

BERUFSVERBAND DER REHABILITATIONSÄRZTE E.V.

Vorsitzender: Dr. med. Hans-Martin Beyer

[Geschäftsstelle Ärztehaus Mitte, Westbahnhofstr. 2, 07745 Jena](http://www.berufverband-reha.de)

Füssen, den 28.03.2006

Positionspapier des Berufsverbandes der Rehabilitationsärzte e. V. zur Krankenbehandlung, Rehabilitation und Pflege

Der Berufsverband der Rehabilitationsärzte e.V. teilt die Ansichten der Bundesregierung in Bezug auf die besondere Bedeutung der Rehabilitation für das deutsche Gesundheitssystem.

Der folgende Abschnitt des Koalitionsvertrages kann somit wegweisend für eine adäquate Weiterentwicklung des Systems werden:

„Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung ist ein Gesamtkonzept der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger, behinderter und alter Menschen notwendig. Leistungen müssen darauf ausgerichtet sein, Behinderungen, chronischen Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit entgegen zu wirken. Der medizinischen Rehabilitation kommt hier eine besondere Bedeutung zu. Deshalb muss insbesondere der Grundsatz „Prävention und Rehabilitation vor Pflege“ gestärkt werden. Pflegebedürftigkeit darf nicht dazu führen, dass erforderliche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Teilhabe nicht erbracht werden.“

1. Ausgangslage

Die bisher vorherrschende kurativ-medizinische Ausrichtung an der „Krankheit“ reicht nicht, um der Patientenversorgung und den Problemen der Ökonomie gerecht zu werden. Behinderung, Pflegebedürftigkeit, Multimorbidität oder die Zunahme chronischer Krankheiten benötigen mehr als wiederholte Aneinanderreihungen oder Kombinationen kurativer Einzel-Maßnahmen.

Der medizinische Fortschritt sowie die demografische Entwicklung mit einem sich wandelndem Morbiditätsspektrum fordert daher eine Umwertung der Prioritäten, Ziele und Aufgaben der Medizin hin zur rehabilitationsmedizinischen Einheit von „Krankheit und Krankheitsauswirkungen im spezifischen Patientenkontext“ auf allen Ebenen der Patientenversorgung.

Für einen solchen Paradigmenwechsel reichen die rehabilitativen Leistungen in Deutschland aber nicht aus. Die Zugangswege sind zu kompliziert und die Leistungsgewährung zu sehr abhängig von der ökonomischen Situation der Leistungsträger. Die Leistungssteuerung erfolgt zudem nicht über den Bedarf, sondern über das Angebot.

Die Nahtlosigkeit der Versorgungskette ist systembedingt nicht gewährleistet, weil die niedergelassenen Ärzte nicht sachgerecht eingebunden werden und bürokratische Hindernisse ihr Engagement in diesem Versorgungssektor behindern.



Vorsitzender

Dr. med. Hans-Martin Beyer
Kaiser-Maximilian-Platz 3
87629 Füssen

Tel: 08362-2877
Fax: 08362-39812
e-mail: hmb@thzf.de

Stellv. Vorsitzender

Dr. med. Anselm Reiners
Städt. Klinikum München, Krankenhaus
München-Bogenhausen
Englschalkinger Str.77
81975 München

Tel: 089-927 024 01
Fax: 089-927 021 15
e-mail: physmed@kh-bogenhausen.de

Stellv. Vorsitzender

Dr. med. Holger Hoppe
Reha-Zentrum Marzahn
Allee der Kosmonauten 33 a
12681 Berlin

Tel. 030-54000810
Fax 030-54000814
e-mail: DrHHoppe@aol.com

Stellv. Vorsitzende

Frau Angela Deventer
Lerchenfeld 14
22081 Hamburg

Tel: 040-2205850
Fax: 040-2203620
e-mail: k.deventer@web.de

Schriftführerin

Dr. med. Anett Reißhauer
Charité - Universitätsmedizin Berlin
Klinik f. Phys. Med. u. Rehabilitation,
Schumannstr.20/21
10117 Berlin

