

**Bewertung der die Rehabilitation- und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen
berührenden Regelungen im Referentenentwurf des GKV-WSG
von Harry Fuchs, Düsseldorf**

Zu § 11 Abs. 3 SGB V – Versorgungsmanagement -

a) § 11 Abs. 3 SGB V überträgt die Verantwortung für die Lösung der Schnittstellenprobleme auf die Leistungserbringer, die dabei von den Krankenkassen lediglich zu unterstützen sind.

Es darf bezweifelt werden, dass die Leistungserbringer in der Lage sein werden, Schnittstellenprobleme zu lösen, die in einem erheblichen Maße durch die nicht gesicherte Finanzierung der anschließend erforderlichen Leistungen verursacht ist. Der häufigste und gravierende Anlass für ein Versorgungsmanagement ist die Entlassung nach einer im Krankenhaus festgestellten Pflegebedürftigkeit. Die Ursachen für die fehlende nahtlose Finanzierung (keine rechtzeitige Einstufung nach dem SGB XI, nicht rechtzeitige Feststellung eines Leistungsbedarfs nach dem SGB IX und Entscheidung über den Leistungsanspruch usw.) liegt nicht beim Krankenhaus oder dem Betroffenen, sondern in der Verantwortung der Kostenträger (weil sich die MDK's – wie z.B. in Westfalen-Lippe - weigern kurzfristig eine Einstufungsuntersuchung im Krankenhaus durchzuführen). Defizite, die durch die Kostenträger zu verantworten sind, können aber nicht von den Leistungserbringern gelöst werden, es sei denn, sie würden dazu ausdrücklich ermächtigt (z.B. durch eine vorübergehende Pflegeeinstufung kraft Gesetzes durch das Krankenhaus, bis der MDK die endgültige Einstufung vornimmt).

Krankenhäuser und Krankenkassen sind bisher bereits nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V verpflichtet die Bedingungen bei der Entlassung in zweiseitigen Verträgen zu regeln. Trotz dieser Verpflichtung haben sie das bisher nicht adäquat getan. Was sich ohne weitere rechtliche Konkretisierung daran ändern sollte, weil künftig die Leistungserbringer stärker in die Verantwortung genommen werden, ist nicht ersichtlich.

b) Soweit nach sich das Versorgungsmanagement des § 11 Abs. 3 SGB V auf die Leistungen zur Rehabilitation erstreckt, bestehen zwei Probleme:

ba) Nach § 112 Abs. 6 SGB V sind die Rehabilitationsträger nur zu beteiligen. Im Rahmen des § 115 sind sie gar nicht beteiligt. Sie sind, ebenso wie die Pflegeeinrichtungen, nach § 112 Abs. 6 SGB V nicht Vertragspartner. Das Beteiligungsrecht/die Beteiligungspflicht ist gesetzlich nicht weiter ausgeformt. Sollte es – wie üblich – in der Praxis nur als Anhörungs- bzw. Mitwirkungsrecht gehandhabt werden, werden die Verträge nur für die Vertragspartner, nicht jedoch für die Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen verbindlich. Soweit die Verträge den Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen Pflichten auferlegen und in die unternehmerische Gestaltungsfreiheit eingreifen, handelt es sich um rechtsunwirksame Verträge zu Lasten Dritter.

bb) Die Regelung gestaltet vom SGB IX abweichendes Recht, das dem SGB IX nach § 7 vorgeht, und führt zu einer erneuten Auseinanderentwicklung des Rehabilitations- und Teilhaberechts.

Nach § 10 SGB IX sind nämlich nicht die Leistungserbringer, sondern die Rehabilitationsträger für die durchgehende Sicherung des Verfahrens und damit für die nahtlose und zügige Leistungserbringung verantwortlich. Der jeweils gerade zuständige Rehabilitationsträger bleibt solange in der Verantwortung, bis der nachfolgend zuständige Leistungsträger mit seiner Leistung begonnen hat

ca) Die Probleme könnten durch den Zusatz „§§ 8, 10, 14 SGB IX bleiben unberührt“ gemildert werden.

cb) An § 15 SGB XI sollte zur nachlosen Sicherstellung der Finanzierung folgender Abs. 4 angefügt werden:

„Wird jemand aus dem Krankenhaus entlassen, weil er pflegebedürftig geworden ist, und wurde er bis zu diesem Zeitpunkt keiner Pflegestufe nach Abs. 1 zugeordnet, ist er bis zur Einstufung im Verfahren nach § 18 der Pflegestufe I zugeordnet.“

Zu § 24 SGB V – Rechtsanspruch auf Vater-Mutter-Kindvorsorgeleistungen -

Die Umwandlung des Ermessensanspruchs auf Vorsorgeleistungen in einen Rechtsanspruch kann zu Verwerfungen bei den Rehabilitationsleistungen führen.

Damit sind für diese Vorsorgeleistungen auf dem Hintergrund der Budgetierung nach § 23 Abs. 8 SGB V (vergl. im Einzelnen nachfolgend zu den §§ 40, 40a, 41 SGB V) künftig im Verhältnis zu anderen Leistungen zur Rehabilitation vorrangig Mittel bereit zustellen. Die kann dazu führen, dass für solche Leistungen ausreichend Mittel in den Haushalt eingestellt werden, während gleichzeitig im Haushalt z.B. mit Blick auf den künftigen Zusatzbeitrag die Mittel für qualifizierte Rehabilitationsleistungen an Kinder- und Jugendliche, auf die nach § 11 Abs. 2 SGB V ebenfalls ein Rechtsanspruch besteht, abgesenkt werden.

Zu § 33 Abs. 1 – Teilhabeorientierung der Hilfsmittel -

a) Der vorgesehene Absatz 1 Satz 2 „Der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Beschäftigungsausgleich hängt insbesondere nicht davon ab, ob eine selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft noch möglich ist“.

Diese Regelung ist weder mit der Menschenwürde, noch mit den Grundrechten zu vereinbaren. Er impliziert nämlich, dass Einzelne oder Gruppen von behinderten Menschen keine selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft mehr haben könnten.

Neben der Menschenwürde als übergeordnet bindende Norm entfalten die Grundrechte, insbesondere der Gleichheitssatz, das System der Freiheitsrechte sowie der Schutz von Leben und Gesundheit ethisch-moralische und rechtliche Maßstäbe für die Lebenssituation pflegebedürftiger und/oder behinderter Menschen. Die Gleichheitssätze, insbesondere das Benachteiligungsverbot, sichern behinderten Menschen mit und ohne Pflegebedarf rechtliche und soziale Gleichheit. Ziel ist die gleichberechtigte Teilhabe sowie die Beseitigung von Benachteiligungen. Die Formulierung des Referentenentwurfs beseitigt diese rechtliche und soziale Gleichheit für bestimmte behinderte Menschen quasi kraft Gesetzes.

Auf dem System der Freiheitsrechte basiert u.a. die Zielsetzung – und zugleich Verpflichtung - der Sozialleistungsträger, pflegebedürftigen und/oder behinderten Menschen zu helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen. Selbstbestimmung und selbstbestimmte Lebensführung sind jedoch nicht nur eine Frage rechtlicher Freiheit, d.h., der Anerkennung als Rechtsperson und der Tragweite der Einschränkungen grundrechtlicher Freiheiten. Selbstbestimmung ist vielmehr gerade für pflegebedürftige und/oder behinderte Menschen davon abhängig, ob sie die tatsächlichen Voraussetzungen zur Freiheitsausübung haben und ob diese in ihrer Lebenssituation verwirklicht werden können.

