



RUNDSCHREIBEN

Nr. 1/97

an die LBGen
an die LKKen
an die LAKen

Fernruf: 05 61/93 59-0
Durchwahl: - 136
Bearbeiter:
Telefax:

AZ: GLA III 38 c, BLK I 106

Bezug: Rdschr. Nr. 147/96 v. 22. Okt. 1996

06. Januar 1997

Kassel

Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz - WFG
Gemeinsame Aussage der Spitzenverbände KV/RV

Die SV-Spitzenverbände haben „Gemeinsame Aussagen der Spitzenverbände der Kranken - und Rentenversicherungsträger zur Umsetzung der Spargesetze 1996 vom 05.11.1996“ verabschiedet. Die Spitzenverbände nehmen darin Stellung zu Fragen der Auswirkungen der Spargesetze aufgrund des Beitragsentlastungsgesetzes und des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes auf die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation; wo erforderlich, differenzieren die Aussagen zwischen Kranken- und Rentenversicherung. Wir übersenden als Anlage einen Abdruck der gemeinsamen Aussagen zur gefälligen Kenntnisnahme.

Im Auftrag


Anlage! (3 fach)

**Gemeinsame Aussagen
der Spitzenverbände der Kranken-
und Rentenversicherungsträger
zur Umsetzung der Spargesetze 1996
vom 05.11.1996**

- Beitragsentlastungsgesetz - BeitrEntlG
- Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz - WFG

1. Einsparvorgaben für die Träger der Kranken- und Rentenversicherung

Das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG) sowie das Beitragsentlastungsgesetz (BeitrEntlG) bringen ab 1997 für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen neben einer höheren Selbstbeteiligung der Versicherten z. T. erhebliche Leistungseinschränkungen. Neben einer Verringerung der Entgeltersatzleistungen während der Rehabilitation wird die Dauer von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen grundsätzlich auf drei Wochen begrenzt, soweit keine längere Rehabilitationsdauer notwendig ist, um das Rehabilitationsziel zu erreichen. Eine wiederholte Leistungsgewährung ist erst nach Ablauf von vier Jahren möglich, soweit sie nicht aus medizinischen Gründen dringend früher erforderlich ist.

Für die Krankenversicherung wird erwartet, daß die Leistungseinschränkungen ein Einsparvolumen von 860 Mio. DM ergeben. Die Einführung einer Budgetierung für die Rentenversicherung unter das Ausgabenniveau von 1993 erfordert eine Ausgabenreduzierung der Rentenversicherungsträger um rd. 2,7 Mrd. DM. Die Entwicklung der Versichertenzahlen sowie strukturelle Änderungen (insbesondere qualitätsverbessernde Maßnahmen) können zukünftig bei den Ausgaben für Leistungen zur Rehabilitation nicht mehr berücksichtigt werden. Nach dem gegenwärtigen Erkenntnisstand können die sich daraus ergebenden Einsparungen (insbesondere in der Rentenversicherung) nicht allein durch Drei-Wochen-Maßnahmen erreicht werden. Aus diesem Grunde ist neben einer Überarbeitung der Kriterien des Rehabilitationsbedarfs u. a. eine größere zeitliche Flexibilisierung über die bisher bereits eingeleiteten Maßnahmen hinaus in allen Indikationen zu prüfen und anzustreben.

Eine Verkürzung von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen muß sozialmedizinisch begründet sein und darf den Erfolg einer Maßnahme nicht gefährden. Gerade eine zeitliche Flexibilisierung erfordert effektive und effiziente Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen.

2. Ausschluß des Anspruchs auf Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherung für Personen, die Leistungen im Übergang bis zur Altersrente beziehen

Für diesen Personenkreis scheidet zukünftig aufgrund der Einführung des § 12 Abs. 2 Nr. 4 a SGB VI eine Leistungspflicht des Rentenversicherungsträgers aus. Bei Vorliegen der sonstigen Anspruchsvoraussetzungen für eine Rehabilitationsmaßnahme gehen Leistungen für diesen Personenkreis voll zu Lasten der Krankenversicherung. Betroffen sind z. B.:

- Bezieher von Altersübergangsgeld (§ 249 e AFG),
- Ältere Empfänger von Arbeitslosengeld (§ 105 c AFG),
- Bezieher von Anpassungsgeld für entlassene Arbeitnehmer des Bergbaus,
- Bezieher einer Knappschaftsausgleichsleistung,

- Personen, die Invalidenrente bei Erreichung besonderer Altersgrenzen, befristete erweiterte Versorgung oder Vorruhestandsgeld nach den für Leistungen aus Sonderversorgungssystemen des Beitrittsgebietes geltenden Regelungen beziehen,
- Bezieher betrieblicher Versorgungsleistungen, die auf Altersrente hinführen,
- Bezieher von Produktionsaufgaberente (§ 1 FELEG),
- Bezieher von Ausgleichsgeld (§ 9 FELEG).

