

# Tragende Gründe



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

## zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Rehabilitations- Richtlinie: Vereinfachung Verordnungsverfahren/ Qualifikationsanforderungen

Vom 15. Oktober 2015

### Inhalt

1	Rechtsgrundlagen.....	3
2	Eckpunkte der Entscheidung .....	3
2.1	Änderung § 2 Absatz 3 .....	3
2.2	Änderung § 3 Absatz 2 .....	3
2.3	Änderung § 4 Absatz 1 .....	3
2.4	Änderung § 5 Absatz 1 .....	3
2.5	Änderung § 6.....	4
2.6	Änderung § 8.....	4
2.7	Änderung §§ 9 und 10 .....	5
2.8	Änderung § 11.....	5
2.9	Änderung § 12.....	5
2.9.1	Änderung § 12 Absatz 1 .....	5
2.9.2	Änderung § 12 Absatz 2 .....	5
2.10	Änderung § 13 Absatz 4 .....	6
2.10.1	Zu § 13 Absatz 4 Satz 1: .....	6
2.10.2	Zu § 13 Absatz 4 Satz 2: .....	6
3	Würdigung der Stellungnahmen .....	7
4	Bürokratiekostenermittlung .....	8
5	Verfahrensablauf .....	10
6	Dokumentation des Stellungsverfahren.....	12
6.1	Einleitung des schriftlichen Stellungsverfahren.....	12
6.2	Eingegangene Stellungnahmen.....	12
6.3	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen.....	14
6.3.1	Allgemeine oder übergreifende Stellungnahmen .....	14

6.3.2	Stellungnahmen zur Änderung des § 2 Absatz 3 Re-RL .....	19
6.3.3	Stellungnahmen zur Änderung des § 2 Absatz 7 Re-RL .....	21
6.3.4	Stellungnahmen zur Änderung des § 4 Absatz 1 Re-RL .....	21
6.3.5	Stellungnahmen zur Änderung des § 5 Absatz 1 Re-RL .....	25
6.3.6	Stellungnahmen zur Änderung des § 6 Absatz 1 Re-RL .....	28
6.3.7	Stellungnahmen zur Änderung des § 6 Absatz 2 Re-RL .....	31
6.3.8	Stellungnahmen zur Änderung des § 6 Absatz 3 Re-RL .....	34
6.3.9	Stellungnahmen zur Änderung des § 8 Re-RL.....	36
6.3.10	Stellungnahmen zur Änderung des §§ 9 und 10 Re-RL.....	38
6.3.11	Stellungnahmen zur Änderung des § 11 Re-RL.....	39
6.3.12	Stellungnahmen zur Änderung des § 12 Absatz 1 Re-RL .....	46
6.3.13	Stellungnahmen zur Änderung des § 12 Absatz 2 Re-RL .....	51
6.3.14	Stellungnahmen zur Änderung des § 13 Absatz 1 Re-RL .....	51
6.3.15	Stellungnahmen zur Änderung des § 13 Absatz 4 Re-RL .....	52
6.3.16	Stellungnahmen zu Regelungen in der Richtlinie, die nicht Gegenstand dieses Stellungnahmeverfahrens sind.....	55
6.4	Mündliche Stellungnahmen .....	64

## **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 Einfügungen „einschließlich mobiler“ nach dem Wort „ambulanter“ und „oder durch“ vor dem Wort „Einrichtungen“ beinhalten redaktionelle Änderungen, 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 bisherige 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.

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 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, die Ärztinnen und Ärzte zur Teilnahme motivieren sowie leicht zugängliche Erläuterungen zu den Kriterien der ICF zur Verfügung stellen.

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.

## **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.

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**

### **2.10.1 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.

### **2.10.2 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. Der zweite Halbsatz „soweit dem nicht erhebliche therapeutische Gründe entgegenstehen“ wurde angelehnt an die in § 630g BGB (Fassung aufgrund Patientenrechtegesetz vom 20. Februar 2013, BGBl. I, S. 277) enthaltene Regelung für die Einsichtnahme von Patienten in die Patientenakte formuliert.

### **2.11 Zu § 15**

Regelung zum Inkrafttreten sind in der Richtlinie nicht erforderlich, da diese Bestandteil des Beschlusses sind. Daher war der bisherige § 15 zu streichen.

### 3 Würdigung der Stellungnahmen

Der G-BA hat die schriftlichen Stellungnahmen ausgewertet. Im Ergebnis der Auswertung wurden folgende Änderungen im Beschlussentwurf vorgenommen:

In § 2 Absatz 3 Satz 1 werden vor dem Wort „ambulanter“ die Worte „einschließlich mobiler“ eingefügt.

Darüber hinaus wird in § 2 Absatz 7 hinter „Medizinischen Dienstes der des Spitzenverbände Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ die Abkürzung „(MDK)“ eingefügt.

§ 4 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

~~„<sup>1</sup>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. <sup>2</sup>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) 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 und Wechselwirkungen eines Gesundheitsproblems können unter Nutzung 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.“~~

Ferner werden in § 5 Absatz 1 Satz 3 nach dem Wort „Versicherten“ die Wörter „nach § 9 SGB IX“ aufgenommen.

In § 8 wird in Satz 1 das Wort „und“ am Ende des zweiten Spiegelstriches in die nächste Zeile verschoben. In Satz 3 wird der dritte, vierte und fünfte Spiegelstrich wie folgt geändert:

~~„- in welchem Umfang Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen vorliegen oder Teilhabebeeinträchtigungen drohen,“~~

~~„- welche Umwelt- und personbezogenen Kontextfaktoren (einschließlich mütter- und väterspezifische Kontextfaktoren bei Leistungen nach § 41 SGB V) einen Einfluss auf die Funktionsfähigkeit zum Zeitpunkt der Verordnung haben,“~~

~~- welche medizinischen Risikofaktoren gegebenenfalls bestehen.“~~

Im ersten Spiegelstrich des § 10 Absatz 1 Satz 1 werden hinter dem Wort „Versicherten“ die Worte „zur Rehabilitation, oder der Möglichkeit der Verminderung negativ wirkender Kontextfaktoren“ ergänzt.

Im ersten Spiegelstrich des § 12 Absatz 1 werden folgende Änderungen vorgenommen:

~~„- des Antrages der oder des Versicherten unter Beachtung bestehender individueller Anforderungen an die Barrierefreiheit der Rehabilitationseinrichtung,“~~

In § 13 werden in Absatz 1 Satz 2 hinter dem Wort „Vertragsarztes“ die Wörter „dieser oder“ aufgenommen. In Absatz 4 Satz 1 wird unter a) vor dem Wort „Bedeutung“ das Wort „sozialmedizinischen“ eingefügt.

Im Übrigen hat sich kein weiterer Änderungsbedarf aus den Stellungnahmen für die Neufassung der Richtlinie ergeben.

Das Stellungnahmeverfahren ist in Abschnitt 6 dokumentiert.

#### 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.

Insgesamt ergibt sich durch die geplanten Vereinfachungen der Rehabilitations-Richtlinie eine Reduzierung der Bürokratiekosten um schätzungsweise jährlich 1.355.750 €

Dem liegt folgende Berechnung zu Grunde:

##### 4.1 Ersetzung des Musters 60 (Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation) durch das Muster 61A

Zukünftig wird das bisher verpflichtend zur Einleitung von Rehabilitationsleistungen zu verwendende Muster 60 durch den Teil A des Musters 61 ersetzt. Da eine gesonderte Einleitung des Verfahrens durch den Vertragsarzt zukünftig nur dann erforderlich ist, wenn Unklarheiten über den zuständigen Träger bestehen, ist mit einer Reduzierung der Fallzahl zu rechnen.

Die Bürokratiekosten des bestehenden Verfahrens können wie folgt berechnet werden:

Standardaktivität	Zeit (in Min.)	Zusatzkosten (in €)	Tarif (in €/ Std.)	Kosten pro einmaliger Durchführung (in €)	Jährliche Fallzahl	Bürokratiekosten (in €/ Jahr)
Formulare ausfüllen, Beschriftungen, Kennzeichnungen	3		50,30	2,52		
Datenübermittlung an zuständige Stellen und Veröffentlichungen	1,25		50,30	1,05		
Kopieren, Archivieren, Verteilen	0,5		20,60	0,17		
<b>Gesamt</b>	<b>4,75</b>	<b>1</b>		<b>4,74</b>	<b>250.000</b>	<b>1.185.000</b>

Quelle für die Zeitangaben und die Zusatzkosten ist die Messung des Statistischen Bundesamtes. Für die Fallzahlermittlung wurde die Anzahl der abgerechneten Reha-Anträge (Muster 61) aus dem Abrechnungsdaten ermittelt. 2013 wurden 160.752 Reha-Anträge im Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung gestellt bzw. von Ärzten abgerechnet. Es wird davon ausgegangen, dass in jährlich ca. 89.000 Fällen nach der Einleitung auf Muster 60 der Antrag auf medizinische Rehabilitation nicht genehmigt bzw. auf die Zuständigkeit der Rentenversicherung verwiesen wird.

Die jährliche Fallzahl für das Ausstellen von Muster 60 liegt daher bei ca. 250.000.

Unter der Annahme, dass zukünftig in ca. 5 Prozent der Fälle Unklarheit über den zuständigen Träger herrscht und der Teil A des Musters 61 an die Krankenkasse versandt wird, sinkt die jährliche Fallzahl auf ca. 12.500. Wenn der zeitliche Aufwand vergleichbar mit dem bisherigen Muster 60 ist, reduziert sich die Bürokratiebelastung auf ca. **59.250 €** jährlich. Dies bedeutet eine Verringerung der jährlichen Bürokratiekosten um ca. **1.125.750 €**

#### 4.2 Wegfall der Genehmigung zur Verordnung der medizinischen Rehabilitation

Die bisher bestehende Regelung, dass nur Ärzte mit einer entsprechenden Genehmigung medizinische Rehabilitation verordnen dürfen, soll zukünftig entfallen. Damit entfällt der mit dem Genehmigungsverfahren verbundene Aufwand.

