



Medizinischer Dienst
Bund

Begutachtungsanleitung

Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach
§ 283 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Vorsorge und Rehabilitation



Begutachtungsanleitung**Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V**

Vorsorge und Rehabilitation – Datum des Inkrafttretens: 11. November 2023

Diese Richtlinie wurde vom Medizinischen Dienst Bund unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste und des Sozialmedizinischen Dienstes Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See erstellt und nach ordnungsgemäßer Durchführung des Beteiligungs- und Anhörungsverfahrens nach § 283 Absatz 2 Satz 2 SGB V gemäß des § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V am 18. September 2023 erlassen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Richtlinie am 3. November 2023 genehmigt.

Herausgeber

Medizinischer Dienst Bund

Theodor-Althoff-Str. 47

45133 Essen

Telefon: 0201 8327-0

Telefax: 0201 8327-100

E-Mail: office@md-bund.de

Internet: md-bund.de

Vorwort

Ein Unfall, eine Operation, ein akutes Ereignis, wie z. B. ein Schlaganfall oder Herzinfarkt, aber auch chronische Erkrankungen können zu relevanten Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen führen, so dass der Alltag nicht mehr oder nur noch eingeschränkt bewältigt werden kann. Medizinische Rehabilitation kann hier einen wichtigen Beitrag für die Wiedererlangung einer selbständigen Lebensführung und damit selbstbestimmten Teilhabe am Leben leisten.

Aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive gewinnen Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation vor dem Hintergrund der demographischen und epidemiologischen Entwicklung in Deutschland, die mit einer Veränderung der Altersstruktur, Zunahme chronischer Krankheiten und einer stetig wachsenden Anzahl an Pflegebedürftigen einhergeht, weiter an Bedeutung.

Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind insbesondere die Vorschriften des SGB IX Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen maßgeblich, vgl. § 11 Absatz 2 Satz 3 SGB V. Die für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) bedeutsamen Vorschriften finden sich im Teil 1 „Regelungen für Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Menschen“ des SGB IX, hier werden die allgemeinen Regelungen zur Zusammenarbeit aller Rehabilitationsträger verbindlicher gestaltet. Die Kapitel 2–4 SGB IX, Teil 1 mit den Regelungen zur Bedarfsermittlung, zum Teilhabeplanverfahren und zur Zuständigkeitsklärung gehen den jeweiligen Leistungsgesetzen (z. B. SGB V, VI, VII) gemäß § 7 Absatz 2 SGB IX grundsätzlich vor. Der Vorrang gilt auch für die Begutachtung nach § 17 SGB IX.

Die Begutachtungsanleitung (BGA) Vorsorge und Rehabilitation bildet die Grundlage für eine sozialmedizinische Begutachtung des Einzelfalles zum Vorliegen der Indikation und der Allokation einer beantragten Leistung zur Vorsorge und Rehabilitation. Sie verfolgt das Ziel einer auf dem aktuellen Wissensstand beruhenden einheitlichen Begutachtung von Vorsorge- und Rehabilitationsanträgen und regelt außerdem die Zusammenarbeit von Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst.

Die Begutachtungsanleitung wird regelmäßig an neue gesellschaftliche und rechtliche Entwicklungen sowie an den aktuellen Stand (rehabilitations-) medizinischer Erkenntnisse angepasst.

In der nun vorliegenden aktualisierten Fassung wurden insbesondere Änderungen infolge der Umsetzung des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (GKV-IPReG) und der damit verbundenen Anpassung der Rehabilitations-Richtlinie (Reha-RL) des G-BA zu den Bereichen geriatrische Rehabilitation und Anschlussrehabilitation zum 1. Juli 2022 vorgenommen.

Begutachtungsanleitung

Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Vorsorge und Rehabilitation – Datum des Inkrafttretens: 11. November 2023

Die Begutachtungsanleitung wurde durch Expertinnen und Experten der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund erarbeitet und einem Stellungnahmeverfahren unterzogen. Allen, die in diesem Entstehungsprozess ihre Expertise eingebracht haben, gilt unser besonderer Dank.

Essen im August 2023



Dr. Stefan Gronemeyer
Vorstandsvorsitzender



Carola Engler
Stv. Vorstandsvorsitzende

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Inhaltsverzeichnis	5
1 Einleitung	10
1.1 Das bio-psycho-soziale Modell der WHO	11
1.1.1 Struktur der ICF	12
1.1.2 Die Konzeption der ICF	12
1.1.3 Begriffe der ICF	13
1.2 Definition Diagnose/Funktionsdiagnose.....	15
1.3 Definition Kurative Versorgung	15
1.4 Definitionen Vorsorge.....	15
1.4.1 Primärprävention	16
1.4.2 Sekundärprävention	16
1.4.3 Vorsorgebedürftigkeit	17
1.4.4 Vorsorgefähigkeit	17
1.4.5 Vorsorgeziele	18
1.4.6 Vorsorgeprognose	18
1.5 Definition Rehabilitation.....	18
1.5.1 Rehabilitationsbedürftigkeit.....	19
1.5.2 Rehabilitationsfähigkeit.....	19
1.5.3 Rehabilitationsziele	20
1.5.4 Rehabilitationsprognose	20
1.6 Zuweisungskriterien (Allokationskriterien)	20
2 Rechtliche und sozialmedizinisch inhaltliche Grundlagen der Einzelfall-Beratung/- Begutachtung	22
2.1 Rechtliche Grundlagen.....	22
2.1.1 Wunsch- und Wahlrecht der und des Versicherten	25
2.1.2 Qualitätssicherung in der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation	25

2.2	Wichtige sozialmedizinische Aspekte zum Begutachtungsanlass medizinische Vorsorgeleistungen.....	26
2.2.1	Indikation für Vorsorgeleistungen.....	26
2.2.2	Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten.....	27
2.2.2.1	Zuweisungskriterien für ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten	29
2.2.3	Stationäre Vorsorgeleistungen.....	29
2.2.3.1	Zuweisungskriterien für stationäre Vorsorgeleistungen	29
2.2.4	Vorsorgeleistungen für Kinder und Jugendliche	29
2.2.4.1	Ambulante Vorsorgeleistungen am Kurort für Kinder und Jugendliche	30
2.2.4.2	Stationäre Vorsorgeleistungen mit primärpräventiver Zielsetzung bei Kindern und Jugendlichen.....	30
2.2.4.3	Stationäre Vorsorgeleistungen mit sekundärpräventiver Zielsetzung bei Kindern und Jugendlichen.....	31
2.2.5	Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter, Mutter-/Vater-Kind-Leistungen	31
2.2.5.1	Mutter-/Vater-Kind-Leistungen	34
2.3	Wichtige sozialmedizinische Aspekte zum Begutachtungsanlass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.....	36
2.3.1	Rehabilitations-Richtlinie des G-BA (Reha-RL)	36
2.3.2	Rehabilitationsstrategien	38
2.3.3	Indikation für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	39
2.3.4	Ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	40
2.3.4.1	Zuweisungskriterien für ambulante Rehabilitation	40
2.3.4.2	Besonderheiten der mobilen Rehabilitation.....	41
2.3.5	Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	42
2.3.5.1	Zuweisungskriterien für stationäre Rehabilitation	42
2.3.6	Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche.....	42
2.3.7	Familienorientierte Rehabilitation	43
2.3.8	Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter, Mutter-/Vater-Kind-Leistungen	43
2.3.8.1	Mutter-/Vater-Kind-Leistungen	44
2.3.8.2	Indikationen	45
2.3.9	Neurologische Rehabilitation	46

2.3.10	Rehabilitation für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen (RPK).....	49
2.3.11	Geriatrische Rehabilitation.....	50
2.3.12	Rehabilitative Erfordernisse von älteren Menschen mit angeborener oder erworbener Mehrfachbehinderung	53
2.3.13	Rehabilitation bei Post-COVID.....	53
2.3.14	Rehabilitation für pflegende Angehörige	54
2.4	Spezielle Leistungsaspekte	55
2.4.1	Dauer von Vorsorgeleistungen.....	55
2.4.2	Dauer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	55
2.4.2.1	Dauer der neurologischen Rehabilitation – Übersicht über die medizinisch notwendige Behandlungsdauer bei den Fallgruppen in der Phase C.....	56
2.4.2.2	Dauer bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen	58
2.4.3	Zeitliche Voraussetzungen für erneute Leistungen.....	60
2.4.4	Begleitpersonen	62
2.4.5	Mitaufnahme von weiteren Personen	62
2.4.5.1	Mitaufnahme von Assistenzpersonal.....	62
2.4.5.2	Mitaufnahme von pflegebedürftigen Personen	63
2.4.5.3	Mitaufnahme von Familienangehörigen im Rahmen der FOR	63
2.4.6	Leistungen im Ausland	63
2.5	Abgrenzung zu anderen Rehabilitationsträgern.....	65
2.5.1	Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe anderer Rehabilitationsträger	65
2.5.2	Abgrenzung der Zuständigkeit der Unfallversicherung.....	67
2.5.3	Abgrenzung der Zuständigkeit der Rentenversicherung und Bundesagentur für Arbeit	67
2.6	Kriterien und Maßstäbe zur Begutachtung	70
3	Zusammenarbeit Krankenkasse / Medizinischer Dienst	72
3.1	Die sozialmedizinische Beratung und Begutachtung.....	72
3.2	Sozialmedizinische Fallberatung (SFB) zwischen Krankenkasse und Medizinischem Dienst	73
4	Das sozialmedizinische Gutachten	74

4.1	Mindestanforderungen.....	75
4.2	Qualitätssicherung der Begutachtung für die gesetzliche Krankenversicherung (QSKV).....	77
4.3	Bearbeitungsfristen	77
4.3.1	Leistungen der medizinischen Vorsorge	77
4.3.2	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.....	78
5	Vorgehen bei Widersprüchen	80
6	Begutachtung von Verlängerungsanträgen	81
7	Ergebnismitteilung/Leistungsentscheid der Krankenkasse	82
7.1	Ergebnismitteilung.....	82
7.2	Leistungsentscheid der Krankenkasse	82
8	Anlagen	84
8.1	Systematik für die Komponente „Personbezogene Faktoren“ im bio-psycho-sozialen Modell der WHO: Systematik der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP 2019)	84
8.2	Definition des geriatrischen Patienten	93
8.3	Erläuterung zum Anwendungshinweis zur leistungsrechtlichen Zuordnung der Phase C vom 22.06.1998	95
8.4	Empfehlungen zur Anwendung des neugefassten § 51 Absatz 1 Satz 1 SGB V unter Berücksichtigung des § 4 Absatz 2 Satz 2 RehaAnglG vom 17. Februar 1993 in der Fassung vom 5. Februar 2001.....	96
9	Inkrafttreten	99
10	Verweise.....	100
10.1	ICF (Deutsche Endfassung Oktober 2005)	100
10.2	Personbezogene Faktoren im bio-psycho-sozialen Modell der WHO: Systematik der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP 2019).....	100
10.3	Richtlinie MD-Stichprobenprüfung.....	100
10.4	Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 6 SGB V (QSKV-Richtlinie).....	100
10.5	Rehabilitations-Richtlinie.....	100
10.6	Leitfaden Prävention.....	100

10.7	Muster 61.....	101
10.8	Muster 64.....	101
10.9	Muster 65.....	101
10.10	Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Anschlussrehabilitation	101
10.11	Ärztlicher Verlängerungsantrag für ambulante und stationäre Rehabilitation.....	101
10.12	Gemeinsame Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation (01.06.2021)	101
10.13	Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation des GKV- Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene.....	102
10.14	Rahmenempfehlungen Allgemeiner Teil – Ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation.....	102
10.15	Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation (dermatologischen, kardiologischen, neurologischen, pneumologischen, muskuloskeletalen, psychosomatischen)	102
10.16	BAR „Empfehlungen zur neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C“	102
10.17	Gemeinsames Rahmenkonzept der Gesetzlichen Krankenkassen und der Gesetzlichen Rentenversicherung für die Durchführung stationärer medizinischer Leistungen Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche	102
10.18	Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining	103
10.19	Arbeitshilfe „Kontextfaktoren bei der Ermittlung von Teilhabebedarfen“	103
10.20	Vereinbarungen im Suchtbereich	103
10.21	RPK-Empfehlungsvereinbarung für Erwachsene	104
10.22	Gemeinsamen Empfehlung „Begutachtung“ nach § 26 Absatz 1 i.V.m. § 25 Absatz 1 Nr. 4 SGB IX.....	104
11	Tabellen- und Abbildungsverzeichnis.....	105
11.1	Tabellenverzeichnis	105
11.2	Abbildungsverzeichnis	105

1 Einleitung

Die Begutachtungsanleitung definiert Begriffe im Zusammenhang mit Vorsorgeleistungen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und beschreibt Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Indikationen dieser Leistungen. Sie gibt Hinweise für die sachgerechte Begutachtung und zum Inhalt des Gutachtens.

Die Begutachtungsanleitung soll auch dazu dienen, bei allen übrigen Begutachtungsanlässen, insbesondere bei der Begutachtung von Arbeitsunfähigkeit und Anträgen auf Leistungen der sozialen Pflegeversicherung, die Indikation (Bedürftigkeit, Fähigkeit, Ziele und Prognose) von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen der GKV, aber auch die Notwendigkeit und Erfolgsaussicht von Leistungen zur Teilhabe anderer Rehabilitationsträger (§ 9 SGB IX) zu prüfen.

Die Gliederung der Begutachtungsanleitung wurde so gestaltet, dass alle für die Gutachterin und den Gutachter des Medizinischen Dienstes relevanten Inhalte zum jeweiligen Begutachtungsanlass im Text zusammengeführt wurden.

Folgende Prinzipien sind bei der Entscheidung über Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen durch die Krankenkassen zu beachten:

→ Die Indikation ergibt sich aus den sozialmedizinischen Erfordernissen des Einzelfalls.

Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§ 12 SGB V).

Hierbei gelten im Bereich der GKV die Grundsätze:

- Ambulant vor stationär¹,
- Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe vor Rente,
- Vorsorge/Rehabilitation vor Pflege.

Für die Begutachtung von Anträgen auf Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen sind das bio-psycho-soziale Modell der WHO und die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) das konzeptionelle und begriffliche Bezugssystem.

¹ Bei Leistungen für Mütter und Väter nach §§ 24 und 41 SGB V gelten Abweichungen aufgrund gesetzlicher Regelungen. Desgleichen gilt der Grundsatz ambulant vor stationär nicht bei Rehabilitationsmaßnahmen pflegender Angehöriger (§ 40 Absatz 2 Satz 2 SGB V).

1.1 Das bio-psycho-soziale Modell der WHO

Die ICF² gehört zu der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2001 entwickelten „Familie von Klassifikationen“ im Gesundheitswesen. Sie ergänzt die ICD (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) um die Möglichkeit, Auswirkungen eines Gesundheitsproblems zu einem bestimmten Zeitpunkt auf unterschiedlichen Ebenen zu beschreiben. Nicht die Entwicklung der Auswirkung eines Gesundheitsproblems, sondern die Ausprägung selbst einschließlich der Einflussfaktoren zum Beurteilungszeitpunkt werden betrachtet. Diese sogenannte finale Betrachtung der Funktionsfähigkeit ist ein Grundprinzip der ICF.

Das der ICF zugrundeliegende bio-psycho-soziale Modell ermöglicht eine ganzheitliche Sichtweise. Zusätzlich wird über die dargestellten Wechselwirkungen, deren Berücksichtigung mittlerweile auch in § 2 SGB IX verankert ist, zwischen dem Gesundheitsproblem und dem Lebenshintergrund einer betroffenen Person der sozialmedizinische Zugang zu Funktionsfähigkeit und Behinderung eröffnet. Das bio-psycho-soziale Modell der WHO ist die konzeptionelle Grundlage der ICF und gleichzeitig das Bezugssystem für die sozialmedizinische Begutachtung.

Mit den ausformulierten Items können krankheits- und behinderungsbedingte Auswirkungen auf die Körperfunktionen und -strukturen, die Aktivitäten, die Teilhabe sowie mögliche Einflüsse aus der Umwelt standardisiert beschrieben werden. Die ICF stellt somit eine einheitliche Terminologie für die Beschreibung der Auswirkungen eines Gesundheitsproblems zur Verfügung. Damit erleichtert sie die Kommunikationen zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen, den Betroffenen selbst, aber auch für Wissenschaft und Politik. Für die Beschreibung von Einflüssen auf die Funktionsfähigkeit, die in der Person selbst begründet sind (personbezogene Faktoren), hat die WHO bislang keine Systematik zur Verfügung gestellt. Hierfür sollte deshalb die Systematik der DGSMP „Personbezogenen Faktoren im bio-psycho-sozialen Modell der WHO“³ verwendet werden, die unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes für den deutschen Sprachraum erstellt und publiziert wurde.

Gesundheitsproblem

Der englische Begriff „health condition“ ist mit dem etwas engeren Begriff „Gesundheitsproblem“ übersetzt. Als Gesundheitsproblem werden beispielsweise bezeichnet: Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen oder Vergiftungen und andere Umstände wie Schwangerschaft oder Rekonvaleszenz. Das Gesundheitsproblem wird für viele andere Zwecke als Krankheitsdiagnose oder -symptomatik mit der ICD-10-GM erfasst bzw. klassifiziert.

² ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, Stand Oktober 2005, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen. Mit Wirkung vom 26. Mai 2020 wurde das DIMDI in das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) eingegliedert. Alle Rechte des DIMDI an den vom DIMDI herausgegebenen Klassifikationen gehen damit auf das BfArM über.

³ Vgl. DGSMP-Systematik zu den Personbezogenen Faktoren (2019) [<https://www.dgsmp.de/systematik-der-dgsmp/>], siehe auch Anlage 8.1.

1.1.1 Struktur der ICF

Die ICF hat eine duale Struktur. Sie besteht aus zwei Teilen mit jeweils zwei Komponenten und insgesamt 1424 Items für die Komponenten der Körperfunktionen und -strukturen, der Aktivitäten und Teilhabe und für die Umweltfaktoren. Eine Kodierung dieser Items ist in der GKV aber nicht vorgesehen.

- Teil 1 wird überschrieben mit den Begriffen Funktionsfähigkeit und Behinderung. Er enthält die Komponenten Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe).
- Teil 2 ist überschrieben mit dem Begriff Kontextfaktoren und untergliedert in die Komponenten Umwelt- und personbezogene Faktoren.
- Funktionsfähigkeit ist ein Oberbegriff für Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Teilhabe. Er bezeichnet die positiven Aspekte der Interaktion zwischen einer Person mit einem bestimmten Gesundheitszustand und ihrem individuellen Lebenshintergrund (Umwelt- und personbezogenen Faktoren).
- Behinderung ist nach ICF ein Oberbegriff für Schädigungen sowie Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe. Er bezeichnet die negativen Aspekte der Interaktion zwischen einer Person mit einem bestimmten Gesundheitszustand und ihrem individuellen Lebenshintergrund.
- Kontext steht im allgemeinen Sprachgebrauch für den gesamten Lebenshintergrund einer Person.
- Kontextfaktoren sind Einflussfaktoren aus diesem Lebenshintergrund und können krankheits- oder behinderungsbedingte Auswirkungen auf allen Ebenen der Funktionsfähigkeit (Ebene der Körperfunktionen und -strukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe) positiv wie negativ haben.

Die Perspektive der **Behinderung** fokussiert auf Probleme im Gefolge eines Gesundheitsproblems (z. B. Schädigungen von Funktionen/Strukturen oder Beeinträchtigung der Aktivität/Teilhabe), während die Perspektive der **Funktionsfähigkeit** eher die positiven Aspekte des Umganges mit dem Gesundheitsproblem bzw. des Behinderungsausgleiches in den Mittelpunkt rückt (z. B. trotz einer Unterschenkel-Amputation mit Hilfsmitteln noch laufen können wie eine Gesunde oder ein Gesunder).

1.1.2 Die Konzeption der ICF

Die Konzeption der ICF beruht auf dem *bio-psycho-sozialen Modell* der WHO, mit Hilfe dessen mögliche Wechselwirkungen verdeutlicht werden können. (Abbildung 1)

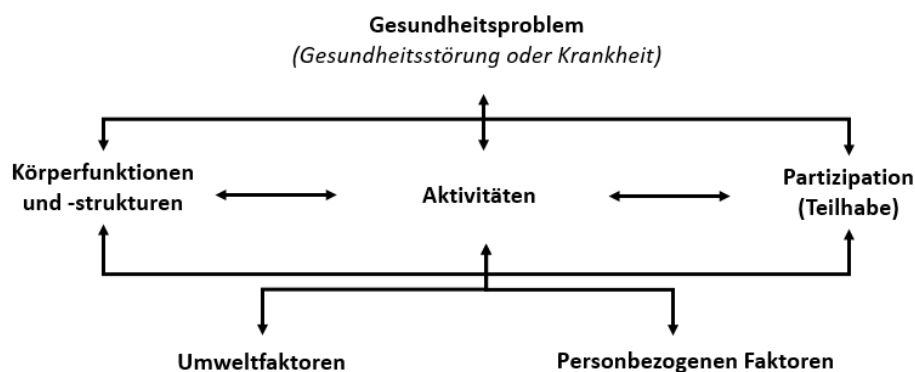


Abbildung 1: Wechselwirkungen zwischen dem Gesundheitsproblem und den Komponenten der ICF

Behinderung im Sinne einer Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit ist kein statisches Merkmal, sondern ein dynamischer Prozess. Die Komplexität der Wechselwirkungen lässt vielfältige Interventionsansätze erkennen, beispielsweise bei

- der Behandlung der Körperstruktur- und Funktionsschädigung selbst oder der Förderung verbliebener Fertigkeiten,
- der Verbesserung oder Kompensation beeinträchtigter Aktivitäten sowie
- der Verbesserung oder beim Ausgleich einer beeinträchtigten Teilhabe (Partizipation).

Sowohl die Funktionsfähigkeit als auch die Behinderung eines Menschen ist gekennzeichnet als das Ergebnis oder die Folge einer komplexen Beziehung zwischen dem Menschen mit einem Gesundheitsproblem und seinen Umwelt- und personbezogenen Faktoren (Kontextfaktoren).

Das bio-psycho-soziale Modell der WHO ist damit eine unverzichtbare Matrix bei der Begutachtung der Indikation und Allokation für Leistungen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation.

Die Arbeitshilfe zur Anwendung der ICF in der sozialmedizinischen Beratung und Begutachtung („Arbeitshilfe ICF“) im Format Sozialmedizinisches Begutachtungswissen unterstützt die Gutachterinnen und Gutachter der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste bei der Einordnung von krankheits- oder behinderungsbedingten Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit vor dem Hintergrund individueller Kontextfaktoren.

Die Nutzung der ICF setzt sowohl die Kenntnis ihrer Konzeption als auch der von ihr verwendeten Begrifflichkeiten voraus.

1.1.3 Begriffe der ICF

Körperfunktionen und Körperstrukturen

Als Körperfunktionen werden die einzelnen, isoliert betrachteten physiologischen und psychologischen Funktionen von Körpersystemen bezeichnet, beispielsweise die Insulinausschüttung in der Bauchspeicheldrüse oder die Beweglichkeit im Hüftgelenk. Aber auch die mentalen Funktionen, z. B. Konzentrationsfähigkeit, gehören hierzu.

Unter Körperstrukturen versteht man die anatomischen Teile des Körpers wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile, beispielsweise die Bauchspeicheldrüse, Gliedmaßen oder einzelne Körperbestandteile wie Stammzellen. Defizite dieser Komponenten (Körperfunktionen oder Körperstrukturen) werden als Schädigungen bezeichnet.

Aktivitäten und Teilhabe (Partizipation)

Innerhalb dieser Komponente sind verschiedene Lebensbereiche definiert, die der Betrachtung der Durchführung von Aktivitäten bzw. des Einbezogenenseins zu Grunde gelegt werden.

Im Gegensatz zur isolierten Betrachtung einer Funktion stellt eine Aktivität die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung (Aktion) durch eine Person in einer bestimmten Situation dar. Beeinträchtigungen der Aktivität sind Schwierigkeiten, die ein Mensch bei ihrer Durchführung haben kann, z. B. beim Lernen, Schreiben, Rechnen, Kommunizieren, Gehen oder bei der Körperpflege.

Die Teilhabe (Partizipation) kennzeichnet das Einbezogen sein in eine Lebenssituation, beispielsweise Familienleben, Arbeitswelt oder Fußballverein. Beeinträchtigungen können Probleme beispielsweise beim Einkaufen, Kochen, Wäsche waschen, in Beziehungen, bei der Erziehung von Kindern, bei der Arbeit oder in der Freizeit sein. Defizite dieser Komponenten (Aktivitäten/Teilhabe) werden als Beeinträchtigungen der Aktivitäten bzw. Teilhabe bezeichnet.

Kontextfaktoren (Umwelt- und personbezogene Faktoren)

Funktionsfähigkeit bzw. Behinderung sind einerseits abhängig von der Schwere und Art der Grunderkrankung, andererseits aber auch vom Einfluss der Kontextfaktoren. Bedeutsam sind Kontextfaktoren dann, wenn sie im Rahmen einer aktuellen Fragestellung als Förderfaktoren genutzt oder im negativen Fall (Barriere) günstig von außen beeinflusst werden sollen.

Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Leben gestalten. Diese Faktoren liegen außerhalb der Person. Fördernde Umweltfaktoren können beispielsweise barrierefreie Zugänge, Verfügbarkeit von Hilfsmitteln, Assistenz und Medikamenten sein. Schlechte Erreichbarkeit von Angeboten des Gesundheitssystems, fehlende soziale oder finanzielle Unterstützung können hingegen Barrieren darstellen.

Personbezogene Faktoren sind in der Person liegende Faktoren, die in Wechselwirkung zu den anderen Komponenten der ICF stehen können. Sie umfassen Gegebenheiten, die nicht Teil des Gesundheitsproblems- oder -zustands und nicht Teil der Umwelt sind. Personbezogene Faktoren klassifizieren nicht Personen, sondern sind im Einzelfall bedeutsame Einflussfaktoren einer Person auf deren Funktionsfähigkeit.

Während die Umweltfaktoren in der ICF klar konzeptualisiert und klassifiziert sind, stellt die WHO für die personbezogenen Faktoren nur eine stark vereinfachte konzeptionelle Definition zur Verfügung [1]. Die Beurteilung dieser Faktoren wird den Anwenderinnen und Anwendern selbst überlassen. Sozialmedizinische Gutachterinnen und Gutachter benötigen aber, insbesondere für die Bedarfsermittlung, eine Systematik für die personbezogenen Faktoren, um alle relevanten und in der Person selbst liegenden Einflüsse auf die Funktionsfähigkeit strukturiert berücksichtigen zu können. Beispielsweise stellen Faktoren wie Selbstvertrauen oder Ernährungsgewohnheiten nicht nur wesentliche Determinanten von Gesundheit und Funktionsfähigkeit dar, sondern sind sowohl für die Vorsorge als auch Rehabilitation Ansatzpunkte für Interventionen.

In der Rehabilitations-Richtlinie (Reha-RL) des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wird in § 4 „Inhaltliche Grundlagen“ auf die Systematik der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e. V. zu den personbezogenen Faktoren im bio-psycho-sozialen Modell der WHO⁴ verwiesen. Damit

⁴ Vgl. DGSM-Systematik zu den Personbezogenen Faktoren (2019) [<https://www.dgsmp.de/systematik-der-dgsmp/>].

stehen den Verordnerinnen und Verordnern aus dem vertragsärztlichen Bereich aber auch den Gutachterinnen und Gutachtern der Medizinischen Dienste eine im deutschsprachigen Raum anerkannte Systematik zur Erfassung personbezogener Faktoren zur Verfügung (siehe 10.2).

1.2 Definition Diagnose/Funktionsdiagnose

Diagnose bezeichnet die Feststellung einer körperlichen oder psychischen Krankheit durch die Ärztin oder den Arzt. Die Feststellung einer psychischen Erkrankung kann auch durch psychologische Psychotherapeutinnen und –therapeuten erfolgen. Sie entsteht durch die zusammenfassende Beurteilung einzelner Befunde wie Beschwerden, Krankheitszeichen (Symptome) oder typischer Gruppen von Symptomen (Syndrom). Das BfArM stellt die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland zur Verfügung.

Funktionsdiagnosen erweitern das mit der ICD zu kodierende Gesundheitsproblem um die Perspektive der Krankheitsauswirkungen. Diese lassen sich mit der ICF und dem der ICF zugrundeliegenden bio-psycho-sozialen Modell der WHO beschreiben.

Die Funktionsdiagnose gibt in kompakter Form einen Überblick über den aktuellen Gesundheitszustand einer Person mit einem Gesundheitsproblem. Dazu gehören neben den ICD-10-Diagnosen die dazugehörigen Schädigungen auf Ebene der Körperfunktionen und -strukturen einschließlich des Schweregrades, ggf. im Zusammenhang mit einem aktuellen Ereignis bzw. einer Intervention. Ergänzt wird diese Zustandsbeschreibung um die alltagsrelevanten Auswirkungen in den Aktivitäts- und Teilhabebereichen.

1.3 Definition Kurative Versorgung

Die kurative Versorgung im Sinne des SGB V ist, im Unterschied zur medizinischen Rehabilitation, primär zentriert auf das klinische Bild als Manifestation einer Krankheit/Schädigung. Kurative Versorgung ist:

- kausal orientiert und fokussiert auf Heilung bzw. Remission oder bei Krankheiten mit Chronifizierungstendenz auf Vermeidung einer Verschlimmerung bzw. weiterer Krankheitsfolgen und
- trägt mit palliativen Behandlungsansätzen zur Linderung von Krankheitsbeschwerden bei.

Ihr konzeptionelles Bezugssystem ist das bio-medizinische Krankheitsmodell und die entsprechende Klassifikation, die ICD.

1.4 Definitionen Vorsorge

Im Sinne des § 23 SGB V ist Vorsorge definiert als Anspruch der und des Versicherten auf ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, wenn diese notwendig sind,

1. einer Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
2. einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken,
3. Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder
4. Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

International wird zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden. Vorsorge im Sinne dieser Begutachtungsanleitung sind nur die Primär- und Sekundärprävention, Tertiärprävention ist weitestgehend identisch mit dem Begriff der Rehabilitation (siehe Abschnitt 1.5).

1.4.1 Primärprävention

Unter Primärprävention im Sinne des § 20 SGB V werden Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken verstanden. Primärprävention zielt darauf ab, die Neuerkrankungsrate (Inzidenzrate) von Krankheiten zu senken. Primärprävention und Gesundheitsförderung sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen.

Primärprävention setzt das Bestehen bestimmter Krankheitsrisiken voraus, Erkrankungen müssen aber im Einzelfall noch nicht drohen.

Im vom GKV-SV in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene erstellten Leitfaden Prävention werden die inhaltlichen Handlungsfelder und qualitativen Kriterien für die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung festgelegt. Die im Leitfaden abgedeckten Leistungsarten umfassen die individuelle verhaltensbezogene Prävention nach § 20 Absatz 4 Nr. 1 und Absatz 5 SGB V, die Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten nach § 20a SGB V sowie die betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b und 20c SGB V (siehe 10.5).