Nicht hierzu zählen Bezieher von Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, weil es gerade Aufgabe der Rehabilitation in der Rentenversicherung ist, die Zahlung solcher Renten zu vermeiden oder jedenfalls einzuschränken (aus Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung, Bundestagsdrucksache 13/5108 vom 26.06.1996).

3. Dauer

Nach den gesetzlichen Regelungen sollen stationäre medizinische Leistungen zur Rehabilitation für längstens 3 Wochen erbracht werden. Eine längere Dauer der Rehabilitation ist möglich, wenn dies zur Erreichung des Rehabilitationszieles erforderlich ist. Bei der Entscheidung über die Dauer kommt es auf den individuellen Rehabilitationsbedarf an. Hierbei sind Art und Schwere der Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen zu berücksichtigen.

Bei bestimmten Indikationen ist aufgrund von Besonderheiten der Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen das Rehabilitationsziel grundsätzlich nicht im Rahmen einer 3-wöchigen Rehabilitationsmaßnahme zu erreichen. Hierunter können z. B. Rehabilitationsmaßnahmen bei Suchterkrankungen, psychischen, psychosomatischen und neurologischen Erkrankungen fallen. In diesen Fällen kann der Kostenträger im Rahmen der Erstbewilligung eine längere Dauer als 3 Wochen festlegen.

Bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche kommt aufgrund der medizinischen und entwicklungsspezifischen Besonderheiten grundsätzlich von vornherein eine Dauer von 4 Wochen in Betracht. Eine längere Dauer der Rehabilitation ist möglich, wenn dies zur Erreichung des Rehabilitationszieles erforderlich ist.

4. Verlängerungen

4.1 Verfahren der Krankenkassen

Verlängerungen stationärer Rehabilitationsmaßnahmen über die von der Krankenkasse bewilligte Dauer hinaus sind möglich, wenn das Rehabilitationsziel nicht innerhalb der vorgesehenen Maßnahmedauer erreicht werden kann. In diesen Fällen ist von der Rehabilitationseinrichtung ein Verlängerungsantrag rechtzeitig bei der Krankenkasse zu stellen. Der Arzt der Rehabilitationsklinik muß nachvollziehbar begründen, warum unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs der Rehabilitationsmaßnahme und des Rehabilitationszieles eine Verlängerung notwendig ist.

Verlängerungsanträge sind durch den zuständigen MDK am Ort der Rehabilitationsklinik zu begutachten, soweit nicht aus Praktikabilitätsgründen einer anderen Regelung der Vorzug gegeben wird. Befürwortet der MDK eine Verlängerung, kann die Krankenkasse der Verlängerung zustimmen.

4.2 Verfahren der Rentenversicherungsträger

In der Rentenversicherung trifft der jeweilige Träger die Entscheidung über die Dauer der Rehabilitationsleistung aufgrund eines Votums seines sozialmedizinischen Dienstes. Über Verlängerungen entscheidet grundsätzlich der Rehabilitationsträger, ggf. der Arzt in der Rehabilitationsklinik nach Maßgabe des Rehabilitationsträgers, wobei zum Teil den Rehabilitationskliniken für Verlängerungen ein vorher bestimmtes „Kontingent“ vorgegeben ist.

5. Begutachtung durch die Sozialmedizinischen Dienste

5.1 Begutachtung durch den MDK

Nach § 275 Abs. 2 SGB V haben die Krankenkassen die Notwendigkeit der Leistungen nach den §§ 23, 24, 40 und 41 SGB V durch den MDK prüfen zu lassen. Grundlage der Begutachtung ist die Begutachtungsanleitung Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen bzw. -maßnahmen in der vorläufigen Fassung vom 25.06.1996.

