

Mitgebrachte und interkurrente Erkrankungen während einer stationären Maßnahme der medizinischen Rehabilitation – Positionen der AG MedReha SGB IX ¹⁾

1. Einführung

1.1 Anspruch der Rehabilitationseinrichtungen auf eine angemessene und leistungsgerechte Vergütung

Die Rehabilitationseinrichtungen haben unter Beachtung der Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit einen Anspruch auf eine angemessene Vergütung. Angemessen ist eine Vergütung dann, wenn sie die Kosten für die mit dem jeweiligen Leistungsträger vereinbarten Leistungen in der vereinbarten Qualität deckt und bei ordnungsgemäßer Führung der Einrichtung die Möglichkeit leistungsgerechter Gewinne eröffnet. Die Angemessenheit des Entgelts wird letztlich durch den konkreten Versorgungsauftrag bestimmt, der zwischen den Vertragsparteien vereinbart wird.

Dazu gehört im Rehabilitationsbereich auch die Vereinbarung darüber, wie z.B. die Behandlung interkurrenter bzw. mitgebrachter Erkrankungen abgerechnet wird.

1.2 Mitgebrachte und interkurrente Erkrankungen

Unter **interkurrenten Erkrankungen** sind Erkrankungen zu verstehen, die während einer stationären Rehabilitationsmaßnahme auftreten und einer sofortigen ärztlichen Behandlung bedürfen. **Mitgebrachte Erkrankungen** hingegen sind Erkrankungen, die schon vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme und unabhängig von dem sog. ‚Heilbehandlungsleiden‘ (Rehabilitationsleiden) bestanden und auch während der Rehabilitationsmaßnahme spezifische Formen einer medizinischen Behandlung benötigen, ohne Rücksicht darauf, ob dies Teil der Rehabilitation ist oder nicht.

¹⁾Die Ausführungen basieren auf folgenden Gutachten

- Prof. Dr. Hermann Plagemann „Gutachterliche Stellungnahme betreffend: ‚mitgebrachte‘ und ‚interkurrente‘ Erkrankungen während einer stationären Maßnahme der medizinischen Rehabilitation“
- Prof. Dr. Thorsten Kingreen „Die Verträge zur Ausführung von medizinischen Rehabilitationsleistungen im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung“ und
- Prof. Dr. Felix Welti, Harry Fuchs „Das Leistungsrecht des SGB IX: Rechtlicher Rahmen für Verträge zwischen Diensten und Einrichtungen und Rehabilitationsträgern (§ 21 SGB IX)“

Eine Lastenverteilung, beispielsweise dahingehend, dass den Rehabilitationseinrichtungen einseitig das Risiko der in ihrem Ausmaß nicht vorhersehbaren mitgebrachten oder interkurrenten Erkrankungen übertragen würde, wäre unangemessen.

Vor dem Hintergrund dieser Ausgangssituation treten spezifische Abgrenzungs- und Zuständigkeitsfragen auf, die im Folgenden behandelt werden.

2. Ambulante und stationäre Krankenbehandlung

2.1 Grundsätze

Der medizinischen Rehabilitation liegt ein ganzheitliches Krankheits- und Behandlungsverständnis zugrunde. Von daher müssen im Vergütungssatz alle Kosten für die Behandlung des jeweiligen Rehabilitationsleidens enthalten sein. Kostenträger ist der jeweils zuständige Rehabilitationsträger.