Maßnahmen der individuellen verhaltensbezogenen Primärprävention, sind beispielsweise die Aufklärung und ggf. Vermittlung von Angeboten zu den Themen Vermeidung und Reduktion von Übergewicht, Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität, Multimodales Stress- und Ressourcenmanagement, Förderung des Nichtrauchens, aber auch Schutzimpfungen gegen Infektionskrankheiten.

1.4.2 Sekundärprävention

Sekundärprävention zielt darauf ab, die Krankenbestandsrate (Prävalenzrate) durch Maßnahmen der Frühdiagnostik und Frühtherapie zu verringern bzw. einer Zunahme entgegen zu wirken. Sie sollen das Fortschreiten des Krankheitsprozesses verhindern bzw. dessen Umkehr bewirken sowie bestehende Beschwerden verringern. Längerfristige Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe sollen dadurch vermieden werden.

1.4.3 Vorsorgebedürftigkeit

Sie besteht, wenn beeinflussbare Risikofaktoren oder Gesundheitsstörungen vorliegen, die voraussichtlich in absehbarer Zeit zu einer Krankheit führen werden oder die gesundheitliche Entwicklung eines Kindes/Jugendlichen gefährdet ist (Primärprävention).

Vorsorgebedürftigkeit besteht auch, wenn bei manifester (chronischer) Krankheit längerfristige Beeinträchtigungen der Aktivitäten einschließlich Pflegebedürftigkeit drohen und deshalb verhindert werden sollen. Des Weiteren soll Rezidiven bzw. Exazerbationen oder dem Fortschreiten der Krankheit entgegengewirkt werden (Sekundärprävention).

Bei der Beurteilung der Vorsorgebedürftigkeit sind die auf das Gesundheitsproblem sowohl positiv wie negativ wirkenden Umwelt- und personbezogenen Faktoren zu berücksichtigen. Beispiele für überwiegend negativ wirkende Kontextfaktoren können sein:

- Partner-/Eheprobleme/Trennung von Partnerin oder Partner
- Tod der Partnerin oder des Partners bzw. eines nahen Angehörigen
- chronische Krankheiten/Suchtproblematik von Angehörigen
- Schwierigkeiten bei der Problembewältigung, insbesondere von Alltagsproblemen
- ständiger Zeitdruck
- finanzielle Sorgen
- besondere berufliche/schulische und familiäre Belastungssituationen (z. B. Arbeitslosigkeit, Schichtarbeit, Schulwechsel, Pflege von Angehörigen)
- soziale Isolation
- beengte Wohnverhältnisse.

Beeinflussbare medizinische Risikofaktoren (z. B. Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung, Übergewicht, übermäßiger Alkohol-, Nikotin- und Medikamentenkonsum) können ein bereits bestehendes Gesundheitsproblem verstärken.

Vorsorgebedürftigkeit besteht nur dann, wenn über die kurative Versorgung hinaus der komplexe (interdisziplinäre, mehrdimensionale) Ansatz der Vorsorgeleistung erforderlich ist bzw. die kurative Versorgung wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände nicht durchgeführt werden kann (§ 23 SGB V).

1.4.4 Vorsorgefähigkeit

Sie ist gegeben, wenn die oder der Versicherte

- somatisch und psychisch in der Lage ist, aktiv am festgelegten Vorsorgeprogramm teilzunehmen und
- bereit ist bzw. befähigt werden kann, ihr oder sein Gesundheitsverhalten konsequent im Sinne einer Risikobeseitigung bzw. -verminderung zu ändern oder durch Krankheitsbewältigungsstrategien (Coping) zu lernen, mit der (chronischen) Krankheit besser zu leben.

1.4.5 Vorsorgeziele

Primärpräventive Ziele sind

- die Beseitigung bzw. Verminderung von Gesundheitsstörungen und modifizierbaren Risikofaktoren zur Verhütung einer Krankheit (Senkung der Inzidenzrate),
- eine gesundheitsfördernde Lebensweise zu erreichen und
- die Bereitschaft zu fördern, die am Wohnort angebotenen Hilfen (z. B. Angebote der Sportvereine, Volkshochschulen, Selbsthilfegruppen) zu nutzen, um die positive Verhaltensänderung auf Dauer zu stabilisieren.

Sekundärpräventive Ziele sind

- Vermeidung der Chronifizierung oder Verschlimmerung eines Gesundheitsproblems (Gesundheitsstörung oder Krankheit) und
- Vermeidung von voraussichtlich nicht nur vorübergehenden alltagsrelevanten Beeinträchtigungen der Aktivitäten bei bereits manifesten chronischen Krankheiten.

1.4.6 Vorsorgeprognose

Sie ist die unter Berücksichtigung der individuell relevanten Kontextfaktoren medizinisch begründete Wahrscheinlichkeit, durch eine geeignete Vorsorgeleistung in einem angemessenen Zeitraum die Vorsorgeziele zu erreichen.

1.5 Definition Rehabilitation

Medizinische Rehabilitation, im Folgenden gekürzt als Rehabilitation bezeichnet, ist eine komplexe (interdisziplinäre und mehrdimensionale) Leistung, die u. a. dadurch gekennzeichnet ist, dass mehrere Berufsgruppen unter ärztlicher Leitung an der Therapie beteiligt sind, Therapiepläne und -fortschritte der Rehabilitanden im Rehabilitationsteam besprochen werden und die einzelnen Therapien inhaltlich und zeitlich aufeinander abgestimmt sind.

Rehabilitation schließt alle Leistungen ein, die darauf gerichtet sind,

- eine drohende Beeinträchtigung der Teilhabe abzuwenden bzw.
- eine bereits eingetretene Beeinträchtigung der Teilhabe zu beseitigen, zu vermindern oder deren Verschlimmerung zu verhüten.

Die Teilhabe kann bedroht sein, wenn neben Schädigungen nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten bestehen.

1.5.1 Rehabilitationsbedürftigkeit

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung

- voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorliegen, durch die in absehbarer Zeit eine Beeinträchtigung der Teilhabe droht oder
- Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen und
- über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.

Zu den Beeinträchtigungen der Teilhabe gehört auch der Zustand der Pflegebedürftigkeit.

Diese Definition der Rehabilitationsbedürftigkeit aus der Rehabilitations-Richtlinie setzt ein Gesundheitsproblem voraus, sodass Teilhabebeeinträchtigungen in diesem Kontext auch nur im Zusammenhang mit einem Gesundheitsproblem zu verstehen sind. Drohende oder bereits bestehende Teilhabebeeinträchtigungen resultieren aus den nicht nur vorübergehend beeinträchtigten Aktivitäten, weshalb letztere unter Berücksichtigung der individuellen Kontextfaktoren für die Planung des Rehabilitationsprozesses von zentraler Bedeutung sind.

Bei der Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit sind sowohl die unter 1.4.3 beispielhaft aufgeführten Umwelt- als auch personbezogenen Faktoren zu berücksichtigen.

1.5.2 Rehabilitationsfähigkeit

Rehabilitationsfähig ist eine Versicherte oder ein Versicherter, wenn sie oder er aufgrund ihrer oder seiner somatischen und psychischen Verfassung die für die Durchführung und die Mitwirkung bei der Rehabilitationsleistung notwendige Belastbarkeit besitzt.

Für die Rehabilitationsfähigkeit sind in Abhängigkeit von den individuellen Rehabilitationszielen und vor dem Hintergrund relevanter Kontextfaktoren zunächst die Rehabilitationsstrategien (siehe Kap. 2.3.2)

- Restitution
- Kompensation
- Adaptation

zu bewerten, mit denen am ehesten die jeweiligen Rehabilitationsziele erreicht werden können. Die Anforderungen an die Belastbarkeit der Rehabilitandin oder des Rehabilitanden unterscheiden sich in Abhängigkeit vom Indikationsschwerpunkt und der Art der Durchführung der Rehabilitationsleistung. So ist die Rehabilitationsfähigkeit für z. B. eine kardiologische Rehabilitation eine andere als die für eine geriatrische Rehabilitation. Das bedeutet, dass für Patientinnen und Patienten mit einem Rehabilitationsbedarf und formuliertem Rehabilitationsziel abschließend beurteilt werden muss, ob für den jeweiligen Indikationsschwerpunkt und die Art der Durchführung Rehabilitationsfähigkeit besteht.

1.5.3 Rehabilitationsziele

Die Rehabilitationsziele bestehen darin, möglichst frühzeitig voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten zu beseitigen, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten, um die drohende Beeinträchtigung der Teilhabe abzuwenden bzw. eine bereits eingetretene Beeinträchtigung zu beseitigen, zu vermindern oder deren Verschlimmerung zu verhüten.

Realistische Rehabilitationsziele leiten sich aus den für die Versicherten alltagsrelevanten Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen ab. Rehabilitationsziele müssen für jede Rehabilitandin und jeden Rehabilitanden individuell formuliert werden. Die Festlegung von Rehabilitationszielen erfolgt in einem partizipativen Prozess mit der oder dem Versicherten.

Ziele der Rehabilitation können sein:

- Vollständige Wiederherstellung des ursprünglichen Aktivitätsniveaus (Restitutio ad integrum).
- Größtmögliche Wiederherstellung der Aktivitäten (Restitutio ad optimum).
- Ersatzstrategien bzw. Nutzung verbliebener Funktionen und Aktivitäten (Kompensation).
- Anpassung der Umweltbedingungen an die bestehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder der Teilhabe der oder des Versicherten (Adaptation).

Um die angestrebten Rehabilitationsziele zu erreichen, sind die vorbestehenden Schädigungen bzw. deren Beeinflussung durch die rehabilitative Therapie zu berücksichtigen.

1.5.4 Rehabilitationsprognose

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels

- auf der Basis der Erkrankung oder Behinderung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotentials und der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller Ressourcen
- vor dem Hintergrund der individuell relevanten Umwelt- und personbezogenen Faktoren (z. B. Hilfsmittel, Unterstützung durch Familienangehörige, Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen, Selbstvertrauen, Einstellung zur Krankheit und Behinderung, Selbstkompetenz, Gewohnheiten)
- durch eine geeignete Leistung zur medizinischen Rehabilitation
- in einem notwendigen Zeitraum.

1.6 Zuweisungskriterien (Allokationskriterien)

Ist die Indikation für eine Vorsorge-/Rehabilitationsleistung gegeben, orientiert sich die Zuweisungsempfehlung an:

- den Gesundheitsstörungen/Krankheitsauswirkungen des Gesundheitsproblems,

- den (noch) vorhandenen Ressourcen,
- den für die Maßnahme maßgeblichen Zielen und
- den Umwelt- und personbezogenen Faktoren (häusliche und hausärztliche Versorgung, Erreichbarkeit von Leistungsangeboten, Motivation, Entbindung von familiären Pflichten u. a.).

Daraus leiten sich ab:

- das erforderliche medizinische Profil der Leistung (z. B. Orthopädie, Neurologie, Geriatrie),
- die Form der Durchführung (ambulant oder stationär),
- die Dauer und Dringlichkeit der Leistung und
- andere Besonderheiten wie
 - an die Behinderung angepasste Ausstattung,
 - notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson,
 - Aufnahme eines pflegebedürftigen Angehörigen einschließlich seiner pflegerischen Versorgung oder
 - fremdsprachliches Angebot.

2 Rechtliche und sozialmedizinisch inhaltliche Grundlagen der Einzelfall-Beratung/-Begutachtung

2.1 Rechtliche Grundlagen

Neben den allgemein geltenden Vorschriften des SGB I (z. B. zu Auskunft, Aufklärung und Beratung nach §§ 13, 14 und 15 sowie zur Mitwirkung der oder des Leistungsberechtigten nach §§ 60 ff.) und des SGB X (z. B. zum Schutz der Sozialdaten nach §§ 67 ff, zum Untersuchungsgrundsatz nach § 20 und zur Akteneinsicht durch Beteiligte nach § 25) sind insbesondere die folgenden gesetzlichen Vorschriften zu beachten:

SGB V ⁵

§ 1 SGB V	-	Solidarität und Eigenverantwortung
§ 2 SGB V	-	Leistungen
§ 2a SGB V	-	Leistungen an behinderte und chronisch kranke Menschen
§ 2b SGB V	-	Geschlechtsspezifische Besonderheiten
§ 11 SGB V	-	Leistungsarten
§ 12 SGB V	-	Wirtschaftlichkeitsgebot
§ 13 SGB V	-	Kostenerstattung
§ 18 SGB V	-	Kostenübernahme bei Behandlung außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der EG und des Abkommens über den EWR
§ 20 SGB V	-	Primäre Prävention und Gesundheitsförderung
§ 20a SGB V	-	Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten
§ 23 SGB V	-	Medizinische Vorsorgeleistungen
§ 24 SGB V	-	Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter
§ 27 SGB V	-	Krankenbehandlung
§ 33 SGB V	-	Hilfsmittel
§ 39e SGB V	-	Übergangspflege
§ 40 SGB V	-	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
§ 41 SGB V	-	Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter
§ 43 SGB V	-	Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation
§ 51 SGB V	-	Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe
§ 92 SGB V	-	Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses
§ 107 SGB V	-	Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen
§ 111 SGB V	-	Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Verordnungsermächtigung
§ 111a SGB V	-	Versorgungsverträge mit Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen

⁵ Vgl. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) des Bundesministeriums der Justiz.

§	111c SGB V	-	Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen, Verordnungsermächtigung
§	132c SGB V	-	Versorgung mit sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen
§	135a SGB V	-	Verpflichtung zur Qualitätssicherung
§	137d SGB V	-	Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation
§	140e SGB V	-	Verträge mit Leistungserbringern europäischer Staaten
§	275 SGB V	-	Begutachtung und Beratung
§	276 SGB V	-	Zusammenarbeit
§	283 SGB V	-	Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

Gleichfalls gilt die Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V vom 16.03.2004 in der jeweils aktuellen Fassung.

Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind die Vorschriften des SGB IX *Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen* maßgeblich. Mit dem Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (BTHG) wurde das SGB IX neu gestaltet. Es hat folgende Struktur:

- Im SGB IX, Teil 1 „Regelungen für Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Menschen“ ist das für alle Rehabilitationsträger geltende Rehabilitations- und Teilhaberecht zusammengefasst.
- Im SGB IX, Teil 2 ist die Eingliederungshilfe unter dem Titel „Besondere Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung von Menschen mit Behinderungen (Eingliederungshilferecht)“ geregelt.
- SGB IX, Teil 3 „Besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen (Schwerbehindertenrecht)“ beinhaltet das Schwerbehindertenrecht.

Die für die GKV bedeutsamen Änderungen des SGB IX, Teil 1 sind am 1. Januar 2018 in Kraft getreten.⁶ Auf das Gemeinsame Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zu Auswirkungen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 18. Juni 2001 in der jeweils gültigen Fassung wird verwiesen (Gemeinsames Rundschreiben zum SGB IX).

Durch das novellierte SGB IX werden die allgemeinen Regelungen zur Zusammenarbeit aller Rehabilitationsträger verbindlicher als vorher gestaltet. Die Kapitel 2–4 SGB IX, Teil 1 mit den Regelungen zur Bedarfsermittlung, zum Teilhabeplanverfahren und zur Zuständigkeitsklärung gehen den jeweiligen Leistungsgesetzen (z. B. SGB V, VI, VII) immer vor. Der Vorrang gilt auch für die Begutachtung nach § 17 SGB IX. Allerdings sieht § 17 Absatz 2 Satz 4 SGB IX vor, dass die Aufgaben des Medizinischen Dienstes unberührt bleiben, so dass keine Änderung des nach § 275 SGB V für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Begutachtungsverfahrens durch den Medizinischen Dienst erfolgt.

⁶ Bezüglich des In-Kraft-Tretens der weiteren Regelungen des SGB IX, vgl. Umsetzungsbegleitung Bundesteilhabegesetz [<https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/gesetz/reformstufen/>].

Insbesondere folgende gesetzliche Vorschriften des SGB IX sind bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu beachten:

SGB IX⁷

§	1 SGB IX	-	Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft
§	2 SGB IX	-	Begriffsbestimmungen
§	4 SGB IX	-	Leistungen zur Teilhabe
§	5 SGB IX	-	Leistungsgruppen
§	6 SGB IX	-	Rehabilitationsträger
§	7 SGB IX	-	Vorbehalt abweichender Regelungen
§	8 SGB IX	-	Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten
§	9 SGB IX	-	Vorrangige Prüfung von Leistungen zur Teilhabe
§	12 SGB IX	-	Maßnahmen zur Unterstützung der frühzeitigen Bedarfserkennung
§	13 SGB IX	-	Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs
§	14 SGB IX	-	Leistender Rehabilitationsträger
§	15 SGB IX	-	Leistungsverantwortung bei Mehrheit von Rehabilitationsträgern
§	17 SGB IX	-	Begutachtung
§	19 SGB IX	-	Teilhabeplan
§	20 SGB IX	-	Teilhabeplankonferenz
§	28 SGB IX	-	Ausführung von Leistungen
§	29 SGB IX	-	Persönliches Budget
§	37 SGB IX	-	Qualitätssicherung, Zertifizierung
§	42 SGB IX	-	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
§	47 SGB IX		Hilfsmittel
§	64 SGB IX	-	Ergänzende Leistungen

Folgende Vorschriften sind aus dem SGB XI zu berücksichtigen:

§	5 SGB XI	-	Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation
§	18 SGB XI	-	Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit
§	18a SGB XI	-	Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflichten
§	31 SGB XI	-	Vorrang der Rehabilitation vor Pflege
§	32 SGB XI	-	Vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Ergänzend wird auf die Gemeinsamen Empfehlungen nach SGB IX sowie weitere trägerübergreifende, d.h. auch mit den gesetzlichen Krankenkassen abgestimmte, Veröffentlichungen auf Ebene der BAR verwiesen.⁸

⁷ Vgl. Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – (Artikel 1 des Gesetzes v. 23. Dezember 2016, BGBl. I S. 3234) des Bundesministeriums der Justiz.

⁸ Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) [<https://www.bar-frankfurt.de/publikationen/>].

2.1.1 Wunsch- und Wahlrecht der und des Versicherten

Nach § 33 SGB I haben die Leistungsträger den Wünschen der Leistungsberechtigten zu entsprechen, soweit sie angemessen sind.

Die Entscheidung der Krankenkasse hängt bei Vorsorge- bzw. Rehabilitationsleistungen von den medizinischen Erfordernissen ab; den berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten soll die Krankenkasse unter dieser Prämisse bei Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgrundsatzes (vgl. § 12 Absatz 1 SGB V, siehe auch Abschnitt 7) entsprechen.

Bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe ist den berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten zu entsprechen. Auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten ist Rücksicht zu nehmen (§§ 40 Absatz 3, 41 Absatz 2, 2 Absatz 3, 2b SGB V). Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen sowie den besonderen Bedürfnissen von Müttern und Vätern mit Behinderungen⁹ bei der Erfüllung ihres Erziehungsauftrages sowie den besonderen Bedürfnissen von Kindern mit Behinderungen ist Rechnung zu tragen (§§ 2a SGB V, 8 Absatz 1 SGB IX).

Im Leistungsbescheid über die beantragte Rehabilitationsleistung ist die Krankenkasse verpflichtet, den Leistungsberechtigten schriftlich zu begründen, wenn sie deren Wünschen bei der Leistungsentscheidung nicht entsprochen hat. In diesem Kontext ist ferner zu berücksichtigen, dass die Leistungsberechtigten, sofern sie eine andere zertifizierte Einrichtung wählen, die dadurch entstehenden Mehrkosten zur Hälfte zu tragen haben, sofern es sich nicht um Mehrkosten handelt, die im Hinblick auf die Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 8 SGB IX angemessen sind (§ 40 Absatz 2 Satz 4 SGB V). Für diese Beurteilung ist die Krankenkasse ggf. auf die Unterstützung des Medizinischen Dienstes angewiesen. Im Rahmen der Begutachtung medizinisch relevante sowie berechtigte Wünsche der Leistungsberechtigten sollten daher im Begutachtungsprozess dokumentiert und bewertet werden.

2.1.2 Qualitätssicherung in der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation

Leistungserbringer von ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen haben aufgrund gesetzlicher Verpflichtung (§§ 135a, 137d SGB V) sowohl ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement zu etablieren als auch an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der externen Qualitätssicherung teilzunehmen.

Nähere Einzelheiten zum QS-Reha[®]-Verfahren der GKV können der Homepage unter www.qs-reha.de entnommen werden. Ferner stellt der GKV-Spitzenverband gemäß § 137d SGB Versicherten und Interessierten Informationen über Qualitätsmerkmale der Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung¹⁰.

⁹ Vgl. Artikel 23 der UN-Behindertenrechtskonvention.

¹⁰ Vgl. QS-Reha[®]-Portal des GKV-SV [<https://www.qs-reha.de/einrichtungssuche/einrichtungssuche.jsp>].

Nach § 37 Absatz 3 SGB IX müssen stationäre Rehabilitationseinrichtungen außerdem ein durch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) anerkanntes rehabilitationsspezifisches Qualitätsmanagement-Verfahren etablieren. Details, z. B. die Liste der auf der Ebene der BAR anerkannten Qualitätsmanagement-Verfahren mit ihren herausgebenden Stellen oder der zertifizierten stationären Rehabilitationseinrichtungen, finden sich auf der Homepage der BAR ([Qualitätsmanagement \(bar-frankfurt.de\)](http://Qualitätsmanagement(bar-frankfurt.de))), Qualitätsmanagement und Zertifizierung).

2.2 Wichtige sozialmedizinische Aspekte zum Begutachtungsanlass medizinische Vorsorgeleistungen

Ist die ärztliche Behandlung einschließlich Leistungen mit präventiver Ausrichtung nicht ausreichend oder kann sie wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände nicht durchgeführt werden, kommen Vorsorgeleistungen nach den §§ 23 und 24 SGB V in Betracht. Diese sind:

- ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten einschließlich so genannter Kompaktkuren (§ 23 Absatz 2 SGB V),
- stationäre Vorsorgeleistungen (§ 23 Absatz 4 SGB V),
- stationäre Vorsorgeleistungen für Mütter/Väter bzw. Mutter/Vater-Kind-Leistungen (§ 24 SGB V).

Für Mütter-/Väter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Leistungen gelten die besonderen Ausführungen unter Abschnitt 2.2.5.

2.2.1 Indikation für Vorsorgeleistungen

Vorsorgeleistungen sind indiziert, wenn im Einzelfall

- Vorsorgebedürftigkeit,
- Vorsorgefähigkeit,
- realistische Vorsorgeziele und
- eine positive Vorsorgeprognose

festgestellt worden sind (siehe Abschnitt 1.4).

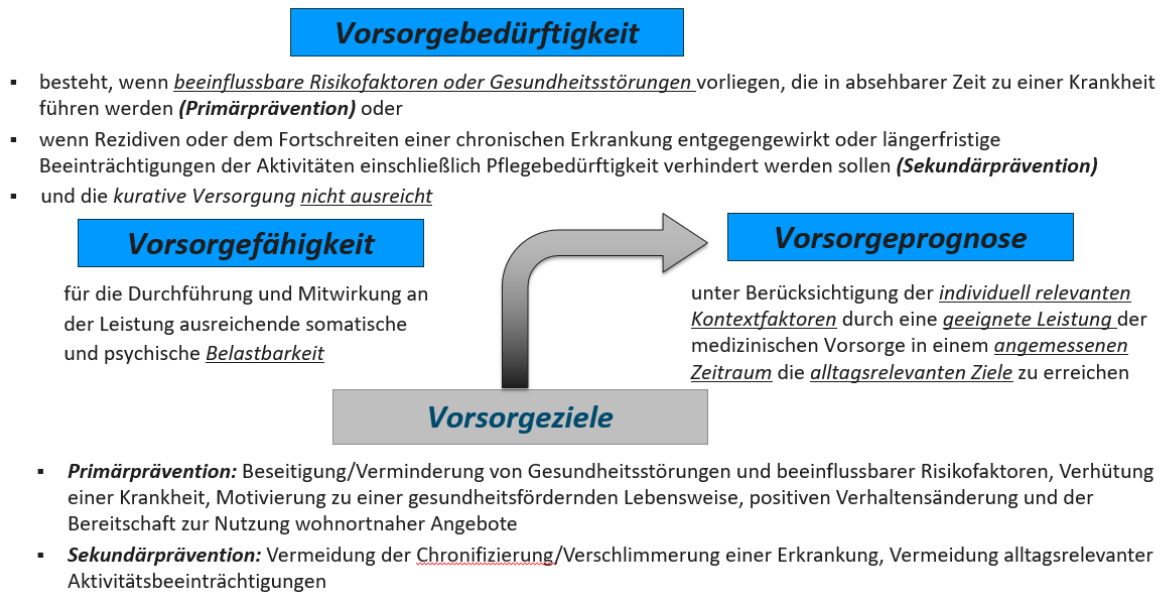


Abbildung 2: Übersicht zu den Indikationskriterien für Vorsorgeleistungen

Nur wenn alle Indikationskriterien erfüllt sind, ist die Indikation für eine Vorsorgeleistung gegeben.

Wird bei der Prüfung einer beantragten Vorsorgeleistung aber festgestellt, dass die Indikation für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation besteht, ist ergänzend zu prüfen, ob die medizinischen Voraussetzungen für Leistungsansprüche gegenüber anderen Leistungsträgern bestehen (siehe Abschnitt 2.5).

Die o. g. Indikationskriterien gelten grundsätzlich für alle medizinischen Vorsorgeleistungen (§§ 23, 24 SGB V).

2.2.2 Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten

Die ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten (§ 23 Absatz 2 SGB V) ist eine interdisziplinäre medizinische Leistung mit primär- oder sekundärpräventiver Zielsetzung. Unter kurärztlicher Verantwortung¹¹ kommen folgende Behandlungselemente zur Anwendung:

- ärztliche Betreuung, Beratung, Motivierung und ggf. Behandlung einschließlich Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln,
- ortsgebundene und kurortsspezifische Heilmittel und Therapieverfahren (Balneo- und Hydrotherapie in den verschiedenen Formen, Klimatherapie), weitere Verfahren der physikalischen Therapie,
- Bewegungstherapie (Krankengymnastik, Übungsbehandlung), allgemeine und individuelle gesundheitsfördernde Maßnahmen am Kurort, Gesundheitsbildung und -training in Seminaren und Übungsgruppen zur Förderung der Selbsthilfe und

¹¹ Vgl. „Vertrag über die kurärztliche Behandlung (Kurarztvertrag) vom 1. Juli 2013“ in der jeweils gültigen Fassung.

→ Entspannungstraining, Diät und gesunde Ernährung.

Die Leistungen werden auf der Grundlage eines individuellen Vorsorgeplans nach einem Vorsorgekonzept verordnet und erbracht.

Ambulante Vorsorgeleistungen können auch in kompakter Form als so genannte „**Kompaktkur**“ erbracht werden.

Die Kompaktkur ist eine interdisziplinäre ambulante Leistung, die unter ärztlicher Verantwortung koordiniert nach einem strukturierten Therapiekonzept in geschlossenen Gruppen mit Ausrichtung auf das bestehende Gesundheitsproblem durchgeführt wird.

Wesentliche Merkmale der Kompaktkur sind:

- hohe Therapiedichte,
- indikationsspezifische Ausrichtung für Patientinnen oder Patienten mit gleichen oder ähnlichen Krankheitszuständen,
- strukturierte Therapiekonzepte mit multidisziplinärem Ansatz,
- Behandlung in geschlossenen Gruppen, d. h. zeitgleicher Beginn der Leistung, mit max. 15 Teilnehmerinnen und Teilnehmern,
- konstante Gruppenleitung und
- interdisziplinäre Qualitätszirkel der Leistungserbringer am Kurort.

Kompaktkuren werden durchgeführt z. B. bei:

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen,
- muskuloskelettalen Erkrankungen,
- Erkrankungen des Stoffwechsels (Diabetes mellitus Typ 2),
- Krankheiten der Verdauungsorgane,
- obstruktiven Atemwegserkrankungen,
- Hauterkrankungen (Psoriasis, Neurodermitis),
- Schmerzsyndromen, chronischem Tinnitus, Dysstress,,
- gynäkologischen Erkrankungen.

Ein regelmäßig aktualisiertes Verzeichnis der Kurärztlichen Verwaltungsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KV WL), Dortmund, gibt Auskunft über anerkannte Programme, Indikationen und Kurorte für Kompaktkuren. Die Informationen können im Internet unter www.kvwl.de (Stichwort: Kompaktkuren) abgerufen werden.

2.2.2.1 Zuweisungskriterien für ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten

Ambulante Vorsorgeleistungen am Kurort (§ 23 Absatz 2 SGB V) sind angezeigt, wenn ambulante Leistungen am Wohnort nicht ausreichen oder ohne Erfolg durchgeführt worden sind oder wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände nicht durchgeführt werden können (z. B. können pflegende Angehörige oftmals ambulante Leistungen nicht regelmäßig in Anspruch nehmen).

Ambulante Vorsorgeleistungen am Kurort sind auszuschließen, wenn auf Grund des geringen Ausprägungsgrades des Gesundheitsproblems eine komplexe Leistung nicht erforderlich ist.

2.2.3 Stationäre Vorsorgeleistungen

Die stationäre Vorsorge nach § 23 Absatz 4 und § 24 SGB V ist eine interdisziplinäre medizinische Leistung, die von einem Team unter Leitung und Verantwortung einer Ärztin oder eines Arztes nach einem individuellen Therapieplan auf der Grundlage eines Vorsorgekonzepts erbracht wird.

Stationäre Vorsorgeleistungen nach § 23 Absatz 4 SGB V werden in Vorsorgeeinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V, Leistungen nach § 24 SGB V in Vorsorgeeinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V durchgeführt. Sofern eine stationäre Durchführung der Leistung (sozial-) medizinisch erforderlich ist, kann die Krankenkasse für pflegende Angehörige Leistungen nach § 23 Absatz 4 SGB V auch in Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V erbringen.

2.2.3.1 Zuweisungskriterien für stationäre Vorsorgeleistungen

Stationäre Vorsorgeleistungen nach § 23 Absatz 4 SGB V kommen bei Erwachsenen nur mit sekundärpräventiver Zielsetzung in Betracht:

- bei fehlender Durchführbarkeit ambulanter Vorsorgeleistungen am Kurort, z. B. wegen Beeinträchtigungen der Mobilität oder von Sinnesfunktionen,
- wenn ambulante Vorsorgeleistungen am Kurort nicht erfolgversprechend oder ausreichend sind,
- bei Notwendigkeit des strukturgebenden Rahmens einer stationären Einrichtung (z. B. Probleme der Orientierung, eingeschränkte Handlungskompetenzen) oder
- bei Notwendigkeit engmaschiger ärztlicher und medizinischer Kontrollen (Diabetes mellitus u. a.).

2.2.4 Vorsorgeleistungen für Kinder und Jugendliche

Für Kinder und Jugendliche kommen gemäß § 23 SGB V folgende Vorsorgeleistungen in Betracht:

- ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten (§ 23 Absatz 2 SGB V) und
- stationäre Vorsorgeleistungen (§ 23 Absatz 4 SGB V).

Die Aussagen in den Abschnitten 2.2.1–2.2.3 gelten analog.

