



Begutachtungsanleitung
Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V

Vorsorge und Rehabilitation



Die nachstehende Richtlinie wurde vom GKV-Spitzenverband nach Abnahme im MDS-Vorstand und nach Beratung im Beirat für MDK-Koordinierungsfragen auf Grundlage von § 282 Absatz 2 Satz 3 SGB V erlassen. Sie ist für die Medizinischen Dienste, die Krankenkassen und deren Verbände verbindlich.

Stand 02.07.2018

Zur besseren Lesbarkeit wird im Text auf die gleichzeitige Nennung weiblicher und männlicher Wortformen verzichtet. Angesprochen sind grundsätzlich beide Geschlechter.

Herausgeber

Medizinischer Dienst
des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V. (MDS)
Theodor-Althoff-Straße 47
D-45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
Telefax: 0201 8327-100
E-Mail: office@mds-ev.de

Internet: <http://www.mds-ev.de>

Vorwort

Ein Unfall, eine Operation, ein akutes Ereignis, wie z. B. ein Schlaganfall oder Herzinfarkt, aber auch chronische Erkrankungen können zu alltagsrelevanten Beeinträchtigungen 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 und Zunahme chronischer Krankheiten einhergeht, weiter an Bedeutung.

Die Krankenkassen entscheiden nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls über die Durchführung von Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation. In diesem Zusammenhang beauftragen die Krankenkassen die MDK-Gutachter in Stichproben und regelmäßig bei Verlängerungen (§ 275 Abs. 2 SGB V) mit der Indikationsprüfung. Darüber hinaus werden sie insbesondere bei vorzeitigen Anträgen oder wenn sich aus den vorgelegten Unterlagen für den Kassensachbearbeiter keine eindeutige Indikation ableiten lässt mit einer sozialmedizinischen Begutachtung beauftragt. Die Begutachtungsanleitung (BGA) Vorsorge und Rehabilitation bildet dafür die sozialmedizinische Grundlage. Die Begutachtungsanleitung verfolgt das Ziel einer auf dem aktuellen Wissensstand beruhenden einheitlichen Begutachtung von Vorsorge- und Rehabilitationsanträgen und regelt außerdem die Zusammenarbeit von Krankenkassen und MDK.

Die Begutachtungsanleitung wird regelmäßig an neue gesellschaftliche und rechtliche Entwicklungen sowie an den aktuellen Stand (rehabilitations-) medizinischer Erkenntnisse angepasst. In der nun vorliegenden Aktualisierung wurden alle relevanten Änderungen in Bezug auf die Neufassung des SGB IX Teil 1 (Bundesteilhabegesetz) aufgenommen. Außerdem wurde das Kapitel „Geriatrische Rehabilitation“ grundlegend überarbeitet und dem aktuellen medizinischen Erkenntnisstand angepasst. Darüber hinaus wurde die Begutachtungsanleitung an die Struktur der aktuellen einheitlichen Begutachtungsanleitungen redaktionell angepasst.

Die Begutachtungsanleitung wurde in Zusammenarbeit zwischen dem GKV-Spitzenverband, den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene und der MDK-Gemeinschaft erarbeitet. Hierfür gebührt allen Mitgliedern der Arbeitsgruppe unser Dank.

Dr. Doris Pfeiffer
Vorsitzende des Vorstandes
GKV-Spitzenverband

Dr. Peter Pick
Geschäftsführer
MDS

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Inhaltsverzeichnis	4
1 Einleitung	8
1.1 Das bio-psycho-soziale Modell der WHO als konzeptionelle Grundlage der ICF und Bezugssystem für die sozialmedizinische Begutachtung	8
1.1.1 Struktur der ICF	9
1.1.2 Funktion der ICF	10
1.1.3 Begriffe der ICF	12
1.2 Definition Diagnose/Funktionsdiagnose	13
1.3 Definition Kurative Versorgung	13
1.4 Definitionen Vorsorge	14
1.4.1 Primärprävention	14
1.4.2 Sekundärprävention	14
1.4.3 Vorsorgebedürftigkeit	14
1.4.4 Vorsorgefähigkeit	15
1.4.5 Vorsorgeziele	15
1.4.6 Vorsorgeprognose	16
1.5 Definitionen Rehabilitation	16
1.5.1 Rehabilitationsbedürftigkeit	16
1.5.2 Rehabilitationsfähigkeit	17
1.5.3 Rehabilitationsziele	17
1.5.4 Rehabilitationsprognose	17
1.6 Zuweisungskriterien (Allokationskriterien)	18
2 Rechtliche und sozialmedizinisch inhaltliche Grundlagen der Einzelfall-Beratung/-Begutachtung	19
2.1 Rechtliche Grundlagen	19
2.1.1 Wunsch- und Wahlrecht des Versicherten	21
2.1.2 Qualitätssicherung in der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation	22
2.2 Wichtige sozialmedizinische Aspekte zum Begutachtungsanlass Medizinische Vorsorgeleistungen	22
2.2.1 Indikation für Vorsorgeleistungen	22

2.2.2	Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten	23
2.2.2.1	Zuweisungskriterien für ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten	25
2.2.3	Stationäre Vorsorgeleistungen	25
2.2.3.1	Zuweisungskriterien für stationäre Vorsorgeleistungen	25
2.2.4	Vorsorgeleistungen für Kinder und Jugendliche	25
2.2.4.1	Ambulante Vorsorgeleistungen am Kurort für Kinder und Jugendliche	26
2.2.4.2	Stationäre Vorsorgeleistungen mit primärpräventiver Zielsetzung bei Kindern und Jugendlichen	26
2.2.4.3	Stationäre Vorsorgeleistungen mit sekundärpräventiver Zielsetzung bei Kindern und Jugendlichen	27
2.2.5	Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter, Mutter-/Vater-Kind-Leistungen	27
2.2.5.1	Mutter-/Vater-Kind-Leistungen	30
2.3	Wichtige sozialmedizinische Aspekte zum Begutachtungsanlass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	31
2.3.1	Indikation für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	32
2.3.2	Ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	33
2.3.2.1	Zuweisungskriterien für ambulante Rehabilitation	33
2.3.2.2	Besonderheiten der mobilen Rehabilitation	33
2.3.3	Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	34
2.3.3.1	Zuweisungskriterien für stationäre Rehabilitation	35
2.3.4	Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche	35
2.3.4.1	Familienorientierte Rehabilitation	35
2.3.5	Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter, Mutter-/Vater-Kind Leistungen	36
2.3.5.1	Mutter-/Vater-Kind Leistungen	36
2.3.5.2	Indikationen	37
2.3.6	Geriatrische Rehabilitation	38
2.3.6.1	Der geriatrische Rehabilitand	39
2.3.6.2	Geriatritypische Multimorbidität	39

2.3.6.3	Indikationskriterien der geriatrischen Rehabilitation	40
2.3.6.4	Formen der geriatrischen Rehabilitation	42
2.4	Spezielle Leistungsaspekte	42
2.4.1	Dauer von Vorsorgeleistungen	42
2.4.2	Dauer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	43
2.4.2.1	Dauer der neurologischen Rehabilitation - Übersicht über die medizinisch notwendige Behandlungsdauer bei den Fallgruppen in der Phase C	44
2.4.2.2	Dauer bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker	45
2.4.3	Zeitliche Voraussetzungen für erneute Leistungen	47
2.4.4	Begleitpersonen	48
2.4.5	Leistungen im Ausland	49
2.5	Abgrenzung zu anderen Rehabilitationsträgern	51
2.5.1	Abgrenzung der Zuständigkeit der Unfallversicherung	53
2.5.2	Abgrenzung der Zuständigkeit der Rentenversicherung und Bundesagentur für Arbeit	53
2.6	Kriterien und Maßstäbe zur Begutachtung	55
3	Zusammenarbeit Krankenkasse / MDK	57
3.1	Die sozialmedizinische Beratung und Begutachtung	57
3.2	Sozialmedizinische Fallberatung (SFB) zwischen Krankenkasse und MDK	57
4	Das sozialmedizinische Gutachten	59
4.1	Bearbeitungsfristen	61
4.1.1	Leistungen der medizinischen Vorsorge	61
4.1.2	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	62
5	Vorgehen bei Widersprüchen	63
6	Begutachtung von Verlängerungsanträgen	64
7	Ergebnismitteilung/Leistungsentscheid der Krankenkasse	65
8	Anlagen	66
8.1	Systematik für die Komponente „Personbezogene Faktoren“ des bio-psycho-sozialen Modells der WHO	66
8.2	Definition des geriatrischen Patienten	75