Die Bürokratiekosten für das bisher bestehende Genehmigungsverfahren lassen sich wie folgt berechnen:

##### Genehmigungsantrag

Standardaktivität	Zeit (in Min.)	Zusatzkosten (in €)	Tarif (in € / Std.)	Kosten pro einmaliger Durchführung (in €)	Jährliche Fallzahl	Bürokratiekosten (in €/ Jahr)
Einarbeitung in die Informationspflicht	15		50,30	12,58		
Beschaffung der Daten	30		50,30	25,15		
Formulare ausfüllen, Beschriftungen, Kennzeichnungen	15		50,30	12,58		
Überprüfung der Daten und Einträge	5		50,30	4,19		
Datenübermittlung und Veröffentlichung	10		50,30	8,38		
Interne Sitzungen	10		50,30	8,38		
Kopieren, Archivieren, Verteilen	5		20,60	1,72		
<b>Gesamt</b>	<b>90</b>	<b>4</b>		<b>76,98</b>	<b>2.985</b>	<b>229.785</b>

##### Kolloquium

Standardaktivität	Zeit (in Min.)	Zusatzkosten (in €)	Tarif (in € / Std.)	Kosten pro einmaliger Durchführung (in €)	Jährliche Fallzahl	Bürokratiekosten (in €/ Jahr)
Einarbeitung in die Informationspflicht	5		50,30	4,19		
Datenübermittlung und Veröffentlichung	2		50,30	1,68		
Prüfung durch öffentliche Stellen	30		50,30	25,15		
<b>Gesamt</b>	<b>37</b>	<b>1</b>		<b>32,02</b>	<b>1</b>	<b>32,02</b>

Laut Qualitätsbericht der KBV gab es 2014 2.985 Genehmigungsanträge und 1 Kolloquium im Rahmen eines Genehmigungsverfahrens zur medizinischen Rehabilitation. Die Zeitwerte und Angaben zu Zusatzkosten wurden aus der Messung des Statistischen Bundesamtes übernommen. Insgesamt entstehen durch das Genehmigungsverfahren Bürokratiekosten in Höhe von rund **230.000 €** jährlich, die zukünftig entfallen.

Insgesamt ergibt sich damit durch die geplanten Vereinfachungen der Rehabilitations-Richtlinie eine Reduzierung der Bürokratiekosten um jährlich ca. **1.355.750 €**

## 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 VerfO
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 VerfO)
23.09.2015	UA VL	Auswertung der Stellungnahmen
23.09.2015	UA VL	<i>Anhörung</i>
23.09.2015	UA VL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abschluss der vorbereitenden Beratungen</li> <li>• Beschluss der Beschlussunterlagen (Beschlussentwurf, Tragende Gründe, ZD)</li> </ul>
15.10.2015	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 / <i>Auflage</i>
TT.MM.JJJJ	XY	<i>ggf. weitere Schritte gemäß VerfO soweit sie sich aus dem Prüfergebnis gemäß § 94 Abs. 1 SGB V des BMG ergeben</i>
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

Berlin, den 15. Oktober 2015

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

## 6 Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens

Die Volltexte zur Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens sind als Anlage zu den Tragenden Gründen beigefügt.

### 6.1 Einleitung des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen hat in Delegation für das Plenum nach § 3 Absatz 1 Satz 2 Geschäftsordnung (GO) und 1. Kapitel § 10 Absatz 1 der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO) in seiner Sitzung am 27. Mai 2015 beschlossen, ein Stellungnahmeverfahren nach § 92 Absatz 5 Satz 1 SGB V sowie § 91 Abs. 5 SGB V vor seiner Entscheidung über eine Änderung der Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie) einzuleiten. Den zur Stellungnahme berechtigten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer, der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), den Rehabilitationsträgern bzw. einbezogenen Spitzenorganisationen von Rehabilitationsträgern sowie der Bundesärztekammer wurde Gelegenheit gegeben, innerhalb einer Frist von 4 Wochen zur beabsichtigten Änderung der Rehabilitations-Richtlinie Stellung zu nehmen (5. Juni 2015 bis 3. Juli 2015). Den angeschriebenen Organisationen wurden anlässlich der Beschlussfassung des G-BA zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens auch die Tragenden Gründe als Erläuterung sowie der Fließtext der Re-RL – mit den vorgesehenen Änderungen im „Änderungen-nachverfolgen-Modus“ – übersandt.

### 6.2 Eingegangene Stellungnahmen

Die eingegangenen Stellungnahmen der Institutionen / Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme (SN) gegeben wurde, sowie entsprechende Eckdaten zum Eingang und zur Anhörung sind in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

Stellungnahmeberechtigte	Eingang SN	Bemerkungen
Bundesärztekammer (BÄK) gemäß § 91 Absatz 5 SGB V	03.07.2015	Verzicht auf mündliche Stellungnahme
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) gemäß § 92 Absatz 5 Satz 1 SGB V	29.06.2015	

#### Maßgebliche Spitzenorganisationen der Leistungserbringer nach § 92 Absatz 5 Satz 1 SGB V:

Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendrehabilitation e.V.	Keine SN	
AWO Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.	02.07.2015	
Bundesarbeitsgemeinschaft der medizinisch-beruflichen Rehabilitationseinrichtungen e.V. (Phase II)	25.06.2015	
Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e.V. (BAG RPK)	Keine SN	
Bundesverband ambulanter medizinischer Rehabilitationszentren e.V. (BamR)	03.07.2015	
Bundesverband ambulant-teilstationäre Neurorehabilitation e.V.	01.07.2015	
Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK)	02.07.2015	
Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BEB)	02.07.2015	
Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss)	29.06.2015	
Bundesverband Geriatrie e.V.	01.07.2015	
Bundesverband Katholische Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche e.V. (BVRKJ)	06.07.2015	verfristet eingereichte Stellungnahme
Bundesverband privater Träger der freien Kinder-, Jugend- und Sozialhilfe e. V. (VPK)	Keine SN	Verzicht wegen Auflösung des Fachver-

Stellungnahmeberechtigte	Eingang SN	Bemerkungen
		bandes Vor- sorge und Rehabilitation im VPK
Caritas Suchthilfe e.V. – Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im Deutschen Caritasverband (CaSu)	Keine (eigene) SN	Verweis auf Stellungnahme der Mitglieds- verbände der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)
Der Paritätische Gesamtverband e.V.	03.07.2015	
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V. (DE- GEMED)	29.06.2015	
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)	03.07.2015	
Deutscher Heilbäderverband e.V.	03.07.2015	
Deutsches Müttergenesungswerk (MGW)	02.07.2015	
Deutsches Rotes Kreuz e.V. (DRK)	Keine SN	
Diakonie Deutschland e.V. – Evangelischer Bundesverband	30.06.2015	
Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. (fdr)	Keine SN	
Fachverband Sucht e.V.	12.06.2015	
Gesamtverband für Suchthilfe – Fachverband der Diakonie Deutschland e.V. (GVS)	19.06.2015	
Kneipp-Bund e.V.	Keine SN	
Verband Deutscher Kurörtlicher Betriebe e.V. (VDKB)	Keine SN	
Zentralverband ambulanter Therapieeinrichtungen Deutschland e.V. (ZAT)	Keine SN	

**Rehabilitationsträger bzw. einbezogene Spitzenorganisationen von Rehabilitationsträgern  
gemäß § 92 Absatz 5 Satz 1 SGB V:**

Bundesagentur für Arbeit	22.06.2015	
Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter (BAGLJÄ)	Keine SN	
Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozial- hilfe (BAGüS)	Keine SN	
Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände	Keine SN	
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) – Spitzenverband	Keine SN	
Deutsche Rentenversicherung Bund	12.06.2015	
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau	30.06.2015	

### 6.3 Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen

#### 6.3.1 Allgemeine oder übergreifende Stellungnahmen

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
1.	Bundesärztekammer (BÄK)	<p>Die Bundesärztekammer begrüßt die vorgesehenen Änderungen der Rehabilitations-Richtlinie.</p> <p>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 Ordnungsverfahren ermöglicht wird.</p> <p>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.</p> <p>Änderungs- oder Ergänzungshinweise bestehen nicht.</p>		Kenntnisnahme der Zustimmung	
2.	AWO Bundesverband	<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.</p> <p>Den Wegfall des verpflichtenden Qualifikationserfordernisses für die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte befürworten wir, <b>sehen aber Nachbesserungen zur verpflichtenden Weiterbildung der ICF. Weiterhin kann das Reha-Verordnungsverfahren noch konsequenter neugestaltet werden.</b></p>		Kenntnisnahme der Zustimmung  siehe hierzu nachfolgend zu den einzelnen Normen	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
3.	Bundesverband ambulanter medizinischer Rehabilitationszentren (BamR)	Es sollte zusätzlich noch ein <b>klarer Auftrag</b> formuliert werden, dass die <b>Anträge zwischen DRV und GKV abgeglichen und ein einheitlicher Antragsbogen entwickelt</b> werden soll.	<p>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.</p> <p>Die unterschiedlichen Anträge erschweren den Zugang zu Rehabilitation und verkomplizieren auch den Übergang zwischen den Rehabilitationsträgern.</p> <p>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)<sup>1</sup></p>	Der G-BA besitzt nicht die Kompetenz, auf Verfahren der DRV einzuwirken. Trotz fehlender Kompetenz des G-BA ist in den vergangenen Jahren der Versuch der Vereinheitlichung unternommen worden, allerdings ergebnislos verlaufen.	
4.	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)	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 Multiplikatoren-		Kenntnisnahme	

<sup>1</sup> Siehe [http://www.gesundheitsforum-bw.de/SiteCollectionDocuments/Wir%20C3%BCber%20uns/Arbeitsgruppen/Kommunale\\_Gesundheitskonferenzen.pdf](http://www.gesundheitsforum-bw.de/SiteCollectionDocuments/Wir%20C3%BCber%20uns/Arbeitsgruppen/Kommunale_Gesundheitskonferenzen.pdf) (abgerufen am 28.07.2015)