2.2.4.1 Ambulante Vorsorgeleistungen am Kurort für Kinder und Jugendliche

Bei ambulanten Vorsorgeleistungen am Kurort für Kinder und Jugendliche (§ 23 Absatz 2 SGB V) stehen, insbesondere bei Kindern mit über das alterstypische Maß hinausgehenden Infekten (>10 Infekte/Jahr bei Kindern in der Regel bis zum Schuleintritt), Maßnahmen zur Stärkung der Kondition und Steigerung der Abwehrkräfte unter Nutzung heilklimatischer Faktoren im Vordergrund.

Ambulante Vorsorgeleistungen am Kurort kommen für Kinder und Jugendliche in der Regel **nur** in Begleitung von erwachsenen Bezugspersonen in Betracht. Mit dem in der jeweiligen Satzung der Krankenkasse festgelegten Zuschuss zur ambulanten Vorsorgeleistung sind auch die Kosten der Begleitperson abgegolten.

Bei der Feststellung der Vorsorgefähigkeit für Kleinkinder ist die notwendige Unterstützung durch die Begleitperson eine wesentliche Voraussetzung. Zur Einschätzung der Vorsorgeprognose ist zudem die Motivation der Begleitperson zu beurteilen.

Krankenkassen können in der Satzung höhere Zuschüsse für chronisch kranke Kleinkinder bei Inanspruchnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten festlegen (vgl. § 23 Absatz 2 Satz 3 SGB V). Sofern die Krankenkasse eine entsprechende Satzungsregelung getroffen hat, kann der Medizinische Dienst auch beauftragt werden zu beurteilen, ob das Kleinkind chronisch krank ist.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen verständigten sich am 22. Februar 2000 auf die folgende Definition für „chronisch kranke Kleinkinder“:

„Kleinkinder sind Kinder, die das 1. Lebensjahr vollendet und das 6. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Diese sind als chronisch krank anzusehen, wenn sie sich in ärztlicher Dauerbehandlung befinden. Eine Dauerbehandlung liegt vor, wenn mindestens 1 Jahr lang ärztliche Behandlung, andere medizinische Behandlungen oder ärztliche Überwachung einer Krankheit oder Therapie durchgeführt wurden und auch zukünftig notwendig sind, die regelmäßige, wenigstens einmal im Quartal stattfindende Kontakte zwischen Patientin oder Patient und Ärztin oder Arzt erfordern, um eine ausreichende „Beherrschung“ der vorliegenden Erkrankung (Beschwerdearmut) zu sichern. Die Dauerbehandlung beginnt mit der ersten ärztlichen Behandlung der Krankheit. Zu den chronischen Krankheitsbildern bei Kleinkindern können insbesondere Asthma bronchiale, Allergien, Mukoviszidose und Neurodermitis zählen.“

2.2.4.2 Stationäre Vorsorgeleistungen mit primärpräventiver Zielsetzung bei Kindern und Jugendlichen

Sie sind angezeigt, wenn eine Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung erkennbar ist.

Vorsorgebedürftigkeit mit primärpräventiver Zielsetzung ergibt sich bei:

- Häufung verhaltensabhängiger gesundheitlicher Risikofaktoren wie Übergewicht ohne Folgekrankheiten, die ein komplexes Behandlungsangebot erfordern,
- psychosozialen Problemen, die ein Erkrankungsrisiko darstellen und zu denen ein Zugang nur unter stationären Bedingungen möglich ist,

wenn wohnortnahe ambulante Behandlungsangebote nicht vorgehalten werden, nicht ausreichen bzw. diese erfolglos durchgeführt worden sind oder die zeitweilige Herausnahme aus dem häuslichen Umfeld notwendig ist.

2.2.4.3 Stationäre Vorsorgeleistungen mit sekundärpräventiver Zielsetzung bei Kindern und Jugendlichen

Sie sind indiziert bei:

- Verhaltensabweichungen, die nachweisbar die gesundheitliche Entwicklung gefährden, beispielsweise behandlungsbedürftige Konzentrationsschwäche, Schlafstörungen oder Hyperaktivität,
- Neigung zu rezidivierenden Erkrankungen, die wesentlich über das alterstypische Maß hinausgehen und zu einer verlängerten Rekonvaleszenz führen,
- Vermeidung von Rezidiven somatischer Erkrankungen, die umweltbeeinflusst sind, oder
- Verhinderung einer Verschlimmerung chronischer Erkrankungen,

wenn wohnortnahe ambulante Behandlungsangebote nicht vorgehalten werden, nicht ausreichen bzw. ambulante Behandlungsmaßnahmen erfolglos durchgeführt worden sind oder die zeitweilige Herausnahme aus dem häuslichen Umfeld notwendig ist.

2.2.5 Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter, Mutter-/Vater-Kind-Leistungen

Vorsorgeleistungen nach § 24 SGB V sind ausschließlich stationär in Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V (Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartige Einrichtungen) zu erbringen. Die ambulante Erbringung einer komplexen Vorsorgeleistung nach § 24 SGB V ist im Gesetz nicht vorgesehen. Insofern kommt bei der Notwendigkeit einer Herausnahme aus dem häuslichen Umfeld nur eine stationäre Vorsorge in Betracht. Entsprechende Leistungen können als Mutter- bzw. Mutter-Kind-Maßnahme oder als Vater- bzw. Vater-Kind-Maßnahme erbracht werden.

Im Rahmen der primär- und sekundärpräventiven Ausrichtung verfolgen Leistungen nach § 24 SGB V unter Berücksichtigung der allgemeinen und mütter-/väterspezifischen Kontextfaktoren das Ziel, den spezifischen Gesundheitsrisiken und ggf. bestehenden Erkrankungen von Müttern und Vätern im Rahmen stationärer Vorsorgeleistungen durch eine ganzheitliche Therapie unter Einbeziehung psychologischer, psychosozialer und gesundheitsfördernder Hilfen entgegenzuwirken. Dabei handelt es sich um Angebote, bei denen insbesondere psychosoziale Problemsituationen von Familien (z. B. Partnerschafts- und Erziehungsprobleme) berücksichtigt werden.

Vorsorgeleistungen mit einem auf diese Zielgruppe ausgerichteten speziellen Angebot können von Versicherten in Anspruch genommen werden, die unabhängig vom Betreuungsaufwand

- leibliche Kinder,
- Adoptivkinder,
- Stiefkinder,
- Pflegekinder,

- Enkelkinder (bei überwiegender Erziehungsverantwortung der Großeltern),
- Kinder in „Patchworkfamilien“

aktuell erziehen. Von einer aktuellen Erziehungsverantwortung kann grundsätzlich bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres des Kindes ausgegangen werden. In zu begründenden Einzelfällen (insbesondere bei Leistungsbezug nach dem SGB VIII) kann auch darüber hinaus eine Erziehungsverantwortung vorliegen.

Für im Haushalt lebende, behinderte Kinder kann die Erziehungsverantwortung auch über das 18. Lebensjahr hinaus gegeben sein.

Das Leistungsangebot ist auf die besonderen Bedürfnisse der Mütter/Väter und ggf. Kinder ausgerichtet. Beispielsweise finden sich bei Müttern/Vätern gehäuft nachfolgend genannte Gesundheitsstörungen:

- Erschöpfungssyndrom (Burn-out-Syndrom),
- unspezifische muskuloskelettale Beschwerden,
- Anpassungsstörungen,
- Unruhe- und Angstgefühle,
- depressive Verstimmung,
- Schlafstörungen,
- Kopfschmerzen,
- Unter-/Über-/Fehlernährung,
- funktionelle Magen-Darm-Probleme und
- funktionelle Sexualstörungen.

Insbesondere aus den oben genannten Gesundheitsstörungen kann sich die Indikation zu einer Vorsorgeleistung ergeben, sofern die medizinischen Indikationskriterien (Vorsorgebedürftigkeit, Vorsorgefähigkeit, Vorsorgeziele und Vorsorgeprognose) erfüllt sind.

Die nachfolgenden, auch schon unter Abschnitt 1.4.3 aufgeführten allgemeinen Umwelt- und personenbezogenen Faktoren:

- Partner-/Eheprobleme/Trennung von Partnerin oder vom Partner,
- Tod der Partnerin oder des Partners bzw. eines nahen Angehörigen,
- chronische Krankheiten/Suchtproblematik von Angehörigen,
- Verantwortung für die Pflege von Familienangehörigen,
- Schwierigkeiten bei der Problembewältigung, insbesondere von Alltagsproblemen,
- ständiger Zeitdruck,
- finanzielle Sorgen,
- Arbeitslosigkeit / berufliches Anforderungsprofil (Überforderung),
- soziale Isolation und

→ beengte Wohnverhältnisse

können jeweils einzeln für sich im Sinne der Wechselwirkungen des bio-psycho-sozialen Modells für das Auftreten oder die Verschlimmerung der Gesundheitsstörung mitverantwortlich sein. Vor dem jeweiligen familiären Hintergrund können diese eine zusätzliche Belastung bedeuten und in eine mütter-/väter-spezifische Problemkonstellation münden.

Daneben können die nachfolgenden beispielhaft genannten negativ wirkenden mütter-/väter-spezifischen Kontextfaktoren:

- Mehrfachbelastungen durch Beruf, Familie oder Pflege von Angehörigen im Kontext von Erziehungsverantwortung bei mangelnden Fähigkeiten/Möglichkeiten der Kompensation,
- mangelnde Grundkompetenzen (Sozial-, Selbst- und Handlungskompetenzen) im Zusammenhang mit den Aufgaben einer Mutter/eines Vaters,
- Erziehungsschwierigkeiten, mangelnde Erziehungskompetenz,
- Teenagerschwangerschaft,
- erhöhte Belastung, beispielsweise durch häufige, über das alterstypische Maß hinausgehende Infekte der Kinder oder chronisch erkrankte, verhaltensauffällige oder behinderte Kinder, frühgeborene Kinder, Mehrlingsgeburten,
- beeinträchtigte Mutter-/Vater-Kind-Beziehung,
- alleinerziehend, weil nicht in Lebensgemeinschaft lebend,
- mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung,
- fehlende Anerkennung der Mutter-/Vater-Rolle und
- nicht gleichberechtigte Stellung der Frau/des Mannes in der Familie

das Gesundheitsproblem negativ verstärken und können für die Indikation von Relevanz sein. Die klassischen Risikofaktoren wie übermäßiger Alkohol-, Nikotin- und Medikamentenkonsum, Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung und Übergewicht können ebenfalls negativen Einfluss auf die Problematik nehmen und sind deshalb zu berücksichtigen.

Vor diesem Hintergrund ist in einer Gesamtbetrachtung einzelfallbezogen zu beurteilen, ob die im Antragsverfahren erkennbaren Kontextfaktoren (allgemeine und mütter-/väter-spezifische) im Zusammenhang mit der Erziehungsverantwortung zu einer mütter-/väter-spezifischen Problemkonstellation führen, die das Gesundheitsproblem bedingt, unterhält oder verstärkt und eine Vorsorgeleistung in einer Mütter-/Väter- bzw. Mütter-/Väter-Kind-Einrichtung erfordert. In der nachfolgenden Abbildung sind die relevanten Prüfschritte der Begutachtung dargestellt:

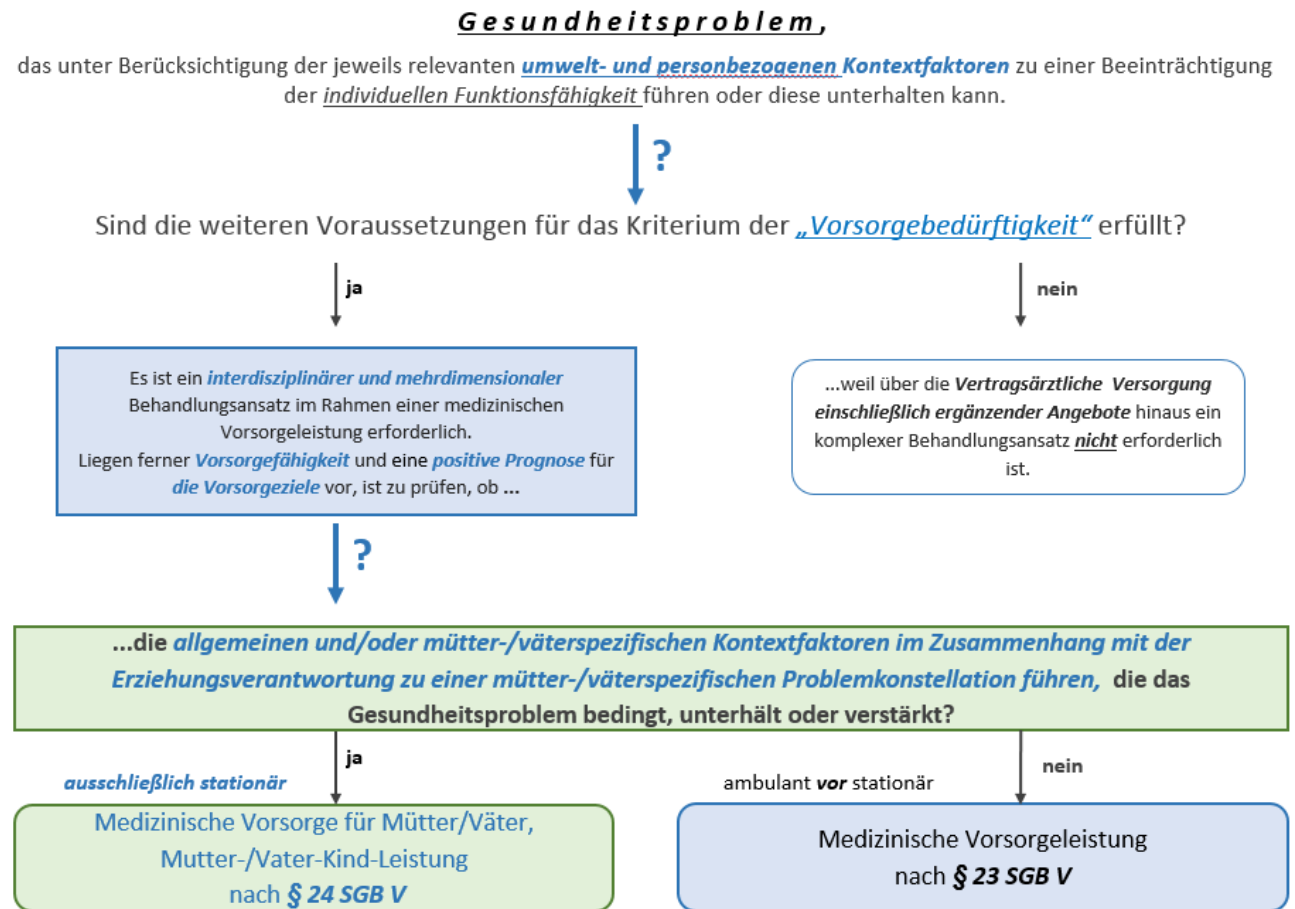


Abbildung 3: Prüfschritte für Vorsorgeleistungen nach § 24 SGB V

Bei bestimmten Problemsituationen werden spezialisierte Leistungen von den Einrichtungen angeboten, z. B. Leistungen für Mütter/Väter

- mit Behinderungen (z. B. Sinnesschädigungen),
- nach abgeschlossener Krebsbehandlung,
- mit chronisch kranken, behinderten oder dauernd pflegebedürftigen Angehörigen.

2.2.5.1 Mutter-/Vater-Kind-Leistungen

Die Leistungen nach § 24 SGB V können auch als Mutter-/Vater-Kind-Leistung erbracht werden. Maßgebend für deren Empfehlung ist die Indikation für die Mutter / den Vater.

Mutter-/Vater-Kind-Leistungen können in Betracht kommen, wenn

- für das Kind eine Behandlungsnotwendigkeit besteht, d. h., es behandlungsbedürftig ist oder bereits an einer chronischen Erkrankung leidet, eine Behinderung oder eine psychische Auffälligkeit aufweist und entsprechend dieser Beeinträchtigung(en) behandelt werden kann, oder

- aufgrund von psychosozialen Gründen im Sinne einer besonderen familiären Situation eine Trennung des Kindes / der Kinder von der Mutter / dem Vater unzumutbar ist und befürchtet werden muss, dass diese zu psychischen Störungen beim Kind / bei den Kindern führen kann (z. B. aufgrund des Alters), oder
- bei Müttern/Vätern, insbesondere bei alleinerziehenden oder berufstätigen Müttern/Vätern, eine belastete Mutter-/Vater-Kind-Beziehung verbessert werden soll, oder
- das Kind während der Leistungsanspruchnahme der Mutter / des Vaters nicht anderweitig betreut und versorgt werden und die Durchführung der Leistung für die Mutter / den Vater daran scheitern kann,

und die Mitaufnahme des Kindes / der Kinder den Erfolg der Vorsorgemaßnahme der Mutter/des Vaters nicht offensichtlich gefährdet.

Die Möglichkeit zur Mitaufnahme besteht in der Regel für Kinder bis 12 Jahre, in besonderen Fällen bis 14 Jahre. Für behinderte Kinder gelten keine Altersgrenzen.

Insbesondere ist zu berücksichtigen, dass die jeweilige Mutter-/Vater-Kind-Beziehung, die eine Einheit darstellt, einen bedeutsamen Kontextfaktor für die Mutter / den Vater oder das Kind sein kann. Ist diese Beziehung gestört, können folgende therapeutische Angebote in Betracht kommen:

- Mutter-/Vater-Kind-Interaktionsangebote,
- interaktive Sport- und Bewegungsangebote und
- Angebot zur Erziehungsberatung.

Die Kinder werden in diesen Einrichtungen von qualifiziertem Fachpersonal betreut und, sofern erforderlich, in das Vorsorgekonzept der Mutter / des Vaters einbezogen.

Besteht Behandlungsnotwendigkeit für ein Kind/mehrere Kinder ist zu prüfen, ob eine sachgerechte Behandlung des mitaufzunehmenden Kindes in der Einrichtung gewährleistet werden kann.

Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten nach § 23 Absatz 2 SGB V kommen als Alternative nicht in Betracht. Sie können von einer Mutter / einem Vater mit einem bzw. mehreren Kleinkindern – ohne weitere Begleitung bzw. Versorgung der Kinder am Kurort – in der Regel nicht genutzt werden. Sie sind auch nicht zielführend, wenn besondere Maßnahmen im Hinblick auf die Interaktion zwischen Mutter/Vater und Kind/Kindern erforderlich sind.

Liegt eine eigene Indikation zur medizinischen Rehabilitation beim Kind vor, ist eine indikationsspezifische Rehabilitation zu empfehlen. Falls erforderlich, kann ein Elternteil als Begleitperson mit aufgenommen werden (vgl. Abschnitt 2.4.4). Die Vorsorgebedürftigkeit der Mutter / des Vaters ist getrennt davon zu beurteilen.

2.3 Wichtige sozialmedizinische Aspekte zum Begutachtungsanlass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Ist die ärztliche Behandlung einschließlich Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln oder die psychotherapeutische Behandlung einschließlich der Verordnung von Heilmitteln zur Beseitigung oder Verminderung der Schädigungen und alltagsrelevanten Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder der Teilhabe nicht ausreichend, ist zu prüfen, ob eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich Anschlussrehabilitation werden sowohl ambulant als auch stationär erbracht.

2.3.1 Rehabilitations-Richtlinie des G-BA (Reha-RL)

Die Rehabilitations-Richtlinie (Reha-RL) soll eine notwendige, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit im Einzelfall gebotenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gewährleisten.

§ 7 definiert die Voraussetzungen (Indikationskriterien) für die Verordnung von medizinischer Rehabilitation im Sinne eines rehabilitationsmedizinischen Assessments. In den §§ 8–10 werden diese Kriterien näher definiert (siehe hierzu Kap. 1.5.1-1.5.4).

Durch die Änderungen in § 40 Absatz 3 SGB V durch das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) ergaben sich wesentliche Ergänzungs- und Anpassungsbedarfe für die Reha-RL.

Diese betreffen schwerpunktmäßig den neu eingeführten § 15 Geriatrische Rehabilitation und § 16 Anschlussrehabilitation.

§ 15 Geriatrische Rehabilitation

(1) [...]

(2)¹Für die Zuweisung in eine geriatrische Rehabilitation, bei der die Krankenkasse die medizinische Erforderlichkeit nicht überprüft, sind folgende Kriterien abzuklären und im Ordnungsformular Muster 61 darzulegen:

1. Bestehen eines erhöhten Lebensalters, 70 Jahre oder älter und
2. Vorliegen von mindestens einer rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnose und zwei geriatrischen Diagnosen (Teil B des Musters 61 in Abschnitt I).

²Die aus den Diagnosen gemäß Nummer 2 resultierenden Schädigungen sind mit mindestens zwei geeigneten Funktionstests aus unterschiedlichen Schädigungsbereichen nachzuweisen, wobei ein Funktionstest für die rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnose zu erfolgen hat. ³Die Ergeb-

nisse der durchgeführten Funktionstests sind unter Angabe des Funktionstests im Verordnungsformular Muster 61 einzutragen. Näheres zu Auswahl und Einsatz von Funktionstests ist in Anlage II geregelt.

(3) Die Krankenkasse kann die medizinische Erforderlichkeit der Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation

- für Versicherte über 60 und unter 70 Lebensjahren mit einer erheblich ausgeprägten geriatritypischen Multimorbidität oder
- bei der die Voraussetzungen nach Absatz 1 oder 2 nicht vorliegen,

überprüfen.

4) Abweichend von § 2 Absatz 8 ist die Verordnung von geriatrischer Rehabilitation nach § 40 Absatz 3 Satz 2 SGB V von der Prüfung durch den MD ausgenommen, sofern die Voraussetzungen nach Absatz 1 und 2 erfüllt sind (§ 275 Absatz 2 Nummer 1 SGB V).

§ 16 Anschlussrehabilitation

(1) ¹Bei Anschlussrehabilitationen (AR) nach § 40 Absatz 6 Satz 1 SGB V wird die medizinische Erforderlichkeit der Rehabilitation durch die Krankenkasse nicht überprüft, wenn die Voraussetzungen nach § 7 und eine der folgenden ausgewählten Diagnosen der Indikationsgruppen 1 oder 4 oder eine Indikation der Indikationsgruppen 7, 10 (in den unter Buchstabe d genannten Fällen), 11 oder 13 gemäß dem AHB-Indikationskatalog der Deutschen Rentenversicherung Bund in der Fassung 12/2017 vorliegen:

a) Indikationsgruppe 1: Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufsystems

- Myokardinfarkte
- Koronar-Arterielle Bypass-Operation auch in Kombination mit einem Herzklappenersatz
- Herzinsuffizienzen ab NYHA II,

b) Indikationsgruppe 4: Konservativ und operativ behandelte Erkrankungen des Bewegungsapparates und Unfallfolgen

- nach endoprothetischer Versorgung von Knie- oder Hüftgelenk
- spezifische Rückenschmerzen mit hohem Chronifizierungsrisiko
- Spinalkanalstenose/Enger Spinalkanal/Rezessusstenose
- Major Amputation an der unteren Extremität (proximal des Fußes),

c) Indikationsgruppe 7: Krankheiten der Atmungsorgane einschließlich Operationen,

d) Indikationsgruppe 10: Neurologische Krankheiten einschließlich Operationen an Gehirn, Rückenmark und an peripheren Nerven, wenn sich eindeutig eine Phasenzuordnung zur Phase D (gemäß BAR-Phasenmodell) aus den Feststellungen im ärztlichen Befundbericht sowie den Antragsunterlagen ableiten lässt,

e) Indikationsgruppe 11: Onkologische Krankheiten,

f) Indikationsgruppe 13: Organ-Transplantationen und -Unterstützungssysteme.

Satz 1 gilt auch für die Indikation einer geriatrischen Anschlussrehabilitation bei Patientinnen und Patienten mit einer geriatrischen Multimorbidität und einem erhöhten Lebensalter (70 Jahre oder älter).

(2) ¹Für die Darlegung der Fallkonstellation nach Absatz 1 ist das Vorliegen der Indikation für eine Anschlussrehabilitation einschließlich der damit einhergehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe im ärztlichen Befundbericht zu dokumentieren. ²Die Darlegung der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe erfolgt mit dem SINGER Patientenprofil.

Nähere Ausführungen zum SINGER Patientenprofil finden sich im Kapitel 2.3.9 „Neurologische Rehabilitation“.

Diese grundlegenden Änderungen machten ebenfalls eine Überarbeitung der Richtlinie MD-Stichprobenprüfung (siehe 10.3) erforderlich. Die von den Krankenkassen zu beachtenden Vorgaben finden sich in § 4 „Begutachtung durch den MD unabhängig von Stichproben“. Gemäß § 4 Absatz 3 kann bei Anschlussrehabilitation die medizinische Notwendigkeit/Erforderlichkeit der Rehabilitation durch die Krankenkasse nur überprüft werden, soweit keine der in § 16 Absatz 1 Reha-RL genannten Diagnosen und/oder Indikationsgruppen einschließlich der geriatrischen Rehabilitation gegeben ist.

2.3.2 Rehabilitationsstrategien

Zum Erreichen individueller Rehabilitationsziele können unterschiedliche Rehabilitationsstrategien zum Einsatz kommen. Es wird zwischen den nachfolgenden dargestellten Ansätzen unterschieden:

- **Restitution:** Wiederherstellung von geschädigten Strukturen und Funktionen bis zum Normalzustand (ad integrum) oder weitest möglich (ad optimum). Vielfach schließt dies auch die Erreichung weiterer Rehabilitationsziele im Bereich von Aktivitäten und Teilhabe ein.
- **Kompensation:** Ersatzweise Übernahme verlorener Strukturen, Funktionen und Aktivitäten durch andere, um gleiche Ziele bzw. Aufgaben in der Lebensführung und der Teilhabe zu erreichen.
- **Adaptation:** Anpassung der individuellen praktischen Lebensvollzüge an die individuellen Einschränkungen unter den gegebenen Umständen bei gleichzeitiger Anpassung der Kontextfaktoren, d. h. Reduktion hemmender und Stärkung fördernder Umwelt- und personbezogener Faktoren. Dies kann von der Anpassung von Hilfsmitteln, über räumliche und sächliche Maßnahmen bis zu Strategien der subjektiven Bewältigung (Coping) und Stützung von Ressourcen der An- und Zugehörigen reichen.

In der Praxis sind diese Rehabilitationsstrategien nicht immer vollständig zu trennen bzw. werden oft gemeinsam und sich ergänzend angewendet. Dennoch können einzelne strategische Ansätze dominieren.

Die restitutive Strategie setzt vorwiegend an der Verbesserung einzelner oder komplexer Funktionen der einzelnen Person an und bedient sich vorwiegend einzel- und gruppentherapeutischer Maßnahmen. Sie ist optimal in einem Setting durchzuführen, das eine hohe Intensität und Vielfalt solcher Anwendungen ggf. auch unter Einsatz aufwändiger Ausstattungen (bspw. Bewegungsbad) oder komplexer Trainingsgeräte (gewichtsentlastende Laufbänder, computergestützte Geräte etc.) sicherstellen kann. Dies erfordert in der Regel ein einrichtungsgebundenes stationäres oder ambulantes Setting.

Kompensatorische Strategien werden in der Regel in jedem Setting der Rehabilitation eingesetzt, beispielsweise in Form einer Übernahme verlorener Strukturen, Funktionen und Aktivitäten durch andere Strukturen und Aktivitäten, um das Ziel einer möglichst umfassenden Teilhabe und selbstbestimmten Lebensführung zu erreichen.

Adaptive Strategien setzen primär durch Modifikation des Kontextes (z. B. Hilfsmittel) am Ausgleich verlorener Funktionen und beeinträchtigter Aktivitäten/Teilhabe an und werden optimal im konkreten Lebensalltag mit der Patientin oder dem Patienten erprobt und erarbeitet. Adaptive Strategien gelingen im Setting der mobilen Rehabilitation und damit im eigenen und weiteren dauerhaften Lebensumfeld meist besser und effektiver, z. B. durch die Nutzung der eigenen Küche, des Bades, der vorhandenen Treppe und vor allem auch die Einbeziehung der dauerhaft an der Versorgung und ggf. Pflege beteiligten An- und Zugehörigen.

Die Entscheidung über die stationäre oder ambulante einschließlich mobiler Durchführung trifft die Krankenkasse unter Berücksichtigung der individuellen Voraussetzungen und der ggf. vorliegenden sozialmedizinischen Empfehlung. Es gilt im Bereich der GKV der Grundsatz ambulant vor stationär. Bei der Leistungsentscheidung hat die Krankenkasse die berechtigten Wünsche der Versicherten sowie wirtschaftliche Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

Rehabilitationsleistungen können indikationsspezifisch, d. h. krankheitsbezogen, z. B. als kardiologische und orthopädische Rehabilitation, indikationsübergreifend, typischerweise als geriatrische Rehabilitation, oder zielgruppenspezifisch für Kinder und Jugendliche sowie für Mütter und Väter erbracht werden.

Bei der medizinischen Rehabilitation handelt es sich um eine komplexe, d. h. interdisziplinäre und mehrdimensionale Leistung. Die in § 42 Absatz 2 und 3 SGB IX aufgeführten Leistungen können Bestandteile der Leistung zur medizinischen Rehabilitation sein. Werden sie als Einzelleistungen erbracht, sind sie als Leistung zur Krankenbehandlung einzustufen und nicht als Leistungen nach §§ 40 und 41 SGB V.

2.3.3 Indikation für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V ist nur dann indiziert, wenn bei Vorliegen einer Krankheit und deren Auswirkungen alle nachfolgenden Kriterien gem. § 7 Rehabilitationsrichtlinie des G-BA erfüllt sind:

- Rehabilitationsbedürftigkeit,
- Rehabilitationsfähigkeit,
- realistische alltagsrelevante Rehabilitationsziele und

→ eine positive Rehabilitationsprognose.



Abbildung 4: Übersicht zu den Indikationskriterien für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Dabei sind zielgruppenspezifische und indikationsübergreifende Besonderheiten zu beachten (siehe Abschnitte 2.3.4 bis 2.3.6).

Auch die Rehabilitation von psychisch oder psychosomatisch erkrankten Menschen oder bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen richtet sich nach dieser Begutachtungsanleitung.

2.3.4 Ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 40 Absatz 1 SGB V) werden nur in oder durch Rehabilitationseinrichtungen mit einem bestehenden Versorgungsvertrag nach § 111c SGB V durchgeführt.

Die Erbringung der Leistung im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld der Patientin oder des Patienten als mobile Rehabilitation (siehe Abschnitt 2.3.4.2) ist nur möglich, sofern hierfür die Voraussetzungen, wie in den Gemeinsamen Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation vom 1. Juni 2021 (siehe 10.12) beschrieben, erfüllt sind. Im Zusammenhang mit ambulanten Rehabilitationsleistungen wird auf die BAR-Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation verwiesen.

2.3.4.1 Zuweisungskriterien für ambulante Rehabilitation

Eine ambulante Rehabilitationsleistung kommt in Betracht, wenn:

- das Rehabilitationsziel im ambulanten Setting erreichbar ist,
- eine ständige ärztliche Überwachung und pflegerische Versorgung der oder des Versicherten nicht erforderlich sind und die hausärztliche Versorgung außerhalb der Rehabilitationszeiten sichergestellt ist,

- die oder der Versicherte über die zur Inanspruchnahme der ambulanten Rehabilitation erforderliche Mobilität verfügt und die häusliche Versorgung sichergestellt ist,
- die oder der Versicherte für die ambulante Leistungserbringung somatisch und psychisch ausreichend belastbar ist,
- die Rehabilitationseinrichtung in einer zumutbaren Fahrzeit erreicht werden kann und
- die Herausnahme aus dem sozialen Umfeld nicht notwendig ist.

