

Forum D

Entwicklungen und Reformvorschläge
– Diskussionsbeitrag Nr. 22/2012 –

17.12.2012

Auswirkungen der Pflegereform und weiterer aktueller Gesetzesvorhaben auf die Rehabilitation

von Markus Algermissen, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

Die Rehabilitation ist ein wichtiger Schwerpunkt der Gesundheitspolitik der Bundesregierung. CDU, CSU und FDP vereinbarten am 26. Oktober 2009 in Berlin in ihrem Koalitionsvertrag „Wachstum. Bildung. Zusammenhalt.“, auch den Leistungsbereich der medizinischen Rehabilitation zu verbessern.¹ Nunmehr neigt sich diese Legislaturperiode allmählich ihrer Schlussphase zu. Dies gibt Gelegenheit zu rekapitulieren, welche Geset-

zesvorhaben und sonstigen Maßnahmen in den letzten Jahren auf den Weg gebracht wurden, um dieses Ziel zu erreichen.²

I. These des Autors

In der 17. Legislaturperiode stand zunächst die Konsolidierung der GKV-Finzen³ im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Reformen⁴. Danach konnten mehrere Gesetzgebungsverfahren dazu genutzt werden, um das System der medizinischen Rehabilitation

¹ Koalitionsvertrag, S. 90/91: „Qualifizierte medizinische Rehabilitation ist eine wichtige Voraussetzung zur Integration von Kranken in Beruf und Gesellschaft und nimmt im Gesundheitswesen einen immer höheren Stellenwert ein. Prävention, Rehabilitation und Pflege sind besser aufeinander abzustimmen. Prävention hat Vorrang vor Rehabilitation. Dem bisher nicht ausreichend umgesetzten Grundsatz Rehabilitation vor Pflege muss besser Rechnung getragen werden. Abstimmungs- und Schnittstellenprobleme zwischen den Trägern müssen behoben werden. Wir wollen die Transparenz und Orientierung über das Leistungsangebot der verschiedenen Träger erhöhen, die Beratung der Versicherten durch die Rehabilitationsträger verbessern und die Wahlmöglichkeiten der Versicherten stärken. Bei Vertragsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Rehabilitationseinrichtungen sollen Schiedsstellen eingerichtet werden.“

² Markus Algermissen ist Leiter des Referats für das Beitrags- und das Leistungsrecht in der GKV im Bundesministerium für Gesundheit. Dieser Beitrag beruht auf einem Vortrag, den der Autor am 28.09.2012 auf dem 6. Deutschen REHA-Rechtstag in Kassel gehalten hat. Die Gesetzgebungsmaterialien zu den in diesem Beitrag genannten Gesetzen und Gesetzesentwürfen finden Sie in der Infothek unter der Rubrik „Aus der Politik“, Unterpunkt „Neue Gesetze und Gesetzesinitiativen“ auf www.reha-recht.de oder auf den Seiten von Bundestag und Bundesrat.

³ GKV steht für Gesetzliche Krankenversicherung.

⁴ Vor allem durch das GKV-Finanzierungsgesetz v. 22.12.2010 (BGBl I, S. 2309) konnte ein Milliardenfazit der GKV verhindert werden.

in Deutschland zu verbessern. Diese gesetzlichen Änderungen bedürfen jedoch zum Teil noch der Umsetzung durch die Praxis.

II. Pflege-Neuausrichtungsgesetz

Eines der wesentlichen Ziele des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) vom 23. Oktober 2012⁵ ist es, den Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ zu stärken, der nach Ansicht des Gesetzgebers noch nicht ausreichend umgesetzt ist⁶. Hierzu werden die Rechte der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen auf Beratung und Information durch die Pflegekassen und auf eine nachvollziehbare und transparente Prüfung eines möglichen Anspruchs auf Leistungen zur Rehabilitation gestärkt.⁷

