
Zum Koalitionsvertrag der Bundesregierung:

Qualifizierte Rehabilitation stärken

Empfehlungen des BDPK

März 2010

Qualifizierte Rehabilitation stärken!

Trotz eines steigenden Bedarfs von Gesundheitsleistungen aufgrund Morbidität und Demografie sinken die Ausgaben für ambulante und stationäre Rehabilitation. Gleichzeitig steigt die Zahl der Pflegebedürftigen überproportional an.

Deshalb postuliert der Koalitionsvertrag der Bundesregierung richtigerweise das Ziel, die qualifizierte Rehabilitation zu stärken.

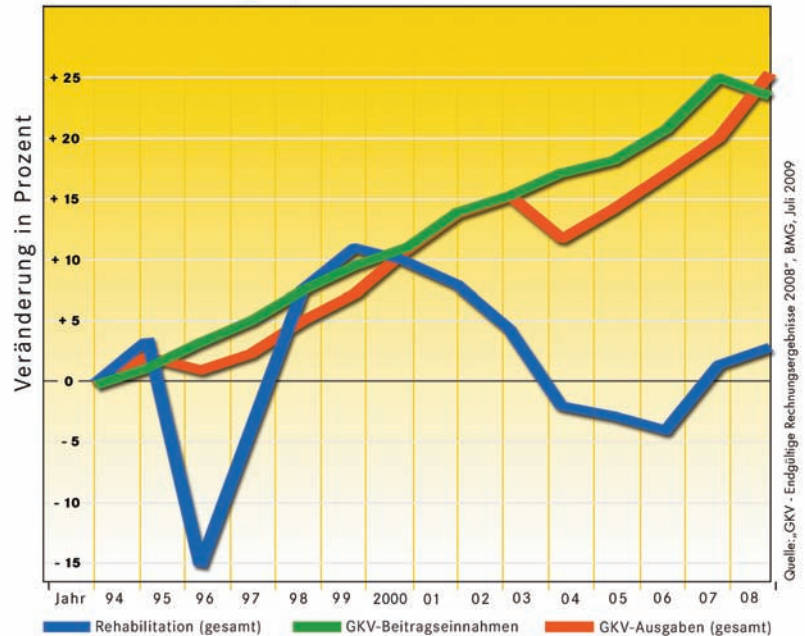
Empfehlungen dazu, wie dieses Ziel mit konkreten gesetzlichen Maßnahmen erreicht werden kann, hat der BDPK in diesem Papier zusammengestellt und erläutert.

Dabei ist zu berücksichtigen, was alle Akteure des Deutschen Reha-Tages gleichermaßen festgestellt haben:

„Nicht an der Rehabilitation sparen sondern mit ihr sparen!“

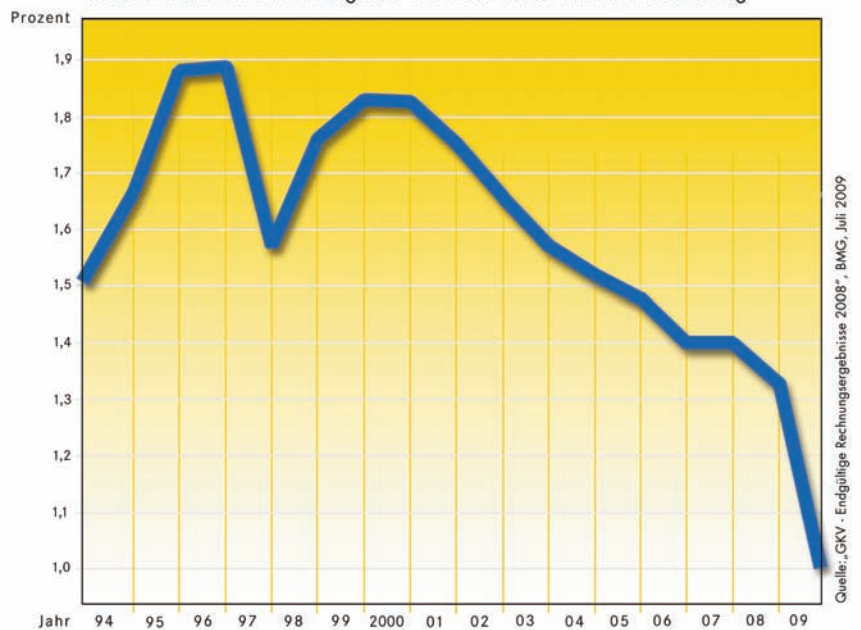
Einnahmen-/Ausgabenentwicklung und Reha

Gesetzliche Krankenversicherung von 1994 bis 2008, (ohne Risikostrukturausgleich)