Tel: 030-4505 170 82
Fax: 030-4505 179 07
e-mail: anett.reissbauer@charite.de

Schatzmeister

Dr. med. Andreas Römer
Städtisches Klinikum München GmbH
Klinikum Schwabing
Kölner Platz 1
80804 München

Tel: 089-3068-2542
FaxNr 089/3068-3927
e-mail: andreasroemer@kms.mhn.de

Justitiar

Dr. jur. Jörg Heberer
Paul-Hösch-Straße 25 a
81243 München

Tel: 089-163 040
Fax: 089-168 85 46
e-mail: Dr.Heberer@arztrechtskanzlei.de

Geschäftsstelle

Prof. Dr. Lothar Beyer
Westbahnhofstr.2
07743 Jena

Tel: 03641-622 178
Fax: 03641-622 178
e-mail: LoBeyer@t-online.de

Bankverbindung:

Postgirobank Stuttgart
BLZ 600 100 70
Konto 102 007 09

Dies begründet den Verlust der Nachhaltigkeit ambulanter und stationärer Rehabilitationsmaßnahmen und bewirkt einen kontraproduktiven Drehtüreffekt zwischen kurativen Einzelleistungen, Krankenhausbehandlung und zeitbegrenzten Rehabilitationsleistungen.

Ein solches „Bedingungsgefüge“ führt dazu, dass die Probleme der Menschen mit Behinderungen, chronischen Erkrankungen oder Pflegebedürftigkeit trotz eines SGB IX nicht wirklich reduziert werden konnten.

Auch die positiven Ansätze der integrierte Versorgung nach §§ 140a-d SGB V oder Disease-Management-Programme in Form strukturierter Behandlungsprogramme bei chronischen Erkrankungen nach § 137f konnten diesen Zustand nicht verändern.

Die Beschleunigung dieses zu schleppend einsetzenden Paradigmenwechsel muss zu einer Basis der dringend notwendigen Umgestaltung des Gesundheitssystems in Deutschland werden. Die Notwendigkeit der Umorientierung bei der Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen respektive Behinderungen und Pflegebedürftigkeit entspringt dabei nicht einem „blinden Lobbyismus“, sondern der Evidenz, dass eine solche Art der Berücksichtigung der Belange der Betroffenen und ein gestaffeltes Versorgungssystem von zentraler Bedeutung für einen anhaltenden Behandlungserfolg sind. Nur hierdurch wird es gelingen, die Nachhaltigkeit der Leistungen zu sichern, welche die Selbstständigkeit, die Unabhängigkeit von Fremdhilfe und die Teilhabe der Menschen in Deutschland an den unterschiedlichen Lebensbereichen sichert.

Mit der Verabschiedung der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) im Mai 2001 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) den Grundstein für eine solche Entwicklung gelegt und der Politik eine Basis gegeben. Bedenkt man, dass Behinderung und chronische Erkrankungen als eigenständige Begriffe des SGB IX nebeneinander gebraucht werden, so wird deutlich, dass der Gesetzgeber in Deutschland diese unabdingbar notwendigen Entwicklungen erkannt hat. Bestes Beispiel hierfür war die Änderung des § 39 SGB V, in dem die „zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation“ der Krankenhausbehandlung zugeordnet wurden.

Die aktuellen Forderungen der WHO gehen aber schon wieder weit über die bisherige Gesetzgebung hinaus. Spätestens seit der 58. Vollversammlung der WHO am 25. Mai 2005 mit der Verabschiedung der Resolution zur „Behinderung, einschl. Prävention, Management und Rehabilitation“ wird klar, dass die Politik den Ausbau der rehabilitativen Versorgungskette - von der Früh-Rehabilitation (...“early intervention and identification of disability“...), über die weiterführende Rehabilitation ambulant bzw. stationär in Einrichtungen, bis zur einer gemeindebezogenen Rehabilitation (...“community-based rehabilitation programmes“...) - stützen muss, will sie nicht leichtfertig die hiermit verbundenen Möglichkeiten zur Verbesserung der medizinischen und ökonomischen Effektivität und Effizienz im System verschenken. Integrierte Versorgungsansätze sind hierbei brauchbar, aber sie sind v.a. ein integraler Bestandteil rehabilitativer Versorgungsprozesse und daher in diesem Zusammenhang am ehesten ausbaubar.

