

**IN DIESER AUSGABE:****AK GESUNDHEIT E. V. INTERN**

- * „Reha-Generator“
- * Informationsblatt IPReG
- * Patientenberatung 2021
- * Mitgliederversammlung 2021

REHA-RADTOUR**PRESSE & ÖFFENTLICHKEIT**

- * #Rehazukunftspakt
- * 31. Reha-Kolloquium Münster

KOSTENTRÄGER & RECHTLICHES

- * Urteil SG Oldenburg
- * G-BA Beschluss

KLINIKEN

- * 50-jähriges Bestehen des Hegau-Jugendwerks

DER BESONDERE FALL

- * Der Patientenfall H.



Sehr geehrte Mitglieder,

wir freuen uns Ihnen eine neue Ausgabe des Reha-Briefes präsentieren zu können. Gemeinsam mit Ihnen wollen wir das Jahr 2021 Revue passieren lassen und einen Ausblick auf das Jahr 2022 geben. Viel Freude bei der Lektüre wünscht Ihnen,

Ihr Team des Arbeitskreis Gesundheit e. V.

AK GESUNDHEIT E. V. INTERN**„Reha-Generator“ - neues Projekt des Arbeitskreis Gesundheit e. V.**

Ein neues Projekt zur Vereinfachung des Reha-Antrags ist gestartet. Ziel des Projektes ist eine digitale Formulierungshilfe des Wunsch- und Wahlrechts für Reha-Anträge, damit mehr Patienten von Ihrem Recht auf Ihre Wunschklinik Gebrauch machen und im Idealfall eine Kostenzusage ohne Mehrkostenverlangen erhalten. Der Reha-Generator soll eine Arbeitserleichterung im Antragsverfahren bei GKV und DRV für Sozialdienste und Patienten bieten.

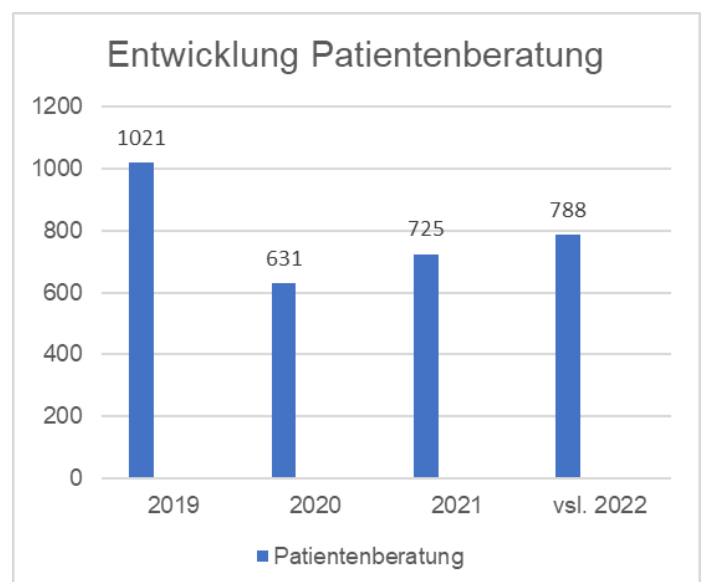
Ausführlichere Informationen erhalten Sie in der nächsten Ausgabe unseres Reha-Briefs.

Intensiv- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG)

Mit Inkrafttreten des neuen Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz am 28.10.2020 hat der Arbeitskreis Gesundheit e. V. ein Informationsblatt für die Sozialdienste unserer Mitglieder mit den wichtigsten Änderungen zusammengestellt. Das Informationsblatt finden Sie als letzte Seite unseres Newsletters.

Patientenberatung 2021

In den letzten beiden Jahren gab es aufgrund der Corona-Pandemie einen deutlichen Rückgang in der Patientenberatung. Die Top-Themen blieben jedoch gleich: Wunschklinik, Allgemeine Fragen zur Reha bzw. zum Antrag und die Ablehnung von Anträgen, sowohl Reha als auch AHB. Die Auswertung basiert auf insgesamt 725 Patientenberatungen im Jahr 2021. Laut Hochrechnung Stand 03/22 darf eine ähnlich hohe Anzahl an Beratungen wie im Vorjahr erwartet werden.





