

**Stellungnahme
zu den
Auswirkungen der Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform (Stand 4.7.06)
auf das Neunte Sozialgesetzbuch (SGB IX)
von Harry Fuchs, Düsseldorf**

I. Beabsichtigte Regelungen mit Bezügen zum SGB IX

Das Eckpunktepapier enthält folgende Regelungsabsichten mit Bezügen zum SGB IX:

- 1.1 In Ziffer 5 (Seite 8) zur Qualität der Rehabilitation
- 1.2 In Ziffer 5 (Seite 8) zum Wahlrecht der Versicherten
- 1.3 In Ziffer 9 (Seite 11 iVm. Anlage 11) zur Rehabilitation pflegebedürftiger oder von Pflegebedürftigkeit bedrohter Menschen
- 1.4 In Ziffer 9 (Seite 12) zur Hilfsmittelversorgung pflegebedürftiger Menschen
- 1.5 In Ziffer 12 (Seite 14) Früherkennung und Vorsorge für 45 bis 55jährige
- 1.6 In Ziffer 13 (Seite 14) Leistungskatalog der medizinischen Rehabilitation
- 1.7 In Ziffer 13 (Seite 14) Mutter-Vater-Kind-Kuren
- 1.8 In Ziffer 14 (Seite 20 iVm. Anlage 12) Reform des MDK

Bereits vorab ist festzustellen, dass

- für einige der beabsichtigten Regelungen kein Regelungsbedarf besteht, weil die Inhalte bereits durch das SGB IX auch für die Kranken- und Pflegeversicherung verbindlich geregelt sind (Die Regelungsabsicht besteht offensichtlich wegen der in der Praxis bestehende Probleme, die durch die Nichtanwendung des SGB IX durch Kranken- und Pflegekassen verursacht sind. Es ist auch nicht auszuschließen, das das BMG gezielt einige Regelungen aus dem Kontext des einheitlichen Rehabilitations- und Teilhaberechts des SGB IX in das spezifische Recht des SGB V zurückholen will).
- wegen der Systematik der Sozialgesetzbücher zueinander bestimmte Regelungsabsichten systematisch zutreffend nur im Rahmen des SGB IX gestaltet werden können
- offenkundig aber auch in solchen Fällen eine Regelungsabsicht im SGB V besteht, was zu einer Auseinanderentwicklung des Rehabilitations- und Teilhaberechts, insbesondere im Verhältnis zu gleichartigen Leistungen der Unfallversicherung, der Sozialhilfe und der Versorgungsämter nach dem BVG führen würde
- verschiedene Regelungsabsichten schon nach den damit verbundenen Zielen nicht mit dem Selbstverständnis und der Systematik des SGB IX Einklang zu bringen sind und insoweit zu – im Verhältnis zum SGB IX - vorrangigem abweichendem Recht und ebenfalls zu einer erneuten Divergenz des Rehabilitations- und Teilhaberechts führen würden.

Im Einzelnen ist folgendes anzumerken:

1.1 Qualität der Rehabilitation (Ziffer 5, Seite 8)

Die Bundesregierung will die Zertifizierung von Rehabilitationseinrichtungen auf der Grundlage gemeinsamer Qualitätsstandards der GKV und GRV vorschreiben.

1.1.1 Das SGB IX schreibt heute bereits in § 20 SGB IX einheitliche Qualitätssicherungsstandards und Verfahren für die Qualitätssicherung für die stationäre Rehabilitation aller Rehabilitationsträger und damit auch der Krankenkassen vor.

Dass die Krankenversicherung kleine Diskrepanzen zwischen § 20 SGB IX und § 137d SGB V dazu genutzt hat, ein sich von anderen Trägern immer noch erheblich unterscheidendes QS-Verfahren zu entwickeln, bedarf keiner weiteren Regelungen im SGB V, sondern der Streichung des § 137d SGB V bei gleichzeitigem Querverweis auf den auch die Krankenversicherung bindenden § 20 SGB IX.

1.1.2 Die Rehabilitationseinrichtungen sind bereits jetzt nach § 20 Abs. 1 SGB IX systematischen Qualitätsanalyse-Verfahren unterworfen, die weit über die mit allen denkbaren Zertifizierungsverfahren erreichbaren Ergebnisse hinausgehen und wesentlich effektiver sind als Zertifizierungsverfahren. Zertifizierungen an Stelle der heutigen Qualitätsanalyseverfahren bedeuten deshalb einen erheblichen qualitativen Rückschritt. Das Recht der Rehabilitation nach dem SGB IX geht bzgl. der Qualitätsanalyseverfahren bereits seit dem 1.7.2001 erheblich über das Recht der Krankenversorgung hinaus.

1.1.3 Auch die Trägervielfalt ist im Rahmen des in der Krankenversicherung heute schon geltenden Sicherstellungsauftrages nach § 19 Abs. 4 Satz 1 SGB IX zwingend gesetzlich vorgeschrieben. Es besteht kein gesetzgeberischer Handlungsbedarf.

1.1.4 Sollte an dieser Stelle des Eckpunktepapiers etwa das Ziel verfolgt werden, die Grundlagen für spezifische – von den Qualitäten der übrigen Rehabilitationsträger abweichende – Rehabilitationsqualitäten speziell für die Rehabilitation der Krankenkassen und die Rehabilitation im Krankenhaus zu schaffen (ähnliche Ansätze und Initiativen der Länder wurden von der Bundesregierung während des Gesetzgebungsverfahrens zum SGB IX im Zusammenhang mit der Integrations-Versorgung aus guten Gründen ausdrücklich abgelehnt), die dann auch noch auf die Rentenversicherung zu übertragen wären, bedeutet dies

- eine Loslösung von der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO und der Teilhabeorientierung des SGB IX und damit
- eine grundlegende Änderung der Ziele der medizinischen Rehabilitation, die mit ihren Zielen und Qualitäten über die Herstellung der bestmöglichen Gesundheit hinaus auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ausgerichtet ist
- eine Absenkung der höheren Qualitäten der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung auf das immer noch niedrigere Niveau der Krankenversicherung
- Verwerfungen bzgl. der übrigen Träger der medizinischen Rehabilitation (Unfallversicherung, Kinder- und Jugendhilfe, Versorgungsverwaltung, Sozialhilfe), für die die Regelungen SGB IX weiter gelten würden und damit
- den Verlust der mit dem SGB IX erreichten Koordination und Kooperation der Rehabilitationsträger sowie Konvergenz der Rehabilitationsleistungen, d.h., einen Rückschritt in die 80er Jahre.

1.1.5 Letztlich ist darauf hinzuweisen, dass die Bundesregierung noch im Gesetzgebungsverfahren zum SGB IX an der differenzierten Aufgabenteilung zwischen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen (§ 107 Abs. 1 und 2 SGB V) festgehalten mit Blick auf die spezifische – über die Krankenversorgung hinausgehende – Aufgabenstellung der Rehabilitation alle auf eine Aufweichung dieser Aufgabenteilung abzielenden Anträge abgelehnt hat, insbesondere, um die in der Sache völlig unterschiedlichen, in beiden Bereichen aber sehr hohen Qualitätsstandards zu sichern und ein Absinken der spezifischen Qualitäten durch Nivellierungen auf akutmedizinischer Basis zu verhindern (s. dazu auch das Jahresgutachten des Sachverständigenrates 2002, der durch eine Inkorporation der medizinischen Rehabilitation in die stationäre Akutversorgung – statt der notwendigen Kooperation zwischen Akutversorgung und med. Rehabilitation – zumal bei Finanzierung über Komplexpauschalen die Qualität der medizinischen Rehabilitation und der Rehabilitationseinrichtungen nach dem SGB IX gefährdet sieht).