8.3	Erläuterung zum Anwendungshinweis zur leistungsrechtlichen Zuordnung der Phase C vom 22.06.1998	78
8.4	Empfehlungen zur Anwendung des neugefassten § 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V unter Berücksichtigung des § 4 Abs. 2 Satz 2 RehaAnglG vom 17. Februar 1993 in der Fassung vom 5. Februar 2001	79
9	Verweise	82
9.1	ICF (Deutsche Endfassung Oktober 2005)	82
9.2	Richtlinie MDK-Stichprobenprüfung	82
9.3	Rehabilitations-Richtlinie	82
9.4	Muster 61	82
9.5	Ärztlicher Verlängerungsantrag für ambulante und stationäre Rehabilitation	82
9.6	Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation (01.05.2007) einschließlich Umsetzungshinweise / Übergangsregelungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation (01.05.2010)	82
9.7	Eckpunkte des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene für die mobile indikationsspezifische Rehabilitation	82
9.8	Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene	83
9.9	Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation (dermatologischen, kardiologischen, neurologischen, pneumologischen, muskuloskeletalen, psychosomatischen)	83
9.10	Gemeinsames Rahmenkonzept der Gesetzlichen Krankenkassen und der Gesetzlichen Rentenversicherung für die Durchführung stationärer medizinischer Leistungen Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche	83
9.11	Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining	83
9.12	Vereinbarungen im Suchtbereich	83
10	Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	85
10.1	Tabellenverzeichnis	85
10.2	Abbildungsverzeichnis	85

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 den MDK-Gutachter 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 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 ist das bio-psycho-soziale Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) ein unverzichtbares konzeptionelles und begriffliches Bezugssystem.

1.1 Das bio-psycho-soziale Modell der WHO als konzeptionelle Grundlage der ICF und Bezugssystem für die sozialmedizinische Begutachtung

Die ICF 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 auf unterschiedlichen Ebenen zu beschreiben, und eröffnet über das bio-psycho-soziale Modell einen sozialmedizinischen Zugang zu Funktionsfähigkeit und Behinderung.

Die von der WHO beschlossene Systematik dient einer standardisierten Beschreibung von Gesundheitszuständen und mit Gesundheit zusammenhängenden Aspekten einschließlich der Aktivitäten und Teilhabe. Dabei schafft sie u. a. eine Sprache, die die Kommunikationen zwischen verschiedenen Benutzern, wie Fachleuten im Gesundheitswesen, den Betroffenen selbst, aber auch Wissenschaftlern und Politikern erleichtern soll.

¹ Bei Leistungen für Mütter und Väter nach §§ 24 und 41 SGB V gelten Abweichungen aufgrund gesetzlicher Regelungen.

Die Nutzung der ICF setzt vor dem Hintergrund ihrer Systematik immer das Vorliegen eines Gesundheitsproblems voraus und deckt keine Umstände ab, die nicht mit der Gesundheit im Zusammenhang stehen, z. B. solche, die von sozioökonomischen Faktoren verursacht werden.

Gesundheitsproblem

Der englische Begriff „health condition“ ist mit dem etwas engeren Begriff „Gesundheitsproblem“ übersetzt. Als Gesundheitsproblem werden z. B. bezeichnet: Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen oder Vergiftungen und andere Umstände wie Schwangerschaft oder Rekonvaleszenz. Das Gesundheitsproblem wird für viele andere Zwecke typischer Weise als Krankheitsdiagnose oder -symptomatik mit der ICD-10-GM erfasst bzw. klassifiziert. Ein Gesundheitsproblem führt zu einer Veränderung an Körperstrukturen und/oder Körperfunktionen und ist damit Voraussetzung zur Nutzung der ICF.

1.1.1 Struktur der ICF

Die ICF hat eine duale Struktur. Sie besteht aus zwei Teilen mit jeweils zwei Komponenten:

- ⇒ Teil 1 wird überschrieben mit dem Begriff 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 (Abbildung 1).

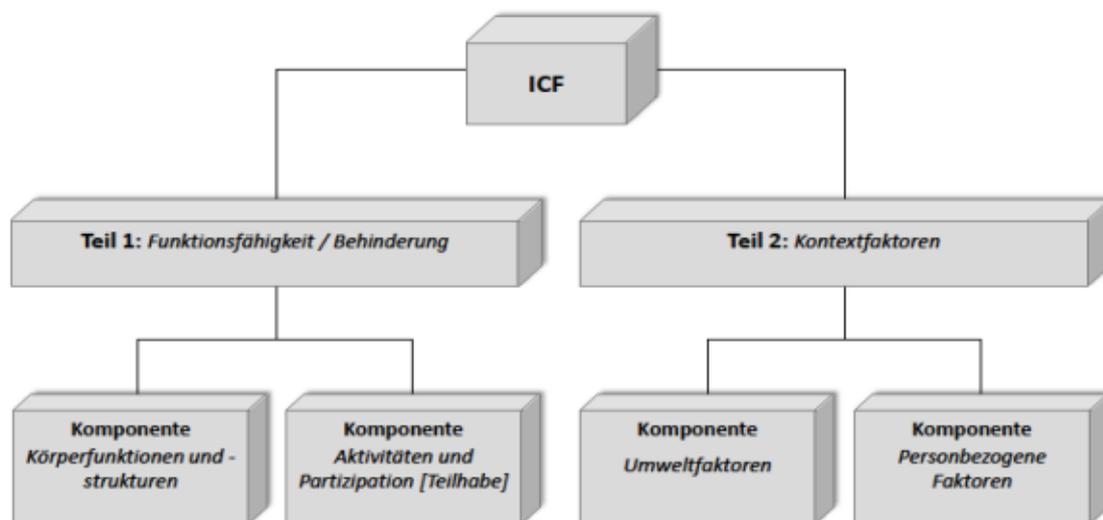


Abbildung 1: Struktur der ICF

- ⇒ 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 deren individuellen umwelt- und personbezogenen Kontextfaktoren.
- ⇒ Behinderung ist 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 deren individuellen Kontextfaktoren.
- ⇒ Kontextfaktoren stellen die gesamten Lebensumstände einer Person dar. Sie umfassen zwei Komponenten: Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren. Diese können einen positiven oder negativen Einfluss auf die Person mit einem bestimmten Gesundheitszustand haben.

Komponenten der ICF

Die Komponenten der Funktionsfähigkeit und Behinderung in Teil 1 der ICF können in zweifacher Weise betrachtet werden.

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, nicht-problematischen Aspekte des mit dem Gesundheitsproblem in Zusammenhang stehenden Zustandes in den Mittelpunkt rückt (z. B. trotz einer Unterschenkel-Amputation noch laufen können wie ein Gesunder).

Die Komponenten in Teil 2, untergliedert in Umwelt- und personbezogene Faktoren, stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar. Sie sind mögliche Einflussfaktoren, die auf Krankheitsauswirkungen bzw. die Funktionsfähigkeit positiv wie negativ einwirken können, d. h. sie können für eine betroffene Person einen Förderfaktor oder eine Barriere darstellen.

1.1.2 Funktion der ICF

Die ICF hat zwei Funktionen, sie ist

1. eine **Konzeption** zum besseren Verständnis der Komponenten der Gesundheit und der theoretische Rahmen zum Verständnis des Zusammenhangs zwischen diesen Komponenten und
2. ein Schema zur Klassifizierung und Kodierung der Komponenten der Gesundheit und Kontextfaktoren.

Eine Kodierung ist allerdings in der GKV nicht vorgesehen.