2.3.4.2 Besonderheiten der mobilen Rehabilitation

Mobile Rehabilitation wird als eine besondere Form der ambulanten Rehabilitation im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld der Rehabilitandin oder des Rehabilitanden erbracht. Dies kann z. B. die Wohnung oder das Pflegeheim sein. Auch für die mobile Rehabilitation muss die häusliche Versorgung und ggf. Pflege sichergestellt sein.

Mobile Rehabilitation unterscheidet sich von anderen Rehabilitationsformen v. a. dadurch, dass sie den Menschen in seinem vertrauten Umfeld rehabilitiert. Relevante Umweltfaktoren können im individuellen Rehabilitationsplan optimal berücksichtigt werden. Der Alltag mit seinen Anforderungen an die alltägliche praktische Lebensführung wird zum Übungs- und Trainingsfeld, ohne dass Transferprozesse für die Rehabilitandin oder den Rehabilitanden notwendig werden. Hilfsmittel, gewohntes oder ständiges Wohnumfeld und Assistenz der An- und Zugehörigen können bestmöglich einbezogen werden. Die Therapien werden in den üblichen Tagesablauf eingepasst. Die mobile Rehabilitation kann auch in Kurzzeitpflegeeinrichtungen begonnen werden.

Auch für die mobile Rehabilitation gelten die Indikationskriterien für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, d. h. die Patientin oder der Patient muss rehabilitationsbedürftig und -fähig sein, es bestehen realistische alltagsrelevante Rehabilitationsziele und die Rehabilitationsprognose ist positiv. Vorrangig soll sich die Allokationsempfehlung an den individuellen, alltagsrelevanten Teilhabezielen und der Frage, mit welchen Strategien (siehe Kapitel 2.3) und in welchem Setting diese am besten erreichbar scheinen, orientieren.

Zielgruppe mobiler Rehabilitation können vorrangig Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sein, deren Zielerreichung durch Nutzung adaptiver Strategien zu erwarten ist, weil in diesem Setting positive Einflussfaktoren aus dem Lebenshintergrund bestmöglich einbezogen und genutzt werden können.

Über die o. g. Zielgruppe hinaus kommt mobile Rehabilitation auch für Patientinnen und Patienten in Betracht, für die eine positive Rehabilitationsprognose nahezu ausschließlich im Rahmen der Leistungserbringung im ständigen Wohnumfeld angenommen werden kann. Hierzu zählen insbesondere Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

- die in der Regel auf eine umfassende Anwesenheit von An- und Zugehörigen zur Unterstützung des Rehabilitationsprozesses angewiesen sind (z. B. zur Sicherung kontinuierlicher pflegerischer Versorgung, Gewährleistung der erforderlichen Kommunikation einschließlich migrationsbedingter Sprachbarrieren), die nur in dieser Form sichergestellt werden kann,

- die auf ihr gewohntes/ständiges oder bereits krankheitsspezifisch bzw. behindertengerecht adaptiertes Wohnumfeld angewiesen sind (z. B. bei schweren Schädigungen von Sinnesfunktionen, angeborene oder erworbene Mehrfachbehinderung),
- die den Rehabilitationserfolg schädigungsbedingt nicht aus der ambulanten oder stationären Rehabilitationseinrichtung in die gewohnte oder ständige Umgebung übertragen können (z. B. bei Apraxien, bei denen Rehabilitationserfolge an einen spezifischen Kontextbezug gebunden sind oder wenn Mobilität unter speziellen Besonderheiten des dauerhaften Wohnumfeldes geübt werden muss),
- mit erheblichen Schädigungen mentaler Funktionen, insbesondere kognitions- und verhaltensbezogener Art, die in ihrer Ausprägung und Handlungsrelevanz in fremder Umgebung zunehmen könnten,
- mit einer Besiedlung durch multiresistente Keime (z. B. 4MRGN), eine unter stationärer Bedingung einhergehenden Isolationspflicht und Hinweisen auf die Gefahr des Auftretens oder der Verschlechterung einer psychischen Störung.

Detaillierte Ausführungen im Zusammenhang mit mobiler Rehabilitation finden sich in den „Gemeinsamen Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation“.

2.3.5 Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 40 Absatz 2 SGB V) werden ausschließlich in Rehabilitationseinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V durchgeführt; für pflegende Angehörige kann die Krankenkasse unter denselben Voraussetzungen stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung (§ 137d Absatz 1 Satz 9 SGB V i.V.m. § 37 Absatz 3 SGB IX) erbringen, mit der ein Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V besteht.

2.3.5.1 Zuweisungskriterien für stationäre Rehabilitation

Eine Rehabilitation ist dann stationär durchzuführen, wenn mindestens ein Zuweisungskriterium für die ambulante Rehabilitation nicht erfüllt ist.

2.3.6 Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche

Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen oder psychischen Störungen, die langfristig negative Auswirkungen auf die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit haben, können bis zum 18. Lebensjahr – unter bestimmten Voraussetzungen bis zum 27. Lebensjahr – eine Leistung zur Kinderrehabilitation erhalten. Oft geht die Erkrankung auch mit psychosozialen Beeinträchtigungen einher. Kinderrehabilitation kann sowohl bei der Krankenkasse nach § 40 SGB V als auch beim Rentenversicherungsträger nach § 15a SGB VI beantragt werden. In diesen Fällen ist der zuerst angegangene Rehabi-

litationsträger zuständig. Auch für diese Zielgruppe gelten die in Absatz 2.3.1 aufgeführten Indikationskriterien unter Berücksichtigung entwicklungsspezifischer Besonderheiten.¹² Unter bestimmten Voraussetzungen kommt die Mitaufnahme einer Begleitperson in Betracht (vgl. Abschnitt 2.4.4).

Für die Kinderrehabilitation stehen bundesweit indikationsspezifisch ausgerichtete stationäre Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung.

2.3.7 Familienorientierte Rehabilitation

Eine „Familienorientierte Rehabilitation“ (FOR) kommt für Kinder mit besonders schweren chronischen Erkrankungen, insbesondere bei Krebserkrankungen, Mukoviszidose, Zustand nach Operationen am Herzen oder nach Organtransplantationen in Betracht. Voraussetzung ist, dass die Krankheit des Kindes aufgrund ihres besonderen Schweregrads die Alltagsaktivitäten der Familie erheblich beeinträchtigt.

Ausschlaggebend für die Prüfung der Mitaufnahme von Familienangehörigen ist die Situation des kranken Kindes und die Auswirkung der Krankheit auf die Familiensituation. Maßgebend ist, dass die Mitaufnahme der Familienangehörigen eine notwendige Voraussetzung für den Rehabilitationserfolg des kranken Kindes ist. Eine eigene Rehabilitationsbedürftigkeit der Familienangehörigen ist nicht erforderlich.

FOR wird in darauf ausgerichteten Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt. Es muss die Möglichkeit der Beratung und Schulung sowie der medizinisch-psychologischen Betreuung der betroffenen Familienangehörigen bestehen.

Die Verfahrensabsprache zu Anträgen der „Familienorientierten Rehabilitation“ vom 1. Januar 2020¹³ enthält in § 3 Absatz 4 folgende Empfehlung: *„Stellt sich im Verlauf der Bearbeitung des Antrags auf eine „Familienorientierte Rehabilitation“ heraus, dass für einen Familienangehörigen ein eigenständiger Rehabilitationsbedarf besteht, und sind unter den gesetzlichen Voraussetzungen der Renten- oder Krankenversicherung Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu erbringen, prüft der in Absatz 3 genannte „federführende“ Rehabilitationsträger die Zuständigkeit für diese Maßnahme und unterstützt den Familienangehörigen bei der Antragstellung. Dabei ist eine zeitgleiche Leistungserbringung in derselben oder in einer anderen Rehabilitationseinrichtung am Rehabilitationort anzustreben.“*

2.3.8 Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter, Mutter-/Vater-Kind-Leistungen

Für in aktueller Erziehungsverantwortung stehende Mütter und Väter (s. Abschnitt 2.2.5) besteht ein auf deren spezifische Bedürfnisse ausgerichtetes Rehabilitationsangebot.

¹² Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR): Gemeinsames Rahmenkonzept der Gesetzlichen Krankenkassen und der Gesetzlichen Rentenversicherung für die Durchführung stationärer medizinischer Leistungen Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche.

¹³ Vgl. Rechtsportal der Deutschen Rentenversicherung: Verfahrensabsprache zu Anträgen der Familienorientierten Rehabilitation.

Neben der indikationsspezifischen Ausrichtung verfolgen Leistungen nach § 41 SGB V unter Berücksichtigung der allgemeinen und mütter-/vaterspezifischen Kontextfaktoren das Ziel, den spezifischen Gesundheitsrisiken, Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe von Müttern/Vätern im Rahmen stationärer Rehabilitationsleistungen unter Einbeziehung psychologischer, psychosozialer und gesundheitsfördernder Hilfen entgegenzuwirken. Dabei handelt es sich um Angebote, bei denen neben der indikationsspezifischen Ausrichtung insbesondere psychosoziale Problemsituationen von Familien (z. B. Partnerschafts- und Erziehungsprobleme) besonders berücksichtigt werden.

Auch bei Leistungen nach § 41 SGB V ist die vorrangige Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers zu prüfen (§ 40 Absatz 4 SGB V). Dies beinhaltet die Prüfung der persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach §§ 10, 11 SGB VI, siehe Abschnitt 2.5). Dabei ist zu beachten, dass die Rentenversicherungsträger keine Mutter-/Vater-Kind-Leistungen erbringen.

Liegt eine eigene Indikation zur medizinischen Rehabilitation beim Kind vor, ist eine indikationsspezifische Rehabilitation zu empfehlen. Falls erforderlich, kann ein Elternteil als Begleitperson mit aufgenommen werden (vgl. Abschnitt 2.4.4). Die Rehabilitationsbedürftigkeit der Mutter/des Vaters ist getrennt davon zu beurteilen.

2.3.8.1 Mutter-/Vater-Kind-Leistungen

Die Leistungen nach § 41 SGB V können auch als Mutter-/Vater-Kind-Leistung erbracht werden. Die Ausführungen im Abschnitt 2.2.5 gelten analog auch für die Rehabilitation. Dabei ist in einer Gesamtbetrachtung einzelfallbezogen zu beurteilen, ob die im Antragsverfahren erkennbaren Kontextfaktoren (allgemeine und mütter-/vaterspezifische) im Zusammenhang mit der Erziehungsverantwortung zu einer mütter-/vaterspezifischen Problemkonstellation führen, die das Gesundheitsproblem bedingt, unterhält oder verstärkt und eine Rehabilitationsleistung in einer Mütter-/Väter- bzw. Mütter-/Väter-Kind-Einrichtung erfordert. In der nachfolgenden Abbildung sind die relevanten Prüfschritte der Begutachtung dargestellt:

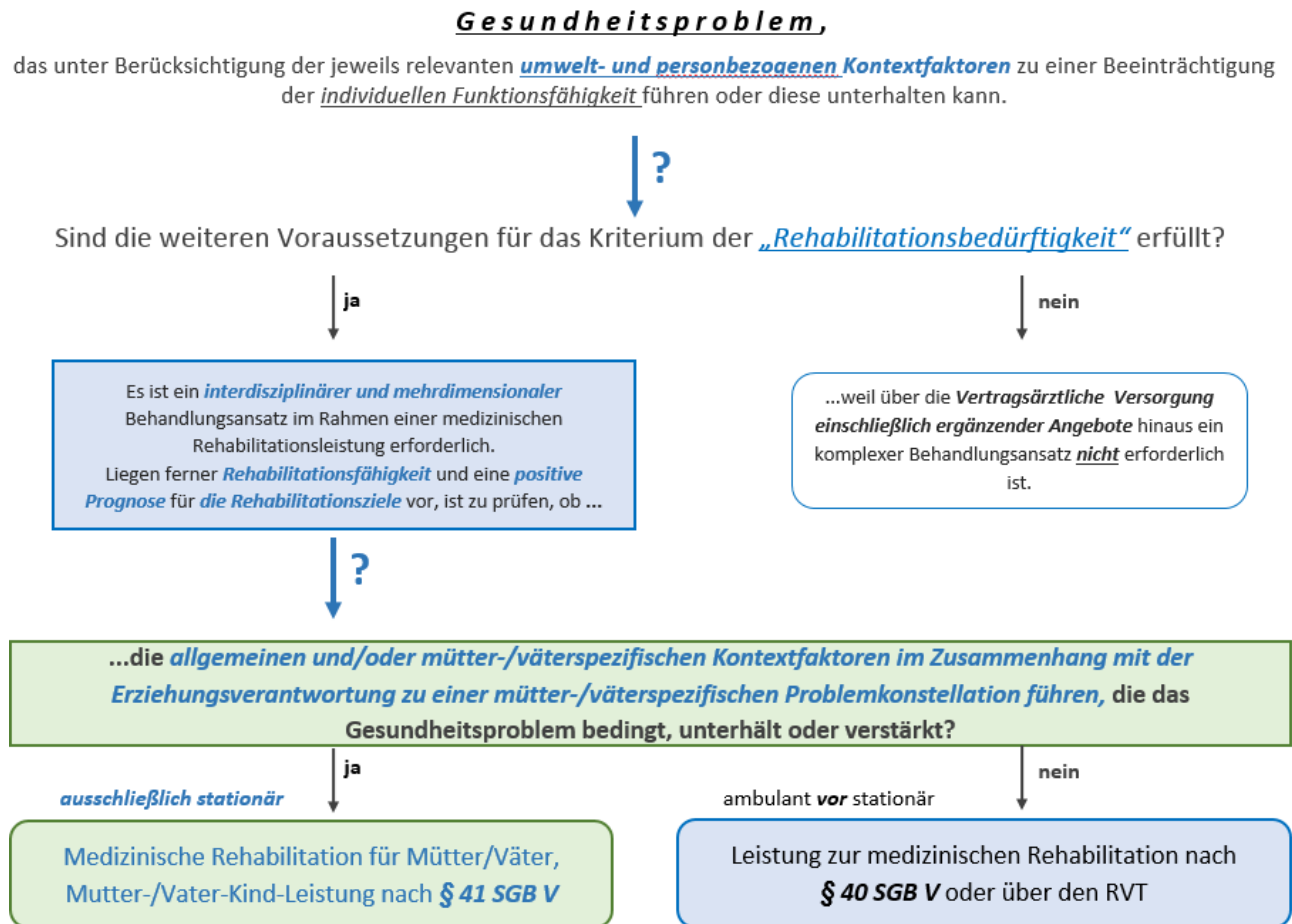


Abbildung 5: Prüfschritte für Rehabilitationsleistungen nach § 41 SGB V

2.3.8.2 Indikationen

Auch für die Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter und Mutter-/Vater-Kind gelten die Indikationskriterien

- Rehabilitationsbedürftigkeit,
- Rehabilitationsfähigkeit,
- realistische alltagsrelevante Rehabilitationsziele und
- eine positive Rehabilitationsprognose.

Bei Müttern/Vätern können neben den gängigen krankheitsbedingten Schädigungen insbesondere Schädigungen in den nachfolgenden Bereichen auftreten:

- Aufmerksamkeit,
- Antrieb,
- Emotion,

- Affekt,
- Stimmung,
- Willen,
- Verhaltensmuster sowie
- andere Bereiche des Bewusstseins oder Wachzustandes.

Auf der Ebene der Aktivitäten und Teilhabe sind Beeinträchtigungen in nachfolgenden Bereichen häufig:

- Wissensanwendung (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen),
- allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. die tägliche Routine durchführen, mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen),
- Erledigung von Hausarbeiten (z. B. Kleidung und Wäsche waschen und trocknen, den Wohnbereich reinigen, Müll entsorgen),
- interpersonelle Beziehungen (z. B. mit Fremden umgehen, der informellen sozialen Beziehungen, Familienbeziehungen, insbesondere Mutter-/Vater-Kind Beziehungen),
- Arbeit und Beschäftigung (z. B. eine Arbeit erhalten, behalten und beenden, bezahlte Tätigkeit) und/oder
- soziales und staatsbürgerliches Leben.

2.3.9 Neurologische Rehabilitation

Die Neurologische Rehabilitation ist das Teilgebiet der Neurologie, das sich auf die Diagnostik und Therapie von Beeinträchtigungen, die durch Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems oder Myopathien entstehen, spezialisiert hat. Im Gegensatz zur Akutneurologie stehen hierbei (Rehabilitations-)Diagnostik und Therapie von individuellen Schädigungen von Funktionen und daraus resultierenden Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe im Vordergrund.

Die neurologische Rehabilitation weist eine Reihe von Besonderheiten hinsichtlich der Prozesse und Inhalte auf. Auf Prozessebene unterscheidet sie sich von der Rehabilitation in anderen Indikationsgebieten durch folgende Aspekte:

- Die Rehabilitation erfolgt häufig vom Schädigungsbeginn an, z. B. schon im Akutkrankenhaus auf der Stroke Unit.
- Rehabilitationskliniken mit krankenhausähnlichem Ausstattungsstandard erlauben die Behandlung auch schwer(st) in ihrer Teilhabe und Kooperationsfähigkeit beeinträchtigter Personen.
- Versorgung von Patientinnen und Patienten mit nichtneurologischen (indikationsfremden) Grundkrankheiten und intensivmedizinischer Vorbehandlung, die im Verlauf Sekundärschäden auf neurologischem Fachgebiet entwickelt haben (z. B. Critical Illness Polyneuro-/Myopathie).
- Die Rehabilitation von in ihrer Selbst- und Störungswahrnehmung, Kognition (einschließlich der Orientierung) und Kommunikationsfähigkeit gestörten Personen erfordert unter Umständen freiheitsentziehende Maßnahmen (auf speziellen Stationen mit neuropsychologischem Therapie-schwerpunkt für z. B. mobile, desorientierte Patientinnen und Patienten).

→ Im stationären Bereich wird i.d.R. ein abgestuftes Angebot von Rehabilitationsleistungen für verschiedene Phasen der neurologischen Rehabilitation vorgehalten (Modell einer möglichst geschlossenen Rehabilitationskette). Diese Phasen können sequenziell durchlaufen werden.

Inhaltlich ergeben sich in der Neurorehabilitation folgende Besonderheiten:

- Bei ZNS-Schädigungen werden bleibende strukturelle Schäden in neuronal plastischen Systemen durch rehabilitative Therapien kompensiert (z. B. durch gezielte Interventionen wie physio-/ergotherapeutische/logopädische oder neuropsychologische Beübung, durch Meidung plastizitätshemmender Medikation, Neurostimulationsverfahren, oder robotisch assistierte motorische Trainingsformen).
- Die Mitwirkungsfähigkeit und (Eigen-)Motivation kann bei schwer betroffenen Patientinnen und Patienten zunächst fehlen, sodass ein Teilziel zunächst das Erreichen der Kooperationsfähigkeit ist.

Die nach Art, Schwere und Lokalisation in unterschiedlichem Ausmaß (und unter Umständen in Kombination) betroffenen neurologischen Funktionssysteme führen zu vielfältigen Einbußen, die im Rehabilitationsprozess unterschiedlich aufwandsbildend sind. Vor diesem Hintergrund wurde trägerübergreifend das „Phasenmodell der neurologischen Rehabilitation“ (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) entwickelt (siehe 10.16). Unterschieden werden hierbei folgende Phasen:

- A) Akutbehandlungsphase,
- B) Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der noch intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen (neurologische Frührehabilitation im engeren Sinn),
- C) Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der die Patienten bereits in der Therapie mitarbeiten können, sie aber noch kurativmedizinisch und mit hohem pflegerischen Aufwand betreut werden müssen (postprimäre Rehabilitationsphase oder Mobilisationsphase),
- D) Rehabilitationsphase nach Abschluss der (Früh-)Mobilisation (weiterführende Rehabilitation),
- E) Behandlungs-/Rehabilitationsphase nach Abschluss einer intensiven medizinischen Rehabilitation (nachgehende Rehabilitationsleistungen zur Sicherung/Verstetigung des Rehabilitationserfolgs),
- F) Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der dauerhaft unterstützende, betreuende und/oder zustandserhaltende Leistungen erforderlich sind.

Die Phase B wird in den BAR-Rahmenempfehlungen leistungsrechtlich dem Krankenhausbereich zugeordnet (Leistungen nach § 39 SGB V). Nur in wenigen Bundesländern bestehen an einzelnen Rehabilitationskliniken versorgungsvertragliche Regelungen, die Leistungen der Phase B auch auf der Grundlage des § 40 SGB V vorsehen.

Die sozialmedizinische Begutachtung von Rehabilitationsleistungen in der neurologischen Indikation (bei Erst- und Verlängerungsanträgen) umfasst neben der Bewertung des Vorliegens der Indikationskriterien im Falle einer sozialmedizinischen Empfehlung auch den Hinweis zur Zuordnung innerhalb des Phasenmodells der neurologischen Rehabilitation. Die Phasenabgrenzung in der Neurorehabilitation erfolgt in der sozialmedizinischen Begutachtung auf der Grundlage der zugehörigen (Rahmen-)Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation für die Phasen B – D. Die Empfehlungen für die Phasen B und C beschreiben phasenabhängige Patientencharakteristika sowie Ein- und Ausgangskriterien. Die Phasenzuordnung erfolgt damit nicht in direktem (numerischen) Bezug

– z. B. durch Punktwertkorridore - zu den breit etablierten Globalassessments (Barthel-Index, erweiterter Barthel-Index, Frührehabilitations-Barthel-Index nach Schönle oder FIM®/Functional Independence Measure), sondern bedient sich in der sozialmedizinischen Begutachtung der kostenträgerübergreifend konsentierten, zustands-/merkmalsbeschreibenden Referenz der BAR-Rahmenempfehlungen^{14 15}.

Die Rehabilitations- Richtlinie des G-BA sieht nach § 16 für Leistungen der Anschlussrehabilitation in der neurologischen Indikation keine Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkassen in der Phase D vor; eine Prüfung ist nur noch für die neurologische Rehabilitation der Phase B und C möglich. Aufgrund der sehr unterschiedlichen Betroffenheitsmuster der Patientinnen und Patienten mit der stets dezidiert zu klärenden Frage der Rehabilitationsfähigkeit ist in jedem Einzelfall abzuwägen, mit welcher Form der Rehabilitation größtmögliche Erfolge erzielt werden können. Insbesondere für schwerst und schwer betroffene Patientinnen und Patienten und an den Phasenübergängen Phase A/Phase B und Phase B/Phase C nach dem Phasenmodell der neurologischen Rehabilitation bedarf es der individuellen Betrachtung und sozialmedizinischen Einschätzung, ob beispielsweise die besonderen Mittel des Krankenhauses weiterhin erforderlich sind, die Beatmungsentwöhnung abgeschlossen ist oder Komplikationen ausreichend beherrscht sind. Dies lässt sich mit einem standardisierten Verfahren nicht zuverlässig über alle Phasen der neurologischen Rehabilitation abbilden, sodass es aus diesem Grund einer individuellen Überprüfung der medizinischen Indikationsstellung und adäquaten Phasenzuordnung zu den Phasen B und C bedarf. Bei ärztlichen Feststellungen, bei denen sich aus den Antragsunterlagen und dem ärztlichen Befundbericht eindeutig eine Phasenzuordnung zu Phase D nach dem Phasenmodell der neurologischen Rehabilitation ableiten lässt, entfällt gemäß § 16 Reha-RL die Überprüfung der medizinischen Indikationsstellung durch die Krankenkasse.

Die zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus fortbestehenden alltagsrelevanten Beeinträchtigungen einer Patientin oder eines Patienten sind im ärztlichen Befundbericht zum AR-Antrag zu dokumentieren. Die Darlegung der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe erfolgt mit dem SINGER-Patientenprofil (SPP). Dabei sind die ohne die Durchführung der beantragten Anschlussbehandlung längerfristig (>6 Monate) drohenden oder bestehenden alltagsrelevanten Beeinträchtigungen zu dokumentieren. Das SPP wurde aus dem SINGER-Assessment abgeleitet, ist selbst aber kein Assessment. Im Gegensatz zum SINGER-Assessment werden zur Stufenzuordnung nicht die im SINGER-Assessment für jede einzelne Stufe festgelegten Einstufungskriterien genutzt, sondern lediglich die Oberkategorien: welche sich an der Art des direkt fremdbeobachtbaren Unterstützungsbedarfes ausrichten. Dies sind folgende Kategorien:

→ Professionelle Hilfe: Diese ist nur im Rahmen der Therapie, also im therapeutischen Kontext, leistbar. „Total“ bedeutet, dass die Patientin oder der Patient zu keinerlei Leistung/Interaktion in der Lage und demnach von professioneller Hilfe vollständig abhängig ist. „Kontakthilfe“ bedeutet, dass ausschließlich im therapeutischen Kontext nutzbare, beginnende Aktivitäten durch die Patientin

¹⁴ Die BAR-Rahmenempfehlungen weisen nur für die ambulante neurologische Rehabilitation einen Punktwert als ein (neben anderen Merkmalen) mögliches Eingangskriterium (> 80 Punkte) aus. Ansonsten findet sich kein Punktwertbezug zur Phasenabgrenzung in den Rahmenempfehlungen.

¹⁵ Ergänzender Hinweis: Lediglich im Rechtskreis der Krankenhausbehandlung fordert der zugehörige Prozedurenschlüssel für Leistungen der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation (OPS 8-552) zu Behandlungsbeginn einen Eingangswert des Frühreha-Barthel-Index nach Schönle bis max. 30 Punkten (Phase B als akutstationäre Leistung).

oder den Patienten möglich sind, welche jedoch außerhalb der Therapie noch keine Alltagsrelevanz erreichen.

- **Laienhilfe:** Diese ist auch außerhalb von Therapiesituationen durch unterwiesene Helferinnen und Helfer zu leisten. „Kontakthilfe“ bedeutet hier, dass die Helferin oder der Helfer die Patientin oder den Patienten aktiv unterstützt, zumeist durch Körperkontakt bzw. aktive Interaktion durch die Helferin oder den Helfer. „Assistenz“ bedeutet, dass die Patientin oder der Patient die geforderte Leistung selbst erbringt, sie oder er jedoch noch beaufsichtigt werden muss und Hilfsmittel ggf. angereicht bzw. zurechtgelegt werden müssen.
- **Selbständig:** Die Patientin oder der Patient ist vollständig unabhängig von personeller Hilfe. Mit „Hilfsmittel“ (HiMi) bedeutet, dass die Patientin oder der Patient mit selbst genutzten Hilfsmitteln selbständig ist. „Ohne HiMi“ bedeutet, dass sie oder er die entsprechende Leistung wie eine gleichaltrig Gesunde oder ein gleichaltrig Gesunder ohne Hilfsmittel erbringen kann.

Wenn im Einzelfall die Entscheidung zwischen zwei Leistungsstufen nicht möglich ist so sollte die jeweils niedrigere Leistungsstufe gewählt werden.

Aus methodischen Gründen ist eine Umrechnung anderer Globalassessments (wie z. B. dem (Früh-)Barthel-Index) in das SPP nicht statthaft und das konkret ausgefüllte SPP zur Phasenabgrenzung bei Anträgen im AR-Verfahren zugrunde zu legen. Die Phasenzuordnung bei der sozialmedizinischen Begutachtung von Verlängerungsanträgen orientiert sich unverändert an den üblichen Patientencharakteristika in den BAR-Rahmenempfehlungen.

2.3.10 Rehabilitation für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen (RPK)

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen einer Rehabilitation für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, kurz RPK, kommen vor allem für Menschen mit psychischen Erkrankungen/Störungen und daraus resultierenden individuellen Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe in Betracht (siehe 10.21).

Die RPK ist eine kombinierte Leistung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation und somit von der rein medizinischen Rehabilitation bei psychosomatischen Erkrankungen abzugrenzen. Die RPK bildet zur Psychosomatik ein in Teilen unterschiedliches Diagnosespektrum ab (u.a. mit Einbezug schizophrener Psychosen oder schwerer Persönlichkeits- oder Verhaltensstörungen). In der RPK sind in der Regel – abweichend vom psychosomatischen Rehabilitationsansatz – Elemente der psychiatrischen Krankenpflege, der Psychopharmakotherapie sowie der psychosozialen Hilfen stärker gewichtet. Die Phasen der medizinischen und beruflichen RPK haben unterschiedliche Schwerpunkte, sind aber ganzheitlich als fortlaufende integrierte Komplexleistung vorgesehen. Abhängig vom individuellen Rehabilitationsverlauf werden zur Sicherung der erreichten Teilziele und zur Stabilisierung der vorhandenen Rehabilitationsfähigkeit die Elemente der medizinischen und beruflichen Rehabilitation flexibel kombiniert, stufenweise aufgebaut und ggf. wiederholt.

Für die jeweilige Phase der RPK (medizinisch oder beruflich) können unterschiedliche Rehabilitations-träger nach den für sie geltenden Leistungsgesetzen zuständig sein (GKV, DRV, BA, UV). Bereits mit Beginn der medizinischen Phase wird das langfristige Teilhabeziel Arbeit und Beschäftigung verfolgt. RPK kann sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden. Bei fluktuierendem Krankheitsverlauf

während der Rehabilitation können ambulante und stationäre Phasen flexibel wechseln. Die Kontinuität der therapeutischen Beziehungen über Leistungsabschnitte und Leistungsträgerwechsel hinweg ist für den Erfolg der RPK genauso entscheidend, wie die Besonderheit, dass bereits aus der Rehabilitation heraus auch im betrieblichen und persönlichen Umfeld therapiert wird.

Je nach Einzelfall können die medizinische und die berufliche RPK-Phase jeweils zwischen drei bis maximal 12 Monate dauern. Für die medizinische Phase ist die GKV zuständig, wenn die Voraussetzungen hierfür durch die DRV nicht erfüllt sind, die Leistung aber erforderlich ist, um insbesondere vor Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben das Leistungsvermögen zu stabilisieren oder eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern.

2.3.11 Geriatrische Rehabilitation

Geriatrie ist die medizinische Spezialdisziplin, die sich mit physischen, psychischen, funktionalen und sozialen Aspekten in der Versorgung von akuten und chronischen Krankheiten, der Rehabilitation und Prävention alter Patientinnen und Patienten sowie deren spezieller Situation am Lebensende befasst¹⁶. Aufgrund eingeschränkter struktureller und funktioneller körperlicher Reserven kommt es im Alter im Rahmen von akuten und chronischen Erkrankungen meist rascher, ausgeprägter und anhaltender zu Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe als in jüngeren Jahren. Daher kommt dem Einsatz geriatrischer Rehabilitation oft eine erhebliche Bedeutung für den Erhalt von Autonomie, Lebensqualität sowie Vermeidung, Verzögerung und Verminderung von Pflegebedürftigkeit alter Menschen zu. Häufig findet schon im Akutkrankenhaus eine der Rehabilitation vorausgehende geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS 8-550) zur frühzeitigen Behandlung primärer sowie zur Vermeidung sekundärer Beeinträchtigungen statt.