Nach wie vor aber hängen gerade die gesetzlichen Regelungen des SGB V zur Rehabilitation und deren Vernetzung mit der kurativen Medizin in der Luft. Dies betrifft beispielsweise:

- die bisherige Beschreibung im § 27 Abs. 1 SGB V „Die Krankenhausbehandlung umfasst...Leistungen zur medizinischen Rehabilitation...“, die zwar im § 39 Abs. 1 für die Krankenhausbehandlung konkretisiert wird, nicht aber für die vertragsärztliche Versorgung.
- Das gleiche gilt für den Inhalt des § 73 Abs. 3 SGB V, dessen Ausgestaltung bis heute keine konkreten Ansatz findet.

- Ohne Evidenz, aber schwerwiegenden Folgen bleibt auch der Inhalt des § 40 Abs. 1, Satz 1 SGB V, in dem die Leistungsgewährung einer ambulanten oder stationären Leistung zur Rehabilitation in Einrichtungen durch die GKV an die alleinige und zudem inhaltlich unklare Bedingung geknüpft wird, dass „eine ambulante Krankenbehandlung nicht ausreicht“.

Insbesondere aber in der vertragsärztlichen Krankenbehandlung werden Patienten mit chronischen Erkrankungen bzw. Behinderungen kontinuierlich und langfristig behandelt und betreut und deren Pflegebedürftigkeit verhindert. Deswegen wird gerade an dieser Stelle des Systems der Ausbau rehabilitativer Leistungen benötigt.

Die erforderlichen Voraussetzungen wurden seitens der Ärzteschaft u.a. sowohl durch die Änderungen der ärztlichen (Muster-)Weiterbildungsordnung als auch durch Leistungskonkretisierungen im Rahmen des EBM 2000plus geschaffen.

2. Lösungsansätze

Der WHO-Resolution (WHA58.23) folgend und die Ansätze im Koalitionsvertrag konkretisierend, schlägt der Berufsverband der Rehabilitationsärzte e.V. daher vor:

1. Die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) der WHO als Bezugssystem für alle Belange der Krankenbehandlung, Rehabilitation und Pflege im SGB V zu verankern.
2. Den Ausbau der fachübergreifenden Früh-Rehabilitation durch systematischen Aufbau bettenführender Abteilungen an Krankenhäusern der hohen Versorgungsstufen („early intervention and identification of disability“ gemäß Resolution der WHO 58.23) zu fördern.
3. Gemäß dem Grundsatz „ambulant vor stationär“,
 - a. die patientennahen, rehabilitativen Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung in Form gemeindebezogener/ortsnaher Rehabilitations-Programme („community-based rehabilitation programmes“ gemäß Resolution der WHO 58.23) im SGB V zu verankern,
 - b. die zeitbegrenzten, inhaltlich aber kompakten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in ambulanten, wohnortnahen Einrichtungen auszubauen.
4. Die Zugangswege der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation in Einrichtungen durch Stärkung der Verordnungskompetenz für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch hierfür qualifizierte Vertragsärzte zu erleichtern und die Prüfverpflichtungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) auf Verlängerungsanträge zu begrenzen,
5. Die jährliche Begrenzung der Ausgaben für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der GKV abzuschaffen sowie den Einbezug aller Rehabilitationsleistungen in Einrichtungen in den Risikostrukturausgleich herzustellen,
6. Den gesamtgesellschaftlichen Skandal, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bis heute nicht als Pflichtleistung der privaten Krankenversicherung (PKV) im Standardtarif vorgesehen sind, zu beenden.