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
		lungen, beziehen.			
5.	Fachverband Sucht (FVS)	<p>Der Fachverband Sucht e.V. begrüßt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss ein einstufiges Ordnungsverfahren 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 Ordnungsverfahren 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 sektorübergreifende 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>		Kenntnisnahme der Zustimmung	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
6.	Bundesagentur für Arbeit	Die Bundesagentur für Arbeit als Rehabilitationsträger trägt die Änderungsvorschläge ohne Ergänzungsbedarf mit.		Kenntnisnahme der Zustimmung	
7.	Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB)	Der BeB begrüßt die Zielsetzungen des Beschlussentwurfs, das Ordnungsverfahren 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.		Kenntnisnahme der Zustimmung	
8.	Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband	Die Diakonie Deutschland begrüßt die Zielsetzungen des Beschlussentwurfs, das Ordnungsverfahren 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.		Kenntnisnahme der Zustimmung	
9.		Jedoch ist die Verfahrensneugestaltung inkonsequent. Die Diakonie rät zudem, die im SGB V formulierten Bestimmungen zum Versorgungsmanagement in die Reha-Richtlinie aufzunehmen.		siehe hierzu nachfolgend zu den einzelnen Normen	
10.	Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe (buss)	Der buss begrüßt grundsätzlich die Zielsetzungen des Beschlussentwurfs, das Verfahren für die Verordnung von Reha-Leistungen zu vereinfachen.		Kenntnisnahme der Zustimmung	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
11.	<p>Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)</p> <p>Gesamtverband für Suchthilfe (GVS) - Fachverband der Diakonie Deutschland</p> <p>Der Paritätische Gesamtverband</p>	<p>Die Institutionen/Organisationen begrüßen grundsätzlich insbesondere die Zielsetzungen des Beschlussentwurfs, das Verordnungsverfahren zu vereinfachen und die Rechte der Patient/-innen zu stärken.</p>		<p>Kenntnisnahme der Zustimmung</p>	
12.	<p>Deutsches Müttergenesungswerk (MGW) Elly Heuss-Knapp-Stiftung</p>	<p>Die Elly Heuss-Knapp-Stiftung, Deutsches Müttergenesungswerk begrüßt die Zielsetzung des Beschlussentwurfs, Vereinfachung des Verordnungsverfahrens, Stärkung der Patientenrechte und Abbau der Hürden für verordnende ÄrztInnen bezüglich der Qualitätsanforderungen. Dafür hat sich das Müttergenesungswerk schon in seinen früheren Stellungnahmen eingesetzt.</p>		<p>Kenntnisnahme der Zustimmung</p>	
13.		<p>Verordnungsformular Muster 61</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Das Müttergenesungswerk schlägt vor, das neue Verordnungsformular Muster 61 entsprechend anzupassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vervollständigung der Angaben zur Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe gemäß</li> </ul>		<p>Regelungen konkreter Inhalte der Formulare liegen nicht in der Kompetenz des G-BA</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>der ICF und Ergänzung mit zielgruppenspezifischen Beispielen für Mütter, Väter, Pflegende.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Erweiterung der Kontextfaktoren um mütterspezifische und väterspezifische Ausprägungen.</li> <li>- Ankreuzfelder für: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mutter-Kind-/Vater-Kind-Maßnahmen nach § 41 SGB V</li> <li>• Mütter-/Väter-Maßnahmen nach § 41 SGB V</li> </ul> </li> </ul> <p>Maßnahmen für pflegende Angehörige nach § 40 SGB V</p>			
14.	Bundesverband Kath. Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen e. V. (BVRKJ)	<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>		Kenntnisnahme der Zustimmung	

### 6.3.2 Stellungnahmen zur Änderung des § 2 Absatz 3 Re-RL

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
15.	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)	<p>Zu § 2 Abs. 3 Satz 1 regen wir eine Ergänzung um folgende Paragraphenangabe an:</p> <p>„... (unter Berücksichtigung) <u>der §§ 20 und (21 SGB IX) ...</u>“</p>	Die Einhaltung der Zertifizierungspflicht gem. § 20 ist nach § 21 Abs. 3 wesentliche Vertragsbedingung.	§ 21 Abs. 3 SGB IX nimmt Bezug auf § 20 SGB IX. Daher ist keine Nennung des § 20 SGB IX erforderlich.	
16.	AWO Bundesverband	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	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	<p>Siehe auch GKV-VSG</p> <p>Aufgrund der vorgetragenen Argumente wird zusätzlich folgende Änderung des § 2 Absatz 3 Satz 1 im Beschlussentwurf vorgenommen:</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		als neuer zweiter Satz: <u>„Ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden bei Bedarf auch als mobile Rehabilitation erbracht.“</u>	mobile Rehabilitation sollte jedoch konkret in der Re-RL benannt werden.	<sup>1</sup> Die Krankenkasse erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in ambulanter einschließlich mobiler (§ 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.“	
17.	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)	Die <b>mobile Rehabilitation</b> als Sonderform der ambulanten Rehabilitation könnte <b>ergänzend</b> genannt werden.	Dies würde auch dem Willen des Gesetzgebers entsprechen; vgl. Änderung § 40 Abs. 1 SGB V durch das GKV-VSG.		
18.	Gesamtverband für Suchthilfe (GVS) - Fachverband der Diakonie Deutschland Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) Der Paritätische Gesamtverband	„oder/ durch“ ersetzen durch „oder in mobiler Form“	Die Institutionen/Organisationen schlagen 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).		
19.	Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband	„oder/ durch“ ersetzen durch „oder in mobiler Form“	Die Institutionen/Organisationen schlagen vor, die Leistungsform „mobil“ in die Re-RL als Form ambulanter Leistungserbringung konkret zu benennen, statt nur einen indirekten Hinweis darauf zu geben. Dies		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
	Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB)		entspreche auch der Neufassung des § 40 Abs. 1 SGB V.		

### 6.3.3 Stellungnahmen zur Änderung des § 2 Absatz 7 Re-RL

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
20.	AWO Bundesverband	Ergänzungsvorschlag nach „[...] des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ die Abkürzung „ <b>MDS</b> “	Adäquat zur Abkürzung „MDK“ kann auch die Abkürzung „MDS“ erfolgen	Aufgrund der vorgetragenen Argumente wird folgende Änderung des § 2 Absatz 7 im Beschlussentwurf vorgenommen:  <i>„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 (MDS) prüfen zu lassen.“</i>	

### 6.3.4 Stellungnahmen zur Änderung des § 4 Absatz 1 Re-RL

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
21.	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation	Zu § 4 Abs. 1 regen wir folgende Umformulierungen der Sätze 1, 2 und 3 an:  <i>„Medizinische Rehabilitation umfasst einen</i>	Die Aussagen hinsichtlich der inhaltlichen Grundlagen werden dadurch verständlicher und klarer (z.B. „Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“ als Oberbegriff gem.	Aufgrund der vorgetragenen Argumente wird die vorgeschlagene Änderung wie folgt in § 4 Absatz 1 des Beschlussentwurfs übernommen:	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
	(BAR)	<p><i>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.“</i></p>	<p>§§ 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.</p>		<p><i>„<sup>1</sup> 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. <sup>2</sup>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) 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 und Wechselwirkungen eines Gesundheitsproblems können unter Nutzung 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 werden.“</i></p>
22.	AWO Bundesverband	<p>Die strukturelle Änderung des 1. Satzes wird begrüßt. Jedoch bedingt das Wort „zwischen“ eine Ergänzung des Satzes. So sollte der [2.] Satz folgendermaßen heißen:</p> <p><i>„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</i></p>	<p>Laut Verständnis der ICF-Definition ist die wechselseitige Beziehung zwischen einem Gesundheitsproblem und der Kontextfaktoren gemeint.</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<i>Sinne der Teilhabe an Familie, Arbeit, Gesellschaft und Beruf zu erreichen.“</i>			
23.			Die Präzisierung dessen, was mit der ICF beschrieben werden kann, wird ausdrücklich begrüßt.	Kenntnisnahme der Zustimmung	
24.	Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband  Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB)	Abs. 1 Satz 2 ist zu wie folgt zu ergänzen:  <i>„Dieser berücksichtigt neben dem Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit auch die wechselseitigen Beziehungen zwischen dem Gesundheitsproblem einer Versicherten oder eines Versicherten <u>und den relevanten Umwelt- und personenbezogenen Kontextfaktoren, um den ...“</u></i>	Der Satz gibt in der vorliegenden Fassung des Sinn der ICF-Konzeption nur unvollständig wieder. Die von der Diakonie vorgeschlagene Formulierung dient der Klarstellung.	Siehe oben unter Nr. 21	
25.	Gesamtverband für Suchthilfe (GVS) - Fachverband der Diakonie Deutschland  Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband	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.  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	Die ausschließliche und verbindliche Festschreibung bzgl. der ICF ist nicht beabsichtigt, da die ICF die Kontextfaktoren nicht vollständig abbildet. Daher erfolgt keine Änderung.	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			aller Akteure nur mit Hilfe der ICF.		
	Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB)		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 übereinstimmender Auffassung aller Akteure nur mit Hilfe der ICF.	Siehe oben	
26.	Bundesverband ambulante teilstationäre Neurorehabilitation (BV ANR)	Im Satz 3 das Wort „können“ ersetzen durch das Wort „werden“ § 4 Absatz 1, Satz 3: <i>„<sup>3</sup>Die Auswirkungen eines Gesundheitsproblems werden verbindlich <del>können</del> 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 werden.“</i>	Eine Kann-Lösung, wie sie der Änderungsvorschlag vorgibt, wäre ein Rückschritt. Die vorherige Version beinhaltete 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.	Siehe oben	
	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)		Aus Sicht der DHS ist die ICF im Rahmen der medizinischen Rehabilitation zwingend zu berücksichtigen und nicht nur als „Kann“-Option.		
	Der Paritätische Gesamtverband		Aus Sicht des Paritätische ist die ICF im Rahmen der medizinischen Rehabilitation zwingend zu berücksichtigen und nicht nur als „Kann“-Option.		