Geriatritypische Multimorbidität

Die gesundheitliche Gesamtsituation alter Menschen ist häufig durch das gleichzeitige Vorkommen mehrerer Krankheiten (Multimorbidität) und deren Folgen geprägt. Alterstypisch sind hierbei bspw. Schädigungen von Sinnesfunktionen, mentalen Funktionen, der Kontinenz oder Beeinträchtigungen der Mobilität mit Sturzrisiken bis hin zur Immobilität. Weitere Beispiele geriatritypischer Schädigungen und Beeinträchtigungen finden sich in der Definition des geriatrischen Patienten in der Anlage 8.2. Hinzu treten im Alter häufig **psychosoziale Unterstützungsbedarfe** bspw. durch Antriebsminderungen, soziale Isolation oder zunehmende Abhängigkeit von Fremdhilfe bis hin zur Pflegebedürftigkeit. Oft sind diese eng mit individuellen Umwelt- und personbezogenen Faktoren verknüpft.

Auf eine geriatrische Rehabilitandin oder einen geriatrischen Rehabilitanden weisen neben der rehabilitationsbegründenden Diagnose eine **geriatritypische Multimorbidität** und ein **Lebensalter von 70**

¹⁶ Definition der Europäischen Union der medizinischen Spezialisten in der Übersetzung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie [[Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. \(DGG\) \(dggeriatrie.de\)](http://www.dggeriatrie.de)].

Jahren oder älter hin. Für diesen Personenkreis wird die medizinische Erforderlichkeit einer geriatrischen Rehabilitation bei Vorliegen der Voraussetzungen nach §§ 15 oder 16 der Rehabilitations-Richtlinie nicht überprüft (siehe 2.3.1).

Insbesondere bei hochaltrigen Menschen (80 Jahre und älter) können sich auch ohne dokumentierte Multimorbidität **Hinweise einer alterstypisch erhöhten Vulnerabilität** finden. Solche können z. B. sein:

- Vorbestehender Pflegegrad,
- Hinweise auf Komplikationen und Folgeerkrankungen während eines Krankenhausaufenthaltes (wie Delir, Thrombose, Infektion, Stürze),
- kognitive Beeinträchtigungen und
- erhöhter Unterstützungsbedarf bei alltäglichen Verrichtungen.

Bei Vorhandensein solcher Hinweise ist in der Regel davon auszugehen, dass die Rehabilitandin oder der Rehabilitand bessere Erfolgsaussichten im Rahmen einer geriatrischen Rehabilitation haben wird.

Auch bei einem **Lebensalter zwischen 60 und 70 Jahren** und **erheblich ausgeprägter geriatritypischer Multimorbidität**¹⁷ ist häufig von besseren Erfolgsaussichten bei Durchführung einer geriatrischen Rehabilitation auszugehen. Unter ausgeprägter geriatritypischer Multimorbidität werden neben der rehabilitationsbegründenden Diagnose mindestens drei weitere geriatritypische Diagnosen verstanden.

Besonderheiten der geriatrischen Rehabilitation

Die geriatrische Rehabilitation unterscheidet sich auf Struktur- und Prozessebene von anderen Indikationen durch

- eine medizinisch breitere, fachübergreifende Qualifikation des ärztlichen Personals
- breite Erfahrungen des gesamten Rehabilitationsteams im Umgang mit alterstypischen Syndromen und mentalen Schädigungen (insbesondere von Menschen mit Demenz) sowie Menschen mit schweren Mehrfachbehinderungen
- die Breite ihres rehabilitativ-therapeutischen Spektrums (neben Physiotherapie, Ergotherapie und Sozialberatung insbesondere auch Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, (Neuro-)Psychologie und rehabilitative, aktivierend-therapeutische Pflege) mit entsprechend indikationsübergreifenden Therapieoptionen
- eine an den erhöhten pflegerischen Unterstützungsbedarf angepasste Intensität aller rehabilitativen und pflegerischen Maßnahmen
- den Einsatz eines dem breiten Beeinträchtigungsspektrum entsprechenden umfassenden geriatrischen Assessments zur Therapieplanung¹⁸

¹⁷ In Anlehnung an das BSG-Urteil vom 23. Juni 2015, B 1 KR 21/14 R setzt die Operationalisierung des Begriffs geriatrischer Patient ein Alter von mindestens 60 Jahren voraus.

¹⁸ Hierfür geeignete Assessmentinstrumente werden auf der Homepage des Kompetenz-Centrums Geriatrie (KCG) dargestellt [<https://www.kcgeriatrie.de/assessments-in-der-geriatrie/>].

- neben Restitution und Kompensation einen besonderen Fokus auf Adaptation als Rehabilitationsstrategie zur bestmöglichen individuellen Rehazielerrreichung speziell bei stärker pflegebedürftigen Menschen mit eingeschränktem Restitutionspotenzial, beispielsweise im Setting mobiler geriatrischer Rehabilitation.

In der geriatrischen Rehabilitation kann damit passgenau auf die umfänglicheren Unterstützungsbedarfe multimorbider älterer Menschen und deren oftmals eingeschränkte physische und psychische Belastbarkeit für die Maßnahme reagiert werden. Bestehende Pflegebedürftigkeit ist bei diesen häufig Ausdruck ihrer Teilhabebeeinträchtigungen und schließt weder Rehabilitationsfähigkeit noch eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation aus.

Daher werden auch an die Rehabilitationsfähigkeit in der geriatrischen Rehabilitation niedrighschwelligere Anforderungen als in der indikationsspezifischen Rehabilitation gestellt. Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit darf aber nicht (mehr) bestehen, d. h. folgende Kriterien sind erfüllt:

- Stabilität der Vitalparameter
- Fähigkeit zur mehrmals täglichen aktiven Teilnahme an rehabilitativen Maßnahmen
- Schädigungen von Körperfunktionen und -strukturen und typische Komplikationen müssen die aktive Teilnahme an rehabilitativen Maßnahmen mehrmals täglich erlauben und können in einer geriatrischen Rehabilitationseinrichtung angemessen behandelt werden.

Daneben sind die individuellen Voraussetzungen und die Ausschlusskriterien für eine Rehabilitation zu berücksichtigen.

Bei der Formulierung individueller, alltagsrelevanter, realistischer Rehabilitationsziele sind bedeutende Kontextfaktoren zu beachten. Entsprechende Ziele können beispielsweise sein:

- Verbesserung der Steh-/Gehfähigkeit, um sich in der Wohnung wieder bewegen zu können
- Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit, um Gespräche führen zu können
- Verbesserung der Sitzstabilität und -dauer zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben
- Verbesserung der Tagesstrukturierung zur Gewährleistung zeitgerechter Medikamenten- und Nahrungsaufnahme
- Reduzierung des Bedarfs an Fremdhilfe.

Hierbei kann selbst das Erreichen kleinschrittiger Rehabilitationsziele im Einzelfall eine deutlich selbstbestimmtere Lebensführung, eine umfänglichere Teilhabe und darüber hinaus den Verbleib im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld bewirken (z. B. auch durch Entlastung pflegender Angehöriger und beruflich Pflegender).

Formen der geriatrischen Rehabilitation

Geriatrische Rehabilitation in ambulanten, durch mobile oder in stationären Rehabilitationseinrichtungen wird nur in einem Teil der Bundesländer erbracht. In einzelnen Bundesländern stehen keine Angebote für die geriatrische Rehabilitation nach § 40 SGB V in Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung. Stattdessen erfolgt die rehabilitative Versorgung dieser Patienten im Rahmen der geriatrischen

schen Frührehabilitation im Krankenhaus. Diese Besonderheiten des sektoral gegliederten Leistungsangebots nach §§ 39, 40 SGB V sind bei den leistungsrechtlichen Entscheidungen der Krankenkasse über Art, Dauer, Umfang, Beginn und Einrichtung einzubeziehen.

Die Gutachterin oder der Gutachter hat bei der Begutachtung allein aus sozialmedizinischer Sicht zu bewerten, mit welcher Strategie und damit Durchführungsart die individuellen Rehabilitationsziele am besten zu erreichen sind, unabhängig von den vorhandenen Versorgungsstrukturen.

2.3.12 Rehabilitative Erfordernisse von älteren Menschen mit angeborener oder erworbener Mehrfachbehinderung

Hierbei handelt sich um Erwachsene ab einem Alter von 60 Jahren mit angeborener oder erworbener geistiger/Mehrfach-Behinderung. Diese weisen häufig einen besonderen Bedarf hinsichtlich ihrer Gesundheitsversorgung auf oder benötigen bei einer hinzutretenden Erkrankung ein besonderes Setting bzw. im Hinblick auf die Wechselbeziehungen zwischen Krankheit und vorbestehender Behinderung besonderes Wissen und Kompetenzen. Bei diesem Personenkreis können Schädigungen verschiedener Funktionen auftreten (kognitive Beeinträchtigungen, neuropsychologisch charakterisierbare Störungsbilder, Verhaltensstörungen, Sinnes-/Kommunikations- und motorische Beeinträchtigungen). Diese Schädigungen und Beeinträchtigungen finden sich oft in Kombinationen und beeinflussen sich wechselseitig.

Mit Blick auf größtmögliche Erfolgsaussichten der Rehabilitationsleistung kann diese Zielgruppe, die weder die Kriterien Lebensalter ≥ 70 Jahre noch die geriatricspezifische Multimorbidität erfüllen muss, die Breite des therapeutischen Spektrums und das erhöhte Unterstützungs- und Pflegeangebot der geriatrischen Rehabilitation benötigen. Im Einzelfall kann dieses Setting deshalb das geeignete Angebot zur medizinischen Rehabilitation sein.

2.3.13 Rehabilitation bei Post-COVID

Eine SARS-CoV-2-Infektion kann vielfältige Auswirkungen auf Organfunktionen haben und auch nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen hervorrufen.

Im Oktober 2021 wurde eine vorläufige Falldefinition von Post-COVID-19 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) veröffentlicht, die in Anpassung an neue wissenschaftliche Erkenntnisse fortlaufend aktualisiert wird, zuletzt im Dezember 2022. Hierunter werden definitionsgemäß Beschwerden subsumiert, die in längerem Abstand, in der Regel drei Monate zur SARS-CoV-2-Infektion, über mindestens zwei Monate fortbestehen und anderweitig nicht erklärbar sind¹⁹.

¹⁹ Vgl. WHO-Definition vom 7. Dezember 2022: „It is defined as the continuation or development of new symptoms 3 months after the initial SARS-CoV-2 infection, with these symptoms lasting for at least 2 months with no other explanation“ [[Post COVID-19 condition \(Long COVID\) \(who.int\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/long-covid-19)]

Zu den häufigen Symptomen zählen

- Fatigue,
- Atemnot,
- kognitive Einschränkungen
- aber auch andere funktionale alltagsrelevante Einschränkungen.

Diese Symptome können nach einer scheinbar überstandenen SARS-CoV-2-Infektion neu auftreten, exazerbieren oder kontinuierlich fortbestehen²⁰.

Bei anhaltender und somit nicht nur vorübergehender Symptomatik mit daraus resultierenden Beeinträchtigungen kann eine medizinische Rehabilitation erforderlich werden. Je nach Leitsymptomatik kann für Post-COVID Patientinnen und Patienten eine indikationsspezifische pulmonale, neurologische, kardiologische oder psychosomatische Rehabilitation indiziert sein.

2.3.14 Rehabilitation für pflegende Angehörige

Um pflegenden Angehörigen einen erleichterten Zugang zu stationären Rehabilitationsleistungen zu ermöglichen, wurde im Rahmen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetz-PpSG vom 11. Dezember 2018 der § 40 Absatz 2 SGB V geändert und damit der Grundsatz „ambulant vor stationär“ aufgehoben. Die Prüfung, ob es sich um einen pflegenden Angehörigen handelt, ist nicht gutachterliche Aufgabe.

Für die Indikation einer medizinischen Rehabilitation müssen auch bei pflegenden Angehörigen die Indikationskriterien: Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose für die genannten alltagsrelevanten Rehabilitationsziele gegeben sein. Auch muss erkennbar sein, dass die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten vor Ort nicht ausreichen, um die Rehabilitationsziele zu erreichen. Der Wegfall des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ bezieht sich somit nur auf die Form der Leistungserbringung und darf nicht zu einer Verlagerung der ambulanten Krankenbehandlung in die medizinische Rehabilitation führen. Durch den erleichterten Zugang zur stationären Rehabilitation wird der besonderen Situation pflegebedürftiger Angehöriger Rechnung getragen, sie von der gleichzeitigen Pflegeanforderung für ihre Angehörigen zu entlasten.

Daraus resultiert, dass der Kontextfaktor „pflegender Angehöriger“ für sich allein noch keinen Anspruch auf eine Leistung der medizinischen Rehabilitation begründet.

Das Nachrangprinzip (§ 40 Absatz 4 SGB V) wird dadurch nicht berührt. Sofern Ansprüche auf medizinische Rehabilitation gegenüber anderen Rehabilitationsträgern, z. B. der Rentenversicherung, bestehen, sind diese vorrangig.

²⁰ Vgl. auch „Wissenswertes zu Long COVID“ [<https://www.bmg-longcovid.de/infobox/wissenswertes-fuer-erkrankte-und-interessierte>]

Bei einer stationären Rehabilitation haben pflegende Angehörige auch Anspruch auf die Versorgung der Pflegebedürftigen. Nähere Ausführungen finden sich im Kapitel 2.4.5.2 Mitaufnahme von pflegebedürftigen Personen.

2.4 Spezielle Leistungsaspekte

2.4.1 Dauer von Vorsorgeleistungen

Die Dauer von Vorsorgeleistungen nach §§ 23 und 24 SGB V ist nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls durch die Krankenkasse festzulegen. Dies erfordert die Empfehlung der Gutachterin oder des Gutachters unter Berücksichtigung der medizinischen Befunde und der im Einzelfall empfohlenen Leistung.

Hierbei ist zu beachten, dass der Gesetzgeber die Dauer der Leistungen auf bestimmte Zeiträume begrenzt hat. So sollen

- stationäre Vorsorgeleistungen (§ 23 Absatz 4 SGB V),
- Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter (§ 24 SGB V)

für längstens drei Wochen erbracht werden.

Stationäre Vorsorgeleistungen für Kinder, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sollen nach § 23 Absatz 7 SGB V in der Regel für vier bis sechs Wochen erbracht werden.

Eine von den o. g. gesetzlichen Vorgaben abweichende gutachterliche Empfehlung des Medizinischen Dienstes ist nachvollziehbar zu begründen.

Die Dauer ambulanter Vorsorgeleistungen beträgt grundsätzlich 21 Tage.²¹ Für Leistungen mit primärpräventiver Zielsetzung kommt eine längere Dauer als drei Wochen weder für Erwachsene noch für Kinder in Betracht.

Ist zur Erreichung des individuellen Vorsorgeziels eine längere Dauer als die der Erstbewilligung erforderlich, muss diese in einem Verlängerungsantrag medizinisch begründet werden. Zur Begutachtung von Verlängerungsanträgen wird auf Abschnitt 6 verwiesen.

2.4.2 Dauer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die Dauer von Rehabilitationsleistungen nach §§ 40 und 41 SGB V ist nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls durch die Krankenkasse zu bestimmen. Der Gesetzgeber hat die Dauer der Leistungen auf bestimmte Zeiträume begrenzt. Ambulante Rehabilitationsleistungen einschließlich Anschlussrehabilitationen (§ 40 Absatz 1 SGB V) sollen für längstens 20 Behandlungstage Leistungen der

²¹ Vgl. Kurarztvertrag vom 1. Juli 2013 (in der Fassung vom 1. Januar 2015).

ambulanten geriatrischen Rehabilitation in der Regel für 20 Behandlungstage erbracht werden (§ 40 Absatz 3 SGB V).

Stationäre Rehabilitationsleistungen einschließlich Anschlussrehabilitationen (§§ 40 Absatz 2, 41 SGB V) sollen für längstens drei Wochen, Leistungen der stationären geriatrischen Rehabilitation in der Regel für 3 Wochen erbracht werden (§ 40 Absatz 3 SGB V).

Bei stationären Rehabilitationsleistungen für Kinder, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist nach § 40 Absatz 3 Satz 5 SGB V und wegen der medizinischen und entwicklungsspezifischen Besonderheiten von vornherein eine Dauer von in der Regel 4 bis 6 Wochen zu empfehlen.

Ist bereits bei der Begutachtung wegen Art und Schweregrad der Schädigungen sowie der Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder der Teilhabe erkennbar, dass das Rehabilitationsziel nicht innerhalb des vorgegebenen Zeitraums erreicht werden kann, ist von vornherein eine längere Dauer zu empfehlen. Häufig ist dies bei Abhängigkeitserkrankungen, psychischen, psychosomatischen und neurologischen Erkrankungen sowie bei geriatrischen Patientinnen und Patienten zu erwarten. Bei der neurologischen Rehabilitation und Entwöhnungsbehandlung sind die folgenden Abschnitte 2.4.1 und 2.4.2 zu berücksichtigen.

Im Übrigen sollten bei der Festlegung der Dauer aktuelle Entwicklungen zur Flexibilisierung von Rehabilitationsleistungen mit kürzeren Einzelleistungen und ggf. Wiederholungsphasen oder speziellen Nachsorgeprogrammen berücksichtigt werden.

Ist zur Erreichung des individuellen Rehabilitationsziels eine längere Dauer als die der Erstbewilligung erforderlich, muss die Rehabilitationseinrichtung diese in einem Verlängerungsantrag medizinisch begründen. Zur Begutachtung von Verlängerungsanträgen wird auf Abschnitt 6 verwiesen.

2.4.2.1 Dauer der neurologischen Rehabilitation – Übersicht über die medizinisch notwendige Behandlungsdauer bei den Fallgruppen in der Phase C

Hinweise zur Dauer der neurologischen Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in der Phase C finden sich in der Anlage 2 der BAR-Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation vom 9. November 1998²².

Tabelle 1: Übersicht über die medizinisch notwendige Behandlungsdauer bei den Fallgruppen in der Phase C*

	Akutereignis		<u>chronisch progrediente Erkrankung</u>
Kurzbeschreibung	Neurologische Rehabilitation nach Krankenhausbehand-	Neurologische Rehabilitation nach > 18 Monaten zurückliegendem Akutereignis	Neurologische Rehabilitation bei chron. fortschreitenden

²² Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR): „Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C“ vom 2. November 1995 [https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_publikationen/reha_vereinbarungen/pdfs/Empfehlung_neurologische_Reha_Phasen_B_und_C.pdf].

	lung bis zu 18 Monaten nach Akutereignis		neurologischen Erkrankungen
Behandlungsdauer	bis zu 6 Monate, bei besonderer med. Indikation und günstiger Prognose auch länger Abbruch, wenn in den letzten 8 Wochen kein funktioneller Zugewinn feststellbar ist	in der Regel 4-8 Wochen** Abbruch, wenn in den letzten 2 Wochen kein funktioneller Zugewinn feststellbar ist	in der Regel 4-8 Wochen Abbruch, wenn in den letzten 2 Wochen kein funktioneller Zugewinn feststellbar ist
Kostenzusage	Erste Kostenzusage: mindestens 4 Wochen	Erste Kostenzusage: mindestens 4 Wochen	Erste Kostenzusage: mindestens 4 Wochen

* Jeweils bezogen auf Rehabilitationsleistungen, die von spezialisierten, ausgewiesenen neurologischen Reha-Fachkliniken ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich erbracht werden.

** Falls in den 18 Monaten nach Krankenhausbehandlung keine adäquate Rehabilitation erfolgte, gelten die zeitlichen Vorgaben wie bei neurologischer Rehabilitation bis zu 18 Monate nach Akutereignis (Spalte 1).

Die im Weiteren auf Ebene der BAR herausgegebene Erläuterung zum Anwendungshinweis zur leistungsrechtlichen Zuordnung der Phase C vom 22. Juni 1998 ist der Anlage 8.3 der Begutachtungsanleitung zu entnehmen.

2.4.2.2 Dauer bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen²³

Tabelle 2: Übersicht über die Zeitkorridore

Alkohol und Medikamente	
	Zeitkorridor
Stationär	Regelbehandlung 12–15 Wochen*/ Mindestdauer Erstbewilligung (ME) 6 Wochen - Kurzzeit: 8 Wochen*/ME 8 Wochen - Adaption 11–12 Wochen*/ME 12 Wochen - Wiederholungsbehandlung bis zu 10 Wochen - Auffangbehandlung 6 Wochen
Ganztägig ambulant	Tagesklinik 12 Wochen/ME 6 Wochen - Auffangbehandlung 6 Wochen/ME 6 Wochen - Wiederholungsbehandlung 8 Wochen/ME 8 Wochen
Ambulant	- 80 Therapieeinheiten für Einzel- und Gruppengespräche plus 8 Angehörigengespräche für 12 Monate, einmal verlängerbar um 6 Monate mit 40 + 4 Therapieeinheiten - ME 40 Therapieeinheiten
Drogen	
	Zeitkorridor
Stationär	Regelbehandlung 26 Wochen/ME 13 Wochen - Kurzzeit: 16 Wochen/ME 10 Wochen - Adaption 12–16 Wochen/ME 12 Wochen - Auffangbehandlung 10 Wochen/ME 10 Wochen - Wiederholungsbehandlung 16 Wochen/ME 10 Wochen

²³ G2-Stellungnahme, KCPP: Verweildauer bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 28. Juni 2017.

Ganztägig ambulant	Tagesklinik 16 Wochen/ME 10 Wochen - Wiederholungsbehandlung 10 Wochen/ME 6 Wochen - Auffangbehandlung 8 Wochen/ME 8 Wochen
Ambulant	- 80 Therapieeinheiten für Einzel- und Gruppengespräche plus 8 Angehörigengespräche für 12 Monate, einmal verlängerbar um 6 Monate mit 40 + 4 Therapieeinheiten - ME 40 Therapieeinheiten

Nichtstoffgebundene Süchte

	Zeitkorridor
Pathologisches Glücksspiel	
Stationär	- 8 Wochen stationär bei Durchführung der Rehabilitation in einer psychosomatischen Einrichtung, - 8–15 Wochen bei Rehabilitation in einer Suchteinrichtung oder Suchtabteilung (abhängig vom dort abgestimmten Konzept) / ME 8 Wochen
Ambulant	- 80 Therapieeinheiten für Einzel- und Gruppengespräche plus 8 Angehörigengespräche für 12 Monate, einmal verlängerbar um 6 Monate mit 40 + 4 Therapieeinheiten - ME 40 Therapieeinheiten
Computer und Internet	
Stationär	Verhaltensstörungen durch intensiven Gebrauch von Computer und Internet - 8–12 Wochen stationär/ME 8 Wochen

Kombinationsbehandlung (Kombibehandlung)

Substanzen	Zeitkorridore
Alkohol und Medikamente	8 Wochen stationär/ganztägig ambulant/ME 4 Wochen

Drogen	16 Wochen stationär/ganztägig ambulant/ME 10 Wochen
alle Suchtmittel	anschließend 40 Therapieeinheiten für 26 Wochen ambulant/ ME 40 Therapieeinheiten

Ein Wechsel zwischen den Rehabilitationsformen während des Rehabilitationsverlaufs sowie Kombinationstherapien (z. B. ambulant/stationär/ambulant oder stationär/ambulant) sind möglich (siehe hierzu auch Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Kombinationsbehandlung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014 und *BAR-Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch erkrankter und beeinträchtigter Menschen vom August 2020* in der jeweils aktuell gültigen Fassung²⁴).

2.4.3 Zeitliche Voraussetzungen für erneute Leistungen

Das SGB V sieht für erneute Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen zeitliche Mindestabstände vor.

Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten können nicht vor Ablauf von 3 Jahren nach der Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, wenn die Kosten aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind.

Ein Zeitraum von 4 Jahren gilt für

- stationäre Vorsorgeleistungen,
- ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie
- Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter einschließlich Mutter-/Vater-Kind-Leistungen.

Hiervon abweichend ist eine vorzeitige Leistungserbringung möglich, wenn diese aus medizinischen Gründen im Einzelfall dringend erforderlich ist.

Die Gutachterin oder der Gutachter hat neben Indikation und Dringlichkeit der beantragten Leistung den Erfolg der in den letzten 3 bzw. 4 Jahren vor Antragstellung durchgeführten ambulanten und stationären Vorsorge- bzw. Rehabilitationsleistungen und die Umsetzung der im Rehabilitationsentlassbericht empfohlenen Maßnahmen in die Prüfung einzubeziehen.

Bei Leistungen für Kinder und Jugendliche gelten diese zeitlichen Voraussetzungen nach § 40 Absatz 3 SGB V nicht, um insbesondere entwicklungsphysiologischen Aspekten Rechnung zu tragen und einen Gleichklang mit den für den Bereich der Rentenversicherung geltenden Regelungen nach § 15a SGB VI herzustellen.

²⁴ Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) [<https://www.bar-frankfurt.de/service/publikationen/produktdetails/produkt/154.html>].

Bei vorzeitigen Leistungen nach §§ 24 und 41 SGB V können veränderte Kontextfaktoren zu einem erneuten Auftreten oder einer Verschlechterung des vormals bereits antragsauslösenden Gesundheitsproblems führen.

Anzurechnen innerhalb der **Vorsorge** sind:

- ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten (§ 23 Absatz 2 SGB V),
- stationäre Vorsorgeleistungen (§ 23 Absatz 4 SGB V),
- Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter (§ 24 Absatz 1 SGB V),
- sonstige Leistungen (§ 31 Absatz 1 Nr. 2 SGB VI und § 10 ALG)²⁵,
- Leistungen zur Prävention (§ 14 SGB VI und § 10 ALG),
- Badekur/Leistungen zur Gesundheitsvorsorge im Rahmen der Heilbehandlung (§ 11 Absatz 2 Bundesversorgungsgesetz (BVG), § 12 Absatz 4 BVG) und
- Vorsorgeleistungen im Rahmen der vorbeugenden Gesundheitshilfe (§ 47 SGB XII).

Nicht anzurechnen innerhalb der **Vorsorge** sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Innerhalb der **Rehabilitation** sind anzurechnen:

- ambulante Rehabilitation (§ 40 Absatz 1 SGB V),
- stationäre Rehabilitation (§ 40 Absatz 2 SGB V),
- Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter (§ 41 Absatz 1 SGB V),
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach §§ 15 und 15a SGB VI und § 10 ALG,
- sonstige Leistungen (§ 31 Absatz 1 Nr. 3 und 4 SGB VI und § 10 ALG)²⁶,
- sonstige Leistungen nach § 31 Absatz 1 Nr. 2 SGB VI und § 10 ALG,
- stationäre Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen (§ 33 SGB VII),
- Leistungen zur Rehabilitation im Rahmen der Heilbehandlung (§ 11 Absatz 1 Nr. 6 BVG, § 12 Absatz 1 BVG) und
- Leistungen nach § 48 SGB XII (Hilfe bei Krankheit).

Nicht anzurechnen innerhalb der **Rehabilitation** sind Leistungen zur medizinischen Vorsorge.

²⁵ Soweit die Leistungen vor In-Kraft-Treten des Flexirentengesetzes zum 14. Dezember 2016 erbracht wurden.

²⁶ Soweit die Leistungen vor In-Kraft-Treten des Flexirentengesetzes zum 14. Dezember 2016 erbracht wurden.

2.4.4 Begleitpersonen

Bei der Durchführung stationärer Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen ist in der Regel keine Begleitperson erforderlich, da die Einrichtungen über entsprechend qualifiziertes Pflege- und Betreuungspersonal verfügen.

Eine Begleitperson kann hingegen für die An- und Abreise bei geringer Mobilität der Patientin oder des Patienten erforderlich sein, auch um gegebenenfalls kostenaufwändige Transportmittel – z. B. Krankenwagen – zu vermeiden.

In Ausnahmefällen kann die Mitaufnahme einer Begleitperson aus medizinischen Gründen gemäß § 11 Absatz 3 SGB V notwendig sein, z. B. wenn

- wegen schwerwiegender psychologischer Gründe eine Trennung des Kindes von der Bezugsperson die Durchführung der medizinisch notwendigen Leistung gefährden würde oder
- die oder der Versicherte wegen Beeinträchtigung der Selbstversorgung einer ständigen Betreuung bedarf, die über das Maß hinausgeht, welches die Einrichtung zu erbringen in der Lage ist, oder
- während der Leistung die Einübung/Anleitung der Begleit-/Bezugsperson bezüglich therapeutischer Verfahren, Verhaltensregeln oder Nutzung technischer Hilfen notwendig ist. Sie soll in komprimierter Form in einem zeitlichen Gesamtumfang erfolgen, der für die Einübung/Anleitung notwendig ist, wobei deren Dauer in aller Regel wesentlich kürzer sein kann als die Leistung für den Rehabilitanden. Sind die Einübungen/Anleitungen einer die Behandlung der Rehabilitandin oder des Rehabilitanden begleitenden Person auch an deren Wohnort möglich, dann sollen diese dort erfolgen.

Die Mitaufnahme weiterer Begleitpersonen, u. a. Geschwisterkinder, kommt nur in medizinisch begründeten Ausnahmefällen in Betracht. Bei Leistungen der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für Kinder kommt eine Begleitperson unter folgenden Voraussetzungen in Frage:

- Bei Kindern bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr besteht grundsätzlich die Möglichkeit der Begleitung, soweit dies aufgrund der Erkrankung bzw. des Verlaufs der Erkrankung nicht kontraindiziert ist.
- Bei Kindern nach dem vollendeten zwölften Lebensjahr besteht ebenfalls die Möglichkeit der Begleitung, soweit dies medizinisch notwendig ist.

2.4.5 Mitaufnahme von weiteren Personen

2.4.5.1 Mitaufnahme von Assistenzpersonal

Die Mitaufnahme einer Pflegekraft, soweit Versicherte ihre Pflege nach § 63b Absatz 4 Satz 1 SGB XII durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen, ist bei stationärer Behandlung in einem Krankenhaus nach § 108 SGB V oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 107 Absatz 2 SGB V ebenfalls möglich.

2.4.5.2 Mitaufnahme von pflegebedürftigen Personen

Bei einer stationären Rehabilitation haben pflegende Angehörige auch Anspruch auf die Versorgung der Pflegebedürftigen, wenn diese in derselben Einrichtung aufgenommen werden. Die Mitaufnahme der pflegebedürftigen Person in die Rehabilitationseinrichtung, erfolgt zu deren eigenen Versorgung und Pflege.

Sollen die Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung aufgenommen werden, koordiniert die Krankenkasse mit der Pflegekasse der oder des Pflegebedürftigen dessen Versorgung auf Wunsch des pflegenden Angehörigen und mit Einwilligung der oder des Pflegebedürftigen (§ 40 Absatz 3 SGB V).

2.4.5.3 Mitaufnahme von Familienangehörigen im Rahmen der FOR

Die Mitaufnahme der Familienangehörigen im Rahmen einer FOR kommt dann in Betracht, wenn diese eine notwendige Voraussetzung für den Rehabilitationserfolg des kranken Kindes darstellt. Ausschlaggebend für diese Mitaufnahme sind die Auswirkungen der Erkrankung des Kindes auf die Familiensituation. Eine eigene Rehabilitationsbedürftigkeit der Familienangehörigen ist nicht erforderlich.

