

Tragende Gründe



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Rehabilitations- Richtlinie: Anpassung der Verweise auf ICF

Vom 17. April 2014

Inhalt

1. Rechtsgrundlage	2
2. Eckpunkte der Entscheidung	2
3. Würdigung der Stellungnahmen	2
4. Bürokratiekostenermittlung	3
5. Verfahrensablauf	3
6. Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens	5
6.1 Einleitung des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens	5
6.2 Eingegangene Stellungnahmen	5
6.3 Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen	7
A. Stellungnahmen mit Änderungsvorschlag	7
B. Stellungnahmen mit Zustimmung für Position A	11
C. Stellungnahmen mit Zustimmung für Position B	12
D. Stellungnahmen mit Zustimmung allgemein bzw. für Positionen A und B	16
E. Stellungnahmen zu Richtlinieninhalten, die nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens waren	18
6.4 Mündliche Stellungnahmen	23

1. Rechtsgrundlage

Die Anlage 1 der Rehabilitations-Richtlinie (Re-RL) enthält Erläuterungen und Begriffsbestimmungen beruhend auf der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedeten Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Sie wurde mit Stand vom 16. März 2004 der Richtlinie beigefügt und blieb bisher unverändert. Inzwischen wurde die deutschsprachige Fassung der ICF im Oktober 2005 aktualisiert und ist im Internet¹ abrufbar. Im Richtlinien-text wird auf die Anlage 1 und die dieser zugrunde liegenden ICF der WHO als konzeptionelle und begriffliche Grundlage von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Bezug genommen.

Vor Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über Änderungen der Rehabilitations-Richtlinie ist den Organisationen nach § 92 Abs. 5 SGB V sowie nach § 91 Abs. 5 SGB V der Bundesärztekammer und der Bundeszahnärztekammer Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Frist für die Abgabe von Stellungnahmen soll mindestens 4 Wochen betragen (§ 33 Abs. 1 der Verfahrensordnung des G-BA). Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

Nach § 92 Abs. 5 Satz 1 SGB V sind u. a. Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 bis 7 SGB IX stellungnahmeberechtigt vor Änderung der Rehabilitations-Richtlinie. Mit Beschluss vom 21. Februar 2013 hat der G-BA im 1. Kapitel § 9 Abs. 3a der VerfO das Verfahren zur Feststellung der stellungnahmeberechtigten Rehabilitationsträger geregelt. Auf der Grundlage dieser Regelung hat der G-BA am 18. September 2013 die Liste der stellungnahmeberechtigten Rehabilitationsträger bzw. repräsentativ ihrer Spitzenverbände beschlossen, welche im Stimmabgabeverfahren zu Grunde gelegt wurde.

2. Eckpunkte der Entscheidung

In § 4 Absatz 1 Satz 2 der Richtlinie wird der bisherige Verweis auf die Anlage 1 ersetzt durch einen dynamischen Verweis auf die deutschsprachige Fassung der ICF, herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) und in der jeweils aktuellen Fassung abrufbar unter www.dimdi.de.

Anlage 1 der Richtlinie wird in aktualisierter Fassung weiterhin beibehalten.

Aktualisiert wurde in Anlage 1 insbesondere die teilweise überholte Darstellung der historischen Entwicklung der ICF in Abschnitt 1. Durch Aufnahme eines dynamischen Verweises auf die jeweils gültige Fassung der ICF unter www.dimdi.de wird die Häufigkeit ggf. erforderlicher Aktualisierungen des Textes minimiert. Der 3. Spiegelstrich des Abschnittes 2.1 und der 3. Satz des 2. Spiegelstriches in Abschnitt 2.2 wurden sprachlich geschärft. Im 2. Spiegelstrich des Abschnittes 2.2 wurde die bisherige Aufführung von Beispielen zu personbezogenen Faktoren gestrichen, da diese als solche von der WHO nicht klassifiziert sind. Die Darstellungen in Abschnitt 4 einschließlich der dort enthaltenen Tabelle 1 sind verzichtbar und wurden daher gestrichen.

3. Würdigung der Stellungnahmen

Der G-BA hat die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen ausgewertet. Als Ergebnis der Auswertung des Stimmabgabeverfahrens haben sich die Bänke und die Patientenvertretung darauf verständigt, in § 4 Absatz 1 Satz 2 der Richtlinie einen dynamischen Verweis auf die ICF unter www.dimdi.de aufzunehmen und die Anlage 1 in aktualisierter Fassung beizubehalten. Im Rahmen der Aktualisierung der Anlage 1 wurden dort folgende Änderungen vorgenommen:

¹ Abgerufen unter <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endfassung/> am 14. März 2014.

- Abschnitt 1 wurde aktualisiert und hierzu neu gefasst,
- in Abschnitt 2.1 wurden im 3. Spiegelstrich die Wörter „die Person mit einem bestimmten Gesundheitszustand“ ersetzt durch die Wörter „die Funktionsfähigkeit einer Person“,
- in Abschnitt 2.2 wurde der 2. Spiegelstrich neu gefasst und
- der Abschnitt 4 wurde einschließlich Tabelle 1 ersatzlos gestrichen.

Das Stellungnahmeverfahren ist in Abschnitt 7 dokumentiert.

4. Bürokratiekostenermittlung

Da durch diesen Beschluss keine neuen Informationspflichten entstehen, entfällt eine entsprechende Bürokratiekostenermittlung.

