

# Tragende Gründe Anlage



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

## **Volltexte zur Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Rehabilitations-Richtlinie: Vereinfachung Verordnungsverfahren / Qualifikationsanforderungen**

Stand: 23. September 2015

1. Beschluss zur Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens nach § 91 Absatz 5 sowie § 92 Absatz 5 Satz 1 SGB V .....	2
2. Schreiben an die zur Stellungnahme berechtigten Organisationen nach § 91 Absatz 5 sowie § 92 Absatz 5 Satz 1 SGB V.....	3
3. Beschlussentwurf zur Änderung der Rehabilitations-Richtlinie: Vereinfachung Verordnungsverfahren / Qualifikationsanforderungen .....	13
4. Erläuterungen (Tragende Gründe) für Stellungnahmeberechtigte .....	17
5. Fließtext der Re-RL – Änderungen im Änderungen-nachverfolgen-Modus für Stellungnahmeberechtigte .....	24
6. Formular für die Einholung von Stellungnahmen für Stellungnahmeberechtigte ..	32
7. Eingegangene Stellungnahmen .....	33
8. Wortprotokoll der mündlichen Anhörung.....	157

1. **Beschluss zur Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens nach § 91 Absatz 5 sowie § 92 Absatz 5 Satz 1 SGB V**

# Beschluss



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

## **zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß §§ 91 Absatz 5 sowie 92 Absatz 5 Satz 1 SGB V vor einer abschließenden Entscheidung über eine Änderung der Rehabilitations- Richtlinie: Vereinfachung Verordnungs- verfahren/Qualifikationsanforderungen**

Vom 27. Mai 2015

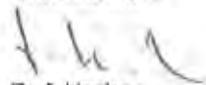
Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen des Gemeinsamen Bundesausschusses hat in Delegation für das Plenum nach § 3 Absatz 1 Satz 2 Geschäftsordnung (GO) und 1. Kapitel § 10 Absatz 1 Satz 1 Verfahrensordnung (VerfO) in seiner Sitzung am 27. Mai 2015 beschlossen, das Stellungnahmeverfahren gemäß §§ 91 Absatz 5 sowie 92 Absatz 5 Satz 1 SGB V zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie) – Vereinfachung Verordnungsverfahren/Qualifikationsanforderungen – einzuleiten.

Die Frist für die Abgabe der Stellungnahme gemäß § 91 Absatz 5 SGB V (BÄK) beträgt ab Versand 4 Wochen.

Die Frist für die Abgabe der Stellungnahmen gemäß § 92 Absatz 5 Satz 1 SGB V (Organisationen der Leistungserbringer, Rehabilitationsträger und Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) beträgt ab Versand 4 Wochen.

Berlin, den 27. Mai 2015

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Unterausschuss Veranlasste Leistungen  
Der Vorsitzende



Prof. Hacken

## 2. Schreiben an die zur Stellungnahme berechtigten Organisationen nach § 91 Absatz 5 sowie § 92 Absatz 5 Satz 1 SGB V

 <p><b>Gemeinsamer Bundesausschuss</b></p> <p><b>gemäß § 91 SGB V Unterausschuss Veranlasste Leistungen</b></p> <p><b>Besuchsadresse:</b> Wegelystraße 3 10625 Berlin</p> <p><b>Ansprechpartner/in:</b> Dr. Siedlra Carus Abteilung Mehrfacherbewerbung &amp; Veranlasste Leistungen</p> <p><b>Telefon:</b> 030 275628-444</p> <p><b>Telefax:</b> 030 275628-105</p> <p><b>E-Mail:</b> Siedlra.carus@g-ba.de</p> <p><b>Internet:</b> www.g-ba.de</p> <p><b>Unser Zeichen:</b> SCA/Jan</p> <p><b>Datum:</b> 5. Juni 2015</p>	<p><b>Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 12 08 09, 10689 Berlin</b></p> <p><b>Maßgebliche Spitzenorganisationen der Leistungserbringer laut Anlage (Verteiler)</b></p> <p><b>nachrichtlich</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Vorsitzender des Unterausschusses Veranlasste Leistungen</li><li>• Sprecherinnen und Sprecher im Unterausschuss Veranlasste Leistungen</li></ul> <p><b>per E-Mail am 5. Juni 2015 an</b></p> <p><b>Stellungnahmerecht gemäß § 92 Absatz 5 Satz 1 SGB V als maßgebliche Spitzenorganisation der Leistungserbringer</b> <b>Änderung der Rehabilitations-Richtlinie (Re-RL): Anpassung der Verweise auf ICF</b></p> <p>Sehr geehrte Damen und Herren,</p> <p>vor der abschließenden Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über eine Änderung der Re-RL ist gemäß § 92 Absatz 5 Satz 1 SGB V unter anderem den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu geben. Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen (UA VL) des G-BA hat seine Beratungen zu einer Änderung der Re-RL bezüglich der Vereinfachung Verordnungsverfahren / Qualifikationsanforderungen weitestgehend abgeschlossen.</p> <p>Gemäß dem Beschluss des UA VL vom 27. Mai 2015 wird Ihnen hiermit Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zu der oben bezeichneten Änderung der Re-RL gegeben.</p> <p>Prüfgegenstand des Stimmnahmeverfahrens ist der Beschlussentwurf zur Änderung der Re-RL (siehe Anlage 1).</p> <p>Die Tragenden Gründe (Anlage 2) dienen der Beschlussbegründung und der Darstellung des Beratungsverfahrens im G-BA. Sie werden unterstützend für die Prüfung des Beschlussentwurfes zur Verfügung gestellt. Zum besseren Verständnis ist die Umsetzung der zur Stellungnahme gestellten Änderungen im beigefügten Auszug aus der Re-RL dargestellt (siehe Anlage 3). Die vollständige Re-RL sowie weitere Informationen dazu können Sie auf unserer Homepage unter <a href="http://www.g-ba.de/Informationen/Richtlinien/23/">http://www.g-ba.de/Informationen/Richtlinien/23/</a> abrufen.</p> <p><small>Der Gemeinsame Bundesausschuss ist eine juristische Person des öffentlichen Rechts nach § 91 SGB V. Er wird gebildet von: Deutscher Krankenhausgesellschaft, Berlin · GKV Spitzenverband, Berlin Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin · Kassenärztliche Bundesvereinigung, Köln</small></p>
--	---



Die schriftliche Stellungnahme kann spätestens bis zum

**3. Juli 2015**

unter Verwendung des beiliegenden Formulars (Anlage 4) abgegeben werden. Sie soll in elektronisch kopierfähiger Form fristgerecht an die E-Mail-Adresse [Re-RL@g-ba.de](mailto:Re-RL@g-ba.de) übermittelt werden.

Der Eingang Ihrer E-Mail wird spätestens bis zum dritten darauf folgenden Werktag durch eine E-Mail der Geschäftsstelle des G-BA an die angegebene Korrespondenz-Adresse bestätigt. Erfolgt eine solche Bestätigung nicht, werden Sie im Sinne der Wahrung Ihres Stellungnahmerechts gebeten, sich über den Zugang der Stellungnahme zu vergewissern. Falls eine Übersendung per E-Mail nicht möglich ist, wird um Zusendung der Stellungnahme auf einem elektronischen Datenträger (ohne Kopierschutz) an die folgende Postadresse gebeten: Gemeinsamer Bundesausschuss, Abt. M-VL, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin.

Bitte beachten Sie, dass die beigefügten Dokumente vertraulich behandelt werden müssen und dass die abgegebene Stellungnahme im Rahmen unseres Abschlussberichts veröffentlicht werden kann.

Gemäß § 91 Absatz 9 SGB V ist jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen und der eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben. Die mündliche Stellungnahme erfolgt im Rahmen einer Anhörung, welche im Anschluss an das schriftliche Stellungnahmeverfahren anberaumt wird. Sie dient in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse, die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens ergeben haben, einzubringen.

Soweit Ihnen Gelegenheit zur Abgabe einer mündlichen Stellungnahme gegeben wird, erhalten Sie spätestens 14 Tage vor der Anhörung eine entsprechende Einladung.

Um Sie auch künftig rechtzeitig in Stellungnahmeverfahren einbeziehen zu können, bitten wir Sie, uns ggf. eintretende Änderungen Ihrer Kontaktdaten mitzuteilen.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

(, A. Dr. Sandra Canus  
Referentin

**Anlagen**

1. Beschlussentwurf zur Änderung der Re-RL
2. Tragende Gründe zum Beschlussentwurf
3. Fließtext der Re-RL – Änderungen im Änderungen-nachverfolgen-Modus
4. Formular für die Einholung von Stellungnahmen



## Verteiler

### Maßgebliche Spitzenorganisationen der Leistungserbringer

- Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendrehabilitation e.V.
- AWO Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der medizinisch-beruflichen Rehabilitationseinrichtungen e.V. (Phase II)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e.V. (BAG RPK)
- Bundesverband ambulanter medizinischer Rehabilitationszentren e.V. (BamR)
- Bundesverband ambulant-teilstationäre Neurorehabilitation e.V.
- Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK)
- Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe e.V. (BEB)
- Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss)
- Bundesverband Geriatrie e.V.
- Bundesverband Katholische Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche e.V. (BVRKJ)
- Bundesverband privater Träger der freien Kinder-, Jugend- und Sozialhilfe e.V. (VPK)
- Caritas Suchthilfe e.V. – Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im Deutschen Caritasverband (CaSu)
- Der Paritätische Gesamtverband e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED)
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)
- Deutscher Heilbäderverband e.V.
- Deutsches Müttergenesungswerk
- Deutsches Rotes Kreuz e.V. (DRK)
- Diakonie Deutschland e.V. – Evangelischer Bundesverband
- Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. (fdr)
- Fachverband Sucht e.V.
- Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe – Fachverband der Diakonie Deutschland e.V. (GVS)
- Kneipp-Bund e.V.
- Verband Deutscher Kurörtlicher Betriebe e.V. (VDKB)
- Zentralverband ambulanter Therapieeinrichtungen Deutschland e.V. (ZAT)



## Gemeinsamer Bundesausschuss

gemäß § 91 SGB V  
Unterausschuss  
Veranlasste Leistungen

**Besuchsadresse:**  
Wegelinstraße 3  
10623 Berlin

**Ansprechpartner/in:**  
Dr. Siedlitz Carus,  
Abteilung Methodenbewertung &  
veranlasste Leistungen

**Telefon:**  
(030) 275628-444

**Telefax:**  
(030) 275628-105

**E-Mail:**  
Siedlitz.Carus@g-ba.de

**Internet:**  
www.g-ba.de

**Unser Zeichen:**  
SCA/Jan

**Datum:**  
5. Juni 2015

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 12 08 08, 10628 Berlin

Rehabilitationsträger bzw. eingebezogene  
Spitzenorganisationen von Rehabilitations-  
träger  
laut Anlage (Verteiler)

### nachrichtlich

- Vorsitzender des  
Unterausschusses Veranlasste Leistungen
- Sprecherinnen und Sprecher im Unteraus-  
schuss Veranlasste Leistungen

### Stellungnahmerecht gemäß § 92 Absatz 5 Satz 1 SGB V als Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 Nr. 2 bis 7 SGB IX bzw. deren Spitzenorganisation Änderung der Rehabilitations-Richtlinie (Re-RL): Anpassung der Verweise auf ICF

Sehr geehrte Damen und Herren,

vor der abschließenden Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über eine Änderung der Re-RL ist gemäß § 92 Absatz 5 Satz 1 SGB V unter anderem den Rehabilitationsträgern nach § 6 Absatz 1 Nr. 2 bis 7 SGB IX – repräsentativ deren Spitzenorganisationen – Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu geben. Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen (UA VL) des G-BA hat seine Beratungen zu einer Änderung der Re-RL bezüglich der Vereinfachung Verordnungsverfahren / Qualifikationsanforderungen weitestgehend abgeschlossen.

Gemäß dem Beschluss des UA VL vom 27. Mai 2015 wird Ihnen hiermit Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zu der oben bezeichneten Änderung der Re-RL gegeben.

Prüfgegenstand des Stimmnahmeverfahrens ist der Beschlussentwurf zur Änderung der Re-RL (siehe Anlage 1).

Die Tragenden Gründe (Anlage 2) dienen der Beschlussbegründung und der Darstellung des Beratungsverfahrens im G-BA. Sie werden unterstützend für die Prüfung des Beschlussentwurfes zur Verfügung gestellt. Zum besseren Verständnis ist die Umsetzung der zur Stellungnahme gestellten Änderungen im beigefügten Auszug aus der Re-RL dargestellt (siehe Anlage 3). Die vollständige Re-RL sowie weitere Informationen dazu können Sie auf unserer Homepage unter <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/23/> abrufen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist eine juristische Person des öffentlichen Rechts nach § 91 SGB V. Er wird gebildet von:  
Deutscher Krankenhausgesellschaft, Berlin · GKV Spitzenverband, Berlin  
Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin · Kassenärztliche Bundesvereinigung, Köln



Die schriftliche Stellungnahme kann spätestens bis zum

**3. Juli 2015**

unter Verwendung des beiliegenden Formulars (Anlage 4) abgegeben werden. Sie soll in elektronisch kopierfähiger Form fristgerecht an die E-Mail-Adresse [Re-RL@g-ba.de](mailto:Re-RL@g-ba.de) übermittelt werden.

Der Eingang Ihrer E-Mail wird spätestens bis zum dritten darauf folgenden Werktag durch eine E-Mail der Geschäftsstelle des G-BA an die angegebene Korrespondenz-Adresse bestätigt. Erfolgt eine solche Bestätigung nicht, werden Sie im Sinne der Wahrung Ihres Stellungnahmerechts gebeten, sich über den Zugang der Stellungnahme zu vergewissern. Falls eine Übersendung per E-Mail nicht möglich ist, wird um Zusendung der Stellungnahme auf einem elektronischen Datenträger (ohne Kopierschutz) an die folgende Postadresse gebeten: Gemeinsamer Bundesausschuss, Abt. M-VL, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin.

Bitte beachten Sie, dass die beigefügten Dokumente vertraulich behandelt werden müssen und dass die abgegebene Stellungnahme im Rahmen unseres Abschlussberichts veröffentlicht werden kann.

Gemäß § 91 Absatz 9 SGB V ist jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen und der eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben. Die mündliche Stellungnahme erfolgt im Rahmen einer Anhörung, welche im Anschluss an das schriftliche Stellungnahmeverfahren anberaumt wird. Sie dient in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse, die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens ergeben haben, einzubringen.

Soweit Ihnen Gelegenheit zur Abgabe einer mündlichen Stellungnahme gegeben wird, erhalten Sie spätestens 14 Tage vor der Anhörung eine entsprechende Einladung.

Um Sie auch künftig rechtzeitig in Stellungnahmeverfahren einbeziehen zu können, bitten wir Sie, uns ggf. eintretende Änderungen Ihrer Kontaktdaten mitzuteilen.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

(, A. Dr. Sandra Canus  
Referentin

**Anlagen**

1. Beschlussentwurf zur Änderung der Re-RL
2. Tragende Gründe zum Beschlussentwurf
3. Fließtext der Re-RL – Änderungen im Änderungen-nachverfolgen-Modus
4. Formular für die Einholung von Stellungnahmen



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

## **Verteiler**

### **Rehabilitationsträger bzw. einbezogene Spitzenorganisationen von Rehabilitationsträgern**

- Bundesagentur für Arbeit
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter
- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGuS)
- Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) – Spitzenverband
- Deutsche Rentenversicherung Bund
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau



## Gemeinsamer Bundesausschuss

gemäß § 91 SGB V  
Unterausschuss  
Veranlasste Leistungen

**Besuchsadresse:**  
Wegelinstraße 3  
10623 Berlin

**Ansprechpartner/in:**  
Dr. Siedlra Carus,  
Abteilung Methodenbewertung &  
veranlasste Leistungen

**Telefon:**  
030 275628-444

**Telefax:**  
030 275628-105

**E-Mail:**  
Siedlra.carus@g-ba.de

**Internet:**  
www.g-ba.de

**Unser Zeichen:**  
SCA/len

**Datum:**  
5. Juni 2015

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 12 05 05, 10623 Berlin

Bundesärztekammer  
Dezemat III  
Herr Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

### nachrichtlich

- Vorsitzender des Unterausschusses Veranlasste Leistungen
- Sprecherinnen und Sprecher im Unterausschuss Veranlasste Leistungen

per E-Mail am 5. Juni 2015 an  
[ulrich.zorn@baek.de](mailto:ulrich.zorn@baek.de)

### Stellungnahmerecht der Bundesärztekammer gemäß § 91 Absatz 5 SGB V Änderung der Rehabilitations-Richtlinie (Re-RL): Vereinfachung Verordnungsverfahren / Qualifikationsanforderungen

Sehr geehrter Herr Dr. Zorn,

vor der abschließenden Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über eine Änderung der Re-RL ist gemäß § 91 Absatz 5 SGB V der Bundesärztekammer Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu geben. Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen (UA VL) des G-BA hat seine Beratungen zu einer Änderung der Re-RL bezüglich der Vereinfachung Verordnungsverfahren / Qualifikationsanforderungen weitestgehend abgeschlossen.

Gemäß dem Beschluss des UA VL vom 27. Mai 2015 wird hiemit der Bundesärztekammer Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zu der oben bezeichneten Änderung der Re-RL gegeben.

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens ist der Beschlussentwurf zur Änderung der Re-RL (siehe Anlage 1).

Die Tragenden Gründe (Anlage 2) dienen der Beschlussbegründung und der Darstellung des Beratungsverfahrens im G-BA. Sie werden unterstützend für die Prüfung des Beschlussentwurfes zur Verfügung gestellt. Zum besseren Verständnis ist die Umsetzung der zur Stellungnahme gestellten Änderungen im beigefügten Auszug aus der Re-RL dargestellt (siehe Anlage 3). Die vollständige Re-RL sowie weitere Informationen dazu können Sie auf unserer Homepage unter <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/23/> abrufen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist eine juristische Person des öffentlichen Rechts nach § 91 SGB V. Er wird gebildet von:  
Deutsche Krankenkassengesellschaft, Berlin · GKV Spitzenverband, Berlin  
Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin · Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Köln



Die schriftliche Stellungnahme kann spätestens bis zum

**3. Juli 2015**

unter Verwendung des beiliegenden Formulars (Anlage 4) abgegeben werden. Sie soll in elektronisch kopierfähiger Form fristgerecht an die E-Mail-Adresse [Re-RL@g-ba.de](mailto:Re-RL@g-ba.de) übermittelt werden.

Der Eingang Ihrer E-Mail wird spätestens bis zum dritten darauf folgenden Werktag durch eine E-Mail der Geschäftsstelle des G-BA an die angegebene Korrespondenz-Adresse bestätigt. Erfolgt eine solche Bestätigung nicht, werden Sie im Sinne der Wahrung Ihres Stellungnahmerechts gebeten, sich über den Zugang der Stellungnahme zu vergewissern. Falls eine Übersendung per E-Mail nicht möglich ist, wird um Zusendung der Stellungnahme auf einem elektronischen Datenträger (ohne Kopierschutz) an die folgende Postadresse gebeten: Gemeinsamer Bundesausschuss, Abt. M-VL, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin.

Bitte beachten Sie, dass die beigefügten Dokumente vertraulich behandelt werden müssen und dass die abgegebene Stellungnahme im Rahmen unseres Abschlussberichts veröffentlicht werden kann.

Gemäß § 91 Absatz 9 SGB V ist jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen und der eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben. Die mündliche Stellungnahme erfolgt im Rahmen einer Anhörung, welche im Anschluss an das schriftliche Stellungnahmeverfahren anberaumt wird. Sie dient in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse, die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens ergeben haben, einzubringen.

Soweit Ihnen Gelegenheit zur Abgabe einer mündlichen Stellungnahme gegeben wird, erhalten Sie spätestens 14 Tage vor der Anhörung eine entsprechende Einladung.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

gez.  
i. A. Dr. Sandra Carus  
Referentin

**Anlagen (nur per E-Mail)**

1. Beschlussentwurf zur Änderung der Re-RL
2. Tragende Gründe zum Beschlussentwurf
3. Fließtext der Re-RL – Änderungen im Änderungs-nachverfolgen-Modus
4. Formular für die Einholung von Stellungnahmen



## Gemeinsamer Bundesausschuss

gemäß § 91 SGB V  
Unterausschuss  
Veranlasste Leistungen

**Besuchsadresse:**  
Wegelinstraße 3  
10623 Berlin

**Ansprechpartner/in:**  
Dr. Siedlra Carus,  
Abteilung Methodenbewertung &  
veranlasste Leistungen

**Telefon:**  
030 275628444

**Telefax:**  
030 275628405

**E-Mail:**  
Siedlra.carus@g-ba.de

**Internet:**  
www.g-ba.de

**Unser Zeichen:**  
SCA/len

**Datum:**  
5. Juni 2015

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 12 06 05, 10626 Berlin

Bundesarbeitsgemeinschaft  
für Rehabilitation  
Solmsstraße 18  
60486 Frankfurt am Main

### näherlich

- Vorsitzender des Unterausschusses Veranlasste Leistungen
- Sprecherinnen und Sprecher im Unterausschuss Veranlasste Leistungen

per E-Mail am 5. Juni 2015 an  
[info@bar-frankfurt.de](mailto:info@bar-frankfurt.de)

### Stellungnahmerecht der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation gemäß § 92 Absatz 5 Satz 1 SGB V Änderung der Rehabilitations-Richtlinie (Re-RL): Vereinfachung Verordnungsverfahren / Qualifikationsanforderungen

Sehr geehrte Damen und Herren,

vor der abschließenden Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über eine Änderung der Re-RL ist gemäß § 92 Absatz 5 Satz 1 SGB V unter anderem der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu geben. Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen (UA VL) des G-BA hat seine Beratungen zu einer Änderung der Re-RL bezüglich der Vereinfachung Verordnungsverfahren / Qualifikationsanforderungen weitestgehend abgeschlossen.

Gemäß dem Beschluss des UA VL vom 27. Mai 2015 wird hiermit der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zu der oben bezeichneten Änderung der Re-RL gegeben.

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens ist der Beschlussentwurf zur Änderung der Re-RL (siehe Anlage 1).

Die Tragenden Gründe (Anlage 2) dienen der Beschlussbegründung und der Darstellung des Beratungsverfahrens im G-BA. Sie werden unterstützend für die Prüfung des Beschlussentwurfes zur Verfügung gestellt. Zum besseren Verständnis ist die Umsetzung der zur Stellungnahme gestellten Änderungen im beigefügten Auszug aus der Re-RL dargestellt (siehe Anlage 3). Die vollständige Re-RL sowie weitere Informationen dazu können Sie auf unserer Homepage unter <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/23/> abrufen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist eine juristische Person des öffentlichen Rechts nach § 91 SGB V. Er wird gebildet von:  
Deutsche Krankenkassengesellschaft, Berlin · GKV Spitzenverband, Berlin  
Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin · Kassenärztliche Bundesvereinigung, Köln



Die schriftliche Stellungnahme kann spätestens bis zum

**3. Juli 2015**

unter Verwendung des beiliegenden Formulars (Anlage 4) abgegeben werden. Sie soll in elektronisch kopierfähiger Form fristgerecht an die E-Mail-Adresse [Re-RL@g-ba.de](mailto:Re-RL@g-ba.de) übermittelt werden.

Der Eingang Ihrer E-Mail wird spätestens bis zum dritten darauf folgenden Werktag durch eine E-Mail der Geschäftsstelle des G-BA an die angegebene Korrespondenz-Adresse bestätigt. Erfolgt eine solche Bestätigung nicht, werden Sie im Sinne der Wahrung Ihres Stellungnahmerechts gebeten, sich über den Zugang der Stellungnahme zu vergewissern. Falls eine Übersendung per E-Mail nicht möglich ist, wird um Zusendung der Stellungnahme auf einem elektronischen Datenträger (ohne Kopierschutz) an die folgende Postadresse gebeten: Gemeinsamer Bundesausschuss, Abt. M-VL, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin.

Bitte beachten Sie, dass die beigefügten Dokumente vertraulich behandelt werden müssen und dass die abgegebene Stellungnahme im Rahmen unseres Abschlussberichts veröffentlicht werden kann.

Gemäß § 91 Absatz 9 SGB V ist jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen und der eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben. Die mündliche Stellungnahme erfolgt im Rahmen einer Anhörung, welche im Anschluss an das schriftliche Stellungnahmeverfahren anberaumt wird. Sie dient in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse, die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens ergeben haben, einzubringen.

Soweit Ihnen Gelegenheit zur Abgabe einer mündlichen Stellungnahme gegeben wird, erhalten Sie spätestens 14 Tage vor der Anhörung eine entsprechende Einladung.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

gez.  
i. A. Dr. Sandra Carus  
Referentin

**Anlagen (nur per E-Mail)**

1. Beschlussentwurf zur Änderung der Re-RL
2. Tragende Gründe zum Beschlussentwurf
3. Fließtext der Re-RL – Änderungen im Änderungs-nachverfolgen-Modus
4. Formular für die Einholung von Stellungnahmen

### 3. Beschlussentwurf zur Änderung der Rehabilitations-Richtlinie: Vereinfachung Verordnungsverfahren / Qualifikationsanforderungen

Stand: 27.05.2015

Anlage 1

# Beschlussentwurf



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

## des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Rehabilitations- Richtlinie: Vereinfachung Verordnungs- verfahren / Qualifikationsanforderungen

Vom **T. Monat JJJJ**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am **T. Monat JJJJ** beschlossen, die Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie; Re-RL) in der Fassung vom 16. März 2014 (BAnz. S. 6769), zuletzt geändert am 17. April 2014 (BAnz AT 26.06.2014 B 4), wie folgt zu ändern:

1. In § 2 Absatz 3 Satz 1 werden vor dem Wort „Einrichtungen“ die Wörter „oder durch“ eingefügt.
2. In § 2 Absatz 7 werden die Wörter „der Spitzenverbände“ ersetzt durch die Wörter „des Spitzenverbandes Bund“.
3. In § 3 Absatz 2 wird die Angabe „vom 1. Dezember 2003 (BAnz. 2004 S. 6 501)“ ersetzt durch die Wörter „in der jeweils gültigen Fassung“.
4. In § 4 Absatz 1 werden die Sätze 2 und 3 wie folgt gefasst:  
„<sup>2</sup>Dieser berücksichtigt neben dem Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit auch die wechselseitigen Beziehungen zwischen dem Gesundheitsproblem einer Versicherten oder eines Versicherten, um den individuell bestmöglichen Rehabilitationserfolg im Sinne der Teilhabe an Familie, Arbeit, Gesellschaft und Beruf zu erreichen. <sup>3</sup>Die Auswirkungen eines Gesundheitsproblems können mit Hilfe der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedeten Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) ([www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)) auf der Ebene der Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe unter Berücksichtigung der dabei relevanten Umwelt- und personbezogenen Kontextfaktoren beschrieben werden.“
5. § 5 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
  - a) In Satz 2 wird das Wort „und“ ersetzt durch ein Komma und vor dem Wort „zusammen“ werden die Wörter „und Versicherte“ eingefügt.
  - b) Nach Satz 2 werden die folgenden Sätze 3 bis 5 angefügt:  
„<sup>3</sup>Auf das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten wird hingewiesen. <sup>4</sup>Die besonderen Erfordernisse der Versorgung von Menschen mit Behinderungen sind im Rahmen der Beratung zu beachten. <sup>5</sup>Verfügbare Informationen und Entscheidungshilfen im Hinblick auf barrierefreie Leistungsangebote werden einbezogen.“

Stand: 27.05.2015

6. § 6 wird wie folgt gefasst:

„§ 6 Verfahren

- (1) <sup>1</sup>Ergibt sich aus dem Beratungsgespräch, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung notwendig sind und die Versicherte oder der Versicherte diese in Anspruch nehmen will, verordnet die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt mit Zustimmung der oder des Versicherten die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auf dem Verordnungsformular Muster 61 Teil B bis D. <sup>2</sup>Die medizinische Indikation ist anhand der in den §§ 8 bis 10 genannten Indikationskriterien transparent und nachvollziehbar von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt auf dem Verordnungsformular Muster 61 darzulegen.
- (2) <sup>1</sup>Sofern unter den Voraussetzungen nach Absatz 1 die Zuständigkeit des Rehabilitationsträgers durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt nicht abschließend beurteilt werden kann oder eine ergänzende Beratung durch die Krankenkasse gewünscht wird, teilt sie oder er dies mit dem Verordnungsformular Muster 61 Teil A mit. <sup>2</sup>Die Krankenkasse informiert die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt über das Ergebnis in der Regel durch Rücksendung des mit einem entsprechenden Vermerk versehenen Verordnungsformulars Muster 61 Teil A.
- (3) Die Krankenkasse prüft nach Eingang des Verordnungsformulars Muster 61 (Teile A bis D oder Teile B bis D) abschließend ihre Zuständigkeit und ob Gründe einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation entgegenstehen.“

7. § 8 wird folgender Satz 3 angefügt:

„<sup>3</sup>Inhaltlich sind im Verordnungsformular Muster 61 zur Rehabilitationsbedürftigkeit insbesondere auszuführen:

- welche Befunde zu den rehabilitationsbegründenden Schädigungen erhoben wurden,
- welche Maßnahmen der Krankenbehandlung (ärztliche Intervention, Arzneimitteltherapie, Heilmittel, Psychotherapie) oder sonstigen Leistungen in Anspruch genommen wurden,
- in welchem Umfang Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen vorliegen,
- welche Umwelt- und personbezogenen Kontextfaktoren einen Einfluss auf die Funktionsfähigkeit zum Zeitpunkt der Verordnung haben,
- welche Risikofaktoren gegebenenfalls bestehen.“

8. In § 9 werden die Wörter „und Motivation oder Motivierbarkeit“ gestrichen.

9. § 10 wird wie folgt geändert:

- a) Der Überschrift werden die Wörter „und Rehabilitationsziele“ angefügt.
- b) Dem ersten Spiegelstrich werden die Wörter „, insbesondere der Motivation der oder des Versicherten“ angefügt.
- c) Im zweiten Spiegelstrich wird das Wort „eines“ ersetzt durch die Wörter „der/des“ und das Wort „Rehabilitationsziels“ ersetzt durch die Wörter „Rehabilitationsziele/s“.
- d) Dem Wortlaut werden folgende Sätze 2 und 3 angefügt:

„<sup>2</sup>Im Verordnungsformular Muster 61 sind insbesondere die alltagsrelevanten Rehabilitationsziele in Bezug auf die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe zu benennen. <sup>3</sup>Bei Diskrepanzen zwischen den von Ärztin oder Arzt und Versicherten oder Angehörigen genannten Zielen sind diese getrennt darzustellen.“

Stand: 27.05.2015

10. § 11 wird wie folgt gefasst:

„§ 11 Qualifikation der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes

<sup>1</sup>Die Beratung über und die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erfordern unter anderem spezielle Kenntnisse in der Anwendung der ICF, die nach den Weiterbildungsordnungen weitestgehend Gegenstand der ärztlichen Weiterbildung sind. <sup>2</sup>Diese Kenntnisse sollten in mindestens einmal jährlich anzubietenden Fortbildungsveranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigungen erweitert und vertieft oder erlangt werden. <sup>3</sup>Die Fortbildungsveranstaltungen umfassen insbesondere folgende Inhalte:

- Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe,
- Zugangsvoraussetzungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Nutzung der ICF als konzeptionelles Bezugssystem für die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.“

11. In § 12 Absatz 1 wird Satz 1 wie folgt geändert:

- a) Vor den Wörtern „auf der Grundlage“ werden die Wörter „unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechtes der Versicherten gemäß § 9 SGB IX“ eingefügt.
- b) Im ersten Spiegelstrich werden nach dem Wort „Versicherten“ die Wörter „unter Beachtung bestehender Anforderungen an Barrierefreiheit“ eingefügt.
- c) Im zweiten Spiegelstrich werden die Wörter „der Verordnung“ ersetzt durch die Wörter „des vollständig ausgefüllten Verordnungsformulars Muster 61“.
- d) Im dritten Spiegelstrich wird vor den Wörtern „der Beurteilung“ das Wort „gegebenenfalls“ eingefügt.

12. In § 12 Absatz 2 werden in Satz 1 nach dem Wort „Entscheidung“ die Wörter „in geeigneter Form“ eingefügt.

13. § 13 Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt geändert:

- a) Die bisherigen drei Spiegelstriche werden zu Nummern c), d) und e),
- b) Vor Nummer c) werden folgende Nummern a) und b) eingefügt:
  - „ a) rehabilitationsrelevante Funktionsdiagnosen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung,
  - b) die individuellen, mit der oder dem Versicherten vereinbarten Rehabilitationsziele.“
- c) Die Spiegelpunkte der neuen Nummer d) werden zu Spiegelstrichen.
- d) In der neuen Nummer d) wird der dritte Spiegelstrich wie folgt gefasst:
  - „- zur Krankheitsbewältigung, zum Einfluss positiv wie negativ wirkender Kontextfaktoren und deren Modifizierbarkeit sowie zur Einleitung von Verhaltensmaßnahmen im Hinblick auf eine Lebensstiländerung.“
- e) In der neuen Nummer e) werden nach dem Wort „weiterführende“ die Wörter „und Informationen über bereits eingeleitete“ eingefügt.

14. In § 13 Absatz 4 wird Satz 2 wie folgt gefasst:

„<sup>2</sup>Die Rehabilitationseinrichtung übermittelt der oder dem Versicherten auf Wunsch den Entlassungsbericht, soweit dem nicht erhebliche therapeutische Gründe entgegenstehen.“

15. § 15 wird gestrichen.

Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Stand: 27.05.2015

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

#### 4. Erläuterungen (Tragende Gründe) für Stellungnahmeberechtigte

Stand: 04.06.2015

Anlage 2

# Tragende Gründe



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

## zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Rehabilitations- Richtlinie: Vereinfachung Verordnungsverfahren/Qualifikationsanforderun- gen

Vom **Beschlussdatum**

### Inhalt

1	Rechtsgrundlagen.....	2
2	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
2.1	Änderung § 2 Absatz 3.....	2
2.2	Änderung § 3 Absatz 2.....	2
2.3	Änderung § 4 Absatz 1.....	2
2.4	Änderung § 5 Absatz 1.....	2
2.5	Änderung § 6.....	3
2.6	Änderung § 8.....	3
2.7	Änderung §§ 9 und 10.....	3
2.8	Änderung § 11.....	4
2.9	Änderung § 12.....	4
2.9.1	Änderung § 12 Absatz 1.....	4
2.9.2	Änderung § 12 Absatz 2.....	5
2.10	Änderung § 13 Absatz 4.....	5
3	Würdigung der Stellungnahmen.....	6
4	Bürokratiekostenermittlung.....	6
5	Verfahrensablauf.....	6

Stand: 04.06.2015

## **1 Rechtsgrundlagen**

In seiner Rehabilitations-Richtlinie regelt der G-BA unter anderem die Verordnung von Rehabilitationsleistungen durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte als Grundlage für die Leistungsentscheidung der Krankenkassen. Die gesetzlichen Grundlagen dieser Aufgabe des G-BA ergeben sich aus § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V und den §§ 11, 40 und 41 SGB V.

Seit 2004 sieht die Rehabilitations-Richtlinie für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung ein zweistufiges Ordnungsverfahren (§ 6) und spezielle Qualifikationsanforderungen an verordnende Vertragsärzte (§ 11) vor. Hierdurch sollte der sachgerechte Zugang zu diesem Leistungsbereich gesichert werden. In den nachfolgenden Jahren hat der G-BA entsprechend 1. Kapitel § 7 Absatz 4 seiner Verfahrensordnung die Auswirkungen der von ihm vorgenommenen Regelungen in der Rehabilitations-Richtlinie überprüft und ist begründeten Hinweisen auf einen Anpassungsbedarf der Richtlinie nachgegangen. Solche Hinweise haben sich etwa im Rahmen des gesetzlichen Stellungnahmeverfahrens vor der letzten Richtlinienänderung „Anpassung der Verweise auf ICF“ vom 17. April 2014 ergeben.

Im Ergebnis der Beratungen werden mit der vorliegenden Beschlussfassung insbesondere ein einstufiges Ordnungsverfahren ermöglicht, die Qualifikation der Vertragsärzte neu geregelt und inhaltliche Vorgaben für die Verordnung in der Richtlinie ergänzt. Weitere Änderungen betreffen die Rechte von Patienten, insbesondere betreffend das Wunsch- und Wahlrecht, die Beachtung der Barrierefreiheit sowie Regelungen aufgrund des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20. Februar 2013 (BGBl. I, S. 277).

## **2 Eckpunkte der Entscheidung**

### **2.1 Änderung § 2 Absatz 3**

Die Einfügung „oder durch“ vor dem Wort „Einrichtungen“ beinhaltet eine redaktionelle Änderung, mit der ein Hinweis auf die mobile Rehabilitation erfolgt.

### **2.2 Änderung § 3 Absatz 2**

Um Aktualisierungen jeweils aufzugreifen, wird der bisherige Verweis auf die Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie als dynamischer Verweis gefasst.

### **2.3 Änderung § 4 Absatz 1**

Die verkürzte und damit unscharfe Formulierung dessen, was mit der ICF beschrieben werden kann, wurde zur Vermeidung von Missverständnissen entsprechend der Originalfassung umformuliert.

### **2.4 Änderung § 5 Absatz 1**

Zu § 5 Absatz 1 Satz 2:

Die Ergänzung „und Versicherte“ trägt dem Erfordernis Rechnung, die Partizipation von Patientinnen und Patienten zu stärken. Dies entspricht dem gewandelten Verständnis der Arzt-Patienten-Beziehung und dem Verständnis von der Tätigkeit der Rehabilitationsträger als kooperative Leistungsverwaltung.

Zu § 5 Absatz 1 Satz 3:

Mit der Regelung soll die Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts (§ 9 SGB X) auch im Rahmen der Beratung gestärkt werden. Zugleich werden die Regelungen zum Wunsch- und Wahlrecht in § 1 Absatz 7 und in § 12 (die sich auf die Entscheidung über die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und auf die Ausführung dieser Leistungen beziehen) für den Bereich der Beratung ergänzt.

2

Stand: 04.06.2015

#### Zu § 5 Absatz 1 Satz 4:

Mit der Ergänzung „Die besonderen Erfordernisse der Versorgung von Menschen mit Behinderungen ...“ soll den besonderen Belangen behinderter Menschen im Rahmen der Beratung Rechnung getragen werden (§ 2a SGB V). Ziel der Ergänzung ist, dass die Leistung zur medizinischen Rehabilitation etwaige spezifische Anforderungen von Versicherten mit Behinderungen berücksichtigt und der Rehabilitationserfolg nicht durch fehlende Vorkehrungen, wie z. B. fehlende Barrierefreiheit, gefährdet wird.

#### Zu § 5 Absatz 1 Satz 5:

Die Regelung trägt dem Umstand Rechnung, dass zu den besonderen Belangen behinderter Menschen (§ 2a SGB V) die Barrierefreiheit gehört (vgl. z. B. § 4 BGG und die entsprechenden Vorschriften der Behindertengleichstellungsgesetze der Länder; Art. 9 UN-BRK). Mit § 2a SGB V werden alle Beteiligten des Krankenversicherungssystems angesprochen. Dies gilt sowohl für den G-BA (§ 92 Absatz 1 Satz 1 SGB V) als auch für die Krankenkassen und für die Vertragsärztinnen bzw. Vertragsärzte als Leistungserbringer. Soweit vorhanden, sind deshalb verfügbare Informationen und Entscheidungshilfen im Hinblick auf barrierefreie Leistungsangebote der medizinischen Rehabilitation zu berücksichtigen.

### 2.5 Änderung § 6

Mit der Änderung des § 6 wird ein einstufiges Ordnungsverfahren in der medizinischen Rehabilitation ermöglicht. Die bisherige generelle Zweistufigkeit entfällt. Zukünftig nutzen Vertragsarzt oder Vertragsärztin ausschließlich das Muster 61. Auf Teil A des Musters 61 können Vertragsarzt oder Vertragsärztin eine ergänzende Beratung durch die Krankenkasse veranlassen oder den zuständigen Rehabilitationsträger bei der Krankenkasse ermitteln lassen, wenn dieser durch den Vertragsarzt oder die Vertragsärztin nicht abschließend beurteilt werden kann. In diesem Fall ist ausschließlich Muster 61 Teil A auszufüllen und an die Krankenkasse zu übermitteln. Die Krankenkasse informiert den Vertragsarzt oder die Vertragsärztin über den zuständigen Rehabilitationsträger. Sofern die Krankenkasse zuständig ist, wird der Vertragsarzt oder die Vertragsärztin aufgefordert, auch die Teile B-D des Musters 61 auszufüllen und umgehend an die Krankenkasse zu richten. Um dem verordnenden Arzt oder der verordnenden Ärztin die Abgrenzung des zuständigen Rehabilitationsträgers zu erleichtern, sind auf Teil A des Musters 61 entsprechende Kriterien aufgeführt. Sofern der Vertragsarzt oder die Vertragsärztin auch ohne Einschaltung der Krankenkasse die Zuständigkeit eines anderen Rehabilitationsträgers erkennt, findet das Verfahren nach § 6 – wie bereits nach der aktuell gültigen Fassung der Re-RL – keine Anwendung. Nach § 3 Absatz 3 Re-RL gilt die Richtlinie für diese Fallgestaltungen nicht. Maßgeblich ist das jeweilige Antragsverfahren des zuständigen Rehabilitationsträgers.

Ordnet der Vertragsarzt oder die Vertragsärztin die Zuständigkeit eindeutig der gesetzlichen Krankenkasse zu, können auch Teile B-D des Musters 61 umgehend ausgefüllt und an die Krankenkasse gerichtet werden.

Die abschließende leistungsrechtliche Prüfung und Genehmigung obliegt weiterhin der Krankenkasse.

### 2.6 Änderung § 8

Durch die Ergänzung in § 8 werden wesentliche Inhalte der Verordnung zur medizinischen Rehabilitation in den Richtlinien text aufgenommen, um die Anforderungen an eine qualifizierte Verordnung unmittelbar im Richtlinien text zu definieren.

### 2.7 Änderung §§ 9 und 10

Die Frage nach einer ausreichenden psychischen und physischen Belastbarkeit beinhaltet auch die Motivation und Motivierbarkeit als eine Funktion der psychischen Energie und des Antriebs und muss deshalb an dieser Stelle nicht explizit abgefragt werden. Hingegen ist die

Stand: 04.06.2015

Motivation als personbezogener Faktor für die Rehabilitationsprognose von Bedeutung und wird unter § 10 explizit erwähnt. Die Motivierbarkeit ist zudem bei der Antragstellung faktisch nicht zu prüfen und wird deshalb nicht mehr aufgeführt.

Ferner wird in § 10 Satz 2 als weiterer wesentlicher Inhalt der Verordnung die Benennung der Rehabilitationsziele vorgesehen. Diesbezüglich ist klarzustellen, dass nicht in jedem Falle mehrere Rehabilitationsziele vorliegen müssen, sondern auch nur ein Rehabilitationsziel vorliegen kann und ausreichend ist.

## 2.8 Änderung § 11

Mit der Einführung der Verordnungsfähigkeit von medizinischer Rehabilitation durch die Ärztin oder den Arzt war eine verpflichtende Qualifikation vorgesehen, die als Voraussetzung für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte galt, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation verordnen zu dürfen.

Durch den Wegfall des verpflichtenden Qualifikationserfordernisses erhält jede Vertragsärztin und jeder Vertragsarzt die Möglichkeit, bei medizinischer Notwendigkeit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu verordnen. Der Wegfall erfolgt vor dem Hintergrund der bereits regelhaft erworbenen Qualifikationen in der ärztlichen Weiterbildung. Damit wird auch der Erfahrung Rechnung getragen, dass die behandelnden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte das Lebensumfeld und die Lebensumstände (Kontextfaktoren) ihrer Patientinnen und Patienten zumeist gut kennen. Um den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten die Möglichkeit zu geben, die notwendigen Fachkenntnisse zu erweitern, zu vertiefen oder soweit erforderlich zu erlangen, sollten die Kassenärztlichen Vereinigungen die in der Vorschrift beschriebenen Fortbildungsmöglichkeiten regelmäßig anbieten.

Mit dem Wegfall der verpflichtenden Qualifikation werden die entsprechenden Festlegungen in der Beschlussbegründung zur Änderung der Rehabilitations-Richtlinien vom 18. Januar 2005 gegenstandslos.

Die Änderungen wurden im bisherigen Absatz 1 eingefügt. Die Absätze 2 und 3 waren zu streichen.

### Ergänzender Hinweis der Patientenvertretung:

Durch die Änderung von § 11 und den Verzicht auf eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung soll eine Hürde beim Zugang zu medizinischen Rehabilitationsleistungen abgebaut werden. Allerdings haben das in 2013 durchgeführte Stellungnahmeverfahren sowie die am 16.12.2013 durchgeführte Anhörung zur Reha-RL auch gezeigt, dass es noch nicht selbstverständlich ist, dass alle ärztlichen Leistungserbringer die ICF ausreichend gut kennen, um eine qualifizierte Verordnung ausstellen zu können. Vor diesem Hintergrund ist auch von entscheidender Bedeutung, dass zum einen in Muster 61 weitere Erläuterungen zu den Kriterien der ICF mit aufgenommen werden. Zum anderen sind sowohl Ärztekammern als auch Kassenärztliche Vereinigungen aufgerufen, die Kenntnisse zur ICF sowohl in ihren Weiterbildungsordnungen als auch in regelmäßigen Fortbildungen standardmäßig zu verankern.

## 2.9 Änderung § 12

### 2.9.1 Änderung § 12 Absatz 1

Siehe zur Begründung die Ausführungen in der Begründung zu § 5 Absatz 1 (Wunsch- und Wahlrecht, Barrierefreiheit).

Die Ergänzung „vollständig ausgefüllt“ wurde zur Klarstellung aufgenommen, dass für die Leistungsentscheidung der Krankenkasse alle Angaben auf der Verordnung erforderlich und deshalb nur vollständig ausgefüllte Verordnungen ausreichend sind.

Stand: 04.06.2015

Die redaktionelle klarstellende Ergänzung „gegebenenfalls“ wurde aufgenommen, da nach der Stichprobenregelung (§ 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V) nicht jeder Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation dem MDK vorzulegen ist.

#### **2.9.2 Änderung § 12 Absatz 2**

Die Änderung umfasst eine Klarstellung. Danach erfolgt die Information über die Entscheidung an die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt in geeigneter Weise.

#### **2.10 Änderung § 13 Absatz 4**

Zu § 13 Absatz 4 Satz 1:

Die von den Rehabilitationseinrichtungen nach Beendigung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Entlassungsbericht aufzunehmenden Informationen (insbesondere rehabilitationsrelevante Funktionsdiagnosen, vereinbarte Rehabilitationsziele, Angaben zum Rehabilitationserfolg) wurden ergänzt, um zielgerichtete Informationen zu ggf. weiterführenden Leistungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges zu erhalten.

