX), d.h., mit ihren Konzepten voraussichtlich in der Lage sein, diese Ziele im Einzelfall auch zu erreichen. Wirtschaftlich sind deshalb auch nur Rehabilitationsleistungen, die in diesem Sinne zielgerichtet, d.h., zur Erreichung der Rehabilitationsziele mit überwiegender Wahrscheinlichkeit geeignet sind.

Die Richtlinie postuliert zwar auf Seite 20 ausdrücklich, dass die Vorschriften des SGB IX zu beachten sind, operationalisiert sie jedoch in der Ausformung der Richtlinie nicht.

Bereits in der Einleitung wird der Grundsatz „ambulant vor stationär“ betont. In der gesamten Richtlinie bleibt aber unberücksichtigt, dass die Anwendung dieses Grundsatzes für den Bereich der Rehabilitation durch das SGB IX davon abhängig gemacht wird (§ 19 Abs. 2 SGB IX), dass die Rehabilitationsziele nach Prüfung des Einzelfalls mit vergleichbarer Wirkung auch mit einer ambulanten Leistung erreichbar erscheinen. Voraussetzung für die Entscheidung für die ambulante oder stationäre Versorgungsform ist danach eine Wirksamkeitsbewertung und -prognose im Einzelfall. Diese ist jedoch in der Richtlinie nicht vorgesehen (vergl. Ziffer 4.2, S. 20).

1.2 ICF (Ziffer 1.1)

Entscheidendes Defizit der Begutachtungsrichtlinie „Vorsorge- und Rehabilitation“ ist die völlige Ignoranz der Regelungen des Neunten Sozialgesetzbuches. Die Erläuterung des Modells der ICF als Grundlage der sozialmedizinischen Begutachtung erschließt sich erst im integralen Zusammenhang mit den Regelungen des SGB IX.

1.3 Sekundärprävention (Ziffer 1.3.2)

Die Richtlinien ordnen die Sekundärprävention ausschließlich der Vorsorge zu (Ziffer 1.3.2, insbesondere jedoch auch Ziffer 1.3.5 „Vorsorgeziele“, Abs. 2)

Dabei wird übersehen, dass die Zielsetzung der Rehabilitation ausdrücklich auch die Verhütung der Verschlimmerung von Behinderung, Erwerbsminderung, Pflegebedürftigkeit, aber auch die Vermeidung des Bezuges von Sozialleistungen beinhaltet. Medizinische Leistungen zur Rehabilitation können danach sowohl sekundär- wie auch tertiärpräventiven Charakter haben.

Die Zuordnung der Sekundärprävention in der Begutachtungsrichtlinie entspricht danach nicht dem geltendem Recht, zumal zwar im Abschnitt Rehabilitation zunächst der Gesetzestext zutreffend referiert wird (Ziffer 1.4.3, erster Absatz), die nachfolgende Konkretisierung jedoch keine ausdrücklichen sekundärpräventiven Ziele mehr ausweist, die ja bereits den Vorsorgezielen zugeordnet wurden.

Infolge der die Rehabilitation ausblendenden Definition von Sekundärprävention wird in Ziffer 1.3.3, letzter Absatz der Bedarf an sekundärpräventiven Leistungen umfassend dem Begriff „Vorsorgebedürftigkeit“ zugeordnet.

Künftig wird sich deshalb die sachgerechte Differenzierung zwischen Vorsorgeleistungen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und in der Folge die daraus rekrutierende Auswahl von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zur Ausführung der jeweiligen Leistung besonders kritisch entwickeln, zumal Vorsorgebedürftigkeit zur Sekundärprävention nur dann angenommen werden soll, „wenn über die kurative Versorgung hinaus der komplexe (interdisziplinäre, mehrdimensionale) Ansatz der Vorsorgeleistung erforderlich ist“. Gerade der Charakter der Komplexleistung identifiziert aber nach Abschnitt 4, vierter Absatz, Satz 1 die medizinische Rehabilitation, sodass es der Richtlinie – versorgungsstrukturell gesehen – an einer zweifelsfreien Abgrenzung zwischen Versorgungs- und Rehabilitationsleistungen für den Bereich der Sekundärprävention mangelt.

