



Reha-Finanzierung 2009

Gesundheitsfonds: Ausverkauf oder alternative Vergütung?



Vergütung 2009: Preisdumping oder gerechter Preis für eine gerechte Behandlung?

Berlin. Keine Frage: Die vergangenen zwei Jahre brachten für die Rehabilitation erhebliche rechtspolitische Erfolge. Doch 2009? Die Finanzierungsstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung wurden mit dem Gesundheitsfonds und einem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich auf eine neue Grundlage gestellt. Fakt scheint schon jetzt, dass der festgelegte Beitragssatz von 15,5 Prozent und der geplante Umfang des Fonds in Höhe von 167 Milliarden Euro nicht ausreichen werden – 2,6 Milliarden Euro fehlen nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes 2009 bundesweit.

Knappe Kassen drohen

Zum richtigen Zeitpunkt hatte deshalb die DEGEMED zusammen mit dem Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands

e.V. (VKD) und dem Deutschen Krankenhaus Institut (DKI) mit einer Fachtagung das höchst aktuelle Thema der Reha-Vergütung aufgegriffen. Dass nach dem 1. Januar 2009 mit dem Gesundheitsfonds die Rezession kommen wird, davon gehen derzeit viele Reha-Einrichtungen aus. Die Politik wird angesichts der prognostizierten Wirtschaftsschwäche die absehbaren Defizite nicht ausgleichen können und die Krankenkassen werden alles daran setzen, Zusatzbeiträge zu vermeiden. »Wir werden mit den Kassen nur noch über Preise reden, nicht mehr über die Qualität«, brachte deshalb ein Verwaltungsleiter bei der Tagung »Alternative Vergütungsmodelle in der medizinischen Rehabilitation« am 18. November in Düsseldorf die Situation desillusioniert auf den Punkt.

Denn wenn sich die Preisspirale abwärts

Aus dem Inhalt

- **Schulungskonzept**
 Patientenorientierte Kommunikation sichert Therapie-Erfolg
Seite 4
- **Wunschrechte**
 Urteil des LSG Hessen stärkt Rechte der Versicherten
Seite 5
- **Bäder- und Reha-Radtour**
 Radeln für die Rehabilitation
 »Made in Germany«
Seite 6
- **Jubiläum**
 AHG AG beschließt Jubiläumsjahr mit Festakt in Dresden
Seite 7
- **Termine**
 Die wichtigsten Veranstaltungen zum Jahresbeginn im Überblick
Seite 8

dreht, stellt sich die drängende Frage: Welche Alternativen bieten sich an, um zu einer reha-gerechten und fairen Vergütung zu kommen? Finanziellen Spielraum gibt es für die Leistungserbringer keinen mehr. Das zeigt das GEBERA-Gutachten zur aktuellen und perspektivischen Situation der Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation, Stand September 2008, das Kostensteigerungen für die Kliniken von bis zu 13,3 Prozent in den nächsten vier Jahren prognostiziert und eine Anpassung der Vergütungssätze um durchschnittlich 4,52 Prozent empfiehlt. Wohin also geht die Reise?

Einfache Lösung nicht in Sicht

»Könnte das Ergebnis der Behandlung ein Maßstab für eine gerechte Vergütung sein?« fragte Horst Kunze, Kaufmännischer



Editorial

Liebe Kolleginnen
und Kollegen,

auch wenn die weltweite Finanzkrise in diesem Jahr einiges durcheinander gebracht hat und die wirtschaftlichen Prognosen für Deutschland derzeit nicht die besten sind, bin ich aus Sicht der medizinischen Rehabilitation mit 2008 zufrieden. Im ersten Jahr nach dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, in dem Reha-Leistungen auch in der GKV zu Pflichtleistungen erklärt wurden,

hat sich der Markt etwas beruhigt. Mit der Einführung des »Trägerübergreifenden Persönlichen Budgets« veränderte sich – wenn auch nicht so deutlich wie zunächst erwartet – erstmals die Steuerung der Patientenströme durch die klassischen Leistungsträger. Die Wunsch- und Wahlrechte wurden durch Gerichtsurteile deutlich gestärkt. All das deutet darauf hin, dass das Marketing unserer Kliniken in Zukunft stärker als bisher in den Vordergrund treten wird.

Wir tun gut daran, die Vorteile, die uns aus der DEGEMED erwachsen, zu nutzen und unsere Position als Zentren der Qualitätsrehabilitation auszubauen. Dies insbesondere auch vor dem Hintergrund des Gesundheitsfonds und seinen möglichen Auswirkungen. Niemand kann derzeit vorhersagen, wie sich der Fonds auswirken wird. Auf der »Reha als Pflichtleistung« können und dürfen wir uns deshalb nicht

ausruhen. Denn die Frage bleibt, ob die Leistungsträger 2009 für die Rehabilitation noch genügend Mittel zur Verfügung stellen werden. Das Risiko einer neuen Preisrunde und eines verschärften Wettbewerbs droht. Lassen Sie uns das neue Jahr deshalb mutig und gemeinsam unter dem Dach der DEGEMED angehen. Ich wünsche Ihnen und Ihren Familien ein frohes Weihnachtsfest, einen guten Jahreswechsel und ein erfolgreiches Jahr 2009.