Grundsätzlich zielen die Leistungen einer Rehabilitationsklinik jedoch darauf ab, dass während der Rehabilitation Leistungen anderer Träger nicht in Anspruch genommen werden müssen. Die Inanspruchnahme niedergelassener Vertragsärzte oder eines Krankenhauses ist dann nicht ausgeschlossen, wenn die mitgebrachte oder interkurrente Erkrankung während der Rehabilitationsmaßnahme entsprechende externe Leistungen erforderlich machen. Die Inanspruchnahme des Vertragsarztes steht dabei unter dem Vorbehalt der Notwendigkeit (§ 27 Abs. 1 SGB V), die des Krankenhauses unter dem Vorbehalt der Erforderlichkeit gemäß § 39 Abs. 1 SGB V. Notwendig bzw. erforderlich ist die Inanspruchnahme dann, wenn die Rehabilitationseinrichtung mit ihren Mitteln die medizinische Aufgabe nicht lösen kann. Dies bedeutet, dass diejenige Person, die im Alltagsleben wegen einer einfachen interkurrenten Erkrankung, z.B. einer Erkältung, den Arzt aufsucht, sich an den behandelnden Arzt in der Rehabilitationseinrichtung wenden kann. Allerdings ist zu beachten, dass der fachmedizinische Anteil am Leistungsspektrum der Rehabilitationseinrichtung desto weiter reicht, je schwerer das Krankheitsbild ist, welches die Rehabilitation erforderlich macht und für das die Einrichtungen Therapiekonzepte vorhält. Dann können in diesen Fällen u.U. auch erheblich ‚schwerere‘ interkurrente Erkrankungen mit behandelt werden.

Deshalb steht eine während der Rehabilitationsmaßnahme notwendig werdende, externe ambulante Krankenbehandlung unter dem Vorbehalt, dass die Rehabilitationseinrichtung mit den eigenen sächlichen Mitteln die Leistung möglicherweise nicht so erbringen kann, wie es dem medizinischen Standard entspricht. Kann sie entsprechend erbracht werden, obliegt die Kostentragung grundsätzlich dem jeweils zuständigen Rehabilitationsträger. In diesem Fall sind die Kosten für die Behandlung im Vergütungssatz der Einrichtung enthalten bzw. müssen bei der Verhandlung der Vergütung berücksichtigt werden.

2.2 Ambulante Krankenbehandlung

Nach § 2 Absatz 4 der Vereinbarung zur Leistungsabgrenzung zwischen gesetzlicher Renten- und Krankenversicherung vom 21.01.1993 fallen Kosten für erforderlich werdende ambulante Krankenbehandlungen der Krankenversicherung zur Last, soweit es Behandlungen sind, die ‚mit dem Heilbehandlungsleiden nicht im Zusammenhang stehen und außerhalb der Behandlungsstätte im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erbracht werden‘. Diese Regelung ist insbesondere bei mitgebrachten Erkrankungen relevant, die schon vor der Rehabilitation bestanden und weiterhin behandlungsbedürftig sind. In diesem Fall sind die Kosten für die Behandlung nicht von der Rehabilitationseinrichtung zu tragen.

2.3 Stationäre Krankenhausbehandlung

Soweit während einer stationären Rehabilitation eine Krankenhausbehandlung erforderlich wird, trägt die Kosten dafür die Krankenversicherung.

3. Medikamentenkosten

Neben der ambulanten und stationären Krankenbehandlung für mitgebrachte oder interkurrente Erkrankungen können auch durch zu verabreichende Medikamente Kosten entstehen. Analog zur Krankenbehandlung ergeben sich auch hier Abgrenzungs- und Zuständigkeitsfragen.

3.1 Medikamentenkosten bei mitgebrachten und interkurrenten Erkrankungen

Rehabilitationseinrichtungen haben einen Anspruch darauf, dass auch die Kosten für Medikamente im Vergütungssatz enthalten sind, ansonsten besteht ein Anspruch auf Vergütungssatzanpassung. Denn bei den Verträgen mit den Rehabilitationsträgern handelt es sich um öffentlich-rechtliche Verträge, die gemäß § 59 SGB X in besonderen Fällen – wie etwa steigenden Medikamentenkosten für die Patienten – anzupassen sind: „Haben die Verhältnisse, die für die Festsetzung des Vertragsinhalts maßgeblich gewesen sind, sich seit Abschluss des Vertrags so wesentlich geändert, dass eine Vertragspartei das Festhalten an der ursprünglichen vertraglichen Regelung nicht zuzumuten ist, so kann diese Vertragspartei eine Anpassung des Vertragsinhalts an die geänderten Verhältnisse verlangen ...“.