Anteil der Rehabilitation an den Leistungsausgaben

Entwicklung der Ausgaben für medizinischen Rehabilitation (ohne Vorsorge*) in Prozent an den Gesamtausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung



* Wert 2009: Rehabilitation einschließlich Vorsorge lt. KV 45 des BMG vom 10.03.2010

Empfehlungen

	Seite
1	„Reha vor Pflege“ umsetzen 4
2	Grundlagen für einen fairen und qualitätsorientierten Vertragswettbewerb zwischen Krankenkassen und Reha-Kliniken schaffen 5
3	Zugang zur medizinischen Rehabilitation bedarfsgerecht ausgestalten 7
4	Vertragsärztliche Versorgung in unterversorgten Gebieten mit Rehabilitationseinrichtungen sicherstellen 10
5	Finanzierung der Einführung der Elektronischen Gesundheitskarte in Rehabilitationseinrichtungen sicherstellen 11
6	Versorgungsbedarf chronisch kranker Menschen berücksichtigen 11

Auf den folgenden Seiten sind die Gesetzesvorschläge des BDPK grau unterlegt; die zu ändernden bzw. zu ergänzenden Passagen der Gesetzestexte wurden ***kursiv und fett*** gesetzt.

Empfehlung

„Reha vor Pflege“ umsetzen

Regelungserfordernis:

Dem sinnvollen und gesetzlich umfassend verankerten Grundsatz Rehabilitation vor Pflege muss besser Rechnung getragen werden. Mit Rehabilitationsleistungen wird Pflegebedürftigkeit vermieden bzw. vermindert und so die Zeit des selbstbestimmten Lebens verlängert. Der klaren gesetzlichen Verpflichtung wird ausschließlich wegen finanzieller Fehlsteuerung nicht entsprochen. Wenn Kranken- und Pflegeversicherung nicht zusammengelegt werden können, muss die Pflegeversicherung an den Kosten für pflegevermeidende Rehabilitationsmaßnahmen finanziell beteiligt werden.

Begründung:

Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit ist nicht schicksalhaft. Die Zeit ohne Pflegebedürftigkeit kann durch geeignete Maßnahmen, insbesondere Rehabilitation, deutlich verlängert werden. Bei bereits eingetretener Pflegebedürftigkeit kann durch medizinische Rehabilitation die Pflegestufe reduziert werden.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung des Gesundheitswesens hat in seinem Gutachten 2005¹ festgestellt, dass die bestehenden rehabilitativen und präventiven Möglichkeiten zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit durch die Ausgestaltung des deutschen Sozialversicherungssystems eingeschränkt sind.

Ausgelöst wird das Problem durch die bestehende Trennung zwischen gesetzlicher Kranken- und Pflegeversicherung. Trotz vorhandenen Teilhabepotentials und eindeutiger gesetzlicher Vorgaben zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit werden bei den Krankenkassen viele Möglichkeiten zur Vermeidung der Pflegebedürftigkeit aus rein ökonomischen und wettbewerbsbedingten Gründen nicht ergriffen. Während die Pflegekassen untereinander mit einem Finanzausgleich ausgestattet sind, stehen die Krankenkassen im Beitragswettbewerb und würden im eigenen Sinne unwirtschaftlich handeln, wenn sie mehr in Leistungen zur Vermeidung von Pflege investierten. Günstiger ist es daher die Versicherten an die Pflegeversicherung „abzugeben“. Der gesetzlich verankerte Grundsatz Rehabilitation vor Pflege wird dadurch unterlaufen. Wenn die kranken und hilfsbedürftigen Menschen erst einmal ins Pflegeheim eingewiesen und ihre bisherige Wohnung oder das Haus weg ist, wird die Rückkehr ins selbständige Leben schwer oder praktisch unmöglich.

Nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit waren im Jahr 2009 2,25 Millionen Menschen pflegebedürftig². Nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes wird die Zahl von 2,13 Millionen Pflegebedürftigen im Jahr 2005 auf 2,40 Millionen im Jahr 2010 steigen. Im Jahr 2020 sind 2,91 Millionen und im Jahr 2030 etwa 3,36 Millionen Pflegebedürftige zu erwarten³. Die ökonomischen Rahmenbedingungen für Rehabilitation vor Pflege werden im folgenden verdeutlicht:

Ausgaben Pflegeversicherung 2009:	19 Mrd. Euro
Zahl der Pflegebedürftigen 2009 (ambulant und stationär)	2,25 Mio. Menschen
= jährliche Kosten je Pflegebedürftigen 8.444 Euro	
ø Monatliche Pflegekosten je Pflegebedürftigen	704 Euro
ø Kosten für med. Rehabilitation	2.500 Euro

Bereits nach dreieinhalb Monaten verschobenem Eintritt der Pflegebedürftigkeit haben sich die Ausgaben für die medizinische Rehabilitation amortisiert. Somit ist die Durchsetzung des Grundsatzes Rehabilitation vor Pflege nicht nur ein ethisches Gebot sondern auch eine ökonomisch sinnvolle Regelung.

Gesetzesvorschlag

Abhängig von der politischen Entscheidung zur zukünftigen Ausgestaltung des Finanzierungssystems der Gesetzlichen Krankenversicherung bestehen die folgenden Handlungsalternativen:

- Finanzausgleich für die Krankenkasse im Rahmen des Morbi-RSA für Rehabilitationsleistungen, durch die Pflege vermieden wird.
- Unmittelbarer Finanzausgleich zwischen Pflege- und Krankenversicherung. Dabei erstattet die Pflegeversicherung der Krankenversicherung die Kosten für eine pflegevermeidende Rehabilitationsmaßnahme.
- Neue Leistungszuständigkeit der Pflegeversicherung für pflegevermeidende Leistungen wie stationäre medizinische Rehabilitation.

¹ vergleiche Kurzfassung des Gutachtens des Sachverständigenrates zur Begutachtung des Gesundheitswesens 2005, Nummer 96

^{2,3} www.bmg.bund.de/cln_160/nn_1193090/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken/Statistiken_20Pflege/Zahlen-und-Fakten-Pflegereform-Juli_2009,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Zahlen-und-Fakten-Pflegereform-Juli_2009.pdf

Empfehlung

2

Grundlagen für einen fairen und qualitätsorientierten Vertragswettbewerb zwischen Krankenkassen und Reha-Kliniken schaffen

Regelungserfordernisse:

1. Für alle Rehabilitationseinrichtungen mit Versorgungsvertrag muss es verbindliche Vergütungsregelungen geben. Unter den zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen, mit denen die Landesverbände der Krankenkassen Vergütungsvereinbarungen geschlossen haben, hat der Versicherte die Möglichkeit, aufzahlungsfrei im Rahmen der Wunsch- und Wahlrechte zu wählen, auch wenn die Krankenkasse keine einzelvertragliche Vergütungsvereinbarung mit der Rehabilitationseinrichtung hat.
2. Die Vergütung muss angemessen und leistungsgerecht sein und Kostenentwicklungen entsprechend berücksichtigen.
3. Für einen fairen Preis- und Vertragswettbewerb muss bei streitigen Vertragsverhandlungen zwischen Krankenkassen und Rehabilitationseinrichtungen die Möglichkeit bestehen, eine Schiedsstelle anzurufen.

Gesetzesvorschlag zu 1. Verbindliche Vergütungsregelungen

§ 111 Abs. 2 Satz 1 SGB V wird wie folgt geändert, Satz 2 wird neu hinzugefügt:

„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam schließen mit Wirkung für ihre Mitgliedschaften einheitliche Versorgungs- **und Vergütungsverträge ... Über die nach Satz 1 geschlossenen Vergütungsverträge hinaus können einzelvertraglich Vergütungen zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen vereinbart werden.**“

Begründung:

Während Versorgungsverträge durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam geschlossen werden, werden Vergütungsvereinbarungen regelhaft zwischen den einzelnen Krankenkassen und der Rehabilitationseinrichtung vereinbart. Dies führt dazu, dass Rehabilitationseinrichtungen nicht mit allen Krankenkassen eine Vergütung vereinbart haben. Häufig scheidet die Umsetzung des Wunsch- und Wahlrechts des Versicherten daran, dass Krankenkassen die gewählte Einrichtung aufgrund von nicht vorhandenen Vergütungsvereinbarungen ablehnen. Die vorgeschlagene Gesetzesänderung schafft die Voraussetzung für flächendeckende Vergütungsvereinbarungen.