1.1.6 Ohne Veränderung der Systematik der Sozialgesetzgeber zueinander können Regelungen in diesem Bereich nur im SGB IX und nicht im SGB V getroffen werden

1.2 Wahlrecht der Versicherten (Ziffer 5, Seite 8)

Versicherte sollen eine andere zertifizierte Rehabilitationseinrichtung als die vom Träger vorgesehen in Anspruch nehmen können, müssen aber evtl. Mehrkosten selbst tragen.

1.2.1 Die Rehabilitationsträger dürfen Rehabilitationsleistungen nur in geeigneten Rehabilitationseinrichtungen ausführen (§17 Abs. 1 SGB IX). Geeignet sind nur solche Rehabilitationseinrichtungen, die mit ihrer Struktur- und Prozessqualität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in der Lage sind, die in §§ 1, 4 Abs. 1, 26 Abs. 1 SGB IX definierten Rehabilitationsziele zu erreichen. Erscheinen solche Rehabilitationsziele nicht erreichbar, dürfen die Rehabilitationsträger die Leistungen nicht erbringen (§ 4 Abs. 4 Satz 1 SGB IX). Die Zertifizierung einer Rehabilitationsklinik sagt nur etwas darüber aus, dass zu einem bestimmten Zeitpunkt in der Klinik die Rahmenbedingungen für Qualitätsmanagement erfüllt waren. Zur konkreten Qualität der Leistungen und zur Eignung der Einrichtung bezogen auf die im Einzelfall zu erreichenden Rehabilitationsziele können Zertifizierungen nichts aussagen. Macht man allein die Zertifizierung als Maßstab zur Inanspruchnahme einer Rehabilitationseinrichtung – wie dies für die Ausübung des Wahlrechts vorgesehen wird – ist nicht mehr gewährleistet, dass die ohnehin begrenzten Mittel der Rehabilitationsträger zielgerichtet und wirksam eingesetzt werden.

1.2.2 Auch hier besteht kein gesetzgeberischer Handlungsbedarf. Der Versicherte hat bereits jetzt nach § 9 Abs. 1 SGB IX das Recht, eine nicht unter Vertrag stehende Rehabilitationseinrichtung in Anspruch zu nehmen. Richtig ist, dass die Krankenkassen den Versicherten dieses Recht unter Hinweis auf bestehende Versorgungsverträge verweigern. Dies ist jedoch kein tragfähiger Grund, den Versicherten ihre Rechte zu verweigern. Die Kassen sind nämlich verpflichtet, das Versorgungsvertragsrecht so zugestaltet, dass es nicht zur Entrechtung der Versicherten im Bereich des Wunsch- und Wahlrechts führt.

1.2.3 Ein gesetzgeberischer Handlungsbedarf besteht danach nicht. Die Kassen sind – ggfls. mit aufsichtsrechtlichen Mitteln - anzuhalten, geltendes Recht anzuwenden.

1.2.4 Die beabsichtigte Regelung – Bezahlung der Mehrkosten im Verhältnis zur Vertragseinrichtung – bedeutet im Verhältnis zum geltenden Recht eine **Leistungskürzung**. Nach geltendem Recht haben die Krankenkassen unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des BSG bei gleicher Qualität und Wirksamkeit der Leistungen in einem begrenzten Umfang im Verhältnis zu den Kosten der Vertragskliniken anfallende Mehrkosten zu übernehmen. Die Kassen sind nämlich durch das Wahlrecht 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.

1.2.5 Auch hier kann zur Wahrung der Einheit des Rehabilitations- und Teilhaberechts rechtssystematisch nur eine Regelung im SGB IX und nicht im SGB V erfolgen.

1.3 Rehabilitation pflegebedürftiger oder von Pflegebedürftigkeit bedrohter Menschen Ziffer 9 (Seite 11 iVm. Anlage 11)

Nach Ziffer 13 der Eckpunkte soll in den Leistungskatalog der Krankenversicherung „zusätzlich“ die geriatrische Rehabilitation aufgenommen werden. Nach Ziffer 9 soll diese – angeblich noch gar nicht vorhandene Leistung – von einer Ermessens- in eine Pflichtleistung umgewandelt werden

1.3.1 Die Umwandlung des Anspruchs auf ambulante und stationäre Rehabilitation von einer Ermessens- in eine Pflichtleistung erfüllt eine von verschiedenen Seiten, insbesondere den Verbänden und Organisationen der Betroffenen seit langem erhobene und begründete – allerdings bezogen auf die gesamte medizinische Rehabilitation – erhobene Forderung.

Nicht nachvollziehbar ist deshalb die Beschränkung auf den Bereich der Geriatrie. Der Begriff „Geriatrie“ ist in diesem Zusammenhang unbestimmt bzw. unscharf und steht für ein

eher akutmedizinisch und nicht teilhabeorientiertes Verständnis von medizinischer Rehabilitation. Unter Wirksamkeits- und damit ökonomischen Gesichtspunkten wäre es besonders bedenklich, Menschen, deren Teilhabebeeinträchtigung durch eine bestimmte Krankheit verursacht wird, künftig die deswegen erforderliche indikationsspezifische Rehabilitation zu versagen, weil sie ein bestimmtes Lebensalter erreicht haben und/oder multimorbide sind und deswegen der Zielgruppe „geriatrische Rehabilitation“ zuzuordnen. Auch künftig benötigt eine – im Verhältnis zu den von Pflegebedürftigkeit betroffenen Menschen – nicht geringere Zahl lebensälterer Menschen wegen der durch die erreichte Ausprägung einer chronischen Erkrankung oder ein bestimmtes Ereignis (Herzinfarkt, häusl. Unfall usw) begründeten Beeinträchtigungen ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft weiterhin indikationsspezifische medizinische Leistungen zur Rehabilitation, die nicht als „geriatrische Rehabilitation“ bezeichnet werden kann. Die Krankenkassen lehnen die in diesen Fällen nach § 40 SGB V bestehenden Ansprüche – offensichtlich mit Blick auf die Beitragssatzstabilität – derzeit häufig ab. Dies führt zu einer schnelleren Chronifizierung und im Ergebnis zum früheren Eintreten von Pflegebedürftigkeit, was ökonomisch völlig kontraproduktiv ist. Gerade diese Praxis belegt das Erfordernis, nicht nur die „geriatrische“, sondern die gesamte medizinische Rehabilitation – als wirksames Instrument der Kostenvermeidung und –senkung – zur Pflichtleistung umzugestalten.

Wenn in den Eckpunkten die Rehabilitation zu Vermeidung, Beseitigung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit oder Vermeidung einer Verschlimmerung gemeint sein sollte, sollte man das auch so bestimmt benennen.

