

**Stellungnahme der  
Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation SGB IX (AG MedReha)  
vom 15.10.2012**

**zum**

**Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten  
(Patientenrechtegesetz) BT Drucksache 17/10488**

**A. Vorbemerkung:**

Die AG MedReha begrüßt ausdrücklich das Vorhaben der Bundesregierung, die Rechte der Patientinnen und Patienten transparent zu kodifizieren sowie bestehende Vollzugsdefizite abzubauen. Die Regelung des ärztlichen Behandlungsvertrages im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB), die Förderung einer Fehlervermeidungskultur in der ärztlichen Behandlung, die Kodifikation eines Haftungssystems und die Stärkung von Verfahrensrechten der Patientinnen und Patienten bei vermuteten Behandlungsfehlern sowie eine Verbesserung der Patientenbeteiligung und der Information der Leistungsempfänger über ihre Rechte sind wichtige Anliegen bei der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems wie des Behandlungsverhältnisses zwischen Leistungserbringern und Patientinnen und Patienten. Insbesondere die beabsichtigte Stärkung der Patientenrechte gegenüber Krankenkassen im Zusammenhang mit Bewilligungsverfahren ist notwendig und entspricht einer langjährigen Forderung der AG MedReha. Allerdings werden sich die angekündigten Verbesserungen faktisch lediglich auf Bewilligungsverfahren außerhalb der Leistungen der medizinischen Rehabilitation auswirken. Für die medizinische Rehabilitation im Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen ergibt sich keine nennenswerte Änderung. Damit bleiben die Regelungen des Patientenrechtegesetzes deutlich hinter dem rechtlich Möglichen und sachlich Gebotenen zurück und erreichen ihr eigentliches Ziel – die Stärkung der Patientenautonomie gegenüber Krankenkassen - im Bereich der medizinischen Rehabilitation nicht.

Wichtig ist, dass die Regelungen der Aufklärungspflichten so konkret und eindeutig geregelt sind, dass für Leistungserbringer keine unsichere Rechtslage entsteht. Insbesondere die wirtschaftliche Aufklärungspflicht darf nicht dazu führen, dass die Leistungserbringer einseitig das Kostenrisiko der erbrachten Leistungen tragen. Darüber hinaus ist auf die Auswirkungen des Gesetzes auf Haftpflichtversicherungen zu achten und sicherzustellen, dass Versicherungsschutz für Kliniken auch zukünftig finanzierbar bleibt bzw. eine ausreichende Gegenfinanzierung geschaffen wird.

AG MedReha Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation SGB IX GbR, Friedrichstraße 60, 10117 Berlin

**Gesellschafter** • Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK), Berlin  
• Bundesverband Geriatrie e.V., Berlin • Fachverband Sucht (FVS), Bonn  
• Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss), Kassel  
• Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGEMED), Berlin



## **B. Stellungnahme im Einzelnen:**

### **I. Zu Artikel 1 (Änderungen des Bürgerlichen Gesetzbuchs)**

#### **1. Zu § 630 a (Vertragstypische Pflichten beim Behandlungsvertrag)**

##### **a. Beabsichtigte Regelung:**

Der neue § 630a definiert den Behandlungsvertrag, seinen Inhalt und seine Vertragspartner. Maßgeblich für das Vorliegen eines Behandlungsvertrages ist danach die vertragliche Zusage einer medizinischen Behandlung.

##### **b. Stellungnahme:**

Nach der Gesetzesbegründung ist medizinische Behandlung im Sinne des § 630 a nicht gleichbedeutend mit ärztlicher Behandlung. Als vertragscharakteristische Leistung eines Behandlungsvertrages werden danach auch Behandlungen von anderen Angehörigen der Heilberufe sowie von juristischen Personen angesehen, die Behandlungen zusagen und ihrerseits Behandler bereit stellen. Die Gesetzesbegründung nennt als Beispiele Medizinische Versorgungszentren und Krankenhäuser. Nicht genannt werden Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation. Damit ist unklar, ob der Gesetzgeber Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Sinne der §§ 40 und 41 SGB V i. V. m. § 26 SGB IX und nach Maßgabe weiterer Leistungsgesetze (z.B. §§ 9 ff. SGB VI) als medizinische Behandlung ansieht und sie Gegenstand eines Behandlungsvertrages im Sinne des § 630 a BGB sein können. Es bleibt damit unklar, ob die sich aus den § 630 b ff BGB ergebenden vertraglichen Nebenpflichten auch im Verhältnis zwischen Rehabilitanden und ambulanten oder stationären Rehabilitationseinrichtungen gelten. Angesichts der jährlich etwa 1,2 Mio. medizinischen Reha-Leistungen im Zuständigkeitsbereich der Träger der Deutschen Rentenversicherung und der jährlich etwa 800.000 Leistungen in der Zuständigkeit der Krankenkassen ist das auch eine mengenmäßig relevante Fragestellung. Daher sollte eine ausdrückliche Klarstellung in der Gesetzesbegründung erfolgen, ob Leistungen der medizinischen Rehabilitation in den Geltungsbereich der §§ 630 a ff einbezogen sind.

#### **2. Zu § 630 d Abs. 2 i. V. mit § 630 e Absatz 1**

##### **a. Beabsichtigte Neuregelung:**

Die Regelung sieht vor, dass der Patient vor einer medizinischen Maßnahme in diese einwilligen muss. Diese Einwilligung soll nur dann wirksam sein, wenn er zuvor durch den Behandelnden bzw. eine vergleichbar qualifizierte Person aufgeklärt wird.