Um den bestehenden Preis- und Leistungswettbewerb nicht zu beeinträchtigen, sollen Krankenkassen weiterhin die Möglichkeit haben, einzelvertragliche Vereinbarungen abzuschließen. Diese haben im Einzelfall Vorrang vor den allgemein verbindlichen Kollektivvereinbarungen.

Gesetzesvorschlag zu 2. Angemessene und leistungsgerechte Vergütung

§ 111 Abs. 5 SGB V wird neu gefasst:

„Die für die in Absatz 1 genannten Leistungen vereinbarte Vergütung muss angemessen und leistungsgerecht sein. § 10 Abs. 6 KHEntgG gilt entsprechend.“

Begründung:

Die Krankenkassen verfügen einseitig über alle strategischen Entscheidungsoptionen. Gleichzeitig werden die Preise für Leistungen der medizinischen Rehabilitation zwischen Krankenkassen und Rehabilitationseinrichtungen frei und „ohne Leitplanken“ bestimmt. Aufgrund dieser Verhandlungsübermacht der Krankenkassen finden nicht einmal die allgemeinen Kostensteigerungen (Tarifverträge mit ver.di und dem Marburger Bund oder Energiekosten) Berücksichtigung.

Die Vergütung muss sich an der vereinbarten Leistung orientieren und Kostenentwicklungen angemessen berücksichtigen. Investitionen müssen möglich sein. Da Rehabilitationseinrichtungen von den gleichen Kostenentwicklungen betroffen sind wie Krankenhäuser, ist die entsprechende Anwendung des Orientierungswertes des Statistischen Bundesamtes, der die Kostenstrukturen und -entwicklungen der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen besser berücksichtigt als die Veränderungsrate, sachgerecht.

Gesetzesvorschlag zu 3. Schiedsstelle

a) § 111 Abs. 5 SGB V neu wird um folgenden Satz 3 ergänzt:

„Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 2 nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 111b SGB V auf Antrag einer der in Satz 1 genannten Vertragsparteien.“

Begründung:

Die Schiedsstelle gewährleistet die praktische Umsetzung der oben genannten Grundsätze der leistungsgerechten und angemessenen Vergütung und stellt so einen fairen Preiswettbewerb sicher. Sie kann angerufen werden, wenn sich die Krankenkassen und die Rehabilitationseinrichtungen nicht einigen können, sowohl beim Abschluss eines Versorgungsvertrages als auch bei den Vergütungsvereinbarungen.

**Gesetzesvorschlag zu 3.
Schiedsstelle**

b) § 111 b SGB V neu:

„(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen maßgeblichen Verbände bilden gemeinsam für jedes Land eine Schiedsstelle. Diese entscheidet in den Angelegenheiten, die ihr nach diesem Buch zugewiesen sind.

(2) Die Schiedsstelle besteht aus Vertretern der Verbände nach Absatz 1 in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern; für den Vorsitzenden und die unparteiischen Mitglieder können Stellvertreter bestellt werden. Der Vorsitzende und die unparteiischen Mitglieder werden von den beteiligten Verbänden gemeinsam bestellt. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie von den zuständigen Landesbehörden bestellt.

(3) Die Mitglieder der Schiedsstelle führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Die Entscheidungen werden mit der Mehrheit der Mitglieder getroffen. Ergibt sich keine Mehrheit, gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

(4) Die Rechtsaufsicht über die Schiedsstelle führt die zuständige Landesbehörde.

(5) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten zu bestimmen.“

Begründung:

Die Norm regelt die Einrichtung und Besetzung der Schiedsstelle. Sie entspricht den Regelungen über Schiedsstellen in anderen Leistungsbereichen.

Empfehlung

Bedarfsgerechte Ausgestaltung des Zugangs zur medizinischen Rehabilitation

Regelungserfordernisse:

1. Versicherte müssen bei ärztlich festgestelltem Rehabilitationsbedarf medizinische Rehabilitationsleistungen erhalten, unabhängig davon, ob alle Leistungen der ambulanten Krankenbehandlungen bereits erbracht wurden, aber feststeht, dass die Erbringung dieser Leistungen nicht erfolversprechend ist.

2. Die bestehenden Zugangsbarrieren zu medizinischen Vorsorgeleistungen für Mütter, Väter und Kinder müssen abgebaut werden.

3. Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung müssen einschließlich der Leistungen für Kinder Pflichtleistung werden, damit klare Zuständigkeiten bestehen und die Anträge der Versicherten nicht aufgrund der Ermessensleistung weitergeleitet werden.

4. Das Budget in der Rentenversicherung muss an den höheren Bedarf an Rehabilitationsmaßnahmen durch die Erhöhung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre angepasst werden.

Gesetzesvorschlag zu 1. Gleichrangigkeit der medizinischen Rehabilitation

§ 40 Absätze 1 und 2 SGB V werden zu einem Absatz 1 wie folgt zusammengefasst, die Absätze 3 bis 7 werden Absätze 2 bis 6:

„Um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, erbringt die Krankenkasse die aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante bzw. stationäre Rehabilitationsleistung mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 20 Abs. 2a des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht. Ambulante Leistungen nach Satz 1 sind auch mobil in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 des Elften Buches zu erbringen.“

Begründung:

Die bislang in § 40 Abs. 1 enthaltene Leistungsvoraussetzung, dass bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht ausreicht, steht einer bedarfsgerechten Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entgegen. Sie wird fälschlicherweise als ein Nachrangverhältnis der medizinischen Rehabilitation zu den übrigen Leistungen der Krankenbehand-

lung nach § 27 ff. SGB V verstanden. Häufig leiten die Krankenkassen aus dieser Formulierung ab, dass ein Anspruch auf Leistungen zur Rehabilitation erst dann entstehen kann, wenn alle übrigen Leistungen der Krankenbehandlung erfolglos erbracht wurden.

Die Folgen sind:

- Ablehnung von Reha-Anträgen mit der Begründung, dass noch nicht alle Leistungen der Krankenbehandlung erbracht wurden, obwohl bereits feststeht, dass diese nicht erfolgreich und damit unsinnig sein werden.

- Ablehnung von Reha-Anträgen mit dem Verweis auf Leistungsangebote der Krankenbehandlung, die von den Krankenkassen entweder nicht konkret angeboten werden, die am Wohnort des Versicherten als Leistungsangebot gar nicht verfügbar sind oder die aufgrund des Gesundheitszustandes des Versicherten nicht bei verschiedenen Leistungsanbietern in Anspruch genommen werden können.

Dadurch werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht zum frühestmöglichen Zeitpunkt eingeleitet und die Ausschöpfung ineffektiver Krankenbehandlungen führt zu einer unnötigen Belastung der Solidargemeinschaft.

Die vorgeschlagene Änderung der gesetzlichen Formulierung beseitigt die formale Nachrangigkeit von Leistungen der medizinischen Rehabilitation, die der Systematik von § 27 SGB V widerspricht. Sie führt dabei nicht zu einem ungesteuerten Zugang in die medizinische Rehabilitation. Es verbleibt bei den bereits in den Rehabilitations-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und der MDK-Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation beschriebenen Zugangsvoraussetzungen der Rehabilitationsbedürftigkeit, der Rehabilitationsfähigkeit und der positiven Rehabilitationsprognose. Ein Nachrangigkeitsverhältnis der stationären zur ambulanten Rehabilitation ist ebenfalls nicht sachgerecht. Hierbei ist lediglich der individuelle Bedarf entscheidend.

Ambulante Rehabilitationseinrichtungen müssen genauso wie stationäre Rehabilitationseinrichtungen zertifiziert sein. Die sich auf die stationären Einrichtungen beschränkende Zertifizierungspflicht ist nicht sachgerecht.

Die durch das GKV-WSG geschaffene Möglichkeit der Belegung von Einrichtungen ohne Versorgungsvertrag wird abgeschafft. Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag unterliegen einer regelmäßigen Überprüfung der Struktur-, Behandlungs-, und Ergebnisqualität. Da Einrichtungen ohne Versorgungsvertrag nicht diesen Prüfungen unterliegen, ist eine Belegung solcher Einrichtungen durch die Krankenkassen nicht sachgerecht.

Die Änderung in Absatz 1 müssen entsprechend für die medizinische Vorsorge nach § 23 SGB V vorgenommen werden.

