

## **Gemeinsames Positionspapier der Spitzenverbände der Leistungserbringer der medizinischen Rehabilitation zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz GKV-WSG)**

### **1. Allgemeines:**

Die Spitzenverbände der Leistungserbringer der medizinischen Rehabilitation halten folgende Klarstellungen und Ergänzungen in der weiteren gesetzgeberischen Phase für dringend erforderlich, um die gewollte Zielsetzung

- notwendige Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung von Chronifizierungen und Pflegebedürftigkeit und damit die Grundsätze „Reha vor Rente“ und „Reha vor Pflege“

im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes nachhaltig zu stärken.

### **2. Änderungsbedarf:**

#### **Umwandlung aller Rehabilitationsleistungen in Pflichtleistungen**

In dem Arbeitsentwurf zum GKV-WSG ist festgelegt, dass ambulante und stationäre Rehabilitationsleistungen im Bereich der Geriatrie<sup>1</sup> (§ 40a SGB V) sowie Mutter/Vater-Kind-Leistungen (§ 24, § 41 SGB V) von Ermessens- in Pflichtleistungen umgewandelt werden sollen.

Dieser Schritt ist richtig, darf jedoch wegen der Grundsätze „Rehabilitation vor Pflege“ und „Vorrang der besonderen Belange behinderter und chronisch kranker Menschen“ (§ 2a SGB V) nicht auf diese einzelnen Bereiche beschränkt bleiben. Um die vorstehend genannten sozialpolitischen Zielsetzungen wirklich umsetzen zu können, muss dieser Schritt für **alle Rehabilitationsleistungen** – auch diejenigen der sog. indikationsspezifischen Rehabilitation – vollzogen werden. Eine einseitige Hervorhebung der genannten Bereiche ist aufgrund der Schwere und Bedeutsamkeit der weiteren Indikationsbereiche (z. B. Herz- Kreislauferkrankungen, Krebserkrankungen, psychosomatische Erkrankungen, Abhängigkeitserkrankungen) aus medizinischer und rehabilitativer Sicht nicht zu vertreten.

Würden die Leistungen der indikationsspezifischen Rehabilitation, die gleichermaßen das Ziel der Vermeidung oder Reduzierung von Chronifizierungen und Pflegebedürftigkeit verfolgen, nicht als Pflichtleistungen ausgestaltet, bestünde insbesondere aufgrund der künftig vorgesehenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen über

einen Gesundheitsfonds die Gefahr, dass notwendige Rehabilitationsleistungen nicht oder nicht mehr ausreichend zur Verfügung gestellt werden. Denn die Krankenkassen könnten sich unter anderem der gleichsam ‚freiwilligen‘ Ermessens-Rehabilitationsleistungen wegen bedrängt sehen, Zusatzbeiträge direkt beim Versicherten nachzufordern.

Die Krankenkassen könnten daher vor dem Hintergrund dieses besonderen „Beitragssatzdrucks“ und zur Stärkung ihrer über den Beitrag definierten Wettbewerbsfähigkeit veranlasst sein, Ermessens-Leistungen der medizinischen Rehabilitation für die Vermeidung oder Reduzierung von Chronifizierungen und Pflegebedürftigkeit nicht mehr bzw. nur noch in einem geringen Umfang zu erbringen. Damit würden absehbar die Grundsätze „Rehabilitation vor Pflege“ und „Vorrang der besonderen Belange behinderter und chronisch kranker Menschen“ in ihrer konkreten Umsetzung gefährdet.

### **Einbeziehung aller Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in den Risikostrukturausgleich (§ 266 ff. SGB V)**

Ein weiterentwickelter Risikostrukturausgleich und darauf basierende Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds müssen die unterschiedlich verteilten Risiken der Versicherten in der Bevölkerung für Erkrankungen und deren Chronifizierung berücksichtigen. Alter und Geschlecht reichen als Faktoren für die Risikoadjustierung nicht aus. Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind hier generell einzubeziehen. Andernfalls bliebe es bei den schon bislang zu beklagenden Fehlsteuerungen, wonach sich die Krankenkassen zur Sicherung ihrer Wettbewerbsfähigkeit weiterhin veranlasst sehen können, notwendige Leistungen zur Rehabilitation nicht ausreichend zu erbringen.

### **Qualitätssicherung bei der ambulanten Vorsorge und der Rehabilitation (§ 137d SGB V in Verbindung mit § 20 SGB IX)**

Begrüßt wird, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen maßgeblichen Spitzenorganisationen die Maßnahmen der Qualitätssicherung zu vereinbaren haben. Auch wird die eindeutige Aussage, dass die Kosten für die Auswertung der Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung die Krankenkassen anteilig nach ihrer Belegung der Einrichtung oder Fachabteilung zu tragen, unterstützt.

Allerdings reicht es nicht aus, den auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbänden der stationären Leistungserbringer sowie den Verbänden behinderter Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege u. a. lediglich im Rahmen des § 20 Abs. 2a eine Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Gerade bei den genannten grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement sowie an ein einheitliches unabhängiges Zertifizierungsverfahren ist die partnerschaftliche Zusammenarbeit „auf gleicher Augenhöhe“ von Leistungsträgern und Leistungserbringern unerlässlich. Das Vorhalten eines internen Qualitätsmanagements ist Aufgabe der Rehabilitationseinrichtungen und entsprechende Verfahren zum Qualitätsmanagement und zur Zertifizierung wurden maßgeblich von den Spitzenorganisationen der Leistungserbringer gefördert und entwickelt. Die Anforderungen an Qualitätsmanagement- und Zertifizierungsverfahren im Sinne der Festlegung

zu erfüllender Standards sollten gemeinsam von den Verbänden der Leistungserbringer und der Leistungsträger (GKV und GRV) festgelegt werden.

