

# Tragende Gründe



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

## zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie): Anpassungen an das Bundesteilhabegesetz

Vom 17. Mai 2018

### Inhalt

1.	Rechtsgrundlage .....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
2.1	Anpassungen an die veränderte Strukturierung des SGB IX .....	2
2.2	Wegfall der gemeinsamen Servicestellen nach § 22 SGB IX a. F. ....	2
2.3	Änderungen in § 1 .....	2
2.4	Änderung in § 2 Absatz 4 .....	3
2.5	Änderung in § 5.....	3
2.6	Änderungen in § 11 .....	3
2.7	Änderung in § 12.....	3
2.8	Änderung in § 14.....	3
3.	Würdigung der Stellungnahmen.....	4
4.	Bürokratiekostenermittlung .....	4
5.	Verfahrensablauf .....	4
6.	Fazit .....	5
7.	Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens .....	6
7.1	Einleitung des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens.....	6
7.2	Eingegangene Stellungnahmen.....	6
7.3	Beschlussentwurf zum Stellungnahmeverfahren.....	8
7.4	Tragende Gründe zum Stellungnahmeverfahren .....	11
7.5	Auszug der Richtlinie zum Stellungnahmeverfahren.....	19
7.6	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen .....	23
7.7	Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen.....	37
7.8	Mündliche Stellungnahmen .....	53
7.9	Wortprotokoll der Anhörung.....	55

## **1. Rechtsgrundlage**

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.

## **2. Eckpunkte der Entscheidung**

Durch Artikel 1 des „Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen“ (Bundesteilhabegesetz – BTHG) vom 23. Dezember 2016 wurde das Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX), Teil 1 mit Wirkung zum 1. Januar 2018 neu gefasst. Die vorgenommenen Änderungen dienen der Anpassung der Rehabilitations-Richtlinie an die Neufassung des SGB IX.

### **2.1 Anpassungen an die veränderte Strukturierung des SGB IX**

Die Richtlinie wurde an die durch das BTHG geänderte Strukturierung und Nummerierung im SGB IX angepasst. Verweise in das SGB IX wurden entsprechend aktualisiert.

### **2.2 Wegfall der gemeinsamen Servicestellen nach § 22 SGB IX a. F.**

In § 1 Absatz 2 Satz 3 und in § 5 Absatz 3 Satz 2 erfolgte jeweils eine Anpassung in Bezug auf den Wegfall der gemeinsamen Servicestellen gemäß dem § 22 SGB IX a. F. durch das BTHG.

### **2.3 Änderungen in § 1**

#### **Zu Absatz 1 Satz 1**

Die Ergänzung um die Wörter „volle“ und „wirksame“ greift die Änderung des § 1 Absatz 1 SGB IX auf. Durch die Ergänzung „am Leben“ wird der Richtlinien text an den Gesetzestext angepasst.

Die Ergänzungen zur Zielstellung der Rehabilitations-Richtlinie heben die Bedeutung einer frühzeitigen und umfassenden Identifizierung von Rehabilitationsbedarf für eine gelingende Teilhabe hervor.

#### **Zu Absatz 2 Satz 1**

Im Weiteren wird die Bedeutung der selbstbestimmten Teilhabe des Menschen mit Behinderung und des von Behinderung bedrohten Menschen hervorgehoben. Entsprechend sind Versicherte im gesamten Prozess der Rehabilitation sowie bei der Umsetzung von Nachsorgeempfehlungen im Anschluss an eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation durchgängig zu beteiligen. Bei Bedarf können entsprechende Vertrauenspersonen einbezogen werden.

#### **Zu Absatz 2 Satz 4**

Zugleich unterstützt die Richtlinie den im BTHG vorgesehenen Auftrag zu einer umfassenden Bedarfsfeststellung und einer im Einzelfall vorzunehmenden Teilhabeplanung. Sofern Anhaltspunkte zu weiteren Bedarfen an Leistungen zur Teilhabe anstelle oder über die medizinische Rehabilitation hinaus (z. B. Leistungen zur sozialen Teilhabe oder Teilhabe am Arbeitsleben) erkennbar sind, sollen diese auf dem Vordruck zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation dokumentiert werden. Die Krankenkasse greift diese zur frühzeitigen Bedarfserkennung auf.

## **2.4 Änderung in § 2 Absatz 4**

Die geänderten Regelungen zu Verfahren und Fristen rechtfertigen den Hinweis auf § 14 ff. SGB IX.

## **2.5 Änderung in § 5**

### **Zu Absatz 1**

Beratung nimmt einen wichtigen Stellwert zur Sicherstellung der Selbstbestimmung der Betroffenen ein. Mit dem Ziel, die Position der oder des Leistungsberechtigten gegenüber den Leistungsträgern und Leistungserbringern zu stärken, wird mit der Novellierung des SGB IX die ergänzende Leistung der trägerunabhängigen Beratung eingeführt. Neben den Leistungsträgern sollen auch die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt über dieses ergänzende Beratungsangebot sowie zugleich zu den Beratungsangeboten der Leistungsträger informieren.

### **Zu Absatz 3, 3. Spiegelstrich**

Im Weiteren wird der Auftrag der Rehabilitationsträger nach § 12 Abs. 1 Satz 1 SGB IX, im Falle der Erkennung eines Rehabilitationsbedarfs auf eine Antragstellung hinzuwirken, hervorgehoben.

### **Zu Absatz 3, 4. Spiegelstrich**

Durch die Regelung wird die Aufgabe der Krankenkasse, die Versicherte oder den Versicherten im Sinne einer selbstbestimmten Teilhabe über das Verwaltungsverfahren zu informieren, hervorgehoben.

## **2.6 Änderungen in § 11**

Die Bedeutung des Behinderungsbegriffs und die Leitidee der Inklusion, die auch bereits vor der Novellierung des SGB IX für die Feststellung des Bedarfs an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Teilhabe von Bedeutung waren, werden nochmals hervorgehoben und sollen daher zukünftig auch in Fortbildungen vermittelt werden.

## **2.7 Änderung in § 12**

### **Zu Absatz 1 Satz 1**

Die gegebenenfalls vorliegenden weiteren Unterlagen werden beispielhaft erläutert und dabei die Bedeutung eines im Einzelfall vorliegenden Teilhabeplans hervorgehoben.

Im Weiteren wird klargestellt, dass die Entscheidung der Krankenkasse unter Berücksichtigung der individuellen Teilhabeziele vorgenommen wird.

### **Zu Absatz 1 Satz 2**

Die Ergänzung umfasst eine Anpassung an die gesetzlichen Änderungen, wonach neben § 14 SGB IX auch die nachfolgenden Regelungen Aussagen zu Fristen enthalten.

Mit der Streichung des Wortes „gegebenenfalls“ wird klargestellt, dass nur bei Abweichungen eine Begründung notwendig ist; dann aber in jedem Falle.

## **2.8 Änderung in § 14**

Es erfolgte eine Anpassung an die gesetzliche Änderung des § 5 Nummer 5 SGB IX. Die im Weiteren vorgenommene Änderung umfasst eine Anpassung an die durch den Wegfall des § 14 Absatz 6 SGB IX a. F. eingetretenen Änderungen und berücksichtigen zugleich die Stärkung der Selbstbestimmung der oder des Versicherten bei der Umsetzung von weiteren Leistungen zur Teilhabe.

### 3. Würdigung der Stellungnahmen

Unter Berücksichtigung der Stellungnahmen ergaben sich folgende Änderungen am Beschlussentwurf:

Zu § 2 Absatz 4 und 5 (Beschlussentwurf zum Stellungnahmeverfahren, siehe Abschnitt 7.3): Der von der Patientenvertretung vorgeschlagene Absatz 4 wird gestrichen. Der bisherige Absatz 5 wird zu Absatz 4 und wird um den Satz „Für das Antragsverfahren bei der Krankenkasse gelten die Regelungen der §§ 14 ff. SGB IX.“ ergänzt.

In § 5 Absatz 3, 1. Spiegelstrich wird die Ergänzung „und die Leistungsausführung als Persönliches Budget“ aufgenommen.

Zu § 12: In Absatz 1 wird der 4. Spiegelstrich wie folgt gefasst: „- gegebenenfalls weiterer Unterlagen (zum Beispiel eines im Einzelfall vorliegenden Teilhabepfandes)“ und in Absatz 2 das Wort „gegebenenfalls“ gestrichen.

In § 14 wird der Klammerzusatz wie folgt gefasst: „zum Beispiel Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur sozialen Teilhabe, zur Teilhabe an Bildung“.

Das Stellungnahmeverfahren ist in Abschnitt 7 dokumentiert.

### 4. Bürokratiekostenermittlung

Auf Grund der Änderungen im § 1 Absatz 2 Satz 4 unterstützt die Richtlinie den im BTHG vorgesehenen Auftrag zu einer umfassenden Bedarfsfeststellung und einer im Einzelfall vorzunehmenden Teilhabepfandplanung. In diesem Zusammenhang sind Vertragsärzte dazu aufgefordert bei Anhaltspunkten zu weiteren Bedarfen an Leistungen zur Teilhabe diese auf dem Vordruck zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu dokumentieren. Auf Grund fehlender Daten, in wie viel Fällen neben Leistungen der medizinischen Rehabilitation weitere Bedarfe an Leistungen zur Teilhabe bestehen, erfolgt keine Berechnung der Bürokratiekosten.

### 5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
23.12.2016		Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG)
22.02.2017	UA VL	Aufnahme der Beratungen und Beauftragung der Arbeitsgruppe Re-RL
21.02.2018	UA VL	Beratung des Beschlussentwurfs und Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO) über eine Änderung der Rehabilitations-Richtlinie
25.04.2018	UA VL	Anhörung und abschließende Würdigung der Stellungnahmen
17.05.2017	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Rehabilitations-Richtlinie
05.07.2018		Nichtbeanstandung des BMG
03.08.2018		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
04.08.2018		Inkrafttreten

## **6. Fazit**

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die Änderung der Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie) zur Anpassung an das Bundes-  
teilhabegesetz.

Berlin, den 17. Mai 2018

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

## 7. Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens

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

### 7.1 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 21. Februar 2018 beschlossen, ein Stellungnahmeverfahren nach § 91 Absatz 5 SGB V sowie § 92 Absatz 5 Satz 1 SGB V vor seiner Entscheidung über eine Änderung der Rehabilitations-Richtlinie einzuleiten. Den zur Stellungnahme berechtigten Organisationen der Leistungserbringer, der Rehabilitationsträger und der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, der Bundesärztekammer sowie der Bundespsychotherapeutenkammer wurde Gelegenheit gegeben, innerhalb einer Frist von vier Wochen zur beabsichtigten Änderung der Rehabilitations-Richtlinie Stellung zu nehmen. Den angeschriebenen Organisationen wurden anlässlich der Beschlussfassung des G-BA zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens auch die Tragenden Gründe als Erläuterung übersandt. Die Stellungnahmefrist endete am 21. März 2018.

### 7.2 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
<b>Stellungnahmeberechtigte gemäß § 91 Absatz 5 SGB V</b>		
Bundesärztekammer (BÄK)	21.03.2018	Verzicht auf das Stellungnahmerecht
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	06.03.2018	Verzicht auf Abgabe einer Stellungnahme und mündlichen Anhörung
<b>Organisationen der Leistungserbringer, der Rehabilitationsträger und der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation gemäß § 92 Absatz 5 Satz 1 SGB V</b>		
Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund)	23.02.2018	kein Änderungsbedarf am Beschlussentwurf
Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS)	05.03.2018	Verzicht auf Abgabe einer Stellungnahme
Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V. Diakonie Deutschland (Diakonie)	07.03.2018	Zustimmung, kein Änderungsbedarf am Beschlussentwurf
Deutsches Rotes Kreuz e.V. (DRK)	08.03.2018	Verzicht auf Abgabe einer Stellungnahme
Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V.	09.03.2018	kein Änderungsbedarf am Beschlussentwurf
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)	15.03.2018	Verzicht auf Abgabe einer Stellungnahme
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)	16.03.2018	Zustimmung, kein Änderungsbedarf am Beschlussentwurf

Stellungnahmeberechtigte	Eingang SN	Bemerkungen
Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss)	17.03.2018	kein Änderungsbedarf am Beschlussentwurf
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED)	19.03.2018	siehe Abschnitt 7.6
Fachverband Sucht e.V.	19.03.2018	
Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (AWO)	20.03.2018	
Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK)	20.03.2018	
Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB)	21.03.2018	
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR)	21.03.2018	
Bundesverband Geriatrie e.V.	28.03.2018 (verfristet)	Zustimmung, kein Änderungsbedarf am Beschlussentwurf
Bundesverband ambulant-teilstationäre Neurorehabilitation e.V.	03.04.2018 (verfristet)	kein Änderungsbedarf am Beschlussentwurf
Bundesarbeitsgemeinschaft der medizinisch-beruflichen Rehabilitationseinrichtungen e.V. (Phase II)	Keine Stellungnahme abgegeben.	
Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e.V. (BAG RPK)		
Bundesverband ambulanter medizinischer Rehabilitationsszentren e.V. (BamR)		
Caritas-Bundesverband Kinder- und Jugendreha e.V. (CKR)		
Caritas Suchthilfe e.V. – Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im Deutschen Caritasverband (CaSu)		
Der Paritätische Gesamtverband e.V.		
Deutscher Heilbäderverband e.V.		
Deutsches Müttergenesungswerk		
Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe – Fachverband der Diakonie Deutschland e.V. (GVS)		
Kneipp-Bund e.V.		
Zentralverband ambulanter Therapieeinrichtungen Deutschland e.V. (ZAT)		
Bundesagentur für Arbeit		
Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter		
Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände		
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau		

Stand: 02.02.2018

# Beschlussentwurf



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

## des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie): Anpassungen an das Bundesteilhabegesetz

Vom Beschlussdatum

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ beschlossen, die Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie) in der Fassung vom 16. März 2004 (BAnz Nr. 63 (S. 6 769) vom 31. März 2004), zuletzt geändert am 16. März 2017 (BAnz AT 08.06.2017 B1), wie folgt zu ändern:

I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:

1. § 1 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nach den Wörtern „um die Selbstbestimmung und“ werden die Wörter „ihre volle, wirksame und“ eingefügt.

bb) Nach den Wörtern „gleichberechtigte Teilhabe“ werden die Wörter „am Leben“ eingefügt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „dass diese“ die Wörter „unter aktiver Einbeziehung der oder des Versicherten“ eingefügt.

bb) In Satz 3 werden die Wörter „, gemeinsamen Servicestellen gemäß § 22 SGB IX“ gestrichen.

cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Richtlinie soll dazu beitragen, dass möglicherweise bestehende weitere Teilhabebedarfe frühzeitig erkannt werden.“

2. § 2 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 wird die Angabe „§ 21“ durch die Angabe „§ 38“ ersetzt.

