

**Stellungnahme der
Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V
(DEGEMED)
zum Entwurf eines Gesetzes
zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung
von Menschen mit Behinderungen
(Bundesteilhabegesetz – BTHG)**

Die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED) begrüßt, dass die Bundesregierung mit dem neuen Bundesteilhabegesetz (BTHG) die Lebensbedingungen für Menschen mit Behinderungen in Deutschland verbessern will. Wir unterstützen das Ziel des Gesetzgebers, das SGB IX zu reformieren und ein echtes Teilhaberecht zu schaffen, das den individuellen Bedürfnissen von Menschen mit Behinderung gerecht wird.

Das BTHG muss Menschen mit Beeinträchtigen mehr Teilhabe ermöglichen und an den Zielen der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) ausgerichtet sein. Das gilt auch für die Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen inklusive der medizinischen Rehabilitation. Medizinische Rehabilitation hat die Aufgabe, möglichen Krankheitsfolgen wie zum Beispiel Behinderung, Erwerbsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie zu beseitigen, zu bessern oder deren wesentliche Verschlechterung zu verhindern. Der Zugang für Menschen mit Behinderungen zu dieser Leistung muss deshalb barrierefrei möglich sein.

Der Zugang zur medizinischen Rehabilitation ist insbesondere für Menschen mit Behinderungen in der Leistungszuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) deutlich erschwert. Das Wunsch- und Wahlrecht gilt hier nur eingeschränkt und wird durch spezialgesetzliche Regelungen im Leistungsrecht der Krankenkassen zum Teil erheblich unterlaufen. Als DEGEMED schlagen wir deshalb Maßnahmen vor, die den Zugang und die bedarfsgerechte Durchführung von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit Behinderungen verbessern.

Um die leistungsfähige Reha-Infrastruktur in Deutschland dauerhaft zu erhalten und die Leistungsbeziehungen zwischen den gesetzlichen Rehabilitationsträgern und den Leistungsanbietern transparent auszugestalten, fordern wir, die bestehende Gesetzeslücke im SGB IX zu schließen und verbindliche Rahmenverträge einzuführen.

Unsere weiteren Vorschläge betreffen die ergänzende unabhängige Beratung, einheitliche Begutachtungen und die Schaffung einer transparenten Reha-Statistik. Wir unterstützen außerdem in vollem Umfang die gemeinsame Stellungnahme der AG MedReha SGB IX, der die DEGEMED neben weiteren Verbänden aus dem Bereich der medizinischen Rehabilitation angehört.

Inhalt

1. Eigenständige Reha-Statistik in § 6 SGB IX	3
2. Einheitliche Begutachtung in §§ 13 und 17 SGB IX	3
3. Unabhängige Beratung von Menschen mit Behinderungen in § 32 SGB IX	4
4. Streichung von § 37 Abs. 4 SGB IX.....	5
5. Schaffung verbindlicher Rahmenverträge in § 38 SGB IX.....	6
6. Keine Einschränkung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im neuen Eingliederungshilferecht (§ 109 SGB IX).....	7
7. Gewährleistung des Wunsch- und Wahlrechts in § 40 SGB V.....	8
8. Bedarfsgerechte Reha-Leistungen durch Reha-Quote in § 40 SGB V	9

1. Eigenständige Reha-Statistik in § 6 SGB IX

Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe betreffen zahlreiche Leistungsberechtigte, gesetzliche Rehabilitationsträger und Anbieter von Leistungen. Zur Erhöhung der Transparenz des Leistungsgeschehens sollte mit dem BTHG im SGB IX die Verpflichtung der Rehabilitationsträger zur Führung einer eigenständigen und trägerübergreifenden Statistik ausschließlich für den Bereich der Rehabilitation und Teilhabe eingeführt werden. Die Einführung dieser eigenständigen Reha-Statistik sollte eine statistische Trennung von Vorsorge und Rehabilitationseinrichtungen sowie von Vorsorge- und Rehabilitationsfällen enthalten.

Vorschlag:

Ergänzung § 6 SGB IX-neu (Rehabilitationsträger)

(4) „Die Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 Nr. 1, 3 und 4 führen nach Geschlecht differenzierte indikationsspezifische statistische Erhebungen über Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie deren Erledigung, bewilligte und durchgeführte Maßnahmen, Ausgaben für medizinische Rehabilitationsleistungen und Leistungstage durch.“

Begründung:

Die neue Norm verpflichtet die gesetzlichen Rehabilitationsträger zur Schaffung von mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen. Damit wird es leichter möglich, Defizite der Versorgung im Bereich der medizinischen Rehabilitation zu erkennen und ggf. zu beseitigen. Ebenso sind Rehabilitationsträger und Leistungsanbieter eher in der Lage, möglichst frühzeitig auf die Veränderung von Leistungsbedarfen zu reagieren.