Zu § 13 Absatz 4 Satz 2:

Es wurde klargestellt, dass die Versicherten den Entlassungsbericht auf Wunsch von der Rehabilitationseinrichtung erhalten sollen, sofern dem nicht erhebliche therapeutische Gründe entgegenstehen.

Stand: 04.06.2015

### 3 Würdigung der Stellungnahmen

[Platzhalter]

### 4 Bürokratiekostenermittlung

Mit den vorgesehenen Änderungen der Rehabilitations-Richtlinie wird auch das Ziel verfolgt, die Bürokratiekosten für Ärztinnen und Ärzte zu reduzieren. Hierzu dienen insbesondere die in § 6 geplante Vereinfachung des Verordnungsverfahrens sowie die in § 11 vorgesehene Neuregelung zur Qualifikation der verordnenden Ärztinnen und Ärzte. Eine quantifizierende Abschätzung der Reduzierung der Bürokratiekosten erfolgt nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens.

### 5 Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
02.04.2014	UA VL	Einigung über Beratung der Anregungen aus dem Stellungnahmeverfahren vor der letzten Richtlinienänderung „Anpassung der Verweise auf ICF“ zur Überarbeitung der Reha-RL nach Überprüfung gemäß 1. Kapitel § 7 Abs. 4 VerO
25.06.2014	UA VL	Beauftragung der Arbeitsgruppe Rehabilitations-Richtlinie (AG Re-RL) mit der Beratung von Richtlinienänderungen
27.05.2015	UA VL	Beratung der Ergebnisse der AG Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerO)
TT.MM.JJJJ	UA VL	Auswertung der Stellungnahmen
TT.MM.JJJJ	UA VL	Anhörung
TT.MM.JJJJ	UA VL	• Abschluss der vorbereitenden Beratungen + Beschluss der Beschlussunterlagen (Beschlusssentwurf, Tragende Gründe, ZD)
TT.MM.JJJJ	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Rehabilitations-Richtlinie
TT.MM.JJJJ		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Abs. 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit / Auflage
TT.MM.JJJJ	XY	ggf. weitere Schritte gemäß VerO soweit sie sich aus dem Prüfungsergebnis gemäß § 94 Abs. 1 SGB V des BMG ergeben
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger

<sup>1</sup>Die beiden Datumsangaben (s. auch Fußnote 2) in dem Dokument „Tragende Gründe“ sollen nach Beschlussfassung nicht mehr aktualisiert werden. Im Kapitel A der ZDs bzw. Abschlussberichte sollen dagegen immer die entsprechenden Daten nachgetragen werden

6

Stand: 04.06.2015

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
		Inkrafttreten

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

## 5. Fließtext der Re-RL – Änderungen im Änderungen-nachverfolgen-Modus für Stellungnahmeberechtigte

### **Richtlinientext im Änderungen-Verfolgen-Modus zum Beschlusssentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Rehabilitations-Richtlinie: Vereinfachung Verordnungsverfahren / Qualifikationsanforderungen**

#### **„§ 1 Ziel und Zweck**

- (1) <sup>1</sup>Die Richtlinie soll eine notwendige, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit im Einzelfall gebotenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gewährleisten; sie regelt außerdem die Beratung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V), um die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. <sup>2</sup>Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben zum Ziel, eine Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) einschließlich Pflegebedürftigkeit gemäß des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (§ 11 Abs. 2 SGB V).
- (2) <sup>1</sup>Die Richtlinie soll insbesondere das frühzeitige Erkennen der Notwendigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation fördern und dazu führen, dass diese rechtzeitig eingeleitet werden. <sup>2</sup>Sie regelt die Verordnung durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte als Grundlage für die Leistungsentscheidung der Krankenkasse. <sup>3</sup>Sie beschreibt die Umsetzung von Nachsorgeempfehlungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges und verbessert die Zusammenarbeit zwischen Vertragsärztinnen, Vertragsärzten, Vertragspsychotherapeutinnen, Vertragspsychotherapeuten, Krankenkassen, gemeinsamen Servicestellen gemäß § 22 SGB IX und Erbringern von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.
- (3) <sup>1</sup>Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen (§ 12 Abs. 1 SGB V).

#### **§ 2 Gesetzliche Grundlagen**

- (1) Die Grundlagen für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind die gesetzlichen Regelungen des SGB V und SGB IX. Den Grundsätzen "Rehabilitation vor Rente", "Rehabilitation vor Pflege" und "ambulant vor stationär" ist Rechnung zu tragen.
- (2) Die Krankenkasse erbringt nach § 11 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit §§ 40 und 41 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, wenn die kurativen Maßnahmen der ambulanten Krankenbehandlung – auch unter rehabilitativer Zielsetzung – nicht ausreichen, eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation medizinisch indiziert und kein anderer Rehabilitationsträger vorrangig zuständig ist.
- (3) <sup>1</sup>Die Krankenkasse erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in ambulanter (§ 40 Abs. 1 SGB V) und stationärer (§ 40 Abs. 2 SGB V) Form in oder durch Einrichtungen, mit denen ein Vertrag unter Berücksichtigung des § 21 SGB IX besteht. <sup>2</sup>Die Krankenkasse erbringt auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der besonderen Form für Mütter oder Väter oder Mutter-Kind bzw. Vater-Kind (§ 41 SGB V).
- (4) Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden auf Antrag der Versicherten erbracht (§ 19 Satz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV)).

- (5) <sup>1</sup>Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkasse verordnet (§ 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 und 7 SGB V). <sup>2</sup>Unter Bezug auf die Entscheidungsbefugnis der Krankenkasse nach § 40 SGB V handelt es sich rechtlich um die vertragsärztliche Verordnung einer durch die Krankenkasse genehmigungspflichtigen Leistung.
- (6) Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen (§ 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V).
- (7) Die Krankenkasse ist verpflichtet, die Notwendigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach Maßgabe des § 275 SGB V durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) auf der Grundlage der Begutachtungs-Richtlinien "Vorsorge und Rehabilitation" des Medizinischen Dienstes ~~der-des Spitzenverbände Spitzenverbandes Bund~~ der Krankenkassen prüfen zu lassen.
- (8) Bei der Entscheidung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und deren Ausführung wird den berechtigten Wünschen der Versicherten entsprochen (§ 9 Abs. 1 SGB IX).

### § 3 Einschränkungen des Geltungsbereiches

- (1) Die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach §§ 23 und 24 SGB V und zur Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder nach § 43 a SGB V in Verbindung mit § 30 SGB IX sind nicht Gegenstand dieser Richtlinie und werden gesondert geregelt.
- (2) Für die Verordnung von stufenweiser Wiedereingliederung nach § 74 SGB V in Verbindung mit § 28 SGB IX gilt die Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ~~vom 1. Dezember 2003 (BAnz. 2004 S. 6 501), in der jeweils gültigen Fassung.~~
- (3) Diese Richtlinie gilt auch nicht
  - für Rehabilitationsleistungen, die in den Zuständigkeitsbereich anderer Rehabilitationsträger fallen (z. B. gesetzliche Renten- oder Unfallversicherung),
  - für Anschlussrehabilitation im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung,
  - für Leistungen zur Frührehabilitation, da sie gemäß § 39 Abs. 1 Satz 4 SGB V Bestandteil der Krankenhausbehandlung sind,
  - wenn sich aus dem sozialmedizinischen Gutachten des MDK die Notwendigkeit einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation ergibt, die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt jedoch nicht an der Antragstellung beteiligt ist,
  - wenn die Notwendigkeit für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation von einem anderen Rehabilitationsträger festgestellt worden und danach die Krankenkasse zuständig ist.

### § 4 Inhaltliche Grundlagen

- (1) <sup>1</sup>Medizinische Rehabilitation umfasst einen ganzheitlichen Ansatz. <sup>2</sup>~~Dieser berücksichtigt neben dem, der über das~~ Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit ~~hinaus-auch~~ die wechselseitigen Beziehungen zwischen ~~den-dem~~ Gesundheitsproblemen einer Versicherten oder eines Versicherten ~~berücksichtigt~~, um ~~im Einzelfall~~ den individuell bestmöglichen Rehabilitationserfolg im Sinne der Teilhabe an Familie, Arbeit, Gesellschaft und Beruf zu erreichen. <sup>3</sup>~~Die~~ <sup>4</sup>~~Die Auswirkungen eines~~ Gesundheitsproblems ~~werden beschrieben als Schädigungen, Beeinträchtigungen der~~ Aktivität sowie der Teilhabe und den Kontextfaktoren der Versicherten im Sinne können

mit Hilfe der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedeten Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) ([www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)) auf der Ebene der Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe unter Berücksichtigung der dabei relevanten Umwelt- und personbezogenen Kontextfaktoren beschrieben werden.

- (2) <sup>1</sup>Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation stützen sich inhaltlich auf die rehabilitationswissenschaftlichen Erkenntnisse und Definitionen von Zielen, Inhalten, Methoden und Verfahren der ambulanten und stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach den Prinzipien Finalität, Komplexität, Interdisziplinarität und Individualität.
- <sup>2</sup>Konzeptionelle und begriffliche Grundlage sind
- die von der WHO verabschiedete ICF (siehe auch Anlage 1);
  - die Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) sowie
  - trägerspezifische Empfehlungen (z. B. Rahmenempfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkasse zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation).
- (3) Einzelne Leistungen der kurativen Versorgung (z. B. Heil- oder Hilfsmittel) oder deren Kombination stellen für sich allein noch keine Leistung zur medizinischen Rehabilitation im Sinne dieser Richtlinie dar.

#### **§ 5 Rehabilitationsberatung**

- (1) <sup>1</sup>Der Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geht eine Beratung der Versicherten über die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, der Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation voraus. <sup>2</sup>Dabei wirken Vertragsärztin oder Vertragsarzt, und Krankenkasse und Versicherte zusammen. <sup>3</sup>Auf das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten wird hingewiesen. <sup>4</sup>Die besonderen Erfordernisse der Versorgung von Menschen mit Behinderungen sind im Rahmen der Beratung zu beachten. <sup>5</sup>Verfügbare Informationen und Entscheidungshilfen im Hinblick auf barrierefreie Leistungsangebote werden einbezogen.
- (2) <sup>1</sup>Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt berät insbesondere,
- warum ihrer oder seiner Einschätzung nach die Maßnahmen der kurativen Versorgung nicht ausreichen, und
  - über die Ziele, Inhalte, Abläufe und Dauer der Leistung zur medizinischen Rehabilitation.
- <sup>2</sup>Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt berät auch die Personensorgeberechtigten und weist auf die Möglichkeit der Beratung durch eine gemeinsame Servicestelle oder eine sonstige Beratungsstelle für Rehabilitation hin. Einzelheiten regelt § 61 Abs. 1 SGB IX.
- (3) Die Krankenkasse berät insbesondere über
- Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation sowie über alternative Leistungsangebote,
  - den voraussichtlich zuständigen Rehabilitationsträger und
  - die Notwendigkeit der Antragsstellung.

## § 6 Verfahren

- (1) ~~^Ergibt sich aus dem Beratungsgespräch, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung notwendig sein können und die Versicherte oder der Versicherte diese in Anspruch nehmen will, verordnet teilt die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt mit Zustimmung der oder des Versicherten dies der Krankenkasse die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auf mit dem Verordnungsformular Muster 61 Teil B bis D "Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten" mit. <sup>1</sup>Die medizinische Indikation ist anhand der in den §§ 8 bis 10 genannten Indikationskriterien transparent und nachvollziehbar von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt auf dem Verordnungsformular Muster 61 darzulegen.~~
- (2) ~~^Sofern unter den Voraussetzungen nach Absatz 1 die Zuständigkeit des Rehabilitationsträgers durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt nicht abschließend beurteilt werden kann oder eine ergänzende Beratung durch die Krankenkasse gewünscht wird, teilt sie oder er dies mit dem Verordnungsformular Muster 61 Teil A mit. <sup>2</sup>Die Krankenkasse informiert die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt durch Rücksendung des mit einem entsprechenden Vermerk versehenen Verordnungsformulars Muster 61 Teil A. <sup>3</sup>Die Krankenkasse prüft nach Eingang dieser Mitteilung ihre Zuständigkeit und ob Gründe einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation entgegenstehen. <sup>4</sup>Sie unterstützt die Versicherten bei der Antragstellung. <sup>5</sup>Sie fordert die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt auf, die medizinische Indikation zu prüfen und bei deren Vorliegen eine Verordnung auszustellen.~~
- (3) ~~Die Krankenkasse prüft nach Eingang des Verordnungsformulars Muster 61 (Teile A bis D oder Teile B bis D) abschließend ihre Zuständigkeit und ob Gründe einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation entgegenstehen. Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt verordnet mit Zustimmung der Versicherten die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auf dem Vordruck Muster 61 "Verordnung von medizinischer Rehabilitation", der der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt von der Krankenkasse zur Verfügung gestellt wird.~~

## § 7 Voraussetzungen der Verordnung durch den Vertragsarzt

- (1) Voraussetzung für die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist das Vorliegen der medizinischen Indikation. Hierzu sind im Sinne eines vorläufigen rehabilitationsmedizinischen Assessments abzuklären:
  - die Rehabilitationsbedürftigkeit,
  - die Rehabilitationsfähigkeit und
  - eine positive Rehabilitationsprognose auf der Grundlage realistischer, für die Versicherten alltagsrelevanter Rehabilitationsziele.
- (2) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können nur verordnet werden, wenn das innerhalb der Krankenbehandlung angestrebte Rehabilitationsziel voraussichtlich nicht durch
  - Leistungen der kurativen Versorgung oder deren Kombination,
  - die Leistungen der medizinischen Vorsorge nach §§ 23 und 24 SGB Verreicht werden kann, die Leistung zur medizinischen Rehabilitation dafür jedoch eine hinreichende Aussicht auf Erfolg bietet.

<sup>1</sup>Die Beteiligung des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine länderübergreifende Vereinheitlichung des Verordnungsformulars/Befundberichtes an. In diesem Zusammenhang wird das Verfahren des § 6 im Rahmen einer Richtlinienänderung angepasst werden.

## § 8 Rehabilitationsbedürftigkeit

<sup>1</sup>Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung

- voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivität vorliegen, durch die in absehbarer Zeit eine Beeinträchtigung der Teilhabe droht oder
- Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen und
- über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.

<sup>2</sup>Zu den Beeinträchtigungen der Teilhabe gehört auch der Zustand der Pflegebedürftigkeit. <sup>3</sup>Inhaltlich sind im Verordnungsformular Muster 61 zur Rehabilitationsbedürftigkeit insbesondere auszuführen:

- welche Befunde zu den rehabilitationsbegründenden Schädigungen erhoben wurden,
- welche Maßnahmen der Krankenbehandlung (ärztliche Intervention, Arzneimitteltherapie, Heilmittel, Psychotherapie) oder sonstigen Leistungen in Anspruch genommen wurden,
- in welchem Umfang Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen vorliegen,
- welche Umwelt- und personbezogenen Kontextfaktoren einen Einfluss auf die Funktionsfähigkeit zum Zeitpunkt der Verordnung haben,
- welche Risikofaktoren gegebenenfalls bestehen.

## § 9 Rehabilitationsfähigkeit

Rehabilitationsfähig sind Versicherte, wenn sie aufgrund ihrer somatischen und psychischen Verfassung die für die Durchführung und Mitwirkung bei der Leistung zur medizinischen Rehabilitation notwendige Belastbarkeit und Motivation oder Motivierbarkeit besitzen.

## § 10 Rehabilitationsprognose und Rehabilitationsziele

<sup>1</sup>Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

- auf der Basis der Erkrankung oder Behinderung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotentials oder der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller positiver Kontextfaktoren, insbesondere der Motivation der oder des Versicherten
- über die Erreichbarkeit der/deseines festgelegten Rehabilitationsziele/s durch eine geeignete Leistung zur medizinischen Rehabilitation
- in einem notwendigen Zeitraum.

<sup>2</sup>Im Verordnungsformular Muster 61 sind insbesondere die alltagsrelevanten Rehabilitationsziele in Bezug auf die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe zu benennen. <sup>3</sup>Bei Diskrepanzen zwischen den von Ärztin oder Arzt und Versicherten oder Angehörigen genannten Zielen sind diese getrennt darzustellen.

## § 11 Qualifikation der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes

(+) <sup>1</sup>Die Beratung über und die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erfordern unter anderem spezielle Kenntnisse in der Anwendung der ICF, die nach den Weiterbildungsordnungen weitestgehend Gegenstand der ärztlichen Weiterbildung sind. <sup>2</sup>Diese Kenntnisse sollten in mindestens einmal jährlich

anzubietenden Fortbildungsveranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigungen erweitert und vertieft oder erlangt werden. <sup>3</sup>Die Fortbildungsveranstaltungen umfassen insbesondere folgende Inhalte:

- Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe,
- Zugangsvoraussetzungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Nutzung der ICF als konzeptionelles Bezugssystem für die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

~~<sup>2</sup>Aus diesem Grunde sind nur solche Vertragsärztinnen und Vertragsärzte verordnungsberechtigt, die über eine entsprechende rehabilitationsmedizinische Qualifikation verfügen und eine entsprechende Genehmigung besitzen. <sup>3</sup>Die Kassenärztliche Vereinigung prüft die Qualifikation der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. <sup>4</sup>Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Absatz 2 vorliegen. <sup>5</sup>Die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen auf Landesebene über die verordnungsberechtigten Ärztinnen und Ärzte.~~

~~(2) <sup>3</sup>Diese Genehmigung wird erteilt, wenn die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt:~~

- ~~die Gebietsbezeichnung "Physikalische und Rehabilitative Medizin" besitzt oder über die Zusatzbezeichnungen "Sozialmedizin" oder "Rehabilitationswesen" oder über die fakultative Weiterbildung "Klinische Geriatrie" verfügt oder~~
- ~~eine mindestens 1-jährige Tätigkeit in einer stationären oder ambulanten Rehabilitationseinrichtung nachweist oder~~
- ~~im Jahr vor Erteilung der Genehmigung mind. 20 Rehabilitationsgutachten auch für andere Sozialleistungsträger (insbesondere Rentenversicherung) erstellt hat oder~~
- ~~an einer Fortbildung von 16 Stunden<sup>2</sup> mit Erfolg teilgenommen hat, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Spitzenverbänden der Krankenkassen anerkannt ist. <sup>2</sup>Gegenstand dieser Fortbildung sind die Handhabung dieser Richtlinie, insbesondere Grundlagen der ICF und Inhalte der verordnungsfähigen Leistungen der Rehabilitation. <sup>3</sup>Die Inhalte der Fortbildung sind in einem Curriculum vorzugeben, auf das sich die Partner dieser Richtlinie verständigen.~~

~~(3) Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte, die nicht über eine dieser Zusatzqualifikationen verfügen, dürfen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung bis zum 31. März 2007 verordnen.~~

## **§ 12 Leistungsentscheidung der Krankenkasse**

(1) <sup>1</sup>Die Krankenkasse entscheidet unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechtes der Versicherten gemäß § 9 SGB IX auf der Grundlage

- des Antrages der oder des Versicherten unter Beachtung bestehender Anforderungen an Barrierefreiheit,
- des~~r~~ vollständig ausgefüllten Verordnungsformulars Muster 61 der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes,
- gegebenenfalls der Beurteilung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung,
- sowie falls erforderlich weiterer Unterlagen

über Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistung zur medizinischen

Rehabilitation. <sup>2</sup>Dabei sind die Fristen des § 14 SGB IX zu berücksichtigen.

- (2) Die Krankenkasse teilt der oder dem Versicherten und der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt ihre Entscheidung in geeigneter Form mit und begründet gegebenenfalls Abweichungen von der Verordnung. Die Mitteilung an die Versicherten erfolgt schriftlich.

### § 13 Zusammenarbeit zwischen Rehabilitationseinrichtung, Vertragsärztin oder Vertragsarzt und Krankenkassen

- (1) <sup>1</sup>Ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen stellen zu Beginn der Leistung zur medizinischen Rehabilitation gemeinsam mit den Versicherten einen Rehabilitationsplan auf. <sup>2</sup>Bei ambulanter Rehabilitation übersendet die Einrichtung auf Anfrage der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes diesem den aktuellen Rehabilitationsplan.

- (2) <sup>1</sup>Bei ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation stellt die Rehabilitationseinrichtung die medizinische Versorgung der rehabilitationsbegründenden Erkrankung und ihrer Folgen sicher. <sup>2</sup>Die Mitteilung an die Versicherten erfolgt schriftlich. <sup>3</sup>Im Übrigen verbleibt die Versicherte oder der Versicherte in der vertragsärztlichen Versorgung.

- (3) Bei stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation leistet die Rehabilitationseinrichtung die gesamte medizinische Betreuung der Versicherten, soweit dies mit den Mitteln der Einrichtung möglich ist.

- (4) <sup>1</sup>Nach Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation erhält die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt einen Entlassungsbericht mit folgenden Angaben:

a) rehabilitationsrelevante Funktionsdiagnosen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung,

b) die individuellen, mit der oder dem Versicherten vereinbarten Rehabilitationsziele,

c)- Rehabilitationsverlauf unter Angabe der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen und

d)- abschließend erreichter Rehabilitationserfolg bezogen auf die individuellen Rehabilitationsziele; dazu gehört die sozialmedizinische Beurteilung:

- zum Grad der Selbständigkeit bei den Verrichtungen des täglichen Lebens und zum diesbezüglichen Hilfebedarf,
- zur Frage der Vermeidung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit, zur Verhütung ihrer Verschlimmerung oder zur Milderung ihrer Folgen,
- zur Krankheitsbewältigung, zur Konstellation der zum Einfluss positiv wie negativen-negativ wirkender Kontextfaktoren und deren Modifizierbarkeit sowie zur Motivation-Einleitung von Verhaltensmaßnahmen im Hinblick auf eine zur Lebensstiländerung,
- zur Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben unter Bezugnahme auf die individuellen beruflichen Rahmenbedingungen sowie

e)- Empfehlungen für weiterführende und Informationen über bereits eingeleitete Leistungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges (z. B. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, stufenweise Wiedereingliederung, Rehabilitationssport und Funktionstraining, Heil- und Hilfsmittelversorgung, Arzneimittelversorgung, psychotherapeutische Leistungen) und zur Wiedereingliederung in das soziale Umfeld bzw. zur psychosozialen Betreuung.

<sup>2</sup>Die Rehabilitationseinrichtung übermittelt der oder dem Versicherten auf Wunsch den Entlassungsbericht, soweit dem nicht erhebliche therapeutische Gründe entgegenstehen.

Richtlinien-Fließtext im Änderungen-Verfolgen-Modus; Stand: 27.05.2015

- (5) Wird während einer ambulanten oder stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation erkennbar, dass der bisherige Arbeitsplatz der Versicherten gefährdet ist oder andere Leistungen zur Teilhabe notwendig sind, unterrichtet die Rehabilitationseinrichtung die Krankenkasse."

## 6. Formular für die Einholung von Stellungnahmen für Stellungnahmeberechtigte



Anlage 4

**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

**Stellungnahme zur Rehabilitations-Richtlinie (Re-RL): Vereinfachung  
Verordnungsverfahren / Qualifikationsanforderungen**

Bitte klicken Sie hier und geben dann den Namen der stellungnehmenden Organisation ein	
Bitte klicken Sie hier und fügen das Datum Ihrer Stellungnahme ein	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzellen und fügen bei Bedarf weitere Tabellenzellen hinzu. Vielen Dank.	Bitte fügen Sie hier eine entsprechende Begründung ein.

## 7. Eingegangene Stellungnahmen

 Anlage 4 <b>Gemeinsamer Bundesausschuss</b>	
<b>Stellungnahme zur Rehabilitations-Richtlinie (Re-RL): Vereinfachung Verordnungsverfahren / Qualifikationsanforderungen</b>	
<b>AWO Bundesverband</b>	
<b>02.07.2015</b>	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<p>Der AWO Bundesverband begrüßt die Änderungen über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sehr. Das nun vereinfachte Reha-Verordnungsverfahren ist eine überaus positive Entwicklung für eine unbürokratische und patientenfreundliche Nutzung. Auch die Erweiterung des Wunsch- und Wahlrechtes – besonders für Menschen mit Behinderungen – ist ein guter und wichtiger Schritt. Den Wegfall des verpflichtenden Qualifikationserfordernisses für die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte befürworten wir, sehen aber Nachbesserungen zur verpflichtenden Weiterbildung der ICF. Weiterhin kann das Reha-Verordnungsverfahren noch konsequenter neugestaltet werden.</p>	
<b>§ 2 Abs. 3: Gesetzliche Grundlagen</b>  Die AWO begrüßt, dass durch die redaktionelle Änderung ein Hinweis auf mobile Rehabilitation beabsichtigt wurde. Allerdings würde dieser Hinweis noch deutlicher ausfallen, wenn die Wörter „mobile Rehabilitation“ direkt in den Absatz mit aufgenommen werden könnten, etwa als neuer zweiter Satz: „Ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden bei Bedarf auch als mobile Rehabilitation erbracht.“	Das in der Federführung des AWO Bundesverbandes entstandene Positionspapier der BAGFW zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation vom Mai 2014 betont bereits die besondere Bedeutung mobiler Rehabilitationsdienste. Die mobile Rehabilitation sollte jedoch konkret in der Re-RL benannt werden.
<b>§ 2 Abs. 7: Gesetzliche Grundlagen</b>  Ergänzungsvorschlag nach „[...] des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ die Abkürzung „MDS“	Adäquat zur Abkürzung „MDK“ kann auch die Abkürzung „MDS“ erfolgen
<b>§ 2 Abs. 8: Gesetzliche Grundlagen</b>  Ergänzungsvorschlag nach Satz 1 folgt: „Dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht genommen.“	Die persönlichen Einstellungen und Lebensumstände der Patientinnen und Patienten sollten beim Wunsch- und Wahlrecht berücksichtigt werden.
<b>§ 4 Abs. 1: Inhaltliche Grundlagen</b>  Die strukturelle Änderung des 1. Satzes wird begrüßt. Jedoch bedingt das Wort „zwischen“ eine Ergänzung des Satzes. So sollte der Satz	laut Verständnis der ICF-Definition ist die wechselseitige Beziehung zwischen einem Gesundheitsproblem und der Kontextfaktoren gemeint.



<b>AWO Bundesverband</b>	
<b>02.07.2015</b>	
<p>folgendermaßen heißen: „Dieser berücksichtigt neben dem Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit auch die wechselseitigen Beziehungen zwischen dem Gesundheitsproblem einer Versicherten oder eines Versicherten und ihren Kontextfaktoren in Bezug auf Person und Umwelt, um den individuell bestmöglichen Rehabilitationserfolg im Sinne der Teilhabe an Familie, Arbeit, Gesellschaft und Beruf zu erreichen.“</p>	
<p><b>§ 4 Abs. 1: Inhaltliche Grundlagen</b></p> <p>Die Präzisierung dessen, was mit der ICF beschrieben werden kann, wird ausdrücklich begrüßt.</p>	
<p><b>§ 4 Abs. 2: Inhaltliche Grundlagen</b></p> <p>Ergänzt werden sollte in Abs. 2 Satz 2 beim 3. Spiegelstrich „trägerspezifische Empfehlungen“ in der Klammer: „[... geriatrischen Rehabilitation,] die Begutachtungs-Richtlinie „Vorsorge und Rehabilitation“ des MDS und die dazugehörigen Umsetzungsempfehlungen.“</p>	<p>Wir möchten darauf hinweisen, dass in der Re-RL besonders auch Leistungen nach § 41 SGB V Beachtung finden. Deshalb sollten entsprechend auch diese trägerspezifischen Grundlagen aufgeführt werden.</p>
<p><b>§ 5 Abs. 1: Rehabilitationsberatung</b> und <b>§ 12 Abs. 1: Leistungsentscheidung der Krankenkasse</b></p> <p>Der AWO Bundesverband begrüßt, dass in der Änderung der Re-RL die Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts der Versicherten sowohl im Zuge der Beratung zur medizinischen Rehabilitation als auch im Zusammenhang mit der Leistungsentscheidung der Krankenkasse aufgenommen wurde.</p> <p>Ferner begrüßen wir, dass die Beachtung notwendiger Barrierefreiheit nicht nur als Kriterium für die Leistungsentscheidung, sondern auch im davor liegenden Beratungsgeschehen festgeschrieben wird.</p>	<p>Das Wunsch- und Wahlrecht ist Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts der betroffenen Menschen und ein wichtiges Element bei der Motivation zur Rehabilitation und der aktiven Mitgestaltung.</p>



<b>AWO Bundesverband</b>	
<b>02.07.2015</b>	
<b>§ 5 Abs. 1: Rehabilitationsberatung</b>	
<p>Ergänzungsvorschlag nach dem 2. Satz: „Bei Maßnahmen nach § 41 SGB V kann die Beratung in den entsprechenden Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände (im Verbund des Müttergenesungswerks) erfolgen. Auf diese Möglichkeit weisen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und die Krankenkassen hin.“</p>	<p>Seit jeher kommt den Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände (im Verbund des Müttergenesungswerks) im Kontext der Information, Beratung und Vorbereitung auf eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme für Mütter und Väter (nach § 41 SGB V) eine wichtige Funktion zu. Dies hat auch in gemeinsamen Kooperationsvereinbarungen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen seinen Niederschlag gefunden. Deshalb soll in § 5 eine entsprechende Ergänzung aufgenommen werden.</p>
<b>§ 6: Verfahren</b>	
<p>Wir begrüßen sehr, dass der Zugang zu Rehabilitationsleistungen vereinfacht werden soll. Durch den Wegfall von Muster 60 gestaltet sich das Verfahren nun deutlich unbürokratischer. Jedoch sollte das unter § 6 Abs. 2 beschriebene Verfahren aufgrund der Bestimmungen des § 14 SGB gestrichen werden, da die Klärung der Zuständigkeit Aufgabe des Rehabilitationsträgers ist.</p> <p>In § 6 Abs. 1 Satz 1 wird der Buchstabe „B“ durch „A“ ersetzt. Der Absatz wird um folgende Sätze ergänzt:</p> <p>„Die Mitteilung des Arztes gilt als Beantragung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Es gelten die Bestimmungen des § 14 SGB IX.“</p> <p>Wird aus den Angaben deutlich, dass andere oder auch weitere Leistungen zur Teilhabe in Betracht kommen, werden die Leistungen nach § 10 SGB IX koordiniert.“</p> <p>Absatz 2 ist zu streichen. Absatz 3 wird Absatz 2 Im neuen Absatz 2 ist die Klammer samt Inhalt zu streichen.</p>	<p>Der AWO Bundesverband hat in der Vergangenheit das zweistufige Reha-Antragsverfahren oftmals kritisiert. Die jetzige Regelung stellt jedoch immer noch Hürden dar, die aufgrund der Bestimmungen des § 14 SGB IX nicht sein müssten. Die Zuständigkeitsklärung ist immer eine Aufgabe des Rehabilitationsträgers, bei dem der Antrag eingegangen ist. Es ist deshalb notwendig klarzustellen, dass auch in dem Fall, in dem ein Arzt die Zuständigkeit des Reha-Trägers nicht beurteilen kann, die Mitteilung als Beantragung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation gilt und entsprechend die Fristen des Verfahrens nach § 14 SGB IX greifen.</p> <p>Nicht selten geht aus den Angaben des Arztes hervor, dass weitere Leistungen zur Teilhabe auch anderer Träger in Betracht kommen. In diesem Fall gelten die Bestimmungen des § 10 SGB IX.</p>

<b>AWO Bundesverband</b>	
<b>02.07.2015</b>	
<b>§ 8 Rehabilitationsbedürftigkeit</b>	
<p>Bei einer zukünftigen Anpassung des Musters 61 sollten auch die spezifischen Kontextfaktoren von Müttern und Vätern aufgenommen und demnach auch in der Re-RL aufgeführt werden. Folgende Ergänzung sollte dann unter Satz 3 als 4. Spiegelstrich erfolgen:</p> <p>„- welche mütter- und väterspezifischen Kontextfaktoren bei Leistungen nach § 41 SGB V vorliegen“</p>	<p>Die Aufnahme der Zielgruppenspezifik für Leistungen nach § 41 SGB V sollte angestrebt werden.</p>
<b>§ 9 und 10 Rehabilitationsfähigkeit und -prognose</b>	
<p>Der AWO Bundesverband begrüßt die Stärkung der Rolle der Patientinnen und Patienten bzgl. der Festlegung der Rehabilitationsziele.</p>	
<b>§ 11 Abs. 1: Qualifikation der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes</b>	
<p>Der AWO Bundesverband begrüßt den Wegfall des verpflichtenden Qualifikationserfordernisses von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten zur Verordnung medizinischer Rehabilitation. Jedoch hätten wir uns an dieser Stelle für eine verbindliche Formulierung ausgesprochen, da wir die Einschätzung der Patientenvertretung teilen, dass noch nicht alle ärztlichen Leistungserbringer ausreichend gute Kenntnisse über die ICF und ihre Anwendung haben.</p>	<p>Die AWO und auch die BAGFW setzen sich schon lange dafür ein, dass Patientinnen und Patienten von ihrem vertrauten Arzt/ihrer Ärztin eine entsprechende Reha-Verordnung erhalten können. Der Vertrauensarzt/die Vertrauensärztin kann die Lebensumstände des Patienten/der Patientin am besten einschätzen und das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient bleibt somit weiter erhalten.</p> <p>Mit der Richtlinienänderung wird Vertragsärztinnen und Vertragsärzten mindestens einmal jährlich der Besuch einer Fortbildungsveranstaltung zur Nutzung der ICF empfohlen (Wortlaut „Diese Kenntnisse sollten in mindestens einmal jährlich anzubietenden Fortbildungsveranstaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen erweitert und vertieft oder erlangt werden.“). Diese Formulierung muss zur Wahrung einer qualifizierten Verordnung verbindlicher gestaltet werden.</p>



<b>AWO Bundesverband</b>	
<b>02.07.2015</b>	
<b>§ 12 Abs. 1: Leistungsentscheidung der Krankenkasse</b>  Wir begrüßen sehr, dass die Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechtes gemäß § 9 SGB IX erfolgt.	
<b>§ 12 Abs. 2: Leistungsentscheidung der Krankenkasse</b>  Es sollte in der Re-RL klargestellt werden, in welcher Form die Krankenkasse ihre Entscheidung dem Vertragsarzt/der Vertragsärztin mitteilt. Auch in den tragenden Gründen findet sich hierzu keine Erklärung.	Aus Gründen der Vereinheitlichung und Transparenz.
<b>§ 13 Abs. 4: Zusammenarbeit</b>  Die Ergänzung der positiv und negativ wirkenden Kontextfaktoren wird begrüßt.  Aus Gründen der Verständlichkeit empfehlen wir die unter Abs. 4 e) beschriebenen Inhalte zu reparieren. Wir schlagen folgende Änderung vor:  „e) Informationen über bereits eingeleitete Leistungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges [...]“  „f) Informationen über weiterführende Leistungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges [...]“  In § 13 Abs. 4 Satz 2 soll gestrichen werden: „soweit nicht erhebliche therapeutische Gründe entgegenstehen“	Auf diese Weise ist für Vertragsarzt und Patient besser ersichtlich, welche Leistungen bereits erfolgt sind und welche weiterhin empfohlen werden.  Der Patient/die Patientin hat das Recht den Entlassungsbericht zu erhalten. Nur so kann ein transparenter Rehabilitationsverlauf erfolgen. Gemäß der UN-BRK-„Nichts über uns - ohne uns“ muss das Partizipationsrecht der Patientinnen und Patienten mit Behinderungen berücksichtigt werden. Jedoch müssen die Inhalte des Berichtes in geeigneter Form von der Ärztin/dem Arzt vermittelt werden.

**Von:** [Kvaic, Angelika](#) im Auftrag von [\\_BA-Zentrale-AV22](#)  
**An:** [Re-RL](#)  
**Cc:** [Janiec, Patrick](#)  
**Thema:** AW: Stellungnahmeverfahren vor Änderung der Re-RL | Vereinfachung  
Verordnungsverfahren/Qualifikationsanforderungen  
**Datum:** Montag, 22. Juni 2015 10:03:01

---

Bundesagentur für Arbeit  
AV22 – 5392.9

Sehr geehrte Damen und Herren,  
sehr geehrte Frau Dr. Carius,

die Bundesagentur für Arbeit äußert sich zur geplanten Änderung der Rehabilitations-Richtlinie (Re-RL) wie folgt:

Die Bundesagentur für Arbeit als Rehabilitationsträger trägt die Änderungsvorschläge ohne Ergänzungsbedarf mit.

Mit freundlichen Grüßen

**Angelika Kvaic**  
Berufliche Rehabilitation (AV22)  
im Geschäftsbereich Arbeitslosenversicherung

Telefon: +49 911/179-7516  
Telefax: +49 911/179-1459  
E-Mail: [Zentrale.AV22@arbeitsagentur.de](mailto:Zentrale.AV22@arbeitsagentur.de)  
Internet: [www.arbeitsagentur.de](http://www.arbeitsagentur.de)

**Bundesagentur für Arbeit**  
Regensburger Str. 104  
90478 Nürnberg

---

**Von:** Janiec, Patrick [<mailto:patrick.janiec@g-ba.de>]  
**Gesendet:** Freitag, 5. Juni 2015 15:10  
**An:** \_BA-Zentrale  
**Cc:** Re-RL  
**Betreff:** WG: Stellungnahmeverfahren vor Änderung der Re-RL |  
Vereinfachung Verordnungsverfahren/Qualifikationsanforderungen  
**Wichtigkeit:** Hoch

Sehr geehrte Damen und Herren,

unter der E-Mail-Adresse [Zentrale.MI13@arbeitsagentur.de](mailto:Zentrale.MI13@arbeitsagentur.de) ist  
unsere E-Mail nicht zustellbar, daher nun auf diesem Wege.

Mit freundlichen Grüßen

i.A. Patrick Janiec  
Sachbearbeiter  
Abteilung Methodenbewertung und veranlasste Leistungen

Gemeinsamer Bundesausschuss

Wegelystraße 8  
10623 Berlin

Postanschrift:  
Postfach 12 06 06  
10596 Berlin

Fon: +49 30-275838-434  
Fax: +49 30-275838-405

E-Mail: [patrick.janiec@g-ba.de](mailto:patrick.janiec@g-ba.de)

Internet: <http://www.g-ba.de>

---

Diese Nachricht und alle darin enthaltenen Informationen sind ausschließlich für den im Adressfeld angegebenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgedachte Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Anordnung oder Nutzung einer Kopie ist ausdrücklich untersagt. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Informationen kann nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, copying or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error, please notify 02-64.

---

**Von:** Janiec, Patrick  
**Gesendet:** Freitag, 5. Juni 2015 14:36  
**An:** [Zentrale.M113@arbeitsagentur.de](mailto:Zentrale.M113@arbeitsagentur.de)  
**Cc:** Re-RL  
**Betreff:** Stellungnahmeverfahren vor Änderung der Re-RL | Vereinfachung  
Verordnungsverfahren/Qualifikationsanforderungen  
**Wichtigkeit:** Hoch

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Gemeinsame Bundesausschuss plant einen Beschluss über  
die Änderung der Rehabilitations-Richtlinie (Re-RL):  
Vereinfachung  
Verordnungsverfahren/Qualifikationsanforderungen.

Vor einer entsprechenden Beschlussfassung bitten wir Sie um  
Ihre Stellungnahme zum Beschlussvorhaben. Die hierfür  
erforderlichen Unterlagen sind beigefügt. Das Anschreiben wird  
Ihnen zusätzlich auf dem Postwege zugehen.

Mit freundlichen Grüßen

i.A. Dr. Sandra Carius  
Referentin  
Abteilung Methodenbewertung und veranlasste Leistungen

i.A. Patrick Janiec  
Sachbearbeiter  
Abteilung Methodenbewertung und veranlasste Leistungen

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Wegelystraße 8

10623 Berlin

**Postanschrift:**  
Postfach 12 06 06  
10596 Berlin

Fon: +49 30-275838-434  
Fax: +49 30-275838-405

E-Mail: [patrick.janiec@g-ba.de](mailto:patrick.janiec@g-ba.de)

Internet: <http://www.g-ba.de>

---

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fälschung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify IS-BA.



**Bundesärztekammer**  
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Bundesärztekammer · Postfach 12 08 64 · 10598 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Frau Dr. Sandra Carius  
Wegelystr. 8  
10523 Berlin

Berlin, 03.07.2015

Bundesärztekammer  
Heibert-Lewin-Platz 1  
10523 Berlin

[www.baek.de](http://www.baek.de)

**Dezernat 3**  
**Qualitätsmanagement,**  
**Qualitätssicherung und**  
**Patientensicherheit**

Fon +49 30 400 456-430

Fax +49 30 400 456-378

E-Mail [dezernat3@baek.de](mailto:dezernat3@baek.de)

Diktatzeichen: Zs/Wd

Aktenzeichen: 672 010

**Stellungnahme der Bundesärztekammer zur Änderung der Rehabilitations-Richtlinie (Re-RL): Vereinfachung Verordnungsverfahren/Qualifikationsanforderungen**

*Ihr Schreiben vom 05.05.2015*

Sehr geehrte Frau Dr. Carius,

als Anlage senden wir Ihnen unsere Stellungnahme in o. g. Angelegenheit.  
Für Ihren Hinweis auf die Gelegenheit zur zusätzlichen mündlichen Stellungnahme danken wir – wir werden hiervon in der bezeichneten Angelegenheit keinen Gebrauch machen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH  
Leiter Dezernat 3

**Anlage**



## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

gem. § 91 Abs. 5 SGB V  
zur Änderung der Rehabilitations-Richtlinie (Re-RL):  
Vereinfachung Verordnungsverfahren / Qualifikationsanforderungen

Berlin, 03.07.2016

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

### Hintergrund

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 05.06.2015 zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V bezüglich der Änderung der Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Re-RL) aufgefordert.

Die vorgesehenen Richtlinienänderungen betreffen zum einen das Verordnungsverfahren (§ 6 Re-RL). Sofern der Vertragsarzt die Zuständigkeit für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation eindeutig der gesetzlichen Krankenkasse zuordnet, entfällt die bisher generell vorgesehene Zweistufigkeit des Verordnungsverfahrens. Zugleich werden die Anforderungen an eine qualifizierte Verordnung konkretisiert und ergänzt.

Zum anderen entfällt das Erfordernis einer verpflichtenden Qualifikation als Voraussetzung für die Berechtigung der Vertragsärzte, Leistungen der medizinischen Rehabilitation verordnen zu dürfen (§ 11 Re-RL). Begründet wird der Wegfall der verpflichtenden Qualifikation damit, dass die notwendigen Fachkenntnisse bereits regelhaft in der ärztlichen Weiterbildung erworben werden. Neu aufgenommen wird die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, mindestens einmal jährlich entsprechende Fortbildungsveranstaltungen anzubieten.

Weitere Änderungen betreffen die Rechte der Patienten, insbesondere das Wunsch- und Wahlrecht gemäß § 9 SGB IX betreffend, die Beachtung der Barrierefreiheit gemäß § 2a SGB V im Rahmen der Rehabilitationsberatung sowie Regelungen aufgrund des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20.02.2013.

### Die Bundesärztekammer nimmt zur vorgesehenen Richtlinienänderung wie folgt Stellung:

Die Bundesärztekammer begrüßt die vorgesehenen Änderungen der Rehabilitations-Richtlinie.

Dies gilt insbesondere für die in § 5 Abs. 1 Re-RL verankerte Stärkung der Partizipation von Patientinnen und Patienten wie auch für die ebenso vorgenommene Stärkung der Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts der Patientinnen und Patienten gemäß § 9 SGB IX. Begrüßt wird ferner die Änderung in § 6 Re-RL, nach der ein – vereinfachtes – einstufiges Verordnungsverfahren ermöglicht wird.

Langjährigen Forderungen der Bundesärztekammer entspricht die Änderung der Vorschrift des § 11 Re-RL. Vor allem die Begründung für den Wegfall des verpflichtenden Qualifikationserfordernisses, nämlich dass der Wegfall in Anbetracht der bereits in der ärztlichen Weiterbildung regelhaft erworbenen Qualifikationen erfolgt, stellt aus Sicht der Bundesärztekammer eine positive Weiterentwicklung der Rehabilitations-Richtlinie dar.

Änderungs- oder Ergänzungshinweise bestehen nicht.

Berlin, 03.07.2015

i. A.



Britta Susen  
Bereichsleiterin im Dezernat 5 –  
Versorgung und Kooperation mit Gesundheitsfachberufen

BamR e.V. · Marburger Straße 2 · 10789 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Wegelystraße 8  
10623 Berlin

- per Mail an re-rl@g-ba.de -

BamR e.V.  
Marburger Str. 2  
10789 Berlin  
Tel.: 030 859946-252  
Fax: 030 859946-100  
post@bamr.de  
www.bamr.de

**Bankverbindung**  
BamR e.V.  
Deutsche Bank AG Berlin  
IBAN: DE07 1007 0074 0068 6535 000  
BIC: DEUTDE33HAN

Berlin, den 02.07.2015

## Stellungnahme des Bundesverbands ambulanter medizinischer Rehabilitationszentren e.V. (BamR) zur Änderung der Rehabilitations-Richtlinie (Re-RL)

Sehr geehrte Damen und Herren,

der BamR ist hoch erfreut, dass die zentralen Forderungen aus unserer Stellungnahme zur Änderung der Rehabilitationsrichtlinie vom 24.10.2013 so zügig und vorbehaltlos durch den Gemeinsamen Bundesausschuss aufgenommen und umgesetzt wurden.

Die vorgesehene Änderung des § 6 Re-RL entspricht den Vorstellungen des BamR, wie ein moderner und bürokratiearmer Beantragungsprozess zu Leistungen medizinischer Rehabilitation zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung aussehen sollten. Hiermit wird ein wichtiger Schritt in Richtung eines barrierearmen Zugangs zu Leistungen medizinischer Rehabilitation gelegt.

Kritisch möchten wir als BamR an dieser Stelle nochmals darauf hinweisen, dass ein trägerübergreifend einheitliches Antragsverfahren von Seiten der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Deutschen Rentenversicherung anzustreben ist. Ein solches einheitliches Verfahren würde aus Sicht des BamR den Zugang für Versicherte zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation und die Arbeit für Ärzte deutlich erleichtern.

Mit dem Wegfall der bisherigen Qualifikationsanforderungen, die mit der geplanten Änderung des § 11 Re-RL einhergehen, wird eine für uns bislang nicht nachvollziehbare Zugangsbarriere zur medizinischen Rehabilitation aufgelöst. Begrüßen möchten wir an dieser Stelle ausdrücklich die durch den neuen Satz 2 in § 11 Re-RL vorgesehenen Fortbildungsveranstaltungen, die es bislang unerfahrenen ärztlichen Kollegen ermöglichen, ggf. vorhandene Wissensdefizite in Eigenverantwortung zu beseitigen.