1.4 Definition Rehabilitation (Ziffer 1.4)

Auch wenn dies nicht so gemeint ist, klassifiziert Ziffer 1.4 nach ihrem Wortlaut jedwede auf die Beeinträchtigung der Teilhabe orientierte Leistung zur Rehabilitationsleistung, d.h, auch solche, die aus anderen Gründen erforderlich sind, als die in § 2 SGB IX genannten oder auch andere Ziele verfolgen, als die in §§ 1, 4 Abs. 1 und § 26 Abs. 1 SGB IX genannten Ziele.

Diese Regelung ist entspricht nicht mit dem geltenden deutschen Rehabilitationsrecht.

1.5 Rehabilitationsbedürftigkeit (Ziffer 1.4.1)

Auch diese Regelung entspricht nicht dem geltenden Recht. Rehabilitationsbedürftigkeit beschreibt die Leistungsbedürftigkeit. Nach § 4 Abs. 1 Satz1 SGB IX ist die Leistungs- bzw. Rehabilitationsbedürftigkeit gerade nicht an der Verursachung des Leistungsbedarfs (unabhängig von der Ursache), sondern an den mit der Leistung verfolgten Zielen zu orientieren. Nur wenn solche Ziele erreichbar erscheinen, dürfen die Leistungen überhaupt gewährt werden (§ 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX).

Die generelle Einführung des Finalitätsprinzips durch das SGB IX muss sich gerade in der Definition des Begriffs Rehabilitationsbedürftigkeit niederschlagen.

Im Übrigen können auch im Bereich der Krankenversicherung alle in §§ 1, 4 Abs. 1 Nrn. 1, 2 und 4, 26 Abs. 1 SGB IX genannten Ziele Rehabilitationsbedürftigkeit auslösen. Die Verwendung nicht gesetzeskonformer Definitionen wie „alltagsrelevanter Beeinträchtigungen“ anstelle der gesetzlichen Zielbeschreibungen ist nicht nur rechtlich zweifelhaft. Sie führt auch zu Fehlinterpretationen und falscher Rechtsanwendung mit entsprechendem bürokratischem Verwaltungsaufwand bis hin zu Streitverfahren.

1.6 Rehabilitationsfähigkeit (Ziffer 1.4.2)

Zentrale Voraussetzung für die Bewilligung und Ausführung einer Rehabilitationsleistung ist die gesetzlich indizierte Einschätzung, ob mindestens eines der vom Gesetzgeber definierten Rehabilitationsziele erreicht werden kann. Anderenfalls darf eine Rehabilitationsleistung gar nicht erst bewilligt werden (§ 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX).

Die Einschätzung der individuellen Wahrscheinlichkeit, Rehabilitationsziele mit den möglichen Rehabilitationsleistungen erreichen zu können, ist ein wesentliches Element der Reha-

bilitationsfähigkeit, das im negativen Fall zur Ablehnung der beantragten Leistung führen muss.

Dieses zentrale Element kommt in der gesamten Begutachtungsrichtlinie nicht vor.

1.7 Rehabilitationsziele (Ziffer 1.4.3)

Auch in diesem Bereich verwendet die Richtlinie nicht die gesetzlichen Definitionen, sodass zumindest unklar ist, ob tatsächlich alle in Frage kommenden und auch von der Krankenversicherung zu beachtenden gesetzlichen Zieldefinitionen gemeint und erfasst sind.

Der Wortlaut dieser Regelung stützt sich im Wesentlichen auf den mit § 4 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX identischen § 11 Abs. 2 Satz 1 SGB V. Da das Fünfte Sozialgesetzbuch keine abweichende Regelung (es enthält nämlich zu den nachfolgend angesprochenen Tatbeständen gar keine Regelung) enthält (§ 7 Satz 2 SGB IX), haben die Krankenkassen selbstverständlich auch für Versicherte, die keine Leistungen von der gesetzlichen Rentenversicherung erhalten können, die auf die Erwerbsfähigkeit bezogenen Ziele des § 4 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX zu verfolgen bzw. bei allen Versicherten und Rehabilitationsleistungen die Vermeidung des vorzeitigen Bezugs von anderen Sozialleistungen anzustreben.

Dass die ganzheitliche Förderung der persönlichen Entwicklung sowie die Ermöglichung oder Erleichterung einer selbständigen und selbstbestimmten Lebensführung (§ 4 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX) zentrale Ziele der medizinischen Rehabilitation lebensälterer Menschen oder von Kindern und Jugendlichen, die überwiegend von den Krankenkassen rehabilitativ versorgt werden, sind, erschließt sich ohne weitere Begründung.