### **Gemeinsamer Bundesausschuss (§ 91 SGB V)**

Die Spitzenverbände der Leistungserbringer der medizinischen Rehabilitation müssen – im Gleichklang mit den Leistungserbringern der Akutversorgung – Sitz und Stimme im Rahmen der sie betreffenden Angelegenheiten im Gemeinsamen Bundesausschuss erhalten.

In diesem Zusammenhang ist ergänzend anzumerken, dass der Gemeinsame Bundesausschuss seit dem Inkrafttreten des SGB IX keine gesetzliche Legitimation für die Definition der Inhalte der medizinischen Rehabilitation mehr besitzt. Systemgerechter und in der Sache zielführender wäre deshalb eine Regelung im SGB IX, wonach die Rehabilitationsträger<sup>2</sup> und die Spitzenverbände der Rehabilitationseinrichtungen – im Sinne gemeinsamer Selbstverwaltung – Gegenstand, Umfang und Ausführung der Rehabilitation zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit in Bundes-Rahmenverträgen ( § 21 Absatz 2 SGB IX) vereinbaren.

Ferner weisen wir darauf hin, dass die für die Rehabilitation notwendigen Regelungen für Richtlinien zum Abschluss von Versorgungsverträgen schon in § 13 SGB IX vorgesehen sind. Die Aufsichtsbehörden müssten darauf hinwirken, dass bereits vorhandene Regelungen von den Krankenkassen auch umgesetzt werden.

### **§ 291a Abs. 7a Elektronische Gesundheitskarte**

Aufgenommen werden sollte auch eine Regelung, dass die Investitions- und Betriebskosten für ambulante und stationäre medizinische Rehabilitationseinrichtungen durch einen Zuschlag (Telematikzuschlag) finanziert werden. Das Nähere zur Erhöhung ist zwischen den Krankenkassen und den Spitzenorganisationen der Leistungserbringerverbände in der medizinischen Rehabilitation zu regeln. Hier ist auch ein Schiedsstellenverfahren vorzusehen, falls es zu keiner Einigung kommen sollte.

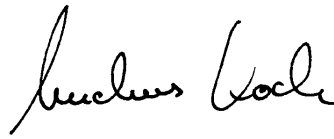


Thomas Bublitz  
Geschäftsführer  
Bundesverband Deutscher  
Privatkliniken e.V.

Robert-Koch-Platz 4  
10115 Berlin



Dr. Wolfgang Heine  
Geschäftsführer  
Deutsche Gesellschaft für  
Medizinische Rehabilitation e.V.  
Fasanenstr. 5, 10623 Berlin



Dr. Andreas Koch  
Geschäftsführer  
Bundesverband für stationäre  
Suchtkrankenhilfe e.V.

Wilhelmshöher Allee 273  
334131 Kassel



Dr. Volker Weissinger  
Geschäftsführer  
Fachverband Sucht e.V.  
Walramstr. 3  
53175 Bonn

---

<sup>1</sup> Der Begriff der geriatrischen Rehabilitation ist in der Begutachtungs-Richtlinie "Vorsorge und Rehabilitation" des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) vom Oktober 2005 definiert. Dort wird erläutert, dass es keine allgemein anerkannte und verbindliche Definition geriatrischer Patienten gibt und dass es schwierig ist, die Patienten zu erkennen, für die vornehmlich Leistungen der geriatrischen Rehabilitation und nicht solche der indikationsspezifischen Reha (z.B. kardiologischen, neurologischen, orthopädischen) in Frage kommen. Beim geriatrischen Patienten besteht - aufgrund von Multimorbidität und Komplikationen - die Notwendigkeit gleichzeitiger akutmedizinischer Behandlung bzw. Überwachung und rehabilitativer Maßnahmen. Als geriatrische Patienten werden definiert, Patienten die an einer geriatritypischen Multimorbidität leiden und ein höheres Lebensalter (in der Regel 70 Jahre oder älter) aufweisen. Als geriatritypische Multimorbidität gilt eine multiple strukturelle oder funktionelle Schädigungen bei mindestens 2 behandlungsbedürftigen Erkrankungen.

Die Versorgungssituation der Geriatrie in Deutschland ist höchst unterschiedlich organisiert. In einigen Bundesländern sind diese Leistungen Bestandteil der Krankenhausversorgung, in anderen Ländern sind sie Bestandteil der Rehabilitation. Schon heute werden in hohem Maße Rehabilitationspatienten für die die oben genannten geriatrischen Kriterien gleichermaßen gegeben sind, in indikationsspezifischen Rehabilitationseinrichtungen behandelt. Auch die indikationsspezifischen Rehabilitationseinrichtungen sind auf die Behandlung geriatrischer Patienten mit 1 oder 2 behandlungsbedürftigen Krankheiten spezialisiert. Der Altersschnitt der Patienten in indikationsspezifischen Rehabilitationseinrichtungen liegt derzeit bei circa 70 Jahren. Mengenmäßig werden circa 95 bis 98% dieser Patienten in indikationsspezifischen Einrichtungen behandelt. 2 bis 5% der Patienten werden in geriatrischen Einrichtungen behandelt.

<sup>2</sup> Medizinische Leistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit sind nicht nur von den Krankenkassen, sondern auch von den Unfallversicherungsträgern, den Trägern der Versorgungsverwaltung und den Sozialhilfeträgern zu gewähren.