2.4.6 Leistungen im Ausland

Nach § 16 Absatz 1 Nr. 1 SGB V ist eine Leistungserbringung grundsätzlich auf den Geltungsbereich des Gesetzes, d. h. das Inland, beschränkt. Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen nach §§ 23, 24, 40 und 41 SGB V sind im Ausland nur unter bestimmten Voraussetzungen bewilligungsfähig.

§ 13 Absatz 4 SGB V räumt den Versicherten grundsätzlich die Möglichkeit ein, Leistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft sowie in anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) im Rahmen der Kostenerstattung in Anspruch nehmen zu können.

Leistungsansprüche bestehen bei vorübergehendem Aufenthalt im EG-/EWR-Ausland auf Basis von verschiedenen Rechtsgrundlagen:

1. Auf Basis des überstaatlichen Rechts im Rahmen der EWG-Verordnungen über soziale Sicherheit Nr. 1408/71 und Nr. 574/72 grundsätzlich als **Sachleistung**.
2. Auf Basis des innerstaatlichen Rechts im Rahmen des § 13 Absatz 4 Satz 1–5 SGB V in Verbindung mit der jeweiligen Satzung der Krankenkasse (**Kostenerstattung**).
3. Die Krankenkasse kann die Kosten für im Ausland in Anspruch genommene Leistungen ganz oder teilweise in den Fällen übernehmen, in denen eine entsprechende **Behandlung einer Krankheit nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse nur im Ausland möglich ist** (§§ 13 Absatz 4 Satz 6, 18 Absatz 1 SGB V). Voraussetzung ist, dass die Krankheit – unabhängig vom konkreten Einzelfall – nicht im Inland behandelt werden kann.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben in der Gemeinsamen Empfehlung zu leistungsrechtlichen Umsetzungsfragen vom 17. Februar 2005 und in der Gemeinsamen Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland zu

leistungsrechtlichen Umsetzungsfragen des GKV-Modernisierungsgesetzes sowie des Vertragsarzt-rechtsänderungsgesetzes vom 19. November 2003 i. d. F. vom 18. März 2008 die wichtigsten Eckpunkte für die Erbringung von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen im Ausland als Praxishilfe zusammengestellt.

Ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen im EWR-Ausland sind wie im Inland vor ihrem Beginn unter Beifügung einer ärztlichen Verordnung bzw. eines Befundberichtes zu beantragen und durch die Krankenkasse ggf. nach vorheriger Einschaltung des Medizinischen Dienstes zu entscheiden. Im Falle einer Bewilligung von stationären Vorsorgeleistungen oder ambulanten und stationären medizinischen Leistungen zur Rehabilitation bestimmt die Krankenkasse nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie die Einrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen. Eine Kostenerstattung setzt voraus, dass der in Anspruch genommene Leistungserbringer im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung zur Versorgung der Versicherten berechtigt ist. Nach § 140e SGB V können die Krankenkassen Verträge mit ausländischen Leistungserbringern abschließen.

Bei Rehabilitationsleistungen im Ausland ist zu beachten, dass deren konzeptionelle Ausrichtung anders als in Deutschland beschränkt sein kann. Nach heutigen rehabilitationswissenschaftlichen Erkenntnissen ist bei nicht nur vorübergehenden alltagsrelevanten Krankheitsauswirkungen auf die Aktivitäten und Teilhabe und deren Wechselbeziehungen mit Kontextfaktoren eine Rehabilitation mit der Einbeziehung des sozialen (und beruflichen) Umfeldes zu fordern. Auch ein nahtloser Übergang in die Nachsorge muss gesichert sein. Diese Forderungen sind bei der Durchführung der Rehabilitation im Ausland nicht oder nur bedingt zu erfüllen. Gleichwohl wird im Einzelfall abzuwägen sein, ob die Leistung im Ausland (z. B. Heimatland) unter Berücksichtigung der berechtigten Wunsch- und Wahlrechte der Versicherten (§ 33 SGB I, § 8 SGB IX) durchgeführt werden kann.

Hinsichtlich der Durchführung von ambulanten Vorsorgeleistungen gemäß § 23 Absatz 2 SGB V im EWR-Ausland wird auf das Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes RS 2023/093 vom 28. Februar 2023 verwiesen. In der dort beigefügten Übersicht sind die Länder aufgeführt, in denen eine Kostenerstattung nach § 13 Absatz 4 SGB V möglich ist.

2.5 Abgrenzung zu anderen Rehabilitationsträgern

2.5.1 Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe anderer Rehabilitationsträger

Tabelle 3: Zuordnung von Leistungsgruppen zu den unterschiedlichen Leistungsträgern

Rehabilitations- bzw. Leistungsträger	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Leistungen zur sozialen Teilhabe	Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen	Leistungen zur Teilhabe an Bildung
Gesetzliche Krankenversicherung	X			X	
Gesetzliche Rentenversicherung	X	X		X	
Alterssicherung der Landwirte	X			X	
Gesetzliche Unfallversicherung	X	X	X	X	X
Bundesagentur für Arbeit		X		X	
Träger der öffentlichen Jugendhilfe	X	X	X		X
Träger der Eingliederungshilfe	X	X	X		X
Träger des Sozialen Entschädigungsrechts*	X	X	X	X	X
Integrations-/Inklusionsämter**		X			

Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR), 2021

Begutachtungsanleitung

Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Vorsorge und Rehabilitation – Datum des Inkrafttretens: 11. November 2023

* Träger der Kriegsopferversorgung und der Kriegsopferfürsorge i. S. d. § 6 Abs. 1 Nr. 5 SGB IX; andere Bezeichnung an 2024

** nicht Rehabilitationsträger, aber Sozialleistungsträger

Die Krankenkassen erbringen Rehabilitationsleistungen gemäß § 40 Absatz 4 SGB V nur dann, wenn diese nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften mit Ausnahme der §§ 14, 15a, 17 und 31 SGB VI nicht erbracht werden können. Mit dieser Vorschrift ist die subsidiäre Leistungszuständigkeit der Krankenkassen für bestimmte Leistungen ausdrücklich geregelt.

Mit Inkrafttreten des novellierten SGB IX zum 1. Januar 2018 wurde der Auftrag der Rehabilitationsträger, Rehabilitationsbedarfe frühzeitig zu erkennen und umfassend zu ermitteln, hervorgehoben.

Dieser Auftrag und die damit einhergehende Verpflichtung zur umfassenden Bedarfsermittlung erstreckt sich indirekt auch auf die Begutachtung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 17 SGB IX in Verbindung mit § 275 Absatz 2 SGB V). Die Krankenkassen binden den Medizinischen Dienst in unterschiedlichem Umfang in die Bedarfserkennung und Bedarfsermittlung ein. So werden bei Vorlage von Verordnungen zur medizinischen Rehabilitation auch Fragen nach weiteren Teilhabebedarfen anderer Rehabilitationsträger gestellt. Um die Gutachterinnen und Gutachter diesbezüglich zu unterstützen, wurde die Arbeitshilfe „Umsetzung des § 14 Absatz 2 SGB IX in Verbindung mit § 13 SGB IX im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtung von Anträgen auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach §§ 40 und 41 SGBV“ erstellt. In dieser werden u. a. Anhaltspunkte für eine frühzeitige Bedarfserkennung aufgezeigt und insbesondere Hinweise auf weitere Sozialleistungen auch anderer Träger gegeben.

2.5.2 Abgrenzung der Zuständigkeit der Unfallversicherung

Erkennt die Gutachterin oder der Gutachter, dass Leistungen wegen einer zu Grunde liegenden Berufskrankheit oder eines Arbeitsunfalls indiziert sind, wird die Krankenkasse diese Feststellung mit Einwilligung der oder des Versicherten an den zuständigen Träger der gesetzlichen **Unfallversicherung** zwecks weiterer Veranlassung weiterleiten. Für die Festlegung der Verantwortlichkeit als leistender Rehabilitationsträger ist insoweit die Regelung des § 14 SGB IX maßgeblich.

2.5.3 Abgrenzung der Zuständigkeit der Rentenversicherung und Bundesagentur für Arbeit

Für die sozialmedizinische Bewertung, ob die Indikation für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Arbeitsunfähigkeitsbegutachtung gegeben ist, gelten zudem die Ausführungen in der Begutachtungsanleitung „Arbeitsunfähigkeit“ in der jeweils aktuellen Fassung.

Ist eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben indiziert und besteht bei einer erheblichen Gefährdung bzw. Minderung der Erwerbsfähigkeit noch eine positive Erwerbsprognose, ist die gesetzliche **Rentenversicherung** beim Vorliegen der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen vorrangig zuständig.²⁷ Bei Arbeitslosen mit einer „Minderung der Leistungsfähigkeit“ werden die rehabilitationsbegründenden (oder -ausschließenden) Angaben von der Krankenkasse an die **Agentur für Arbeit** weitergeleitet. In diesen Fällen wird die oder der Versicherte von der Krankenkasse nach § 51 SGB V bzw. der Agentur für Arbeit nach § 145 SGB III aufgefordert, unverzüglich einen

²⁷ Die Landwirtschaftliche Alterskasse erbringt keine Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen (Einzelheiten siehe Begutachtungsanleitung „Arbeitsunfähigkeit“).

Um gutachterlich entscheiden zu können, ob eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben durch den **Rentenversicherungsträger** in Betracht kommt, sind zwei miteinander verknüpfte Voraussetzungen (§ 10 SGB VI) zu prüfen:

1. Die Erwerbsfähigkeit einer oder eines Versicherten muss wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert sein und
2. es wird erwartet, dass diese erheblich gefährdete oder geminderte Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann.

Es müssen daher die folgenden sozialmedizinischen Voraussetzungen sämtlich vorliegen (§ 10 SGB VI):

- Es muss eine Krankheit oder eine körperliche, geistige oder seelische Behinderung vorliegen.
- Diese Krankheit oder Behinderung muss ursächlich sein für eine erhebliche Gefährdung oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit.
- Ist die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet, so muss durch Leistungen der medizinischen Rehabilitation oder der Teilhabe am Arbeitsleben voraussichtlich eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden können.
- Ist die Erwerbsfähigkeit bereits gemindert, so muss diese durch Leistungen der medizinischen Rehabilitation oder der Teilhabe am Arbeitsleben voraussichtlich
 - entweder wesentlich gebessert
 - oder wiederhergestellt
 - oder hierdurch deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden können.
- Das Abwenden einer wesentlichen Verschlechterung bedeutet, dass durch die Leistung zur Teilhabe eine weitere, nicht nur geringfügige oder nicht nur kurzzeitige Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit der oder des Versicherten verhindert werden kann. Dabei kommt es nicht auf ein rentenrechtlich relevantes Absinken der Leistungsfähigkeit an.
- Bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit muss durch Leistungen zur Teilhabe
 - der Arbeitsplatz erhalten oder
 - ein anderer in Aussicht stehender Arbeitsplatz erlangt werden können, wenn die Erhaltung des bisherigen Arbeitsplatzes nach Feststellung des Trägers der Rentenversicherung nicht möglich ist.

Die vorgenannten sozialrechtlichen Begriffe werden von den Rentenversicherungsträgern wie folgt interpretiert²⁸:

- **Erwerbsfähigkeit** ist die Fähigkeit der oder des Versicherten, unter Ausnutzung der Arbeitsgelegenheiten, die sich ihr oder ihm nach ihren oder seinen Kenntnissen und Erfahrungen sowie ihren oder seinen körperlichen und geistigen Fähigkeiten im ganzen Bereich des wirtschaftlichen Lebens bieten, Erwerbseinkommen zu erzielen.
- Die **Erwerbsfähigkeit ist erheblich gefährdet**, wenn nach ärztlicher Feststellung durch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen und die damit verbundenen Funktionseinschränkungen innerhalb von 3 Jahren mit einer Minderung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben zu rechnen ist.
- **Minderung der Erwerbsfähigkeit** ist eine in Folge gesundheitlicher Beeinträchtigungen erhebliche und länger andauernde Einschränkung der Leistungsfähigkeit (länger als 6 Monate), wodurch die oder der Versicherte ihre oder seine bisherige oder zuletzt ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nicht mehr ohne wesentliche Einschränkungen ausüben kann.
- Eine **wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit** bedeutet, dass die durch gesundheitliche Beeinträchtigungen geminderte Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben durch die Leistung zur medizinischen Rehabilitation nicht nur geringfügig oder nicht nur kurzzeitig gesteigert wird; sie liegt nicht vor, wenn
 - nur eine Linderung des Leidens oder eine sonstige Erleichterung in den Lebensumständen erreicht wird oder
 - volle Erwerbsminderung bestehen bleibt, unbeschadet der Sonderregelungen für Versicherte in einer Werkstatt für behinderte Menschen.
- **Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit** bedeutet, dass nach durchgeführter Rehabilitation die Minderung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben dauerhaft behoben wird.
- Eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation kommt nur dann in Betracht, wenn eine hinreichende Erfolgsaussicht besteht. Die zu erstellende **Erfolgsprognose** liegt vor, wenn der angestrebte Erfolg „voraussichtlich“, d. h. mit überwiegender Wahrscheinlichkeit, eintreten wird.

Bei Personen im erwerbsfähigen Alter ist bei Vorliegen bestimmter versicherungsrechtlicher Voraussetzungen die gesetzliche Rentenversicherung für die Durchführung der onkologischen Nachsorge (§ 31 Absatz 1 Nr. 2 i. V. m. §§ 10 und 11 SGB VI) bzw. Leistungen zur onkologischen Rehabilitation (§ 15 i. V. m. §§ 10 und 11 SGB VI) der zuständige Rehabilitationsträger.

Darüber hinaus kann die gesetzliche Rentenversicherung Leistungen der onkologischen Nachsorge auch dann erbringen, wenn die erkrankte Person bereits eine Rente (z. B. eine Altersrente oder eine Erwerbsminderungsrente) erhält. Auch nichtversicherte Ehe- oder Lebenspartner, Hinterbliebene oder Kinder können diese Leistungen erhalten. In diesen Fällen ist eine gleichrangige Zuständigkeit zwischen

²⁸ Vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Sozialmedizinisches Glossar der Deutschen Rentenversicherung (Dezember 2021) DRV Schriften Band 81 [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Shared-Docs/Downloads/DE/Experten/infos_fuer_aerzte/someko_abschlussberichte_glossar/druckfassung_glossar_pdf.pdf?_blob=publicationFile&v=1].

gesetzlicher Krankenversicherung und gesetzlicher Rentenversicherung gegeben. Zuständig ist der Träger, bei dem der Antrag auf Leistungen der onkologischen Nachsorge bzw. zur onkologischen Rehabilitation gestellt wurde.

2.6 Kriterien und Maßstäbe zur Begutachtung

Bei Anträgen auf Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen sind die Krankenkassen nach § 275 Absatz 2 Nr. 1 SGB V verpflichtet, zur Prüfung der medizinischen Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit dieser Leistungen in Stichproben vor Bewilligung und regelmäßig bei beantragter Verlängerung den Medizinischen Dienst mit einer gutachterlichen Stellungnahme zu beauftragen.

Die Ausnahmen von dieser Begutachtungspflicht und die Begutachtung durch den MD unabhängig von Stichproben sind in der Richtlinie MD-Stichprobenprüfung festgelegt (siehe 10.3.).

Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation sind Antragsleistungen. Grundlagen gutachterlicher Stellungnahmen sind ärztliche oder psychotherapeutische Verordnungen oder Befundberichte. Weitere vorliegende Unterlagen (z. B. Facharztgutachten, Krankenhaus-Entlassungsberichte, Antragsunterlagen eines anderen Rehabilitationsträgers bei Weiterleitung des Antrages nach § 14 SGB IX) sind zu berücksichtigen.

Nach dem SGB IX und § 96 SGB X sollen die Gutachten auch für andere Sozialleistungsträger verwendbar sein (vgl. auch Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“ der BAR in der jeweils aktuellen Fassung).

Die Krankenkassen formulieren konkrete Fragen, zu denen aus sozialmedizinischer Sicht Stellung zu nehmen ist. Typische Fragestellungen an den Medizinischen Dienst vor Bewilligung einer solchen Leistung sind:

- Ist die beantragte Leistung sozialmedizinisch indiziert?
- Ist die Mitaufnahme der Begleitperson/en erforderlich? Wenn ja, für wie lange?
- Kann die Leistung ambulant durchgeführt werden?
- Kommt ein anderer Leistungsträger in Frage?
- Ist eine kurzfristige Einleitung aus dringenden medizinischen Gründen erforderlich?
- Ist eine erneute Leistungserbringung aus medizinischen Gründen dringend erforderlich?
- Besteht weitergehender Bedarf auf Leistungen zur Teilhabe unabhängig vom Rehabilitationsträger und wenn ja, welcher?

Für die Bearbeitung des Gutachtenauftrags benötigt die Gutachterin oder der Gutachter für Anträge auf Vorsorge-/Rehabilitationsleistungen aussagefähige Unterlagen. Die Vorschriften des § 276 SGB V und § 20 SGB X (Untersuchungsgrundsatz) sind zu beachten.

Die Rehabilitations-Richtlinie verpflichtet die Verordnerinnen und Verordner, im Rahmen der Rehabilitationsabklärung aussagefähige Angaben und Befunde auf Muster 61 (Teil B-D) „Verordnung von medizinischer Rehabilitation“ zu dokumentieren.

Nach § 276 Absatz 2 Satz 2 SGB V sind die Leistungserbringer verpflichtet, Patientendaten unmittelbar an den Medizinischen Dienst zu übermitteln, wenn dieser im Rahmen eines Antrages i. S. des § 275 Absatz 1–3 SGB V tätig ist.

Für die Begutachtung sind folgende Unterlagen erforderlich:

1. Angaben zur oder von der versicherten Person
2. Ärztliche oder psychotherapeutische Verordnung der Leistung einschließlich Angaben zu anlassbezogenen relevanten Kontextfaktoren
3. Ggf. medizinische Befundunterlagen und Berichte zur Verordnung (nach Anforderung direkt an den Medizinischen Dienst) bzw. Entlassungsberichte
4. Unterlagen der Krankenkasse, sofern relevant für die beantragte Leistung
 - Angaben zu vorausgegangenen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen
 - Arbeitsunfähigkeitszeiten
 - Aufnahme- und Entlassungsanzeigen von Krankenhausbehandlungen
 - begutachtungsrelevante Gutachten des Medizinischen Dienstes gemäß SGB V und SGB XI
 - Leistungsauszug der Krankenkasse.

Ausgehend davon, dass der Rehabilitationsträger nach § 14 Absatz 2 SGB IX eine umfassende Bedarfsfeststellung vorzunehmen hat, prüft dieser im Rahmen der Bedarfsermittlung auch summarisch²⁹ weitere mögliche Rehabilitationsbedarfe nach anderen Leistungsgesetzen, um so erforderlichenfalls andere Rehabilitationsträger nach § 15 SGB IX beteiligen oder auf eine Antragstellung hinwirken zu können.³⁰

Vor diesem Hintergrund sind, sofern sich im Prozess der Erstellung des Gutachtens Anhaltspunkte für die Notwendigkeit und den Bedarf weiterer Leistungen zur Teilhabe³¹ ergeben, entsprechende sozialmedizinische Hinweise und Ausführungen im Gutachten vorzunehmen. Als mögliche durch weitere Rehabilitationsträger zu erbringende Leistungen kommen insbesondere

- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Leistungen zur Teilhabe an Bildung
- Leistungen zur sozialen Teilhabe

in Betracht.

²⁹ Summarische Prüfung bedeutet eine überschlägige, auf das Wesentliche beschränkte Prüfung. Ausreichend ist dabei im Zeitpunkt der Prüfung unter Heranziehung der erreichbaren Unterlagen eine begründete Möglichkeit, dass eine Zuständigkeit bzw. ein Bedarf nach einem anderen Leistungsgesetz besteht.

³⁰ Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR): Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“, Kapitel 3 Abschnitt 1 Unterabschnitt 1 – Umfassende Bedarfsfeststellung, Bedarfsermittlung.

³¹ Vgl. §§ 4 ff. SGB IX sowie Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR): § 1 Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“.

3 Zusammenarbeit Krankenkasse / Medizinischer Dienst

3.1 Die sozialmedizinische Beratung und Begutachtung

Die sozialmedizinische Beratung und Begutachtung erfolgen als

- sozialmedizinische Fallberatung (SFB)
- sozialmedizinisches Gutachten oder
- mündliche Erörterung von möglichen Begutachtungsaufträgen auf Grundlage anonymisierter Daten.

Die Fragen der Krankenkasse sind konkret und verständlich zu beantworten. Die Dokumentation der Bearbeitung kann abhängig vom Produkt und Fragestellung unterschiedlich sein.

Die Krankenkasse kann mit den Gutachterinnen und Gutachtern der Medizinischen Dienste außerdem eine mündliche anonymisierte Erörterung eines Falls durchführen. Diese Erörterung vor Beauftragung des Medizinischen Dienstes erfolgt nur auf Grundlage anonymisierter Daten ohne Arzt-/Psychotherapeuten- oder Versichertenbezug.

Eine sachgerechte Vorauswahl durch die Krankenkasse unter Beachtung der gesetzlichen Vorschriften sowie eine regelmäßige Abstimmung im Rahmen der sozialmedizinischen Fallberatung (SFB) sind wichtige Voraussetzungen für eine effektive Begutachtung im Rahmen der partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen Krankenkasse und Medizinischem Dienst.

Bei Verordnungen aus dem vertragsärztlichen Bereich darf die Krankenkasse hinsichtlich der medizinischen Erforderlichkeit nur dann abweichen, wenn eine abweichende gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes vorliegt (§ 40 Absatz 3 Satz 4 SGB V).

Werden Belange anderer Leistungsträger berührt und dient die Begutachtung nach Aktenlage oder die Begutachtung mit Befunderhebung (nach körperlicher Untersuchung) für diese als Entscheidungsgrundlage (z. B. § 51 SGB V: Antrag auf Leistungen zur Teilhabe), soll das Gutachten so abgefasst werden, dass es auch von anderen Leistungsträgern verwendet werden kann (vgl. Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“ der BAR in der jeweils aktuellen Fassung).

Unter Berücksichtigung der Regelung des § 17 Absatz 2 SGB IX sind bei der Beauftragung des Medizinischen Dienstes die Regelungen des § 275 SGB V vorrangig, womit die Aufgaben des Medizinischen Dienstes auch unter Berücksichtigung des SGB IX weder eingeschränkt noch ausgeweitet werden. Gleiches gilt für das Begutachtungsverfahren.³² Durch den Medizinischen Dienst sind im Rahmen der Begutachtung somit vorrangig Fragestellungen im Kontext der medizinischen Rehabilitation zu beantworten. Sofern gleichwohl Anhaltspunkte für darüberhinausgehende weitere Bedarfe an Leistungen zur

³² Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR): § 28 Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“.

Teilhabe erkennbar sind, ist ein entsprechender Hinweis durch den Medizinischen Dienst vorzunehmen (vgl. Kapitel 2.6).

3.2 Sozialmedizinische Fallberatung (SFB) zwischen Krankenkasse und Medizinischem Dienst

Die SFB stellt das Regelbegutachtungsverfahren in den Leistungsbereichen Vorsorge und Rehabilitation dar. Sie ist eine kurze, einzelfallbezogene schriftliche ergebnisorientierte Form der sozialmedizinischen Bearbeitung, die dem Auftraggeber eine Leistungsentscheidung ermöglicht.

Ergeben sich für den Krankenkassenmitarbeiter nach formaler Prüfung der Unterlagen medizinische Fragen, kann er den Vorgang für die SFB auswählen.

Grundsätzlich sind fehlende oder unvollständige Angaben in Muster 61, Teil B-D. und auf dem ärztlichen Befundbericht zur Anschlussrehabilitation durch die Krankenkasse mit der oder dem Verordnerin/ Verordner zu klären bzw. durch diese oder diesen ergänzen zu lassen.

Der Medizinische Dienst benötigt zur fallabschließenden sozialmedizinischen Beratung neben der Auftragsformulierung medizinische Informationen. Gemäß § 276 Absatz 1 SGB V sind die Krankenkassen verpflichtet, dem Medizinischen Dienst die für die sozialmedizinische Beratung und Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen, soweit die oder der Versicherte eingewilligt hat.

In der SFB wird durch die Gutachterin oder den Gutachter entschieden, ob der Antrag abschließend beurteilt werden kann, weitere Unterlagen eingeholt werden müssen oder eine Begutachtung nach Aktenlage oder mit Befunderhebung erfolgen soll.

In sozialmedizinisch eindeutigen Fällen ist eine fallabschließende SFB möglich. Hier ist die Darlegung des Sachverhaltes, Beantwortung der Frage(n) des Auftraggebers, das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe des Ergebnisses darzulegen. Bei Anträgen auf Vorsorge / Rehabilitationsleistungen ist dies insbesondere eine zusammenfassende Stellungnahme zu den Vorsorge-/Rehabilitationskriterien (-bedürftigkeit, -fähigkeit, -ziele, -prognose) mit nachvollziehbarer Begründung. In den übrigen Fällen ist ein sozialmedizinisches Gutachten zu erstellen, in dem die Empfehlungen zu begründen sind. Kommt die Gutachterin oder der Gutachter zu einer vom Antrag abweichenden Empfehlung, sind wesentliche Gründe hierfür transparent und nachvollziehbar darzulegen und realistische Alternativen zur beantragten Leistung aufzuzeigen, um die KK in die Lage zu versetzen, ihrer gesetzlichen Verpflichtung nachzukommen.

Wird eine erhebliche Gefährdung oder Minderung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben festgestellt (Zuständigkeit der Rentenversicherung), ist diese in einem Gutachten schlüssig darzulegen.

Grundsätzlich unterscheidet sich in der SFB der Begutachtungsalgorithmus nicht von dem bei der Erstellung eines Gutachtens. Ohne aussagefähige Unterlagen darf die SFB nicht fallabschließend erfolgen.

4 Das sozialmedizinische Gutachten

Das der ICF zugrundeliegende bio-psycho-soziale Modell der WHO unterstützt die umfassende Bedarfsermittlung im Rahmen der Begutachtung durch die Betrachtung von Wechselwirkungen zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem, dessen Auswirkungen auf die Aktivitäten und Teilhabe im realen Lebens- und Arbeitskontext und den für die Funktionsfähigkeit relevanten Einflüsse aus dem jeweiligen individuellen Lebenshintergrund (Kontextfaktoren).

In Abhängigkeit von der Fragestellung der Krankenkasse und dem dahinterliegenden Begutachtungsaufwand entscheidet die Gutachterin oder der Gutachter über Art und Umfang der Begutachtung und das zu erstellende Produkt.

Das sozialmedizinische Gutachten orientiert sich in seiner Gliederung an den einzelnen Ebenen des bio-psycho-sozialen Modells, wobei sich der Fokus je nach Qualifikation des/der sozialmedizinischen Sachverständigen unterscheiden kann. Ein sozialmedizinisches Gutachten, das von einer Ärztin oder einem Arzt erstellt wird, muss je nach Auftrag alle Facetten des Gesundheitsproblems beleuchten können. Psychologische Psychotherapeuten/innen mit Zusatzweiterbildung „Sozialmedizin“ können ein psychologisches sozialmedizinisches Gutachten erstellen, welches neben den Inhalten von psychologischen Gutachten weitere sozialmedizinische Aspekte bezogen auf psychische Erkrankungen aufgreift. (siehe 10.22).

Die seitens der ärztlichen oder psychotherapeutischen Dokumentation etablierte Gliederung in Anamnese, Befund und Diagnose wird auf der Grundlage des bio-psycho-sozialen Modells um die Funktionsdiagnose ergänzt, die die Krankheitsauswirkungen in ihrer Wechselwirkung mit den Kontextfaktoren beschreibt. Die sozialmedizinische Beurteilung (Epikrise) als Kernstück des Gutachtens enthält zudem Aussagen zur Indikation und Zuweisungsempfehlungen für die Leistungsentscheidung der Krankenkasse.

4.1 Mindestanforderungen

Die folgenden definierten Mindestanforderungen müssen dabei gemäß „Anlage zum Katalog der Produkte des Medizinischen Dienstes“ (in der jeweils gültigen Fassung) eingehalten werden:

5. Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation			
Bestandteile	SFB fallabschließend	Kurzgutachten	Gutachten
Frage(n) des Auftraggebers	X	X	X
Angabe der vorliegenden relevanten Informationen (z.B. Antrag, Leistungsauszüge der Kasse, Befundberichte, Abschlussberichte über vorangegangene stationäre Rehabilitationsleistungen usw.)		X	X
Kurzbeschreibung des Sachverhalts	X	X	
Ausführliche Beschreibung des Sachverhalts mit zusätzlichen Angaben zu Aktuelle Vorsorge-/Reharelevante Angaben zu Schädigungen Risikofaktoren Ressourcen einschließlich vorangegangener Therapien, Vorsorge- Rehabilitationsleistungen (Schädigungen, Beeinträchtigungen, Kontextfaktoren), Funktionsdiagnose Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe mit Auswirkungen auf die Alltagsbewältigung			X
Bei einer Begutachtung mit Befunderhebung/Untersuchung: körperlicher und/oder psychischer Allgemeinbefund, Schädigungen, Beeinträchtigungen		X	X
ICF (Schädigungen, Beeinträchtigungen, Kontextfaktoren)		X	X
Diagnose und/oder ICD-Schlüssel mit Text		X	X
Sozialmedizinische Bewertung und Beurteilung (Bedürftigkeit, Fähigkeit, Ziele, Prognose) Sozialmedizinische Empfehlung		X	X
Ergebnis (Beantwortung der Frage(n) des Auftraggebers)	X	X	X
Wesentliche Gründe* für das Ergebnis	X	X	X
Für statistische Zwecke :			
Auftraggeber	X	X	X
Anlassschlüssel 511 bis 599	X	X	X
Erledigungsart	X	X	X
Erledigungsort	X	X	X
Begutachtungsart		X	X
Ergebnisschlüssel 50 bis 70	X	X	X

*Die wesentlichen Gründe können der sozialmedizinischen Beurteilung entsprechen. Doppelungen sind nicht notwendig

Abbildung 6: Anlage zum Katalog der Produkte – Abgrenzung der Produkte „SFB fallabschließend“

Nachfolgende Angaben und Befunde sind bei der Begutachtung prinzipiell zu berücksichtigen (vgl. Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“ der BAR in der jeweils aktuellen Fassung). Die Gutachterin oder der Gutachter muss entscheiden, welche Sachverhalte in Abgleich mit den definierten Mindestanforderungen für die Beantwortung der Fragestellung im Einzelfall relevant sind und diese auswählen.

Bei der **Anamneseerhebung** sind von Bedeutung:

- die vorsorge- oder rehabilitationsrelevante Krankengeschichte,
- die relevanten funktionellen oder strukturellen Schädigungen,
- die relevanten Umwelt- und personbezogenen Faktoren
- Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen auch anderer Leistungsträger in den letzten 3 bzw. 4 Jahren,
- die Vorbehandlungen in den letzten 6 Monaten wie
 - ärztliche/psychotherapeutische Behandlung einschließlich Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung ergänzende Leistungen zur Rehabilitation und sonstige Leistungen der Krankenkasse
 - Krankenhausbehandlungen
- die gegenwärtigen Aktivitäten/Alltagsbewältigung und die vorübergehenden/nicht nur vorübergehenden Aktivitätsbeeinträchtigungen,
- die nicht nur vorübergehenden bzw. drohenden Beeinträchtigungen der Teilhabe.