5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
07.08.2013	UA VL	Beschlussentwurf der Liste der stellungnahmeberechtigten Rehabilitationsträger vor Änderung der Re-RL und Beschlussentwurf zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens: Anpassung der Verweise auf ICF, beides zur Vorlage an das Plenum
19.09.2013	G-BA	Beschluss der Liste der stellungnahmeberechtigten Rehabilitationsträger vor Änderung der Re-RL und Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor Änderung der Re-RL: Anpassung der Verweise auf ICF
16.12.2013	UA VL	Anhörung und Auswertung der Stellungnahmen
12.01.2014	UA VL	Beauftragung der AG Re-RL mit der Auswertung der Stellungnahmen
02.04.2014	UA VL	Auswertung der Stellungnahmen sowie Beschluss der Beschlussunterlagen (Beschlussentwurf, tragende Gründe)
17.04.2014	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Rehabilitations-Richtlinie
TT.MM.JJJJ		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Absatz 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit / Auflage
TT.MM.JJJJ	XY	<i>ggf. weitere Schritte gemäß VerfO soweit sie sich aus dem Prüfergebnis gemäß § 94 Absatz 1 SGB V des BMG ergeben</i>
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

Berlin, den 17. April 2014

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken

6. Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens

Die Volltexte zur Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens sind in der Anlage zu den Tragenden Gründen beigefügt.

6.1 Einleitung des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens

Der G-BA hat in seiner Sitzung am 19. September 2013 gemäß 1. Kapitel § 10 Absatz 1 der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO) beschlossen, ein Stellungnahmeverfahren nach § 92 Absatz 5 Satz 1 SGB V sowie § 91 Abs. 5 SGB V vor seiner Entscheidung über eine Änderung der Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie) einzuleiten. Den zur Stellungnahme berechtigten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer, der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), den Rehabilitationsträgern bzw. einbezogenen Spitzenorganisationen von Rehabilitationsträgern sowie der Bundesärztekammer wurde Gelegenheit gegeben, innerhalb einer Frist von 4 Wochen zur beabsichtigten Änderung der Rehabilitations-Richtlinie Stellung zu nehmen (26. September 2013 bis 28. Oktober 2013). Den angeschriebenen Organisationen wurden anlässlich der Beschlussfassung des G-BA zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens auch die Tragenden Gründe als Erläuterung übersandt.

6.2 Eingegangene Stellungnahmen

Die eingegangenen Stellungnahmen der Institutionen / Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme (SN) gegeben wurde, sowie entsprechende Eckdaten zum Eingang und zur Anhörung sind in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

Stellungnahmeberechtigte	Eingang SN	Bemerkungen
Bundesärztekammer (BÄK) gemäß § 91 Absatz 5 SGB V	28.10.2013	Verzicht auf mündliche Stellungnahme
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) gemäß § 92 Absatz 5 Satz 1 SGB V	09.10.2013	

Maßgebliche Spitzenorganisationen der Leistungserbringer nach § 92 Absatz 5 Satz 1 SGB V:

Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendrehabilitation e.V.	Keine	
AWO Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.	28.10.2013	
Bundesarbeitsgemeinschaft der medizinisch-beruflichen Rehabilitationseinrichtungen e.V. (Phase II)	Keine	
Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e.V. (BAG RPK)	Keine	
Bundesverband ambulanter medizinischer Rehabilitationszentren e.V. (BamR)	25.10.2013	
Bundesverband ambulant-teilstationäre Neurorehabilitation e.V.	24.10.2013	
Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK)	Keine	
Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BEB)	28.10.2013	
Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss)	01.11.2013	verfristet eingereichte Stellungnahme
Bundesverband Geriatrie e.V.	09.10.2013	

Stellungnahmeberechtigte	Eingang SN	Bemerkungen
Bundesverband Katholische Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche e.V. (BVRKJ)	Keine	
Bundesverband privater Träger der freien Kinder-, Jugend- und Sozialhilfe e. V. (VPK)	Keine	
Caritas Suchthilfe e.V. – Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im Deutschen Caritasverband (CaSu)	Keine	
Der Paritätische Gesamtverband e.V.	28.10.2013	
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V. (DEGEMED)	14.10.2013	
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)	Keine	
Deutscher Heilbäderverband e.V.	Keine	
Deutsches Müttergenesungswerk (MGW)	28.10.2013	
Deutsches Rotes Kreuz e.V. (DRK)	Keine	
Diakonie Deutschland e.V. – Evangelischer Bundesverband	Keine	
Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. (fdr)	Keine	
Fachverband Sucht e.V.	07.10.2013	
Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe – Fachverband der Diakonie Deutschland e.V. (GVS)	24.10.2013	
Kneipp-Bund e.V.	Keine	
Verband Deutscher Kurörtlicher Betriebe e.V. (VDKB)	Keine	
Zentralverband ambulanter Therapieeinrichtungen Deutschland e.V. (ZAT)	Keine	

Rehabilitationsträger bzw. einbezogene Spitzenorganisationen von Rehabilitationsträgern gemäß § 92 Absatz 5 Satz 1 SGB V:

Bundesagentur für Arbeit	22.10.2013	
Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter (BAGLJÄ)	23.10.2013	
Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS)	11.10.2013	
Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände	Keine	
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) – Spitzenverband	Keine	
Deutsche Rentenversicherung Bund	Keine	
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau	Keine	