Ihr

Norbert Glahn
Vorstandsvorsitzender der DEGEMED

2

Reha-Tag zog positive Bilanz



Berlin. Zu ihrer Bilanzsitzung für das Jahr 2008 trafen sich am 24. November in Berlin

bei der Deutschen Rentenversicherung Bund die Initiatoren des Deutschen Reha-Tages. Nach Auswertungen des Organisationsbüros beteiligten sich in diesem Jahr rund 65 Prozent mehr Kliniken und Einrichtungen an dem Aktionstag als im Vorjahr. Rund 50.000 Besucher kamen zu den bundesweit angebotenen Veranstaltungen des 5. Deutschen Reha-Tages und informierten sich über die Rehabilitation. Insgesamt beteiligten sich am Reha-Tag seit seinem Bestehen über 500 Kliniken und Einrichtungen der Rehabilitation. Sie konnten zu ihren Veranstaltungen am und im Umfeld des Aktionstages rund 310.000 Besucher begrüßen. Gemäß dem Beschluss der Initiatorenkonferenz wird der Reha-Tag 2009 aufgrund der anstehenden Bundestagswahlen terminlich vorgezogen und bereits am 12. September stattfinden.

Politische Diskussion zum Masterplan

Berlin. Im Rahmen des Masterplans »Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg« hat der Reha-Förderkreis Berlin-Brandenburg am 12. Dezember zu einem Gespräch über die Zukunft der medizinischen Rehabilitation in Berlin und Brandenburg mit den beiden dafür zuständigen Staatssekretären für Gesundheit eingeladen. Der Förderkreis ist ein Interessenszusammenschluss von Rehabilitationseinrichtungen der Region unter Moderation der DEGEMED und des Verbandes der Privatkrankenanstalten Berlin-Brandenburg e.V. (VPK); verstärkt wird er

durch die Interessensgemeinschaft ambulante Reha, einem Zusammenschluss von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen in Berlin und Brandenburg. Die Leistungserbringer haben sich im Handlungsfeld 9 des Masterplans »Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation und Ernährung« mit zukunftsweisenden Projekten aktiv eingebracht. Bei der Diskussionsveranstaltung in Berlin ging es nun um aktuelle Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit, die Förderung der Vernetzung sowie um die politische und finanzielle Unterstützung der Aktivitäten und Projektarbeiten.

Umfrage zum Pflegekollaps

Berlin. Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) hat im Oktober die anonyme Internet-Umfrage »Wie sieht es im Pflegealltag wirklich aus?« gestartet. Sie wendet sich auch an Pflegende aus der stationären und ambulanten Rehabilitation und soll »Fakten zum Pflegekollaps« sam-

meln. Informationen stehen im Netz unter www.dbfk.de/inhalte/Info-Fakten-zum-Pflegekollaps2008-10-02.pdf. Die Umfrage selbst ist unter www.dbfk.de/fragebogen/fragebogen1.php zu erreichen. Die Links finden Sie auch auf der Homepage der DEGEMED.

■ Fortsetzung von Seite 1

Fallpauschalen, IV-Verträge oder Preisdumping als probate Antwort auf knappe Kassen?

Direktor der Helios Klinik Bad Gröenberg und der Helios Klinik am Stiftsberg. Er stellte das seit 2001 für die Neurologie entwickelte und an der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) orientierte Assessmenterhebungsprogramm SINGER (Selbstständigkeitsindex für neurologische/geriatrische Reha) vor. SINGER misst den Erfolg einer Rehabilitation in Abhängigkeit vom Grad der Verbesserung der Hilfebedürftigkeit und verteilt danach Finanzmittel. Kliniken mit einem guten Entlassungsergebnis erhalten einen Bonus, jene mit schlechtem einen Malus. Allerdings, so stellte Kunze fest: »Das System ist nicht daran orientiert, mehr Geld zu verdienen. Es sorgt lediglich dafür, dass Geld da hinkommt, wo die beste Qualität ist.«

»AOK proReha«-Konzept polarisiert

Nicht fehlen durfte in der Reihe der alternativen Vergütungsmodelle das umstrittene »AOK proReha«-Modell. Wulf Meuler, Regionaldirektor der MediClin Einrichtungen Baden-Württemberg, stellte es dem Plenum vor. Das im Oktober 2007 von der AOK Baden-Württemberg eingeführte kassen-spezifische Vergütungsmodell sieht einen einheitlichen Pflichtleistungskatalog und eine einheitliche Vergütungsregelung für alle mit der AOK kooperierenden Kliniken bei Hüft- und Knie-TEP-Fällen vor. In einer Vereinbarung verpflichteten sich die zugelassenen Kliniken zur Einhaltung der im Behandlungskonzept aufgeführten Vorgaben und therapeutischen Leistungen, zur Etablierung eines Nachsorgeprogramms und der Dokumentation der erbrachten Leistungen mit Hilfe der KTL 2007.