### 6.3.5 Stellungnahmen zur Änderung des § 5 Absatz 1 Re-RL

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
27.	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)	Zu § 5 Abs. 1 regen wir folgende Änderungen der Sätze 3 und 4 an: <i><sup>3</sup>Im Rahmen der Beratung wird Auf das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten <del>wird</del> hingewiesen.; ebenso sind hierbei Die besonderen Erfordernisse der gesundheitsbezogenen Versorgung von Menschen mit Behinderungen sind im Rahmen der Beratung zu beachten.“</i>	Der Zusammenhang wird hierdurch insgesamt besser erkennbar.	Die vorgeschlagene Formulierung ist so nicht erforderlich; insbesondere ist der Paragraph bereits mit „Rehabilitationsberatung“ überschrieben. Vielmehr wird aber aufgrund des Vorschlags ein Verweis in § 5 Absatz 1 Satz 3 auf die entsprechende Regelung des Wunsch- und Wahlrechts im SGB IX wie folgt aufgenommen: <i><sup>3</sup>Auf das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten nach § 9 SGB IX wird hingewiesen.“</i>	
28.	Gesamtverband für Suchthilfe (GVS) - Fachverband der Diakonie Deutschland  Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)	Satz 3 Das Wort „hingewiesen“ wird ersetzt durch das Wort „berücksichtigt“	Die Institutionen/Organisationen fordern 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.	Hier handelt es sich um die Beratung, nicht die Entscheidung über die Leistung. Daher ist die Änderung hier unpassend, weshalb dem Vorschlag nicht gefolgt wird.	
29.	Bundesverband ambulant-teilstationäre Neurorehabilitation (BV ANR)	§ 5 Absatz 1, wir bitten um Einfügen eines neuen Satzes 3 (nach Satz 2): <i><sup>3</sup>Inhalt und Ergebnisse dieser Beratung sind zu dokumentieren.“</i>	Hintergrund ist es zu gewährleisten, dass die Beratungsgespräche in einer messbaren Qualität durchgeführt werden.	Zur Vermeidung von unnötiger Bürokratie wird die vorgeschlagene Änderung abgelehnt.	
		§ 5 Absatz 1 Satz 3 (neu: Satz 4): <i><sup>3</sup>Auf dDas Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten ist zu respektieren und umzusetzen wird</i>	Die Formulierung im Änderungsvorschlag <i><sup>3</sup>Auf das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten wird hingewiesen.“</i> weist	Die Ergänzung ist in diesem Zusammenhang nicht passend und daher abzulehnen (siehe	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<i>hingewiesen.</i> “	unseres Erachtens nicht ausreichend auf die rechtliche Verbindlichkeit des Wunsch- und Wahlrechts der Versicherten hin.	auch oben unter 28).	
30.	AWO Bundesverband	<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. [siehe weiter unter 6.3.16]</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.	Kenntnisnahme der Zustimmung	
31.	Der Paritätische Gesamtverband	<p>Änderung § 5 Abs. 1, Satz 4:</p> <p><i>„Die besonderen Erfordernisse der Versorgung von Menschen mit Behinderungen (insbesondere leichte Sprache und Kommunikationshilfsmittel der Versorgung) sind im Rahmen der Beratung zu beachten.“</i></p>	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.	Da die Regelung die Inhalte der Beratung, nicht deren Form zum Gegenstand hat, ist die Ergänzung unpassend. Daher erfolgt keine Änderung.	
32.	Bundesverband ambulanter medizinischer Rehabilitationszentren (BamR)	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.	Kenntnisnahme der Zustimmung	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			Diese Ausrede wird durch die Aufnahme des Wunsch- und Wahlrechts in der Re-RL nicht mehr möglich sein.		
33.	Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB)	Die Institutionen begrüßen 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 behinderten Menschen.		Kenntnisnahme der Zustimmung	
34.	Bundesverband Geriatrie Deutscher Heilbäderverband (DHV)	Wir begrüßen den neu eingefügten Hinweis auf das Wunsch- und Wahlrecht	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. Mit der Verpflichtung, auf das Wunsch- und Wahlrecht hinzuweisen, wird der persönlichen Lebenssituation der Betroffenen Rechnung getragen.	Kenntnisnahme der Zustimmung	
35.	Bundesverband Kath. Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	Wir begrüßen den expliziten Hinweis auf das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten (§ 9 Abs. 1 SGB IX) in der Beratung.	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	Kenntnisnahme der Zustimmung	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
	gen e. V. (BVRKJ)		möchten. Das Thematisieren des Wunsch- und Wahlrechts in der konkreten Beratungssituation unterstützt den Leistungsberechtigten, seine Wünsche bei der Antragsstellung einzubringen.		

### 6.3.6 Stellungnahmen zur Änderung des § 6 Absatz 1 Re-RL

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
36.	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V. (DEGE-MED)	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 Antragsstellers. Damit wird das eigentliche Ziel der Neuregelung - die Vereinfachung und Verschlinkung - 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.	Nach der Regelung in der Richtlinie liegt ein einheitliches Formular vor. Die Benennung des Formulars wird nach abschließender Beratung der Formularkommission angepasst und ist nicht Gegenstand der Beratungen im G-BA.  Eine Änderung ist daher nicht erforderlich.	
37.	Deutsches Müttergenesungswerk (MGW) Eily Heuss-Knapp-Stiftung	Das Müttergenesungswerk begrüßt grundsätzlich, dass ein einstufiges Verfahren angestrebt wird. Das einstufige Verfahren soll für alle Fallkonstellationen gelten. Änderungsvorschlag: - Bei allen Anträgen ist das Verordnungsformul-	Das Müttergenesungswerk schlägt das einstufige Verfahren für alle Fallkonstellationen vor.  Das zweistufige Verfahren widerspricht der Zielsetzung der Vereinfachung des Verordnungsverfahrens.	Es handelt es sich bereits um ein einstufiges Verfahren; an der Zweistufigkeit wird nur zum Zwecke der Beratung und bei unklarer Zuständigkeit festgehalten.	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		lar Muster 61 vollständig auszufüllen - Abs. 2 entfällt		Eine Änderung wird daher nicht vorgenommen.	
38.	Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK)	Wir begrüßen die Änderung, das zweistufige Verordnungsverfahren abzuschaffen.  Wir schlagen vor, die Fußnote beizubehalten: <i>[„<sup>1</sup>Die Beteiligten des Gemeinsamen Bundesausschusses streben eine trägerübergreifende Vereinheitlichung des Verordnungsvordrucks/Befundberichtes an. In diesem Zusammenhang wird das Verfahren des § 6 im Rahmen einer Richtlinienänderung angepasst werden.“]</i>	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.  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.	Siehe unter 3.	
39.	Bundesverband Kath. Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen e. V. (BVRKJ)	Wir begrüßen die Änderung auf ein einstufiges Verfahren  Die Fußnote zum § 6 zu einem trägerübergreifenden Verfahren wurde in der geänderten Richtlinie gestrichen. Wir schlagen vor, die Fußnote beizubehalten.	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.  Es wollte weiterhin angestrebt werden, mittelfristig einheitliche trägerübergreifende Verordnungsformulare zu haben.	Siehe unter 3.	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
40.	Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe (buss)	Die Organisationen begrüßen 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:	Die trägerübergreifende Vereinheitlichung des Verordnungsvordrucks/ Befundberichtes muss aus Sicht der Organisationen noch verbindlich erfolgen.	Siehe unter 3.	
41.	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)	[„ <sup>1</sup> Die Beteiligten des Gemeinsamen Bundesausschusses streben eine trägerübergreifende Vereinheitlichung des Verordnungsvordrucks/Befundberichtes an.“]			
42.	Bundesverband ambulanter medizinischer Rehabilitationszentren (BamR)	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.	Kenntnisnahme der Zustimmung	
43.	Bundesverband Geriatrie	Wir begrüßen die Neuordnung des Verordnungsverfahren	Durch die formulierte Neuregelung wird der Zugang zur medizinischen Rehabilitation erleichtert.	Kenntnisnahme der Zustimmung	
44.	Deutscher Heilbäderverband (DHV)	Wir begrüßen, dass das zweistufige Verordnungsverfahren abgeschafft werden soll.	Durch das einstufige Verordnungsverfahren entfallen unnötige Verzögerungen bei der Antragstellung.	Kenntnisnahme der Zustimmung	
45.	Fachverband Sucht (FVS)	Der Fachverband Sucht begrüßt ausdrücklich die entsprechenden Änderungen der Verfahrensweise, welche ein vereinfachtes Verordnungsverfahren im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen vorsehen.		Kenntnisnahme der Zustimmung	

### 6.3.7 Stellungnahmen zur Änderung des § 6 Absatz 2 Re-RL

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
46.	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)	Vorbemerkung:  Soweit die generelle Zweistufigkeit mit der Neufassung dieser Regelung entfällt, wird dies begrüßt.		Kenntnisnahme der Zustimmung	
		Zu § 6 Abs. 2 regen wir folgende Änderungen an:  (a) Neuer Satz 2:  <u>„In diesem Fall ist ausschließlich Muster 61 Teil A an die Krankenkasse zu übersenden.“</u>	Das bislang nur in der Begründung eindeutig beschriebene Verfahren ergibt sich so auch unmittelbar aus dem Richtlinienentwurf.	Die bestehende Formulierung ist verständlich. Daher ist eine Ergänzung nicht erforderlich.	
		(b) Neuer Satz 4:  <u>„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.“</u>	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 zielgerichtetere 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 be-	Die Formulierung „des mit einem entsprechenden Vermerk“ ist bereits hinreichend klar. Die Regelung des § 14 ist geltendes Recht. Eine Ergänzung ist daher nicht erforderlich.	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			darfsgerechte 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:  <i>„... sind auf Teil A des Musters 61 entsprechende Kriterien aufgeführt. <u>Im Zuge einer nach Inkrafttreten der neugefassten Richtlinie erfolgenden Überarbeitung des Musters 61 werden insbesondere diese Kriterien geschärft. Sofern...</u>“</i>	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.	Aus den Tragenden Gründen geht bereits hinreichend klar hervor, dass das Muster dem entsprechend überarbeitet werden muss und überarbeitet wird. Die Tragenden Gründe werden daher diesbezüglich nicht geändert.	
47.	Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband  AWO Bundesverband  Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB)	Absatz 2 ist zu streichen.  Absatz 3 wird Absatz 2.  Im neuen Absatz 2 ist die Klammer samt Inhalt zu streichen.	Begründung siehe zu § 6 Abs. 1	Es handelt sich bereits um ein einstufiges Verfahren; an der Zweistufigkeit wird nur zum Zwecke der Beratung und bei unklarer Zuständigkeit festgehalten.  Eine Änderung wird daher nicht vorgenommen.	
48.	Bundesverband Geriatrie	Streichung von § 6 Abs. 2	Gem. § 14 SGB IX überprüft der Rehabilitationsträger, ob er für die beantragte Maßnahme zuständig ist, und leitet bei	Siehe oben	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
			<p>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>		
49.	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V. (DEGE-MED)		<p>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.</p>	Siehe oben	
50.	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)	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		Kenntnisnahme der Zustimmung	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
		Zuständigkeitsklärung im gegliederten System.			
51.	Fachverband Sucht (FVS)	Der Fachverband Sucht begrüßt ausdrücklich die entsprechenden Änderungen der Verfahrensweise, welche ein vereinfachtes Verordnungsverfahren im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen vorsehen.		Kenntnisnahme der Zustimmung	

### 6.3.8 Stellungnahmen zur Änderung des § 6 Absatz 3 Re-RL

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
52.	Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK)	Wir schlagen vor, nach dem Wort „Zuständigkeit“ einen Punkt zu setzen und den Rest des Satzes zu streichen.	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.	Die Leistungsentscheidung beschränkt sich nicht auf die Prüfung der Zuständigkeit, sondern umfasst auch alle weiteren Leistungsvoraussetzungen. Daher kann dem Vorschlag nicht gefolgt werden.	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
53.	Deutscher Heilbäderverband (DHV)	Nach dem Wort „Zuständigkeit“ sollte der Satz mit einem Punkt beendet werden.	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.	Siehe oben	
54.	Fachverband Sucht (FVS)	Der Fachverband Sucht begrüßt ausdrücklich die entsprechenden Änderungen der Verfahrensweise, welche ein vereinfachtes Verordnungsverfahren im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen vorsehen.		Kenntnisnahme der Zustimmung	