Das Grundgesetz gewährleistet auch Menschen, die z.B. durch ein Wachkoma oder eine fortgeschrittene Alzheimererkrankung schwerstbehindert sind, rechtliche und soziale Gleichheit. Auch sie können in ihrer Lebenssituation noch – mit entsprechender Unterstützung durch Dritte – ihre Selbstbestimmung verwirklichen.

b) Es wird vorgeschlagen, den inkriminierenden Satz vollständig zu streichen.

c) Die Zielsetzung des Referentenentwurfs, schwerstbehinderten Versicherten die zur Förderung der selbstbestimmten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft erforderlichen Hilfsmittel zu gewährleisten, ist richtig.
Sowohl die Feststellung des individuellen Leistungsbedarfs auf der Grundlage der ICF,

wie auch die teilhabeorientierte Entscheidung über Gegenstand, Umfang und Ausführung der Leistungen einschl. der entsprechend teilhabeorientierten Verwaltungsverfahren sind für diese Menschen umfassend im SGB IX geregelt.

da) In § 33 SGB V sollte durch folgende Neufassung des Absatzes 1, Sätze 1 - 3 klaggestellt werden, dass die Hilfsmittel zur Teilhabe immer nach den § 31 SGB IX zu erbringen sind:

„§ 33 Abs. 1, Sätze 1 bis 3 erhalten folgende Fassung:

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

db) An Stelle des zur Streichung vorgeschlagenen neuen Satz 2 des § 33 Abs. 1 in der Fassung des Referentenentwurfs werden zur Klarstellung der Teilhabeproblematik in § 31 SGB IX folgende Änderungen vorgeschlagen:

1. In § 31 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt.

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

2. In § 31 Absatz 2 wird Satz 1 wie folgt gefasst:

„Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandhaltung, Ersatzbeschaffung, die Ausbildung in ihrem Gebrauch und, soweit zum Schutz der Leistungsberechtigten vor unvermeidbaren gesundheitlichen Risiken erforderlich die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung und Funktionsfähigkeit der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen.

3. § 31 Abs. 3 wird wie folgt gefasst:

„Wählen Leistungsberechtigte ein geeignetes Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen in einer aufwändigeren Ausführung als zur Förderung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft notwendig, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte Folgekosten selbst zu tragen.“

Zu §§ 40, 40a, 41 – Anspruch auf Rehabilitationsleistungen –

a) Die Ausgaben für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen sind nach § 23 Abs. 8 SGB V in einem gemeinsamen Budget begrenzt.

Aus diesem Budget sind künftig zu finanzieren:

- Rechtsansprüche auf Vater-Mutter-Kind Vorsorgeleistungen (§ 24)
- Rechtsansprüche auf Vater-Mutter-Kind Rehabilitationsleistungen (§ 41)
- Rechtsansprüche auf geriatrische Rehabilitation (§ 40a)
- Ermessensansprüche (nach der Diktion des Gesetzes) auf die gesamte übrige Rehabilitation für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche, auf die allerdings nach § 11 Abs. 2 SGB V ebenfalls ein Rechtsanspruch besteht
- Ermessensansprüche auf die übrigen Vorsorgeleistungen (§ 23)

b) Auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation besteht seit Inkrafttreten des SGB IX am 1.7.2001 ein umfassender Rechtsanspruch für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche, wie auch für alle Indikationen, d.h., auch auf geriatrische Rehabilitation. § 11 Abs. 2 SGB V beginnt nämlich seitdem mit den Worten „Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation...“

Die beabsichtigte besondere Hervorhebung der Rechtsansprüche nach §§ 23, 24, 40a und 41 SGB V im Verhältnis zu dem umfassenden Rechtsanspruch nach § 11 Abs. 2 Rehabilitationsleistungen SGB V verpflichtet die Krankenkassen, künftig die im Budget nach § 23 Abs. 8 SGB V verfügbaren Mittel vorrangig für die hervorgehobenen Leistungen einzusetzen, während die übrigen Rechtsansprüche auf Rehabilitationsleistungen und die übrigen Vorsorgeleistungen dahinter zurücktreten müssen.

- c) Im Ergebnis kann das dazu führen, dass Mittel vorrangig für Vorsorgeleistungen in Vater-Mutter-Kind-Einrichtungen ausgegeben werden müssen, während für erwachsene Menschen und Kinder bzw. Jugendliche mit fortgeschrittenen chronischen Krankheiten und bereits eingetretener erheblicher Beeinträchtigung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft in den Budgets nicht mehr genügend Mittel vorhanden sind.
- d) Auch unter Gleichbehandlungsgrundsätzen kann nicht hingenommen werden, dass Menschen mit gleichwertigen Ursachen und Ausprägungen ihrer gesundheitlichen und Teilhabebeeinträchtigung ungleich behandelt werden. Während der betagte Mensch mit einer als Folge seiner Krankheit eingetretener Pflegebedürftigkeit einen herausgehobenen Rechtsanspruch auf geriatrische Rehabilitation eingeräumt erhält, wird der bisher umfassende Rechtsanspruch auf Rehabilitation für den gleichaltrigen Menschen mit einer völlig gleichwertigen Teilhabebeeinträchtigung, bei dem jedoch Pflegebedürftigkeit noch durch indikationsspezifische Rehabilitationsleistungen verhindert werden kann, zu einem Rechtsanspruch minderer Art, oder – so die Diktion des Referentenentwurfs – gar wieder zu einem Ermessensanspruch herabgemindert.
Ökonomisch und rechtlich sind das Ziel der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit durch Rehabilitation und die mit der geriatrischen Rehabilitation angestrebten Ziele mindestens gleichwertig und gleichrangig.
- e) Zur Lösung muss durch eine entsprechende Fassung der §§ 11 Abs. 2, 24, 40, 40a, 41 gewährleistet werden, dass der umfassende Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation nach § 11 Abs. 2 SGB V uneingeschränkt erhalten bleibt und nicht durch eine unterschiedliche Gewichtung gleicher Ansprüche die Ungleichbehandlung großer Gruppen der Bevölkerung präjudiziert wird.
- f) Die unter a – e beschriebenen Folgen einer unterschiedlichen Gewichtung der Rechtsansprüche auf medizinische Rehabilitation nach Indikationen (geriatrische Rehabilitation) oder Zielgruppen (Vater-Mutter-Kind-Leistungen) hebt im Ergebnis die mit dem SGB IX ab 1.7.2001 in § 11 Abs. 2 SGB V vollzogene Umwandlung des Ermessensanspruchs auf medizinische Rehabilitation der Krankenversicherung in einen umfassenden Rechtsanspruch für die weitaus größte Zahl der Berechtigten teilweise wieder zurück.
- g) Damit wird für eine große Zahl von behinderten und pflegebedürftigen Menschen (insbesondere Kindern und Jugendlichen, aus dem Erwerbsleben ausgeschiedene Menschen und – weil das SGB V zugleich die Basis für die entsprechenden Leistungen der Sozialhilfeträger nach dem SGB XII ist – auch allen Menschen ohne sozialversicherungsrechtliche Absicherung) eine für sie bedeutsame Leistungsgruppe (§ 5 SGB IX) im Bereich der Krankenversicherung neu gewichtet und zwar - mit Blick auf die durch Budget begrenzten Mittel wie zu § 24 beschrieben – negativ im Sinne einer Leistungsminderung.
- h) Ob ein Anspruch auf Rehabilitations- und Teilhabeleistungen besteht, richtet sich entsprechend § 2 SGB IX nicht mehr nach dem Ausmaß seiner Krankheit oder Behinderung, sondern nach Art und Ausprägung seiner durch die Krankheit oder Behinderung (Pflegebedürftigkeit) verursachten Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.
Die sich aus den beabsichtigten Regelungen ergebende Ungleichbehandlung von Menschen mit gleicher Art und auch gleicher Ausprägung einer Teilhabebeeinträchtigung

kann auch unter Gleichbehandlungsgrundsätzen nicht hingenommen werden.