Mit Blick auf den Gleichbehandlungsgrundsatz ist kaum zu erklären, warum einem Teil lebensälterer Menschen bei direkt oder indirekt gleichartiger Zielsetzung ein Rechtsanspruch auf Rehabilitationsleistungen, einem anderen Teil lebensälterer Menschen demgegenüber aber unverändert nur ein Ermessensanspruch eingeräumt werden soll.

Da Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe nachweislich eines der wenigen wirklich wirksamen Instrumente zur Vermeidung und Minderung von Sozialleistungskosten sind, stünde es den Reformwerken der Großen Koalition gerade auch aus ökonomischen Gründen gut an, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation generell mit einem Rechtsanspruch zu versehen.

1.3.2 Nach § 7 Satz 2 SGB IX ist die Regelung der Anspruchsvoraussetzungen – d.h., die Umwandlung des Ermessens- in einen Rechtsanspruch - im spezifischen Recht, d.h., in diesem Fall im SGB V, vorzunehmen.

Die Regelungen darüber, was unter geriatrischer Rehabilitation zu verstehen ist und welche medizinischen Rehabilitationsleistungen in diesen Fällen nach Gegenstand, Umfang und Ausführung (§ 12 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX) zu erbringen sind, richten sich dagegen entsprechend § 7 Satz 1 SGB IX nach dem SGB IX.

Das ist deswegen besonders bedeutsam, weil eine gesetzliche Ausgestaltung der „geriatrischen Rehabilitation“ ein Problem erheblich verschärfen könnten, dass seit Jahren für Menschen besteht, die einen Schlaganfall erleiden. **Schlaganfallpatienten** im Erwerbsalter erhalten die erforderlichen Rehabilitationsleistungen mit nachgewiesenem Erfolg bezogen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft regelmäßig in neurologisch ausgerichteten Rehabilitationseinrichtungen. Tritt ein Schlaganfall dagegen erst in höherem Lebensalter auf, wird die medizinische Rehabilitation im Rahmen der „geriatrischen Versorgung“ vorwiegend in internistisch(geriatrisch) ausgerichteten Einrichtungen durchgeführt, bei denen oftmals eher akutmedizinische Ziele wie das Wiedererreichen einer bestimmten Muskelkraft oder Beweglichkeit, d.h., die „Capacity“, nicht dagegen die „Performance“, d.h. die tatsächliche Fähigkeit, im gewohnten Umfeld trotz Behinderung ein weitgehend normales Leben führen zu können, im Vordergrund steht.

Sollte die „geriatrische Rehabilitation“ durch den Gesetzgeber tatsächlich im Verhältnis zu allen übrigen Rehabilitationsleistungen als besondere Rehabilitationsleistungs-Art hervorgehoben werden, bedarf es bereits parallel zum Gesetzgebungsverfahren der Entwicklung einer gemeinsamen Empfehlung der Rehabilitationsträger nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 iVm mit §

13 Abs. 1 SGB IX über Gegenstand, Umfang und Ausführung dieser Leistungsart sowie nach § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX darüber „in welchen Fällen“ und „in welcher Weise“ diese Leistungen ausgeführt werden sollen. Nur so könnte insbesondere für Schlaganfallpatienten gewährleistet werden, dass sie auch künftig die „funktionsbezogen“ (§10 SGB IX) bedarfsgerechte und wirksame Leistung tatsächlich auch erhalten, durch pauschale Zuordnung als „geriatrischer Versorgungsfall“ keine Verschlechterung der Versorgungsqualität und letztlich – aus gleichem Anlass - keine gesetzlich verordnete Ungleichbehandlung zwischen Menschen innerhalb und außerhalb des Erwerbslebens eintritt.

1.3.3 Im Recht der Rehabilitation und Teilhabe ist – im Gegensatz zum SGB V - der Vorrang **ambulant vor stationär** an ökonomische und im SGB IX definierte Wirksamkeitsmaßstäbe, nämlich daran gebunden, dass die Rehabilitationsziele nach Prüfung des Einzelfalles (§ 10: Feststellung des individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarfs) und unter Berücksichtigung der persönlichen Umstände mit vergleichbarer Wirksamkeit erreichbar sind.

Die mit den Eckpunkten offensichtlich intendierte Rückführung auf die allgemeinen Regelungen des SGB V hebt an dieser Stelle ausschließlich für die ambulante Rehabilitation der Krankenkassen (nicht für die übrigen Reha-Träger) den mit dem SGB IX generell verbundenen Individualisierungsgrundsatz auf, hebt die Bindung der ambulanten Rehabilitation (Leistungsvoraussetzung: § 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX) an die überwiegende Wahrscheinlichkeit der Erreichbarkeit von Rehabilitationszielen und damit ein wirksames ökonomische Element zur Leistungsbegrenzung – dass das SGB V in dieser Weise nicht kennt – auf. Damit werden keine Kosten reduziert, sondern ausgeweitet.

Aufgabe der Krankenkassen wäre es vor allen Dingen, die im Verhältnis zur Krankenbehandlung – auch ökonomisch – unterschiedlichen Ziele, Inhalte und Instrumente der medizinischen Rehabilitation fünf Jahre nach Inkrafttreten des SGB IX endlich zu akzeptieren und umzusetzen.

Mit Blick auf die Einheit der Rehabilitations- und Teilhabeleistungen sollten spezifische Regelungen für einzelne Rehabilitationsträger ausgeschlossen und nur gemeinsame Regelungen im SGB IX getroffen werden.

D.h., dass § 26 Abs. 3 SGB IX um eine Konkretisierung des Leistungsgegenstandes der Rehabilitation für pflegebedürftige Menschen bzw. § 26 insgesamt um einen entsprechenden Absatz zu erweitern wäre.

Sollte man tatsächlich den Begriff „geriatrische Rehabilitation“ verwenden wollen, müsste auch der in § 26 SGB IX entsprechend bestimmt definiert werden, was in der Vergangenheit nicht sachgerecht möglich war, weil der Geriatriebegriff für sich gesehen bereits hinreichend unbestimmt ist.

1.3.4 Seit Inkrafttreten des SGB IX am 1.7.2001 haben die Rehabilitationsträger **gemeinsam den Sicherstellungsauftrag** für alle Rehabilitations- und Teilhabeleistungen (§ 19 SGB IX). Sie vereinbaren – unter Mitwirkung der Leistungserbringer- und Betroffenenverbände - zu Gegenstand, Umfang und Ausführung der Leistungen gemeinsame Empfehlungen (§§ 12 Abs. 1 Nr. 1, 13 Abs. 1 SGB IX) und regeln, in welchen Fällen Rehabilitationsleistungen auf welche Weise angeboten werden sollen (§ 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX). Der Gemeinsame Bundesausschuss ist seitdem im Bereich des Rehabilitations- und Teilhaberechts nicht mehr beteiligt und besitzt in diesem Bereich keinerlei Regelungslegitimation (er wird im gesamten SGB IX namentlich nicht einmal genannt!).

Jetzt in die **Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses** die Legitimation für die inhaltliche Ausgestaltung eines Teilbereichs der medizinischen Rehabilitation aufzunehmen, bedeutet für das gesamte Rehabilitations- und Teilhaberecht einen elementaren Systembruch. Mit dem SGB IX wurden zur Überwindung der Schnittstellenprobleme des gegliederten Rehabilitationssystems erstmals nach über 50 Jahren klare, zweifelsfreie und für alle Rehabilitationsträger einheitlich geltende rehabilitations- und teilhabespezifische Verantwortungs-, Definitions-, Handlungs- und Gestaltungslegitimationen festgelegt.