Abschließend möchten wir die durch die ausdrückliche Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts der Patienten, die sich aus den Änderungen der §§ 5 Abs. 1 und 12 Abs. 1 ergibt, begrüßen.

Mit freundlichen Grüßen

gez. Joscha Brunßen  
Vorstandsvorsitzender

Joscha Brunßen (Vorsitzender)  
Arnebus Schumilner (1. Stellvertreter)

Dr. Martin Rohloff (2. Stellvertreterin)  
Dr. Gitta Meckler

Amtsstelle Charlottenburg  
Vermerk-Nr. VII/201508.8


**Stellungnahme zur Rehabilitations-Richtlinie (Re-RL): Vereinfachung  
Verordnungsverfahren / Qualifikationsanforderungen**

<b>Bundesverband ambulanter medizinischer Rehabilitationszentren e.V.</b>	
<b>02.07.2015</b>	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
Die Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechtes in §§ 5 Abs. 1 und 12 Abs. 1 wird durch den BamR begrüßt.	Bislang haben sich einige Kassenvertreter auf den Standpunkt bezogen, dass für die Leistungen zur ambulanten Rehabilitation zu Lasten der GKV nur die Regelungen des SGB V anzuwenden seien und daher die Berücksichtigung des § 9 SGB IX für die GKV nicht bindend sei. Diese Ausrede wird durch die Aufnahme des Wunsch- und Wahlrechtes in der Re-RL nicht mehr möglich sein.
Die formulierte Änderung im § 6 Re-RL wird durch den BamR begrüßt.	Mit dieser Änderung wird ein wichtiger bislang formulierter Kritikpunkt aufgenommen. Das Antragssystem wird dadurch deutlich erleichtert und eine große Hürde im Rehabilitationszugang beseitigt.
Die vorgesehenen Änderungen im § 11 Re-RL mit dem Wegfall der Qualifikationserfordernisse werden durch den BamR begrüßt.	Die vorgesehene Änderung entspricht den Vorstellungen unseres Verbands und nimmt einen wichtigen, bislang immer formulierten Kritikpunkt auf. Das Angebot freiwilliger Fortbildungsangebote zum Thema Rehaantrag halten wir ebenfalls für sinnvoll.
Es sollte zusätzlich noch ein klarer Auftrag formuliert werden, dass die Anträge zwischen DRV und GKV abgeglichen und ein einheitlicher Antragsbogen entwickelt werden soll.	Stärkere Bestrebungen hin zu einem einheitlichen Antragsverfahren zwischen GKV und DRV wären wünschenswert. Eine Fixierung dieses Ziels in der Re-RL, würde die Verbindlichkeit deutlich erhöhen. Die unterschiedlichen Anträge erschweren den Zugang zu Rehabilitation und verkomplizieren auch den Übergang zwischen den Rehabilitationsträgern. Die Arbeitsgruppe der DRV Baden-Württemberg zur Weiterentwicklung der Rehabilitation hat dieses Ziel ebenfalls schon in ihrem Abschlussbericht formuliert. (vgl. Anhang S. 7 und 36)



Gesundheitsforum  
Baden-Württemberg

## AG Standortfaktor Gesundheit

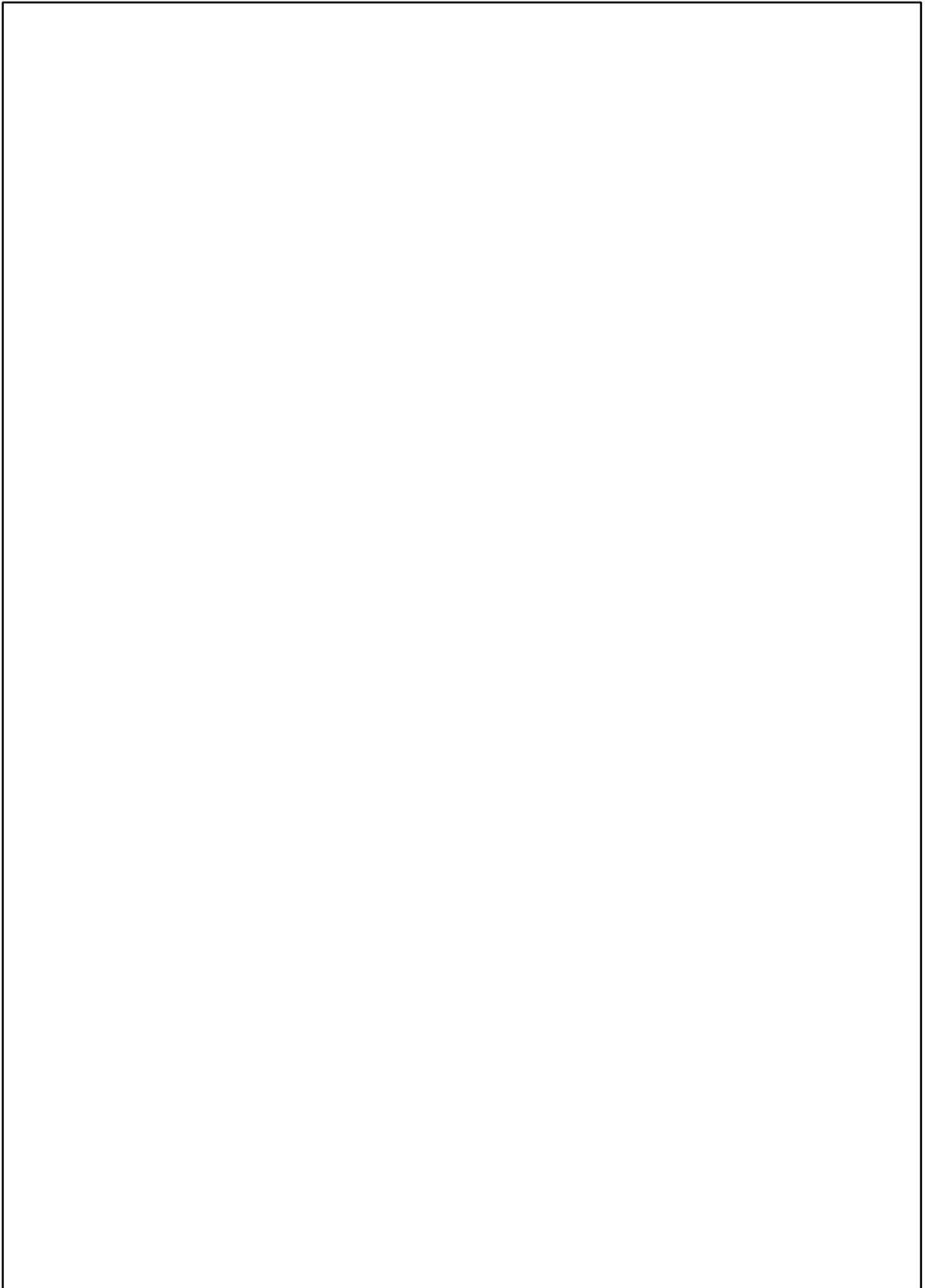
Bericht der Projektgruppe  
Weiterentwicklung der Rehabilitation  
und Stärkung der Selbsthilfe

GESUNDHEITS-  
STRATEGIE  
BADEN-WÜRTTEMBERG



**Baden-Württemberg**

MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG,  
FAMILIE, FRAUEN UND SENIOREN



## **Bericht der Projektgruppe**

### **„Weiterentwicklung der Rehabilitation und Stärkung der Selbsthilfe“**

Die Projektgruppe „Weiterentwicklung der Rehabilitation und Stärkung der Selbsthilfe“ hat am 28. Juli 2010 die Arbeit aufgenommen. Im Rahmen von sieben Projektgruppensitzungen, zahlreichen Untergruppensitzungen und Gesprächsrunden wurde der Abschlussbericht erstellt. Wir möchten den Mitgliederinnen und Mitgliedern<sup>1</sup> der Projektgruppe für ihre engagierte Arbeit, die guten Ideen und auch die kritischen Anmerkungen danken:

- Karoline Bauer, Landesvereinigung Baden-Württembergischer Arbeitgeberverbände e.V.
- Dr. Ulli Biechele, Agentur Selbsthilfefreundlichkeit Baden-Württemberg, Gesundheitstreffpunkt Mannheim
- Gundi Boller, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
- Rainer Breuning, Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe Landesverband Württemberg e.V.
- Lothar Daake, Waldburg-Zeil-Kliniken
- Dr. Verena Di Pasquale, DGB Bezirk Baden-Württemberg
- Prof. Rudolf Forcher, Heilbäderverband Baden-Württemberg
- Dr. Erwin Grom, Badischer Behinderten- und Rehabilitationssportverband e.V.
- Michael Gross, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
- Viktor Hartl, Landesverband der Betriebskrankenkassen Baden-Württemberg
- Ulrich Hartschuh, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
- Christian Heise, Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation
- Helmut Hellstern, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
- Dr. Uwe Hoffmann, Ärzteverband Öffentlicher Gesundheitsdienst
- Klaus-Michael Kalkbrenner, Ambulantes Reha-Zentrum am Entenfang
- Dr. Rüdiger Nübling, Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
- Mike Paulsen, Regionaldirektion Baden-Württemberg der Bundesagentur für Arbeit
- Stefan Pfeil, Sozialverband VdK Baden-Württemberg
- Dr. med. Johannes Probst, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
- Prof. Dr. Monika Reuss-Borst, RehaZentren Baden-Württemberg
- Andreas Schmöller, AOK Baden-Württemberg
- Rolf Seltenreich, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg
- Dorothee Silber, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
- Regina Steinkemper, Der PARITÄTISCHE Baden-Württemberg
- Manfred Votteler, Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg
- Ruth Wagner, IKK Baden-Württemberg und Hessen
- Marion von Wartenberg, DGB Bezirk Baden-Württemberg
- Frank Winkler, Verband der Ersatzkassen e.V. Landesvertretung BW (VdEK)
- Karl Wirth, Unfallkasse Baden-Württemberg
- Dr. Alexander M. Würfel, Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft (BWKG)

**Hubert Seiter**  
*Vorsitzender der Projektgruppe*

**Frank Kissling**  
*Co-Vorsitzender*

<sup>1</sup> Im Text wird wegen der besseren Lesbarkeit nur die männliche Form verwendet. Selbstverständlich gelten die Ausführungen für beide Geschlechter.

## INHALTSVERZEICHNIS

1.	PRÄAMBEL.....	5
2.	FÜR DIE EILIGEN LESER .....	6
3.	SITUATIONSANALYSE „WEITERENTWICKLUNGSBEDARF DER REHABILITATION UND STÄRKUNG DER SELBSTHILFE“ .....	10
3.1	Die Bedeutung von Prävention und Rehabilitation steigt, der Bedarf danach auch.....	10
3.2	Mittel für Prävention und Rehabilitation sind begrenzt.....	15
3.3	Arbeitswelt.....	16
3.4	Selbsthilfe / Hilfe zur Selbsthilfe.....	18
4.	HANDLUNGSFELDER.....	20
4.1	Handlungsfeld 1: „Prävention und Rehabilitation müssen früher und gezielter einsetzen“ .....	20
4.2	Handlungsfeld 2: „Vernetzung muss realisiert und Verfahrensabläufe müssen optimiert werden“ .....	22
4.3	Handlungsfeld 3: „Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit durch Schnittstellenmanagement erhöhen“ .....	23
4.4	Handlungsfeld 4: „Rehabilitation ist zielorientiert auszurichten“ .....	23
4.5	Handlungsfeld 5: „Budgets für Prävention und Rehabilitation sind an den Bedarf anzupassen“ .....	25
4.6	Handlungsfeld 6: „Ergebnisqualität muss im Fokus von Qualitätssicherung und Forschung stehen“ .....	26
4.7	Handlungsfeld 7: „Selbsthilfe und Selbstverantwortung sind integrale Bestandteile von Prävention und Rehabilitation“ .....	27
4.8	Handlungsfeld 8: „Beratungsstrukturen zwischen Rehabilitationsträgern und der Selbsthilfe vernetzen“ .....	28
5.	HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN .....	30
5.1	Zielgruppe Rehabilitationsträger .....	30
5.2	Zielgruppen Arbeitgeber/Arbeitnehmer .....	39
5.3	Zielgruppe Rehabilitationseinrichtungen.....	42
5.4	Zielgruppe Politik.....	45
6.	BEISPIELE, DIE ÜBERZEUGEN .....	48
7.	KERNBOTSCHAFTEN .....	61

## 1. Präambel

Das Gesundheitswesen wird sich in den nächsten Jahren aufgrund veränderter gesellschaftlicher Rahmenbedingungen, insbesondere der demographischen Entwicklung, neu ausrichten müssen.

Die Zunahme der Zahl chronisch erkrankter, multimorbider und/oder pflegebedürftiger Menschen wird die Situation deutlich verschärfen. Besonders besorgniserregend ist dabei die starke Zunahme der psychischen Erkrankungen.

Nicht weniger ins Gewicht fällt der sich stetig verschlechternde Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen. Insbesondere ist hier die Adipositas zu nennen, aber auch das Auftreten von Diabetes Typ 2 sowie Erkrankungen aus dem psychischen Spektrum.

Darüber hinaus ändert sich die Arbeitswelt. Die Menschen sollen nicht nur länger arbeiten, sondern es werden auch zunehmend höhere Anforderungen an ihre Leistungsfähigkeit gestellt.

Um diese gewaltigen Herausforderungen bewältigen zu können, sind verstärkte Anstrengungen im Bereich Prävention und Rehabilitation erforderlich, damit der Zunahme der chronischen Erkrankungen entsprechende Behandlungsansätze gegenübergestellt werden können.

Bedeutung und Bedarf der Rehabilitation steigen – demgegenüber sind die absoluten Ausgaben für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen in den letzten 15 Jahren nominal nur geringfügig gestiegen. Der relative Anteil der Rehabilitation ist in den letzten 15 Jahren im Vergleich zu den Gesamtaufwendungen im Gesundheitswesen um 25 % zurückgegangen, er liegt derzeit bei rund 3 % der Gesamtaufwendungen!

Dabei ist die Wirksamkeit von Rehabilitationsleistungen durch Studien gut belegt. So errechnet zum Beispiel die Prognos-Studie einen volkswirtschaftlichen Nutzen von rund fünf Euro für jeden in die medizinische Rehabilitation investierten Euro. Durch medizinische Rehabilitation bleiben der Volkswirtschaft jährlich über 150.000 Arbeitskräfte erhalten, die ohne die Maßnahmen aus dem Arbeitsleben ausscheiden würden.<sup>2</sup> Die Rehabilitation leistet hier einen wichtigen Beitrag, um auch zukünftig den Fachkräftebedarf in Baden-Württemberg zu sichern.

Insgesamt gilt es daher verstärkt Maßnahmen zu ergreifen, die geeignet sind, chronische Erkrankungen zu vermeiden und deren Auswirkung zumindest zu mildern. Zur Umsetzung dieser Vorgabe hat sich eine Expertengruppe aus verschiedenen Bereichen zusammengefunden und ihr Fachwissen in dieses Arbeitspapier eingebracht. Die wichtigsten Vorschläge sind im nächsten Kapitel zusammengefasst. Grundsätzlich sind nur geringe rechtliche Änderungen für die Umsetzung erforderlich. Die konsequente Umsetzung des Sozialgesetzbuches IX ermöglicht den Rehabilitationsträgern jetzt schon weitgehend die Umsetzung der erforderlichen Schritte.

Einzelne Aspekte wurden in der Projektgruppe nicht detailliert diskutiert, da sich andere Projektgruppen der AG Standortfaktor Gesundheit Baden-Württemberg (Betriebliches Gesundheitsmanagement, Weiterentwicklung der Primärprävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche bzw. für ältere Menschen) damit schwerpunktmäßig beschäftigen. Auch die komplexen Auswirkungen der UN-Behindertenrechtskonvention auf die Ausführung der Leistungen wurden nicht

<sup>2</sup> Prognos-Studie „Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum, Basel 2009

vertieft. Die Projektgruppe geht von einer Gesellschaft aus, in der die Unterschiedlichkeit der Menschen in einer inklusiven Gesellschaft keine Rolle spielt. Die Angebote zu Prävention und Rehabilitation müssen daher so konzipiert sein, dass alle Menschen daran teilhaben können und niemand ausgegrenzt wird.

## 2. Für die eiligen Leser

Die Projektgruppe „Weiterentwicklung der Rehabilitation und Stärkung der Selbsthilfe“ hat eine Situationsanalyse von Prävention und Rehabilitation in Baden-Württemberg sowie der Situation der Selbsthilfe durchgeführt. Daraus hat die Projektgruppe insgesamt acht Handlungsfelder definiert:

- **Prävention und Rehabilitation müssen früher und gezielter einsetzen**
- **Vernetzung muss realisiert und Verfahrensabläufe müssen optimiert werden**
- **Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit durch Schnittstellenmanagement erhöhen**
- **Rehabilitation ist zielorientiert auszurichten**
- **Budgets für Prävention und Rehabilitation sind an den Bedarf anzupassen**
- **Ergebnisqualität muss im Fokus von Qualitätssicherung und Forschung stehen**
- **Selbsthilfe ist integraler Bestandteil von Prävention und Rehabilitation**
- **Beratungsangebote der Rehabilitationsträger und der Selbsthilfe vernetzen**

Hieraus wurden für die einzelnen Zielgruppen **Handlungsempfehlungen** abgeleitet:

### - Zielgruppe Rehabilitationsträger

- **Weiterentwicklung der Kooperation mit der Selbsthilfe**  
Durch gemeinsame Tagungen, Informationen, Presseveröffentlichungen sowie gemeinsame Veranstaltungen in den Rehabilitationseinrichtungen wird die Zusammenarbeit zwischen Rehabilitationsträgern, Rehabilitationseinrichtungen und der Selbsthilfe verbessert. Die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe ist Qualitätsmerkmal der Rehabilitationseinrichtung. Die Arbeit der Selbsthilfeorganisationen und -gruppen ist von den Rehabilitationsträgern finanziell zu unterstützen.
- **Rehabilitationsangebote individualisieren und flexibilisieren**  
Je nach Krankheitsbild ist die Rehabilitation stationär, ambulant in Etappen und/oder in Kombination von stationären und ambulanten Phasen, auch in Kooperation mit anderen Rehabilitationsträgern, zu erbringen.
- **Patientenorientierung**  
Die Vorstellungen der Patienten von Art, Form, Inhalt und Ziel der Rehabilitation sind im Bewilligungsverfahren und bei der Durchführung stärker zu berücksichtigen.

- **Zielgruppenspezifische, auf die Lebenswelt der Patienten abzielende Angebote entwickeln**  
Die Lebenswelt der Patienten (Familie/Lebensumfeld/Betrieb) ist verpflichtend in die Rehabilitation einzubeziehen.
- **Dauerhafte berufliche Integration anstreben**  
Erst wenn der behinderte Mensch dauerhaft ins Erwerbsleben eingegliedert ist, ist der rehabilitative Auftrag für die Reha-Träger erfüllt.
- **Systematische Einleitung der Nachsorge**  
Nachsorge sichert den Langzeiterfolg einer Rehabilitationsmaßnahme. Entsprechende Angebote müssen flächendeckend vorhanden sein. Mögliche Partner dabei sind auch die Vereine und die Verbände der Selbsthilfe.
- **Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und Betriebsärzten verstärken**  
Der Zugang in die Rehabilitation erfolgt hauptsächlich durch die Hausärzte oder die Werks- bzw. Betriebsärzte. Beide Berufsgruppen sind in die Einleitung und Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme sowie in die Nachsorge einzubinden.
- **Gemeinsame Servicestellen leistungsfähiger gestalten**  
Die Aufgabenstellung der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation muss neben der Bearbeitung/Steuerung schwieriger Einzelfälle um die betriebliche Gesundheitsförderung erweitert werden. Insbesondere für kleine und mittlere Unternehmen sind die Gemeinsamen Servicestellen die zentralen Anlaufstellen.
- **Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets fördern**  
Menschen mit Behinderungen können den Einkauf von Leistungen eigenverantwortlich im Rahmen des Persönlichen Budgets regeln. Die Rehabilitationsträger und die Gemeinsamen Servicestellen sollen bei der Beratung auf eine stärkere Inanspruchnahme dieses neuen Instruments hinwirken.
- **Kooperation der Rehabilitationsträger durch Vernetzung der Angebote**  
Leistungen der unterschiedlichen Rehabilitationsträger sind bedarfsgerecht aufeinander abzustimmen. Damit wirken die einzelnen Teilmodule wie eine Gesamtmaßnahme und steigern damit die Effektivität der Gesamtmaßnahme.
- **Zuständigkeiten und Angebote bekannter machen**  
Das System der Rehabilitation ist gekennzeichnet durch viele Anbieter mit einem ebenso großen Katalog an unterschiedlichen Leistungen. Die Projektgruppe schlägt vor, eine leicht verständliche, kurzgefasste und übersichtliche Informationsbroschüre zu erstellen, die die Voraussetzungen und Zugangswege zur Prävention, Vorsorge und Rehabilitation aufzeigt und die Zuständigkeiten beschreibt.
- **Einheitlicher Rehabilitationsantrag**  
Für die Beantragung von Rehabilitationsmaßnahmen ist ein gemeinsamer Vordruck der Renten- und der Krankenversicherung zu entwickeln.

- **Verwaltungsabläufe und -prozesse ganzheitlich ausrichten**  
Das Rehabilitationsverwaltungsverfahren ist am umfassenden Rehabilitationsbedarf und an einer ganzheitlichen Leistungserbringung auszurichten.
- **Ergebnisqualität der Rehabilitation besser dokumentieren**  
Vor dem Hintergrund knapper Ressourcen sind abgestimmte QS-Programme notwendig. Die Dokumentation und die Ergebnisqualität der Rehabilitation, insbesondere im Hinblick auf die wirtschaftliche Erreichung der Ziele, muss verbessert werden.
- **Kinder- bzw. familienorientierte Rehabilitation stärken**  
Für die Zukunftsfähigkeit unseres Landes sind gesunde Kinder von grundlegender Bedeutung. Ein wesentlicher Beitrag zum Erhalt der Gesundheit der Kinder ist die Kinderrehabilitation bzw., unter Einbeziehung der Familie, die familienorientierte Rehabilitation.

- Zielgruppe Arbeitgeber

- **Betriebliche Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation im Rahmen betrieblicher Maßnahmen unterstützen**  
Betriebliche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und zur Prävention gewinnen insbesondere im Hinblick auf den Fachkräftemangel und die Sicherung langjähriger Beschäftigungsfähigkeit an Bedeutung. Innerbetriebliche Gesundheitsförderung sollte ergänzt und unterstützt werden durch die präventiven und rehabilitativen Leistungsangebote der Rehabilitationsträger. Die Rehabilitationsträger sollen die Einführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 3 SGB IX mit Prämien unterstützen.

- Zielgruppe Arbeitnehmer/Patient

- **Eigenverantwortung und Eigeninitiative fördern und unterstützen**  
Ein individuelles positives Gesundheitsverhalten muss gefördert werden. Auf betrieblicher Ebene sollen die Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretungen Vereinbarungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention entwickeln und unterstützen.

- Zielgruppe Rehabilitationseinrichtungen

- **Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Rehabilitation steigern**  
Durch Kooperation mit vorhandenen Versorgungsstrukturen, Flexibilisierung der Angebote (Etappenheilverfahren, ambulante/stationäre Kombinationsbehandlungen) ist die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit zu verbessern. Geforderte und belegte Qualität muss von den Rehabilitationsträgern vergütet werden.
- **Regelmäßige Kommunikation mit der Selbsthilfe**  
Die Angebote der Selbsthilfe, sowohl vorbereitend als auch begleitend und nachsorgend, müssen selbstverständlich durch die Beratungsinstitutionen

und Rehabilitationseinrichtungen kommuniziert und möglichst in den Rehabilitationsprozess integriert werden.

Die Einrichtungen sollten die Kriterien für eine selbsthilfefreundliche Rehabilitationseinrichtung erfüllen. Die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe – generell und im Einzelfall – ist ein wesentliches Qualitätsmerkmal.

- **Organisierte Nachbetreuung sichert den Erfolg**

Die Einrichtungen müssen über Nachsorgeangebote informieren und die Motivation der Rehabilitanden für qualifizierte Nachsorge erhöhen. Die Inanspruchnahme ist ein Qualitätsmerkmal.

- **Zielgruppe Politik**

- **Bedarfsgerechte Anpassung der Budgets**

Die Schere zwischen dem Bedarf und den zur Verfügung stehenden Mitteln ist in den letzten Jahren immer weiter auseinandergegangen. Zusätzliche Leistungen belasten die Budgets der Rehabilitationsträger und gefährden die bedarfsgerechte Erbringung von Leistungen. Eine Erhöhung des Rehabilitationsbudgets in der Rentenversicherung soll sich deshalb nicht an einer vermuteten Lohnsummensteigerung orientieren, sondern ausschließlich am Bedarf.

- **Einheitliche Budgets für Prävention / Rehabilitation / Erwerbsminderungsrenten**

Während für die Gewährung von Erwerbsminderungsrenten keine Budgetierung besteht, sind die Ausgaben für Prävention und Rehabilitation streng gedeckelt. Ein gemeinsames Budget für diese Leistungsarten ermöglicht der Selbstverwaltung bedarfsgerechte Lösungen.

- **Aufhebung des 4-Jahresintervalls**

Im Hinblick auf die demographische Entwicklung sind die Vorschriften nicht mehr zeitgemäß, nach denen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der Regel nicht vor Ablauf von vier Jahren wieder durchgeführt werden dürfen. Etappenrehabilitation kann eine kostengünstige Alternative sein.

- **Kinder-Rehabilitation auch ambulant**

Bislang können Kinder-Heilbehandlungen nur stationär erbracht werden. Eine wirksame Kinder-Rehabilitation muss aber das Lebensumfeld der Familie mit einbeziehen. Daher sind Maßnahmen mit stationären und ambulanten, wohnortnahen Phasen zu empfehlen. Die ausschließlich stationäre Form der Kinderrehabilitation muss deshalb aufgehoben werden. Ähnliches gilt für die Nachsorge. Derzeit ist es der gesetzlichen Rentenversicherung nicht möglich, nach einer Kinderrehabilitation Nachsorgeleistungen zu gewähren. Auch dies muss also geändert werden.

- **Beihilfe**

Das Beihilferecht muss konsequent weiterentwickelt werden, damit ältere Beamte durch Prävention und Rehabilitation länger im Dienst verbleiben können.

### 3. Situationsanalyse „Weiterentwicklungsbedarf der Rehabilitation und Stärkung der Selbsthilfe“

#### 3.1 Die Bedeutung von Prävention und Rehabilitation steigt, der Bedarf danach auch

##### **Demographische Trends beeinflussen die Nachfrage nach Prävention und Rehabilitation**

Die Bevölkerung und damit die Arbeitskräfte werden älter. Dies ist das positive Ergebnis der Vorbeugung und Behandlung von Infektionskrankheiten sowie der Entwicklung neuer medizinischer Technologien zur Behandlung von chronischen Erkrankungen bzw. Unfallfolgen. Die sozialen Gesundheitssysteme tragen dazu bei, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern. Eine gesunde Bevölkerung kann dann wiederum einen größeren Beitrag zur finanziellen Tragfähigkeit der Systeme der sozialen Sicherung leisten. Der Bevölkerungswandel stellt für die Systeme der sozialen Sicherung eine große Herausforderung dar, bietet aber auch die Gelegenheit, den Zugang zu Gesundheitsdiensten zu verbessern. Um die Lebensqualität, insbesondere auch die Mobilität der alternden Bevölkerung zu erhalten, gewinnen Prävention und Rehabilitation zunehmend an Bedeutung.

Die PG Weiterentwicklung der Rehabilitation und Stärkung der Selbsthilfe hat sich vorrangig mit den Anliegen der noch erwerbstätigen Menschen beschäftigt. Im Rahmen der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg beschäftigt sich eine weitere Projektgruppe mit der „Weiterentwicklung der Primärprävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen“, die nicht mehr im Erwerbsleben stehen. Mit dem Thema, welche Bedingungen für ein gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen gegeben sein müssen, beschäftigt sich die Projektgruppe „Weiterentwicklung der Primärprävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche“.

##### **Chronische Krankheiten nehmen zu**

Das heutige Krankheitsgeschehen wird in industrialisierten Ländern zu rund drei Vierteln von chronischen, überwiegend degenerativ verlaufenden Krankheiten bestimmt. Die Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bösartigen Neubildungen sowie Muskel-Skeletterkrankungen, Diabetes Mellitus, asthmatische Krankheiten und zunehmend auch psychische Erkrankungen ergeben zusammen mit den Unfällen rund drei Viertel des Krankheits- und Sterbe geschehens sowie auch der Versorgungskosten. Für rund 20 % der GKV-Versicherten müssen ungefähr 80 % der Versorgungskosten aufgewendet werden, ganz überwiegend handelt es sich dabei um chronisch Kranke. Chronisch-degenerative Erkrankungen sind in der großen Mehrzahl der Fälle nicht heilbar (im Sinne einer restitio ad integrum), sondern verlangen regelmäßig nach lebenslanger Begleitung, Unterstützung und Kontrolle. Das Auftreten und der Verlauf chronischer Erkrankungen ist in hohem Maße abhängig von Fehlanreizen und gesundheitlichen Belastungen aus der sozialen und physischen Umwelt und im Wesentlichen daraus erklärbarem individuellem Verhalten.

### Rehabilitationsintensive Altersgruppe nimmt zu

Nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes wird die Zahl der Erwerbstätigen bis zum Jahr 2025 um rund 4,4 Mio. sinken. Die Nachfrage nach Arbeitskräften wird dann das Arbeitsangebot um rund 4 Mio. übersteigen, insbesondere bei den qualifizierten Fachkräften. In diesem Zeitraum steigt aber der Anteil der über 55-jährigen Erwerbstätigen auf 23,1 % (zum Vergleich 2005: 14,7 %).

Die Entwicklung der „rehabilitationsintensiven“ Altersgruppen zeigt Abbildung 1: Von 2006 bis 2018 nimmt diese Altersgruppe um rund 26 % zu.

Abb. 1: Anteil Altersgruppen in %



Quelle: Statistisches Bundesamt

### Prävention und Rehabilitation sind erfolgreich und wirtschaftlich

Das Gutachten des Basler Prognos-Instituts aus dem Jahr 2009 stellt fest, dass Wachstum und Beschäftigung durch die medizinische Rehabilitation gesichert werden. Bereits heute erhält die Volkswirtschaft für jeden in die medizinische Rehabilitation investierten Euro fünf Euro zurück. Diese volkswirtschaftliche Rendite steigt in den nächsten Jahren noch deutlich an. Unter Annahme eines weiteren Bedeutungszuwachses der Rehabilitation kann der volkswirtschaftliche Nettonutzen bundesweit von rund 5,8 Mrd. € im Jahr 2005 auf rund 23 Mrd. € im Jahr 2025 steigen. Für Baden-Württemberg ergibt sich unter gleichen Annahmen bis zum Jahr 2025 eine Zunahme des volkswirtschaftlichen Nettonutzens aus Rehabilitationsmaßnahmen in Höhe von rund drei Mrd. € (2010: 1,2 Mrd. €).

Die Studie belegt darüber hinaus, dass durch die medizinische Rehabilitation der Volkswirtschaft jährlich über 150.000 Arbeitskräfte erhalten bleiben, die ohne die Maßnahmen aus dem Arbeitsleben frühzeitig ausscheiden würden.

Durch die im Land Baden-Württemberg durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen blieben 2010 bereits rund 15.000 Berufstätigkeitsjahre erhalten, was etwa 3.700 Vollzeitstellen entspricht. Unter der Annahme einer Steigerung der Wirksamkeit und Inanspruchnahme von Rehabilitation kann diese Zahl bis zum Jahr 2025 auf rund 5.300 Arbeitsplätze im Jahr gesteigert werden.<sup>3</sup>

Abb. 2 zeigt die im Prognos-Gutachten ermittelte Nettorendite der medizinischen Rehabilitation für die Sozialversicherung. Weitere positive Effekte für die Volkswirtschaft (Steuereinnahmen, geringere Fehlzeiten) wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Abb. 2: Nutzen der medizinischen Rehabilitation in Deutschland



Übertragen auf Baden-Württemberg ergibt sich für die Sozialversicherung (vgl. Abb. 2) von 2010 auf 2025 eine Steigerung des Nettonutzens von 185,3 Mio. € auf rund 500 Mio. €.

Innerhalb der ersten 24 Monate nach einer medizinischen Rehabilitation sind 86 % der Rehabilitanden weiterhin erwerbstätig und entrichten Sozialversicherungsbeiträge. Trotz einer erheblich gefährdeten oder bereits gemindernten Erwerbsfähigkeit scheiden nur 17 % aus dem Erwerbsleben aus.<sup>4</sup> Auch die berufliche Rehabilitation kann erhebliche Erfolge vorweisen. So sind bereits drei Monate nach Abschluss einer beruflichen Weiterbildung rund 78 % aller Rehabilitanden wieder beruflich integriert.<sup>5</sup>

76 % der Rehabilitanden der Bundesagentur für Arbeit in Baden-Württemberg sind sechs Monate nach Austritt aus einer Maßnahme nicht mehr arbeitslos. Bei 39 % gelingt sogar die Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung.<sup>6</sup>

Selbst bei schwierigen Problemlagen ist Rehabilitation erfolgreich. So entrichten rund zwei Drittel aller Rehabilitanden, die erfolgreich eine medizinische

<sup>3</sup> Berwinkel, J. et al. (2011): Die volkswirtschaftliche Relevanz der Rehabilitanden in Baden-Württemberg. Base, Prognos AG

<sup>4</sup> DRV Bund, PSD 2002 – 2009

<sup>5</sup> DRV BW – LTA QS

<sup>6</sup> Regionaldirektion Baden-Württemberg, Verfahrens- und Eingliederungsplan (2009/2010)

Rehabilitation wegen einer Drogenabhängigkeit durchgeführt haben, wieder Pflichtbeiträge aufgrund einer Beschäftigung.<sup>7</sup>

Eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme amortisiert sich darüber hinaus bereits nach vier Monaten durch das Hinausschieben der Frühberentung und zusätzliche Rentenversicherungsbeiträge.<sup>8</sup>

Die Rehabilitation rechnet sich zudem für die gesetzliche Krankenversicherung: Abbildung 3 stellt den Vergleich der Krankheitskosten je Fall in Bezug auf alle relevanten Kostenbereiche zwei Jahre vor Beginn und nach Abschluss der medizinischen Reha am Beispiel der psychischen Erkrankungen dar.

Durch die medizinische Rehabilitation reduzieren sich auch die Krankheitskosten für die Arbeitgeber. Die Gesamtkosten der Arbeitgeber für Entgeltfortzahlung und Produktivitätsverluste sinken zwei Jahre nach einer medizinischen Rehabilitation im Vergleich zu den Aufwendungen vor der medizinischen Rehabilitation um rund 58 %.<sup>9</sup>

Abb. 3: Vergleich der Krankheitskosten vor und nach einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme



<sup>7</sup> DRV BW, eigene Erhebung

<sup>8</sup> DRV Bund, eigene Berechnung

<sup>9</sup> Ziefke, M. et al., 2004: Ergebnisqualität und Gesundheitsökonomieverhältnissen medizinischer Psychosomatik in der Klinik. Leonhard-Fabst

Die Rehabilitationskliniken sind darüber hinaus für Beschäftigung und Wertschöpfung in Baden-Württemberg relevant.<sup>10</sup> Rund 27.000 Menschen verdanken den Rehabilitationskliniken ihren Arbeitsplatz. Die Rehabilitation löst eine Wertschöpfung in Höhe von rund 1,2 Mrd. € aus, insbesondere in ländlichen Regionen. Die Rendite für die Sozialversicherung beträgt dabei derzeit rund 185 Mio. € und könnte bis 2025 auf 500 Mio. € gesteigert werden. Rehabilitation lohnt sich auch für die Pflegeversicherung. Bleiben die altersspezifischen Anteile an Pflegebedürftigen in der sozialen Pflegeversicherung konstant, steigt ihre Zahl bis 2050 auf mehr als vier Mio. an. Bei zusätzlich fünf „gesunden Jahren“ als Ergebnis von erfolgreicher Prävention und Rehabilitation kann der Anstieg bis 2050 auf rund 2,4 Mio. abgemildert werden.<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> Berwinkel et al 2011a.a.O

<sup>11</sup> Fokus Pflegeversicherung, Kompakt Verlag 2009

### 3.2 Mittel für Prävention und Rehabilitation sind begrenzt

#### **Die Finanzierung von Prävention und von Rehabilitationsmaßnahmen ist gefährdet**

Das Rehabilitationsbudget der gesetzlichen Krankenversicherung ist nicht gedeckelt. Gleichwohl bestehen für die GKV wenig Anreize, den Grundsatz „Reha vor Pflege“ umzusetzen. Von Reha-Maßnahmen der GKV profitiert diese wenig; Einsparungen hingegen zeigen sich bei der gesetzlichen Pflegeversicherung. Der sechste Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland weist deshalb darauf hin, dass so gut wie keine Rehabilitationsempfehlungen bei vorliegender Pflegestufe 1 gegeben werden.

Welche Potenziale die Rehabilitation im Zuständigkeitsbereich der GKV für die Sozialversicherung bieten kann, veranschaulicht eine einfache Gegenüberstellung der Kosten. Bei Unterbringung in einer vollstationären Einrichtung fallen in der ersten Pflegestufe 1.023 € pro Monat an Kosten für die Pflegeversicherung an<sup>12</sup>. Eine durchschnittliche Rehabilitationsmaßnahme im Bereich der Orthopädie oder auch Geriatrie kann mit weniger als 4.000 Euro Kosten für die GKV beziffert werden. In der Gesamtbetrachtung hätte sich die Rehabilitationsmaßnahme schon gelohnt, wenn es gelingt, die Pflegeeinstufung (verbunden mit stationärer Unterbringung) um mehr als vier Monate hinaus zu zögern.

Das Budget der Bundesagentur für Arbeit wird unter Berücksichtigung der regionalen Bedarfe zentral veranschlagt. Den Agenturen für Arbeit in Baden-Württemberg standen 2011 ungefähr 326 Mio. € zur Verfügung, dies entspricht in etwa dem Budget der Vorjahre. Ziel ist es, diese Mittel effektiv und effizient einzusetzen. Die BA unterstützt die Inklusion im Rahmen der UN-Behindertenrechtskonvention durch verstärkte Nutzung betrieblicher und wohnortnaher Maßnahmen.

Im Rahmen des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (WFG) wurde 1997 das Rehabilitationsbudget der Deutschen Rentenversicherung auf die Ausgaben des Jahres 1993 begrenzt und zusätzlich um 600 Mio. DM gemindert (Kürzung um über 25 %).

Die jährliche Anpassung erfolgt seitdem analog der voraussichtlichen Entwicklung der Bruttolöhne. Dies führt dazu, dass sich das Rehabilitationsbudget nicht dem wachsenden Bedarf in einer alternden Gesellschaft anpasst, sondern nur so steigt, wie sich die Bruttolöhne in Deutschland entwickeln. Durch zusätzliche Aufgaben (zum Beispiel für die Deutsche Rentenversicherung: stufenweise Wiedereingliederung, stark steigende Ausgaben für Menschen in Werkstätten für behinderte Menschen) wurde das Rehabilitationsbudget sogar faktisch abgesenkt.

<sup>12</sup> Auch bei einer Pflege zuhause entstehen bspw. durch Pflegesachleistungen nach SGB XI (häusliche Pflegehilfe) bzw. SGB V (häusliche Krankenpflege) Kosten. Diese sind geringer zu beziffern als im Fall einer stationären Pflege.

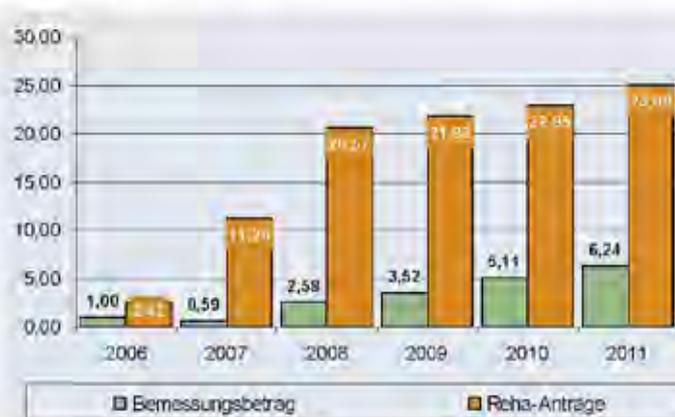
#### Der Rehabilitationsbedarf steigt weiter aufgrund

- höherer Versichertenzahlen in den rehabilitationsintensiven Altersgruppen
- der Zunahme der Anschlussheilbehandlungen seit DRG-Einführung im Krankenhaus
- des medizinischen Fortschritts
- der Zunahme chronischer Krankheiten

Demgegenüber stagnieren die Gesamtausgaben für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes stiegen zwar die absoluten Aufwendungen für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen in den letzten 15 Jahren um etwa fünf % auf rund acht Mrd. €. Gleichzeitig fiel aber der relative Anteil von 4,1 % auf 3,1 % des Gesamtaufkommens.

Die klaffende Lücke zwischen Budget und Bedarf veranschaulicht Abb. 4 am Beispiel der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Baden-Württemberg. Während der Bemessungsbetrag der DRV Baden-Württemberg (Anteil der DRV Baden-Württemberg am Gesamt-Rehabilitationsbudget der Deutschen Rentenversicherung) von 2006 bis 2011 nur um 6,24 % stieg, erhöhten sich die Anträge auf Rehabilitation um 25,09 %.

Abb. 4: Verfügbares Budget und Anträge auf Rehabilitation bei der DRV Baden-Württemberg



Quelle: DRV Baden-Württemberg

### 3.3 Arbeitswelt

Die Anforderungen des Arbeitsmarktes an die einzelnen Erwerbstätigen sind in den letzten Jahren gestiegen und steigen weiter. Der sich wandelnde Arbeitsmarkt ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- Die Zahl der Einfacharbeitsplätze sinkt.
- Ein Teil der Normalarbeitsplätze zeichnet sich durch steigende Komplexität, Arbeitsverdichtung, erhöhte Wissensintensität und zunehmende Veränderungsgeschwindigkeit aus.
- Veränderung der Tätigkeitsstrukturen mit Bedeutungsverlust des primären Sektors (Industrie) der Beschäftigung und steigender Bedeutung des Dienstleistungssektors.
- Steigerung der Anforderungen an Arbeitnehmer durch örtliche und zeitliche Flexibilität/ Verfügbarkeit sowie durch die Zunahme zeitlich befristeter Arbeitsverhältnisse.
- Demographische Entwicklung mit der Veränderung des Erwerbspotentials durch Schrumpfung und Alterung der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter.
- Mit steigendem Durchschnittsalter der Belegschaft steigt aber auch der Anteil der gesundheitlich eingeschränkten Mitarbeiter in den Unternehmen.

Dadurch verstärken sich auch Ungleichgewichte auf dem Arbeitsmarkt. So berichtet zum Beispiel die Bundesagentur für Arbeit, dass seit Mai 2010 die Arbeitslosigkeit in Baden-Württemberg erstmals nach der Wirtschaftskrise wieder unter Vorjahresniveau liegt. Allerdings profitieren Schwerbehinderte und ältere Arbeitnehmer kaum vom Aufschwung. Nahezu 75 % aller schwerbehinderten arbeitslosen Menschen sind älter als 50 Jahre (7.200 von 9.600). Der Bestand der arbeitslosen schwerbehinderten Menschen über 60 Jahre ist seit der Anhebung der Altersgrenze 2008 sogar von 330 auf 2.800 gestiegen. Die Bundesagentur für Arbeit unterstützt daher aktiv die „Initiative Inklusion“ des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, die folgende Handlungsfelder zum Inhalt hat:

1. Berufsorientierung schwerbehinderter Schüler/innen verbessern
2. Betriebliche Ausbildungen schwerbehinderter Jugendlicher fördern
3. Arbeitsplätze für ältere, arbeitslose, schwerbehinderte Menschen fördern

Zentrales Instrument, um diese Entwicklungen abzufedern, ist das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM). Es gilt die Arbeitskraft der Versicherten zu erhalten und diese nach einer Erkrankung mit BEM und Rehabilitation wieder in das Erwerbsleben zurück zu führen. Weitere Überlegungen hierzu finden sich im gesonderten Bericht der Projektgruppe „Betriebliches Gesundheitsmanagement“.

Eine besondere Herausforderung besteht darin, dass in den vergangenen Jahren eine deutlich Zunahme psychischer Erkrankungen am Arbeitsplatz zu verzeichnen ist. Die Arbeitnehmer fehlen immer häufiger aufgrund psychischer Erkrankungen. Inzwischen gehen rund 12 % der AU-Tage auf psychische Erkrankungen zurück, die Fehlzeiten können einen Zeitraum von drei

bis sechs Wochen umfassen. Ein depressiv Kranker ist sogar zwischen sieben und zwölf Wochen nicht arbeitsfähig<sup>13</sup>.

Aber nicht nur die Arbeitswelt befindet sich in einem rapiden Wandel. Über Jahrzehnte scheinbar gefestigte Strukturen im familiären und privaten Umfeld brechen auseinander. Die klassische Familie, eingebettet in generationenübergreifende Strukturen, gibt es immer weniger und sie verliert an Wert und Bedeutung; vermehrt gibt es singuläre Lebens- und Wohnformen, Patchwork-Familien, Alleinerziehende etc. Die einzelnen Menschen sind damit aber immer weniger Teil eines bestimmten sozialen Netzes. Zur Zeit entstehen zwar zum Beispiel im Internet neue Netzwerke (Facebook); ob diese allerdings im Stande sind, an die Stelle der alten Strukturen zu treten, bleibt abzuwarten.

Vor diesem Hintergrund sind Gesundheit und Qualifikation Schlüsselfaktoren der beruflichen Integration. Die konsequente betriebliche Ausrichtung und Individualisierung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung und eine Verzahnung dieser mit dem betrieblichen Gesundheitsmanagement leisten einen wichtigen Beitrag, um die berufliche Integration von Menschen mit Behinderung zu stärken. Darüber hinaus müssen auch Personen jenseits der 50 in das System Berufliche Rehabilitation stärker einbezogen werden, wenn möglich wohnort- und betriebsnah. Die medizinische Rehabilitation muss daher berufliche Problemlagen erkennen und geeignete Maßnahmen veranlassen. Einrichtungen, die dies nicht leisten können, werden sich langfristig nicht am Markt halten können.<sup>14</sup>

#### 3.4 Selbsthilfe / Hilfe zur Selbsthilfe

Die Selbsthilfe ist eine Bewältigungsform von Krankheit, Behinderung und psychosozialen Problemen. Man versteht darunter das Prinzip, eigene Probleme aus eigener Kraft beziehungsweise gemeinsame Probleme mit gemeinsamer Anstrengung zu bearbeiten.