Die Konzeption der ICF beruht auf dem *bio-psycho-sozialen Modell* der WHO, mit Hilfe dessen mögliche Wechselwirkungen verdeutlicht werden können. (Abbildung 2)

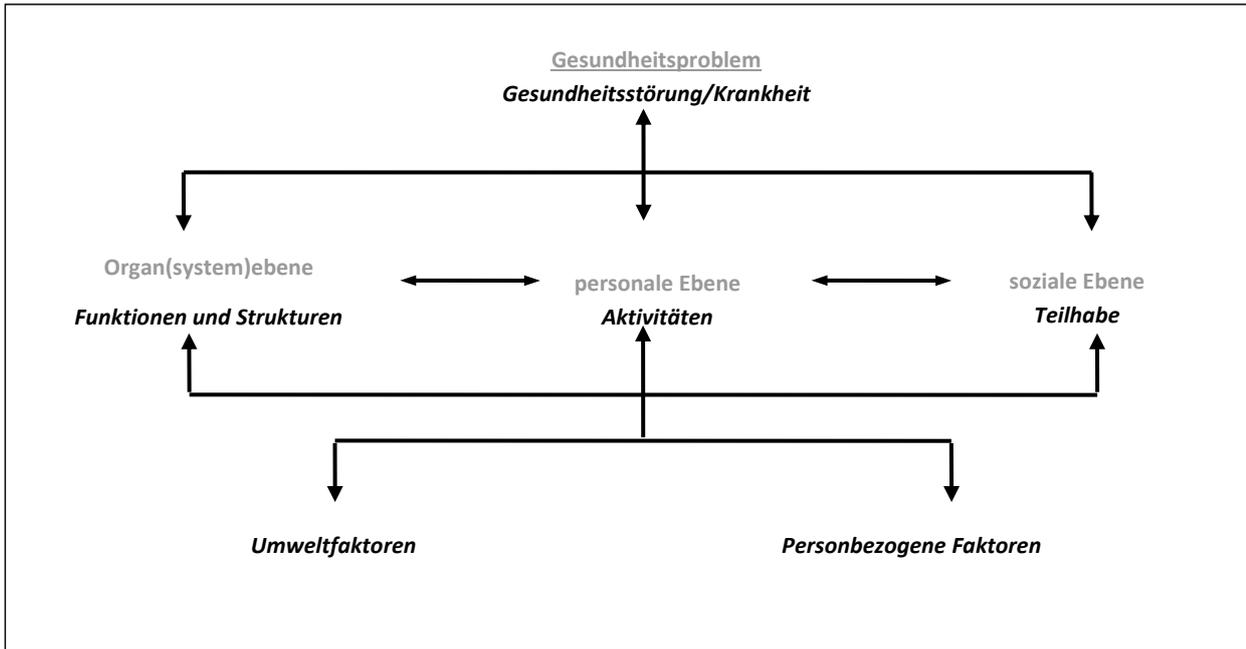


Abbildung 2: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF

Behinderung im Sinne einer Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit ist somit 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 als konzeptionelles Bezugssystem der ICF ist damit ein unverzichtbares Instrumentarium bei der Begutachtung der Indikation und Allokation für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen.

Die Arbeitshilfe zur Anwendung der ICF in der sozialmedizinischen Beratung und Begutachtung („Arbeitshilfe ICF“) im Format Sozialmedizinisches Begutachtungswissen unterstützt deren Umsetzung in der MDK-Gemeinschaft ebenso wie die Arbeitshilfe „Die ICF und ihre Anwendung in der täglichen Praxis“ für die Krankenkassenmitarbeiter.

Die Nutzung der ICF setzt neben der Kenntnis ihrer Konzeption („Philosophie“) auch die ihrer Grundbegriffe 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, bei der Körperpflege.

Die Teilhabe (Partizipation) kennzeichnet das Einbezogenensein in eine Lebenssituation, beispielsweise Familienleben, Arbeitswelt, 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. Behinderung² 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, Medikamenten und Sozialleistungen sein. Schlechte Erreichbarkeit von Angeboten des Gesundheitssystems, fehlende soziale oder finanzielle Unterstützung können hingegen Barrieren darstellen.

Personbezogene Faktoren sind Merkmale einer Person, die nicht Teil ihres Gesundheitsproblems oder Ge-

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, Seite 5.

sundheitszustandes sind. Sie sind von der WHO wegen der mit ihnen einhergehenden großen soziokulturellen Unterschiede der Nationen in der ICF bislang nicht systematisch klassifiziert.³ Beispielhaft werden aber einige wenige Items von der WHO genannt. Legt man diese zugrunde, könnte man sich unter den personbezogenen Faktoren Eigenschaften einer Person vorstellen, die einen Bogen spannen von allgemeinen Merkmalen einer Person über physische und mentale Faktoren, Einstellungen, Grundkompetenzen bis hin zur Lebenslage und zu sozioökonomischen/kulturellen Faktoren.

Auch die personbezogenen Faktoren können die Funktionsfähigkeit einschließlich der Teilhabe beeinflussen und sind je nach Fragestellung und Relevanz im Einzelfall zu berücksichtigen. So kann beispielsweise eine optimistische Grundhaltung den Umgang mit einer Behinderung erleichtern, andererseits aber eine negative Einstellung zur Benutzung eines Rollators zur sozialen Isolation führen.

1.2 Definition Diagnose/Funktionsdiagnose

Diagnose bezeichnet die Feststellung einer körperlichen oder psychischen Krankheit durch den Arzt. Sie entsteht durch die zusammenfassende Beurteilung einzelner Befunde wie Beschwerden, Krankheitszeichen (Symptome) oder typischer Gruppen von Symptomen (Syndrom). Das DIMDI 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 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 a priori kausal orientiert und zielt somit ab auf

- ⇒ Heilung bzw. Remission (kausale Therapie) oder bei Krankheiten mit Chronifizierungstendenz auf Vermeidung einer Verschlimmerung sowie Linderung der Krankheitsbeschwerden und
- ⇒ Vermeidung weiterer Krankheitsfolgen.

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

³ Die WHO hat es den Anwendern freigestellt, diese entsprechend ihren Anforderungen auszufüllen. Die der Begutachtung zugrundeliegende Systematik von personbezogenen Faktoren kann der nachfolgenden Publikation entnommen werden: Das Gesundheitswesen 2012; 74: 449 – 458.

1.4 Definitionen Vorsorge

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

1. eine 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.

Maßnahmen der Primärprävention, die einzelne Personen, aber auch Personengruppen betreffen können, sind beispielsweise die Aufklärung und ggf. Vermittlung von Angeboten zu den Themen gesunde Ernährung, körperliche Aktivität, Impfungen gegen Infektionskrankheiten und Beseitigung von Gesundheitsrisiken im umwelt- und personbezogenen Kontext.

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 vom Partner
- Tod 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 der Versicherte

- ⇒ somatisch und psychisch in der Lage ist, aktiv am festgelegten Vorsorgeprogramm teilzunehmen und
- ⇒ bereit ist bzw. befähigt werden kann, 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 Definitionen 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 ein Versicherter, wenn er aufgrund seiner somatischen und psychischen Verfassung die für die Durchführung und die Mitwirkung bei der Rehabilitationsleistung notwendige Belastbarkeit besitzt.

Die Anforderungen an die Belastbarkeit des Rehabilitanden unterscheiden sich allerdings in Abhängigkeit der Indikation der Rehabilitationsleistung. So ist die Rehabilitationsfähigkeit für z. B. eine kardiologische Rehabilitation eine andere als die für eine Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen und wiederum eine andere als die für eine geriatrische Rehabilitation.

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 jeden Rehabilitanden individuell formuliert werden. Die Festlegung von Rehabilitationszielen erfolgt in einem partizipativen Prozess mit 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 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, Handlungsbereitschaft, Selbstbestimmung, Motivierbarkeit)
- ⇒ 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 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 behinderungsspezifische Ausstattung, notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson oder pflegebedürftiger Angehöriger und 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 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 (http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/sgb_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
§	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
§	111a SGB V	-	Versorgungsverträge mit Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen
§	111c SGB V	-	Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen
§	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

Gleichfalls gilt die Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 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 behinderter Menschen* maßgeblich. Mit dem Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (BTHG) wurde das SGB IX neu gestaltet. Es hat künftig folgende Struktur:

- ⇒ Im SGB IX, Teil 1 ist das für alle Rehabilitationsträger geltende Rehabilitations- und Teilhaberecht zusammengefasst.
- ⇒ Im SGB IX, Teil 2 wird die aus dem SGB XII herausgelöste und reformierte Eingliederungshilfe unter dem Titel „Besondere Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung von Menschen mit Behinderungen“ geregelt.
- ⇒ Im SGB IX, Teil 3 steht künftig das weiterentwickelte Schwerbehindertenrecht.

Die für die GKV bedeutsamen Änderungen des SGB IX, Teil 1 treten zum 01.01.2018 in Kraft.⁴ 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 SGB IX-neu 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 Abs. 2 Satz 4 SGB IX vor, dass die Aufgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung unberührt bleiben, so dass keine Änderung des nach § 275 SGB V für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Begutachtungsverfahrens durch den Medizinischen Dienst erfolgt.

