

Forum D

Entwicklungen und Reformvorschläge
– Diskussionsbeitrag Nr. 24/2014 –

18.11.2014

Tagungsbericht „8. Deutscher REHA-Rechtstag“ am 26. September 2014 in Berlin

von Dipl. jur. Maren Giese und Diana Ramm, M. A., Universität Kassel

Am 26. September 2014 fand in Berlin der von der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V. (DEGEMED), der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) und der Deutschen AnwaltAkademie veranstaltete 8. Deutsche REHA-Rechtstag statt.

Dr. Rolf Schmachtenberg (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Berlin) eröffnete den ersten Themenblock, der sich mit der Reform des Rehabilitations- und Teilhaberechts befasste. **Schmachtenberg** betonte, dass sich seit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), die Inklusion in allen Lebensbereichen fordere, vieles weiterentwickelt habe und sich daraus nun ein konkreter Handlungsbedarf ergebe. Insbesondere soll die Lebenssituation der Betroffenen in Rückkoppelung mit der UN-BRK verbessert werden. Dies erfordere personenzentrierte – im Gegensatz zu den derzeitig institutionszentrierten – Leistungen, die Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts sowie das Herauslösen einzelner Leistungen aus dem Fürsorgesystem. Wichtig sei dabei, keine neuen Ausgabendynamiken zu schaffen. Aktuell, so der Referent, werden die konkreten Handlungsfelder ge-

prüft, wozu unter anderem die Neufassung des Behinderungsbegriffs sowie die (trägerübergreifende) Bedarfsermittlung gehören.

Im Anschluss daran referierte **Prof. Dr. Felix Welti** (Universität Kassel) über den Reformbedarf aus Sicht der Wissenschaft. Er erläuterte zunächst die Ursprünge des gegliederten Systems und zeigte die bestehenden Reformbarrieren, wie z. B. die unterschiedliche Orientierung der Rehabilitations-Träger, auf. Er ging dann der Frage nach, ob eine Beibehaltung des gegliederten Systems sinnvoll sei und betonte dabei das Ziel, Kooperation, Koordination und Konvergenz der einzelnen Leistungsbereiche zu erreichen. Dazu müsse das Recht auf den Abbau von Barrieren und Enthinderung gerichtet sein. So sei es beispielsweise sinnvoll, den gesamten Bedarf eines Betroffenen in einem Teilhabeplan zusammenzufassen und nicht wie bisher in verschiedenen Plänen verschiedener Träger zu gliedern. Der Referent wies in diesem Zusammenhang auf die vor kurzem in Kraft getretene Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“¹ der Bundesarbeitsgemeinschaft

¹ Abrufbar ist die Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ auf der Homepage der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

für Rehabilitation hin, die sich mit dieser Problematik bereits auseinandersetzt.²

Prof. Bernd Petri (Vorstandsvorsitzender der DEGEMED) sagte in seinem anschließenden Referat, dass Rehabilitation die wirksamste Methode zur Sicherung von Selbständigkeit und Teilhabe in einer alternativen Erwerbsgesellschaft sei. Des Weiteren leiste Rehabilitation den entscheidenden Beitrag in der Versorgung und Integration chronisch kranker oder von Behinderung bedrohter Menschen und erhalte somit Autonomie und vermeide drohende Pflegebedürftigkeit. Er nannte beispielhaft drei wesentliche Defizite des derzeitigen Rehabilitationsrechts. Erstes Defizit sei der Zugang in die Rehabilitation. Dabei kritisierte er den schwierigen Zugang zu notwendigen Rehabilitationsleistungen, auch bedingt durch das Nebeneinander verschiedener Rehabilitations-Träger, wobei die vorgesehene trägerübergreifende Bedarfsfeststellung faktisch nicht stattfindet. Als zweiten Punkt benannte der Referent die „Verlagerung von Leistungskosten“. Dabei sprach **Petri** den Abschluss von Komplexpauschalen an, mit denen Rehabilitationszentren gezwungen sind, Einzelleistungen, die eigentlich als Sachkosten von den Leistungsträgern zu übernehmen seien, aufzuwenden. Als letzten Punkt sprach er die effektive Rechtsdurchsetzung durch Verbandsklagerechte an. Die Machtasymmetrie zwischen Rehabilitationsträgern und Leistungserbringern bestehe auch im Verhältnis zwischen Rehabilitationsträgern

unter folgendem Link: <http://www.barfrankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/gemeinsameempfehlungen/downloads/Broschuere4G.web.pdf>