6.3 Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen

A. Stellungnahmen mit Änderungsvorschlag

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung/ Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
1.	Arbeiterwohlfahrt Bundesverband (AWO)	<p>Der AWO Bundesverband e.V. begrüßt die Absicht des Gemeinsamen Bundesausschusses, die in der Rehabilitationsrichtlinie enthaltenen Verweise auf die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) anzupassen.</p> <p>Zu den Punkten der Beschlussvorlage nehmen wir wie folgt Stellung:</p> <p>Zu 1: Der Verweis auf die Anlage 1 im Inhaltsverzeichnis wird nicht gestrichen.</p> <p>Zu 2: Hinter die vorgeschlagene Änderung wird in Klammern eingefügt: „siehe auch Anlage1“.</p> <p>Zu 3: Zustimmung</p> <p>Zu 4: Wir können uns weder vollständig der Position A noch der Position B anschließen. Wir halten die Beibehaltung der Anlage 1 für sinnvoll und vertreten zudem die Auffassung, dass die Rehabilitationsrichtlinie ohne weitere Quellennutzung verwendbar sein sollte.</p> <p>Daher schlagen wir eine Position C vor, die wir folgendermaßen konkretisieren:</p> <p>a) Unter Ziffer 1 wird der ersetzende Satz aus Position B übernommen.</p>	<p>Änderungsvorschläge für Richtlinie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zu 1. im BE: Verweis auf Anlage 1 im Inhaltsverzeichnis nicht streichen • Zu 2. im BE: "(...) und Gesundheit (ICF) in der jeweils aktuellen Fassung (www.dimdi.de, <u>siehe auch Anlage 1</u>)" <p>Änderungsvorschläge für Anlage 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Änderung wie Position B • unter dem 4. Abschnitt Streichung der Tabelle und Aktualisierung des übrigen Textes • neuer Abschnitt 5. mit knapper praxistauglicher Erläuterung zur Handhabung der ICF 	<p>Wir halten die Beibehaltung der Anlage 1 für sinnvoll und vertreten zudem die Auffassung, dass die Rehabilitationsrichtlinie ohne weitere Quellennutzung verwendbar sein sollte.</p> <p>Da die Begrifflichkeiten der ICF unter Ziffer 2 [der Anlage 1, Anm. der GF] definiert werden, halten wir die Tabelle 1 (Vergleich ICF und ICIDH) für überflüssig und empfehlen die Streichung.</p>	<p>- dynamischer Verweis auf die jeweils aktuelle ICF-Fassung wird aufgenommen</p> <p>- die Anlage 1 wird beibehalten und insbesondere in Abschnitt 1 aktualisiert</p> <p>- Abschnitt 4 (einschließlich Tabelle 1) wird gestrichen</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung/ Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>b) Unter Ziffer 4 werden die Absätze vor der Tabelle 1 im Hinblick auf die in Bezug genommenen Empfehlungen und Richtlinien aktualisiert. Da die Begrifflichkeiten der ICF unter Ziffer 2 definiert werden, halten wir die Tabelle 1 (Vergleich ICF und ICIDH) für überflüssig und empfehlen die Streichung.</p> <p>c) Wir regen an, unter einer neuen Ziffer 5 eine knappe praxistaugliche Erläuterung zur Handhabung der ICF für das Ausfüllen des Formulars „Muster 61“ bei Verordnung von Rehabilitationsleistungen anzufügen. Dabei könnte die Formulierung praxistauglicher Erläuterungen vom G-BA als Auftrag vergeben werden.</p> <p>d) Weiter schlagen wir vor, unter einer neuen Ziffer einen Link zum ICF-Leitfaden 1 der BAR einzufügen. Damit könnte auf eine ausführliche Darstellung gemäß c verzichtet werden.</p>	<p>für das Ausfüllen des Formulars „Muster 61“ (Formulierung kann als Auftrag vergeben werden) oder alternativ: Link zum ICF-Leitfaden 1 der BAR</p>		
2.	<p>Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BEB)</p>	<p>Ad 1: Der Verweis auf die Anlage 1 wird im Inhaltsverzeichnis nicht gestrichen. Allerdings wird – siehe Ausführungen zu Punkt 4 – die Anlage 1 überarbeitet.</p> <p>Ad 2: Hinter die vorgeschlagene Änderung wird in Klammern eingefügt: „siehe auch Anlage 1“.</p> <p>Ad 3: Der BeB stimmt dieser Änderung zu.</p> <p>Ad 4: Weder Position A noch Position B kann zugestimmt werden. Vielmehr wird seitens des BeB Position C vertreten, die wie folgt formuliert wird:</p> <p>a) Unter Ziffer 1 wird der ersetzende Satz aus Position B übernommen.</p> <p>b) Unter Ziffer 4 werden die Absätze vor der Tabelle 1 im Hinblick auf die in Bezug genommenen Empfehlungen und Richtlinien aktualisiert.</p>	<p>Änderungsvorschläge wie oben (AWO)</p>	<p>Die Rehabilitations-Richtlinie sollte ohne weitere Quellen-nutzung unmittelbar für den Anwender brauch-bar sein. Die ICF ist jedoch noch nicht allgemein bekannt bzw. zumindest nicht präsent. Der Verweis auf die ICF als Gesamtwerk ist daher wenig hilfreich, da in der Regel nicht erwartet werden kann,</p>	<p>Siehe unter 1.</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung/ Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Die Tabelle 1 mit dem Vergleich der ICIDH von 1980 und ICF wird ersatzlos entfernt. Die Begrifflichkeiten der ICF sind unter Ziffer 2 hinreichend definiert.</p> <p>c) Unter einer neuen Ziffer 5 wird eine knappe praxistaugliche Erläuterung zur Handhabung der ICF für das Ausfüllen des Formulars „Muster 61“ bei Verordnung von Rehabilitationsleistungen angefügt.</p> <p>Diese Erläuterungen praxistauglich zu formulieren, könnte vom G-BA als Auftrag vergeben werden.</p> <p>d) Unter Ziffer 5 oder einer weiteren Ziffer 6 wird ein Link zum ICF-Leitfaden 1 der BAR eingefügt. Mit diesem Verweis kann auf eine allzu ausführliche Darstellung gemäß c verzichtet werden.</p>		<p>dass sich ein "einfacher" Nutzer mit dem gesamten Text der ICF befasst, zumal die Einleitung dort deutlich länger ist. Hierbei ist insbesondere zu beachten, dass die Richtlinien nicht nur von entsprechend qualifizierten Ärzten genutzt werden, sondern etwa auch von Selbsthilfegruppen und Sachbearbeitern der Krankenkassen; auch für die Ärzte liegt der Reha-Kurs oft schon länger zurück.</p> <p>Schließlich wird durch das Beibehalten einer Anlage 1 zur ICF die Bedeutung der ICF akzentuiert.</p>	
3.	Müttergenesungswerk (MGW)	<p>Die Elly Heuss-Knapp-Stiftung, Deutsches Müttergenesungswerk (MGW) begrüßt den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses, die in der Rehabilitations-Richtlinie (Re-RL) enthaltenen Verweise auf die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) anzupassen.</p> <p>Zu den Punkten in dem Beschlussentwurf nehmen wir wie</p>	Änderungsvorschläge wie oben (AWO)		Siehe unter 1.