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

SGB IX (http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/sgb_9/)

§	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
§	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

⁴ Bezüglich des In-Kraft-Tretens der weiteren Regelungen des SGB IX, vgl. <http://www.bmas.de/DE/Schwerpunkte/Inklusion/Fragen-und-Antworten/was-soll-wann-in-kraft-treten.html>.

- § 37 SGB IX - Qualitätssicherung, Zertifizierung
- § 42 SGB IX - Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- § 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 sowie weiteren Veröffentlichungen auf Ebene der BAR verwiesen.⁵

2.1.1 Wunsch- und Wahlrecht 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 Abs. 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 Abs. 3, 41 Abs. 2, 2 Abs. 3, 2b SGB V). Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen sowie den besonderen Bedürfnissen von Müttern und Vätern mit Behinderungen⁶ bei der Erfüllung ihres Erziehungsauftrages sowie den besonderen Bedürfnissen von Kindern mit Behinderungen ist Rechnung zu tragen (§§ 2a SGB V, 8 Abs. 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 zu tragen haben, sofern es sich nicht um Mehrkosten handelt, die im Hinblick auf die Beachtung des Wunsch- und Wahlrecht nach § 8 SGB IX angemessen sind (§ 40 Abs. 2 Satz 2 SGB V). Für diese Beurteilung ist die Krankenkasse ggf. auf die Unterstützung des MDK angewiesen. Im Rahmen der Begutachtung bekannt werdende berechnete Wünsche der Leistungsberechtigten sollten daher im Begutachtungsprozess dokumentiert und bewertet werden.

⁵ <https://www.bar-frankfurt.de/publikationen/>

⁶ Artikel 23 UN-BRK, <https://www.behindertenrechtskonvention.info/schutz-von-ehe-und-familie-3900/>
http://www.einfach-teilhaben.de/DE/StdS/Kindheit_Familie/Eltern_Behinderung/eltern_behinderung_node.html

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 des GKV-Spitzenverbandes können der Homepage unter www.qs-reha.de entnommen werden.

Nach § 37 Abs. 3 SGB IX müssen stationäre Rehabilitationseinrichtungen außerdem ein durch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (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 www.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 können 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 Abs. 2 SGB V),
- ⇒ stationäre Vorsorgeleistungen (§ 23 Abs. 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).

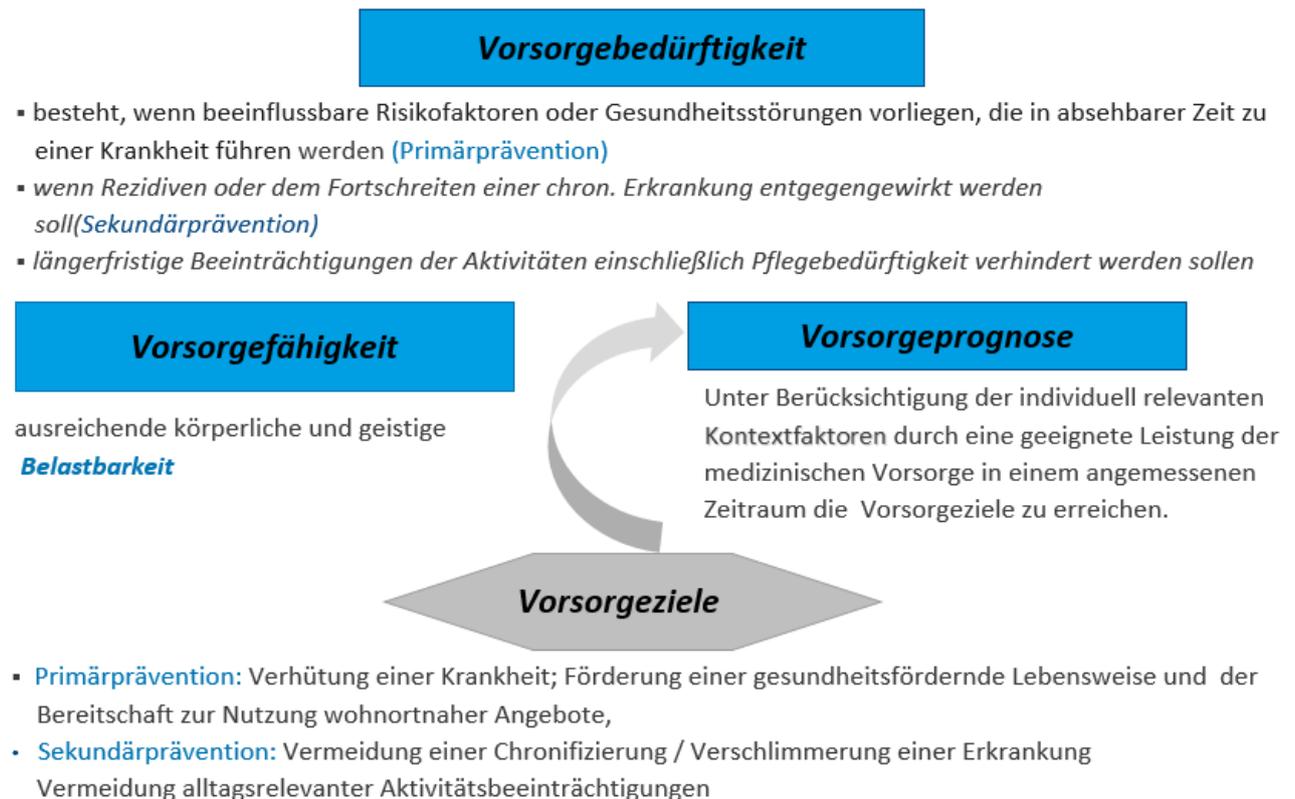


Abbildung 3: Übersicht zu den Indikationskriterien für Vorsorgeleistungen

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 Abs. 2 SGB V) ist eine interdisziplinäre medizinische Leistung mit primär- oder sekundärpräventiver Zielsetzung. Unter kurärztlicher Verantwortung⁷ kommen folgende Behandlungselemente zur Anwendung:

- ⇒ Ärztliche Hilfe, Beratung, Motivierung und ggf. Behandlung einschließlich Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln,
- ⇒ ortsgebundene und kurortsspezifische Heilmittel und Therapieverfahren (ortsgebundene Heilmittel, Balneo- und Hydrotherapie in den verschiedenen Formen, Klimatherapie), weitere Verfahren der physikalischen Therapie,

⁷ Siehe auch: „Vertrag über die kurärztliche Behandlung (Kurarztvertrag) vom 1. Juli 2013 in der jeweils gültigen Fassung“.

- ⇒ Bewegungstherapie (Krankengymnastik, Übungsbehandlung), allgemeine und individuelle gesundheitsfördernde Maßnahmen am Kurort, Gesundheitsbildung und -training in Seminaren und Übungsgruppen zur Förderung der Selbsthilfe,
- ⇒ 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 Gruppen mit Ausrichtung auf das bestehende Gesundheitsproblem durchgeführt wird.

Wesentliche Merkmale der Kompaktkur sind:

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

Kompaktkuren werden durchgeführt z. B. bei:

- ⇒ Herz-Kreislauf-Erkrankungen,
- ⇒ muskuloskeletalen Erkrankungen,
- ⇒ Erkrankungen des Stoffwechsels (Diabetes mellitus Typ 2),
- ⇒ Krankheiten der Verdauungsorgane,
- ⇒ obstruktiven Atemwegserkrankungen,
- ⇒ Hauterkrankungen (Psoriasis, Neurodermitis),
- ⇒ Schmerzsyndromen, vegetativer Dysregulation (z. B. Tinnitus, Migräne),
- ⇒ 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 Abs. 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 ausgeschlossen, wenn auf Grund des geringen Ausprägungsgrades des Gesundheitsproblems eine komplexe Leistung nicht erforderlich ist.

2.2.3 Stationäre Vorsorgeleistungen

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

Stationäre Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 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 Abs. 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 Abs. 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,
- ⇒ wenn ambulante Vorsorgeleistungen am Kurort nicht erfolgversprechend oder ausreichend sind,
- ⇒ bei Notwendigkeit des strukturgebenden Rahmens einer stationären Einrichtung (personbezogene Probleme der Orientierung, Motivation) 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 Abs. 2 SGB V)
- ⇒ stationäre Vorsorgeleistungen (§ 23 Abs. 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 Abs. 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 Abs. 2 Satz 3 SGB V). Sofern die Krankenkasse eine entsprechende Satzungsregelung getroffen hat, kann der MDK auch beauftragt werden zu beurteilen, ob das Kleinkind chronisch krank ist.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen verständigten sich am 22.02.2000 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 Patient und 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 muskuloskeletale Beschwerden,
- ⇒ Anpassungsstörungen,
- ⇒ Unruhe- und Angstgefühle,
- ⇒ depressive Verstimmung,
- ⇒ Schlafstörungen,
- ⇒ Kopfschmerzen,
- ⇒ Unter-/Über-/Fehlernährung,
- ⇒ funktionelle Magen-Darm-Probleme,
- ⇒ 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 personbezogenen Faktoren:

- ⇒ Partner-/Eheprobleme/Trennung vom Partner
- ⇒ Tod 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
- ⇒ beengte Wohnverhältnisse

können jeder 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-/vaterspezifische Problemkonstellation münden.

