

4. Neue Regelungen durch die Gesundheitsreform 2007

Seit 1.4.2007 ist die ambulante und stationäre Rehabilitation der Krankenkassen eine Pflichtleistung. Auch „medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter“ (sog. „Mutter-Kind-Kuren) sind jetzt Pflichtleistungen.

Außerdem hat das Gesetz eine Klärung der Zuständigkeiten versucht. Laut Informationsblatt Nr. 4 (März 07, S. 2) des Bundesministerium für Gesundheit (www.die-gesundheitsreform.de) gilt nun:

- „Behandlungen, die der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bzw. Wiedereingliederung ins Berufsleben dienen, übernimmt die Rentenversicherung.
- Die Krankenversicherung finanziert Rehabilitationsleistungen, wenn diese erforderlich sind, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Beschwerden zu lindern, sofern die Erwerbsfähigkeit nicht erheblich gefährdet oder gemindert ist. Sie ist auch zuständig, wenn es darum geht, einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen.“

Weiter heißt es dort „Nicht nur schneller, auch individueller können Patienten jetzt notwendige Reha-Leistungen in Anspruch nehmen: künftig dürfen sie sich „ihre“ Einrichtung selbst aussuchen. Das stärkt den Wettbewerb – und ist vor allem für die Versicherten ein deutliches Plus im Vergleich zur früheren Regelung, wonach ihnen nur diejenigen Reha-Kliniken zur Verfügung standen, mit denen die Krankenkasse einen Versorgungsauftrag hatte. Nun können alle Versicherten grundsätzlich zwischen allen bundesweit zertifizierten und zugelassenen stationären Reha-Einrichtungen wählen – sind sie allerdings teurer als die Vertragspartner der Krankenkassen, muss der Patient die Mehrkosten selbst tragen. Und: diese Wahlfreiheit gilt nur dann, wenn die gesetzliche Krankenversicherung – nicht aber die Unfall- oder Rentenversicherung - für die Reha-Maßnahme zuständig ist.“

Die Verbraucherzentrale Hamburg weist daraufhin, dass die Pflicht zur Kostenübernahme allerdings nur gegeben ist, „wenn die medizinische Notwendigkeit besteht, die in den meisten Fällen vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) überprüft wird.“ (Quelle: Informationsbroschüre der Verbraucherzentrale Hamburg „Gesundheitsreform 2007 Was bringt sie Neues?, S.8).

Eine persönliche Einschätzung:

Grundsätzlich sind diese neuen Regelungen meines Erachtens positiv zu sehen. Nach wie vor erscheinen mir aber die Zuständigkeiten der Kostenträger eine Ermessenssache zu sein und die Pflichtleistung ein Recht, das im Zweifelsfall erstritten werden muss.

Ob der verstärkte Wettbewerb wirklich einen Vorteil für die Versicherten bringt, wird die Praxis zeigen. Es ist meines Erachtens zu befürchten, dass die Zuzahlungsregelung eher einen Kampf der Kliniken um das „preisgünstigste Angebot“ hervorrufen wird und dadurch gute traumatherapeutische Konzepte gefährdet werden- oder nur noch zuzahlungsfähigen PatientInnen offen stehen. Gute stationäre Traumatherapiekonzepte benötigen eine angemessene Personalausstattung (z.B. um Traumabearbeitung in Einzeltherapie anbieten zu können)- und dies ist nicht als „Billigangebot“ zu haben!

Hier wird es darauf ankommen, die Notwendigkeit und Effektivität guter Konzepte und Einrichtungen zu belegen und die Qualität als oberstes Entscheidungskriterium einzufordern.

Claudia Igney

VIELFALT e.V. April 2007