



7. JULI 2022 | 2. RSD ONLINE STAMMTISCH

Liebe Anbieter, liebe Mitglieder,

am **5. Oktober 2021** haben wir Sie in unserem **Blogbeitrag** über den zunehmend veränderten Prozess im Umgang mit Folgeverordnungen seitens der GKV informiert.

Zu diesem Zeitpunkt betraf dies insbesondere die AOK Plus und die AOK Baden-Württemberg. In den letzten Monaten kamen weitere Krankenkassen hinzu, so dass wir beim letzten RSD Online Stammtisch beschlossen haben, dieses Thema noch mal aufzugreifen.

Diejenigen, die schon länger dabei sind, können sich noch daran erinnern, dass es früher Rehasport "einmal im Leben" gab. Dies änderte sich im Jahr 2008, als das Bundessozialgericht feststellte, dass diese pauschale Regelung nicht zulässig sei: Jeder Versicherte hat grundsätzlich einen Anspruch auf Rehasport, solange es im Einzelfall erforderlich ist.

In der Folge waren die Krankenkassen überwiegend großzügig bei der Umsetzung des höchstrichterlichen Urteils. Zunehmend erreichen uns jedoch die Infos, dass immer mehr Krankenkassen genauer hinschauen, wenn es um eine Folgeverordnung oder exakter formuliert um die "Erneute Notwendigkeit" einer Verordnung geht.

Deshalb im Folgenden ein kurzer Überblick:

BSG URTEIL VOM 17. JUNI 2008 [AZ: B1 KR31/07R]

Das BSG Urteil stellte im Wesentlichen zwei Dinge klar:

1. *„Eine Begrenzung der Anspruchshöchstdauer ... sehen das SGB V und das SGB IX selbst nicht ausdrücklich vor. ... Es fehlt an einer gesetzlichen Grundlage dafür, dass die Rahmenvereinbarung 2003 Leistungen nach § 43 SGB V begrenzt.“*
2. Eine pauschale Begrenzung der Leistung ist somit nicht zulässig; vielmehr muss die Notwendigkeit in jedem Einzelfall geprüft werden.

In der Folge mussten die Rahmenvereinbarung und das Muster 56 überarbeitet werden.

RAHMENVEREINBARUNG VOM 1. JANUAR 2011:

ERNEUTE VERORDNUNG / „ERNEUTE NOTWENDIGKEIT“

4.1 ... *"Die nachfolgend genannten Angaben zur Dauer der Leistungen sind Richtwerte, von denen auf der Grundlage individueller Prüfung nach den Erfordernissen des Einzelfalls abgewichen werden kann."*

4.4 *"In der gesetzlichen Krankenversicherung werden Rehabilitationssport und Funktionstraining solange erbracht, wie die Leistungen im Einzelfall notwendig, geeignet und wirtschaftlich sind."*

15.2 *"Die Verordnung muss enthalten: ... 5. bei weiteren Verordnungen ergänzend die Gründe, warum der Versicherte nicht oder noch nicht in der Lage ist die erlernten Übungen selbständig und eigenverantwortlich durchzuführen."*

ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME [MUSTER 56]

Auf dem Muster 56 wurde auf der 1. Seite in der letzten Zeile dementsprechend eingefügt:

„Bei weiteren Verordnungen für Rehabilitationssport und Funktionstraining, warum der Versicherte nicht oder noch nicht in der Lage ist, die erlernten Übungen, selbstständig und eigenverantwortlich durchzuführen“

Dennoch kommt es immer wieder zu Ablehnungen von Folgeverordnungen.

