

**Tragende Gründe zum
Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Rehabilitations-Richtlinie:
Schriftliche Mitteilung an die Versicherten**

vom 20. Dezember 2007

Inhaltsverzeichnis

1. Rechtsgrundlagen	2
2. Eckpunkte der Entscheidung	2
3. Verfahrensablauf	2
4. Würdigung der Stellungnahmen	2
5. Dokumentation des gesetzlich vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahrens	3
Anhang A:	
Stellungnahmen der Verbände der Leistungserbringer	5
Stellungnahme der Bundesärztekammer	9
Anhang B:	
Auseinandersetzung mit den Argumenten aus den Stellungnahmen (entfällt)	

1. Rechtsgrundlagen

Die Neufassung der Rehabilitations-Richtlinie, die am 1. April 2004 in Kraft trat, legte in § 12 fest, dass die Krankenkasse dem Versicherten und dem verordnenden Vertragsarzt ihre Leistungsentscheidung bezüglich der verordneten Leistung zur medizinischen Rehabilitation mitteilt und gegebenenfalls Abweichungen von der Verordnung begründet.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Der Gemeinsame Bundesausschuss folgte dem Antrag der Patientenvertreter, in den Richtlinien verbindlich vorzugeben, dass diese Mitteilung der Krankenkasse gegenüber dem Versicherten schriftlich erfolgen muss. Die Regelung stärkt die Rechte der Versicherten und schafft Transparenz.

3. Verfahrensablauf

Mit Datum vom 13. September 2007 beschloss der Gemeinsame Bundesausschuss die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 92 Abs. 5 SGB V. Die Stellungnahmefrist für die Organisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene endete am 15. Oktober 2007.

Nach Auswertung der Stellungnahmen wurde der Bundesärztekammer mit Datum vom 25. Oktober Gelegenheit zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 8 a SGB V eingeräumt.

4. Würdigung der Stellungnahmen

Sechzehn der einunddreißig Stellungnahmeberechtigten beteiligten sich am Verfahren. Alle Stellungnehmer stimmten darin überein, dass keine Bedenken gegen die geplante Richtlinienänderung bestehen, vielmehr sei die Vorgabe der Schriftform für die Mitteilung der Krankenkasse an den Versicherten im Sinne einer besseren Transparenz des leistungsrechtlichen Verfahrens für alle Beteiligten ausgesprochen zu begrüßen.

Darüber hinaus machten drei Stellungnahmen auf weiteren Änderungsbedarf der Rehabilitations-Richtlinie aufmerksam. Diese Änderungsvorschläge werden in der kommenden Sitzung des Unterausschusses Rehabilitation beraten.

Die Bundesärztekammer teilt mit Datum vom 31. Oktober 2007 mit, dass die Bundesärztekammer den beabsichtigten Änderungen zustimmt.

Die Stellungnahmen der Organisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene sowie die Stellungnahme der Bundesärztekammer sind beigelegt (Anhang A).

5. Dokumentation des gesetzlich vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahrens

5.1 Stellungnahmeentwurf

Folgende Richtlinienänderung wurde in das Stellungnahmeverfahren gemäß § 92 Abs. 5 SGB V gegeben:

'In § 12 Abs. 2 der Rehabilitations-Richtlinie wird nach Satz 1 folgender Satz angefügt: "Die Mitteilung an die Versicherten erfolgt schriftlich." '

5.2 Verzeichnis der zur Stellungnahme angeschriebenen Organisationen

Als stellungnahmeberechtigte Organisationen für den Bereich Rehabilitation gemäß § 92 Abs. 5 wurden folgende Organisationen in das Stellungnahmeverfahren einbezogen:

- Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO)
- Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen BRD e. V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Klinisch-Geriatrie Einrichtungen e. V. (BAG KGE)
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)
- Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch-beruflicher Rehabilitationszentren (Phase II)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen (BAG RPK)
- Bundesverband ambulant-teilstationärer Neuro-Rehabilitation (ANR)
- Bundesverband ambulanter Rehabilitationszentren e.V. (BRZ)
- Bundesverband Deutscher Privatkrankeanstalten e. V.
- Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe e. V (BEB)
- Bundesverband für stationäre Suchtkrankehilfe e. V. (BUSS)
- Bundesverband Kath. Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Kinder e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGEMED)
- Deutsche Hauptstelle für die Suchtfragen e. V. (DHS)
- Deutscher Caritasverband e. V. (CARITAS)
- Deutscher Heilbäderverband e. V.
- Deutsches Müttergenesungswerk
- Deutsches Rotes Kreuz e. V. (DRK)
- Diakonisches Werk der evangelischen Kirche in Deutschland e. V. (DIAKONIE)

- Fachverband Drogen und Rauschmittel e. V. (FDR)
- Fachverband Sucht e. V.
- Fachverband Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche e. V. (FPK)
- Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V. (GVS)
- Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG)
- Kneipp-Bund e. V. Bundesverband für Gesundheitsförderung (KNEIPP)
- Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e. V. (PARITÄT)
- Verband ambulanter Behandlungsstellen für Suchtkranke / Drogenabhängige e. V. (VABS)
- Verband der Kurbeherbergungsbetriebe (VdKB)
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR)
- Zentralverband ambulanter Therapieeinrichtungen Deutschland e. V. (ZAT)

5.3 Richtlinienentwurf zur Beschlussfassung nach Auswertung des Stellungnahmeverfahrens

Es ergeben sich keine Änderungen im Vergleich zum Entwurf im Stellungnahmeverfahren.

Siegburg, den 20. Dezember 2007

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Vorsitzende

Hess

**Stellungnahmen zum Entwurf einer
Änderung der Rehabilitations-Richtlinien nach § 92 Abs. 5 SGB V
Anhörung vom 17. September bis 15. Oktober 2007**

- 1.) Zur im Stellungnahmeverfahren befindlichen Richtlinienänderung:
"Die Mitteilung an die Versicherten erfolgt schriftlich."

Organisation	Quellen- angabe	Argumentation
--------------	--------------------	---------------

**Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen
Bundesrepublik Deutschland**

Arbeitsgemein- schaft Rehabilitati- on von Kindern und Jugendlichen Bun- desrepublik Deutschland	zu § 12 Abs. 2	Die o.g. Verbände stimmen den Änderungen zu. Insbesondere begrüßen sie die Änderung in § 12 Abs. 2 („Die Mitteilung an den Versicherten erfolgt schriftlich“). Da die Entscheidung der Krankenkasse über den Antrag des Versicherten ein Verwaltungsakt i. S. v. § 31 (Begriff des Verwaltungsaktes) SGB X ist, entspricht die Ergänzung von § 12 der Richtlinie auch § 33 (Bestimmtheit und Form des Verwaltungsaktes) SGB X. Zugleich stellt das Schriftformerfordernis sicher, dass jede Entscheidung mit einer Begründung ergeht (vgl. § 35 SGB X) und mit einer Rechtsbehelfsbelehrung i. S. des § 36 SGB X versehen ist.
---	----------------	---

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.

AWO	zu § 12 Abs. 2	Die Arbeiterwohlfahrt stimmt den Änderungen zu, wir begrüßen insbesondere die Änderung in § 12 Abs. 2, da das Schriftformerfordernis zukünftig sicherstellt, dass jede Entscheidung mit einer Begründung ergeht und mit einer Rechtsbehelfsbelehrung i.S. des § 36 SGB X versehen ist.
------------	----------------	--

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

DEGEMED	zu § 12 Abs. 2	Da es sich ganz überwiegend um redaktionelle Änderungen handelt, sehen wir diesbezüglich keine Bedenken.
----------------	----------------	--

Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V.

BAG Geriatrie	zu § 12 Abs. 2	Der in § 12 Abs. 2 der Rehabilitations-Richtlinie nach Satz 1 angefügte Satz „Die Mitteilung an den Versicherten erfolgt schriftlich“ trägt zur weiteren Erhöhung der Transparenz der Leistungsentscheidung der Krankenkasse bei und stärkt somit die Rechte der Versicherten, sodass diese Ergänzung zu befürworten ist.
----------------------	----------------	---

Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V.