Ein Gutachten im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation SGB IX hatte zu dem Ergebnis geführt, dass die von der AOK selbst gesetzten proReha-Ziele mit dem vorgestellten Verfahren nicht erreicht werden können und grundlegende fachliche Anforderungen sowie rechtliche Grundlagen nicht ausreichend Beachtung

gefunden hätten. Wulf Meuler gestand diese rechtlichen Bedenken zu, zeigte aber auch die logische Konsequenz des »proReha«-Modells für die GKV, die im Gegensatz zur Rentenversicherung bis dato kaum die Möglichkeit zur Kontrolle der Reha-Leistung gehabt habe. Aus seiner Sicht sei »proReha« ein zukunftsweisendes Modell, das im Gegensatz zu anderen Vergütungsmodellen immerhin den Ansatz eines leitlinienorientierten Behandlungsplans aufnehme und für alle Leistungserbringer die gleichen Kriterien ansetze.

Dynamik der Fälle berücksichtigen

Dass Rehabilitation auch mit flexibler, dynamischer Vergütung funktionieren kann, zeigte Dr. Manfred Nosper vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz. Das in der Schweiz entwickelte, leistungsbedarfsbezogene Tarifsysteem (TAR) für die Neurorehabilitation stellt starren Fallpauschalen ein System aufwandsorientierter Fallgruppen und prognoseorientierter Verlängerungssteuerung gegenüber. Das TAR-System prüft im Reha-Verlauf, ob ein Fortschritt beim Patienten vorliegt, es nutzt dazu den FIM-Wert (Functional Independence Measure), um den Pflegeaufwand als relevante Kostengröße zu messen. In einem Pilotprojekt mit der Techniker Krankenkasse wurde so eine differenzielle aufwandsorientierte Vergütung des Pflegekostenanteils in Kostengruppen berechnet. Das Modell führt in der Praxis zu einer Individualisierung – mit klarem Vorteil für den Patienten und geteiltem Risiko für Klinik und Leistungsträger.

IV-Verträge pflegen

Auch mit klassischen IV-Verträgen und einem konsequenten Casemanagement könne gut gearbeitet werden, argumentierte Oliver Kettner, Geschäftsführer des Reha Zentrums Gyhum. Die dort umgesetzte integrierte, sektorenübergreifende Versorgung erhielt 2007 den Klinikförderpreis der Bayern LB. Seit 2005 wurden über 30 IV-Verträge zwischen 16 Akut-, drei Reha-Kliniken und über 50 ambulanten Therapiepartnern abgeschlossen. In der Folge stiegen die Patientenzahlen und die Kostenrechnung ging auf, Klinik-Image, Mitarbeiter-Motivation und Patientenzufriedenheit verbesserten sich. »Kümmern, kümmern, kümmern«, lautete das Credo von Oliver Kettner. Integrierte Versorgung reche sich bei einem guten Modell, aber nur, wenn die Verträge auch gepflegt und gelebt würden.

Dumpingpreise nicht zu verhindern?

Wie schwer das bei den konkreten Pflege-satzverhandlungen sein kann, erörterte Bernd Hamann, Geschäftsführer der Westfälischen Gesundheitszentrum Holding GmbH, Bad Sassendorf. Hamann richtete eine Lanze gegen das Preisdumping der Kassen. Es müsse die Frage gestellt werden, inwieweit das im SGB V § 12 festgeschriebene Wirtschaftlichkeitsgebot mittlerweile nur noch als willkommene Ausrede gelte. Klar sei, dass unterschiedliche Unternehmensstrukturen und Vertragsgestaltungsmöglichkeiten kalkulatorisch zu unterschiedlichen Pflegesätzen führten. Doch sei das kein Einwand gegen den notwendigen Schulterschluss der Kliniken gegen unsinniges, weil qualitätschädigendes Preisdumping. Und da könnten in naher Zukunft die Verbände gefragt sein.

Patientenklassifikationssysteme als Vergütungsgrundlage fragwürdig

»Fallgruppenpauschalen wie in der stationären Akutversorgung sind in der Rehabilitation nicht verwendbar«, resümierten

■ Fortsetzung von Seite 3

Dr. Wolfgang Heine, Geschäftsführer der DEGEMED, und PD Dr. Stefan Kirchberger in Düsseldorf, weshalb man niemals von »Reha-DRG« sprechen könne; schon die Frühreha-DRG für entsprechende Krankenhausbehandlungen seien überaus problematisch. Sie würden der Vielfalt und Varianz des Behandlungsspektrums in der Rehabilitation nicht gerecht. Sektorenübergreifende Komplexfallpauschalen stellten ebenfalls keine Alternative dar, weil sie zu dauernden Auseinandersetzungen der Beteiligten untereinander führten.

Derzeit gebe es deshalb in der reha-orientierten Patientenklassifikations-Diskussion nur zwei erwägenswerte Alternativen: das eher vergütungsorientierte Modell der Rehabilitationsbehandlungsgruppen (RBG) von Prof. Dr. Günter Neubauer und das eher steuerungorientierte Modell der Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK) von Prof. Dr. Werner Müller-Fahrnow, das an individuellen therapeutischen Leistungen und Behandlungsbedarfen ausgerichtet ist.