Daneben können die nachfolgenden beispielhaft genannten negativ wirkenden mütter-/vaterspezifischen Kontextfaktoren wie

- ⇒ 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
- ⇒ 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:

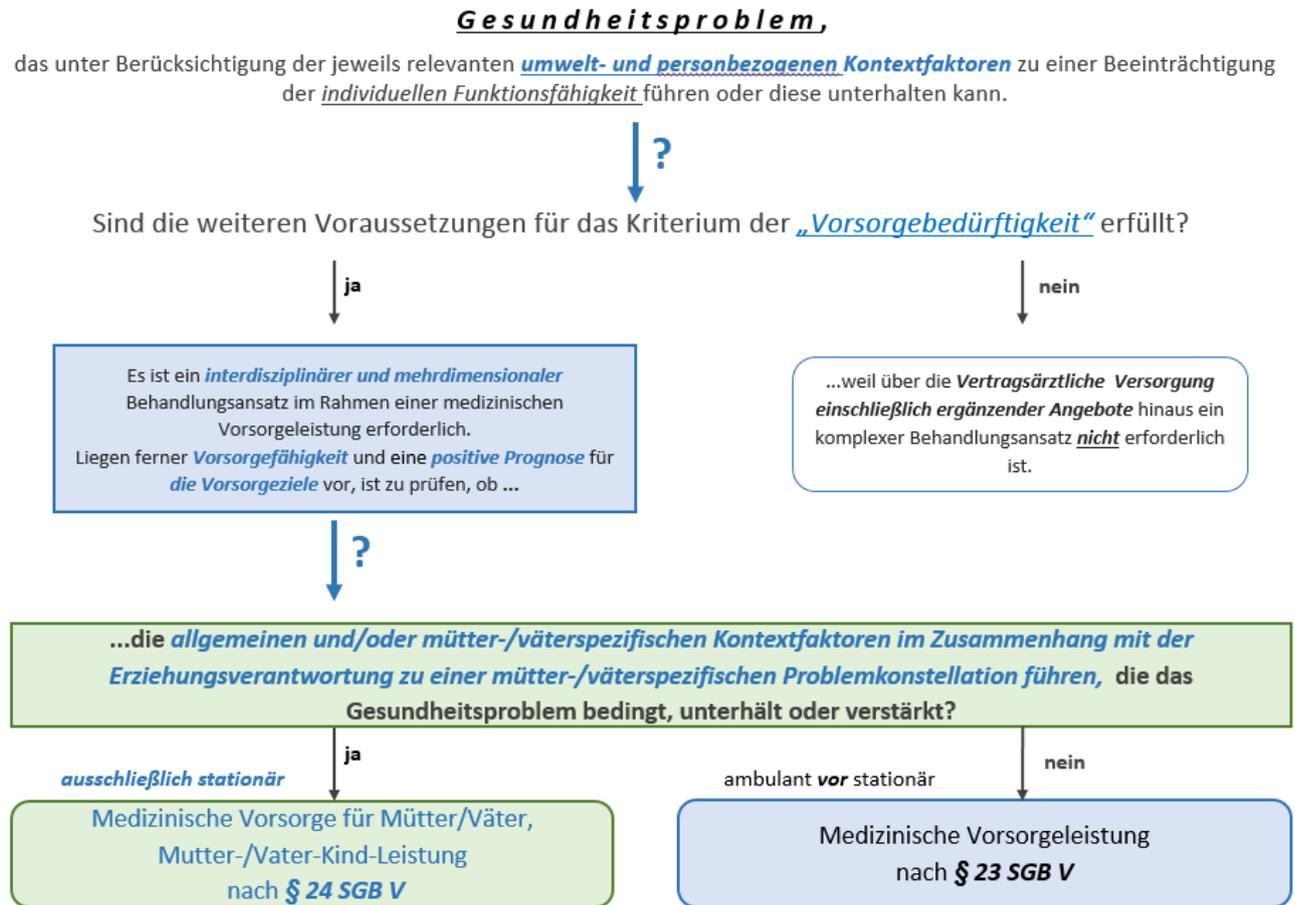


Abbildung 4: Prüfschritte für Vorsorgeleistungen nach § 24 SGB V

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,
- ⇒ 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 Abs. 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 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. Die Entscheidung über die stationäre oder ambulante einschließlich mobile Durchführung trifft die Krankenkasse unter Berücksichtigung der individuellen Voraussetzungen und der ggf. vorliegenden sozialmedizinischen Empfehlung. Kann das Rehabilitationsziel mit gleicher Erfolgsaussicht auch im Rahmen einer ambulanten Rehabilitation erreicht werden, fließen in die Entscheidung der Krankenkasse die berechtigten Wünsche der Versicherten sowie wirtschaftliche Gesichtspunkte ein.

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 Abs. 2 und 3 SGB IX aufgeführten Leistungen können Bestandteile der Leistung zur medizinischen Rehabilitation sein. Werden sie als Einzelleistungen erbracht, sind sie als solche einzustufen und nicht als Leistungen nach §§ 40 und 41 SGB V.

2.3.1 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 erfüllt sind:

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

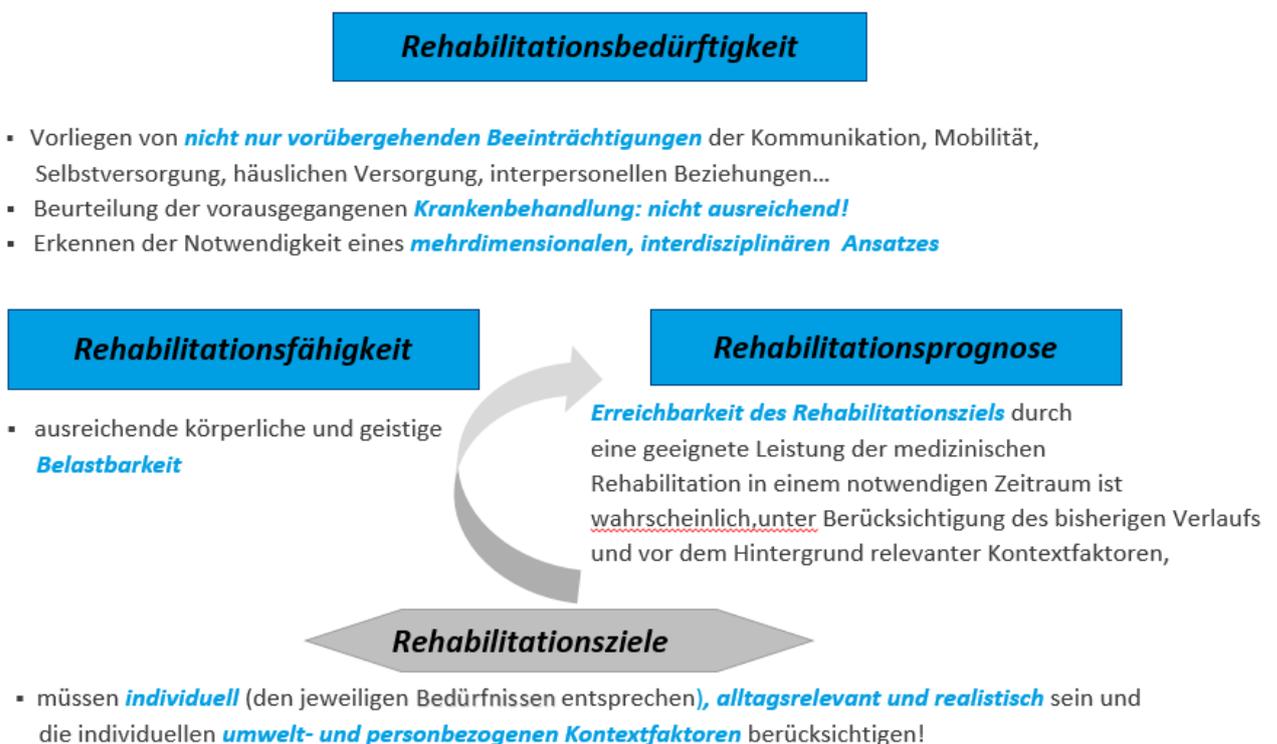


Abbildung 5: Übersicht zu den Indikationskriterien für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

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

Auch die Rehabilitation von psychisch, psychosomatisch oder Abhängigkeitskranken richtet sich nach dieser Begutachtungsanleitung.

