

# **BWKG-Info-Veranstaltung**

**Auswirkungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes auf die  
Rehabilitationskliniken am 29. März 2007 in Neuhausen/Fildern**

## **Rehabilitation nach dem GKV-WSG aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen**

**Walter Scheller**

**Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung Baden-Württemberg**

Verband der Angestellten-Krankenkassen (Vd AK) e.V.  
AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.



# Übersicht aller relevanten Änderungen im Bereich der Rehabilitation

# Leistungsrechtliche Änderungen

- Umwandlung von Mutter/Vater-Kind-Leistungen in Pflichtleistung (§§ 24, 41 SGB V)
- Umwandlung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation in Pflichtleistungen (§ 40 Abs. 1 und 2 SGB V)
- Mobile Rehabilitation wird (für alle Indikationsbereiche) in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen (§ 40 Abs. 1 SGB V)
- Versicherte können zertifizierte Einrichtungen ohne Versorgungsvertrag in Anspruch nehmen (§ 40 Abs. 2 SGB V)
- Krankenkassen führen Statistiken über Anträge sowie deren Erledigung auf Leistungen für medizinischen Rehabilitation (incl. Mutter/Vater-Kind)

## Vertragsrechtliche Änderungen

- Wegfall der Rahmenvorgaben über Inhalte, Ziele und Voraussetzungen der Vorsorge und Rehabilitation (§ 111b SGB V)
- Wegfall der gemeinsamen Anforderung an Leistungserbringer der sozialmedizinischen Nachsorge (§ 132c SGB V)

## Organisationsrechtliche Änderungen

- Bisherige Aufgaben der Spitzenverbände der Krankenkassen werden dem Spitzenverband Bund übertragen
- MDK überprüft Notwendigkeit von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen nur noch in Stichproben (§ 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V)

# Qualitätssicherung

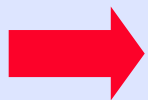
- Krankenkassen übernehmen Kosten für die Auswertung der externe Qualitätssicherung  
(§ 137d Abs. 1 SGB V)
- Auswertungsstelle der QS-Daten ist zwischen den Vereinbarungspartnern nach § 137d festzulegen  
(§ 299 Abs. 3 SGB V)
- Anforderungen an ein einrichtungsinternes QM sowie an ein einheitliches, unabhängiges Zertifizierungsverfahren werden von den Rehabilitationsträgern auf BAR-Ebene festgelegt  
(§ 20 Abs. 2a SGB IX)
- Verträge mit Einrichtungen, die nicht zertifiziert sind, sind zu kündigen  
(§ 21 Abs. 3 SGB IX)



## **Darstellung/Kommentierung ausgesuchter Bereiche**

## Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter werden Pflichtleistung (§§ 24,41 SGB V)


- Es besteht Anspruch auf diese Leistung, sofern sie medizinisch notwendig ist und das Vorsorge- oder Rehabilitationsziel nicht mit anderen ggf. wirtschaftlicheren Maßnahmen erreicht werden kann
- Ausgaben werden RSA-fähig
- Krankenkassen entscheiden (weiterhin) über Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistung



- Entspricht der gängigen Leistungspraxis
- BMG veranschlagt Mehrausgaben von 70 Mio €
- Vorsorge gem. § 23 SGB V wird keine Pflichtleistung
- Ggf. mehr Anträge = Mehrausgaben zu Lasten der GKV

## Rehabilitationsleistungen werden Pflichtleistung (§ 40 SGB V)


- Es besteht Anspruch auf diese Leistung, sofern sie medizinisch notwendig ist und das Rehabilitationsziel nicht mit anderen ggf. wirtschaftlicheren Maßnahmen erreicht werden kann
- Ausgaben werden RSA-fähig
- Krankenkassen entscheiden (weiterhin) über Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistung

- 
- Entspricht der gängigen Leistungspraxis
  - BMG Schätzung: 50 Mio € Mehrausgaben (nur Geriatrie)
  - Ggf. mehr Anträge ? = mehr GKV-Leistungen/Mehrausgaben
  - Aber: Stationäre Vorsorge/Reha-Leistungen weiter budgetiert
  - Ausbau geriatrischer Strukturen