Die Pflegekassen werden in § 18a SGB XI verpflichtet, Antragstellenden neben dem Leistungsbescheid eine im Rahmen der Begutachtung zu erstellende gesonderte Rehabilitationsempfehlung zu übermitteln. Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass Rehabilitationsmaßnahmen gerade auch für pflegebedürftige Menschen von großer Bedeutung sein können.⁸ Die Betroffenen erhalten mit der Rehabilitationsempfehlung konkrete und für sie nachvollziehbare Aussagen über für sie notwendige und empfehlenswerte Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation, aber auch über die Gründe, die gegebenenfalls einer Rehabilitationsempfehlung entgegenstehen. Das Begutachtungsverfahren wird dadurch auch im Hinblick auf Rehabilitationsaspekte für die Versicherten transparent; gleichzeitig erhält die Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung einen höheren Stellenwert und wird somit als Versorgungsangebot gestärkt.

Mit der Pflicht zur Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung korrespondiert die Stär-

kung einer frühzeitigen, individuellen Pflegeberatung durch die Pflegekassen durch das PNG⁹. So hat die Pflegekasse gemäß § 7b Abs. 1 SGB XI nunmehr nach Eingang eines Antrags dem Antragsteller entweder einen Beratungstermin innerhalb von zwei Wochen auf Wunsch zu Hause anzubieten, oder – wenn dies nicht möglich ist – einen Gut-schein auszustellen, der bei einer qualifizierten Beratungsstelle eingelöst werden kann. Aufgabe dieser Pflegeberatung ist es, im Sinne eines Fallmanagements die zur Verfügung stehenden Unterstützungs- und Hilfeleistungen zielgerichtet auf die besondere Situation des Pflegebedürftigen zuzuschneiden und ihn bei der Auswahl und Inanspruchnahme beratend zu begleiten.

Zur weiteren Absicherung des Grundsatzes Rehabilitation vor Pflege werden für die Pflegekassen und den Spitzenverband Bund der Pflegekassen durch das PNG nunmehr Berichtspflichten vorgesehen, um auf der Grundlage gesicherter Daten die Durchsetzung des Grundsatzes Rehabilitation vor Pflege gezielt fördern zu können.¹⁰

Des Weiteren nimmt das PNG als wichtigen Punkt die Situation der pflegenden Angehörigen in den Blick. Durch die Einführung einer gesetzlichen Klarstellung in § 23 Abs. 5 S. 1 und § 40 Abs. 3 S. 1 SGB V wird der Anspruch der pflegenden Angehörigen auf Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen unterstrichen.¹¹ Im Gesetz wird es an diesen Stellen in Zukunft heißen: „Die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehöriger“. Diese Klarstellung soll und wird das Bewusstsein für die Situation der pflegenden Angehörigen schärfen – gesellschaftlich, aber auch beim konkreten Kassensachbearbeiter, der einen Reha-Antrag zu bearbeiten hat.

Eine wichtige Gesetzesänderung besteht in

⁵ Vgl. BGBl I, S. 2246.

⁶ Vgl. BT-Drs. 17/9369, S. 19.

⁷ Vgl. BT-Drs. 17/9369, S. 19.

⁸ Vgl. BT-Drs. 17/9369, S. 36.

⁹ Vgl. BT-Drs. 17/9369, S. 37.

¹⁰ Vgl. § 18a Abs. 2 und 3 SGB XI.

¹¹ Vgl. Art. 3 Nr. 1 und 2 des PNG.

diesem Zusammenhang auch darin, dass pflegende Angehörige Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen in Zukunft zum Beispiel in Einrichtungen in Anspruch nehmen können, die zugleich Pflege und Betreuung des Pflegebedürftigen gewährleisten: Um den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die keine Zulassung zur Pflege nach dem SGB XI besitzen, eine pflegerische Versorgung im Rahmen des Sachleistungssystems der Pflegeversicherung zu ermöglichen¹², wird der Anspruch auf die Sachleistung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI erweitert.¹³¹⁴

Und in Zukunft können auch **Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartige Einrichtungen** stärker als bisher in die Versorgung pflegender Angehöriger mit Vorsorge- und Reha-Leistungen einbezogen werden – soweit sie dazu geeignet sind.

