



**Sozialverband VdK:  
Im Mittelpunkt der Mensch.**



# **BWKG – Veranstaltung am 06.07.2016**

**Reha-Politik: Verlässlich. Nachhaltig.  
Innovativ?**

**Erwartungen und Bedürfnisse der  
Patientinnen und Patienten**

Referent: Roland Sing, Vizepräsident Sozialverband VdK Deutschland  
und Vorsitzender Landesseniorenrat Baden-Württemberg e.V.

- I. Rechtsgrundlagen**
- II. Ambulante Reha**
- III. Stationäre Reha**
- IV. Wunsch- und Wahlrecht/Zuzahlungen**
- V. Aufgaben der Akteure**
- VI. Vereinfachte Antragstellung/Vorgehen bei Ablehnung**
- VII. Reha rechnet sich**
- VIII. Schlussbemerkungen**

## I. Rechtsgrundlagen ambulante und stationäre Rehabilitation:

### § 40 SGB V - Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

- (1) Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche **ambulante Rehabilitationsleistungen...**
- (2) Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, erbringt die Krankenkasse **stationäre Rehabilitation...**

### Ziele des § 11 Abs. 2 SGB V:

- Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden,
- Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.



## Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie):

### § 7 Abs. 1 Voraussetzungen der Verordnung durch den Vertragsarzt von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation:

- die Rehabilitationsbedürftigkeit,
- die Rehabilitationsfähigkeit und
- eine positive Rehabilitationsprognose auf der Grundlage realistischer, für die Versicherten alltagsrelevanter Rehabilitationsziele.

- Abs. 2** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können nur verordnet werden, wenn das innerhalb der Krankenbehandlung angestrebte Rehabilitationsziel voraussichtlich nicht durch
- Leistungen der kurativen Versorgung oder deren Kombination,
  - die Leistungen der medizinischen Vorsorge nach §§ 23 und 24 SGB V erreicht werden kann, die Leistung zur medizinischen Rehabilitation dafür jedoch eine hinreichende Aussicht auf Erfolg bietet.



## II. Rechtsgrundlage der ambulanten Rehabilitation:

### § 40 Abs. 1 SGB V Ambulante Rehabilitationsleistungen

- Gesetzliche Klarstellung, dass ambulante Rehabilitationsleistungen auch mobile Rehabilitationsleistungen durch wohnortnahe Einrichtungen einschließen.

### Mobile Rehabilitation von besonderer Bedeutung für:

- pflegende Angehörige,
- Demenzkranke und
- Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen.



### III. Stationäre Reha § 40 Abs. 2 SGB V:

#### **Grundsatz: Ambulant vor Stationär!**

#### **Anschlussheilbehandlung (AHB) § 40 Abs. 2 SGB V:**

- ist eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme,
- im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt, ambulant, stationär oder teilstationär,
- im Anschluss an eine Operation, spätestens zwei Wochen nach Entlassung aus der Akutklinik beginnend,
- dauert in der Regel drei Wochen,
- Kostenträger sind entweder die Deutsche Rentenversicherung oder die Krankenkasse.



### III. Stationäre Reha - Entlassmanagement § 39 SGB V:

- Entlassmanagement bleibt Teil der Krankenhausbehandlung,
- Versicherte haben einen Rechtsanspruch gegen das Krankenhaus,
- Erstellung des Entlassplans ist Aufgabe des Krankenhauses.

#### Neuerung beim Entlassmanagement:

- Erweiterte Verordnungsmöglichkeit von Medikamenten („kleinste Packung“),
- Krankschreibung und Verordnung häuslicher Krankenpflege und Hilfs- und Heilmittelversorgung für bis zu 7 Tage. Ansprüche gelten auch gegenüber stationärer Reha-Einrichtung (§ 40 SGB V Abs. 2 durch GKV-VS),
- Rechtsanspruch des Versicherten gegen Krankenkasse auf Unterstützung.