Lfd. Nr.	Stellung-nehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung/Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>folgt Stellung:</p> <p>Zu 1.: Der Verweis auf die Anlage 1 im Inhaltsverzeichnis wird nicht gestrichen.</p> <p>Zu 2.: Hinter der vorgeschlagenen Änderung wird in Klammern eingefügt: „siehe auch Anlage1“.</p> <p>Zu 3.: Zustimmung.</p> <p>Zu 4.: Weder Position A, noch Position B kann vollständig zugestimmt werden. Wir schlagen stattdessen eine Position C vor: (...)</p> <p>[siehe Spalte Zusammenfassung/Änderungsvorschlag]</p>			

B. Stellungnahmen mit Zustimmung für Position A

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung/Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
4.	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)	<p>Wir begrüßen ausdrücklich die mit der beabsichtigten Änderung einhergehende Anpassung der in der Re-RL enthaltenen Verweise auf die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO.</p> <p>Nicht zuletzt auch in Anbetracht der in § 4 Abs. 1 Satz 2 Re-RL beabsichtigten Aufnahme einer Verweisung auf www.dimdi.de sprechen wir uns hinsichtlich der die Anlage zur Richtlinie betreffenden Fragestellung für eine ersatzlose Streichung (Position A) aus.</p> <p>Begründung:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nach 12 Jahren ist die ICF mittlerweile ausreichend bekannt. 2. Der Vergleich von ICDH und ICF ist überflüssig geworden. 3. Derzeit und auf Dauer werden jährliche Anpassungen (Updates) der ICF erfolgen. Eine solche Anlage zur Reha-Richtlinie müsste ggf. ebenso jährlich angepasst werden. 4. Ein Upgrade könnte bereits 2015/2016 im Zusammenhang mit der Entwicklung der ICD 11 möglich sein, da ein Bezugssystem zwischen ICD 11 und ICE geplant ist. 5. Es gibt mittlerweile ausreichend andere im Umlauf befindliche Literatur, um sich in die ICF betreffenden Fragen zu informieren (z.B. ICE-Praxisleitfäden der BAR). 	Zustimmung Position A		<ul style="list-style-type: none"> - dynamischer Verweis auf die jeweils aktuelle ICF-Fassung wird aufgenommen - die Anlage 1 wird beibehalten und insbesondere in Abschnitt 1 aktualisiert - durch dynamische Verweisung wird Häufigkeit von möglichen Aktualisierungen des Textes minimiert - Abschnitt 4 (einschließlich Tabelle 1) wird gestrichen
5.	Bundesagentur für Arbeit (BA)	Die Bundesagentur für Arbeit als Rehabilitationsträger schließt sich der Position A an. Die ICF ist nunmehr bekannt, so dass die Anlage 1 der Richtlinie entbehrlich ist.	Zustimmung Position A		Siehe unter 4.

C. Stellungnahmen mit Zustimmung für Position B

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung/Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
6.	Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe (buss)	Der Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe ist grundsätzlich mit der Anpassung der Verweise auf ICF in der Re-RL einverstanden und befürwortet dabei die Position B (Verweis auf die Herausgabe der aktuellen deutschen Fassung der ICF durch das DIMDI).	Zustimmung Position B		<ul style="list-style-type: none"> - dynamischer Verweis auf die jeweils aktuelle ICF-Fassung wird aufgenommen - die Anlage 1 wird beibehalten und insbesondere in Abschnitt 1 aktualisiert - Abschnitt 4 (einschließlich Tabelle 1) wird gestrichen
7.	Der Paritätische Gesamtverband e.V.	<p>Der Paritätische Gesamtverband begrüßt die Absicht des Gemeinsamen Bundesausschusses, die in der Rehabilitationsrichtlinie enthaltenen Verweise auf die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) anzupassen.</p> <p>Die ICF erlaubt nicht nur eine bessere Differenzierung der Störungen der Funktionsfähigkeit, sondern beinhaltet mit ihrem bio-psycho-sozialen Ansatz eine Beschreibung der Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe. Mit der ICF liegt gegenüber der ICD ein mehrdimensionales Klassifikationssystem vor, welches als Ergänzung zur ICD die Folgen und notwendigen Kompensationen von Gesundheitsstörungen differenziert darstellen lässt. Aus diesem Grund ist eine Anpassung der Rehabilitations-Richtlinien überfällig.</p> <p>Die vorgeschlagenen Anpassungen werden in vollem</p>	Zustimmung Position B		Siehe unter 6.