Gesetzesvorschlag zu 2. Vorsorge für Eltern und Kinder

a) § 24 Absatz 1 und 2 SGB V werden wie folgt geändert:

„(1) Versicherte haben unter den in § 23 Abs. 1 genannten Voraussetzungen Anspruch auf aus medizinischen Gründen erforderliche Vorsorgeleistungen in einer Einrichtung, **mit der ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht**; die Leistung kann in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme erbracht werden. Satz 1 gilt auch für Vater-Kind-Maßnahmen in dafür geeigneten Einrichtungen. § 23 Abs. 4 Satz 1 gilt nicht; § 23 Abs. 4 Satz 2 gilt entsprechend. § 23 Abs. 5 gilt nicht.

(2) Die Krankenkasse berät den Versicherten unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Verordnung und der Regelungen des § 9 SGB IX über geeignete Vorsorgeeinrichtungen. Abweichungen von der vertragsärztlichen Verordnung erfolgen nur in Abstimmung mit dem Versicherten und dem verordnenden Vertragsarzt.“

Begründung:

Zahlreiche Studien belegen die Zunahme körperlicher und psychischer Störungen im Kindesalter. Häufig führen diese zu chronischen Krankheiten im Erwachsenenalter. So stehen Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes Mell. Typ II in direktem Zusammenhang zu Übergewicht. Stationäre medizinische Vorsorgemaßnahmen leisten Beratung und Schulung für Eltern und Kinder unter Berücksichtigung insbesondere des familiären Kontextes. Damit werden die Grundvoraussetzungen für nachhaltige Verhaltensänderungen gelegt. Das Recht der Krankenkassen aus § 23 Abs. 5 Satz 1 SGB V, den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls entsprechend Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen zur medizinischen Vorsorge sowie die Vorsorgeeinrichtung 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 und verhindert faktisch den Zugang zu medizinisch notwendigen und langfristig sinnvollen Leistungen.

Der Änderungsvorschlag stärkt die Entscheidung des niedergelassenen Arztes. Der behandelnde Arzt entscheidet gemeinsam mit dem Patienten über Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der medizinischen Vorsorge für Eltern und Kinder. Die

Krankenkasse berät den Versicherten und den verordnenden Vertragsarzt bei der Auswahl der geeigneten Rehabilitationseinrichtung.

Gesetzesvorschlag zu 2. Vorsorge für Eltern und Kinder

b) § 41 Absatz 1 SGB V wird wie folgt geändert:

„Versicherte haben unter den in § 27 Abs. 1 genannten Voraussetzungen Anspruch auf aus medizinischen Gründen erforderliche Rehabilitationsleistungen in einer Einrichtung **mit der ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht**; die Leistung kann in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme erbracht werden. Satz 1 gilt auch für Vater-Kind-Maßnahmen in dafür geeigneten Einrichtungen. § 40 Abs. 2 Satz 1 und 2 gilt nicht; § 40 Abs. 2 Satz 3 gilt entsprechend.

Begründung:

Über die Hälfte der Mutter-/Vater-Kind Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen werden in Einrichtungen in privater Trägerschaft erbracht. Daher ist die ausdrückliche Erwähnung von „Einrichtungen des Müttergenesungswerks“ in den §§ 24 und 41 SGB V nicht sachgerecht.

Gesetzesvorschlag zu 2. Vorsorge für Eltern und Kinder

c) § 111a Absatz 1 SGB V wird wie folgt geändert:

„Versorgungsverträge mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und Väter

Die Krankenkassen dürfen stationäre medizinische Leistungen zur Vorsorge für Mütter und Väter (§ 24) oder Rehabilitation für Mütter und Väter (§ 41) nur in Einrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht. § 111 Abs. 2, 4 Satz 1 und 2 und Abs. 5 sowie § 111b gelten entsprechend.“

Begründung:

Über die Hälfte der Mutter-/Vater-Kind Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen werden in Einrichtungen in privater Trägerschaft erbracht. Daher ist ausdrückliche Erwähnung von „Einrichtungen des Müttergenesungswerks“ in den §§ 24 und 41 SGB V nicht sachgerecht.

**Gesetzesvorschlag zu 3.
Pflichtleistung der Rentenversicherung**

a) § 9 Absatz 2 SGB VI wird wie folgt geändert:
„Die Leistungen nach Absatz 1 **werden** erbracht, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dafür erfüllt sind.“

Begründung:

Der Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sollte genauso wie bei der Gesetzlichen Krankenkasse bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzung eine Pflichtleistung der Gesetzlichen Rentenversicherung sein.