### 6.3.9 Stellungnahmen zur Änderung des § 8 Re-RL

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
55.	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)	<p>Hierzu schlagen wir folgende Ergänzungen vor:</p> <p><i>„<sup>1</sup>Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivität vorliegen, durch die in absehbarer Zeit eine Beeinträchtigung der Teilhabe droht oder</i></li> <li>- <i>Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen</i></li> </ul> <p><b>und</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.</i></li> </ul> <p><sup>2</sup><i>Zu den Beeinträchtigungen der Teilhabe gehört auch der Zustand der Pflegebedürftigkeit.</i></p> <p><sup>3</sup><i>Inhaltlich sind im Verordnungsformular Muster 61 zur Rehabilitationsbedürftigkeit insbesondere auszuführen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>welche Befunde zu den <u>rehabilitationsrelevanten</u> <del>begründenden</del> Schädigungen erhoben wurden,</i></li> <li>- <i>welche Maßnahmen der Krankenbehandlung (ärztliche Intervention, Arzneimitteltherapie, Heilmittel, Psychotherapie) oder sonstigen Leistungen in Anspruch genommen wurden,</i></li> <li>- <i>in welchem Umfang Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen vorliegen <u>oder drohen</u>,</i></li> <li>- <i>welche Umwelt- und personbezogenen Kontextfaktoren einen Einfluss auf die Funktionsfähigkeit zum Zeitpunkt der Verordnung ha-</i></li> </ul>	<p>Durch die Änderungen werden die Voraussetzungen der Vorschrift klarer erkennbar.</p>	<p>Aufgrund der vorgetragenen Argumente wurden folgende Änderungen des Beschlussentwurfs zu § 8 vorgenommen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. In Satz 1 wird das Wort „und“ am Ende des zweiten Spiegelstriches in die nächste Zeile verschoben.</li> <li>2. In Satz 3 wird der dritte Spiegelstrich wie folgt ergänzt: <i>„- in welchem Umfang Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen vorliegen <u>oder Teilhabebeeinträchtigungen drohen</u>,“</i></li> <li>3. In Satz 3 wird der fünfte Spiegelstrich wie folgt gefasst: <i>- welche <u>medizinischen</u> Risikofaktoren <del>gegebenenfalls</del> bestehen.“</i></li> </ol> <p>Dem Vorschlag zu Satz 3 1. Spiegelstrich wird nicht gefolgt, da „rehabilitationsrelevant“ in diesem Kontext keine zutreffende Formulierung darstellt.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
		<p>ben,</p> <p>- <u>welche medizinischen Risikofaktoren (zum Beispiel Suchtmittelmissbrauch) gegebenenfalls bestehen.</u></p>			
56.	AWO Bundesverband	<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><u>„- welche mütter- und väterspezifischen Kontextfaktoren bei Leistungen nach § 41 SGB V vorliegen“</u></p>	Die Aufnahme der Zielgruppenspezifik für Leistungen nach § 41 SGB V sollte angestrebt werden.	Siehe nachfolgend	
57.	Deutsches Müttergenesungswerk (MGW) Elly Heuss-Knapp-Stiftung	<p>Das Müttergenesungswerk begrüßt die vorgeschlagenen Konkretisierungen.</p> <p>Ergänzungsvorschlag Satz 3, neuer Spiegelstrich nach dem dritten Spiegelstrich:</p> <p><u>„-welche mütterspezifischen und väterspezifischen Kontextfaktoren bei Leistungen nach § 41 SGB V, einen Einfluss auf die Funktionsfähigkeit zum Zeitpunkt der Verordnung haben.“</u></p>	Das Müttergenesungswerk schlägt vor die Zielgruppenspezifik für Leistungen nach § 41 SGB V aufzunehmen.	<p>Aufgrund der vorgetragenen Argumente wird in § 8 die Formulierung des 4. Spiegelstriches des Satzes 3 wie folgt geändert:</p> <p><u>„- welche Umwelt- und personbezogenen Kontextfaktoren (einschließlich mütter- und väterspezifische Kontextfaktoren bei Leistungen nach § 41 SGB V) einen Einfluss auf die Funktionsfähigkeit zum Zeitpunkt der Verordnung haben,“</u></p>	
58.	<p>Gesamtverband für Suchthilfe (GVS) - Fachverband der Diakonie Deutschland</p> <p>Deutsche Hauptstelle für</p>	Institutionen/Organisationen begrüßen grundsätzlich die vorgeschlagenen Konkretisierungen		Kenntnisnahme der Zustimmung	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
	Suchtfragen (DHS)				

### 6.3.10 Stellungnahmen zur Änderung des §§ 9 und 10 Re-RL

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
59.	Gesamtverband für Suchthilfe (GVS) - Fachverband der Diakonie Deutschland Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB) Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) Der Parität-	Institutionen/Organisationen begrüßen die Klarstellung zu Motivation und Motivierungsfähigkeit und die ergänzende Benennung der Rehabilitationsziele		Kenntnisnahme der Zustimmung	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
	sche Gesamtverband				
60.	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)	<p>Zu § 10 Absatz 1 Satz 1 regen wir folgende Ergänzungen an:</p> <p><i>„<sup>1</sup>Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Leistung zur medizinischen Rehabilitation</i></p> <p>- <i>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 <u>oder Motivierbarkeit</u> der oder des Versicherten <u>zur Rehabilitation, oder der Möglichkeit der Verminderung vorhandener Barrieren</u>“</i></p>	<p>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.</p>	<p>Für die Einschätzung in diesem Kontext genügt die Nennung der Motivation. Die Formulierung „oder Motivierbarkeit“ wird daher nicht übernommen.</p> <p>Ausgehend vom Änderungsvorschlag im Übrigen wird im 1. Spiegelstrich des § 10 Absatz 1 Satz 1 Folgende Änderung vorgenommen:</p> <p><i>„- 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 <u>oder der Möglichkeit der Verminderung negativ wirkender Kontextfaktoren</u>“</i></p>	
61.	AWO Bundesverband	Der AWO Bundesverband begrüßt die Stärkung der Rolle der Patientinnen und Patienten bzgl. der Festlegung der Rehabilitationsziele.		Kenntnisnahme der Zustimmung	

### 6.3.11 Stellungnahmen zur Änderung des § 11 Re-RL

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
62.	Gesamtverband für Suchthilfe (GVS) - Fachverband der	Der GVS begrüßt den Wegfall der verpflichtenden Qualifikationsanforderungen und die Würdigung bereits regelhaft erworbener Qualifikationen in der ärztlichen Weiterbildung bei den Vertragsärzten.	Die Verpflichtung sollte aus Sicht des GVS so verbindlich wie möglich formuliert werden.	Die Stellungnahme ist in sich widersprüchlich, da ein Wegfall von Anforderungen auch den Wegfall des entsprechenden Nachweises beinhaltet. Daher	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
	Diakonie Deutschland	Die Benennung der Fortbildungsinhalte in der KV-Fortbildung wird begrüßt. Aus „sollten“ im 2. Satz sollte „müssen“ werden.		erfolgt hieraus kein Änderungsbedarf.	
63.	AWO Bundesverband	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 <b>verbindliche Formulierung</b> ausgesprochen, da wir die <b>Einschätzung der Patientenvertretung teilen</b> , dass noch nicht alle ärztlichen Leistungserbringer ausreichend gute Kenntnisse über die ICF und ihre Anwendung haben.	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.  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.	Siehe oben	
64.	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)	Der Wegfall der Einschränkungen bei der Verordnungsberechtigung ist praxisgerecht und wird ausdrücklich begrüßt.  <b>Der ergänzende Hinweis der Patientenvertretung zu § 11 wird von der SVLFG geteilt.</b> Ggf, besteht die Möglichkeit, über die Ausfüllhinweise hinaus im Internet Arbeitshilfen zur Verwendung		Siehe oben	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		von Muster 61 zur Verfügung zu stellen.			
65.	Bundesverband Geriatrie	Die Neuformulierung wird begrüßt. Regelung könnte sprachlich klarer gefasst werden: <del>„<sup>1</sup>Jede Vertragsärztin bzw. jeder Vertragsarzt ist berechtigt, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu verordnen. Die Beratung über und die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erfordern unter anderem spezielle in der Aus- und Weiterbildung vermittelten Kenntnisse in der Anwendung der ICF sollen ggf. in entsprechenden, die nach den Weiterbildungsordnungen weitestgehend Gegenstand der ärztlichen Weiterbildung sind.<sup>2</sup>Diese Kenntnisse sollten in mindestens einmal jährlich anzubietenden Fortbildungsveranstaltungen der Kassonärztlichen Vereinigungen erweitert und vertieft oder erlangt werden.“</del>	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.	Die bisher gefundene Formulierung ist verständlicher. Daher folgt hieraus kein Änderungsbedarf.	
66.	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V. (DEGE-MED)	§ 11 sollte um einen neuen Satz 1 ergänzt werden: <del>„<sup>1</sup>Jede Vertragsärztin und jeder Vertragsarzt ist verordnungsberechtigt.“</del>	§ 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 verordnungsbe-rechtigt sein soll. Dies bringt die vorgeschlagene Einfügung im neuen Satz 1 zum Ausdruck.	Siehe oben	
67.	Bundesverband ambul-	§ 11 Absatz 1 Satz 1	Diesen Satz interpretieren wir so, dass wieder jeder Facharzt und Allgemeinarzt die Verordnung vornehmen darf, da er	Kenntnisnahme der Zustimmung	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
	teilstationäre Neurorehabilitation (BV ANR)		sich per se in seiner Weiterbildung mit der ICF vertraut gemacht hat. Das reduziert Barrieren. Wir begrüßen dies sehr!		
		<p>§ 11 Absatz 1 Satz 2</p> <p><del>„Diese Kenntnisse <u>sind</u> <u>so</u> <u>in</u> <u>mindestens</u> <u>einmal</u> <u>in</u> <u>2</u> <u>Jahren</u> <u>zu</u> <u>besuchenden</u> <u>jährlich</u> <u>anzubietenden</u> <u>Fortbildungsveranstaltungen</u> <u>der</u> <u>Kassenärztlichen</u> <u>Vereinigungen</u> <u>nachzuweisen</u> <u>erweitert</u> <u>und</u> <u>vertieft</u> <u>oder</u> <u>erlangt</u> <u>werden.</u>“</del></p>	<p>Die Regelung „<sup>2</sup><i>Diese Kenntnisse sollten in mindestens einmal jährlich anzubietenden Fortbildungsveranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigungen erweitert und vertieft oder erlangt werden.</i>“ gibt unseres Erachtens keinen ausreichenden Anreiz dies zu tun.</p> <p>Der BV ANR wäre bereit entsprechende Fortbildungsveranstaltungen mitzugestalten.</p>	Die Stellungnahme ist in sich widersprüchlich, da ein Wegfall von Anforderungen auch den Wegfall des entsprechenden Nachweises beinhaltet. Daher erfolgt hieraus kein Änderungsbedarf (siehe auch oben).	
68.	Deutsches Müttergenesungswerk (MGW) Ely Heuss-Knapp-Stiftung	<p>Das Müttergenesungswerk begrüßt die Neuregelung zu den Qualifikationen der ÄrztInnen, dies ermöglicht einen flächendeckenderen Zugang für rehabilitationsbedürftige PatientInnen.</p> <p>Ergänzungsvorschlag Satz 3, neuer vierter Spiegelstrich:</p> <p><i>„- zielgruppenspezifische Gesundheitsprobleme von Müttern und Vätern und mütterspezifische und väterspezifische belastende Kontextfaktoren.“</i></p>	Das Müttergenesungswerk schlägt vor, die besonderen Zugangsvoraussetzungen für Maßnahmen nach § 41 SGB V in die Fortbildungsveranstaltungen aufzunehmen	Die bestehenden Spiegelstriche schließen besondere Versorgungsformen mit ein. Deshalb besteht hierzu kein Änderungsbedarf.	
69.	Fachverband Sucht (FVS)	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 <b>anzubietenden Fortbildungsveranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigungen</b> sollen dem-		Siehe oben	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<p>nach indikationsspezifische Kenntnisse erweitert und vertieft oder erlangt werden.</p> <p>Es sollte in diesem Rahmen dafür Sorge getragen werden, dass auch <b>suchtmedizinische Grundkenntnisse (z.B. Screening/Diagnostik, Frühintervention, Motivationsförderung, Vermittlung in suchtspezifische Beratungs- und Behandlungseinrichtungen, Nachsorge/weiterführende Angebote)</b> entsprechend behandelt werden und jede Vertragsärztin/jeder Vertragsarzt über <b>entsprechende Kompetenzen verfügt</b>.</p>			
70.	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)	Diesbezüglich möchten wir lediglich anmerken, dass die BAR jegliche rechtlichen Änderungen begrüßt, die betroffenen Menschen einen verbesserten Zugang zur bedarfsgerechten Rehabilitation und Teilhabe ermöglichen.		Kenntnisnahme der Zustimmung	
71.	Bundesverband ambulanter medizinischer Rehabilitationszentren (BamR)	Die vorgesehenen Änderungen im § 11 Re-RL mit dem Wegfall der Qualifikationserfordernisse werden durch den BamR begrüßt.	<p>Die vorgesehene Änderung entspricht den Vorstellungen unseres Verbands und nimmt einen wichtigen, bislang immer formulierten Kritikpunkt auf.</p> <p>Das Angebot freiwilliger Fortbildungsangebote zum Thema Rehaantrag halten wir ebenfalls für sinnvoll.</p>	Kenntnisnahme der Zustimmung	
72.	Bundesarbeitsgemeinschaft der medizinisch-beruflichen Rehabilitationseinrichtungen	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	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 demogra-	Kenntnisnahme der Zustimmung	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
	gen	deutlichen Nadelöhr in der Beantragung von Leistungen geführt. Dies deshalb, weil eine flächendeckende Versorgung mit den entsprechenden Vertragsärzten bei weitem nicht gegeben war.	fischen 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.		
73.	Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK)	Wir begrüßen die Streichung des Qualifikationsanfordernisses als Voraussetzung für die Verordnungsberechtigung.	Das derzeitige Qualifikationsanfordernis als Verordnungsvoraussetzung entspricht nicht dem Gesetz. Nach § 73 SGB V kann jeder Vertragsarzt Rehabilitationsleistungen verordnen.  Derzeit sind lediglich etwa 30% aller Vertragsärzte verordnungsberechtigt. 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.	Kenntnisnahme der Zustimmung	
74.	Bundesverband Kath. Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen e. V. (BVRKJ)	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 Ausgangsdatenlagen über die Rehabilitanden zu verbessern, wurde dadurch konterkariert, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der GKV nicht mehr	Kenntnisnahme der Zustimmung	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
			<p>ausreichend und flächendeckend verordnet werden dürfen.</p> <p>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.</p>		
75.	Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe (buss)	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).	Die genannten Fortbildungsinhalte sind ausreichend, um eine sachgerechte Beratung von Patient/innen und eine Verordnung von Reha-Leistungen vornehmen zu können.	Kenntnisnahme der Zustimmung	
76.	Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband	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.		Kenntnisnahme der Zustimmung	
	Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB)				
	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)				

