



Berlin, den 28.02.2006

Durch Rehabilitation Pflege vermeiden

1. Ausgangslage

Der BDPK begrüßt ausdrücklich die Aussagen im Koalitionsvertrag der CDU, CSU und SPD vom 11.11.2005, in denen folgendes ausgeführt wird:

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

Dieser Zielsetzung werden die heutigen Zugangswege zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht mehr gerecht. Die Patienten, die nicht zuvor im Krankenhaus behandelt wurden, erhalten nicht die notwendigen Leistungen der medizinischen Rehabilitation, um das Risiko der Pflegebedürftigkeit zu vermindern.

Bei einer älter werdenden und im stärkeren Umfang an chronischen Erkrankungen leidenden Bevölkerung führt diese Tatsache häufig zu einem vermeidbaren Eintritt von Pflegebedürftigkeit bzw. zu Verschlimmerung bestehender Pflegebedürftigkeit. Dies hat zur Folge, dass Versicherte lebenslang Empfänger von Pflegeleistungen bleiben. Dies ist ein ethisch nicht zu akzeptierender und zudem gesundheitsökonomisch hochproblematischer Umstand, der dringend abgestellt werden muss.



Die demografischen Veränderungen erfordern eine nachhaltige Leistung, die die Selbständigkeit erhält und die Teilhabe der Menschen am Leben in der Gesellschaft und deren weitgehende Unabhängigkeit von Hilfen durch Fremde sichert. Nur die medizinische Rehabilitation wird diesem Ziel gerecht.

Eine Analyse der Leistungsausgaben der GKV zur medizinischen Rehabilitation (ohne AR/AHB¹) und der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) ab dem Jahr 1995 zeigt deutlich, dass ein Rückgang der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu einem überproportionalen Anstieg der Leistungsausgaben in der Sozialen Pflegeversicherung führt (vgl. Abbildung 1). Der durch das Wirtschaftsförderungsgesetz aus dem Jahre 1997 bedingte Rückgang der Leistungsausgaben für medizinische Rehabilitation in der GKV in Höhe von 0,4 Milliarden EUR führte zu einem Anstieg der Leistungsausgaben in der Sozialen Pflegeversicherung in Höhe von 4 Milliarden EUR. Dieser Trend ist auch in den Folgejahren deutlich erkennbar.