Abgesehen von machtpolitischen oder sonstigen, nicht sachgerechten Gründen, gibt es kei-

nerlei tragfähige Begründung dafür, diesen Fortschritt nunmehr wieder zu destruieren und für Teilaspekte der Rehabilitation erneut wieder im spezifischen Recht des einzelnen Rehabilitationsträgers spezifische Regelungen mit abweichender Verantwortung und Definitionsmacht vorzusehen.

Mit diesen Absichten wird das SGB IX in seinem Kernbestand getroffen und gefährdet!

1.3.5 In der Sache gibt es zudem keinerlei gesetzgeberischen Handlungsbedarf. Die Grenzen der medizinischen Versorgung in der Geriatrie können seit Jahren in den entsprechenden Vertragswerken nach dem SGB V definiert werden. Anlässe und Verfahren für die Einleitung und nahtlose Durchführung von Rehabilitationsleistungen sind im SGB IX geregelt. In den hier in Rede stehenden Bedarfsfällen kann zudem durch die Nutzung des persönlichen Budgets nach § 17 SGB IX die Leistungsgewährung aus unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern durch einen einzigen Leistungsträger aus einer Hand stattfinden.

Die Inhalte der Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit könnten – wie dargestellt - seit 5 Jahren von den beteiligten Rehabilitationsträgern (Kranken- und Unfallversicherung, Sozialhilfeträger und Versorgungsverwaltung) längst geregelt sein. Dazu bedarf es des gemeinsamen Bundesausschusses nicht.

Die Zielgenauigkeit der medizinischen Rehabilitation ist seit Inkrafttreten des SGB IX nicht mehr durch den Schweregrad einer Erkrankung, sondern durch Art und Ausprägung der durch die Krankheit verursachten Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft definiert. „Die medizinische“ Notwendigkeit „und die medizinische Leistungsausweitung“ – denen in der medizinischen Rehabilitation wegen der Teilhabeorientierung eine andere inhaltliche Bedeutung beikommt als in der Krankenbehandlung, dürfen nicht erneut die mit dem SGB IX erreichte Orientierung auf Rehabilitationsziele, funktionsbezogenen Bedarf und Wirksamkeit im Sinne der Erreichung der Rehabilitationsziele ersetzen. Dies wäre politisch, fachlich und ökonomisch ein dramatischer **Rückfall in die Vergangenheit**.

1.3.6 Bereits nach § 21 SGB IX iVm mit § 111 SGB V haben die Krankenkassen mit den Trägern der Rehabilitationsdienste und -einrichtungen **Versorgungsverträge** einzugehen und eine qualitätsgesicherte Versorgung zu gewährleisten. Ein darüber hinausgehender gesetzgeberischer Handlungsbedarf besteht nicht.

1.3.7 Die in den Eckpunkten enthaltene Absicht „**Richtlinien für den Abschluss von Versorgungsverträgen und zur qualitätsgesicherten Versorgung**“ aufzustellen ist als „gemeinsame Empfehlung aller Rehabilitationsträger für die medizinische Rehabilitation ebenfalls bereits in § 21 Abs. 2 SGB IX verwirklicht und geltendes Recht. Für die Gestaltung davon abweichenden spezifischen Rechts im Bereich der Krankenversicherung gibt es - abgesehen von irrelevanten trägerspezifischen Interessen - keinerlei sachlich und fachlich tragfähigen Gründe. Damit würden lediglich die Koordinations-, Kooperations- und Konvergenzregelungen des SGB IX aufgehoben und eine Reha-Träger-Gruppe - nämlich die der Krankenkassen – weitestgehend wieder vom einheitlichen Rehabilitations- und Teilhaberecht des SGB IX abgekoppelt.

1.3.8 Ordnungspolitisch sind im Übrigen ohnehin einseitige Richtlinien der Kostenträger nicht mehr zielführend. Geboten wären entsprechende vertragliche Regelungen der Rehabilitationsträger und der Leistungserbringer auf der Grundlage des § 21 Abs. 2 SGB IX.

1.4 Hilfsmittelversorgung pflegebedürftiger Menschen (Ziffer 9, Seite 12)

Die Schnittstellenprobleme zwischen Kranken- und Pflegeversicherung bei der Hilfsmittelversorgung sollen gelöst werden.

1.4.1 Die in den Eckpunkten in diesem Bereich zur Begründung der beabsichtigten Regelungen vorgetragenen Probleme treffen zu.

Ursache für die beklagten Schnittstellenprobleme im Bereich der Hilfsmittelversorgung ist im Wesentlichen die nicht tragfähige Rechtsprechung des BSG. Der 3. Senat hat in mehreren Urteilen die Auffassung vertreten, dass sich durch das Inkrafttreten des SGB IX habe der Leistungsauftrag der Krankenkassen nicht verändert habe. Dies trifft jedoch nur für die Hilfsmittelgewährung im Rahmen der Krankenbehandlung zu.

Mit der eindeutigen Bezugnahme des § 40 SGB V auf § 11 Abs. 2 SGB V und damit das SGB IX, kann kein Zweifel daran bestehen, dass Aufgaben und Ziele auch der Rehabilitation der Krankenversicherung sich nach §§ 1, 4 Abs. 1 und 26 Abs. 1 SGB IX richten. Im Gegensatz dazu enthält die Rehabilitation durch spezifische Vater/Mutter-Kind-Leistungen eine Beschränkung auf die Ziele der Krankenbehandlung nach § 27 SGB V. Mit der Bezugnahme auf die Ziele des SGB IX – Förderung der Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft – erfahren die Leistungen der medizinischen Rehabilitation der Krankenkassen eine über die Ziele der Krankenbehandlung (Herstellung der bestmöglichen Gesundheit) hinausgehende Ausrichtung, die sich mit Blick auf die im SGB IX (§ 10) geforderte Wirksamkeit der Rehabilitationsleistungen insbesondere in der Struktur- und Prozessqualität der Leistungsinhalte niederschlagen muss.

Der 3. Senat hat den mit der Veränderung der Aufgabenstellung der Rehabilitation der Krankenkassen vollzogenen Paradigmenwechsel, insbesondere auf die Ziele des § 26 Abs. 1 SGB IX in seinen Urteilen bisher nicht nachvollzogen, während der für die Pflegeversicherung zuständige Senat in seinen jüngsten Urteilen deutlich darauf hinweist, dass bei der Hilfsmittelversorgung Pflegebedürftiger neben den §§ 33 SGB V, 40 SGB XI auch noch zu prüfen ist, ob nicht nach § 31 SGB IX weitergehende Ansprüche aus der Aufgabenstellung der Krankenkassen als Rehabilitationsträger nach §§ 40, 11 Abs. 2 SGB V, 26, 31 SGB IX bestehen.

In der Tat haben die Krankenkassen als Rehabilitationsträger auch für Pflegebedürftige Menschen Hilfsmittel zu gewähren, die geeignet sind, die bei den Berechtigten vorhandenen, durch Krankheit oder Pflegebedürftigkeit verursachte Beeinträchtigungen ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu adaptieren bzw. zu kompensieren. Dies können Hilfsmittel sein, die zwar namensgleich sind, sich mit Blick auf die unterschiedlichen Ziele von Krankenversorgung und Rehabilitation, im Bereich der Struktur- und Prozessqualität aber deutlich unterscheiden.