##### **b. Stellungnahme:**

Medizinische Rehabilitationsleistungen sind komplexe medizinische Leistungen, die interdisziplinär im Reha-Team und nicht durch einen „Behandler“ erbracht werden. Wir gehen davon aus, dass eine „Generalaufklärung des Patienten“ grundsätzlich ausreichend

sein muss, die im Bedarfsfall - wie bereits jetzt üblich - bei einzelnen gefahrgeneigten Therapien oder Eingriffen, mit einer zusätzlichen Aufklärung und Einwilligung ergänzt werden kann. Eine Auslegung, nach der für jede einzelne Behandlungsart (z.B. Ergotherapie etc.) bzw. jeden einzelnen Bestandteil der Komplexleistung eine Erläuterung der Ziele, Methoden und Risiken erfolgen müsste, halten wir für nicht sachgerecht. Wir regen daher eine entsprechende Bemerkung in der Gesetzesbegründung an.

## **II. Zu Artikel 2 (Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Zu § 13 Abs. 3a

### **1. Beabsichtigte Neuregelung**

Die Regelung normiert eine maximal zulässige drei- bzw. fünfwöchige Bearbeitungsfrist nach Leistungsanträgen bei Krankenkassen. Sobald erkennbar wird, dass die Krankenkasse diese Fristen überschreitet, muss sie den Antragsteller entsprechend informieren. Unterlässt die Krankenkasse diese Information, soll der Leistungsberechtigte der Krankenkasse eine Frist setzen und nach Ablauf dieser Frist sich die Leistung selbst beschaffen dürfen. Die Krankenkasse hat dann deren Kosten zu erstatten und diese Fälle zur statistischen Erfassung an den GKV-Spitzenverband zu melden.

### **2. Stellungnahme**

Die Regelung gilt aufgrund ihrer systematischen Stellung für alle Antragsleistungen nach dem SGB V. Sie orientiert sich in weiten Teilen an den für medizinische Rehabilitationsleistungen der Krankenkassen bereits ohnehin geltenden Regelungen in § 14 Abs. 2 und § 15 SGB IX. Auch wenn die beabsichtigten Regelungen etwa im Bereich der Hilfsmittelversorgung eine Verbesserung bedeuten mögen, ist für die Bewilligungsverfahren bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation keine Verbesserung zu erwarten. Vielmehr ist die neue Regelung lediglich eine (fast wortgleiche) Wiederholung der seit 01.07.2001 ohnehin geltenden Vorschrift der §§ 14 Abs. 2 und 15 SGB IX. Obwohl diese Vorschrift seit mehr als zehn Jahren auch für Krankenkassen gilt, weichen die Bearbeitungsfristen zahlreicher Krankenkassen in einer Vielzahl von Fällen signifikant davon ab. Ursächlich für die längeren Verfahrensdauern bei Krankenkassen sind vor allem willkürliche Aufspaltung des Antragsverfahrens in zwei Verfahrensschritte durch § 6 Abs. 1 und Abs. 3 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie). Nach Auslegung der Krankenkassen handelt es sich erst bei der Verordnung einer Rehabilitation durch den Vertragsarzt im Sinne von § 6 Abs. 3 der Rehabilitations-Richtlinie um einen fristauslösenden Antrag im Sinne von § 14 SGB IX.

Nicht nachvollziehbar ist, warum der Entwurf trotz gesetzlich geregelter Frist zur Antragsbearbeitung eine erneute Fristsetzung durch den Versicherten vorsieht, ehe er sich

die Leistung selbst beschaffen kann. Zudem ist es dem Versicherten nicht zuzumuten, die Kosten für die Leistung zunächst auszulegen.

Um tatsächlich eine Verbesserung auch für Antragsteller von medizinischen Reha-Leistungen zu erreichen, sollte über eine grundlegende Alternativen zum bislang normierten Antragsverfahren und zu den Regelungen in der Rehabilitations-Richtlinie nachgedacht werden. Eine Lösung könnte darin bestehen, dass der Versicherte künftig im Regelfall - wie beim Krankenhausaufenthalt auch - ohne eine vorherige Leistungsentscheidung seiner Krankenkasse nur aufgrund einer Verordnung seines Haus- oder Facharztes eine Rehabilitation beginnen darf, wenn die in der Rehabilitations-Richtlinie des G-BA festgelegten Voraussetzungen (Rehabilitationsfähigkeit und -bedürftigkeit, positive Rehabilitationsprognose) nach ärztlicher Feststellung zweifelsfrei bestehen. Bei strittiger Zuständigkeit sollte die Klärung dieser Frage im Nachgang zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern und nicht zu Lasten des Antragstellers vor Beginn der Leistung erfolgen.

### **III. Weiterer Handlungsbedarf**

#### **§ 9 Abs. 1 SGB IX Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten**

Gemäß § 9 Abs. 1 SGB IX sind die Rehabilitationsträger bei der Entscheidung über die Leistungen zur Rehabilitation verpflichtet, berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten zu entsprechen. Dieses Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten wird jedoch von den Rehabilitationsträgern oftmals unterlaufen mit der Begründung, eine andere Rehabilitationseinrichtung sei günstiger bzw. sie hätten keinen Versorgungsvertrag mit dieser Einrichtung. Hier ist aus unserer Sicht eine gesetzliche Klarstellung erforderlich, dass bei berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten auch tatsächlich die Leistung in seiner gewünschten Einrichtung erhält, solange diese zertifiziert ist und über einen Versorgungsvertrag zur Erbringung der Leistung zugelassen ist.

**Die Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation SGB IX (AG MedReha SGB IX) ist ein Zusammenschluss von maßgeblichen, bundesweit tätigen Spitzenverbänden der Leistungserbringer in der medizinischen Rehabilitation. Die Mitglieder der AG MedReha vertreten die Interessen von rund 800 Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 80 000 Betten/Behandlungsplätzen.**