¹ Anschlussrehabilitation/Anschlussheilbehandlung

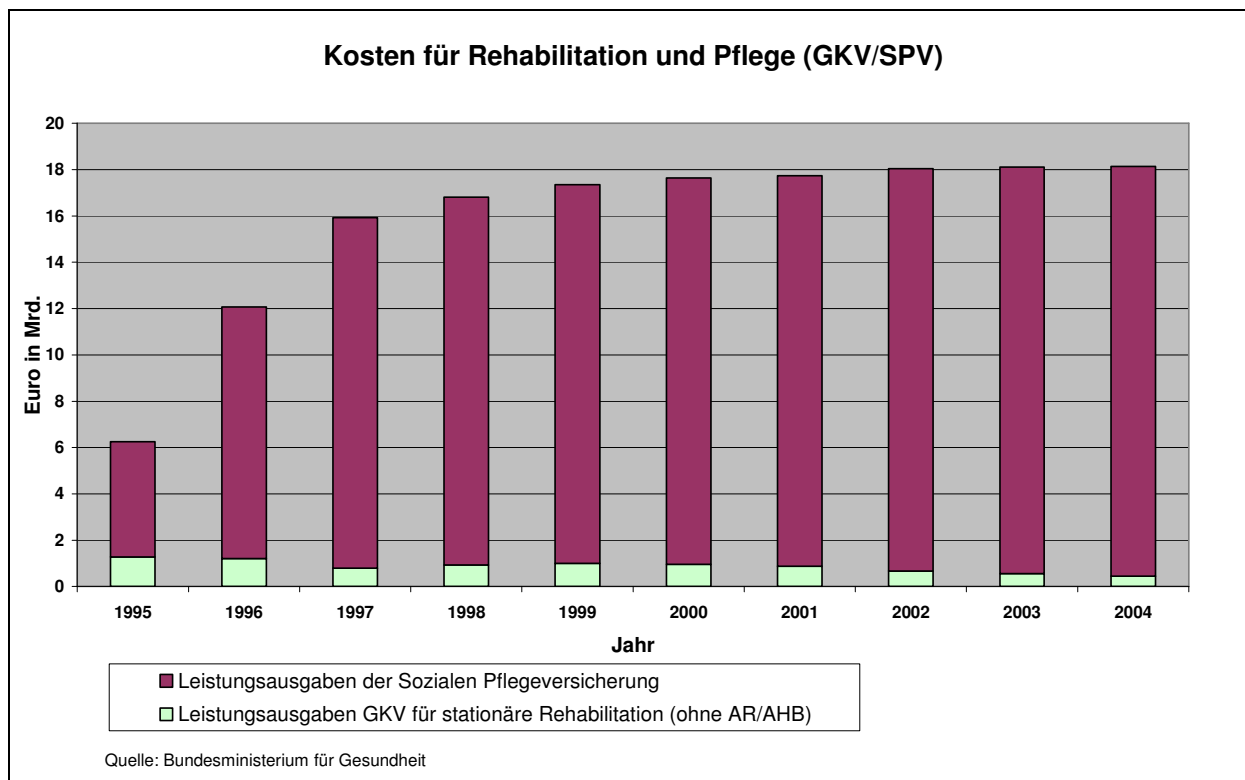


Abbildung 1: Ausgaben für med. Rehabilitation in der GKV und Pflege in der SPV

Die Leistungen der medizinischen Rehabilitation (ohne AR/AHB) werden derzeit nur nach einem aufwändigen Genehmigungsverfahren erbracht, das eine bedarfsgerechte Leistungserbringung verhindert. Nicht zur Verfügung gestellte Leistungen der medizinischen Rehabilitation führen zwangsläufig zu einer massiven Einschränkung der Patientensouveränität. Dem Patienten wird die Entscheidungsmöglichkeit vorenthalten, Rehabilitation als Alternative zu risikoreichen, invasiven Verfahren zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit in Anspruch zu nehmen. Hingegen werden den Patienten risikoreiche und teure invasive Leistungen des Gesundheitssystems einfach und problemlos zur Verfügung gestellt. Festzustellen ist, dass in diesen Fällen die Patienten die Möglichkeit haben, ohne bürokratische Zugangshürden im unmittelbaren Anschluss an die Krankenhausbehandlung Leistungen der medizinischen Rehabilitation in der Form der Anschlussrehabilitation (AR/AHB) zu erhalten.



Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen bestätigt dies in seinem Gutachten 2005:

„Die aktuelle Ausgestaltung des Versicherungssystems schränkt die bestehenden u. a. rehabilitativen Möglichkeiten, der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken, ungewollt ein. Für die Krankenkassen besteht der Anreiz, Leistungen auf die Pflegeversicherung zu verlagern. Sie handeln rational, wenn sie sich an der Schnittstelle für ineffiziente Lösungen entscheiden, die auch den Interessen der Versicherten zuwiderlaufen.“²

Auch wenn die Vielzahl der bestehenden gesetzlichen Vorschriften eigentlich keine Regelungslücke für den Vorrang „Rehabilitation vor Pflege“ vermuten lässt (vgl. Anlage 1), wird dieser Grundsatz in den meisten Fällen nicht in die Versorgungsrealität umgesetzt. Dies lässt sich aus den Abbildungen **2 bis 4 der Anlage 2** deutlich ersehen. Damit werden gesundheitsökonomische Einsparpotentiale regelhaft nicht realisiert.

