

**Stellungnahme der
Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED)
vom 13.03.2018
zur
Änderung der Rehabilitations-Richtlinie (Re-RL)**

A. Vorbemerkung:

Die DEGEMED begrüßt die Aktualisierung der Rehabilitations-Richtlinie (Re-RL) und die Anpassung an das Bundesteilhabegesetz. Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) hat zum Ziel, die Lebensbedingungen für Menschen mit Behinderungen in Deutschland zu verbessern. Das gilt auch für die Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen inklusive der medizinischen Rehabilitation. Der Zugang für Menschen mit Behinderungen zu dieser Leistung muss so barrierefrei wie möglich gestaltet sein. Die Rechte der Versicherten sind zu stärken.

B. Stellungnahme im Einzelnen:

I. Zu § 2 Re-RL

1. Vorgeschlagene Änderung

Die Patientenvertretung schlägt nach § 2 Absatz 3 der Re-RL die Einfügung eines weiteren Absatzes vor. Die vorgeschlagene Einfügung verweist auf die Vorrangregelung von § 7 Absatz 2 SGB IX. Die Vorrangregelung besagt, dass die Vorschriften der Kapitel 2 bis 4 SGB IX den für die jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen vorgehen. Durch die Einfügung werden die bisherigen Absätze 4 bis 8 zu den Absätzen 5 bis 9.

2. Stellungnahme und Vorschlag

Wir empfehlen, dem Vorschlag der Patientenvertretung zu folgen und den vorgeschlagenen Absatz 4 in die Re-RL einzufügen.

3. Begründung

Mit dem Verweis auf § 7 Absatz 2 SGB IX in § 2 Absatz 4 (neu) der Re-RL wird hervorgehoben, dass der bundesrechtlich normierte zwingende Anwendungsvorrang der Vorschriften des SGB IX auch für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung gilt. Auch sie sind verpflichtet, mit anderen Rehabilitationsträgern koordiniert zusammenzuarbeiten, Bedarfe umfassend zu ermitteln und die Leistungen nahtlos festzustellen und zu erbringen.

In der Praxis gibt es immer wieder Beschwerden von Leistungsberechtigten über unzureichende Koordinierung der Leistungsträger sowie Verzögerung bei der

Leistungserbringung. Wir empfehlen daher, den Hinweis auf den Anwendungsvorrang der Artikel 2-4 SGB IX in die Re-RL aufzunehmen.

II. § 2 Re-RL

1. Vorgeschlagene Regelung

Der Vorschlag der Patientenvertretung und des GKV-Spitzenverbands sieht eine Ergänzung von § 2 der Re-RL um einen weiteren Absatz vor. Dieser Absatz verweist auf die Regelungen von § 14 SGB IX.

2. Stellungnahme und Vorschlag

Wir empfehlen, den von der Patientenvertretung und dem GKV-Spitzenverband vorgeschlagenen neuen Absatz in § 2 Re-RL einzufügen.

3. Begründung

Der vorgeschlagene Absatz verweist vor allem auf das Verfahren der zügigen Zuständigkeitsklärung nach § 14 SGB IX. Der Absatz verweist außerdem auf das neue Teilhabeplanverfahren bei der Beteiligung mehrerer Leistungsträger (§ 19 SGB IX). Hiernach ist entweder der erstangegangene oder der zweitangegangene Rehabilitationsträger für die umfassende Feststellung des Bedarfs und für die Leistungserbringung zuständig. Damit auch die Träger der GKV ihre Zuständigkeit nach Anträgen auf Rehabilitation und Teilhabe innerhalb der Fristen des § 14 SGB IX klären und bei Beteiligung mehrerer Träger vom Teilhabeplan Gebrauch machen, empfehlen wir, den vorgeschlagenen Absatz in die Reha-Richtlinie mit aufzunehmen.