1.4.2 Ein gesetzgeberischer Handlungsbedarf ist danach allenfalls insoweit zu sehen, als eine Klarstellung, dass § 31 SGB IX und die Ziele des § 26 Abs. 1 SGB IX das Verwaltungshandeln der Krankenkassen im Bereich der Rehabilitation einschl. der Hilfsmittelerbringung bestimmen, hilfreich ist.

1.4.3 Da es sich um einen Regelungsbedarf im Bereich der Rehabilitation handelt, sind Regelungen in diesem Bereich zur Wahrung der Einheit des Rehabilitations- und Teilhaberechts nicht im SGB V, sondern im SGB IX vorzunehmen.

1.5 Früherkennung und Vorsorge für 45 bis 55jährige (Ziffer 12, Seite 14)

Die Inanspruchnahme von medizinischer Früherkennung und Vorsorgeleistungen sollte für die Gruppe der 45- bis 55-jährigen durch eine Bonus/Malus Regelung nach dem Vorbild der Vorsorgescheckhefte beim Zahnersatz gesteigert werden.

1.5.1 Zur Prävention wird besonders hervorgehoben, dass die Inanspruchnahme von medizinischer Früherkennung und Vorsorgeleistungen für die Gruppe der 45 bis 55jährigen gesteigert werden soll.

Gerade diese Zielgruppe weist jedoch nach den bekannten Daten der Rehabilitationsträger als Folge von Krankheiten bzw. chronischen Krankheiten schon erheblich Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft auf und hat damit in vielen Fällen bereits Anspruch auf Leistungen zur Rehabilitation. Neben dem Ausbau der Prävention muss

deshalb gerade für diese Zielgruppe – auch mit Blick auf die Zielsetzung der Vermeidung der Gewährung von Sozialleistungen (§ 4 SGB IX) – mindestens gleich-, wenn nicht sogar vorrangig, sicher gestellt werden, dass erforderliche Rehabilitationsleistungen so früh und so vollständig wie möglich erbracht, und qualitativ auch im Sinne der Sekundär- und Tertiärprävention u.a. auch zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit ausgeführt werden.

1.5.2 Wie an anderer Stelle ausgeführt, kommen die Rehabilitationsträger, insbesondere die Krankenkassen, ihren Verpflichtungen zur Feststellung dieses Rehabilitationsbedarfs (§ 8 SGB IX) fast nicht nach.

Würden sie ihren gesetzlichen Verpflichtungen entsprechen, würden sie allerdings auch schnell an die in den spezifischen Gesetzen verankerten Budgetgrenzen für die Rehabilitation stoßen (§§ 40 iVm 23 Abs. 8 SGB V, 220 SGB VI)

Einerseits müssten die Rehabilitationsträger wesentlich intensiver - ggfls. auch mit aufsichtsrechtlichen Mitteln - angehalten werden, ihren gesetzlichen Pflichten nachzukommen (z.B. bzgl. des § 8 SGB IX).

Andererseits ist der Gesetzgeber gefordert, die Definition für das Volumen der Rehabilitations-Budgets auf Indikatoren umzustellen, die der Entwicklung des Rehabilitationsbedarfs Rechnung tragen. Die derzeitigen Parameter für die Bemessung der Rehabilitationsbudgets sind weder in der Renten- noch in der Krankenversicherung in der Lage, flexibel auf den nachgewiesenen und künftig aus verschiedenen Gründen steigenden Bedarf an Rehabilitationsleistungen zu reagieren.

1.5.3 Die Eckpunkte referieren erneut die Absicht, die Prävention durch ein Präventionsgesetz zu verbessern. Im Übrigen enthalten sie zur Prävention ausschließlich die Absicht, die Inanspruchnahme (besser: Nichtinanspruchnahme) von medizinischen Früherkennungs- und Vorsorgeleistungen (Prävention) durch eine Bonus/Malusregelung bei der Anwendung der Regelungen zur Überforderung (§§ 61,62 SGB V-Zuzahlung) zu sanktionieren.

Wieso eine pekuniäre Sanktion der Versicherten geeignet sein soll, die Inanspruchnahme von Präventionsleistungen zu fördern, erschließt sich nicht. 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.

1.6 Leistungskatalog der medizinischen Rehabilitation (Ziffer 13, Seite 14)

In den Leistungskatalog werden zusätzliche Leistungen (z.B. geriatrische Reha und Palliativversorgung) aufgenommen

1.6.1 Die medizinische Rehabilitation **umfasst jedoch bisher bereits die „geriatrische Rehabilitation“.**

Auf welcher Basis sollten sonst wohl bisher die der Arbeitsgemeinschaft der geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen angeschlossenen Rehabilitationseinrichtungen existiert haben? In diesem Zusammenhang von „zusätzlichen Leistungen“ zu sprechen ist deshalb irreführend und falsch. An anderer Stelle des Eckpunktepapiers (Ziffer 9, Seite 12, Anlage 11) wird deutlich, dass es offensichtlich lediglich um Klarstellungen geht, die aber in der vorgesehenen Form nicht sachgerecht sind (vergl. oben Ziffer 1.3).

1.6.2 Da sich die Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach § 7 Satz 1 SGB IX nach den Vorschriften des SGB IX richten und spezifische Regelungen im Recht eines einzelnen Rehabilitationsträgers zur Sicherung der Einheit des Rehabilitations- und Teilhaberechts

nicht gewollt sein können, wären entsprechende Klarstellungen im Zusammenhang mit § 26 SGB IX vorzunehmen.

Da Leistungen der „geriatrischen Rehabilitation“ nicht nur von den Krankenkassen, sondern auch von den Unfallversicherungsträgern, den Versorgungsämtern nach dem BVG und den Sozialhilfeträgern nach dem SGB XII zu erbringen sind, handelt es sich auch nicht um einen Rechtsgegenstand, der ausschließlich einen Leistungsträger betrifft, sodass auch der Sache nach zur Sicherung der Gleichheit der Lebenssituation der betroffenen Menschen unabhängig von der Trägerzuständigkeit eine einheitliche Regelung im Kontext des SGB IX geboten ist.

1.7 Mutter-Vater-Kind-Kuren (Ziffer 13, Seite 14)

Vater-Mutter-Kind-Kuren werden in Regel- und Pflichtleistungen überführt.

1.7.1 Diese Absicht ist schon vom Wortlaut her nicht schlüssig. Gerade Regelleistungen sind Ermessens-, aber keine Pflichtleistungen.

1.7.2 Im Zusammenhang mit der Absicht, die „Mutter/Vater-Kind-Kuren“ von der Regel zur Pflichtleistung zu überführen, ist mit Blick auf die gewählten Begriff „Kuren“ anzumerken, dass dies nur den Bereich der Vorsorge-„Kuren“ nach § 23 SGB V erfassen würde. Bei den Leistungen nach § 41 SGB V handelt es sich dagegen um Rehabilitationsleistungen im Sinne des § 40 SGB V, die lediglich in Vater/Mutter-Kind-Einrichtungen ausgeführt werden. Während sich deshalb die Leistungsgewährung für die Vater/Mutter-Kind-Rehabilitationsleistungen nach §§ 40, 41 SGB V nach den Vorschriften des SGB IX richten, ist dies bei den Vorsorgemaßnahmen nach § 23 SGB V nicht der Fall.