2. Einheitliche Begutachtung in §§ 13 und 17 SGB IX

Die DEGEMED begrüßt die Intention des Gesetzgebers, für Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe ein bundesweit einheitliches Bedarfsermittlungsverfahren zu schaffen.

Vermeidbare Begutachtungen belasten Menschen mit Behinderungen unnötig. Es muss gesetzlich geregelt werden, den Begutachtungsprozess grundsätzlich so auszugestalten, dass die erhobenen Befunde und Beurteilungen von allen Leistungsträgern im Wesentlichen gegenseitig anerkannt werden.

Vorschlag:

Änderung § 13 SGB IX – neu (Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs)

(1) „Zur einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs verwenden die Rehabilitationsträger systematische Arbeitsprozesse sowie standardisierte und einheitliche Arbeitsmittel (Instrumente) ~~nach den für sie geltenden Leistungsgesetzen...~~“

Zudem sollte gemäß UN- BRK eine multidisziplinäre Bedarfsfeststellung erfolgen. Das Gutachten soll allen Rehabilitationsträgern zu Grunde gelegt werden können.

Vorschlag:

Änderung § 17 SGB IX – neu (Begutachtung)

(2) „Der Sachverständige nimmt eine umfassende ~~und multidisziplinäre sozialmedizinische, bei Bedarf auch psychologische~~ Begutachtung vor und erstellt das Gutachten innerhalb von zwei Wochen nach Auftragserteilung...“

Begründung:

Das Ziel, ein Gutachten den Feststellungen aller Rehabilitationsträger zu Grunde legen zu können, ist nur durch einheitliche Instrumente aller Rehabilitationsträger zu erreichen. Die derzeitige gesetzliche Regelung führt dazu, dass die Rehabilitationsträger unterschiedliche Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs verwenden. Mehrfache Untersuchungen und Begutachten von Leistungsberechtigten führen in der Folge zu unnötigen Zeitverlusten und vermeidbaren Kostensteigerungen.

3. Unabhängige Beratung von Menschen mit Behinderungen in § 32 SGB IX

Die DEGEMED begrüßt grundsätzlich die Einführung einer „ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung“ in § 32 SGB IX –neu. Der Gesetzesvorschlag enthält jedoch keinen Rechtsanspruch auf diese ergänzende unabhängige Beratung. Zudem bleibt unklar, inwiefern die Beratung wohnortnah erfolgt. Auch bleibt unklar, nach welchen Qualitätskriterien die Beratung sichergestellt wird.

Der aktuelle Gesetzesentwurf muss sicher stellen, dass die Einführung der ergänzenden Teilhabeberatung auch zu einem für jeden Leistungsberechtigten zugänglichen, wohnortnahen und barrierefreien Beratungsangebot führt.

Die ersatzlose Streichung der Gemeinamen Servicestellen für Rehabilitation (Gemeinsame Servicestellen) ist kritisch zu prüfen. Das BTHG darf nicht zu einem Rückzug der gesetzlichen Rehabilitationsträger aus der Beratung führt. Es ist vom Gesetzgeber zu untersuchen, welche Struktur die Gemeinsamen Servicestellen ersetzen sollen. Zudem sollten zumindest dort, wo die Gemeinsamen Servicestellen errichtet worden sind und auch funktionieren, diese erhalten werden können.

Vorschlag:

§ 32 SGB IX – neu (Ergänzende unabhängige Beratung)

(1) Alle Menschen mit Behinderungen und alle von Behinderung bedrohten Menschen haben Anspruch auf eine wohnortnahe, unabhängige ergänzende Beratung. Zur Stärkung der Selbstbestimmung dieser Menschen fördert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales daher niedrigschwellige Angebote, die bereits im Vorfeld der Beantragung konkreter Leistungen zur Verfügung stehen. ...“

Begründung:

Der Vorschlag stellt sicher, dass zeitnah niedrigschwellige wohnortnahe Beratungsangebote für Leistungsberechtigte entstehen und die Förderung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales zielgerichtet eingesetzt wird.