III. § 5 Re-RL

1. Vorgeschlagene Änderung

Die vorgeschlagene Änderung ergänzt die gemäß den gesetzlichen Vorgaben des BTHG erforderlichen Beratungserfordernisse und -angebote.

2. Stellungnahme und Vorschlag

Wir empfehlen, die in § 5 vorgeschlagenen Ergänzungen aufzunehmen. Wir empfehlen darüber hinaus § 5 Absatz 1 Satz 3 wie folgt zu ergänzen.

Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Bei der Beratung wird

- auf ergänzende unabhängige Angebote zur Teilhabeberatung nach § 32 SGB IX,
 - auf die Möglichkeit der Beratung durch die Beratungsstellen der Rehabilitationsträger sowie
 - gesondert auf das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten nach § 8 SGB IX hingewiesen.
- Die Krankenkasse ist nicht berechtigt, die Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts des Versicherten von dessen Bereitschaft abhängig zu machen, Kosten der Rehabilitationsleistung über die gesetzlichen Vorschriften in §§ 40 Absatz 2 Satz 2, Absatz 6 SGB V hinaus zu tragen.“*

3. Begründung

Ziel des BTHG ist es, das Wunsch- und Wahlrecht zu stärken. Versicherte beklagen, dass Krankenkassen bei Reha-Antragsverfahren unrechtmäßig Zuzahlungen für die Bewilligung von Wunschkliniken verlangen oder die Wünsche des Patienten übergehen. Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat in den zurückliegenden Jahren zahlreiche Fälle geprüft und beanstandet, in denen Krankenkassen von Versicherten die Beteiligung an Behandlungskosten verlangt hatten, wenn sie an einer von ihnen gewählten indikationsgerechten, zertifizierten und durch Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V zugelassenen Reha-Einrichtung festhalten. Den Hinweis darauf, dass die Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts durch Versicherte nicht von deren Bereitschaft abhängig gemacht werden darf, dass sie Zuzahlungen über den gesetzlich erlaubten Rahmen hinaus leisten, halten wir deshalb für dringend notwendig.

IV. § 12 Re-RL

1. Vorgeschlagene Änderung

Die vorgeschlagenen Änderungen berücksichtigen die durch BTHG neu eingeführten Regelungen zum Verfahren der Leistungsentscheidungen der Krankenkassen.

2. Stellungnahme und Vorschlag

Wir empfehlen, die in § 12 vorgeschlagenen Ergänzungen aufzunehmen. Wir empfehlen darüber hinaus, § 12 Absatz 2 Satz 1 wie folgt zu ergänzen.

Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Krankenkasse teilt der oder dem Versicherten und der Verordnerin oder dem Verordner ihre Entscheidung in geeigneter Form mit und begründet ~~gegebenenfalls~~ Abweichungen von der Verordnung. *Die Versicherten erhalten mit dem Bescheid eine Rechtsbehelfsbelehrung. Bei einer Ablehnung erfolgt eine obligatorische Reha-Begutachtung des Versicherten durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK).*“

3. Begründung

18,4% aller Anträge für Vorsorge- und Rehaleistungen wurden 2015 von den Krankenkassen abgelehnt (IGES Institut 2017, Studie im Auftrag des Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Staatssekretär Karl-Josef Laumann). Die Studie des IGES-Instituts besagt zudem, dass Ablehnungsbescheide meist als unverständlich und oft nicht nachvollziehbar empfunden werden. Die Autoren der Studie empfehlen, die Bemühungen um Aufklärung der Versicherten über das Vorgehen bei Leistungsanträgen zu verstärken. Jeder dritte Versicherte wisse nicht, dass man Leistungsablehnungen widersprechen könne.

Um zu verhindern, dass Versicherte trotz Reha-Bedarf keine Leistungen erhalten, empfehlen wir darüber hinaus, vor der Ablehnung der Leistung eine Reha-Begutachtung des Versicherten durch den MDK durchzuführen.