3. Konkrete Lösungsvorschläge mit Begründungen: (Veränderungen kursiv gedruckt)

Zu 1. Änderungs-Vorschlag:

§ 11 Abs. 2 Satz 1 SGB V wird erweitert:

„Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, *um Behinderung (siehe § 2 Abs. 1 Satz 1 u. 2 SGB IX) in Form nicht nur vorübergehender Beeinträchtigungen von Aktivitäten, durch die Beeinträchtigungen der Teilhabe in der Gesellschaft drohen oder bereits bestehen - hierzu gehört auch der Zustand der Pflegebedürftigkeit - (Bezugssystem :Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit „ICF“ der WHO) abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern....*

Begründung:

Die Implementierung der von der WHO im Mai 2001 verabschiedeten „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) als Weiterentwicklung der „International Classification of Impairment, Disability and Handicap“ (ICIDH) in die soziale Gesetzgebung - auch des SGB V - ist die wichtigste Grundlage, um die oben genannten Aussagen im Koalitionsvertrag umzusetzen.

Das System benötigt ein einheitliches konzeptionelles und begriffliches Bezugssystem, um rehabilitativ ausgerichtete Krankenbehandlung und Rehabilitation für die Leistungsberechtigten, Leistungserbringer und Leistungsträger gleichsinnig zu verstehen und anzuwenden.

Der Begriff der „Behinderung“ im § 11 Abs. 2 Satz 1 bietet die Möglichkeit, dieses Bezugssystem in die GKV an sinnvoller Stelle zu implementieren.

Zu 2. Änderungs-Vorschlag:

§ 39 Abs. 1 Satz 3 wird ergänzt:

„die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation - an Krankenhäusern der hohen Versorgungsstufen in eigenständigen fachübergreifend, rehabilitativ ausgelegten bettenführenden Abteilungen“.

Begründung:

Den Empfehlungen der WHO-Resolution (WHA58.23) und den Zielen des SGB IX folgend, müssen Leistungen zur Rehabilitation darauf ausgerichtet sein, Behinderungen einschließlich Pflegebedürftigkeit rechtzeitig zu erkennen und ihnen frühzeitig entgegenzuwirken. Diese Forderung der WHO deckt sich nahezu inhaltsgleich mit den Aussagen des Koalitionsvertrages.

Insbesondere in den Krankenhäusern der hohen Versorgungsstufen besteht ein Bedarf an entsprechenden, fachübergreifend bettenführenden Abteilungen, um diesem Anspruch gerecht zu werden. In diesen Krankenhäusern finden sich die Versicherten mit den entsprechenden Indikationen, die einer solchen umfassenden und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Rehabilitation bedürfen, um schon während des Akutkrankenhausaufenthaltes – die Komponenten der ICF beachtend – sachgerecht und fachübergreifend und unter Nutzung eines jederzeit erreichbaren akut- und intensivmedizinischen „stand by“ einer Behinderung einschließlich Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken. Zudem werden die rehabilitativen Leistungen benötigt, um die Versicherten auf zu erwartende weiterführende Leistungen zur Rehabilitation in adäquaten Einrichtungen medizinisch vorzubereiten.

Zu 3. Änderungs-Vorschlag:

§ 73 Abs. 2 Nr. 5 wird ergänzt:

„Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation *und Durchführung von gemeindebezogenen/ ortsnahen Rehabilitationsprogrammen*“.

Begründung:

Den Forderungen im Koalitionsvertrag und den Empfehlungen der WHO-Resolution (WHA58.23) folgend, müssen Leistungen zur Rehabilitation darauf ausgerichtet sein, Behinderungen einschließlich Pflegebedürftigkeit und chronischen Erkrankungen entgegenzuwirken, wobei diese Forderung nur dann flächendeckend und umfassend gelingen kann, wenn auch die Vertragsärzte in sinnvoller Weise in diese Bemühungen eingebunden werden.

Hierfür fordert die WHO-Resolution den Ausbau der rehabilitativen Leistungen in Form gemeindebezogener/ortsnaher Rehabilitationsprogramme, also Leistungen, die direkt im Patientenumfeld angesiedelt sein müssen. In diesem Umfeld befindet sich der Vertragsarzt, sei es in der Funktion des Hausarztes oder des behandelnden Facharztes.