## Mobile Rehabilitation wird Regelleistung der GKV (§ 40 Abs. 1 SGB V)

- Mobile Rehabilitation wird (als Sonderform der ambulanten Rehabilitation) ausdrücklich ermöglicht
- Leistungsanspruch nicht auf bestimmte Indikationen begrenzt
- Mobile Rehabilitation kann auch in zugelassenen Pflegeeinrichtungen durch zugelassene Reha-Leistungserbringer in Betracht kommen

- 
- Sinnvolle Leistungserweiterung für spezielles Klientel
  - Rahmenempfehlungen für Geriatrie bereits in Arbeit
  - Kein Reha-Light!
  - BMG veranschlagt keine Mehrausgaben
  - Klarstellung: auch Pflegebedürftige können diese Leistung in Anspruch nehmen


## Mehrkostenreglung bei Inanspruchnahme von zertifizierten Einrichtungen ohne Versorgungsvertrag (§ 40 Abs. 1 SGB V)

- Versicherte können zertifizierte Einrichtungen ohne Versorgungsvertrag (VV) in Anspruch nehmen
- Mehrkosten sind vom Versicherten zu tragen

- 
- Regelung greift erst, wenn Zertifizierungsverfahren (incl. Übergangsregelungen) vereinbart sind (vgl. § 20 SGB IX)
  - Reha-Markt wird für nicht zugelassene Leistungserbringer geöffnet
  - Wunsch- und Wahlrecht wird auf nicht zugelassene (und zertifizierte) Leistungserbringer erweitert
  - Externe Qualitätssicherung (und somit auch Ergebnisqualität) findet keine Berücksichtigung


## Wegfall der Rahmenvorgaben über Vorsorge und Rehabilitationsmaßnahmen (§ 111b SGB V)

- Wegfall einer gemeinsamen Definition und eines gemeinsam definierten Verständnisses von Vorsorge und Rehabilitation

- 
- Für die med. Rehabilitation unproblematisch, da entsprechende Regelungen im SGB IX (z.B. §§ 10, 12 und 13) verankert
  - Für Vorsorge fehlt ein einheitliches Rahmenkonzept
  - Spitzenverbände der Krankenkassen empfehlen weiterhin die Anwendung der Rahmenempfehlung vom 12.05.1999


# Beschränkung der MDK Begutachtung auf Stichproben (§ 275 Abs.1 SGB V)

- MDK begutachtet Erstanträge zukünftig nicht mehr regelhaft (Stichproben)
- Verlängerungsanträge sind weiterhin regelhaft zu begutachten
- Spitzenverband Bund legt ab 1. Juli 2008 Inhalt und Umfang der Stichprobe sowie Ausnahmen fest

- 
- Bis zur Festlegung durch den Spitzenverband Bund begutachtet MDK weiterhin regelhaft, bisherige Ausnahmeregelungen gelten weiter (§ 217f Abs. 5 )
  - Neuregelung problematisch vor dem Hintergrund schlechter Reha-Qualifikation niedergelassener Ärzte
  - Datenschutzrechtliche Problematik: Nicht alle für die Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit relevanten Angaben sollen an die Krankenkassen gehen

## Reha-Träger vereinbaren Anforderungen an internes QM sowie ein Zertifizierungsverfahren (§§ 20, 21 SGB IX)

- Reha-Träger legen auf BAR-Ebene Anforderungen an das interne QM fest und entwickeln ein verbindliches Zertifizierungsverfahren
- Nicht zertifizierte Einrichtungen sind fachlich nicht geeignet (= Kündigung der Versorgungsverträge)

- 
- Sanktionen ausschließlich im Bereich Zertifizierung, nicht aber für externe QS vorgesehen!
  - Zusatzkosten für Einrichtungen
  - Vor Festlegung eines Zertifizierungsverfahrens keine Konsequenzen
  - Verfahren muss ausreichend reha-spezifisch sein
  - Bisher im Gemeinsamen Ausschuss QS festgelegte Anforderungen sollen in die Entwicklung einfließen

# FAZIT

## Zu begrüßen:

- Rehabilitation als Pflichtleistung (hat jedoch ausschließlich deklaratorischen Charakter)
- Mobile Rehabilitation

## Problematisch:

- Öffnung des Reha-Marktes für nicht zugelassene Leistungserbringer
- Beschränkung der MDK-Begutachtung auf Stichproben
- Qualitätsfokus zu sehr auf Zertifizierung (Ergebnisqualität zählt!)