

Schleswig-Holsteinischer Landtag  
Stenographischer Dienst und Ausschußdienst

# **N i e d e r s c h r i f t**

## **Sozialausschuß**

41. Sitzung

am Donnerstag, dem 27. August 1998, 10:00 Uhr,  
im Konferenzsaal des Landtages

## **Anhörung**

**Reha-Standort Schleswig-Holstein**

**Anwesende Abgeordnete**

Frauke Walhorn (SPD)

Vorsitzende

Wolfgang Baasch (SPD)

Birgit Küstner (SPD)

Gerhard Poppendiecker (SPD)

Dr. Jürgen Hinz (SPD)

Uwe Eichelberg (CDU)

Torsten Geerds (CDU)

Gudrun Hunecke (CDU)

Kläre Vorreiter (CDU)

Christel Aschmoneit-Lücke (F.D.P.)

**Weitere Abgeordnete**

Brita Schmitz-Hübsch (CDU)

Anke Spoorendonk (SSW)

**Fehlende Abgeordnete**

Matthias Böttcher (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

**Weitere Anwesende**

siehe Anlage

**Einzigster Punkt der Tagesordnung:****Reha-Standort Schleswig-Holstein**hier: **Anhörung****mündliche Anzuhörende:**

<b><u>Teilnehmer</u></b>	<b><u>Institution/Verband</u></b>	<b><u>Umdruck</u></b>	<b><u>Seite</u></b>
Dr. Jens Bade	Röpersbergklinik, Fachklinik für onkologische Rehabilitation	14/2281	5
Günter Grote	Heilbäderverband Schleswig-Holstein		8
Ursula Freiwald Claus-Günther Puls	DRK Kur- und Reha-gGmbH, (Dachverband des DRK Mutter-Kind-Kurheims, Wittdün)	14/2256	13
Ingrid Kimmel-von-Unruh Matthias Kolaczinski	Deutsches Müttergenesungswerk		19
Peter Buschmann	AOK, Landesverband Schleswig-Holstein		21
Günter Ploß	Verband der Angestelltenersatzkassen (VdAK/AEV), Landesvertretung Schleswig-Holstein	14/2280	21
Dr. Jürgen Anders	Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Schleswig-Holstein		25
Hans-Eugen Raetzell	Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein	14/2221	27

**schriftlich Anzuhörende:****Teilnehmer/Institution****Umdruck**

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.,  
Landesausschuß Schleswig-Holstein

14/2203

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte

14/2216

Ostseeklinik Holm, Fachklinik für Rehabilitation

14/2220

Nordsee Reha-Klinikum St. Peter-Ording, Klinik II

14/2260

Ärztammer Schleswig-Holstein

14/2288

Die Vorsitzende, Abg. Walhorn, eröffnet die Sitzung um 10:15 Uhr und stellt die Beschlußfähigkeit des Ausschusses fest. Die Tagesordnung wird in der vorstehenden Fassung gebilligt.

Einzigster Punkt der Tagesordnung:

### **Reha-Standort Schleswig-Holstein**

hier: **Anhörung**

#### **Röpersbergklinik, Fachklinik für onkologische Rehabilitation**

Umdruck 14/2281

Herr Dr. Bade trägt seine Stellungnahme zugleich für die Leitungen von Reha-Kliniken in Schleswig-Holstein vor. Seine Ausführungen liegen den Ausschußmitgliedern mit Umdruck 14/2281 vor.

In der folgenden Aussprache erwidert Herr Dr. Bade auf eine Frage von Abg. Baasch, daß sich die in seiner Stellungnahme angesprochene „Regionalisierung“ bei der Belegung von Reha-Betten durch die Landesversicherungsanstalten mit der Konsequenz, daß der Antragsrückgang insgesamt etwa 40 % ausmache, für Schleswig-Holstein zusätzlich ungünstig bemerkbar gemacht habe; in Schleswig-Holstein gebe es nämlich proportional zu viele Reha- und Kurkliniken, so daß man auf die Belegung aus anderen Bundesländern angewiesen sei. Hinzu komme, daß nach seinen Kenntnissen die Fälle bewilligter, aber letztlich nicht angetretener Reha-Maßnahmen von 5 % auf 17 % angestiegen seien.

Auf eine Nachfrage von Abg. Eichelberg erklärt Herr Dr. Bade, daß der von ihm beschriebene Einbruch beim Antritt von Reha-Maßnahmen direkt nach dem Wirksamwerden der Entscheidung des Bundestages vom 13. September 1996 erfolgt sei. Wollte man diese Entwicklung statistisch belegt haben, müsse man auf das Zahlenmaterial zurückgreifen, das hierzu bei den Lan-

desversicherungsanstalten und auch bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte erhoben werde.

Die angespannte Lage bei den Reha-Kliniken im Lande habe bereits dazu geführt - so Herr Dr. Bade auf Fragen von Ausschußmitgliedern -, daß zur Zeit wohl alle Reha-Kliniken in Schleswig-Holstein Kurzarbeit angeordnet hätten. Bewerte man in diesem Zusammenhang die Tatsache, daß eine Reha-Klinik nur bei einer Auslastung von rund 95 % wirtschaftlich arbeite, werde klar, daß über die Maßnahme der Kurzarbeit hinaus mittelfristig sicherlich Personal abgebaut werden müsse. Zur Situation bei der Röpertsbergklinik könne er nur darauf hinweisen, daß er froh sein müsse, wenn die mittlere Belegung in diesem Jahr 50 % ausmachen werde.

Die so beschriebene wirtschaftliche Situation der Reha-Kliniken führt im folgenden zu Fragen der Abgeordneten Eichelberg und Vorreiter nach Möglichkeiten, Patienten aus anderen Bundesländern oder aus dem näheren europäischen Ausland zur Durchführung von Reha-Maßnahmen in Schleswig-Holstein zu gewinnen. Herr Dr. Bade trägt hierzu vor, daß die Reha-Maßnahmen in Deutschland zwar von einer Qualität seien, die im Ausland noch eher die Ausnahme bildeten, daß aber auch dort qualitätsmäßig aufgeholt werde. So gebe es beispielsweise schon deutsche Träger, die in Reha-Kliniken in den USA investierten.

Regelmäßige Treffen der Chefärzte der schleswig-holsteinischen Reha-Kliniken hätten aber das Ziel, den Standort Schleswig-Holstein für Reha-Einrichtungen überregional bekannt zu machen und zum Beispiel Patienten aus dem Hamburger Raum oder auch aus dem Süden der Bundesrepublik zu gewinnen.

Bei diesen Bemühungen dürfe aber auch nicht übersehen werden, daß gerade im Nachbarland Mecklenburg-Vorpommern inzwischen sehr viele Reha-Kliniken errichtet worden seien, die die Situation für schleswig-holsteinische Einrichtungen nicht nur nicht besser machten, sondern auch dort selbst zu einer sehr kritischen Entwicklung geführt hätten.

Auf eine Nachfrage von Abg. Vorreiter betont Herr Dr. Bade, daß die derzeit laufenden Überlegungen von Krankenkassen, Kurmaßnahmen für deutsche Patienten zum Beispiel in Tschechien oder in Italien zu ermöglichen, auch zu einer Entwicklung in umgekehrter Richtung führen könnten. Selbstverständlich würde man solche Möglichkeiten gern zur Sicherstellung der Auslastung der Reha-Kliniken hier nutzen; damit verbundene Sprachprobleme wären sicherlich lösbar.