Die Selbsthilfelandchaft, die sich in Deutschland bis heute sowohl von ihren Strukturen als auch von ihren Inhalten her herausgebildet hat, ist sehr differenziert und vielfältig. Es existieren eine Vielzahl verschiedener Formen unterschiedlichen Formalisierungsgrades: Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen.

Selbsthilfeorganisationen setzen sich häufig aus Selbsthilfegruppen zusammen. Sie unterscheiden sich von diesen durch eine größere Mitgliederzahl, formalisierte Arbeits- bzw. Verwaltungsabläufe und intensivere Kontakte zum professionellen System. Selbsthilfeorganisationen sind Organisationen von überregionaler Interessenvertretung und pflegen meist Kontakte zu Behörden, Sozialleistungsträgern, Trägern der freien Wohlfahrtspflege, Leistungserbringern und zur Politik.

<sup>13</sup> Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK, 2011), BPTK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen – keine Frage des Alters. Internetpublikation. Berlin, BPTK.

<sup>14</sup> Deutsches Ärzteblatt Jahrgang 106/Heft 44, vgl. Anlage

Selbsthilfekontaktstellen sind örtlich oder regional arbeitende Einrichtungen mit hauptamtlichem Personal. Sie sind professionelle Beratungseinrichtungen zur Stärkung der Eigenverantwortung und gegenseitigen freiwilligen Hilfe. Darüber hinaus existieren auch überregionale Strukturen von Selbsthilfekontaktstellen (wie zum Beispiel die bundesweite Selbsthilfekontaktstelle NAKOS, Länderbüros bzw. Landesarbeitsgemeinschaften der Selbsthilfekontaktstellen). Diese unterschiedlichen Formen der Selbsthilfe begründen auch die große Vielfalt.

In den vergangenen Jahren ist die Bedeutung der Selbsthilfe in unserer Gesellschaft stark gewachsen. Ein wichtiger Teil davon ist die gesundheitsbezogene Selbsthilfe. Die gestiegene Anerkennung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe hat zu einem größeren Einfluss, aber auch zu einem enormen Aufgabenzuwachs mit der Gefahr von (Selbst-) Überforderung geführt. Folgende Herausforderungen werden gesehen:

- Aufgaben müssen in den Bereichen verbleiben, in denen sie von professionellen und bezahlten Fachkräften erbracht werden. Andererseits soll jedoch der Beitrag der Selbsthilfe in der Zusammenarbeit mit dem professionellen Hilfesystem gestärkt werden.
- Anstrengungen müssen unternommen werden, um in Selbstverständnis und Außendarstellung zu einer wirklich angemessenen Zusammenarbeit von Selbsthilfe und professioneller Versorgung zu kommen. Diese Zusammenarbeit muss berücksichtigen, dass Selbsthilfeengagierte „Problembetroffene“ sind, also mit persönlichen Einschränkungen leben, und ehrenamtlich und unentgeltlich aktiv sind. Entscheidend ist auch die Verbesserung der Unterstützung, Entlastung und Befähigung von „Mandats-trägern“ und Gremienvertreter/-innen.
- Es bedarf zusätzlicher Anstrengungen und Mittel, um die gesundheitsbezogene Begrenzung auf die gemeinschaftliche Selbsthilfe zu überwinden. Ein gemeinschaftliches Selbsthilfeengagement hat wohl spezifische, zum Beispiel gesundheitsbezogene Auslöser, aber eine ganzheitliche Ausrichtung.

#### 4. Handlungsfelder

Aufgrund der unter Nr. 3 erfolgten Bestandsaufnahme hat die Projektgruppe die folgenden acht Handlungsfelder definiert.

##### 4.1 Handlungsfeld 1: „Prävention und Rehabilitation müssen früher und gezielter einsetzen“

Voraussetzung für das Erbringen von Leistungen zur Teilhabe ist das Vorliegen einer Behinderung oder drohenden Behinderung (§ 4 Abs. 1 SGB IX). Behindert sind Menschen, „wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist“. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist (§ 2 Abs. 1 SGB IX).

Leistungen zur Teilhabe umfassen die notwendigen Sozialleistungen um „die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern oder Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern“ (§ 4 Abs. 1 SGB IX Nr. 1 und Nr. 2).

Auslöser für Leistungen zur Teilhabe sind in der Regel körperliche, geistige oder seelische Veränderungsprozesse, die ein chronisches Stadium erreicht haben oder sich akut manifestieren. Chronischen Krankheiten bzw. Behinderungen liegt ein multi-kausaler und langjähriger Verlaufsprozess zugrunde; die Auswirkungen chronischer Krankheiten bzw. von Behinderungen sind zudem mehrdimensional. Für beide Erscheinungsformen gilt aber, dass die rehabilitative Hilfe und Unterstützung erst einsetzt, wenn eine chronische Erkrankung oder Behinderung schon vorliegt. Dies ist aber eigentlich zu spät. Es gilt chronische Veränderungsprozesse – körperlicher, geistiger oder seelischer Art – so früh wie möglich zu erkennen und präventiv/rehabilitativ zu intervenieren bzw. entgegen zu wirken. Dies impliziert u. a. auch eine deutliche Stärkung des Engagements der Beteiligten in der Kinder- und Jugendrehabilitation. Nicht umsonst betont das SGB IX in § 3 den Vorrang der Prävention: „Die Rehabilitationsträger wirken darauf hin, dass der Eintritt von Behinderung einschließlich einer chronischen Krankheit vermieden wird“.

Ein weiteres Problem in diesem Zusammenhang ist der Zugang der von einer chronischen Krankheit oder Behinderung betroffenen Menschen zu dem Rehabilitationssystem. Leistungen zur Teilhabe werden auf Antrag erbracht; damit ist der Zugang zu einer Teilhabeleistung abhängig von den Betroffenen und/oder ihrem behandelnden Arzt. Das ist grundsätzlich auch gut so, weil aktivierende Rehabilitation nur erfolgreich ist, wenn eine große Bereitschaft/Motivation vorhanden ist. Dennoch kommt dem sozialen Umfeld bei starker Chronifizierung bzw. Behinderung eine entscheidende Bedeutung zu, da in diesem Fall der betroffene Mensch selbst zumeist nur unzureichend in der Lage ist, seine Rechte wahrzunehmen. Der Zugang ist damit mehr oder weniger zufällig („abwartende Rehabilitation“). Ziel muss es aber sein, dem

richtigen Patienten, zum richtigen Zeitpunkt die für ihn richtige Rehabilitationsmaßnahme anzubieten („aufsuchende Rehabilitation“).  
Teilhabeleistungen sollten deshalb so früh und so vollständig und umfassend wie möglich erbracht werden um die Ziele – Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung – zu erreichen.

#### 4.2 Handlungsfeld 2: „Vernetzung muss realisiert und Verfahrensabläufe optimiert werden“

Mit dem SGB IX hat sich der Gesetzgeber für die Beibehaltung des gegliederten Systems in der Rehabilitation entschieden. Diese Gliederung bezieht sich vordergründig auf die Beziehungen zwischen den Rehabilitationsträgern; gegliedert ist das System aber auch in den Beziehungen zwischen Rehabilitationsträgern und Leistungserbringern und auch zwischen der Akutmedizin, der Prävention und der Rehabilitation. Diesem gegliederten System liegt die Idee/der Anreiz zugrunde, dass derjenige Rehabilitationsträger, der es unterlässt eine Rehabilitationsmaßnahme durchzuführen oder dessen Rehabilitationsmaßnahme missglückt, die daraus resultierenden Folgen zu tragen hat.

Eine offensichtliche Lücke klafft in dieser Systematik mit Blick auf den Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“, der sich auch in § 4 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX findet. Eine erfolgreiche Rehabilitation nutzt in erster Linie der Pflegeversicherung. Folgen unterlassener oder unzureichender Maßnahmen sind somit nicht von dem Rehabilitationsträger zu tragen. Die Neuregelung in § 40 Abs. 3 SGB V, die eine Ausgleichszahlung der gesetzlichen Krankenversicherung an die gesetzliche Pflegeversicherung vorsieht bei unterlassenen Rehabilitationsmaßnahmen, hat seit ihrer Einführung bislang keine Wirkung entfaltet.

Das gegliederte System hat allerdings den Nachteil, dass an den Schnittstellen der einzelnen Bereiche allzu große Reibungsverluste auftreten können. Der Gesetzgeber hat deswegen im SGB IX nicht nur ein Bekenntnis zum gegliederten System abgegeben, sondern die Rehabilitationsträger zur Kooperation und zur Koordination ihrer Leistungen aufgefordert mit dem Ziel, dass die Leistungen nahtlos ineinander greifen und eine umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zügig, wirtschaftlich und auf Dauer ermöglicht wird

(§ 10 SGB IX). Sind Leistungen mehrerer Arten oder von mehreren Trägern notwendig, so hat der nach § 14 SGB IX bestimmte Träger dafür zu sorgen, dass alle voraussichtlich notwendigen Leistungen zusammengestellt und nahtlos durchgeführt werden. Die Rehabilitation muss somit Teil einer medizinischen Gesamtversorgungskette werden. Verwaltungsabläufe und -verfahren (also die Beantragung, die Bearbeitung des Antrags, die Zuweisung des Patienten in die richtige Klinik etc.) müssen dieser Versicherten- und Patientenorientierung ebenfalls Rechnung tragen.

Aber auch die Vernetzung zu vor- und nachgelagerten Bereichen der Rehabilitation - insbesondere zur ambulanten/stationären Krankenbehandlung und zur Selbsthilfe – muss verbessert werden. Derzeit ist eine Rehabilitationsmaßnahme ein mehr oder weniger singuläres Ereignis. Damit dies nicht so bleibt, muss insbesondere der behandelnde Arzt besser in das Geschehen eingebunden werden. Die Planung der Rehabilitation – vor allem der Rehabilitationsziele – sind mit ihm abzustimmen. Während der Rehabilitation ist mit ihm bei Bedarf Kontakt aufzunehmen bzw. zu halten und die weitere Behandlung nach der Rehabilitation mit ihm gemeinsam zu planen (ggf. auch unter Einbindung der zuständigen Krankenversicherung). Ein richtiger Schritt in diese Richtung ist der zwischen der DRV Baden-Württemberg und dem Deutschen Hausärzterverband, Landesverband Baden-Württemberg abgeschlossener Vertrag zur „Nachhaltigen Sicherung der in der Rehabilitation erzielten Erfol-

ge". Er sieht vor, dass der Hausarzt nach der Rehabilitation mit dem Patienten ein Rückkehrgespräch führt und 12 Monate nach der Reha einen erneuten Befund über die nachhaltige Wirkung des Rehabilitationserfolges erstellt. Analoge Verträge könnten mit den Werks- und Betriebsärzten und den Kinderärzten abgeschlossen werden.

#### **4.3 Handlungsfeld 3: „Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit durch Schnittstellenmanagement erhöhen“**

Das Ziel aller rehabilitativen Bemühungen ist die Förderung der Selbstbestimmung und der gleichberechtigten Teilhabe behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen am Leben in der Gesellschaft (§ 1 SGB IX). Die einzelnen Leistungsträger sollen dabei ihre Leistungen so vollständig und umfassend erbringen, dass Leistungen eines anderen Trägers möglichst nicht erforderlich werden. Sind im Einzelfall dennoch die Leistungen eines anderen Rehabilitationsträgers notwendig, so ist der nach § 14 SGB IX leistende Rehabilitationsträger dafür verantwortlich, dass die beteiligten Rehabilitationsträger die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen funktionsbezogen feststellen und so zusammenstellen, dass sie nahtlos ineinandergreifen. Der zuständige Rehabilitationsträger kann diese Leistungen allein oder gemeinsam mit anderen Leistungsträgern durch andere Leistungsträger oder unter Inanspruchnahme von Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen ausführen. Das gilt insbesondere, wenn die Leistungen dadurch wirksamer und wirtschaftlicher erbracht werden (§ 17 Abs. 1 SGB IX).

Eine angesichts der demographischen Entwicklung und der steigenden Multimorbidität ebenfalls zunehmend wichtig erscheinende Schnittstelle liegt zwischen Rehabilitation und (Alten-)Pflege, zum Beispiel mit den Möglichkeiten der Vermeidung oder Hinauszögerung von Pflegebedürftigkeit. Hier müssen vor allem Modelle der Vernetzung zwischen Rehabilitation und Pflege entwickelt und erprobt werden.<sup>15</sup>

So ein Vorgehen verlangt insbesondere ein gut funktionierendes Schnittstellenmanagement des im Einzelfall zuständigen Rehabilitationsträgers. Durch Abstimmung und Anpassung bzw. Ausrichtung der Einzelleistungen der verschiedenen Träger auf das Gesamtziel einer umfassenden Teilhabe lassen sich Effektivität und Effizienz der Gesamtmaßnahme deutlich gegenüber den einzelnen, isoliert erbrachten Teilleistungen steigern. Die Vernetzungsarbeit im Rahmen des Rehabilitationsgesamtplanes ist eine wichtige Aufgabe der Gemeinsamen Servicestellen, die unter anderem trägerübergreifende Qualitätszirkel vor Ort und Fallkonferenzen organisieren.

#### **4.4 Handlungsfeld 4: „Rehabilitation ist zielorientiert auszurichten“**

Der konzeptionelle Bezugsrahmen für die Rehabilitation in Deutschland ist die International Classification of Functioning (ICF). Danach wird Teilhabe als Wechselwirkung zwischen Gesundheits-, Funktions-, Aktivitäts- und Strukturstatus einer Person und den Umweltfaktoren definiert. Somit kommt es bei der

<sup>15</sup> vgl. z.B. Löschmann et al., 2004 Rehabilitation vs. Pflege? Ein Plädoyer für eine engere Vernetzung. Public Health Forum, 44,9-10

Planung und Durchführung der Rehabilitation ganz wesentlich darauf an, dass die konkreten Alltags-, Berufs- und Umweltbedingungen der Patienten möglichst genau erfasst und während der Rehabilitation berücksichtigt werden. Das Rehabilitationsziel, die Patienten in ihrem konkreten Alltags- und Berufsumfeld (seinem Sozialraum) zu halten, muss darauf ausgerichtet werden. Der Rehabilitation in Deutschland liegt somit der Lebensweltansatz zugrunde. Das heißt für die Rehabilitation durch die gesetzliche Rentenversicherung, dass sie den Auftrag hat, den Verbleib gesundheitlich beeinträchtigter Versicherter im Erwerbsleben sicherzustellen bzw. sie beruflich wieder einzugliedern. Für die Rehabilitation durch die gesetzliche Krankenversicherung bedeutet dies, dass sie ihre rehabilitativen Bemühungen auf die Stärkung und bestmögliche Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit im Alltag ausrichten muss. Dies wird ausgedrückt in den beiden Grundsätzen „Rehabilitation vor Rente“ bzw. „Rehabilitation vor Pflege“ (§ 4 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX i. V. m. § 8 Abs. 2 und Abs. 3 SGB IX). Diesem Ziel werden aber die Ausgestaltung des Rehabilitationsverfahrens, die Inhalte der Rehabilitationsmaßnahme und die nachgehende Betreuung zu wenig gerecht. Der gesamte Rehabilitationsprozess – von der Identifizierung und Definition des individuellen Teilhabebedarfs über die Ausgestaltung der Rehabilitationsmaßnahme bis hin zur Nachsorge – muss zielgruppenorientierter ausgestaltet werden. Dies ist kein Selbstzweck. Je genauer die Rehabilitation die konkreten Lebensumstände der Rehabilitanden berücksichtigt, umso erfolgreicher wird sie sein.

Da die Bewältigung einer chronischen Erkrankung in aller Regel mit einer Verhaltens- bzw. Lebensstiländerung der Betroffenen einhergehen muss, wird hierfür konzeptionell bzw. hinsichtlich der konkreten Rehabilitationsmaßnahmen eine stärkere Gewichtung in Richtung pädagogischer und vor allem psychologischer (auch psychotherapeutischer) Behandlungsansätze von Bedeutung sein. Hier sind sowohl von Seiten der Leistungs- als auch der Klinikträger entsprechende Verschiebungen in der Strukturqualität unausweichlich. In der Umsetzung der ganzheitlichen Grundkonzeption im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells in die Rehabilitationskonzepte der Kliniken und mehr noch in deren Versorgungsalltag ist die Rehabilitation nach wie vor zu „medizinlastig“. Der ganzheitliche Ansatz muss sich in der Teamgestaltung und in der Leitungsverantwortung spiegeln. So ist zum Beispiel in den somatischen Rehabilitationskliniken der Anteil der Psychologen am Gesamtteam chronisch zu niedrig. Und zumindest in der Psychosomatischen und der Suchtrehabilitation ist es fachlich nicht begründbar, warum diese nicht auch von einem psychologischen Psychotherapeuten geführt werden können.<sup>16</sup>

Eine optimierte Zielgruppenorientierung der Rehabilitation verbessert damit auch ihre Effektivität und Effizienz und trägt somit letztlich auch zu ihrer ökonomischen Erbringung bei. Damit wird ebenfalls dem SGB IX Rechnung getragen. Und „last but not least“ entspricht eine verbesserte Zielgruppenorientierung der Rehabilitation auch dem Grundanliegen des SGB IX nach einer Beteiligung des Leistungsberechtigten an der Ausführung der Leistung.

---

<sup>16</sup> Nöbling, R. 2011, Die Rehabilitation hat kein Imageproblem! Spektrum der DRV Baden – Württemberg, 1/2011, 38-41,

#### 4.5 Handlungsfeld 5: „Budgets für Prävention und Rehabilitation sind an den Bedarf anzupassen“

Für die Zukunft der sozialen Sicherungssysteme ist die demographische Entwicklung die zentrale Rahmenbedingung. Die Bevölkerungsentwicklung lässt sich dahingehend zusammenfassen, dass die in Deutschland lebenden Menschen zwar weniger, dafür aber deutlich älter werden. Damit einher geht eine deutliche Zunahme chronischer Krankheiten.

Auch der Arbeitsmarkt wird von der demographischen Entwicklung in den nächsten Jahren erheblich betroffen sein. Die medizinische Rehabilitation stellt dabei den Ansatz für die adäquate interdisziplinäre Behandlung multimorbid und chronisch Kranker dar.<sup>17</sup>

Die Bevölkerung im Erwerbsalter wird von der Schrumpfung besonders stark betroffen sein. Die Abnahme der Zahl der erwerbsfähigen Bevölkerung geht aber einher mit einer Verschiebung hin zu den Älteren im Erwerbsalter. Das Erwerbspotential der Zukunft wird zu einem erheblichen Teil aus Menschen bestehen, die älter als 50 Jahre sind. Ein Alter, in dem chronische Erkrankungen und ein damit verbundener Rehabilitationsbedarf deutlich zunehmen. Die Belegschaften in den Unternehmen werden somit deutlich älter. Dieser Prozess hat bereits begonnen. Vor diesem Hintergrund und mit Blick auf den späteren Renteneintritt (Rente mit 67) müssen die Anstrengungen erhöht werden, die Beschäftigten im Erwerbsprozess zu halten.

In dieser Lage ist es ausgesprochen problematisch, den Betrag, der der gesetzlichen Rentenversicherung für die Leistungen zur Teilhabe zur Verfügung steht, nicht an die sich entwickelnden Bedarfe, sondern an die Grundlohnsummensteigerung anzuknüpfen. Das Problem zeigt sich an der Entwicklung der vergangenen sechs Jahre. Einer Budgetanpassung von rund 6,2 % steht eine Antragssteigerung um 22,7 % gegenüber. Eine angemessene Anhebung dieses sogenannten Ausgabendeckels ist somit sachlich zwingend geboten. Ein wichtiger Faktor im Rahmen einer gesetzlichen Anpassung muss dabei die demographische Entwicklung sein. Ein derartiger „Demographiefaktor“ wäre eine dringend gebotene Ergänzung einer reinen lohnentwicklungsbegleitenden Dynamik.

Daneben sollte im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung der mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführte morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich weiterentwickelt werden. Er gewährleistet eine Mittelzuweisung aus dem Gesundheitsfonds an die Kassen, die sich an der Morbidität ihrer Versicherten orientiert. Es muss verhindert werden, dass Mittel für Präventionsmaßnahmen gekürzt werden, die zur Reduktion von Morbidität führen.

---

<sup>17</sup> ebd.

Bemühungen um den Nachweis der Effizienz und Effektivität der Rehabilitation sollten künftig verstärkt werden, wie dies zum Beispiel seit mehr als zwei Jahrzehnten aus der Psychosomatischen Rehabilitation bekannt ist. Gute Qualitätssicherung ist wichtig, aber auch aufwendig. Die Rehabilitationsträger müssen sich deshalb im Grundsatz auf ein Programm verständigen. Dadurch werden auch sektorenübergreifende Verlaufsbeobachtungen möglich.

#### **4.7 Handlungsfeld 7: „Selbsthilfe und Selbstverantwortung sind integrale Bestandteile von Prävention und Rehabilitation“**

Bereits seit vielen Jahren ist die Selbsthilfe in verschiedenen Indikationsbereichen ein wichtiger Baustein in der stationären und ambulanten medizinischen Rehabilitation.

Es entspricht dem Selbstverständnis der Selbsthilfe, dass sich betroffene Menschen oder deren Angehörige zum Austausch, zur gegenseitigen Unterstützung und zur besseren Bewältigung der gegenwärtigen Situation zusammenfinden. Durch diese Zusammenarbeit und die Kommunikation entsteht „Erfahrungswissen“, das immer weiter vertieft und zum gegenseitigen Nutzen ausgetauscht werden kann. Die Betroffenen werden zu „Experten in der eigenen Sache“. Ziel ist, dieses „Erfahrungswissen“ im Rahmen eines organisierten Dialogs und Austauschs mit dem „Expertenwissen“ der Vertreter des „professionellen Hilfesystems“ zum Wohle des Einzelnen zu verbinden und zu vernetzen. Insofern geht es darum, die Vertreter der Selbsthilfe je nach Indikation und dort wo immer möglich am Rehabilitationsprozess zu beteiligen und sie zu vernetzen. Keine Seite kann die Arbeit der anderen ersetzen, aber beide können sich gegenseitig positiv ergänzen. Insofern kann die Selbsthilfe eine wichtige „Brückenfunktion“ zwischen der Rehabilitation und der Lebens- und Arbeitswelt der betroffenen Menschen darstellen. Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen tragen anerkanntermaßen dazu bei, Bürgerinnen und Bürgern Hilfestellungen zum selbstverantwortlichen, eigenständigen Leben im Umgang mit ihrer (meist chronischen) Erkrankung oder Behinderung zu geben. Die erfolgreiche Integration der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in das Arbeitsleben, das bedeutendste Ziel der Rehabilitation, ist mit diesem Anliegen eng verknüpft. Denn hier bedingt das eine das andere: Mit der Wiederherstellung bzw. der wesentlichen Besserung der Leistungsfähigkeit im Beruf werden die Versicherten gleichzeitig befähigt, auch wieder ihre Rolle in der Familie und der Gesellschaft besser auszufüllen und vice versa.

Während im Bereich der Sucht- und Krebserkrankungen die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen weitgehend etabliert ist, bestehen für andere Indikationsbereiche wie chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Diabetes mellitus, Rheuma und Herz-Kreislauf-Krankheiten teils noch erhebliche Entwicklungspotenziale. Zu nennen sind auch Menschen mit Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes sowie mit psychischen Erkrankungen.

Bei der Vermittlung und Initiierung von Selbsthilfegruppen kommt den örtlichen Selbsthilfekontaktstellen und den Landesverbänden der Selbsthilfe eine unverzichtbare Rolle zu.

Hauptgründe für mangelnde direkte Formen der Zusammenarbeit sind insbesondere fehlende Informationen und fehlende strukturelle Rahmenbedingungen wie Zeitmangel und mangelnde Unterstützungsmöglichkeiten sowie finanzielle Grenzen. Ziel ist die Etablierung von Selbsthilfebeauftragten in Reha-Einrichtungen.

Ansätze zur Verbesserung der Situation – insbesondere zur Schaffung von „selbsthilfefreundlichen Rehabilitations-Prozessen“ – werden in folgenden Punkten gesehen:

- Den Rehabilitanden muss die Möglichkeit gegeben werden, die Arbeit von Selbsthilfegruppen kennenzulernen.
- Die Anbahnung von Kontakten zwischen Rehabilitanden und Selbsthilfegruppen am Heimatort sollte in der Reha-Einrichtung beginnen. Informationen und Hinweise zu Selbsthilfegruppen am Wohnort der Rehabilitanden können über das bundesweite Netz der lokalen Selbsthilfekontaktstellen sowie der gesundheitsbezogenen Selbsthilfeorganisationen zur Verfügung gestellt werden.
- Auch die ergänzende Nutzung der Gesundheitsselfhilfe in den modernen Medien sollte diesbezüglich weiterentwickelt werden.
- Selbsthilfe-Informationen müssen im Rahmen eines organisierten Dialogs in stärkerem Maße als heute an die Einrichtungsmitarbeiter gegeben werden, damit diese als gut informierte Multiplikatoren wirken können zum Beispiel über regelmäßige Informationen oder über Treffen und gemeinsame Veranstaltungen von Selbsthilfekontaktstellen und Rehabilitationseinrichtungen vor Ort.
- Selbsthilfefreundlichkeit sollte als Qualitätsmerkmal in der Qualitätssicherung der Rehabilitationseinrichtungen als wesentliches Element etabliert und eingefordert werden.
- „Selbsthilfe ist günstig, aber nicht umsonst zu haben“. Gefordert sind alle.

#### **4.8 Handlungsfeld 8: „Beratungsstrukturen zwischen Rehabilitationsträgern und der Selbsthilfe vernetzen“**

Die Rehabilitationsträger haben eine umfassende Auskunft- und Beratungsverpflichtung gegenüber dem bei ihnen versicherten Personenkreis. Durch das SGB IX erstreckt sich diese Auskunft- und Beratungsverpflichtung auf den gesamten Teilhabebedarf von Menschen mit Behinderungen. Um dieser Aufgabe nachzukommen, unterhalten die Rehabilitationsträger ein dicht geknüpftes Netz an Auskunft- und Beratungsstellen. Im Mittelpunkt der Beratung stehen die Betroffenen mit ihren gesetzlichen Ansprüchen. Was dabei zu kurz kommt, sind die Sichtweisen der Betroffenen und ihre psycho-sozialen Belastungen, die aus einer Teilhabestörung resultieren und über diese hinausreichen.

Um auch diese Aspekte von Kranksein und Behinderung abzudecken, haben die Selbsthilfeorganisationen und -gruppen ein ebenso dicht geknüpftes Netz

von Anlaufstellen eingerichtet. Beide Strukturen arbeiten derzeit noch weitgehend parallel. Im Sinne einer umfassenden Beratung gilt es diese beiden Strukturen verstärkt miteinander zu vernetzen. Die Selbsthilfeangebote und die professionellen Angebote der Rehabilitationsträger sind keine Alternativen, sie ergänzen sich. Mitarbeiter von Selbsthilfeorganisationen und professionelle Berater der Rehabilitationsträger sind keine Konkurrenten, sondern Partner, die gemeinsam nach Lösungen für die Menschen mit Behinderungen suchen. Die Strukturen und Angebote müssen gegenseitig bekannt gemacht und auch genutzt werden. Die Zusammenarbeit von Rehabilitationsträgern und Selbsthilfeorganisationen während des Rehabilitationsprozesses sollte als Qualitätsmerkmal verstanden werden.

## 5. Handlungsempfehlungen

### 5.1 Zielgruppe Rehabilitationsträger

#### - **Weiterentwicklung der Kooperation zwischen Rehabilitationsträgern und Selbsthilfe**

Die haupt- und ehrenamtlich Tätigen der Rehabilitationsträger und der organisierten Selbsthilfe ergänzen sich auf vielfältige Weise und sollten deshalb verstärkt zusammenarbeiten. Unser Gesundheitswesen braucht die Kompetenz sowohl der hauptamtlichen als auch der ehrenamtlichen Kräfte. Beide bringen aus unterschiedlichen Blickwinkeln ihre Erfahrungen, ihre Kenntnisse und ihr Wissen in den Rehabilitationsprozess ein. Beide sollten die jeweiligen Stärken und Kompetenzen gegenseitig respektieren und aber auch nutzen sowie voneinander lernen. Beide Seiten profitieren voneinander. Gegenseitiges Verständnis und Interesse an der Arbeit des jeweils Anderen sind wichtig. Die Vertreter des „professionellen Hilfesystems“ sollten die Selbsthilfevertreter und deren Erfahrungswissen als Experten in eigener Sache anerkennen. In einer solchen partnerschaftlichen Zusammenarbeit, wird die Arbeit der Selbsthilfe als Ergänzung des professionellen Hilfesystems betrachtet werden. Damit wird neben dem eigentlichen Fachwissen auch „Bewältigungswissen“ integriert.

Die Rehabilitationsträger sollen deshalb mit Selbsthilfeverbänden und Selbsthilfegruppen eng zusammenarbeiten. Bei gemeinsamen Tagungen können Informationen über die Selbsthilfe ausgetauscht, Beispiele für gute Zusammenarbeit vorgestellt und Pläne über die weitere Zusammenarbeit vor Ort entwickelt werden. Darüber hinaus sollen die Rehabilitationsträger in ihren Veröffentlichungen über die Rolle der Selbsthilfegruppen vor, während und nach der Rehabilitation informieren.

Auch in den Rehabilitationseinrichtungen sollen gemeinsame Veranstaltungen zur Information über Patientinnen und Patienten durchgeführt werden. Bei diesen stellen die Selbsthilfegruppen unter anderem ihre Arbeit vor. Sie besteht vor allem in der Unterstützung der Rehabilitanden und ihrer Angehörigen im Alltag nach Beendigung der Rehabilitation. Die Rehabilitanden sollen bereits in den Rehabilitationseinrichtungen die entsprechenden Kontaktadressen der Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen in der Nähe ihres Wohnortes erhalten. Auf Wunsch der Rehabilitanden werden Mitglieder von Selbsthilfegruppen soweit wie möglich in die Beratungsgespräche mit einbezogen.

In der Suchtbehandlung und der Krebsnachsorge existiert die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe schon seit Langem. Inzwischen ist sie auch auf andere Krankheitsbilder ausgedehnt. Eine Verbesserung der Zusammenarbeit in weiteren Indikationsbereichen ist allerdings noch notwendig.

Die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe muss Bestandteil des Qualitätsmanagements in den Rehabilitationseinrichtungen werden. Ein hilfreiches Instrument ist dafür die Schaffung einer Stabstelle für die Funktion eines Selbsthilfebeauftragten in der Einrichtung.

Der Selbsthilfebeauftragte muss insbesondere folgende Aufgaben wahrnehmen:

1. Er ist Ansprechpartner in der Einrichtung für alle Mitarbeiter und Patienten.
2. Er ist Ansprechpartner für alle Selbsthilfegruppen.
3. Er kümmert sich aktiv um Kontakte und Informationen zwischen Einrichtung und Selbsthilfe.

Und last but not least sollten die Rehabilitationsträger diese Arbeit der Selbsthilfe entsprechend ihrem gesetzlichen Auftrag ideell, sachlich und finanziell fördern.

- **Rehabilitationsangebote individualisieren und flexibilisieren**  
Für eine Rehabilitationsmaßnahme – ambulant oder stationär – sieht das Gesetz eine Regeldauer von 21 Tagen vor. Diese Regelung und weitere, historisch gewachsene Strukturen im Rehabilitationswesen in Deutschland (insbesondere Lage, Struktur und therapeutische Konzepte der Rehabilitationskliniken) haben dazu geführt, dass unter Rehabilitation vielfach eine kurähnliche, mehrwöchige Maßnahme mit deutlich intensiveren medizinischen Inhalten verstanden wird.

Dies wird dem Auftrag der Rehabilitation aber nicht gerecht. Die Rehabilitation beschäftigt sich nicht nur mit der Behandlung des Körpers, sondern schließt immer auch die Psyche und das berufliche und soziale Umfeld mit ein (umfassende Teilhabe). Diesem integrativen Ansatz der Rehabilitation müssen Form und Inhalt einer Rehabilitationsmaßnahme Rechnung tragen. Es sind sowohl die individuellen Bedingungen und Anforderungen des Einzelfalles als auch die Komplexität des zu behandelnden Krankheitsbildes zu beachten.

Die derzeitige Regelverweildauer von 21 Tagen ist in vielen Bereichen durchaus berechtigt, erlaubt jedoch nur bedingt eine individuelle Ausrichtung der Maßnahmen. In der Anschlussrehabilitation älterer Menschen, deren Träger zumeist die gesetzliche Krankenversicherung ist, dürfte – auch angesichts gesunkener Verweildauern im Akutbereich und steigender Fallschweren – eine 21-tägige und im Einzelfall sogar darüber hinaus gehende Verweildauer in der Regel durchaus sinnvoll sein. Dem gegenüber können entsprechend starre Regeldauern in der Rehabilitation Erwerbstätiger eine rasche Eingliederung in das berufliche Umfeld beeinflussen und durch lange Abwesenheitszeiten auch die Akzeptanz und Inanspruchnahme rehabilitativer Maßnahmen bei Arbeitgebern bzw. Arbeitnehmern.

Andererseits kann es auch sinnvoll sein, unmittelbar im Anschluss/im Zusammenhang mit der medizinischen Rehabilitation eine medizinisch-berufliche Orientierungsphase anzuschließen.

Eine Flexibilisierung des derzeit überwiegend praktizierten starren 3-Wochen-Schemas in der überwiegend stationären oder ambulanten Form ist daher in vielen Bereichen sinnvoll. Je nach Krankheitsbild kann Rehabilitation in Etappen erbracht werden, in Kombination mit ergänzen-

tierung in der Rehabilitation). Patienten mit besonderen beruflichen Problemlagen werden während bzw. unmittelbar im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation mit speziellen diagnostischen Verfahren im Hinblick auf ihre verbleibende Restleistungsfähigkeit diagnostiziert und – falls nötig – werden die nächsten Schritte bereits eingeleitet.<sup>22</sup> Ähnliche Ansätze gibt es in der Krankenversicherung bei der geriatrischen Rehabilitation.

Zielgruppenspezifische Weiterentwicklungen müssen in ihrem ganzheitlichen Ansatz auch die zum Teil hohe psychische Komorbidität bei primär körperlichen chronischen Erkrankungen berücksichtigen, in künftige Anforderungsprofile und Rahmenkonzepte integrieren und in der Rehabilitationspraxis umsetzen. Behandlungskonzepte müssen neben den medizinischen Aspekten auch die komplexen Lebens- und Problemlagen der Patienten berücksichtigen. Da die Bewältigung der chronischen Erkrankungen immer auch Verhaltens- und Lebensstiländerungen notwendig macht, sind stärker als bislang pädagogische und psychologische (psychotherapeutische) Ansätze in den Rehabilitationsgesamtprozess zu integrieren.

- ***Dauerhafte berufliche Integration anstreben***

Erst wenn behinderte Menschen dauerhaft in das Erwerbsleben eingliedert sind, ist der rehabilitative Auftrag für die Reha-Träger erfüllt. Von einer beruflichen Eingliederung kann nur dann ausgegangen werden, wenn die Erwerbstätigkeit auf einem Dauerarbeitsplatz aufgenommen wird. Bereits 1994 hat das Bundessozialgericht die Gesamtverantwortung der Rehabilitationsträger für das Gelingen der Rehabilitation festgestellt. Dies wird in § 4 Abs. 2 SGB IX bestätigt, wonach jeder Träger im Rahmen seiner Zuständigkeit je nach Lage des Einzelfalles die erforderlichen Leistungen so vollständig und umfassend zu erbringen hat, dass Leistungen eines anderen Trägers nicht erforderlich werden. Vielversprechend sind Modelle, die den dauerhaften Integrationserfolg honorieren. Ein richtungweisendes Beispiel dafür ist das Modell BISS (Berufliche Integration nach stationärer Suchtbehandlung), das ehemals abhängige Menschen bei der Arbeitsaufnahme unterstützt.<sup>23</sup>

- ***Nachsorge systematisch einleiten***

Die Notwendigkeit der Nachsorge als wesentliches Element für den Langzeiterfolg einer Rehabilitationsmaßnahme ist heute unumstritten. Während der Rehabilitationsmaßnahme können zwar Verhaltens- und Lebensstiländerungen angegangen werden, diese können sich aber oftmals nicht auf Dauer festigen. Deshalb ist eine Rehabilitationsnachsorge wichtig. Sie setzt bestimmte Elemente der Rehabilitation fort, meistens in Betriebsgruppen oder in Wohnortnähe. Dennoch wird die Nachsorge noch viel zu wenig in Anspruch genommen. Die Nachsorge muss als unverzichtbarer Bestandteil des Rehabilitationsprozesses im Konzept der Rehabilitationseinrichtung verankert werden. Die Einleitung von Nachsorgemaßnahmen durch die Rehabilitationsklinik muss zum Qualitätsmerkmal werden. Die Rehabilitationseinrichtung soll die Rehabilitanden zur Teilnahme an Nachsorgemaßnahmen motivieren. Um flächendeckend Nach-

<sup>22</sup> Anforderungsprofil zur Durchführung der MBOR, DRV Bund 2011  
<sup>23</sup> Spektrum der DRV Baden-Württemberg 2/2011, Seite 53 ff

sorge gewährleisten zu können, müssen in manchen Regionen noch entsprechende Angebote aufgebaut werden. Neben den Vereinen, die flächendeckend vorhanden sind und von denen viele bereits jetzt präventions- und rehabilitationsorientierte Angebote vorhalten, sollten als mögliche Partner auch die Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen als Partner in der Nachsorge mit einbezogen werden. Ein weiterer Partner als Anbieter von Leistungen können vorhandene Rehabilitationseinrichtungen am Wohnort der Patienten sein. Nachsorgeleistungen sollten zukünftig auch besser dokumentiert werden, damit sie wirksamer in die Qualitätssicherung einbezogen werden können. Allerdings muss darauf geachtet werden, dass die eigentliche Rehabilitationsleistung getrennt von der Nachsorgeleistung betrachtet wird; es müssen unterschiedliche Qualitätsmerkmale und -kriterien zur Anwendung kommen. Auch in der Nachsorgephase kommt dem behandelnden Arzt eine zentrale, koordinierende Rolle zu. Nach der Rehabilitationsleistung „übernimmt“ er die Patienten wieder in seine Regie und legt – aufbauend auf den Ergebnissen der Rehabilitationsmaßnahme – die notwendigen Nachsorgeleistungen fest. Wichtig ist es auch, dass die Klinik in der Nachsorgephase Kontakt zu den Patienten hält. Hierbei kann die Telemedizin zukünftig eine entscheidende Rolle spielen. Eine bundesweite Datenbank für Nachsorgeangebote ist derzeit im Aufbau.<sup>24</sup>

- ***Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets fördern***

Menschen mit Behinderungen haben einen Rechtsanspruch auf ein Persönliches Budget. Sie erhalten auf Antrag von dem Rehabilitationsträger anstelle von Dienst- oder Sachleistungen einen Geldbetrag, mit dem Sie die Aufwendungen für die notwendigen Teilhabeleistungen selbst bezahlen.

Durch das Persönliche Budget können Menschen mit Behinderungen den „Einkauf“ von Leistungen eigenverantwortlich regeln. Dies soll ihnen die Möglichkeit eröffnen, selbst bedarfsgerechte Leistungen einzukaufen und so die individuell bestmögliche Unterstützung zu erhalten.

Die Nachfrage nach dem Persönlichen Budget ist jedoch gering. Vor diesem Hintergrund sieht die Projektgruppe die Notwendigkeit, Menschen mit Behinderungen eingehend zu beraten, um so auf eine stärkere Inanspruchnahme dieses neuen Instrumentes hinzuwirken. Die Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation sind prädestiniert, um dazu trägerübergreifende Fall-Lösungen zu moderieren.

- ***Kooperation der Rehabilitationsträger durch Verzahnung der Angebote***

Die Rehabilitation ist kein singuläres Ereignis. Chronische Erkrankungen haben eine lange Vorlaufzeit, multifaktorielle Ursachen, benötigen einen komplexen Behandlungsansatz und die Behandlung verfolgt differenzierte und vielschichtige Teilhabeziele. Regelmäßig ist es so, dass die einzelnen Leistungen der verschiedenen Träger im Gesundheitssystem aufeinanderfolgen und/oder inhaltlich auch aufeinander aufbauen. Aufgrund der sektoralen Zuständigkeit werden diese Teilleistungen aber kaum aufein-

<sup>24</sup> [www.nachderreha.de](http://www.nachderreha.de)

ander abgestimmt geplant oder bewilligt. So gehen wertvolle Synergieeffekte verloren. Dies gilt insbesondere im Bereich der Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung. Die gesetzliche Krankenversicherung und die gesetzliche Rentenversicherung haben auf diesen Gebieten jeweils ihre eigenen Zuständigkeiten mit entsprechenden Angeboten, jedoch in Art und Form unterschiedlich. Wenn es gelingt, diese unterschiedlichen Leistungen bedarfsgerecht und aufeinander abgestimmt zu erbringen, sodass die einzelnen Teilmodule wie eine Gesamtmaßnahme erscheinen und wirken, dann würde dies die Effektivität der Gesamtmaßnahme erhöhen und auch zu einer Effizienzsteigerung bei den einzelnen Trägern beitragen. Dies ist möglich und es bedarf dazu nur einer konsequenten Umsetzung der durch das SGB IX ermöglichten Spielräume. Das SGB IX bietet die rechtliche Basis dafür, dass die Rehabilitationsträger untereinander aber auch gemeinsam mit den Betroffenen und anderen Leistungserbringern und auch mit den Betrieben verstärkt kooperieren und die Leistungen koordinieren.

- ***Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und Betriebsärzten verstärken***

Der entscheidende Faktor dafür, ob überhaupt eine Rehabilitationsmaßnahme beantragt wird, sind die niedergelassenen Ärzte und die Betriebsärzte. Der Patient/Mitarbeiter ist bei ihnen zur Behandlung oder in deren werksärztlicher Betreuung. Um für bedarfsgerechte Rehabilitationsanträge zu sorgen, muss deshalb der Kontakt zu diesen beiden Berufsgruppen intensiviert werden. Eine verbesserte Einbindung dieser beiden Berufsgruppen sollte sich aber nicht nur auf die Antragstellung beziehen, sondern den gesamten Rehabilitationsprozess umfassen. Der die Rehabilitation veranlassende Arzt sollte seine – mit dem Patienten/Mitarbeiter bzw. dem Betrieb abgestimmten – Rehabilitationsziele äußern können. Sofern der Wunsch nach einer Kommunikation mit dem Arzt des Sozialmedizinischen Dienstes bzw. mit dem Arzt der Rehabilitationsklinik geäußert wird, muss dies ermöglicht werden. Gleichmaßen ist in der Regel eine Rücksprache zu suchen, wenn der SMD-Arzt nach Aktenlage vom Vorschlag des behandelnden Arztes abweichen will. Und last but not least sollte der niedergelassene Arzt/Werksarzt auch in die Planung der Rehabilitation und der Nachsorgephase mit einbezogen werden. Dies kann durch individuelle (betriebliche) Absprachen oder durch vertragliche Vereinbarungen mit entsprechenden Dachverbänden geschehen.

- ***Zuständigkeiten und Angebote bekannter machen***

Das gegliederte System der Rehabilitation hat zur Folge, dass es sehr viele Anbieter gesundheitsfördernder Maßnahmen mit einem ebenso großen Katalog an unterschiedlichen Leistungen gibt. Wer wann für was zuständig ist, ist für den einzelnen oder den Betrieb oftmals schwer zu durchschauen. Auch die Informations- und Beratungsangebote der verschiedenen Träger spiegeln naturgemäß diese Träger- und Angebotsvielfalt wider. Dadurch entsteht eine schwer zu überblickende Situation für die einzelnen Patienten oder die Betriebe, die dazu führt, im Zweifel eher eine Leistung nicht in Anspruch zu nehmen als sich mühsam im Informationsdschungel mit ungewissem Ausgang zu bewegen. Das Ziel kann allerdings nicht darin liegen, jetzt noch mehr Informationsbroschüren, Flyer

etc. zu Teilbereichen der Rehabilitation zu produzieren und damit die Informationsunübersichtlichkeit noch zu erhöhen.

Der richtige Weg – so das SGB IX – besteht darin, die bestehende Komplexität zu reduzieren. Sinnvoll wäre eine gute und umfassende Informationsbroschüre, die von einer neutralen Stelle herausgegeben werden könnte (zum Beispiel von den Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation). Darin sollten alle Voraussetzungen und Zugangswege zu Prävention, Vorsorge und Rehabilitation aufgezeigt und die Zuständigkeiten beschrieben werden. In Verbindung hiermit erscheint es sinnvoll, die Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation als die Anlaufstelle für Fragen zum Themenbereich Rehabilitation darzustellen. Die Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation sind bereits jetzt die Einrichtung, in der sich die Vielfalt der Rehabilitationsträger widerspiegelt und konzentriert zum Ausdruck kommt. Diese vorhandene Struktur ist zu nutzen, um die beschriebene Situation des Überangebots an Informationen zu bewältigen. Die Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation müssen sich in der Region als der zentrale Ansprechpartner in Sachen Prävention, Rehabilitation und betriebliche Gesundheitsförderung bekannt machen und sich den Betrieben anbieten. Hierbei müssen sie von den Rehabilitationsträgern, gleich ob im Front- oder im Back-Office der Servicestellen aktiv, entsprechend unterstützt werden.

- ***Einheitlicher Rehabilitationsantrag***

Für die Beantragung von Rehabilitationsmaßnahmen gibt es jeweils eigene Vordrucke der gesetzlichen Krankenversicherung und der gesetzlichen Rentenversicherung. Da es für den Arzt, der die Rehabilitation anregt, in seinem Praxisalltag oftmals schwer zu erkennen ist, ob die gesetzliche Rentenversicherung oder die gesetzliche Krankenversicherung der zuständige Rehabilitationsträger ist, sollte für den Antrag ein gemeinsamer Vordruck der Renten- und Krankenversicherung entwickelt werden. Auch der Rehabilitationsplan der Rehabilitationsträger sollte auf einem einheitlichen Vordruck erstellt werden. Dies entspricht der Intention des SGB IX.

- ***Verwaltungsabläufe und -prozesse ganzheitlich ausrichten***

Die Bearbeitung eines Antrags auf Leistungen zur Teilhabe verlangt den Blick auf das Ganze. Der konzeptionelle Bezugsrahmen der Rehabilitation in Deutschland – die ICF – verlangt eine ganzheitliche Betrachtungsweise. Im Übrigen erwartet dies auch das SGB IX. Egal, bei welchem Rehabilitationsträger ein Antrag eingeht: Dieser Rehabilitationsträger hat die Verpflichtung, den Rehabilitationsbedarf umfassend zu prüfen und allein oder in Abstimmung mit weiteren Rehabilitationsträgern die notwendigen Teilhabeleistungen festzustellen und zu erbringen.