Virtuelle Mitgliederversammlung 2021

Letztes Jahr fand unsere Mitgliederversammlung zum zweiten Mal im virtuellen Raum am Donnerstag, den 09.12.2021 09:00 – 12:00 Uhr statt. 61 Mitglieder beteiligten sich zu den Themen der Jahresversammlung: der Geschäftsführerbericht, die Kassenprüfung 2021 sowie die Haushaltsplanung 2021/22.

ARBEITSKREIS GESUNDHEIT E.V.
 Ein starker Partner der Rehabilitation



TOP 5 Bericht des GFs über die Aktivitäten im Berichtsjahr 2021 - Geschäftsbericht

- Herr Dr. rer. pol. Wolfgang Spang verstorben
- Auswertung Patientenberatung 2021
- Klinikverzeichnis kompakt/Reha-Generator/Website/Google-Bewertungen
- Stellungnahme AKGES an G-BA zum Thema: Indikationskatalog vereinfachte AHB Einweisung
- Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
- Referate/Schulungen für Sozialdienste
- aktuelle Mitgliederentwicklung
- Personalsituation Geschäftsstelle

Mitgliederversammlung, 09.12.2021

Neuaufgabe der 14. Bäder- und Reha- Tour in Unterstützung des Arbeitskreis Gesundheit e. V.

„Zeigen was möglich ist“ und gemeinsam - mit und ohne Handicap für die Sichtbarmachung der Rehabilitation in die Pedale treten. Die mehrtägige Radtour findet diesjährig in der Region Breisgau statt. Sternenförmig wird von Bad Krozingen gestartet. Terminlich ist die 2. Septemberwoche geblockt. Wer aus seiner Reha-Klinik z. B. Rehabilitanden kennt, die Interesse haben mitzufahren, meldet sich gern in der AK Geschäftsstelle.

Bäder- und Reha-



PRESSE & ÖFFENTLICHKEIT

#Rehazukunftspakt — AKGes unterstützt Initiative zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation

Ziele sind unter anderem, dass Gesundheitsberufe in Rehakliniken ausgebildet werden dürfen, die Integration der Digitalisierungsstrategie von Bundes- und Landesregierung, Abbau von bürokratischen Hürden und die Einrichtung eines Reha Referats in den jeweiligen Bundes- und Landesministerien.

Alle Informationen zur Initiative finden Sie unter www.rehazukunftspakt.de.



#Rehazukunftspakt

Teilnahme am 31. Rehawissenschaftliches Kolloquium 2022

„Rehabilitation: Neue Wege, neue Chancen“ war das Thema des diesjährigen 31. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums, das vom 07. bis 09. März 2022 erstmals als Hybrid-Kongress in Münster stattfand. Nach 2-jähriger Präsenzpause kamen in die Congresshalle rund 500 Teilnehmer, weitere ca. 900 haben sich online zugeschaltet und nahmen an den zahlreichen Vorträgen und Podiumsdiskussionen teil. Der Arbeitskreis Gesundheit e. V. war als Aussteller vertreten.



Fr. Enke am Messestand des Arbeitskreis Gesundheit e. V.



Urteil des SG Oldenburg (AZ: S 63 KR 261/20) ebnet Weg zum erfolgreichen Anfechten von Mehrkostenbescheiden:

Ein Mehrkostenbescheid ist rechtswidrig, wenn sich die Krankenkasse nicht mit den vom Patienten vorgebrachten Gründen im Einzelfall im Bescheid auseinandersetzt. Eine formelhafte pauschale Begründung wird dem nicht gerecht.

Viele Bescheide über Mehrkosten bei Zuweisung zu einer Wunsch- und Wahl-Klinik werden zukünftig noch leichter erfolgreich anfechtbar sein. Die häufige Praxis, nach der in Bescheiden allein auf die gesetzlich vorgeschriebene Ermessensabwägung zwischen dem Wunsch- und Wahlrecht einerseits und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit andererseits verwiesen wird, diese Ermessensabwägung aber nicht am Einzelfall nachvollzogen wird, ist rechtswidrig.

Im Fall Herr F. gegen die BARMER, der am SG Oldenburg (AZ: S 63 KR 261/20) verhandelt wurde, brachte der Kläger vor, dass die zugewiesene 170 km entfernte Reha-Klinik für seine gehbehinderte Ehefrau für Besuche kaum mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen ist. Diese Besuche sind aber – auch ärztlich attestiert – der Genesung von Herrn F. zuträglich.

