



Unsere Themen:

- VORANKÜNDIGUNG: Mitgliederversammlung am 10. Oktober 2017
- NDR Visite: TV- und Radiobeiträge zum Thema „Reha-Antrag abgelehnt – was tun?“
- BVA: Kliniklisten von Krankenkassen unzulässig
- Psychotherapeuten dürfen Reha beantragen
- Zugang zur Suchtrehabilitation soll verbessert werden
- Studie: Viele GKV-Versicherte kennen die Möglichkeit eines Widerspruchs bei Leistungsablehnung nicht
- Ingrid Fischbach neue Patientenbeauftragte
- Positionspapier SPD: Rehabilitation
- Ankündigung neue Flyer
- Teilnahme DVSG Bundeskongress

VORANKÜNDIGUNG: Mitgliederversammlung am 10. Oktober 2017

Wir möchten Ihnen bereits auf diesem Wege die diesjährige Mitgliederversammlung am

10. Oktober in Frankfurt am Main

ankündigen. Alle Details werden Ihnen zeitnah in einer gesonderten Einladung übersandt.

Im Rahmen unserer Mitgliederversammlung konnten wir für Sie Referenten gewinnen, die zu aktuellen und relevanten Themen des Reha-Bereiches vortragen werden. Die drei Referate werden im Anschluss an die Versammlung stattfinden.

Wir danken auf diesem Wege allen Mitgliedern, die uns eine Rückmeldung zur Themenfindung im Nachgang an den letzten REHA BRIEF gegeben haben. Wir freuen uns, folgende Referenten begrüßen zu dürfen:

- Frau Dr. Ursula Becker:
„Reha-Schiedsstellenverfahren in NRW“
- Herr Achim Schäfer:
„Fahrtkosten, Hygieneaufwand und Fallpauschalen - Wie können sich Rehabilitationskliniken erfolgreich positionieren?“
- Herr Rene Falkner:
„Videos als Marketinginstrument für Reha-Einrichtungen. Möglichkeiten – Umsetzung – Erfolg“

Wir freuen uns schon jetzt auf Ihr zahlreiches Erscheinen und angeregte Diskussionen zur zukünftigen Arbeit des Verbandes und zu wichtigen Themen der Rehabilitation.

NDR Visite: TV- und Radiobeiträge zum Thema „Reha-Antrag abgelehnt - was tun?“

Am 27.06.2017, 20.15 Uhr wurde in einem [Beitrag](#) im NDR Gesundheitsmagazin "Visite" anhand zweier Patientenfälle dargestellt, wie schwierig das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren für eine Rehabilitationsmaßnahme sein kann. Im Anschluss fand noch ein [Studiogespräch](#) statt, bei dem einige Tipps und Hilfestellungen in Bezug auf die Antragsstellung diskutiert wurden. Ebenso wurden in einem [Radio-Interview](#) mit dem Geschäftsführer die wichtigsten Fragen rund um das Thema Reha-Antrag und Ablehnung geklärt. Ungefähr 410.000 Zuschauer sahen die Sendung im TV.

Die Patientin Renate Kober wurde erfolgreich vom Arbeitskreis sowie der kooperierenden Anwaltskanzlei unterstützt und auf Nachfrage des NDR für die Erstellung des Beitrages vermittelt. Die Patientenberatung, die der Arbeitskreis leistet, ist auch über die Hilfestellung im Einzelfall hinaus wichtig und dient ebenso zur Verbreitung wichtiger Reha-Botschaften in der Öffentlichkeit.

(Fortsetzung auf Seite 2)





Viele Patienten haben sich im Nachgang an die Sendung an den Arbeitskreis gewandt und um Unterstützung bei abgelehnten Rehabilitationsanträgen gebeten. Folgende, wichtige Botschaft konnte vermittelt werden.

Es lohnt sich, sich gegen willkürliche bzw. unbegründete Entscheidungen der Krankenkassen zu wehren. Dies gelingt vor allem, wenn betroffene Patienten bei der Antragsstellung und dem Widerspruch u.a. folgende Aspekte beachten:

- Der Kostenträger entscheidet ausschließlich anhand der aktuellen Antragsunterlagen - daher ist eine **präzise** und verständliche Antragsbegründung, v.a. im **ärztlichen Befundbericht**, wichtig
- **Alle behandlungswürdigen Diagnosen** sollten in der Reihenfolge „wichtigste zuerst“ aufgezählt werden
- Ebenso sind die **Reha-Ziele** anzuführen, die durch die Maßnahme erreicht werden sollen (im Hinblick auf die Diagnosen)
- Im Antrag sind die medizinischen Gründe für eine besonders gut geeignete Klinik anzugeben. Der Kostenträger hat unabhängig von seinen so genannten „Vertragskliniken“ die **medizinisch am besten geeignete Klinik** zu bewilligen
- Kliniklisten der Krankenkassen sind nicht ohne weiteres verbindlich.