**Gesetzesvorschlag zu 3.
Pflichtleistung der Rentenversicherung**

b) § 31 Absatz 1 Nr. 4 SGB VI wird gestrichen und Absatz 1 wird um folgenden Satz 2 erweitert, Satz 2 wird Satz 3:
„Die stationäre Heilbehandlung für Kinder von Versicherten, Beziehern einer Rente wegen Alters, wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder für Bezieher einer Waisenrente, wird als sonstige Leistung zur Teilhabe erbracht, wenn hierdurch voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder eine beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wieder hergestellt werden kann.“

c) § 31 Absatz 2 Satz 1 SGB VI wird wie folgt geändert:
„Die Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 setzen voraus, dass die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, die Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 und die Leistungen für Versicherte nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3, dass die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind, die Leistungen nach Absatz 1 **Satz 2**, dass der Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erfüllt.“

Begründung:

Derzeit ist die Rehabilitationsleistung zur Beseitigung einer erheblichen Gesundheitsgefährdung bzw. zur Besserung oder Wiederherstellung einer Gesundheitsbeeinträchtigung von Kindern im Bereich der Rentenversicherung lediglich als Ermessensleistung vorgesehen. Dies führt dazu, dass Kinder notwendige Leistungen nicht erhalten. Durch die Zunahme chronischer Krankheiten und psychischer Störungen im Kindesalter steigt der Bedarf an entsprechenden Leistungen. Frühzeitige Interventionen verhindern dauerhafte Störungen und sichern so die zukünftige Erwerbsfähigkeit.

**Gesetzesvorschlag zu 4.
Rehabilitationsbudget der Rentenversicherung anpassen**

§ 220 Abs. 1 SGB VI Satz 2 wird gestrichen, Satz 1 wird wie folgt geändert:
„Die jährlichen Ausgaben im Bereich der allgemeinen Rentenversicherung und der knappschaftlichen Rentenversicherung für Leistungen zur Teilhabe werden **aufgrund des zu erwartenden Teilhabebedarfs und** entsprechend der voraussichtlichen Entwicklung der Bruttolöhne und –gehälter je Arbeitnehmer (§ 68 Abs. 2 Satz 1) festgesetzt.“

Begründung:

Mit der Erhöhung des Renteneintrittsalters erhöht sich der Anteil rehabilitationsbedürftiger Arbeitnehmer. Studien der Rentenversicherung zeigen, dass in der gesetzlichen Rentenversicherung rund 60% der Rehabilitanden nach Ablauf eines Beobachtungszeitraums von fünf Jahren im Erwerbsleben verbleiben. Zudem amortisiert sich eine erbrachte Rehabilitationsleistung mit durchschnittlichen Kosten von 3600 EUR einschließlich Übergangsgeld bereits im vierten Monat nach Erbringung der Leistung. Diese Studien belegen, dass Rehabilitationsleistungen zur Erhaltung der Erwerbsfähigkeit beitragen. Mit der Erhöhung des Renteneintrittsalters werden diese Leistungen wichtiger denn je. Damit eine bedarfsgerechte Erbringung von Rehabilitationsleistungen in der Rentenversicherung möglich ist, muss das Rehabudget entsprechend angepasst werden.

Empfehlung

Vertragsärztliche Versorgung in unterversorgten Gebieten sicherstellen; Rehabilitationseinrichtungen zur vertragsärztlichen Versorgung zulassen

Regelungserfordernis:

Die Rehabilitationseinrichtungen bzw. die in ihnen tätigen Ärzte müssen in den Gebieten, in denen die vertragsärztliche Versorgung nicht sichergestellt ist, zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden.

Gesetzesvorschläge

1. § 116 SGB V wird wie folgt geändert:

„Ambulante Behandlung durch Ärzte in stationären Einrichtungen

In Krankenhäusern oder Rehabilitationseinrichtungen beschäftigte Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung können mit Zustimmung des **Einrichtungsträgers** vom Zulassungsausschuss (§ 96) zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten, **in Krankenhäusern oder Rehabilitationseinrichtungen beschäftigten, Ärzte** nicht sichergestellt wird.“

2. § 116a SGB V wird wie folgt geändert:

„Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen bei Unterversorgung

Der Zulassungsausschuss kann zugelassene Krankenhäuser **und Rehabilitationseinrichtungen mit Versorgungsvertrag** für das entsprechende Fachgebiet in den Planungsbezirken, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Unterversorgung festgestellt hat, auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit und solange dies zur Deckung der Unterversorgung erforderlich ist.“