Vor dem Klageverfahren reagierte die BARMER auf die Wahrnehmung des Wunsch- und Wahlrechtes für eine Anschlussheilbehandlung nach Hüft-TEP mit einer Mehrkosten-Ankündigung für die wohnortnahe Wunschklinik und schlug mehrkostenfrei die weit entfernte Zuweisungsklinik vor. Im späteren ablehnenden Widerspruchsbescheid begnügte sich die BARMER mit Aufzeigen der Gesetzeslage und argumentierte mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot.

Der Arbeitskreis Gesundheit e.V. nahm sich der Vertretung an. Das Urteil des SG Oldenburg bestätigte schließlich die Kläger-Argumentation: Die gesetzlich vorgeschriebene Ermessensabwägung sei im Fall nicht erfolgt. Ein formelhaftes Wiedergeben der Rechtslage in Bescheiden zu Mehrkosten im Rahmen des Wunsch- und Wahlrechtes stelle keine Ermessensabwägung dar.

Der Mehrkostenbescheid der BARMER ist allein aufgrund dieser Pflichtverletzung rechtswidrig. Ob es die BARMER mit einem neuen Bescheid versucht, bleibt abzuwarten. Das Urteil zeigt auf: Mehrkostenverlangen des Trägers bedürfen im Widerspruchsverfahren einer am Einzelfall vorgenommenen Ermessensabwägung unter Berücksichtigung der vorgetragenen individuellen Lage des Versicherten. Ohne dieses wird ein Bescheid keiner rechtlichen Überprüfung standhalten. Auch der von Krankenkassenseite viel zitierte Vorrang des Wirtschaftlichkeitsgebots gilt nicht.



G-BA verbessert AHB Zugang, aber bleibt auf halben Weg stehen

Krankenkassen blockieren nach Kräften Bürokratie-Abbau

Nachdem der AKGES die Regelung von Zugangserleichterungen bei der AHB angestoßen hat, hat nun der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nach Ermächtigung durch das IPReG in seinem Beschluss vom 16.12.2021 die Regelung getroffen, in welchen Fällen Anschlussrehabilitationen ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse erbracht werden kann.

In den wichtigsten Indikationen darf die Kasse bei der Überleitung der Patienten vom Krankenhaus in die AHB *nicht mehr vorab die medizinische Notwendigkeit einer AHB überprüfen*. Das ist eine gute Nachricht für die betroffenen Patienten, die bisher in vielen Fällen willkürlich auf ambulante Behandlung verwiesen wurden.



Für die Sozialdienste in den Akutkrankenhäusern wird hierdurch eine Entlastung eintreten, weil sie nicht mehr fassungslos gegen AHB-Verweigerungen kämpfen müssen.

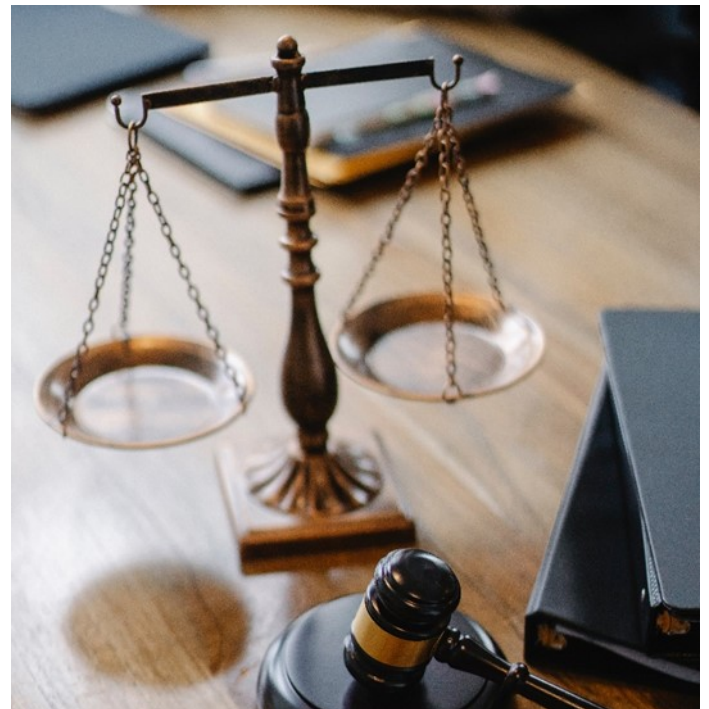
Auch die Rehakliniken können nun AHB-Patienten unterstützen, die bislang in vielen Fällen altersbedingt oder mangels Unterstützung die medizinisch ungerechtfertigte Ablehnung ihrer notwendigen AHB hingenommen haben. Man darf hoffen, dass es weniger willkürliche AHB-Verweigerungen gibt.

