

Berlin, 19.11.2010

I. Durch Rehabilitation Pflege vermeiden (Reha vor Pflege)

Ziel der Regelung:

Seit Einführung der Pflegeversicherung kommt es an der Schnittstelle zwischen Kranken- und Pflegeversicherung zu dem Problem, dass Menschen zu schnell in die Pflegebedürftigkeit abrutschen. Trotz eindeutiger gesetzlicher Verankerung des Prinzips „Reha vor Pflege“ wird von Experten die Ursache darin gesehen, dass die Krankenkassen für Leistungen zur Vermeidung/Verschiebung von Pflegebedürftigkeit bezahlen müssen, vom Erfolg dann allerdings nicht mehr profitieren. Grund dafür ist die fehlende Einheit bzw. ein fehlender Finanzausgleich zwischen den beiden Versicherungen.

Beabsichtigt ist, einen finanziellen Ausgleich zwischen Pflege- und Krankenversicherung einzuführen, der den Krankenkassen ihre Aufwendungen für Reha-Leistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit zurück erstattet, ohne leistungsrechtliche Veränderungen in den Sozialgesetzbüchern V, IX und XI vorzunehmen. Natürlich sind auch andere Alternativen denkbar, sie sind aber letztlich komplizierter und kommen vermutlich zu keinen besseren Ergebnissen.

Änderungsbedarf:

§ 5 SGB XI „Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation“ wird um einen Abs. 3 ergänzt

1. Die Pflegekassen wirken bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hin, dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen der Prävention, der Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.
2. Die Leistungsträger haben im Rahmen ihres Leistungsrechts auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ihre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen in vollem Umfang einzusetzen und darauf hinzuwirken, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern.
3. Die Kosten für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die die Krankenkasse erbringt, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern, werden der Krankenkasse von der Pflegekasse erstattet.

Anhang

Kostenwirkung:

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen durch diese Regelung keine Mehrkosten, da die Aufwendungen für erbrachte Rehabilitationsleistungen für von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen von der gesetzlichen Pflegeversicherung erstattet werden.

Im Bereich der gesetzlichen Pflegeversicherung entstehen durch die Erstattung der Kosten für Rehabilitationsleistungen an die Krankenkasse zusätzliche Kosten. Je nach Dauer der Verschiebung von Pflegebedürftigkeit können aber auch Einsparungen erzielt werden:

Ausgaben soziale Pflegeversicherung 2009	19,3 Milliarden €
Leistungsempfänger ambulant und stationär	2,24 Millionen
= Kosten je Leistungsempfänger und Jahr	8.616 € (718 € je Monat)
<u>Einmalige</u> Kosten für eine Rehabilitationsmaßnahme (ambulant und stationär, inklusive Geriatrie)	3.000 €
Verschiebung von Pflegebedürftigkeit <u>in Monaten</u> , um Ausgabenneutralität für die Pflegeversicherung zu erreichen:	4,2

Gelingt es, nach einer Rehabilitationsmaßnahme den Eintritt von Pflegebedürftigkeit für 4,2 Monate zu verschieben, ist die Regelung für die Pflegeversicherung ausgabenneutral. Jeder darüber hinausgehende Monat ohne Pflegebedürftigkeit bringt der Pflegeversicherung Einsparungen in Höhe von 718 €.

Berücksichtigt werden muss außerdem, dass für das Jahr 2040 eine Verdopplung der Zahl der Pflegebedürftigen auf circa 4 Millionen Menschen prognostiziert wurde. Insofern kommt der Vermeidung/Verschiebung von Pflegebedürftigkeit große Bedeutung zu.

Gibt es überhaupt dieses Problem?

Zu dieser Frage wird widersprüchlich argumentiert: einerseits wird behauptet, die Krankenkassen würden alle notwendigen Leistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit erbringen. Das eigentliche Problem sei, dass es die von

Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen, bei denen mit Reha Pflege vermieden werden kann, nicht gibt. Wenn das so wäre, würden keine zusätzlichen Kosten entstehen.

Andererseits wird die Notwendigkeit einer solchen Regelung mit zu erwartenden Mehrkosten abgewehrt. Dies deutet darauf hin, dass es tatsächlich ein Defizit gibt.

Sind Bemühungen, Pflege verschieben zu wollen, überhaupt erfolgversprechend?

Erfahrungen aus den indikationsspezifischen und den indikationsübergreifenden, geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen zeigen erstaunliche Erfolge. Niemand möchte von fremder Hilfe abhängig sein. Jeder Mensch will so lange wie möglich in seinem eigenen häuslichen Umfeld bleiben. Deshalb werden auch bei hochbetagten Menschen in der Rehabilitation ungeheure Potenziale aktiviert. Den Menschen ist klar, dass die Rehabilitation ihre letzte Chance ist, den Daueraufenthalt im Pflegeheim zu vermeiden.