### **III. Stationäre Reha – Aufgaben und Inhalt des Entlassplans:**

**Festlegung der nach Entlassung medizinisch unmittelbar erforderlichen Anschlussleistungen, wie insbesondere**

- Einschätzung des Unterstützungs-, Behandlungs- Rehabilitations- und Pflegebedarfs nach Entlassung
- Versorgung mit Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln
- Sicherstellung häuslicher Versorgung und pflegerischer Betreuung
- Organisation von Übergangs-/Brückenpflege
- Organisation von nahtlosen Reha-Maßnahmen

**Die gängigen Arztberichte bzw. Krankenhaus- oder Reha-Entlassungsberichte erfüllen derzeit in der Regel diese Anforderungen nicht.**



## IV. Stärkung des Wunsch -und Wahlrechts in der Rehabilitation

(§ 40 Abs. 1 und 3 SGB V)

### Klarstellung in § 40 Abs. 3 SGB V:

„Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls, **unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten nach § 9 SGB IX** Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen, die Krankenkasse berücksichtigt bei Ihrer Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehöriger.“



## IV. Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts in der Rehabilitation nach § 9 SGB IX

- Es besteht kein Vorrang der billigsten Leistung, wenn Qualitätsunterschiede bestehen.
- Maßstab für die zu erbringende Qualität ist die am besten geeignete Leistung.
- Bei Feststellung dieser Eignung kommt es auch auf die individuelle Situation und den individuellen Bedarf an.
- Bei der Leistungsentscheidung nach § 40 SGB V gilt das Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 SGB IX.
- Berechtigten Wünschen muss entsprochen werden.

## IV. Abgrenzung zum Wahlrecht mit Mehrkostenvorbehalt:

### Neufassung des § 40 Abs. 2 S. 2 SGB V

Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht; ... .  
Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen; **dies gilt nicht für solche Mehrkosten, die im Hinblick auf die Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 9 SGB V angemessen sind.**

## IV. Wahlrecht mit Mehrkostenvorbehalt im SGB V

Kein genereller Mehrkostenvorbehalt bei Wahl einer anderen zertifizierten Einrichtung

**Mehrkosten im Sinne der Mehrkostenregelung sind nicht**

- die Differenz der Kosten zwischen der vom Berechtigten gewünschten zertifizierten Einrichtung und der von der Kasse vorgeschlagenen Einrichtung bzw.
- die im Hinblick auf das Wunsch- und Wahlrecht angemessenen Kosten.

## IV. Wahlrecht mit Mehrkostenvorbehalt im SGB V

### Mehrkosten im Sinne der Mehrkostenregelung sind dagegen

- nicht mehr verhältnismäßige Kosten, d. h.
- die Differenz der Kosten zwischen der vom Berechtigten gewünschten und der unter Berücksichtigung des individuellen Bedarfes und des Wunsch- und Wahlrechts ermittelten am besten geeigneten Einrichtung

Bei nicht mehr verhältnismäßigen Kosten kann ein Wunsch nach einer bestimmten Leistung nicht abgelehnt werden, wenn diese vom Berechtigten getragen werden!

## V. Aufgaben der Akteure:

### a. des behandelnden Arztes:

- Beratung und ärztliche Begründung für eine medizinisch notwendige Reha,
- entscheiden welche Therapien und Reha-Anwendungen aus medizinischer Sicht erforderlich sind.

### b. Kostenträger:

- prüfen der Zuständigkeit und ob Gründe einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation entgegenstehen,
- ausüben Ermessen zu Wunsch- und Wahlrecht,
- Nachbetreuung nach stationärer Reha.

### c. der Reha-Einrichtung:

- Gewährleisten, dass das Reha-Ziel erreicht wird,
- Reha muss auf die individuelle Situation abgestimmt werden.
- Nachbetreuung.

## VI. Antrag auf medizinische Rehabilitation: Verbesserung

- Seit April 2016 können Ärzte medizinische Rehabilitationsleistungen direkt auf einem Formular verordnen.
- Jeder Arzt kann eine medizinische Reha verordnen, auch der Hausarzt.
- Die Vereinfachung im Antragsverfahren sagt jedoch nichts darüber aus, ob, die Reha von der Krankenkasse auch bewilligt wird (unterschiedliche Bewilligungsformen!).
- Krankenkassen stellen die Rehabilitationsfähigkeit gerade älterer Patienten häufig in Frage und lehnen den Reha-Antrag ab. Nur etwa jeder fünfte Antrag auf eine Reha wird bewilligt.
- In knapp 70 Prozent der Fälle lehnen die Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) eine Rehamaßnahme ab.