Das BSG Urteil vom 02.11.2010 (B 1 KR 8/10 R) stellt daher noch mal klar:

„Wie der Senat bereits für das "Funktionstraining" am 17.6.2008 entschieden hat, ist die Rahmenvereinbarung 2003 grundsätzlich nicht geeignet, eigenständig und gegen die gesetzlichen Vorgaben einen höchstzulässigen Leistungsumfang für reha-bedürftige Leistungsberechtigte in Bezug auf ergänzende Leistungen zu begründen (BSG SozR 4-2500 § 43 Nr 1 RdNr 31 ff). An dieser Rechtsprechung hält der Senat fest.“

„Zu Unrecht stützt sich das LSG zum Beleg für seine Auffassung auf das BSG-Urteil vom 17.6.2008 zum Funktionstraining (vgl BSG SozR 4-2500 § 43 Nr 1 RdNr 36). Während beim "Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung" in Betracht kommt, dass der Betroffene nach Erlernen von Übungen in der Gruppe (zB Wassergymnastik) nach bestimmter Zeit der fachkundigen Anleitung und Überwachung in der Lage ist, derartige Übungen auch eigenständig durchzuführen und einer gruppenweise durchgeführten Maßnahme nicht mehr bedarf, gilt das nicht in gleicher Weise für den Reha-Sport in Gruppen.“

„Die Sachlage bei der vom Gesetz von vornherein nicht nur als "Reha-Sport", sondern ausdrücklich als Reha-Sport "in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung" bezeichneten ergänzenden Leistung unterscheidet sich von derjenigen des Funktionstrainings in wesentlicher Hinsicht und kann folglich auch unterschiedlich geartete Ansprüche auslösen und in Bezug auf die "Notwendigkeit" anders beurteilt werden. Das Gesetz misst bereits durch die Leistungskennzeichnung der Betätigung behinderter Menschen gerade in einer rehabilitationsorientierten Sportgruppe einen besonderen Stellenwert im Zusammenhang mit ihren Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit bei, der über denjenigen des gesundheitlichen Nutzens allgemeinen Sporttreibens und sinnvoller regelmäßiger körperteilbezogener gymnastischer Übungen hinausgeht. Die Hervorhebung des Sports "in Gruppen" beruht hier offensichtlich auf der Erkenntnis, dass für behinderte Menschen - zumal für Menschen, die wie der Kläger in jungen Jahren auf einen Rollstuhl angewiesen sind - häufig nur eine begrenzte Zahl von Sportarten in Betracht kommen wird (vgl hierzu allgemein die in Nr 5 bis 5.3 Rahmenvereinbarung 2003 hervorgehobenen Reha-Sportarten). Insoweit wirkt gerade das Gemeinschaftserlebnis, mit anderen vergleichbar Betroffenen Sportliches leisten zu können, in besonderer Weise rehabilitativ.“

IN DER PRAXIS

Fehlt bei einer Folgeverordnung auf dem Muster 56 die Begründung, ist für die Krankenkasse nicht ersichtlich, warum der Versicherte die erlernten Übungen nicht selbstständig und eigenverantwortlich durchführen kann. In solchen Fällen sind die Krankenkassen in jüngster Zeit dazu übergegangen, die Kostenübernahme abzulehnen.

Es kann sinnvoll sein, dass der Rehasportanbieter einen entsprechenden Hinweis an den verordnenden Arzt oder den Versicherten gibt, warum aus seiner Sicht der Versicherte noch nicht in der Lage ist, die erlernten Übungen selbstständig und eigenverantwortlich durchzuführen oder die sozialen Aspekte der Gruppe zwingend gegeben sein müssen. Denn der Rehasportanbieter kennt den Versicherten aus den bisher absolvierten Übungseinheiten am besten und kann dementsprechend seine Einschätzung geben.

Einige Krankenkassen teilen nicht nur mit, dass sie die Folgeverordnung ablehnen, sondern geben dem Versicherten über Fragebögen die Möglichkeit, selber zu schildern, warum er eine Folgeverordnung benötigt. Aus unserer Sicht sind die Fragen aber wenig patientenorientiert gestellt. Es ist sicher hilfreich, wenn der Rehasportanbieter den Versicherten bei der Beantwortung unterstützt.

Grundsätzlich gilt: Da es sich beim Muster 56 um den *Antrag* des Versicherten handelt, kann der Versicherte gegen die Entscheidung seiner Krankenkasse Widerspruch einlegen.