4. Streichung von § 37 Abs. 4 SGB IX

Die Leistungsqualität sowie die Verfahren der externen Qualitätssicherung und die Maßnahmen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements haben im Bereich der medizinischen Rehabilitation durch die kontinuierliche gemeinsame Entwicklungsarbeit der gesetzlichen Rehabilitationsträger und der Leistungserbringern einen hohen Standard erreicht. Wesentliche Voraussetzung für diese Qualitätsentwicklung sind klare und transparente Struktur- und Qualitätsanforderungen, die für Leistungserbringer gleichermaßen gelten. Der Referentenentwurf sieht dagegen in § 37 Abs. 4 SGB IX – neu für Rehabilitationsträger die Möglichkeit vor, selektiv abweichende Qualitätsanforderungen zu vereinbaren. Objektive Kriterien oder ein transparentes Auswahlverfahren benennt die Norm dafür aber nicht. Entscheidungen über eine selektive Vereinbarung einer höheren Qualität wären damit intransparent und nicht überprüfbar. Um Intransparenz zu vermeiden, sollten höhere, von den Gemeinsamen Empfehlungen abweichende Qualitätsanforderungen daher ausschließlich durch Vereinbarungen mit den maßgeblichen Spitzenverbänden der Leistungserbringer in der Rehabilitation und Teilhabe erfolgen. Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement sind heute ebenfalls standardisiert und gelten für alle Dienst und Einrichtungen gleichermaßen. Selektive Sondervereinbarungen wären dagegen kontraproduktiv.

Vorschlag:

§ 37 Abs. 4 SGB IX – neu (Qualitätssicherung, Zertifizierung):

(4) „Die Rehabilitationsträger können mit ~~den Einrichtungen, die für sie die Leistungen erbringen~~ den maßgeblichen Verbänden der Leistungserbringer über Absatz 1 hinausgehende Anforderungen an die Qualität ~~und das Qualitätsmanagement~~ vereinbaren. Zusätzliche Vereinbarungen an die Qualität werden gesondert refinanziert.“

Begründung:

Die Norm schafft die Möglichkeit zur Differenzierung der Qualitätsanforderungen auf der Basis von Vereinbarungen der Rehabilitationsträger mit den maßgeblichen Spitzenverbänden der Leistungserbringer. Selektive Abweichungen von etablierten Struktur- und Leistungsstandards sind damit nur nach vorheriger Verhandlung und Festlegung in einem transparenten und diskriminierungsfreien Verfahren möglich.

5. Schaffung verbindlicher Rahmenverträge in § 38 SGB IX

Deutschland hat eine hoch entwickelte und leistungsfähige Reha-Infrastruktur. Die bisherigen Regelungen zum Leistungserbringerrecht der Rehabilitation sind jedoch defizitär. Es gibt vor allem keine gesetzlich vorgeschriebenen Rahmenvereinbarungen für die transparente und diskriminierungsfreie Ausgestaltung des Marktzugangs in einem offenen Zulassungssystem und der Zusammenarbeit zwischen Kostenträgern und Reha-Einrichtungen. Hier besteht eine Regelungslücke im SGB IX. Denn bisher enthält das SGB IX neben unverbindlichen Programmsätzen lediglich im aktuellen § 21 Abs. 1 Regelbeispiele für Vertragsinhalte sowie in Abs. 2 ein Harmonisierungsgebot gegenüber den Rehabilitationsträgern sowie deren Ermächtigung zum Abschluss von Gemeinsamen Empfehlungen und Rahmenvereinbarungen.

Diese Regelungen sind im Wesentlichen unwirksam. Auch 15 Jahre nach Inkrafttreten des SGB IX existieren weder Gemeinsame Empfehlungen noch Rahmenvereinbarungen der Rehabilitationsträger mit den Verbänden der Leistungsanbieter über die relevanten Vertragsinhalte. Aufgrund fehlender gesetzlicher Sanktionsmechanismen ist auch in Zukunft nicht mit der Verabschiedung von Gemeinsamen Empfehlungen oder mit der Aufnahme von Verhandlungen mit den Verbänden oder Arbeitsgemeinschaften der Leistungsanbieter durch die Rehabilitationsträger zu rechnen.

Die DEGEMED fordert daher die Schaffung einer Rechtsgrundlage für verbindliche Rahmenverträge zwischen den gesetzlichen Rehabilitationsträgern und den Verbänden der Leistungserbringer, die die wesentlichen Aspekte der Zusammenarbeit rechtssicher, transparent und diskriminierungsfrei regeln.