Häufig wird argumentiert, es gäbe für dieses Problem keine geeignete Struktur von geriatrischen Leistungsanbietern. Dies ist nicht richtig. Schon heute liegt das Durchschnittsalter der Patienten in den indikationsspezifischen Rehabilitationskliniken bei über 70 Jahren. Die meisten Patienten sind multimorbide. Ziel der Rehabilitation auch dort ist neben der Behandlung der Hauptindikation (z. B. kardiologisches, orthopädisches oder neurologisches Krankheitsbild) die Wiedererlangung alltagsspezifischer Fähigkeiten und Selbstversorgungskompetenzen.

Daneben hat die bestehende Struktur geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen ihre Berechtigung und wird weiterhin entsprechend der sich aus dem MDK-Begutachtungsrichtlinien ergebenden Kriterien angesteuert. Ggf. notwendige Anpassungen der verfügbaren geriatrischen Kapazitäten und der medizinisch therapeutischen Inhalte erfolgen, wie schon bisher üblich, kurzfristig.

Politische Aspekte

Seit Einführung der Pflegeversicherung ist dieses Problem bekannt und durch viele wissenschaftliche Arbeiten bestätigt. Der Politik ist es bisher nicht gelungen, eine adäquate Lösung zu schaffen. Vielleicht böte eine solche Initiative der Regierungskoalition die Möglichkeit, ihre Gesundheitspolitik positiv darzustellen. Das Risiko ist überschaubar und politischer Widerstand ist nicht zu erwarten. Sollte die Regelung wider Erwarten nicht positiv wirken, kann sie ohne politischen Gesichtsverlust revidiert werden. Die Thematik einer alternden Gesellschaft wird bereits jetzt gesundheitspolitisch besetzt. Deshalb wäre es nur folgerichtig, eine solche Lösung zu präsentieren.

II. Grundlagen für einen fairen und qualitätsorientierten Vertragswettbewerb zwischen Krankenkassen und Reha-Kliniken verbessern

Ziel der Regelungen:

Im Koalitionsvertrag wurde festgelegt, die Wahlmöglichkeiten der Versicherten stärken sowie bei Vertragsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Rehabilitationseinrichtungen Schiedsstellen einrichten zu wollen.

Zur Sicherstellung der Wahlmöglichkeiten der Versicherten bedarf es einer Auffangregelung für den Fall, dass die jeweilige Krankenkasse keine Einzelverträge abgeschlossen hat. Das bestehende wettbewerbliche System, in dem einzelne Krankenkassen die Möglichkeit haben, eigene Vergütungsvereinbarungen mit Rehabilitationseinrichtungen abzuschließen, soll dabei aufrecht erhalten bleiben.

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. Es muss gewährleistet werden, dass die Vertragsverhandlungen gleichberechtigt und sachgerecht erfolgen und die Krankenkassen ihre Verhandlungsmacht nicht missbrauchen. Dies kann über eine gesetzliche Konkretisierung des Verhandlungsspielraums sowie eine Schiedsstelle erreicht werden.

Änderungsbedarf:

§ 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 Mitglieds-kassen 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.*“

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

§ 111 b SGB V wird neu eingeführt:

„(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.“

Anhang

Kostenwirkung:

Im Rahmen einer Kostenbetrachtung ist zunächst zu bedenken, dass die Ausgaben für Vorsorge und Rehabilitation mit 2,5 Mrd. € (2009) lediglich 1% der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung betragen. Die finanzielle Auswirkung der ohnehin überwiegend als kostenneutral eingeschätzten Regelungen bewegt sich daher auf einem äußerst niedrigen Niveau.

Verträge auf Landesebene

Durch die vorgeschlagene Regelung der Vergütungsvereinbarungen auf Landesebene sind keine zusätzlichen Kosten zu erwarten. Derartige Verträge bestehen faktisch bereits in vielen Bundesländern. Auch wenn die aktuelle Regelung lediglich Vergütungsvereinbarung auf Krankenkassenebene vorsieht, sehen die auf Landesebene abgeschlossenen Versorgungsverträge größtenteils auch Vergütungsvereinbarungen vor.