Die Konkretisierung der Rehabilitationsziele in den Spiegelstrichen des dritten Absatzes geht jedenfalls auf diese gesetzlichen Ziele nicht oder nur unzureichend ein, so dass die Definition des Abschnitts „Rehabilitationsziele“ den gesetzlichen Anforderungen nicht genügt.

1.8 Rehabilitationsprognose (Ziffer 1.4.4)

Mit der Orientierung der Rehabilitationsleistungen am Finalitätsprinzip muss sich die Rehabilitationsprognose auf die Erreichung der angestrebten Rehabilitationsziele ausrichten (vergl. Ausführungen unter 1.6).

Die Formulierung „Prognose ...auf den Erfolg“ ist insoweit unscharf, als es für die Beurteilung des Erfolges einer Rehabilitationsleistung nach § 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX ausschließlich darauf ankommt, dass mindestens eines der vom Gesetzgeber definierten Rehabilitationsziele erreichbar erscheint.

Auch die Formulierung im zweiten Spiegelstrich „... eines festgelegten Rehabilitationszieles ..“ ist insoweit problematisch, als im Regelfall mehrere Rehabilitationsziele anzustreben sein werden. Es müsste deshalb heißen „mindestens eines“.

1.9 Zuweisungskriterien (Ziffer 1.5)

Diese Regelung ist mit geltendem Rehabilitationsrecht nicht zu vereinbaren. Die Bewilligung und Ausführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation orientiert sich nach geltendem Recht nicht nach Art und Schwere des die Teilhabebeeinträchtigung verursachenden Gesundheitsproblems („unabhängig von der Ursache), sondern ausschließlich an Art und Ausprägung der Teilhabebeeinträchtigung und der sich daraus ableitenden Rehabilitationsziele. Der erste Spiegelstrich entspricht dem Leistungsverständnis der Akutversorgung, nicht jedoch den Aufgaben und Zielen der Krankenkassen als Rehabilitationsträger.

An dieser Stelle wird besonders deutlich, dass die Krankenkassen den mit dem SGB IX vollzogenen Paradigmenwechsel, einerseits Träger der Akutversorgung und andererseits Träger der Rehabilitation mit jeweils unterschiedlichen gesetzlichen Selbstverständnissen, Maßstäben und Instrumenten zu sein, unverändert nicht wahrnehmen.

Zuweisungskriterien müssten mit Blick auf die nach § 17 SGB IX von den Krankenkassen zu treffende Auswahl der geeigneten Rehabilitationseinrichtung insbesondere die Methoden

und Verfahren sein, die mit Blick auf Art und Ausprägung der Teilhabebeeinträchtigung für die Erreichung der angestrebten Rehabilitationsziele besonders wirksam erscheinen. Entsprechend den Vorgaben des Gesetzgebers in § 12 Abs. 1 Nr. 1 bzw. § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX müssten die Kassen die Kriterien benannt bekommen, aus denen sie erkennen können, „in welchen Fällen“ „in welcher Weise“ („Gegenstand, Umfang, Ausführung“) Leistungen voraussichtlich wirksam und bezogen auf die Rehabilitationsziele Erfolg versprechend sind.

Das genannte Allokationskriterium „ambulant vor stationär“ trägt auch an dieser Stelle den gesetzlichen Regelungen des § 19 Abs. 2 SGB IX nicht Rechnung (vergl. oben Ziffer 1.1., letzter Absatz).

2. Versorgungssystem der Gesetzlichen Krankenversicherung

2.1 Gesetzliche Grundlagen (Ziffer 2.1)

Diese Regelung enthält über 2 und eine Viertel Seite die Auflistung einer Vielzahl gesetzlicher Regelungen und Durchführungsbestimmungen, ohne dass deren Relevanz bzw. deren Kontext zu den Inhalten der Richtlinie weiter erläutert werden. Dies wird in der Praxis zwangsläufig dann zu Schwierigkeiten führen müssen, wenn die Richtlinie – wie in dieser Stellungnahme im Einzelnen ausgeführt – inhaltlich nicht mit den Bezugsvorschriften – insbesondere des SGB IX – übereinstimmt.