2.3.2 Ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 40 Abs. 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 des Patienten als mobile Rehabilitation (siehe Abschnitt 2.3.2.2) ist nur möglich, sofern hierfür die besonderen Voraussetzungen, wie in den Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation vom 01.05.2007 in der jeweils gültigen Fassung sowie in Eckpunkten für die mobile indikationsspezifische Rehabilitation vom 05.04.2016 beschrieben, erfüllt sind. Im Zusammenhang mit ambulanten Rehabilitationsleistungen wird auf die BAR-Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation verwiesen.

2.3.2.1 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 des Versicherten nicht erforderlich sind und die hausärztliche Versorgung außerhalb der Rehabilitationszeiten sichergestellt ist.
- ⇒ der Versicherte über die zur Inanspruchnahme der ambulanten Rehabilitation erforderliche Mobilität verfügt und die häusliche Versorgung sichergestellt ist.
- ⇒ der Versicherte für die ambulante Leistungserbringung \checkmark somatisch und psychisch ausreichend belastbar ist.
- ⇒ die Rehabilitationseinrichtung in einer zumutbaren Fahrzeit⁸ erreicht werden kann.
- ⇒ die Herausnahme aus dem sozialen Umfeld nicht notwendig ist.

2.3.2.2 Besonderheiten der mobilen Rehabilitation

Mobile Rehabilitation ist eine besondere Form der ambulanten Rehabilitation, die im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld des Rehabilitanden erbracht wird, weil Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose nur für das gewohnte oder ständige Wohnumfeld festgestellt werden können. Dies kann die Wohnung bzw. die der Familie des Rehabilitanden oder das Pflegeheim sein. In Einzelfällen kann die mobile Rehabilitation auch in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung begonnen werden.

Auch für die mobile Rehabilitation gelten die Indikationskriterien für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, d. h. der Patient muss rehabilitationsbedürftig und -fähig sein, es bestehen realistische alltagsrelevante Rehabilitationsziele und die Rehabilitationsprognose ist positiv.

Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose sind sowohl für Leistungen mit indikationsspezifischer als auch geriatrischer Ausrichtung nur im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld anzunehmen, weil

⁸ Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation, Allgemeiner Teil, in der jeweils gültigen Fassung <http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/REAmbDtpE.pdf>.

- ⇒ der Rehabilitand auf die umfassende Anwesenheit einer Bezugsperson und deren rehabilitationsfördernde Unterstützung während der Rehabilitation angewiesen ist und dies durch Mitaufnahme bzw. Teilnahme in einer Einrichtung nicht gewährleistet, im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld aber sichergestellt ist oder
- ⇒ der Rehabilitand im gewohnten/ständigen oder bereits krankheitsspezifisch bzw. behindertengerecht adaptierten Wohnumfeld verbleiben muss oder
- ⇒ der angestrebte Rehabilitationserfolg nicht aus der ambulanten/stationären Rehabilitation in die gewohnte oder ständige Umgebung übertragen werden kann

und der Grund hierfür in mindestens einer der nachstehenden Schädigungen liegt:

- ⇒ Erhebliche Schädigungen mentaler Funktionen, insbesondere kognitions- und verhaltensbezogener Art, die in ihrer Ausprägung und Handlungsrelevanz in fremder Umgebung zunehmen könnten,
- ⇒ Erhebliche Schädigungen der Stimm-, Sprechfunktion sowie kognitiv-sprachlicher Funktionen mit vorbestehenden Kompensations-/Ersatzstrategien im ständigen Wohnumfeld
- ⇒ Erhebliche Schädigungen der Seh- und Hörfunktion mit vorbestehenden spezifischen Anpassungen im ständigen Wohnumfeld
- ⇒ Erhebliche Schädigungen neuromuskuloskeletaler und bewegungsbezogener Funktionen mit vorbestehenden spezifischen Anpassungen des ständigen Wohnumfeldes
- ⇒ Erhebliche Schädigungen kardiovaskulärer und das Atmungssystem betreffender Funktionen mit einem erhöhten pflegerischen Unterstützungsbedarf
- ⇒ Angeborene oder erworbene Mehrfachbehinderung mit hohem Assistenz- und Pflegebedarf.

Eine mobile Rehabilitation kommt nicht in Betracht bei

- ⇒ Verwahrlosung,
- ⇒ die Therapie beeinträchtigenden Abhängigkeitserkrankungen,
- ⇒ nicht beeinflussbarer Fremd- oder Selbstgefährdung,
- ⇒ fehlender oder nicht erreichbarer Motivation/Kooperation des Patienten oder seiner Angehörigen/Bezugspersonen.

Weitere Besonderheiten im Zusammenhang mit mobiler Rehabilitation sind in den „Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation“ und in den „Eckpunkten für die mobile indikationsspezifische Rehabilitation“ fixiert.

2.3.3 Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 40 Abs. 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 erbringen, mit der ein Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V besteht.

2.3.3.1 Zuweisungskriterien für stationäre Rehabilitation

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

2.3.4 Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche

Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen und 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. 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 Rehabilitationsträger zuständig. Auch für diese Zielgruppe gelten die in Absatz 2.3.1 aufgeführten Indikationskriterien unter Berücksichtigung developmentsspezifischer Besonderheiten.⁹ Unter bestimmten Voraussetzungen kommt die Mitaufnahme einer Begleitperson in Betracht (vgl. Abschnitt 2.4.4).

2.3.4.1 Familienorientierte Rehabilitation

Eine „Familienorientierte Rehabilitation“ (FOR) kommt für schwerst chronisch kranke Kinder in Betracht, die insbesondere an einer Krebserkrankung oder an Mukoviszidose leiden sowie bei Zustand nach Operationen am Herzen oder nach Organtransplantationen. FOR wird in darauf ausgerichteten Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt. Die Rehabilitationsleistung beinhaltet auch die Behandlung und Betreuung von Familienangehörigen/Bezugspersonen, insbesondere Beratung, Schulung sowie medizinisch-psychologische Betreuung.

Im Rahmen der FOR werden die Angehörigen des kranken Kindes (Eltern und/oder Geschwister) in den Rehabilitationsprozess einbezogen. Ausschlaggebend für die Prüfung der Mitaufnahme von Familienangehörigen ist die Beeinträchtigung der Alltagsaktivitäten durch die Krankheit des anspruchsberechtigten Kindes. Maßgebend ist, dass die Mitaufnahme der Familienangehörigen eine notwendige Voraussetzung für den Rehabilitationserfolg des erkrankten Kindes ist. Eine eigene Rehabilitationsbedürftigkeit der Familienangehörigen ist nicht erforderlich. Die Verfahrensabsprache zu Anträgen der „Familienorientierten Rehabilitation“ vom 01.10.2009¹⁰ enthält in § 3 Abs. 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.“*

⁹ BAR: Gemeinsames Rahmenkonzept der Gesetzlichen Krankenkassen und der Gesetzlichen Rentenversicherung für die Durchführung stationärer medizinischer Leistungen Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche.

¹⁰ https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/reha/leistungen/mutter_vater_kind/reha_verfahrensabsprache_familienorientierte_reha_01102009.pdf.

2.3.5 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.

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 Abs. 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.

2.3.5.1 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:

Gesundheitsproblem,

das unter Berücksichtigung der jeweils relevanten **umwelt- und personbezogenen Kontextfaktoren** zu einer Beeinträchtigung der **individuellen Funktionsfähigkeit** führen oder diese unterhalten kann.



Sind die weiteren Voraussetzungen für das Kriterium der „**Rehabilitationsbedürftigkeit**“ erfüllt?

↓ ja

↓ nein

Es ist ein **interdisziplinärer und mehrdimensionaler** Behandlungsansatz im Rahmen einer medizinischen Rehabilitationsleistung erforderlich.
Liegen ferner **Rehabilitationsfähigkeit** und eine **positive Prognose** für **die Rehabilitationsziele** vor, ist zu prüfen, ob ...