**PatV**

b) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz eingefügt:

„Gemäß § 7 Absatz 2 SGB IX gelten die Regelungen zur Einleitung der Rehabilitation (Kapitel 2 SGB IX), zur Erkennung und Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs (Kapitel 3 SGB IX), und die Verfahrensvorschriften zur Koordinierung der Leistungen (Kapitel 4 SGB IX) vorrangig, das heißt unmittelbar und uneingeschränkt.“

c) Die bisherigen Absätze 4 bis 8 werden die Absätze 5 bis 9.



**PatV/GKV-SV**

d) Dem neuen Absatz 5 (PatV) | Absatz 4 (GKV-SV) wird folgender Satz angefügt:

„Für das Antragsverfahren bei der Krankenkasse gelten die Regelungen der §§ 14 ff. SGB IX.“

e) Im neuen Absatz 9 wird die Angabe „§ 9“ durch die Angabe „§ 8“ ersetzt.

3. § 3 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird die Angabe „§ 30“ durch die Angabe „§ 46“ ersetzt.

b) In Absatz 2 wird die Angabe „§ 28“ durch die Angabe „§ 44“ ersetzt.

4. § 5 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „zur Rehabilitation voraus“ ein Komma und die Wörter „die es den Versicherten ermöglichen sollen, selbstbestimmt und eigenständig zu entscheiden, welche in Betracht kommenden Leistungen sie beantragen“ eingefügt.

bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Bei der Beratung wird

- auf ergänzende unabhängige Angebote zur Teilhabeberatung nach § 32 SGB IX,
- auf die Möglichkeit der Beratung durch die Beratungsstellen der Rehabilitationsträger sowie
- gesondert auf das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten nach § 8 SGB IX hingewiesen.“

b) In Absatz 2 werden die Sätze 3 und 4 gestrichen.

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Spiegelstrich 2 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.

bb) In Spiegelstrich 3 werden nach dem Wort „Antragstellung“ ein Komma und die Wörter „auch für mögliche weitere Teilhabeleistungen und“ eingefügt und der Punkt gestrichen.

cc) Folgender Spiegelstrich wird angefügt:

„- den Ablauf des Antragsverfahrens nach den §§ 14 ff. SGB IX.“

5. § 11 Satz 3 wird wie folgt geändert:

a) Nach dem Wort „umfassen“ werden die Wörter „die Themen der Rehabilitations-Richtlinie“ eingefügt.

b) In Spiegelstrich 3 werden nach dem Wort „Rehabilitation“ ein Komma und folgende Wörter eingefügt „einschließlich Erläuterung des Behinderungsbegriffs und der Leitidee von Inklusion“

6. § 12 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „§ 9“ durch die Angabe „§ 8“ ersetzt und nach den Wörtern „Durchführung der“ die Wörter „individuell notwendigen“ eingefügt.

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Dabei sind die Fristen der §§ 14 ff. SGB IX zu beachten.“

b) In Absatz 2 Satz 2 werden nach dem Wort „Mitteilung“ die Wörter „nach Satz 1“ eingefügt.

7. § 14 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) Im Klammerzusatz werden die Wörter „am Leben in der Gemeinschaft“ durch die Wörter „zur sozialen Teilhabe“ ersetzt.

b) Die Wörter „gemäß der §§ 10 und 11 SGB IX ein und unterrichtet die Versicherten gemäß § 14 Absatz 6 SGB IX“ werden durch die Wörter „unter Einbeziehung der oder des Versicherten ein“ ersetzt.

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

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

Berlin, den  Beschlussdatum

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Stand: 05.02.2018

# Tragende Gründe



## zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie): Anpassungen an das Bundesteilhabegesetz

Vom Beschlussdatum

### Inhalt

1.	Rechtsgrundlage .....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
2.1	Anpassungen an die veränderte Strukturierung des SGB IX .....	2
2.2	Wegfall der gemeinsamen Servicestellen nach § 22 SGB IX a. F. ....	2
2.3	Änderungen in § 1 .....	2
2.4	Änderung in § 2 Absatz 4 und 5.....	3
2.5	Änderung in § 5.....	4
2.6	Änderungen in § 11 .....	5
2.7	Änderung in § 12.....	6
2.8	Änderung in § 14.....	6
3.	Würdigung der Stellungnahmen.....	7
4.	Bürokratiekostenermittlung .....	7
5.	Verfahrensablauf .....	7
6.	Fazit .....	7

## 1. Rechtsgrundlage

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.

## 2. Eckpunkte der Entscheidung

Durch Artikel 1 des „Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen“ (Bundesteilhabegesetz – BTHG) vom 23. Dezember 2016 wurde das Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX), Teil 1 mit Wirkung zum 1. Januar 2018 neu gefasst. Die vorgenommenen Änderungen dienen der Anpassung der Rehabilitations-Richtlinie an die Neufassung des SGB IX.

### 2.1 Anpassungen an die veränderte Strukturierung des SGB IX

Die Richtlinie wurde an die durch das BTHG geänderte Strukturierung und Nummerierung im SGB IX angepasst. Verweise in das SGB IX wurden entsprechend aktualisiert.

### 2.2 Wegfall der gemeinsamen Servicestellen nach § 22 SGB IX a. F.

In § 1 Absatz 2 Satz 3 und in § 5 Absatz 3 Satz 2 erfolgte jeweils eine Anpassung in Bezug auf den Wegfall der gemeinsamen Servicestellen gemäß dem § 22 SGB IX a. F. durch das BTHG.

### 2.3 Änderungen in § 1

GKV-SV	KBV	PatV
<i>Hinweis: Trotz konsentierter Beschlussinhalte werden im Rahmen des Stimmnahmeverfahrens hierzu unterschiedliche Begründungen vorgebracht.</i>		
<b>Zu Absatz 1 Satz 1</b>		
Die Ergänzung um die Wörter „volle“ und „wirksame“ greift die Änderung des § 1 Absatz 1 SGB IX auf. Durch die Ergänzung „am Leben“ wird der Richtlinien text an den Gesetzestext angepasst.		
Die Ergänzungen zur Zielstellung der Rehabilitations-Richtlinie heben die Bedeutung einer frühzeitigen und umfassenden Identifizierung von Rehabilitationsbedarf für eine gelingende Teilhabe hervor.		
<b>Zu Absatz 2 Satz 1</b>		Zugleich unterstützt die Ergänzung in Absatz 2 den im BTHG vorgesehenen Auftrag einer umfassenden Bedarfsfeststellung und einer im Einzelfall vorzunehmenden Teilhabeplanung sowie zur Erfassung von weiteren Bedarfen an Leistungen zur Teilhabe über die medizinische Rehabilitation hinaus (z. B. Bedarf an Leistungen
Im Weiteren wird die Bedeutung der selbstbestimmten Teilhabe des Menschen mit Behinderung und des von Behinderung bedrohten Menschen hervorgehoben. Entsprechend sind Versicherte im gesamten Prozess der Rehabilitation sowie bei der Umsetzung von Nachsorgeempfehlungen im Anschluss an eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation durchgängig zu beteiligen. Bei Bedarf können entsprechende Vertrauenspersonen einbezogen werden.		
<b>Zu Absatz 2 Satz 4</b>		
Zugleich unterstützt die Richtlinie den im BTHG vorgesehenen Auftrag zu einer umfassenden Bedarfsfeststellung und		

GKV-SV	KBV	PatV
einer im Einzelfall vorzunehmenden Teilhabepanung. Sofern Anhaltspunkte zu weiteren Bedarfen an Leistungen zur Teilhabe anstelle oder über die medizinische Rehabilitation hinaus (z. B. Leistungen zur sozialen Teilhabe oder Teilhabe am Arbeitsleben) erkennbar sind,		zur Teilhabe am Arbeitsleben oder sozialen Teilhabe). Wesentlich ist die „aktive Einbeziehung der oder des Versicherten bzw. der Rehabilitandin oder des Rehabilitanden oder ihrer oder seiner Vertreter“. Dies soll u. a. durch frühestmögliche Information und Beratung, die Abstimmung mit allen Beteiligten vor der medizinischen Rehabilitation und in der Umsetzung von Nachsorgeempfehlungen, geschehen. Dies beruht auf der mit dem BTHG einhergehenden Stärkung der Position der Rehabilitandin oder des Rehabilitanden. Dessen persönliche Lebenssituation wird künftig noch stärker berücksichtigt (ICF-Kriterien). Dementsprechend stehen die Personenzentrierung, Selbstbestimmung und das Wunsch- und Wahlrecht im Rahmen der Leistungserbringung künftig noch deutlicher im Vordergrund (vgl. etwa § 4, § 8 Absatz 1 und 3, § 13 Absatz 2, § 19 Absatz 1 SGB IX). Gerade weil diese Vorgaben im Gesetzestext eher „verstreut“ und im Kontext mit anderen Regelungen stehen, macht es Sinn, diese Stärkung der Position des Rehabilitanden in der Rehabilitations-Richtlinie für die Anwenderin oder den Anwender in der Praxis noch einmal deutlich hervorzuheben.
sollen	können	
diese auf dem Vordruck zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation dokumentiert werden. Die Krankenkasse greift diese zur frühzeitigen Bedarfserkennung auf.		

#### 2.4 Änderung in § 2 Absatz 4 und 5

##### Zu Absatz 4

PatV	KBV/GKV <i>[Erläuterungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens]</i>
Mit der vorgeschlagenen Ergänzung in Absatz 4 soll verdeutlicht werden, dass die Vorrangregelung des § 7 SGB IX a. F. durch das	Die Aufnahme weiterer umfassender Rechtsverweise zum SGB IX in Absatz 4 sowie in Absatz 5 wird abgelehnt. Verweise auf



BTHG geändert wurde. Es sind künftig nicht mehr automatisch und ausschließlich die jeweiligen Leistungsgesetze (hier insbesondere das SGB V) vorrangig heranzuziehen. Vielmehr gehen die Kapitel 2 bis 4 des SGB IX künftig immer vor. Anwendern der Richtlinie wird durch diesen Hinweis nochmals verdeutlicht, welches Gesetz im Zweifel zugrunde zu legen ist.	zum Teil ganze Kapitel des SGB IX erschweren die Lesbarkeit und Praktikabilität der Richtlinie in einem erheblichen Ausmaß. In der Richtlinie sollten ausschließlich Rechtsverweise gemacht werden, die direkt für die Verordnung durch Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten oder die Entscheidung über Leistungen der medizinischen Rehabilitation durch Krankenkassen von Bedeutung sind. Eine Darstellung allgemeiner rechtlicher Verweise ist verzichtbar.
---	---

#### Zu Absatz 5

PatV	KBV [Erläuterungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens]	GKV-SV
Gerade die neue Verpflichtung, die Verfahren in einer bestimmten Form und Frist zu erledigen (vgl. §§ 14 ff. SGB IX) sind für die Antragssteller von besonderer Bedeutung.	Die Aufnahme weiterer umfassender Rechtsverweise zum SGB IX in Absatz 4 sowie in Absatz 5 wird abgelehnt. Verweise auf zum Teil ganze Kapitel des SGB IX erschweren die Lesbarkeit und Praktikabilität der Richtlinie in einem erheblichen Ausmaß. In der Richtlinie sollten ausschließlich Rechtsverweise gemacht werden, die direkt für die Verordnung durch Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten oder die Entscheidung über Leistungen der medizinischen Rehabilitation durch Krankenkassen von Bedeutung sind. Eine Darstellung allgemeiner rechtlicher Verweise ist verzichtbar	Die GKV kann den Vorschlag der PatV im Wege eines Kompromissvorschlages mittragen. Eine rechtliche Notwendigkeit und somit Begründung für die Ergänzung wird nicht gesehen.

#### 2.5 Änderung in § 5

GKV-SV/KBV	PatV
<i>Hinweis: Trotz konsentierter Beschlussinhalte werden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens hierzu unterschiedliche Begründungen vorgebracht.</i>	
<b>Zu Absatz 1</b> Beratung nimmt einen wichtigen Stellenwert zur Sicherstellung der Selbstbestimmung der Betroffenen ein. Mit dem Ziel, die Position der Leistungsberechtigten gegenüber den Leistungsträgern und Leistungserbringern zu stärken, wird mit der Novellierung des SGB IX die ergänzende Leistung der trä-	Zukünftig soll den individuell durch den Rehabilitanden oder die Rehabilitandin verfolgten Teilhabezielen und der selbstbestimmten Durchsetzung dieser Ziele ein stärkeres Gewicht zukommen. Diese Selbstbestimmung setzt voraus, dass Betroffene über den in Betracht kommenden Leistungsinhalt und -umfang und insoweit auch über alternative Angebote hinreichend informiert ist. Daher ist

GKV-SV/KBV	PatV
<p>gerunabhängigen Beratung eingeführt. Neben den Leistungsträgern sollen auch die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt über dieses ergänzende Beratungsangebot sowie zugleich zu den Beratungsangeboten der Leistungsträger informieren.</p> <p><b>Zu Absatz 3, 3. Spiegelstrich</b></p> <p>Im Weiteren wird der Auftrag der Rehabilitationsträger nach § 12 Abs. 1 Satz 1 SGB IX, im Falle der Erkennung eines Rehabilitationsbedarfs auf eine Antragstellung hinzuwirken, hervorgehoben.</p>	<p>eine umfassende Information und Beratung der oder des Versicherten über die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, der Teilhabe am Arbeitsleben und der ergänzenden Rehabilitation unentbehrlich, da nur auf dieser Grundlage eine selbstbestimmte Entscheidung über die Beantragung der in Betracht kommenden Leistung getroffen werden kann. Das Sozialgesetzbuch beinhaltet zwar immer schon in seinem ersten Buch eine Beratungs-, Informations- und Hinweispflicht der Leistungsträger (vgl. §§ 13 – 15 SGB I). Die Teilhabeberatung im Sinne des SGB IX setzt darüber hinaus aber auch eine möglichst frühe und trägerübergreifende Beratung im Hinblick auf eine frühzeitige Bedarfserkennung und ein bestmögliches Zusammenspiel der Leistungen bei unterschiedlicher Zuständigkeit der Träger voraus. Dies ergibt sich zum einen ausdrücklich aus § 12 SGB IX, wo u.a. auch die neuen Ansprechstellen der Reha-Träger Erwähnung finden, die nicht nur Informationsangebote für Leistungsberechtigte, sondern auch für Arbeitgeber und andere Reha-Träger bereitzustellen bzw. zu vermitteln haben. Zum anderen gewinnt die Beratung auch durch die neue Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (§ 32 SGB IX), an Bedeutung. Um diesem Anspruch in der Praxis gerecht zu werden, erscheint es sinnvoll, in der Rehabilitations-Richtlinie ausdrücklich und ausführlich auf das Beratungserfordernis (einschließlich dessen Inhalt) sowie das bestehende Beratungsangebot gemäß den gesetzlichen Vorgaben einzugehen. Dazu gehören insbesondere diejenigen Regelungen, die Rechte der Rehabilitanden beinhalten bzw. die seine Interessen stützen.</p>
<p><b>Zu Absatz 3, 4. Spiegelstrich</b></p> <p>Durch die Regelung wird die Aufgabe der Krankenkasse, den Versicherten im Sinne einer selbstbestimmten Teilhabe über das Verwaltungsverfahren zu informieren, hervorgehoben.</p>	