Doch die Ziele und Aufgaben der Rehabilitation lassen sich nicht so einfach in die mageren Kriterien eines für die Praxis handhabbaren Klassifikationssystems übersetzen. Es gehe vielmehr um ein inhaltliches und sozial-ethisches Problem, so Heine und Kirchberger, nämlich um die Frage nach der »gerechten Behandlung« und ihrem »gerechten Preis«, darum also, wie viel Rehabilitation sich unsere Gesellschaft zu leisten bereit sei. Und diese Frage könne, abgesehen von den damit verbundenen Konstruktionsproblemen, die die Referenten ausführlich darstellten, und von den Strukturfolgen für die Reha-Landschaft kein Patientenklassifikationssystem beantworten.

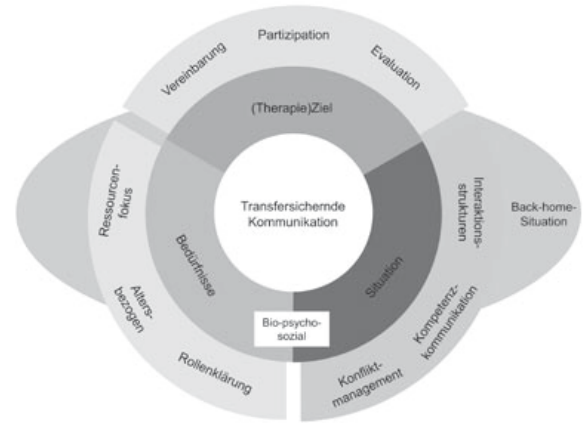
■ Schulungskonzept

Patientenorientierte Kommunikation sichert Therapie-Erfolg

Dr. Becker Klinikgesellschaft erarbeitet und erprobt Modell zur erfolgreichen Therapeuten-Patienten-Kommunikation. Schulungskonzept »Transfersichernde Kommunikation« steht jetzt auch Externen zur Verfügung.

Köln. »Damit eine medizinisch-therapeutische Behandlung effizient verläuft, muss der Patient bei seiner Therapie mitreden und -entscheiden können«, erklärt Silke Griebhammer, Leiterin der Dr. Becker Beratung & Training, einem Tochterunternehmen der Dr. Becker Klinikgesellschaft (ein Mitglied der DEGEMED). Unter ihrer Leitung entstand in Köln ein eigenes Kommunikationsmodell zur erfolgreichen Therapeuten-Patienten-Kommunikation, das im Kern auf die Therapiezielkommunikation, die Bedürfnisse der verschiedenen Patientengruppen sowie auf situative Aspekte fokussiert. Denn eine so angelegte patientengerechte Behandlung verläuft effizienter. Sie spart finanzielle und zeitliche Ressourcen und erhöht letztendlich auch die Lebensqualität der Betroffenen.

»Voraussetzung für die erfolgreiche Vermittlung der Therapieinhalte und -ziele ist unserer Ansicht nach die gelungene Kommunikation zwischen Therapeut und Patient«, meint Dr. Ursula Becker, Geschäftsführerin der DBKG. Um ein nachhaltiges Reha-Ergebnis erzielen zu können, müssten die Patienten tatsächlich erreicht werden. Die Klinikgruppe erkannte die Bedeutung des »Erfolgsfaktors Kommunikation« schon früh, führte Beobachtungen und Befragungen in ihren Therapiezentren und Kliniken durch. Optimierungsbedarf bestand danach insbesondere bei der partizipativen Therapiezielkommunikation und der Fähigkeit, mit unterschiedlichen Patienten bedarfsgerecht zu kommunizieren.



Erfolgsfaktor Kommunikation: das Modell der »transfersichernden Kommunikation« im grafischen Überblick.

Seminare bald auch für Externe

Dr. Becker Beratung & Training entwickelte deshalb das Modell der »Transfersichernden Kommunikation« – zunächst für die eigenen Therapeuten: Nach einführenden Kurzworkshops gibt es pro Einrichtung vier bis fünf sogenannte Kommunikationsmultiplikatoren. Sie sollen das Thema weiter in die Praxis einbringen. Hierzu erhalten sie regelmäßig fachlichen Input, beispielsweise aktuelle Anforderungen an eine patientengerechte Kommunikation – insbesondere die Vermittlung von Gesprächstechniken, die Therapiezielkommunikation oder das Thema »verbale und nonverbale Kommunikation«. Außerdem werden internationale Projekte und Beispiele im Bereich Patientenkommunikation verglichen. In der Einstiegsphase werden die Kommunikationsmultiplikatoren in regelmäßigen Abständen supervidiert.

»Nach der erfolgreichen Implementierung innerhalb der eigenen Häuser ist das Angebot ab sofort auch für externe Unternehmen zugänglich«, sagt Silke Griebhammer. Es richtet sich an Ärzte und medizinisch-therapeutisches Fachpersonal sowohl in stationären als auch ambulanten Einrichtungen.

Weitere Informationen erhalten Sie bei der Dr. Becker Beratung & Training im Internet unter www.dbbt.de.