Die Organisation von Verwaltungsabläufen und -prozessen ist je nach den individuellen und örtlichen Gegebenheiten (zum Beispiel die Größe einer Verwaltung, räumliche Bedingungen etc.) unterschiedlich gestaltet. Vorherrschend ist jedoch der Typus der vorgangsbezogenen Sachbearbeitung. Erst das Stellen eines Antrags auf Leistungen zur Teilhabe löst ein behördliches Handeln aus und dies wiederum zentriert sich auf den jeweils eigenen Rehabilitationsauftrag. Notwendig wäre zum einen aber eine Abkehr vom rein reaktiven Handeln eines Rehabilitationsträgers hin

zu einem präventiv ausgerichteten und den individuellen Bedarf frühzeitig erkennenden aktiven Handeln („aufsuchende Reha“). Zum anderen muss sich aus dem heutigen Typ des Sachbearbeiters ein Rehabilitationsbetreuer entwickeln, der sich überwiegend mit der Frage des tatsächlich im Einzelfall bestehenden Rehabilitationsbedarfes, der Bereitstellung des dazu passenden optimalen Rehabilitationsangebotes, der notwendigen Vorbereitung und Nachsorge wie auch der Verzahnung mit den übrigen Akteuren des Gesundheitswesens beschäftigt.

- ***Gemeinsame Servicestellen leistungsfähiger gestalten***

Mit dem SGB IX hat der Gesetzgeber nicht nur ein Bekenntnis zum gegliederten System der Rehabilitation abgegeben, sondern er hat mit den Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation auch den Ort geschaffen, an dem die Schnittstellenprobleme des gegliederten Systems ausgetragen und gelöst werden. Dazu hält das SGB IX in § 22 einen umfassenden Aufgaben- und Kompetenzkatalog der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation vor. Im Zentrum dieser Aktivitäten der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation steht der einzelne behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch. Dieser kann sich mit seinen Problemen an die Gemeinsame Servicestelle für Rehabilitation wenden. Dies ist in dem jeweiligen Einzelfall auch richtig, wenn man die Gemeinsame Servicestelle für Rehabilitation als „Advokat“ für den einzelnen behinderten Menschen betrachtet.

In die Beratungstätigkeit der Arbeit der Gemeinsamen Servicestelle sollte – wenn es der Betroffene wünscht – die Selbsthilfe einbezogen werden und die Kosten hierfür sollten von der Gemeinsamen Servicestelle getragen werden.

Das SGB IX und vor allem die seit kurzem in der Bundesrepublik Deutschland geltende UN-Behindertenrechtskonvention gehen aber von einem Anspruch des behinderten Menschen auf eine umfassende Teilhabe aus. So sind Teilhabeleistungen immer unter Berücksichtigung des persönlichen Umfeldes umfassend zu prüfen. Im Falle erwerbstätiger Menschen mit Behinderungen ist dies die betriebliche Sphäre. Somit rückt in den Fokus der Aufgabenstellung der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation der Betrieb und damit Aufgaben im Zusammenhang mit der betrieblichen Gesundheitsförderung. Insbesondere kleine und mittlere Unternehmen haben Schwierigkeiten, sich in der Angebotsvielfalt der gesetzlichen Träger und Dienstleister zurecht zu finden. Aufgabe der Gemeinsamen Servicestelle für Rehabilitation – als Ort trägerübergreifender Vernetzung aller Rehabilitationsakteure – muss es sein, diese Betriebe durch diese Angebotsvielfalt zu lotsen und den Betrieben maßgeschneiderte Angebote zu unterbreiten.

- ***Ergebnisqualität der Rehabilitation besser dokumentieren***

Vor dem Hintergrund knapper Ressourcen und steigendem Rehabilitationsbedarf steigt die Bedeutung für Belege der Ergebnisqualität medizinischer Rehabilitationsleistungen. Das Schlaglicht fällt dabei insbesondere auf die stationäre Rehabilitation. Es gibt zahlreiche Belege für die Effektivität und Effizienz medizinischer Rehabilitationsleistungen im Hinblick auf die Besserung klinischer Symptomatik und verschiedener Kontextfaktoren

(zum Beispiel Reduktion von Arbeitsunfähigkeitszeiten, familiäre Unterstützung). Auch Belege für die wirtschaftliche Erreichung der Zielsetzung der medizinischen Rehabilitationsleistungen und Nachsorge im Sinne von gesundheitsökonomischen Analysen (vor allem Kosten-Nutzen-Analysen, Kosten-Ergebnis-Analysen) existieren inzwischen, allerdings noch nicht in einem substantiellen Umfang und teilweise uneinheitlich hinsichtlich der Zielkriterien und Untersuchungsverfahren.

Die Ergebnisqualität orientiert sich am gesetzlichen Auftrag der Rehabilitation:

- Die möglichst weitgehende Wiederherstellung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit.
- Die Sicherstellung der beruflichen Teilhabe, in der Regel die erfolgreiche Wiedereingliederung in den Beruf, wo nötig auch mit Hilfe technischer Unterstützung oder persönlicher Assistenz.
- Die Sicherstellung der Teilhabe generell.

Zu beachten ist zudem die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung im Sinne einer positiven Kosten-, Nutzenrelation.

Komponenten einer verstärkt gesundheitsökonomischen Betrachtung der Ergebnisqualität von Rehabilitationsmaßnahmen sind unter anderem:

- Nahtlosigkeit der Rehabilitationsphasen
- Geringe Arbeitsunfähigkeitsdauer
- Erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung (Quote)
- Angemessene Leistungsausgaben
- Angemessene Verwaltungsausgaben
- Schnelle Versicherungsfallentscheidung
- Zeitnaher persönlicher Erstkontakt
- Geringer Zeitbedarf bis zur beruflichen Wiedereingliederung
- Externe Kundenzufriedenheit (Versicherte, gegebenenfalls Angehörige, Arbeitgeber, Werks- oder Betriebsarzt, behandelnder Arzt)

Hierzu werden der Aufbau einer fortlaufenden Routinekatamnese entsprechend der genannten Kriterien mit dem Ziel eines Klinikvergleichs (Benchmarkings) sowie weitere punktuelle, möglichst multizentrische und mehrere Messzeitpunkte umfassende Outcome-Studien mit dem Schwerpunkt Gesundheitsökonomie zur differenzierten Abschätzung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses bzw. der Effizienz rehabilitativer Maßnahmen vorgeschlagen.

- ***Kinder- bzw. Familienorientierte Rehabilitation stärken***

Die Bevölkerung in Deutschland wird weniger und älter. Für die Zukunftsfähigkeit unseres Landes sind also gesunde Kinder und Jugendliche von existenzieller Bedeutung. Ein wesentlicher Beitrag zum Erhalt der Gesundheit der Kinder ist die Kinderrehabilitation bzw. unter Einbeziehung der Familie die familienorientierte Rehabilitation. Ausgaben der Rehabilitationsträger für solche Leistungen sind deshalb immer eine Investition in die Zukunft – für die Kinder und Jugendlichen, ihre Familien und die Gesellschaft. Die Rehabilitationsträger sollten deshalb – selbst in Zeiten

knapper Budgets – diesen Leistungen einen hohen Stellenwert einräumen. Da die gesetzliche Krankenversicherung und die gesetzliche Rentenversicherung gleichrangig für die Kinder- bzw. Familienorientierte Rehabilitation zuständig sind, bietet es sich an, trägerübergreifend die Ressourcen zu bündeln und gemeinsame Angebote zu entwickeln. Aufeinander abgestimmte und gebündelte Leistungen im Sinne einer Gesamtmaßnahme sind effektiver und effizienter als viele Einzelmaßnahmen, sie sind damit auch ökonomischer und erhöhen letztlich auch die Compliance bei den Betroffenen. Eine finanzielle Deckelung dieser Maßnahmen oder sogar – wie in jüngster Vergangenheit diskutiert – eine Reduktion ist gesundheitsökonomisch und volkswirtschaftlich nicht zu vertreten, da die heute vermeintlich gesparten Ausgaben bei Ausbildung einer chronischen Erkrankung im späteren Erwachsenen- und Berufsleben dieser Kinder und Jugendlichen um ein Vielfaches erhöht sein werden. Gemeinsames Ziel muss es sein, die Schul-, Ausbildungs- und damit die künftige Erwerbsfähigkeit gesundheitlich angeschlagener Kinder und Jugendlicher nachhaltig zu verbessern.

## 5.2 Zielgruppen Arbeitgeber/Arbeitnehmer

### - ***Betriebliche Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation im Rahmen betrieblicher Maßnahmen unterstützen***

Jeder Arbeitgeber ist daran interessiert, dass seine Mitarbeiter gesundheitlich fit, leistungsfähig und leistungsbereit sind und ohne Einschränkungen bis ins Rentenalter arbeiten können: Einen wesentlichen Beitrag leisten die Arbeitgeber bereits im Bereich des gesetzlich verpflichtenden Arbeits- und Gesundheitsschutzes, der der Bekämpfung betrieblich bedingter Ursachen von Krankheiten und Unfällen dient. Auch aus einem Anstieg der Arbeitsunfälle in 2010 lässt sich keine Umkehr des langjährigen Trends mit abnehmenden Unfallzahlen entnehmen.

„Die Entwicklung der Arbeits- und Wegeunfälle zeigt aber auch, dass weiter verstärkte Anstrengungen unternommen werden müssen, um das bestehende hohe Niveau von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit in Deutschland zu halten und zu verbessern.“<sup>25</sup>

Eine darüber hinaus gehende freiwillige betriebliche Gesundheitsförderung kann einen weiteren Beitrag zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit leisten und ist heute wichtiger denn je. Denn die täglichen Kosten durch Fehlzeiten pro Mitarbeiter betragen je nach Unternehmen und Position zwischen 150 und 500 €<sup>26</sup>. Insgesamt werden durch Arbeitsunfähigkeit bundesweit jährlich rund 75 Mio. Ausfalltage verursacht.

Allein diese Zahl ist enorm, spiegelt jedoch nicht das gesamte Ausmaß der arbeitsbedingt verursachten Kosten wider, die durch vorübergehende Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung entstehen.<sup>27</sup>

<sup>25</sup> Bericht der Bundesregierung über Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, 2010, S. 6 ff.

<sup>26</sup> IKK-Gesundheitsbericht 2006

<sup>27</sup> Insgesamt belaufen sich Kosten für arbeitsbedingte Erkrankungen und Frühberentungen auf 43,9 Mrd. Euro im Jahr. Davon entfallen 33,4 Mrd. auf arbeitsbedingte vorübergehende Krankheiten und 10,5 Mrd. auf die arbeitsbedingte Frühberentung (Quelle: Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen und Frühberentungen in Deutschland, BKK Bundesverband, Juli 2006, Essen, S. 6).

Außerdem sind die ökonomischen Aspekte von Prävention und Rehabilitation gut belegt. Der return on investment soll in Deutschland zwischen 1 zu 3 und 1 zu 5 betragen.<sup>26</sup>

Die Gesundheit der Mitarbeiter sollte deshalb als Unternehmensziel verstanden werden. Betriebliche Gesundheitsförderung ist dann erfolgreich, wenn:

- die Unternehmensleitung und die Beschäftigten den Prozess aktiv unterstützen,
- das Erfahrungswissen der Beschäftigten in den Prozess eingebunden wird,
- Unternehmensleitung, die Schwerbehinderten- und Arbeitnehmervertretung gut kooperieren,
- das Programm nicht isoliert als „Insellösung“ organisiert wird, sondern dauerhaft an betriebliche Prozesse „andockt“,
- das Angebot ganzheitlich orientiert ist, also die betrieblichen Rahmenbedingungen und das Verhalten der Arbeitnehmer in die Analyse und Umsetzung einbezogen werden,
- ein angemessenes Kosten-/ Nutzenverhältnis besteht.

Einem funktionierenden betrieblichen Gesundheitsmanagement kommt somit eine besondere Rolle zu. Dabei sind die besonderen Bedürfnisse insbesondere von kleinen und mittelständischen Unternehmen zu beachten. Betriebliche Gesundheitsförderung hilft wertvolle Fachkräfte im Betrieb zu halten und dient damit als Wettbewerbsvorteil.

Um diese positiven Effekte zu verstärken und damit einen Beitrag zur Sicherung des Fachkräftebedarfs zu leisten, sind betriebliche Regelungen zur Gesundheitsförderung und zur Prävention zu empfehlen. Insbesondere die Kombination von gesundheitlicher Bildung und beruflicher Fortbildung wird in Zukunft an Bedeutung gewinnen.

Die Projektgruppe war sich einig, dass der Prävention und Rehabilitation im betrieblichen Setting mehr Bedeutung zukommen muss. Einig war sich die Gruppe auch darin, dass bei der Realisierung betriebsbezogener Modelle neue Wege beschritten werden müssen und neue Formen der Kooperation aller am betrieblichen Setting Beteiligten gefunden werden müssen (Arbeitgeber/Arbeitnehmer/Rehabilitationsträger). Die Selbstverwaltung der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg hat in einem Positionspapier „Prävention und Rehabilitation stärken“ Überlegungen zu bedarfsgerechten Budgetlösungen vorgelegt.

- **Betriebliches Eingliederungsmanagement**

Nach § 84 Abs. 3 SGB IX können Rehabilitationsträger die Einführung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements mit Prämien unterstützen. Diese Vorschrift spielt in der Praxis derzeit keine Rolle. Betriebe, die entsprechende Regelungen einführen, sollten von den Rehabilitationsträgern

<sup>26</sup> Berewinkel et. al 2011a.a.O., Bonitz, Eberle, Lück (2007) Wirtschaftlicher Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung aus Sicht von Unternehmen

unterstützt werden. Die Rehabilitationsträger sollten deshalb verbindliche Vereinbarungen über die gemeinsame Förderung von Betrieben treffen, die in vorbildlicher Art und Weise ein Betriebliches Eingliederungsmanagement eingeführt haben.

So ermöglicht ein effizientes und wirksames Betriebliches Gesundheitsmanagement ein Bündel an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb leisten einen Beitrag, um unter anderem Frühverrentung zu vermeiden und Unfälle zu verhindern. Eine aktive betriebliche Gesundheitspolitik ist ein geeigneter Ansatz hierfür. Investitionen in die Gesundheit der Beschäftigten tragen zudem dazu bei, die Arbeitsproduktivität zu erhöhen und die sozialen Sicherungssysteme zu entlasten.<sup>29</sup>

Es gilt gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen in den Betrieben zu schaffen und bestehende Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten (Betriebsvereinbarungen, Arbeitskreis Gesundheit, Budget bereitstellen) auszuschöpfen, um zur Förderung der Gesundheit der Beschäftigten beizutragen. Die gesetzliche Rentenversicherung sieht sich im Rahmen ihrer rechtlichen/finanziellen Möglichkeiten – neben Unfallversicherung/Krankenversicherung – hier gleichermaßen verpflichtet. Mit der Arbeitgeber- bzw. Firmenberatung „GeniAI“ liefert die Deutsche Rentenversicherung hierzu wertvolle Hilfestellung.

Die Thematik wird in der Projektgruppe „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ ausführlich bearbeitet.

- ***Eigenverantwortung und Eigeninitiative fördern und unterstützen***

Die Gesundheit von Mitarbeitern kann durch Arbeitsinhalte und Arbeitsbedingungen tangiert werden. Dies zeigt, dass man durch Verhältnisprävention und entsprechende Arbeitsbedingungen Einsparungen an den Krankheitskosten erzielen und die Gesundheit der Beschäftigten stärken kann.<sup>30</sup>

Auf der anderen Seite wird die Gesundheit der Mitarbeiter aber auch durch das persönliche Gesundheitsverhalten geprägt. Neben der Verhältnisprävention ist der Blick deshalb auch auf die Verhaltensprävention zu richten. Die Entstehung von chronischen Krankheiten hat in den westlichen Industriestaaten viel mit dem dort etablierten Lebensstil zu tun. Herz-Kreislauferkrankungen, Adipositas, Diabetes, das Metabolische Syndrom um nur einige wenige zu nennen haben auch mit unserem Ernährungs- und Bewegungsverhalten zu tun. Der Einzelne kann somit zur Verhinderung chronischer Krankheiten auch selbst beitragen. Der betrieblichen Gesundheitsförderung kommt dabei eine unterstützende Rolle zu.

Gesundheitsförderndes Verhalten ist nicht nur während der Arbeitszeit, sondern selbstverständlich auch im Rahmen der Freizeitgestaltung förderlich.

<sup>29</sup> „Führungsaufgabe Gesundheitsmanagement – Ein Modellprojekt im öffentlichen Sektor“ (Eckard Münch/Uta Waller/Bernhard Badura, 2003)

<sup>30</sup> Der DGB weist in diesem Zusammenhang auf den DGB Index „Gute Arbeit“ hin, nach dem im Jahr 2009 nur 12 Prozent gute Arbeitsplätze in Deutschland gemessen werden. Von Seiten der Arbeitgeber Baden-Württemberg e. V. wird diese Aussage ausdrücklich bestritten.

Prävention kann dann zum Ziel führen, wenn auf der Seite des Unternehmens die Bereitschaft gegeben ist, Maßnahmen mitzutragen und auf der Seite der Beschäftigten erkannt wird, dass rechtzeitige Prävention der Gesundheitserhaltung dient.

### 5.3 Zielgruppe Rehabilitationseinrichtungen

#### - **Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Rehabilitation durch Kooperation steigern**

Die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme erfolgt überwiegend noch in Form der mehrwöchigen stationären Rehabilitation im Abstand von mindestens vier Jahren. Im Grunde trägt dies den Erfordernissen einer adäquaten Behandlung chronischer Krankheiten nur ungenügend Rechnung. Chronische Krankheiten bedürfen einer kontinuierlichen, abgestimmten Behandlung. Zwar sind die Patienten in der Zeit vor bzw. nach einer Rehabilitationsmaßnahme in der Regel in der ambulanten Betreuung ihres Arztes; diese Phasen – Rehabilitation und ambulante Behandlung – müssen jedoch noch besser aufeinander abgestimmt werden.

Patienten profitieren, wenn sowohl die Zielsetzungen und Möglichkeiten, aber auch die Grenzen der ambulanten und der stationären rehabilitativen Versorgung bekannt sind. Die Beantwortung der Frage, welcher Patient in welcher Situation von welchem Angebot besonderen Nutzen hat, führt zu einem effektiveren Einsatz des ambulanten, stationären und vernetzten rehabilitativen Versorgungsangebots. Die zurzeit noch unzureichende zielgerichtete Steuerung in die richtigen Angebote mittels relevanter Ausgangskriterien beim Patienten, zum Beispiel

- soziodemographische Variablen,
- Erwartungen und
- Motivationen

darf nicht durch kurzfristige Kostenorientierung konterkariert werden. Durch entsprechende differentielle Untersuchungen können sinnvolle Zuführungen der Patienten entwickelt werden.

Die ambulante Rehabilitation ist eine weitere Säule der medizinischen Rehabilitation. Sie kann die stationäre Rehabilitation nicht ersetzen, sondern lediglich sinnvoll ergänzen. Insbesondere liegt der Vorteil in einer vernünftigen Verlinkung der ambulanten Rehabilitation als Bindeglied zwischen der stationären rehabilitativen Versorgung und der (Wieder-) Eingliederung in den Betrieb im Rahmen der beruflichen Teilhabeleistungen.

Die stationäre Rehabilitation und die ambulante Behandlung am Wohnort bzw. im Betrieb müssen als eine Einheit verstanden werden. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob die stationäre Rehabilitation immer als ein zusammenhängender Block erbracht werden muss. Denkbar sind auch Durchführungsformen in der zum Beispiel die dreiwöchige Rehabilitation gesplittet wird auf jeweils drei einzelne Wochen verteilt über einen mehrmonatigen Zeitraum (sogenannte Etappenheilverfahren). In den Zwischenzeiten könnte ein abgestimmtes ambulantes Behandlungs-

programm durch die Krankenversicherung ablaufen. Mit solchen Maßnahmenformen wird Neuland betreten. Umso wichtiger ist es, solche neuen Rehabilitationsformen wissenschaftlich begleiten zu lassen. Ein vermutterter Zuwachs an Effektivität und Effizienz muss durch eine Evaluation belegt werden.

Auch die Indikation beruflicher Teilhabeleistungen bzw. pflegerischer Teilhabeleistungen in die medizinische Rehabilitation sollte stärker verfolgt werden. Hier sind in besonderem Maße die Rehabilitationseinrichtungen gefordert, entsprechende Überlegungen anzustellen und entsprechende Modelle zu konzipieren.

Interessante Ansätze gibt es im Suchtbereich, so zum Beispiel die landesweit vollzogene Bildung von Suchthilfenetzwerken. Auf Landkreisebene kooperieren die Anbieter der psychosozialen Suchthilfe, der Suchtméizin, des bürgerschaftlichen Engagements und der Rehabilitationsträger verbindlich miteinander, um die optimale Versorgung suchtkranker Menschen sicherzustellen. Aber auch Integration unterstützende Maßnahmen nach einer erfolgreichen Drogenentwöhnung sind sehr erfolgversprechend.

Darüber hinaus muss auch die Selbsthilfe mit ihrem Anliegen stärker in den Rehabilitationskliniken verankert sein (vgl. hierzu die nachfolgenden Ausführungen).

- **Regelhafte Kommunikation mit der Selbsthilfe**

Das SGB IX hat die Sichtweise der Patienten als neue Perspektive in die Rehabilitation eingeführt. Zahlreiche Vorschriften geben den Patienten eine andere, stärkere Stellung im Rehabilitationsprozess. Neben dieser individuellen Rechtsverbesserung hat das SGB IX aber auch die Stellung der Selbsthilfe und ihrer Organisationen stärker betont. Diesem anderen Verständnis der Rolle des Patienten und seiner Organisationen im Rehabilitationsprozess muss auch in den Rehabilitationseinrichtungen mehr Beachtung geschenkt werden. Die regelhafte Kommunikation zwischen den Rehabilitationseinrichtungen und der Selbsthilfe sollte selbstverständlich sein. Die Nachsorgeangebote der Selbsthilfe sollten selbstverständlich in der Klinik präsent sein und bei Bedarf in den Rehabilitationsprozess integriert werden. Die Nachsorgeangebote der Selbsthilfe können die nachhaltige Wirkung der Rehabilitation noch verstärken. Die Kriterien für eine selbsthilfefreundliche Rehabilitationseinrichtung sollten sich an folgenden Merkmalen orientieren:

1. Schon vor, aber auch während und nach dem Aufenthalt in der Rehabilitationseinrichtung sollten Selbsthilfepotentiale aktiviert und die Rehabilitanden ermutigt werden, in Selbsthilfegruppen zu gehen.
2. Die Hemmschwelle, Kontakt mit einer Selbsthilfegruppe aufzunehmen, ist für die Rehabilitanden oft recht hoch. So sind die Vorstellungen über das Funktionieren der Gruppen oft eher vage, die Erwartungen diffus und die Berührungsängste (zu) groß. Deswegen ist es von großer Bedeutung, den Rehabilitanden bereits während der Rehabilitationsmaßnahme Informationen über die Möglichkeiten und Chancen,

die Selbsthilfegruppen bieten, zu geben. Rehabilitanden sollten bei der Aufnahme von Kontakten mit Selbsthilfekontaktstellen an ihrem Heimatort aktiv unterstützt werden.

3. Es existieren in vielen Rehabilitationskliniken Wissenslücken und Schnittstellenproblematiken, so dass Selbsthilfebeauftragte als verlässliche Ansprechpartner notwendig sind.
4. Um die Arbeit von Selbsthilfegruppen zu erkunden, sind Begegnungsmöglichkeiten herzustellen. Wichtig ist dabei, Rehabilitanden an Ort und Stelle (der Rehabilitationsklinik) „abzuholen“, um ihnen bereits dort Chancen und Möglichkeiten der Selbsthilfe aufzuzeigen. Das gilt auch für die zunehmende ambulante Rehabilitation.
5. Der Verweis auf Selbsthilfegruppen und entsprechende Vermittlungsmöglichkeiten durch Selbsthilfekontaktstellen und landesweit arbeitende Selbsthilfeorganisationen für die Zeit nach der Entlassung sollte unter Berücksichtigung der jeweiligen Ausgangserkrankung erfolgen. Gerade im Bereich von psychosomatischen und psychischen Erkrankungen sowie bei Erkrankungen des Skeletts bieten Selbsthilfekontaktstellen gute Vermittlungsmöglichkeiten.
6. Die Entwicklung und Realisierung von Kriterien einer „Selbsthilfe-freundlichen Rehabilitationsklinik“ kann eine strukturierte Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und Kliniken auf örtlicher oder auch überregionaler Ebene maßgeblich unterstützen.

Im Ergebnis muss ein konstruktives Zusammenwirken zum Nutzen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erreicht werden, das nicht mehr nur vom Engagement einzelner Personen (in Rehabilitationseinrichtungen und/oder der Selbsthilfe) abhängt oder mehr oder weniger dem Zufall überlassen wird. Im Qualitätssicherungsprogramm der Rehabilitation müssen derartige Bemühungen herausragend bewertet und finanziert werden.

- **Organisierte Nachbetreuung sichert den Erfolg**  
Präventions- und Rehabilitationsleistungen sind erfolgreich. Die für einen langfristigen Erfolg notwendigen Verhaltens- und Lebensstiländerungen sind Prozesse, die im Rahmen einer Präventions- oder Rehabilitationsleistung eingeleitet werden können, die aber oft noch nicht ausreichend verfestigt sind. Rehabilitationseinrichtungen müssen daher die Information und die Motivation des Rehabilitanden über qualifizierte Nachsorgeangebote als Kernaufgabe verstehen. Die Nachsorge garantiert die Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges insbesondere mit der langfristigen Sicherung der beruflichen Integration und der größtmöglichen Selbstständigkeit in der Alltagsbewältigung.
- **Psychische (Ko-)Morbidity in den Rehabilitationskonzepten berücksichtigen und „Medizinlastigkeit“ der Rehabilitation senken**  
Für die zur Bewältigung der chronischen Erkrankung notwendigen Verhaltens- bzw. Lebensstiländerung müssen Rehabilitationskonzepte und -

Maßnahmen stärker pädagogische und vor allem psychologische/psychotherapeutische Behandlungsansätze gewichten. Hier muss sowohl von Seiten der Leistungs- als auch der Klinikträger über entsprechende Verschiebungen in der Strukturqualität nachgedacht werden. In der Umsetzung der ganzheitlichen Grundkonzeption im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells (siehe oben) ist die Rehabilitation nach wie vor zu „medizinlastig“. Der ganzheitliche Ansatz sollte sich in der Teamgestaltung und in der Leitungsverantwortung widerspiegeln. So sollte in Rehabilitationskliniken somatischer Indikationen ein deutlich höherer Anteil der Psychologen am Gesamtteam vorgehalten werden. Psychosomatische und Suchtrehabilitationskliniken sollten auch von einem Psychologischen Psychotherapeuten geführt werden können.

Nicht zuletzt ist die zu starke inhaltliche und organisatorische Ausrichtung von Rehabilitationskliniken an Akutkliniken zu hinterfragen. Multimorbidität sowie der ganzheitliche Behandlungsansatz lassen vielfach eine primär „indikationsorientierte“ Fall- und Behandlungssteuerung fraglich erscheinen.

#### 5.4 Zielgruppe Politik

- ***Bedarfsgerechte Rehabilitationsbudgets tragen dazu bei, Altersarmut vorzubeugen***

Das mit dem Konzept „Regierungsdiallog Rente“ angestrebte Ziel, Bedürftigkeit im Alter zu vermeiden, greift zu kurz. Die darin gemachten Vorschläge einer „Zuschussrente“ bzw. einer „Kombirente“ sind Maßnahmen, die davon ausgehen, dass Altersarmut bereits eingetreten ist. Wichtig ist daher, Altersarmut erst gar nicht entstehen zu lassen. Die beste Absicherung gegen Altersarmut ist ein möglichst lückenloser Versicherungsverlauf. Voraussetzung hierfür sind aber gesunde und qualifizierte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Um dies zu unterstützen, bedarf es eines aktiven Rehabilitationsverständnisses und einer Rehabilitationspraxis, die auf die Betroffenen zugeht, um eine Chronifizierung ihres Leidens gar nicht erst entstehen zu lassen. Im Gegenzug benötigt der Rehabilitationsträger die erforderlichen finanziellen Mittel und administrativen Instrumente.

Während zum Beispiel bei der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich keine Deckelung des Rehabilitationsbudgets besteht, orientiert sich die jährliche Anpassung des Budgets für Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung nicht am Bedarf, sondern an der Brutto-lohntentwicklung. Dies hat dazu geführt, dass die Schere zwischen dem Bedarf und den zur Verfügung stehenden Mitteln in den letzten Jahren immer weiter auseinander gegangen ist. Ein Lösungsweg könnte sein, den Budgetdeckel grundsätzlich aufzuheben und in die Verantwortung der Selbstverwaltung zu übergeben. Damit würden Gestaltungsspielräume bei der Leistungsgewährung (zum Beispiel Kombimodelle, abgestimmte Maßnahmen mit Krankenkassen und der Bundesagentur für Arbeit) entstehen. Um Mehrausgaben für die Rentenversicherung insgesamt zu vermeiden, könnte zum Beispiel ein einheitliches Budget für Prävention, Rehabilitation und Renten in der gesetzlichen Rentenversicherung geschaffen werden.

Mehrausgaben in der Rehabilitation müssten sich dabei durch Minderausgaben bei den Erwerbsminderungsrenten finanzieren.

Sollte am gedeckelten Budget grundsätzlich festgehalten werden, muss das Budget am belegten Bedarf bemessen und zum Beispiel mit einem demographischen Faktor versehen werden. Für „versicherungsfremde“ Aufgaben wie Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen und die stufenweise Wiedereingliederung müssten zusätzliche Finanzierungsmittel außerhalb des Budgetdeckels zur Verfügung gestellt werden.

- ***Korrektur von Fehlanreizen bei der GKV***

Eine umfassende Ausschöpfung des Rehabilitationspotenzials wird dadurch gefördert, dass der Maßnahmenträger auch von dem Ergebnis der Rehabilitations- oder Präventionsmaßnahme profitiert. Wenn sich der Erfolg einer Rehabilitationsmaßnahme zu Lasten der GKV in Kostenersparnissen der Pflegeversicherung realisiert, bestehen für die GKV nur bedingt Anreize zur Durchführung entsprechender Maßnahmen. Gleiches gilt für den Bereich der Prävention, wenn der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich dazu führt, dass mit höherer Morbidität der Versicherten auch höhere Zuweisungen verbunden sind.

Die Vertreter des DGB weisen darauf hin, dass der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich aus ihrer Sicht bewirkt, dass die Mittel zielgenauer verteilt werden. Während die Zuweisungen für gesunde Versicherte noch immer über den Kosten für ebendiese liegen, liegen die Zuweisungen für kranke Versicherte unterhalb der durchschnittlichen Kosten. Statt der „Jagd“ nach guten Risiken, ist es für eine Krankenkasse strategisch sinnvoller, sich auf eine wirtschaftliche, qualitativ hochwertige und effiziente Versorgung zu konzentrieren, um ihren Versorgungsauftrag gegenüber ihren Versicherten zu erfüllen und im Wettbewerb bestehen zu können. Dass gesunde Versicherte das beste Risiko darstellen, ist unbestritten, gerade daher ist es lohnend auch weiterhin in Prävention zu investieren. So werden bislang lediglich 80 Krankheiten für Zuweisungen berücksichtigt. Weitere kostenintensive Volkserkrankungen wie bspw. Rheuma, Asthma, Diabetes und Herzkrankungen sind nicht oder nur unzureichend berücksichtigt.

- ***Aufhebung des „4-Jahresintervalls“***

Die Rehabilitationsträger bestimmen im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen, ob Teilhabeleistungen erforderlich und erfolgversprechend sind. Im Hinblick auf die demographische Entwicklung sind die Vorschriften, nach denen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der Regel nicht vor Ablauf von vier Jahren durchgeführt werden sollen, nicht mehr zeitgemäß (§ 40 Abs. 3 SGB V, § 15 Abs. 3 SGB VI).

Die Ausgestaltung und Umsetzung des volkswirtschaftlich sinnvollen Grundsatzes „Prävention vor Rehabilitation vor Rente/Pflege“ sollte verstärkt in die Hände der Selbstverwaltung gelegt werden.

- ***Ergänzung des Beihilferechtes***

Für den Bereich der Beamten bestehen im Beihilferecht derzeit keine Möglichkeiten für Präventionsleistungen. Das Beihilferecht sollte um entsprechende Vorschriften ergänzt werden, um auf die Zunahme älterer

Beamter und die spätere Pensionierung dieser Gruppe adäquat reagieren zu können.

- ***Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation: auch ambulant***

Bislang kann die gesetzliche Rentenversicherung nach § 31 Abs. 1 Nr. 4 SGB VI nur stationäre Heilbehandlungen für Kinder finanzieren. Diese Einschränkung ist überholt. Eine wirksame Kinder-Rehabilitation muss immer das Lebensumfeld der Familie einbeziehen. Um die Nachhaltigkeit der Kinder-Rehabilitation zu erhöhen, sind daher insbesondere Kombi-Maßnahmen mit stationären und ambulanten, wohnortnahen Abschnitten zu empfehlen.

Auch Nachsorgeleistungen nach einer Kinderrehabilitation darf die gesetzliche Rentenversicherung derzeit nicht erbringen. Um die Nachhaltigkeit des Erfolgs einer Kinderrehabilitationsmaßnahme wirksam zu erhöhen ist es deshalb notwendig, dieses Leistungsverbot aufzuheben.

- ***Die Rehabilitation in die Ausbildung von Ärzten und Psychologen integrieren***

Die Rehabilitation hat sich als dritte Säule in der Gesundheitsversorgung etabliert. Bei der Ausbildung der Ärzte und Psychologen führt sie dagegen nach wie vor ein Schattendasein. Die Rehabilitation muss fester Bestandteil dieser Ausbildungen werden. Darüber hinaus muss bei der Facharzt-ausbildung die Rehabilitation für Mediziner attraktiver gestaltet werden. Durch die Gründung von Stiftungsprofessuren für Rehabilitationsmedizin, Rehabilitationspsychologie und auch Rehabilitationspflege kann das Ansehen der Rehabilitation in den jeweiligen Professionen weiter erhöht werden.

## 6. Beispiele, die überzeugen

**Name:** Betsi („1+12“)

**Projektträger:** Modellprojekt der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, Bund und Westfalen (gegebenenfalls GKV)

**Zielgruppe:** Arbeitnehmer mit gesundheitlichen Auffälligkeiten

**Inhalt:** Ein Konzept zur frühzeitigen und teilhabeorientierten Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit von erwerbstätigen Versicherten. Diese Präventionsleistung wird in stationärer und ambulanter Form kombiniert durchgeführt und findet in Kooperation mit Arbeitgebern und Krankenkassen statt.



**Weitere Informationen:** [ulrich.hartschuh@drv-bw.de](mailto:ulrich.hartschuh@drv-bw.de)

**Name:** Adipositas-Modell „Dicke Kinder“

**Projektträger:** Stationärer Teil: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg  
Ambulante Nachsorge: AOK Baden-Württemberg

**Zielgruppe:** Adipöse Kinder und Jugendliche

**Inhalt:** Durch die Kombination von stationärer Kinderrehabilitation und ambulantem Patientenschulungsprogramm soll eine langfristige Gewichtsreduktion unter Einbeziehung des Lebensumfeldes bei adipösen Kindern und Jugendlichen erreicht werden.



**Weitere Informationen:** [regina.manni@drv-bw.de](mailto:regina.manni@drv-bw.de)

<b>Name:</b>	BISS – Berufliche Integration nach stationärer Suchtbehandlung
<b>Projektträger:</b>	Rehaklinik Freiolsheim, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
<b>Zielgruppe:</b>	Rehabilitanden nach regulär abgeschlossener Drogenrehabilitation
<b>Inhalt:</b>	Förderung der langfristigen beruflichen Integration in den ersten Arbeitsmarkt von ehemals Suchtmittelabhängigen nach regulärem Abschluss einer Drogen-Rehabilitation. Individuelles Fallmanagement in Kooperation mit Versicherten, Arbeitgebern und Klinik. Evaluation durch Uni Freiburg.
<b>Weitere Informationen:</b>	klaus.marthoffer@drv-bw.de

<b>Name:</b>	JUST – Jugend-Sucht-Therapie für abhängigkeitskranke Jugendliche
<b>Projektträger:</b>	Jugendhilfe, GKV, GRV
<b>Zielgruppe:</b>	Jugendliche Suchtkranke
<b>Inhalt:</b>	Ein qualifiziertes Hilfsangebot an jugendliche Suchtkranke, das strukturelle Probleme bei der Finanzierung von pädagogischer Förderung von suchtkranken jungen Menschen bei gleichzeitigem Bedarf an Rehabilitations- und Eingliederungsmaßnahmen überwinden soll. Daher wird JUST im Rahmen einer Komplexpauschale trägerübergreifend von der Jugendhilfe (60 %), der GKV (20 %) und der GRV (20 %) finanziert.
	 <pre> graph LR     A[Entgiftungs- und Motivationsbehandlung] --&gt; B[JUST 9 Monate Behandlungsdauer]     B --&gt; C[Therapeutische Jugendwohngemeinschaft]     C --&gt; D[Drogenfreie berufliche / schulische und sozial integrierte Selbständigkeit] </pre>
<b>Problem:</b>	JUST wurde wegen Unterfinanzierung eingestellt. Nachfolgemodell geplant.
<b>Weitere Informationen:</b>	harald.kromer@drv-bw.de

<b>Name:</b>	IAK – Integrierte Ambulante Kompakttherapie für alkoholabhängige Menschen
<b>Projektträger:</b>	Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg und AOK Baden-Württemberg
<b>Zielgruppe:</b>	Alkoholabhängige Menschen, die einen Arbeitsplatz haben
<b>Inhalt:</b>	Frühintervention aus einer Hand vor allem im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements mit einem niedrighwelligen Zugang unter Einbeziehung des familiären Umfeldes.
	<pre> graph TD     A[IAK – 6 Wochen] --&gt; B[2 Wochen ambulante Entgiftung]     A --&gt; C[6 Wochen ambulante Entwöhnung/Entstigmatisierung]     B --- D[Leistung der Krankenkasse]     C --- E[Leistung der gesetzlichen Rentenversicherung] </pre>
<b>Weitere Informationen:</b>	klaus.marhofer@drv-bw.de

<b>Name:</b>	GeniAL – Generationenmanagement im Arbeitsleben
<b>Projektträger:</b>	Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
<b>Zielgruppe:</b>	Kleine und mittlere Unternehmen (KMU)
<b>Inhalt:</b>	<p>Erläuterung der regionalen Demographie und der Rahmenbedingungen.</p> <p>Aufzeigen von Handlungsfeldern und Handlungsinstrumenten.</p> <p>Vermittlung von teilhaberorientierten Unterstützungsmöglichkeiten durch die Deutsche Rentenversicherung und Leistungen von Netzwerkpartnern.</p>
<b>Weitere Informationen:</b>	elisabeth.benoehr@drv-bw.de

<b>Name:</b>	Kombinierte Rehabilitation – gemeinsame Rehabilitation für demenzkranke Menschen und ihre pflegenden Angehörigen
<b>Projekträger:</b>	Krankenkasse (bzw. Pflegekasse) für demenzkranke Menschen  Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg für erwerbstätige, pflegende Angehörige
<b>Zielgruppe:</b>	Erwerbstätige Versicherte, die ein an Demenz erkranktes Familienmitglied pflegen
<b>Inhalt:</b>	Um die Erwerbstätigkeit von pflegenden Angehörigen möglichst langfristig zu erhalten, wird diesem Personenkreis in der Rehaklinik Klausenbach eine medizinische Rehabilitation ermöglicht bei gleichzeitiger Versorgung des pflegebedürftigen demenziell Erkrankten.
	
<b>Weitere Informationen:</b>	<a href="mailto:michael.gross@drv-bw.de">michael.gross@drv-bw.de</a>

**Name:** Konflikt-Hotline

**Projekträger:** RehaZentren der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg gGmbH

**Zielgruppe:** Menschen, die an ihrem Arbeitsplatz von Konflikten oder Mobbing betroffen sind

**Inhalt:** Die betroffenen Menschen bekommen die Möglichkeit ihre Probleme darzustellen, erste Einschätzungen zur vorgetragenen Konfliktsituation sowie Hinweise für das mögliche weitere Vorgehen zu bekommen.  
Auf Wunsch können Adressen von regionalen Beratern, Therapeuten und anderen Experten bezogen werden. Ferner werden Fortbildungen für Experten (zum Beispiel Betriebsärzte und Unternehmen) durchgeführt.