² Dazu weiter Welti, Das neue Teilhaberecht – Reform des SGB IX, Beitrag D6-2014; Luik, Rechtliche Grundlagen und Bedeutung der Teilhabepflicht, Beitrag D21-2014; Welti, Verantwortlichkeit von Schule und Sozialleistungsträgern für angemessene Vorkehrungen und für Zugänglichkeit für behinderte Schülerinnen und Schüler, Beitrag D20-2014 jeweils unter www.reha-recht.de.

und Leistungsberechtigten. Eine gleichberechtigte Partizipation bei der Ausgestaltung der Rehabilitation oder die Beachtung von Wunsch- und Wahlrechten seien so nicht sichergestellt. Das Sozialgesetzbuch (SGB) IX müsse daher künftig erweiterte Klagerechte bis hin zu Verbandsklagerechten beinhalten. **Dr. Oliver Tolmein** (Rechtsanwalt, Hamburg) schloss mit seinem Referat den ersten Themenblock. **Tolmein** benannte Probleme insbesondere im Bereich der Bildung, hier beispielsweise den Aspekt der Schulbegleitung bzw. Studienhelfer. Trotz einschlägiger Gerichtsurteile handelten Leistungsträger abweichend vom geltenden Recht. Zudem benannte er den Kernbereich der persönlichen Assistenz zur Erreichung einer unabhängigen Lebensführung und verwies auf die Unvereinbarkeit von § 13 Abs. 1 Satz 3 SGB XII und Art. 19 UN-BRK. Als letzten Punkt wies er noch auf Unklarheiten im Betreuungsrecht hin.

Die anschließende Diskussion im Plenum beschäftigte sich unter anderem mit der Frage der Partizipation bei Neuregelungen und mit den wirtschaftlichen Beschränkungen, denen einzelne Leistungsträger unterliegen. Die Haltung des Gesetzgebers, welche einerseits eine möglichst umfassende Teilhabe erreichen will, andererseits aber auch wirtschaftliches Handeln der einzelnen Rehabilitations-Träger fordert, führe zu Konflikten, die bei einer Neuregelung dringend mitgedacht werden müssten.

Dr. Malte Passarge (Fachanwalt für Handels- und Gesellschaftsrecht, Hamburg) gab in seinem Vortrag zu „Compliance in Einrichtungen der Rehabilitation“ zunächst einen Überblick, was unter Compliance zu verstehen ist. Dem Ursprung nach gehe es bei diesem Begriff um sogenannte Therapie-treue, also ein konsequentes Befolgen von ärztlichen Ratschlägen; dies wurde in den Bereich rechtlicher und ethischer Regeln übertragen. Grundsätzlich könne man davon sprechen, dass es um die Gesamtheit der

Maßnahmen zu einer regelkonformen Unternehmensführung gehe. Ziel dabei sei die Vermeidung von Haftung und Gesetzesverstößen. Der Referent zeigte eine Auswahl tatsächlicher und möglicher Gesetzesverstöße, wie Korruption, mangelnde Produktqualität oder fehlender Datenschutz, sowie die Entwicklungen im Bereich der Compliance auf und erläuterte dann, wie ein Compliance Programm insbesondere auch bei Rehabilitationseinrichtungen aussehen könne. Zu beantworten seien hierbei zu Beginn verschiedene interne und hoch brisante Fragen, die stark im Zusammenhang mit dem täglichen Geschäft stünden (z. B. „Welchen Regularien unterliegt die Rehabilitations-Einrichtung?“, Hygiene, Dokumentation). Insgesamt stelle Compliance ein Instrument dar, das dazu dient, das Bewusstsein im Sinne der Patientenversorgung zu schärfen, trotz des alltäglichen Stresses die ein oder andere Sache mehr zu beachten oder besser wahrzunehmen.