Rehabilitations-Recht

Stärkung der Wunschrechte der Versicherten

von Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht Dr. Stefan Fuhrmann, Berlin

Im vergangenen Jahr entschied das LSG Baden-Württemberg (Az: L 4 KR 2071/05), dass die Ausübung des Wunschrechts nach § 9 Absatz 1 Satz 1 SGB IX zwingend die Übernahme der für Rehabilitationsmaßnahmen entstehenden »Sowiesokosten« durch die gesetzlichen Krankenkassen bedinge, soweit mit der entsprechenden Rehabilitationseinrichtung ein Vertrag nach § 111 SGB V besteht. Die beklagte Krankenkasse hatte im verhandelten Fall dem Kläger für eine bewilligte Maßnahme zwei solcher Rehabilitationskliniken zur Auswahl gestellt. Der Kläger entschied sich begründet für eine dritte, ebenfalls über § 111 SGB V kontrahierte Einrichtung. Die Kasse lehnte die Bezahlung der dort entstandenen Maßnahmekosten ab. Der Betroffene klagte auf Kostenübernahme. Nunmehr hat das Hessische LSG mit Urteil vom 28.8.2008 (Az. L 1 KR 2/05), dem ein gleich gelagerter Sachverhalt zugrunde lag, eine wesentlich eindeutiger Positionierung zugunsten der Leistungsberechtigten eingenommen.

LSG Hessen: Kasse muss sämtliche Kosten tragen

Nach der Rechtsauffassung des LSG Hessen führt die berechtigte Ausübung des Wunschrechts eines Versicherten bei der Auswahl einer Rehabilitationsklinik grundsätzlich dann zu einer Reduzierung des Auswahlmessens der Krankenkasse nach § 40 Absatz 3 Satz 1 SGB IX »auf Null«, wenn die erwünschte Rehabilitationseinrichtung entsprechend § 111 Absatz 1 SGB V zur Leistungserbringung zugelassen und für den Einzelfall geeignet ist. Zwar seien – so das LSG Hessen – Kostenerwägungen ein Auswahl Gesichtspunkt unter anderen, doch können sie einer Leistungserbringung gemäß den Wünschen des Versicherten allenfalls dann entgegenstehen, wenn sie vorgebracht und damit – im Sinne einer Markt- und Qualitätstransparenz – überprüfbar seien. Da im entschiedenen Sachverhalt hierfür keine Anhaltspunkte bestanden, wurde die beklagte Kranken-



Rechtsanwalt Dr. Stefan Fuhrmann

kasse zur vollständigen Übernahme der Kosten verurteilt.

»Sowiesokosten« oder Qualität der Leistungserbringung sind Maßstab

Der vom LSG Baden-Württemberg geprägte Begriff der »Sowiesokosten« beinhaltet eine qualitative Komponente dahingehend, dass als Überprüfungsmaßstab gefragt werden muss, was eine den individuellen Handicaps und Befindlichkeiten des Rehabilitanden entsprechende Behandlung in der am besten geeigneten Form (§ 19 Absatz 4 Satz 1 SGB IX) »sowieso« kosten würde und nicht nur, was sie in der von der Kasse vorgeschlagenen Einrichtung gekostet hätte. Mithin hatte bereits das LSG Baden-Württemberg mit dem Begriff der »Sowiesokosten« das vollständige gerichtliche Überprüfungsrecht der geeigneten Qualität medizinischer Rehabilitationsleistungen für den Einzelfall bestätigt. Im Ergebnis bekräftigen die Urteilsgründe des LSG Hessen, die auf die Qualität der für den Kläger am besten geeigneten Einrichtung ausführlich eingehen, entsprechend, dass jede Rehabilitationseinrichtung, die zur bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Leistungserbringung zugelassen ist (§ 111 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V), von der Kasse zwingend beauftragt werden muss, sofern ein Versicherter dies unter Verweis auf sein Recht nach § 9 Absatz 1 Satz 1 SGB IX wünscht und diesem Wunsch keine medizinischen Gründe, etwa die Ungeeignetheit der Einrichtung für den konkreten Einzelfall, entgegenstehen. Kostenerwägungen müssen für das Auswahlmessen der Kassen nach § 40 Absatz 3 Satz 1 SGB V dann nicht beachtet

werden, wenn die wirtschaftliche Leistungserbringung durch einen bestehenden Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V voll gewährleistet ist.

Die Entscheidung des LSG Hessen wird deshalb zur Folge haben, dass sich die Sozialgerichte entweder auf die Prüfung beschränken müssen, ob die gewünschte Einrichtung einen Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besitzt, oder sie werden einen detaillierten Leistungsvergleich zwischen der vorgeschlagenen und der gewünschten Einrichtung nach Qualitäts Gesichtspunkten für den konkreten Einzelfall vornehmen und den damit verbundenen Sowiesokosten-Aufwand zu beziffern haben.