Über die Notwendigkeit einer weiter verbesserten Information über die medizinische, psychische und soziale Dimension rehabilitativer Maßnahmen sowie eines verbesserten Kontaktes der Reha-Einrichtungen direkt zu den Akutkliniken besteht zwischen den Ausschußmitgliedern und Herrn Dr. Bade Übereinstimmung. Angesichts des angestrebten Zieles von Reha-Maßnahmen, die Leistungsfähigkeit eines Patienten vollständig wiederherzustellen, bewertet Herr Dr. Bade Überlegungen einer Substitution stationärer Rehabilitation durch vernetzte Praxen oder Ambulatorien - wie auch schon in der schriftlichen Stellungnahme zum Ausdruck gebracht - kritisch.

### **Heilbäderverband Schleswig-Holstein**

Herr Grote geht in seinem Vortrag zunächst auf die durch die neue Gesetzgebung entstandene Verschlechterung im Reha-Bereich und bei den Kuren ein und gibt seinem Zweifel Ausdruck, daß unter einer neuen Regierung einige der verschärfenden Vorschriften zurückgenommen werden könnten. Sodann belegt Herr Grote die Verschlechterungen aus dem Wachstums- und Beschäftigungsgesetz, dem Beitragsentlastungsgesetz und dem ersten und zweiten GKV-Neuordnungsgesetz mit einigen Zahlen. Er bedauert, daß trotz aller beschlossenen Restriktionen und der damit zu Tage getretenen „miserablen“ Ergebnisse im Reha-Bereich sowie bei den ambulanten Kuren nach dem 1. Juli 1997 auch noch die Zuzahlung von 10 % auf 15 % erhöht worden sei. Noch bemerkenswerter sei, daß auch der Mutter-Kind-Bereich nun mit 17 DM Zuzahlung belegt werde.

Im Jahre 1997, so fährt Herr Grote fort, habe es rund 11.700 Reha-Betten in Schleswig-Holstein gegeben, deren Zahl nun - abhängig vom Kostenträger - um 30 % bis 50 % zurückgegangen sei. Dabei spiele auch das sogenannte Regionalprinzip, wie es in Nordrhein-Westfalen praktiziert werde, eine nicht unerhebliche Rolle. Denn gerade Schleswig-Holstein sei wegen seiner geringeren Bevölkerungsdichte auf Kurende aus anderen Bundesländern angewiesen.

Im ambulanten Bereich, den er, Herr Grote, in der Anhörung in besonderer Weise zu vertreten habe, betrage der Rückgang im Schnitt 42 %. Schleswig-Holstein habe beispielsweise bei den Kurmitteln insgesamt einen Verlust von rund 17,3 Millionen DM in 1997 zu verkraften gehabt. Im ambulanten Bereich habe sich der Umsatzverlust bei den Übernachtungen auf zirka 69 Millionen DM belaufen, im stationären Bereich sei er bei 100 Millionen DM gelegen.

Zusammengerechnet seien demgegenüber im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen Einsparungen in Höhe von 977 Millionen DM in 1997 erreicht worden, obwohl nur 860 Millionen DM an Einsparungen vorgegeben worden seien. Im gesamten BSA-Bereich hätten die Einsparungen rund 2,4 Milliarden DM bei einer Vorgabe von Einsparungen in Höhe von 3,69 Milliarden DM insgesamt im Gesundheitswesen betragen. Hier stelle er sich die Frage, warum jetzt nicht das Rad in kleinen Abschnitten wieder zurückgedreht werden könne, wenn man so offensichtlich über das Einsparungsziel hinausgegangen sei. Diese Frage sei um so dringlicher, als zum Beispiel in der gleichen Zeit in den schleswig-holsteinischen Heilbädern rund 3.000 Arbeitsplätze weggefallen seien beziehungsweise noch zum Wegfall anstünden. Bundesweit rechne man mit rund 40.000 wegfallenden Arbeitsplätzen.



So habe beispielsweise Büsum in guten Zeiten 100 Mitarbeiter gehabt; 1997 seien es nur noch 80 gewesen, wobei fünf Monate kurz gearbeitet worden sei, und im laufenden Jahr seien wiederum elf Kündigungen ausgesprochen worden. Wenn davon auch ein Teil habe zurückgenommen werden können, so nur deshalb, weil sich die Mitarbeiter bereit erklärt hätten, weniger zu arbeiten beziehungsweise unbezahlten Urlaub zugunsten der gekündigten Arbeitnehmer zu nehmen.

Herr Grote schließt diesen Teil seiner Ausführungen mit dem Hinweis ab, daß sich der negative Trend, der zu beobachten sei, noch fortsetzen und einen noch weit tieferen Einbruch im Jahre 1999 erreichen werde. Grund dafür sei unter anderem die restriktiv gehandhabte Genehmigung von Kuren und Reha-Maßnahmen im ambulanten Bereich, wenn sich neuerdings allerdings auch ein gewisser positiverer Trend bei den entsendenden Krankenkassen dahin feststellen lasse, daß die Genehmigungen bei Familien mit Kindern wieder etwas großzügiger gehandhabt würden.

Im stationären Bereich verzeichne man in 1998 trotz eines ebenfalls leichten Aufwärtstrends gegenüber dem Vorjahr doch noch eine sehr starke Unterbelegung, die nur durch Kurzarbeit aufgefangen werden könne. Damit verbunden sei ein verstärkter Verdrängungswettbewerb, von dem zu befürchten sei, daß er voraussichtlich ebenfalls erst in 1999 seine größten Auswirkungen zeigen werde.

Frage man ihn nach den Perspektiven, so meint Herr Grote, dann müßte er diese als „wenig erfreulich“ umschreiben. Dennoch seien die klassischen Kuren und die Reha-Maßnahmen für die Gesundheitsvorsorge unverzichtbar, wenn diese in Zukunft auch nicht mehr, wie man es seit Jahrzehnten gewohnt sei, allein auf Kosten der Rentenversicherungsträger oder der Krankenkassen durchgeführt werden könnten.

Dieses in der Vergangenheit produzierte Anspruchsdenken gelte es in Zukunft zu ändern, und es gelte, das Bewußtsein der Menschen dahin zu bringen, daß der einzelne für seine Gesundheit selbst etwas tun müsse. Da die Menschen nicht mit der eingetretenen Gesundheitsreform gesünder geworden seien, werde es auf der einen Seite auch in Zukunft sowohl die klassischen Kuren als auch die Reha-Maßnahmen weiterhin geben müssen, so daß diese auch weiterhin gestärkt werden müßten. Auf der anderen Seite allerdings müsse auch darüber nachgedacht werden, wie die Kurmittelhäuser besser ausgelastet werden könnten und welche neue Angebotspalette entwickelt werden könnte. Zu denken sei hier unter anderem auch an Ergänzungsmaßnahmen aus dem Bereich von Fitneß und Wellness, die sich gut mit den klassischen Behandlungen verbinden und für den Selbstzahlerbereich anbieten ließen.

Des weiteren müßte der Stellenwert der klassischen Kuren wieder aufgewertet werden, der in den letzten Jahren im Zuge der Sparmaßnahmen etwas schlechtgeredet worden sei. Für Schleswig-Holstein könnte in diesem Zusammenhang an ein Konzept gedacht werden, das das Land besonders hervorhebe nach dem Motto „Eine Kur in Schleswig-Holstein sei durch die Vorzüge dieses Landes etwas ganz Besonderes“. Ein Ansatz dazu seien im vergangenen Jahr zum Beispiel die vom Heilbäderverband durchgeführten Gesundheitswochen in Schleswig-Holstein gewesen, die leider nicht wiederholt worden seien. In solchen Aktionen sehe er, Herr Grote, für das Land neue Chancen.