...weil über die **Vertragsärztliche Versorgung einschließlich ergänzender Angebote** hinaus ein komplexer Behandlungsansatz **nicht** erforderlich ist.



...**die allgemeinen und/oder mütter-/vaterspezifischen Kontextfaktoren im Zusammenhang mit der Erziehungsverantwortung zu einer mütter-/vaterspezifischen Problemkonstellation führen, die das Gesundheitsproblem bedingt, unterhält oder verstärkt?**

↓ ja

↓ nein

ausschließlich stationär

ambulant **vor** stationär

Medizinische Rehabilitation für Mütter/Väter, Mutter-/Vater-Kind-Leistung nach **§ 41 SGB V**

Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach **§ 40 SGB V** oder über den RVT

Abbildung 6: Prüfschritte für Rehabilitationsleistungen nach § 41 SGB V

2.3.5.2 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.

2.3.6 Geriatrische Rehabilitation

„Geriatric 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 befasst.“¹¹

Für den Bereich der geriatrischen Rehabilitation muss beachtet werden, dass die gesundheitliche Gesamtsituation alter Menschen häufig durch das gleichzeitige Vorkommen mehrerer Krankheiten (Multimorbidität) und deren Folgen, altersbedingter Veränderungen sowie gesundheitlich relevanter Lebensumstände und Lebensgewohnheiten geprägt ist.

Es ist zu berücksichtigen, dass bei alten Menschen häufig eine allgemein verminderte körperliche Belastungsfähigkeit und eine Abnahme der kognitiven Leistungen bestehen, ggf. zusätzlich mit einer psychischen und sozialen Verunsicherung und einer Antriebsminderung. Für die medizinische Rehabilitation bedeutet dies, dass hieraus eine eingeschränkte Rehabilitationsfähigkeit resultieren kann, die bei geriatrischen Rehabilitationsmaßnahmen beachtet wird. Das Rehabilitationsziel ist in der Regel vor allem auf den Ausgleich der Beeinträchtigungen alltagsrelevanter Aktivitäten auszurichten und an das Lebensalter sowie die Lebenssituation des alten Menschen anzupassen. Geriatrische Rehabilitation ist insbesondere dadurch gekennzeichnet, dass sie den besonderen Risiken geriatrischer Patienten aufgrund deren eingeschränkter struktureller und funktioneller körperlicher Reserven Rechnung trägt und den Krankheitsauswirkungen indikationsübergreifend mit gezielten Therapien begegnen kann. Gründe für die Einschränkungen von Funktionsreserven finden sich in der Regel in der Kombination von physiologischen Veränderungen im höheren Lebensalter und den vorliegenden Schädigungen auf der Organebene.

Die dieser Konzeption zugrunde liegende Definition des geriatrischen Patienten findet sich in der Anlage 8.2.

¹¹ Definition der Europäischen Union der medizinischen Spezialisten in der Übersetzung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie, www.dggeriatrie.de.

2.3.6.1 Der geriatrische Rehabilitand

Grundsätzlich sind zur Klärung der Notwendigkeit einer Leistung zur geriatrischen Rehabilitation folgende Voraussetzungen sozialmedizinisch zu prüfen:

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

Bei der Indikationsprüfung sollte bereits bei der Frage nach der Rehabilitationsfähigkeit zwischen der Beantragung einer indikationsspezifischen (z. B. orthopädische/kardiologische Rehabilitation) bzw. einer geriatrischen Rehabilitation unterschieden werden. Auf einen geriatrischen Rehabilitanden weist hin:

- ⇒ Neben der rehabilitationsbegründenden Diagnose liegt eine **geriatrietypische Multimorbidität** vor und
- ⇒ das **Alter** des Antragstellers ist **in der Regel 70** Jahre und älter.

Bei im Vordergrund stehender geriatrietypischer Multimorbidität kann diese das Alterskriterium auf unter 70 Jahre absenken. Abweichungen sind bei erheblich ausgeprägter geriatrietypischer Multimorbidität nach unten bis zu einem Alter von 60 Jahren möglich¹².

Bei einem Lebensalter 80 Jahre und älter und nur einer rehabilitationsbegründenden Diagnose sollte sorgfältig auf Hinweise einer alterstypisch erhöhten Vulnerabilität geachtet werden, die für eine geriatrische Rehabilitation sprechen. Solche Hinweise können z. B. sein:

- ⇒ Vorbestehender Pflegegrad
- ⇒ Hinweise auf Komplikationen während eines Krankenhausaufenthaltes (wie Delir, Thrombose, Infektion, Stürze)
- ⇒ Kognitive Beeinträchtigungen
- ⇒ Erhöhter Unterstützungsbedarf bei alltäglichen Verrichtungen.

Bei Vorhandensein solcher Hinweise ist in der Regel davon auszugehen, dass der Rehabilitand bessere Erfolgsaussichten in einer geriatrischen Rehabilitationseinrichtung haben wird.

2.3.6.2 Geriatrietypische Multimorbidität

Multimorbidität wird als das Vorliegen von mindestens zwei chronischen Krankheiten mit sozialmedizinischer Relevanz definiert.

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

- ⇒ kognitive Defizite
- ⇒ starke Sehbehinderung

¹² In Anlehnung an BSG-Urteil vom 23.06.2015, B 1 KR 21/14 R.

- ⇒ 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.

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

2.3.6.3 Indikationskriterien der geriatrischen Rehabilitation

Bei der Indikationsprüfung sind die Krankheitsauswirkungen mit Blick auf beeinträchtigte Aktivitäten und Teilhabe des alten Menschen in seinem individuellen Kontext zu erfassen.

Typischerweise erstrecken sich diese Beeinträchtigungen beim geriatrischen Rehabilitanden auf mehrere verschiedene Aktivitäts- und Teilhabebereiche. Dies begründet für die geriatrische Rehabilitation, unabhängig von der rehabilitationsbegründenden Diagnose, die Durchführung eines geriatrischen Assessments, das mindestens die Bereiche Mobilität, Selbstversorgung, Kognition, Emotion und die soziale Situation umfasst. Hierfür geeignete Assessmentinstrumente werden auf der Homepage des Kompetenz-Centrums Geriatrie (KCG)¹³ dargestellt.

Nachfolgende **Besonderheiten der Indikation für eine geriatrische Rehabilitation** sind dabei zusätzlich zu beachten:

- ⇒ In Abgrenzung zur indikationsspezifischen Rehabilitation gilt für die geriatrische Rehabilitation, dass sich der geriatrische Rehabilitand in aller Regel durch mehr als eine bei der Rehabilitation zu berücksichtigende Erkrankung auszeichnet (geriatrische Multimorbidität, siehe Abschnitt 2.3.6.2).
- ⇒ Die für eine geriatrische Rehabilitation bedeutsamen Krankheitsauswirkungen müssen, unter Beachtung individuell relevanter Kontextfaktoren (Einfluss von Umwelt- und personbezogenen Faktoren), für den Patienten alltagsrelevant sein, hinsichtlich der Beeinträchtigung seiner Selbstständigkeit, seiner Lebensführung und seinen Gestaltungsmöglichkeiten in Bereichen, die zu den menschlichen Grundbedürfnissen gehören. Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe können gerade bei diesen Patienten sehr schnell

¹³ https://kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Seiten/default.aspx.

zu sozialer Isolation und der Abhängigkeit von fremder Hilfe bis hin zur Pflegebedürftigkeit führen. Alltagsrelevante Beeinträchtigungen finden sich vorzugsweise in den Bereichen: Mobilität, Selbstversorgung, Häusliches Leben, Kommunikation, Lernen und Wissensanwendung. Zu den Beeinträchtigungen der Teilhabe gehört auch der Zustand der Pflegebedürftigkeit.¹⁴