Finanzvorbehalt ausgeschlossen

Im Ergebnis kann es also zur Ausübung des Wunschrechtes nach § 9 Absatz 1 Satz 1 SGB IX keinen allgemeinen Finanzvorbehalt dahingehend geben, dass die jeweiligen wunschberechtigten Patienten statt des von ihnen – u. U. gerade auch unter Qualitäts Gesichtspunkten – bevorzugten Leistungserbringers in jedem Fall einen von der Krankenkasse vorgeschlagenen, billigeren Leistungserbringer stationärer medizinischer Rehabilitation in Anspruch nehmen müssen. Das ergibt sich bereits aus geltendem Recht. Denn wenn Versicherte nur dann die Mehrkosten einer rehabilitativen Behandlung tragen müssen, wenn sie eine für sie geeignete, zertifizierte stationäre Einrichtung aufsuchen, die über keinen Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V verfügt, dann heißt dies im Umkehrschluss, dass jede im Einzelfall geeignete, zertifizierte Rehabilitationseinrichtung, die einen solchen Vertrag hat, ohne Mehrkostentragung aufgesucht werden kann.

Service

Der vollständige Text des Urteils ist mit dem Aktenzeichen AZ L 1 KR 2/05 unter www.rechtsprechung.hessen.de in die Landesrechtsprechungsdatenbank eingestellt. Sie können ihn auch unter www.degemed.de /materialien als PDF herunterladen.

■ 1.000 Kilometer durch Deutschland

25 behinderte und nicht-behinderte Radsportfreunde fuhren auf der Bäder- und Reha-Radtour 2008 vom 8. bis zum 17. Oktober in neun Etappen von Stuttgart-Bad Cannstatt quer durch Deutschland zur Rehabilitationsklinik Seebad Ahlbeck auf der Ostsee-Insel Usedom.



Die Bäder- und Reha-Radtour unterwegs: Gruppenbild vor der DRV Mitteldeutschland in Leipzig.

Radeln für die Reha »Made in Germany«

von Jörg Nielandt, DEGEMED

6

Berlin/Stuttgart. Am 8. Oktober ging es an den Start: Von der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg und dem Krebsverband Baden-Württemberg organisiert, warb die 1.050 Kilometer lange »Bäder- und Reha-Radtour« für das beispielgebende Reha-Angebot »Made in Germany«. Die Aktion im Rahmen des 5. Deutschen Reha-Tages erfuhr an ihren zahlreichen Zwischenstopps und Etappenzielen viel Aufmerksamkeit. Gastgeber waren zumeist medizinische Reha-Einrichtungen, darunter auch zahlreiche DEGEMED-Mitgliedskliniken. Die DEGEMED unterstützte zudem tatkräftig die lokale Öffentlichkeitsarbeit. Die Strecke führte von Stuttgart-Bad Cannstatt über Bad Mergentheim, Bad Kissingen, Suhl, Bad Berka, Leipzig, Luckenwalde, Berlin/Bernau und Warnitz nach Ahlbeck.

Viel Aufmerksamkeit bei Zwischenstopps

Den Startschuss zur Tour gab Baden-Württembergs Sozialministerin Dr. Monika Stolz im Stuttgarter Kurpark Bad Cannstatt. Zusammengekommen war ein buntes Teilnehmerfeld aus engagierten Funktionsträgern im Rehabilitationswesen und von Menschen mit schicksalhaften Ereignissen wie Motorradunfall, Wochen im Koma und Jahren medizinischer und beruflicher Re-

habilitation. Die Fitness, die Energie und der Elan auch schwer behinderter Teilnehmer machten hier wie unterwegs für Jedermann sinnfällig, was persönlicher Einsatz und Rehabilitation in Deutschland zu bewirken vermögen.

Die Tour erlangte selbstverständlich besondere Aufmerksamkeit im »Ländle«, mit zahlreichen Empfängen und außerordentlichen »Empfangsbahnhöfen« an den Etappenzielen Bad Mergentheim und Bad Kissingen. Die gemeinsam gemeisterten Strapazen von 130 oder 140 Tageskilometern ließen sich dank radsportgerechter Gastmahle und medizinischer Hilfen in den besuchten Kliniken schnell vergessen. Von Baden-Württemberg aus ging es nach Suhl in Thüringen. Kulturelle Dimensionen gewann die Tour mit dem Passieren einzelner Etappen aus Friedrich Schillers Lebensweg wie dem Geburtshaus und dem Schiller-Nationalmuseum in Marbach, dem Besuch des Zufluchtshauses in Bauerbach und einer Führung in Weimar – letztere hervorragend organisiert durch die Median Klinik Bad Berka.

Höhepunkt war Berlin

Nach den Höhen des Thüringer Waldes führte die Tour über Naumburg an der Saale zum Besuch der beruflichen Rehabilitation im Berufsbildungswerk Leipzig.

Am nächsten Morgen ging es dann über Bad Dübener Heide und Bad Schmiedeberg nach Luckenwalde/Kloster Zinna und von da in der nächsten Tagesetappe nach Berlin. Die Hauptstadt gehörte zu den Höhepunkten der Tour. Nach einem Empfang bei der DRV-Bund und einer Durchfahrt durch das Brandenburger Tor ging es zum Empfang im Bundesministerium für Gesundheit. Hier begrüßten die Parlamentarische Staatssekretärin Marion Caspers-Merck und die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Behinderten Karin Evers-Meyer die Gruppe. Nach einem freundlichen Empfang in der Brandenburg-Klinik Bernau (einem DEGEMED-Mitglied) ging es dann durch die Schorfheide nach Ueckermünde mit einem Empfang durch die Vertreter der Deutschen Rentenversicherung Nord.