Nach den Hilfen des Landes gefragt, könnte sich gerade bei der Vermarktung solcher Kuren das Land beteiligen. Seine Bitte gehe deshalb an den Ausschuß, sich dafür einzusetzen, daß die früher gezahlten Zuschüsse der Sozialministerin zur bädermedizinischen Forschung, die der Heilbäderverband durchgeführt habe, wieder zur Verfügung gestellt würden. Denn ohne den Nachweis, daß die Kuren in Schleswig-Holstein nachhaltig wirkten, könne man keine Kur für die Zukunft verkaufen. Mit diesen früher gezahlten kleinen Zuschüssen in Höhe von 70.000 DM könnte der Profilierung des Landes als Kurland Vorschub geleistet werden.

Zur Frage des Abg. Eichelberg, wieviel in DM die Steigerung der Zuzahlung von 10 % auf 15 % ausmache, geht Herr Grote von einem Zuzahlungsbetrag von rund 100 DM bei ambulanten Kuren aus. Dies werde dem Verbraucher auf Anfrage auch immer so von seinem Verband mitgeteilt.

Zur weiteren Frage des Abg. Eichelberg, ob für Reha-Einrichtungen auch Umnutzungschancen in Richtung Hotels gesehen würden, verweist Herr Grote auf die Vorbehalte des Hotel- und Gaststättenverbandes. Im übrigen gebe es auch viele Einrichtungen, die sich kaum in Hotels oder Freizeiteinrichtungen umwandeln ließen. Eine Umwandlung in Einrichtungen für besondere Erholungszwecke setze zum einen einen potenten Träger und zum anderen einen „langen Atem“ voraus. Wenn alles so einfach wäre, so meint Herr Grote, dann stünden nicht bereits heute sehr viele Reha-Kliniken oder Kurmittelhäuser einfach leer.

Welche Lösungen es hier geben könnte, wisse kaum jemand, zumal davon auszugehen sei, daß gerade auch in den neuen Bundesländern trotz der dort ebenfalls anstehenden Probleme zur Zeit noch weitere Bettenkapazitäten bereitgestellt würden.

Eine weitere Frage des Abg. Eichelberg, ob durch die Altersstruktur der Bevölkerung neue Wachstumschancen für den Kur- und Reha-Bereich gesehen würden, beantwortet Herr Grote dahin, daß man hier noch ein gewisses Wachstumspotential sehe. Unbeantwortet bleibe dabei

aber die Frage, wie und wann die entsprechenden Angebote von den Menschen angenommen würden. Büsum zum Beispiel versuche bereits heute verstärkt, auch solche Menschen an die Gesundheitsvorsorge heranzuführen, die bisher mit dem Argument, nicht krank zu sein, noch nie Überlegungen für eine eigene Vorsorge angestellt hätten. Zu denken sei hier beispielsweise an Schnupperangebote, um Interesse zu wecken.

Ganz einfach sei dieser Markt aber nicht zu entwickeln, so meint Herr Grote, weil zum einen ein großer Konkurrenzkampf um das verfügbare Budget mit dem Pharmakamarkt ausgetragen werden müsse und zum anderen manche Allgemeinärzte auch nicht all zu viel davon hielten, ihren Patienten eine Kur zu empfehlen. Insofern müsse in bezug auf das Gesundheitsbewußtsein noch sehr viel Überzeugungsarbeit geleistet werden.

Den Überlegungen des Abg. Eichelberg, daß man die Kuren auch als Wirtschaftszweig sehen und deshalb das Wirtschaftsministerium mit in die Aktivitäten einbinden müsse, stimmt Herr Grote zu, indem er auf die Verluste an Arbeitsplätzen und die weiteren wirtschaftlichen Auswirkungen der Gesundheitsreform hinweist und diese als Schwachstellen in der Gesundheitsgesetzgebung bezeichnet. Er erinnert daran, daß beispielsweise früher 50 % des Bruttosozialproduktes in Büsum durch die Kurmittelbetriebe erwirtschaftet worden seien.

Abg. Aschmoneit-Lücke mahnt ein intensiveres Zusammenarbeiten mit dem Schleswig-Holstein Tourismusverband an, um eventuell in gemeinsamer Werbung zu mehr Effizienz und Akzeptanz zu kommen.

Auf die Frage der Abg. Aschmoneit-Lücke nach den Prozenten im Selbstzahlerbereich nennt Herr Grote die Zahl von bis zu 50 % auf Sylt und höchstens 5 % in Kurorten wie St. Peter-Ording oder Büsum. Die von Abg. Baasch nachgefragten Steigerungsraten in diesem Bereich setzt Herr Grote mit 15 % bis 20 % an.

Die Vorsitzende bezieht sich auf das im Herbst vergangenen Jahres in Bad Bramstedt entwickelte Aktionsprogramm der Verbände gemeinsam mit der Gesundheitsministerin, um die Situation im Reha- und Kurbereich zu verbessern, und fordert die dort beschriebene Selbstbeschränkung ein. Herr Grote bedauert, daß aus diesem Konzept weder ein Maßnahmenbündel noch eine Soforthilfe entstanden seien.

Auf die Frage des Abg. Baasch, welche Soforthilfen aufgrund der stark angewachsenen Einsparungen im Kur- und Reha-Bereich aktiviert werden könnten, fordert Herr Grote, in Zukunft immer dann, wenn von den Kosten der Kuren gesprochen werde, den Anteil der Anschlußheil-

behandlungen aus dem Kurkostenteil herauszurechnen. Damit würde für den übrigen Kur- und Reha-Bereich eine neue finanzielle Perspektive entwickelt werden können. Ferner könnte beispielsweise die Reduzierung der Tagegelder bei den ambulanten Kuren rückgängig gemacht und im Reha-Bereich die Zuzahlung wieder reduziert werden. Dies seien Sofortmaßnahmen, die man auch dem Verbraucher gut näherbringen könnte.

**DRK Kur- und Reha-gGmbH,  
(Dachverband des DRK Mutter-Kind-Kurheims, Wittdün)**

Umdruck 14/2256

Herr Puls trägt den Inhalt der schriftlichen Stellungnahme der DRK Kur- und Reha-gGmbH, Umdruck 14/2256, vor.

In der Aussprache bestätigt er die Annahme der Abg. Aschmoneit-Lücke, daß sich die Aussage in der schriftlichen Stellungnahme, durch die vermehrte Inanspruchnahme der Akutmedizin und durch Verrentungen werde eine weitere deutliche Kostenerhöhung eintreten, nicht mit Zahlen belegen lasse, sondern eine logische Schlußfolgerung bilde. Rehabilitation solle eine bereits eingetretene Krankheit heilen. Wenn ein Patient diese Linderung nicht in einer Rehabilitationsmaßnahme erfahren könne, werde er seinen Hausarzt aufsuchen, der sich auch nicht anders zu helfen wisse, als den Patienten in ein Akutkrankenhaus einzuweisen.

Abg. Baasch wertet die Ausführungen von Herrn Puls als sehr gute Beschreibung der Situation der Mutter-Kind-Kuren. In bisherigen Gesprächen sei stets als Problem hervorgehoben worden, daß der Medizinische Dienst der Krankenkassen vielfach Kuren, die gerade Vorsorgezwecken dienen sollten und von den Verbänden als notwendig angesehen würden, nicht befürworte, sondern mit sehr stringenten Einwänden operiere. Dabei würden die psychosozialen Bedingungen häufig völlig außer acht gelassen.

Der Begriff „Wildwuchs“ in den Ausführungen von Herrn Puls bedürfe nach seiner Auffassung einer gewissen Konkretisierung; wenn sich qualitativ gute Einrichtungen auf dem Markt durchsetzen könnten, sei dagegen sicherlich nichts einzuwenden.