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
77.	Der Paritätische Gesamtverband	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.  Es sollte der Hinweis erfolgen, dass sich die Weiterbildung nicht <b>nur auf den Bereich ICF beziehen soll, sondern auch auf die Methoden und Anforderungen der Gesprächsführung und den Umgang mit Menschen mit Behinderungen.</b>		Die Grundqualifikation ist Inhalt des Medizinstudiums und der Musterweiterbildungsordnung. Der G-BA ist hierfür nicht zuständig. Änderungen sind diesbezüglich nicht erforderlich.	
78.	Deutscher Heilbäderverband (DHV)	Wir begrüßen den Wegfall des Qualifikationserfordernisses als Voraussetzung für die Verordnungsberechtigung.	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.	Kenntnisnahme der Zustimmung	

### 6.3.12 Stellungnahmen zur Änderung des § 12 Absatz 1 Re-RL

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
79.	Deutsches Müttergenesungswerk (MGW) Elly	Das Müttergenesungswerk begrüßt die Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts und die Klarstellung zur Barrierefreiheit.	Das Müttergenesungswerk schlägt vor, das Wunsch- und Wahlrecht gemäß § 9 SGB IX auszuführen.	Abbildung des Gesetzestextes des § 9 Abs. 1 SGB IX an dieser Stelle ist nicht erforderlich. Deshalb wird dieser Vorschlag	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
	Heuss-Knapp-Stiftung	Ergänzungsvorschlag in § 12 Absatz 1 Satz 1: <i>„<u>1</u>Die Krankenkasse entscheidet unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechtes der Versicherten gemäß § 9 SGB IX, <u>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...</u>“</i>		nicht übernommen. Siehe aber vorgenommene Änderung in § 5 Absatz 1 Satz 3 (siehe oben Nr. 27), wonach ein Verweis auf die entsprechende Regelung des Wunsch- und Wahlrechts im SGB IX wie folgt aufgenommen wurde: <i>„<sup>3</sup>Auf das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten <u>nach § 9 SGB IX</u> wird hingewiesen.“</i>	
80.	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)	Zu § 12 Absatz 1 regen wir folgende Präzisierung an: <i>„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 <u>individueller</u> Anforderungen an <u>die</u> Barrierefreiheit <u>der Rehabilitationseinrichtung</u>,...“</i>	Die vorgeschlagene Ergänzung verdeutlicht besser das Erfordernis individualisierter bzw. personenzentrierter Betrachtung im Rahmen der von der jeweiligen Krankenkasse zu treffenden Leistungsentscheidung.	Aufgrund der vorgebrachten Argumente wird der Änderungsvorschlag wie folgt in § 12 Absatz 1 übernommen: <i>„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 <u>individueller</u> Anforderungen an <u>die</u> Barrierefreiheit <u>der Rehabilitationseinrichtung</u>,“</i>	
81.	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation	§ 12 Abs. 1 zweiter Spiegelstrich muss ersatzlos gestrichen werden:	Die in § 12 Abs. 1 zweiter Spiegelstrich geregelten Anforderungen verstoßen gegen den auch für Krankenkassen geltenden Amtsermittlungsgrundsatz (§ 20	Der Amtsermittlungsgrundsatz wird nicht in Frage gestellt, hierauf wird in den Tragenden	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
	e. V. (DEGE-MED)	„- <del>des vollständig ausgefüllten Verordnungsformulars Muster 61 der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes,</del> “	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.	Gründen hingewiesen. Die bisher vorgesehene Formulierung verbleibt.	
82.	Bundesverband ambulanteilstationäre Neurorehabilitation (BV ANR)	In § 12 Absatz 1 wird Satz 1 wie folgt geändert:  „- <u>des ausreichend/zielführend vollständig ausgefüllten Verordnungsformulars</u> Muster 61 der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes,“	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.	Der Formulierungsvorschlag ist nicht bestimmt genug. Daher lässt sich hieraus kein Änderungsbedarf entnehmen.	
		§12 Ergänzung zu Absatz 1:  Im Zusammenhang mit der Verordnung als Ent-	Wir schlagen vor ausschließlich Formular 61 Teil B: „IV Rehabilitationsbedürftigkeit (medizinische Befunderhebung)“ A. und	Regelungen konkreter Inhalte der Formulare liegen nicht in	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
		scheidungsgrundlage für die Krankenkassen schlagen wir eine zeitgleiche Revision des Formulars 61 A bis D vor.	<p>B. anzupassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formulierung der rehabilitationsrelevanten Schädigungen als funktionale Diagnosen nach ICF („b“ für Beeinträchtigungen)</li> <li>- Formulierung der alltagsrelevanten Beeinträchtigung der Aktivitäten und/oder 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 Wissens Anwendung) sowie d2 (allgemeine Anforderungen und Aufgaben, z.B. Multitasking und Belastbarkeit) ergänzt werden.</li> </ul> </li> <li>- 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)</li> </ul>	der Kompetenz des G-BA.	
83.	Fachverband Sucht (FVS)	Wir begrüßen die entsprechenden Änderungen der Ausführung in § 12. Hinsichtlich der möglicherweise erforderlichen weiteren Unterlagen verweisen wir auf unsere Ausführungen zu § 8, letzter Absatz. [Siehe Abschnitt 6.3.16]		Kenntnisnahme der Zustimmung Siehe im Übrigen Abschnitt 6.3.16	
84.	AWO Bundesverband	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	Das Wunsch- und Wahlrecht ist Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts der betroffenen Menschen und ein wichtiges Element bei der Motivation zur Rehabilitation und der aktiven Mitgestaltung.	Kenntnisnahme der Zustimmung	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
		aufgenommen wurde. Ferner begrüßen wir, dass die Beachtung notwendiger Barrierefreiheit nicht nur als Kriterium für die Leistungsentscheidung, sondern auch im davor liegenden Beratungsgeschehen festgeschrieben wird.			
		Wir begrüßen sehr, dass die Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechtes gemäß § 9 SGB IX erfolgt.		Kenntnisnahme der Zustimmung	
85.	Gesamtverband für Suchthilfe (GVS) - Fachverband der Diakonie Deutschland Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB) Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen	Der GVS begrüßt die Klarstellungen, insbesondere zum Wunsch- und Wahlrecht und zur Barrierefreiheit.		Kenntnisnahme der Zustimmung	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
	(DHS)				
	Der Paritätische Gesamtverband				

### 6.3.13 Stellungnahmen zur Änderung des § 12 Absatz 2 Re-RL

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
86.	Bundesverband ambulante teilstationäre Neurorehabilitation (BV ANR)	§ 12: Wir bitten um Einfügen eines neuen Absatzes 3:  <u>„(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.“</u>	Umsetzung des SGB V-Grundsatzes: „ambulant vor stationär“	Die vorgeschlagene Regelung ist bereits geregelt in § 2 Abs. 1 Satz 2 der Richtlinie. Der Vorschlag wird daher nicht aufgegriffen.	
87.	AWO Bundesverband	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.	Die Form der Mitteilung soll bewusst freigestellt werden. Der Vorschlag wird daher nicht aufgegriffen.	