Solche Programme sichern daher am richtigen Ort die Nahtlosigkeit der rehabilitativen Patientenversorgung und verbessern die Nachhaltigkeit des Erfolges von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Einrichtungen. Sie sind darüber hinaus die medizinisch erfolgsversprechende und ökonomisch sinnvolle Grundlage für eine Optimierung der ambulanten Krankenbehandlung von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen sowie mit Beeinträchtigungen nach Unfällen oder chronischem Schmerz.

Wesentliche Voraussetzung zur Gestaltung solcher rehabilitativer Programme sind Leistungen im vertragsärztlichen Bereich, die ausgerichtet sind auf die Diagnostik und Therapie von:

- Schädigungen der Strukturen und Funktionen
- sowie Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe
- unter Berücksichtigung des persönlichen Lebenskontext.

Qualitäten des Patienten- und Krankheitsmanagement durch:

- Assessment,
- Behandlungsplanung,
- Patientenführung und Patientenschulung,
- Teamarbeit sowie
- umfangreiche Methoden- und Verfahrenskompetenz

sind erforderlich, um diese Herausforderungen zu bewältigen. Solche Leistungen sind beispielsweise im Kapitel 27 des EBM 2000plus beschrieben und könnten Grundlage für solche Programme sein. Damit könnten auch die Koordinationslücken zwischen Hausarzt, Facharzt, Klinik und Rehabilitationseinrichtungen geschlossen werden. Gerade in Hinblick auf die scheinbar unaufhaltsame Zunahme von Patienten mit chronischen Erkrankungen und deren kontinuierliche Betreuung sind solche Programme als Leistungen der GKV daher eigentlich unentbehrlich.

Der Ausbau solcher gemeindebezogener/ortsnaher Rehabilitationsprogramme in der vertragsärztlichen Versorgung gelingt aber nur durch die entsprechende **politische Unterstützung**, die deutlich macht, dass nicht nur im Krankenhaus solche (früh-)rehabilitativen Leistungen benötigt werden. Daher müssen solche Programme im z.B. **§ 73 Abs. 2 Nr. 5 SGB V** sozialrechtlich verankert werden.

Zudem sind diese Leistungen für die GKV mindestens kostenneutral, da hierdurch wiederholte Aneinanderreihungen kurativer Einzelleistungen und deren unvernetzte Kombinationen reduziert und so direkte und indirekte Krankheitskosten deutlich verringert werden können. Solche Leistungen verhindern zudem gezielt die Drehtüreffekte zwischen wiederholten Einweisungen in Akut-Krankenhäuser oder wiederholt erforderlichen Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen vor Ablauf der gesetzlichen Gewährungsfristen und der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Sie sichern darüber hinaus eine optimierte, da ICF-bezogene, also begründete und dokumentierbare Versorgung der Patienten mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie die erforderliche sozialmedizinische Begleitung des Patienten im Gesundheitssystem.

Zu 4. Änderungs-Vorschlag:

§ 40 Abs. 1 wird geändert:

„Reicht bei Versicherten *nach Durchführung eines rehabilitationsmedizinischen Assessment* eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus *oder wird sie als nicht erfolgsversprechend beurteilt*, um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, *erbringt* die Krankenkasse, die aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen...“.

§ 40 Abs. 2 wird geändert:

„Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, *erbringt* die Krankenkasse stationäre Rehabilitation...“.

Begründung:

Die bisherige Formulierung macht die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der GKV zu einer „Kann-Leistung“. Dies konterkariert die Verordnungskompetenz der Vertragsärzte und bürokratisiert den Zugangsweg zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Sie erschwert zudem die ärztlichen Bemühungen zur Umsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“. (siehe auch Begründung zur Änderung des § 275 Abs. 2 Nr. 1 erster Halbsatz SGB V)

Zudem zeigt sich in der Praxis, der nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V (Rehabilitations-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss) qualifizierten Vertragsärzte immer häufiger, dass verordnete Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, trotz eines vorausgehenden rehabilitationsmedizinischen Assessments, mit dem Hinweis des MDK abgelehnt werden, die Möglichkeiten der kurativen Versorgung seien nicht ausgeschöpft.

Das bisher alleinige Kriterium „nicht ausreichend“ muss daher ergänzt werden um das Kriterium „nicht erfolgsversprechend“.