Ausnahmen von der Begutachtungspflicht durch den MDK haben die Spitzenverbände der Krankenkassen am 03.07.1996 verabschiedet.

5.2 Begutachtung in der RV

Bei Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation ist es - ebenso wie bei Anträgen auf Rente wegen Erwerbsminderung - für die Entscheidung des Rentenversicherungsträgers im Einzelfall erforderlich, die sozialmedizinischen Voraussetzungen (§ 10 SGB VI: persönliche Voraussetzungen) für die beantragte Leistung festzustellen. Der mit der sozialmedizinischen Begutachtung beauftragte Gutachter erhebt die nach der Zielfragestellung des Gutachtauftrages wesentlichen medizinischen Sachverhalte, die er unter Berücksichtigung der besonderen Umstände des Einzelfalles sozialmedizinisch wertet und einordnet.

Gutachtaufträge werden sowohl an den trägereigenen Gutachterdienst als auch an externe Gutachter erteilt.

Liegen bereits qualifizierte medizinische Unterlagen vor, aufgrund deren eine erneute sozialmedizinische Begutachtung entbehrlich ist (vgl. auch § 96 SGB X), wird die Entscheidung über den Leistungsantrag durch Einholung einer sozialmedizinischen Stellungnahme hinreichend abgesichert (Gutachten nach Aktenlage).

Auf die Besonderheit der Gutachtenerstellung gem. den Empfehlungen zur Anwendung des § 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V unter Berücksichtigung des § 4 Abs. 2 Satz 2 RehaAnglG vom 17.02.1993 wird hingewiesen.

6. Zuzahlung

6.1 Allgemeines

Die Zuzahlung bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen beträgt ab 01.01.1997 in den alten Bundesländern 25,00 DM und in den neuen Bundesländern 20,00 DM je Kalendertag. Bei der Feststellung der gesamten Zuzahlung sind in der Krankenversicherung der An- und Abreisetag als je 1 Kalendertag zu berechnen.

Die Zuzahlungsbeträge gem. § 40 Abs. 6 SGB V und § 32 Abs. 1 Satz 2 SGB VI i. V. m. § 39 Abs. 4 SGB V in Höhe von DM 12,00 bzw. DM 9,00 werden bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen erhoben, deren unmittelbarer Anschluß an eine Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig ist (Anschlußrehabilitation - vgl. Abschnitt 7). Die Aussagen zu § 39 SGB V im Gemeinsamen Rundschreiben zu leistungsrechtlichen Vorschriften des GRG vom 09.12.1988 hinsichtlich der Dauer der Zuzahlung sind zu beachten.

6.2 Zuzahlung bei Anschlußrehabilitation

Es wird auf Abschnitt 7.2 verwiesen.

6.3 Übergangsvorschriften KV

Die erhöhte Zuzahlung ab 01.01.1997 ist auch in den Fällen zu entrichten, in denen die stationäre Rehabilitationsmaßnahme, für die die Krankenkasse Kostenträger ist, bereits vor diesem Zeitpunkt begonnen hat.

6.4 Übergangsvorschriften RV

In der Rentenversicherung wird die erhöhte Zuzahlung erst in den Fällen erhoben, die nach dem 31.12.1996 beginnen, erhoben.

7. Anschlußrehabilitation

7.1 Definition der Anschlußrehabilitation

Eine Anschlußrehabilitation liegt vor, wenn der unmittelbare Anschluß der stationären Rehabilitationsmaßnahme an eine Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig ist und ein ursächlicher Zusammenhang zwischen beiden Maßnahmen besteht.

Der unmittelbare Anschluß gilt auch dann als gewahrt, wenn die stationäre Rehabilitationsmaßnahme innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der Krankenhausbehandlung beginnt, es sei denn, diese Frist kann

- ☐ aus zwingenden medizinischen Gründen und/oder
- ☐ aus zwingenden tatsächlichen Gründen (z.B. Kapazitätsgründe)

nicht eingehalten werden. Dabei soll ein Zeitraum von 6 Wochen nach Beendigung der Krankenhausbehandlung nicht überschritten werden.

Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, die im Rahmen der gemeinsamen AHB-Verfahren der Renten- und Krankenversicherung durchgeführt werden, gelten als Anschlußrehabilitation i. S. dieses Gesetzes.