Lfd. Nr.	Stellung-nehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung/Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Umfang begrüßt, wobei der Paritätische unter Punkt 4. die Position B unterstützt.</p> <p>Die jeweils aktuelle deutschsprachige Fassung der ICF durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) erscheint dem Paritätischen als angebrachte und vertrauenswürdige Quelle, auf die in der Rehabilitations-Richtlinie verwiesen werden kann.</p>			
8.	DEGEMED	<p>Die DEGEMED begrüßt die Aktualisierung der Rehabilitations-Richtlinie (Re-RL) und die Anpassung an die aktualisierte deutschsprachige Fassung der ICF. Die ICF bildet inzwischen das wesentliche Bezugssystem für die Erfassung und Bewertung von Teilhabestörungen und deren adäquater Behandlung und Rehabilitation. Bei Leistungserbringern der medizinischen Rehabilitation darf sie daher als bekannt vorausgesetzt werden. Dies gilt nach den Erfahrungen der DEGEMED aber für andere an der Versorgung beteiligte Leistungserbringer nur mit Einschränkungen. Die in der Anlage 1 enthaltenen Erläuterungen und Begriffsbestimmungen sollten daher erhalten bleiben.</p> <p>Stellungnahme im Einzelnen: Zu Nr. 1 - 4</p> <p>1. Vorgeschlagene Änderung Der Kern des Vorschlags besteht in der Streichung der in der Anlage 1 enthaltenen Erläuterungen und Begriffsbestimmungen zur ICF. Die weiteren beabsichtigten Änderungen sind redaktioneller Art und ergeben sich aus der Streichung der Anlage 1.</p> <p>2. Stellungnahme und Vorschlag: Die Anlage 1 sollte beibehalten werden.</p>	Zustimmung Position B		Siehe unter 6.

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung/ Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>3. Begründung:</p> <p>Normadressat der Re-RL sind auch niedergelassene Vertragsärzte. Sie sind im Antragsverfahren für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach den §§ 40 ff SGB V unmittelbar beteiligt. Ihre Aussagen und Einschätzungen liefern die wesentlichen Tatsachengrundlagen für die Entscheidung der Krankenkassen als Rehabilitationsträger über Versagung oder Bewilligung notwendiger Leistungen. Die für die sachgerechte Antragsstellung erforderliche Kenntnis der ICF kann trotz der Schulungen in der Vergangenheit nicht überall gleichermaßen vorausgesetzt werden. Die Erläuterungen und Begriffsbestimmungen sollten daher unmittelbarer Bestandteil der Re-RL bleiben.</p> <p>(... siehe Weiteres unter E.)</p>			
9.	Bundesverband ambulanter Rehabilitationszentren (BamR)	<p>Der BamR begrüßt die Anpassung der Rehabilitations-Richtlinie (Re-RL) an aktuelle Gegebenheiten, wie in diesem Fall den Verweis auf die aktuelle Fassung der ICF. Inhaltlich schließt sich der BamR an die „Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED) vom 14.10.2013 Zur Änderung der Rehabilitations-Richtlinie (Re-RL)“ an, welche Sie im Anhang nochmals angefügt finden. Auch aus Sicht des BamR sollte die Anlage 1 zur Re-RL beibehalten werden.</p>	<p>Zustimmung Position B</p> <p>Siehe DEGEMED</p>		<p>Siehe unter 6.</p>
10.	Fachverband Sucht e.V.	<p>Wir würden die Position B befürworten und halten die vorgeschlagene Neufassung des Textes für sinnvoll.</p>	<p>Zustimmung Position B</p>		<p>Siehe unter 6.</p>
11.	Gesamtverband für Sucht-krankenhilfe (GVS)	<p>der Gesamtverband für Sucht-krankenhilfe in der Diakonie Deutschland unterstützt die Position B zur Änderung der Re-RL ICF.</p> <p>Begründung:</p> <p>Der allgemeine Hinweis auf die deutschsprachige Fassung</p>	<p>Zustimmung Position B</p>		<p>Siehe unter 6.</p>

Lfd. Nr.	Stellung-nehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung/Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		mit der jeweils aktuellen Version auf www.dimdi.de ist nach wie vor hilfreich, weil die Praxisdurchdringung mit ICF noch nicht abgeschlossen ist.			