Herr Puls stellt klar, daß ihm mit dem Begriff „Wildwuchs“ jene Fälle vor Augen stünden, in denen durch das Gesundheitsreformgesetz auch privaten Trägern die Türen geöffnet worden seien, am „Rehabilitationsgeschäft“ teilzuhaben. Sie hätten einen Rechtsanspruch auf Abschluß eines Versorgungsvertrages nach § 111 SGB V. Gerade in den neuen Bundesländern seien zahlreiche Rehabilitationseinrichtungen gebaut worden, die - ohne daß sie bereits geöffnet seien - alle mit Versorgungsverträgen ausgestattet seien. Dies seien schon heute Investitionsruinen.

Zur Zusammenarbeit mit dem MDK nimmt Frau Freiwald Stellung. Durch die Einschaltung des MDK in das Bewilligungsverfahren für Kuren hätten sich die Heime, die aus einer psychosozial

orientierten Tradition kämen, plötzlich einer medizinischen Orientierung auch für Mutter-Kind-Kuren gegenübergesehen. Die Folge sei, daß die Heime mit zwei verschiedenen Ansprüchen dieselbe Aufgabe bewältigen sollten. Deshalb hätten sich die Heime zusammengefunden, um Klarheit über den weiteren Weg zu schaffen.

Auf der anderen Seite stehe dahinter ein Problem, das noch völlig ungeklärt sei, die Frage nämlich, welcher Ansatz diesen Kuren zugrunde liege. Entsprechend der Historie des Müttergenesungswerkes hätten die Einrichtungen von jeher über eine Ausstattung verfügt, um familienbelastete Frauen weitestgehend psychosozial behandeln zu können. Diese Behandlung sei nach den jeweiligen Erkenntnissen der Zeit immer wieder angepaßt worden. Plötzlich jedoch stünden die Heime, nachdem die Krankenkassen dahin tendierten, auch medizinisch bedürftige Frauen und Kinder in diese Einrichtungen zu schicken, vor der Notwendigkeit, auch hauptamtliche Ärzte vorzuhalten, medizinische Abteilungen einzurichten, Krankenschwestern zu beschäftigen, einen Nachtdienst und alles, was damit zusammenhinge, zu etablieren und sich somit in einem ganz bestimmten Bereich zu profilieren, um den Anforderungen im Grunde hinterherzulaufen.

Zwar lasse sich dies alles inhaltlich umsetzen - das DRK habe vor drei Jahren damit begonnen, indem es entsprechende Abteilungen eingerichtet habe -, aber die Notwendigkeit, diese Anforderungen im Rahmen von Mutter-Kind-Kuren zu erfüllen, führten recht schnell an die Grenzen, die einmal durch den Tagessatz gezogen seien und andererseits durch die ungeklärte Situation, was eigentlich mit der Maßnahme bezweckt werde, die Behandlung einer medizinisch kranken Frau - vorbeugend oder in der Heilungsphase - oder die psychosoziale Behandlung der traditionell familien- und sozialbelasteten Frau und ihres Kindes.

Ein weiterer bisher völlig ungeklärter Faktor, der dabei eine Rolle spiele, sei die Frage, welche Bedeutung das Kind in diesem System überhaupt habe. Früher sei das Kind als Begleitperson angesehen worden, für die dann Kindergärten und ähnliche Einrichtungen, pädagogische Betreuung und Erziehungsberatung vorhanden gewesen seien. Dies finde zwar ebenfalls noch statt, aber die Heime seien jetzt auch mit medizinisch nachweislich kranken Kindern konfrontiert. Andererseits bestehe nach wie vor der Wunsch - auch aus Kostengesichtspunkten der Kassen -, die Kinder weiterhin als Begleitpersonen zu betrachten. Dies wiederum korrespondiere mit der Anforderung, daß nur Patientinnen in die Heime geschickt würden, wenn die Einrichtung auch über einen Kinderarzt verfüge.

Die Heime befänden sich somit in einem ständigen Abstimmungsverfahren, wie diese Diskrepanzen, die sich durch die neue Lage aufgetan hätten, bewältigt werden könnten.

Abg. Eichelberg weist darauf hin, daß sich trotz der Konstanz der Bevölkerung in der Bundesrepublik die Kapazitäten im Kur- und Reha-Bereich seit 1985 verdoppelt hätten. Der Wildwuchs sei demnach in erster Linie aus steuerlichen Gründen sowie aufgrund der Zonenrandförderung entstanden. Das gleiche gelte für die Kapazitäten in Mecklenburg-Vorpommern, wo künftig noch 20.000 Betten verfügbar gemacht werden sollten, obwohl es keinen Bedarf gebe. Er sehe darin ein betriebswirtschaftliches Risiko, das die Investoren eingegangen seien. Demgegenüber interessiere das Parlament die Versorgung der Bevölkerung und die Frage, wie der notwendige Bedarf im Rehabilitations- und Kurbereich gedeckt werden könne, zumal die Bevölkerung heute nicht kranker sei als in den fünfziger und sechziger Jahren der Nachkriegszeit.

Ihn interessiere, inwieweit sich durch die Überkapazitäten Druck auf die etablierten Anbieter und Träger auswirke und wie die Erklärungen anderer Träger zu beurteilen seien, sie könnten die Anforderungen mit Leichtigkeit erfüllen.

Die Problematik „Mutter und Kind“ nehme bekanntlich insbesondere in den Stadtgebieten mehr und mehr zu. Er habe häufiger gelesen, daß die Nachfrage nach Plätzen in Müttergenesungsheimen rückläufig sei, und erkundigt sich, ob nach Einschätzung des DRK dieser Rückgang durch die vermehrte Inanspruchnahme der anspruchsvolleren Mutter-Kind-Einrichtungen kompensiert werde.

Herr Puls entgegnet, daß ein Angebot nur dort geschaffen werde, wo die Nachfrage vorhanden sei. Bis 1996 habe es in den Reha-Kliniken Wartezeiten für ein Klinikbett von bis zu einem Jahr gegeben.

Die steuerlichen Aspekte hätten für private Investoren sicherlich eine wesentliche Rolle gespielt. Das DRK als gemeinnützige Einrichtung habe dadurch jedoch keinerlei Vorteile.

Auf die Frage nach dem Preis-Leistungs-Verhältnis und möglichen Dumpingpreisen antwortet Herr Puls mit dem Hinweis darauf, daß viele Reha-Träger versuchten, durch Reduzierung ihrer Preise im Markt zu bleiben. Die Kassen seien verpflichtet, Qualitätsprüfungen und einen Preis-Leistungs-Vergleich vorzunehmen. Viele Träger handelten nach dem St.-Florians-Prinzip und gingen damit ein hohes Risiko und hohe wirtschaftliche Verluste ein. Meist würde diese Einrichtungen von Betriebsgesellschaften geführt, die mit einer geringen Kapitaldecke ausgestattet seien und diese Preise nicht lange durchhalten könnten. Andere Träger vernichten, in Absprache mit ihren finanzierenden Banken eine Tilgungsstreckung oder Kapitaldienstausssetzung zu vereinbaren und diesen reduzierten Preis dann unmittelbar an die Kostenträger weiterzugeben. Dadurch versperrten sie sich aber den Weg für die Zukunft, weil die Kostenträger dann nicht

mehr bereit seien, in Zukunft die erhöhten Preise zu zahlen. Dies halte er auch für unlauter und nicht ehrlich.