Gesetzliche Konkretisierung des Verhandlungsspielraums

Durch die Festlegung, dass die vereinbarte Vergütung „angemessen“ und „leistungsgerecht“ sein muss, sind keine Mehrkosten zu erwarten, da davon ausgegangen werden muss, dass die bestehenden Vergütungsvereinbarungen der Gesetzlichen Krankenversicherung diesen Prinzipien bereits entsprechen. Die Regelung dient der Klarstellung und Orientierung auch für die Schiedsstellenentscheidung. Die Formulierung entspricht dem Maßstab in anderen Leistungsbereichen. Mit der entsprechenden Anwendung des § 10 Abs. 6 KHEntgG soll sichergestellt werden, dass auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation Kostensteigerungen angemessen ausgeglichen werden, da andernfalls die qualitative Versorgung der Versicherten gefährdet ist. Rehabilitationseinrichtungen sind von den gleichen Kostenentwicklungen betroffen wie Krankenhäuser. Daher ist die entsprechende Anwendung des Orientierungswertes des Statistischen Bundesamtes, der die Kostenstrukturen und -entwicklungen der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen besser berücksichtigt als die Veränderungsrate, sachgerecht.

Schiedsstelle

Durch die Einrichtung von Schiedsstellen sind keine Mehrkosten zu erwarten.

Schiedsverfahren sind außergerichtliche Verfahren, die zu einem zeitsparenden und flexiblen Interessenausgleich führen. Als typisches Konfliktschlichtungsinstrument des sozialrechtlichen Vertragsrechts, dienen sie der Kontrolle von Marktmacht. Bereits die Möglichkeit, Dritte in Vertragsverhandlungen einschalten zu können, wirkt sich positiv auf die Vertragsverhandlungen aus, da keine Partei ein Interesse hat, im Schiedsverfahren zu unterliegen. So wird ein wettbewerbliches System der Preisgestaltung unterstützt und sichergestellt.

An die Vergütungsvereinbarung ist keine Belegungsgarantie der Krankenkasse gebunden. Die im Rahmen von Vergütungsverhandlungen bzw. Schiedsverfahren erzielten Vergütungssätze haben daher keine unmittelbare Auswirkung auf die Ausgaben der Krankenkasse.

Der Bereich der medizinischen Rehabilitation ist der einzige Leistungsbereich der GKV, in dem die Vertragspartner nicht die Möglichkeit haben, Auseinandersetzungen vor einer neutralen untergerichtlichen Instanz zu führen.

Grundsätzlich sind Schiedsstellen für vertragliche Auseinandersetzungen zwischen Rehabilitationsträgern und Leistungserbringern auch im SGB IX vorstellbar. In der Praxis sind die vertraglichen Beziehungen zwischen Rehabilitationseinrichtungen und den Krankenkassen die konfliktträchtigsten und eine Schiedsstelle für diesen Bereich der Rehabilitation vordringlich. Da die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen im SGB V angesiedelt sind, liegt es nahe, auch die Schiedsstelle in diesem Gesetz zu verankern.

III. Bedarfsgerechte Ausgestaltung des Zugangs zur medizinischen Rehabilitation

1. Ziel der Regelung:

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 erfolgversprechend ist.

Änderungsbedarf:

§ 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.“

2. Ziel der Regelung:

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

Änderungsbedarf:

§ 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.“

3. Ziel der Regelung:

Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung müssen einschließlich der Leistungen für Kinder und Jugendliche Pflichtleistungen werden, damit klare Zuständigkeiten bestehen und die Anträge der Versicherten nicht aufgrund der Ermessensleistung weitergeleitet werden. Die Ausgaben für Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche dürfen keinen Ausgabenbeschränkungen unterliegen.

Änderungsbedarf:

§ 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.“

§ 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.“

§ 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.“

§ 31 Absatz 3 SGB VI wird wie folgt geändert:

„Die Aufwendungen für nichtstationäre Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 sowie für sonstige Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2, ~~4~~ und 5 dürfen im Kalenderjahr 7,5 vom Hundert der Haushaltsansätze für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und die ergänzenden Leistungen nicht übersteigen.“

4. Ziel der Regelung:

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

Änderungsbedarf

§ 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 zu 1 (Gleichrangigkeit):

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 Krankenbehandlung 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.

Begründung zu 2 (Vorsorge Mutter-/ Vater-Kind):

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.

Begründung zu 3 (Kinderreha Pflichtleistung):

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

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. Damit eine bedarfsgerechte Erbringung von Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche möglich ist, muss die Ausgabenbeschränkung entfallen.

Begründung zu 4 (Rehabudget der DRV):

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 € 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 Reha-Budget entsprechend angepasst werden.

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

Ziel der Regelungen:

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.

Änderungsbedarf:

§ 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.“

§ 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 Planungsbereichen, 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.“

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

„die Voraussetzungen, unter denen Ärzte, insbesondere in Krankenhäusern und Einrichtungen der *medizinischen 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:

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.

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