2.2 Wunsch- und Wahlrecht des/der Versicherten (Ziffer 2.2)

Diese Regelung bezieht sich zwar auf § 33 SGB I und referiert den Wortlaut des § 9 Abs. 1 SGB IX. Gleichwohl sind die daraus in Absatz 2 getroffenen Schlussfolgerungen nicht haltbar.

Zunächst müsste an dieser Stelle zwischen Vorsorge- (für die das SGB IX nicht gilt) und Rehabilitationsleistungen unterschieden werden. Die Entscheidung der Krankenkasse hängt bei medizinischen Leistungen zur Rehabilitation – anders als bei Vorsorgeleistungen – nicht „von medizinischen Erfordernissen“, sondern weit überwiegend von den Erfordernissen und Zielen ab, die sich aus Art und Ausprägung der Teilhabebeeinträchtigung ergeben. Prämissen für die Beurteilung der Berechtigung der Wünsche der Leistungsberechtigten im Sinne des § 9 Abs. 1 SGB IX sind deshalb weniger die Auswirkungen auf Art und Schwere der die Teilhabebeeinträchtigung verursachenden Erkrankung als vielmehr die Auswirkungen der Wünsche bezogen auf die Erreichbarkeit der Rehabilitationsziele, die aus Art und Ausprägung der Teilhabebeeinträchtigung abgeleitet wurden.

Der Hinweis auf die Inanspruchnahme von Vertragspartnern ist gerade zur Ablehnung von Wünschen der Berechtigten in der Regel rechtswidrig. Ein solcher Hinweis ist für sich gesehen völlig bedeutungslos, weil der Rehabilitationsträger die Ausführung seiner Leistungen nach § 17 SGB IX, die Durchführung seines Sicherstellungsauftrages nach § 19 SGB IX und die Inhalte seiner Versorgungsverträge nach §§ 21 SGB IX, 111 SGB V so gestalten muss, dass sich daraus kein grundsätzliches Hemmnis gegen die Ausübung des gesetzlich zugesicherten Wunschrechtes durch den Berechtigten ergibt.

Der Rehabilitationsträger muss deshalb im Einzelfall konkret prüfen, ob die vom Berechtigten gewünschte Einrichtung mit ihrem Leistungsangebot nach Zielorientierung, Bedarfsgerechtigkeit, Wirksamkeit und Qualität den Einrichtungen gleichwertig ist, mit denen der Rehabilitationsträger Versorgungsverträge eingegangen ist. Er darf auch die Unwirtschaftlichkeit einer bisher nicht unter Vertrag stehenden Einrichtung im Verhältnis zu Vertragskliniken nicht prinzipiell unter Hinweis auf die nach den bestehenden Verträgen zu belegenden Kapazitäten von Vertragskliniken unterstellen, sondern muss aus gegebenem Anlass im Einzelfall prüfen, ob die gewünschte Einrichtung mit ihrem Kostengefüge unter Berücksichtigung der gebotenen Qualität weniger wirtschaftlich ist als die unter Vertrag stehende Einrichtung.

Hinsichtlich dabei zulässiger Kostendifferenzen wird auf die Rechtsprechung des BVerwG verwiesen.

Abgesehen davon, dass die Krankenkassen selbst nach § 40 Abs. 3 SGB V die Rehabilitationseinrichtung zu bestimmen haben, entscheiden sie nach § 17 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX ebenfalls ausschließlich selbst, ob und welche geeignete Rehabilitationseinrichtung sie für die Ausführung der Rehabilitationsleistung in Anspruch nehmen.

Inwieweit der MDK den Krankenkassen in diesem Zusammenhang objektiv Unterstützung bei der Ablehnung berechtigter Wünsche der Berechtigten gewähren kann, erscheint mehr als zweifelhaft, zumal es dabei – wie ausgeführt – kaum auf medizinische Aspekte ankommt.

2.3 Qualitätssicherung in der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation (Ziffer 2.3)

Auch in diesem Bereich ist nicht nur aus Rechtsgründen eine Unterscheidung zwischen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen geboten. Während sich die Qualitätssicherung der Vorsorgeleistungen ausschließlich nach den Regelungen der §§ 135a ff SGB V bestimmt, sind bei den Rehabilitationsleistungen zusätzlich die in Teilen weitergehenden §§ 20, insbesondere 21 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX zu beachten.