Je nach Konkretisierung dieser Absichten im nachfolgenden Gesetzgebungsverfahren ist auf die Kompatibilität mit dem SGB IX zu achten.

1.7.3 Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass der erst kürzlich im Deutschen Bundestag behandelte Bericht der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Durchführung des § 111a SGB V insoweit einer differenzierten und auch abweichenden Bewertung bedarf, weil zu den Vater/Mutter-Kind-Rehabilitationsleistungen nach § 41 SGB V die Regelungen des SGB IX nicht berücksichtigt wurden, und einige der im Bericht dargestellten Sachverhalte – insbesondere auch im Verhältnis zu den Rentenversicherungsträgern – im Lichte des SGB IX anders zu beurteilen sind.

1.7.4 Hinsichtlich der Absicht, die Überführung von der Regel- zur Pflichtleistung auf zwei Fallgestaltungen zu beschränken, wird im Übrigen auf die Ausführungen oben unter Ziffer 1.3.1 verwiesen. Im Bereich der Rehabilitation von Kindern- und Jugendlichen ist bei gleicher Betroffenheit und Zielsetzung noch viel weniger zu rechtfertigen und zu begründen, was die Bevorzugung der Rehabilitation von Vätern/Müttern-Kindern im Verhältnis zur gesamten übrigen Rehabilitation von Kindern- und Jugendlichen, aber auch Erwachsenen mit durchweg ausgeprägteren Teilhabebeeinträchtigungen und ungleich höherem Rehabilitationsbedarf gestattet.

1.8 Reform des MDK (Ziffer 14, Buchst. k, Seite 20 iVm. Anlage 12, S. 53)

Der Prüfaufwand in Bezug auf medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen soll reduziert werden, indem die Krankenkassen deren Notwendigkeit nicht mehr generell vor der Bewilligung, sondern nur noch bei beantragter Verlängerung durch den MDK prüfen lassen.

1.8.1 Nach § 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX dürfen Rehabilitationsleistungen nur gewährt werden, wenn damit voraussichtlich mindestens eines der in §§ 1, 4 Abs. 1, 26 Abs. 1 SGB IX genannten Rehabilitationsziele erreicht werden kann. Ist dies nicht der Fall, dürfen Rehabilitationsleistungen gar nicht gewährt werden (§ 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX). Wie oben dargestellt (vergl.

z.B. Ziffer 1.4.1) ist dies auch im Bereich der Krankenkassen geltendes Recht. Zudem dürfen Rehabilitationseinrichtungen nur in Rehabilitationseinrichtungen ausgeführt werden, die geeignet sind, mit ihrer Struktur- und Prozessqualität die Rehabilitationsziele im Einzelfall auch zu erreichen (§ 17 Abs. 1 SGB IX, vergl. oben Ziffer 1.2.1).

Die Sozialversicherungsträger dürfen Leistungen nicht ohne Rechtsgrund erbringen. 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. Werden diese Grundsätze weitestgehend aufgegeben, ist eine zielgerichtete und wirksame Verwendung der Mittel der Krankenkassen nicht mehr gewährleistet.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden – im Gegensatz zu den Leistungen der Krankenbehandlung – nicht allein durch den Schweregrad oder die Dauer einer Krankheit ausgelöst, sondern dadurch, dass die Krankheit eine Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft verursacht hat, die mit den Mitteln der medizinischen Rehabilitation voraussichtlich erfolgreich behandelt werden kann.

1.8.2 Auf die Prüfung, ob diese, die Leistungen begründenden Tatbestände der Teilhabebeeinträchtigung vorliegen, kann aus Rechtsgründen (SGB X) vor Bewilligung einer Leistung nicht verzichtet werden. Deshalb begründete auch bisher die Verordnung des behandelnden Arztes – anders als bei den übrigen Leistungen der Krankenbehandlung – keinen unmittelbaren Leistungsanspruch gegen die Krankenkasse.

Im Bereich der Rehabilitation haben behandelnde Ärzte vornehmlich die Verantwortung für die Beratung (§61 SGB IX) und die Einleitung(Verordnung) des Leistungsverfahrens (§ 14 Abs. 2 Nr. 8 u. 9 SGB IX) und wirken bei der Aufstellung des Teilhabeplanes nach § 10 SGB IX mit.

1.8.3 Es gab bisher auch keinen Zweifel daran, dass die behandelnden Ärzte – mit wenigen Ausnahmen mit Fortbildungen Bereich der Sozialmedizin und Physikalischen Therapie – durchweg weder dazu ausgebildet sind, noch über ein hinreichendes Erfahrungswissen verfügen, um beurteilen zu können, ob im Einzelfall die Voraussetzungen für die Gewährung einer medizinischen Leistung zur Rehabilitation erfüllt sind und welche Rehabilitationseinrichtungen geeignet sind, die im Einzelfall anzustrebenden Rehabilitationsziele auch zu erreichen. Deshalb ist im gesamten Rehabilitationsrecht einheitlich die Entscheidung über Art, Umfang, Dauer usw. der Rehabilitationsleistung nach pflichtgemäßem Ermessen den Rehabilitationsträgern selbst vorbehalten (z.B. §§ 40 SGB V, 15 SGB VI).

Der im Zusammenhang mit der Rehabilitations-Richtlinie nach § 92 SGB V unternommene Versuch, die Ärzte im Rahmen einer 16stündigen Weiterbildung mit einem sehr begrenzten Basiswissen zu versehen, muss als weitgehend gescheitert angesehen werden, weil das Ordnungsverfahren, an das diese Weiterbildung angeknüpft war, bekanntlich von den Ärzten nicht angenommen wurde.

1.8.4 Die in den Eckpunkten enthaltene Absicht, das Vorliegen der Voraussetzungen für die Bewilligung einer Rehabilitationsleistung nicht mehr vor der Bewilligung, sondern erst im Zusammenhang mit einer evtl. Verlängerung zu prüfen, bedeutet auf diesem Hintergrund, dass die Leistungen in vielen Fällen ohne Rechtsgrund erbracht würden. Dies ist aus verschiedenen Gründen völlig unzulässig.

1.8.4 Eine solche Absicht kollidiert im Übrigen auch unmittelbar mit den Vorschriften der §§ 10, 14 SGB IX, die – im wohlverstandenen Interesse des Berechtigten – alle Rehabilitationsträger ausdrücklich verpflichten, den individuellen Leistungsbedarf funktionsbezogen – d.h., unter Berücksichtigung der Kriterien und Maßstäbe der Internationalen Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO (§10) durch dafür geeignete Sachverständige (§ 14 Abs. 5 SGB IX) festzustellen und dies zur Grundlage der Leistungsentscheidung (Teilhabeplan § 10 SGB IX) zu machen.

1.8.5 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**. Dies wegen der Erfahrungen mit dem bürokratischen und der Sache nach nicht erforderlichen Ordnungsverfahren nach § 92 SGB V in Frage zu stellen, ist völlig unangemessen und abwegig.