BVA: Kliniklisten von Krankenkassen unzulässig

Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat selektive Listen der Krankenkassen als unzulässigen Eingriff in den Wettbewerb zwischen Reha-Einrichtungen beanstandet.

Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK) hatte zu Beginn des Jahres das BVA auf die Vorgehensweise einiger Krankenkassen (insbesondere BARMER und DAK) hingewiesen. Diese hatten Sozialdiensten in Akutkrankenhäusern Listen mit Kliniken gesandt, die nicht alle Vertragspartner nach § 111 SGB V der jeweiligen Krankenkasse enthalten.

Im Juli teilte das BVA das Prüfergebnis mit: Die Hervorhebung von Leistungserbringern in Form von Informationslisten verhindert Transparenz über das Leistungsangebot. Versicherte könnten dadurch auf bestimmte Kliniken umgelenkt werden. Nach § 40 SGB V Abs. 2 haben GKV-Versicherte einen Rechtsanspruch auf ihre medizinisch geeignete Wunschklinik, jedenfalls gegen Mehrkostenerstattung. Ebenso müssen berechnete Wünsche im Rahmen der Krankenkassenleistung in jedem Einzelfall geprüft werden.

Zulässig ist nach dem BVA aber die Darstellung verschiedener Leistungsangebote, bspw. Fahrdienste oder auch Informationen zu Preisen.



Psychotherapeuten dürfen Reha beantragen

Seit dem Frühjahr 2016 können alle Vertragsärzte eine medizinische Reha zulasten der GKV beantragen (Formular 61). Zusätzlich ist dies nun auch für nichtärztliche Vertragspsychotherapeuten möglich.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit einigen Beschlüssen im April eine Vorgabe des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes umgesetzt. Künftig dürfen auch (Kinder- und Jugend-) Psychotherapeuten Leistungen der Rehabilitation verordnen. Grundsätzlich gelten hierbei dieselben Vorgaben wie für Vertragsärzte; Unterschiede gibt es aber bzgl. der Indikationen, für die eine Rehabilitation beantragt werden kann. Vertragspsychotherapeuten dürfen Leistungen zur psychotherapeutischen Rehabilitation, d.h. Leistungen der psychosomatischen Rehabilitation und der psychiatrischen Rehabilitation beantragen.

Eine Absprache mit den behandelnden Ärzten ist aber sinnvoll, um bspw. abzuklären, ob weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen vorliegen.

Ingrid Fischbach neue Patientenbeauftragte

Das Bundeskabinett hat Anfang Juli die Parlamentarische Staatssekretärin Ingrid Fischbach in das Amt der Patientenbeauftragten und Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung berufen. Sie übernimmt das Amt von Karl-Josef Laumann, der in Nordrhein-Westfalen zum Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales ernannt worden ist.



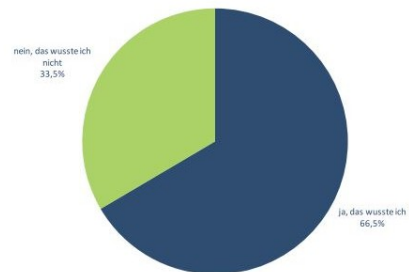
Bildquelle: Laurence Chaperon

Studie: Viele GKV-Versicherte kennen die Möglichkeit eines Widerspruchs bei Leistungsablehnung nicht

Eine neue Studie, die von der Geschäftsstelle des Patientenbeauftragten für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für Pflege initiiert wurde, zeigt, dass Patienten nur unzureichend über Ablehnungsgründe von Leistungen informiert werden.

Die meisten Befragten waren zwar insgesamt mit der Kommunikation mit ihrer Krankenkasse zufrieden, bei den Versicherten, die von einer Leistungsablehnung betroffen waren, zeigte sich jedoch ein anderes Bild.

Abbildung 49: Verteilung der befragten Versicherten nach Kenntnissen über die Möglichkeit, Widerspruch gegen einen Ablehnungsbescheid der Krankenkasse einzulegen (in %, 2017)



Quelle: IGES auf Basis einer Befragung von gesetzlich Versicherten
Anmerkung: n = 968, 32 befragte Versicherte antworteten mit „weiß ich nicht“

Die Mehrheit fühlte sich nicht ausreichend über die Gründe einer Leistungsablehnung informiert. Hierbei waren vor allem die Ablehnungsbescheide für die Befragten unverständlich bzw. unzureichend hinsichtlich der genauen Ablehnungsgründe. Zudem kannte ein Drittel aller befragten Versicherten nicht die Möglichkeit, gegen eine ablehnende Entscheidung der Krankenkasse Widerspruch einzulegen. Die Möglichkeiten Widerspruch einzulegen wurde aus Sicht der Patienten nur unzureichend durch die Krankenkassen aufgezeigt.