7.2 Zuzahlung bei Anschlußrehabilitation

Wegen der besonderen medizinischen Bedeutung von Anschlußrehabilitationen hat der Gesetzgeber in diesem Bereich von einer Erhöhung der Zuzahlung abgesehen. Sie orientiert sich weiterhin an der Zuzahlung bei Krankenhausbehandlung (§ 39 Abs. 4 SGB V). Sie beträgt demnach in den alten Bundesländern 12,00 DM und in den neuen Bundesländern 9,00 DM kalendertäglich. Sie ist für längstens 14 Tage im Kalenderjahr an die Einrichtung zu zahlen. Eine innerhalb des Kalenderjahres an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete kalendertägliche Zuzahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 SGB VI sowie die nach § 39 Abs. 4 SGB V geleistete Zuzahlung sind auf diese Zuzahlung anzurechnen.

8. Wiederholte Leistungsgewährung

Leistungen nach den §§ 23, 24, 40 und 41 SGB V sowie § 15 SGB VI können grundsätzlich nicht vor Ablauf von 4 Jahren nach Durchführung solcher und ähnlicher Leistungen erneut erbracht werden, deren Kosten aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschußt worden sind.

Eine vorzeitige wiederholte Leistungsgewährung ist nur möglich, wenn dies aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist.

Die neue Regelung ist auf alle ab 01.01.1997 gestellten Anträge anzuwenden.

9. Rehabilitation von Suchtkranken

Zu diesem speziellen Rehabilitationsbereich haben die Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger ein gesondertes Papier erarbeitet, das als Anlage beigefügt ist.

Anlage

Gemeinsame Aussagen der Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger zur Umsetzung der Spargesetze 1996 im Bereich der Rehabilitation von Suchtkranken

1. Einsparvorgaben für die Träger der Krankenversicherung und der Rentenversicherung

Die Träger der Kranken- und Rentenversicherung sollen nach den gesetzlichen Vorgaben der Bundesregierung im Bereich der Rehabilitation jährlich Einsparungen von insgesamt 3,4 Milliarden DM erzielen. Dabei wird sich der Bereich der Rehabilitation Suchtkranker nicht ausnehmen lassen.

Einsparungen sollten dabei so realisiert werden, daß eine möglichst hohe Qualität der Maßnahmen gesichert bleibt und auch die Suchthilfestruktur nicht geschädigt wird. In diesem Zusammenhang sollte auch eine Fortentwicklung der Angebotsstrukturen angestrebt werden. Neben der qualitativ und quantitativ gut ausgebildeten stationären Rehabilitation sollten teilstationäre und ambulante Rehabilitationsmöglichkeiten entweder durch die Kliniken oder durch deren Kooperation mit Institutionen der regionalen Suchtkrankenhilfe geschaffen werden. Die Konzepte der kooperierenden Partner müssen aufeinander abgestimmt werden. Es besteht nicht die Absicht, über diese Strukturveränderung zu einer ausschließlich regionalisierten Versorgung zu kommen. Vielmehr besteht Einigkeit darüber, daß sich die Frage, ob eine Rehabilitation im regionalen Verbund oder überregional (ggf. auch in Kooperation mit kommunalen Institutionen) durchgeführt werden soll, nach den Umständen des Einzelfalles richten muß. Erste Beispiele für die genannten Kooperationsformen existieren bereits. Anzumerken ist, daß Strukturveränderungen erst mittelfristig zu erreichen sind und deshalb zur Kostenbegrenzung in 1997 noch keine Wirkung entfalten können.

Unmittelbar wirken jedoch Veränderungen beim Zugang zu Rehabilitationsleistungen. Die Zugangskriterien zu Rehabilitationsmaßnahmen für Suchtkranke sollten deshalb überprüft werden. Hierzu wird ein abgestimmtes Vorgehen der Kranken- und Rentenversicherungsträger empfohlen.

Außerdem sollten die gemeinsamen Leitlinien der Kranken- und Rentenversicherungsträger zur Entscheidung zwischen ambulanten und stationären Maßnahmen überprüft und ggf. modifiziert werden.

Auf die Weiterentwicklung der Rehabilitationskonzepte soll besonders hingewirkt werden. Die stationäre Phase sollte je nach individuellem Bedarf zeitlich flexibilisiert und möglichst kurz gehalten werden. Der Wechsel in teilstationäre und ambulante Phasen sollte rechtzeitig erfolgen. Die Vernetzung der einzelnen Maßnahmen ist dabei sicherzustellen.