Großer Bahnhof in Ahlbeck

Am 16. Oktober 2008 erreichte die Bäder- und Reha-Radtour rechtzeitig ihr Ziel Ahlbeck und nahm am nächsten Tage, eskortiert von der Polizei, mit einem Fahrradkorso an den Festlichkeiten zum zehnjährigen Jubiläum der Rehabilitationsklinik Seebad Ahlbeck auf der Ostsee-Insel teil. Ein gemeinsames Abendessen und eine rasant-nostalgische Trabant-Ausfahrt bildeten den harmonischen Ausklang einer gelungenen Reha-Radtour »Made in Germany«.

■ Vorreiter der Rehabilitation in Deutschland

Glanzvoller Abschluss: AHG beschließt Jubiläumsjahr

35 Jahre AHG und der 75-jährige Geburtstag von Firmengründer Wolfgang Glahn – für die Allgemeine Hospitalgesellschaft AG bot das Jahr 2008 gleich mehrere Anlässe, um mit einer Unternehmenschronik und einem glanzvollen Jahresabschluss Bilanz zu ziehen über fast vier Jahrzehnte erfolgreicher Unternehmenspolitik.

Düsseldorf/Dresden. »Chancen nutzen, ein Gespür haben für den richtigen Moment, um den nächsten Schritt zu tun für unsere Patienten und für mehr Ergebnisqualität im Gesundheitswesen«, fasst Norbert Glahn als Vorstandsvorsitzender der AHG AG (und Vorstandsvorsitzender der DEGEMED) das Fazit dieser Rückschau zusammen – eine Devise, die nicht nur für den derzeitigen Kopf des Familienunternehmens gerade in Zeiten stetiger Umbrüche gilt. Schon Gründervater Wolfgang Glahn

erkannte 1973 die Zeichen der Zeit. Mit der Neukonzeption der Kurzzeittherapie in der AHG Klinik Bad Tönisstein gab er eine Antwort auf die 1968 erfolgte Anerkennung des Alkoholismus als einer chronischen und rehabilitativ behandlungsbedürftigen Krankheit. Für die Betroffenen bedeutete dieser Schritt Hilfe und Lebensperspektiven, für die AHG den Start in eine prosperierende Unternehmensentwicklung, die er 2002 in die Hände seines Sohnes legte.

Unter der Ägide von Norbert Glahn widmet sich die heute in Düsseldorf beheimatete AHG AG an 45 Unternehmensstandorten der Therapie und Rehabilitation vor allem chronisch kranker Menschen. Sie gehört mit 23 Kliniken, 8 ambulanten Reha- und 14 soziotherapeutischen Zentren zu den größten Unternehmensgruppen dieses Segments. »Noch immer blicke ich zuweilen fast mit Erstaunen darauf, dass dort, wo zwei Menschen begonnen haben, heute 3.000 mit soviel Kompetenz und Engagement ihre Arbeit tun«, fasste der Jubilar seine Eindrücke im Rahmen des glanzvoll weihnachtlichen Festaktes in Dresden



Wolfgang und Norbert Glahn stehen seit zwei Generationen für den Erfolg der AHG als Leistungserbringer der medizinischen Rehabilitation.

zusammen. Als Geschenk erhielten er, 150 geladene Gäste und alle Beschäftigten der AHG die eindrucksvoll gestaltete Unternehmenschronik.

■ Service

Weitere Informationen zur AHG
Allgemeine Hospitalgesellschaft AG
finden Sie im Internet unter
www.ahg.de.

7



Die ganzheitliche Versorgung der Patienten war und ist eine gute Basis für den Erfolg der Fachkliniken Wangen.

■ Jubiläum

Dem Wandel gewachsen

Fachkliniken Wangen feiern achtzigjähriges Unternehmensjubiläum

Wangen. Vor achtzig Jahren kamen die ersten Patienten in die Fachkliniken Wangen, damals als Kinderheilstätte des Caritasverbandes für Württemberg errichtet. Dieses außerordentliche Jubiläum wurde jetzt am 28. November gefeiert. Seit acht Jahren gehören die Fachkliniken zu den Waldburg-Zeil Kliniken (einem Mitglied der DEGEMED).

Die Grußworte überregionaler und regionaler Vertreter von Rentenversicherungsträgern und Krankenkassen, Kommunen, Politik und Presse zeigten die hohe Anerkennung für die erfolgreiche Arbeit. Unter den Rednern waren Oberbürgermeister Michael Lang, die Erste Landesbeamtin Eva-Maria Meschenmoser, Landkreis Ravensburg,

Erster Direktor Hubert Seiter, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, und Elisabeth Harrison-Neu, Geschäftsführerin der Oberschwabenklinik GmbH.