Erfreulich ist auch, dass die anfängliche Haltung der Krankenkassen aufgebrochen werden konnte, nur Indikationen, ohne wesentliche praktische Relevanz von der Vorabprüfung auszunehmen. Leider hat der G-BA auf Grund der Blockadehaltung der Krankenkassen viele Chancen versäumt und es bleiben viele Fragen offen. So enthält der vom G-BA beschlossene Indikationskatalog Lücken, die nicht erklärbar sind: Beispielsweise der Patient nach Operation einer TEP des Schultergelenks. Mit der Vorabprüfung seiner Krankenkasse wird er sich fragen, warum er anders behandelt wird als sein Bettnachbar, der mit einer TEP des Kniegelenks direkt die notwendige AHB erhält.

Auch die in der Gesetzesbegründung des IPReG gewünschte Angleichung des AHB Zugangs von GKV und DRV ist der Blockadehaltung der GKV im G-BA zum Opfer gefallen und die Chance auf weitere, substantielle Verschlinkung des bürokratischen Zugangsverfahrens wurde nicht genutzt.

Derzeit treten rund eine Millionen Patienten jährlich nach einer Krankenhausbehandlung eine medizinische Reha-Maßnahme an – Tendenz steigend. In mehr als der Hälfte der Fälle werden die Kosten dafür von einer gesetzlichen Krankenkasse übernommen. Allerdings erst nach einem aufwändigen und oft zeitraubenden Antrags- und Genehmigungsverfahren. Patientenvertreter, Ärzte und Kliniken fordern schon länger die Abschaffung dieses Genehmigungsvorbehalts. Vor allem, weil durch das Verfahren wertvolle Zeit verstreicht, die den Behandlungserfolg gefährdet und unnötige Bürokratie entsteht.

Zudem ist eine Direkteinleitung der Reha nach der Krankenhausbehandlung oftmals dringend erforderlich, weil Patienten auch nach Abschluss der Krankenhausbehandlung noch nicht nach Hause entlassen werden können. *Ein Verschieben in die Pflege wird schwieriger.* Nicht umsonst war der Genehmigungsvorbehalt in Hochzeiten der Coronapandemie ausgesetzt worden. Eine schnellere Überweisung in die Reha wäre aktuell auch für die Krankenhäuser eine wichtige Entlastung, die dadurch mehr Kapazitäten für Corona-Patienten zur Verfügung stellen könnten.



KLINIKEN

50-jähriges Bestehen des Hegau-Jugendwerks

Am 18.03.2022 feierte unser Mitglied, das Hegau-Jugendwerk Gailingen, mit einem großen Festakt sein 50-jähriges Jubiläum. Auch Mitglieder der Geschäftsstelle sind der Einladung gefolgt.

Die Einrichtung ist ein neurologisches Fachkrankenhaus und Rehabilitationszentrum, das Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine umfassende Rehabilitation anbietet.



Unter dem Motto „gestern – heute – morgen“ kamen unter anderem der Bürgermeister Dr. Thomas Auer, Vorsitzender des Fördervereins Hegau-Helden Herr Heinz Brennenstuhl, sowie der HJW-Geschäftsführer Bernd Sieber zu Wort. Das Besondere der Klinik sei, dass die jungen Patienten nicht nur ihren gesamten Rehabilitationsprozess in einer Klinik absolvieren, sondern auch dort ihren Schulabschluss erwerben können. Beispiel hierfür war der Patient Justin Letzer, der nach einem schweren Motorradunfall sich zurück ins Leben kämpfte und seinen Fall vorstellte.



(v.l.n.r.): Barbara Martetschläger, Jörg Rinninsland und Roland Sing bei der Präsentation der Chronik

DER BESONDERE FALL

Der Patientenfall H.

Krankenkasse verweigert Bewilligung der AHB bis zum Zahlungseingang der geforderten Mehrkosten für Wunschklinik

Eine 66-jährige Patientin mit weiteren Komorbiditäten beantragt nach ihrer Hüft-TEP-Op die Behandlung in einer nur 4 km entfernten Rehaklinik. Dieser Wunsch lässt sich unschwer mit dem kurzen Transportweg und den notwendigen Familienbesuchen begründen.