Vorschlag:

Änderung § 38 SGB Abs. 3 und 4 IX-neu (Verträge mit Leistungserbringern)

(3) „Die Rehabilitationsträger schließen mit den maßgeblichen Spitzenverbänden der Leistungserbringer für jede Leistungsgruppe nach § 5 Rahmenverträge ab. Die Rahmenverträge enthalten Regelungen über

- 1. Grundsätze der Verhandlung über den Abschluss von Verträgen nach Abs. 1,*
- 2. Grundsätze über Vergütungsbestandteile, die Ermittlung der Vergütungshöhe und ihrer Anpassung,*
- 3. Grundsätze der Qualitätssicherung, insbesondere deren Instrumente sowie der Nutzung und Weitergabe der Ergebnisse.*

4. Marktanalysen und Prognosen der Bedarfsentwicklungen aus Sicht der Rehabilitationsträger

5. Grundsätze der Auswahl von Einrichtungen und Diensten nach § 19 Abs. 4.

Der Bundesbeauftragte für Datenschutz wird beteiligt. Vereinbaren die Rehabilitationsträger nicht innerhalb von 6 Monaten, nachdem das BMAS sie dazu aufgefordert hat, Rahmenverträge nach Abs. 2 Satz 1, kann das BMAS Regelungen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates erlassen.“

(4) „Fachlich geeignete Dienste und Einrichtungen haben einen Anspruch auf Abschluss eines Vertrages nach § 21 Abs. 1. Verträge mit fachlich nicht geeigneten Diensten und Einrichtungen werden gekündigt. ...“

Begründung:

Mit dem Vorschlag wird eine Regelungslücke im SGB IX geschlossen. Verbindliche Rahmenverträge zwischen Rehabilitationsträgern und den Verbänden der Leistungsanbieter schaffen die Grundlage für ein europarechtlich gebotenes, offenes und diskriminierungsfreies Zulassungssystem mit einem Rechtsanspruch auf Marktzugang für alle objektiv geeigneten Anbieter. Sie sind zugleich wesentliche Voraussetzung für die Sicherstellung von Qualität und Transparenz der Leistungen im Interesse der Leistungsberechtigten und der gesetzlichen Rehabilitationsträger.

6. Keine Einschränkung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im neuen Eingliederungshilferecht (§ 109 SGB IX)

Das Eingliederungshilferecht wird mit dem BTHG in das SGB IX überführt. Den Schritt, ein einheitliches Teilhaberecht zu schaffen, begrüßen wir als DEGEMED.

Aus Sicht der DEGEMED darf die Überführung in ein neues Teilhaberecht aber keinesfalls zu Leistungseinschränkungen bei Menschen mit Behinderungen führen. Der im Referentenentwurf neu geschaffene § 109 SGB IX genügt diesem Anspruch jedoch nicht. Er verengt die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation auf Leistungen der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV). Das bedeutet, dass medizinische Reha-Leistungen mit einem anderen Leistungsziel, -umfang oder -inhalt (wie z. B. bei der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung, der Träger der Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge, der Träger der öffentlichen Jugendhilfe, der Träger der Sozialhilfe) von Leistungsberechtigten im Hilfesystem der Eingliederungshilfe nicht in Anspruch genommen werden können. Dies führt zu einer unsachgemäßen Einschränkung der Leistungen für diese Menschen mit Behinderungen.

Wir fordern daher, die Leistungsziele, den -umfang und -inhalte der medizinischen Rehabilitation nach § 109 SGB IX nicht ausschließlich an der GKV zu orientieren, sondern die Leistungen aller Rehabilitationsträger zum Maßstab zu nehmen.

Vorschlag:

Streichung § 109, Absatz (2) SGB IX-neu: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

- (1) „Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation sind insbesondere die in [§§ 42 Absatz 2 und 3] und [64 Absatz 1 Nummern 3 bis 6] genannten Leistungen.
- (2) ~~Die Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation entsprechen den Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.“~~

Begründung:

Sachlich besteht kein Grund, das Recht auf medizinische Rehabilitation für Menschen mit Behinderungen auf den Leistungskatalog und den Leistungsumfang der GKV zu reduzieren. Mit der vorgeschlagenen Formulierung orientiert sich der Leistungsanspruch auf eine medizinische Rehabilitation im Rahmen der Eingliederungshilfe am tatsächlichen Teilhabebedarf des Leistungsberechtigten.

7. Gewährleistung des Wunsch- und Wahlrechts in § 40 SGB V

Das Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 SGB IX (künftig § 8 SGB IX) ist gerade für Menschen mit Behinderungen von großer Bedeutung. Es garantiert die selbstbestimmte Inanspruchnahme von Leistungen. Das Wunsch- und Wahlrecht wird in der UN-BRK gesondert hervorgehoben.