## 2.6 Änderungen in § 11

GKV-SV/KBV	PatV
<p><i>Hinweis: Trotz konsentierter Beschlussinhalte werden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens hierzu unterschiedliche Begründungen vorgebracht.</i></p>	
<p>Die Bedeutung des Behinderungsbegriffs und die Leitidee der Inklusion, die auch bereits vor der Novellierung des SGB IX für die Feststellung des Bedarfs an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Teilhabe</p>	<p>Dem Bundesteilhabegesetz, aber auch allen anderen behinderungsrechtlichen Neuregelungen liegen regelmäßig die Leitlinien und Kerngedanken der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) zugrunde, die ein</p>

GKV-SV/KBV	PatV
<p>von Bedeutung waren, werden nochmals hervorgehoben und sollen daher zukünftig auch in Fortbildungen vermittelt werden.</p>	<p>neues Verständnis in Bezug auf Behinderung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben beinhalten. Nicht mehr das „behindert-Sein“, sondern das „behindert-Werden“ steht im Zentrum der Betrachtung. Nicht mehr die Fürsorge für eine als nicht selbst entscheidungsfähig betrachtete Person, sondern das Selbstbestimmungsrecht eines behinderten Menschen ist nach der UN-BRK maßgeblich. Insoweit ist auch eine entsprechende Bewusstseinsbildung bei den Verordnenden gem. § 1 Absatz 2 Rehabilitations-Richtlinie erforderlich, um die den Neuregelungen zugrunde liegen Kerngedanken, vollumfänglich erfassen und nachvollziehen zu können. Aus diesem Grunde erscheint es sinnvoll, im Rahmen der Qualifikation der Verordnenden auch die Leitidee von Inklusion sowie den neuen Behinderungsbegriff zu vermitteln.</p>

## 2.7 Änderung in § 12

GKV-SV/KBV	PatV
<p><i>Hinweis: Trotz konsentierter Beschlussinhalte werden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens hierzu unterschiedliche Begründungen vorgebracht.</i></p>	
<p><b>Zu Absatz 1 Satz 1</b></p> <p>Es wird klargestellt, dass die Entscheidung der Krankenkasse unter Berücksichtigung der individuellen Teilhabeziele vorgenommen wird.</p> <p><b>Zu Absatz 1 Satz 2</b></p> <p>Die Ergänzung umfasst eine Anpassung an die gesetzlichen Änderungen, wonach neben § 14 SGB IX auch die nachfolgenden Regelungen Aussagen zu Fristen enthalten.</p>	<p>Die mit dem BTHG verbundenen Rechte bzw. die stärkere Positionierung der Rehabilitanden wirken sich vor allem im Rahmen der Leistungsentscheidung aus. Insoweit erscheint es zweckmäßig, auch bei der entsprechenden Regelung in § 12 der Rehabilitations-Richtlinie nochmals auf die wesentlichen Aspekte einzugehen. Gerade die neue Verpflichtung, die Verfahren in einer bestimmten Form und Frist zu erledigen (vgl. §§ 14 ff. SGB IX) dürfte hierbei von besonderer Bedeutung sein.</p> <p>Ein wesentliches Ziel ist, Leistungen nach der Richtlinie passgenau, also in einer Form zu erbringen, die auch die persönliche Lebenssituation, also die personbezogenen Faktoren, der oder des Versicherten stärker mit einbezieht. Daher ist das Rehabilitationsziel, welches unter Berücksichtigung des Willens der Rehabilitanden, festgelegt wird, maßgebend, sofern dieses beim jeweiligen Stand des Verfahrens bereits festgelegt werden konnte.</p>

## 2.8 Änderung in § 14

Es erfolgte eine Anpassung an die gesetzliche Änderung des § 5 Nummer 5 SGB IX. Die im Weiteren vorgenommene Änderung umfasst eine Anpassung an die durch den Wegfall des



§ 14 Absatz 6 SGB IX a. F. eingetretenen Änderungen und berücksichtigen zugleich die Stärkung der Selbstbestimmung des Versicherten bei der Umsetzung von weiteren Leistungen zur Teilhabe.

### 3. Würdigung der Stellungnahmen

*[erfolgt nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens]*

### 4. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

### 5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
23.12.2016		Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG)
22.02.2017	UA VL	Aufnahme der Beratungen und Beauftragung der Arbeitsgruppe Re-RL
21.02.2018	UA VL	Beratung des Beschlussentwurfs und Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO) über eine Änderung der Rehabilitations-Richtlinie
TT.MM.2018	UA VL	Anhörung und abschließende Würdigung der Stellungnahmen
TT.MM.2017	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
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

### 6. Fazit

*[erfolgt nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens]*

Berlin, den  Beschlussdatum

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

## 7.5 Auszug der Richtlinie zum Stellungsverfahren

### Auszug aus der Richtlinie des G-BA über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Stand: 12.01.2018

#### § 1 Ziel und Zweck

(1) <sup>1</sup>Die Richtlinie soll eine notwendige, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit im Einzelfall gebotenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gewährleisten; sie regelt außerdem die Beratung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V), um die Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. <sup>2</sup>Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben zum Ziel, eine Behinderung im Sinne des § 2 Absatz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) einschließlich Pflegebedürftigkeit gemäß des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (§ 11 Absatz 2 SGB V).

(2) <sup>1</sup>Die Richtlinie soll insbesondere das frühzeitige Erkennen der Notwendigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation fördern und dazu führen, dass diese unter aktiver Einbeziehung der oder des Versicherten rechtzeitig eingeleitet werden. <sup>2</sup>Sie regelt die Verordnung durch

- Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie
- die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (im Folgenden bezeichnet als Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten)

als Grundlage für die Leistungsentscheidung der Krankenkasse. <sup>3</sup>Sie beschreibt die Umsetzung von Nachsorgeempfehlungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges und verbessert die Zusammenarbeit zwischen Vertragsärztinnen, Vertragsärzten, Vertragspsychotherapeutinnen, Vertragspsychotherapeuten, Krankenkassen, gemeinsamen Servicestellen gemäß § 22 SGB IX und Erbringern von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. <sup>4</sup>Die Richtlinie soll dazu beitragen, dass möglicherweise bestehende weitere Teilhabebedarfe frühzeitig erkannt werden.

(3) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen (§ 12 Absatz 1 SGB V).

#### § 2 Rechtliche Grundlagen

(1) <sup>1</sup>Die Grundlagen für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind die gesetzlichen Regelungen des SGB V und SGB IX. <sup>2</sup>Den Grundsätzen „Rehabilitation vor Rente“, „Rehabilitation vor Pflege“ und „ambulant vor stationär“ ist Rechnung zu tragen.

(2) Die Krankenkasse erbringt nach § 11 Absatz 2 SGB V in Verbindung mit §§ 40 und 41 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, wenn die kurativen Maßnahmen der ambulanten Krankenbehandlung – auch unter rehabilitativer Zielsetzung – nicht ausreichen, eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation medizinisch indiziert und kein anderer Rehabilitationsträger vorrangig zuständig ist.

(3) <sup>1</sup>Die Krankenkasse erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in ambulanter einschließlich mobiler (§ 40 Absatz 1 SGB V) und stationärer (§ 40 Absatz 2 SGB V) Form in oder durch Einrichtungen, mit denen ein Vertrag unter Berücksichtigung des § 24 38 SGB IX besteht. <sup>2</sup>Die Krankenkasse erbringt auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der besonderen Form für Mütter oder Väter oder Mutter-Kind bzw. Vater-Kind (§ 41 SGB V).

PatV	GKV-SV/KBV
(4) Gemäß § 7 Absatz 2 SGB IX gelten die Regelungen zur Einleitung der Rehabilitation (Kapitel 2 SGB IX), zur Erkennung und Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs (Kapitel 3 SGB IX), und die Verfahrensvorschriften zur Koordinierung der Leistungen (Kapitel 4 SGB IX) vorrangig, das heißt unmittelbar und uneingeschränkt.	

(5) Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden auf Antrag der Versicherten erbracht (§ 19 Satz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV)).

GKV-SV/PatV	KBV
Für das Antragsverfahren bei der Krankenkasse gelten die Regelungen der §§ 14 ff SGB IX.	

(6) <sup>1</sup>Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkasse verordnet (§ 73 Absatz 2 Satz 1 Nr. 5 und 7 SGB V). <sup>2</sup>Unter Bezug auf die Entscheidungsbefugnis der Krankenkasse nach § 40 SGB V handelt es sich rechtlich um die Verordnung einer durch die Krankenkasse genehmigungspflichtigen Leistung. <sup>3</sup>Die Verordnung durch eine Vertragspsychotherapeutin oder einen Vertragspsychotherapeuten ist nur zulässig, wenn eine Diagnose aus dem Indikationsspektrum zur Anwendung von Psychotherapie:

- gemäß der jeweils aktuell geltenden Psychotherapie-Richtlinie vorliegt oder
- gemäß Anlage I Nummer 19 (Neuropsychologische Therapie) § 4 der Richtlinie des G-BA zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung vorliegt.

<sup>4</sup>Über die oben definierten Indikationsbereiche hinaus ist eine Verordnung auch dann zulässig, wenn eine Diagnose aus dem Indikationsspektrum des Kapitels V „Psychische und Verhaltensstörungen“ der ICD-10-GM Version 2017<sup>1</sup> vorliegt und eine Abstimmung mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt erfolgt.

(7) Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen (§ 40 Absatz 3 Satz 1 SGB V).

(8) 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 des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) prüfen zu lassen.

(9) Bei der Entscheidung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und deren Ausführung wird den berechtigten Wünschen der Versicherten entsprochen (§ 8 Absatz 1 SGB IX).

### § 3 Einschränkungen des Geltungsbereiches

(1) Die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach §§ 23 und 24 SGB V und zur Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder nach § 43a SGB V in Verbindung mit § 39 46 SGB IX sind nicht Gegenstand dieser Richtlinie und werden gesondert geregelt.

<sup>1</sup> Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, Version 2017



(2) Für die Verordnung von stufenweiser Wiedereingliederung nach § 74 SGB V in Verbindung mit § 28 44 SGB IX gilt die Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils gültigen Fassung.

(3) Diese Richtlinie gilt auch nicht

- für Rehabilitationsleistungen, die in den Zuständigkeitsbereich anderer Rehabilitationsträger fallen (z. B. gesetzliche Renten- oder Unfallversicherung),
- für Anschlussrehabilitation im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung,
- für Leistungen zur Frührehabilitation, da sie gemäß § 39 Absatz 1 Satz 3 SGB V Bestandteil der Krankenhausbehandlung sind,
- wenn sich aus einem sozialmedizinischen Gutachten des MDK die Notwendigkeit einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation ergibt, die Vertragsärztin, der Vertragsarzt, die Vertragspsychotherapeutin oder der Vertragspsychotherapeut jedoch nicht an der Antragstellung beteiligt ist,
- wenn die Notwendigkeit für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation von einem anderen Rehabilitationsträger festgestellt worden und danach die Krankenkasse zuständig ist.

[...]

## § 5 Rehabilitationsberatung

(1) <sup>1</sup>Der Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geht eine Beratung der Versicherten über die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, der Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation voraus, **die es den Versicherten ermöglichen sollen, selbstbestimmt und eigenständig zu entscheiden, welche in Betracht kommenden Leistungen sie beantragen.** <sup>2</sup>Dabei wirken Vertragsärztin, Vertragsarzt, Vertragspsychotherapeutin oder Vertragspsychotherapeut, Krankenkasse und Versicherte zusammen. <sup>3</sup>Bei der Beratung wird

- **auf ergänzende unabhängige Angebote zur Teilhabeberatung nach § 32 SGB IX,**
- **auf die Möglichkeit der Beratung durch die Beratungsstellen der Rehabilitationsträger sowie**
- **gesondert auf** Auf das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten nach § 9 8 SGB IX wird hingewiesen.

<sup>4</sup>Die besonderen Erfordernisse der Versorgung von Menschen mit Behinderungen sind im Rahmen der Beratung zu beachten. <sup>5</sup>Verfügbare Informationen und Entscheidungshilfen im Hinblick auf barrierefreie Leistungsangebote werden einbezogen.

(2) <sup>1</sup>Die Vertragsärztin, der Vertragsarzt, die Vertragspsychotherapeutin oder der Vertragspsychotherapeut berät insbesondere,

- warum ihrer oder seiner Einschätzung nach die Maßnahmen der kurativen Versorgung nicht ausreichen, und
- über die Ziele, Inhalte, Abläufe und Dauer der Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

<sup>2</sup>Die Beratung richtet sich auch an die Personensorgeberechtigten. <sup>3</sup>~~Auf die Möglichkeit der Beratung durch eine gemeinsame Servicestelle oder eine sonstige Beratungsstelle für Rehabilitation ist hinzuweisen.~~ <sup>4</sup>Einzelheiten regelt § 61 Absatz 1 SGB IX.

(3) Die Krankenkasse berät insbesondere über

- Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation sowie über alternative Leistungsangebote,
- den voraussichtlich zuständigen Rehabilitationsträger und,
- die Notwendigkeit der Antragsstellung, **auch für mögliche weitere Teilhabeleistungen und:**
- **den Ablauf des Antragsverfahrens nach den §§ 14 ff. SGB IX.**

[...]