Im Anschluss referierte **Prof. Dr. Hermann Plagemann** (Rechtsanwalt, Frankfurt/Main) als erster Referent zum Thema „Schiedsstellen und Schiedsstellenverhandlungen in der Rehabilitation – Erfahrungen und Bewertungen“. Er ging dabei einleitend auf die Vergütung, die Vergütungsstruktur von Leistungen im Bereich des SGB V sowie auf mögliche Optionen bei einer Nichteinigung ein. Im Sinne von Schiedsstellenverfahren stellte **Plagemann** dann die formellen Voraussetzungen, wie den Mindestinhalt eines Antrags oder das Protokoll über die Nichteinigung und Dissenspunkte heraus. Im Weiteren zeigte er den Verlauf von Verhandlungen vor der Schiedsstelle auf. Im Rahmen des Rechtsschutzes gegen eine Entscheidung der Schiedsstelle verneinte er eine Klage zum Landessozialgericht, da eine Anwendung des § 29 Abs. 2 Nr. 1 Sozialgerichtsgesetz ausscheide. Schiedsstellenentscheidungen würden jedoch nach dem

Bundessozialgericht³ (BSG) dem eingeschränkten Umfang der gerichtlichen Kontrolle unterliegen.

Dirk van den Heuvel (Geschäftsführer Bundesverband Geriatrie, Berlin) führte das Thema Schiedsstellen und Schiedsstellenverhandlungen fort, indem er aufzeigte, dass noch nicht in allen Bundesländern die Möglichkeit besteht, eine Schiedsstelle im Rehabilitationsbereich anzurufen. Zu Verfahren bzw. Anrufen der Schiedsstelle zeigte **van den Heuvel** am Beispiel des Bundeslandes Bayern, dass hier in 2013 neun Verfahren bzw. Anrufe der Schiedsstelle zu verzeichnen waren. In 2014 wurden bisher in sieben Fällen Verfahren geführt oder die Schiedsstelle angerufen. Im Weiteren stellte er die Erwartungen der Leistungserbringer den Erwartungen der Kostenträger aus 2013 gegenüber. So würden Leistungserbringer eine sachorientierte und offene Diskussion der Kalkulation bzw. der Leistungsinhalte und den Abbau der strukturellen Unterfinanzierung erwarten. Kostenträger hingegen erwarteten u. a. die Ausrichtung des Schiedsspruchs ausschließlich auf die Zukunft. Die Erwartungen für 2014 sind für die Leistungserbringer zusätzlich dadurch gekennzeichnet, dass Vergütungsforderungen mindestens in Höhe der Schiedssprüche von 2013 durchgesetzt werden sollen. Die Kostenträger erwarten zusätzlich keinen weiteren Anstieg des Vergütungsniveaus. Im Fazit stellte **van den Heuvel** heraus, dass das Vergütungsniveau noch immer unter dem wirtschaftlichen Mindestmaß sei, dass Schiedssprüche bzw. die Drohung zum Gang zur Schiedsstelle zu ersten höheren Vergütungssatzvereinbarungen geführt hätten, aber Krankenkassen noch immer keine einheitlichen Angebote unterbreiten würden. Der Referent schloss seinen Beitrag mit rechtspolitischen Forderungen, die u. a. die Forderung nach einer klaren Definition der Leistungsinhalte und eine direkte Verknüp-

³ BSG vom 09.04.2008 Az. B 6 KA 29/07 R.

fung mit der Qualität der Leistung beinhalten.⁴

Im Anschluss wurde in **Arbeitsgruppen** eine vertiefte Diskussion zu den Themen „Compliance in der REHA-Einrichtung: Zuweisung gegen Entgelt – Integrierte Versorgung“ sowie „Hilfsmittelversorgung – insbesondere in und durch Einrichtungen“ angeboten.