BDPK	zu § 12 Abs. 2	Der BDPK hat keine Einwände gegen die geplanten Änderungen.
-------------	----------------	---

Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe (BeB)

BeB	zu § 12 Abs. 2	<p>Die o.g. Verbände stimmen den Änderungen zu.</p> <p>Insbesondere begrüßen sie die Änderung in § 12 Abs. 2 („Die Mitteilung an den Versicherten erfolgt schriftlich“). Da die Entscheidung der Krankenkasse über den Antrag des Versicherten ein Verwaltungsakt i. S. v. § 31 (Begriff des Verwaltungsaktes) SGB X ist, entspricht die Ergänzung von § 12 der Richtlinie auch § 33 (Bestimmtheit und Form des Verwaltungsaktes) SGB X. Zugleich stellt das Schriftformerfordernis sicher, dass jede Entscheidung mit einer Begründung ergeht (vgl. § 35 SGB X) und mit einer Rechtsbehelfsbelehrung i. S. des § 36 SGB X versehen ist.</p>
------------	----------------	---

Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.

BUSS	zu § 12 Abs. 2	Der Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. hat keine Einwände gegen die geplanten Änderungen.
-------------	----------------	--

Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V.

DEGEMED	zu § 12 Abs. 2	Die DEGEMED begrüßt die geplante Ergänzung des § 12 Absatz 2 der Rehabilitations-Richtlinie zugunsten der betroffenen Patienten.
----------------	----------------	--

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen

DHS	zu § 12 Abs. 2	Wir möchten Ihnen mitteilen, dass die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen keine Stellungnahme zur Änderung der Rehabilitations-Richtlinie abgeben wird.
------------	----------------	--

Deutscher Heilbäderverband e.V.

dhv	zu § 12 Abs. 2	Wir erheben keine Einsprüche und begrüßen die Änderungen.
------------	----------------	---

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.

Diakonisches Werk der EKD	zu § 12 Abs. 2	<p>Das diakonische Werk der EKD e.V. hat keine Einwände gegen die geplanten Änderungen.</p> <p>Die o.g. Verbände stimmen den Änderungen zu. Insbesondere begrüßen sie die Änderung in § 12 Abs. 2 („Die Mitteilung an den Versicherten erfolgt schriftlich“). Da die Entscheidung der Krankenkasse über den Antrag des Versicherten ein Verwaltungsakt i. S. v. § 31 (Begriff des Verwaltungsaktes) SGB X ist, entspricht die Ergänzung von § 12 der Richtlinie auch § 33 (Bestimmtheit und Form des Verwaltungsaktes) SGB X. Zugleich stellt das Schriftformerfordernis sicher, dass jede Entscheidung mit einer Begründung ergeht (vgl. § 35 SGB X) und mit einer Rechtsbehelfsbelehrung i. S. des § 36 SGB X versehen ist.</p>
----------------------------------	----------------	---

Elly-Heuss-Knapp-Stiftung Deutsches Müttergenesungswerk

Elly-Heuss-Knapp-Stiftung Deutsches Müttergenesungswerk	zu § 12 Abs. 2	<p>Der MGW begrüßt die Änderungen in § 12 Abs. 2. Da die Entscheidung der Krankenkasse ein Verwaltungsakt ist, entspricht die Ergänzung des § 12 der Richtlinie auch § 33 SGB X. Mit der Schriftformerfordernis wird sichergestellt, dass jede Entscheidung mit einer Begründung (§ 35 SGB X) und einer Rechtsbehelfsbelehrung (§ 36 SGB X) einhergehen.</p>
--	----------------	--

Fachverband Drogen und Rauschmittel

fdr	zu § 12 Abs. 2	Zu den Ergänzungen und redaktionellen Anpassungen der Rehabilitationsrichtlinie haben wir keine Anmerkungen oder Einwände.
------------	----------------	--

