



FORUM GEHIRN e.V.  
Postfach 14 16 04  
10149 Berlin

ZNS – Hannelore Kohl Stiftung  
Rochusstraße 24  
53123 Bonn

Bundesverband für Rehabilitation  
und Interessenvertretung Behinderter e.V.  
Eifelstraße 7  
53119 Bonn

Selbsthilfegruppe Hirnverletzte  
und Angehörige  
- Hamburg und Umgebung -  
Lehmkuhlenweg 5a  
25856 Hattstedt

**Dr. Klaus Theo Schröder**  
Staatssekretär

HAUSANSCHRIFT Am PropsthoF 78a, 53121 Bonn  
POSTANSCHRIFT 53109 Bonn

TEL +49 (0)228 99441-1030  
FAX +49 (0)228 99441-4903  
E-MAIL poststelle@bmg.bund.de

Bonn, 11 April 2007

Gesellschaft für  
Neuropsychologie e. V.  
Postfach 1105  
36001 Fulda

Bundesverband  
ambulant-teilstationäre  
Neurorehabilitation  
Pasinger Bahnhofsplatz 4  
81241 München

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 17. November 2006 an Frau Bundesministerin Ulla Schmidt, in dem Sie auf die besondere Bedeutung einer angemessenen neurologischen Rehabilitation für Hirnverletzte hinweisen.

Ich teile Ihre Einschätzung, dass neben der Akuttherapie und der akuten stationären Rehabilitation auch die langfristig angelegte Nachsorge eine große Bedeutung hat, um die Erfolge der ersten Phasen nicht zu gefährden und den Betroffenen eine möglichst weitreichende Teilhabe am Leben zu ermöglichen. Auch wenn schon Vieles erreicht wurde, zeigen Ihre Forderungen, dass der Nachsorge hirnverletzter Menschen besonderes Gewicht eingeräumt werden muss.

Im Hinblick auf die vielfältigen von Ihnen vorgetragenen Themen aus dem Bereich der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung möchte ich auf die Ausführungen in der als Anlage beigefügten Stellungnahme der Fachabteilung verweisen.

Mit freundlichen Grüßen

### **Stellungnahme zum Schreiben von Forum Gehirn e.V. u. a. vom 17. November 2006**

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) hat angekündigt, dass sie im Jahre 2007 – entsprechend ihrem Arbeitsprogramm – beabsichtigt, die Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation zu aktualisieren. Dabei ist vorgesehen, zunächst mit der Überarbeitung der Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation zu beginnen. Außerdem sieht das Arbeitsprogramm der BAR für dieses Jahr vor, mit der Konzipierung der Phase E der neurologischen Rehabilitation zu beginnen. Hier bestünden bereits Kontakte zu verschiedenen Bundesverbänden der neurologischen Rehabilitation, die zunächst eine Empfehlung zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation (Phase D und E) der BAR zur trägerübergreifenden Beratung vorlegen möchten.

Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung halten in ihrer auch den Einsendern zugegangenen Stellungnahme die Aussage, dass der Zugang zur angemessenen Rehabilitation dringend verbesserungswürdig sei, für nicht nachvollziehbar. Mit der Verabschiedung der Rehabilitationsrichtlinien 2004 seien nachhaltige Verbesserungen eingetreten. Die seit Jahrzehnten bewährten AHB-/AR-Verfahren ermöglichen seit Jahren den direkten Übergang vom Krankenhaus in die Rehabilitation. Aufgrund der klaren Zuständigkeitsregelungen im SGB IX würden Leistungen schnell bewilligt. Der konsequente Ausbau der stationären und ambulanten neurologischen Rehabilitation in den vergangenen Jahren habe die Versorgungssituation der Schädel-Hirn-Verletzten verbessert.

Soweit Leistungen der Pflegeversicherung angesprochen werden, ist im Hinblick auf die Forderung nach Leistungen der aktivierenden Pflege zu berücksichtigen, dass im Rahmen der Feststellung von Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung der entstehende zeitliche Hilfebedarf durch eine aktivierende Pflege berücksichtigt werden muss. Die bundesweit geltenden "Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches" (Begutachtungs-Richtlinien) weisen darauf hin, dass Pflegebedürftigkeit kein unveränderbarer Zustand ist und unter anderem durch aktivierende Pflege beeinflussbar ist. Bei der Pflege durch Pflegeeinrichtungen ist grundsätzlich von aktivierender Pflege auszugehen.