Begründung:

Der Ärztemangel führt insbesondere in ländlichen Gebieten zu Versorgungsengpässen bei der vertragsärztlichen Versorgung. Dies führt teilweise zu untragbaren Entfernungen bzw. Wartezeiten für die Patienten. Mit der Einbeziehung der Krankenhäuser in die ambulante vertragsärztliche Versorgung in unterversorgten Gebieten wurde eine weitere Möglichkeit zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung geschaffen. Es bietet sich an, Rehabilitationseinrichtungen ebenfalls in die vertragsärztliche Versorgung einzubeziehen. Rehabilitationseinrichtungen sind häufig nicht in Ballungs- sondern in den vom Fachärztemangel besonders betroffenen, strukturschwachen Gebieten angesiedelt. Gleichzeitig halten Rehabilitationseinrichtungen ein umfassendes Spektrum an qualifizierten ärztlichen Fachkräften vor.

Gesetzesvorschlag

3. § 98 Absatz 2 Nr. 11 SGB V wird wie folgt geändert:

„die Voraussetzungen, unter denen Ärzte, insbesondere in Krankenhäusern und Einrichtungen der **medizinischen oder beruflichen Rehabilitation**, oder in besonderen Fällen Einrichtungen durch die Zulassungsausschüsse zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden können, die Rechte und Pflichten der ermächtigten Ärzte und ermächtigten Einrichtungen sowie die Zulässigkeit einer Vertretung von ermächtigten Krankenhausärzten durch Ärzte mit derselben Gebietsbezeichnung,“

Begründung:

Die Ermächtigungsnorm für die Zulassungsverordnung für Ärzte ist an die Änderung in § 116 SGB V anzupassen.

Empfehlung

Finanzierung der Einführung der Elektronischen Gesundheitskarte in Rehabilitationseinrichtungen sicherstellen

Regelungserfordernis:

Rehabilitationseinrichtungen müssen in die Anschubfinanzierung für die Telematikinfrastruktur eingebunden werden.

Gesetzesvorschlag

§ 291a Abs. 7a Satz 1 wird wie folgt geändert:

„Die bei den Krankenhäusern **und Rehabilitationseinrichtungen** entstehenden Investitions- und Betriebskosten nach Absatz 7 Satz 4 Nr. 1 und 2 werden durch einen Zuschlag finanziert (Telematikzuschlag).“

Begründung:

Mit der beschlossenen Einführung der elektronischen Gesundheitskarte ergeben sich für die so genannten Primärversorger (Vertragsärzte, Krankenhäuser, Apotheken und Rehabilitationseinrichtungen) veränderte technische Anforderungen.

Rehabilitationseinrichtungen sind an der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Patientendaten über Befunde, Diagnosen, Therapiemaßnahmen und Behandlungsberichte für eine fall- und einrichtungsübergreifende Dokumentation genauso beteiligt, wie Krankenhäuser und Vertragsärzte. Etwa 80 % der stationären Rehabilitationsleistungen werden als Anschlussrehabilitation erbracht, bei der der Patient direkt vom Krankenhaus in die Rehabilitationseinrichtung verlegt wird.

Deshalb muss die Finanzierung der Telematikinfrastruktur auch für Rehabilitationseinrichtungen sichergestellt werden.

Empfehlung

Berücksichtigung des Versorgungsbedarfs chronisch kranker Menschen

Regelungserfordernis:

Die Zuordnung von Patienten in eine der 80 Morbiditätsgruppen muss um die Entlassdiagnosen der stationären Rehabilitationseinrichtungen erweitert werden.

Gesetzesvorschlag

§ 30 Abs. 1 Satz 1 RSAV wird um einen Unterpunkt ergänzt:

„Die bei der Entlassung aus der stationären Rehabilitationseinrichtung maßgeblichen Haupt- und Nebendiagnosen nach § 301 Abs. 4 Satz 1 Nr. 5 in der Verschlüsselung nach § 301 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,“

Begründung:

Die Zuordnung von Patienten in eine der 80 Morbiditätsgruppen erfolgt bislang anhand der vertrags- und krankenhausesärztlichen Diagnosen. Eine Erweiterung auf die Entlassdiagnosen der stationären Rehabilitationseinrichtungen, die insbesondere in die Versorgung chronisch Kranker eingebunden sind, ist sachgerecht.