Fachverband Vorsorge und Rehabilitation

Fachverband Vorsorge und Rehabilitation	zu § 12 Abs. 2	Der Fachverband Vorsorge und Rehabilitation hat keine Einwände gegen die geplanten Änderungen
--	----------------	---

Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland

GVS	zu § 12 Abs. 2	<p>Die o.g. Verbände stimmen den Änderungen zu.</p> <p>Insbesondere begrüßen sie die Änderung in § 12 Abs. 2 („Die Mitteilung an den Versicherten erfolgt schriftlich“). Da die Entscheidung der Krankenkasse über den Antrag des Versicherten ein Verwaltungsakt i. S. v. § 31 (Begriff des Verwaltungsaktes) SGB X ist, entspricht die Ergänzung von § 12 der Richtlinie auch § 33 (Bestimmtheit und Form des Verwaltungsaktes) SGB X. Zugleich stellt das Schriftformerfordernis sicher, dass jede Entscheidung mit einer Begründung ergeht (vgl. § 35 SGB X) und mit einer Rechtsbehelfsbelehrung i. S. des § 36 SGB X versehen ist.</p>
------------	----------------	---

Verband der Kurbeherbergungsbetriebe Deutschlands e.V.

VdKB	zu § 12 Abs. 2	Der VdKB e.V. stimmt den vorgesehenen Änderungen zu.
-------------	----------------	--

Stellungnahme der Bundesärztekammer

Stellungnahme der Bundesärztekammer gem. § 91 Abs. 8a SGB V zur Änderung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation („Rehabilitations-Richtlinie“)

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 25.10.2007 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im Rahmen von § 91 Abs. 8a SGB VL aufgefordert, zur Änderung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation („Rehabilitations-Richtlinie“) eine Stellungnahme abzugeben. Neben redaktionellen Änderungen handelt es sich um eine Ergänzung des Abschnitts, der die Entscheidung der Krankenkassen zur Genehmigung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation betrifft.

Konkret soll auf Antrag der Patientenvertreter im G-BA der Paragraph 12 Abs. 2 der Richtlinie um einen Satz (siehe Fettdruck) ergänzt werden:

§ 12 (Leistungsentscheidung der Krankenkasse) Abs. 2:

Die Krankenkasse teilt der oder dem Versicherten und der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt ihre Entscheidung mit und begründet gegebenenfalls Abweichungen von der Verordnung. **Die Mitteilung an die Versicherten erfolgt schriftlich.**

Laut den tragenden Gründen ist mit der Ergänzung beabsichtigt, die Rechte der Versicherten zu stärken, denen mit schriftlichen Bescheiden der Krankenkasse beispielsweise auch klare Rechtsbehelfsbelehrungen übermittelt würden.

Die Bundesärztekammer stimmt den beabsichtigten Änderungen zu.

2.) **Vorschläge für Richtlinienänderungen, die nicht Gegenstand des aktuellen Stellungnahmeverfahrens waren:**

a) hier: **Gesetzliche Grundlagen**

Organisation	Quellen- angabe	Argumentation
--------------	--------------------	---------------

**Fachverband Vorsorge und Rehabilitation
für Kinder und Jugendliche e. V.**

VPK	zu § 2 Abs. 3 Gesetzliche Grundlagen	<p><u>Vorschlag:</u> (3) Die Krankenkasse erbringt auch Leistung zur medizinischen Rehabilitation in der besonderen Form für Mütter oder Väter oder Mutter-Kind bzw. Vater-Kind (41 SGB V) und für Kinder und Jugendliche (§ 40 SGB V).</p> <p><u>Begründung:</u> Wir halten die Erwähnung Kinder und Jugendliche dieser Leistungen ebenso erwähnenswert wie für Mutter-Vater-Kind-Maßnahmen, da hier die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenkassen oft unberücksichtigt bleibt.</p>
-----	--	---

2.) Vorschläge für Richtlinienänderungen, die nicht Gegenstand des aktuellen Stellungnahmeverfahrens waren:

b) hier: Rehabilitationsberatung

Organisation	Quellen- angabe	Argumentation
--------------	--------------------	---------------

