

Stellungnahme der
Deutschen Gesellschaft für medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED)
vom 29.06.15
Zur
Änderung der Rehabilitations-Richtlinie (Re-RL)

A. Vorbemerkung:

Die DEGEMED begrüßt die Aktualisierung der Rehabilitations-Richtlinie (Re-RL) und die Überarbeitung des bisherigen zweistufigen Antragsverfahrens sowie den Verzicht auf die speziellen Qualifikationsanforderungen für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte. Das bisherige Antragsverfahren sowie die in der Reha-RL geforderten Qualifikationsanforderungen haben sich in den zurückliegenden Jahren massiv als Zugangsbarriere und damit zu Lasten von behinderten und von Behinderung bedrohten Antragsstellern ausgewirkt. Dies belegt die Entwicklung der Fallzahlen in der Antragsrehabilitation im Vergleich zu den Fallzahlen bei Anschlussheilbehandlung bzw. der Anschlussrehabilitation (AHB / AR).

B. Stellungnahme im einzelnen:

I. Zu § 6 Abs. 1:

1. Vorgeschlagene Änderung

Der Vorschlag zielt auf die Nutzung eines zweiteiligen Antragsvordrucks Muster 61. Mit dem ersten Teil (Teil A) klärt die Krankenkasse ihre sachliche Zuständigkeit als Rehabilitationsträger. Mit dem zweiten Teil (Teil B – D) verordnet der Vertragsarzt bei feststehender Zuständigkeit der Krankenkasse Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, über deren Bewilligung die Krankenkasse anschließend entscheidet.

2. Stellungnahme und Vorschlag:

In Satz 1 sollte nach „Muster 61“ „Teil B – D“ ersatzlos gestrichen werden.

3. Begründung:

Die vorgesehene Regelung schafft zwar das bisherige zweistufige Antragsverfahren mit den Vordruckmustern 60 und 61 ab. Es wird aber nicht durch ein bürokratiearmes einstufiges Verfahren ersetzt. In den Fällen einer unklaren sachlichen Zuständigkeit der Krankenkasse als Rehabilitationsträger bleibt es faktisch bei einem zweistufigen Verfahren. In diesen Fällen müssen sich der verordnende Vertragsarzt und der Antragssteller mehrfach mit dem Antrag auseinandersetzen, ohne dass dies sachlich geboten wäre oder zusätzliche Erkenntnisse bringt. Die Aufspaltung des Antragsvordrucks Muster 61 in mehrere Teile (A und B - D)

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 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.