



Stellungnahme

Rechtliche Zulässigkeit unterschiedlicher Zugangsvoraussetzungen zu einzelnen Rehabilitationssportgruppen

von

Rechtsanwalt Torsten Münch, Fachanwalt für Medizinrecht,
Dierks + Bohle Rechtsanwälte, Berlin

Rehabilitationssportanbieter bilden unterschiedliche Gruppen, z.B. für Anfänger, Fortgeschrittene und „Profis“. Es gibt aber auch Gruppen, zu denen ausschließlich Versicherte Zugang haben, die ein (freiwilliges) Entgelt an den Anbieter zahlen (z.B. über eine Vereinsmitgliedschaft). Es stellt sich die Frage, ob derartige Angebote mit den rechtlichen Vorgaben zum Rehasport vereinbar sind.

1.

Zur Beantwortung soll zunächst die **Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining** (im folgenden Rahmenvereinbarung) in den Blick genommen werden.

a)

Zweifelhaft ist schon, ob es für eine Rahmenvereinbarung, die die Anbieter zur Einrichtung von Rehasportgruppen ermächtigt, die nur bei Entrichtung einer Zuzahlung besucht werden können, eine Rechtsgrundlage gibt.

Das Bundessozialgericht hat in einem Urteil vom 17. Juni 2008, Az. B 1 KR 31/07 R herausgearbeitet, dass die Rahmenvereinbarung den Vorgaben der § 13 und § 20 SGB IX entsprechen muss. Nur was dort als möglicher Inhalt einer Rahmenvereinbarung genannt wird, darf vereinbart werden. Geht die Rahmenvereinbarung darüber hinaus, ist sie nichtig.

Zur Frage, welche Regelungen die Rahmenempfehlungen enthalten dürfen, heißt es in dem Urteil:

„Mit de[r] auf § 13 SGB IX beruhenden [...] Rahmenvereinbarung [soll] nicht die Zielrichtung verfolgt werden, Leistungsansprüche der GKV-Versicherten zu konkretisieren, vielmehr geht es darum, die Koordination und Kooperation der Rehabilitationsträger als eines der Hauptanliegen des SGB IX durch wirksame Instrumente sicherzustellen. Es sollen nicht Voraussetzungen und Inhalte von Leistungen neu bestimmt, sondern im Rahmen des geltenden Rechts eine einheitliche und eine koordinierte Leistungserbringung bewirkt werden (so: Gesetzentwurf der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zum Entwurf des SGB IX, BT-Drucks 14/5074 S 101 zu § 13). Ausdrücklich heißt es dort: "Die Empfehlungen richten sich ... nur an die an ihnen beteiligten Rehabilitationsträger und lassen die Rechtsansprüche leistungsberechtigter Bürgerinnen und Bürger unberührt" (Gesetzentwurf, ebenda, S 101 f).“

Danach dürfen die Rahmenvereinbarungen also die „Voraussetzungen [...] von Leistungen“ nicht bestimmen, d.h. auch nicht begrenzend regulieren. Um eine gegen § 13 SGB IX verstoßende „Bestimmung“ würde es sich wohl handeln, wenn die Rahmenvereinbarung die Anbieter ermächtigen würde, Angebote zu schaffen, an denen nur nach Entrichtung einer Zuzahlung teilgenommen werden kann.

§ 20 SGB IX kommt als Rechtsgrundlage ersichtlich nicht in Betracht. Diese Vorschrift ermächtigt die Rahmenvereinbarungen nur zu Maßnahmen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Leistungen. Eine Zuzahlung kann keinesfalls die Qualität des Rehabilitationssportes sichern oder erhöhen.

b)

Aber selbst wenn man dies anders sehen und die Rahmenvereinbarung für rechtlich befugt halten wollte, die Anbieter zum Angebot von Kursen zu ermächtigen, die ausschließlich mit Zuzahlung besucht werden können, finden sich in der Rahmenvereinbarung solche Ermächtigungen nicht.