1.8.6 Die Einheit des Rehabilitations- und Teilhaberechts erfordert auch hier wieder eine einheitliche Regelung für alle Rehabilitationsträger. Das zu Recht kritisierte bürokratische Ordnungsverfahren der Rehabilitations-Richtlinie entsprach ohnehin nicht den Anforderungen des SGB IX, das in Verbindung mit der Aufgabenstellung der Gemeinsamen Servicestellen (§§ 22,23 SGB V) von einem weitgehend einheitlichen Verfahren für den Zugang zu den Rehabilitationsleistungen ausgeht.

Es ist zu empfehlen, die Regelungen des § 92 Abs. 1 Nr. 8 SGB V ersatzlos zu streichen und die Rehabilitationsträger in § 13 SGB IX zu verpflichten, für den Zugang zu den Rehabilitationsleistungen ein einheitliches Verfahren verbindlich zu gestalten.

II. Ergänzende Anmerkungen zur Schnittstelle Pflegeversicherung (Anlage 11, Seite 49)

Das Entlassungsmanagement soll so optimiert werden, dass die Anschlussversorgung möglichst weitgehend mit den vorhandenen Instrumenten erreicht werden kann.

2.1 Die Probleme pflegebedürftiger Menschen beruhen im Wesentlichen auf folgenden Ursachen:

- Einerseits besteht eine massive Unter- und Fehlversorgung pflegebedürftiger Menschen sowohl in Pflegeeinrichtungen, wie auch im häuslichen Wohnumfeld, weil die im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung tätigen Ärzte eine äußerst begrenzte Kompetenz zur Versorgung dieser Menschen besitzen und mit Blick auf den extrem hohen Aufwand, der mit dieser Versorgung verbunden ist (Hausbesuche, Aufsuchen in den Einrichtungen), ihre Leistungen für unterfinanziert halten und die Versorgung pflegebedürftiger Menschen im Verhältnis zu ihren Praxispatienten unterordnen.

Eine Lösung könnte darin bestehen, die Krankenhausversorgung auf die ambulante Versorgung pflegebedürftiger Menschen zu erstrecken (Einbeziehen in die §§ 115a und 116b SGB V) und die Kompetenz niedergelassener Ärzte durch die Verpflichtung zum Erlass einer Richtlinie über die Versorgung pflegebedürftiger Menschen (§ 92 Abs. 1 SGB V) anzuheben¹.

- Andererseits ist seit Inkrafttreten des SGB XI eine Medizinorientierung der Pflege nachgewiesen, die weder der tatsächlichen Lebenssituation, noch den gesetzlichen Zielen des SGB XI (Herstellung und Förderung von Selbstbestimmung und Selbsthilfefähigkeit) Rechnung trägt.

Die in den Eckpunkten enthaltenen Absichten (z.B. Integrierte Versorgung) würden diese Entwicklung manifestieren und weiter verstärken. Wesentlich größer und in ihren Auswirkungen wesentlich weiter greifend als die an der Schnittstelle Krankenbehandlung/Pflege bestehenden Defizite sind die an der Schnittstelle Pflege/Rehabilitation/Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bestehenden Probleme. Bei der Mehrzahl der psychisch kranken und demenzkranken Pflegebedürftigen besteht das Defizit einerseits in einer nicht adäquaten ärztlichen Versorgung (s. erster Spiegelstrich), andererseits weniger in einer pflegerischen Unterversorgung, sondern vor allem in der fehlenden Alltagsassistenz, d.h. in den Bedarfen, die sich aus der beeinträchtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ergeben.

¹ So auch die Beschlusslage des Landespflegeausschusses NRW

Eine weitere Medizinorientierung der pflegerischen Versorgungsstrukturen löst die Probleme der Unterversorgung dieser Menschen nicht, sondern verschärft sie eher, weil sie die nicht gedeckten Bedarfe dieser Menschen nicht erfasst.

Notwendig ist stattdessen die Vernetzung der Leistungen der Sozialgesetzbücher V, IX, XI und XII, insbesondere im Bereich der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (Alltagsassistenz, aber auch der Hilfsmittel nach § 31 SGB IX), unter Nutzung der Möglichkeiten des persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 ff SGB IX..

Dazu bedarf es im Zuge der Reform der Pflegeversicherung einiger Klarstellungen im SGB XI und im Übrigen der Umsetzung des § 17 Abs. 2 SGB IX (Persönliches Budget) durch die Sozialleistungsträger, der genau diese Zusammenfassung der Leistungen verschiedener Träger zur Leistung eines Trägers aus einer Hand bereits enthält, aber in der Praxis, insbesondere von den Krankenkassen hinsichtlich der Leistungen des SGB V, fast vollständig ignoriert wird.

- Die von den Trägern der Sozialhilfe nach dem SGB XII iVm §§ 55ff SGB IX zu erbringenden Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft werden unter Hinweis auf die – in diesen Fällen tatsächlich durch das SGB IX nicht gegebene – Nachrangigkeit der Sozialhilfe ebenso wenig erbracht, wie die Kranken-/Pflegekassen bisher ihre über §§ 33 SGB V, 40 SGB XI hinausgehenden Hilfsmittelleistungen als Rehabilitationsträger nach § 31 SGB IX erbringen (vergl. oben Ziffer 1.4)
- Insofern bedarf es der nur nochmaligen Klarstellung im SGB V und XII hinsichtlich der Leistungsverpflichtungen auf der Grundlage des SGB IX:

2.2 Auf diesem Hintergrund ergeben sich zu den in den Eckpunkten enthaltenen Absichten folgende konkreten Hinweise:

2.2.1 Integrierte Versorgung

Bereits nach geltendem Recht ist die Organisation der Akutversorgung und der pflegerischen Versorgung ohne Schnittstellenbrüche möglich. Dazu sind lediglich koordinierte, parallele Verträge nach § 140a SGB V und 72 SGB X erforderlich.

Da ja auch nach den Eckpunkten die jeweiligen Kosten weiterhin **getrennt** nach dem SGB V bzw. XI getragen werden sollen, ändert sich materiell eigentlich nichts. Durch Einbeziehung der Pflege in § 140a SGB V besteht allerdings die – nicht aus der Luft gegriffene – Gefahr, dass

- die Krankenhäuser im Sinne einer neuen Geschäftsfeldentwicklung künftig auch Pflegeleistungen erbringen, ohne die Qualität nach dem SGB XI zu beherrschen bzw. zu gewährleisten
- die Pflegeleistungserbringer unter das Kuratel der Krankenhäuser geraten (die Krankenkassen streben durchweg die Federführung der Krankenhäuser in IV-Verträgen an).

In beiden Fällen droht eine kontraindizierte noch stärkere Medizinorientierung der Pflege und eine Veränderung bzw. ein Absinken pflegerischer Qualitätsmaßstäbe (die der Sachverständigenrat an der vergleichbaren Schnittstelle Krankenhaus/Rehabilitation in seinem Jahresgutachten 2002/2003 bereits zu Recht konstatiert und kritisiert hat).

Zur Vermeidung dieser Fehlentwicklung empfiehlt sich statt der Einbeziehung der Pflege in § 140a SGB V eine Klarstellung in § 72 SGB XI, dass Versorgungsverträge nach dieser Vorschrift auch zur Erbringung pflegerischer Leistungen in Kooperation mit Verträgen nach § 140a SGB V zulässig sind.

