

Stellungnahme von Rechtsanwalt Dr. Fuhrmann zur Anwendung des § 71 Abs. 3 SGB V auf den Bereich der medizinischen Rehabilitation

Dr. Stefan Fuhrmann, Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht, Berlin, kommt in einer aktuellen Stellungnahme für den Fachverband Sucht e.V. zu dem Ergebnis, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität für den Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation im Zuge des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes ersatzlos entfallen ist und der Begriff der Grundlohnsummensteigerung nicht auf vertragliche Vergütungssatzverhandlungen im Bereich der rehabilitativen Leistungen Anwendung finden kann. Hintergrund für das Einholen der Stellungnahme ist insbesondere die Tatsache, dass die Rheinische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (RAG) und Westfälische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (WAG) die Vergütungssätze gemeinsam für die Krankenkassen und die Rentenversicherung mit stationären Rehabilitationseinrichtungen, bei denen sie jeweils federführend sind, verhandeln. Für die jährliche Anpassung der Vergütungssätze wird hierbei die Veränderungsrate gem. § 71 Absatz 3 SGB V zugrunde gelegt. Damit bleiben aktuelle Preis- und Personalkostenentwicklungen unberücksichtigt. Der Kostendruck auf die davon betroffenen Rehabilitationskliniken ist mittlerweile so erheblich, dass dringender Handlungsbedarf besteht. Nachfolgend ist die Stellungnahme von Rechtsanwalt Dr. Fuhrmann im Wortlaut abgedruckt:

Am 30. Juli 2008 wurde vom Fachverband Sucht e.V. die Anfrage an uns gerichtet, ob sich die Kostenträger der Gesetzlichen Krankerversicherung in den jährlichen Pflegegesetz- bzw. Vergütungsverhandlungen mit den jeweiligen Leistungserbringern stationärer medizinischer Rehabilitation nach der geltenden Rechtslage darauf berufen können, dass eine Erhöhung der Pflegesätze höchstens um den Maximalwert der sog. „Grundlohnsummensteigerung“ (2008: 0,64 %) erfolgen könne, welche durch das Bundesministerium für Gesundheit jährlich festgelegt wird. Dieser bat um eine Prüfung der Rechtslage.

Die rechtliche Anfrage beantworten wir Ihnen wie folgt:

1. Ausweislich § 71 Absatz 1 Satz 1 SGB V scheinen „sämtliche“ Vertragspartner der Krankenkassen, also auch die Reha-Leistungserbringer, bei Vergütungsverhandlungen an den „Grundsatz der Beitragssatzstabilität“ gebunden. Dieser im Vertragsrecht (Viertes Kapitel SGB V) verankerte Grundsatz stellt eine rechtlich verbindliche Obergrenze für Vergütungsvereinbarungen oder an ihre Stelle tretenden Schiedssprüche dar. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität hat Vorrang vor allen anderen Vergütungskriterien, die im Vierten Kapitel des SGB V (§§ 72 Absatz 2, 85 Absatz 5 SGB V) aufgeführt sind (Bundessozialgericht, Urteil vom 10. Mai 2000, Az.: B 6 KA 20/99) und ist für alle Vertragsparteien verbindlich vorgeschrieben: für die Leistungserbringer ebenso wie für die Krankenkassen. Dafür, dass dies auch für Verträge mit Reha-Leistungserbringern gilt, scheint zusätzlich zu sprechen, dass Ausnahmen von der Bindung an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität in § 71 Absatz 1 Satz 2 SGB V ausdrücklich aufgezählt werden: „Ausgabensteigerungen auf Grund von gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen oder für zusätzliche Leistungen, die im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme (§ 137g) [...] erbracht werden, verletzen nicht den Grundsatz der Beitragssatzstabilität“.

Der in der Praxis – und von den Krankenkassen gegen Vergütungsforderungen der Reha-Leistungserbringer – verwendete Begriff der sog. „Grundlohnsummensteigerung“ findet seine rechtliche Grundlage in § 71 Absatz 2 Satz 1 iVm Absatz 3 Satz 1 SGB V und definiert das zulässige Ausmaß von Vergütungsanpassungen im Rahmen der Wahrung der Beitragssatzstabilität. Entsprechend heißt es in Absatz 3 Satz 1: „Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung stellt bis zum 15. September

eines jeden Jahres für die Vereinbarungen der Vergütungen des jeweils folgenden Kalenderjahres die nach den Absätzen 1 und 2 anzuwendenden durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen (§ 267 Abs. 1 Nr. 2) je Mitglied (...) fest“.