Während die Patientin zunächst im Glauben gelassen wird, dass die Zuweisung dieser Klinik erfolgen wird, verlangt die Krankenkasse einen Tag vor Entlassung aus dem Krankenhaus in die AHB die Unterzeichnung einer Mehrkostenvereinbarung.

Zur Krönung wird die Zuweisung der Wunschklinik davon abhängig gemacht, dass die Patientin die geforderten Mehrkosten vor Bewilligung der Wunschklinik an die Krankenkasse bezahlt.

Was sich zunächst wie ein Irrtum der Patientin anhört, ist sogar genauso lückenlos in der Verwaltungsakte dokumentiert!

Auf Initiative des Arbeitskreis Gesundheit wird die Kasse zur Rückzahlung der Mehrkosten aufgefordert. Die Krankenkasse erklärt innerhalb von 5 Tagen (!), dass die Zahlung der Patientin zurückbezahlt wurde und verzichtet für die Zukunft auf die Erhebung von Mehrkosten. Auf das im Anschluss gefertigte Beschwerdeschreiben an den Vorstand der Krankenkasse erklärt diese ihre Verwaltungsabläufe entsprechend zu ändern.

Die Gespräche über die zukünftigen Verwaltungsabläufe zur Sicherung der barrierefreien Zuweisung der Wunschklinik dauern an. Wir werden Sie über das Ergebnis informieren.



**Der Arbeitskreis Gesundheit e. V.
wünscht Ihnen ein frohes Osterfest
und erholsame Feiertage!**

Wichtige Hinweise zum Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) seit dem 28.10.2020

Die wesentlichen Regelungen zur medizinischen Rehabilitation

- Die Regeldauer der geriatrischen Rehabilitation wird auf 20 Behandlungstage (ambulant) bzw. drei Wochen (stationär) festgelegt. Bei nicht-geriatrischer Rehabilitation und einer bewilligten Verweildauer unter 3 Wochen (ambulant / stationär), gibt es eine Begründung zur Behandlungsdauer.
- Das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten wird durch Halbierung der Mehrkosten gestärkt.
- Klarstellung: Auch im GKV-Bereich gilt bei der Reha von Kindern und Jugendlichen keine Vier-Jahres-Wiederholungsfrist.

ACHTUNG: Hinsichtlich des Wunsch- und Wahlrechts bleiben die alten Streitfragen!

- Wann liegt eine bessere medizinische Eignung der Rehaklinik vor (z. B.: kürzerer Transportweg, schnellerer Aufnahmezeitpunkt, ein spezielles Therapieangebot)?
- Scheidet ein Mehrkostenverlangen grundsätzlich wegen Formfehler aus (so z.B. SG Oldenburg Urteil S 63 KR 261/20)? D. h. die Kasse hat bei der Auswahlentscheidung geschlampt und die Kriterien (medizinische Eignung und wichtige Gründe) nicht abgewogen, sondern wie regelmäßig stumpf die billigste Klinik ausgewählt.
- Was sind wichtige persönliche Gründe des Patienten (wie z. B.: Angehörigenbesuche, ggf. unter Corona-Bedingungen; ein besonderes Vertrauensverhältnis durch Vorbehandlung)?
- Wie hoch sind die Mehrkosten? (Bedingung: Vergleichsklinik ist angefragt und aufnahmebereit)
- Wie sind Mehrkosten nachzuweisen (z.B. Vorlage prüfbarer Unterlagen)?

Wichtig: Wenn dem Patienten Mehrkosten erspart werden sollen, machen Sie die Gründe für die Wunschklinik (z. B. kürzerer Transportweg, früherer Aufnahmezeitpunkt, spezielle Therapieangebote oder Angehörigenbesuchsmöglichkeiten) möglichst früh aktenkundig, idealerweise bei der Antragsstellung.

Grundsätzlich gilt: Patienten müssen fristwährenden Widerspruch, d. h. innerhalb eines Monats, gegen das Mehrkostenverlangen beim Kostenträger einreichen. Dies kann zunächst formlos (ohne Begründung) erfolgen. Zur Prüfung der Rechtmäßigkeit von Mehrkostenverlangen kann an die Geschäftsstelle verwiesen werden.