- i) Notwendig ist auch eine Klarstellung, wer die Versorgungsinhalte der „geriatrischen Rehabilitation“ definiert. Nach dem SGB IX ist dies Aufgabe der Rehabilitationsträger – an der trägerübergreifenden Aufgabenstellung der geriatrischen Rehabilitation sind neben der Kranken- auch die Unfallversicherung und die Versorgungsverwaltung beteiligt - durch gemeinsame Empfehlungen nach § 13 SGB IX. Obwohl der Referentenentwurf – entgegen den in früheren Materialien geäußerten Absichten – keine entsprechende Aufgabenzuordnung zum Gemeinsamen Bundesausschuss in § 92 SGB V enthält, ist eine Klarstellung zur Vermeidung späterer Probleme geboten. Sollte nämlich weiterhin in irgendeiner Form die Absicht bestehen, den Gemeinsamen Bundesausschuss zur Definition der Inhalte der geriatrischen Rehabilitation zu legitimieren, würde dies für das gesamte Rehabilitations- und Teilhaberecht einen elementaren Systembruch bedeuten. Mit dem SGB IX wurde diese Verantwortung nämlich zur Überwindung der Schnittstellenprobleme allein den Rehabilitationsträgern zugeordnet, die nach § 19 SGB IX auch allein den Sicherstellungsauftrag für die Rehabilitation haben. Daran sind die Kassenärztlichen Vereinigungen und der gemeinsame Bundesausschuss in keiner Form beteiligt und sollten auch nicht wieder beteiligt werden. In diesem Zusammenhang ist an die Stellungnahme der KBV im Gesetzgebungsverfahren zum SGB IX zu erinnern, die selbst vorgeschlagen hatte, die niedergelassenen Ärzte und ihre Vertretung aus dieser Verantwortung zu entlassen.
- j) **Zusammenfassend werden deshalb zu den §§ 40 – 41 SGB V folgende klarstellende und mit dem SGB IX konvergente Regelungen vorgeschlagen:**
1. **§ 40 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:**
„Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 26 Abs. 1 des Neunten Buches beschriebenen Ziele zu erreichen, hat die Krankenkasse die erforderlichen ambulanten Rehabilitationsleistungen in Einrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 und § 21 des Neunten Buches besteht, oder, soweit dies erforderlich ist, durch wohnortnahe Dienste und Einrichtungen erbringen.“
 2. **§ 40 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:**
„Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, hat die Krankenkasse stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in einer nach § 20 Abs. 2 a des Neunten Buches zertifizierten Einrichtung zu erbringen, mit der ein Versorgungsvertrag nach § 111 und nach § 21 des Neunten Buches besteht. Wünscht der Versicherte die Ausführung der Leistung in einer anderen nach § 20 Abs. 2 des Neunten Sozialgesetzbuches zertifizierte Einrichtung, findet § 9 Abs. 1 SGB IX Anwendung
 3. **Nach § 40 Absatz 2 wird folgender neuer Absatz 2a eingefügt:**
„(2a) ¹Der Anspruch umfasst auch Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation sowie in Vater-Mutter-Kind-Einrichtungen. ²Die Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation sind auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 des Elften Buches zu erbringen. ³Gegenstand, Umfang und Ausführung der Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation vereinbaren die Träger nach § 6 des Neunten Buches, die medizinische Leistungen zur Rehabilitation für pflegebedürftige oder von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen erbringen, in einer gemeinsamen Empfehlung nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 und § 13 des Neunten Buches.“
 4. **Damit entfallen die im Referentenentwurf zu § 40 in den Buchstaben a) und b) sowie zu § 41 im Buchstaben a) ebenso wie die Einfügung eines neuen § 41a**

SGB V.

5. Im Übrigen sollten

- **§§ 23 und 40 SGB V sowie**
- **die SVHV so geändert werden, dass in den Haushalten der Krankenkassen getrennte Budgets für Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen gebildet werden müssen**
- **die KSVwV so geändert werden, dass die unterschiedlichen Leistungsarten künftig auch im Rahmen der Meldepflichten und der sonstigen Statistiken der Krankenkassen getrennt ausgewiesen werden.**

Falls jemandem bgl. der geriatrischen Rehabilitation und der Vater-Mutter-Kind-Rehabilitation die vorgeschlagenen Klarstellungen zum Rechtsanspruch noch nicht ausreichen, könnte ergänzend auch noch § 11 Abs. 2 wie folgt gefasst werden:

- 6. In § 11 Abs. 2 Satz 1 wird hinter den Worten „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die Worte
„einschließlich der Leistungen der geriatrischen Rehabilitation und der Rehabilitationsleistungen in Vater Mutter Kind-Einrichtungen“
eingefügt.**

Der bisher völlig unzureichenden Durchführung des Sicherstellungsauftrages nach § 19 SGB IX durch die Krankenkassen, die Ursache für die Diskussion über die besondere Betonung der geriatrischen Rehabilitation und die Zielsetzung ist, dass jeder Pflegebedürftige die notwendigen Rehabilitationsleistungen erhält kann man mit folgender Regelung begegnen:

- 7. In § 19 SGB IX wird folgender Abs. 2a eingefügt:**

„(2a) Die Bundesregierung evaluiert für die Durchführung des Absatz 1 für die Versorgung pflegebedürftiger oder von Pflegebedürftigkeit bedrohter Menschen sowie die Durchführung des § 11 Abs. 2 i.V.m. § 40 Abs. 2a Satz 1 SGB V im Rahmen der Rehabilitationsforschung. Sie unterrichtet die Bundesregierung darüber bis zum 30.6.2008 und schlägt den gesetzgebenden Körperschaften noch zu treffende Maßnahmen vor.“

Zu § 40 Abs. 2 Satz 2 SGB V - Mehrkosten im Rahmen des Wunschrechts -

- a) Das in § 40 Abs. 2 Satz 2 SGB V vorgesehene Recht, eine andere Rehabilitationseinrichtung wählen zu können, schränkt das Wunschrecht nach § 9 Abs. 1 SGB IX ein.
- b) Die Regelungsabsicht kollidiert schon sprachlich mit dem SGB IX. Was an dieser Stelle als Wahlrecht bezeichnet wird, korrespondiert mit dem Wunschrecht nach § 9 Abs. 1 SGB IX und nicht mit dem Wahlrecht nach § 9 Abs. 2 SGB IX.