2.2.2 Entlassungsmanagement und Kooperation

Die in den Eckpunkten enthaltene Begründung für die vorgesehene Verbesserung des Entlassungsmanagements erfasst die Ursache für die weit überwiegende Zahl der Problemfälle nicht. Die besteht nämlich darin, dass die Krankenhauspflegebedürftigkeit und damit die weitere Finanzierung des Krankenhausaufenthaltes mit der Feststellung des Krankenhaus-

arztes, dass es sich nunmehr um einen Pflegefall handelt, endet, aber die Grundlage für die Finanzierung der nachfolgenden Versorgung im Rahmen der Pflegeversicherung wegen der ausstehenden Begutachtung und Einstufung durch den MDK nach § 18 SGB XI noch fehlt und – weil einige MDK's immer noch keine Begutachtung im Krankenhaus durchführen – z.T. sogar erst nach Wochen gegeben ist.

In Ermanglung einer gesicherten Finanzierung weigern sich viele Pflegeeinrichtungen und -dienste, die betroffenen pflegebedürftigen Menschen ohne Kostengarantie nahtlos ambulant zu versorgen oder aus dem Krankenhaus unmittelbar in eine Pflegeeinrichtung aufzunehmen.

Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Feststellung des Krankenhausarztes, dass es sich um einen Pflegefall handelt, einerseits die weit reichende Folge des Wegfalls der weiteren Finanzierung des Krankenhausaufenthaltes hat, aber andererseits keine vorübergehende tragfähige Grundlage für eine Einstufung im Sinne SGB XI sein soll.

Es empfiehlt sich deshalb eine Regelung in §§ 15 bzw. 18 SGB XI, dass die zum Wegfall der Finanzierung des Krankenhausaufenthaltes führende Feststellung des Krankenhausarztes kraft Gesetzes bis zur Begutachtung und Einstufung durch den MDK eine vorübergehende Einstufung in die Pflegestufe I des SGB XI bewirkt, die durch MDK-Einstufung abgelöst wird.

Dass faktisch keine Rehabilitationsleistungen für pflegebedürftige Menschen durchgeführt werden, liegt nicht an fehlenden Anspruchsgrundlagen oder Managementvorschriften, sondern daran, dass die Kranken- und Pflegekassen die vorhandenen gesetzlichen Vorschriften nicht anwenden:

- Die Krankenkassen sind nach § 8 SGB IX schon während des Krankenhausaufenthaltes auch bei pflegebedürftigen Menschen (die ja durchweg – meistens sogar schwer – behindert oder von Behinderung bedroht sind) zur Prüfung verpflichtet, ob Leistungen zur Teilhabe, zu denen auch die medizinische Rehabilitation zählt, erfolgreich sind. D.h., sie haben nach § 10 SGB IX in jedem Einzelfall den individuellen Leistungsbedarf funktionsbezogen festzustellen. Diese seit fünf Jahren bestehende Regelung wurde von den Kassen bis heute nicht umgesetzt.
Eine bessere, weitergehende oder wirksame Regelung als die bereits vorhandene ist im Rahmen des mit den Eckpunkten beabsichtigten Entlassungsmanagements nicht vorstellbar. Es besteht faktisch kein gesetzgeberischer Handlungsbedarf, sondern nur der Bedarf dafür, dass die Kranken- und Pflegekassen geltendes Recht umsetzen und anwenden.
- § 18 Abs.1 Satz 3 SGB XI verpflichtet den MDK - in dieser Fassung bereits seit dem 1.7.2001 - zur Feststellung, ob und in welchem Umfang Leistungen zur medizinischen Rehabilitation notwendig und zumutbar sind.
- Nach § 5 SGB Abs. 1 XI haben die Pflegekassen – in der Regel bei den Krankenkassen – darauf hinzuwirken, dass frühzeitig geeignete Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit eingeleitet werden. Beide Leistungsträger werden durch § 5 Abs. 2 SGB XI verpflichtet, Rehabilitationsleistungen auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit in vollem Umfang einzusetzen.
Die in den beiden letzten Spiegelstrichen genannten Verpflichtungen werden von den beteiligten Trägern ebenfalls nicht umgesetzt.
- Zudem fehlt es unverändert bundesweit an geeigneten ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen. Den Sicherstellungsauftrag, d.h., die Verantwortung dafür, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und –einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen, haben die Krankenkassen nach § 19 Abs. 1 Satz 1 SGB IX bereits seit dem 1.7.2001. Sie haben ihn bis heute ebenfalls nicht ausreichend umgesetzt.

Auch die Begründung für die in den Eckpunkten zu diesem Bereich enthaltenen Regelungsabsichten ist zudem auch fachlich nicht tragfähig. Wenn noch ein „hoher medizinisch-behandlungspflegerischer Bedarf“ gegeben ist, besteht auch weiterhin Krankenhauspflegebedürftigkeit. Dass jemand nicht mehr krankenhauspfegebedürftig, aber auch noch nicht rehabilitationsfähig ist, kann mit Blick auf die Frührehabilitation und die damit

verbundene Aufgabenstellung des Krankenhauses, Rehabilitationsfähigkeit zu bewirken nicht nachvollzogen werden. Im Übrigen kann die Frührehabilitation in der Rehabilitationseinrichtung im Rahmen der stationären Rehabilitation nahtlos fortgesetzt werden, sodass deswegen keinerlei Schnittstellenprobleme entstehen können, wenn die Beteiligten nach geltendem Recht verfahren.

Notwendig sind allenfalls „vierseitige Verträge“ in Anlehnung an § 112 SGB V, in denen Kranken- und Pflegekassen einerseits, Krankaus- und Rehabilitationsträger bzw. Träger von Altenhilfeeinrichtungen andererseits unter Einbeziehung des MDK **regional** vor allem das Verfahren zur Feststellung des individuellen, funktionsbezogenen Leistungsbedarfs im Sinne des § 10 SGB IX, die Zeitabläufe und das danach konkret ausgerichtete Handeln bzgl. der erforderlichen Versorgung verbindlich konkretisieren und festlegen.

Wegen der Einheit des Rehabilitations- und Teilhaberechts ist mit Blick auf die dort schon vorhandenen Regelungen, insbesondere auch zum persönlichen Budget, eine entsprechende Regelung im SGB IX sinnvoll.

2.2.3 Palliativversorgung

Bereits heute beträgt in vielen stationären Pflegeeinrichtungen in größeren Städten, zumal solcher im Einzugsbereich von Universitätskliniken, die Aufenthaltsdauer der pflegebedürftigen Menschen bis zu ihrem Tode nur noch zwischen 6 und 9 Monate. Das verdeutlicht, dass es nicht ausreicht, nur den Leistungsanspruch und die Vergütung der Palliativversorgung zu definieren und zu verbessern.

Mit Blick auf die schon vorhandene Entwicklung und Veränderung des Versorgungsbedarfes ist es notwendig, - spätestens im Rahmen der Reform der Pflegeversicherung - die qualitativen und strukturellen Parameter der Palliativ- und Hospizversorgung in die regelhafte Struktur- und Prozessqualität der pflegerischen Versorgung nach dem SGB XI einzubeziehen.