Eine kurzfristige Feststellung der Pflegestufe für Antragsteller, die sich im Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung befinden, wird durch das SGB XI gesi-

chert. Nach der Regelung des § 18 Abs. 3 SGB XI ist die Begutachtung in der Einrichtung unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen.

Im Rahmen der Vorbereitung zur Reform der Pflegeversicherung wird darüber hinaus geprüft, welche Erkenntnisse über die Praktikabilität der Regelungen beim Entlassmanagement, insbesondere an der Schnittstelle von Krankenhaus und Pflege vorliegen, damit in diesem Bereich gegebene Umsetzungsprobleme gelöst werden können. Das Bundesministerium für Gesundheit setzt damit eine entsprechende Entschließung des Deutschen Bundestages um, mit der die Verabschiedung des GKV-WSG begleitet wurde (BT-Drs. 16/4220 vom 1. Februar 2007, Ziffer II.2).

Hinsichtlich der Forderung, Menschen mit Wachkoma immer in die Pflegestufe III mit Anerkennung der Härtefallregelungen einzustufen, ist darauf zu verweisen, dass bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit ausschließlich der individuelle Hilfebedarf bei bestimmten Verrichtungen maßgeblich ist, der durch Krankheit oder Behinderung ausgelöst wird. Es besteht immer die Möglichkeit, dass bei einem vergleichbaren Krankheitsbild der Hilfebedarf sehr unterschiedlich ist. Ebenso können vergleichbare Funktionseinschränkungen von den Versicherten individuell völlig unterschiedlich kompensiert werden. Ausnahmeregelungen für bestimmte Krankheitsbilder sind deshalb - auch unter der Berücksichtigung der Gleichbehandlung von Pflegebedürftigen - nicht möglich.

Zur Forderung nach einer klaren Regelung zur Verordnung von aktivierenden Hilfsmitteln ist anzumerken, dass Versicherte gemäß § 33 Absatz 1 Satz 1 SGB V Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln haben, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 SGB V ausgeschlossen sind. Gegenstände, die nicht eigens für Kranke oder behinderte Menschen entwickelt worden sind und sowohl von der Allgemeinheit als auch als Hilfsmittel von Betroffenen verwendet werden, sind keine Leistung der Krankenkassen, auch wenn sie anwenderfreundlich und für Kranke und behinderte Menschen vorteilhaft gestaltet sind. Ist ein Produkt seinem Wesen nach ein Hilfsmittel, auch wenn es als Gebrauchsgegenstand dient, ist eine Kostenbeteiligung des Versicherten, die mit dem Gebrauchsgegenstandsanteil des Hilfsmittels korrespondiert, gerechtfertigt.

In Bezug auf die Forderung nach modernen evidenzbasierten neurologischen Heilmitteln sowie nach einem Zugang zur ambulanten neuropsychologischen Behandlung für Men-

schen mit einer Hirnschädigung ist zu berücksichtigen, dass neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bzw. neue Heilmittel in der vertragsärztlichen Versorgung nur dann zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden dürfen, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss zuvor ihren therapeutischen Nutzen nach Maßgabe des § 135 bzw. § 138 SGB V anerkannt hat. Der therapeutische Nutzen der ambulanten Neuropsychologie wird derzeit durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (Unterausschuss Heil- und Hilfsmittel) überprüft. Nach Mitteilung der Geschäftsführung des Gemeinsamen Bundesausschusses wird das Bewertungsverfahren voraussichtlich im Jahr 2007 abgeschlossen.

Vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales wurde mitgeteilt, dass die Deutsche Rentenversicherung Bund als Rehabilitationsträger ein großes Interesse an qualitätsorientierter neurologischer Rehabilitation und Nachsorge habe. Einem Gesprächsangebot zum Thema verbesserter Nachsorge insbesondere unter Berücksichtigung des Komplexleistungscharakters der Nachsorgeleistungen stehe die Deutsche Rentenversicherung Bund offen gegenüber.