

Abschwung bei den Reha-Maßnahmen – trotz unveränderter Rechtslage

In den ersten vier Monaten 1989 ist die Anzahl der Anträge auf medizinische Rehabilitationsmaßnahmen gegenüber dem Vergleichszeitraum 1988 um 10 bis 15 Prozent zurückgegangen – und zwar bei nahezu allen für Rehabilitationsmaßnahmen zuständigen Kostenträgern (Rentenversicherungen, Krankenversicherungen, Unfallversicherungsträger, Sozial- und Versorgungsamt, Beihilfestellen, Hauptfürsorgestellen). Die Bundesanstalt für Angestellte, Berlin, und verschiedene Landesversicherungsanstalten (etwa Berlin und Oberbayern) rechnen damit, daß 1989 insgesamt weniger Rehabilitationsmaßnahmen als in den Vorjahren durchgeführt werden, falls sich der Trend fortsetzt. Schon vermehren die zumeist in privater Trägerschaft vorgehaltenen Kur- und Spezialeinrichtungen (nach dem Gesundheits-Reformgesetz jetzt als „Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen“ bezeichnet) einen deutlichen Belegungsrückgang ab Mitte dieses Jahres und einer gegenüber den vergangenen fünf Jahren reduzierten Kapazitätsauslastung.

Der Abschwung im Bereich der stationären medizinischen Rehabilitation ist um so erstaunlicher, als mit Inkrafttreten des „Gesundheits-Reformgesetzes“ am 1. Januar 1989 das bisher geltende Leistungsrecht im Bereich der medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen völlig unverändert geblieben ist. Weder wurden die Zuzahlungen für stationäre Maßnahmen erhöht, noch wurden die Anspruchsvoraussetzungen eingeeengt. Darauf haben jetzt gleichlautend der Bundesverband Deutscher Privatkanneanstalten e. V. Bonn, die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte und die Landesversicherungsanstalten Berlin und Oberbayern hingewiesen. Besorgt hat sich inzwischen auch der CDU/CSU-Bundestagsabgeordnete Dr. Hans-Peter Voigt, Apotheker aus Northeim, in seiner Eigenschaft als Präsident der Bundesvereinigung für Gesundheits-erziehung e. V. geäußert. Er führt

den Rückgang vor allem auf eine weit verbreitete Fehleinschätzung und eine Desinformation vieler Sozialversicherter zurück, vor allem bei der Zuzahlung bei stationären Kuren, ausgelöst durch Diskussionen zum „Gesundheits-Reformgesetz“.

Es sei eine Fehlrechnung, wenn die Kostenträger infolge des zeitweiligen Rückgangs von Kuranträgen wesentliche Entlastungseffekte bei den Ausgaben erwarten. Werden ärztlich begutachtete und von den Kostenträgern bewilligte Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation (stationäre Kuren) ausgeschlagen oder erst verzögert in Anspruch genommen, so Dr. Vogt, könnte sich dies später in erheblichen Mehrausgaben bei den Kranken- und Rentenversicherungsträgern niederschlagen. Der Gesundheitspolitiker der Union warnt deshalb davor, bei den medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen ein Vabanque-Spiel zu treiben.

Was Ärzte und Patienten wissen sollten

Die Rechtslage ist dabei eindeutig und unverändert:

Bei medizinisch indizierten und genehmigten stationären Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherungsträger und der Krankenkassen hat der Sozialversicherte gemäß § 11 Abs. 2 SGB V Anspruch auf medizinische Leistungen, die notwendig sind, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten oder eine drohende Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.

Uneingeschränkt gehören die „Reha“-Maßnahmen zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 11 SGB V).

Die Krankenkassen können stationäre Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer spezialisierten Rehabilitationseinrichtung, mit der vertragliche Beziehungen be-

stehen, erbringen (§ 40 SGB V). Wie bisher schon sollen solche Leistungen für höchstens vier Wochen erbracht werden. Auch an der „Karenzzeit“ bis zu einer weiteren stationären „Reha“-Maßnahme hat sich nichts geändert; es gilt nach wie vor die Drei-Jahres-Frist, die abgewartet werden muß, bevor erneut eine Kurmaßnahme oder ähnliche Leistungen eingeleitet werden können.

Auch die Zuzahlungspflicht ist auch nach Inkrafttreten des GRG unverändert geblieben. Bei einer stationären Heilbehandlung sind wie bisher höchstens 10 DM pro Tag zu zahlen. Der Versicherungsträger übernimmt die Kosten der Behandlung, Unterkunft, Verpflegung und der Reise. Bei Anschlußheilbehandlungen beträgt die Zuzahlungspflicht bis zum 1. Januar 1991 5 DM, danach 10 DM je Tag.

Seit dem 1. Januar 1989 sind weitreichende Härtefallregelungen für einkommenschwache Personenkreise eingeführt worden, die zu einer teilweisen oder vollständigen Befreiung der Zuzahlung führen können. Es ist zu beachten, daß innerhalb eines Kalenderjahres bereits geleistete Zuzahlungen anzurechnen sind.

Auch das Leistungsrecht der Rentenversicherung ist durch das GRG unberührt geblieben (§§ 1236, 1237 RVO).

Voraussetzung dafür, daß eine Kureinrichtung stationäre Rehabilitationsleistungen zu Lasten des Krankenversicherungsträgers erbringen kann, ist ein Versorgungsvertrag gemäß § 111 Abs. 3 SGB V. Fast alle Kureinrichtungen, die vor dem 1. Januar 1989 in die medizinische Rehabilitation im Auftrag der Krankenkassen eingeschaltet waren, haben entsprechende Versorgungsverträge abgeschlossen.

Bei „offenen Badekuren“ wurde die Zuzahlungspflicht seit 1. Januar wesentlich erhöht. Dagegen entfällt die bei Heil- und Hilfsmitteln vorgeschriebene Zuzahlungspflicht gemäß § 32 SGB V, wenn diese im Rahmen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme abgegeben werden. Die Notwendigkeit der Maßnahmen muß wie bisher medizinisch begutachtet werden. HC