Zur Vermeidung von Irritationen muss die Regelung auf jeden Fall sprachlich angepasst werden.

- c) Nach § 9 SGB IX kann der Berechtigte jede andere Rehabilitationseinrichtung wählen, die im Sinne des § 17 SGB IX zur Ausführung von Rehabilitationsleistungen geeignet ist. Die Zertifizierungspflicht ist künftig eine Eignungsvoraussetzung im Sinne des § 17 SGB IX. Während der Versicherte bei einer Rehabilitationsleistung der Renten- oder Unfallversicherung künftig nach § 9 SGB IX weiterhin eine im Bereich der Krankenversicherung zertifizierte Rehabilitationseinrichtung wählen dürfte, lässt die derzeitige Entwurfsformulierung umgekehrt bei Rehabilitationsleistungen der Krankenversicherung nicht die Wahl einer im Bereich der Rentenversicherung zertifizierten Einrichtung, sondern nur die Wahl einer zertifizierten

Einrichtung mit einem Versorgungsvertrag einer Krankenkasse zu.

da) Das Wunschrecht des § 9 Abs. 1 SGB IX lässt auch die Wahl von Einrichtungen zu, in denen die Leistungen in einem durch die Rechtsprechung des BSG begrenzten Rahmen Mehrkosten verursachen. Dadurch wird die Selbstbestimmung gefördert. Die Versicherten können mit ihrer beschränkten Nachfragemacht durchweg nicht die Preise erzielen, die die Rehabilitationsträger durchsetzen können. Die beabsichtigte Regelung, dass der Versicherte alle über die von den Reha-Trägern erreichten Preise hinausgehenden Kosten selbst tragen muss, hebt die mit § 9 Abs. 1 SGB IX erreichte Selbstbestimmung faktisch vollständig aus. Die Regelung stellt danach für den versicherten keine Verbesserung, sondern eine Verschlechterung dar.

db) Nach § 10 SGB IX sind im Übrigen die Rehabilitationsträger für die Wirtschaftlichkeit der Leistungsausführung verantwortlich. Das gilt auch für die vom Versicherten gewünschte Einrichtung oder für Leistungen, die als persönliches Budget ausgeführt werden. Die Rehabilitationsträger müssen dieser Verpflichtung endlich nachkommen und ihren Versicherten mit ihrer Nachfragemacht bei der von im gewünschten Einrichtung bzw. im Rahmen des persönlichen Budgets unterstützen und auch in diesen Fällen ihr Preisgefüge durchsetzen.

dc) Die im Referentenentwurf enthaltene Regelung führt zu einer erneuten Divergenz des Rehabilitationsrechts, weil in das Leistungsrecht der übrigen Träger entsprechende Regelungen nicht aufgenommen werden.

Künftig ist bei Renten- und Unfallversicherungsträgern weiterhin § 9 Abs. 1 SGB IX anzuwenden, während der Versicherte in der Krankenversicherung immer die Preisdifferenz selbst zu tragen hätte, ohne dass der Rehabilitationsträger darauf Einfluss nehmen muss, die Preisdifferenz durch sein Einwirken zu beseitigen.

Damit wird die mit dem SGB IX erreichte Konvergenz des Leistungserbringerrechts an dieser Stelle aufgegeben.

dd) Die beabsichtigte Regelung hat dauerhaft äußerst negative Auswirkungen auf die Ausführung der Leistungen als Persönlichen Budget. Schon heute versuchen die Krankenkassen im Rahmen des Budgets nach § 8 Abs. 3 SGB XI den Berechtigten allein das Aushandeln der Preise mit den Leistungserbringern anzulasten und sich ihrer Verpflichtung, den Berechtigten (wegen ihrer Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung) bei der Preisgestaltung zu unterstützen, zu entziehen. Von der in § 21 Abs. 2 SGB IX enthaltenen Möglichkeit, das Preisgefüge für Leistungen im Rahmen von Persönlichen Budgets durch einen Rahmenvertrag mit den Leistungserbringern zu Gunsten der Berechtigten generell zu beeinflussen, wurde bis heute ebenfalls kein Gebrauch gemacht.

Sollten die Berechtigten hinsichtlich der Preisgestaltung im Rahmen der Persönlichen Budgets dauerhaft von den Leistungsträgern allein gelassen bleiben, werden die Vorteile des Persönlichen Budgets durch höhere Preise, die sich bei Einzelpreisverhandlungen im Verhältnis zu Kollektivverhandlungen ergeben, aufgehoben und das Persönliche Budget wird als Instrument der Selbstbestimmung scheitern.

Künftig können die Krankenkassen ihre mangelnde Bereitschaft, den Berechtigten bei der Preisgestaltung zu unterstützen, durch die vorgesehene Regelung auch noch legitimieren.

e) Die dazu notwendige konvergente Anpassung des § 40 Abs. 2 Satz 2 ist bereits in oben den Vorschlägen zu § 40 Absatz 2 eingearbeitet.

Zu § 43 Abs. 2 Satz 4 SGB V – Rehabilitationsnachsorge für Kinder unter 12 J. -

Die Aufhebung des § 43 Abs. 2 Satz 4 SGB V stellt die Ausgestaltung der im Anschluss an eine medizinische Rehabilitationsleistung für chronisch kranke und schwerstkranke Kinder, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, in das Ermessen der einzelnen Kassen und - wie die Begründung ausweist – ausdrücklich in den Wettbewerb.

a) Gerade bei schwerstkranken und behinderten Kindern ist eine wirksame Nachsorge unabdingbar, um den Erfolg und die Nachhaltigkeit der Rehabilitationsleistung zu sichern. Die Wirksamkeit der Nachsorge bedingt eine entsprechend qualifizierte Struktur- und Prozessqualität.

Die einzelnen Kassen verfügen nicht über die Kompetenz und die Erfahrung, die Wechselwirkung zwischen Qualität und Wirksamkeit überhaupt beurteilen zu können.

b) Mit Blick auf die mit dem SGB IX erzeugte Konvergenz der Qualität der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation muss die Wirksamkeit und Qualität der Nachsorge dem entsprechend, um die gebotene Nachhaltigkeit durchgängig und gleichmäßig zu sichern. Es kann daher nicht dem Wettbewerb der Kassen überlassen bleiben, unterschiedliche Qualitätsmaßstäbe für die Nachsorgeleistungen zusetzen, die sich im Zweifel am Preis, nicht aber an der Wirksamkeit orientieren.

c) Ist die Qualität der Nachsorgeleistungen nicht mehr geeignet, die Nachhaltigkeit und den Erfolg der Rehabilitationsleistungen zu sichern, hebt dies die ökonomische Wirksamkeit der zuvor durchgeführten Rehabilitationsleistung ganz oder teilweise auf und ist deswegen auch nicht mit dem Sparsamkeits- und Wirtschaftlichkeitsgebot des § 68 SGB IV zu vereinbaren.

d) Die Streichung des § 43 Abs. 2 Satz 4 SGB V steht in einem diametralen Gegensatz zu den auf Koordination und Kooperation der Rehabilitationsträger und Leistungskonvergenz ausgerichteten Zielen und Bestimmungen des SGB IX.

e) Vorschlag: Die Regelung wird nicht aufgehoben.