III. Patientenrechtegesetz

Der Entwurf eines Patientenrechtegesetzes wurde am 23. Mai 2012 vom Bundeskabinett beschlossen. Um Eigenverantwortung übernehmen zu können, müssen Patientinnen und Patienten wissen, welche Rechte sie in unserem System haben. Damit hier Transparenz geschaffen wird, sollen entscheidende Rechte und Pflichten im Zusammenhang mit medizinischer Versorgung im Patientenrechtegesetz gebündelt werden¹⁵.

Der Gesetzentwurf sieht auch die Stärkung der Versichertenrechte in der gesetzlichen Krankenversicherung vor. In § 13 SGB V sollen durch einen neuen Absatz 3a Entscheidungsfristen für die Krankenkassen – drei

Wochen bzw. fünf Wochen, wenn ein Gutachten für die Leistungsentscheidung eingeholt werden muss – eingeführt werden. Werden diese Fristen ohne einen hinreichenden Grund nicht eingehalten, sollen sich Versicherte die Leistung selbst beschaffen können. Sie erhalten die entstandenen Kosten von der Krankenkasse erstattet. Diese Regelung ist an §§ 14, 15 SGB IX angelehnt, soll diese aber im Bereich der Rehabilitation nicht ersetzen, die §§ 14, 15 SGB IX gelten insoweit vorrangig.¹⁶

IV. Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes

Durch Art. 4 Nr. 2 und 3 des Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes vom 28. Juli 2011¹⁷ setzte die Regierungskoalition einen weiteren Punkt aus dem Koalitionsvertrag um und führte im SGB V ein Schiedsstellenverfahren für den Bereich der stationären Rehabilitation ein¹⁸. Dieses soll Verhandlungen zwischen den Einrichtungen und den Krankenkassen auf Augenhöhe gewährleisten und „zu einem zeitsparenden und flexiblen Interessenausgleich“ führen¹⁹. Auch wenn diese gesetzliche Neuerung nicht unumstritten war und ist, hat sie doch großes Potential. Derzeit läuft die Umsetzung in den Ländern.

¹² Vgl. BT-Drs. 17/9369, S. 41.

¹³ Vgl. Art. 1 Nr. 16 PNG. Die rechtlichen und konzeptionellen Fragen dieses erweiterten Anspruchs auf Kurzzeitpflege wurden auch auf dem 6. Deutschen REHA-Rechtstag diskutiert, vgl. hierzu den Tagungsbericht von Oluk/Willig, Beitrag D21-2012 auf www.reha-recht.de.

¹⁴ Vgl. BT-Drs. 17/10488, S. 10.

¹⁵ Vgl. BT-Drs. 17/10488, S. 9.

¹⁶ Vgl. BT-Drs. 17/10488, S. 32.

¹⁷ Vgl. BGBl. I, S. 1622.

¹⁸ Vgl. §§ 111 Abs. 5 S. 2 und 3, 111b SGB V.

¹⁹ Vgl. BT-Drs. 17/5178, S. 21; die Einführung der Landesschiedsstellen nach § 111b SGB V war auch Thema des 6. Deutschen REHA-Rechtstages am 28.09.2012 in Kassel, eine Zusammenfassung der gehaltenen Vorträge und des Diskussionsverlaufs bietet der Beitrag D19-2012 von Ramm, Hlava und Willig auf www.reha-recht.de.

V. GKV-Versorgungsstrukturgesetz

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22. Dezember 2011²⁰, das am 1. Januar 2012 in Kraft getreten ist, wurde die Gleichstellung der ambulanten mit stationären Rehabilitationseinrichtungen vorangetrieben. Nunmehr ist im SGB V auch der Abschluss einheitlicher Versorgungsverträge über die Durchführung der ambulanten Rehabilitationsleistungen vorgesehen²¹. Dies war bisher nur im Bereich der stationären Rehabilitation der Fall. Außerdem wurde mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz für die ambulante Reha – wie vorher schon für die stationäre Reha – ein Schiedsverfahren zu den Vergütungsverträgen vorgesehen. Hervorzuheben ist, dass ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation selbstverständlich nach wie vor als mobile Rehabilitationsleistungen²² erbracht werden können, wie der Gesetzgeber in der Gesetzesbegründung zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz auch ausdrücklich betont.