D. Stellungnahmen mit Zustimmung allgemein bzw. für Positionen A und B

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme
14.	Bundesärztekammer (BÄK)	<p>Die Bundesärztekammer begrüßt die Überarbeitung der Richtlinie im Sinne einer Aktualisierung von Verweisen auf Regularien bzw. Begriffsdefinitionen Dritter. Die Verwendung eines dynamischen Verweises ist sinnvoll.</p> <p>Die Frage der Belassung oder Abschaffung des Anhangs lässt sich nicht eindeutig aus den Vorgaben der Richtlinie ableiten. Die Bereitstellung von Informationen durch den G-BA, die möglicherweise die Umsetzung seiner Richtlinien befördern, wäre im Verständnis einer Service-Funktion durchaus denkbar. Andererseits scheint die konkrete Information problemlos auch an anderer Stelle (beim DIMDI) erhältlich zu sein, so dass allein der Aspekt möglichst schlanker Regularien des G-BA dafür spräche, nur die unmittelbar notwendigen Materialien vorzuhalten. Zudem wäre zu hinterfragen, ob es die Aufgabe der Richtlinie und damit des G-BA sein sollte, zu einem besseren Verständnis der Konzepte der WHO oder sonstiger Organisationen beizutragen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - dynamischer Verweis auf die jeweils aktuelle ICF-Fassung wird aufgenommen - die Anlage 1 wird beibehalten und insbesondere in Abschnitt 1 aktualisiert - durch dynamische Verweisung wird Häufigkeit von möglichen Aktualisierungen des Textes minimiert - Abschnitt 4 (einschließlich Tabelle 1) wird gestrichen
12.	Bundesverband ambulant-teilstationäre Neurorehabilitation e.V.	Wir begrüßen diese Änderung der Rehabilitations-Richtlinie bezüglich der Verweise auf die ICF sehr.	Siehe unter 14.
13.	Bundesverband Geriatrie e.V.	Wir stimmen diesem Entwurf zu.	Siehe unter 14.
15.	Bundesarbeitsgemeinschaft der Landes-	Seitens der BAGLJÄ bestehen keine Bedenken gegen die beabsichtigte Änderung der Rehabilitationsrichtlinie.	Siehe unter 14.

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme
	jugendämter (BAGLJÄ)		
16.	Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS)	BAGüS hat keine Einwände gegen die vorgesehenen Änderungen.	Siehe unter 14.

E. Stellungnahmen zu Richtlinieninhalten, die nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens waren

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Weiteres Vorgehen
1.	Arbeiterwohlfahrt Bundesverband (AWO)	<p>Über die Beschlussvorlage hinaus sehen wir weiteren Handlungsbedarf.</p> <p>1. Überarbeitung § 6 (Verfahren) der Richtlinie</p> <p>Wir möchten anregen, das Verfahren zu vereinfachen. Dazu schlagen wir vor, die Reha-Richtlinie dahingehend zu verändern, dass künftig auf das Muster 60 verzichtet werden kann.</p>	<p>Aus unserer Sicht stellt das zweistufige Verfahren eine Erschwerung in der Beantragung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation dar und steht damit im Widerspruch zu dem im SGB IX formulierten Anspruch, den Zugang zu Reha-Leistungen einfach und unbürokratisch zu gestalten (vgl. § 10 Koordinierung der Leistungen und § 14 Zuständigkeitserklärung). Bereits 2003 wies beispielsweise das MGW in seiner Stellungnahme darauf hin, dass sich die Zweistufigkeit sowohl für die Versicherten als auch für Ärztinnen und Ärzte in der praktischen Anwendung als zu komplex und bürokratisch erwiesen habe.</p> <p>Hinzu kommt, dass die Verordnung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation nur durch einen eingeschränkten Kreis von Ärzten und Ärztinnen erfolgen darf, wie dies in § 11 der Richtlinie geregelt ist. Dadurch ist aus unserer Sicht bereits gewährleistet, dass im Vorfeld der Verordnung ein qualifiziertes Beratungsgespräch und eine Prüfung der Voraussetzungen für die Beantragung von Reha-Leistungen erfolgt.</p>	Kenntnisnahme der Vorschläge; keine Bewertung, da nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens
2.		<p>2. Überarbeitung des Formulars Muster 61</p> <p>Hierzu regen wir an, bei den Abfragen zur Einschränkung der Aktivitäten und Teilhabe den Bereich „Aufgaben in der Familie/familiäres Leben“ zu den Kontextfaktoren hinzuzufügen.</p>	Wir sind der Ansicht, dass das Muster 61 besser für die Zielgruppe ausgestaltet werden kann, die Maßnahmen nach § 41 beantragen möchte.	Siehe unter E1.