Die Selbständigkeit der von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen zu erhalten und damit durch Rehabilitation zu sparen ist ein Gebot der Menschlichkeit und der Ökonomie. Deshalb besteht dringender Handlungsbedarf, die gesetzlich geregelten Zugangswege der Versicherten der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation an die Versorgungsbedürfnisse der Versicherten anzupassen.

² Quelle: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten 2005, Nr. 96 der Kurzfassung



2. Finanzierung

Die Finanzierung dieses Vorschlages führt auf Grund des Einsparpotentials zu keiner Erhöhung der Ausgaben im Gesamtsystem. Es wird erwartet, dass durch eine konsequente Versorgung der Patienten mit Rehabilitationsleistungen die Pflegebedürftigkeit deutlich verkürzt bzw. vermieden werden kann. Zusätzlich führt die bedarfsgerechte Anpassung der Zugangswege zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu einer Reduzierung der Krankenhausfälle und bietet den Patienten eine Alternative zur operativen Versorgung.

Rehabilitation ist geeignet, den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zeitlich zu verkürzen³.

- Durchschnittliche Fallkosten je Rehabilitationsleistung in der gesetzlichen Krankenversicherung: 2.500 EUR.
- Durchschnittlichen Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung für einen Pflegebedürftigen im Jahr 2004: 8.950 EUR.
- Die Kosten der Rehabilitation sind bereits nach weniger als 3,5 Monaten vermiedener Pflegebedürftigkeit erwirtschaftet.

³ Eigene Berechnungen nach den Statistiken des Bundesministeriums für Gesundheit, www.bmg.bund.de



3. Lösungsansätze

3.1. Änderung des § 275 SGB V: Begrenzung der Prüfverpflichtung der Notwendigkeit von Rehabilitations-Leistungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) auf Verlängerungsanträge

Vorschlag:

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

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

die Krankenkassen haben durch den Medizinischen Dienst prüfen zu lassen

- „1. die Notwendigkeit der Verlängerung von Leistungen nach den §§ 23, 24, 40 und 41 unter Zugrundelegung eines ärztlichen Behandlungsplans; die Spitzenverbände der Krankenkassen können gemeinsam...“

Begründung:

Die Änderung dieser Vorschriften bedeutet, dass "Erstanträge" auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht mehr vom MDK geprüft werden. Der MDK prüft lediglich die medizinische Notwendigkeit von eventuellen Anträgen auf Verlängerung der Leistung der medizinischen Rehabilitation.

Nach § 73 Abs. 1 Nr. 4 SGB V ist Aufgabe der vertragsärztlichen Versorgung die Einleitung und Durchführung präventiver und rehabilitativer Leistungen. Nach § 73 Abs. 2 Nr. 5 SGB V umfasst die vertragsärztliche Versorgung auch die im Einzelfall notwendige Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Das Verordnungsverfahren selbst ist in den Rehabilitationsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses einschließlich der hierfür notwendigen Qualifikationen der Vertragsärzte umfassend geregelt.



Bedarf für eine darüber hinausgehende, patientenferne Begutachtung von Erstanträgen durch Ärzte des MDK und eine darauf beruhende zusätzliche Genehmigung besteht nicht und hat dazu geführt, dass die gesetzlich gewollte Zielsetzung „Rehabilitation vor Pflege“ nicht erreicht wird.

Um ihre Leistungspflicht zu prüfen, werden der Krankenkasse Antragsunterlagen vorgelegt, die aus der Willenserklärung des Versicherten (Antrag) und der Verordnung des behandelnden Vertragsarztes gemäß Rehabilitationsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bestehen. Mit diesen Antragsunterlagen kann die Krankenkasse ihre Leistungspflicht entsprechend der gesetzlichen Regelungen des SGB V und SGB IX feststellen. Die vorliegende Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gibt der Krankenkasse alle notwendigen (sozial-)medizinischen Informationen für die Leistungsgewährung.