### **§ 11 Qualifikation der Vertragsärztin, des Vertragsarztes, der Vertragspsychotherapeutin oder des Vertragspsychotherapeuten**

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

- Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe,
- Zugangsvoraussetzungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Nutzung der ICF als konzeptionelles Bezugssystem für die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, einschließlich Erläuterung des Behinderungsbegriffs und der Leitidee von Inklusion.

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

(1) <sup>1</sup>Die Krankenkasse entscheidet unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechtes der Versicherten gemäß § 9 8 SGB IX auf der Grundlage

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

über Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der individuell notwendigen Leistung zur medizinischen Rehabilitation. <sup>2</sup>Dabei sind die Fristen des § 14 SGB IX der §§ 14 ff. SGB IX zu berücksichtigen zu beachten.

(2) <sup>1</sup>Die Krankenkasse teilt der oder dem Versicherten und der Verordnerin oder dem Verordner ihre Entscheidung in geeigneter Form mit und begründet gegebenenfalls Abweichungen von der Verordnung. <sup>2</sup>Die Mitteilung nach Satz 1 an die Versicherten erfolgt schriftlich.

[...]

### **§ 14 Sicherung des Rehabilitationserfolges**

(1) Vertragsärztin, Vertragsarzt, Vertragspsychotherapeutin oder Vertragspsychotherapeut und Krankenkasse wirken gemeinsam mit der oder dem Versicherten darauf hin, dass die Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges (z. B. Nachsorge, stufenweise Wiedereingliederung, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) umgesetzt werden.

Ergibt sich während der Rehabilitationsmaßnahme oder aus dem Entlassungsbericht, dass weitere Leistungen zur Teilhabe angezeigt sind, für welche die Krankenkasse als Rehabilitationsträger nicht zuständig ist (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft zur sozialen Teilhabe), leitet sie das weitere Verfahren unter Einbeziehung der oder des Versicherten ein. gemäß der §§ 10 und 11 SGB IX ein und unterrichtet die Versicherten gemäß § 14 Absatz 6 SGB IX.

## 7.6 Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
1.	<b>DEGEMED</b>	<p>§ 2 Re-RL</p> <p>Die Patientenvertretung schlägt nach § 2 Absatz 3 der Re-RL die Einfügung eines weiteren Absatzes vor. Die vorgeschlagene Einfügung verweist auf die Vorrangregelung von § 7 Absatz 2 SGB IX. Die Vorrangregelung besagt, dass die Vorschriften der Kapitel 2 bis 4 SGB IX den für die jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen vorgehen. Durch die Einfügung werden die bisherigen Absätze 4 bis 8 zu den Absätzen 5 bis 9.</p> <p>Wir empfehlen, dem Vorschlag der Patientenvertretung zu folgen und den vorgeschlagenen Absatz 4 in die Re-RL einzufügen.</p>	<p>Mit dem Verweis auf § 7 Absatz 2 SGB IX in § 2 Absatz 4 (neu) der Re-RL wird hervorgehoben, dass der bundesrechtlich normierte zwingende Anwendungsvorrang der Vorschriften des SGB IX auch für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung gilt. Auch sie sind verpflichtet, mit anderen Rehabilitationsträgern koordiniert zusammenzuarbeiten, Bedarfe umfassend zu ermitteln und die Leistungen nahtlos festzustellen und zu erbringen.</p> <p>In der Praxis gibt es immer wieder Beschwerden von Leistungsberechtigten über unzureichende Koordinierung der Leistungsträger sowie Verzögerung bei der Leistungserbringung. Wir empfehlen daher, den Hinweis auf den Anwendungsvorrang der Artikel 2-4 SGB IX in die Re-RL aufzunehmen.</p>	Durch den Kompromiss in § 2 Absatz 5 des Beschlussentwurfs ist ein Verweis in Absatz 4 in der zur Stellungnahme gegebenen Fassung entbehrlich.	Änderung am BE
2.		<p>§ 2 Re-RL</p> <p>Der Vorschlag der Patientenvertretung und des GKV-Spitzenverbands sieht eine Ergänzung von § 2 der Re-RL um einen weiteren Absatz vor. Dieser Absatz verweist auf die Regelungen von § 14 SGB IX.</p> <p>Wir empfehlen, den von der Patientenvertretung und dem GKV-Spitzenverband vorgeschlagenen neuen Absatz in § 2 Re-RL einzufügen.</p>	<p>Der vorgeschlagene Absatz verweist vor allem auf das Verfahren der zügigen Zuständigkeitsklärung nach § 14 SGB IX. Der Absatz verweist außerdem auf das neue Teilhabeplanverfahren bei der Beteiligung mehrerer Leistungsträger (§ 19 SGB IX). Hiernach ist entweder der erstangegangene oder der zweitangegangene Rehabilitationsträger für die umfassende Feststellung des Bedarfs und für die Leistungserbringung zuständig. Damit auch die Träger der GKV ihre Zuständigkeit nach Anträgen auf</p>	Dem Vorschlag der PatV und des GKV-SV wird im Sinne der Kompromissfindung gefolgt (siehe Nummer 1).	keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
		gen.	Rehabilitation und Teilhabe innerhalb der Fristen des § 14 SGB IX klären und bei Beteiligung mehrerer Träger vom Teilhabeplan Gebrauch machen, empfehlen wir, den vorgeschlagenen Absatz in die Reha-Richtlinie mit aufzunehmen.		
3.		<p>§ 5 Re-RL Die vorgeschlagene Änderung ergänzt die gemäß den gesetzlichen Vorgaben des BTHG erforderlichen Beratungserfordernisse und -angebote. Wir empfehlen, die in § 5 vorgeschlagenen Ergänzungen aufzunehmen. Wir empfehlen darüber hinaus § 5 Absatz 1 Satz 3 wie folgt zu ergänzen. Satz 3 wird wie folgt gefasst: „Bei der Beratung wird</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- auf ergänzende unabhängige Angebote zur Teilhabeberatung nach § 32 SGB IX,</li> <li>- auf die Möglichkeit der Beratung durch die Beratungsstellen der Rehabilitationsträger sowie</li> <li>- gesondert auf das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten nach § 8 SGB IX hingewiesen.</li> </ul> <p><i>Die Krankenkasse ist nicht berechtigt, die Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts des Versicherten von dessen Bereitschaft abhängig zu machen, Kosten der Rehabilitationsleistung über die gesetzlichen Vorschriften in</i></p>	Ziel des BTHG ist es, das Wunsch- und Wahlrecht zu stärken. Versicherte beklagen, dass Krankenkassen bei Reha-Antragsverfahren unrechtmäßig Zuzahlungen für die Bewilligung von Wunschkliniken verlangen oder die Wünsche des Patienten übergehen. Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat in den zurückliegenden Jahren zahlreiche Fälle geprüft und beanstandet, in denen Krankenkassen von Versicherten die Beteiligung an Behandlungskosten verlangt hatten, wenn sie an einer von ihnen gewählten indikationsgerechten, zertifizierten und durch Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V zugelassenen Reha-Einrichtung festhalten. Den Hinweis darauf, dass die Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts durch Versicherte nicht von deren Bereitschaft abhängig gemacht werden darf, dass sie Zuzahlungen über den gesetzlich erlaubten Rahmen hinaus leisten, halten wir deshalb für dringend notwendig.	Die Berücksichtigung von Wunsch- und Wahlrecht sowie die Erhebung von Mehrkosten, sofern das Wunsch- und Wahlrecht nicht zum Tragen kommt, sind eindeutig im Gesetz geregelt und bedürfen hier keiner weiteren Wiederholung.	keine Änderung am BE



Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
		§§ 40 Absatz 2 Satz 2, Absatz 6 SGB V hinaus zu tragen.“			
4.		<p>§ 12 Re-RL</p> <p>Die vorgeschlagenen Änderungen berücksichtigen die durch BTHG neu eingeführten Regelungen zum Verfahren der Leistungsentscheidungen der Krankenkassen.</p> <p>Wir empfehlen, die in § 12 vorgeschlagenen Ergänzungen aufzunehmen. Wir empfehlen darüber hinaus, § 12 Absatz 2 Satz 1 wie folgt zu ergänzen. Satz 1 wird wie folgt gefasst:</p> <p>„Die Krankenkasse teilt der oder dem Versicherten und der Verordnerin oder dem Verordner ihre Entscheidung in geeigneter Form mit und begründet <del>gegebenenfalls</del> Abweichungen von der Verordnung. <i>Die Versicherten erhalten mit dem Bescheid eine Rechtsbehelfsbelehrung. Bei einer Ablehnung erfolgt eine obligatorische Reha-Begutachtung des Versicherten durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK).</i>“</p>	<p>18,4% aller Anträge für Vorsorge- und Rehaleistungen wurden 2015 von den Krankenkassen abgelehnt (IGES Institut 2017, Studie im Auftrag des Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Staatssekretär Karl-Josef Laumann). Die Studie des IGES-Instituts besagt zudem, dass Ablehnungsbescheide meist als unverständlich und oft nicht nachvollziehbar empfunden werden. Die Autoren der Studie empfehlen, die Bemühungen um Aufklärung der Versicherten über das Vorgehen bei Leistungsanträgen zu verstärken. Jeder dritte Versicherte wisse nicht, dass man Leistungsablehnungen widersprechen könne.</p> <p>Um zu verhindern, dass Versicherte trotz Reha-Bedarf keine Leistungen erhalten, empfehlen wir darüber hinaus, vor der Ablehnung der Leistung eine Reha-Begutachtung des Versicherten durch den MDK durchzuführen.</p>	<p>Der Streichung des Wortes „gegebenenfalls“ wird gefolgt, um klarzustellen, dass nur bei Abweichungen eine Begründung notwendig ist; dann aber in jedem Falle.</p> <p>Der Ergänzung der vorgeschlagenen Sätze wird nicht gefolgt, da diese Regelung bereits im Gesetz enthalten sind.</p>	<p>Änderung am BE</p> <p>keine Änderung im BE</p>
5.	<b>Fachverband Sucht</b>	<p>§ 2 Rechtliche Grundlagen (4)</p> <p>Den Vorschlag der Patientenvertretung des Vorgangs der Kapitel 2-4 des SGB IX vor den Leistungsgesetzen begrüßt der Fachverband Sucht e.V.</p>	Er folgt der Begründung der Patientenvertretung.	siehe Nummer 1	
6.		§ 2 Abs. 5	Der Fachverband Sucht e.V. folgt dem Vor-	siehe Nummer 2	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
			schlag der Patientenvertretung und des GKV-Spitzenverbandes zur Aufnahme eines entsprechenden Passus zum Antragsverfahren bei den Krankenkassen.		
7.	<b>AWO</b>	§ 1 Abs. 1 Die Ergänzung der Ziele der Richtlinie um die Förderung der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft begrüßt der AWO Bundesverband.	Dadurch wird das Ziel der Richtlinie um das neue Teilhabeverständnis des Bundesteilhabegesetzes ergänzt.	Kenntnisnahme der Zustimmung	keine Änderung am BE
8.		§ 1 Abs. 2 Satz 1 Die Ergänzung der Ziele um die aktive Einbeziehung der Versicherten bei der Einleitung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation begrüßen wir ebenfalls.	Das Ziel der aktiven Beteiligung der Leistungsberechtigten im medizinisch-rehabilitativen Geschehen schließt ein Mitspracherecht bei der konkreten Ausgestaltung der einzelnen Leistungen ein und stellt somit eine Stärkung der Selbstbestimmung der Leistungsberechtigten dar.	Kenntnisnahme der Zustimmung	keine Änderung am BE
9.		§ 1 Abs. 2 Satz 4 Das Hinzufügen des Aspektes, dass die Richtlinie auch einen Beitrag zum frühzeitigen Erkennen weiterer Teilhabebedarfe leisten soll, bewertet der AWO Bundesverband positiv.	Zusätzlich zu medizinischen Rehabilitationsbedarfen können Leistungsberechtigte weitere Teilhabebedarfe wie zum Beispiel zur sozialen Teilhabe oder zur Teilhabe am Arbeitsleben haben. Es ist daher nur sachgerecht, dass die Richtlinie auch einen Beitrag zum frühzeitigen Erkennen dieser Bedarfe leisten will. Dies entspricht im Übrigen auch dem gesetzlichen Auftrag des neu gefassten SGB IX zur umfassenden Bedarfsermittlung und den neu eingeführten Regelungen zur trägerübergreifenden Teilhabeplanung.	Kenntnisnahme der Zustimmung	keine Änderung am BE
10.		§ 2 Abs. 4	Dadurch wird klargestellt, dass die neu	siehe Nummer 1	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
		Wir unterstützen den Einschub dieses Absatzes, der zum Ausdruck bringt, dass die neuen Regelungen im SGB IX zur Einleitung der Rehabilitation, zum Erkennen und Ermitteln des Rehabilitationsbedarfes und zur Koordination der Leistungen vorrangig gelten.	eingeführten Regelungen des SGB IX zur trägerübergreifenden Gewährung und Koordinierung von Leistungen der Rehabilitation die rechtliche Grundlage auch für das Leistungsgeschehen im Rahmen medizinischer Rehabilitation nach SGB V bilden.		
11.		§ 2 Abs. 5 Der AWO Bundesverband befürwortet die Ergänzung des Absatzes um den Verweis auf die im SGB IX neu gefassten Vorschriften zu Form und Frist der Antragstellung.	Hiermit wird betont, dass bei einem Antrag auf Rehabilitationsleistungen bei einer gesetzlichen Krankenkasse die im SGB IX neu eingeführte sogenannte „Turbo-Klärung“ zur Frage, ob die Krankenkasse oder wer sonst leistender Rehabilitationsträger ist, und gegebenenfalls die neuen Regelungen zur Koordinierung von Leistungen verschiedener Rehabilitationsträger zur Anwendung kommen müssen.	siehe Nummer 2	
12.		§ 5 Abs. 1 Die Ergänzung des Ziels der Rehabilitationsberatung, die Versicherten in die Lage zu versetzen, selbstbestimmt über die Beantragung von Leistungen zu entscheiden, begrüßen wir. Ebenfalls positiv bewerten wir den neu aufgenommenen Verweis auf die unterschiedlichen Beratungsmöglichkeiten.	Umfassende Beratungsmöglichkeiten sind unabdingbare Voraussetzung dafür, dass Leistungsberechtigte möglichst selbstbestimmt entscheiden können, welche Rehabilitationsleistungen sie in Anspruch nehmen wollen. Durch die geplanten Ergänzungen des Absatzes wird die Verpflichtung aller relevanten Akteure betont, sowohl auf die Beratung durch die Rehabilitationsträger als auch auf das mit dem Bundesteilhabegesetz neu eingeführte Angebot der Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung hinzuweisen.	Kenntnisnahme der Zustimmung	keine Änderung am BE
13.		§ 5 Abs. 3, 3. Spiegelstrich	Diese Aufgabenerweiterung entspricht § 12	Kenntnisnahme der Zustimmung	keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
		Die Ergänzung der vorrangigen Beratungsaufgaben der Krankenkasse um die Beratung zu möglichen weiteren Teilhabeleistungen anderer Rehabilitationsträger begrüßt der AWO Bundesverband.	Abs. 1 SGB IX n. F., wonach die Rehabilitationsträger das frühzeitige Erkennen eines Rehabilitationsbedarfes sicherstellen müssen.	mung	rung am BE
14.		§ 5 Abs. 3, 4. Spiegelstrich Die Ergänzung der vorrangigen Beratungsaufgaben der Krankenkasse um die Beratung zum Ablauf des Antragsverfahrens begrüßen wir ebenso.	Informationen zum Antragsverfahren sind für die Versicherten eine wichtige Voraussetzung, um sich im Verwaltungsverfahren orientieren zu können. Wichtig ist allerdings, dass nicht nur im Vorfeld der Beantragung einer Leistung über das damit ausgelöste Verfahren beraten wird, sondern die Versicherten auch während des Antragsverfahrens über für sie relevante Schritte zeitnah unterrichtet werden.	Kenntnisnahme der Zustimmung	keine Änderung am BE
15.		§ 11 Die Ergänzung der möglichen Fortbildungsinhalte um den Behinderungsbegriff und um die Leitidee von Inklusion halten wir für sachgerecht.	Dadurch wird es möglich, zum neuen Behinderungsbegriff des SGB IX, der sich am Verständnis von Behinderung gemäß der UN-Behindertenrechtskonvention orientiert, und zum Grundgedanken von Inklusion zu schulen. Behinderung wird nun als Resultat einer Wechselwirkung von individuellen Einschränkungen und gesellschaftlichen Reaktionen darauf verstanden. Der Grundgedanke von Inklusion schließt hieran an und stellt die gesellschaftliche Wertschätzung und gemeinschaftliche Unterstützung von individueller Vielfalt in den Mittelpunkt. Medizinische Rehabilitation hat demgemäß nicht nur auf gesundheitliche Einschränkungen zu fokussieren, sondern muss regelmäßig auch die persönliche Lebenssitu-	Kenntnisnahme der Zustimmung	keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
			ation beachten.		
16.	<b>BDPK</b>	§ 2 Abs. 4 neu und Abs. 5 sollen entsprechend des Vorschlags der PatientenvertreterInnen aufgenommen bzw. ergänzt werden.	Wir sprechen uns für die Aufnahme des neuen Absatzes 4 und die Ergänzung zu Absatz 5 aus. Im gesamten Paragraphen 2 werden rechtliche Grundlagen wiedergegeben. Die Ergänzungen gehören zu den rechtlichen Grundlagen, die für die medizinischen Rehabilitationsleistungen relevant sind.	siehe Nummern 1 und 2	
17.	<b>BeB</b>	§ 1 Abs. 1 Die Änderungen werden begrüßt.	Die Anpassung an das BTHG ist notwendig.	Kenntnisnahme der Zustimmung	keine Änderung am BE
18.		§ 1 Abs.2 S. 1 Die Änderungen werden begrüßt.	Der BeB spricht sich für die nachvollziehbare Begründung der PatV aus.	Kenntnisnahme der Zustimmung Die Tragenden Gründe sind nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens, sondern dienen der Erläuterung.	keine Änderung am BE
19.		§ 1 Abs. 2 S. 4 Die Änderungen werden begrüßt.	Der BeB spricht sich für die nachvollziehbare Begründung der PatV aus.	ebenda	keine Änderung am BE
20.		§ 2 Abs. 4 Die Änderung wird grundsätzlich begrüßt. Es sollte jedoch ergänzend (nach dem letzten Satz) ausdrücklich auf § 21 SGB IX hingewiesen werden bzw. dessen Inhalt zitiert werden.	Bei der Vorschrift des § 7 Abs.2 SGB IX handelt es sich um eine neue und für viele ungewöhnliche Vorschrift, die praktisch von sehr hoher Relevanz ist. Aus diesem Grund ist es an dieser Stelle gerechtfertigt, die Norm zur Klarstellung aufzunehmen. Soweit Leistungsträger Verfahren nach den jeweils eigenen Leistungsgesetzen durchzuführen haben, gelten diese ergänzend. Hierüber gibt es viel Verwirrung und Un-	siehe Nummer 1	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
			klarheit, wie auch die Begründung zeigt (siehe unten). Zur Klarstellung ist daher ein Hinweis auf § 21 SGB IX bzw. dessen Inhalt aufzunehmen.		
21.		In der Begründung zu § 2 Abs. 4 sind Satz 3 und 4 zu streichen.	Satz 3 der Begründung der PatV ist so nicht zutreffend und führt zusammen mit Satz 4 zu einer fehlerhaften Aussage. In Bezug auf die Verfahrensregelungen ist das Konkurrenzverhältnis dergestalt, dass sowohl das Teilhabeplanverfahren als auch das Verfahren des jeweiligen Leistungsgesetzes anzuwenden ist, also zu Grunde zu legen ist. Beides ist nebeneinander und ergänzend durchzuführen, vgl. etwa § 21 SGB IX. Vgl. auch z.B. für die Teilhabepflichtkonferenz § 119 Abs.3 SGB IX. Gleiches gilt z.B. auch für das Verhältnis von § 13 SGB IX und den speziellen Anforderungen an die Instrumente in § 118 SGB IX. Durch die Formulierung wird der Eindruck erweckt, es handele sich um ein ausschließendes Verhältnis.	<u>PatV</u> Die Tragenden Gründe sind nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens, sondern dienen der Erläuterung.	
22.		§ 2 Abs. 5 Die Änderung wird begrüßt. Die Begründung der PatV ist wie nebenstehend zu ersetzen.	Die Nennung von §§ 14f SGB IX ist rechtlich nicht zwingend, an dieser Stelle aber sehr sinnvoll. In der Tat sind erhebliche und wichtige Änderungen in den §§14f vorgenommen worden, die sich in der Praxis noch durchsetzen müssen. Ein Hinweis ist daher an dieser Stelle sowohl für Leistungsträger als auch für Patienten hilfreich. Die Begründung der PatV trägt indes nicht, denn § 14 f SGB IX- alt beinhaltet auch bislang klare Fristen- und Formregelungen.	siehe Nummer 2	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
23.		§ 5 Abs. 1, 3 Die Änderungen werden begrüßt. Die Begründungen zu Abs. 1 sollten beide beibehalten werden.	Der BeB kann sich beiden Begründungen anschließen, die sich aus Sicht des BeB gut ergänzen.	Kenntnisnahme der Zustimmung Die Tragenden Gründe sind nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens, sondern dienen der Erläuterung.	keine Änderung am BE
24.		§ 11 Die Änderungen werden begrüßt. Die Begründungen sollten beide beibehalten werden.	Der BeB kann sich beiden Begründungen anschließen, die sich aus Sicht des BeB gut ergänzen.	ebenda	
25.		§ 12 Die Änderungen werden begrüßt. In der Begründung der PatV ist Satz 3 zu streichen.	Auch an dieser Stelle ist der Hinweis auf § 14 f SGB IX aus den oben genannten Gründen wichtig. Der BeB kann sich beiden Begründungen anschließen, allerdings ist in der Begründung der PatV wiederum der Hinweis auf die „neue Verpflichtung, die Verfahren in einer bestimmten Form und Frist zu erledigen“ unzutreffend, da § 14 SGB IX – alt auch bislang schon diese Anforderungen stellte.	Kenntnisnahme der Zustimmung <u>PatV</u> Die Tragenden Gründe sind nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens, sondern dienen der Erläuterung.	keine Änderung am BE
26.		§ 14 in Satz 2 ist in der Klammer „ <i>Teilhabe an Bildung</i> “ zu ergänzen.	Die Leistungen zur Teilhabe an Bildung (§ 5 Nr.4 SGB IX) fehlt und sollte der Vollständigkeit halber ergänzt werden.	Dem Vorschlag wird entsprochen. Ferner wird ein „ <i>zum Beispiel</i> “ in die Klammer aufgenommen um klarzustellen, dass die Aufzählung im Klammerzusatz nicht abschließend ist.	Änderung am BE
27.	<b>BAR</b>	Zu § 1 Abs. 2 Satz 3 der Richtlinie <u>Vorschlag 1:</u> Ergänzung nach „Krankenkassen“ um		Den Vorschlägen wird aus nachfolgenden Gründen nicht gefolgt.	keine Änderungen am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
		<p>„und weiteren Rehabilitationsträgern gemäß § 6 SGB IX sowie [...]“</p> <p><u>Vorschlag 2:</u></p> <p>Anstelle einer ersatzlosen Streichung von „gemeinsamen Servicestellen (gemäß § 22 SGB IX)“ Erwähnung und Aufnahme der vom Gesetzgeber nunmehr vorgesehenen „Ansprechstellen“ gemäß § 12 Abs. 1 SGB IX sowie der „Beratungsstellen der Rehabilitationsträger“</p>		<p><u>zu Vorschlag 1</u></p> <p>Die Regelungskompetenz der Rehabilitations-Richtlinie erstreckt sich nicht auf weitere Rehabilitationsträger.</p> <p><u>zu Vorschlag 2</u></p> <p>Die Ansprechstellen ersetzen nicht die „Gemeinsamen Servicestellen“, da diese einen anderen Auftrag im Rehabilitationsprozess hatten. Dieser Auftrag richtete sich auf Beratung und Begleitung. Zudem ist die Regelungskompetenz der Rehabilitations-Richtlinie nicht auf weitere Rehabilitationsträger zu übertragen. Die Beratungsstellen der Krankenkassen sind durch die Aufzählung der Krankenkassen bereits eingeschlossen.</p>	
28.		<p>Zu § 2 Abs. 1 Satz 2</p> <p>Ergänzung um den Begriff „Prävention“ wie folgt: Den Grundsätzen „Prävention/Rehabilitation vor Rente“, „Prävention/Rehabilitation vor Pflege“ und [...]</p>	<p>Das SGB IX (§ 3) formuliert eindeutig den Grundsatz des „Vorrangs von Prävention“. Einer chronischen Krankheit, einer Behinderung soll rechtzeitig, also spätestens bei Vorliegen erster gesundheitlicher Einschränkungen, wirkungsvoll entgegengetreten werden. Aufgrund dessen scheint angezeigt, „Prävention“ hier begrifflich mit aufzunehmen.</p>	<p>Die Regelungen zu § 2 Absatz 1 war nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens.</p>	keine Änderung am BE
29.		<p>Zu § 2 Abs. 4 (Vorschlag PatV) und</p>	<p>Die Änderungen werden mit Blick auf die</p>	<p>siehe Nummern 1 und 2</p>	



Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
		Abs. 5 (Vorschlag GKV-SV/PatV)	insoweit eindeutige neue Regelung des neuen § 7 SGB IX unterstützt. Im Vorschlag PatV zu einem Abs. 4 neu fehlt vor den Kapitelangaben jeweils die Angabe „Teil 1“.		
30.		Zu § 4 Abs. 2 Einfügung eines neuen 4. Spiegelstrichs: - <i>die trägerübergreifend vereinbarten Grundsätze für Instrumente der Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX</i>	Die Grundsätze für Instrumente zur Bedarfsermittlung sind ab 1.1.2018 gesetzlich als Grundlage der Bedarfsermittlung und -feststellung in der Rehabilitation verankert. Angesichts der zu Recht in der Reha-Richtlinie vorgesehenen zentralen Rolle des Vertragsarztes bei der Beurteilung von Reha-Bedürftigkeit, Reha-Fähigkeit und Reha-Prognose, ist es zur Vermeidung von Friktionen notwendig, dass die entsprechenden trägerübergreifenden Grundlagen allen im Verfahren involvierten Stellen von vornherein bekannt sind.	Dem Vorschlag wird nicht gefolgt, da bisher keine Grundsätze für Instrumente existieren. Im Übrigen richten sich die Grundsätze an den Rehabilitationsträger.	keine Änderung am BE
31.		Zu § 5 Abs. 1 Satz 3, 2. Spiegelstrich (Entsprechend zuvor betr. § 1 Abs. 2 Satz 3) Das Wort „sowie“ wird ersetzt durch ein Komma, nach dem unter einem weiteren Spiegelstrich folgender zusätzlicher Text eingefügt wird: - <i>auf die Möglichkeit der Information durch die Ansprechstellen der Rehabilitationsträger sowie</i>	Die Ansprechstellen nach § 12 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX sind von den Rehabilitationsträgern zu benennen und haben die gesetzliche Aufgabe, die Informationsangebote nach § 12 Abs. 1 Satz 2 an Leistungsberechtigte, Arbeitgeber und auch andere Rehabilitationsträger zu vermitteln. Hinsichtlich der Zusammenarbeit der Ansprechstellen verweist das Gesetz auf § 15 Abs. 3 SGB I in analoger Anwendung. Hiernach sind die Ansprechstellen verpflichtet, untereinander und mit den anderen Leistungsträgern mit dem Ziel zusammenzuarbeiten, eine möglichst umfassende Auskunftserteilung durch eine Stelle sicherzustellen.	Dem Vorschlag wird nicht gefolgt, da hier Regelungen zur individuellen Beratung getroffen werden, nicht aber zu allgemeinen Informationen, welche durch die Ansprechstellen vermittelt werden (siehe Ausführungen zu Nummer 27).	keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
32.		Zu § 5 Abs. 2 Satz 4 Keine Streichung von Satz 4, sondern stattdessen Ersetzung der bisherigen Paragraphenangabe „§ 61 Absatz 1 SGB IX“ durch „§ 34 SGB IX“.	Die vorgesehene Streichung des Hinweises auf die einschlägigen gesetzlichen Normen wird als Rückschritt eingeschätzt. Für die Transparenz und das Verständnis aller am Verfahren beteiligten Stellen und Personen ist die Kenntnis maßgeblicher Bestimmungen notwendig.	Dem Vorschlag wird nicht gefolgt. Die in § 34 SGB IX genannten Informationen sind bereits in § 5 Absatz 1 aufgeführt. Im Übrigen entspricht § 34 SGB IX n.F. nicht in Gänze den Regelungen in § 61 Absatz 1 SGB IX a.F.	keine Änderung am BE
33.		Zu § 5 Abs. 3 Ergänzung zweier neuer (5. und 6.) Spiegelstriche: - <i>bei vorliegenden Voraussetzungen des § 19 SGB IX - den Ablauf des Teilhabeplanverfahrens</i> - <i>die Möglichkeit der Leistungsausführung als Persönliches Budget</i>	5. Spiegelstrich (neu): Durch § 19 SGB IX ist das Instrument „Teilhabeplan“ seit 1.1.2018 ausdrücklich gesetzlich verankert und inhaltlich ausgestaltet. zugleich ist das Verfahren komplex, so dass hierzu eine Beratung sinnvoll ist. 6. Spiegelstrich (neu): Die vorgeschlagene Ergänzung entspricht § 12 Abs. 2 Satz 2, 2. Spiegelstrich, SGB IX.	Der Vorschlag ist bereits durch § 14 ff. SGB IX (vgl. § 5 Absatz 3 4. Spiegelstrich) abgedeckt und wird deshalb nicht berücksichtigt. Grundsätzlich wird bereits jetzt das Persönliche Budget von der Formulierung im ersten Spiegelstrich umfasst. Da es sich aber um eine besondere Form der Leistungsausführung handelt, wird der Hinweis auf das Persönlich Budget im ersten Spiegelstrich ergänzt.	keine Änderung am BE  Änderung am BE
34.		Zu § 11 Satz 3 Ergänzung der Aufzählung wesentlicher Inhalte von Fortbildungsveranstaltungen in Form zweier neuer (4. und 5.) Spiegelstriche: - <i>Sozialmedizinische Grundlagen der medizinischen Rehabilitation, z. B. zur sozialmedizinischen Begutachtung aus klinischer/praktischer Perspektive</i>	4. Spiegelstrich (neu): Entsprechendes Grundlagenwissen bildet im rehabilitativen Kontext eine essentielle Qualifikationsanforderung für Ärzte und Therapeuten, eine gesonderte Erwähnung unter „insbesondere folgende Inhalte“ erscheint daher auch als geboten. 5. Spiegelstrich (neu): Die Grundsätze für In Reha-Prognose, ist es zur Vermeidung von Friktionen notwendig, dass die entsprechenden trägerübergreifenden Grundlagen	Dem Vorschlag wird nicht gefolgt, da durch die Ergänzung, dass in Fortbildungsveranstaltungen die Themen der Rehabilitations-Richtlinie und somit auch die sozialmedizinischen Grundlagen umfasst sind. In Bezug auf die trägerübergreifenden Grundsätze für Instrumente der Bedarfsermittlung wird auf Nummer 30 ver-	keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
		- <i>Trägerübergreifende Grundsätze für Instrumente der Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX</i>	allen im Verfahren involvierten Stellen von vornherein bekannt sind und zu diesem Zweck auch über Fortbildung vermittelt werden.	wiesen.	
35.		Zu § 12 Abs. 1 Einfügung eines neuen 4. Spiegelstrichs: - <i>eines ggf. vorliegenden Teilhabeplans</i> (Der 4. Spiegelstrich wird zum 5. Spiegelstrich.)	Durch § 19 SGB IX ist das Instrument „Teilhabeplan“ seit 1.1.2018 ausdrücklich gesetzlich verankert und inhaltlich ausgestaltet. Insbesondere ist ausdrücklich vorgesehen, dass die Leistungsentscheidungen erkennen lassen müssen, wieweit sie die Feststellungen im Teilhabeplan berücksichtigt haben.	Dem Vorschlag wird durch das Anfügen des Klammerzusatzes „zum Beispiel eines im Einzelfall vorliegenden Teilhabeplans“ Rechnung getragen.	Änderung am BE
36.		Zu § 13 Abs. 1 Einfügung eines neuen Satzes 2: <i>Liegt ein Teilhabeplan nach § 19 SGB IX vor, wird dieser dem Rehabilitationsplan zu Grunde gelegt.</i> (Satz 2 wird Satz 3.)	Durch § 19 SGB IX ist das Instrument „Teilhabeplan“ seit 1.1.2018 ausdrücklich gesetzlich verankert und inhaltlich ausgestaltet. Dem sollte auch durch klarstellende Bezugnahmen in § 13 der Reha-Richtlinie Rechnung getragen werden.	Die Regelungen zu § 13 waren nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens.	keine Änderung am BE
37.		Zu § 13 Abs. 5 Ergänzung eines neuen Satzes 2: <i>Die Krankenkasse leitet erforderlichenfalls unter Berücksichtigung der einschlägigen trägerübergreifenden Gemeinsamen Empfehlungen nach § 26 SGB IX, insbesondere der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“, weitere Schritte ein.</i>	Die vorgeschlagene Klarstellung zum weiteren Vorgehen dient der Transparenz und entspricht damit dem Interesse aller am Verfahren beteiligten Stellen, insbesondere der Vertragsärzte und Rehabilitanden.	Die Regelungen zu § 13 waren nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens. Zudem ist der Vorschlag bereits im Grundsatz in § 14 Absatz 2 Rehabilitations-Richtlinie abgebildet.	keine Änderung am BE
38.		Zu § 14 Abs. 2 Ergänzung eines neuen Satzes 2 an Stelle der vorgesehenen Streichung	Die vorgesehene Streichung des Hinweises auf die einschlägigen gesetzlichen Normen wird als Rückschritt eingeschätzt. Für die	Dem Vorschlag wird nicht gefolgt. Die gesetzlichen Vorgaben sind im Übrigen ohnehin	keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
		<p>der Worte ab „gemäß ...“:</p> <p><i>Das weitere Verfahren erfolgt insbesondere nach Maßgabe der gesetzlichen Regelungen in Teil 1 Kapitel 2 bis 4 SGB IX, die durch einschlägige trägerübergreifende Gemeinsame Empfehlungen, vor allem die Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“, konkretisiert werden.</i></p>	<p>Transparenz und das Verständnis aller am Verfahren beteiligten Stellen und Personen ist die Kenntnis maßgeblicher Bestimmungen notwendig. Dies gilt im Hinblick auf die zur Streichung vorgesehenen Regelungen (bzw. Verweisung auf diese) umso mehr, als der Gesetzgeber ab 1.1.2018 diese Regelungen gerade ausgebaut und gestärkt hat. Der zudem vorgeschlagene klarstellende Hinweis auf die trägerübergreifenden Empfehlungen dient ebenfalls der Transparenz und dem Verständnis aller am Verfahren beteiligten Stellen/Personen.</p>	<p>einzuhalten.</p>	
39.		<p>Zu § 4 Abs. 2 Satz 2 3. Spiegelstrich: Hier wäre „Krankenkasse“ in Klammern in „Krankenkassen“ zu korrigieren.</p> <p>Zu § 5 Abs. 1 Satz 1: „soll“ statt „sollen“.</p> <p>Zu § 11 Abs. 1 Satz 3: Hinter dem neu eingefügten Textteil „die Themen der Rehabilitations-Richtlinie“ wäre noch ein Komma einzufügen.</p>	<p>redaktionelle Hinweise</p>	<p>Zustimmende Kenntnisnahme; den redaktionellen Hinweisen wird gefolgt.</p>	<p>Änderung BE</p>

## 7.7 Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen



### Stellungnahme über eine Änderung der Rehabilitations-Richtlinie: Anpassungen an das Bundesteilhabegesetz

<b>Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.</b>	
<b>20.03.2018</b>	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
Der Arbeiterwohlfahrt Bundesverband bedankt sich für die Gelegenheit, zu der geplanten Änderung der Rehabilitations-Richtlinie Stellung nehmen zu dürfen. Als Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege mit stationären Einrichtungen, Tageseinrichtungen und ambulanten Angeboten für eine umfassende Unterstützung von Menschen mit Behinderungen möchten wir folgende Hinweise vor der abschließenden Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einer Änderung der Rehabilitations-Richtlinie geben.	
<b>§ 1 Abs. 1</b> Die Ergänzung der Ziele der Richtlinie um die Förderung der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft begrüßt der AWO Bundesverband.	Dadurch wird das Ziel der Richtlinie um das neue Teilhabeverständnis des Bundesteilhabegesetzes ergänzt.
<b>§ 1 Abs. 2 Satz 1</b> Die Ergänzung der Ziele um die aktive Einbeziehung der Versicherten bei der Einleitung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation begrüßen wir ebenfalls.	Das Ziel der aktiven Beteiligung der Leistungsberechtigten im medizinisch-rehabilitativen Geschehen schließt ein Mitspracherecht bei der konkreten Ausgestaltung der einzelnen Leistungen ein und stellt somit eine Stärkung der Selbstbestimmung der Leistungsberechtigten dar.
<b>§ 1 Abs. 2 Satz 4</b> Das Hinzufügen des Aspektes, dass die Richtlinie auch einen Beitrag zum frühzeitigen Erkennen weiterer Teilhabebedarfe leisten soll, bewertet der AWO Bundesverband positiv.	Zusätzlich zu medizinischen Rehabilitationsbedarfen können Leistungsberechtigte weitere Teilhabebedarfe wie zum Beispiel zur sozialen Teilhabe oder zur Teilhabe am Arbeitsleben haben. Es ist daher nur sachgerecht, dass die Richtlinie auch einen Beitrag zum frühzeitigen Erkennen dieser Bedarfe leisten will. Dies entspricht im Übrigen auch dem gesetzlichen Auftrag des neu gefassten SGB IX zur umfassenden Bedarfsermittlung und den neu eingeführten Regelungen zur trägerübergreifenden Teilhabeplanung.
<b>§ 2 Abs. 4</b> Wir unterstützen den Einschub dieses Absatzes, der zum Ausdruck bringt, dass die neuen Regelungen im SGB IX zur Einleitung der Rehabilitation, zum Erkennen und Ermitteln des Rehabilitationsbedarfes und	Dadurch wird klargestellt, dass die neu eingeführten Regelungen des SGB IX zur trägerübergreifenden Gewährung und Koordinierung von Leistungen der Rehabilitation die rechtliche Grundlage auch für das Leistungsgeschehen im Rahmen medizinischer Rehabilitation nach SGB V bilden.

<b>Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.</b>	
<b>20.03.2018</b>	
zur Koordination der Leistungen vorrangig gelten.	
<b>§ 2 Abs. 5</b> Der AWO Bundesverband befürwortet die Ergänzung des Absatzes um den Verweis auf die im SGB IX neu gefassten Vorschriften zu Form und Frist der Antragstellung.	Hiermit wird betont, dass bei einem Antrag auf Rehabilitationsleistungen bei einer gesetzlichen Krankenkasse die im SGB IX neu eingeführte sogenannte „Turbo-Klärung“ zur Frage, ob die Krankenkasse oder wer sonst leistender Rehabilitationsträger ist, und gegebenenfalls die neuen Regelungen zur Koordinierung von Leistungen verschiedener Rehabilitationsträger zur Anwendung kommen müssen.
<b>§ 5 Abs. 1</b> Die Ergänzung des Ziels der Rehabilitationsberatung, die Versicherten in die Lage zu versetzen, selbstbestimmt über die Beantragung von Leistungen zu entscheiden, begrüßen wir. Ebenfalls positiv bewerten wir den neu aufgenommenen Verweis auf die unterschiedlichen Beratungsmöglichkeiten.	Umfassende Beratungsmöglichkeiten sind unabdingbare Voraussetzung dafür, dass Leistungsberechtigte möglichst selbstbestimmt entscheiden können, welche Rehabilitationsleistungen sie in Anspruch nehmen wollen. Durch die geplanten Ergänzungen des Absatzes wird die Verpflichtung aller relevanten Akteure betont, sowohl auf die Beratung durch die Rehabilitationsträger als auch auf das mit dem Bundesteilhabegesetz neu eingeführte Angebot der Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung hinzuweisen.
<b>§ 5 Abs. 3, 3. Spiegelstrich</b> Die Ergänzung der vorrangigen Beratungsaufgaben der Krankenkasse um die Beratung zu möglichen weiteren Teilhabeleistungen anderer Rehabilitationsträger begrüßt der AWO Bundesverband.	Diese Aufgabenerweiterung entspricht § 12 Abs. 1 SGB IX n. F., wonach die Rehabilitationsträger das frühzeitige Erkennen eines Rehabilitationsbedarfes sicherstellen müssen.
<b>§ 5 Abs. 3, 4. Spiegelstrich</b> Die Ergänzung der vorrangigen Beratungsaufgaben der Krankenkasse um die Beratung zum Ablauf des Antragsverfahrens begrüßen wir ebenso.	Informationen zum Antragsverfahren sind für die Versicherten eine wichtige Voraussetzung, um sich im Verwaltungsverfahren orientieren zu können. Wichtig ist allerdings, dass nicht nur im Vorfeld der Beantragung einer Leistung über das damit ausgelöste Verfahren beraten wird, sondern die Versicherten auch während des Antragsverfahrens über für sie relevante Schritte zeitnah unterrichtet werden.
<b>§ 11</b> Die Ergänzung der möglichen Fortbildungsinhalte um den Behinderungsbegriff und um die Leitidee von Inklusion	Dadurch wird es möglich, zum neuen Behinderungsbegriff des SGB IX, der sich am Verständnis von Behinderung gemäß der UN-Behindertenrechtskonvention orientiert, und zum Grundgedanken von Inklusion zu schulen. Behinderung wird nun als Resultat einer Wechselwirkung von individuellen Einschränkungen und gesellschaftlichen Reaktionen darauf

<b>Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.</b>	
<b>20.03.2018</b>	
halten wir für sachgerecht.	verstanden. Der Grundgedanke von Inklusion schließt hieran an und stellt die gesellschaftliche Wertschätzung und gemeinschaftliche Unterstützung von individueller Vielfalt in den Mittelpunkt. Medizinische Rehabilitation hat demgemäß nicht nur auf gesundheitliche Einschränkungen zu fokussieren, sondern muss regelmäßig auch die persönliche Lebenssituation beachten.

BAR · Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation  
Solmsstraße 18 · 60486 Frankfurt am Main

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Herrn Mario Hellbardt  
Postfach 12 06 06  
10596 Berlin

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

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

Die Geschäftsführerin

Ihr Zeichen	Ihr Schreiben vom	Unser Zeichen	Ansprechpartner/in	Durchwahl	Frankfurt am Main
MHe/SCA	21.2.2018	30-12-00-00	Dr. Thomas Stähler	-19	20.3.2018

**Änderung der Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation  
(Rehabilitations-Richtlinie): Anpassungen an das Bundesteilhabegesetz  
Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation gemäß § 92  
Abs. 5 Satz 1 SGB V**

Sehr geehrter Herr Hellbardt,

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

Die vorgesehenen Anpassungen der Reha-RiLi an die geltende Gesetzeslage nach BTHG werden von der BAR ganz überwiegend begrüßt.