## VI. Antrag – Ratschläge für Rehabilitanden und Angehörige

- **Bei Antragstellung:** Unter Hinweis auf das Wunsch- und Wahlrecht gegenüber der Krankenkasse Informationen über geeignete Einrichtungen einfordern und eigene Wünsche äußern!
- **Wenn Wünschen nicht entsprochen wurde:** Auf Erteilung eines rechtsmittelfähigen Bescheides mit besonderer Begründung (§ 9 Abs. 2 SGB IX) bestehen!
- **Bei Ablehnung der gewünschten Leistung:** Neben Widerspruch und Klage auch einstweiligen Rechtsschutz in Betracht ziehen!

**Dringende Empfehlung:** Sich eingehend beraten lassen und sich an den **VdK** wenden!



## VII. Reha rechnet sich für:

**Für die Gesellschaft:** für jeden in die Reha investierten Euro erhält die Gesellschaft fünf Euro zurück! (Studie Prognos 2009).

**Krankenversicherung:** Verhinderung von Folgeerkrankungen und damit weiterer Kosten durch sonst notwendige medizinische Behandlung.

**Pflegeversicherung:** § 31 SGB XII Vorrang der Rehabilitation vor Pflege, Verhinderung von Verschlimmerungen, weiteren Erkrankungen und Kostentlastungen. Länger selbstbestimmt Leben in den eigenen Räumlichkeiten!

**Rentenversicherung:** Längere Berufstätigkeit, weniger Aufwand für Erwerbsminderungsrenten.

**Arbeitslosenversicherung:** weniger Arbeitslosengeld und Lohnnebenkosten.

**Wirtschaft:** Erhalt von Arbeitsplätzen und Fachkräften und damit von wertvollem Know-How.



## VII. Präventions- und Rehabilitationsempfehlung bei Pflegebegutachtung

(§ 18 SGB XI):

Gesetzliche Verpflichtung zur Erstellung und regelhaften Zusendung einer eigenständigen Rehabilitationsempfehlung an den Antragsteller

**Ziele:** Für Pflegebedürftige und Angehörige

- die Information hinsichtlich Rehabilitation zu verbessern und
- die Wahrnehmung des Rechtsanspruchs auf Rehabilitation zu erleichtern.

Der Anteil der ausgesprochenen Rehabilitationsempfehlungen der MDK im Rahmen der Pflegebegutachtung liegt bei etwas mehr als 0,4%.



## VII. Präventions- und Rehabilitationsempfehlung bei Pflegebegutachtung

(§ 18 SGB XI):

- Neue gesetzliche Verpflichtung, dass Feststellungen zu Prävention auf **Grundlage eines bundeseinheitlichen strukturierten Verfahrens** erfolgen müssen.
- Bei Anwendung dieses Verfahrens wurden in einem Projekt ein Anteil von 6,3 % Reha-Empfehlungen erzielt.
- Der GKV-SV schätzt Erhöhung des Anteils auf 10 %.
- Problem ist, dass Reha vor und bei Pflegebedürftigkeit faktisch nicht stattfindet.
- Der VdK fordert, dass die Pflegeversicherung selbst zum Rehabilitationsträger wird.

## VIII. Schlussbemerkungen:

**Forderung:** Abschaffung des Reha-Deckels für medizinische und berufliche Rehabilitation!

### **Koalitionsvertrag Bündnis 90/Die Grünen und CDU:**

„Zudem setzen wir uns dafür ein, dass jede medizinisch notwendige Reha-Maßnahme auch tatsächlich genehmigt wird. Die Ablehnung einer Reha-Maßnahme durch die Kostenträger muss daher medizinisch fundiert begründet werden.“

„Wir werden die Notwendigkeit eines breitgefächertes Angebot an Rehabilitations-einrichtungen und eine auskömmliche Finanzierung der Einrichtungen im Auge behalten. Nahtlose Übergänge durch eine enge Vernetzung der Akteure wollen wir sicherstellen und so einen zeitnahen Beginn der Rehabilitation ermöglichen.“

„Der Grundsatz ‚Reha vor Pflege‘ muss praktisch gelebt werden.“



**Danke für Ihre Aufmerksamkeit!**