**Elly-Heuss-Knapp-Stiftung
Müttergenesungswerk**

<p>Elly-Heuss-Knapp-Stiftung Müttergenesungswerk</p>	<p>zu § 5 Rehabilitationsberatung</p>	<p>In diesem Zusammenhang möchten wir auf unsere Stellungnahme vom 6. Februar 2006 hinweisen. Hinsichtlich der dort ausgeführten Anmerkungen zu den §§ 5, 6 und 10 sowie dem Verordnungsformular 61 sehen wir weiterhin einen Ergänzungs- und Korrekturbedarf.</p> <p>Vorschlag aus der Stellungnahme vom 6.02.2006: § 5 Rehabilitationsberatung In Abs. 2 sollte explizit der Hinweis auf die Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände für medizinische Rehabilitation nach § 41 SGB V aufgenommen werden. Seit jeher kommen den Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände im Kontext der Information, Beratung und Vorbereitung auf eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme für Mütter bzw. Väter eine wichtige Funktion zu. Dies hat auch in gemeinsamen Kooperationsvereinbarungen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen seinen Niederschlag gefunden. Deshalb sollte in § 5 eine entsprechend Ergänzung auf die Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände und Selbsthilfeorganisationen aufgenommen werden und dass die Versicherten vom Vertragsarzt und der Krankenkasse darauf hinzuweisen sind. Abs. 2 Sollte daher lauten: Der Vertragsarzt berät ...durch eine gemeinsamen Servicestelle, die Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände (im Kontext der Maßnahmen nach § 41 SGB V) oder eine sonstige Beratungsstelle hin.</p> <p>Begründung: Wir sehen weiterhin einen Ergänzungs- und Korrekturbedarf.</p>
---	---------------------------------------	---

2.) Vorschläge für Richtlinienänderungen, die nicht Gegenstand des aktuellen Stellungnahmeverfahrens waren:

c) hier: zweistufiges Verfahren

Organisation	Quellen- angabe	Argumentation
--------------	--------------------	---------------

**Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen
Bundesrepublik Deutschland**

<p>Arbeitsgemein- schaft Rehabilitati- on von Kindern und Jugendlichen Bun- desrepublik Deutschland</p>	<p>zu § 6 zweistufi- ges Verfahren</p>	<p>Zu § 6 Reha -Richtlinien (Verfahren) vertreten die Verbände die Auffassung, dass das dort geregelte zweistufige Verfahren für die verordnenden Ärzte und die Versicherten zu komplex und zu bürokratisch ist. Dieses vordergründig auf die Belange des Rehabilitationsträger zugeschnittene vorgeschaltete Verfahren, mit dem der Vertragsarzt eine spätere Verordnung „anzumelden“ hat, lässt sich mit dem Anliegen des SGB IX, insbesondere der §§ 10 (Koordinierung der Leistungen) und 14 (Zuständigkeitserklärung) kaum vereinbaren. Da auch ein einstufiges Verfahren mit den Regelungen des SGB V und der Entscheidungszuständigkeit der Krankenkassen vereinbar ist.</p> <p>Begründung:</p> <p>Wir bitten im Interesse aller Verfahrensbeteiligten eindringlich darum, das Verfahren wieder zu vereinfachen und ein einstufiges Verfahren zu konzipieren.</p>
--	--	--

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.

<p>AWO</p>	<p>zu § 6 zweistufi- ges Verfahren</p>	<p>Das in § 6 Reha-Richtlinien geregelte zweistufige Verfahren wird von den zur Verordnung berechtigten Ärzten und auch von Versicherten als zu aufwändig und zu bürokratisch beurteilt und z.T. abgelehnt. Da auch ein einstufiges Verfahren mit den Regelungen des SGB V und der Entscheidungszuständigkeit der Krankenkassen vereinbar ist.</p> <p>Begründung:</p> <p>Wir bitten im Interesse aller Verfahrensbeteiligten eindringlich darum, das Verfahren wieder zu vereinfachen und ein einstufiges Verfahren zu konzipieren.</p>
-------------------	--	---

Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe

BeB	zu § 6 zweistufiges Verfahren	<p>Zu § 6 Reha -Richtlinien (Verfahren) vertreten die Verbände die Auffassung, dass das dort geregelte zweistufige Verfahren für die verordnenden Ärzte und die Versicherten zu komplex und zu bürokratisch ist. Dieses vordergründig auf die Belange des Rehabilitationsträger zugeschnittene vorgeschaltete Verfahren, mit dem der Vertragsarzt eine spätere Verordnung „anzumelden“ hat, lässt sich mit dem Anliegen des SGB IX, insbesondere der §§ 10 (Koordination der Leistungen) und 14 (Zuständigkeitserklärung) kaum vereinbaren. Da auch ein einstufiges Verfahren mit den Regelungen des SGB V und der Entscheidungszuständigkeit der Krankenkassen vereinbar ist.</p> <p>Begründung:</p> <p>Wir bitten im Interesse aller Verfahrensbeteiligten eindringlich darum, das Verfahren wieder zu vereinfachen und ein einstufiges Verfahren zu konzipieren.</p>
------------	-------------------------------	---

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.

Diakonisches Werk der EKD	zu § 6 zweistufiges Verfahren	<p>Das in § 6 Reha-Richtlinien geregelte zweistufige Verfahren wird von den zur Verordnung berechtigten Ärzten und auch von Versicherten als zu aufwändig und zu bürokratisch beurteilt und z.T. abgelehnt. Da auch ein einstufiges Verfahren mit den Regelungen des SGB V und der Entscheidungszuständigkeit der Krankenkassen vereinbar ist.</p> <p>Begründung:</p> <p>Wir bitten im Interesse aller Verfahrensbeteiligten eindringlich darum, das Verfahren wieder zu vereinfachen und ein einstufiges Verfahren zu konzipieren.</p>
----------------------------------	-------------------------------	---

Elly-Heuss-Knapp-Stiftung Müttergenesungswerk

<p>Elly-Heuss-Knapp-Stiftung Müttergenesungswerk</p>	<p>zu § 6 zweistufiges Verfahren</p>	<p>Vorschlag aus der Stellungnahme vom 6.02.2006: In diesem Zusammenhang möchten wir auf unsere Stellungnahme vom 6. Februar 2006 hinweisen. Hinsichtlich der dort ausgeführten Anmerkungen zu den §§ 5, 6 und 10 sowie dem Verordnungsformular 61 sehen wir weiterhin einen Ergänzungs- und Korrekturbedarf.</p> <p>Vorschlag aus der Stellungnahme vom 6.02.2006: § 6 Verfahren Gemäß Abs. 1-3 ist das Verfahren in zwei Schritte „Einleitung“ und „Verordnung“ differenziert. Diese Zweistufigkeit ist sowohl für die verordnenden Ärzte wie auch für die Versicherten zu komplex und bürokratisch. Erste Erfahrungen in der Anwendung der Formulare 60 zeigen zudem, dass die knappen Angaben zur Erkrankung/ Gesundheitsstörung nicht ausreichend sind, um durch die Mitarbeiter der Krankenkasse eine fundierte und fehlerfreie Zuordnung zu den verschiedenen Rehabilitationsträgern vornehmen zu können. So ist beispielsweise die Zuordnung zur Krankenversicherung oder Rentenversicherung nicht hinreichend aufgrund der Diagnose ableitbar. Gemäß ICF beschreiben erst die Folgen eines Gesundheitsproblems die Rehabilitationsbedürftigkeit bzw. Zuständigkeit eines Rehabilitationsträgers. So lässt erst das Vorliegen der persönlichen Voraussetzungen gemäß § 10 SGB VI (<u>erhebliche</u> Minderung oder Gefährdung der Erwerbsfähigkeit) eine sozialrechtlich korrekte Zuordnung zum Leistungsbereich des SGB VI zu. Diesen inhaltlichen Anforderungen wird das Muster 60 in keiner Weise gerecht.</p> <p>In der Praxis wird dieses Formular im Leistungsbereich stationäre Rehabilitation für Mutter/ Vater-Kind zunehmend dazu benutzt, um Versicherte ungerechtfertigt von der Krankenversicherung abzuweisen und an den Rentenversicherungsträger umzuleiten, offensichtlich aus Gesichtspunkten der Kostenersparnis.</p> <p>Zudem wird ein vorgeschaltetes Verfahren der „Anmeldung“ einer Verordnung - zumal mit den zuvor beschriebenen inhaltlichen Mängeln- den Maßgaben des SGB IX, insbesondere § 10 (Koordinierung der Leistungen) nicht gerecht.</p> <p>Durch die verpflichtende Qualifizierung der Vertragsärzte ist zudem davon auszugehen, dass diese über die fachlichen und sozialrechtlichen Grundlagen zur differentiellen Einschätzung der Rehabilitationsbedürftigkeit u. a. Voraussetzungen sowie der Zuweiskriterien zu den jeweiligen Rehabilitationsträgern verfügen und diese nach Ablauf der Übergangsfrist sachgerecht vornehmen können, eine Voranmeldung und unnötige Bürokratisierung und praktische Erschwernis für die Versicherten würde dadurch überflüssig.</p> <p>Begründung: Wir sehen weiterhin einen Ergänzungs- und Korrekturbedarf. Deshalb ist das Verfahren zu einem einstufigen Verfahren zu vereinfachen.</p>
---	--------------------------------------	--

Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland

<p>GVS</p>	<p>zu § 6 zweistufiges Verfahren</p>	<p>Zu § 6 Reha -Richtlinien (Verfahren) vertreten die Verbände die Auffassung, dass das dort geregelte zweistufige Verfahren für die verordnenden Ärzte und die Versicherten zu komplex und zu bürokratisch ist. Dieses vordergründig auf die Belange des Rehabilitationsträger zugeschnittene vorgeschaltete Verfahren, mit dem der Vertragsarzt eine spätere Verordnung „anzumelden“ hat, lässt sich mit dem Anliegen des SGB IX, insbesondere der §§ 10 (Koordination der Leistungen) und 14 (Zuständigkeitserklärung) kaum vereinbaren. Da auch ein einstufiges Verfahren mit den Regelungen des SGB V und der Entscheidungszuständigkeit der Krankenkassen vereinbar ist.</p> <p>Begründung:</p> <p>Wir bitten im Interesse aller Verfahrensbeteiligten eindringlich darum, das Verfahren wieder zu vereinfachen und ein einstufiges Verfahren zu konzipieren.</p>
-------------------	--------------------------------------	---

2.) **Vorschläge für Richtlinienänderungen, die nicht Gegenstand des aktuellen Stellungnahmeverfahrens waren:**

d) hier: **Rehabilitationsprognose**

Organisation	Quellen- angabe	Argumentation
--------------	--------------------	---------------

**Elly-Heuss-Knapp-Stiftung
Müttergenesungswerk**

<p>Elly-Heuss-Knapp-Stiftung Müttergenesungswerk</p>	<p>zu § 10 Rehabilitationsprognose</p>	<p>In diesem Zusammenhang möchten wir auf unsere Stellungnahme vom 6. Februar 2006 hinweisen. Hinsichtlich der dort ausgeführten Anmerkungen zu den §§ 5, 6 und 10 sowie dem Verordnungsformular 61.</p> <p>Vorschlag aus der Stellungnahme vom 6.02.2006: § 10 Qualifikation des Vertragsarztes Inhaltlich sollte nach Ansicht des MGW im Rahmen der Qualifizierung auch die besonderen gesundheitlichen Belastungen sowie Kontextfaktoren von Müttern (Vätern) und Kindern vermittelt werden. Zudem ist das MGW der Auffassung, dass diese Zusatzqualifikation, insbesondere über das Klassifikationssystem der ICF und seine Umsetzung für die Verordnung und Gewährung von Rehabilitationsleistungen, auch für die weiteren am Verfahren beteiligten Fachkräfte bei Krankenkassen und medizinischen Diensten erforderlich ist. Langfristig ist darauf hinzuwirken, dass diese Inhalte im Rahmen der Erstausbildung von Medizinern entsprechend vermittelt werden.</p> <p>Begründung: Wir sehen weiterhin einen Ergänzungs- und Korrekturbedarf.</p>
---	--	---