Zu den vorgesehenen Änderungen der Richtlinie sowie darüber hinaus unterbreiten wir gerne noch die nachfolgenden Änderungs- und Ergänzungsvorschläge:

Zu **§ 1 Abs. 2 Satz 3** der Richtlinie:

Vorschlag 1:

Ergänzung nach „Krankenkassen“ um „und weiteren Rehabilitationsträgern gemäß § 6 SGB IX sowie...“

Vorschlag 2:

Anstelle einer ersatzlosen Streichung von „gemeinsamen Servicestellen (gemäß § 22 SGB IX)“ Erwähnung und Aufnahme der vom Gesetzgeber nunmehr vorgesehenen „Ansprechstellen“ gemäß § 12 Abs. 1 SGB IX sowie der „Beratungsstellen der Rehabilitationsträger“



**Zu § 2 Abs. 1 Satz 2:**

Ergänzung um den Begriff „Prävention“ wie folgt:

Den Grundsätzen „Prävention/Rehabilitation vor Rente“, „Prävention/Rehabilitation vor Pflege“ und ...

Begründung:

Das SGB IX (§ 3) formuliert eindeutig den Grundsatz des „Vorrangs von Prävention“. Einer chronischen Krankheit, einer Behinderung soll rechtzeitig, also spätestens bei Vorliegen erster gesundheitlicher Einschränkungen, wirkungsvoll entgegengetreten werden. Aufgrund dessen scheint angezeigt, „Prävention“ hier begrifflich mit aufzunehmen.

**Zu § 2 Abs. 4 (Vorschlag PatV) und Abs. 5 (Vorschlag GKV-SV/PatV):**

Die Änderungen werden mit Blick auf die insoweit eindeutige neue Regelung des neuen § 7 SGB IX unterstützt. Im Vorschlag PatV zu einem Abs. 4 neu fehlt vor den Kapitelangaben jeweils die Angabe „Teil 1“.

**Zu § 4 Abs. 2:**

Einfügung eines neuen 4. Spiegelstrichs:

- die trägerübergreifend vereinbarten Grundsätze für Instrumente der Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX

Begründung:

Die Grundsätze für Instrumente zur Bedarfsermittlung sind ab 1.1.2018 gesetzlich als Grundlage der Bedarfsermittlung und -feststellung in der Rehabilitation verankert. Angesichts der zu Recht in der Reha-Richtlinie vorgesehenen zentralen Rolle des Vertragsarztes bei der Beurteilung von Reha-Bedürftigkeit, Reha-Fähigkeit und Reha-Prognose, ist es zur Vermeidung von Friktionen notwendig, dass die entsprechenden trägerübergreifenden Grundlagen allen im Verfahren involvierten Stellen von vornherein bekannt sind.

**Zu § 5 Abs. 1 Satz 3, 2. Spiegelstrich:**

(Entsprechend zu vor betr. § 1 Abs. 2 Satz 3) Das Wort „sowie“ wird ersetzt durch ein Komma, nach dem unter einem weiteren Spiegelstrich folgender zusätzlicher Text eingefügt wird:

- auf die Möglichkeit der Information durch die Ansprechstellen der Rehabilitationsträger sowie

Begründung:

Die Ansprechstellen nach § 12 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX sind von den Rehabilitationsträgern zu benennen und haben die gesetzliche Aufgabe, die Informationsangebote nach § 12 Abs. 1 Satz 2 an Leistungsberechtigte, Arbeitgeber und auch andere Rehabilitationsträger zu vermitteln. Hinsichtlich der Zusammenarbeit der Ansprechstellen verweist das Gesetz auf § 15 Abs. 3 SGB I in analoger Anwendung. Hiernach sind die Ansprechstellen verpflichtet, untereinander und mit den anderen Leistungsträgern mit dem Ziel zusammenzuarbeiten, eine möglichst umfassende Auskunftserteilung durch eine Stelle sicherzustellen.

---

**Zu § 5 Abs. 2 Satz 4:**

Keine Streichung von Satz 4, sondern stattdessen Ersetzung der bisherigen Paragraphenangabe „§ 61 Absatz 1 SGB IX“ durch „§ 34 SGB IX“.

Begründung:

Die vorgesehene Streichung des Hinweises auf die einschlägigen gesetzlichen Normen wird als Rückschritt eingeschätzt. Für die Transparenz und das Verständnis aller am Verfahren beteiligten Stellen und Personen ist die Kenntnis maßgeblicher Bestimmungen notwendig.

**Zu § 5 Abs. 3:**

Ergänzung zweier neuer (5. und 6.) Spiegelstriche:

- -bei vorliegenden Voraussetzungen des § 19 SGB IX- den Ablauf des Teilhabeplanverfahrens
- die Möglichkeit der Leistungsausführung als Persönliches Budget

---

Begründung:

5. Spiegelstrich (neu): Durch § 19 SGB IX ist das Instrument „Teilhabeplan“ seit 1.1.2018 ausdrücklich gesetzlich verankert und inhaltlich ausgestaltet. Zugleich ist das Verfahren komplex, so dass hierzu eine Beratung sinnvoll ist.

6. Spiegelstrich (neu): Die vorgeschlagene Ergänzung entspricht § 12 Abs. 2 Satz 2, 2. Spiegelstrich, SGB IX.

**Zu § 11 Satz 3:**

Ergänzung der Aufzählung wesentlicher Inhalte von Fortbildungsveranstaltungen in Form zweier neuer (4. und 5.) Spiegelstriche:

- Sozialmedizinische Grundlagen der medizinischen Rehabilitation, z.B. zur sozialmedizinischen Begutachtung aus klinischer/praktischer Perspektive
- Trägerübergreifende Grundsätze für Instrumente der Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX

Begründung:

4. Spiegelstrich (neu): Entsprechendes Grundlagenwissen bildet im rehabilitativen Kontext eine essentielle Qualifikationsanforderung für Ärzte und Therapeuten, eine gesonderte Erwähnung unter „insbesondere folgende Inhalte“ erscheint daher auch als geboten.

5. Spiegelstrich (neu): Die Grundsätze für Instrumente zur Bedarfsermittlung sind ab 1.1.2018 gesetzlich als Grundlage der Bedarfsermittlung und -feststellung in der Rehabilitation verankert. Angesichts der zu Recht in der Reha-Richtlinie vorgesehenen zentralen Rolle des Vertragsarztes bei der Beurteilung von Reha-Bedürftigkeit, Reha-Fähigkeit und Reha-Prognose, ist es zur Vermeidung von Friktionen notwendig, dass die entsprechenden trägerübergreifenden Grundlagen allen im Verfahren involvierten Stellen von vornherein bekannt sind und zu diesem Zweck auch über Fortbildung vermittelt werden.

**Zu § 12 Abs. 1:**

Einfügung eines neuen 4. Spiegelstrichs:

- eines ggf. vorliegenden Teilhabepans

(Der 4. Spiegelstrich wird zum 5. Spiegelstrich.)

Begründung:

Durch § 19 SGB IX ist das Instrument „Teilhabepan“ seit 1.1.2018 ausdrücklich gesetzlich verankert und inhaltlich ausgestaltet. Insbesondere ist ausdrücklich vorgesehen, dass die Leistungsentscheidungen erkennen lassen müssen, wieweit sie die Feststellungen im Teilhabepan berücksichtigt haben.

**Zu § 13 Abs. 1:**

Einfügung eines neuen Satzes 2:

Liegt ein Teilhabeplan nach § 19 SGB IX vor, wird dieser dem Rehabilitationsplan zu Grunde gelegt.

(Satz 2 wird Satz 3.)

Begründung:

Durch § 19 SGB IX ist das Instrument „Teilhabeplan“ seit 1.1.2018 ausdrücklich gesetzlich verankert und inhaltlich ausgestaltet. Dem sollte auch durch klarstellende Bezugnahmen in § 13 der Reha-Richtlinie Rechnung getragen werden.

**Zu § 13 Abs. 5:**

Ergänzung eines neuen Satzes 2:

Die Krankenkasse leitet erforderlichenfalls unter Berücksichtigung der einschlägigen trägerübergreifenden Gemeinsamen Empfehlungen nach § 26 SGB IX, insbesondere der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“, weitere Schritte ein.

Begründung:

Die vorgeschlagene Klarstellung zum weiteren Vorgehen dient der Transparenz und entspricht damit dem Interesse aller am Verfahren beteiligten Stellen, insbesondere der Vertragsärzte und Rehabilitanden.

**Zu § 14 Abs. 2** (es fehlt die Zifferangabe im übermittelten Textauszug der Reha-RiLi):

Ergänzung eines neuen Satzes 2 an Stelle der vorgesehenen Streichung der Worte ab „gemäß...“:

Das weitere Verfahren erfolgt insbesondere nach Maßgabe der gesetzlichen Regelungen in Teil 1 Kapitel 2 bis 4 SGB IX, die durch einschlägige trägerübergreifende Gemeinsame Empfehlungen, vor allem die Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“, konkretisiert werden.

Begründung:

Die vorgesehene Streichung des Hinweises auf die einschlägigen gesetzlichen Normen wird als Rückschritt eingeschätzt. Für die Transparenz und das Verständnis aller am Verfahren beteiligten Stellen und Personen ist die Kenntnis maßgeblicher Bestimmungen notwendig. Dies gilt im Hinblick auf die zur Streichung vorgesehenen Regelungen (bzw. Verweisung auf diese) umso mehr, als der Gesetzgeber ab 1.1.2018 diese Regelungen gerade ausgebaut und gestärkt hat. Der zudem vorgeschlagene klarstellende Hinweis auf die trägerübergreifenden Empfehlungen dient ebenfalls der Transparenz und dem Verständnis aller am Verfahren beteiligten Stellen/Personen.

Bitte erlauben Sie uns abschließend noch einige **redaktionelle Hinweise**:

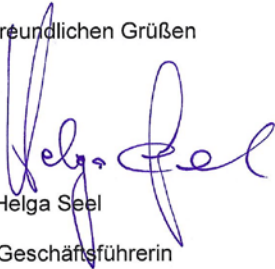
Zu § 4 Abs. 2 Satz 2 3. Spiegelstrich: Hier wäre „Krankenkasse“ in Klammern in „Krankenkassen“ zu korrigieren.

Zu § 5 Abs. 1 Satz 1: „soll“ statt „sollen“

Zu § 11 Abs. 1 Satz 3: Hinter dem neu eingefügten Textteil „die Themen der Rehabilitations-Richtlinie“ wäre noch ein Komma einzufügen.

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

mit freundlichen Grüßen



Dr. Helga Seel

Die Geschäftsführerin

**Stellungnahme über eine Änderung der Rehabilitations-Richtlinie:  
Anpassungen an das Bundesteilhabegesetz**

<b>Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.</b>	
20.03.2018	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
Wir begrüßen die Anpassungen in der Rehabilitations-Richtlinie an das BTHG.	
§ 2 Abs. 4 neu und Abs. 5 sollen entsprechend des Vorschlags der PatientenvertreterInnen aufgenommen bzw. ergänzt werden.	Wir sprechen uns für die Aufnahme des neuen Absatzes 4 und die Ergänzung zu Absatz 5 aus. Im gesamten Paragraphen 2 werden rechtliche Grundlagen wiedergegeben. Die Ergänzungen gehören zu den rechtlichen Grundlagen, die für die medizinischen Rehabilitationsleistungen relevant sind.



**Stellungnahme über eine Änderung der Rehabilitations-Richtlinie:  
Anpassungen an das Bundesteilhabegesetz**

<b>Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V.</b>	
<b>20.03.18</b>	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
§ 1 Abs. 1 Die Änderungen werden begrüßt.	Die Anpassung an das BTHG ist notwendig.
§ 1 Abs.2 S. 1 Die Änderungen werden begrüßt.	Der BeB spricht sich für die nachvollziehbare Begründung der PatV aus.
§ 1 Abs. 2 S. 4 Die Änderungen werden begrüßt.  § 2 Abs. 4 Die Änderung wird grundsätzlich begrüßt. Es sollte jedoch ergänzend (nach dem letzten Satz) ausdrücklich auf § 21 SGB IX hingewiesen werden bzw. dessen Inhalt zitiert werden.  In der Begründung zu § 2 Abs. 4 sind Satz 3 und 4 zu streichen.	Der BeB spricht sich für die nachvollziehbare Begründung der PatV aus.  Bei der Vorschrift des § 7 Abs.2 SGB IX handelt es sich um eine neue und für viele ungewöhnliche Vorschrift, die praktisch von sehr hoher Relevanz ist. Aus diesem Grund ist es an dieser Stelle gerechtfertigt, die Norm zur Klarstellung aufzunehmen. Soweit Leistungsträger Verfahren nach den jeweils eigenen Leistungsgesetzen durchzuführen haben, gelten diese ergänzend. Hierüber gibt es viel Verwirrung und Unklarheit, wie auch die Begründung zeigt (siehe unten). Zur Klarstellung ist daher ein Hinweis auf § 21 SGB IX bzw. dessen Inhalt aufzunehmen.  Satz 3 der Begründung der PatV ist so nicht zutreffend und führt zusammen mit Satz 4 zu einer fehlerhaften Aussage. In Bezug auf die Verfahrensregelungen ist das Konkurrenzverhältnis dergestalt, dass sowohl das Teilhabeplanverfahren als auch das Verfahren des jeweiligen Leistungsgesetzes anzuwenden ist, also zu Grunde zu legen ist. Beides ist nebeneinander und ergänzend durchzuführen, vgl. etwa § 21 SGB IX. Vgl. auch z.B. für die Teilhabepflichtkonferenz § 119 Abs.3 SGB IX. Gleiches gilt z.B. auch für das Verhältnis von § 13 SGB IX und den speziellen Anforderungen an die Instrumente in § 118 SGB IX. Durch die Formulierung wird der Eindruck erweckt, es handele sich um ein ausschließendes Verhältnis.
§ 2 Abs. 5 Die Änderung wird begrüßt. Die Begründung der PatV ist wie nebenstehend zu ersetzen.	Die Nennung von §§ 14f SGB IX ist rechtlich nicht zwingend, an dieser Stelle aber sehr sinnvoll. In der Tat sind erhebliche und wichtige Änderungen in den §§14f vorgenommen worden, die sich in der Praxis noch durchsetzen müssen. Ein Hinweis ist daher an dieser Stelle sowohl für Leistungsträger als auch für Patienten hilfreich. Die Begründung der PatV trägt indes nicht, denn § 14 f SGB IX- alt beinhaltete auch bislang klare Fristen- und Formregelungen.
§ 5 Abs. 1, 3 Die Änderungen werden begrüßt. Die Begründungen zu Abs. 1	Der BeB kann sich beiden Begründungen anschließen, die sich aus Sicht des BeB gut ergänzen.

