

Verteiler:

Ministerin Ulla Schmidt

Fraktionsvorsitzenden

Ausschuss Gesundheit und soziale Sicherung

etc.

Bonn, 16. April 2007 vw/mh

**Umsetzung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes - Notwendiger Regelungsbedarf:
hier: Medizinische Rehabilitation**

„Anrede“

die Gesundheitsreform 2007 hat deutliche Verbesserungen für die Versicherten gebracht. An dieser Stelle sei hervorgehoben, dass klargestellt wurde, dass alle Leistungen der medizinischen Rehabilitation Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen sind. Damit werden die Grundsätze „Reha vor Pflege“ und „Reha vor Rente“ gestärkt.

Vor dem Hintergrund dieser grundsätzlichen Einschätzung möchten wir auf einige Aspekte aufmerksam machen, bei denen noch Ungereimtheiten bestehen bzw. ein Veränderungsbedarf gegeben ist.

1. § 40 Abs. 2, Satz 2

Grundsätzlich kann der Versicherte nun eine andere zertifizierte Einrichtung auswählen, mit der kein Versorgungsvertrag der Krankenkasse nach § 111 SGB V besteht, sofern er die dadurch entstehenden Mehrkosten trägt. Im § 137 d (1) SGB V in Verbindung mit § 20 SGB IX wird hingegen gefordert, dass stationäre Rehabilitationseinrichtungen sowohl ein internes Qualitätsmanagement mit Verpflichtung zur Zertifizierung vorhalten müssen wie auch an Maßnahmen der einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung teilzunehmen haben.

Die Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden externen Qualitätssicherungsprogramm bildet eine wichtige Voraussetzung für Einrichtungsvergleiche und die Entwicklung eines Rehabilitationsbewertungssystems. Von daher reicht die Zertifizierung alleine nicht aus, es sei denn, dass über verbindliche Anforderungen an entsprechende Zertifizierungsverfahren eindeutig definiert wird, dass die Ergebnisse aus externen Qualitätssicherungsverfahren der Leistungsträger im Rahmen der internen Qualitätsmanagementverfahren bzw. Zertifizierungsverfahren zu berücksichtigen sind.

Des Weiteren stellt sich die Frage, woran die entstehenden von dem Versicherten selbst zu tragenden Mehrkosten gemessen werden. Soll die Krankenkasse hier als Maßstab die durchschnittlichen Kosten der von ihr belegten Rehabilitationseinrichtungen in einem spezifischen Indikationsbereich oder kann sie etwa die Vergütung einer von ihr selbst vorgeschlagenen Rehabilitationseinrichtung zugrunde legen? Wenn letzteres der Fall wäre, so könnte eine Krankenkasse prinzipiell die preisgünstigste der von ihr belegten Rehabilitationseinrichtungen dem Versicherten vorschlagen, wodurch die entstehenden Mehrkosten für ihn erheblich würden. Es ist davon auszugehen, dass die Mittel der Versicherten begrenzt sind, von daher würde der Druck auf die anderen Rehabilitationseinrichtungen verstärkt werden, ihre Preise abzusenken. Durch eine solche Dynamik wird die bereits bestehende Gefahr eines Preisdumpings und einer nachhaltigen Absenkung der Qualität in der medizinischen Rehabilitationseinrichtung zusätzlich befördert. Dies kann nicht im Interesse des Gesetzgebers, der Versicherten, der Leistungsträger und Leistungserbringer sein. Deshalb sollte der Hinweis auf die Übernahme von Mehrkosten durch den Versicherten im § 40 Abs. 2 Abs. 2 SGB V ersatzlos gestrichen werden.

Von daher schlagen wir vor, den § 40 Abs. 2 Satz 2 wie folgt zu verändern:

„Bei der Entscheidung über die Leistungen zur Rehabilitation und bei der Auswahl einer zertifizierten und qualitätsgesicherten Einrichtung wird berechtigten Wünschen der Versicherten entsprochen“.