**Weitere Informationen:** [www.mobbing-hotline-bw.de](http://www.mobbing-hotline-bw.de)

<b>Name:</b>	Aktion 1000plus
<b>Projektträger:</b>	Kommunalverband für Jugend und Soziales (KVJS)
<b>Zielgruppe:</b>	Geistig behinderte oder lernbehinderte Menschen
<b>Inhalt:</b>	<p>Der KVJS, die Regionaldirektion Baden-Württemberg der Bundesagentur für Arbeit und das Ministerium für Kultus, Jugend und Sport haben zur Förderung der beruflichen Teilhabe junger Menschen mit wesentlichen Behinderungen beim Übergang von der Schule in den allgemeinen Arbeitsmarkt eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen. Dadurch wird es dem KVJS ermöglicht, diesem Personenkreis eine berufliche Perspektive auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu eröffnen durch</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verzahnung von Berufsvorbereitung und beruflicher Bildung</li> <li>• Vorbereitung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt</li> <li>• Zusammenarbeit von Bundesagentur für Arbeit und Integrationsamt mit dem Ziel bis Ende 2013 eine flächendeckende Angebotsstruktur in Baden-Württemberg aufzubauen.</li> </ul>
<b>Weitere Informationen:</b>	<a href="http://www.kvjs.de">www.kvjs.de</a>

<b>Name:</b>	Patientenschulungen und Selbsthilfe MediClin Bad Rappenau
<b>Projektträger:</b>	MediClin Kraichgau Klinik Bad Rappenau sowie verschiedene Selbsthilfegruppen
<b>Zielgruppe:</b>	Patienten der Klinik Bad Rappenau
<b>Inhalt:</b>	Durch Seminare und Schulungen soll das während der Rehabilitation Erlernte und Erfahrene in die Lebensweise nach dem Aufenthalt in der Klinik einbezogen und aktiv umgesetzt werden. Es besteht eine enge Kooperation mit zahlreichen Selbsthilfegruppen wie zum Beispiel der Männergruppe Bad Rappenau oder der Frauenselbsthilfegruppe nach Krebs.
<b>Weitere Informationen:</b>	<a href="http://www.mediclin.de/kraichgauklinik">www.mediclin.de/kraichgauklinik</a>

<b>Name:</b>	Patienten-Selbsthilfe
<b>Projektträger:</b>	Rehaklinik Ob der Tauber Bad Mergentheim
<b>Zielgruppe:</b>	Stoma-Träger und von Darmkrebs Betroffene
<b>Inhalt:</b>	Die Rehaklinik Ob der Tauber sieht Patienten-Selbsthilfegruppen nicht als Konkurrenz, sondern vielmehr als wertvolle Hilfe und Unterstützung ihrer Arbeit. Der Besuch von Selbsthilfegruppen wird den Patienten empfohlen. Die Deutsche ILCO hat mit der Klinik Ob der Tauber eine kontinuierliche Zusammenarbeit entwickelt. Regelmäßig werden Vorträge gehalten unter anderem zum Thema „Darmkrebs und seine Folgen“.
<b>Weitere Informationen:</b>	<a href="http://www.reha-klinik-odt.de">www.reha-klinik-odt.de</a> <a href="http://www.ilco.de">www.ilco.de</a>

<b>Name:</b>	Psychosoziale Onkologie
<b>Projektträger:</b>	Parksanatorium Aulendorf und verschiedene Selbsthilfegruppen
<b>Zielgruppe:</b>	Patienten mit Tumorerkrankungen
<b>Inhalt:</b>	Professionelle Hilfe bei der Krankheitsverarbeitung. Dazu gehört auch die Vermittlung von professionellen und ehrenamtlichen Hilfsangeboten in Wohnortnähe sowie die Durchführung von kostenfreien Workshops
<b>Weitere Informationen:</b>	<a href="http://www.parksanatorium-aulendorf.de">www.parksanatorium-aulendorf.de</a>

<b>Name:</b>	Kooperation mit Patientenorganisationen
<b>Projektträger:</b>	Rehaklinik Quellenhof Bad Wildbad und die AMSEL (Aktion Multiple Sklerose Erkrankter)
<b>Zielgruppe:</b>	Menschen mit neurologischen Erkrankungen
<b>Inhalt:</b>	Die Rehaklinik Quellenhof als anerkanntes MS-Zentrum der Deutschen Multiplen Sklerose Gesellschaft arbeitet seit Jahren eng mit der Selbsthilfeorganisation AMSEL zusammen. Sie liefert wertvolle Informationen und Anregungen über die Bedürfnisse von Menschen mit neurologischen Erkrankungen, die in der konzeptionellen und inhaltlichen Weiterentwicklung der Klinik ständig Berücksichtigung finden.
<b>Weitere Informationen:</b>	<a href="http://www.quellenhof.de">www.quellenhof.de</a> <a href="http://www.amsel.de">www.amsel.de</a>

<b>Name:</b>	Selbsthilfe im Haus Renchtal – Fachklinik für suchtkranke Männer
<b>Projektträger:</b>	Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation (bwlv)
<b>Zielgruppe:</b>	Suchtkranke Männer
<b>Inhalt:</b>	Bereits während der Rehabilitationsmaßnahme wird für die Mitarbeit in einer Selbsthilfegruppe geworben und die Patienten werden dazu angehalten einen Termin mit der Suchtberatungsstelle zu vereinbaren. In den Behandlungsgruppen gehört die Thematisierung der Bedeutung der Selbsthilfegruppe für die Stabilisierung des Behandlungserfolges zum Therapieprogramm.
<b>Weitere Informationen:</b>	<a href="http://www.bw-lv.de">www.bw-lv.de</a> <a href="http://www.bw-lv.de/fk-hausrenchtal">www.bw-lv.de/fk-hausrenchtal</a>

<b>Name:</b>	Psychosomatische Rehabilitation unter besonderer Berücksichtigung der Selbsthilfe
<b>Projektträger:</b>	Celenus Klinik Bad Herrenalb
<b>Zielgruppe:</b>	Patienten mit seelischen Leidenszuständen und komorbiden Suchterkrankungen
<b>Inhalt:</b>	Bereits während des Klinikaufenthaltes kann eine Empfehlung für eine der zehn täglich stattfindenden Selbsthilfegruppen ausgesprochen werden. Ferner finden für alle Patienten regelmäßige Gesundheitsinformationen zu Selbsthilfegruppen statt. Auch werden Info-Meetings durch externe Mitglieder spezifischer Selbsthilfegruppen angeboten. Des Weiteren erfolgt die Vorbereitung und Unterstützung der Patienten hinsichtlich nachstationärer Selbsthilfe- und Kontaktmöglichkeiten vor Ort innerhalb bestehender Netzwerke.
<b>Weitere Informationen:</b>	<a href="http://www.celenus-kliniken.de">www.celenus-kliniken.de</a>

<b>Name:</b>	Ein Netzwerk für das Leben in Abstinenz
<b>Projektträger:</b>	Zieglersche Anstalten
<b>Zielgruppe:</b>	Menschen mit Alkohol-, Drogen-, Medikamenten- oder anderen Abhängigkeiten sowie Ess- und psychosomatischen Störungen
<b>Inhalt:</b>	<p>Die Zieglerschen Anstalten bieten in enger Zusammenarbeit mit ihren Kooperationspartnern umfassende Hilfe für die Zeit nach dem Klinikaufenthalt mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hilfe bei der Suche nach einer Selbsthilfegruppe am Wohnort</li> <li>• Unterstützung bei der Wiedereingliederung in den Beruf durch Zusammenarbeit mit betrieblichen Sozialdiensten</li> <li>• Empfehlen passender Beratungsstellen</li> <li>• Vermitteln geeigneter Ärzte und Ärztinnen am Heimatort</li> <li>• Stellen Kontakt zu Leistungsträgern her</li> <li>• Organisieren ggf. einen Platz in einer Adaptionseinrichtung</li> <li>• Sorgen für Kontakt und Austausch mit Ehemaligen</li> </ul>
<b>Weitere Informationen:</b>	<a href="http://www.zieglersche.de">www.zieglersche.de</a>

<b>Name:</b>	Die Selbsthilfe als ganzheitlicher Ansatz
<b>Projektträger:</b>	Schmieder Kliniken
<b>Zielgruppe:</b>	Menschen mit neurologischen Erkrankungen
<b>Inhalt:</b>	<p>An allen sechs Standorten engagiert sich der Baden-Württembergische Klinikverbund im Selbsthilfebereich mit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gründung, Betreuung und Beratung neurologischer Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeverbände</li> <li>• Ausrichtung von Veranstaltungen</li> <li>• Wissenschaftliche Kooperation</li> <li>• Kostenlose Bereitstellung von Räumlichkeiten und Sporteinrichtungen sowie Fachexperten als Vortragsreferenten</li> </ul>
<b>Weitere Informationen:</b>	<a href="http://www.kliniken-schmieder.de">www.kliniken-schmieder.de</a> <a href="http://www.aphasie-schlaganfall-bw.de">www.aphasie-schlaganfall-bw.de</a>

<b>Name:</b>	Zentrum Reha-Nachsorge
<b>Projektträger:</b>	Deutsche Rentenversicherung Bund
<b>Zielgruppe:</b>	Nachsorgepatienten und nachsorgende Institutionen
<b>Inhalt:</b>	Verankerung der Rehabilitationsnachsorge im Alltag durch den Aufbau einer bundesweiten Datenbank in der die breit gestreuten Aktivitäten für alle Beteiligten übersichtlicher und damit besser zugänglich gemacht werden. Über das Internetportal sollen sich nachsorgende Institutionen – wie Arztpraxen, Kliniken, Rehasentren, Sozialdienste, Selbsthilfegruppen – enger vernetzen und Patienten leichter wohnortnahe Ansprechpartner und Leistungsträger finden.
<b>Weitere Informationen:</b>	<a href="http://www.nachderreha.de">www.nachderreha.de</a>

<b>Name:</b>	KIRA (Kissinger Individualisierung in der Rehabilitation und Aktivität)
<b>Projektträger:</b>	Rehaklinik Am Kurpark, Bad Kissingen
<b>Zielgruppe:</b>	Patientinnen mit Mammakarzinom
<b>Inhalt:</b>	Im Rahmen eines Etappenheilverfahrens wird die Prognose von Patientinnen mit Mammakarzinom durch körperliches Training verbessert. Für die Rehabilitandinnen wird für die Rehabilitation und für die Zeit danach ein individuelles Trainingsprogramm erstellt. In der Zeit nach der Rehabilitation betreut der Physiotherapeut die Patientinnen telefonisch. Nach vier und nach acht Monaten erfolgt ein einwöchiger stationärer Aufenthalt in der Klinik. Dadurch wird eine nachhaltige Verbesserung des Lebensstils bewirkt.
<b>Weitere Informationen:</b>	<a href="http://www.rehaklinik-am-kurpark.de">www.rehaklinik-am-kurpark.de</a> <a href="http://www.frauenselbsthilfe">www.frauenselbsthilfe</a>

<b>Name:</b>	Betriebsärztlich begleitete Rehabilitation (BÄR)
<b>Projektträger:</b>	Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
<b>Zielgruppe:</b>	Betriebs- und Werksärzte
<b>Inhalt:</b>	Betriebsärzte sollen den Rehabilitationsbedarf von einzelnen Beschäftigten rechtzeitig erkennen und die Mitarbeiter zur Rehabilitationsantragsstellung motivieren. Durch BÄR werden der Prozess und die Ergebnisqualität der Rehabilitation wesentlich verbessert, insbesondere durch die Beschreibung der Anforderungen des konkreten Arbeitsplatzes und die verbesserte Nachbetreuung durch den Betriebsarzt.
<b>Weitere Informationen:</b>	<a href="mailto:ulrich.hartschuh@drv-bw.de">ulrich.hartschuh@drv-bw.de</a>

<b>Name:</b>	2 + 1
<b>Projektträger:</b>	Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
<b>Zielgruppe:</b>	Arbeitnehmer mit gesundheitlichen Auffälligkeiten
<b>Inhalt:</b>	Arbeitnehmer erhalten zur Versicherung ihrer Beschäftigungsfähigkeit ein dreiwöchiges stationäres Präventionsprogramm. Diese Präventionsleistung wird durch zwei Wochen Lohnfortzahlung des Arbeitgebers und die freiwillige Einbringung von einer Woche Freizeitausgleich durch den Arbeitnehmer finanziert.
	
	2 Wochen Entgeltfortzahlung + 1 Woche Freizeitausgleich
<b>Weitere Informationen:</b>	ulrich.hartschuh@drv-bw.de

<b>Name:</b>	Hausärztevertrag / Kinderärztevertrag
<b>Projektträger:</b>	Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
<b>Zielgruppe:</b>	Hausärzte/Kinderärzte
<b>Inhalt:</b>	Hausärzte/Kinderärzte erkennen den Rehabilitationsbedarf und motivieren zur Rehabilitationsantragstellung. Nach der der Rehabilitationsmaßnahme findet ein Rückkehrgespräch und nach 12 Monaten eine Nachbetrachtung statt.
<b>Weitere Informationen:</b>	ulrich.hartschuh@drv-bw.de

<b>Name:</b>	Etappenheilverfahren „3+1+1“
<b>Projektträger:</b>	Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
<b>Zielgruppe:</b>	Rehabilitanden mit Adipositas oder Typ-2 Diabetiker mit Übergewicht ohne schwerwiegende Spätkomplikationen
<b>Inhalt:</b>	Initial 3-wöchige stationäre Rehabilitation mit strukt. Schulungsprogrammen, ausgerichtet auf krankheitsspezifische Bewegung; Ernährung, therapeutische und psychologische Beratung. Erneute Aufnahme für jeweils eine Woche nach 6 und 12 Monaten.
	<b>Ziel:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Konsolidierung des erworbenen Wissens zur Erzielung von Nachhaltigkeit.</li> <li>• bisher Erreichtes aufzeigen</li> <li>• bei bestehenden Problemen Lösungsmöglichkeiten erarbeiten</li> <li>• Motivation zur Fortführung des veränderten Lebensstils</li> <li>• Eigenverantwortung stärken</li> </ul>
	<b>Tools:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztliche Untersuchung</li> <li>• Laborparameter</li> <li>• Ärztliche Vorträge</li> <li>• Diabetes-/Ernährungsberatung</li> <li>• Sport-/Bewegungsprogramm</li> <li>• Psychologische Unterstützung.</li> </ul>
<b>Weitere Informationen:</b>	zipse@reha-klinik-odt.de www.diabetikerbund.de

<b>Name:</b>	Rehabilitation erwerbsloser Kranker (REK)
<b>Projektträger:</b>	Bundesagentur für Arbeit, Deutsche Rentenversicherung, gesetzliche Krankenkassen
<b>Zielgruppe:</b>	Langzeitarbeitslose / von Langzeitarbeitslosigkeit bedrohte Menschen
<b>Inhalt:</b>	In den Modellregionen Freudenstadt/Calw und Heilbronn werden geeignete Personen von den Reha-Trägern identifiziert. Über die Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation wird in Fallkonferenzen ggf. unter Inanspruchnahme von Assessments ein Rehabilitationsplan entwickelt, um die berufliche Wiedereingliederung zu ermöglichen.
<b>Weitere Informationen:</b>	elisabeth.benoehr@drv-bw.de

<b>Name:</b>	Wiedereingliederung erwerbsgeminderter Rentner ins Arbeitsleben (WeRA)
<b>Projekträger:</b>	Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
<b>Zielgruppe:</b>	Zeitrentner bzw. Rentenantragsteller wegen Erwerbsminderung
<b>Inhalt:</b>	Durch Assessmentmaßnahmen wird ein individuelles Integrationsprofil erstellt und mit geeigneten Teilhabeleistungen wird die berufliche Wiedereingliederung ermöglicht.
<b>Weitere Informationen:</b>	elisabeth.benoehr@drv-bw.de

<b>Name:</b>	Behindertensport macht Schule
<b>Projekträger:</b>	Badischer Behinderten- und Rehabilitationssportverband (BBS)
<b>Zielgruppe:</b>	Kindern und Jugendlichen werden die vielfältigen Sportmöglichkeiten von Menschen mit Behinderung näher gebracht.
<b>Inhalt:</b>	Behindertensport macht Schule ist grundsätzlich für alle Alters- und Klassenstufen konzipiert und soll im Sportunterricht oder anlässlich von Projekttagen umgesetzt werden. Im Vordergrund stehen das Miteinander und natürlich der Spaß am Spiel und an der Bewegung. Neue Erfahrungen im Umgang mit dem Rollstuhl beim Rollstuhlbasketball und – rugby, beim Blinden-Torballspiel oder -Biathlon, sensibilisieren für unterschiedliche Lebenssituationen und rücken das gegenseitige Verständnis in den Blickpunkt. Sport und Spiel sollen auf ein Miteinander ohne Hemmschwellen und Barrieren vorbereiten. Behindertensport macht Schule spricht sportliche Bewegung, soziale Kompetenz, koordinative Fähigkeiten und Kreativität gleichermaßen an.
<b>Weitere Informationen:</b>	michael.eisele@bbrbaden.de

## 7. Kernbotschaften

*„Die Akutversorgung wird der Behandlung chronisch Kranker allein nicht gerecht. Die Rehabilitation und die Selbsthilfe müssen zur Vermeidung von Frühberentung und Pflege fester Bestandteil in einer Versorgungskette werden. Rehabilitation ist günstig, aber nicht umsonst zu haben.“*

**Hubert Seiter**

*„Bei der Weiterentwicklung der Rehabilitation und der Stärkung der Selbsthilfe geht es darum den betroffenen Menschen in den Mittelpunkt zu stellen. Die Verwirklichung einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen den am Rehabilitationsprozess Beteiligten und der Selbsthilfe wird ein Gewinn für alle sein. Dazu müssen sich die Prozessbeteiligten jedoch aktiv dafür einsetzen, dass Insellösungen überwunden sowie die Fragmentierung der Zuständigkeiten und der Finanzierung aufgehoben werden.“*

**Frank Kissling**

*„Wo Auftrag und Beitrag der Hauptamtlichen endet, sind die Betroffenen herausgefordert, das in der Rehabilitation Erlernte eigenverantwortlich im Alltag umzusetzen - und genau hier greift die Unterstützung und Ermutigung durch die Solidargemeinschaft Gleichgesinnter in den Selbsthilfegruppen.“*

**Rainer Breuninger**

*„Gute Arbeitsbedingungen sind die beste Prävention für die Gesundheit der Beschäftigten.“*

**Dr. Verena Di Pasquale**

*„Um sich auch zukünftig den Herausforderungen einer älter werdenden Gesellschaft erfolgreich zu stellen, ist die intelligente Vernetzung von Selbsthilfe und institutionellen Anbietern von Rehabilitationsleistungen notwendig.“*

**Lothar Daake**

*„Rehabilitation mit allen geeigneten Mitteln, um die Gesundheit der Versicherten möglichst vollständig wieder herzustellen.“*

**Karl Wirth**

*„Gesundheit ... das wichtigste Gut im Leben!“*

**Klaus-Michael Kalkbrenner**

*„Von einer erfolgreichen Rehabilitation profitiert nicht nur der einzelne Versicherte, sondern auch die Versichertengemeinschaft.“*

**Viktor Hartl**

*„Prävention und Rehabilitation helfen, Gesundheit und damit längere Beschäftigungsfähigkeit zu sichern – Unternehmen können hierbei unterstützen, aber nicht ohne die Mitwirkung der Beschäftigten.“*

**Karoline Bauer**

*„Prävention, Vorsorge und Rehabilitation helfen nicht nur den betroffenen Patienten, sondern entlasten auch unmittelbar die Systeme der sozialen Sicherung.“*

**Dr. Alexander M. Würfel**

*„Die Stärkung und Weiterentwicklung von Rehabilitation und Selbsthilfe ist eine wichtige Voraussetzung für die Umsetzung der Ziele und Schlüsselbotschaften der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg – und das nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Prognos-Studie, wonach jeder in der medizinischen Rehabilitation investierte Euro der Gesellschaft 5 Euro zurückbringt.“*

**Manfred Votteler**

*„Das Gesundheitswesen braucht den mündigen, eigenverantwortlichen und aufgeklärten Patienten und eine starke Patientenvertretung. Deshalb ist die Stärkung der Selbsthilfe und Rehabilitation ein zentrales Anliegen.“*

**Regina Steinkemper**

*„Auf dem Weg zum selbsthilfefreundlichen Rehabilitationswesen brauchen wir eine partnerschaftliche und systematische Kooperation, die die Selbsthilfegruppen in ihrer ehrenamtlich getragenen Autonomie gleichzeitig respektiert und stärkt.“*

**Dr. Ulrich Biechele**

*„Ganzheitliche Prävention und Rehabilitation im Heilbad oder Kurort stärken Körper, Geist und Seele, entlasten die Solidargemeinschaft, sichern Lebensqualität“*

**Prof. Rudolf Forcher**

*„Lebensgewinn durch erfolgreiche Rehabilitation/Gesundheitsförderung und Eigenverantwortlichkeit mit Unterstützung der Selbsthilfe“*

**Dr. Uwe Hoffmann**

*„Die Weiterentwicklung der Rehabilitation sowie des gesamten Gesundheitswesens kann nur unter Beteiligung der Patienten und ihrer Angehörigen erfolgreich angegangen werden, daher ist deren Beteiligung an den Planungs- und Entscheidungsprozessen und die notwendige Qualifizierung ihrer Vertreter sicherzustellen.“*

*„Rehabilitation ist unverzichtbar – damit der chronisch kranke Mensch nicht nur am, sondern im Leben bleibt“*

**Prof. Dr. Monika Reuss-Borst**

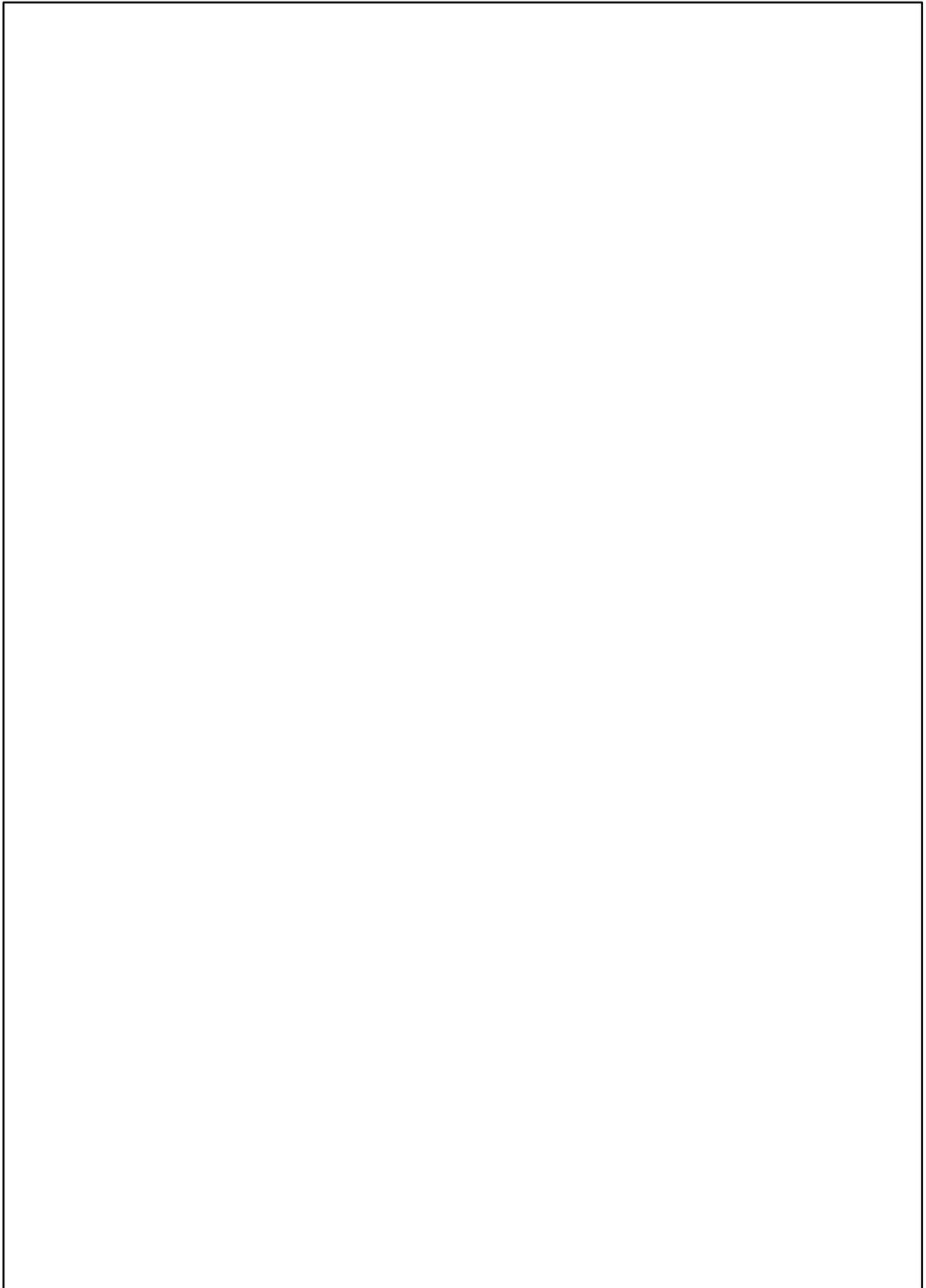
*„Das Gesundheitswesen steht vor einer massiven Umstrukturierung. Chronische multimorbide und psychische Erkrankungen werden dabei eine herausragende Rolle spielen. Die Rehabilitation mit ihrem ganzheitlichen Ansatz, die Prävention und die Selbsthilfe, sowie für die psychischen Erkrankungen die psychotherapeutische Versorgung, werden zentrale Säulen für deren Behandlung bzw. Bewältigung. Dies erfordert zwingend eine Umverteilung der verfügbaren finanziellen Ressourcen im Sinne eines höheren Anteils von Prävention und Rehabilitation an den Gesamtkosten für Gesundheit.“*

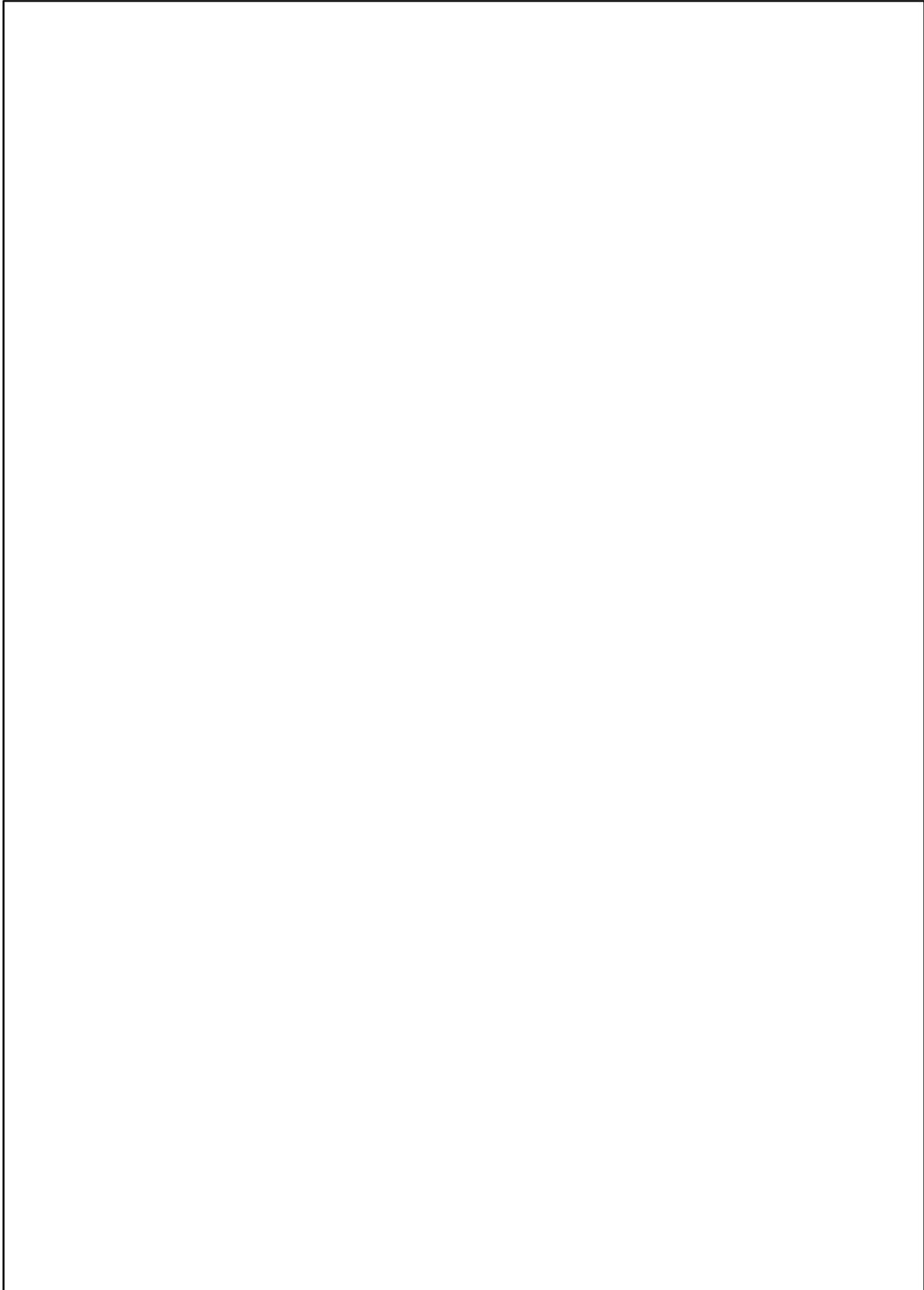
**Dr. Rüdiger Nübling**

**Notizen**

**Notizen**

**Notizen**





**Bundesarbeitsgemeinschaft der  
medizinisch-beruflichen  
Rehabilitationseinrichtungen e.V.**



BAG medizinisch-berufliche Rehabilitation  
c/o Neurologisches Rehazentrum Godeshöhe e.V.  
Waldstraße 2-10, 53177 Bonn

**stv. Vorsitzender**

**Rolf Radzuweit**

Per Mail an  
Sandra.carius@bga.de

c/o Neurologisches  
Rehabilitationszentrum  
Godeshöhe e.V.  
Waldstraße 2-10  
53177 Bonn  
fon 0228 / 381-220  
fax 0228 / 381-640  
r.radzuweit@godeshoehe.de

25.06.2015

**Stellungnahme gem. § 92 Abs. 5 Satz 1 SGB V als maßgebliche Spitzenorganisation der  
Leistungserbringer  
Änderung der Rehabilitations-Richtlinie (Re-RL): Vereinfachung  
Verordnungsverfahren/Qualifikationsanforderungen  
Bezug: Schreiben vom 05.06.2015**

Sehr geehrte Frau Carius,

die Bundesarbeitsgemeinschaft der medizinisch-beruflichen Rehabilitationseinrichtungen e.V. hat bezüglich der Änderung der Rehabilitationsrichtlinie zur Meinungsbildung auch den Bundesverband NeuroRehabilitation e.V. sowie die Deutsche Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation mit einbezogen.

Zusammenfassend wird festgestellt, dass gegen die Änderung der Rehabilitationsrichtlinie keine Bedenken bestehen.

Ausdrücklich begrüßt wird die Änderung des § 11 der Rehabilitationsrichtlinie. Die bisherige Regelung, dass zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nur Vertragsärztinnen bzw. Vertragsärzte, welche über besondere rehabilitationsmedizinische Qualifikationen verfügen, ermächtigt waren, hat zu einem deutlichen Nadelohr in der Beantragung von Leistungen geführt. Dies deshalb, weil eine flächendeckende Versorgung mit den entsprechenden Vertragsärzten bei weitem nicht gegeben war.

Dies hat dazu geführt, dass die Rehabilitationsleistungen partiell in den letzten Jahren bezüglich der Verordnungen rückläufig waren. Die mit der Rehabilitation von der Politik verbundenen Leitziele, nämlich „Reha vor Rente“, „Reha vor Pflege“ sowie in Anbetracht des demografischen Wandels im Hinblick auf die Arbeit bis 67 erforderlichen Maßnahmen, konnten mit der genannten Einschränkung nicht erreicht werden. Insofern wird außerordentlich begrüßt, dass durch die Neuregelung des § 11 der Rehabilitationsrichtlinie der Zugang zu Rehabilitationsleistungen erheblich verbessert wird.

Mit freundlichen Grüßen

  
Radzuweit  
stv. Vorsitzender

Bundesarbeitsgemeinschaft der medizinisch-beruflichen  
Rehabilitationseinrichtungen e.V. (Phase 2)  
Vereinsregister Staufer Nr. 359  
Vorstand: Dr. Josef Lechler (Vorsitzender),  
Rolf Radzuweit (stv. Vorsitzender), Karl-Heinz Hagemann,  
Kirstin Riedel, Prof. Dr. Michael Sailer, Hubert Seiler



Geschäftsstelle:  
Buchenhöhe 46 · 83471 Berchtesgaden  
www.mbReha.de

IBAN: DE32 69051410 000 7118345  
BIC: SOLADE33EN

BAR - Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation  
Salmstraße 18 - 60486 Frankfurt am Main

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Frau Dr. Sandra Carius  
Postfach 12 06 06  
10596 Berlin

Bundesarbeitsgemeinschaft  
für Rehabilitation e. V.  
Salmstraße 18  
Gebäude E  
60486 Frankfurt am Main

Telefon 069.60 50 18-0  
Telefax 069.60 50 18-29  
info@bar-frankfurt.de  
www.bar-frankfurt.de

Die Geschäftsführerin

im Zeichen	des Schreibens vom	Unser Zeichen	Anspruchsberechtigter	Durchwahl	Früher am Platz
SCA/Jan	5.6.2015	30-12-00-00	Dr. Thomas Stähler	-19	26.6.2015

**Änderung der Rehabilitations-Richtlinie (Re-RL): Vereinfachung Verordnungsverfahren / Qualitätsanforderungen**

**Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation gemäß § 92 Abs. 5 Satz 1 SGB V**

Sehr geehrte Frau Dr. Carius,

vielen Dank für die Gelegenheit, zu dem Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses zur beabsichtigten Änderung der Rehabilitations-Richtlinie Stellung nehmen zu können.

Zu den beabsichtigten Änderungen im Einzelnen äußern wie uns als BAR wie folgt:

Zu § 2 (vorweg)

Zu Abs. 3 Satz 1 regen wir eine Ergänzung um folgende Paragraphenangabe an: "... (unter Berücksichtigung) der §§ 20 und (21 SGB IX) ..."

Begründung: Die Einhaltung der Zertifizierungspflicht gem. § 20 ist nach § 21 Abs. 3 wesentliche Vertragsbedingung.

Zu § 4

Zu Abs. 1 regen wir folgende Umformulierungen der Sätze 1, 2 und 3 an:

„Medizinische Rehabilitation umfasst einen ganzheitlichen Ansatz im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells der Weltgesundheitsorganisation (WHO), um den im Einzelfall bestmöglichen Rehabilitationserfolg im Sinne der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, insbesondere in Familie, Arbeit und Beruf zu erreichen. Dieser Ansatz berücksichtigt neben dem Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit bei einem Menschen mit einem Gesundheitsproblem nicht nur die Auswirkungen dieses Gesundheitsproblems, sondern auch die möglichen Wechselwirkungen zwischen der Krankheit, Körperstrukturen und -funktionen, Aktivitäten und Teilhabe und den dabei individuell relevanten Kontextfaktoren (Umwelt- und Personbezogene Faktoren als Förderfaktoren und Barrieren). Die Auswirkungen und Wechselwirkungen können unter Nutzung der von der WHO verabschiedeten Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) beschrieben werden.“

Begründung: Die Aussagen hinsichtlich der inhaltlichen Grundlagen werden dadurch verständlicher und klarer (z.B. „Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“ als Oberbegriff gem. §§ 1, 4 u. 5 SGB IX), in dem sie noch besser in den systematischen Kontext zueinander gestellt werden. Hervorgehoben wird insbesondere die für die umfassende und personenbezogene Betrachtung **grundlegende** Bedeutung des bio-psycho-sozialen Modells der WHO, das der ICF zugrunde liegt.

Zu § 5

Zu Abs. 1 regen wir folgende Änderungen der Sätze 3 und 4 an:

„**Im Rahmen der Beratung wird auf das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten hingewiesen; ebenso sind hierbei die besonderen Erfordernisse der gesundheitsbezogenen Versorgung von Menschen mit Behinderungen zu beachten.**“

Begründung: Der Zusammenhang wird hierdurch insgesamt besser erkennbar.

Zu § 6

Vorbemerkung:

Soweit die generelle Zweistufigkeit mit der Neufassung dieser Regelung entfällt, wird dies begrüßt.

Zu Abs. 2 regen wir folgende Änderungen an:

(a) Neuer Satz 2:

„**In diesem Fall ist ausschließlich Muster 61 Teil A an die Krankenkasse zu übersenden.**“

Begründung: Das bislang nur in der Begründung eindeutig beschriebene Verfahren ergibt sich so auch unmittelbar aus dem Richtlinienentwurf.

(b) Neuer Satz 4:

**„Ist die Krankenkasse nicht zuständig, enthält der Vermerk unverbindliche Hinweise zu dem bei gegebener medizinischer Indikation ggf. zuständigen Rehabilitationsträger sowie die nach § 14 SGB IX zu erfolgende Zuständigkeitsklärung.“**

Begründung: Im Hinblick auf unklare Zuständigkeiten für erforderliche Leistungen wird hingewiesen auf die Regelung des § 14 SGB IX. Insoweit wird es als grundsätzlich sinnvoll eingeschätzt, wenn durch die im neugefassten Abs. 2 geschaffene Möglichkeit entsprechender Abklärungen im Vorfeld der eigentlichen Antragstellung eine zielgerichtete Antragstellung wahrscheinlicher wird. Dabei wird davon ausgegangen, dass diese Abklärung nicht zu erheblichen Verzögerungen bei der für die Versorgung des Patienten entscheidenden inhaltlichen Prüfung einer Reha-Bedürftigkeit durch einen zuständigen Rehabilitationsträger führen wird. Hintergrund ist, dass eine möglichst frühzeitige Erbringung von Rehabilitationsleistungen fachlich ganz überwiegend als in den meisten Fällen bedeutsam für den Rehabilitationserfolg - und mithin für eine bedarfsgerechte Patientenversorgung unabhängig von Zuständigkeitsfragen - eingeschätzt wird. Um dies sicherzustellen, scheinen verschiedene Wege denkbar, z.B. eine geringfügige Ergänzung des vorgesehenen Verfahrens wie vorgeschlagen.

(c) Ergänzung der tragenden Gründe Ziffer 2.5, dort neuer Satz 9:

„... sind auf Teil A des Musters 61 entsprechende Kriterien aufgeführt. **Im Zuge einer nach Inkrafttreten der neugefassten Richtlinie erfolgenden Überarbeitung des Musters 61 werden insbesondere diese Kriterien geschärft. Sofern...**“

Begründung: Es bleibt unklar, ob eine Überarbeitung des Musters 61 vorgesehen ist. Jedenfalls im Hinblick auf Teil A - möglicherweise auch im Hinblick auf die Teile B-D - erscheint dies als hilfreich, um die Vertragsärzte bestmöglich bei der Beurteilung der Zuständigkeit zu unterstützen.

*Zu § 8*

Hierzu schlagen wir folgende Ergänzungen vor:

„Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn ...  
- voraussichtlich nicht nur ... vorliegen, durch die ... droht, oder  
- Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen  
**und**  
- über die kurative Versorgung hinaus ...

- Zu den Beeinträchtigungen der Teilhabe gehört ... Inhaltlich sind ... auszuführen:
- welche Befunde zu den rehabilitationsrelevanten Schädigungen erhoben wurden,
  - welche ...
  - in welchem Umfang Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen vorliegen **oder drohen**,
  - welche ...
  - welche **medizinischen Risikofaktoren (zum Beispiel Suchtmittelmissbrauch)** bestehen."

Begründung: Durch die Änderungen werden die Voraussetzungen der Vorschrift klarer erkennbar.

#### *Zu § 10*

Zu dieser Bestimmung regen wir folgende Ergänzungen an:

- „Die Rehabilitationsprognose ist ...
- auf der Basis ..., insbesondere der Motivation **oder Motivierbarkeit** der oder des Versicherten **zur Rehabilitation, oder der Möglichkeit der Verminderung vorhandener Barrieren**
  - über die Erreichbarkeit ...
  - in einem notwendigen Zeitraum.
- ...“

Begründung: Die Ergänzungen vervollständigen den Inhalt der Norm. Angesichts der in § 9 vorgesehenen –dort durchaus nachvollziehbaren– Streichung „und Motivation oder Motivierbarkeit“ ist in § 10 Satz 1 der Begriff der Motivierbarkeit inhaltlich zu ergänzen; letztere ist gerade im Kontext der Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen von erheblicher Bedeutung, da bei diesen oftmals eine Motivation zur Rehabilitation zu Beginn der Entwöhnungsbehandlung noch nicht (ausreichend) vorhanden ist.

#### *Zu § 11*

Diesbezüglich möchten wir lediglich anmerken, dass die BAR jegliche rechtlichen Änderungen begrüßt, die betroffenen Menschen einen verbesserten Zugang zur bedarfsgerechten Rehabilitation und Teilhabe ermöglichen.

Zu § 12

Zu Abs. 1 regen wir folgende Präzisierung an:

- „Die Krankenkasse entscheidet ... auf der Grundlage
- des Antrages der oder des Versicherten unter Beachtung bestehender **individueller** Anforderungen an die Barrierefreiheit der **Rehabilitationseinrichtung**,
  - ...
  - ...
  - sowie ...

Begründung: Die vorgeschlagene Ergänzung verdeutlicht besser das Erfordernis individualisierter bzw. personenzentrierter Betrachtung im Rahmen der von der jeweiligen Krankenkasse zu treffenden Leistungsentscheidung.

Zu § 13

Zu Abs. 1 möchten wir hiermit zunächst darauf hinweisen, dass redaktionell hinter „... der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes“ noch „**dieser oder diesem** den aktuellen Rehabilitationsplan“ zu ergänzen wäre.

Zu Abs. 4 Satz 1 schlagen wir folgende Ergänzung vor:

„Nach Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation ... mit folgenden Angaben:

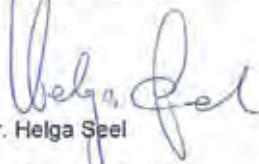
- a) rehabilitationsrelevante Funktionsdiagnosen in der Reihenfolge ihrer **sozialmedizinischen** Bedeutung,
- b) ...
- “
- ...

Begründung: Durch die Ergänzung wird klarer, wonach sich insoweit der Bedeutungsgrad der der Reihe nach anzugebenden Funktionsdiagnosen richtet.

Abschließend möchten wir uns als BAR mit der hier vorhandenen besonderen Expertise bei der Umsetzung der neuen Rehabilitations-Richtlinie gerne unterstützend anbieten. Diese fachliche Unterstützung kann sich bei einer etwaigen Überarbeitung des Musters 61 (Teil A) auf den die Kriterien für die Beurteilung der Zuständigkeit der Krankenkassen bzw. eines anderen Rehabilitationsträgers betreffenden Teil beziehen. Mit Blick auf die Tragenden Gründe unter Ziff. 2.8 (Änderung § 11) kann sie sich des Weiteren auch auf eine Unterstützung bei der Umsetzung der durch die Kassenärztlichen Vereinigungen umzusetzenden Schulungen, insbesondere bzgl. ICF, z.B. durch Multiplikatorenschulungen, beziehen.

Wir würden uns freuen, wenn unsere unterbreiteten Änderungsvorschläge wie auch Anregungen Berücksichtigung finden würden, und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Helga Seel', written in a cursive style.

Dr. Helga Seel

Die Geschäftsführerin



**Stellungnahme zur Rehabilitations-Richtlinie (Re-RL): Vereinfachung  
Verordnungsverfahren / Qualifikationsanforderungen**

<b>Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.</b>	
<b>26.06.2015</b>	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<p>Zu § 6 Abs. 1: Wir begrüßen die Änderung, das zweistufige Verordnungsverfahren abzuschaffen.</p> <p>Wir schlagen vor, die Fußnote beizubehalten.</p>	<p>Das derzeitige Muster 60 steht dem Grundsatz des einfachen Zugangs zur Teilhabe entgegen. Das zweistufige Antragsverfahren führt zu unnötigen Verzögerungen bei der Antragstellung. Vertragsärzte sind in der Lage, die Verordnung beim richtigen Reha-Träger zu stellen. Zudem sind Anträge, die bei einem unzuständigen Leistungsträger gestellt werden, unverzüglich an den zuständigen Leistungsträger weiterzuleiten.</p> <p>Durch die Änderung des Verordnungsverfahrens von einem zweistufigen zu einem einstufigen Verfahren entfällt aus unserer Sicht nicht der Bedarf nach einem trägerübergreifenden vereinheitlichten Verordnungsvordruck/Befundbericht. An diesem Ziel sollte festgehalten werden.</p>
<p>Zu § 6 Abs. 3: Wir schlagen vor, nach dem Wort „Zuständigkeit“ einen Punkt zu setzen und den Rest des Satzes zu streichen.</p>	<p>Die Verordnung des niedergelassenen Arztes muss ausreichen, um eine Reha-Maßnahme einzuleiten. In der Verordnung werden dezidiert die Voraussetzung für die Gewährung von Rehabilitationsleistungen erfasst und überprüft. Diese Feststellungen sind medizinischer Natur und können ausschließlich durch Ärzte getroffen werden. Es muss sichergestellt werden, dass dieser medizinischen Einschätzung folgend auch die für notwendig befundenen Rehabilitationsleistungen erbracht werden. Die Krankenkassen haben als Verwaltungsbehörden keinen Beurteilungsspielraum für medizinische Tatbestände bei Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose.</p>
<p>Zu § 11: Wir begrüßen die Streichung des Qualifikationserfordernisses als Voraussetzung für die Verordnungsberechtigung.</p>	<p>Das derzeitige Qualifikationserfordernis als Verordnungsvoraussetzung entspricht nicht dem Gesetz. Nach § 73 SGB V kann jeder Vertragsarzt Rehabilitationsleistungen verordnen.</p> <p>Derzeit sind lediglich etwa 30% aller Vertragsärzte ordnungsberechtigt. Versicherte, deren behandelnder Arzt nicht über eine entsprechende Qualifikation verfügt, haben Schwierigkeiten, einen berechtigten Arzt zu finden. Sie müssen unter Umständen weitere Wege überbrücken, um einen mit ihrer Krankengeschichte nicht vertrauten Arzt aufzusuchen. Dies stellt eine unnötige Hürde dar, die eine frühzeitige und bedarfsgerechte Leistung verhindern.</p>

**Stellungnahme zur Rehabilitations-Richtlinie (Re-RL): Vereinfachung  
Verordnungsverfahren / Qualifikationsanforderungen**

<b>Bundesverband evangelische Behindertenhilfe</b>	
02. Juli 2015	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
Der BeB begrüßt die Zielsetzungen des Beschlussentwurfs, das Verordnungsverfahren zu vereinfachen, die Rechte der Patient/-innen zu stärken und Hürden für die verordnenden Ärzte/Ärztinnen (spezielle Qualifikationsanforderungen) abzubauen. Damit werden Anliegen, für die sich der BeB seit Jahren einsetzt, umgesetzt.	
<b>§ 2 Abs. 3</b> „oder/ durch“ ersetzen durch „oder in mobiler Form“	Der BeB schlägt vor, die Leistungsform „mobil“ in die Re-RL als Form ambulanter Leistungserbringung konkret zu benennen, statt nur einen indirekten Hinweis darauf zu geben. Dies entspräche auch der Neufassung des § 40 Abs. 1 SGB V.
<b>§ 2 Abs. 6</b> Nach Satz 1 folgt ergänzend Satz 2: „Dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht genommen“	Klarstellend sollte das Wunsch- und Wahlrecht entsprechend § 9 Abs.1 SGB IX konkretisiert werden. Der Verweis auf § 9 Abs. 1 SGB IX nur unter Benennung von Satz 1 ist verwirrend.
<b>§ 4 Abs.1 Satz 2</b> Abs. 1 Satz 2 ist zu wie folgt zu ergänzen: „... die wechselseitigen Beziehungen zwischen dem Gesundheitsproblem einer Versicherten oder eines Versicherten und den relevanten Umwelt- und personenbezogenen Kontextfaktoren, um den ...“	Der Satz gibt in der vorliegenden Fassung des Sinn der ICF-Konzeption nur unvollständig wieder. Die vorgeschlagene Formulierung dient der Klarstellung.
<b>§ 4 Abs. 1 Satz 3</b> Im Satz 3 soll die Formulierung „können ... beschrieben werden“ durch die Formulierung „sind zu beschreiben“ ersetzt werden.	Aus Sicht des BeB ist die ICF im Rahmen der medizinischen Rehabilitation zwingend zu berücksichtigen. Dies ergibt sich aus dem gesetzlichen Auftrag nach § 10 SGB IX , den Rehabilitationsbedarf funktionsbezogen festzustellen. Dies geht nach



Bundesverband evangelische Behindertenhilfe	
02. Juli 2015	
	Übereinstimmender Auffassung aller Akteure nur mit Hilfe der ICF.
<p><b>§ 5</b> Der BeB begrüßt mit Blick auf das SGB IX und die UN-Behindertenrechtskonvention den Hinweis auf das Wunsch -und Wahlrecht und die Beachtung der Erfordernisse der Versorgung von Menschen mit Behinderung.</p>	
<p><b>§ 6 Abs. 1</b> Abs. 1 wird um folgende Sätze ergänzt:  „Die Mitteilung des Arztes/der Ärztin gilt als Beantragung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Es gelten die Bestimmungen des § 14 SGB IX.“  Wird aus den Angaben deutlich, dass andere oder auch weitere Leistungen zur Teilhabe in Betracht kommen, werden die Leistungen nach § 10 SGB IX koordiniert.  Abs. 2 wird gestrichen Abs. 3 wird zu Abs. 2 (neu)  In § 6 Abs. 2 (neu) sind die Klammer und der Inhalt der Klammer zu streichen</p>	<p>Der BeB begrüßt, dass ein einstufiges Verfahren ermöglicht wird. In bestimmten Fällen wird jedoch am zweistufigen Verfahren festgehalten. In jedem Fall sind jedoch die Bestimmungen des § 14 SGB IX, einzuhalten. Die Zuständigkeitsklärung ist immer Aufgabe des Rehabilitationsträgers, bei dem der Antrag eingegangen ist. Es ist deshalb notwendig klarzustellen, dass auch in dem Fall, in dem ein Arzt/eine Ärztin die Zuständigkeit des Rehabilitationsträgers nicht beurteilen kann, die Mitteilung als Beantragung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation gilt und entsprechend die Fristen des Verfahrens gemäß § 14 SGB IX greifen.</p> <p>Nicht selten geht aus den Angaben des Arztes/der Ärztin hervor, dass weitere Leistungen zur Teilhabe in Betracht kommen. In diesem Falle gelten die Bestimmungen des § 10 SGB IX.</p>
<p><b>§§ 9, 10</b> Der BeB begrüßt die Klarstellung zu Motivation und Motivierungsfähigkeit und die ergänzende Benennung der Rehabilitationsziele.</p>	
<p><b>§ 11</b> Der BeB begrüßt den Wegfall der zusätzlichen verpflichtenden Qualifikationsanforderungen</p>	



<b>Bundesverband evangelische Behindertenhilfe</b>	
<b>02. Juli 2015</b>	
und die Würdigung bereits regelhaft erworbener Qualifikationen in der ärztlichen Weiterbildung bei den Vertragsärzten/innen.	
<b>§ 12</b> Der BeB begrüßt die Klarstellungen, insbesondere zum Wunsch- und Wahlrecht und zur Barrierefreiheit.	
<b>§ 13 Abs. 4 e)</b> Satz 1 wird wie folgt ergänzt:  „Empfehlungen für weiterführende und Informationen über bereits eingeleitete Leistungen, insbesondere im Rahmen des Versorgungsmanagements nach § 1 Abs. 4 SGB V.“	Auch Rehabilitationseinrichtungen haben sich am Versorgungsmanagement zu beteiligen. Dies sollte deutlich zum Ausdruck kommen.
<b>§ 13 Abs. 4 e)</b> Satz 2, 2. HS ist zu streichen.	Aus Sicht des BeB sind solche Gründe praktisch kaum nachvollziehbar, die Inhalte des Berichts müssen allerdings in geeigneter Form (kommentierendes Gespräch) vermittelt werden.