Im Mutter-Kind-Kurbereich sei die Nachfragesituation ähnlich wie im allgemeinen Reha-Bereich gewesen. Mütter und Kinder hätten teilweise mit Wartezeiten von anderthalb Jahren rechnen müssen. Dadurch seien zusätzliche Kapazitäten erforderlich geworden. Das Müttergenesungswerk sei seinerzeit darauf angesprochen worden, etwas zu unternehmen; da diese Maßnahmen aber nicht ausgereicht hätten, seien die großen Krankenkassen unmittelbar an private Investoren herantreten und hätten zusätzliche Kapazitäten geschaffen, um die langen Wartezeiten zu reduzieren.

Frau Freiwald verweist darauf, daß das DRK Mutter-Kind-Kur-Reha-Kliniken unter dem Dach des Müttergenesungswerkes betreibe. Die offenbar bestehende Vorstellung, als herrsche von den Ansprüchen her ein Unterschied zwischen Mutter-Kind-Reha-Kliniken in privater Trägerschaft und Kurenheimen des Müttergenesungswerkes in der Trägerschaft der Wohlfahrtsverbände, treffe nicht mehr zu; die Einrichtungen böten alle den gleichen Standard. Auch die aus der sozialen Tradition heraus möglicherweise kleineren Häuser des DRK böten das gleiche Angebot, auch in medizinisch-therapeutischer Hinsicht.

Abg. Baasch schildert zwei Beispiele, in denen der MDK Mutter-Kind-Kuren mit der Begründung abgelehnt habe, daß bei der Frau keine medizinische Begründung für eine Kur vorgelegen habe und mit einer ambulanten Behandlung derselbe Effekt erreicht werden könne.

Zum zweiten bezieht sich Abg. Baasch auf die Aufforderung von Herrn Puls an den Ausschuß, sich für die Erhaltung der Landesförderung von Erholungsfürsorge einzusetzen. Das Parlament habe dies bereits getan und entsprechende Beschlüsse gefaßt, deren Umsetzung jetzt aber offenbar auf der Ebene der Regierung und der Verbände Schwierigkeiten bereite.

Herr Puls räumt ein, daß er in der gestrigen Mitgliederversammlung der LAG von der Aufhebung des Sperrvermerks erfahren habe.

Zur Abgrenzung von stationärer und ambulanter Behandlung durch den MDK könne er sich nicht umfassend äußern; die Einweisungen für Mutter und Kind in eine stationäre Maßnahme durch den Arzt liefen zunächst über die Medizinischen Dienste, die das Krankheitsbild aus ärztlicher Sicht zu begutachten hätten. Er könne lediglich festhalten, daß jeder Bürger einen Rechtsanspruch auf eine Rehabilitations- und Präventionsmaßnahme habe. Inwieweit die Krite-



rien des Medizinischen Dienstes etwas stringenter seien, müßten die Vertreter der Kostenträger, die ihre Vorgaben setzten, angeben können.

Abg. Baasch betont, daß es ihm darum gehe, ob diese Fälle - unabhängig davon, ob es bei jemandem eine medizinische Begründung für eine Kur gebe - aus der Sicht des DRK die klassischen Fälle für eine richtige Betreuung durch eine Mutter-Kind-Einrichtung wären.

Frau Freiwald unterstreicht, daß dies der Sinn der in SGB V festgeschriebenen Maßnahmen sei. Dort sei von medizinischer Bedürftigkeit und rein somatischer Krankheit keine Rede, sondern es gehe ausschließlich um psychosoziale Maßnahmen. Diese Maßnahmen seien bisher immer zeitgemäß umgestellt und angepaßt worden. Schließlich seien auch die Kinder einbezogen worden. Bis vor zwei oder drei Jahren seien die Häuser des DRK bis zu 80 % oder 90 % mit solchen Frauen belegt gewesen. Jetzt sei die Relation umgekehrt; 80 % bis 90 % der Frauen in den Einrichtungen des DRK seien psychosomatisch krank.

Abg. Aschmoneit-Lücke bemerkt, daß von allen Seiten die Präferenzbelegung durch die Rentenversicherungsträger angesprochen worden sei und daß darauf hingewiesen worden sei, daß diese durch den Bundesrechnungshof sogar verlangt werde. Sie möchte wissen, was das Parlament nach Auffassung des DRK unternehmen könnte, um diese Entwicklung zurückzuführen.

Herr Puls erinnert daran, daß schon die Bundesregierung selbst die Rentenversicherungsträger gebeten habe, diese Präferenzpolitik zu unterbinden. Er habe Verständnis für die Haltung der Präsidenten der Rentenversicherungsanstalten, wenn sie mehrere Einrichtungen betrieben und dort Millionenverluste erlitten, diese Verluste gar nicht erst entstehen zu lassen.

Das DRK als Anbieter auf dem Markt fordere ein Angebotsoligopol ein; es fordere die Rentenversicherungsträger auf, die Kliniken gleichmäßig zu belegen und nicht die eigenen Kliniken bevorzugt zu behandeln. Das Risiko und die wirtschaftlichen Verluste müßten gleichmäßig verteilt werden.

Abg. Eichelberg merkt an, daß zumindest die LVA in Schleswig-Holstein bemüht sei, ein Haus zu schließen, um mehr Gerechtigkeit zu erreichen. Es sei jedoch schwierig, ein solches Haus loszuwerden. Dies gelte auch für private Träger. Aus wirtschaftlicher Sicht sei für ihn verständlich, daß die schon lange bestehenden Heime gewisse Präferenzen gegenüber den auf Spekulation beruhenden Einrichtungen genössen.

Herr Puls legt dar, daß jemand, der heute eine Reha-Klinik kaufe - wie die Mühlenbergklinik in Malente, auf die Abg. Eichelberg angespielt habe -, dieses Haus auch weiter nutzen wolle - möglicherweise mit einer anderen medizinischen Ausrichtung -, aber sicherlich kein Hotel daraus machen wolle. Ob dies klug sei, bezweifele er.

Ergänzend müsse in diesem Zusammenhang aber auch erwähnt werden, daß die LVA Schleswig-Holstein die Einrichtung Aukrug im letzten Jahr noch für 35 Millionen DM saniert und erweitert habe und daß auch die Klinik in der Nähe von Malente mit 180 Betten modernisiert und fast neu gebaut worden sei, so daß auch bei der LVA Schleswig-Holstein eine ganz erhebliche Kapazitätserhöhung eingetreten sei.

### Deutsches Müttergenesungswerk

Frau Kimmel-von-Unruh stellt das Müttergenesungswerk, das ihm zugrundeliegende Konzept sowie die Auswirkungen der Gesundheitsreform vor. Die Ausführungen sind der Anlage zu dieser Niederschrift zu entnehmen.

Abg. Baasch greift die Äußerung von Frau Kimmel-von-Unruh auf, das Müttergenesungswerk erachte die Schaffung neuer Kureinrichtungen für wenig marktgerecht, und fragt nach der gegenwärtigen Kapazitätsplanung. Frau Kimmel-von-Unruh erwidert, die unter dem Dach des Müttergenesungswerkes organisierten Wohlfahrtsverbände sprächen sich hinsichtlich der Planung untereinander ab, dies gelte jedoch nicht für die privatgewerblichen Anbieter von Mutter-Kind-Kuren.

Herr Kolaczinski ergänzt, es gebe immer noch steuerliche Gründe, die die Schaffung neuer Einrichtungen begünstigten. Insoweit sei das Problem nicht im Rahmen von Absprachen zu lösen. Das Müttergenesungswerk habe sich eine Selbstbeschränkung auferlegt, die bereits vor zwei Jahren intern verabredet worden sei, keine neuen Kapazitäten mehr aufzubauen.