Es ergeben sich nicht selten Situationen bei Versicherten der GKV, bei denen es medizinisch und ökonomisch keinen Sinn macht, erst einmal die gesamte Palette der möglichen kurativen Leistungen auszuschöpfen, bevor Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gewährt werden.

Ganz im Gegenteil machen häufig intensive Maßnahmen in Form ambulanter oder auch stationärer Rehabilitation in Einrichtungen nach § 40 Abs. 1 u. Abs. 2 beispielsweise durch die dort mögliche Form einer zeitbegrenzten komprimierten Leistung als Start-Behandlung bei entsprechenden Indikationen sehr viel mehr Sinn als einzelne

oder auch kombiniert angewandte Therapiemethoden der kurativen Versorgung, um die Behandlungsziele für die Versicherten zu erreichen.

§ 40 Abs. 3 Satz 1 wird geändert:

„Die Krankenkasse bestimmt *unter Berücksichtigung der Regelungen des § 9 SGB IX sowie der qualifizierten vertragsärztlichen Verordnung gemäß der Rehabilitations-Richtlinien nach § 92 Abs.1 Satz 2 Nr. 8* den Umfang und die Auswahl der Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen“.

Begründung:

Die Zugangswege zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation müssen deutlich vereinfacht und entbürokratisiert werden. Durch die Verabschiedung der Rehabilitations-Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V des Gemeinsamen Bundesausschuss sind die Voraussetzungen geschaffen, um solche Leistungen durch entsprechend qualifizierte Vertragsärzte gemäß § 73 Abs. 1 Nr. 4 und § 73 Abs. 2 Nr. 5 SGB V einzuleiten bzw. zu verordnen. Diese Kompetenz wird durch die bisherigen Inhalte des § 40 Abs. 3 Satz 1 untergraben und ad absurdum geführt.

Dies betrifft nicht nur die oben erwähnte „Kann“ Bestimmung im § 40 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V, sondern auch die bisher umfassende Entscheidungskompetenz der Krankenkassen hinsichtlich der „Erfordernisse des Einzelfalls, der Art, der Dauer, des Beginn und der Durchführung der Leistungen nach den Absätzen 1 und 2...“.

§ 275 Abs. 1 Nr. 2 SGB V wird gestrichen:

§ 275 Abs. 2 Nr. 1 erster Halbsatz SGB V wird geändert:

„Die Krankenkassen haben durch den Medizinischen Dienst prüfen zu lassen „die Notwendigkeit *der Verlängerung von Leistungen nach den §§ 23, 24, 40 und 41* unter Zugrundelegung eines ärztlichen Behandlungsplanes; die Spitzenverbände der Krankenkassen...“.

Begründung:

Diese Änderung ist die logische Folge der vorgeschlagenen Änderung des § 40 Abs. 3 Satz 1, denn eine Verordnung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation durch einen qualifizierten Vertragsarzt benötigt nicht noch die Überprüfung durch den MDK, welcher selbst wesentlich weniger konkret die Komponenten der Struktur, Funktion, Aktivität und Teilhabe oder gar den persönlichen Kontext (ICF-basiertes Verordnungs-Assessment gemäß Rehabilitations-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V) des Versicherten zu beschreiben oder einzuschätzen vermag, da ihm die hierzu erforderliche Patientennähe fehlt.

Unabhängig davon sollte der MDK bei der Frage des Umfangs der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, insbesondere bei Verlängerungsanträgen in Kooperation mit den Einrichtungen involviert bleiben. Hierdurch können Fehlbelegungen der Einrichtungen sinnvoll verhindert und die Qualität der erbrachten Leistungen vom Leistungsträger kontinuierlich überprüft werden.

Zu 5. Änderungs-Vorschlag:

§ 40 Abs. 3 Satz 5 SGB V wird gestrichen:

Begründung:

Eine Begrenzung der Ausgaben der Krankenkassen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, gleichgültig in welchem Versorgungsbereich sie anfallen, ist unvereinbar mit den Aussagen im Koalitionsvertrag. Eine solche Budgetierung konterkariert die Erkenntnisse, dass insbesondere durch den Ausbau der Rehabilitation in Deutschland die vorhandenen finanziellen Mittel bedarfsgerecht dafür eingesetzt werden müssen, um die Teilhabe der Menschen an allen Lebensbereichen zu erhalten sowie chronischen Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken.