### 6.3.14 Stellungnahmen zur Änderung des § 13 Absatz 1 Re-RL

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
88.	Bundesarbeitsgemeinschaft für Re-	Zu Abs. 1 möchten wir hiermit zunächst darauf hinweisen, dass redaktionell hinter „... der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes“ noch „die-		Der Vorschlag betrifft eine formale Änderung aufgrund Verwendung geschlechtlicher Paarformen. Ihm wird gefolgt durch nachfolgende Änderung in	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
	habilitation (BAR)	<b>ser oder</b> diesem den aktuellen Rehabilitationsplan“ zu ergänzen wäre.		§ 13 Absatz 1 Satz 2: <sup>2</sup> Bei ambulanter Rehabilitation übersendet die Einrichtung auf Anfrage der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes <u>dieser oder diesem</u> den aktuellen Rehabilitationsplan.“	

### 6.3.15 Stellungnahmen zur Änderung des § 13 Absatz 4 Re-RL

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
89.	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)	Zu Abs. 4 Satz 1 schlagen wir folgende Ergänzung vor:  <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 <u>sozialmedizinischen</u> Bedeutung,“	Durch die Ergänzung wird klarer, wonach sich insoweit der Bedeutungsgrad der der Reihe nach anzugebenden Funktionsdiagnosen richtet.	Der Änderungsvorschlag wird wie folgt durch Änderung des § 13 Absatz 4 Satz 1 übernommen:  <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 <u>sozialmedizinischen</u> Bedeutung,“	
90.	AWO Bundesverband	Die Ergänzung der positiv und negativ wirkenden Kontextfaktoren wird begrüßt.  Aus Gründen der Verständlichkeit empfehlen wir die unter <b>Abs. 4 e) beschriebenen Inhalte zu separieren</b> . Wir schlagen folgende Änderung vor:  „e) Informationen über bereits eingeleitete Leistungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges [...]“  „f) Informationen über weiterführende Leistungen“	Auf diese Weise ist für Vertragsarzt und Patient besser ersichtlich, welche Leistungen bereits erfolgt sind und welche weiterhin empfohlen werden.	Die bisher vorgesehene Formulierung ist treffender, daher wird keine Änderung vorgenommen.	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
		<i>gen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges [...]“</i>			
91.	AWO Bundesverband	In § 13 Abs. 4 Satz 2 soll gestrichen werden: „soweit nicht erhebliche therapeutische Gründe entgegenstehen“	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.	Der 2. Halbsatz „soweit dem nicht erhebliche therapeutische Gründe entgegenstehen“ wurde angelehnt an die in § 630g BGB (Fassung aufgrund Patientenrechtegesetz vom 20.02.2013, BGBl. I, S. 277) enthaltene Regelung für die Einsichtnahme von Patienten in die Patientenakte formuliert. Die in der Stellungnahme vorgebrachten Argumente können daher nicht überzeugen, so dass die bisher vorgegebene Formulierung beibehalten wird. Ein entsprechender Hinweis auf die o.g. Regelung wird aber in den Tragenden Gründen ergänzt.	
92.	Gesamtverband für Suchthilfe (GVS) - Fachverband der Diakonie Deutschland Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) Der Paritätische Gesamt-	Die Institutionen/Organisationen begrüßen die Klarstellungen und ICF-bezogenen Konkretisierungen in § 13 Abs. 4 Satz 1. Im <b>Satz 2</b> bitte <b>streichen</b> „soweit nicht erhebliche therapeutische Gründe entgegenstehen“	Aus Sicht der Institutionen/Organisationen sind solche Gründe sind praktisch kaum nachvollziehbar, die Inhalte des Berichts müssen allerdings in geeigneter Form (kommentierendes Gespräch) vermittelt werden.		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
	verband Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB)				
93.	Deutsche Rentenversicherung Bund	<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 <b>wenig präzise und missverständlich</b>.</p> <p>Wir schlagen vor, den Text an <b>die Gesetzgebung anzupassen und eine Abstimmung mit dem neuen Patientenrechtegesetz</b> vorzunehmen.</p>		Siehe oben	
94.	Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB)	<p>§ 13 Abs. 4 e)</p> <p>Die Diakonie schlägt vor, Satz 1 zu ergänzen:  <i>„Empfehlungen für weiterführende und Informationen über bereits eingeleitete Leistungen, insbesondere im Rahmen des Versorgungsmanagements nach § 1 Abs. 4 SGB V, ...“</i></p>	Auch Rehabilitationseinrichtungen haben sich am Versorgungsmanagement zu beteiligen. Dies sollte deutlich zum Ausdruck kommen.	Die vorgeschlagene Ergänzung ist nicht erforderlich und nicht zweckmäßig. Die Formulierung „insbesondere“ wirkt zudem einschränkend. Eine Einschränkung ist aber nicht beabsichtigt. Daher wird dem Vorschlag nicht gefolgt.	