Um eine bedarfsgerechte Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sicherzustellen, erhält der MDK das Recht, eventuelle Fehlbelegungen in den Rehabilitations-Kliniken zu prüfen (vgl. Nr. 3.3).



3.2. Kompetenzen der Krankenkassen bei der Leistungsentscheidung

Vorschlag:

§ 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V wird wie folgt geändert:

„Die Krankenkasse berät den Versicherten unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Verordnung und der Regelungen des § 9 SGB IX über geeignete Rehabilitationseinrichtungen. Die Krankenkasse vereinbart nach der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung mit dieser die notwendigen Regelungen zur Aufnahme des Patienten. Abweichungen von der vertragsärztlichen Verordnung erfolgen nur in Abstimmung mit dem Versicherten und dem verordnenden Vertragsarzt.“

Die bisherigen Sätze 2 bis 4 des § 40 Abs. 3 bleiben unverändert und werden in ihrer Nummerierung angepasst.

Begründung:

Das Recht der Krankenkassen aus § 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V, den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls entsprechend Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen zu bestimmen, führt regelhaft zu Kollisionen mit der ärztlichen Verordnung sowie den Wunsch- und Wahlrechten der Versicherten nach § 9 Abs. 1 SGB IX. Diese Vorschrift ist daher zu ändern.

Der behandelnde Arzt entscheidet gemeinsam mit dem Patienten über Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der medizinischen Rehabilitation. Die Krankenkasse berät den Versicherten und den verordnenden Vertragsarzt bei der Auswahl der geeigneten Rehabilitationseinrichtung. Die Krankenkasse erhält hierfür die vom verordnenden Vertragsarzt ausgestellte vertragsärztliche Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.



3.3. Einführung eines Fehlbelegungsprüfungsrechts für den MDK bei Erstanträgen

Vorschlag:

Nach § 40 Abs. 3 SGB V wird folgender Absatz 4 eingefügt:

„Die Krankenkassen können durch den Medizinischen Dienst (§ 275 Abs. 1) die Notwendigkeit der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Leistungen, bei denen keine Verlängerung beantragt wurde, durch Stichproben prüfen. Die Stichprobe beträgt dabei bezogen auf die Rehabilitationseinrichtung maximal 5% der zur Zeit der Prüfung in der Rehabilitationseinrichtung behandelten Patienten. Der Medizinische Dienst ist befugt, diese Prüfung während des Aufenthaltes des Patienten in den Räumen der Rehabilitationseinrichtung vorzunehmen. Die Ärzte des Medizinischen Dienstes sind zu diesem Zwecke befugt, nach rechtzeitiger Anmeldung die Räume der Rehabilitationseinrichtungen an Werktagen von 08:00 bis 18:00 Uhr zu betreten. Die Rehabilitationseinrichtung hat dem Medizinischen Dienst die für die Stichprobenprüfung erforderlichen Unterlagen einschließlich der Krankenunterlagen zur Verfügung zu stellen. Die Einschätzung des Medizinischen Dienstes, die Rehabilitationsleistung eines Patienten sei nicht notwendig, ist schriftlich zu begründen. Die Rehabilitationseinrichtung trifft daraufhin die notwendigen internen Vorbereitungen für die Entlassung, die spätestens am Folgetag zu erfolgen hat. Mit der Entlassung endet die Leistungsverpflichtung der Rehabilitationseinrichtung. Die Verpflichtung, notwendige alternative Leistungen nach diesem Gesetzbuch einschließlich des Rücktransports zu erbringen und für den Versicherten zu organisieren, trägt die Krankenkasse in Abstimmung mit dem Medizinischen Dienst. Die bis zum Entlassungszeitpunkt erbrachten Leistungen sind zu vergüten.“



Begründung:

Die Regelung erfolgt in Anlehnung an die Fehlbelegungsprüfung nach § 17 c Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) im Krankenhausbereich. Im Unterschied zu den für die Rehabilitation geltenden Regelungen ist zu beachten, dass für die Fehlbelegungsprüfung im Krankenhaus der MDK nur gemeinsam von den Krankenkassen beauftragt werden kann. Die hier vorgeschlagene Regelung sieht vor, dass jede Krankenkasse für sich den MDK beauftragen kann. Um vollständige Überprüfung zu verhindern wird das Prüfrecht auf eine Stichprobenprüfung eingegrenzt.