Bei der **Befunderhebung** sind folgende Angaben wesentlich:

- Allgemeinbefunde wie (biologisches) Alter, Körpergröße, Körpergewicht, BMI, Konstitution, Kräftezustand, Blutdruck, Herzfrequenz, allgemeiner Organ- und vegetativer Status,
- funktionelle und strukturelle Schädigungen einschließlich biochemischer, elektrophysiologischer, bildgebender u. a. funktionsdiagnostischer Fremdbefunde, ggf. mit abschätzbarem Schweregrad,
- nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten des Lernens und der Aufgabenbewältigung, der Kommunikation, Mobilität und Selbstversorgung.

Die nach ICD-10-GM kodierte, leistungsbegründende Krankheit/Gesundheitsstörung wird um die **Funktionsdiagnose** ergänzt.

Die **Sozialmedizinische Beurteilung** umfasst:

- Zusammenfassende Bewertung der Funktionsfähigkeit auf der Grundlage des bio-psycho-sozialen Modells
- Aussage zu den einzelnen Indikationskriterien (Bedürftigkeit, Fähigkeit, Ziele und Prognose) für Medizinische Vorsorgeleistungen oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation insbesondere dann, wenn diese nicht umfassend erfüllt sind.

Die **Sozialmedizinische Empfehlung** beinhaltet Aussagen zu:

- Indikationsstellung,
- Zuweisung (Allokation),

- ggf. anderen Leistungsträgern,
- anderen Leistungen und
- ggf. weiteren Fragestellungen der Krankenkasse.

Kommt die Gutachterin oder der Gutachter zu einer vom Antrag/Verordnung abweichenden Empfehlung sind die hierfür wesentlichen Gründe transparent und nachvollziehbar darzulegen und realistische Alternativen zur beantragten Leistung aufzuzeigen, um die Krankenkasse in die Lage zu versetzen, ihrer gesetzlichen Verpflichtung nachzukommen.

4.2 Qualitätssicherung der Begutachtung für die gesetzliche Krankenversicherung (QSKV)

Die mit dem MDK-Reformgesetz eingeführte gesetzliche Verpflichtung, die Qualitätssicherung der Medizinischen Dienste in einer Richtlinie zu regeln, stärkt die bisherige Qualitätssicherung der Medizinischen Dienste und erhöht die Einheitlichkeit und Verbindlichkeit der Umsetzung.

Am 13. Juli 2022 trat die Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 6 SGB V (QSKV-Richtlinie) in Kraft, die eine bundesweit einheitliche, systematische Qualitätssicherung für die im Auftrag der Gesetzlichen Krankenversicherung erstellten Begutachtungen festschreibt (siehe 10.4).

Die Ergebnisse zur systematischen Qualitätssicherung der Tätigkeit der Medizinischen Dienste nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 6 SGB V für die im Auftrag der Krankenversicherung erstellten Begutachtungen und Prüfungen (QSKV) werden in einem Zweijahresrhythmus in einem Bericht zusammengefasst und dem BMG vorgelegt sowie anschließend veröffentlicht.

4.3 Bearbeitungsfristen

4.3.1 Leistungen der medizinischen Vorsorge

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Vorsorgeleistungen nach §§ 23, 24 SGB V gelten die in § 13 Absatz 3a SGB V genannten Fristen:

„Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes, eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden.“

Wird bei Auftragseingang und Bearbeitung im Medizinischen Dienst ersichtlich, dass aufgrund weiterer Ermittlungen die oben genannten Bearbeitungsfristen nicht eingehalten werden können, ist die Krankenkasse unverzüglich darüber zu informieren. Diese wiederum informiert ihre Versicherten über die Gründe einer möglichen Verzögerung der Antragsbearbeitung.

4.3.2 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die Frist zur Entscheidung über einen Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe wird in § 14 Absatz 2 SGB IX und abweichend davon bei Beteiligung mehrerer Rehabilitationsträger in § 15 Absatz 4 Satz 1 SGB IX sowie im Falle der Durchführung einer Teilhabepflichtkonferenz in § 15 Absatz 4 Satz 2 SGB IX geregelt. Die zur Strukturierung des Verfahrens dienenden Fristen der §§ 14 und 15 SGB IX werden durch die in § 18 Absatz 1 SGB IX geregelte Rahmenfrist von zwei Monaten ab Antragseingang begrenzt. Kann der Rehabilitationsträger innerhalb dieser Frist nicht über den Antrag entscheiden, teilt er dies der oder dem Versicherten schriftlich mit (begründete Mitteilung). Eine Verlängerung der Frist kommt nur in den nach § 18 Absatz 2 Nr. 1 bis 3 SGB IX definierten Fällen in Betracht.

Für die Erstellung des Gutachtens durch eine Sachverständige oder einen Sachverständigen ist nach § 17 Absatz 2 SGB IX eine Frist von zwei Wochen nach Auftragserteilung vorgesehen.³³ „Der Sachverständige nimmt eine umfassende sozialmedizinische, bei Bedarf auch psychologische Begutachtung vor und erstellt das Gutachten innerhalb von 2 Wochen nach Auftragserteilung.“

Ist ein längerer Zeitraum für die Erstellung des Gutachtens erforderlich, hat die oder der Sachverständige die Notwendigkeit schriftlich gegenüber dem Rehabilitationsträger zu bestätigen (vgl. § 18 Absatz 2 Nr. 2 SGB IX). In diesen Fällen verlängert sich für den Rehabilitationsträger die Frist nach § 18 Absatz 1 SGB IX zur Entscheidung über den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe um den Zeitraum, den die Gutachtenerstellung in Anspruch nimmt, maximal um bis zu vier Wochen. Voraussetzung für die Fristverlängerung ist, dass die Verzögerung entsprechend und rechtzeitig der Antragstellerin oder dem Antragsteller durch den Rehabilitationsträger begründet mitgeteilt wurde.

Wird bei Auftragseingang und Bearbeitung im Medizinischen Dienst ersichtlich, dass die Frist von zwei Wochen zur Gutachtenerstellung (§ 17 Absatz 2 SGB IX) nicht eingehalten werden kann (z. B. aufgrund der Komplexität des Gutachtenauftrages), informiert der Medizinische Dienst hierüber unverzüglich die Krankenkasse. Zugleich bestätigt der Medizinische Dienst schriftlich gegenüber der Krankenkasse, dass die Notwendigkeit eines längeren Zeitraumes für die Begutachtung gegeben ist und gibt den Zeitraum an, innerhalb dessen die Begutachtung erfolgen kann. Hierbei ist der maximale Zeitraum von vier Wochen zu beachten (§ 18 Absatz 2 Nr. 2 SGB IX).

³³ Weitere Hinweise können dem Gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zum SGB IX entnommen werden.

Darstellung der Fristen nach SGB IX für die Gutachter

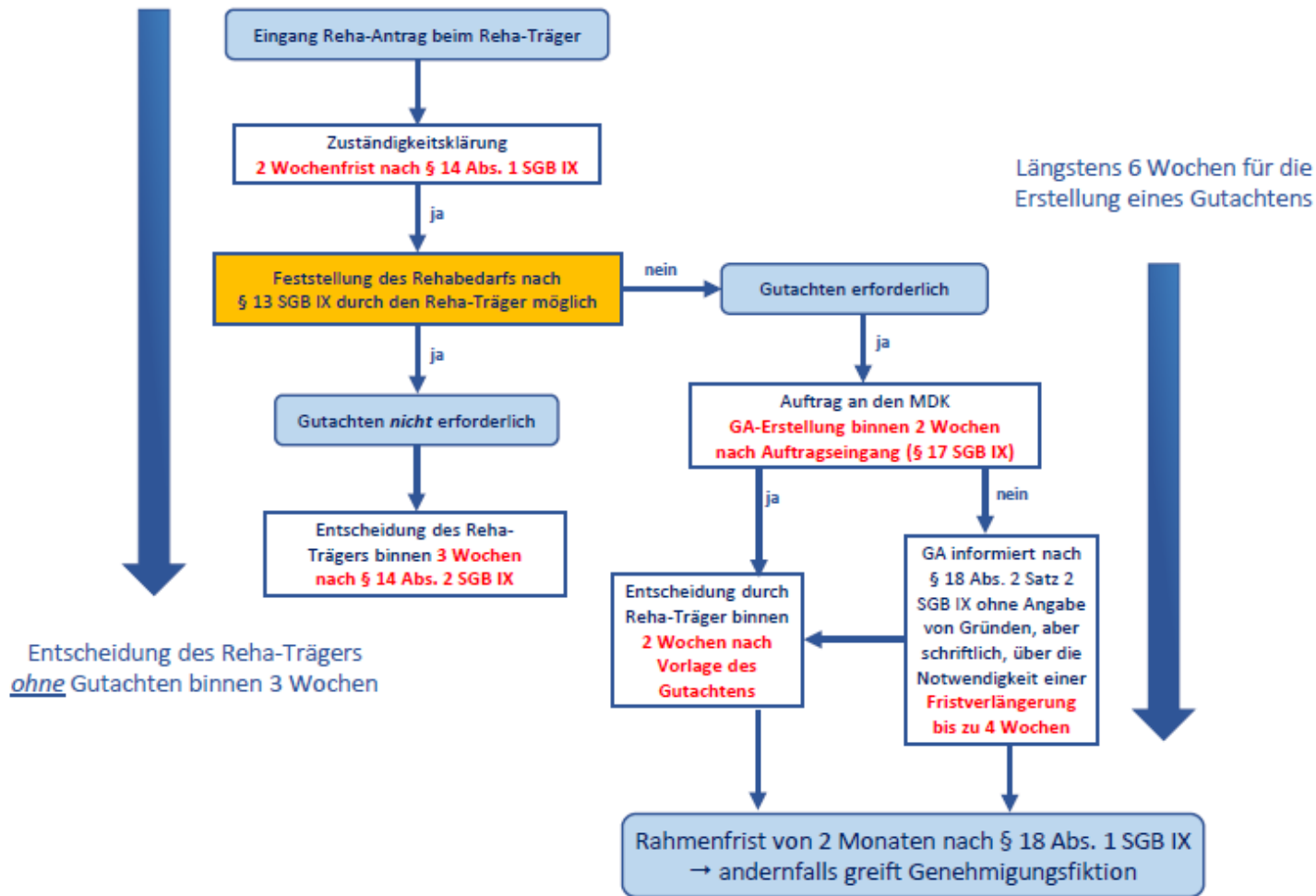


Abbildung 7: Darstellung der Fristen nach SGB IX für die Gutachter

5 Vorgehen bei Widersprüchen

Legt die oder der Versicherte Widerspruch bzw. die verordnende Ärztin oder Psychotherapeutin oder der verordnende Arzt oder Psychotherapeut Einspruch gegen die Ablehnung einer Vorsorge- bzw. Rehabilitationsleistung durch die Krankenkasse ein, wird in der Regel der Erstgutachterin oder dem Erstgutachter der ursprüngliche Antrag der oder des Versicherten mit dem ärztlichen oder psychotherapeutischen Befundbericht bzw. der Verordnung, das Gutachten des Medizinischen Dienstes und der Widerspruch/Einspruch zur nochmaligen Stellungnahme vorgelegt. Diese oder dieser prüft, ob sie oder er aufgrund neuer Gesichtspunkte zu einem anderen Ergebnis kommt. Revidiert die Gutachterin oder der Gutachter die Erstentscheidung nicht, ist das Widerspruchsgutachten von einer anderen Gutachterin oder einem anderen Gutachter des Medizinischen Dienstes zu erstellen.

Unter Berücksichtigung des Einzelfalls entscheidet die Zweitgutachterin oder der Zweitgutachter, ob die erneute Begutachtung nach Aktenlage oder nach körperlicher Untersuchung erfolgen soll. Im Gutachten würdigt sie oder er die Argumente der oder des Versicherten oder der Ärztin oder des Arztes. Es können sich typischerweise folgende Konstellationen ergeben:

- keine neuen medizinischen Sachverhalte
- neue, begutachtungsrelevante Sachverhalte, die eine Änderung des vorangegangenen Gutachtens des Medizinischen Dienstes im Sinne einer anderen Leistungsempfehlung notwendig machen
- neue Aspekte, die allerdings keine Änderung des vorangegangenen Gutachtens des Medizinischen Dienstes bedingen
- widersprüchliche Angaben trotz Nachermittlung, die eine Begutachtung mit Befunderhebung erfordern
- trotz Nachermittlung keine ausreichenden Informationen zu Kontextfaktoren.

Das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis sind der Krankenkasse nach § 277 Absatz 1 SGB V mitzuteilen.

Anders als bei der Entscheidung über einen Erstantrag auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe sind für die Bearbeitung von Widersprüchen keine Fristen vorgegeben. Allerdings sollte auch im Widerspruch eine Begutachtungsfrist von 6 Wochen nicht überschritten werden, da sich der Gesundheitszustand der oder des Versicherten jederzeit verschlechtern kann und die Voraussetzungen für das Leistungsbegehren damit andere sein können. Zudem können Versicherte eine Untätigkeitsklage einreichen, wenn nicht innerhalb von drei Monaten ein Widerspruchsbescheid erlassen wurde.

6 Begutachtung von Verlängerungsanträgen

Leistungen nach den §§ 23, 24, 40 und 41 SGB V können im Einzelfall aus dringenden medizinischen Gründen verlängert werden.

Nach § 275 Abs.2. Satz 1 SGB V haben die Krankenkassen regelmäßig Verlängerungsanträge für medizinische Vorsorge und Rehabilitation durch den Medizinischen Dienst prüfen zu lassen

Mit der Begutachtung von Verlängerungsanträgen beauftragt die Krankenkasse grundsätzlich den für die ambulante oder stationäre Einrichtung bzw. den Kurort zuständigen Medizinischen Dienst. Kassenspezifische Besonderheiten, z. B. Begutachtungen am Ort der Krankenkasse, sind zu berücksichtigen.

Für die Beantragung von Verlängerungen existieren einheitliche Formulare. Neben dem Formular für „allgemeine“ Rehabilitationsleistungen liegen zurzeit Verlängerungsanträge für die Bereiche Geriatrie, Neurologie, Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen vor.

Unabhängig davon, in welcher Form der Verlängerungsantrag (Formular, Freitext) gestellt wird, muss dieser Aussagen zu nachfolgenden Sachverhalten enthalten:

- zur rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnose und zum ICD -10 GM-Diagnoseschlüssel
- zu den zu Beginn der Leistung und zum Zeitpunkt der Beantragung der Verlängerung bestehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten bezüglich alltäglicher Verrichtungen und zur weiterhin drohenden oder manifesten Beeinträchtigung der Teilhabe an bedeutenden Lebensbereichen,
- zu Art und Häufigkeit der bisher durchgeführten Maßnahmen,
- zu den konkreten Vorsorge- bzw. Rehabilitationszielen, die bis zum Ende des Verlängerungszeitraums erreicht werden sollen, und zu den Gründen, warum diese vorher voraussichtlich nicht erreicht werden können,
- zum Vorsorge-/Rehabilitationsplan bis zum beantragten Ende der Leistung,
- bei stationären Rehabilitationsleistungen die Begründung, warum die Maßnahme nicht als ambulante Rehabilitation wohnortnah fortgeführt werden kann,
- eine Begründung, warum ambulante Leistungen am Wohnort nicht ausreichend sind.

Neben der sozialmedizinischen Bewertung der medizinischen Notwendigkeit einer Verlängerung bedarf es in der neurologischen Rehabilitation zusätzlich der sozialmedizinischen Phasenzuordnung.

Die Krankenkasse übermittelt dem zuständigen Medizinischen Dienst umgehend alle relevanten Unterlagen einschließlich des ggf. vor Antritt der Leistung erstellten Gutachtens des Medizinischen Dienstes. Das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis sind der Krankenkasse nach § 277 Absatz 1 SGB V mitzuteilen.

Bei primärpräventiv ausgerichteten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten ist eine Verlängerung grundsätzlich nicht vorgesehen. Zur weiteren Stabilisierung der Gesundheit/Verhaltensänderung sind die wohnortnahen Angebote der Primärprävention und Gesundheitsförderung von den Versicherten in Eigenverantwortung zu nutzen.

7 Ergebnismitteilung/Leistungsentscheid der Krankenkasse

7.1 Ergebnismitteilung

Grundsätzlich liegt die rechtsverbindliche Benachrichtigung der oder des Versicherten über das Ergebnis einer sozialmedizinischen Stellungnahme oder Begutachtung, wenn sie mit einer Leistungsentscheidung verbunden ist, im Zuständigkeitsbereich der Krankenkasse.

„Der Medizinische Dienst hat der Krankenkasse das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis mitzuteilen.“ (Mitteilungspflichten § 277 Absatz 1 Satz 1 SGB V)

„Der Medizinische Dienst ist befugt und in dem Fall, dass das Ergebnis seiner Begutachtung von der Verordnung, der Einordnung der erbrachten Leistung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Abrechnung der Leistung mit der Krankenkasse durch den Leistungserbringer abweicht, verpflichtet, diesem Leistungserbringer das Ergebnis seiner Begutachtung mitzuteilen“ (§ 277 Absatz 1 Satz 2 SGB V)

Fordern Leistungserbringer mit Einwilligung der Versicherten die wesentlichen Gründe für das Ergebnis der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst an, ist der Medizinische Dienst zur Übermittlung dieser Gründe verpflichtet.“ (§ 277 Absatz 1 Satz 2 und 3 SGB V)

Die Umsetzung der oben genannten gesetzlichen Regelungen erfordert in der sozialmedizinischen Stellungnahme eine klare Trennung der Textabschnitte „Ergebnis der Begutachtung“ und „Wesentliche Gründe für dieses Ergebnis“.

7.2 Leistungsentscheid der Krankenkasse

Die Krankenkasse bestimmt nach pflichtgemäßem Ermessen und den Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie die Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtung (§§ 23 Absatz 5, 24 Absatz 2, 40 Absatz 3, 41 Absatz 2 SGB V). Hierbei soll den berechtigten Wünschen der Versicherten entsprochen werden (§ 33 SGB I und § 8 SGB IX). Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihre Vielfalt zu beachten. Den religiösen Bedürfnissen der Versicherten, besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen und geschlechtsspezifischen Besonderheiten ist Rechnung zu tragen (§§ 2 Absatz 3, 2a und 2b SGB V).

Bei der Leistungsentscheidung sind die durch den Medizinischen Dienst festgestellten sozialmedizinischen Befunde bzw. Sachverhalte, deren sozialmedizinische Beurteilung und die daraus abgeleitete Empfehlung unter Berücksichtigung von § 12 Absatz 1 SGB V zu betrachten.

Sowohl bei einem positiven als auch ablehnenden Leistungsbescheid kann die Krankenkasse auf ihre Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst Bezug nehmen und auf die Empfehlung des Medizinischen Dienstes hinweisen. Für die Entscheidung ist die Krankenkasse verantwortlich. Soweit die Krankenkassen von der vertragsärztlichen Verordnung der Leistung nach §§ 40, 41 SGB V abweicht, ist eine

gutachterliche Stellungnahme des MD erforderlich. Diese ist den Versicherten und mit deren Einwilligung auf Muster 61, Teil E auch den Verordnerinnen und Verordnern, Angehörige und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen zur Verfügung zu stellen.

Des Weiteren können der oder die Versicherte auch eine Einwilligung zur Übermittlung der Krankenkassenentscheidung an ihre oder seine Angehörigen oder Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen erteilen.

8 Anlagen

8.1 Systematik für die Komponente „Personbezogene Faktoren“ im bio-psycho-sozialen Modell der WHO: Systematik der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP 2019)

Kapitel 1 – Allgemeine Merkmale einer Person

Dieses Kapitel befasst sich mit den vorgegebenen allgemeinen Merkmalen einer Person wie Alter und Geschlecht, die sich als Barriere oder Förderfaktor auf die Funktionsfähigkeit auswirken können. Das Kapitel umfasst nicht Merkmale, die einer Gesundheitsstörung oder Krankheit entsprechen.

– **Alter (i 110-119)**

Entwicklungsstand einer Person unter kalendarischen, psychosozialen und biologischen Aspekten.

- i 110** **Kalendarisches Alter**
- i 112** – **Psychosoziales Alter**
- i 114** – **Biologisches Alter**
- i 118** – **Alter, anders bezeichnet**
- i 119** – **Alter, nicht näher bezeichnet**

Geschlecht (i 120-129)

Die Zugehörigkeit zu einem Geschlecht (z.B. männlich, weiblich, divers) in Bezug auf das biologische Geschlecht sowie die geschlechtliche Identität (erlebtes und gelebtes geschlechtliches Selbst).

- i 120** – **Biologisches Geschlecht**

Chromosomales, hormonelles oder phänotypisches Geschlecht
- i 122** **Soziales Geschlecht (Gender)**

Geschlechtliche Identität und deren Ausdruck
- i 128** **Geschlecht, anders bezeichnet**
- i 129** **Geschlecht, nicht näher bezeichnet**

i 198 **Allgemeine Merkmale einer Person, anders bezeichnet**

i 199 **Allgemeine Merkmale, nicht näher bezeichnet**

Kapitel 2 – Physische Faktoren

Das Kapitel befasst sich mit der angeborenen oder erworbenen körperlichen Konstitution wie Faktoren des Körperbaus und anderen physischen Faktoren, welche die Funktionsfähigkeit und ihr Veränderungspotential beeinflussen können. Körperliche Potentiale/Talente sind eingeschlossen. Es betrifft nicht Schädigungen von Körperfunktionen und -strukturen.

i 210 **Körpermaße, Körperform und Körperzusammensetzung**

z.B. Körpergröße, Körpergewicht, Body-Mass-Index, Waist-to-Hip Ratio

i 220 **Bewegungsbezogene Faktoren**

z.B. Muskelkraft, Ausdauer, Geschicklichkeit, Händigkeit

i 221 **Faktoren des Herz-, Kreislauf- und Atmungssystems**

i 222 **Faktoren des Stoffwechsels**

i 223 **Faktoren der Sinnesorgane**

i 298 **Physische Faktoren, anders bezeichnet**

i 299 **Physische Faktoren, nicht näher bezeichnet**

Kapitel 3 – Mentale Faktoren

Das Kapitel befasst sich mit den grundlegenden Faktoren der Persönlichkeit sowie kognitiven und mnestischen Faktoren, die als Förderfaktoren und Barrieren die Funktionsfähigkeit beeinflussen können. Enthalten sind Intelligenz und angeborene mentale Talente. Es betrifft nicht Schädigungen mentaler Funktionen. Haben die Merkmale Krankheitswert, werden sie nicht als personbezogener Faktor klassifiziert, sondern bei den mentalen Funktionen.

– Faktoren der Persönlichkeit (i 310-349)

Hierbei handelt es sich um mentale Faktoren, die das Naturell einer Person betreffen, individuell auf Situationen zu reagieren, einschließlich der psychischen Charakteristika, die eine Person von anderen unterscheiden.

i 310 **Extraversion**

Mentale Faktoren, die sich auf dem einen Pol durch Extraversion (Kontaktfreudigkeit, Geselligkeit und Ausdrucksfähigkeit) auszeichnen, auf dem anderen durch Introversion (Zurückhaltung, Unabhängigkeit und Alleinsein).

i 315 Faktoren der Emotionalität

Mentale Faktoren, die sich auf dem einen Pol durch Ausgeglichenheit, Zufriedenheit, Ruhe und Gefasstheit auszeichnen, auf dem anderen durch Anspannung, Besorgnis und Verlegenheit.

Inkl.: emotionale Stabilität

i 320 Gewissenhaftigkeit

Mentale Faktoren, die sich auf dem einen Pol durch Verlässlichkeit, Sorgfalt, Prinzipientreue und Fleiß auszeichnen, auf dem anderen durch Unachtsamkeit, Unzuverlässigkeit, Ungenauigkeit und Verantwortungslosigkeit.

i 325 Offenheit

Mentale Faktoren, die sich auf dem einen Pol durch Neugier, Vorstellungsvermögen, Suche nach Erfahrungen und Experimentierfreudigkeit auszeichnen, auf dem anderen durch Vertrauen auf Bewährtes, konservatives Denken und konventionelles Verhalten.

Inkl.: Begeisterungsfähigkeit, Interessiertheit, Änderungsbereitschaft

i 330 Umgänglichkeit

Mentale Faktoren, die sich auf dem einen Pol durch Selbstlosigkeit, Kooperationsbereitschaft, Freundlichkeit und Zuvorkommenheit auszeichnen, auf dem anderen durch Ichbezogenheit, Misstrauen und Streitbarkeit.

i 335 Selbstvertrauen

Mentale Faktoren, die sich auf dem einen Pol durch Selbstsicherheit, Mut und Durchsetzungsvermögen auszeichnen, auf dem anderen durch Zaghaftigkeit, Unsicherheit und Zurückhaltung.

i 340 Optimismus

Mentale Faktoren, die sich auf dem einen Pol durch Heiterkeit, Lebhaftigkeit und Zuversichtlichkeit auszeichnen, auf dem anderen durch Niedergeschlagenheit, Schwarzseherei und Verzweiflung.

i 348 Faktoren der Persönlichkeit, anders bezeichnet

i 349 Faktoren der Persönlichkeit, nicht näher bezeichnet

Kognitive und mnestische Faktoren (i 350-369)

Hierbei handelt es sich um mentale Faktoren, welche die Intelligenz, Kognition und Informationsverarbeitung betreffen und für die Funktionsfähigkeit von Relevanz sein können.

i 350 Faktoren der Intelligenz

Multimodaler Faktor, der sich zusammensetzt aus Elementen des Verstehens, des Abstrahierens, des Schlussfolgerns, der Problemlösung und der Situationsbewältigung. Häufig wird fluide (angeborene) und kristalline (erworbene) Intelligenz unterschieden.

i 355 Kognitive Faktoren

Mentale Faktoren, welche die bewusste Informationsverarbeitung betreffen. Dies beinhaltet Auffassung, Sprachverständnis und -ausdruck, Aufmerksamkeit und Konzentration.

Exkl.: Sprachkompetenz (i 431)

i 360 Mnestische Faktoren

Mentale Faktoren, welche die Speicherung (Merkfähigkeit), Sortierung und Verarbeitung von Informationen im Gedächtnis sowie deren Verfügbarkeit und Abrufbarkeit betreffen.

i 368 Kognitive und mnestische Faktoren, anders bezeichnet

i 369 Kognitive und mnestische Faktoren, nicht näher bezeichnet

i 398 Mentale Faktoren, anders bezeichnet

i 399 Mentale Faktoren, nicht näher bezeichnet

Kapitel 4 – Einstellungen, Handlungskompetenz und Gewohnheiten

Das Kapitel befasst sich mit persönlichen Einstellungen, Kompetenzen und Gewohnheiten, die als Förderfaktoren und Barrieren die Funktionsfähigkeit beeinflussen und von zentraler Bedeutung für die Motivation sein können. Es befasst sich nicht mit Aktivitäten, die infolge eines Gesundheitsproblems einträchtig sind.

Einstellungen (i 410-429)

Einstellungen haben in unterschiedlichem Umfang emotionale, kognitive und motivationale Anteile, die das eigene Handeln und Leben in bestimmten Bereichen betreffen und sich auf meist überdauernde Überzeugungen, Sichtweisen und Wertvorstellungen beziehen. Emotionale Anteile betreffen Gefühle und emotionale Bewertungen. Kognitive Anteile reflektieren Anschauungen, Erwartungen, Erklärungs- und Attributionsansätze sowie rationale Bewertungen. Motivationale Anteile beziehen sich auf Interessen, Präferenzen und persönliche Ziele. Einstellungen können die Sicht auf die Welt und deren Deutung betreffen, die generelle Zuschreibung von Ursachen zu Ereignissen, die Rolle des Einzelnen in der Gesellschaft oder seine Sicht auf die Gesellschaft.

i 410 Weltanschauung

Religiöse, philosophische, moralische und politische Werte, Überzeugungen und Sichtweisen.

i 411 Einstellung zur eigenen Person

Wertvorstellungen, Überzeugungen und Sichtweisen in Bezug auf die eigene Person als Ausdruck der eigenen Identität.

Inkl.: Selbstwirksamkeitsüberzeugung

Exkl.: Selbstvertrauen (i 335)

i 413 Lebenszufriedenheit

Einschätzung der eigenen Lebenssituation insgesamt. Dazu gehören subjektive Empfindungen, rationale Bilanzierung und Bewertung der vielfältigen Lebensdimensionen im Sinne der erlebten Lebensqualität, aber auch die Bewertung der eigenen Lebensleistungen.

i 416 Einstellung zu Gesundheit, Krankheit und Behinderung

Wertvorstellungen, Überzeugungen und Sichtweisen im Zusammenhang mit Gesundheit, Krankheit und Behinderung. Hierzu gehören das generelle Verständnis von Gesundheitsproblemen, Überzeugungen bezüglich der Sinnhaftigkeit gesundheitsförderlichen Verhaltens sowie die Einstellung zu gesundheitlichen Risiken.

Exkl.: Einstellung zu Interventionen und technischen Hilfen (i 419)

i 418 Einstellung zur Unterstützung durch andere Personen

Wertvorstellungen, Überzeugungen und Sichtweisen im Zusammenhang mit dem Annehmen von Unterstützung durch andere (z.B. Privatpersonen, Dienstleister).

Exkl.: Einstellung zu Interventionen und technischen Hilfen (i 419)

Einstellung zum sozialen Leben und zur Gesellschaft (i 425)

i 419 Einstellung zu Interventionen und technischen Hilfen

Wertvorstellungen, Überzeugungen und Sichtweisen im Zusammenhang mit Interventionen (z.B. chirurgische Eingriffe, Medikation, Psychotherapie, Rehabilitation, Hilfsmittel) und deren Nutzen.

Exkl.: Einstellung zur Unterstützung durch andere Personen (i 418)

i 420 Einstellung zu finanziellen Versicherungs- und Versorgungsleistungen

Wertvorstellungen, Überzeugungen und Sichtweisen im Zusammenhang mit dem Annehmen von Geldleistungen aus dem Solidarsystem oder aus privaten Versicherungen.

i 421 Einstellung zur Bildung

Wertvorstellungen, Überzeugungen und Sichtweisen im Zusammenhang mit der eigenen Bildung und Bildung generell (z.B. informelle Bildung, Schulbildung, Aus-, Fort- und Weiterbildung).

Exkl.: Einstellung zur Arbeit (i 422)

i 422 Einstellung zur Arbeit

Wertvorstellungen, Überzeugungen und Sichtweisen im Zusammenhang mit der eigenen Arbeit und Arbeit generell. Arbeit kann als Verpflichtung, Bereicherung oder als Last betrachtet werden. Hier werden auch ehrenamtliche und unentgeltliche Tätigkeiten, Kindererziehung oder Hausarbeit betrachtet.