2. § 137d SGB V in Verbindung mit § 20 SGB IX

Während für stationäre Rehabilitationseinrichtungen eine Zertifizierungspflicht eingeführt wurde, besteht diese für ambulante und ganztätig ambulante Rehabilitationseinrichtungen nicht. Sowohl im SGB IX wie im SGB V wird allerdings der Vorrang von ambulanten vor stationären Rehabilitationsmaßnahmen formuliert (s. § 19 Abs. 2 SGB IX, § 40 Abs. 1 SGBV). Vor diesem Hintergrund darf es keine Ungleichbehandlung hinsichtlich der im Gesetz formulierten Anforderungen an die Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich der medizinischen Rehabilitation geben.

3. § 20 Abs. 2 Satz 2 SGB IX

Im Absatz 2 des § 20 SGB IX wird formuliert, dass sich stationäre Rehabilitationseinrichtungen an dem Zertifizierungsverfahren nach Absatz 2a zu beteiligen haben. Wir weisen darauf hin, dass es nicht ein Zertifizierungsverfahren für die verschiedenen Indikationsbereiche der medizinischen Rehabilitation geben kann und es vielmehr darum gehen muss, verbindliche Anforderungen an Zertifizierungsverfahren zu formulieren und festzulegen. Hierzu wurde bereits ein Operationalisierungsliste im Rahmen des Gemeinsamen Ausschusses nach § 137d SGB V von den Spitzenverbänden der Leistungserbringer in der stationären medizinischen Rehabilitation und Vorsorge entwickelt, welche eine gute Grundlage für die Anerkennung entsprechende Zertifizierungsverfahren bildet.

Von daher schlagen wir bei einer Überarbeitung folgende Änderung des § 20 Abs. 2 SGB IX vor:

„Stationäre Rehabilitationseinrichtungen haben sich an einem anerkannten Zertifizierungsverfahren, welches die vereinbarten Grundsätze nach Absatz 2a erfüllt, zu beteiligen.“

4. § 20 SGB IX Abs. 2a

Im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation sollen die Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement sowie ein einheitliches, unabhängiges Zertifizierungsverfahren von den Spitzenverbänden der Rehabilitationsträger vereinbart werden. Den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbänden sowie weiteren Verbänden wird lediglich die Gelegenheit zur Stellungnahme eingeräumt.

Hierzu stellen wir fest, dass das interne Qualitätsmanagement und die Zertifizierung originäre Aufgabe der Leistungserbringer ist. In der Konsequenz tragen sie auch die Kosten für die Einführung und Weiterentwicklung sowie Zertifizierung des internen Qualitätsmanagements. Daher müssen die Spitzenverbände der Leistungserbringer auch bei der Festlegung der grundsätzlichen Anforderungen an das interne Qualitätsmanagement und Zertifizierungsverfahren als gleichberechtigte Partner mitverhandeln. Die Leistungserbringer haben bereits seit langem international und national anerkannte Zertifizierungsverfahren bzw. Verfahren zum internen Qualitätsmanagement entwickelt. Diese Erfahrungen müssen bei der Vereinbarung, welche im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation zu treffen sind, Berücksichtigung finden.


Von daher schlagen wir folgende Veränderung des § 20 Abs. 2a SGB IX vor.

„Die Spitzenverbände der Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 und 3-5 vereinbaren gemeinsam mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbänden im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach Abs. 2 Satz 1 sowie die zur erfüllenden grundsätzlichen Anforderungen an Zertifizierungsverfahren, mit denen die erfolgreiche Umsetzung des Qualitätsmanagements in regelmäßigen Abständen nachgewiesen wird. Den Verbänden behinderter Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen ist Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben.“

Für klärungsbedürftig halten wir darüber hinaus, ob die entsprechenden Änderungen des § 20 SGB IX nur für den Bereich der medizinischen Rehabilitation oder beispielsweise auch für den Bereich der beruflichen Rehabilitation Gültigkeit haben. Damit verbunden ist sicherlich auch die Frage, welche Spitzenverbände der Rehabilitationsträger und der Leistungserbringer im Rahmen der Umsetzung des § 20 Abs. 2a SGB IX zu beteiligen sind.

Wir möchten Sie herzlich bitten, sich der dargestellten Umsetzungsprobleme anzunehmen und dafür Sorge zu tragen, diese auch auf rechtllichem Wege zu bereinigen.

Mit freundlichen Grüßen
Fachverband Sucht e.V.



Dr. Volker Weissinger
Geschäftsführer