Zur Vermeidung von Streitigkeiten über die Notwendigkeit und Finanzierung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach deren Abschluss hat der MDK ausschließlich ein Prüfrecht während der Leistungserbringung. Maßstab sollte dafür die Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 7.7.2005 – AZ.: B3KR 40/04R – wonach die Frage der Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung nicht abstrakt, sondern stets konkret mit Blick auf die in Betracht kommenden ambulanten Behandlungsalternativen zu beantworten sei, die die Krankenkasse auch zu organisieren hat.

Um zu einem frühen Zeitpunkt Einvernehmen über die Notwendigkeit der Leistung für alle Beteiligten zu erhalten, sollen Krankenkassen und MDK möglichst zu Beginn der Rehabilitation deren Notwendigkeit prüfen. Dies wird durch die Verpflichtung erreicht, dass die bis dahin erbrachten Leistungen der Rehabilitationseinrichtungen zu vergüten sind. Dies gilt nicht, sofern die Rehabilitationseinrichtungen grob fahrlässig oder vorsätzlich gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot § 12 Abs. 1 SGB V, § 10 SGB IX verstoßen hat.



3.4. Wegfall der jährlichen Begrenzung der Ausgaben der Krankenkassen für stationäre Rehabilitation

Vorschlag:

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

Begründung:

Die auf den Verhältnissen des Jahres 2000 basierende jährliche Begrenzung der Ausgaben der Krankenkassen für stationäre Rehabilitation muss aufgehoben werden, da sie in keiner Weise an den Teilhabebedarf der Bevölkerung angepasst ist.

Alles spricht dafür, durch Rehabilitation Teilhabe zu erhalten, Behinderungen, chronischen Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit entgegen zu wirken. Deshalb ist es kontraproduktiv durch Budgetierung, die gesetzlich gewollten und gesundheitsökonomisch sinnvollen Potentiale der Rehabilitation einzuschränken.

Anzumerken ist, dass der Verweis auf § 23 Abs. 7 SGB V redaktionell nicht korrekt ist. Die Regelungen zur Budgetierung erfolgen in § 23 Abs. 8 SGB V.



3.5. Einbeziehung aller Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in den Risikostrukturausgleich

Vorschlag:

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

„Aufwendungen für *Leistungen der medizinischen Rehabilitation (§ 40)*...“

In diesem Zusammenhang ist die korrespondierende Risikostrukturausgleichsverordnung (RSA-V) anzupassen.

Begründung:

Bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben für den Risikostrukturausgleich (RSA) werden ausschließlich die Leistungen der stationären Anschlussrehabilitation (AR/AHB) berücksichtigt. Hingegen spricht alles dafür, durch Rehabilitation Selbständigkeit und Teilhabe zu erhalten, Behinderungen, chronischen Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit entgegen zu wirken. Dies gilt auch, wenn die Versicherten Rehabilitation erhalten und zuvor nicht im Krankenhaus behandelt wurden. Es ist kontraproduktiv, die Leistungen der medizinischen Rehabilitation (so genannte Heilverfahren), die nicht im Anschluss an die Krankenhausbehandlung erfolgen (AR/AHB) aus dem RSA auszuschließen.

Diese Position entspricht den Forderungen des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003⁴.