Die erste, von **Christof Lawall** (DEGEMED, Berlin) moderierte Arbeitsgruppe beschäftigte sich mit dem Thema „Compliance in der REHA-Einrichtung: Zuweisung gegen Entgelt – Integrierte Versorgung“.

Im ersten Impulsreferat der Arbeitsgruppe sprach **Dr. Stephan Meseke** (GKV Spitzenverband, Berlin) über „Institutionalisierte Compliance“ im Gesundheitswesen und Zuweisung gegen Entgelt. Er knüpfte hierbei an die beim 7. REHA-Rechtstag vorgestellte Studie über die unzulässige Zusammenarbeit im Gesundheitswesen durch Zuweisung gegen Entgelt an. Die Studie brachte teilweise überraschende Ergebnisse hervor, so seien beispielsweise 20 % der Befragten bestimmte Verbote (z. B. Vorteilsannahme, Bestechlichkeit) unbekannt. Bereits im letzten Jahr stellte Meseke die sich aus der Studie ergebenden Forderungen dar. Sein diesjähriger Vortrag führte die damals begonnenen Gedanken fort. Inzwischen gebe es einen Entwurf des Justizministeriums zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen, der die aktuelle Diskussion bestimme. Der Referent machte deutlich, dass diejenigen, die sich bereits regelkonform verhalten auch mit dem möglicherweise künftigen Straftatbestand nichts zu befürchten hätten.⁵

⁴ Vgl. zur Thematik der Schiedsstellen Klein/van den Heuvel, Landesschiedsstellen im Rehabilitationsbereich (§ 111b SGB V) – Bisherige Umsetzung und Stand der Entwicklung, Beitrag A18-2013; Penner, Schiedsstellenverfahren nach § 111 Abs. 5 SGB V: Möglichkeiten und Fallstricke, Beitrag D16-2013 jeweils unter www.reha-recht.de.

⁵ Vgl. Amann/Giese/Hlava/Willig, Tagungsbericht „7. Deutscher REHA-Rechtstag“ am 27.

Frank Keller (Techniker Krankenkasse [TK], Hamburg) sprach im Anschluss daran über die „Fehlverhaltensbekämpfung bei der TK“. Bereits seit Beginn 2013 gebe es dort eine Abteilung, die sich mit „Compliance“ beschäftige. Zu den Aufgaben dieser Abteilung gehörten das eigene regelkonforme Verhalten der TK sowie die Prüfung, ob seitens der Leistungserbringer ordnungsgemäß abgerechnet wurde. Problematisch sei dabei, dass eine eigene Prüfung nur eingeschränkt möglich sei, da Krankenkassen nicht selbst ermitteln dürften. In der Abteilung „Compliance“ gehen zahlreiche unterschiedliche Meldungen und Hinweise ein, deren Qualität recht unterschiedlich sei. Im Zweifel sei jedoch die Staatsanwaltschaft zu verständigen, die dann konkret ermittelt. Es sei Aufgabe der Staatsanwaltschaft, das Recht wieder herzustellen. Die Krankenkasse hingegen hat beispielsweise die Aufgabe, zu viel gezahltes Geld zurückzunehmen und anderen Patienten zukommen zu lassen. Am Ende präsentierte der Referent einzelne Beispiele und Fallkonstellationen aus dem praktischen Alltag (z. B. Abrechnung von Leistungen trotz Nichterfüllung der Leistungsvoraussetzungen).

Malte Passarge vertiefte in der Arbeitsgruppe einzelne Aspekte des Vortrags vom Vormittag. Er ging dabei insbesondere auf mögliche Präventivmaßnahmen ein, bei denen Transparenz, die Überprüfung bestehender Kooperationen bzw. Vertragsgestaltungen und Dokumentation eine wesentliche Rolle spielen. Als mögliche Probleme im Bereich der Vertragsgestaltung führte er die zahlreichen zu beachtenden Gesetze, die unter Umständen vielen verschiedenen Beteiligten (Krankenhaus, niedergelassener Arzt, Leistungserbringer, usw.) und die unterschiedliche Rechtsprechung in diesem Bereich an. Oftmals sei das eigene Gefühl bereits ein guter Indikator für regelkonformes Verhalten.

