

Fall 2: Kurwesen

Bei einem 56-jährigen, bislang immer gesunden Patienten wurde als Zufallsbefund im Rahmen der Vorsorge ein Dickdarmkarzinom entdeckt und operiert. Die Operation verlief komplikationslos, sodass er bereits am elften Tag nach der Operation ohne Funktionsstörungen aus dem Krankenhaus entlassen werden konnte. Postoperativ wird der Patient informiert, dass er Anspruch auf eine Anschlussheilbehandlung habe, die aus chirurgischer Sicht aber nicht unbedingt erforderlich sei. Der Patient meint allerdings, eine Kur zusammen mit seiner Frau würde ihm ganz gut tun, sodass er diese Möglichkeit gerne wahrnehmen würde.

Hintergrundinformation:

Die gesetzlichen Grundlagen für die Rehabilitation nach einer Krebserkrankung finden sich im Sozialgesetzbuch (SGB). Als Rehabilitation definiert wird für gesetzlich Versicherte die Gesamtheit aller Maßnahmen, die Krebspatienten einen normalen Tagesablauf ermöglichen und sie wieder in ihre Umwelt, die Gesellschaft und gegebenenfalls in den Arbeitsprozess eingliedern. Im engeren Sinn handelt es sich um die stationäre Rehabilitation, früher auch „Nachsorgekur“ genannt, mit einem Aufenthalt in einer Klinik, die eine entsprechende Spezialisierung aufweist, als Rehabilitationseinrichtung zugelassen ist und Patienten mit medizinischer Therapie, psychologischer Unterstützung, Sportangeboten und Tipps für Alltag, Ernährung und soziale Fragen versorgt. Eine Sonderform der stationären Rehabilitation ist die Anschlussheilbehandlung, die direkt auf die Erstbehandlung und damit häufig direkt auf den Klinikaufenthalt folgt. Träger dieser Versicherungsleistung ist im Regelfall die gesetzliche Rentenversicherung. Gesetzlich Versicherte haben Anspruch auf Rehabilitationsleistungen,

wenn sie die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren in der Rentenversicherungspflicht erfüllen oder sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit in den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung nachweisen. Welche Art von Maßnahmen sinnvoll ist, ergibt sich aus den individuellen Befunden und der persönlichen Situation zu Hause und/oder am Arbeitsplatz. Wie im Gesetz definiert, können dies nicht nur stationäre medizinische Behandlungen sein, sondern auch ambulante Maßnahmen oder Schritte, die zum Beispiel die Rückkehr an den Arbeitsplatz erleichtern.

Frage zur Diskussion

Kann der Solidargemeinschaft die Finanzierung einer Anschlussheilbehandlung auferlegt werden, wenn diese aus ärztlicher Sicht nicht unbedingt erforderlich ist und der Patient auch ohne eine solche Maßnahme ebenso schnell ins Arbeitsleben zurückkehren kann?

Höflich

Die Fallfrage wirft das Problem auf, ob der Solidargemeinschaft die Finanzierung rehabilitativer Maßnahmen (im weiteren Sinne) auferlegt werden *kann*, wenn diese „aus ärztlicher Sicht nicht unbedingt erforderlich sind“. Die Vagheit der Fragestellung lässt Raum für verschiedene Antworten. Ist eine „Behandlung“ überhaupt nicht indiziert, so dürfte sie – als unwirtschaftlich – nicht finanziert werden. Ist sie aber auch nur tendentiell indiziert, so liegt es im Ermessen des GKV-Gesetzgebers (und ich meine nicht den gemeinsamen Bundesausschuss), über die Aufnahme in den Leistungskatalog zu entscheiden.

Im Übrigen sind gewisse Zweifel daran angebracht, ob die chirurgische Perspektive überhaupt (allein) entscheidend

für die Frage der Indikation einer Anschlussheilbehandlung im vorliegenden Fall sein kann. Insoweit dürften auch psychologische und psychosoziale Aspekte eine wichtige Rolle spielen. Abgesehen davon aber stellt sich ganz grundsätzlich die Frage nach der Evidenzbasierung gerade stationärer rehabilitativer Maßnahmen (im weiteren Sinne).

Kossow

Zur Diskussion steht die Frage, ob der Solidargemeinschaft die Finanzierung einer Anschlussheilbehandlung auferlegt werden kann, wenn diese aus ärztlicher Sicht nicht unbedingt erforderlich ist und der Patient auch ohne eine solche Maßnahme ebenso schnell ins Arbeitsleben zurückkehren kann.

Es handelt sich hier um einen Patienten, der wegen eines Dickdarmkarzinoms erfolgreich operiert wurde. Funktionsstörungen nach der Operation sind nicht aufgetreten.

In einem solchen Fall darf der Grundsatz „ambulant vor stationär“ auch für Krebspatienten gelten.

Es entspricht zwar immer noch gängiger Praxis, dass alle Karzinompatienten eine stationäre Anschlussheilbehandlung angeboten und auf Kosten der Rentenversicherung und/oder Krankenversicherung bezahlt bekommen. Diese Verwaltungspraxis ist aber mit den gesetzlichen Vorschriften des § 70 SGB V nicht vereinbar.

Nach dieser Norm hat der Patient einen Anspruch auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung im Rahmen des Notwendigen. Das Humanitätsgebot ist zu beachten. Maßstab für die Behandlung ist der allgemein anerkannte Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse.

Wenn nach einem stationären Aufenthalt noch Rehabilitationsmaßnahmen notwendig sind und nach den Krite-

rien des § 70 SGB V die ambulante Rehabilitation ausreicht, dann sollten die Kosten für eine stationäre Anschlussheilbehandlung nicht übernommen werden.

Schuster

Im vorliegenden Fall will der Patient eine Anschlussbehandlung in Anspruch nehmen, die ihm nach dem Sozialgesetzbuch zusteht. Insofern ist sein Wunsch unter juristischer Perspektive rechtens. Es wäre also Aufgabe des Gesetzgebers, die entsprechenden Passagen des SGB so zu novellieren, dass etwa Anschlussbehandlungen, die aus ärztlicher Sicht nicht unbedingt erforderlich sind, um einem Patienten den Wiedereinstieg ins Berufsleben zu ermöglichen, explizit aus dem Katalog der Leistungen gestrichen werden. Dafür bietet das SGB V durchaus Ansatzpunkte. In § 70 („Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit“) heißt es: (1) „Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden.“ Sowohl der Passus „... darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ wie auch das Gebot der Wirtschaftlichkeit sind in diesem Falle einschlägig.

Alsleben

Wenn das Problem überhaupt eine öffentliche Relevanz hat (falls insgesamt hohe Kosten entstehen), kann ich mir kein „neutrales“, also nicht interessengeleitetes Medium vorstellen, das die Kurfinanzierung verteidigen würde. Selbst Boulevard-Zeitungen, denen aus wirtschaftlichen Gründen ein gewisses opportunistisches Verhalten unterstellt werden darf, sind inzwischen wohl eher auf der Seite der Beitragszahler als der Leistungsempfänger, sofern es sich um medizinisch nicht notwendige Sozialleistungen handelt.