Er gibt seiner Befürchtung Ausdruck, daß sich eine Verschiebung der Marktanteile zugunsten privatgewerblicher Anbieter aufgrund der Tatsache ergeben könnte, daß diese immer noch sowohl eine Tragfähigkeit für solche Einrichtungen sähen als auch die Ertragsmöglichkeiten „real gegeben“ seien. Aus diesem Grunde stelle sich für das Müttergenesungswerk die Frage, wie lange dieser Entwicklung noch tatenlos zugesehen werden könne.

Vor diesem Hintergrund problematisiert Herr Kolaczinski die Praxis vieler Leistungsträger - vor allem anderer Bundesländer, mit Ausnahme der AOK Schleswig-Holstein -, mit privatgewerblichen Anbietern Belegungsverträge einzugehen, so daß die Auslastung dieser Einrichtungen zu Lasten von Einrichtungen, die sich eine Selbstbeschränkung auferlegt hätten, gewährleistet sei. Ferner spricht er in diesem Zusammenhang die Möglichkeit an, immer noch eine Zulassung nach § 111 SGB XI durch die Kostenträger zu erhalten.

Herr Kolaczinski verneint gegenüber Abg. Vorreiter, daß für die Leistungsträger die Höhe der Tagessätze für die Zuweisung in Kur- oder Reha-Einrichtungen ausschlaggebend sei, da die durchschnittlichen Tagessätze von Häusern des Müttergenesungswerkes mit einer Preisspanne von 120 DM bis 150 DM erheblich unter der privatgewerblicher Anbieter liege, welche 180 DM und mehr veranschlagten. Er äußert die Vermutung, es könnten „kassenpolitische“ Gründe dafür maßgeblich sein.

Bezüglich der Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen, nach der sich Abg. Vorreiter erkundigt, legt Frau Kimmel-von-Unruh dar, einige niedergelassene Ärzte seien anfangs „überfordert“ gewesen und hätten Atteste mit unzureichenden Begründungen ausgestellt. Aus diesem Grunde halte sie eine Fortbildung von niedergelassenen, praktischen Ärzten für sinnvoll.

Abg. Baasch bezieht sich auf eine Aussage von Frau Kimmel-von-Unruh, es gebe Leistungsträger, die eine Kur beantragenden Müttern bessere Konditionen versprechen, sofern sie sich für eine Einrichtung entschieden, die mit der jeweiligen Krankenkasse in einem Vertragsverhältnis stünde, und fragt, woran sie das festmache. Sie teilt mit, daß sie dies aus Rückmeldungen in den Beratungsstellen sowie aus Gesprächen zwischen Klinikleiterinnen und betroffenen Müttern erfahren hätte.

Frau Kimmel-von-Unruh merkt auf eine Frage von Abg. Eichelberg an, es müßten Konzepte zur Sicherstellung der Beratungstätigkeit, die aus Mitteln der Erholungsfürsorge und von Verbänden finanziert werde, sowie der Nachsorge entwickelt werden. Dennoch seien die Verbände weiterhin auf Landesmittel angewiesen.

Die langen Wartezeiten bis zum Antritt einer Kur, nach denen sich Abg. Baasch erkundigt, seien nicht mehr auf fehlende Plätze, sondern auf „umständliche“ Bewilligungsverfahren zurückzuführen, erklärt Frau Kimmel-von-Unruh.

Bei der Auswahl einer Kurklinik und eines Kurstandortes stehe in erster Linie die medizinische Indikation im Vordergrund, erwidert Frau Kimmel-von-Unruh auf eine Frage von Abg. Eichelberg. Ebenfalls spiele das Alter der Kinder eine Rolle.

Sie stimmt Abg. Hunecke darin zu, daß der Grundsatz der Vorrangigkeit der ambulanten Kurversorgung vor der stationären speziell bei Müttern mit Kindern - besonders aufgrund der Verkehrsinfrastruktur im ländlichen Raum - nicht tragbar sei.

(Unterbrechung: 12:45 Uhr bis 14:00 Uhr)

## **AOK, Landesverband Schleswig-Holstein**

### **Verband der Angestelltenersatzkassen, Landesvertretung Schleswig-Holstein**

Umdruck 14/2280

Herr Buschmann führt für den Landesverband der AOK Schleswig-Holstein aus, während im ersten Halbjahr 1998 sowohl bei den ambulanten als auch bei den stationären wie bei den Mütter-Kind-Kuren ein deutlicher Rückgang im Aufwand zu verzeichnen gewesen sei, seien die Ausgaben für Anschlußheilbehandlungen um 46,9 % gestiegen. Das sei darauf zurückzuführen, daß die Krankenhäuser verstärkt dazu übergingen, die in den Fallpauschalen zugrundegelegten Tage zu verkürzen und Patienten früher in Rehabilitationseinrichtungen einzuweisen. Diese Entwicklung bereite den gesetzlichen Krankenkassen in Anbracht mangelnder Kostensicherheit Sorgen.

Zur Sicherung der Beitragssatzstabilität, die vom Bundesgesundheitsminister eingefordert werde, müßten sich die Rehabilitationseinrichtungen nach Ansicht von Herrn Buschmann auch denjenigen Kurinteressierten öffnen, die ohne medizinische Indikation auf privater Basis - beispielsweise während ihres Urlaubs - etwas für ihre Gesundheit tun wollten. Darüber hinaus seien Kooperationen im Bereich der Suchterkrankungen denkbar. Außerdem macht er auf den Zusammenhang zwischen dem Rückgang an Beitragseinnahmen und der hohen Arbeitslosigkeit aufmerksam.

Abschließend bezieht sich Herr Buschmann auf das gemeinsam von der Landesregierung und den Sozialversicherungsträgern aufgestellte Aktionsprogramm, das darauf abziele, den Rehabilitationsstandort Schleswig-Holstein zu halten. Für den Landesverband der AOK Schleswig-Holstein könne er sagen, daß er zu dem Programm stehe.

Herr Ploß vom Verband der Angestelltenersatzkassen stellt den Ausführungen seiner schriftlichen Stellungnahme, Umdruck 14/2280, die unterschiedliche Definition von Kur- und Rehabilitationsmaßnahme voran. Der Verband der Angestelltenersatzkassen halte an der Notwendigkeit von Vorsorge- und Rehabilitationskuren, Anschlußheilbehandlungsmaßnahmen sowie am Müttergenesungswerk fest.

Herr Ploß schließt seine Ausführungen mit dem Hinweis auf das Aktionsprogramm, dessen Grundsatz der Verband der Angestelltenersatzkassen folge, keine neuen Einrichtungen zulas-

sen zu wollen und auch in der Vergangenheit keine neuen Einrichtungen zugelassen zu haben. Zu dem Aktionsprogramm stehe er, erwidert Herr Ploß auf eine Frage der Vorsitzenden.

Herr Buschmann bestätigt in der anschließenden Aussprache auf Nachfragen von Abg. Hunecke und Eichelberg, das Angebot an ambulanter Rehabilitation werde immer noch sehr schwer angenommen und mache nur einen kleinen Teil aus. Er plädiert dafür, verstärkt für Angebote an ambulanter Rehabilitation - auch in Tageskliniken - zu werben, auch müßten die Kassenärztlichen Vereinigungen aktiver werden und das Abgrenzungsproblem zwischen kassenärztlichen Leistungen zur Sicherstellung des Versorgungsauftrages und darüber hinausgehender Leistungen dahin lösen, daß Kassenärzte Bereiche der ambulanten Rehabilitation mit übernehmen.

Herr Ploß ergänzt, die Ersatzkassen hätten Verträge mit Einrichtungen auf dem Gebiet der ambulanten Rehabilitation vorzugsweise in Ballungsräumen und Großstädten abgeschlossen, ambulante Rehabilitation in der Fläche sicherzustellen, sei hingegen noch ein Problem. Seiner Ansicht nach müßten bestehende Trägereinrichtungen verstärkt entsprechende Angebote vorhalten.