Jede Rehabilitationseinrichtung verfolgt einen ganzheitlichen Anspruch der medizinischen Behandlung. Das bedeutet aber nicht, dass sämtliche Arzneimittel – gleich aus welchem Grund – von ihr zu verabreichen und aus dem allgemeinen Vergütungssatz zu finanzieren sind. Die Grenze dafür ergibt sich aus dem Versorgungsauftrag, der das Leistungsspektrum, welches die Einrichtung zur Verfügung stellt bzw. stellen muss, konkretisiert, und aus den jeweiligen konkreten Rehabilitationszielen im Einzelfall.

Arzneimittel, die der Versicherte benötigt, um die ‚Rehabilitationsfähigkeit‘ überhaupt erst herzustellen, oder die mit dem Rehabilitationsleiden bzw. der bewilligten Rehabilitationsmaßnahme nicht im Zusammenhang stehen, sind von der Rehabilitationseinrichtung nicht zu verantworten und deshalb auch nicht zu finanzieren. Diese müssen im Zweifel in ausreichender Zahl von den Rehabilitanden mitgebracht werden bzw. sind gesondert von den Krankenkassen zu finanzieren. Auch hier ist die Abgrenzung von mitgebrachten Erkrankungen; deren Behandlungs- und Medikamenten-Kosten die Rehabilitationseinrichtung nicht tragen kann, sinnvoll.

Die Rentenversicherung ist nur dann zur Bezahlung von Aufwendungen für Erkrankungen verpflichtet, soweit diese von der bewilligten Rehabilitationsmaßnahme als mit umfasst anzusehen sind. Hierunter fallen nach der Rechtsprechung auch solche Erkrankungen, die mit der gewährten Rehabilitationsmaßnahme ‚eng verbunden‘ sind. Kann somit eine entsprechende interkurrente Erkrankung mit den vorhandenen Mitteln der Rehabilitationseinrichtung mitbehandelt werden, fallen auch die Kosten für Medikamente in die Zuständigkeit der Rentenversicherung, sofern sie Leistungsträger der Maßnahme ist, anderenfalls in die Zuständigkeit der Krankenversicherung.

3.2 Kostenerstattung für bestimmte teure Medikamente

Gesondert zu sehen ist die Kostenerstattung von bestimmten teuren Medikamenten für Erkrankungen, welche zwar mit den Mitteln der Rehabilitationseinrichtung mitbehandelt, aber nicht im Wege der Anpassung der Vergütungssätze erstattet werden können. Hierfür sind gesonderte Vereinbarungen zu treffen. Zu empfehlen ist in diesem Falle die Abstimmung einer Liste von teuren Medikamenten, welche vollständig außerhalb der regulären Vergütung erstattet werden. Diese Liste sollte regelmäßig aktualisiert werden.

3.3 Medikamentenkosten für weitere Erkrankungen

Hinsichtlich einer möglichen Verlagerung hoher Medikamentenkosten in den Rehabilitationsbereich (z.B. für an HIV, Hepatitis oder Hämophilie erkrankte Personen) gilt nach Aussage des Gutachters Prof. Plagemann: Die Rehabilitationseinrichtung hat einen Anspruch auf den Abschluss einer entsprechenden Sondervereinbarung mit den jeweiligen Krankenkassen, sofern ihr ein solcher Patient zugewiesen wird. Die Krankenkasse hat in diesem Falle die entsprechenden Kosten zu tragen. Ein Erstattungsanspruch besteht für die Rehabilitationseinrichtung aber nur dann und insoweit, als ein ergänzender Vertrag (gesonderte Vereinbarung) hierzu abgeschlossen wurde.

Ferner bedarf es hinsichtlich der Verordnung von Arzneimitteln gemäß § 73d SGB V des positiven Votums eines ‚Arztes für besondere Arzneimitteltherapie‘, der von der Kassenärztlichen Vereinigung bestellt ist. Soweit ein Patient mit einer entsprechenden Medikation in die Rehabilitationsklinik aufgenommen wird, bleibt es auch während der Rehabilitationsmaßnahme bei der Verantwortung der verordnenden Ärzte, es sei denn, der Behandlungsauftrag der Rehabilitationsklinik wäre es, den Patienten auch insoweit ‚einzustellen‘.