Über die Anforderungen, die ein Anbieter beim Betrieb einer Rehasportgruppe einhalten muss, gibt es in der Rahmenvereinbarung nur rudimentäre Regeln. Insbesondere das in der Rahmenvereinbarung (bzw. in seiner Anlage) geregelte Rehasportgruppen-Anerkennungsverfahren enthält nur ganz wenige prüfbare Voraussetzungen (z.B. zur geplanten Gruppengröße). Meistens verlangt die Anlage nur die Angabe bestimmter Daten (z.B. „Größe der Übungsstätte“), ohne festzulegen, welche Mindestgröße erforderlich ist.

Für den hier interessierenden Aspekt der Gruppendiversifizierung fragt die Anlage lediglich nach „ggf. besondere Voraussetzungen“. Die Erwähnung der „besonderen Voraussetzungen“ bei den Regeln des Anerkennungsverfahrens zeigt zwar, dass die Einrichtung von Gruppen mit „besonderen Voraussetzungen“ offensichtlich nicht ausgeschlossen ist.

Die Frage ist nur, **welche** „besonderen“ Voraussetzungen aufgestellt werden dürfen, ob also (auch) die Bereitschaft zur Ableistung von Zuzahlungen als „besondere“ Voraussetzung angesehen werden kann. Dafür enthält die Rahmenvereinbarung nicht den geringsten Hinweis. Gleichwohl könnte man bei extrem weitem Verständnis der Klausel die Auffassung vertreten, unter dem Begriff der „besonderen Voraussetzungen“ fällt auch die Voraussetzung „Gruppenzugang nur nach Zuzahlung“. Das wäre aber nur dann denkbar, wenn die höherrangigen Vorschriften, also das SGB IX oder die für die einzelnen rechtlich denkbaren Rehabilitationsträger (Gesetzliche Krankenkasse gem. § 43 SGB V, Gesetzliche Unfallversicherung gem. § 39 Abs. 1 SGB VII, Gesetzliche Rentenversicherung gem. § 28 SGB VI) geltenden Vorschriften, eine Zuzahlungsvariante erlauben würden.

2.

Da Rehabilitationsträger in aller Regel die Gesetzliche Krankenversicherung ist, beschränken sich die folgenden Ausführungen auf die im SGB V geltende Rechtslage.

Danach ist das Verlangen einer Zuzahlung für eine im SGB V vorgesehene Leistung nur dann möglich, wenn das SGB V dies explizit vorsieht. Bekanntlich handelt es sich bei der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht um ein Kostenerstattungs-, sondern um ein Sach- und Dienstleistungssystem: nach § 2 Abs. 2 SGB V erhalten die Versicherten die Leistungen als Sach- oder Dienstleistungen, soweit das SGB V und das SGB IX nichts anderes vorsehen.

Eigene finanzielle Anstrengungen werden dem Versicherten nur in wenigen explizit geregelten Fällen abverlangt. Für die sog. ergänzenden Leistungen nach Kapitel 6 des SGB XI in Form des Rehabilitationssportes (§ 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB XI) sieht das Gesetz keine Ausnahme vom Dienstleistungssystem vor.

Eigene finanzielle Mittel können dem Versicherten also nur dort abverlangt werden, wo kein Rehabilitationssport erbracht wird. Solange ein bestimmtes Leistungsangebot als Rehabilitationssport nach § 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB XI erbracht (und mit den Krankenkassen abgerechnet wird), ist kein Raum für eine Zuzahlung.

Sollte ein Leistungsangebot eines Anbieters derart hohe betriebswirtschaftliche Kosten verursachen, dass die vertraglich vorgesehene und von den Krankenkassen zu zahlende Vergütung nicht auskömmlich ist und eine Kostendeckung oder gar die Gewinnzone nur durch Zuzahlungen der Versicherten erreicht werden kann, steht es dem Anbieter frei, das Leistungsangebot zu beenden. Eine gesetzliche Legitimation für die Erhebung von Zuzahlungen bietet die Situation nicht.

RehaSport Deutschland e.V.
Januar 2015