2.) **Vorschläge für Richtlinienänderungen, die nicht Gegenstand des aktuellen Stellungnahmeverfahrens waren:**

e) hier: **Rehabilitationsqualifikation der Vertragsärzte**

Organisation	Quellen- angabe	Argumentation
--------------	--------------------	---------------

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.

AWO	zu § 11 Abs. 3 Reha.quali.	<p>Qualifikation der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes:</p> <p>Wie können Versicherte schnell und unkompliziert erfahren, welcher Vertragsarzt/Vertragsärztin in Wohnortnähe zur Verordnung von Reha-Leistungen berechtigt ist?</p> <p>Könnten Sie uns Informationen zukommen lassen, aus denen hervorgeht:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie viele Ärzte besitzen die Qualifikation, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu verordnen? • Wie hoch ist ihr Anteil an der Gesamtzahl aller Vertragsärzte?
-----	----------------------------	--

**Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen
Bundesrepublik Deutschland,
Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe
Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.
Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland**

<p>Arbeitsgemein- schaft Rehabilitati- on von Kindern und Jugendlichen Bun- desrepublik Deutschland;</p> <p>BeB;</p> <p>EKD;</p> <p>GVS</p>	zu § 11 Abs. 3 Reha.quali.	<p>Zu § 11 (Qualifikation der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes) Abs. 3 Reha-Richtlinien stellen sich nach dem Auslaufen der Übergangsregelungen folgende Fragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie viele Ärzte besitzen die Qualifikation, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu verordnen? • Wie hoch ist ihr Anteil an der Gesamtzahl aller Vertragsärzte? • Wie können die Versicherten schnell und unkompliziert erfahren, welcher Vertragsarzt in Wohnortnähe die Zulassung zur Verordnung besitzt?
---	----------------------------	--

Elly-Heuss-Knapp-Stiftung Müttergenesungswerk

Elly-Heuss-Knapp-Stiftung Müttergenesungswerk	zu § 11 Abs. 3 Reha.quali.	Des Weiteren haben wir nach Auslaufen der Übergangsregelungen zu § 11 Abs. 3 (Qualifikation der Vertragsärztin bzw. des Vertragsarztes) Bedenken hinsichtlich der Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung von Ärzten/innen mit Zusatzqualifikation. Denn nach wie vor erhalten wir Seitens der Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände Hinweise auf die schwierige Motivationslage der Ärzte/innen bezüglich des Erwerbs der Zusatzqualifikation nach § 11 der Richtlinie.
--	-------------------------------	---

2.) Vorschläge für Richtlinienänderungen, die nicht Gegenstand des aktuellen Stellungnahmeverfahrens waren:

f) hier: Verordnungsblatt Muster 61

Organisation	Quellen- angabe	Argumentation
--------------	--------------------	---------------

**Elly-Heuss-Knapp-Stiftung
Müttergenesungswerk**

<p>Elly-Heuss-Knapp-Stiftung Müttergenesungs- werk</p>	<p>zu Muster 61</p>	<p>In diesem Zusammenhang möchten wir auf unsere Stellungnahme vom 6. Februar 2006 hinweisen. Hinsichtlich der dort ausgeführten Anmerkungen zu den §§ 5, 6 und 10 sowie dem Verordnungsformular 61</p> <p><u>Vorschlag aus der Stellungnahme vom 6.02.2006:</u></p> <p>Die Vordrucke, insbesondere das Formular zur Verordnung sind umgehend auf die besonderen Anforderungen und Fragestellungen der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche, für Mütter (Väter) und für weitere Gruppen anzupassen.</p> <p><u>Begründung:</u> Wir sehen weiterhin einen Ergänzungs- und Korrekturbedarf.</p>
---	---------------------	---