In den Fachkliniken Wangen tragen 700 Ärzte, Therapeuten, Krankenpfleger und -schwestern, Lehrer und Erzieher Verantwortung für rund 8.000 Patienten aller Altersstufen. Die Fachkliniken bestehen aus Einrichtungen für Internistische und Pädiatrische Pneumologie, Allergologie, Thoraxchirurgie, Intensivmedizin, Neurologie und Kinderrehabilitation. Das Spektrum reicht von der ambulanten über die stationäre bis zur rehabilitativen Behandlung. Patienten kommen teilweise aus ganz Deutschland und dem angrenzenden Ausland.

Veranstaltungen rund um die Rehabilitation

Januar 2009

22.1.2009

Reha wirkt! Qualitätsmanagement und Patientenerwartungen in der medizinischen Rehabilitation, Kassel

Veranstalter: AG MedReha SGB IX
Informationen über die DEGEMED
Tel.: 0 30/28 44 96-6
Fax: 0 30/28 44 96-70
E-Mail: degemed@degemed.de
www.degemed.de

23.-24.1.2009

Pflege 2009, Berlin

Veranstalter: Heilberufe, Pflegemagazin
Tel. Organisationsbüro: 0 30/20 45 60-3
Fax: 0 30/20 45 60-42
E-Mail: tauchert@urban-vogel.de
www.heilberufe-kongresse.de

Februar 2009

20.2.2009

Europäische Rehabilitationskonzepte und Gewinnung von Patienten aus dem Ausland, Hannover

Veranstalter: Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands, Deutsches Krankenhausinstitut, DEGEMED
Tel.: 02 11/4 70 51-16
Fax: 02 11/4 70 51-19
E-Mail: seminar@dki.de
www.dki.de

März 2009

9.-11.3.2009

18. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium 2009, »Innovation in der Rehabilitation – Kommunikation und Vernetzung«, Münster

Veranstalter: Deutsche Rentenversicherung und Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften
Tel.: 0 30/8 65-3 93 36 (Tagungsbüro),
E-Mail: kolloquium@drv-bund.de
www.deutsche-rentenversicherung.de/rehakolloquium

11.-12.3.2009

Gesundheitskongress des Westens 2009, Essen

Veranstalter: WISO S.E. Consulting GmbH
Kongressbüro: Interplan AG
Tel.: 0 89/54 82 34 55
www.gesundheitskongress-des-westens.de

26.-28.3.2009

1. Bad Kissinger Rehakongress der RehaZentren der DRV Baden-Württemberg GmbH, Schwerpunkt: Onkologische Rehabilitation, Bad Kissingen

Infos und Anmeldung: Rehaklinik
Am Kurpark, Bad Kissingen, Julia Rippl
Tel.: 0 97 19 19-1 13,
Fax: 0 97 19 19-1 20
E-Mail: ca-sekretariat@rehaklinik-am-kurpark.de

Impressum

DEGEMED
Deutsche Gesellschaft für
Medizinische Rehabilitation e.V.

Vorstand:
Norbert Glahn (Vorsitz)
Ellio Schneider
Volker Behncke
Dr. Ursula Becker
Kurt-Josef Michels
Dr. Joachim Haun
Horst Gollée

Geschäftsführer:
Dr. Wolfgang Heine (V.i.S.d.P.)

Fasanenstraße 5
10623 Berlin
Tel.: 0 30/28 44 96-6
Fax: 0 30/28 44 96-70
E-Mail: degemed@degemed.de
Internet: www.degemed.de

Realisation und Verlag:
müller:kommunikation,
Eichhoffstr. 36, 44229 Dortmund
Tel. 02 31/47 79 88-30
www.muellerkom.de
Layout: Regine Teschendorf
Redaktionsschluss: 8.12.2008

 **DEGEMED**
Deutsche Anwalt Akademie
Deutsche Gesellschaft für
Medizinische Rehabilitation

3. Deutscher

REHA-Rechtstag

am 8. Mai 2009 in Berlin

9.30 Uhr bis 17.00 Uhr

AVZ Logenhaus,
Emser Straße 12-13

Ansprechpartnerin: Petra Schrinner

Tel.: 0 30/72 61 53-1 34

E-Mail: schrinner@anwaltakademie.de

Gebühr:

240,- EUR Mitglieder DEGEMED, BDPK, Deutscher Verein
und/oder Mitglieder der ARGE Sozialrecht im DAV;
270,- EUR Mitglieder Anwaltverein;
300,- EUR Nichtmitglieder
zzgl. gesetzl. USt.

Europäische Rehabilitationskonzepte und Gewinnung von Patienten aus dem Ausland

Impulse, Strategien und Praxistipps
für Rehabilitationskliniken

am 20. Februar 2009
in der Medizinischen
Hochschule Hannover

Veranstalter:



- Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V.
- Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED)

Anmeldung über das DKI-Seminarsekretariat
Tel.: 02 11/4 70 51-16 • Fax: 02 11/4 70 51-19
E-Mail: seminar@dki.de
www.dki.de

Reduzierte Gebühr für VKD-Mitglieder.