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Weiteres Vorgehen
3.	Bundesverband ambulanter Rehabilitationszentren (BamR)	Der BamR möchte an dieser Stelle ebenfalls auf den dringenden Änderungsbedarf in § 6 der Re-RL hinweisen.	Das dort vorgesehene zweistufige Antragsverfahren wirkt eher hemmend als fördernd und steht damit aus Sicht des BamR im Widerspruch zum Gedanken der Teilhabe, der einer der Grundpfeiler der Rehabilitation darstellt.	Siehe unter E1.
4.	Bundesverband ambulanter Rehabilitationszentren (BamR)	<p>Dies vorausgeschickt, möchte der BamR zusätzlich auf ein weiteres durch die Re-RL verursachte Hindernis in der Beantragung medizinischer Rehabilitationsleistungen hinweisen und dessen Beseitigung anregen.</p> <p>Aktuelle Regelung des § 11 der Re-RL:</p> <p>§ 11 der Re-RL sieht für die Genehmigung zur Beantragung medizinischer Rehabilitationsleistungen eine notwendigerweise vorliegende Qualifikation des verordnenden Arztes vor, welche durch die Kassenärztliche Vereinigung zu prüfen ist.</p> <p>Vorschlag (siehe auch Begründung): Verzicht auf die Anforderungen des § 11 Re-RL</p>	<p>Stellungnahme und Vorschlag zu § 11 der Re-RL:</p> <p>Unbestritten sollten ausreichende Kenntnisse zur Anwendung der ICF und zu den sozialgesetzlich vorgesehenen Möglichkeiten bei dem die medizinische Rehabilitation verordnenden Arzt vorhanden sein, um einen qualifizierten Antrag stellen zu können und Patienten mit Rehabilitationsbedarf bestmöglich zu identifizieren. Im Gegensatz zum Antragsverfahren der Deutschen Rentenversicherung sieht die Re-RL durch die Forderung der Qualifikation eine weitere Hürde beim Zugang zu medizinischen Rehabilitationsleistungen vor. Aus Sicht des BamR wird das Antragsverfahren durch diese Regelung unnötig verkompliziert und durch die bei unterschiedlichen Kostenträgern geltenden unterschiedlichen Regelungen intransparenter. Die Voraussetzung für einen qualifizierten Antrag sind zwar die in § 11 der Re-RL geforderten Kenntnisse. Diese Kenntnisse sind aber nicht zwingend ausschließlich an die in § 11 Abs. 2 aufgelisteten Qualifikationen gebunden, sondern können auch auf informellem Wege erlangt werden, was die gängige Praxis der Beantragung medizinischer Rehabilitationsleistungen zu Lasten der Rentenversicherung auch zeigt. Dadurch, dass die Anträge ohnehin vor Genehmigung durch den Kostenträger geprüft werden, erscheint eine weitere Filterung der berechtigten Antragssteller als unnötige</p>	Siehe unter E1.

Lfd. Nr.	Stellung-nehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Weiteres Vorgehen
			zusätzliche Hürde, die wiederum dem Teilhabegedanke entgegensteht. Durch einen Verzicht auf die Anforderungen des § 11 Re-RL würde man einen wichtigen Schritt in Richtung der Vereinheitlichung der Antragsverfahren machen, ohne echte Qualitätsverluste befürchten zu müssen.	
5.	DEGEMED	<p>Weiterer dringender Reformbedarf ergibt sich bei der Ausgestaltung des bisherigen so genannten zweistufigen Antragsverfahrens (§ 6 Re-RL). Dieses gestufte Antragsverfahren hat sich in der Vergangenheit als Zugangsbarriere zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entwickelt und Reha-Leistungen der Krankenkassen außerhalb der Anschlussheilbehandlung bzw. der Anschlussrehabilitation (AHB / AR) faktisch abgeschafft.</p> <p>(...)</p> <p>§ 6 Re-RL sieht in seiner aktuellen Ausgestaltung ein so genanntes zweistufiges Antragsverfahren vor. Die Mitteilung eines möglichen Rehabilitationsbedarfs eines Versicherten durch den Vertragsarzt mit dem Vordruck Muster 60 löst zunächst die Zuständigkeitsprüfung der Krankenkasse aus (§ 6 Abs. 1 und 2 Re-RL, erste Stufe). Bei begründeter Zuständigkeit verordnet der Vertragsarzt mit dem Vordruck Muster 61 eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Über diese Verordnung entscheidet die Krankenkasse erneut und bewilligt oder versagt die beantragte Leistung (§ 6 Abs. 3 Re-RL, zweite Stufe).</p> <p>Das zweistufige Verfahren sollte durch ein einstufiges ersetzt werden. Dazu sollte § 6 der Re-RL folgendermaßen geändert werden:</p> <p>(1) Ergibt sich aus dem Beratungsgespräch, dass</p>	<p>Die Zergliederung des Antragsverfahrens in zwei Stufen ist nicht sachgerecht. Sie führt zu Verzögerungen bei der Entscheidung über die Leistung und erschwert deutlich den Zugang von Rehabilitanden zur medizinisch gebotenen Versorgung.</p> <p>Dies belegt der drastische und anhaltende Rückgang von medizinischer Reha der Krankenkassen nach einem Antragsverfahren und das mengenmäßige Verhältnis zu den Leistungen im Wege einer Anschlussheilbehandlung bzw. Anschluss-Reha (AHB / AR). Inzwischen liegt ihr Anteil bei nur noch 16,9% von allen medizinischen Reha-Leistungen (2011: 124.926 Fälle gegenüber 612.962 Fällen AHB / AR; Quelle: BMG, KG5).</p> <p>Der Aufspaltung in mehrere Verfahrensschritte führt auch nicht zu zusätzlichen Erkenntnissen, die die Verzögerung rechtfertigen könnten. Denn alle mit den beiden Vordrucken Muster 60 und 61 erhobenen Tatsachen können ohne weiteres auch in einem einzigen Vordruck zusammen angegeben werden. Ebenso sind alle Krankenkassen ohne weiteres in der Lage die für die Feststellung ihrer Zuständigkeit relevanten versicherungsrechtlichen und die für die Leistungsbewilligung notwendigen persönlichen Voraussetzungen nach § 7 Re-RL in einem einzigen Schritt zu prüfen.</p> <p>Versicherte Antragssteller und niedergelassene</p>	Siehe unter E1.