Inkl.: Arbeitszufriedenheit, berufliche Interessen, Einstellung zu Arbeitslosigkeit

Exkl.: Einstellung zur Bildung (i 421)

i 425 Einstellung zum sozialen Leben und zur Gesellschaft

Wertvorstellungen, Überzeugungen und Sichtweisen im Hinblick auf Interaktionen mit dem sozialen Umfeld und der Gesellschaft. Eine Person kann z.B. soziale Kontakte als wichtig ansehen, davon überzeugt sein, einen Beitrag für die Gesellschaft leisten zu müssen, oder es als Pflicht der Gesellschaft ansehen, sie zu unterstützen.

Exkl.: Einstellung zur Unterstützung durch andere Personen (i 418)

i 428 Einstellungen, anders bezeichnet

i 429 Einstellungen, nicht näher bezeichnet

Handlungskompetenz (i 430-449)

Zur Handlungskompetenz gehören Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die Entwicklung von Handlungsstrategien, die Planung von Handlungen und deren zielgerichtete Ausführung sowie die dazugehörige Handlungsbereitschaft und die Reflexion über das eigene Tun. Diese Kompetenzen können für die Bewältigung der Auswirkungen von Krankheit und Behinderung relevant sein.

In diesem Teilkapitel (i 430-449) werden Faktoren subsumiert, die eine Grundlage für eine entsprechende Handlung bilden, nicht jedoch das Handeln selbst.

i 430 Sozialkompetenz

Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die für soziale Interaktionen notwendig und nützlich sind, insbesondere die Kompetenz, Einstellungen und Werte anderer wahrzunehmen, eigene Handlungsziele mit denjenigen anderer zu verknüpfen und auf das Verhalten anderer Einfluss zu nehmen. Zur Sozialkompetenz gehören z.B. Kooperations-, Team- und Konfliktkompetenz.

Exkl.: Sprachkompetenz (i 431)

i 431 Sprachkompetenz

Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Verwendung von Sprache als Ausdrucks- und Kommunikationsmittel in mündlicher und schriftlicher Form im beruflichen, behördlichen und privaten Kontext. Dies kann sich auf die Muttersprache, auf Fremdsprachen, auf die Verwendung von Dialekt sowie auf Fach- und Gebärdensprache beziehen. Gleichzeitig sind hier auch Mehrsprachigkeit sowie die Fähigkeit, Sprache kontextspezifisch zu verwenden, abzubilden.

i 433 Methodenkompetenz

Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten, um Arbeitstechniken, Verfahrensweisen und Lernstrategien sachgerecht, situationsbezogen und zielgerichtet einzusetzen.

Inkl.: Analysefähigkeit, logisches Denken und Handeln, Problemlösekompetenz, Kreativität, Lernkompetenz, Bewältigungsstrategien

Exkl.: Fachkompetenz (i 438), Faktoren der Intelligenz (i350)

i 436 Selbstkompetenz (Empowerment)

Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten im Umgang mit der eigenen Person. Dazu gehören insbesondere das Wahrnehmen der eigenen Stärken und Schwächen, das selbstverantwortliche und selbstbestimmte Vertreten persönlicher Ziele auf Grundlage der eigenen Bedürfnisse, Ansprüche, Stärken und Grenzen, die Entwicklung von Strategien zur Zielerreichung sowie das kritische Reflektieren der eigenen Fähigkeiten und Handlungen (Selbstreflexion). Zudem beinhaltet Selbstkompetenz auch Selbstsicherheit und Selbstmanagement.

Inkl.: Engagement, Selbstmotivierung, Flexibilität, Selbstständigkeit, Anpassungsfähigkeit, psychische Belastbarkeit

i 438 Fachkompetenz

Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu einem bestimmten Fachgebiet (z.B. Mathematik, Buchhaltung, Musik, Handwerk).

Exkl.: Methodenkompetenz (i 433)

i 442 Medienkompetenz

Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten, Medien und deren Inhalte den eigenen Bedürfnissen und Zielen entsprechend zu nutzen sowie die eigene Kritikfähigkeit hinsichtlich der Bewusstseinsbildung im Rahmen von Medienangeboten herauszubilden und zu schärfen. Dazu gehören Medienkunde, Mediennutzung, Mediengestaltung und Medienkritik.

i 448 Handlungskompetenz, anders bezeichnet

i 449 Handlungskompetenz, nicht näher bezeichnet

Gewohnheiten (i 450-479)

Durch Wiederholung selbstverständlich gewordene Verhaltensmuster.

i 450

Ernährungsgewohnheiten

Ernährungsbezogene Gewohnheiten wie die Auswahl, die Zusammenstellung, das Einkaufen und die Lagerung von Nahrung, die Art und Weise der Nahrungszubereitung und -aufnahme, die Einnahme von Diätetika sowie die Menge zugeführter Kalorien. Zu den Ernährungsgewohnheiten gehören auch bestimmte Ernährungspräferenzen.

– Exkl.: – Gewohnheiten beim Konsum von Genussmitteln (i 453)

i 453 Gewohnheiten beim Konsum von Genussmitteln

Die Gewohnheit, Produkte vorrangig wegen ihrer genussbringenden, stimulierenden oder berauschenden Wirkung zu konsumieren.

Exkl.: Ernährungsgewohnheiten (i 450, krankhafter Gebrauch)

i 456 Bewegungsgewohnheiten

Die Art und Weise, wie körperliche Aktivität im Alltag (z.B. Beruf, Familie und Freizeit) üblicherweise integriert ist, z.B. in Form bewegungssuchender oder bewegungsvermeidender Verhaltensgewohnheiten.

Exkl.: Gewohnheiten in alltäglichen Routinen (i 459), Freizeitgewohnheiten (i 460)

i 459 Gewohnheiten in alltäglichen Routinen

Gewohnheiten im Zusammenhang mit der Alltagsroutine, dem Planen von Abläufen und deren Durchführung. Dies beinhaltet auch den Wechsel zwischen Belastung und Entspannung, Pausen- und Schlafgewohnheiten einer Person sowie deren Integration in die Tagesstruktur.

- Exkl.:* Bewegungsgewohnheiten (i 456)
- i 460 Freizeitgewohnheiten**
- Ausübung von Hobbys (z.B. Sport, Spiele oder Lesen) oder der Besuch kultureller Veranstaltungen.
- Exkl.:* Bewegungsgewohnheiten (i 456)
- i 462 Sexualgewohnheiten**
- Verhaltensgewohnheiten in Bezug auf sexuelle Beziehungen und Praktiken.
- i 465 Kommunikationsgewohnheiten**
- Art und Umfang der üblichen Kommunikation einer Person als Sender und Empfänger mittels Sprache, Schrift, Zeichen und Symbolen einschließlich des Gebrauchs von Kommunikationsgeräten und -techniken mit und ohne menschliches Gegenüber, z.B. Telefonieren oder Kommunikation per Internet.
- i 468 Hygienegewohnheiten**
- Art und Umfang von Maßnahmen der individuellen Hygiene. Zu den Hygienegewohnheiten gehören z.B. Körperhygiene, Hygiene des Lebensraumes sowie Hygiene beim Umgang mit Nahrungsmitteln.
- i 471 Gewohnheiten im Umgang mit Geld und materiellen Gütern**
- Art und Weise, mit Geld und materiellen Gütern umzugehen, z.B. ausgabefreudig oder sparsam.
- i 478 Verhaltensgewohnheiten, anders bezeichnet**
- i 479 Verhaltensgewohnheiten, nicht näher bezeichnet**
- i 498 Einstellungen, Handlungskompetenz und Gewohnheiten, anders bezeichnet**
- i 499 Einstellungen, Handlungskompetenz und Gewohnheiten, nicht näher bezeichnet**

Kapitel 5 – Lebenslage

Das Kapitel befasst sich mit dem Status einer Person in ihrem unmittelbaren und weiteren Umfeld. Dieser kann die Funktionsfähigkeit und ihr Veränderungspotential beeinflussen.

- i 510 Familiärer Status**
- Beinhaltet den Familienstand (z.B. ledig, verheiratet, geschieden, verwitwet) und die formale Position in der Familie (z.B. Mutter, Vater, Kind).
- Exkl.:* Status im unmittelbaren und weiteren sozialen Kontext (i 513)

i 513 Status im unmittelbaren und weiteren sozialen Kontext

Beschreibt die Rolle einer Person in einem sozialen Netzwerk wie der Kernfamilie, der weiteren Verwandtschaft, dem Freundeskreis oder am Arbeitsplatz. Hier abzubilden wäre z.B. die Stellung/Rolle eines Kindes als Versorger für ein erkranktes Elternteil.

Exkl.: *Familiärer Status (i 510), Beschäftigungsstatus (i 520), Gesellschaftlicher Status (i 530)*

i 515

Wohnsituation

Bezieht sich auf die Art, wie, wo und mit wem eine Person wohnt.

Inkl.: *Wohnungs-/Hauseigentümer sein, Mieter sein, wohnungslos sein, in der Stadt oder auf dem Land lebend, alleinlebend, in Wohngemeinschaft leben*

i 520 Beschäftigungsstatus

Bezieht sich auf die formale Position in Ausbildung, bezahlter/unbezahlter sowie ehrenamtlicher Tätigkeit. Dazu gehören z.B. die Position als Schüler, Hausfrau, Angestellter, Arbeitsloser, Ruheständler oder pflegender Angehöriger.

Exkl.: *Status im unmittelbaren und weiteren sozialen Kontext (i 513)*

i 525 Wirtschaftlicher Status

Bezieht sich auf die formale Position einer Person als Besitzer materieller und finanzieller Mittel sowie als Leistungsbezieher.

Inkl.: *Vermögend, mittellos oder verschuldet sein; Geld, Immobilien und andere Wertsachen besitzen; Erwerbseinkommen erhalten; Staats- und Sozialversicherungsleistungen beziehen (z.B. Arbeitslosengeld, Rente)*

i 527 Rechtlicher Status

Bezieht sich auf die formale Position einer Person innerhalb eines Rechtssystems, inklusive ihrer Rechte und Pflichten.

Inkl.: *- Aufenthaltsstatus, Versicherungsstatus, gesetzlicher Betreuungs- und Vormundschaftsstatus, Wahlrecht*

i 530 Gesellschaftlicher Status

Beschreibt die formale Position einer Person innerhalb der Gesellschaft, die mit Ansehen, Autorität und Einfluss einhergeht.

Inkl.: *Schichtzugehörigkeit*

Exkl.: *Status im unmittelbaren und weiteren sozialen Kontext (i 513)*

i 535 Kultureller Status

Beinhaltet die Zugehörigkeit einer Person zu religiösen, weltanschaulichen und politischen Gruppen, zu Vereinen oder zu Onlinenetzwerken.

i 540 Zugehörigkeit zu ethnischen Gruppen

Beinhaltet die subjektiv wahrgenommene und die objektive Zugehörigkeit zu Menschengruppen, die aufgrund einer gemeinsamen Herkunft, Kultur, Sprache, Religion und/oder Geschichte als einander zugehörig wahrgenommen werden.

i 550 Bildungsstatus

Bezeichnet die spezifischen Merkmale einer Person als Ergebnis eines Bildungsprozesses, der zu einer formalen Qualifikation geführt hat.

i 598 Lebenslage, anders bezeichnet

i 599 Lebenslage, nicht näher bezeichnet

8.2 Definition des geriatrischen Patienten

Die nachfolgende **Definition des geriatrischen Patienten gemäß der geriatrischen Fachgesellschaften³⁴ markiert Personen mit erhöhten Risiken**. Diesen Risiken ist im Rahmen jeder medizinischen Behandlung und Begutachtung in angemessener Weise Rechnung zu tragen. Nicht jeder so definierte geriatrische Patient bedarf jedoch zwangsläufig einer spezifischen geriatrischen Versorgung. Diese Definition stellt somit eine notwendige, jedoch **keine hinreichende Bedingung für die Inanspruchnahme spezifisch geriatrischer Versorgungsleistungen** dar. Eine solche Inanspruchnahme setzt die Erfüllung weiterer für die jeweiligen Versorgungsleistungen definierter Kriterien voraus.

Der geriatrische Patient im Sinne dieser Definition zeichnet sich durch ein erhöhtes Risiko aus, im Rahmen zusätzlicher Gesundheitsprobleme nachhaltige Beeinträchtigungen seiner Selbstbestimmung und selbständigen Lebensführung bis hin zur Pflegebedürftigkeit zu erleiden. Grund hierfür sind eingeschränkte Reservekapazitäten. Diese sind durch altersphysiologische Veränderungen oder durch bereits vorbestehende Schädigungen von Körperfunktionen und -strukturen bedingt. Sie führen häufig zu Behandlungskomplikationen/Folgeerkrankungen (z. B. Delir, Infektion, Stürze, verzögerter Rekonvaleszenz) und zusätzlichen Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe. Die Definition der geriatrischen Fachgesellschaften geht von einem geriatrischen Patienten aus, wenn die nachfolgend genannten Charakteristika erfüllt sind:

- **geriatrietypische Multimorbidität**
und
- **höheres Lebensalter** (in der Regel 70 Jahre oder älter).

Unter **Multimorbidität** wird das Vorliegen von **mindestens zwei chronischen Krankheiten mit sozialmedizinischer Relevanz** verstanden³⁵. Die Krankheiten sind chronisch, wenn sie mindestens ½ Jahr

³⁴ In Anlehnung an Konsensus der DGG, der DGGG, der BAG Geriatrie, der Sektion Geriatrie des BDI und zugleich Diskussionsgrundlage der Sektion Geriatrie der Europäischen Fachärztereinigung.

³⁵ In Anlehnung an Seger et al. 2016, Das Gesundheitswesen. DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-108440>.

bestehen oder voraussichtlich anhalten werden. Sie sind sozialmedizinisch relevant, wenn sie alltagsrelevante Beeinträchtigungen von Aktivitäten zur Folge haben, die für die Teilhabe bedeutsam sind.

Geriatritypisch ist diese Multimorbidität bei Vorliegen insbesondere nachfolgender **Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen** (in variabler Kombination)

- kognitive Defizite
- starke Sehbehinderung
- ausgeprägte Schwerhörigkeit
- Depression, Angststörung
- Sturzneigung und Schwindel
- chronische Schmerzen
- Sensibilitätsstörungen
- herabgesetzte Medikamententoleranz
- Inkontinenz (Harninkontinenz, selten Stuhlinkontinenz)
- Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt
- Dekubitalulcera
- Fehl- und Mangelernährung
- herabgesetzte körperliche Belastbarkeit/Gebrechlichkeit (Frailty)
- Dysphagie
- Sarkopenie
- Immobilität

Folgen geriatritypischer Multimorbidität betreffen häufig die Bereiche Mobilität, Selbstversorgung, Kommunikation und Haushaltsführung. Geriatritypische Multimorbidität führt nicht selten zu Mehrfachmedikation, häufigen Krankenhausbehandlungen und der Verordnung von Hilfsmitteln.

Bei im Vordergrund stehender geriatritypischer Multimorbidität kann diese das **Alterskriterium** auf **unter 70 Jahre** absenken. (Abweichungen sind bei erheblich ausgeprägter geriatritypischer Multimorbidität nach unten bis zu einem Alter von 60 Jahren möglich³⁶).

Gemäß der Definition der geriatrischen Fachgesellschaften kann bei einem **Lebensalter 80 Jahre oder älter** auf die Verknüpfung von Alter und geriatritypischer Multimorbidität verzichtet werden, da bei dieser Altersgruppe bereits aufgrund alterstypisch abnehmender körperlicher und geistiger Reserven eine Anpassung an neu aufgetretene Gesundheitsprobleme oder veränderte Kontextfaktoren er-

³⁶ BSG-Urteil B 1 KR 21/14 R vom 23. Juni 2015.

schwert ist, typischerweise häufiger Komplikationen und Folgeerkrankungen auftreten und ein erhöhtes Risiko eines Verlustes an Selbstbestimmung und einer selbständigen Lebensführung besteht (Vulnerabilität).

8.3 Erläuterung zum Anwendungshinweis zur leistungsrechtlichen Zuordnung der Phase C vom 22. Juni 1998

Erläuterung

zum Anwendungshinweis zur leistungsrechtlichen Zuordnung der Phase C

vom 22. Juni 1998³⁷

1. Die Durchführung von Assessmentverfahren insbesondere bei Aufnahme zur Festlegung des Behandlungsplans, ist Standard neurologischer Rehabilitationseinrichtungen der Phase C.
2. Ausgangspunkt der Erarbeitung des Neurologischen Reha-Assessments und der Hinweise zur Prognoseeinschätzung in der Phase C ist die leistungsrechtliche Notwendigkeit, zu klären, ob für die Rehabilitationsmaßnahme in der Phase C der neurologischen Rehabilitation im Einzelfall die Krankenversicherung oder die Rentenversicherung zuständig ist. Da Voraussetzung für die Zuständigkeit der Rentenversicherung ii a. eine positive Erwerbsprognose ist, ist die Durchführung des Neurologischen Reha-Assessments als Grundlage für die prognostische Einschätzung erforderlich.
3. Das Neurologische Reha-Assessment fasst — der klinischen Praxis folgend — lediglich die prinzipiellen Bereiche zusammen, die aus rehabilitationsneurologischer und sozialmedizinischer Sicht für die Frage der Erwerbsprognose von Bedeutung sind. Die in Listenform zusammengestellten Aspekte können beim einzelnen Patienten in ganz unterschiedlicher Weise von Bedeutung und bei der Beurteilung relevant sein.
 - Für jeden einzelnen Patienten ergeben sich daher nur kleine individuelle Teilmengen aus der Gesamtheit der aufgelisteten Merkmale. Es wurde bewusst darauf verzichtet, z. B. psychometrische Testverfahren anzugeben, die bei den Patienten durchzuführen sind. Das Neurologische Reha-Assessment stellt demnach keine Untersuchungs- und Beurteilungsanweisung dar, sondern bietet nur Hintergrundinformationen für die Untersuchung von Patienten und Hinweise zur Prognosebeschreibung.
4. Bei der Aufnahme in die Phase C und nach Durchführung des ersten Reha-Assessments können bzgl. der Erwerbsprognose verschiedene Fallgestaltungen auftreten:
 - I a - Es ist noch nicht möglich, eine Erwerbsprognose abzugeben.

³⁷ Vgl. Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C. Hrsg. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR). Ausgabe 1999.

Ist dies bei der Aufnahme bereits offensichtlich, ist hiervon die Krankenkasse unmittelbar in Kenntnis zu setzen: „Bei Frau/Herrn...kann derzeit die Erwerbsprognose noch nicht beurteilt werden.“

- I b - Die Erwerbsprognose ist negativ.

Eine negative Erwerbsprognose liegt in der Regel bei Patienten vor, bei denen in absehbarer Zeit voraussichtlich noch keine Alltagskompetenz aufgrund ausgeprägter Funktions-/Fähigkeitsstörungen bestehen wird. Ist dies bei der Aufnahme bereits offensichtlich, ist hiervon die Krankenkasse unmittelbar in Kenntnis zu setzen: „Bei Frau/Herrn.....besteht eine negative Erwerbsprognose.“

- II - Die Erwerbsprognose ist positiv.

Kann bei der Aufnahme – auch Wiederaufnahme – bereits eine positive Erwerbsprognose gestellt werden, ist entsprechend Ziffer 1 des Anwendungshinweises vom 22. Juni 1998 zu verfahren. Das Ergebnis ist in einem aussagefähigen Befundbericht (Aufbau vgl. S. 43 f. der BAR-Broschüre) zu dokumentieren.

5. Ergibt das zur Begründung eines Verlängerungsantrages durchgeführte Neurologische Reha-Assessment eine positive Erwerbsprognose, ist der Verlängerungsantrag zusammen mit einem entsprechenden Reha-Antrag des Versicherten und einem aussagefähigen Befundbericht (Aufbau vgl. S. 43 f. der BAR-Broschüre) an den zuständigen Rentenversicherungsträger weiterzuleiten.
6. Die Ergebnisse des Neurologischen Reha-Assessments³⁸ sind nach der Anleitung für den Aufbau eines Neurologischen Reha-Assessment-Befundberichtes in der Klinik zu dokumentieren. Die Checklisten A-C.; stellen lediglich Anhaltspunkte für die Durchführung des Reha-Assessments und keine Dokumentationsbögen (z. B. für Kostenübernahme- oder Verlängerungsanträge) dar.

8.4 Empfehlungen zur Anwendung des neugefassten § 51 Absatz 1 Satz 1 SGB V unter Berücksichtigung des § 4 Absatz 2 Satz 2 RehaAnglG vom 17. Februar 1993 in der Fassung vom 5. Februar 2001

§ 51 Absatz 1 Satz 1 SGB V ist durch das Renten-Reformgesetz mit Wirkung vom 1. Januar 1992 wie folgt gefasst worden:

„Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, kann die Krankenkasse eine Frist von 10 Wochen setzen, innerhalb der sie einen Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation zu stellen haben.“

³⁸ Vgl. Kapitel 4, Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C. Hrsg. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR). Ausgabe 1999.

Begründet wurde diese Änderung mit einer erforderlichen Anpassung an die Vorschrift des § 10 SGB VI (persönliche Voraussetzungen für Leistungen zur Rehabilitation, vgl. insbesondere § 10 Ziffer 2, Buchst. a SGB VI). Ziel ist eine frühzeitigere Einleitung der Rehabilitation.

Die Empfehlungen stellen sicher, dass die Krankenkassen insbesondere bei Beziehern von Krankengeld, aber auch bei anderen Krankenversicherten frühzeitig Leistungen zur Rehabilitation durch die Rentenversicherung veranlassen können.

Den Tatbestand einer erheblichen Gefährdung oder einer Minderung der Erwerbsfähigkeit stellen in der Regel die Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung fest. Der Rentenversicherungsträger legt seiner Entscheidung grundsätzlich das Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zugrunde. Im Bedarfsfall kann der Rentenversicherungsträger noch weitere Gutachten einholen.

Eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit liegt vor, wenn durch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen und die damit verbundenen Funktionseinschränkungen innerhalb von drei Jahren mit einer „Minderung der Erwerbsfähigkeit“ im nachgenannten Sinne zu rechnen ist.

Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit ist eine infolge gesundheitlicher Beeinträchtigungen erhebliche und länger andauernde Einschränkung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben, wodurch der Versicherte seine bisherige oder zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit nicht mehr oder nicht mehr ohne wesentliche Einschränkungen ausüben kann.

Im Folgenden werden einzelne häufig wiederkehrende medizinische Tatbestände aufgeführt, bei denen eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit in Frage kommen kann:

- Wenn eine chronische oder rezidivierende Erkrankung mit deutlichen (auch schmerzbedingten) Funktionsstörungen einhergeht (z. B. bei einer Gelenkarthrose mit nicht unwesentlicher Bewegungseinschränkung, einem schweren Bandscheibenleiden, insbesondere bei Kombination von Bandscheibenleiden und fortgeschrittenen Arthrosen großer Beingelenke und bei bestimmten schweren Herz-Kreislauf-Krankheiten). Die Funktionseinschränkungen müssen in ihrem Ausmaß dokumentiert sein und einer gesicherten Diagnose zugeordnet werden können.
- Wenn wegen einer oder mehrerer Erkrankungen in den letzten 12 Monaten gehäufte und/oder länger andauernde Arbeitsunfähigkeitszeiten zu verzeichnen waren. Arbeitsunfähigkeitszeiten ohne dokumentierte Funktionseinschränkungen können für sich allein keine Rehabilitationsbedürftigkeit begründen.
- Wenn bei einer Erkrankung zu befürchten ist, dass sie in absehbarer Zeit gehäufte und/oder länger andauernde Arbeitsunfähigkeitszeiten zur Folge haben wird.
- Wenn Funktionsstörungen bestehen, die mit einer chronischen und/oder rezidivierenden Erkrankung mit nachweisbarer Verminderung des Kräftezustandes einhergehen, z. B. bei malignen Erkrankungen. Das bedeutet nicht, dass die Diagnose derartiger Erkrankungen zwangsläufig mit einer erheblichen Gefährdung oder Minderung oder gar Aufhebung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben einhergeht.
- Wenn nach ambulanter oder stationärer Behandlung wegen eines schweren Leidens infolge erheblich verzögerter Rekonvaleszenz mit gehäuften und/oder länger andauernden Arbeitsunfähigkeitszeiten zu rechnen ist.

Die besonderen Umstände des Einzelfalls sind immer zu berücksichtigen. Von Bedeutung sind vor allem

- Auswirkungen verschiedener, sich unter Umständen wechselseitig beeinflussender Erkrankungen und der damit verbundenen Funktionseinschränkungen auf das Leistungsvermögen.
- Beanspruchungen und Belastungen am Arbeitsplatz. Eine berufliche Anamnese ist erforderlich. Fähigkeitsprofil des Versicherten und Anforderungsprofil des Arbeitsplatzes sind einander gegenüberzustellen. Die Angaben des Versicherten reichen in der Regel aus.

Über den üblichen Umfang des sozialmedizinischen Gutachtens hinaus sollte das ärztliche Gutachten vor allem folgende Merkmale enthalten

- Diagnosen nach ihrer sozialmedizinischen Bedeutung,
- Aussagen zu den festgestellten Leistungseinschränkungen und dem Ausmaß der funktionellen Beeinträchtigung,
- Aussagen zur Prognose des Leistungsvermögens,
- Aussagen zur Motivation des Versicherten und zur Erfolgsaussicht der geplanten Rehabilitationsmaßnahme.

Eine Aussage zur leidensadäquaten Rehabilitationsmaßnahme ist erforderlich.

Die Übersendung der Unterlagen an den zuständigen Rentenversicherungsträger sollte mit der Frage erfolgen:

„Eine Überprüfung, ob eine erhebliche Gefährdung oder Minderung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben vorliegt, wird angeregt“.

Das sorgfältige Abwägen der genannten Umstände setzt voraus, dass der Krankenkasse eine fundierte ärztliche Stellungnahme, also ein Gutachten mit Befunden, Diagnosen und eingehender Beurteilung des Leistungsvermögens vorliegt.

9 Inkrafttreten

Diese Richtlinien werden nach ihrer Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit auf der Homepage des Medizinischen Dienstes Bund veröffentlicht (www.md-bund.de) und treten einen Tag danach in Kraft.

.

10 Verweise

10.1 ICF (Deutsche Endfassung Oktober 2005)

<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icf/icfhtml2005/>

10.2 Personbezogene Faktoren im bio-psycho-sozialen Modell der WHO: Systematik der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP 2019)

<https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/a-1011-3161>

10.3 Richtlinie MD-Stichprobenprüfung

(Richtlinie über Umfang und Auswahl der Stichproben bei der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst und Ausnahmen davon nach § 275 Absatz 2 Nr. 1 SGB V)

https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/richtlinien_und_vereinbarungen/mdk_stichprobenpruefung/20220829_Reha_Richtlinie_MD-Stichprobenpruefung.pdf

10.4 Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 6 SGB V (QSKV-Richtlinie)

https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/Richtlinien_MDS_MD_Bund/QSKV/RL_QSKV_220913.pdf

10.5 Rehabilitations-Richtlinie

https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2842/Reha-RL_2021-12-16_iK-2022-07-01.pdf

10.6 Leitfaden Prävention

https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp

10.7 Muster 61

https://www.kbv.de/media/sp/Muster_61_7_2022.pdf

10.8 Muster 64

https://www.kbv.de/media/sp/Muster_64.pdf

10.9 Muster 65

https://www.kbv.de/media/sp/Muster_65.pdf

10.10 Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Anschlussrehabilitation

https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.3_Versorgung-Struktur/2.3.3_Entlassmanagement/Aerztlicher_Befundbericht_Anlage_zum_Antrag_auf_Anschlussrehabilitation_PDF.pdf

10.11 Ärztlicher Verlängerungsantrag für ambulante und stationäre Rehabilitation

https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Rehabilitation/Verlaengerungsantrag_allg_20102005.pdf

10.12 Gemeinsame Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation (01.06.2021)

https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/rehabilitation/mobile_rehabilitation/mobile_reha.jsp

10.13 Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene

<https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/rehabilitation/richtlinien-und-vereinbarungen/richtlinien-und-vereinbarungen.jsp>

10.14 Rahmenempfehlungen Allgemeiner Teil – Ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation

<https://www.bar-frankfurt.de/service/publikationen/reha-vereinbarungen.html>

10.15 Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation (dermatologischen, kardiologischen, neurologischen, pneumologischen, muskuloskeletalen, psychosomatischen)

<https://www.bar-frankfurt.de/service/publikationen/reha-vereinbarungen.html>

10.16 BAR „Empfehlungen zur neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C“

https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_publikationen/reha_vereinbarungen/pdfs/Empfehlung_neurologische_Reha_Phasen_B_und_C.pdf

10.17 Gemeinsames Rahmenkonzept der Gesetzlichen Krankenkassen und der Gesetzlichen Rentenversicherung für die Durchführung stationärer medizinischer Leistungen Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche

<https://www.bar-frankfurt.de/service/publikationen/reha-vereinbarungen.html>

10.18 Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining

<https://www.bar-frankfurt.de/service/publikationen/reha-vereinbarungen.html>

10.19 Arbeitshilfe „Kontextfaktoren bei der Ermittlung von Teilhabebedarfen“

<https://www.bar-frankfurt.de/service/publikationen/reha-grundlagen.html>

10.20 Vereinbarungen im Suchtbereich

- „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001
- Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 3. Dezember 2008
- Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung ganztägigen ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 18. August 2011
 - https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/gem_rahmenkonzept_amb_reha_abhaengigkeitskranker_2011.html
- Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Kombinationsbehandlung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014
 - https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/gemeinsames_rahmenkonzept_kombibehandlung_sucht_2014.html
- Einheitliche Rahmenbedingungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für den Wechsel in die ambulante Entlassungsform vom 20. Januar 2015
 - http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/Rahmenbedingungen_fuer_Wechsel_in_amb_Entlassungsform.html
- Rahmenbedingungen und Indikationskriterien der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für einen „Wechsel in die

ambulante Rehabilitationsform“ nach einer stationären/ganztägigen ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 4. März 2015

http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/Rahmenbedingungen_fuer_Wechsel_in_amb_Rehabilitaionsform.html

10.21 RPK-Empfehlungsvereinbarung für Erwachsene

[Link wird eingefügt, sobald aktuelle Fassung veröffentlicht.]

10.22 Gemeinsamen Empfehlung „Begutachtung“ nach § 26 Absatz 1 i.V.m. § 25 Absatz 1 Nr. 4 SGB IX

[Link wird eingefügt, sobald aktuelle Fassung veröffentlicht.]

11 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

11.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Übersicht über die medizinisch notwendige Behandlungsdauer bei den Fallgruppen in der Phase C*	56
Tabelle 2:	Übersicht über die Zeitkorridore.....	58
Tabelle 3:	Zuordnung von Leistungsgruppen zu den unterschiedlichen Leistungsträgern	65

11.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Wechselwirkungen zwischen dem Gesundheitsproblem und den Komponenten der ICF	12
Abbildung 2:	Übersicht zu den Indikationskriterien für Vorsorgeleistungen	27
Abbildung 3:	Prüfschritte für Vorsorgeleistungen nach § 24 SGB V.....	34
Abbildung 4:	Übersicht zu den Indikationskriterien für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	40
Abbildung 5:	Prüfschritte für Rehabilitationsleistungen nach § 41 SGB V	45
Abbildung 6:	Anlage zum Katalog der Produkte – Abgrenzung der Produkte „SFB fallabschließend“	75
Abbildung 7:	Darstellung der Fristen nach SGB IX für die Gutachter	79