Zu § 62 Abs. 1 SGB V – Zuzahlung, Sanktion nicht wahrgeben. Vorsorgeleistungen -

a) Das Diakonische Werk der EKD hat diese Absicht in seiner Stellungnahme zu den Eckpunkten mit der zutreffenden Feststellung abgelehnt, dass diese Regelungen gerade die einkommens- und bildungsarmen Bevölkerungsgruppen sowie Menschen mit schweren Behinderungen (chronischen Erkrankungen) überfordern, die die größten gesundheitlichen Belastungen und die geringsten gesundheitlichen Ressourcen haben. Die beabsichtigten Maßnahmen würden die Kompetenz dieser Bevölkerungsgruppen nicht erhöhen, sie würden auch weiterhin von den Programmen nicht erreicht. Es handele sich lediglich um eine verdeckte Form der Selbstbeteiligung, die die gesundheitliche Ungleichheit vergrößern werde.

b) Unabhängig von dieser grundsätzlichen Positionierung scheint zumindest eine Differenzierung geboten. Es ist ein Unterschied, ob ein chronisch Kranker, dem das Erfordernis seiner Lebensstiländerung bewusst ist, die gesetzlichen Möglichkeiten nicht ausschöpft, oder ob jemand, der über Jahrzehnte ohne größere körperliche Beeinträchtigung war, später an Krebs erkrankt.

Abgesehen davon, dass es generell bedenklich ist, mit dieser Regelung erstmals das Verschuldensprinzip in die Sozialversicherung einzuführen, kann die beabsichtigte Regelung des Abs. 1 Nr. 2 zumindest dann als unverhältnismäßig angesehen werden, wenn das fahrlässige bzw. grobfahrlässige Handeln nicht zumindest dadurch dokumentiert wurde, dass der Berechtigte von seiner Kasse zur Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung aufgefordert und über die Folgen der Nichtinanspruchnahme aufgeklärt wurde und dann dennoch nicht an der Vorsorge teilgenommen hat. Eine Leistungskürzung wegen Eigenverschuldens in dieser Größenordnung allein unter Berufung auf die öffentlichen Hinweise zu stützen, erscheint problematisch. Eine entsprechende Regelung zur Aufklärung und deren Dokumentation fehlt aber.

c) Die Tatsache dass immer mehr arme Menschen nicht mehr in der Lage sind, ihre zuzahlungsbewehrten Leistungsansprüche zu bewirken, weil sie nicht in der Lage

sind, ihre Zuzahlungen zu leisten und die Sozialhilfeträger die Übernahme der Zuzahlungen verweigern, wirft unverändert die – bereist zum GMG – diskutierte Frage einer entsprechenden Regelung im SGB XII auf.

Zu § 111 b SGB IX – Aufhebung der Regelung über gemeinsame Rahmenempfehlungen

a) Die Aufhebung des § 111b SGB IX ist aus der Sicht des Rehabilitations- und Teilhaberechts grundsätzlich nicht nur unschädlich, sondern im Sinne der Vereinheitlichung des Rehabilitationsrechts sogar zu begrüßen.

Die konkreten Inhalte der Rahmenempfehlungen sind nämlich weitestgehend durch die nach §§ 12, 12 SGB IX von allen Rehabilitationsträgern einzugehenden gemeinsamen Empfehlungen erfasst. Lediglich für den in Nr. 2 vorgesehenen „Katalog von Indikationen“ gibt es im SGB IX keine Entsprechung, weil es sich um spezifisches Leistungsrecht der GKV handelt. Dieser Katalog sollte die Indikationen definieren, für die nach § 40 Abs. 3 Satz 3 SGB V in Leitlinien eine von der Regeldauer abweichende Behandlungsdauer der medizinischen Rehabilitation festgelegt werden können. Diese Festlegung ist jedoch einerseits weiterhin unmittelbar auf der Basis des § 40 Abs. 3 Satz 3 SGB V möglich. Andererseits ist es ohnehin sachgerechter, Indikatoren für die Abweichungen von der Regelbehandlungsdauer für zweifelsfrei umrissene Fallgruppen unmittelbar im Versorgungsvertrag nach §§ 111 SGB V, 21 Abs. 1 SGB IX mit der Rehabilitationseinrichtung zu vereinbaren.

b) Die Begründung für die Aufhebung ist allerdings nicht sachgerecht. Die Verschlankung der Aufgabenstellung des neuen Spitzenverbandes und die Vergrößerung der Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen, überlassen die im Regelungsgehalt des bisherigen § 111b SGB V enthaltene bundeseinheitliche inhaltliche Ausgestaltung der Leistungsinhalte dem individuellen Ermessen der einzelnen Kassen und stellen diese damit in den Wettbewerb. Die dazu zur Aufhebung des § 43 Abs. 2 Satz 4 SGB V geäußerten Bedenken gelten hier gleichermaßen.

Im Unterschied zu § 43 Abs. 2 Satz 4 SGB V handelt es sich bei der Regelung des § 111b SGB V um spezifisches Leistungserbringungsrecht im Sinne des § 7 Satz 1 SGB V. Mit der Aufhebung des § 111b SGB V werden die korrespondierenden Vorschriften des SGB IX in vollem Umfang unmittelbar in der Krankenversicherung wirksam.

Danach ist der neue Spitzenverband Bund der Krankenkassen u.a. im Rahmen der §§ 12, 13, 20, 21 SGB IX weiterhin allein für die Ausgestaltung des Rehabilitationsrechts verantwortlich. Die Gestaltungsmöglichkeiten der einzelnen Krankenkassen werden nicht erweitert.

c) Zur Vermeidung von späteren Problemen bei der Durchführung des SGB IX sollte die Begründung dahingehend korrigiert werden, dass die Regelung des § 111b SGB V durch die inhaltlich korrespondierenden Regelungen des SGB IX entbehrlich geworden ist.

§ 127 SGB V, § 78 Abs. 1 – 3 SGB XI - Hilfsmittelausschreibung -

a) Aus der Sicht der Behindertenpolitik bestehen große Bedenken gegen die Ausschreibung der Hilfsmittel. Die für die meisten behinderten Menschen bedeutsamen Hilfsmittel – das sind häufig auch die kostenaufwändigsten – erfordern eine individuelle Anfertigung und Anpassung. Ausschreibungen sind jedoch nur sinnvoll, wenn es möglich ist, die Nachfrage nach einem bestimmten Gut gleicher Art in größeren Mengen zu bündeln, um am Markt im Wettbewerb einen günstigeren Preis zu bewirken.

Weil die individuellen Qualitätsanforderungen in Ausschreibungen der Krankenkassen nicht in der bedarfsgerechten Differenzierung dargestellt werden können, trägt die Begründung nicht, die unter Hinweis auf die im Hilfsmittelverzeichnis festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung ausschließt, dass Preisvorteile zu Lasten der Versorgungsqualität gehen.