3. Medizinische Vorsorgeleistungen

3.1 Indikation für eine Vorsorgeleistung (Ziffer 3.1)

Ist die Indikation für eine Vorsorgeleistung gegeben, soll auch geprüft werden, ob die medizinischen Voraussetzungen für Leistungsansprüche gegen andere Träger bestehen und insoweit auf Abschnitt 6 verwiesen.

Abschnitt 6 erörtert zu Recht ausschließlich Rehabilitationsleistungen anderer Träger, weil es im Sozialversicherungsrecht kein Pendant zu den Vorsorgeleistungen der Krankenversicherung gibt.

Eine Leistungskonkurrenz könnte deshalb nur dann bestehen, wenn nicht die Voraussetzungen für eine Vorsorgeleistung, sondern bereits für eine Rehabilitationsleistung bestehen.

Der Verweis auf den Abschnitt 6 ist an dieser Stelle nur dann berechtigt, wenn der MDK den Leistungsbedarf falsch beurteilt.

3.2 Stationäre Vorsorgeleistungen (Ziffer 3.3)

Es gibt rechtlich keinen Hinderungsgrund, Leistungen nach § 24 SGB V auch in Rehabilitationseinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111b SGB V auszuführen, wenn die Einrichtung ihre spezifische Eignung im Sinne der §§ 17, 19 SGB IX nachgewiesen hat.

3.3 Zuweisungskriterien für stationäre Vorsorgeleistungen (Ziffer 3.3.1)

Nach § 23 Abs. 4 SGB V kann die Krankenkasse stationäre Vorsorgeleistungen erbringen, wenn ambulante Leistungen „nicht ausreichen“. Die Ursachen für das „Nichtausreichen“ können vielfältig sein. Der Gesetzgeber sieht dafür keine Beschränkung vor.

Die Begutachtungsrichtlinie schränkt diese Offenheit drastisch ein. Folgende Auslegungen sind nach dem Wortlaut denkbar:

Künftig werden stationäre Vorsorgeleistungen **nur** dann noch erbracht,

- a) wegen eingeschränkter Mobilität **und** mangelnder Erfolgsaussicht
- b) wegen eingeschränkter Mobilität **und/oder** mangelnder Erfolgsaussicht

(oder wegen den Alternativen des dritten Spiegelstrichs). Der Wortlaut ist mit der unkonkreten Aufzählung unscharf. Mit Blick auf die Beitragssatzstabilität ist wahrscheinlich die Auslegung gewollt, dass stationäre Vorsorgeleistungen nur noch gewährt werden, wenn vor allem

mangels Mobilität die kostengünstigeren ambulanten Leistungen nicht in Anspruch genommen werden können.

An dieser Stelle wäre eine Klarstellung zweckmäßig, weil diese weit über die gesetzlichen Bedingungen hinausgehende zusätzliche Leistungsvoraussetzung der Mobilitätseinschränkung über den der Selbstverwaltung im Rahmen ihres pflichtgemäßen Ermessens belassenen Gestaltungsspielraum hinaus geht und auf erhebliche rechtliche Bedenken stößt.

3.4 Stationäre Vorsorgeleistungen mit sekundärpräventiver Zielsetzung bei Kindern/Jugendlichen (Ziffer 3.4.3)

Im Rahmen der Vorsorge können als Indikationen im Sinne der Überschrift nur die im dritten und vierten Spiegelstrich genannten Sachverhalte angesehen werden.

Bei dem Tatbestand des ersten Spiegelstrichs liegt schon nach dem Wortlaut (erfolglos gebliebenen Therapieversuchen) eine ausgeprägtes Krankheitsbild vor, dass bereits nachweislich Teilhabebeeinträchtigungen im Bereich der Aktivitäten und Leistungen (Konzentrationschwäche bei einer schwierigen familiären Situation) bewirkt hat.

Es handelt sich danach zweifelsfrei um eine Indikation für Rehabilitationsleistung in einer qualifizierten Rehabilitationseinrichtung.

Auch bei dem Tatbestand des zweiten Spiegelstrichs ist nach den vieljährigen Erfahrungen Der Rentenversicherungsträger nach § 31 SGB VI in der Mehrzahl der Fälle eine Gefährdung des späteren Eintritts in das Erwerbsleben anzunehmen, sodass ebenfalls die Indikation für eine Rehabilitationsleistung gegeben ist.