**Stellungnahme zur Rehabilitations-Richtlinie (Re-RL): Vereinfachung  
Verordnungsverfahren / Qualifikationsanforderungen (1. Entwurf)**

<b>buss – Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.</b>	
<b>28. Juni 2015</b>	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
Der buss begrüßt grundsätzlich die Zielsetzungen des Beschlussentwurfs, das Verfahren für die Verordnung von Reha-Leistungen zu vereinfachen.	
<p><b>§ 6 Verfahren</b> Der buss begrüßt die Vorschläge für ein einstufiges Verfahren. Die Fußnote zum § 6 zu einem trägerübergreifenden Verfahren wurde in der geänderten Richtlinie komplett gestrichen. Der buss schlägt vor, den ersten Satz der Fußnote wieder aufzunehmen.</p>	Die trägerübergreifende Vereinheitlichung des Verordnungsvordrucks/ Befundberichtes muss aus Sicht des buss noch verbindlich erfolgen.
<p><b>§ 11 Qualifikation</b> Der buss begrüßt den Wegfall der verpflichtenden Qualifikationsanforderungen und die Würdigung bereits regelhaft erworbener Qualifikationen in der ärztlichen Weiterbildung bei den Vertragsärzten (insbesondere im Hinblick auf die ICF).</p>	Die genannten Fortbildungsinhalte sind ausreichend, um eine sachgerechte Beratung von Patient/innen und eine Verordnung von Reha-Leistungen vornehmen zu können.

01. JULI 2015

1764

Bundesverband ambulante-teilstationäre Neurorehabilitation

 **BV ANR e.v.**

Geschäftsstelle:  
Am Zollhof 2a  
47829 Krefeld  
Tel.: 02151 4546920  
Fax: 02151 4546925  
Mail: [bvanr@t-online.de](mailto:bvanr@t-online.de)

BV ANR e.V., Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Wegelystr. 8

10623 Berlin

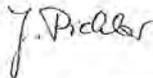
Gemeinsamer Bundesausschuss			
Original:	Dr. Corina		29/06/2015
Kopie:			
Eingang:	01. Juli 2015		UP
GF	M-VL	QS-V	AM
P/O	Recht	FB-Med.	Verw.

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,

in der Anlage erhalten Sie die Stellungnahme des BV ANR e.V. zum Rehabilitations-RiLi Formular zu Ihrer Kenntnis.

Für Fragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Johannes Pichler  
Vorsitzender BV ANR e.V.

Vorstand: Vorsitzender  
Dr. Johannes Pichler  
München  
[drjpichler@aol.com](mailto:drjpichler@aol.com)

stellv. Vorsitzende  
Dr. Corina Kiesevalter  
Bottrop  
[corina.kiesevalter@kk-bottrop.de](mailto:corina.kiesevalter@kk-bottrop.de)

Prof. Dr. Hans-Jürgen von Giesen, Krefeld • Dr. Albrecht Hendrich-Jens Rodenberg, Köln • Dr. Elke Vespo, Hannef •  
Dr. Dr. Paul Reuther, Ahweiler • Dr. Harold Reichel, Cottbus


**Stellungnahme zur Rehabilitations-Richtlinie (Re-RL): Vereinfachung  
Verordnungsverfahren / Qualifikationsanforderungen**

<b>Bundesverband ambulante-teilstationäre neurologische Rehabilitation (BV ANR) e. V.</b> Geschäftsstelle Krefeld: Am Zollhof 2a 47829 Krefeld	
<b>24.06.2015</b>	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
Ein-stufiges Verordnungsverfahren ist absolut begrüßenswert	Bürokratieabbau und zur Verminderung der Barrieren in der Reha-Verordnung.
§ 4 Absatz 1, Satz 3:  „Die Auswirkungen eines Gesundheitsproblems werden verbindlich mit Hilfe der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedeten Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) (www.dimdi.de) auf der Ebene der Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe unter Berücksichtigung der dabei relevanten Umwelt- und personbezogenen Kontextfaktoren beschrieben.“	Eine Kann-Lösung, wie sie der Änderungsvorschlag vorgibt, wäre ein Rückschritt. Die vorherige Version beinhaltet eine härtere Wird-Forderung. Das Krankheitsfolgenkonzept mit den Dimensionen der ICF ist aber essentiell in der neurologischen Rehabilitation. Ohne das verbindliche Nutzen der ICF droht ein Verharren auf der Funktionsebene in der Reha-Verordnung. Aktivität, Teilhabe und Kontextfaktoren würden im Hintergrund bleiben.
§ 4 Absatz 2, Satz 2:  „Konzeptionelle und begriffliche Grundlagen sind (nicht erschöpfende Auflistung)	
§ 4 Absatz 3: Einzelne Leistungen der kurativen Versorgung (z. B. Heil- oder Hilfsmittel) oder deren Kombination ohne eine durchgehende ärztliche Leitung stellen für sich allein noch keine Leistung zur medizinischen Rehabilitation im Sinne dieser Richtlinie dar.	Wichtig ist es sicherzustellen, dass sich ausschließlich multi-disziplinäre Konzepte unter ärztlicher Führung Rehabilitation nennen dürfen.
§ 5 Absatz 1, wir bitten um Einfügen eines neuen Satzes 3: Inhalt und Ergebnisse dieser Beratung sind zu dokumentieren.	Hintergrund ist es zu gewährleisten, dass die Beratungsgespräche in einer messbaren Qualität durchgeführt werden.
§ 5 Absatz 1, Änderung, bisher Satz 3, dann neuer Satz 4:  b) Nach Satz 2 werden die folgenden Sätze 4 bis 6 angefügt	Die Formulierung im Änderungsvorschlag „Auf das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten wird hingewiesen.“ weist unseres Erachtens nicht ausreichend auf die rechtliche Verbindlichkeit des Wunsch- und Wahlrechts



<b>Bundesverband ambulant-teilstationäre neurologische Rehabilitation (BV ANR) e. V.</b> Geschäftsstelle Krefeld Am Zollhof 2a 47829 Krefeld	
<b>24.06.2015</b>	
„Das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten ist zu respektieren und umzusetzen.“	der Versicherten hin.
§ 5 Absatz 3, neuer Satz 2: In der Bearbeitung ist die Krankenkasse an § 14 des SGB IX gebunden.	Eine konsequente Umsetzung der SGB IX-Richtlinie, dass Kostenträger an feste Bearbeitungsfristen gebunden sind, soll erreicht werden.
§11 Absatz 1 Die Beratung über und die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erfordern unter anderem spezielle Kenntnisse in der Anwendung der ICF, die nach den Weiterbildungsordnungen weitestgehend Gegenstand der ärztlichen Weiterbildung sind.	Diesen Satz interpretieren wir so, dass wieder jeder Facharzt und Allgemeinarzt die Verordnung vornehmen darf, da er sich per se in seiner Weiterbildung mit der ICF vertraut gemacht hat. Das reduziert Barrieren. Wir begrüßen dies sehr.
§11 Absatz 1 Diese Kenntnisse sind in mindestens einmal in 2 Jahren zu besuchenden Fortbildungsveranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigungen nachzuweisen. Die Fortbildungsveranstaltungen umfassen insbesondere folgende Inhalte: - Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe, - Zugangsvoraussetzungen zur medizinischen Rehabilitation, - Nutzung der ICF als konzeptionelles Bezugssystem für die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.“	Die Regelung „Diese Kenntnisse sollten in mindestens einmal jährlich anzubietenden Fortbildungsveranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigungen erweitert und vertieft oder erlangt werden.“ gibt unseres Erachtens keinen ausreichenden Anreiz dies zu tun.  Der BV ANR wäre bereit entsprechende Fortbildungsveranstaltungen mitzugestalten.
In § 12 Absatz 1 wird Satz 1 wie folgt geändert c) Im zweiten Spiegelstrich werden die Wörter „der Verordnung“ ersetzt durch die Wörter „des ausreichend/zielführend ausgefüllten Verordnungsformulars Muster 61“.	Das Wort „vollständig“ ist für viele niedergelassene Kollegen abschreckend.  Aus unserer Sicht reicht es aus, wenn das Nicht-Ankreuzen einzelner Kästchen für den Antrag nicht sinn-entstellend ist.
§12 Ergänzung zu Absatz 1: Im Zusammenhang mit der Verordnung als Entscheidungsgrundlage für die Krankenkassen schlagen wir eine zeitgleiche Revision des Formulars 61 A bis D vor.	Wir schlagen vor ausschließlich Formular 61 Teil B: „IV Rehabilitationsbedürftigkeit (medizinische Befunderhebung)“ A. und B. anzupassen: - Formulierung der rehabilitationsrelevanten Schädigungen als funktionale Diagnosen nach ICF („b“ für Beeinträchtigungen) - Formulierung der alltagsrelevanten Beeinträchtigung der Aktivitäten und/oder



<b>Bundesverband ambulant-teilstationäre neurologische Rehabilitation (BV ANR) e. V.</b> Geschäftsstelle Krefeld Am Zollhof 2a 47829 Krefeld	
<b>24.06.2015</b>	
	Teilhabe nach Domänen wie in der ICF: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Domänen d3 bis d8 sind hier bereits vorhanden, es müssten nur die Domänen d1 (Lernen und Wissensanwendung) sowie d2 (allgemeine Anforderungen und Aufgaben, z.B. Multitasking und Belastbarkeit) ergänzt werden.</li> </ul> - Das einfache Schema zum Ankreuzen auf der rechten Seite unter B. sollte nicht geändert werden (kein Einführen von Beeinträchtigungsstufen 0-4, da zu komplex für nicht ICF-erfahrene Ärzte)
§12: Wir bitten um Einfügen eines neuen Absatzes 3: „Vor Bewilligung einer stationären Leistung ist zu prüfen und zu dokumentieren, ob nicht auch eine ambulante Maßnahme geeignet ist, das genannte Rehabilitationsziel zu erreichen.“	Umsetzung des SGB V-Grundsatzes: „ambulant vor stationär“



**Stellungnahme zur Rehabilitations-Richtlinie (Re-RL): Vereinfachung  
Verordnungsverfahren / Qualifikationsanforderungen**

<b>Bundesverband Geriatrie</b> <b>Reinickendorfer Straße 61</b> <b>13347 Berlin</b>	
<b>30.06.2015</b>	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<p>Zu § 5 Abs. 1: Wir begrüßen den neu eingefügten Hinweis auf das Wunsch- und Wahlrecht</p>	<p>Das gesetzlich verankerte Wunsch- und Wahlrecht findet in der Praxis nur eine sehr untergeordnete Anwendung. Wir halten es daher für sehr sinnvoll, auch im Rahmen der Beratungen zur medizinischen Rehabilitation im Sinne des § 5 der Richtlinie auf das bestehende Recht der Versicherten hinzuweisen.</p>
<p>Zu § 6 Abs 1 Wir begrüßen die Neuordnung des Verordnungsverfahren</p>	<p>Durch die formulierte Neuregelung wird der Zugang zur medizinischen Rehabilitation erleichtert.</p>
<p>Zu § 6 Abs 2: Streichung von § 6 Abs 2</p>	<p>Gem. § 14 SGB IX überprüft der Rehabilitationsträger, ob er für die beantragte Maßnahme zuständig ist, und leitet bei Nichtzuständigkeit den Rehabilitationsantrag an den zuständigen Träger weiter. So ist eine möglichst zeitnahe Bearbeitung des Antrags sichergestellt und es besteht kein Bedarf für eine vorgeschaltete „Prüfung“ durch die Krankenkasse. Absatz 2 kann somit gestrichen werden.</p>
<p>Zu § 11: Die Neuformulierung wird begrüßt. Regelung könnte sprachlich klarer gefasst werden: <i>„Jede Vertragsärztin bzw. jeder Vertragsarzt ist berechtigt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zur verordnen. Die in der Aus- und Weiterbildung vermittelten Kenntnisse in der Anwendung der ICF sollen ggf. in entsprechenden Fortbildungsveranstaltungen erweitert und vertieft werden.“</i></p>	<p>Mit der Streichung der bisher notwendigen Zusatzqualifikation wird der Zugang zu einer medizinischen Rehabilitation deutlich erleichtert. Gleichwohl ist die sprachliche Gestaltung von § 11 nur wenig gelungen und sollte eindeutiger gefasst werden.</p>

**Stellungnahme zur Rehabilitations-Richtlinie (Re-RL): Vereinfachung Verordnungsverfahren / Qualifikationsanforderungen**

<p>Bundesverband Kath. Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen e. V.</p> <p>Die Stellungnahme ergeht auch im Namen des Katholischen Krankenhausverbandes Deutschlands e. V.</p>	
<b>Freiburg, 06.07.2015</b>	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<p>Wir begrüßen die Intention des Entwurfs, das Verordnungsverfahren und die Qualifikationsanforderungen der verordnenden Ärzte zu vereinfachen und die Rechte der Patienten zu stärken.</p> <p>Gleichzeitig weisen wir darauf hin, dass die Änderungen in der Rehabilitations-Richtlinie, die sich auf das Muster 61 beziehen, erst abschließend beurteilt werden können, wenn das neue Verordnungsformular Muster 61 A-D vorliegt.</p>	
<p><b>Zu § 4 Inhaltliche Grundlagen</b></p> <p>Ergänzung in Absatz 2, Satz 2, dritter Spiegelstrich:</p> <p><i>- trägerspezifische Empfehlungen (z. B. Rahmenempfehlungen ... die Begutachtungs-Richtlinie „Vorsorge und Rehabilitation“ des MDS und die dazugehörigen Umsetzungsempfehlungen.)</i></p>	<p>Da diese bei Leistungen nach § 40, 41 SGB V zur Anwendung kommt, sollten die entsprechend Grundlagen mit aufgeführt werden.</p>
<p><b>Zu § 5 Rehabilitationsberatung</b></p> <p>Wir begrüßen den expliziten Hinweis auf das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten (§ 9 Abs. 1 SGB IX) in der Beratung.</p>	<p>Vielen Patienten ist nicht bekannt, dass Sie bei der Wahl der Rehabilitationseinrichtung ein Mitspracherecht haben und Einfluss darauf nehmen können, in welcher Klinik sie sich behandeln lassen möchten.</p> <p>Das Thematisieren des Wunsch- und Wahlrechts in der konkreten Beratungssituation unterstützt den Leistungsberechtigten, seine Wünsche bei der Antragsstellung einzubringen.</p>
<p><b>Zu § 6 Abs. 1:</b></p> <p>Wir begrüßen die Änderung auf ein einstufiges Verfahren</p> <p>Die Fußnote zum § 6 zu einem</p>	<p>Die Praxis zeigte, dass das zweistufige Verordnungsverfahren sehr zeitaufwendig ist und in den meisten Fällen die Klärung der Zuständigkeit keines gesonderten Weges bedarf. Besteht doch Klärungsbedarf, reicht Teil A des neuen einstufigen Verfahrens dafür aus.</p>



Bundesverband Kath, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen e. V.

Die Stellungnahme ergeht auch im Namen des Katholischen Krankenhausverbandes Deutschlands e.V.

**Freiburg, 06.07.2015**

trägerübergreifenden Verfahren wurde in der geänderten Richtlinie gestrichen. Wir schlagen vor, die Fußnote beizubehalten.

Es sollte weiterhin angestrebt werden, mittelfristig einheitliche trägerübergreifende Verordnungsformulare zu haben.

**Zu § 11:**

Wir begrüßen die Streichung der verpflichtenden spezifischen Qualifikation für verordnende Vertragsärzte und den Verweis auf die Qualifikationen in der ärztlichen Weiterbildung.

Die damalige Absicht des Gesetzgebers, durch spezifische Qualifikationsanforderungen bei den Vertragsärzten, die Antragsqualität und damit Ausgangs-Datenlagen über die Rehabilitanden zu verbessern, wurde dadurch konterkariert, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der GKV nicht mehr ausreichend und flächendeckend verordnet werden dürfen.

Versicherte, deren behandelnder Arzt nicht über eine entsprechende Qualifikation verfügt, müssen für den Antrag zu einem berechtigten Arzt wechseln; dies ist mitunter mit weiten Wegen verbunden, aber vor allem erfolgt die Verordnung dann durch einen dem Patienten nicht vertrauten Arzt.

zerlegt das Antragsverfahren erneut in mehrere Teilschritte zu Lasten des Antragsstellers. Damit wird das eigentliche Ziel der Neuregelung - die Vereinfachung und Verschlanung - deutlich verfehlt. Erforderlich ist dagegen die Schaffung und Nutzung eines einheitlichen Vordrucks, der verhindert, dass der verordnende Arzt und sein Patient sich mehrfach mit der Initiierung einer medizinischen Rehabilitation beschäftigen müssen.

## II. Zu § 6 Abs. 2

### 1. Vorgeschlagene Regelung

Der Absatz enthält eine Regelung zur Nutzung des Vordrucks Muster 61 bei unklarer sachlicher Zuständigkeit der Krankenkasse. Danach vermerkt die Krankenkasse ihre Zuständigkeit auf dem eingesandten Teil A des Vordrucks Muster 61 und schickt diesen an den verordnenden Vertragsarzt zurück. Dieser nutzt im Anschluss die Teile B – D des Vordrucks Muster 61 für die weitere Verordnung.

### 2. Stellungnahme und Vorschlag:

§ 6 Abs. 2 sollte ersatzlos gestrichen werden.

### 3. Begründung:

Abs. 2 verlagert die Beurteilung der sachlichen Zuständigkeit der Krankenkasse auf den niedergelassenen Vertragsarzt und damit faktisch auf den Antragsteller. Er muss nach dieser Regelung bei unklarer Zuständigkeit Verzögerungen hinnehmen, wenn sich nach der Zuständigkeitsprüfung durch die Krankenkasse ihre Unzuständigkeit ergibt. Nach der zwingenden Vorschrift des § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX hat die Krankenkasse in diesen Fällen aber von sich aus den Antrag an den von ihr für zuständig gehaltenen Rehabilitationsträger weiter zu leiten. Eine Zurückleitung an den Versicherten oder seinen behandelnden Arzt kennt § 14 SGB IX dagegen nicht. Abs. 2 verstößt damit gegen § 14 SGB IX und ist damit nichtig.

## III. Zu § 11

### 1. Vorgeschlagene Regelung

Die Regelung normiert ein Fortbildungsgebot für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und ersetzt die bisherige obligatorische Qualifikationsanforderung.

### 2. Stellungnahme und Vorschlag

Die Regelung sollte durch einen neuen Satz 1 ergänzt werden:

„Jede Vertragsärztin und jeder Vertragsarzt ist verordnungsberechtigt. ...“

### 3. Begründung:

Die bisherige Regelung drückt nicht ausreichend aus, dass die bisher notwendige Zusatzqualifikation ersatzlos gestrichen ist und künftig jede Vertragsärztin und jeder Vertragsarzt verordnungsberechtigt sein soll. Dies bringt die vorgeschlagene Einfügung im neuen Satz 1 zum Ausdruck.

#### IV. Zu § 12

##### 1. Vorgeschlagene Regelung

§ 12 Abs. 1 legt die Anforderungen fest, die erfüllt sein müssen, damit die Krankenkasse über den Leistungsantrag entscheiden kann. Im zweiten Spiegelstrich verlangt die Norm ein vollständig ausgefülltes Verordnungsformular.

##### 2. Stellungnahme und Vorschlag

Der zweite Spiegelstrich sollte ersatzlos gestrichen werden.

##### 3. Begründung

Die in § 12 Abs. 1 zweiter Spiegelstrich geregelten Anforderungen verstoßen gegen den auch für Krankenkassen geltenden Amtsermittlungsgrundsatz (§ 20 Abs. 1 SGB X) und sind damit nichtig. Denn auch ein unvollständig ausgefüllter Antragsvordruck muss die Ermittlung und Prüfung der entscheidungserheblichen Umstände durch die Krankenkasse, bei der eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation beantragt wurde, auslösen. Auch ein unvollständiger oder noch nicht hinreichend begründeter Antrag löst die zwingende Drei-Wochen-Frist des § 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX aus. Die Krankenkasse kann daher nicht beanspruchen, lediglich über vollständig ausgefüllte Anträge entscheiden zu müssen. Vielmehr muss sie bei konkreten Anhaltspunkten für den Rehabilitationsbedarf eines Antragstellers von sich aus in die weitere Sachermittlung eintreten und dazu gegebenenfalls Gutachter und Sachverständige beauftragen. Ein unvollständig ausgefüllter Vordruck kann dagegen allenfalls Auswirkungen auf die Vergütungsanspruch des verordnenden Vertragsarztes haben.

**Stellungnahme zur Rehabilitations-Richtlinie (Re-RL): Vereinfachung  
Verordnungsverfahren / Qualifikationsanforderungen**

<b>Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V. (DEGEMED)</b>	
<b>29.06.2015</b>	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
§ 6 Abs. 1: In Satz 1 nach „Muster 61“ „Teil B – D“ streichen.	Die Aufspaltung des Antragsvordrucks Muster 61 in mehrere Teile (A und B - D) zerlegt das Antragsverfahren erneut in mehrere Teilschritte zu Lasten des Antragstellers. Damit wird das eigentliche Ziel der Neuregelung – die Vereinfachung und Verschlankeung - deutlich verfehlt. Erforderlich ist dagegen die Schaffung und Nutzung eines einheitlichen Vordrucks, der verhindert, dass der verordnende Arzt und sein Patient sich mehrfach mit der Initiierung einer medizinischen Rehabilitation beschäftigen müssen
§ 6 Abs. 2 muss komplett gestrichen werden	Abs. 2 verlagert die Beurteilung der sachlichen Zuständigkeit der Krankenkasse auf den niedergelassenen Vertragsarzt und damit faktisch auf den Antragsteller. Er muss nach dieser Regelung bei unklarer Zuständigkeit Verzögerungen hinnehmen, wenn sich nach der Zuständigkeitsprüfung durch die Krankenkasse ihre Unzuständigkeit ergibt. Nach der zwingenden Vorschrift des § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX hat die Krankenkasse in diesen Fällen aber von sich aus den Antrag an den von ihr für zuständig gehaltenen Rehabilitationsträger weiter zu leiten. Eine Zurückleitung an den Versicherten oder seinen behandelnden Arzt kennt § 14 SGB IX dagegen nicht. Abs. 2 verstößt damit gegen § 14 SGB IX und ist damit nichtig.
§ 11 sollte um einen neuen Satz 1 ergänzt werden: „Jede Vertragsärztin und jeder Vertragsarzt ist verordnungsberechtigt.“	§ 11 normiert in seiner jetzt vorgeschlagenen Form ein Fortbildungsgebot gegenüber Vertragsärztinnen und Vertragsärzten. Die Regelung drückt aber nicht ausreichend aus, dass die bisher notwendige Zusatzqualifikation ersatzlos gestrichen ist und künftig jede Vertragsärztin und jeder Vertragsarzt verordnungsberechtigt sein soll. Dies bringt die vorgeschlagene Einfügung im neuen Satz 1 zum Ausdruck.
§ 12 Abs. 1 zweiter Spiegelstrich („des vollständig ausgefüllten Verordnungsformulars...“) muss ersatzlos gestrichen werden	Die in § 12 Abs. 1 zweiter Spiegelstrich geregelten Anforderungen verstoßen gegen den auch für Krankenkassen geltenden Amtsermittlungsgrundsatz (§ 20 Abs. 1 SGB X) und sind damit nichtig. Denn auch ein unvollständig ausgefüllter Antragsvordruck muss die Ermittlung und Prüfung der entscheidungserheblichen Umstände durch die Krankenkasse, bei der eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation beantragt wurde, auslösen. Auch ein unvollständiger oder noch nicht hinreichend begründeter Antrag löst die zwingende Drei-Wochen-Frist des § 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX aus. Die Krankenkasse kann daher nicht beanspruchen, lediglich über vollständig ausgefüllte Anträge entscheiden zu müssen. Vielmehr muss sie bei konkreten Anhaltspunkten für den



<b>Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V. (DEGEMED)</b>	
<b>29.06.2015</b>	
	Rehabilitationsbedarf eines Antragsstellers von sich aus in die weitere Sachermittlung eintreten und dazu gegebenenfalls Gutachter und Sachverständige beauftragen. Ein unvollständig ausgefüllter Vordruck kann dagegen allenfalls Auswirkungen auf die Vergütungsanspruch des verordnenden Vertragsarztes haben.



**Stellungnahme zur Rehabilitations-Richtlinie (Re-RL): Vereinfachung  
Verordnungsverfahren / Qualifikationsanforderungen**

<p><b>Deutscher Heilbäderverband e.V. (DHV),</b> Charlottenstr. 13, 10969 Berlin</p>	
<p>03.07.2015</p>	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>§ 5 Abs. 1, S. 3 Der DHV begrüßt, dass in der Richtlinie festgehalten wird, dass auf das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten hingewiesen wird.</p>	<p>Mit der Verpflichtung, auf das Wunsch- und Wahlrecht hinzuweisen, wird der persönlichen Lebenssituation der Betroffenen Rechnung getragen.</p>
<p>§ 6 Abs. 1 Wir begrüßen, dass das zweistufige Verordnungsverfahren abgeschafft werden soll.</p>	<p>Durch das einstufige Verordnungsverfahren entfallen unnötige Verzögerungen bei der Antragstellung.</p>
<p>§ 6 Abs. 3 Nach dem Wort „Zuständigkeit“ sollte der Satz mit einem Punkt beendet werden.</p>	<p>Es muss ausreichen, dass ein niedergelassener Arzt unmittelbar durch Verordnung eine Reha-Maßnahme einleiten kann. Nur der behandelnde Haus- oder Facharzt kennt seine Patienten und Patientinnen. Er/Sie erfasst in der Verordnung dezidiert die Voraussetzungen für die Gewährung von Rehabilitationsleistungen. Diese Feststellungen sind medizinischer Natur und können ausschließlich durch Ärzte getroffen werden. Es muss sichergestellt werden, dass aufgrund dieser medizinischen Einschätzung auch die notwendige Rehabilitationsleistung erbracht wird. Die Krankenkassen können hier als Verwaltungsbehörden keinen Beurteilungsspielraum haben. Nicht nur die bisherige Verordnungspraxis der Maßnahme mittels zweistufigem Verfahren an sich, sondern auch die Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen stellt eine große Hürde dar.</p>
<p>§ 11 Wir begrüßen den Wegfall des Qualifikationserfordernisses als Voraussetzung für die Verordnungsberechtigung.</p>	<p>Jede Vertragsärztin und jeder Vertragsarzt sollte die Möglichkeit erhalten, bei medizinischer Notwendigkeit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu verordnen. Das bisherige Qualifizierungserfordernis birgt die Gefahr, frühzeitige und bedarfsgerechte Leistungen zu verhindern. Durch die Neuregelung entfällt die Suche nach einem berechtigten Arzt und bleibt der Betroffene in Behandlung eines mit seiner Krankengeschichte vertrauten Arztes.</p>

**Stellungnahme zur Rehabilitations-Richtlinie (Re-RL): Vereinfachung  
Verordnungsverfahren / Qualifikationsanforderungen**

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen - DHS	
3. Juli 2015	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Die DHS begrüßt grundsätzlich insbesondere die Zielsetzungen des Beschlusstwurfs, das Verordnungsverfahren zu vereinfachen und die Rechte der Patient/-innen zu stärken.	
<p><b>§2 Gesetzliche Grundlagen Abs. 2</b> Die DHS schlägt folgende Ergänzung vor: 1. Satz: <b>„Diese Leistungen müssen rechtzeitig und unverzüglich nach der Antragstellung eingeleitet werden.“</b></p> <p><b>§ 2 Abs. 3</b> „oder/durch“ ersetzen durch <b>„oder in mobiler Form“</b></p> <p><b>§ 2 Abs. 8</b> Ergänzungsvorschlag nach Satz 1 folgt: <b>„Dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht genommen“</b></p>	<p>Um zu verhindern, dass aufgrund von Verfahrensvorgaben eine Rehabilitation nicht oder verzögert beginnt, schlägt die DHS den klarstellenden Ergänzungssatz vor.</p> <p>Die DHS schlägt vor, die Leistungsform „mobil“ in die Re-RI als Alternative zur ambulanten und stationären Leistungsform konkret zu benennen, statt nur einen indirekten Hinweis darauf zu geben (oder/durch).</p> <p>Die DHS schlägt vor, das Wunsch- und Wahlrecht gemäß §9 Abs.1 SGB IX zu konkretisieren.</p>
<p><b>§ 4 Inhaltliche Grundlagen Abs. 1</b> Im Satz 3 das Wort „können“ ersetzen durch das Wort <b>„werden“</b></p>	<p>Aus Sicht der DHS ist die ICF im Rahmen der medizinischen Rehabilitation zwingend zu berücksichtigen und nicht nur als „Kann“-Option.</p>
<p><b>§ 5 Rehabilitationsberatung</b></p> <p>Satz 3 Das Wort „hingewiesen“ wird ersetzt durch das Wort <b>„berücksichtigt“</b></p> <p>Abs. 3, erster Spiegelstrich, nach Rehabilitation, den Begriff <b>„Nachsorge“</b> aufnehmen</p>	<p>Die DHS fordert mit Blick auf SGB IX und die UN –BRK die Berücksichtigung und Umsetzung des Wunsch- und Wahlrechts im Rahmen der Beratung und der Umsetzung der medizinischen Rehabilitationsleistungen.</p>

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen - DHS	
3. Juli 2015	
<p><b>§ 6 Verfahren</b></p> <p>Die DHS begrüßt die Vorschläge für ein einstufiges Verfahren.</p> <p>Die Fußnote zum § 6 zu einem trägerübergreifenden Verfahren wurde in der geänderten Richtlinie komplett gestrichen. Die DHS schlägt vor, den ersten Satz der Fußnote wieder aufzunehmen.</p>	<p>Die trägerübergreifende Vereinheitlichung des Verordnungsvordrucks/Befundberichtes muss aus Sicht der DHS noch verbindlich erfolgen.</p>
<p><b>§ 8 Rehabilitationsbedürftigkeit</b></p> <p>Die DHS begrüßt grundsätzlich die vorgeschlagene Konkretisierung</p>	
<p><b>§ 9 und 10 Rehabilitationsfähigkeit und -prognose</b></p> <p>Die DHS begrüßt die Klarstellung zu Motivation und Motivierungsfähigkeit und die ergänzende Benennung der Rehabilitationsziele</p>	
<p><b>§ 11 Qualifikation der Vertragsärzt/-innen</b></p> <p>Die DHS begrüßt den Wegfall der verpflichtenden Qualifikationsanforderungen und die Würdigung bereits regelhaft erworbener Qualifikationen in der ärztlichen Weiterbildung bei den Vertragsärzten</p>	
<p><b>§ 12 Leistungsentscheidung</b></p> <p>Die DHS begrüßt die Klarstellungen, insbesondere zum Wunsch- und Wahlrecht und zur Barrierefreiheit.</p>	
<p><b>§ 13 Zusammenarbeit</b></p> <p>Die DHS begrüßt die Klarstellungen und ICF-bezogenen Konkretisierungen in § 13 Abs. 4 Satz 1.</p> <p>Im Satz 2 bitte streichen „soweit nicht erhebliche therapeutische Gründe entgegenstehen“</p>	<p>Aus Sicht der DHS sind solche Gründe praktisch kaum nachvollziehbar, die Inhalte des Berichts müssen allerdings in geeigneter Form (kommentierendes Gespräch) vermittelt werden.</p>



**Stellungnahme zur Rehabilitations-Richtlinie (Re-RL): Vereinfachung Verordnungsverfahren / Qualifikationsanforderungen**

<b>Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband</b>	
<b>29. Juni 2015</b>	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
Die Diakonie Deutschland begrüßt die Zielsetzungen des Beschlussentwurfs, das Verordnungsverfahren zu vereinfachen, die Rechte der Patient-innen zu stärken und Hürden für die verordnenden Ärzte (spezielle Qualifikationsanforderungen) abzubauen. Damit werden Anliegen, für die sich die Diakonie seit Jahren einsetzt, umgesetzt. Jedoch ist die Verfahrensneugestaltung inkonsequent. Die Diakonie rät zudem, die im SGB V formulierten Bestimmungen zum Versorgungsmanagement in die Reha-Richtlinie aufzunehmen.	
<b>§ 2 Gesetzliche Grundlagen Abs. 3</b> „oder/durch“ ersetzen durch „oder in mobiler Form“	Die Diakonie Deutschland schlägt vor, die Leistungsform „mobil“ in die Re-RI als Form ambulanten Leistungserbringung konkret zu benennen, statt nur einen indirekten Hinweis darauf zu geben (oder/durch). Dies entspräche auch dem der Neufassung des § 40 Abs. 1 SGB V
<b>§ 2 Abs. 8</b> Ergänzungsvorschlag nach Satz 1 folgt: „Dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht genommen“	Die Diakonie Deutschland schlägt vor, das Wunsch- und Wahlrecht gemäß § 9 Abs. 1 SGB IX zu konkretisieren.
<b>§ 4 Inhaltliche Grundlagen</b> Abs. 1 Satz 1 ist wie folgt zu ergänzen: „... die wechselseitigen Beziehungen zwischen dem Gesundheitsproblem einer Versicherten oder eines Versicherten und den relevanten Umwelt- und personenbezogenen Kontextfaktoren, um den ...“	Der Satz gibt in der vorliegenden Fassung den Sinn der ICF-Konzeption nur unvollständig wieder. Die von der Diakonie vorgeschlagene Formulierung dient der Klarstellung.
<b>§ 4 Inhaltliche Grundlagen Abs. 1</b> Im Satz 3 das Wort „können“ ersetzen durch das Wort „sind“	Aus Sicht der Diakonie Deutschland ist die ICF im Rahmen der medizinischen Rehabilitation zwingend zu berücksichtigen und nicht nur als Kann-Option. Dies ergibt sich aus dem gesetzlichen Auftrag nach § 10 SGB IX, den Rehabilitationsbedarf funktionsbezogen festzustellen. Dies geht nach übereinstimmender Auffassung aller Akteure nur mit Hilfe der ICF.



Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband	
29. Juni 2015	
<p><b>§ 5 Rehabilitationsberatung</b></p> <p>Die Diakonie Deutschland begrüßt mit Blick auf das SGB IX und die UN-BRK den Hinweis auf das Wunsch- und Wahlrecht und die Beachtung der Erfordernisse der Versorgung von behinderten Menschen.</p>	
<p><b>§ 6 Verfahren</b></p> <p>Die Diakonie Deutschland begrüßt grundsätzlich, dass ein einstufiges Verfahren angestrebt wird. In bestimmten Fällen wird jedoch nach dem Richtlinienentwurf am zweistufigen Verfahren fest gehalten. Die Diakonie weist nachdrücklich auf der Umsetzung der Bestimmungen des § 14 SGB IX hin.</p> <p>In § 6 Abs. 1 Satz 1 wird der Buchstabe „B“ durch „A“ ersetzt. Der Absatz wird um folgende Sätze ergänzt:</p> <p>„Die Mitteilung des Arztes gilt als Beantragung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Es gelten die Bestimmungen des § 14 SGB IX.“</p> <p>Wird aus den Angaben deutlich, dass andere oder auch weitere Leistungen zur Teilhabe in Betracht kommen, werden die Leistungen nach § 10 SGB IX koordiniert.“</p> <p>Absatz 2 ist zu streichen. Absatz 3 wird Absatz 2 Im neuen Absatz 2 ist die Klammer samt Inhalt zu streichen.</p>	<p>Die Zuständigkeitsklärung ist immer eine Aufgabe des Rehabilitationsträgers, bei dem der Antrag eingegangen ist. Es ist deshalb notwendig klarzustellen, dass auch in dem Fall, in dem ein Arzt die Zuständigkeit des Reha-Trägers nicht beurteilen kann, die Mitteilung als Beantragung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation gilt und entsprechend die Fristen des Verfahrens nach § 14 SGB IX greifen.</p> <p>Nicht selten geht aus den Angaben des Arztes hervor, dass weitere Leistungen zur Teilhabe auch anderer Träger in Betracht kommen. In diesem Fall gelten die Bestimmungen des § 10 SGB IX.</p>
<p><b>§ 9 und 10 Rehabilitationsfähigkeit und -prognose</b></p> <p>Die Diakonie Deutschland begrüßt die Klarstellung zu Motivation und Motivierungsfähigkeit und die ergänzende Benennung der</p>	



Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband	
29. Juni 2015	
Rehabilitationsziele	
<p><b>§ 11 Qualifikation der Vertragsärzten/-Innen</b> Die Diakonie Deutschland begrüßt den Wegfall der zusätzlich en verpflichtenden Qualifikationsanforderungen und die Würdigung bereits regelhaft erworbener Qualifikationen in der ärztlichen Weiterbildung bei den Vertragsärzten.</p>	
<p><b>§ 12 Leistungsentscheidung</b> Die Diakonie Deutschland begrüßt die Klärstellungen, insbesondere zum Wunsch- und Wahlrecht und zur Barrierefreiheit.</p>	
<p><b>§ 13 Zusammenarbeit Abs. 4 e)</b> Die Diakonie schlägt vor, Satz 1 zu ergänzen: „Empfehlungen für weiterführende und Informationen über bereits eingeleitete Leistungen, insbesondere im Rahmen des Versorgungsmanagements nach § 11 Abs. 4 SGB V, ...“  Die Diakonie Deutschland begrüßt die Klärstellungen und ICF-bezogenen Konkretisierungen in § 13 Abs. 4 Satz 1. Im Satz 2 bitte streichen „soweit nicht erhebliche therapeutische Gründe entgegenstehen“</p>	<p>Auch Rehabilitationseinrichtungen haben sich am Versorgungsmanagement zu beteiligen. Dies sollte deutlich zum Ausdruck kommen.</p> <p>Aus Sicht der Diakonie sind solche Gründe praktisch kaum nachvollziehbar, die Inhalte des Berichts müssen allerdings in geeigneter Form (kommentierendes Gespräch) vermittelt werden.</p>



**Stellungnahme zur Rehabilitations-Richtlinie (Re-RL): Vereinfachung  
Verordnungsverfahren / Qualifikationsanforderungen**

<b>Deutsche Rentenversicherung Bund</b> <b>Bereich Sozialmedizin und Rehabilitation</b> <b>10704 Berlin Ruhrstr. 2</b>	
12.6.2015	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<p>Unsere Kritik richtet sich auf Punkt 14 Ihres Beschlussentwurfes, wonach vorgesehen ist, den Satz 2 in § 13 Absatz 4 wie folgt zu fassen: „Die Rehabilitationseinrichtung übermittelt der oder dem Versicherten auf Wunsch den Entlassungsbericht, soweit dem nicht erhebliche therapeutische Gründe entgegenstehen“</p> <p>Diese Formulierung ist unseres Erachtens wenig präzise und missverständlich.</p>	<p>Wir schlagen vor, den Text an die Gesetzgebung anzupassen und eine Abstimmung mit dem neuen Patientenrechtegesetz vorzunehmen.</p>

## Stellungnahme des Fachverbandes Sucht e.V. gem. § 92 Abs. 5 Satz 1 SGB V zur Änderung der Rehabilitations-Richtlinie (Re-RL): Vereinfachung Verordnungsverfahren/Qualifikationsanforderungen – Schreiben des G-BA vom 05.06.2015

### I. Grundsätzliche Aspekte:

Der Fachverband Sucht e.V. begrüßt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss ein einstufiges Verordnungsverfahren für Rehabilitationsleistungen durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte im Rahmen des § 92 SGB V zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ermöglichen will und zudem die Qualifikationsanforderungen an die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte neu geregelt und inhaltliche Vorgaben für die Verordnung in der Richtlinie entsprechend ergänzt werden.

Die Verbesserung des Zugangs zu medizinischen Rehabilitationsleistungen durch ein vereinfachtes Verordnungsverfahren im Bereich der GKV stellt eine zentrale Forderung unseres Verbandes dar (s. Fachverband Sucht e.V.: 18. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages – Eckpunkte für eine qualitativ hochwertige medizinische Rehabilitation und eine sektorenübergreifende Vernetzung in Deutschland, Bonn 2014). Gerade im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen stellen wir fest, dass es ausgesprochen lange dauert, bis eine Entwöhnungsbehandlung in Anspruch genommen wird. Bei Alkoholabhängigkeit beträgt beispielsweise die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer 14,6 Jahre vor Antritt einer stationären Entwöhnungsbehandlung (vgl. Fachverband Sucht e.V., Basisdokumentation 2013 – Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung, FVS Bonn 2014). Gerade niedergelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind in der Regel primäre Ansprechpartner im Gesundheitsbereich, da sie auch von Menschen mit substanzbezogenen Störungen – allerdings häufig in Folge somatischer Erkrankungen – aufgesucht werden. Von daher sollten sie hinsichtlich der Förderung eines frühzeitigen und nahtlosen Zugangs zur Entwöhnungsbehandlung eine bedeutsamere Rolle spielen.

Deshalb begrüßen wir, dass zukünftig jede Vertragsärztin/jeder Vertragsarzt berechtigt sein soll, medizinische Rehabilitationsleistungen zu verordnen (s. Änderung des § 11 der Re-RL). Vom Grundsatz her halten wir es für erforderlich, dass die geänderte Rehabilitations-Richtlinie ausnahmslos für alle Indikationsbereiche der medizinischen Rehabilitation im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen Anwendung findet. Durch die entsprechenden Ausföhrungen zur Feststellung der Rehabilitationsbedürftigkeit (s. § 8 der Re-RL) sollten die Krankenkassen in die Lage versetzt sein, über den Antrag für eine medizinische Rehabilitationsleistung zu entscheiden.

Im Bereich der Entwöhnungsbehandlung können zusätzliche Informationen von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt durch den Einsatz entsprechender Screeningsverfahren (z.B. AUDIT, AUDIT-C), welche im Rahmen der S3-Leitlinie Alkohol empfohlen werden, oder den Einsatz eines speziellen Befundberichtes erhoben werden. Zudem sollte die Vertragsärztin/der Vertragsarzt den Besuch einer Suchtberatungsstelle und/oder einer Selbsthilfegruppe in der Übergangszeit bis zum Antritt einer Entwöhnungsbehandlung empfehlen. Dadurch würde die Vernetzung niedergelassener Ärztinnen/Ärzte mit Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe und -behandlung gestärkt werden.

Ferner sollte den Vertragsärztinnen/Vertragsärzten auch ermöglicht werden, bei vorliegender Abhängigkeitserkrankung in speziellen Fällen ein Schnellweisungsverfahren in eine Entwöhnungsbehandlung einleiten zu können.

Zudem hält der Fachverband Sucht e.V. es für geboten, dass auch der § 73 Abs. 2 SGB V dahingehend geändert wird, dass niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten entsprechende Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Bereich Abhängigkeitserkrankungen und Psychosomatik verordnen können.

## **II. Spezifische Hinweise zu einzelnen Änderungsvorschlägen**

Im Weiteren nehmen wir zu spezifischen Änderungsvorschlägen des Beschlussentwurfs des Gemeinsamen Bundesausschusses Stellung:

### **§ 5 Rehabilitationsberatung**

(1)

Der FVS begrüßt, dass im Rahmen der Rehabilitationsberatung der Versicherte auf das Wunsch- und Wahlrecht hingewiesen werden soll und zudem auch die besonderen Erfordernisse der Versorgung von Menschen mit Behinderungen im Rahmen der Beratung zu beachten sind.

In diesem Zusammenhang weisen wir beispielhaft auf besondere Aspekte hin, welche im Bereich der Beratung alkoholabhängiger Patienten/Innen durch den Vertragsarzt/die Vertragsärztin zu berücksichtigen sind. Gemäß der S3-Leitlinie Alkohol der AWMF stellt bei Alkoholabhängigkeitssyndrom die Abstinenz das primäre Therapieziel dar. Nur wenn die Abstinenz z. Z. nicht möglich ist oder schädlicher bzw. riskanter Konsum vorliegt, soll eine Reduktion des Konsums im Sinne der Schadensminimierung angestrebt werden. Zudem sollte im Rahmen der Beratung berücksichtigt werden, dass eine Empfehlung hinsichtlich der weiterführenden Behandlung/Rehabilitation in den unterschiedlichen Settings (ambulant, ganztägig ambulant bzw. teilstationäre, stationär) unter Prüfung des Einzelfalls zu erfolgen hat. Dabei sind z.B. zu beachten Dauer und Intensität der weiterführenden Entwöhnungsbehandlung, die Schwere der Komorbidität, die vorhandenen psychosozialen Beeinträchtigungen und die Folgen der Erkrankungen sowie die fördernden/hemmenden Faktoren des sozialen Umfelds. Hinsichtlich der weiterführenden Beratung sollte von Vertragsärztinnen/Vertragsärzten zusätzlich der Besuch einer Suchtberatungsstelle und/oder Selbsthilfegruppe in der Zeit bis zum Antritt einer Entwöhnungsbehandlung empfohlen werden.

### **§ 6 Verfahren**

(1 - 3)

Der Fachverband Sucht begrüßt ausdrücklich die entsprechenden Änderungen der Verfahrensweise, welche ein vereinfachtes Ordnungsverfahren im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen vorsehen.

### **§ 8 Rehabilitationsbedürftigkeit**

Wir begrüßen die entsprechenden Ergänzungen, welche die Anforderungen an eine qualifizierte Verordnung unmittelbar im Richtlinien-text definieren. Wir halten es in diesem Zusammenhang für erforderlich, dass die entsprechenden Ausführungen ausnahmslos von indikationsübergreifender Bedeutung sind und keine darüber hinausgehenden Anforderungen als der Zugangsvoraussetzungen für erforderlichen Rehabilitationsleistungen in einzelnen Indikationsbereichen gestellt werden. Im Indikationsbereich der Entwöhnungsbehandlung empfehlen wir hinsichtlich der erforderlichen Befunde, den AUDIT bzw. AUDIT-C bezogen auf alkoholbezogene Störungen als Screeningverfahren einzusetzen, ggf. könnte auch ein ergänzender Befundbericht im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen Verwendung finden.

Die derzeitige Ausnahmeregelung, nach der im Bereich der Entwöhnungsbehandlungen zusätzlich und verbindlich von der gesetzlichen Krankenkasse der Sozialbericht einer Suchtberatungsstelle gefordert wird, um über einen Antrag auf eine medizinische Rehabilitationsleistung entscheiden zu können, sollte zukünftig entfallen. Diese zusätzliche Forderung sollte zukünftig als fakultative Möglichkeit eingestuft werden.

### **§ 11 Qualifikation der Vertragsärztin und des Vertragsarztes**

Wir begrüßen ausdrücklich den Wegfall des bislang verpflichtenden Qualifikationserfordernisses und die Möglichkeit, dass nun jede Vertragsärztin und jeder Vertragsarzt zukünftig die Möglichkeit erhalten soll, bei medizinischer Notwendigkeit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu verordnen. Im Rahmen der anzubietenden Fortbildungsveranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigungen sollen demnach indikationsspezifische Kenntnisse erweitert und vertieft oder erlangt werden. Es sollte in diesem Rahmen dafür Sorge getragen werden, dass auch suchtmittelmedizinische Grundkenntnisse (z.B. Screening/Diagnostik, Frühintervention, Motivationsförderung, Vermittlung in suchtspezifische Beratungs- und Behandlungseinrichtungen, Nachsorge/weiterführende Angebote) entsprechend behandelt werden und jede Vertragsärztin/jeder Vertragsarzt über entsprechende Kompetenzen verfügt.