Die bisherigen Erfahrungen aus der Praxis der Kassen deuten eher darauf hin, dass der Preis heute schon über die Bedarfsgerechtigkeit und die Qualität dominiert.

b) Um die Vorrangregelung zumindest für besonders schwer behinderte Menschen abzumildern könnte Absatz 3 wie folgt gefasst werden:

„(3) Soweit der nach § 10 SGB IX festgestellte individuelle funktionsbezogene Leistungsbedarf dies erfordert oder für ein erforderliches Hilfsmittel keine Verträge... ..“

§§ 132a Abs. 1, 132b Abs. 2, § 132 c Abs. 2 SGB V – Aufhebung des Rahmenrechts zu und Wettbewerbsorientierung der häusl. Krankenpflege, Soziotherapie usw

a) Insbesondere behinderte Menschen sind darauf angewiesen, dass neben der Qualität der von ihnen benötigten Leistungen auch der Leistungsumfang zweifelsfrei ist und nur geeignete Leistungserbringer diese Leistungen erbringen. Sie können sich mit dem Leistungserbringer weder über den Leistungsinhalt auseinandersetzen, noch die Geeignetheit des Leistungserbringers überprüfen.

Mit der umfassenden Zuordnung der Aufgabe „Qualitätssicherung“ zum Gemeinsamen Bundesausschuss kann zwar davon ausgegangen werden, dass in Verbindung mit den Richtlinien zu den Leistungsinhalten weiterhin geeignete Rahmenregelungen bestehen. Dass die Krankenkassen in den Einzelverträgen diese Rahmenregelungen tatsächlich umfassend zum Vertragsgegenstand machen, ist gerade unter Wettbewerbsbedingungen nicht gesichert.

Bisher war die Gleichbehandlung aller Berechtigten über das in § 132a Abs. 1 und § 132b SGB V geregelte Vertragsrecht bzw. bei der Soziotherapie die einheitliche Empfehlungen zu den Anforderungen an die Leistungserbringer bundesweit gesichert. Es ist zu befürchten, dass nicht mehr alle Menschen mit einem bestimmten Leistungsbedarf auch tatsächlich alle Leistungen bedarfsgerecht durch einen in gleicher Weise geeigneten Leistungserbringer erhalten.

b) Eine solche Regelung ist mit den Kooperations-, Koordinations- und Konvergenzziele des SGB IX nur schwer in Einklang zu bringen.

c) Zudem ist nicht nachvollziehbar, wieso bei bestimmten Leistungen (z.B. Palliativversorgung) bis ins Kleinste gesetzliche Vorgaben gemacht werden, während bei ähnlich sensiblen Leistungen wie der Soziotherapie künftig der Wettbewerb die Maßstäbe setzen soll.

d) Da die Fragen der Vertragsgestaltung, Anforderungen an die Leistungserbringer usw. bei allen Leistungen im Abschnitt „Beziehungen zu den sonstigen Leistungserbringern“ vergleichbare Anforderungen stellen, sollte an einer prominenten Stelle das Verfahren der Vertragsgestaltung (etwa vergleichbar § 132a Abs. 1 SGB V oder § 21 SGB IX) einheitlich geregelt werden.

e) Zur Aufhebung des die sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen regelnden Absatzes in § 137c SGB V vergleiche oben Ausführungen zu § 43 Abs. 2 Satz 4 SGB V.

§ 133 SGB V - Mehrbelastung Behinderter beim Krankentransport -

Von der Reduzierung der Leistungen der Krankenkassen für den Krankentransport um 3 vH. sind im besonderen Maße chronisch Kranke, behinderte und pflegebedürftige Menschen betroffen, für die diese Reduzierung – nicht im Ausnahme sondern – im Regelfall eine Belastung in gleicher Höhe bedeutet. Die Bundesregierung hat immer wieder betont, dass diese Reform nicht mit weiteren Zuzahlungen verbunden ist. Das trifft in diesem Fall ausgerechnet für die Menschen nicht zu, deren Haushaltseinkommen schon durch ihre

chronische Krankheit, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit überproportional belastet ist und bereits durch das GMG in besonderer Weise zusätzlich belastet wurden.

Hier ist zumindest eine Härtefallregelung unverzichtbar.

135a SGB V, § 20 SGB IX – Qualitätssicherung der Rehabilitation/Zertifizierung -

a) Die sich mit den Regelungen in § 137d Abs. 1 SGB V und § 20 SGB IX abzeichnende Angleichung des Rehabilitationsrechts auf der Grundlage des SGB IX ist zu begrüßen und sollte vollzogen werden.

b) Die in § 20 Abs. 2 SGB IX vorgesehene Zertifizierungspflicht darf nicht auf stationäre Rehabilitationseinrichtungen beschränkt bleiben. Sie muss auch die ambulanten Rehabilitationseinrichtungen erfassen.

Eine unterschiedliche Behandlung von Anbietern mit weitgehend inhaltsgleichem Versorgungsauftrag könnte gegen Artikel 3 Abs. 1 GG sowie das Recht am eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb (Artikel 12 Abs. 1, 14 Abs. 1 GG) verstoßen.

c) In § 20 Abs. 2 Satz 2 sollte deshalb das Wort „Stationäre“ gestrichen werden.

d) Die Anforderungen an das Qualitätsmanagement einer Rehabilitationseinrichtung greifen unmittelbar in die autonomen Unternehmensrechte ein. Ein bloßes Stellungnahmerecht zu den ansonsten einseitig festzulegenden Eingriffen erscheint verfassungsrechtlich sehr bedenklich.

Zudem steht den Rehabilitationseinrichtungen nach § 21 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX das Recht zu, die Qualitätsanforderungen an die Ausführung der Leistungen in ihren Versorgungsverträgen bzw. in bundesweiten Rahmenverträgen mitzugestalten. Die vorgesehene Fassung des § 20 Abs. 2 SGB IX würde dieses Vertragsrecht faktisch beseitigen.

e) Zusammenfassend wird deshalb vorgeschlagen § 20 Abs. 2 SGB IX wie folgt zu fassen:

„Die Spitzenverbände der Rehabilitationsträger nach § 6 Nr. 1 und 3 bis 5 vereinbaren ihre grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach Abs. 2 Satz 1 sowie das Zertifizierungsverfahren, mit dem die ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen die erfolgreiche Umsetzung des Qualitätsmanagements in regelmäßigen Abständen nachweisen, in einer gemeinsamen Empfehlung nach Absatz 1. Die Ausführung dieser Anforderungen in den Rehabilitationseinrichtungen vereinbaren sie mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände in Verträgen nach § 21 Abs. 2.“

(Anmerkung: Bei der Vereinbarung gemeinsamer Empfehlung ist die Beteiligung der Verbände zwingend - § 13 Abs. 6 SGB IX – und muss an dieser Stelle nicht noch einmal ausdrücklich aufgenommen werden).

Zu § 140 d Abs. 1 - Kosten der Rehabilitation im Rahmen der integrierten Versorgung

Es soll klargestellt werden, dass der Aufwand für Rehabilitationsleistungen im Rahmen von Verträgen der integrierten Versorgung nicht aus der sogen. Anschubfinanzierung bezahlt werden dürfen.

Mit Blick auf die unterschiedlichen Budgets für die Akutversorgung und die Rehabilitation sowie die Finanzierung der Anschubfinanzierung allein durch die Leistungserbringer der Akutversorgung, war dies bei sachgerechter Auslegung des geltenden Rechts auch bisher schon so. Die anders lautende Begründung, die eine Rechtsänderung für die Zukunft vermitteln soll, dient offensichtlich der Vermeidung rückwirkender Finanzierungsaueinandersetzungen hinsichtlich bereits bestehender Verträge.