Diese Regelungen belegen, dass die Begutachtungsrichtlinie mangels Orientierung am SGB IX nur bedingt geeignet ist, die Vorgaben des § 10 SGB IX zu erfüllen. Danach sind die Rehabilitationsträger dafür verantwortlich, dass der individuelle Leistungsbedarf „funktionsbezogen“(im Sinne der ICF) und zwar unabhängig davon festzustellen ist, welcher Träger letztlich leistungsverpflichtet ist.

Die Regelungen sind auch ökonomisch bedenklich. Der Aufwand für eine stationäre Vorsorgeleistung ist zwar in der Regel geringer als für eine stationäre Rehabilitationsleistung. Wenn die Vorsorgeleistung jedoch nicht bedarfsgerecht und deswegen auch nicht nachhaltig wirksam ist, handelt es sich im Ergebnis um die Fehlverwendung von Versichertengeldern.

3.5 Vorsorgeleistung für Mütter und Väter

3.5.1 Mutter-/Vater-Kind Leistungen

Begrüßenswert ist die Verdeutlichung in Ziffer 3.5, dass diese Leistungsart die Erwachsenen mit psychosozialen Problemsituationen der Familie erfasst, bei der auch die Kinder mitbehandelt werden können, während bei den Leistungen nach Ziffer 3.5.1 die Behandlung der Kinder im Vordergrund steht und die mitreisenden Elternteile ein spezifisches Vorsorgekonzept erhalten.

Problematisch ist bei beiden Leistungsarten die Abgrenzung zu den entsprechenden Rehabilitationsleistungen nach §§ 40, 41 SGB V.

Ein erheblicher Teil in Ziffer 3.5 (Seite 30) genannten Kontextfaktoren überschneidet sich oder ist nur im Zusammenhang mit den für die Rehabilitationsleistungen unter Ziffer 4.5.2 (Seite 37) genannten Indikatoren denkbar.

Auch hier ist zu befürchten, dass aus falsch verstandenem Wirtschaftlichkeitsdenken die billigere Leistung bewilligt wird, obwohl längst die Indikation für eine nachhaltig wirksamere Rehabilitationsleistung besteht.

Ursache für diese Probleme ist die mangelnde SGB IX-Orientierung der Begutachtungsrichtlinie. Das SGB IX bietet zweifelsfreie Kriterien für die Abgrenzung des Leistungsbedarfs. Liegen nämlich neben den oder über die im Abschnitt 1.3 genannten Kriterien für die Klärung des Bedarfs an Vorsorgeleistungen hinaus bereits Beeinträchtigungen der Teilhabe im Sinne der ICF vor oder drohen solche Beeinträchtigungen, besteht ein Bedarf an Rehabilitations-

leistungen. Die Indikatoren, die eine Beeinträchtigung der Teilhabe kennzeichnen, sind zT von den Rehabilitationsträgern übereinstimmend in den Gemeinsamen Vereinbarungen nach § 13 SGB IX herausgearbeitet worden und könnten hierher übernommen werden.

Weiterhin wäre es im Sinne einer bedarfsgerechteren und zielgerichteteren Feststellung des individuellen Rehabilitationsbedarfs, der Auswahl der geeigneten Rehabilitationseinrichtung sowie der Wirksamkeit der Leistungen sinnvoll gewesen, dem Gutachter weitere Kriterien für die Beurteilung an die Hand zu geben, in welchen Fällen die gemeinsame Aufnahme von Erwachsenen und Kindern den Erfolg der Maßnahme des jeweils anderen Familienteils gefährden kann (S. 31 unten).

4. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Ziffer 4)

Die Definition im ersten Absatz greift zu kurz. Der Rehabilitationsauftrag der Krankenkassen ist sowohl nach den Vorschriften des SGB IX, aber auch nach § 11 Abs. 2 SGB V weiter gefasst.

Die Krankenkasse hat die Entscheidung nicht nur auf der Grundlage der sozialmedizinischen Empfehlung, sondern vor allem auf der Grundlage der sich aus Art und Ausprägung der Teilhabebeeinträchtigungen von ihr abzuleitenden Rehabilitationsziele zu treffen.