Lfd. Nr.	Stellung-nehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Weiteres Vorgehen
		<p>Leistungen zur medizinischen Rehabilitation notwendig sein können und der Versicherte diese in Anspruch nehmen will, verordnet der Vertragsarzt mit Zustimmung der Versicherten die Leistungen auf dem Vordruck Muster xx „Verordnung von medizinischer Rehabilitation“, der der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt von der Krankenkasse zur Verfügung gestellt wird.</p> <p>(2) Die Krankenkasse prüft nach Eingang dieser Verordnung innerhalb der Fristen nach § 14 SGB IX ihre Zuständigkeit und ob Gründe einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation entgegenstehen.</p>	<p>Vertragsärzte werden durch das bisherige zweistufige Verfahren persönlich und bürokratisch stark belastet. Der starke Rückgang von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Antragsverfahren deutet darauf hin, dass zahlreiche Versicherte und Vertragsärzte den bisherigen Verfahrensweg als umständlich und wenig aussichtsreich betrachten und berechnete Anträge auch aus diesem Grund unterbleiben.</p> <p>Es gibt darüber hinaus keine rechtliche Grundlage für die Aufspaltung des Antragsverfahrens in zwei Verfahrensschritte. Die leistungsrechtlichen Vorschriften der §§ 40 ff SGB V fordern nur eine Entscheidung der Krankenkasse, nicht zwei. Ebenso wenig zwingen die allgemeinen, für alle Sozialversicherungsträger geltenden Vorschriften in SGB I und SGB IV zu dieser willkürlichen Aufspaltung.</p> <p>Alle anderen relevanten Rehabilitationsträger mit vergleichbarem Leistungsspektrum (Deutsche Rentenversicherung, Gesetzliche Unfallversicherung) kommen mit einstufigen Antragsverfahren aus. Bisherige Versuche einer Überarbeitung der Vordruckmuster mit dem Ziel einer Straffung und Angleichung der Zugangsverfahren zumindest zwischen den Trägern der Deutschen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung waren erfolglos. Es ist daher auch künftig nicht damit zu rechnen, dass eine Angleichung gelingt. Der G-BA sollte daher durch die vorgeschlagene Änderung in § 6 der Re-RL wenigstens für einen zügigen und bürokratiearmen Zugang zu notwendigen medizinischen Reha-Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sorgen.</p>	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Weiteres Vorgehen
6.	Müttergenesungswerk (MGW)	<p>Darüber hinaus sehen wir an zu folgenden Punkten weiteren Handlungsbedarf:</p> <p>1. Schon im Rahmen früherer Stellungnahmen hat sich das MGW für die Vereinfachung des Verfahrens ausgesprochen.</p> <p>(... [siehe Begründung])</p> <p>Das MGW spricht sich dafür aus, das Verfahren zu einem einstufigen Verfahren zu vereinfachen und die Rehabilitations-Richtlinie dahingehend anzupassen.</p>	<p>Aus unserer Sicht stellt das zweistufige Verfahren eine Erschwerung in der Beantragung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation dar und steht damit auch im Widerspruch zu dem vom SGB IX formulierten Anspruch, den Zugang zu Rehabilitationsleistungen einfach und unbürokratisch zu gestalten.</p> <p>Die Erfahrungen mit dem Formular Muster 60 „Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten“ zeigen, dass für die Maßnahmen nach § 41 SGB V eine fundierte und fehlerfreie Zuordnung zu den Rehabilitationsträgern, auf Grund fehlender Zielgruppenspezifik nicht gesichert ist.</p> <p>Mit der Verordnung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation durch besonders qualifizierte Ärztinnen und Ärzte (§ 11 Re-RL) ist aus unserer Sicht bereits gewährleistet, dass im Vorfeld der Verordnung eine qualifizierte Prüfung der Voraussetzung für die Beantragung von Rehabilitationsleistungen stattfindet.</p>	
7.		<p>2. Das MGW hat in früheren Stellungnahmen schon darauf hingewiesen, dass im Formular Muster 61 „Verordnung von medizinischer Rehabilitation“, die besonderen Kriterien und Fragestellungen der Rehabilitation für die Maßnahmen nach § 41 SGB V fehlen. Bei den Fragen insbesondere zur Einschränkung der Aktivitäten und Teilhabe, wie auch bei den beispielhaft genannten Kontextfaktoren ist der Bereich der familiären Aufgaben/des familiären Lebens nicht ausgewiesen.</p> <p>Das MGW spricht sich dafür aus, das Formular Muster 61 zielgruppenspezifisch anzupassen und um die mütter-/väter-spezifischen Aspekte zu erweitern</p>		Siehe unter E1.

6.4 Mündliche Stellungnahmen

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben sowie nicht auf eine Anhörung verzichtet haben, sind zur mündlichen Anhörung eingeladen worden. Die Anhörung fand am 16. Dezember 2013 statt.

Folgende Organisationen haben an der mündlichen Anhörung teilgenommen:

- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V. (DEGEMED): Herr Christof Lawall
- Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe e. V. (BEB): Herr Dr. T. Steffens

Der Inhalt der mündlichen Stellungnahmen wurde in einem stenografischen Wortprotokoll festgehalten und in fachlicher Diskussion im Unterausschuss Veranlasste Leistungen ausgewertet und gewürdigt.

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen hat festgestellt, dass keine über die schriftlich abgegebenen Stellungnahmen hinausgehenden Aspekte in der Anhörung vorgetragen wurden. Daher bedurfte es keiner gesonderten Auswertung der mündlichen Stellungnahmen (s. 1. Kapitel § 13 Abs. 3 Satz 4 VerfO).