Durch diese Regelung wird die Erbringung von Rehabilitationsleistungen im Rahmen von Verträgen der integrierten Versorgung nicht tangiert. Die Kassen müssen lediglich bei der Finanzierung der integrierten Versorgung mit Rehabilitationsanteil auf die Anschubfinanzierung für die Aktivversorgungsanteile und die Budgets nach § 23 Abs. 8 SGB IX für die Rehabilitationsanteile zurückgreifen.

Zu § 266 SGB V – Kosten der Rehabilitation im Risikostrukturausgleich -

a) Nach § 266 Abs. 4 Nr. 2 SGB V bleiben bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nur Aufwendungen für Leistungen außer Betracht, auf die kein Rechtsanspruch besteht.

b) Da auf die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 11 Abs. 2 SGB V bis zum Inkrafttreten des SGB IX am 1.7.2001 nur ein Ermessensanspruch, aber kein Rechtsanspruch bestand, wurde der Aufwand für die Leistungen der medizinischen Rehabilitation, mit Ausnahme der Kosten der Anschlussheilbehandlungen nach § 40 Abs. 6 Satz 1 SGB V nicht in die Ermittlung der standardisierten Leistungskosten einbezogen.

Obwohl es sich dabei bis zum 30.6.2001 ebenfalls nur um Ermessensleistungen handelte, wurde die Einbeziehung der Kosten der Anschlussheilbehandlungen in die Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben in § 266 Abs. 4 Satz 2, 1. HS SGB V ausdrücklich vorgeschrieben, weil sonst – so die damalige Begründung – ein negativer Anreiz gegen die Durchführung von Anschlussheilbehandlungen entstanden wäre. Die nachhaltig ökonomisch positive Wirkung dieser Leistungen sollte gesichert werden.

c) Die kostensenkende und –vermeidende Wirkung von medizinischen Rehabilitationsleistungen ist jedoch nicht auf Anschlussheilbehandlungen beschränkt. Alle Leistungen der Rehabilitation haben diese Wirkung. Der Gesetzgeber rechtfertigt ihre Erbringung ausdrücklich durch die Grundsätze „Rehabilitation vor Pflege“ oder „Rehabilitation vor Rente“, die exakt die diese Ziele reflektieren. Es gab danach aus ökonomischer Sicht zu keiner Zeit keinen tragfähigen Grund, nicht den gesamten Aufwand für die medizinische Rehabilitation in die Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben einzubeziehen.

d) Nach der Neufassung des § 11 Abs. 2 SGB V und der damit vollzogenen Umwandlung des Ermessensanspruchs auf medizinische Rehabilitationsleistungen in einen Rechtsanspruch hätte das für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs verantwortliche Bundesversicherungsamt (BVA) spätestens für die Zeit ab 1.1.2002 wegen der geänderten Rechtslage von Amts wegen den Aufwand für die medizinische Rehabilitation vollständig in die Berechnung des Risikostrukturausgleichs einbeziehen müssen. Dies hat es jedoch bis heute unterlassen.

e) Es muss deshalb klargestellt werden, dass auf der Grundlage des § 11 Abs. 2 SGB V die gesamten Ausgaben für medizinische Leistungen zur Rehabilitation (künftig auch noch die Ausgaben für die neu mit einem Rechtsanspruch versehenen Vater-Mutter-Kind-Vorsorge-Maßnahmen, die dann aber schon durch den jetzigen Wortlaut des § 266 Abs. 4 Nr. 2 SGB V erfasst sind) in die Berechnung der standardisierten Leistungsausgaben einzubeziehen sind. Einer besonderen Regelung für die Anschlussheilbehandlung, die ein den Leistungen nach § 11 Abs. 2 SGB V enthalten sind, bedarf es nicht mehr.

f) Unterbleibt diese Klarstellung, verstärkt sich der Negativanreiz gegen die Erbringung von Rehabilitationsleistungen durch die künftige Organisation der Einnahmeseite enorm. Es ist ein Schreiben der DAK an den Arbeitskreis Gesundheit e.V. bekannt geworden, in dem die DAK heute bereits darauf hinweist, dass die Krankenkassen mit Blick auf den künftig zu erhebenden Zusatzbeitrag medizinische Rehabilitationsleistungen als Satzungsleistungen – zu denen sie die Rehabilitationsleistungen in falscher Auslegung des § 11 Abs. 2 SGB V immer noch zuordnen – kaum noch erbringen werden.

Damit würde eines der wirksamsten Instrumente zur Kostenvermeidung und – senkung, d.i. die medizinische Rehabilitation, weitgehend zerschlagen. Dem kann und muss durch die Klarstellung im Finanzausgleich entgegen gewirkt werden.

g) Es wird deshalb vorgeschlagen,

- **§ 4 Absatz 2 Satz 2 SGB V vollständig zu streichen (nicht nur wie vorgesehen den 2. Halbsatz) – und**
- **in der Begründung klarzustellen, dass damit die Kosten aller Rehabilitationsleistungen erfasst sind, auf die nach § 11 Abs. 2 SGB ein Rechtsanspruch besteht.**

Zu § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX - Feststellung des Rehabilitationsbedarfs bei Reha-Leistungen der Krankenkassen –

a) Der MDK soll künftig „die Notwendigkeit von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen nicht mehr wie bisher generell“ sondern nur noch durch Stichproben überprüfen.

b) Anders als für die Leistungen der Akutversorgung kann die Verordnung des niedergelassenen Arztes bei Rehabilitationsleistungen allein keinen Anspruch auf die Leistung begründen. Sie hat den Charakter einer Anregung zur Einleitung eines Rehabilitationsverfahrens. Nach § 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V entscheiden die Krankenkassen – wie auch die Rentenversicherungsträger nach dem vergleichbaren § 13 Abs. 1 Satz 1 SGB VI – im Einzelfall über Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Rehabilitationsleistungen.

c) Nach § 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX dürfen sie nur Rehabilitationsleistungen bewilligen, die geeignet sind, die in § 4 Abs. 1 SGB IX genannten Ziele zur Förderung der selbstbestimmten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu erreichen. Dazu haben die Kassen nach § 10 Abs. 1 SGB IX den individuellen Leistungsbedarf funktionsbezogen (d.h., nach den Maßstäben der ICF) durch einen Sachverständigen nach § 14 Abs. 5 SGB IX feststellen zu lassen.

d) Im Sinne von vorrangigem Recht nach § 7 SGB IX müssen die Krankenkassen dem Versicherten zur Begutachtung des Leistungsbedarfs - entgegen § 14 Abs. 5 SGB IX - nicht drei Sachverständige zur Auswahl benennen. Die Sachverständigenfunktion ist im Bereich der Krankenversicherung bisher durch die Begutachtungspflicht nach § 275 SGB V dem MDK kraft Gesetzes zugeordnet.