Ist die sozialmedizinische Empfehlung des MDK erkennbar als Entscheidungsgrundlage nicht geeignet, weil diese Richtlinie Feststellungen zu den nach geltendem Rehabilitationsrecht wesentlichen Entscheidungstatbeständen (Teilhabebeeinträchtigung, Rehabilitationsziele) nicht ausreichend gewährleistet, müssen – spätestens im Streitverfahren - ggfls. ergänzende Sachverständigen-Gutachten eingeholt werden.

Absatz 2 Satz 3 ignoriert die spezifische Ausprägung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ nach § 19 Abs. 2 SGB IX.

Die Feststellung in Absatz 4, Satz 3, dass als Einzelleistungen erbrachte Leistungen im Sinne des § 26 Abs. 2 und 3 SGB IX nicht als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach §§ 40 und 41 SGB V einzustufen seien, entbehrt jedweder rechtlichen Grundlage und ist eindeutig rechtswidrig.

Abgesehen davon, dass die ausdrückliche Klarstellung des Gesetzgebers in § 26 Abs. 3 SGB IX, dass u.a. die dort in den Ziffern 1 bis 7 genannten Hilfen und Leistungen solche der medizinischen Rehabilitation sind, nicht durch die Selbstverwaltung der Krankenversicherung aufgehoben oder beeinträchtigt werden kann, ist diese Feststellung weder fachlich noch rechtlich haltbar.

Die in den einzelnen Ziffern des § 26 Abs. 3 SGB IX genannten Leistungen können schon ihrer Natur nach nicht ausschließlich als Bestandteil einer Kernleistung erbracht werden, weil sie zT ausdrücklich vor (Ziffer 7, z.T auch 1,2,4,5) oder nach (Ziffern 1,3,4,5,6) einer stationären Leistung u.a. zur Vorbereitung auf die Maßnahme oder zur Sicherung des Erfolgs der Maßnahme erbracht werden müssen.

Bei dem Begriff „Komplexleistung“ handelt es sich im Übrigen um eine Wortschöpfung im Bereich der Krankenversicherung, die durch das Rehabilitationsrecht im Bereich der medizinischen Rehabilitation nicht legitimiert und deshalb als Orientierung für die Auslegung geltenden Rechts nicht geeignet ist.

§ 26 Abs. 1 SGB IX spricht ausdrücklich nicht davon, dass „Maßnahmen“ oder „die Leistungen“ der medizinischen Rehabilitation zu erbringen sind, was für die Annahme von Komplexleistungen sprechen könnte. Es heißt dort bewusst, dass zur medizinischen Rehabilitation Behinderter „die erforderlichen Leistungen“ erbracht werden, die dann nachfolgend weiter konkretisiert werden. Danach handelt es sich gerade mit Blick auf die Regelungen des § 26 Abs. 2 und 3 SGB IX um ein vielfältiges, differenziertes Leistungsspektrum, dass in bedarfsgerecht ausgeprägten differenzierten Versorgungsangeboten zielgerichtet und wirksam eingesetzt werden soll.

Die generelle Ausrichtung auf fraktionierte „21-Tage-Leistungen“ wie sie in Absatz 4, Satz 3

des Abschnitts 4 der Begutachtungs-Richtlinie als Regelleistung zum Ausdruck kommt, entspricht bereits seit 1.7.2001 nicht mehr geltendem Recht.

4.1 Indikation für die Rehabilitationsleistungen (Ziffer 4.1)

Diese Regelung bezieht sich auf die Definitionen unter Ziffer 1.4.1 – 1.4.4, die insgesamt der Teilhabeorientierung im Sinne des SGB IX nicht entsprechen
Auf die entsprechenden Erläuterungen oben unter Ziffer Ziffer 1.5 bis 1.8 wird verwiesen.

4.2 Ambulante Rehabilitation (Ziffer 4.2)

Die unzureichende Orientierung an § 19 Abs. 2 SGB IX wurde oben bereits erläutert.

4.3 Zuweisungskriterien für ambulante Rehabilitation (Ziffer 4.2.1)

Bedeutsamer als die auf die Person des Berechtigten bezogenen Kriterien, dürften die Kriterien sein, ob, wann und unter welchen Voraussetzungen eine ambulante Rehabilitationseinrichtung überhaupt als geeignet im Sinne der §§ 17, 19, 20 SGB IX anzusehen ist.
Derzeit erscheint jedenfalls eine große Zahl von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen nicht geeignet, mit ihren Möglichkeiten Ziele im Sinne der §§ 1, 4 Abs.1 und 26 Abs. 1 SGB IX zu gewährleisten.