Die flexible Handhabung des Einzelfalles und die bedarfsgerechte Steuerung durch die Kranken- und Rentenversicherungsträger bieten weitere Einsparpotentiale. Bei der Auswahl der Einrichtungen sind die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu berücksichtigen. Bei der Steuerung des Zugangs zu den Einrichtungen sollte auch das Preis-Leistungsverhältnis der Einrichtung berücksichtigt werden.

2. Dauer der Maßnahmen

Gemeinsames Ziel ist, zu einer Verkürzung der Dauer stationärer Entwöhnungen zu gelangen und Kurzzeittherapien stärker zu nutzen.

- Alkohol-/Medikamentenabhängige

Die Rentenversicherungsträger diskutieren, die Bewilligung von Rehabilitationsleistungen für Alkohol-/Medikamentenabhängige (Entwöhnungsbehandlungen) im Bewilligungsbescheid auf „bis zu 16 Wochen“ zu beschränken. Innerhalb dieser Grenze soll die einzelne Einrichtung die Möglichkeit haben, die Behandlungsdauer individuell zu bemessen. Der Patient soll entlassen werden, wenn er sein Therapieziel (ggf. auch das im Moment erreichbare Teilziel) erreicht hat. Bei dieser Vorgehensweise wird nicht jeder Patient 16 Wochen lang in der Rehabilitationseinrichtung verweilen. Die auf diese Weise „gewonnenen“ Rehabilitationstage können für eventuell notwendige Verlängerungen in Einzelfällen (über 16 Wochen hinaus) eingesetzt werden.

Bei den Rentenversicherungsträgern soll diese Möglichkeit der Verlängerung voraussichtlich durch eine zeitliche Budgetierung für die Kliniken beschränkt werden. Bei der Festsetzung des zeitlichen Budgets sollen ausschließlich ordnungsgemäß beendete Rehabilitationsleistungen berücksichtigt werden.

Die Möglichkeit von zeitlichen Budgets für die Kliniken bedarf im Bereich der Krankenversicherung noch näherer Prüfung. Die Budgets können ggf. vom federführenden Verhandlungsführer für alle Rehabilitationsträger, die die Klinik belegen, gemeinsam vereinbart werden. Für eine Übergangszeit bewilligen die Krankenkassen aufgrund individueller medizinischer Indikationsstellung Entwöhnungsbehandlungen „bis zu 16 Wochen“.

Die Rehabilitationsmaßnahmen sollten je nach individuellem Bedarf an jedem Wochentag angetreten und beendet werden können.

- Drogenabhängige

Die Bewilligung von Leistungen für Drogenabhängige sollte entsprechend mit der Maßgabe erfolgen, daß die Behandlungsdauer einschließlich der zur Therapie gehörenden Adaption von bis zu 10 Monaten nicht überschritten werden sollte. Angestrebt werden sollte hierbei ein zeitliches Verhältnis von 6 zu 4 zwischen Behandlung und Adaption. Kurzzeit- und Kompakttherapien bleiben davon unberührt. Verlängerungen sollen nicht ausgesprochen werden; ggf. käme auch eine zeitliche Budgetierung in Betracht.

3. Erneute Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen

- Alkohol- und Medikamentenabhängige

Bei erneuten Rehabilitationsleistungen nach regulär abgeschlossener Rehabilitation soll eine deutlich kürzere Behandlungsdauer (von bis zu 8 Wochen) angestrebt werden.

- **Drogenabhängige**

Die Rehabilitation im Bereich von Drogenabhängigen unterscheidet sich so sehr von dem Bereich Alkohol- und Medikamentenabhängiger, daß vergleichbare Zeiträume für eine Wiederholungsheilbehandlung derzeit nicht festgelegt werden können. Diese Frage muß noch eingehender beraten werden.

4. Weitere Entwicklung

Die durch die hier beschriebene Umsetzung der Einsparvorgaben entstehenden Auswirkungen sollen von den Trägern der Kranken- und Rentenversicherung beobachtet und den Spitzenverbänden der Kranken- und Rentenversicherungsträger berichtet werden. Zu gegebener Zeit werden diese über eventuellen Änderungsbedarf zu den Verfahren beraten.