Dabei ist allerdings zu beachten, dass diese Vorschrift nur dort zum Tragen kommt, wo sie im Vierten Kapitel des SGB V oder einem seiner Annex-Gesetze ausdrücklich in Bezug genommen wird. Ausdrücklich in Bezug genommen wird sie lediglich in § 85 Absatz 3 SGB V und § 4 Absatz 4 Nr. 3 des Krankenhausentgeltgesetzes, also im Zusammenhang mit der Vergütung der ambulanten und stationären AKUT-Versorgung. Wäre der Gesetzgeber davon ausgegangen, dass der Umfang der Grundlohnsummensteigerung auch auf Vergütungsanpassungen im Verhältnis zwischen Kassen und Reha-Leistungserbringern gilt, so hätte er dies ausdrücklich normieren müssen. Andernfalls wäre nicht erklärbar, warum der Gesetzgeber eine vorgeblich allgemein im Vertragsrecht geltende Vorschrift – § 71 SGB V – an ausgewählten Stellen noch einmal ausdrücklich in Bezug nimmt.

Gemäß § 85 Absatz 3 SGB V vereinbaren die Vertragsparteien des Gesamtvertrages die Veränderungen der Gesamtvergütung unter Berücksichtigung der Praxiskosten, der für die vertragsärztliche Tätigkeit anzuwendenden Arbeitszeit sowie der Art und des Umfangs der ärztlichen Leistungen. „Bei der Vereinbarung der Veränderungen der Gesamtvergütungen ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71) in Bezug auf das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden Vertragsärztlichen Leistungen zu beachten“.

Entsprechend § 4 Absatz 4 Nr. 3 des Krankenhausentgeltgesetzes (Vereinbarung des Erlösbudgets für die Jahre 2005, 2006 bis 2008, neu eingeführt durch Art. 2 des Zwei-

ten Fallpauschalenänderungsgesetzes – 2. FPÄndG vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I, S. 3429)) verändert sich der Ausgangswert, indem für einen zukünftigen Zeitraum (Vereinbarungszeitraum nach § 11 Absatz 2) folgende Tatbestände berücksichtigt werden: „(...) 3. die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 2 des SGB V“.

Ergänzend gilt gemäß § 133 SGB V bei der Versorgung mit Krankentransportleistungen, dass die Krankenkassen Verträge über die Vergütung dieser Leistungen nach Maßgabe des § 71 Absätze 1 bis 3 SGB V dann abschließen, wenn keine anderen Festsetzungen vorrangig sind. Auch hieraus ergibt sich, dass die Geltung der Grundlohnsummensteigerung als Größe der Veränderungsrate ihrer ausdrücklichen Normierung bedarf.

Der oben genannte Begriff der Grundlohnsummensteigerung und dessen Maximalwerterhöhungsbeschränkung bezieht sich also aus der gesetzlichen Systematik des SGB V heraus von seinem Anwendungsbereich her ausnahmslos auf vertragliche Vergütungsverhandlungen im ärztlichen und zahnärztlichen Bereich (§ 85 SGB V) sowie auf die vertraglichen Vergütungsverhandlungen im Bereich der Krankenhausversorgung (§ 109 SGB V i.V.m. § 4 Absatz 4 Nr. 3 des Krankenhausentgeltgesetzes).

Vergütungsverhandlungen im Bereich der rehabilitativen Leistungserbringung (oder der Vorsorge) werden vom Begriff der Grundlohnsummensteigerung und dessen Maximalwerterhöhungsbeschränkung nicht erfasst.

Dies ergibt sich zudem aus der Anwendungsbereichsbeschränkung des § 69 SGB V, wonach das Vierte Kapitel des SGB V die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern abschließend regelt, sowie aus § 111 SGB V (Versorgungsverträge mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen), der – auch nicht im Rahmen des § 111 Absatz 5 SGB V – keinerlei Maximalwerterhöhungsbeschränkungen beim Abschluss neuer Verträge bzw. bei der Verhandlung über bereits bestehende Verträge vorsieht.

2. Deshalb sind für die Krankenkassen als Reha-Träger, ebenso wie für die Rehabilitationsträger außerhalb des Anwendungsbereiches des SGB V, über § 7 SGB IX (Vorbehalt abweichender Regelungen) die Vorschriften der §§ 19 Absatz 4 Satz 2, 35 Satz 2 Nr. 4 SGB IX zwingend geltendes Recht; danach ist für die Erbringung von Reha-Leistungen eine „angemessene Vergütung“ zu

bezahlen (vgl. für die Medizinische Rehabilitation in der Gesetzlichen Krankenversicherung und unter Berufung auf das SGB IX so ausdrücklich auch Bundessozialgericht, Urteil vom 23. Juli 2003, Az.: B 3 KR 61/01 R). Insoweit könnte selbst ein Grundsatz der Beitragsstabilität in keinem Falle zu einer Aushebelung des Grundsatzes angemessener Vergütung führen. Denn es ist unmittelbar einsichtig, dass unterbleibende oder „gedeckelte“ Vergütungsanpassungen trotz nachweislich gestiegener Kosten sowohl die Angemessenheit der Vergütung wie den Grundsatz der kostendeckenden Vergütung (vgl. Bundessozialgericht, a.a.O.) aushöhlen.