Damit ist die Gleichstellung der ambulanten gegenüber der stationären Reha aber noch nicht abgeschlossen. So wurden zum Beispiel bisher die bestehenden Befreiungstatbestände des Gewerbesteuerrechts nicht an diese sozialrechtlichen Veränderungen angepasst. Auch Einrichtungen der ambulanten Reha sollte es ermöglicht werden, wie stationäre Reha-Einrichtungen an der Gewerbesteuerbefreiung teilhaben zu können. Dies

²⁰ Vgl. BGBl. I S. 2983, zuletzt geändert durch Artikel 8a Gesetz zur Neuordnung der Organisation der landwirtschaftlichen Sozialversicherung v. 12.04.2012, BGBl. I S. 579.

²¹ Vgl. § 111c SGB V.

²² Diese Leistungsform wurde durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26.03.2007 im SGB V verankert. Durch diese Möglichkeit, die für den Erhalt der Selbständigkeit wichtigen Fähigkeiten im häuslichen Wohnumfeld wieder zu erlernen, wird der Zugang zur Rehabilitation vereinfacht und die Erfolgchancen der Rehabilitationsmaßnahme erhöht.

sieht auch der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum Jahressteuergesetz 2013 so. Die Bundesregierung hat diesbezüglich in ihrer Gegenäußerung eine Prüfung zugesagt.

Eine weitere Gesetzesänderung aus dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz mit Bezug zur Reha: Um den Wettbewerb der Krankenkassen zu stärken, wurde den Krankenkassen in § 11 Absatz 6 die Möglichkeit eingeräumt, ihren Versicherten über die gesetzlich festgeschriebenen Leistungen hinaus in bestimmten Bereichen ergänzende Leistungen als Satzungsleistungen anzubieten. Zu diesen Bereichen gehört ausdrücklich auch der Bereich der Vorsorge und Rehabilitation. Die Krankenkassen haben hier nach der Gesetzesbegründung einen weiten Gestaltungsspielraum²³. Denkbar wäre z. B., den Versicherten einen höheren Zuschuss zu ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V zu gewähren.

VI. Leistungsbereich Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen

Auch im Bereich der Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen hat es in der 17. Legislaturperiode Verbesserungen gegeben. Wie die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation waren die Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen als stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von Ermessens- in Pflichtleistungen umgewandelt worden, um dem Stellenwert dieser Leistungen Rechnung zu tragen. Nach einem kurzen Anstieg in den Jahren 2007 und 2008 im Anschluss an diese gesetzliche Änderung entwickelten sich die Leistungsausgaben allerdings stark rückläufig. Die Gründe hierfür waren zunächst unklar, wurden jedoch zum Teil durch einen

²³ Vgl. BT-Drs. 17/6906, S. 53.

Bericht des Bundesrechnungshofes²⁴ zu Tage gefördert. Dieser offenbarte inakzeptable Defizite in der Bewilligungspraxis der Krankenkassen. Kritisiert wurden unter anderem die Intransparenz der Entscheidungsfindung, fehlende oder unzureichende Begründungen der Entscheidungen, unzureichende Sachverhaltsermittlungen und unberechtigte Verweisungen der Versicherten auf ambulante Maßnahmen.

Ende Januar 2012 haben sich die Beteiligten nunmehr auf eine überarbeitete Fassung der „Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation“ und auf Umsetzungsempfehlungen²⁵ verständigt und dabei auch die Erkenntnisse berücksichtigt, die zu den Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter gewonnen worden waren.²⁶ Dies war ein wichtiger und äußerst erfreulicher Schritt im Sinne der betroffenen Mütter und Väter für eine erfolgreiche Prävention und Rehabilitation. Die aktuellen Zahlen deuten darauf hin, dass die zur Verbesserung der Bewilligungspraxis getroffenen Maßnahmen auch wirksam greifen.