Auf die von Abg. Hunecke problematisierte Durchführung ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen von berufstätigen Personen und Müttern mit Kindern, deren Realisierbarkeit sie für „völlig unverständlich“ halte, erwidert Herr Ploß, Angebote ambulanter Rehabilitation wie Tages- oder teilstationäre Angebote seien ein Beitrag zur Flexibilisierung des bislang nur stationären Angebotes im Interesse der Patienten, da Rehabilitationsmaßnahmen auch zeitlich begrenzt sein könnten, ohne einen ganzen Tag in Anspruch zu nehmen.

Bei Müttergenesungskuren müsse ebenfalls überlegt werden, ob Kurmaßnahmen - beispielsweise im Bereich der Psychotherapie oder beim Einsatz von Krankengymnasten - stationär oder ambulant zur Vorsorge und Vorbeugung durchgeführt werden könnten. Er sei nicht generell für die ambulante Versorgung - betont Herr Ploß -, vielmehr müßten die Kassen sehr viel flexibler auf die Bedürfnisse der Patienten eingehen.

Die Entscheidung für eine stationäre oder ambulante Kur treffe zum einen der Versicherte, zum anderen sei die medizinische Indikation maßgeblich.

Die Schaffung neuer Einrichtungen in Schleswig-Holstein halte Herr Buschmann sowohl aus wirtschaftlichen Gründen nicht für vernünftig als auch unter dem Gesichtspunkt der Beitragsstabilität nicht für tragfähig, antwortet er auf eine Frage der Vorsitzenden, und erklärt, die

AOK würde die Errichtung eines neuen Hauses nicht unterstützen, da er sich an das Aktionsprogramm halte.

Die AOK Schleswig-Holstein verfüge über keine eigenen Trägereinrichtungen im Land, führt Herr Buschmann auf Fragen von Abg. Vorreiter und Abg. Eichelberg aus. Ob AOKs anderer Bundesländer über eigene Einrichtungen verfügten oder Belegungsverträge mit Einrichtungen in Schleswig-Holstein abgeschlossen hätten, wisse er nicht.

Herr Ploß erwidert auf eine Frage der Vorsitzenden, einige Ersatzkassen aus anderen Bundesländern wie die Barmer oder die DAK hätten im geringen Umfang Verträge mit Trägereinrichtungen in Form einer Ausschließlichkeitsbelegung abgeschlossen. In Schleswig-Holstein gebe es Belegungsverträge mit einzelnen Einrichtungen. Das sei abhängig von der Qualität, dem Angebot, dem Preis und dem Management.

Einige Krankenhäuser verfügten über Rehabilitationsabteilungen, ebenso gebe es Kooperationen zwischen Akuthäusern und Rehabilitationseinrichtungen, man müßte jedoch darauf achten, auf diese Weise die Bettenkapazität im Bereich der Rehabilitation nicht zu erhöhen.

Zu den von Abg. Eichelberg angesprochenen Fallpauschalen merkt Herr Buschmann an, die Kassen versuchten der Schaffung von Rehabilitationsabteilungen in Einrichtungen mit dem Abschluß sogenannter Komplexpauschalen entgegenzuwirken, die die Fall- und Rehabilitationspauschale umfasse. Der wirtschaftliche Aspekt bestehe darin, die Verkürzung der Akutbehandlung zu Lasten der Rehabilitationsbehandlung durch die Komplexpauschale aufzufangen.

Die Kassen würden immer mehr dazu übergehen, den Versicherten an die für sie erforderliche, adäquate und kostengünstige Einrichtung zu verweisen. Die Wahlfreiheit der Versicherten im Hinblick auf eine von ihnen gewünschte Einrichtung, nach deren Sicherstellung sich Abg. Vorreiter erkundigt, sei weiter gegeben, betont Herr Ploß, habe bislang aber auch nur in einem begrenzten Umfang existiert, da die medizinische Indikation entscheidungsrelevant sei. Von Einzelfällen abgesehen, sei seines Wissens Versicherten der Aufenthalt in einer von ihnen gewünschten Einrichtung nicht verwehrt worden.

Herr Buschmann stellt klar, ihm sei nicht bekannt, daß bei Mütter-Kind-Kuren nicht der volle Satz gezahlt werde und die Mütter deshalb höhere Zuzahlungen leisten müßten. Einzelne Einrichtungen würden hingegen Vermittlungsgebühren für die Zuweisung in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes erheben, die von den Kassen nicht getragen würden.

Gegenüber der Vorsitzenden, die die Frage der Verweildauer in Kureinrichtungen thematisiert, betont Herr Ploß, er trete dafür ein, daß mehr als bisher individuellen Notwendigkeiten Rechnung getragen werden müßte. Über die Dauer von Maßnahmen könne nicht die Kassenverwaltung entscheiden, das liege vielmehr in der Kompetenz von Medizinern.

Auf Fragen von Abg. Hunecke führt Herr Ploß aus, in den Kassen würden bereits jetzt Rehabilitationsberater eingesetzt, es seien allerdings noch zu wenige, um die sachgerechte Versorgung der Versicherten sicherzustellen. Daher sei eine personelle Aufstockung und Qualifizierung sinnvoll. Ablehnungen einer stationären Kur zugunsten einer ambulanten würden den Patienten medizinisch begründet.

Zu dem in der Öffentlichkeit erhobenen Vorwurf, die Krankenkassen wollten nur Kosten einsparen, auf den Abg. Spoorendonk hinweist, erwidert Herr Buschmann, die AOK vertrete die Überzeugung, daß man den Aufwand vermindern, gleichzeitig aber die medizinischen Leistungen optimieren könne. Er halte eine bessere Schulung des Kassenpersonals für erforderlich, um den Versicherten negative Bescheide besser in ihrer Begründung verständlich zu machen. Herr Ploß fügt an, der Schwerpunkt in der Diskussion müsse auf der Qualität und Organisation der medizinischen Versorgung liegen. Die Ersatzkassen seien dabei, eine Qualitätsüberprüfung vorzunehmen.

Auf eine Frage von Abg. Eichelberg nach notwendigen gesetzlichen Änderungen zur Erleichterung der Datenerfassung führt Herr Ploß aus, die Daten seien vorhanden, sie seien aber „verstreut“, so daß es für die Krankenkassen schwierig zu erkennen sei, wo auf gesundheitlicher Ebene Risiken besonders groß oder niedrig seien. Aus diesem Grunde müßte man überlegen, ob eine Datenzusammenführung möglich sei, beispielsweise eine Zusammenführung von Daten im Bereich der Pflege- und der Krankenversicherung.

Herr Ploß teilt auf Fragen von Abg. Aschmoneit-Lücke mit, ihm sei nicht bekannt, ob in Deutschland Rehabilitationsmaßnahmen im Vorwege einer operativen Behandlung durchgeführt würden, sagt aber zu, dies zu prüfen und den Ausschuß darüber in Kenntnis zu setzen.



### **Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Schleswig-Holstein**

Einleitend betont Herr Dr. Anders, die Aufgabe des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen bestehe zum einen darin, den einzelnen Versicherten medizinisch und sozialmedizinisch zu beraten, zum anderen den Kostenträgern - den Auftraggebern des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, also den gesetzlichen Krankenversicherungen - Ratschläge zu erteilen, welche der beantragten oder verordneten Leistungen die richtige, medizinisch relevante sei und zu welchem Zeitpunkt und welcher Art sie realisiert werden sollte. Der MDK habe nicht die Kompetenz, zu bewilligen oder abzulehnen, sondern er habe nur die Frage zu beantworten, ob eine beanspruchte Leistung befürwortet werden könne oder nicht.