3. Gegen diese Argumentation könnte abschließlich sprechen, dass sich gemäß § 23 Absatz 8 SGB V a.F. die „jährlichen Ausgaben der Krankenkasse je Mitglied“ für stationäre Vorsorge- und Reha-Leistungen nur im Ausmaß der Grundlohnsummensteigerung verändern dürfen („um die nach § 71 Absatz 3 und 2 Satz 2 maßgebliche Veränderungsrate“), wodurch auf § 71 SGB V ausdrücklich Bezug genommen wird. Dagegen spricht jedoch zum einen, dass sich die Vorschrift, die nicht im Vierten Kapitel, sondern im Dritten Kapitel (Leistungen der Krankenversicherung) des SGB V steht, nicht auf das Verhältnis der Kassen zu den Leistungserbringern, sondern auf das Verhältnis der Kassen zu ihren Mitgliedern bezieht. Zum anderen statuiert § 71 Absatz 1 Satz 2 SGB IX ausdrücklich, dass Ausgabensteigerungen auf Grund von gesetzlich vorgesehenen Vorsorgemaßnahmen niemals den Grundsatz der Beitragsstabilität verletzen können. Bereits daraus wird ersichtlich, dass der Grundsatz der Beitragsstabilität für die Vorsorge- und Reha-Leistungserbringer nicht die gleiche Bedeutung besitzt wie für die Leistungserbringer der ambulanten und stationären AKUT-Versorgung.

Zum anderen wurde mit dem zum 1. Juli 2008 in Kraft getretenen Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (BGBl. I S. 874) die Budgetierung stationärer Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen (§ 23 Absatz 8 SGB V) aufgehoben. Nach Ansicht des Gesetzgebers muss die medizinische Rehabilitation nach dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ weiter gestärkt werden; „in diesem Zusammenhang sind Budgetregelungen, die leistungsbegrenzende Wirkung haben können, kontraproduktiv“ (BT-Drucks. 16/7439, S. 96). Andererseits sei – so der Gesetzgeber – „ein gesondertes Budget nur noch“ für die stationäre medizinische Vorsorge, „deren Ausgaben sich in den letzten Jahren unterdurchschnittlich entwickelt

hatten“, nicht sachgerecht (LBT-Drucks., a.a.O.) Damit ist auch diese (einzige) gesetzliche Bezugnahme auf den Grundsatz der Beitragsstabilität für den Bereich der stationären medizinischen Vorsorge und Rehabilitation ersatzlos gestrichen worden.

4. Ergebnis

- Vom Begriff der Grundlohnsummensteigerung und dessen Maximalwerterhöhungsbeschränkung werden vertragliche Vergütungsverhandlungen im Bereich der rehabilitativen Leistungserbringung nicht erfasst. Dies ergibt sich aus der Anwendungsbereichsbeschränkung des § 69 SGB V, wonach das Vierte Kapitel des SGB V die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern abschließend regelt, sowie aus § 111 SGB V (Versorgungsverträge mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen), der keinerlei Maximalwerterhöhungsbeschränkung beim Abschluss neuer oder der Anpassung alter Verträge vorsieht.
- Der Grundsatz der Beitragsstabilität führt im Bereich der rehabilitativen Leistungserbringung nicht zu einer Aushebelung des Grundsatzes angemessener Vergütung nach §§ 19 Absatz 4 Satz 2, 35 Satz 2 Nr. 4 SGB IX, die für sämtliche Rehabilitationsträger zwingend geltendes Recht darstellen.
- Mit dem zum 1. Juli 2008 in Kraft getretenen Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde die Budgetierung stationärer Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen (§ 23 Absatz 8 SGB V) ausdrücklich aufgehoben, womit auch diese – einzige – Bezugnahme auf den Grundsatz der Beitragsstabilität für den Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation ersatzlos entfallen ist.

Mithin ist die Weigerung der Krankenkassen, die Vergütungen für Leistungserbringer der stationären medizinischen Vorsorge und Rehabilitation um mehr als die Grundlohnsummensteigerung zu erhöhen, und die Berufung hierfür auf § 71 SGB V rechtswidrig, darum u.a. auch von den zuständigen Aufsichtsbehörden zu beanstanden.

*Dr. Stefan Fuhrmann
– Rechtsanwalt und Fachanwalt für
Medizinrecht –
Lietzenburger Str. 98, 10719 Berlin
Telefon: 030 / 88 72 07 80
Fax: 030 / 88 72 07 819
info@fuhrmann-heine.de
www.fuhrmann-heine.de*