September 2013 in Berlin, Beitrag D13-2014 unter www.reha-recht.de.

Die sich an die Impulsreferate anschließende Diskussion befasste sich insbesondere mit der praktischen Handhabbarkeit unbestimmter Rechtsbegriffe wie „unlauter“, „sachwidrig“ oder „sachgerecht“ und mit dem Problem einer möglichen Überregulierung in diesem Bereich.

Felix Welti moderierte die zweite Arbeitsgruppe zum Thema „Hilfsmittelversorgung – insbesondere in und durch Einrichtungen“. Das erste Impulsreferat von **Hedwig Seiffert** (Rechtsanwältin, Hamburg) beschäftigte sich mit Problemen aus der Praxis. Einrichtungen (hier Einrichtungen der teilstationären und vollstationären Betreuung und Unterbringung) als Leistungserbringer müssen Hilfsmittel als Bestandteile der Erbringung einer eigenen sozialrechtlich vertraglichen Leistung zur Verfügung stellen. Damit bestehe das Problem, dass kein gesonderter sozialrechtlicher Anspruch des Leistungsberechtigten auf die Leistung bestehe, sondern (nur) ein Anspruch im Rahmen des Anspruchs auf die Leistung in der Einrichtung. Im Weiteren zeigte **Seiffert** typische Ablehnungsgründe für Hilfsmittel im Sinne des § 33 SGB V auf, wie z. B. die Vorhaltepflcht des stationären Einrichtungsträgers oder die fehlende Aufnahme der Produktgruppe in die Hilfsmittel-Richtlinie. Weiterhin spezifizierte sie die Vorhaltepflchten von Einrichtungsträgern einer Pflegeeinrichtung bzw. von Einrichtungsträgern einer Einrichtung der Eingliederungshilfe. Anhand von einschlägigen Gerichtsentscheidungen zeigte **Seiffert** in diesem Zusammenhang auf, wann ein Anspruch auf ein Pflegebett⁶ oder (k)ein Anspruch auf einen speziellen Patientenlifter⁷ besteht. Im Weiteren klärte die Referentin die Rechtsstellung der Einrichtungen bei der Hilfsmittelgewährung und schloss ihr Referat

mit Überlegungen für die Praxis.⁸ Im Anschluss sprach **Dr. Ursula Waßer** (Richterin am BSG, Kassel) über Hilfsmittel, die bspw. in die Zuständigkeit der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Bundesagentur für Arbeit fallen und ausschließlich der Teilhabe am Arbeitsleben dienen. Pflegehilfsmittel, die in die Leistungspflicht der Pflegeversicherung fallen, seien auf Pflegebedürftige in häuslicher Pflege beschränkt. Im Weiteren verdeutlichte **Waßer** die von Einrichtungen vorzuhaltenden Hilfsmittel, hier insbesondere die Vorhaltepflchten von Pflegeheimen anhand der Entscheidungen des BSG⁹ vom 06.06.2002 sowie vom 15.11.2007. Demnach sind maßgeblich der Versorgungsauftrag und die Leistungs- und Qualitätsvereinbarung des jeweiligen Pflegeheims vorrangig. Zum Abschluss verdeutlichte die Referentin die Abgrenzung von Hilfsmitteln, die von der Pflegeversicherung zu tragen sind zu Hilfsmitteln, die in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen fallen.¹⁰ Insbe-

⁶ Z. B. Bayerisches LSG vom 02.06.2006 Az. L 4 KR 253/03.

⁷ Vgl. LSG Nordrhein-Westfalen vom 26.08.2009 Az. L 11 KR 96/07.

⁸ Vgl. Grupp, Praktische und rechtliche Fragen der Hilfsmittelversorgung – Zusammenfassung der Online-Diskussion im moderierten Forum Fragen – Meinungen – Antworten zum Rehabilitations- und Teilhaberecht, Beitrag D19-2014; Cordes, Schwierigkeiten und Möglichkeiten in der Hilfsmittelversorgung im Rahmen der stationären Rehabilitation, Beitrag D1-2014; Ulrich, Umfang gerichtlicher Sachaufklärung bei der Feststellung des aktuellen Erkenntnisstandes im Rahmen der Hilfsmittelversorgung, Beitrag C2-2014 jeweils unter www.reha-recht.de.