### 6.3.16 Stellungnahmen zu Regelungen in der Richtlinie, die nicht Gegenstand dieses Stellungnahmeverfahrens sind

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
95.	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)	Die DHS schlägt folgende Ergänzung vor: § 2 Absatz 2 Satz 1: <u>„Diese Leistungen müssen rechtzeitig und unverzüglich nach der Antragstellung eingeleitet werden.“</u>	Um zu verhindern, dass aufgrund von Verfahrensvorgaben eine Rehabilitation nicht oder verzögert beginnt, schlägt die DHS den klarstellenden Ergänzungssatz vor.	Die Re-RL regelt die Verordnung von Rehabilitationsleistungen, nicht deren Einleitung. Daher ist die vorgeschlagene Änderung abzulehnen.	
96.	Fachverband Sucht (FVS)	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.		Die Re-RL regelt nicht die Weitergabe indikationsspezifischer oder einzelfallspezifischer Informationen. Vor diesem Hintergrund ist der Vorschlag nicht zielführend und wird nicht übernommen.	
97.		Ferner sollte den Vertragsärztinnen/Vertragsärzten auch ermöglicht werden, bei vorliegender Abhängigkeitserkrankung in speziellen Fällen ein Schnelleinweisungsverfahren in eine Entwöhnungsbehandlung einleiten zu können.		Indikationsspezifische Detailregelungen sind nicht Gegenstand der Richtlinie. Zu Anschlussrehabilitationen siehe § 3 Absatz 3, 2. Spiegelstrich der Richtlinie.	
98.		Zudem hält der Fachverband Sucht e.V. es für		Eine Befassung zum Verord-	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		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.		nungsrecht der Psychotherapeuten erfolgt im Rahmen gesonderter Beratungen zum GKV-VSG.	
99.	Gesamtverband für Suchthilfe (GVS) - Fachverband der Diakonie Deutschland	Ergänzungsvorschlag für § 2 Absatz 8; nach Satz 1 folgt: <i>„Dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht genommen“</i>	Die Institutionen/Organisationen schlagen vor das Wunsch- und Wahlrecht gemäß § 9 Abs.1 SGB IX zu konkretisieren.	Abbildung des Gesetzestextes des § 9 Absatz 1 SGB IX an dieser Stelle ist nicht erforderlich. Deshalb wird dieser Vorschlag nicht übernommen.  Siehe aber vorgenommene Änderung in § 5 Absatz 1 Satz 3 (siehe oben Nr. 27), wonach ein Verweis auf die entsprechende Regelung des Wunsch- und Wahlrechts im SGB IX wie folgt aufgenommen wurde:  <i>„<sup>3</sup>Auf das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten <u>nach § 9 SGB IX</u> wird hingewiesen.“</i>	
	Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband				
	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)				
	Der Paritätische Gesamtverband				
	AWO Bundesverband		Die persönlichen Einstellungen und Lebensumstände der Patientinnen und Patienten sollten beim Wunsch- und Wahlrecht berücksichtigt werden.		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
	Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB)		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.		
100.	AWO Bundesverband	Ergänzt werden sollte in Abs. 2 Satz 2 beim 3. Spiegelstrich „trägerspezifische Empfehlungen“ in der Klammer:  „[...geriatrischen Rehabilitation,] <u>die Begutachtungs-Richtlinie „Vorsorge und Rehabilitation“ des MDS und die dazugehörigen Umsetzungsempfehlungen.</u> “	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.	Die Begutachtungsanleitung selbst stellt keine konzeptionelle Grundlage dar. Die Formulierung in der Richtlinie bildet zudem keine abschließende Aufzählung. Deshalb wird die vorgeschlagene Ergänzung abgelehnt.	
101.	Deutsches Müttergenesungswerk (MGW) Ely Heuss-Knapp-Stiftung	Ergänzungsvorschlag in Absatz 2, Satz 2, dritter Spiegelstrich:  „- <i>trägerspezifische Empfehlungen (z. B. Rahmenempfehlung ..., <u>die Begutachtungs-Richtlinie „Vorsorge und Rehabilitation“ des MDS und die dazugehörigen Umsetzungsempfehlungen.</u>)</i> “	Da auch bei Leistungen nach § 41 SGB V die Rehabilitations-Richtlinie zur Anwendung kommt, sollten die entsprechend Grundlagen mit aufgeführt werden.		
	Bundesverband Kath. Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen e. V. (BVRKJ)			Siehe oben	
102.	Bundesverband ambulante teilstationäre Neurorehabilitation (BV)	§ 4 Absatz 2, Satz 2:  <sup>2</sup> <i>Konzeptionelle und begriffliche Grundlagen sind (nicht erschöpfende Auflistung)</i>		Siehe oben	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
	ANR)				
Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
103.	Bundesverband ambulant-teilstationäre Neurorehabilitation (BV ANR)	§ 4 Absatz 3: <i>Einzelne Leistungen der kurativen Versorgung (z. B. Heil- oder Hilfsmittel) oder deren Kombination <b>ohne eine durchgehende ärztliche Leistung</b> stellen für sich allein noch keine Leistung zur medizinischen Rehabilitation im Sinne dieser Richtlinie dar.</i>	Wichtig ist es sicherzustellen, dass sich ausschließlich multi-disziplinäre Konzepte unter ärztlicher Führung Rehabilitation nennen dürfen.	Eine Änderung wird aufgrund der vorgetragenen Argumente nicht für erforderlich gehalten.	
104.	AWO Bundesverband	§ 5 Abs. 1 Ergänzungsvorschlag neuer Satz nach dem 2. Satz: <u>„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.“</u>	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.	Indikationsspezifische Detailregelungen sind nicht Gegenstand der Richtlinie.	
105.	Deutsches Müttergenesungswerk (MGW) Ely Heuss-Knapp-Stiftung	Das Müttergenesungswerk begrüßt den Hinweis auf die neue Gesetzeslage zum Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten. Ergänzungsvorschlag nach Satz 2 folgt: <u>„Bei Maßnahmen nach § 41 SGB V kann die Beratung in den Beratungsstellen im Verbund</u>	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	Siehe oben	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
		<u>des Müttergenesungswerks (Wohlfahrtsverbände) erfolgen, Vertragsärztin oder Vertragsarzt, und die Krankenkassen weisen auf diese Möglichkeit hin.“</u>	(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.		
106.	Fachverband Sucht (FVS)	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 <b>Beratung alkoholabhängiger Patienten/innen</b> 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 <b>Empfehlung hinsichtlich der weiterführenden Behandlung/Rehabilitation in den unterschiedlichen Settings (ambulant, ganztägig ambulant bzw. teilstationäre, stationär) unter Prüfung des Einzelfalls</b> zu erfolgen hat. Dabei sind z.B. zu beachten <b>Dauer und Intensität der weiterführenden Entwöhnungsbehandlung, die</b>	Siehe oben	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
			<b>Schwere der Komorbidität, die vorhandenen psychosozialen Beeinträchtigungen und die Folgen der Erkrankungen sowie die fördernden/hemmenden Faktoren des sozialen Umfelds.</b> Hinsichtlich der weiterführenden Beratung sollte von Vertragsärztinnen/Vertragsärzten zusätzlich der <b>Besuch einer Suchtberatungsstelle und/oder Selbsthilfegruppe</b> in der Zeit <b>bis zum Antritt einer Entwöhnungsbehandlung empfohlen</b> werden.		
Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
107.	Bundesverband ambulante teilstationäre Neurorehabilitation (BV ANR)	§ 5 Absatz 3, neuer Satz 2: <i>„In der Bearbeitung ist die Krankenkasse an § 14 des SGB IX gebunden.“</i>	Eine konsequente Umsetzung der SGB IX-Richtlinie, dass Kostenträger an feste Bearbeitungsfristen gebunden sind, soll erreicht werden.	§ 14 ist geltendes Recht und bedarf daher keiner Nennung in der Richtlinie.	
108.	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)	§ 5 Abs. 3, erster Spiegelstrich, nach <i>Rehabilitation</i> , den Begriff <i>„Nachsorge“</i> aufnehmen		Beratungen über Nachsorgeleistungen machen zu diesem Zeitpunkt noch keinen Sinn. Daher wird dem Vorschlag nicht gefolgt.	
109.	Gesamtverband für Suchthilfe (GVS) - Fachverband der	Der GVS begrüßt grundsätzlich die Vorschläge für ein einstufiges Verfahren. In jedem Fall sind jedoch die Bestimmungen des § 14 SGB IX einzuhalten.	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 Zu-	§ 14 ist geltendes Recht und bedarf daher keiner Nennung. Die Ausgestaltung des Formulars liegt nicht in Kompetenz des G-BA. Daher erfolgt keine	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
	Diakonie Deutschland	§ 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>	ständigkeit 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.	Änderung.	
110.	Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband	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.  In § 6 Abs. 1 Satz 1 wird der Buchstabe „B“ durch „A“ ersetzt.  Der Absatz wird um folgende Sätze ergänzt: <i>„Die Mitteilung des Arztes 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.“</i>	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.  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.	Die Regelungen des SGB IX sind geltendes Recht und bedürfen hier keines Hinweises (siehe oben).	
111.	AWO Bundesverband	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 Rehabilitationsträ-	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.  [weiter wie unten]	Siehe oben	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
	Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB)	gers ist. In § 6 Abs. 1 Satz 1 wird der Buchstabe „B“ durch „A“ ersetzt. Der Absatz wird um folgende Sätze ergänzt: <i>„Die Mitteilung des Arztes 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.“</i>	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.  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.	Siehe oben	
112.	Der Paritätische Gesamtverband	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.	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.	Siehe oben	
113.	Fachverband Sucht (FVS)	Wir begrüßen die entsprechenden Ergänzungen, welche die Anforderungen an eine qualifizierte Verordnung unmittelbar im Richtlinienentwurf definieren. Wir halten es in diesem Zusammenhang für erforderlich, dass die entsprechenden		Indikationsspezifische Detailregelungen sind nicht Gegenstand der Richtlinie.	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
		<p>Ausführungen ausnahmslos von indikationsübergreifender Bedeutung sind und keine darüber hinausgehenden Anforderungen als der Zugangsvoraussetzungen für erforderlichen Rehabilitationsleistungen in einzelnen Indikationsbereichen gestellt werden. Im <b>Indikationsbereich</b> der <b>Entwöhnungsbehandlung</b> empfehlen wir hinsichtlich der erforderlichen Befunde, den <b>AUDIT bzw. AUDIT-C bezogen auf alkoholbezogene Störungen als Screeningverfahren</b> einzusetzen, ggf. könnte auch ein ergänzender Befundbericht im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen Verwendung finden.</p> <p>Die derzeitige Ausnahmeregelung, nach der im Bereich der <b>Entwöhnungsbehandlungen</b> zusätzlich und verbindlich von der gesetzlichen Krankenkasse der <b>Sozialbericht einer Suchtberatungsstelle gefordert</b> wird, um über einen Antrag auf eine <b>medizinische Rehabilitationsleistung entscheiden</b> zu können, sollte zukünftig entfallen. <b>Diese zusätzliche Forderung sollte zukünftig als fakultative Möglichkeit eingestuft werden.</b></p>			
114.	Gesamtverband für Suchthilfe (GVS) - Fachverband der Diakonie Deutschland	<p>§ 12 Absatz 2 Satz 1 erhält folgende Fassung:</p> <p><u>„Vor einer Ablehnung eines Antrags hat die Krankenkasse dem verordnenden Vertragsarzt oder der verordnenden Vertragsärztin und dem Patienten bzw. der Patientin die Möglichkeit einer Stellungnahme zu geben.“</u></p>	Aus Sicht des GVS kann die Ablehnung eines Antrags ohne dem verordnenden Arzt oder dem Patienten die Möglichkeit zu geben, den Antrag zu erläutern, das Verfahren im Einzelfall unnötig verlängern.	Der Vorschlag besitzt keine gesetzliche Grundlage und ist daher abzulehnen.	

## 6.4 Mündliche Stellungnahmen

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben sowie nicht auf eine Anhörung verzichtet haben, sind fristgerecht zur Anhörung am 23. September 2015 eingeladen worden.

### Teilnehmer der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikten

Vertreterinnen oder Vertreter von Stellungnahmeberechtigten, die an mündlichen Beratungen im G-BA oder in seinen Untergliederungen teilnehmen, haben nach Maßgabe des 1. Kapitels 5. Abschnitt VerfO Tatsachen offen zu legen, die ihre Unabhängigkeit potenziell beeinflussen. Inhalt und Umfang der Offenlegungserklärung bestimmen sich nach 1. Kapitel Anlage I, Formblatt 1 VerfO (abrufbar unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)).

Im Folgenden sind die Teilnehmer der Anhörung vom 23. September 2015 aufgeführt und deren potenziellen Interessenkonflikte zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangabe der einzelnen Personen. Die Fragen entstammen dem Formblatt und sind im Anschluss an diese Zusammenfassung aufgeführt.

Organisation/ Institution	Anrede / Titel / Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)	Herr Dr. Stähler	nein	nein	nein	nein	nein	nein
<b>Maßgebliche Spitzenorganisationen der Leistungserbringer nach § 92 Absatz 5 Satz 1 SGB V</b>							
Bundesarbeitsgemeinschaft der medizinisch-beruflichen Rehabilitationseinrichtungen e.V. (Phase II)	Herr Radzuweit (nicht anwesend)	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Bundesverband ambulante-teilstationäre Neurorehabilitation e.V.	Herr Dr. Pichler	nein	nein	nein	nein	ja	nein
	Herr Reichel (nicht anwesend)	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Bundesverband Geriatrie e.V.	Herr van den Heuvel	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Der Paritätische Gesamtverband e.V.	Frau Huth	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED)	Frau Schulze	ja	nein	nein	nein	nein	nein
	Herr Lawall	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Diakonie Deutschland e.V. – Evangelischer Bundesverband	Herr Dr. Stefens (nicht anwesend)	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Fachverband Sucht e.V.	Herr Dr. Buschmann	ja	nein	nein	nein	nein	nein

Organisation/ Institution	Anrede / Titel / Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
Deutsches Mütterge- nesungswerk (MGW)	Frau Gerst- kamp	nein	nein	nein	nein	nein	nein

**Frage 1: Anstellungsverhältnisse**

Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor angestellt bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere bei einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

**Frage 2: Beratungsverhältnisse**

Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere ein pharmazeutisches Unternehmen, einen Hersteller von Medizinprodukten oder einen industriellen Interessenverband direkt oder indirekt beraten?

**Frage 3: Honorare**

Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor direkt oder indirekt von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten für Vorträge, Stellungnahmen oder Artikel?

**Frage 4: Drittmittel**

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, abseits einer Anstellung oder Beratungstätigkeit innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen erhalten?

**Frage 5: Sonstige Unterstützung**

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren ohne wissenschaftliche Gegenleistung) erhalten von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

**Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile**

Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen oder einem Hersteller von Medizinprodukten? Besitzen Sie Anteile eines „Branchenfonds“, der auf pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten ausgerichtet ist?

Der Inhalt der mündlichen Stellungnahme wurde in einem stenografischen Wortprotokoll festgehalten und in fachlicher Diskussion im Unterausschuss Veranlasste Leistungen gewürdigt. Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen hat festgestellt, dass keine über die schriftlich abgegebenen Stellungnahmen hinausgehenden Aspekte in der Anhörung vorgetragen wurden. Daher bedurfte es keiner gesonderten Auswertung der mündlichen Stellungnahmen (siehe 1. Kapitel § 13 Abs. 3 Satz 4 VerfO).