4. Zusammenfassung und Ausblick

Unterschieden werden im Weiteren die Themenbereiche ‚Leistungsabgrenzung der Leistungsträger‘ (4.1) und ‚Vertragsverhältnis der Leistungsträger zu den Leistungserbringern‘ (4.2).

4.1 Leistungsabgrenzung der Leistungsträger

Bereits in der ‚Vereinbarung zur Leistungsabgrenzung‘ zwischen Renten- und Krankenversicherung vom 21.01.1993 ist Folgendes geregelt:

- a. Falls eine stationäre Krankenhausbehandlung während einer stationären Rehabilitation erforderlich wird, trägt die Kosten die Krankenversicherung.
- b. Kann eine interkurrente Erkrankung mit den Mitteln der Rehabilitationseinrichtung mitbehandelt werden, fallen die Kosten in die Zuständigkeit der Rentenversicherung.
- c. Kosten für erforderlich werdende ambulante Krankenhausbehandlungen fallen der Krankenversicherung zur Last, soweit es Behandlungen sind, die mit dem Rehabilitationsleiden nicht im Zusammenhang stehen und außerhalb der Behandlungsstätte im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erbracht werden.

Regelungsbedarf hinsichtlich dieser Vereinbarung von 1993 besteht dahingehend, dass Arzneimittel, die der Versicherte benötigt, um seine ‚Rehabilitationsfähigkeit‘ überhaupt erst herzustellen, von der Rehabilitationseinrichtung nicht zu verantworten und deshalb von ihr auch nicht zu finanzieren sind. Hierzu gehört beispielsweise die Behandlung eines Bluters, der sich wegen einer anderen Erkrankung in der medizinischen Rehabilitation befindet. Des Weiteren darf keine Verlagerung hoher Medikamentenkosten in den Rehabilitationsbereich durch die Zuweisung von schwerstkranken Patienten erfolgen, ohne dass dafür entsprechende Regelungen hinsichtlich der Kostenübernahme getroffen worden sind. Die Krankenkassen können sich ihrer finanziellen Verantwortung für diese Fälle (z.B. an HIV, Hepatitis oder Hämophilie erkrankte Personen) nicht durch die Zuweisung in eine stationäre Rehabilitationseinrichtung entziehen

4.2 Verträge zwischen Leistungsträgern und Rehabilitationseinrichtungen nach § 21 SGB IX und nach § 111 SGB V

Im Rahmen der Vertragsverhältnisse nach §§ 21 SGB IX und 111 SGB V zwischen der Rehabilitationseinrichtung und den Leistungsträgern ist zu regeln, dass die Vergütung für die Behandlung des Rehabilitationsleidens auch entsprechende Medikamentenkosten umfassen. Hiervon sind Medikamente nur für solche Erkrankungen betroffen, die in engem Zusammenhang mit dem Rehabilitationsleiden stehen und mit den zur Verfügung stehenden Mitteln der jeweiligen Rehabilitationseinrichtung auch behandelt werden können. Entsprechende Kosten sind von daher über den Vergütungssatz zu finanzieren.

Im Hinblick auf die Krankenbehandlung darf die Vereinbarung zur Leistungsabgrenzung nicht dahingehend ausgelegt werden, dass alle Behandlungs- und Medikamentenkosten, die während der Rehabilitationsmaßnahmen anfallen, von den Einrichtungen aus der Vergütung für die Rehabilitation zu tragen sind. Kosten im Zusammenhang mit mitgebrachten und interkurrenten Erkrankungen sind – in Abhängigkeit vom medizinischen Leistungsspektrum der Einrichtung – abzugrenzen und entweder gesondert zu vergüten oder im Rahmen der kassenärztliche Versorgung zu erbringen.

Für besonders teure Medikamente ist eine Erstattungsregelung für Härtefälle zu treffen. Hierzu sollte eine verbindliche Liste von Medikamenten, die regelmäßig zu aktualisieren ist, erstellt werden. Entsprechende Erstattungsansprüche für besonders teure Medikamente sind in einem ergänzenden Vertrag (gesonderte Vereinbarung) zu regeln.