4.4 Indikationen (4.5.2)

Die Auflistungen der Indikatoren für Teilhabebeeinträchtigungen bleibt hinter den in verschiedenen Gemeinsamen Empfehlungen insbesondere zur Zusammenarbeit mit behandelnden Ärzten und zur frühzeitigen Einleitung von Rehabilitationsleistungen enthaltenen Indikatoren zurück.

5. Geriatrische Rehabilitation (Ziffer 4.6 bis 4.6.8)

Zu diesem Abschnitt wird eine gesonderte Stellungnahme erarbeitet.

6. Leistungen im Ausland (Ziffer 5.5)

Die Ausführungen in diesem Abschnitt entsprechen nur hinsichtlich der Vorsorgeleistungen dem geltenden Recht.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind im Ausland nur im Rahmen des § 18 SGB IX zulässig.

Zur Auslegung der §§ 13 Abs. 4 und 18 Abs. 1 SGB V vergleiche abweichende Rechtsauffassung unter www.harry-fuchs.de .

7. Begutachtung durch den MDK

7.1 Indikation und Zuweisung (Ziffer 7.2)

Sehr positiv zu bewerten sind die unter 7.2.1 und 7.2.2 abgebildeten Algorithmen zur Indikationsstellung von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen.

Diese Systematisierung des Begutachtungsverfahrens kann gewährleisten, dass bundesweit bei allen Begutachtungen die gleichen Arbeitsschritte eingehalten werden. Dies dürfte zu einer wesentlichen Verbesserung des Begutachtungsverfahrens führen und diese Qualität kontinuierlich sichern.

7.2 Das sozialmedizinische Gutachten (Ziffer 7.3.2)

Bedeutsamer als die Qualität des Begutachtungsverfahrens ist allerdings die Qualität der Gutachten. Mit dieser Richtlinie müssten die in der Gemeinsamen Empfehlung „Einheitliche Begutachtung“ von allen Rehabilitationsträgern gemeinsam vereinbarten inhaltlichen Anforderungen an die Begutachtung im Rehabilitationsverfahren in die Praxis der Krankenversicherung übernommen werden.

Zur Feststellung von Art und Ausprägung der Teilhabebeeinträchtigung, d.h., dem wesentlichsten Kriterium für die Entscheidung über Art und Umfang der Rehabilitationsleistungen, wird auf Seite 81 der Begutachtungsrichtlinie in der Fußnote 5 darauf hingewiesen, dass das im Gutachtenvordruck enthaltene „Diagnosefeld fakultativ unter „sonstige Diagnosen“ mit den Krankheitsauswirkungen nach ICF ausgefüllt“ werden „kann. Eine obligatorische dateigestützte Implementierung ist noch nicht realisiert.“

Damit bleibt die Begutachtungsrichtlinie nicht nur inhaltlich, sondern auch in der Dokumentation der teilhabeorientierten Parameter der Begutachtung erheblich hinter den Inhalten und Anforderungen der Gemeinsamen Empfehlung „Einheitliche Begutachtung“ zurück.

Bereits bei der Verabschiedung der Gemeinsamen Empfehlung wurde verschiedentlich bezweifelt, dass die Rehabilitationsträger in den verschiedenen Sozialversicherungszweigen ihre Begutachtungspraxis tatsächlich entsprechend den Vorgaben der Gemeinsamen Empfehlung umstellen. Diese Zweifel haben sich für den Bereich der Krankenversicherung mit dieser Begutachtungsrichtlinie leider als berechtigt erwiesen.

Im Übrigen ist - wie bereits zur Gemeinsamen Empfehlung „Einheitliche Begutachtung“ auch - zum sozial-medizinischen Gutachten nach dieser Richtlinie festzustellen, dass mit diesem Begutachtungsverfahren lediglich die Beeinträchtigung der körperlichen Strukturen und Funktionen – entsprechend den bisherigen medizinischen Gutachten – fachgerecht und differenziert erhoben werden, während die vorgesehenen Feststellungen und Aussagen zu den Beeinträchtigungen der sozialen Integrität und der Integrität der Aktivitäten und Leistungen den Erfordernissen des SGB IX bzw. der ICF nicht gerecht werden.