Versicherten wird die Ausübung ihres Wunsch- und Wahlrechts bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im SGB V heute allerdings praktisch nur zugestanden, wenn sie die Mehrkosten für die von ihnen gewünschte Leistung oder Einrichtung übernehmen (Mehrkostenvorbehalt). Krankenkassen stützen ihre Forderung nach einer Beteiligung an den Mehrkosten auf § 40 Abs. 2 Satz 2 SGB V. Insbesondere Menschen mit Behinderungen ist diese Kostenübernahme oft nicht möglich. Sie werden damit von einem echten Wunsch- und Wahlrecht ausgeschlossen.

Die DEGEMED fordert daher ein Klarstellung des Vorrangs der Regelung im SGB IX durch eine Streichung der spezialgesetzlichen Regelung im SGB V.

Vorschlag:**Änderung § 40, Absatz 2 SGB V – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**

(2) „Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 20 Abs. 2a des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht; für pflegende Angehörige kann die Krankenkasse unter denselben Voraussetzungen stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a 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 des Neunten Buches angemessen sind.“~~

Begründung:

Es muss klargestellt werden, dass das Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 (neu: § 8) SGB IX auch bei Versicherten der GKV Vorrang vor der einschränkenden Sonderregelung im SGB V hat. Die Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts darf nicht an die Zahlung von Mehrkosten gekoppelt sein.

8. Bedarfsgerechte Reha-Leistungen durch Reha-Quote in § 40 SGB V

Die Gesetzlichen Krankenkassen sind vor allem vor dem Hintergrund steigender Zusatzbeiträge dazu gezwungen, Anträge zur medizinischen Rehabilitation aus wirtschaftlichen Erwägungen heraus eher zu vermeiden als zu unterstützen. Dies führt zu stagnierenden Fallzahlen bei einem gleichzeitig steigenden Bedarf durch die Auswirkungen des demographischen Wandels und der Zunahme chronischer Erkrankungen.

In den nächsten Jahren ist zusätzlich mit stetig steigenden Zahlen an Pflegebedürftigen zu rechnen. Pflegebedürftigkeit lässt sich vermeiden oder hinaus zögern, wenn gemäß dem Grundsatz „Reha vor Pflege“ mehr Menschen eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nehmen können. Im Jahr 2014 empfahl der Medizinische Dienst der gesetzlichen Krankenversicherung (MDK) aber nur bei etwa 0,6 Prozent der Antragsteller auf Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung Reha-Leistungen zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit.

Die Gesamtausgaben der Krankenversicherung sind seit 1995 um mehr als 50% gestiegen. Die Ausgaben für die Rehabilitation wurden jedoch trotz eines höheren Bedarfs durch den demographischen Wandel und andere Faktoren nicht erhöht. Sie lagen im Jahr 2014 gerade einmal bei 1,3% der Gesamtausgaben. 1995 hat dieser Wert immerhin noch 1,8% betragen.

Die DEGEMED schlägt daher vor, dass äquivalent zu den Präventionsleistungen der GKV im SGB V eine feste Ausgabenquote für medizinische Reha-Leistungen im SGB V verankert wird. Nur so kann erreicht werden, dass die GKV angesichts der Zunahme chronischer Erkrankungen und bei der steigenden Zahl der älteren Menschen in der Gesellschaft ihrem gesetzlichen Auftrag nachkommt und bedarfsgerechte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Teilhabe zur Verfügung stellt und nicht versucht, Leistungsausgaben zu Lasten von Menschen mit Behinderungen zu senken.

Vorschlag:

Ergänzung § 40 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(8) „Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dieser Vorschrift sollen insgesamt im Jahr 2017 mindestens 2% der gesamten Leistungsausgaben umfassen. Unterschreiten die jährlichen Ausgaben einer Krankenkasse den Betrag nach Satz 1 für Leistungen nach § 40, § 41, § 42 oder § 43, so stellt die Krankenkasse diese nicht ausgegebenen Mittel im Folgejahr zusätzlich für Leistungen nach § 40, § 41, § 42 oder § 43 zur Verfügung. Die Ausgaben nach den Sätzen 1 und 2 sind in den Folgejahren entsprechend der

prozentualen Veränderung der Zahl der pflegebedürftigen Personen gemäß § 14, Absatz 1 des Elften Buches anzupassen.“

Begründung:

Um eine bedarfsgerechte Versorgung mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der GKV für Menschen mit Behinderungen und zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit sicher zu stellen, ist eine feste Ausgabenquote der GKV in Höhe von 2% an allen Leistungsausgaben für die medizinische Rehabilitation festzuschreiben.

Die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V. (DEGEMED) ist Spitzenverband der medizinischen Rehabilitation und vertritt in ganz Deutschland indikationsübergreifend die Interessen stationärer und ambulanter Reha-Einrichtungen in öffentlicher, frei-gemeinnütziger und privater Trägerschaft.