

**Stellungnahme der
Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)
zu TOP 4.13 der
89. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012
Veränderungen in der Zuständigkeit für die onkologische Rehabilitation**

In der Sitzung der 89. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 sollen Zuständigkeiten für die medizinische Rehabilitation neu geregelt werden. Das Land Sachsen-Anhalt unterbreitet unter anderem den Vorschlag, die Zuständigkeit für die onkologische Rehabilitation von Rentnerinnen und Rentner nach § 31 SGB VI neu zu ordnen und diese von der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) auf die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zu übertragen. Begründet wird in der entsprechenden Beschlussvorlage, dass die Rehabilitation der GRV dem Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ verpflichtet sei und dazu diene eine Gefährdung oder Minderung der Erwerbs- bzw. Ausbildungsfähigkeit entgegen zu wirken. Daher erscheine die Zuständigkeit für die onkologische Rehabilitation für Altersrentnerinnen und –rentner systemwidrig. Dieses Vorhaben kann aus Sicht der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG) nicht befürwortet werden.

Aus Erfahrungen der Sozialdienste in Krankenhäusern erfolgt der größter Teil der onkologischen Rehabilitation bei Rentnern (trotz gleichrangiger Zuständigkeit nach § 40 SGB V in Verbindung mit § 31 SGB VI) über die DRV (geschätzt 90 %). So ist der Zugang aus der medizinischen Akutbehandlung zur onkologischen Rehabilitation über die Rentenversicherungsträger unkompliziert geregelt. Besonders hervorzuheben ist das vereinfachte AHB- und Direkteinweisungsverfahren der DRV Bund, das von den Sozialdiensten eingeleitet wird. Die Zuständigkeit der GRV garantiert, trotz teilweise unterschiedlicher Verfahren auf der Ebene der Länder und des Bundes, einen weitgehend einheitlichen Zugang zur onkologischen Rehabilitation, der für die Betroffenen, die einleitenden Sozialdienste und entscheidenden Verwaltungsstellen der GRV mit einem vertretbaren geringen bürokratischen Aufwand verbunden ist.

In den wenigen Fällen, in denen die GKV allein zuständig ist (etwa aufgrund fehlender Versicherungsansprüche gegen die GRV) ist das Verfahren komplizierter, d.h. der Zugang zu den notwendigen Rehabilitationsleistungen ist für die betroffenen Patienten schwieriger. Bei einem Wechsel der Zuständigkeit werden ein bewährtes Antrags- und Genehmigungsverfahren und eingespielte Abläufe völlig verändert. Damit werden gut funktionierende Strukturen zum Nachteil der Versicherten zerschlagen. Statt erfreulich unbürokratischen Zuweisungswegen gäbe es dann eine Vielzahl verschiedener Kostenträger mit sehr unterschiedlicher - und tendenziell restriktiver - Bewilligungspraxis. Die Erfahrungen aus anderen Indikationsbereichen zeigen, dass die GKV in einer Vielzahl von Fällen medizinische Rehabilitationsmaßnahmen ablehnt und stattdessen auf kostengünstigere ambulante kurative Maßnahmen verweist. Diese berücksichtigen aber häufig nicht in ausreichendem Maß die spezifischen Bedarfe und die Belastungen onkologischer Patienten. Daneben lassen Erfahrungen mit nicht-onkologischen Diagnosen bei der Einleitung von Rehabilitationsverfahren durch die GKV befürchten, dass das Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 SGB IX aus ökonomischen Gründen noch weiter ausgehöhlt und unterlaufen wird.

Bei Krebserkrankungen spielen soziale, emotionale und psychische Belastungen eine besondere Rolle, ebenso der Aspekt der Neuorientierung, d.h. der Entwicklung von neuen Lebensperspektiven in einer höchst belasteten biografischen Phase. Die bisherige Praxis der GRV bei der Bearbeitung der Verfahren wird dieser besonderen Situation gerecht. Weiterhin verfügen die Träger der GRV im administrativen und sozialmedizinischen Feld über die entsprechende Expertise. Zu befürchten ist insgesamt ein erheblicher Qualitätsverlust, da das durch die DRV garantierte Niveau der Qualitätssicherung in der onkologischen Rehabilitation und die Umsetzung fundierter Therapiekonzepte so in der GKV nicht besteht und folglich für Rentnerinnen und Rentner nicht mehr sichergestellt werden kann.

Zusammenfassend führt die vorgeschlagene Neuregelung grundsätzlich zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität und der Zugangsmöglichkeiten zur onkologischen Rehabilitation für Rentnerinnen und Rentner. Ohne Not wird ein standardisiertes, gesetzlich geregeltes Verfahren aufgegeben, das sich bewährt hat und zur reibungslosen sektorenübergreifenden Versorgung führt, wie dies vielfach politisch und gesundheitswissenschaftlich gefordert wird. Dagegen soll ein kompliziertere Verfahren eingeführt werden, das Entscheidungen je nach ökonomischer Situation und inhaltlicher Interessenlage der jeweiligen Kasse ermöglicht. Die zu erwartende stärkere Tendenz, kostengünstigere, etwa ambulante Maßnahmen, vorzuziehen, würde einen Rückschritt in der onkologischen Versorgung einleiten.

Die DVSG empfiehlt der ASMK das bisherige Verfahren, aufgrund des Vorhandenseins funktionierender Strukturen und der entsprechenden Expertise durch Träger der GRV beizubehalten. Auch bei der Orientierung am Gebot der Wirtschaftlichkeit gibt es keinen vernünftigen Grund, der eine Änderung der Zuständigkeit erfordert. Es würde sich lediglich um eine Verschiebung der Kosten von einem Träger zum anderen handeln, die weder bei dem einen, noch bei dem anderen Träger signifikante Veränderungen der Ausgaben bzw. Einsparungen bedeuteten.

Berlin, 16. Oktober 2012