### **§ 12 Leistungsentscheidung der Krankenkasse**

(1)

Wir begrüßen die entsprechenden Änderungen der Ausführung in § 12. Hinsichtlich der möglicherweise erforderlichen weiteren Unterlagen verweisen wir auf unsere Ausführungen zu § 8, letzter Absatz.

Fachverband Sucht e.V.  
Walramstraße 3  
53175 Bonn  
Tel. 0228/261555  
sucht@sucht.de  
www.sucht.de


**Stellungnahme zur Rehabilitations-Richtlinie (Re-RL): Vereinfachung  
Verordnungsverfahren / Qualifikationsanforderungen**

Fachverband Sucht e.V.	
12.06.2015	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Grundsätzliche Aspekte	<p>Der Fachverband Sucht e.V. begrüßt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss ein einstufiges Verordnungsverfahren für Rehabilitationsleistungen durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte im Rahmen des § 92 SGB V zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ermöglichen will und zudem die Qualifikationsanforderungen an die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte neu geregelt und inhaltliche Vorgaben für die Verordnung in der Richtlinie entsprechend ergänzt werden.</p> <p>Die Verbesserung des Zugangs zu medizinischen Rehabilitationsleistungen durch ein vereinfachtes Verordnungsverfahren im Bereich der GKV stellt eine zentrale Forderung unseres Verbandes dar (s. Fachverband Sucht e.V.: 18. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages – Eckpunkte für eine qualitativ hochwertige medizinische Rehabilitation und eine sektorenübergreifende Vernetzung in Deutschland, Bonn 2014). Gerade im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen stellen wir fest, dass es ausgesprochen lange dauert, bis eine Entwöhnungsbehandlung in Anspruch genommen wird. Bei Alkoholabhängigkeit beträgt beispielsweise die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer 14,6 Jahre vor Antritt einer stationären Entwöhnungsbehandlung (vgl. Fachverband Sucht e.V., Basisdokumentation 2013 – Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung, FVS Bonn 2014). Gerade niedergelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind in der Regel primäre Ansprechpartner im Gesundheitsbereich, da sie auch von Menschen mit substanzbezogenen Störungen – allerdings häufig in Folge somatischer Erkrankungen – aufgesucht werden. Von daher sollten sie hinsichtlich der Förderung eines frühzeitigen und nahtlosen Zugangs zur Entwöhnungsbehandlung eine bedeutsamere Rolle spielen.</p> <p>Deshalb begrüßen wir, dass zukünftig jede Vertragsärztin/jeder Vertragsarzt berechtigt sein soll, medizinische Rehabilitationsleistungen zu verordnen (s. Änderung des § 11 der Re-RL). Vom Grundsatz her halten wir es für erforderlich, dass die geänderte Rehabilitations-Richtlinie ausnahmslos für alle Indikationsbereiche der medizinischen Rehabilitation im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen Anwendung findet. Durch die entsprechenden Ausführungen zur Feststellung der Rehabilitationsbedürftigkeit (s. § 8 der Re-RL) sollten die Krankenkassen in die Lage versetzt sein, über den Antrag für eine medizinische Rehabilitationsleistung zu entscheiden.</p> <p>Im Bereich der Entwöhnungsbehandlung können zusätzliche Informationen von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt durch den Einsatz entsprechender Screeningsverfahren (z.B. AUDIT, AUDIT-C), welche im Rahmen der S3-Leitlinie Alkohol empfohlen werden, oder den Einsatz eines speziellen Befundberichtes erhoben werden. Zudem sollte die Vertragsärztin/der Vertragsarzt den Besuch einer Suchtberatungsstelle und/oder einer Selbsthilfegruppe in der Übergangszeit bis zum Antritt einer Entwöhnungsbehandlung</p>



<b>Fachverband Sucht e. V.</b>	
<b>12.06.2015</b>	
	<p>empfehlen. Dadurch würde die Vernetzung niedergelassener Ärztinnen/Ärzte mit Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe und -behandlung gestärkt werden.</p> <p>Ferner sollte den Vertragsärztinnen/Vertragsärzten auch ermöglicht werden, bei vorliegender Abhängigkeitserkrankung in speziellen Fällen ein Schneiteinweisungsverfahren in eine Entwöhnungsbehandlung einleiten zu können.</p> <p>Zudem hält der Fachverband Sucht e. V. es für geboten, dass auch der § 73 Abs. 2 SGB V dahingehend geändert wird, dass niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten entsprechende Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Bereich Abhängigkeitserkrankungen und Psychosomatik verordnen können.</p>
<p><b>§ 5</b> <b>Rehabilitationsberatung</b> (1)</p>	<p>Der FVS begrüßt, dass im Rahmen der Rehabilitationsberatung der Versicherte auf das Wunsch- und Wahlrecht hingewiesen werden soll und zudem auch die besonderen Erfordernisse der Versorgung von Menschen mit Behinderungen im Rahmen der Beratung zu beachten sind.</p> <p>In diesem Zusammenhang weisen wir beispielhaft auf besondere Aspekte hin, welche im Bereich der Beratung alkoholabhängiger Patienten/innen durch den Vertragsarzt/die Vertragsärztin zu berücksichtigen sind. Gemäß der S3-Leitlinie Alkohol der AWMF stellt bei Alkoholabhängigkeitssyndrom die Abstinenz das primäre Therapieziel dar. Nur wenn die Abstinenz z. Z. nicht möglich ist oder schädlicher bzw. riskanter Konsum vorliegt, soll eine Reduktion des Konsums im Sinne der Schadensminimierung angestrebt werden. Zudem sollte im Rahmen der Beratung berücksichtigt werden, dass eine Empfehlung hinsichtlich der weiterführenden Behandlung/Rehabilitation in den unterschiedlichen Settings (ambulant, ganztägig ambulant bzw. teilstationäre, stationär) unter Prüfung des Einzelfalls zu erfolgen hat. Dabei sind z.B. zu beachten Dauer und Intensität der weiterführenden Entwöhnungsbehandlung, die Schwere der Komorbidität, die vorhandenen psychosozialen Beeinträchtigungen und die Folgen der Erkrankungen sowie die fördernden/hemmenden Faktoren des sozialen Umfelds. Hinsichtlich der weiterführenden Beratung sollte von Vertragsärztinnen/Vertragsärzten zusätzlich der Besuch einer Suchtberatungsstelle und/oder Selbsthilfegruppe in der Zeit bis zum Antritt einer Entwöhnungsbehandlung empfohlen werden.</p>
<p><b>§ 6</b> <b>Verfahren</b> (1 - 3)</p>	<p>Der Fachverband Sucht begrüßt ausdrücklich die entsprechenden Änderungen der Verfahrensweise, welche ein vereinfachtes Verordnungsverfahren im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen vorsehen.</p>
<p><b>§ 8</b> <b>Rehabilitationsbedürftigkeit</b></p>	<p>Wir begrüßen die entsprechenden Ergänzungen, welche die Anforderungen an eine qualifizierte Verordnung unmittelbar im Richtlinien text definieren. Wir halten es in diesem Zusammenhang für erforderlich, dass die entsprechenden Ausführungen ausnahmslos von indikationsübergreifender Bedeutung sind und keine darüber hinausgehenden Anforderungen als der Zugangsvoraussetzungen für erforderlichen Rehabilitationsleistungen in einzelnen Indikationsbereichen gestellt werden. Im Indikationsbereich der Entwöhnungsbehandlung empfehlen wir hinsichtlich der erforderlichen</p>



<b>Fachverband Sucht e.V.</b>	
<b>12.06.2015</b>	
	<p>Befunde, den AUDIT bzw. AUDIT-C bezogen auf alkoholbezogene Störungen als Screeningverfahren einzusetzen, ggf. könnte auch ein ergänzender Befundbericht im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen Verwendung finden.</p> <p>Die derzeitige Ausnahmeregelung, nach der im Bereich der Entwöhnungsbehandlungen zusätzlich und verbindlich von der gesetzlichen Krankenkasse der Sozialbericht einer Suchtberatungsstelle gefordert wird, um über einen Antrag auf eine medizinische Rehabilitationsleistung entscheiden zu können, sollte zukünftig entfallen. Diese zusätzliche Forderung sollte zukünftig als fakultative Möglichkeit eingestuft werden.</p>
<b>§ 11 Qualifikation der Vertragsärztin und des Vertragsarztes</b>	<p>Wir begrüßen ausdrücklich den Wegfall des bislang verpflichtenden Qualifikationserfordernisses und die Möglichkeit, dass nun jede Vertragsärztin und jeder Vertragsarzt zukünftig die Möglichkeit erhalten soll, bei medizinischer Notwendigkeit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu verordnen. Im Rahmen der anzubietenden Fortbildungsveranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigungen sollen demnach indikationsspezifische Kenntnisse erweitert und vertieft oder erlangt werden. Es sollte in diesem Rahmen dafür Sorge getragen werden, dass auch suchtmmedizinische Grundkenntnisse (z.B. Screening/Diagnostik, Frühintervention, Motivationsförderung, Vermittlung in suchtspezifische Beratungs- und Behandlungseinrichtungen, Nachsorge/weiterführende Angebote) entsprechend behandelt werden und jede Vertragsärztin/jeder Vertragsarzt über entsprechende Kompetenzen verfügt.</p>
<b>§ 12 Leistungsentscheidung der Krankenkasse</b> (1)	<p>Wir begrüßen die entsprechenden Änderungen der Ausführung in § 12. Hinsichtlich der möglicherweise erforderlichen weiteren Unterlagen verweisen wir auf unsere Ausführungen zu § 8, letzter Absatz.</p>

**Stellungnahme zur Rehabilitations-Richtlinie (Re-RL): Vereinfachung  
Verordnungsverfahren / Qualifikationsanforderungen**

<b>Gesamtverband für Suchthilfe (GVS) - Fachverband der Diakonie Deutschland</b>	
<b>19. Juni 2015</b>	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
Der GVS begrüßt grundsätzlich insbesondere die Zielsetzungen des Beschlussentwurfs das Verordnungsverfahren zu vereinfachen und die Rechte der Patient/-innen zu stärken	
<b>§ 2 Gesetzliche Grundlagen Abs. 3</b> „oder/ durch“ ersetzen durch „oder in mobiler Form“	Der GVS schlägt vor die Leistungsform „mobil“ in die Re-RL als Alternative zur ambulanten und stationären Leistungsform konkret zu benennen, statt nur einen indirekten Hinweis darauf zu geben (oder/ durch).
<b>§ 2 Abs. 8</b> Ergänzungsvorschlag nach Satz 1 folgt: „Dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht genommen“	Der GVS schlägt vor das Wunsch- und Wahlrecht gemäß §9 Abs. 1 SGB IX zu konkretisieren.
<b>§ 4 Inhaltliche Grundlagen Abs. 1</b> Im Satz 3 das Wort „können“ ersetzen durch das Wort „sind“	Aus Sicht des GVS ist die ICF im Rahmen der medizinischen Rehabilitation zwingend zu berücksichtigen und nicht nur als Kann Option.
<b>§ 5 Rehabilitationsberatung</b>  Satz 3 Das Wort „hingewiesen“ wird ersetzt durch das Wort „berücksichtigt“	Der GVS fordert mit Blick auf SGB IX und die UN –BRK die Berücksichtigung und Umsetzung des Wunsch- und Wahlrechts im Rahmen der Beratung und der Umsetzung der medizinischen Rehabilitationsleistungen.
<b>§ 6 Verfahren</b>  Der GVS begrüßt grundsätzlich die Vorschläge für ein einstufiges Verfahren. In jedem Fall sind jedoch die Bestimmungen des § 14 SGB IX	



Gesamtverband für Suchthilfe (GVS) - Fachverband der Diakonie Deutschland	
19. Juni 2015	
<p>einzuhalten.</p> <p>§ 6 Abs. 2 wird um den Satz ergänzt:  <i>„Die Mitteilung des Arztes durch Muster 61 Teil A gilt als Beantragung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Es gelten die Bestimmungen des § 14 SGB IX.“</i></p>	<p>Die Zuständigkeitsklärung ist immer eine Aufgabe des Rehabilitationsträgers, bei dem der Antrag eingegangen ist. Es ist deshalb notwendig klarzustellen, dass auch in dem Fall, in dem ein Arzt die Zuständigkeit des Reha-Trägers nicht beurteilen kann, die Mitteilung mit Verordnungsformular Muster 61 Teil A als Beantragung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation gilt und entsprechend die Fristen Verfahren nach § 14 SGB IX greifen.</p>
<p><b>§ 8 Rehabilitationsbedürftigkeit</b>  Der GVS begrüßt grundsätzlich die vorgeschlagenen Konkretisierungen</p>	
<p><b>§ 9 und 10 Rehabilitationsfähigkeit und -prognose</b>  Der GVS begrüßt die Klarstellung zu Motivation und Motivierungsfähigkeit und die ergänzende Benennung der Rehabilitationsziele</p>	<p>Die Zuständigkeitsklärung ist immer eine Aufgabe des Rehabilitationsträgers, bei dem der Antrag eingegangen ist. Aus Sicht des GVS ist es ist deshalb notwendig klarzustellen, dass auch in dem Fall, in dem ein Arzt die Zuständigkeit des Reha-Trägers nicht beurteilen kann, die Mitteilung mit Verordnungsformular Muster 61 Teil A als Beantragung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation gilt und entsprechend die Fristen Verfahren nach § 14 SGB IX greifen.</p>
<p><b>§ 11 Qualifikation der Vertragsärzt/-innen</b>  Der GVS begrüßt den Wegfall der verpflichtenden Qualifikationsanforderungen und die Würdigung bereits regelhaft erworbener Qualifikationen in der ärztlichen Weiterbildung bei den Vertragsärzten. Aus „sollten“ im 2. Satz sollte <b>„müssen“</b> werden. Die Benennung der Fortbildungsinhalte in der KV-Fortbildung wird begrüßt</p>	<p>Die Verpflichtung sollte aus Sicht des GVS so verbindlich wie möglich formuliert werden.</p>
<p><b>§ 12 Leistungsentscheidung</b>  Der GVS begrüßt die Klarstellungen, insbesondere zum Wunsch- und Wahlrecht</p>	



Gesamtverband für Suchthilfe (GVS) - Fachverband der Diakonie Deutschland	
19. Juni 2015	
und zur Barrierefreiheit.	
<p>§ 12 Absatz 2 Satz 1 erhält folgende Fassung:</p> <p>„Vor einer Ablehnung eines Antrags hat die Krankenkasse dem vorordnenden Vertragsarzt oder der vorordnenden Vertragsärztin und dem Patienten bzw. der Patientin die Möglichkeit einer Stellungnahme zu geben“</p>	<p>Aus Sicht des GVS kann die Ablehnung eines Antrags ohne dem vorordnenden Arzt oder dem Patienten die Möglichkeit zu geben, den Antrag zu erläutern, das Verfahren im Einzelfall unnötig verlängern.</p>
<p><b>§ 13 Zusammenarbeit</b></p> <p>Der GVS begrüßt die Klarstellungen und ICF-bezogenen Konkretisierungen in § 13 Abs. 4 Satz 1.</p> <p>Im Satz 2 bitte streichen „soweit nicht erhebliche therapeutische Gründe entgegenstehen“</p>	<p>Aus Sicht des GVS sind solche Gründe sind praktisch kaum nachvollziehbar, die Inhalte des Berichts müssen allerdings in geeigneter Form (kommentierendes Gespräch) vermittelt werden.</p>



**Stellungnahme zur Rehabilitations-Richtlinie (Re-RL): Vereinfachung Verordnungsverfahren / Qualifikationsanforderungen**

**Elly Heuss-Knapp-Stiftung,  
Deutsches Müttergenesungswerk**



Elly Heuss-Knapp-Stiftung  
Müttergenesungswerk

2. Juli 2015

**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**

**Begründung**

Die Elly Heuss-Knapp-Stiftung, Deutsches Müttergenesungswerk begrüßt die Zielsetzung des Beschlussentwurfs, Vereinfachung des Verordnungsverfahrens, Stärkung der PatientInnenrechte und Abbau der Hürden für verordnende ÄrztInnen bezüglich der Qualitätsanforderungen. Dafür hat sich das Müttergenesungswerk schon in seinen früheren Stellungnahmen eingesetzt.

**§ 4 Inhaltliche Grundlagen**

Ergänzungsvorschlag in Absatz 2, Satz 2, dritter Spiegelstrich

„- trägerspezifische Empfehlungen (z. B. Rahmenempfehlung ... **die Begutachtungs-Richtlinie „Vorsorge und Rehabilitation“ des MDS und die dazugehörigen Umsetzungsempfehlungen.**)

Da auch bei Leistungen nach § 41 SGB V die Rehabilitations-Richtlinie zur Anwendung kommt, sollten die entsprechend Grundlagen mit aufgeführt werden.

**§ 5 Rehabilitationsberatung Abs. 1**

Das Müttergenesungswerk begrüßt den Hinweis auf die neue Gesetzeslage zum Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten.

Ergänzungsvorschlag nach Satz 2 folgt:

**„Bei Maßnahmen nach § 41 SGB V kann die Beratung in den Beratungsstellen im Verbund des Müttergenesungswerks (Wohlfahrtsverbände) erfolgen, Vertragsärztin oder Vertragsarzt, und die Krankenkassen weisen auf diese Möglichkeit hin.“**

Das Müttergenesungswerk hat schon in seinen früheren Stellungnahmen auf die Notwendigkeit der Einbeziehung dieser Beratungsstellen hingewiesen und diese eingefordert.

Seit jeher kommt den Beratungsstellen im Verbund des Müttergenesungswerks (Wohlfahrtsverbände) im Kontext der Information, Beratung und Vorbereitung auf eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme für Mütter und Väter nach § 41 SGB V eine wichtige Funktion zu. Dies hat auch in gemeinsamen Kooperationsvereinbarungen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen seinen Niederschlag gefunden. Deshalb soll in § 5 eine entsprechend Ergänzung aufgenommen werden.

**§ 6 Verfahren**

Das Müttergenesungswerk begrüßt grundsätzlich, dass ein einstufiges Verfahren angestrebt wird. Das einstufige Verfahren soll für alle Fallkonstellationen gelten.

Änderungsvorschlag:

- **Bei allen Anträgen ist das Verordnungsformular Muster 61 vollständig auszufüllen**
- **Abs. 2 entfällt**

Das Müttergenesungswerk schlägt das einstufige Verfahren für alle Fallkonstellationen vor. Das zweistufige Verfahren widerspricht der Zielsetzung der Vereinfachung des Verordnungsverfahrens.



**Elly Heuss-Knapp-Stiftung,  
Deutsches Müttergenesungswerk**



Elly Heuss-Knapp-Stiftung  
**Müttergenesungswerk**

2. Juli 2015

**§ 8 Rehabilitationsbedürftigkeit**

Das Müttergenesungswerk begrüßt die vorgeschlagenen Konkretisierungen.

Ergänzungsvorschlag Satz 3, neuer Spiegelstrich nach dem dritten Spiegelstrich:

„-welche mütterspezifischen und väterspezifischen Kontextfaktoren bei Leistungen nach § 41 SGB V, einen Einfluss auf die Funktionsfähigkeit zum Zeitpunkt der Verordnung haben.“

Das Müttergenesungswerk schlägt vor die Zielgruppenspezifisch für Leistungen nach § 41 SGB V aufzunehmen.

**§ 11 Qualifikation der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes**

Das Müttergenesungswerk begrüßt die Neuregelung zu den Qualifikationen der Ärztinnen, dies ermöglicht einen flächendeckenden Zugang für rehabilitationsbedürftige Patientinnen.

Ergänzungsvorschlag Satz 3, neuer vierter Spiegelstrich:

„-zielgruppenspezifische Gesundheitsprobleme von Müttern und Vätern und mütterspezifische und väterspezifische belastende Kontextfaktoren.“

Das Müttergenesungswerk schlägt vor, die besonderen Zugangsvoraussetzungen für Maßnahmen nach § 41 SGB V in die Fortbildungsveranstaltungen aufzunehmen

**§ 12 Leistungsentscheidung der Krankenkassen**

Das Müttergenesungswerk begrüßt die Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts und die Klarstellung zur Barrierefreiheit.

Ergänzungsvorschlag in Satz 1:

„... gemäß § 9 SGB IX, **dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht genommen**; auf der Grundlage...“

Das Müttergenesungswerk schlägt vor, das Wunsch- und Wahlrecht gemäß § 9 SGB IX auszuführen



**Elly Heuss-Knapp-Stiftung,  
Deutsches Müttergenesungswerk**



Elly Heuss-Knapp-Stiftung  
**Müttergenesungswerk**

**2. Juli 2015**

Das Müttergenesungswerk weist darauf hin, dass die Änderungen in der Rehabilitations-Richtlinie, die sich auf das Muster 61 beziehen, erst abschließend beurteilt werden können, wenn das neue Verordnungsformular Muster 61 vorliegt.

Das Müttergenesungswerk hat schon in seinen früheren Stellungnahmen darauf hingewiesen, dass im Muster 61 die besonderen Kriterien und Fragestellungen der Rehabilitation für die Maßnahmen nach § 41 SGB V fehlen.

Das Müttergenesungswerk schlägt vor:

**Das neue Verordnungsformular Muster 61 entsprechend anzupassen:**

- **Vervollständigung der Angaben zur Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe gemäß der ICF und Ergänzung mit zielgruppenspezifischen Beispielen für Mütter, Väter, Pflegende.**
- **Erweiterung der Kontextfaktoren um mütterspezifische und väterspezifische Ausprägungen.**
- **Ankreuzfelder für:**
  - **Mutter-Kind-/Vater-Kind-Maßnahmen nach § 41 SGB V**
  - **Mütter-/Väter-Maßnahmen nach § 41 SGB V**
  - **Maßnahmen für pflegende Angehörige nach § 40 SGB V**

Petra Gerstkamp  
stellv. Geschäftsführerin

Elly Heuss-Knapp-Stiftung  
Deutsches Müttergenesungswerk  
Bergstr. 83, 10115 Berlin  
Tel.: 030 3300290  
Fax: 030 330029-20  
E-Mail: [info@muettergenesungswerk.de](mailto:info@muettergenesungswerk.de)  
Internet: [www.muettergenesungswerk.de](http://www.muettergenesungswerk.de)



**Stellungnahme zur Rehabilitations-Richtlinie (Re-RL): Vereinfachung  
Verordnungsverfahren / Qualifikationsanforderungen**

<b>Der Paritätische Gesamtverband</b>	
01. Juli 2015	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
Der Paritätische Gesamtverband begrüßt die Zielsetzungen des Beschlusentwurfs, das Verordnungsverfahren zu vereinfachen und die Rechte der Patient/innen zu stärken.	
<b>§ 2 Gesetzliche Grundlagen</b>	
<b>§ 2 Abs. 3:</b> „oder/durch“ ersetzen durch „oder in mobiler Form“	Der Paritätische Gesamtverband schlägt vor, die Leistungsform „mobil“ in die Re-RL als Form ambulanter Leistungserbringung konkret zu benennen, anstatt nur einen indirekten Hinweis darauf zu geben („oder/durch“).
<b>§ 2 Abs. 8:</b> Ergänzungsvorschlag nach Satz 1 folgt: „Dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht genommen.“	Der Paritätische schlägt vor, das Wunsch- und Wahlrecht gemäß § 9 Abs. 1 SGB IX zu konkretisieren.
<b>§ 4 Inhaltliche Grundlagen</b>	
<b>Abs. 1, Satz 3:</b> Im Satz 3 das Wort „können“ ersetzen durch das Wort „werden.“	Aus Sicht des Paritätische ist die ICF im Rahmen der medizinischen Rehabilitation zwingend und verbindlich zu berücksichtigen und nicht nur als „Kann“-Option.
<b>§ 5 Rehabilitationsberatung</b>	
<b>Abs. 1, Satz 4:</b> „Die besonderen Erfordernisse der Versorgung von Menschen mit Behinderungen (insbesondere leichte Sprache und Kommunikationshilfsmittel der Versorgung) sind im Rahmen der Beratung zu beachten.“	Der Paritätische begrüßt mit Blick auf die UN-Behindertenrechtskonvention den Hinweis auf das Wunsch und Wahlrecht und die Beachtung der Erfordernisse der Versorgung von behinderten Menschen. Im Hinblick auf die Barrierefreiheit wäre eine Ergänzung des Abs. 1, Satz 4 wünschenswert.



<b>Der Paritätische Gesamtverband</b>	
<b>01. Juli 2015</b>	
<p><b>§ 6 Verfahren</b> Der Paritätische Gesamtverband begrüßt die Vorschläge für ein einstufiges Verfahren. In bestimmten Fällen wird jedoch dem Richtlinienentwurf zufolge am zweistufigen Verfahren festgehalten. Der Paritätische weist in diesem Zusammenhang auf die Umsetzung der Bestimmungen des § 14 SGB IX hin.</p>	<p>Die Zuständigkeitserklärung ist immer die Aufgabe des Rehabilitationsträgers, bei dem der Antrag eingegangen ist. Es ist deshalb notwendig klarzustellen, dass auch in dem Fall, in dem der Arzt/die Ärztin die Zuständigkeit des Reha-Trägers nicht beurteilen kann, die Mitteilung als Beantragung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation gilt und entsprechend die Fristen des Verfahrens nach § 14 SGB IX greifen.</p>
<p><b>§§ 9 und 10 Rehabilitationsfähigkeit und –prognose</b> Der Paritätische Gesamtverband begrüßt die Klarstellung zu Motivation und Motivierungsfähigkeit und die ergänzende Benennung der Rehabilitationsziele.</p>	
<p><b>§ 11 Qualifikation der Vertragsärzt/innen</b> Der Paritätische begrüßt grundsätzlich den Wegfall der zusätzlich verpflichtenden Qualifikationsanforderungen und die Würdigung bereits regelhaft erworbener Qualifikationen in der ärztlichen Weiterbildung bei den Vertragsärzt/innen</p>	<p>Es sollte der Hinweis erfolgen, dass sich die Weiterbildung nicht nur auf den Bereich ICF beziehen soll, sondern auch auf die Methoden und Anforderungen der Gesprächsführung und den Umgang mit Menschen mit Behinderungen.</p>
<p><b>§ 12 Leistungsentscheidung</b> Der Paritätische begrüßt die Klarstellungen insbesondere zum Wunsch- und Wahlrecht sowie zur Barrierefreiheit.</p>	
<p><b>§ 13 Zusammenarbeit</b> <b>Abs. 4 Satz 1:</b> Der Paritätische begrüßt die Klarstellungen und ICF-bezogenen Konkretisierungen in § 13 Abs. 4 Satz 1. Im Satz 2 sollte folgender Passus gestrichen werden: „(...) soweit nicht erhebliche therapeutische Gründe entgegenstehen.“</p>	<p>Aus Sicht des Paritätischen Gesamtverbandes sind solche Gründe praktisch kaum nachvollziehbar, die Inhalte des Berichts müssen allerdings in geeigneter Form (kommentierendes Gespräch) vermittelt werden.</p>



Stellungnahme zur Rehabilitations-Richtlinie (Re-RL): Vereinfachung  
Verordnungsverfahren / Qualifikationsanforderungen

<b>Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)</b> Landwirtschaftliche Alterskasse Weissensteinstraße 70-72 34131 Kassel	
29.06.2015	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Einstufiges Verordnungsverfahren	Die grundsätzliche Abkehr vom zweistufigen Verordnungsverfahren wirkt entbürokratisierend und wird ausdrücklich begrüßt. Die Möglichkeit der Verwendung von Muster 61 Teil A zur Anregung einer Beratung durch die Krankenkasse und zur Ermittlung des zuständigen Rehabilitationsträgers ist praxisgerecht und erleichtert die Zuständigkeitsklärung im gegliederten System.
Wegfall der verpflichtenden Qualifikationserfordernis	Der Wegfall der Einschränkungen bei der Verordnungsberechtigung ist praxisgerecht und wird ausdrücklich begrüßt. Der ergänzende Hinweis der Patientenvertretung zu § 11 wird von der SVLFG geteilt. Ggf. besteht die Möglichkeit, über die Ausfüllhinweise hinaus im Internet Arbeitshilfen zur Verwendung von Muster 61 zur Verfügung zu stellen.
§ 2 Abs. 3 Re-RL	Die mobile Rehabilitation als Sonderform der ambulanten Rehabilitation könnte ergänzend genannt werden. Dies würde auch dem Willen des Gesetzgebers entsprechen; vgl. Änderung § 40 Abs. 1 SGB V durch das GKV-VSG.

**Von:** Bürkle Stefan [mailto:Stefan.Buerkle@caritas.de]  
**Gesendet:** Donnerstag, 25. Juni 2015 10:59  
**An:** Carlius, Sandra  
**Betreff:** Stellungnahme Änderung Reha-Richtlinie

Sehr geehrte Frau Carlius,

nehmen Sie vielen Dank für Ihr Schreiben vom 11.06.2015 mit der Möglichkeit für uns einer Stellungnahme zur Änderung der Rehabilitationsrichtlinie (Re-RL).

In diesem Falle werden wir davon absehen, eine eigene verbandliche Stellungnahme abzugeben und beteiligen uns an einer gemeinsamen Stellungnahme der Mitgliedsverbände der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), die derzeit erstellt und fristgemäß bei Ihnen eingehen wird.

Wir würden uns freuen, wenn wir auch zukünftig über den Gemeinsamen Bundesausschuss bei möglichen Stellungnahmen berücksichtigt werden würden. Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

Stefan Bürkle  
Geschäftsführer  
Caritas Suchthilfe e.V. (CaSu)  
Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im DCV  
Karlsruhe 40, 79104 Freiburg  
Tel: 0761/200-303  
Fax: 0761/200-350  
mobil: 0160/97 254 117  
Email: [casu@caritas.de](mailto:casu@caritas.de)  
web: [www.caritas-suchthilfe.de](http://www.caritas-suchthilfe.de)

**Stadt-Land-Zukunft**

Unsere Caritas-Kampagne 2015 [www.stadt-land-zukunft.de](http://www.stadt-land-zukunft.de)

*Besser informiert sein und besser arbeiten?*

*Die [neue caritas](#) und das [CariNet](#) stehen Ihnen zur Verfügung.*

## 8. Wortprotokoll der mündlichen Anhörung

Anlage 4 zu TOP 8.3.1



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

# Mündliche Anhörung

gemäß § 91 Absatz 9 Satz 1 SGB V in Verbindung mit 1. Kapitel § 12 Absatz 3 Verfahrensordnung  
**des Gemeinsamen Bundesausschusses**

**hier: Änderung der Rehabilitations-Richtlinie (Re-RL);  
Vereinfachung Verordnungsverfahren/Qualifikations-  
anforderungen**

Sitzung im Hause des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin  
am 23. September 2015  
von 10.37 Uhr bis 10.57 Uhr

– Stenografisches Wortprotokoll –

Angemeldeter Teilnehmer für die **Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)**:

Herr Dr. Stähler

Angemeldeter Teilnehmer für die **Bundesarbeitsgemeinschaft der medizinisch-beruflichen Rehabilitationseinrichtungen e.V. (Phase II)**

Herr Radzuweit

Angemeldete Teilnehmer für den **Bundesverband ambulant-teilstationäre Neurorehabilitation e.V. (BV ANR)**:

Herr Dr. Pichler

Herr Reichel (nicht anwesend)

Angemeldeter Teilnehmer für den **Bundesverband Geriatrie e.V. (BV Geriatrie)**:

Herr van den Heuvel

Angemeldete Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V. (DEGEMED)**

Herr Lawall

Frau Schulze

Angemeldete Teilnehmerin für den **Paritätischen Gesamtverband e. V.:**

Frau Huth

Angemeldeter Teilnehmer für die **Diakonie Deutschland e. V. – Evangelischer Bundesverband**

Herr Dr. Steffens (nicht anwesend)

Angemeldeter Teilnehmer für den **Fachverband Sucht e. V., GCAA German Council on Alcohol and Addiction:**

Herr Dr. Buschmann

Angemeldete Teilnehmerin für das **Deutsche Müttergenesungswerk (MGW)**:

Frau Gerstkamp

Beginn der Anhörung: 10.37 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer betreten den Raum)

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich begrüße Sie ganz herzlich beim Gemeinsamen Bundesausschuss im Unterausschuss Veranlasste Leistungen zur mündlichen Anhörung zum Beschlussentwurf zur Änderung der Reha-Richtlinie, hier konkret Vereinfachung des Verordnungsverfahrens und Anpassungen bei den Qualifikationsanforderungen. Wir haben hierzu, wie es vorgesehen und vorgeschrieben ist, ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet und durchgeführt, in dem 22 der insgesamt 35 Stellungnahmeberechtigten eine Stellungnahme eingereicht haben. Das waren – für das Protokoll – die Bundesärztekammer, die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, die AWO, die Bundesarbeitsgemeinschaft der medizinisch-beruflichen Rehabilitationseinrichtungen e. V. (Phase II), der Bundesverband ambulanter medizinischer Rehabilitationszentren e. V., der Bundesverband ambulant-teilstationäre Neurorehabilitation e. V., der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V., der Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V., der Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V., der Bundesverband Geriatrie e. V., der Bundesverband Katholische Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche e. V., der Paritätische Gesamtverband e. V., die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V., die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., der Deutsche Heilbäderverband e. V., das Deutsche Müttergenesungswerk, die Diakonie Deutschland e. V., der Fachverband Sucht e. V., der Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe – Fachverband der Diakonie Deutschland e. V., die Bundesagentur für Arbeit, die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau. Die Bundesärztekammer hat ihren Verzicht auf mündliche Anhörung erklärt. Alle weiteren Organisationen wurden zur Anhörung eingeladen und um entsprechende Rückmeldung gebeten.

Wir haben heute folgende Stellungnehmer, die an der mündlichen Anhörung teilnehmen. Das ist die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, vertreten durch Herrn Dr. Stähler, der Bundesverband ambulant-teilstationäre Neurorehabilitation e. V., vertreten durch Herrn Dr. Pichler – Herr Reichel ist erkrankt –, der Bundesverband Geriatrie e. V., vertreten durch Herrn van den Heuvel, der Paritätische Gesamtverband e. V., vertreten durch Frau Huth, die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V., vertreten durch Frau Schulze und Herrn Lawall, die Diakonie Deutschland sollte durch Dr. Steffens vertreten sein, der nach meinen Unterlagen aber erkrankt ist, der Fachverband Sucht, vertreten durch Dr. Buschmann, und das Müttergenesungswerk, vertreten durch Frau Gerstkamp. Ist jetzt noch jemand hier, der nicht aufgerufen wurde? – Nein. Dann haben wir alle begrüßt.

Ich möchte darauf hinweisen, dass wir heute Wortprotokoll über diese Anhörung führen. Deshalb ist es wichtig und notwendig, dass Sie bei Ihren Wortmeldungen jeweils die Mikrofone benutzen und die Organisation, die Sie vertreten, benennen, damit es ordnungsgemäß im Protokoll vermerkt wird. Die Mitglieder des Unterausschusses werden, wenn sie Ihnen Fragen stellen, jeweils nur sagen, welcher Bank oder ob sie der Patientenvertretung zugehörig sind.

Ich möchte darauf hinweisen, dass wir alle Ihre Stellungnahmen gelesen haben. Das heißt, das, was Sie uns schriftlich mitgeteilt haben, kann als bekannt vorausgesetzt werden. Deshalb meine herzliche Bitte, wenn Sie jetzt Ausführungen machen, das auf die Tatbestände zu beschränken, die ergänzend zu dem, was Sie bereits schriftlich vorgetragen haben, noch besonders in den Fokus der Beratungen gerückt werden sollen.

Ich möchte Ihnen, den Anzuhörenden, die Möglichkeit geben, hier mündlich Stellung zu nehmen. Ich frage einfach in die Reihe: Gibt es Wortmeldungen? – Bitte schön.

**Herr Lawall (DEGEMED):** Wir begrüßen ausdrücklich, dass das bisher als schwierig empfundene zweistufige Antragsverfahren angefasst wird und überarbeitet werden soll. Was wir nicht gut finden, ist – das haben wir auch in unserer Stellungnahme zum Ausdruck gebracht –, dass es bei Fällen unklarer Zuständigkeit dennoch dabei bleibt, dass der Vertragsarzt und der Versicherte sich zweimal mit dem Sachverhalt auseinandersetzen müssen. Das braucht es nicht. Alle anderen Rehaträgerbereiche in Deutschland kommen ohne eine solche zweite Beantragung oder einen zweiten Antrag oder ein zweites Antragsformular aus. Das sollte auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung möglich sein.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Lawall. – Weitere Wortmeldungen, bitte. – Keine. Fragen der Bänke, der Patientenvertretung? – Keine. Dann waren das große Spesen für eine relativ kurze Zeit. – Bitte schön.

**PatV:** Wir haben in den Tragenden Gründen ausgeführt, dass es uns wichtig ist, dass die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte Kenntnisse über das ICF-System besitzen. Da hätte ich schon von den anwesenden stellungnahmeberechtigten Personen gehört – es gab Ausführungen; leider sind die AWO und die BAGFW nicht da, aber vielleicht fühlt sich jemand mit zuständig –, wie aus Ihrer Sicht die Vertiefung der Kenntnisse des ICF-Systems und die Notwendigkeit der Fortbildung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in diesem Bereich aussieht.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Wer möchte dazu Stellung nehmen? – Bitte schön.

**Herr Dr. Pichler (BV ANR):** Ich gebe Ihnen völlig Recht. Diese Fähigkeit ist unter uns Ärzten nicht gleichmäßig gut entwickelt. Für uns selber, die wir in der Rehabilitation tätig sind, ist das einfach. Für uns ist die ICF bindend und eine unerlässliche Grundlage. Aber wir selbst haben in unserer Stellungnahme angeboten, dass wir den Kassenärztlichen Vereinigungen gerne beratend zur Seite stehen würden, um das für die anderen Fachgebiete zu präzisieren. Im Rahmen der Deutschen Gesellschaft für Neurologie machen wir das für Neurologen, aber wir sind gerne bereit, dass auch für andere Fachgruppen zu tun, weil wir diesen Mangel sehen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ganz herzlichen Dank. – Bitte schön, Herr Stähler.

**Herr Dr. Stähler (BAR):** Ich kann mich unmittelbar anschließen. Auch von unserer Seite ist dieses Angebot erfolgt. Auch wir sehen die ICF als essenziell an. Es gibt in der Tat einen hohen Schulungsbedarf auf ärztlicher Seite, das ist unbestritten. Hier muss auch intensiviert werden. Vorschlag waren Multiplikatorenschulungen. Wir als Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation bieten uns in diesem Zusammenhang gerne an.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön. Beantwortet das Ihre Frage?

(PatV: Ja, vielen Dank!)

Frau Gerstkamp hatte sich gemeldet, bevor die Frage der Patientenvertretung kam.

**Frau Gerstkamp (MGW):** Ich möchte mich dem anschließen, möchte aber gleichzeitig darauf hinweisen, dass wir es sehr wichtig finden, dass, wenn es um die Ärztefortbildung geht, die spezielle Ausrichtung des § 41 SGB V – Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter – aufgenommen wird. Das scheint uns da wirklich noch nicht immer vorhanden zu sein, weil Ärztinnen und Ärzte ganz oft davon ausgehen, dass Mutter- und Vater-Kind-Maßnahmen eher Vorsorgeleistungen sind und keine

Rehabilitationsleistungen. Da wäre es für uns ganz wichtig, dass auf alle Fälle die Zielgruppenspezifität und die Bedeutung der mütter- und väterspezifischen Kontextfaktoren mit aufgenommen werden.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Frau Gerstkamp. – Weitere Anmerkungen dazu? – Keine. Weitere Fragen? – Sehe ich nicht. Noch eine Wortmeldung, Herr Dr. Pichler.

**Herr Dr. Pichler (BV ANR):** Ich habe mich vorhin nicht unter den Wortmeldungen gemeldet, weil ich das hier heute das erste Mal mitmache. Ich wollte schon noch eine Präzisierung unserer Stellungnahme mündlich nachreichen, und zwar zu dem, was ich gerade auch schon in der Beantwortung der Frage gesagt habe, nämlich der Wichtigkeit der ICF. Speziell im vorgeschlagenen § 4 Abs. 1 Satz 3 Re-RL war der alte Ausdruck eine Wird-Forderung. Nach der Änderung soll dies eine Kann-Forderung sein, dass die Auswirkungen eines Gesundheitsproblems über die ICS beschrieben werden „können“. Das ist aus unserer Sicht eine zu schwache Formulierung, weil wir genau diese Fähigkeit über ICF, Beeinträchtigungen und die Auswirkungen auf die Teilhabe zu beschreiben, gerne unter allen Ärzten verbreiten möchten. Ich möchte, dass solche Anträge auch für alle gleich lesbar sind. Deswegen wäre eine verbindliche Formulierung für uns sehr wichtig. – Das ist aus unserer Sicht der erste Punkt.

Der zweite Punkt ist genau das, was die Patientenvertretung gerade anspricht. Wir sind der Meinung, dass die Formulierung in § 11 Re-RL, dass die Kenntnisse in Fortbildungsveranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigungen erweitert und vertieft werden sollten, nicht ausreichend ist, um unsere Kollegen an den Fortbildungsplatz zu bringen. Deswegen wären wir auch hier für eine präzisere Aussage, dass ein Arzt, der diese Anträge ausfüllt, einmal in zwei Jahren diese Kenntnisse nachweisen muss.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Die KBV.

**KBV:** Es freut mich sehr, dass wir die Diskussion, die wir fünf Jahre geführt haben, wieder aufmachen. Wir können das Ganze auch lassen. Wir können es wirklich ganz lassen. Ich bin zutiefst angesäuert von ärztlicher Seite. Wir diskutieren das Ganze. Herr Vorsitzender, seit fünf Jahren, um eine Entbürokratisierung dieses Systems zu erreichen. Sie wissen genau, dass im überwiegenden Teil der Weiterbildungsordnungen in der Bundesrepublik die ICF-Kriterien und die Fortbildung in der Reha drin sind und damit Gegenstand der Facharztprüfung. Das negieren Sie hier. Sie wissen genau – wir suchen gerade nach der Zahl –, dass wir circa 40.000 Ärzte haben, die mit Erfolgskontrolle diese Kurse durchgemacht haben. Deswegen habe ich es satt. Ich habe es satt, uns kontinuierlich wegen einer Missqualifikation anmachen zu lassen. Für die Rentenversicherung klappt es ohne alles, nur mit einem Zettel, und hier werden wir tagein, tagaus schikaniert und hinterfragt. Dann können wir auf die Rehabbeantragung völlig verzichten. Dann schauen Sie einmal, wo Sie mit Ihren Anstalten bleiben. Das ist unerhört. Wo sind denn die 40.000, die die Zusatzqualifikation bisher durchlaufen haben? Die sind doch nicht aus dem System verschwunden, die sind doch weiterhin drin. Es wird dem Arzt sehr wohl möglich sein, wenn wir schon Fortbildung anbieten, die wahrzunehmen, wenn er meint, er hat Fortbildungsbedarf über das, was er zu Hause lernt, hinaus, anstatt dass man das System lahmlegt mit Prüfung alle vier Wochen wegen irgendetwas. Sonst muss man den Ärzten einfach sagen: Verzichtet auf das ganze Theater. – Dann ist es auch gut.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ich möchte im Rahmen der Geschäftsleitungsfunktion darauf hinweisen, dass wir uns hier in einer Anhörung befinden. Ein Stellungnehmer hat seine Position vorgetragen. Welche Schlussfolgerungen wir daraus ziehen, werden wir nach Abschluss der Anhörung festzustellen haben. Ich pflichte Ihnen bei, dass das hier ein relativ langwieriger und zäher Diskussi-

#### Anlage 4 zu TOP 8.3.1

onsprozess war und das, was zur Anhörung gestellt wurde, das Ergebnis eines Kompromisses war, der manchen nicht leichtgefallen ist. Aber es ist das legitime Recht jedes Stellungnehmers, hier seine Position vorzutragen. Wir werden das zu wichten haben. Ich sage dies, um jedwede Eskalation hier von vornherein zu vermeiden. Die Kraft brauchen wir nachher noch.

Weitere Anmerkungen, Fragen? – Noch einmal das Müttergenesungswerk.

**Frau Gerstkamp (MGW):** Vielen Dank. Auch ich bin wie Herr Dr. Pichler heute zum ersten Mal hier, und da war es mir nicht ganz so klar, dass, wenn Sie einmal fragen, es sofort weitergeht.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ja, klar, der G-BA ist eine effiziente Institution, entgegen anderslautenden Presseverlautbarungen. Deshalb müssen Sie die Chance jetzt ergreifen, sonst ist es herum.

**Frau Gerstkamp (MGW):** Das will ich jetzt auch gerne tun. – Sie haben gerade gesagt, Sie haben alle Stellungnahmen gelesen. Ich wollte für das Müttergenesungswerk grundsätzlich sagen: Wir stehen in der Rehabilitations-Richtlinie zwar mit § 41 SGB V drin, aber für uns ist wichtig, dass sowohl in der Richtlinie als auch in dem Muster 61 die Grundsätzlichkeiten und die Grundlagen weiter ausgeführt werden und dass an manchen Stellen einfach geschaut wird, was das für die Leistungen nach § 41 SGB V heißt.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön. – Weitere Anmerkungen? – Fragen? – Bitte schön.

**Herr van den Heuvel (BV Geriatrie):** Angesichts der eben geäußerten Positionen wollte ich nur darauf hinweisen, dass bei uns im Verband genau der Punkt ICF diskutiert worden ist. Wir hatten in der schriftlichen Stellungnahme eine etwas andere Formulierung des § 11 Re-RL vorgeschlagen. Ich wollte hier nur deutlich machen, der – wie Sie gerade gesagt haben – Kompromiss, so wie es in der Vorlage praktisch war, wurde im Verband diskutiert. Mit diesem Kompromiss könnte man verbandsseitig leben. Sprich: Auch die Ärzteschaft beim Bundesverband Geriatrie hat sich dieses Themas noch einmal besonders angenommen und könnte das auch so unterstützen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank. – Weitere Wortmeldungen? – Die sehe ich jetzt endgültig nicht. Fragen? – Sehe ich auch nicht. Es ging sehr schnell. Aber, wie gesagt, die Stellungnahmen werden wir auswerten und uns mit den Dingen befassen. Danke, dass Sie da waren. Einen schönen Resttag noch.

Schluss der Anhörung 10.57 Uhr