<b>Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V.</b>	
<b>20.03.18</b>	
sollten beide beibehalten werden.	
§ 11 Die Änderungen werden begrüßt. Die Begründungen sollten beide beibehalten werden.	Der BeB kann sich beiden Begründungen anschließen, die sich aus Sicht des BeB gut ergänzen.
§ 12 Die Änderungen werden begrüßt. In der Begründung der PatV ist Satz 3 zu streichen.	Auch an dieser Stelle ist der Hinweis auf § 14 f SGB IX aus den oben genannten Gründen wichtig. Der BeB kann sich beiden Begründungen anschließen, allerdings ist in der Begründung der PatV wiederum der Hinweis auf die „neue Verpflichtung, die Verfahren in einer bestimmten Form und Frist zu erledigen“ unzutreffend, da § 14 SGB IX – alt auch bislang schon diese Anforderungen stellte.
§ 14 In Satz 2 ist in der Klammer „Teilhabe an Bildung“ zu ergänzen.	Die Leistungen zur Teilhabe an Bildung (§ 5 Nr.4 SGB IX) fehlt und sollte der Vollständigkeit halber ergänzt werden.



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

**A. Vorbemerkung:**

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

**B. Stellungnahme im Einzelnen:**

**I. Zu § 2 Re-RL**

**1. Vorgeschlagene Änderung**

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

**2. Stellungnahme und Vorschlag**

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

**3. Begründung**

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

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

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

## II. § 2 Re-RL

### 1. Vorgeschlagene Regelung

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

### 2. Stellungnahme und Vorschlag

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

### 3. Begründung

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

## III. § 5 Re-RL

### 1. Vorgeschlagene Änderung

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

### 2. Stellungnahme und Vorschlag

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

Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Bei der Beratung wird

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

### 3. Begründung

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

## IV. § 12 Re-RL

### 1. Vorgeschlagene Änderung

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

### 2. Stellungnahme und Vorschlag

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

Satz 1 wird wie folgt gefasst:

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

### 3. Begründung

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

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

**Stellungnahme über eine Änderung der Rehabilitations-Richtlinie:  
Anpassungen an das Bundesteilhabegesetz**

<b>Fachverband Sucht e.V.</b>	
<b>19.03.2018</b>	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
§ 2 Rechtliche Grundlagen (4)	Den Vorschlag der Patientenvertretung des Vorgangs der Kapitel 2-4 des SGB IX vor den Leistungsgesetzen begrüßt der Fachverband Sucht e.V.. Er folgt der Begründung der Patientenvertretung.
§ 2 Abs. 5	Der Fachverband Sucht e.V. folgt dem Vorschlag der Patientenvertretung und des GKV-Spitzenverbandes zur Aufnahme eines entsprechenden Passus zum Antragsverfahren bei den Krankenkassen.

## 7.8 Mündliche Stellungnahmen

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben sowie nicht auf eine Anhörung verzichtet haben, sind fristgerecht zur Anhörung am 25. April 2018 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 25. April 2018 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
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED)	Herr Christof Lawall	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
	Frau Bettina Schulze	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (AWO)	Herr Fabian Schwarz	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR)	Herr Dr. Thomas Staehler	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein

Im „Formblatt 1 zur Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte für Sachverständige und Vertreterinnen oder Vertreter von Stellungnahmeberechtigten“ wurden folgende 6 Fragen gestellt:

#### 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 Absatz 3 Satz 4 VerFO).

## Mündliche Anhörung



gemäß 1. Kapitel, § 12 Abs. 3 Verfahrensordnung  
des Gemeinsamen Bundesausschusses

**hier: Änderung der Rehabilitations-Richtlinie (ReRL): An-  
passung an Änderungen im SGB IX aufgrund Bundesteil-  
habengesetz (BTHG)**

Sitzung im Hause des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin  
am 25. April 2018  
von 10.32 Uhr bis 10.45 Uhr

– Stenografisches Wortprotokoll –

Angemeldeter Teilnehmer für die **Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR)**:

Herr Dr. Stähler

Angemeldeter Teilnehmer für die **Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO)**:

Herr Schwarz

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

Herr Lawall

Frau Schulze



Beginn der Anhörung: 10.32 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer betreten den Raum)

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Meine sehr verehrten Damen und Herren, herzlich willkommen im Unterausschuss Veranlasste Leistungen des Gemeinsamen Bundesausschusses! Wir befinden uns im Stellungnahmeverfahren zur Anpassung der Änderungen in SGB IX aufgrund des Bundesteilhabegesetzes im Rahmen der Rehabilitationsrichtlinie. Wir haben das Stellungnahmeverfahren in der gebotenen schriftlichen Form eingeleitet und haben die stellungnahmeberechtigten Organisationen, sofern sie es wollten, um Stellungnahmen gebeten. Wir haben eine ganze Reihe von Rückmeldungen bekommen, die sich im Wesentlichen darauf beschränkt haben, dass eine Vielzahl von potenziellen Stellungnahmeberechtigten keinen Änderungsbedarf formuliert hat.

Inhaltliche Stellungnahmen haben wir erhalten – dafür bedanke ich mich – von der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation, vom Fachverband Sucht, von der Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V., vom Bundesverband Deutscher Privatkliniken, vom Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe und von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Die Bundesärztekammer, die Bundespsychotherapeutenkammer, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, das Deutsche Rote Kreuz und die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung haben formal auf die Abgabe einer Stellungnahme verzichtet. Wir haben all diejenigen, die sich geäußert haben, auch wenn es nur in dem Sinne war, dass sie Zustimmung oder keinen Änderungsbedarf gemeldet haben, zur heutigen mündlichen Anhörung eingeladen. Von der Möglichkeit der Teilnahme an der heutigen mündlichen Anhörung haben Gebrauch gemacht die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, die Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. und die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation.

Wir führen heute Wortprotokoll. Deshalb muss ich ganz formal für das Protokoll die Anwesenheit feststellen. Für die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. ist Herr Dr. Stähler da, für die AWO Herr Fabian Schwarz, für die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V. Herr Lawall und Frau Schulze.

Ist noch jemand da, der nicht aufgerufen wurde? – Das ist nicht der Fall. Dann seien Sie uns herzlich willkommen!

Ich habe es bereits gesagt: Wir führen Wortprotokoll. Deshalb bitte ich Sie ganz herzlich, wenn Sie das Wort ergreifen, das Mikrofon zu benutzen und zu sagen, wer Sie sind und für wen Sie sprechen.

Eine Vorbemerkung. Wir haben Ihre Stellungnahmen in einer Arbeitsgruppe sehr sorgfältig gesichtet und auf ihre potenzielle Relevanz hin überprüft. Danke für eine ganze Reihe von sehr wertvollen Hinweisen, die – das sage ich antizipierend zu dem, was jetzt kommt – in die überarbeitete Fassung, die wir hoffentlich irgendwann im Plenum finalisiert beschließen können, eingeflossen sind. Deshalb können Sie den Inhalt Ihrer Stellungnahmen als bekannt voraussetzen. Wir brauchen nicht bei Adam und Eva anzufangen und das alles durchzudeklinieren.

Ich würde deshalb entsprechend der üblichen Verfahrensweise zunächst einmal in das Plenum fragen und die Patientenvertretung oder die Vertreter der Bänke bitten, Fragen an Sie zu artikulieren, die sich auf Ihre Stellungnahmen beziehen. Anschließend würde ich Sie fragen, ob es noch weitere Gesichtspunkte gibt, die nach Abgabe der schriftlichen Stellungnahme eingegangen sind. Je nachdem, wie viele Fragen gestellt werden, würde ich Ihnen die Möglichkeit geben, stichpunktartig Ihre zwei, drei wichtigsten Punkte darzustellen, damit der Weg nach Berlin nicht ganz vergebens war. Vergebens war er schon deswegen nicht, weil eine ganze Reihe von Dingen – das werden Sie auch an der

Beschlussfassung sehen – in den finalisierten Text, den wir nach dieser Anhörung beraten werden, eingeflossen sind.

Seien Sie uns also herzlich willkommen! Ich frage zunächst einmal in die Runde: PatV, Bänke, gibt es Fragen zu den Stellungnahmen an die hier anwesenden Stellungnehmer? – Das ist nicht der Fall.

Dann sind wir bei Teil zwei. Ich rufe Sie der Reihe nach auf und beginne mit der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Herr Dr. Stähler, gibt es aus Ihrer Sicht etwas, was nach Abgabe der Stellungnahme adressiert werden sollte, und was sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten zwei, drei Punkte, auf die Sie hier an dieser Stelle noch besonders hinweisen möchten? Bitte schön.

**Herr Dr. Stähler (BAR):** Vielen Dank, Herr Professor Hecken, auch für die Einladung hierher. Ich möchte nur allgemein vorausschicken, dass sehr zu begrüßen ist, dass in der Reha-Richtlinie an diversen Stellen Anpassungen an das neu geltende SGB IX über das BTHG aufgenommen worden sind. Sie sagten, es ist vorauszusetzen, dass die Stellungnahme im Einzelnen bekannt ist. Wir sind etwas darüber hinausgegangen, weil wir als Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation naheliegenderweise uns sehr dafür aussprechen, dass es an den Stellen, bei denen es darum geht, die Vertragsärzte in den Stand zu setzen, die Neuerungen zu kennen und zu wissen, wie die Wege sind, und haben an verschiedenen Stellen Vorschläge platziert. Das ist einmal bei der Frage der Beratung, aber auch bei Fragen der Schulung für die Ärzte, dass man dort durchaus noch weitere Bezüge zum SGB IX herstellen kann. – Das wäre es im Prinzip, nur eine grundsätzliche Bemerkung.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ganz herzlichen Dank, Herr Dr. Stähler. – Dann frage ich Herrn Schwarz von der AWO. Herr Schwarz, gibt es bei Ihnen weitere Gesichtspunkte, oder was sind Ihre Kernanliegen? Sie hatten sich relativ umfangreich geäußert.

**Herr Schwarz (AWO):** Vielen Dank für die Einladung auch von meiner Seite. Ergänzungen zu der Stellungnahme habe ich nicht abzugeben. Uns ist wichtig gewesen, dass die neuen Koordinierungsregeln eine möglichst frühe Bedarfsfeststellung auch jenseits der medizinischen Rehabedarde in diese Richtlinie aufgenommen werden, um eine möglichst umfangreiche Rehabilitation zu ermöglichen. Was uns auch wichtig war, ist, dass die Schulungsinhalte für die Ärzteschaft ergänzt werden um das neue Verständnis von Behinderung, das aus individuellen Einschränkungen in Kombination mit Wechselwirkungen von der UN-Behindertenrechtskonvention so gesehen wird und im BTHG übernommen wurde. – Das wäre es schon, danke.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Schwarz. – Dann kommt die DEGEMED. Ich weiß nicht, ob Herr Lawall oder Frau Schulze etwas sagen möchte: Was gibt es aus Ihrer Sicht über Ihre Stellungnahme hinausgehend, oder was sind Ihre wesentlichen Punkte? Bitte, Herr Lawall.

**Herr Lawall (DEGEMED):** Ganz herzlichen Dank für die Einladung, auch für die Gelegenheit, hier kurz noch etwas zu sagen. Wir haben unsere schriftliche Stellungnahme abgegeben und darin die aus unserer Sicht wesentlichen Punkte beschrieben. Ich kann das ganz kurz zusammenfassen. Wir unterstützen den Vorschlag der Patientenvertretung zur Ergänzung des § 2 der Reha-Richtlinie. Damit gemeint ist die Klarstellung, dass wir einen Anwendungsvorrang des SGB IX vor den Spezialgesetzen der einzelnen gesetzlichen Rehaträger haben. Wir sehen in der Praxis immer wieder, dass das nicht von allen gesetzlichen Rehaträgern, wie es bundesgesetzlich zwingend vorgeschrieben ist, tatsächlich auch verfolgt wird. Das ist der Grund, warum wir den Vorschlag der Patientenvertretung an dieser Stelle ausdrücklich unterstützen und Ihnen in die Beratung geben möchten.

Wir haben zwei weitere Ergänzungsvorschläge gemacht, die in Ihrem bisherigen Entwurf der Reha-Richtlinie nicht stehen. Der eine bezieht sich auf das Thema Beratung zum Wunsch- und Wahlrecht in § 5. Hier ist uns ein ganz wichtiges Anliegen, dass der Mehrkostenvorbehalt, den es in § 40 SGB V gibt, keine Rechtfertigungsgrundlage für Krankenkassen sein kann, enorme Zuzahlungen von Reha-Antragsstellern zu fordern. Wir bekommen von Versicherten immer wieder Fälle geschildert und die entsprechenden Bewilligungsbescheide übersandt. Wir leiten sie an das Bundesversicherungsamt weiter, wenn das die zuständige Rechtsaufsicht ist, oder an die Landesgesundheitsministerien, wenn die die Rechtsaufsicht über die Krankenkasse ausüben. Diese Bescheide werden regelmäßig kassiert und beanstandet. Dieser Punkt ist uns sehr wichtig. Darauf möchte ich noch einmal hinweisen. Damit zusammen hängt unser Vorschlag zu § 12 der Reha-Richtlinie. Hier halten wir es für zwingend erforderlich, dass bei allen Leistungsbescheiden von Krankenkassen die bundesgesetzliche Vorschrift des § 36 SGB X erfüllt wird und sich in der Rechtsbehelfsbelehrung wiederfindet. Das haben wir in der Praxis leider sehr selten. – Danke schön.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ganz herzlichen Dank, Herr Lawall. Ich schaue in die Runde: Gibt es nach diesen Vorträgen noch Fragen? – Keine.

Dann sind wir schon am Ende dieser Veranstaltung. Ganz herzlichen Dank, dass Sie da waren. Ich sage noch einmal: Ganz herzlichen Dank auch für die wirklich inhaltsreichen Stellungnahmen, die sicherlich ihren Niederschlag an der einen oder anderen Stelle finden werden. Danke, dass Sie da waren. Damit können wir die Anhörung an dieser Stelle beenden.

(Beifall)

Schluss der Anhörung: 10.45 Uhr