Herr Dr. Anders macht darauf aufmerksam, der Medizinische Dienst der Krankenkassen sei mit der Begutachtung des Bereichs Vorsorge und Rehabilitation für die gesetzlichen Krankenversicherungen erst seit 1. Januar 1997 in vollem Umfang gesetzlich beauftragt worden. Früher seien die Anträge auf Vorsorge und Rehabilitation nicht medizinisch auf ihre Relevanz und ihre Notwendigkeit hin begutachtet worden.

Er führt aus, der Medizinische Dienst der Krankenkassen lasse sich von einer anderen, international üblichen Vorstellung leiten - die sich bei den Medizinern erst durchsetzen müsse -, welche sich von einer klassischen Indikation auf der Basis einer gestellten Diagnose wegbewege, weil sie heutigen medizinischen und rehabilitationswissenschaftlichen Vorstellungsweisen nicht mehr entspreche. Man müsse viel mehr darüber nachdenken, welche konkreten Fähigkeitsstörungen, funktionelle Einschränkungen und Behinderungen im Bereich der sozialen Umwelt ein Patient habe, dem eine bestimmte Diagnose gestellt worden sei. Herr Dr. Anders unterstreicht, es gebe einen erheblichen Aufklärungs- und Schulungsbedarf sowohl bei den Ärzten als auch in der Öffentlichkeit.

Angesichts der erheblichen Zunahme von Anträgen auf Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen nach dem Rückgang der Antragstellungen im Frühjahr vergangenen Jahres müsse der MDK klären, wie hoch der Rehabilitationsbedarf aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht tatsächlich sei. Daraus leiteten sich die Dauer und die Intervalle von Kuren ab. Er plädiere in diesem Zusammenhang für eine „Flexibilisierung und Individualisierung“ der Kur- und Rehabilitationsdauer.

Zu dem Vorwurf, der MDK begutachte „restriktiv“, wendet Herr Dr. Anders ein, der Medizinische Dienst der Krankenkassen sei gehalten, nach dem gutachterlichen Wissensstand im Ein-

zelfall und unter Berücksichtigung des § 12 Sozialgesetzbuch V, dem Wirtschaftlichkeitsgebot der Leistungen, zu prüfen.

Eine von Abg. Vorreiter gestellte Frage aufgreifend, versichert Herr Dr. Anders, daß die Gutachter des MDK bei einer Nichtbefürwortung einer Leistung den Kostenträger und den Versicherten die wesentlichen Gesichtspunkte der gutachtlichen Stellungnahme mitteilen.

Er stelle jedoch im Rahmen von Widerspruchsverfahren hinsichtlich des Umgangs mit negativen Bescheiden „erhebliche Lücken im System“ fest. Für den medizinischen Laien - den Sachbearbeiter der Krankenkasse - sei es oftmals sehr schwierig, den Versicherten eine nichtbefürwortende Stellungnahme in einem gut formulierten Schreiben verständlich zu machen, da beim Versicherten durch vorher ausgestellte Atteste Erwartungshaltungen geweckt worden seien.

Ein Problem bei der Begutachtung durch den MDK bestehe darin, gibt er weiter zu bedenken, daß der Medizinische Dienst der Krankenkassen zu 90 % nach „Aktenlage“ beurteile, die zu diesen konkreten Fragen oft in nicht genügendem Maße eine klare Auskunft gebe. Daraus leite sich Handlungsbedarf in einem ständigen Dialog zwischen attestierenden Ärzten, Patienten, Versicherungsträgern und dem MDK ab.

Auf eine Frage von Abg. Baasch unterstreicht Herr Dr. Anders abschließend, die Kompetenz des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen erstreckte sich auf die Beantwortung gesundheitlicher, ärztlicher und medizinischer Fragestellungen, nicht aber auf Fragen gesundheitspolitischer und grundsätzlicher Dimension.

## Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein

Umdruck 14/2221

Herr Raetzell trägt in großen Zügen die Stellungnahme der Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein, Umdruck 14/2221, vor.

In der sich anschließenden Diskussion geht Herr Raetzell auf die von Abg. Eichelberg thematisierte Verzahnung von Akut- und Reha-Einrichtungen ein, wobei Abg. Eichelberg insbesondere das Modellprojekt in Heide hervorhebt. Herr Raetzell erläutert, in Heide seien kleine Rehabilitationseinheiten entstanden, die qualitativ nicht den Standard erreichen könnten, den eine Rehabilitationseinrichtung einer Größenordnung von zirka 200 Betten habe. Wie eine solche Einrichtung wirtschaftlich zu führen sei, sei ihm unklar.

Die unmittelbare Verzahnung zwischen Akutkliniken und Rehabilitationskliniken sei ein Schnittstellenproblem, das man in den Griff bekommen müsse. Die Änderung des Verfahrens zur Einleitung einer Anschlußheilbehandlung, bei dem nun der direkte Entscheidungsgang zwischen dem Arzt der Akutklinik und dem der Rehabilitationsklinik weg falle, begründet Herr Raetzell mit „sachfremden Entscheidungen“, die in Kontakt der Ärzte dieser Einrichtungen getroffen worden seien. Entsprechende Entscheidungen würden nun innerhalb von zwei Tagen vom ärztlichen Sachverstand der Landesversicherungsanstalt gefaßt, so daß ein nahtloser Übergang von der Akutklinik zur Rehabilitationsklinik gewährleistet sei.

Herr Raetzell verweist auf Nachfrage von Abg. Eichelberg auf eine Umfrage zur Erforschung der Gründe, weshalb Menschen Kuren oft nicht mehr in Anspruch nähmen, und führt aus, zum einen spiele die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes eine Rolle, zum anderen seien die hohen Zuzahlungen sowie die Scheu vor dem Antragsverfahren zu nennen. Ferner sei die Anrechnung der Rehabilitationsmaßnahme auf den Urlaub anzuführen. Außerdem spielten der Hausarzt und die Familie eine entscheidende Rolle.

Die Landesversicherungsanstalt verfüge über eigene Einrichtungen, teilt Herr Raetzell auf eine weitere Frage von Abg. Eichelberg mit, weil die Rentenversicherungsträger vom Gesetzgeber die Aufgabe zugewiesen bekommen hätten, für den Bereich der Rehabilitation die strukturelle Verantwortung zu tragen, was Rentenversicherungsträger nur dann sicherstellen könnten, wenn sie aufgrund eigener Erfahrungen in eigenen Kliniken erstens Pilotentwicklungen auf den Weg bringen und zweitens einen Einblick in das „Reha-Geschehen“ erhalten könnten.

Abg. Baasch spricht eine Gerichtsentscheidung an, mit der die von der Landesversicherungsanstalt ausgesprochene Ablehnung einer Kur mit der Begründung der Haushaltslage angefochten worden sei.

Herr Raetzell stellt klar, es gehe in diesem Fall um die Frage, ob die Landesversicherungsanstalt eine Änderung der Bewilligungskriterien unter Bezug auf die Haushaltslage vornehmen könne, und legt die Rechtsauffassung der Landesversicherungsanstalt dar, wonach die in der Vergangenheit aus „politischen“ Gründen und aufgrund der Wirtschaftsstruktur des Landes sehr extensiv betriebene berufliche Förderung als Rehabilitationsmaßnahme vor dem Hintergrund der Haushaltseinschränkungen nicht mehr aufrecht erhalten werden könne.

Die Vorsitzende, Abg. Walhorn, schließt die Sitzung um 16:00 Uhr.

Vorsitzende

Geschäfts- und Protokollführerin