VII. Nationaler Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention

Die UN-Behindertenrechtskonvention von 2006 will sicherstellen, dass Menschen mit Behinderung den gleichen menschenrechtli-

chen Schutz erhalten wie Menschen ohne Behinderung. Umgesetzt werden soll die Konvention durch den Nationalen Aktionsplan der Bundesregierung²⁷, den das Bundeskabinett am 15. Juni 2011 beschlossen hat. Verbesserungen im Bereich der Rehabilitation, etwa die Gleichstellung der ambulanten Rehabilitation, kommen auch Menschen mit Behinderungen zu Gute.

Eines der Themen, der sich die Bundesregierung bei der Aufstellung des Nationalen Aktionsplans angenommen hat, stellt die „Frühförderung“ dar. Hier wurden aus der Praxis vielfältige Problemlagen bei der Umsetzung dieser Komplexleistung geschildert. Zur weiteren Aufarbeitung der strukturellen und finanziellen Hindernisse und zur Sondierung der Handlungsoptionen zu deren Beseitigung wurde im Aktionsplan ein Forschungsvorhaben angekündigt²⁸. Mittlerweile liegen dessen Ergebnisse vor²⁹ und diese bestätigen, dass es ungelöste Probleme an den Nahtstellen der Leistungen der an der Früherkennung und Frühförderung beteiligten Trägerbereiche gibt. Hier besteht vor allem untergesetzlicher Handlungsbedarf.

²⁴ Sog. „Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO über die Durchführung von Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen nach den §§ 23, 24 SGB V durch die Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung“ vom 07.06.2011.

²⁵ Sowohl die Begutachtungsrichtlinie als auch die Umsetzungsempfehlungen finden Sie auf den Seiten des MDS oder in der Infothek unter www.reha-recht.de unter der Rubrik „Aus der Verwaltung/ Selbstverwaltung/ Rehabilitations-träger/ Krankenkassen“.

²⁶ Vgl. hierzu das Vorwort zur aktualisierten Fassung der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation 2012.

²⁷ Zu finden in der Infothek unter der Rubrik „Aus der Politik“, Unterpunkt „Bundesebene“ auf www.reha-recht.de oder auf www.einfach-teilhabe.de.

²⁸ Vgl. S. 154 des Aktionsplans.

²⁹ Den Abschlussbericht der BMAS-Studie „Strukturelle und finanzielle Hindernisse bei der Umsetzung der interdisziplinären Frühförderung gem. § 26 Abs. 2 Nr. 2 i. V. m. §§ 30 und 56 Abs. 2 SGB IX“, die durch das Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik in Köln erstellt wurde, finden Sie in der Infothek unter der Rubrik „Aus der Politik/ Bundesebene/ Aus den Ministerien“ auf www.reha-recht.de oder unter www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/Forschungsberichte/Forschungsberichte-Teilhabe/fb419-fruehfoerderung.html.

VIII. TPG-Änderungsgesetz

Mit dem Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes (TPG-Änderungsgesetz)³⁰, das am 1. August 2012 in Kraft getreten ist, hat der Gesetzgeber für eine weitere Verbesserung des Rehabilitationssystems gesorgt, indem er die versicherungsrechtliche Absicherung des Organlebenspenders³¹ klar geregelt und verbessert hat. Gemäß § 27 Abs. 1a SGB V hat der Organlebenspender gegen die Krankenkasse des Organempfängers nunmehr einen eindeutigen Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

IX. Fazit

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Rehabilitation und insbesondere für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im Bereich der medizinischen Rehabilitation sind unter Berücksichtigung verschiedener Aspekte durch mehrere Gesetzesvorhaben/Maßnahmen weiterentwickelt und verbessert worden. Wichtig ist aber auch, dass diese geänderten Rahmenbedingungen in der Praxis durch die Selbstverwaltung und die handelnden Akteure umgesetzt und mit Leben gefüllt werden.

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

³⁰ Gesetz v. 21.07.2012 (BGBl. I, S. 1601), in Kraft getreten am 01.08.2012.

³¹ Vgl. zu der Frage, in welchem Umfang der Organlebenspender unfallversicherungsrechtlich geschützt ist auch Leube, Beitrag A24-2012 auf www.reha-recht.de.