Die Studie wertete zusätzlich zur Patientenbefragung auch Daten der KG5-Statistik aus. Diese zeigen, dass im Bereich der Vorsorge und Rehabilitation etwa 18,4 Prozent aller Anträge, also fast jeder fünfte Antrag, von den Krankenkassen abgelehnt werden. Gegen rund jede vierte Leistungsablehnung in dem Versorgungsbereich wird Widerspruch eingelegt (24,7 Prozent). Mehr als die Hälfte aller eingelegten Widersprüche (56,4 Prozent) ist erfolgreich. Bei der medizinischen Vorsorge für Mütter und Väter wird sogar 72,0 Prozent aller Widersprüche stattgegeben.

Unsere Beratungserfassung und diese Erhebung sind Anlass, beim BVA hinzuwirken, dass Krankenkassen zu Rechtsmittelbescheiden verpflichtet werden. Weitere Informationen zur Studie finden Sie [hier](#).



Zugang zur Suchtrehabilitation soll verbessert werden (Nahtlosverfahren)

Alkohol-, drogen- oder von Medikamenten abhängige Menschen sollen künftig bei medizinischer Notwendigkeit nach einem qualifizierten Entzug im Krankenhaus direkt in eine Einrichtung der ambulanten oder stationären Suchtrehabilitation verlegt werden.

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Bund, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und weitere Institutionen/Verbände haben diesbezüglich Handlungsempfehlungen formuliert, deren konkrete Umsetzung nun zügig auf Landesebene mit den Vertragspartnern beschlossen werden soll. Das „Nahtlosverfahren“ hat für Betroffene den Vorteil, dass sie die Zeit zwischen Entzug und Rehabilitation (Entwöhnung) nicht selbstständig überbrücken müssten. In dieser Zeit ist das Risiko eines Rückfalls besonders hoch.

Zukünftig soll zum einen schneller über die Anträge entschieden werden. Zum anderen soll der Patient direkt vom Krankenhaus zur Rehabilitationsklinik begleitet und damit ohne Unterbrechung qualifiziert betreut werden.

Positionspapier SPD: Rehabilitation

Die SPD-Bundestagsfraktion hat ein Positionspapier mit Handlungsfeldern zur Rehabilitation veröffentlicht. In der nächsten Legislaturperiode soll konsequent der Grundsatz "Prävention vor Rehabilitation vor Rente und Pflege" verfolgt werden.

Im Einzelnen sollen:

- Reha-Bedarfe frühzeitig erkannt und Prävention vor Rehabilitation gestärkt werden
- der Zugang zur Rehabilitation beschleunigt und erleichtert werden
- besondere Bedarfe in der Rehabilitation besser berücksichtigt werden
- eine bessere Vernetzung und verbindliche Vertragsgestaltung unterstützt werden
- trägerübergreifende Datenauswertung, Forschung und Qualitätssicherung gefördert werden.

Zur Erreichung dieser Ziele soll bspw. geprüft werden, ob die 4-Jahres-Frist für Leistungen der Rehabilitation weiter flexibilisiert werden sollte. Die detaillierten Inhalte des Positionspapieres finden Sie [hier](#).

Teilnahme DVSG Bundeskongress

Der Arbeitskreis wird beim DVSG Bundeskongress am 19. und 20. Oktober 2017 in Kassel mit einem Ausstellerstand vertreten sein. Wir freuen uns auf unsere Mitglieder und stehen während des Kongresses gern für persönliche Gespräche, Fragen und Anregungen zur Verfügung.

Der nächste REHA BRIEF erscheint Mitte November. **Ihr Arbeitskreis Gesundheit e. V.**

Ankündigung neue Flyer

Der Arbeitskreis hat drei neue Flyer zu den Themen

- Der Weg zu Rehabilitation in der besten Klinik / Wunschklinik (Wunsch- und Wahlrecht)
- Kindervorsorge und
- Kinderrehabilitation

erstellt. Diese werden Ihnen Ende September auf unserer Website zur Verfügung gestellt. Um die benötigte gedruckte Auflage besser abschätzen zu können, können Sie ab sofort gerne Exemplare in der Geschäftsstelle vorbestellen.



Der Weg zu Ihrer Rehabilitation

in der besten Klinik / Wunschklinik

ARBEITSKREIS GESUNDHEIT E.V.
Ein starker Partner der Rehabilitation