⁴ Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003, Band II, Qualität- und Versorgungsstrukturen, Nummer 153 der Kurzfassung



3.6. Rehabilitation als Pflichtleistung im Standardtarif der privaten Krankenversicherung

Vorschlag:

§ 178 b Abs. 1 VVG⁵ (Versicherungsvertragsgesetz) wird wie folgt ergänzt:

„Bei der Krankheitskostenversicherung haftet der Versicherer im vereinbarten Umfang für die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen, *für notwendige Leistungen zur medizinische Rehabilitation* und für sonstige vereinbarte Leistungen einschließlich *Leistungen zur medizinische Rehabilitation werden unter Beachtung des SGB IX erbracht.*“

In diesem Zusammenhang ist die korrespondierende Musterbedingung für private Krankenversicherungen (MB/KK 94) anzupassen. Im Standardtarif der privaten Krankenversicherung ist die Leistungspflicht für medizinische Rehabilitation entsprechend § 40 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V in der Ausgestaltung des § 11 Abs. 2 SGB V als Pflichtleistung aufzunehmen.

Begründung:

Auch das vermeidbare Pflegebedürftigkeitsrisiko privat krankenversicherter Personen führt zu erheblichen vermeidbaren Kosten. Derzeit haben die Versicherten der privaten Krankenversicherung im Standardtarif keinen Anspruch auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Da die Versicherten in aller Regel aus finanziellen Gründen den preiswerteren Standardtarif wählen, ist das Pflegerisiko für diesen Personenkreis nach Verwendung ihres privaten Vermögens gesamtgesellschaftlich zu tragen. Dies kann nicht akzeptiert werden.

Aus diesem Grunde müssen § 178 b des Versicherungsvertragsgesetzes und die Musterbedingungen für private Krankenversicherungen angepasst werden.

⁵ Derzeitige Formulierung von § 178 b VVG, siehe Anlage 3



Zusammenfassung der Lösungsansätze

- **Änderung des § 275 SGB V: Begrenzung der Prüfverpflichtung der Notwendigkeit von Rehabilitations-Leistungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) auf Verlängerungsanträge**

Vorschlag:

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

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

die Krankenkassen haben durch den Medizinischen Dienst prüfen zu lassen

„1. die Notwendigkeit der Verlängerung von Leistungen nach den §§ 23, 24, 40 und 41 unter Zugrundelegung eines ärztlichen Behandlungsplans; die Spitzenverbände der Krankenkassen können gemeinsam...“

- **Kompetenzen der Krankenkassen bei der Leistungsentscheidung**

Vorschlag:

§ 40 Abs. 3 Sätze 1 und 2 SGB V werden wie folgt geändert:

„Die Krankenkasse berät den Versicherten unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Verordnung und der Regelungen des § 9 SGB IX über geeignete Rehabilitationseinrichtungen. Die Krankenkasse vereinbart nach der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung mit dieser die notwendigen Regelungen zur Aufnahme des Patienten. Abweichungen von der vertragsärztlichen Verordnung erfolgen nur in Abstimmung mit dem Versicherten und dem verordnenden Vertragsarzt.“

Die bisherigen Sätze 2 bis 4 des § 40 Abs. 3 bleiben unverändert und werden in ihrer Nummerierung angepasst.



- **Einführung eines Fehlbelegungsprüfungsrechts für den MDK bei Erstanträgen**

Vorschlag:

Nach § 40 Abs. 3 SGB V wird folgender Absatz 4 eingefügt:

„Die Krankenkassen können durch den Medizinischen Dienst (§ 275 Abs. 1) die Notwendigkeit der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Leistungen, bei denen keine Verlängerung beantragt wurde, durch Stichproben prüfen. Die Stichprobe beträgt dabei bezogen auf die Rehabilitationseinrichtung maximal 5% der zur Zeit der Prüfung in der Rehabilitationseinrichtung behandelten Patienten. Der Medizinische Dienst ist befugt, diese Prüfung während des Aufenthaltes des Patienten in den Räumen der Rehabilitationseinrichtung vorzunehmen. Die Ärzte des Medizinischen Dienstes sind zu diesem Zwecke befugt, nach rechtzeitiger Anmeldung die Räume der Rehabilitationseinrichtungen an Werktagen von 08:00 bis 18:00 Uhr zu betreten. Die Rehabilitationseinrichtung hat dem Medizinischen Dienst die für die Stichprobenprüfung erforderlichen Unterlagen einschließlich der Krankenunterlagen zur Verfügung zu stellen. Die Einschätzung des Medizinischen Dienstes, die Rehabilitationsleistung eines Patienten sei nicht notwendig, ist schriftlich zu begründen. Die Rehabilitationseinrichtung trifft daraufhin die notwendigen internen Vorbereitungen für die Entlassung, die spätestens am Folgetag zu erfolgen hat. Mit der Entlassung endet die Leistungsverpflichtung der Rehabilitationseinrichtung. Die Verpflichtung, notwendige alternative Leistungen nach diesem Gesetzbuch einschließlich des Rücktransports zu erbringen und für den Versicherten zu organisieren, trägt die Krankenkasse in Abstimmung mit dem Medizinischen Dienst. Die bis zum Entlassungszeitpunkt erbrachten Leistungen sind zu vergüten.“

- **Wegfall der jährlichen Begrenzung der Ausgaben der Krankenkassen für stationäre Rehabilitation**

Vorschlag:

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



- **Einbeziehung aller Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in den Risikostrukturausgleich**

Vorschlag:

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

„Aufwendungen für *Leistungen der medizinischen Rehabilitation (§ 40)*...“

In diesem Zusammenhang ist die korrespondierende Risikostrukturausgleichsverordnung (RSA-V) anzupassen.

- **Rehabilitation als Pflichtleistung im Standardtarif der privaten Krankenversicherung**

Vorschlag:

§ 178 b Abs. 1 VVG⁶ (Versicherungsvertragsgesetz) wird wie folgt ergänzt:

„Bei der Krankheitskostenversicherung haftet der Versicherer im vereinbarten Umfang für die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen, *für notwendige Leistungen zur medizinische Rehabilitation* und für sonstige vereinbarte Leistungen einschließlich *Leistungen zur medizinische Rehabilitation werden unter Beachtung des SGB IX erbracht.*“

In diesem Zusammenhang ist die korrespondierende Musterbedingung für private Krankenversicherungen (MB/KK 94) anzupassen. Im Standardtarif der privaten Krankenversicherung ist die Leistungspflicht für medizinische Rehabilitation entsprechend § 40 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V in der Ausgestaltung des § 11 Abs. 2 SGB V als Pflichtleistung aufzunehmen.

⁶ Derzeitige Formulierung von § 178 b VVG, siehe Anlage 3



Ihr Ansprechpartner:

Thomas Bublitz
Hauptgeschäftsführer des
BUNDESVERBANDES DEUTSCHER
PRIVATKRANKENANSTALTEN e.V.
Robert-Koch-Platz 4
10115 Berlin
Tel.: 0 30 - 2 40 08 99 -0
Fax: 0 30 - 2 40 08 99 -30
[mailto: info@bdpk.de](mailto:info@bdpk.de)
<http://www.bdpk.de>

Der Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten e.V., BDPK, vertritt die Interessen von mehr als 1.200 Kliniken der Akut-, Vorsorge- und der Rehabilitationsmedizin in privater Trägerschaft. Er ist damit maßgeblicher Spitzenverband der vor genannten privatwirtschaftlich tätigen Leistungserbringer. Der BDPK hält für seine Mitglieder die Kontakte zur Bundespolitik und den relevanten Organisationen auf Bundesebene.

Die Mitglieder des BDPK sind seine 14 Landesverbände, die den Trägern der Privatkliniken ihre "politische Heimat" bieten.

Nähere Informationen: <http://www.bdpk.de>