e) Die beabsichtigte Fassung des § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX ändert an der Verpflichtung der Krankenkassen nach §§ 10, 14 SGB IX, den individuellen Leistungsbedarf funktionsbezogen festzustellen, nichts. Soweit die zur Feststellung des Leistungsbedarfs erforderlichen Sachverständigengutachten künftig durch den MDK nur noch in wenigen Einzelfällen im Rahmen der Stichproben erstellt werden können, müssen die Krankenkassen - parallel zum Begutachtungsverfahren des MDK - für die Begutachtung in allen übrigen Fällen ein weiteres Verfahren zur Sachverständigenbegutachtung nach § 14 Abs. 5 SGB IX entwickeln. Diese Wirkung träte ebenfalls ein, wenn man die Begutachtung vollständig außerhalb des MDK vornehmen lassen würde; man hätte dann wenigstens nur ein Verfahren für alle Fälle.

f) Unabhängig von den Rechtspflichten aus den §§ 10, 14 SGB IX benötigen die Kassen auch inhaltlich eine sachverständige Begutachtung, um feststellen zu können, welche Rehabilitationseinrichtung mit ihrer Struktur- und Prozessqualität überhaupt geeignet ist, die bei dem Berechtigten festgestellte Teilhabebeeinträchtigung nach ihrer Art und ihrem Umfang vor allem wirksam und nachhaltig behandeln zu können. Ohne die Begutachtung im Einzelfall ist ein zielgerichteter und wirksamer Einsatz der für die Rehabilitation verfügbaren budgetierten Mittel nicht zu gewährleisten. Es droht die Gefahr,

dass künftig Leistungen ohne Rechtsgrund erbracht bzw. im Einzelfall unwirksame Leistungen finanziert werden.

g) Dass Verordnungen der niedergelassenen Ärzte allein keine adäquate Basis – weder für die Entscheidung darüber, ob überhaupt ein Leistungsanspruch gegeben ist, noch darüber, welche Rehabilitationseinrichtung für eine wirksame Behandlung geeignet ist – sein können, zeigt die Umsetzung der Rehabilitations-Richtlinie nach § 92 SGB V. Auch wenn vordergründig der bürokratische Aufwand kritisiert wurde („Antrag auf eine Verordnung“) war die Abwehr der Ärzte inhaltlich durch das völlige Unverständnis für die ICF-orientierten Inhalte der Verordnungsvordrucke geprägt. Sie haben damit dokumentiert, dass sie auf absehbare Zeit nicht in der Lage sind, in Rehabilitationsverfahren eine Basis zu liefern, die sowohl für die Leistungsentscheidung, wie auch für die Entscheidung über Art, Umfang und Ausführung von Rehabilitationsleistungen geeignet wäre.

e) Mit dieser Regelungsabsicht wird für den Bereich der Krankenversicherung erneut ein Kernbereich des SGB IX – nämlich die ICF-Orientierung der medizinischen Rehabilitation - in Frage gestellt. Deutschland ist bisher weltweit das einzige Land, das sein nationales Rehabilitations- und Teilhaberecht bereits an der Empfehlung der WHO orientiert und insoweit weltweit Vorbild.

Die Einheit des Rehabilitations- und Teilhaberechts erfordert auch hier eine einheitliche Regelung für alle Rehabilitationsträger. Es kann nicht sein, dass nur bei den Krankenkassen keine an den Zielen der ICF orientierte Feststellung des Rehabilitationsbedarfs mehr stattfindet, weil der individuelle Rehabilitationsbedarf nicht mehr in jedem Einzelfall geprüft wird.

f) Die Sozialversicherungsträger dürfen Leistungen nicht ohne Rechtsgrund erbringen, weil sie ihre Mittel nur für die Zwecke und Ziele ihres gesetzlichen Auftrages einsetzen dürfen. Folglich müssen sie zwingend prüfen, ob die leistungsbegründenden Voraussetzungen im Einzelfall gegeben sind und welche Rehabilitationseinrichtung gemessen an den bei dem Betroffenen festgestellten Teilhabebeeinträchtigungen geeignet ist, eine wirksame Leistung auszuführen. Auf die Feststellung, ob die Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung gegeben sind, kann deshalb auch schon aus haushaltsrechtlichen Gründen nicht verzichtet werden.

g) Wenn der Ansatz der Entlastung des Medizinischen Dienstes wirklich ernst gemeint ist, kann eher auf die regelmäßige Überprüfung des MDK bei Verlängerungen verzichtet werden. Die Krankenkassen können nämlich in den Versorgungsverträgen nach § 111 SGB V, § 21 SGB IX bei der Ausgestaltung des jeweiligen Versorgungsauftrages gezielt mit den Rehabilitationseinrichtungen die Kriterien vereinbaren, bei deren Vorliegen die Einrichtungen auf der Basis einer entsprechenden Begründung im Entlassungsbericht bei definierten Fällen auch ohne Verlängerungsantrag eine Verlängerung für einen vereinbarten Zeitraum durchführen können.

h) Die Entlastungsabsicht ist wenig überzeugend, wenn man sich bewusst macht, dass die Kassen bisher schon von der in § 275 Abs. 2 Nr. 1 enthaltenen Ausnahmeregelung Gebrauch machen und die Begutachtung nur dann durchführen, wenn keine qualitativ gleichwertigen Unterlagen vorgelegt werden können. Danach werden bereits heute z.B. bei allen Anschlussheilbehandlungen, die den größten Teil der Rehabilitationsleistungen der Krankenkassen ausmachen, keine Begutachtungen ausgeführt. Quantitativ gesehen ist die Entlastung des MDK danach ohnehin eher gering, sodass sich daraus nicht rechtfertigen lässt, gerade bei den restlichen Fällen, bei denen keine anderweitigen, gleichwertigen Unterlagen verfügbar sind, auf die Begutachtung zu verzichten.

i) Weiterhin ist es ökonomisch merkwürdig, dass das weitaus größere Ausgabevolumen (Maßnahme : Verlängerung = 3 : 1) ohne systematische Prüfung der Begründetheit verausgabt werden soll, während für weit weniger als 10 v.H der Ausgaben ein ökonomisch

fragwürdiges, enorm kostenaufwändiges, weil innerhalb von wenigen Tagen über zT große Entfernungen hinweg durchzuführendes Verfahren noch verfestigt wird.

j) Es bieten sich 3 Alternativen an:

- 1. § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V wird mit der Folge ersatzlos gestrichen,** dass die Krankenkassen aus der rechtlichen Verpflichtung der §§ 10, 12 Abs. 1 Nr. 4, 13 Abs. 2 Nr. 3 und 14 Abs. 5 SGB IX ein gemeinsames Zugangsverfahren zu den übrigen Trägern der medizinischen Rehabilitation entwickeln und einführen. In diesem Fall können die Rehabilitationsträger in der gemeinsamen Empfehlung sowie in Rahmenverträgen nach § 21 Abs. 2 SGB IX für bestimmte Zielgruppen die Kriterien und Bedingungen vereinbaren, die den Berechtigten den Direktzugang zu den Rehabilitationseinrichtungen auch ohne vorheriges, aufwändiges Verwaltungsverfahren eröffnen.
- 2. zur Entlastung des MDK werden in § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V werden die Worte „und bei beantragter Verlängerung“ mit der Folge gestrichen,** dass die Krankenkassen das Verlängerungsverfahren in den Versorgungsverträgen nach § 21 SGB IX regeln.
- 3. § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB bleibt unverändert.**