⁹ BSG vom 06.06.2002 Az. B 3 KR 67/01 R; BSG vom 15.11.2007 Az. B 3 A 1/07 R.

¹⁰ Vgl. Ulrich, Versorgung mit einem Therapedreirad, Beitrag A4-2014; Grupp, Praktische und rechtliche Fragen der Hilfsmittelversorgung – Zusammenfassung der Online-Diskussion im moderierten Forum Fragen – Meinungen – Antworten zum Rehabilitations- und Teilhaberecht, Beitrag D19-2014, Waßer, Ausstattung eines Versicherten mit einer Sportprothese zu Lasten der Krankenkasse?, Beitrag A1-2013; Waßer, Zur doppelten Ausstattung (Zweitversorgung) mit einem Hilfsmittel zur Sicherstellung der Schulfähigkeit, Beitrag A10-2012, Hackstein, Anspruch eines Versicherten auf Versorgung mit einem nicht im

sondere in der Diskussion wurde deutlich, dass die Versorgung mit Hilfsmitteln im Zusammenhang mit der UN-BRK – gerade unter dem Aspekt der Selbstbestimmung – überprüft werden sollte und es verschiedene methodische Ansätze gibt, die noch nicht aktiviert wurden. Dabei müsse deutlich werden, dass das Hilfsmittel der Würde und Selbstbestimmung dienlich ist und es sich nicht um eine Pflgeerleichterung handelt.

Abschließendes Thema waren die „Perspektiven der Rehabilitation im Krankenversicherungsrecht“, die von **Prof. Dr. Ernst Hauck** (Richter am BSG, Kassel) dargestellt wurden. Er erläuterte dazu zunächst das problematische Spannungsfeld der gesetzlichen Krankenkasse (GKV), die einerseits die flächendeckende Gesundheit erhalten bzw. wieder herstellen soll, der andererseits eine baldige Kostenexplosion droht, da die veränderte Altersstruktur und der medizinische Fortschritt zu höheren Ausgaben führen. Die Rechtsgrundlagen für Rehabilitation seien im Bereich der GKV auslegungsbedürftig. Der

Referent thematisierte dazu die Hinweise der höchstrichterlichen Rechtsprechung, die sich in diesem Rahmen mit dem Verhältnis SGB V und SGB IX, den Zuständigkeitsregelungen und der UN-BRK auseinandergesetzt haben. So entwickelte das BSG etwa den Grundsatz, dass medizinische Rehabilitation Aufgabe der GKV sei, diese aber nach dem SGB V geleistet werde und nach dem SGB IX nur dann, wenn im SGB V nichts Abweichendes vorgesehen ist.¹¹ Insgesamt beurteilte der Referent die Perspektiven der Rehabilitation als positiv. So werden Rehabilitationsleistungen inzwischen als wichtiger Teil der GKV angesehen. Weiterhin sei aber auf eine verbesserte Umsetzung hinzuwirken, insbesondere im Bereich der Dauer der Zuständigkeitsfeststellungen.¹²

Ihre Meinung zu diesem Diskussionsbeitrag ist von großem Interesse für uns. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag.

Hilfsmittelverzeichnis gelisteten Produkt, Beitrag A17-2011 jeweils unter www.reha-recht.de.

¹¹ Zu dieser Diskussion kritisch Fuhrmann/Heine, Ende des Wunsch- und Wahlrechtes? – Anmerkung zu BSG, Urteile vom 07.05.2013 – B 1 KR 12/12 und B 1 KR 53/12 R, Beitrag A7-2014 unter www.reha-recht.de.

¹² Vgl. Amann/Giese/Hlava/Willig, Tagungsbericht „7. Deutscher REHA-Rechtstag“ am 27. September 2013 in Berlin, Beitrag D13-2014 unter www.reha-recht.de.