Daher müssen entsprechende Begrenzungsregelungen, die eigentlich im § 23 Abs. 8 SGB V definiert sind und nicht im § 23 Abs. 7 (wohl ein redaktioneller Fehler) entsprechend angepasst werden.

§ 266 Abs. 4 Satz 2 SGB V wird geändert:

„Aufwendungen für *Leistungen der medizinischen Rehabilitation* (§ 40 Abs. 1 und 2) sowie *ambulante und stationäre Anschlussrehabilitation* (§ 40 Abs. 6 Satz 1)...“.

Begründung:

Es ist unverständlich, warum im Rahmen der Ermittlung standardisierter Leistungsausgaben für den Risikostrukturausgleich nur die Leistungen der stationären Anschlussrehabilitation berücksichtigt werden. Hierher gehören zwingend auch die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V.

Eine Ungleichbehandlung dieser unterschiedlichen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Regelungen zum Risikostrukturausgleich ist in Würdigung der Regelungen des § 11 Abs. 2 Satz 1 sozialrechtlich nicht gerechtfertigt und unausgewogen.

Zudem steht die derzeit gültige Regelung im § 266 Abs. 4 Satz 2 SGB V im krassen Widerspruch zu den Aussagen im Koalitionsvertrag hinsichtlich der Bedeutung der medizinischen Rehabilitation.

Zu 6. Änderungs-Vorschlag:

§ 178 b Abs. 1 VVG (Versicherungsvertragsgesetz) wird geändert:

„Bei der Krankheitskostenversicherung haftet der Versicherer im vereinbarten Umfang für Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen, *für hiermit einhergehende erforderliche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation* und für sonstige vereinbarte Leistungen einschließlich solcher bei Schwangerschaft und Entbindung sowie ...“ *Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden erbracht unter Berücksichtigung des SGB IX sowie der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) der WHO*“.

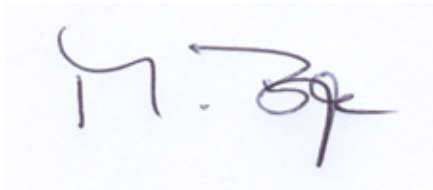
Im Zusammenhang mit dieser Änderung muss auch die Musterbedingung für private Krankenversicherungen (MB/KK 94) dahingehend geändert werden, dass medizinische Leistungen in ambulanten oder stationären Rehabilitations-Einrichtungen in Analogie zu den Inhalten des § 40 Abs. 1 u. Abs. 2 SGB V im Standardtarif der PKV als Pflichtleistung aufgenommen wird.

Begründung:

Es ist zweifellos ein gesamtgesellschaftlicher Skandal, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht als Pflichtleistung im Standardtarif der PKV enthalten sind. Es kann kaum sein, dass Versicherte der GKV durch § 11 SGB V diese Leistungsart erhalten, Versicherte der privaten Krankenversicherung aber kein vertraglich gesichertes Anrecht auf diese Leistungen haben.

In einem Land, welches zur Rehabilitation und Teilhabe ein eigenes Gesetzbuch besitzt, in dem dieser Leistungsart also eine besondere Bedeutung zukommt, um Behinderungen, chronischen Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken, sollte es eine Selbstverständlichkeit sein, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auch im Standardtarif der privaten Krankenversicherung (PKV) vorzuhalten. Die bisher zuweilen konstruierten Lösungen auf dem „Kulanzweg“ sind völlig unzureichend und mangelhafte Versuche, die Fehlentwicklung in diesem Bereich der PKV zu kaschieren.

Für den Vorstand des Berufsverbandes

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'H. Beyer', is centered on a light blue background.

Dr. med. Hans-Martin Beyer

1. Vorsitzender des Berufsverbandes der Rehabilitationsärzte e.V.