- ⇒ Mit zunehmendem Alter nehmen aufgrund reduzierter Reserven sowohl die Chancen einer kompletten Rückbildung von Schädigungen auf Körperebene (Restitution) als auch deren Ausgleichsmöglichkeiten über andere Körperfunktionen (Kompensation) ab. Für den Wiedergewinn von Aktivitäten und Teilhabe kommt daher der Ausgestaltung von Kontextfaktoren (Adaptation) eine große Bedeutung zu. Für die Rehabilitation relevante Kontextfaktoren gilt es deshalb so früh wie möglich zu erkennen. In der Umwelt wie auch in der Person liegende Förderfaktoren sollten genutzt und Barrieren soweit wie möglich abgebaut werden. Geriatriisch relevante Umweltfaktoren finden sich häufig in den Bereichen Produkte und Technologien, Unterstützung und Beziehung, Einstellungen sowie Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze. Geriatriisch relevante personbezogene Faktoren betreffen häufig die Bereiche allgemeine Merkmale und physische Faktoren, mentale Faktoren, Einstellungen, Grundkompetenzen und Verhaltensgewohnheiten sowie Lebenslage und sozioökonomische/-kulturelle Faktoren.
- ⇒ Geriatriische Rehabilitanden sind altersphysiologisch und häufig durch weitere vorbestehende Funktionseinschränkungen zusätzlich in ihrer körperlichen und psychischen Belastbarkeit eingeschränkt und haben einen höheren Unterstützungsbedarf. Damit auch diese Rehabilitanden die erforderlichen medizinischen Rehabilitationsleistungen erhalten können, werden niedrigschwelligere Anforderungen an die geriatriische Rehabilitationsfähigkeit 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 geriatriischen Rehabilitationseinrichtung angemessen behandelt werden. Daneben sind die individuellen Voraussetzungen und die Ausschlusskriterien für eine Rehabilitation zu berücksichtigen.
- ⇒ Unter Berücksichtigung individueller Möglichkeiten sind alltagsrelevante, realistische Rehabilitationsziele zu formulieren, die dem Rehabilitanden ein selbstbestimmtes und weitgehend selbstständiges Leben ermöglichen.

Individuelle alltagsrelevante Rehabilitationsziele 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.

¹⁴§ 8 Rehabilitations-Richtlinie vom 16.03.2004 in der aktuellen Fassung.

Bei geriatrischen Rehabilitanden 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*).

- ⇒ Eine positive Rehabilitationsprognose für die geriatrische Rehabilitation ist anzunehmen, wenn mindestens eines der nachfolgend genannten Kriterien zutrifft:
- Beseitigung oder Verminderung der alltagsrelevanten Beeinträchtigungen durch Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit sind erreichbar.
 - Strategien zur Alltagsbewältigung (Kompensation) sind mit Aussicht auf nachhaltigen Erfolg anzuwenden (trainierbar).
 - Anpassungsmöglichkeiten (Adaptation) sind vorhanden und nutzbar.

Ein wesentliches Kriterium zur Beurteilung der Rehabilitationsprognose für eine geriatrische Rehabilitation ist somit die Klärung der Frage, welche Beeinträchtigungen, in welchem Umfang seit wann bestehen und welche Rehabilitationsziele unter Berücksichtigung bereits durchgeführter ambulanter wie stationärer Maßnahmen, ggf. auch mit rehabilitativer Zielsetzung, angestrebt werden.

Insbesondere für geriatrische Patienten mit erheblichen zusätzlichen Beeinträchtigungen mentaler Funktionen kognitions-/verhaltensbezogener Art oder mit erheblichen Schädigungen der Stimm-, Sprech-, Sprach-, Seh-, Hörfunktion, für die bereits Kompensations- und Ersatzstrategien im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld bestehen, lässt sich im Einzelfall nur bei Durchführung geriatrischer Rehabilitationsmaßnahmen im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld eine positive Rehabilitationsprognose erkennen (s. Abschnitt 2.3.2).

2.3.6.4 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 für die geriatrische Rehabilitation ausschließlich oder ganz überwiegend Angebote der voll- und teilstationären geriatrischen Frührehabilitation im Krankenhaus zur Verfügung. Diese Besonderheiten des Leistungsangebots sind bei der gutachterlichen Empfehlung und den leistungsrechtlichen Entscheidungen über Art, Dauer, Umfang, Beginn und Einrichtung zu berücksichtigen.

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 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 (Regeldauer). So sollen

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

für längstens 3 Wochen erbracht werden.

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

Eine von den Vorgaben für die Regeldauer abweichende gutachterliche Empfehlung des MDK ist nachvollziehbar zu begründen.

Die Dauer ambulanter Vorsorgeleistungen beträgt grundsätzlich 21 Tage.¹⁵ Für Leistungen mit primärpräventiver Zielsetzung kommt eine längere Dauer als 3 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 (Regeldauer). Ambulante Rehabilitationsleistungen einschließlich Anschlussrehabilitationen (§ 40 Abs. 1 SGB V) sollen für längstens 20 Behandlungstage, stationäre Rehabilitationsleistungen einschließlich Anschlussrehabilitationen (§§ 40 Abs. 2, 41 SGB V) für längstens 3 Wochen erbracht werden.

Bei stationären Rehabilitationsleistungen für Kinder, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist nach § 40 Abs. 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.

Eine von den Vorgaben für die Regeldauer abweichende gutachterliche Empfehlung des MDK ist nachvollziehbar zu begründen.

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 (Regeldauer) erreicht werden kann, ist von vornherein eine längere Dauer zu empfehlen. Häufig ist dies bei Abhängigkeitserkrankungen, psychischen, psychosomatischen und neurologischen Erkrankungen sowie bei geriatrischen 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.

¹⁵ Quelle: Kurarztvertrag vom 1. Juli 2013 (in der Fassung vom 1. Januar 2015).

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 Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in der Phase C finden sich in der Anlage 2 der BAR-Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation vom 09.11.1998 (<http://www.bar-frankfurt.de>)¹⁶

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

	<i>Akutereignis</i>		<u><i>chronisch progrediente Erkrankung</i></u>
Kurzbeschreibung	Neurologische Rehabilitation nach Krankenhausbehandlung bis zu 18 Monaten nach Akutereignis	Neurologische Rehabilitation nach > 18 Monaten zurückliegendem Akutereignis	Neurologische Rehabilitation bei chron. fortschreitenden 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 leistungrechtlichen Zuordnung der Phase C vom 22.06.1998 sind der Anlage 8.3 der Begutachtungsanleitung zu entnehmen.

¹⁶ BAR „Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C vom 2. November 1995; http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/Rahmenempfehlung_neurologische_Reha_Phasen_B_und_C.pdf.

2.4.2.2 Dauer bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker¹⁷

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 4 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
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 4 Angehörigengespräche für 12 Monate, einmal verlängerbar um 6 Monate mit 40 + 4 Therapieeinheiten - ME 40 Therapieeinheiten

¹⁷ G2-Stellungnahme, KCPP: Verweildauer bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 28.06.2017.

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 4 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 Kombinations-therapien (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 14.11.2014 und *BAR-Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen vom August 2010* in der jeweils aktuell gültigen Fassung¹⁸).

¹⁸ <http://www.bar-frankfurt.de/publikationen/arbeitshilfen/>.

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. 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 vorzeitigen Leistungen für Kinder und Jugendliche hat der Gutachter entwicklungsphysiologische Aspekte und individuelle Kontextfaktoren in die Beurteilung einzubeziehen. 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 Abs. 2 SGB V),
- ⇒ stationäre Vorsorgeleistungen (§ 23 Abs. 4 SGB V),
- ⇒ Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter (§ 24 Abs. 1 SGB V),
- ⇒ sonstige Leistungen (§ 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI und § 10 ALG)¹⁹,
- ⇒ Leistungen zur Prävention (§ 14 SGB VI und § 10 ALG),
- ⇒ Badekur/Leistungen zur Gesundheitsvorsorge im Rahmen der Heilbehandlung (§ 11 Abs. 2 Bundesversorgungsgesetz (BVG), § 12 Abs. 4 BVG),
- ⇒ Vorsorgeleistungen im Rahmen der vorbeugenden Gesundheitshilfe (§ 47 SGB XII).

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

¹⁹ Soweit die Leistungen vor In-Kraft-Treten des Flexirentengesetzes zum 14.12.2016 erbracht wurden.

Innerhalb der **Rehabilitation** sind anzurechnen:

- ⇒ ambulante Rehabilitation (§ 40 Abs. 1 SGB V),
- ⇒ stationäre Rehabilitation (§ 40 Abs. 2 SGB V),
- ⇒ Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter (§ 41 Abs. 1 SGB V),
- ⇒ Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach §§ 15 und 15a SGB VI und § 10 ALG,
- ⇒ sonstige Leistungen (§ 31 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB VI und § 10 ALG)²⁰,
- ⇒ sonstige Leistungen nach § 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI und § 10 ALG,
- ⇒ stationäre Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen (§ 33 SGB VII),
- ⇒ Leistungen zur Rehabilitation im Rahmen der Heilbehandlung (§ 11 Abs. 1 Nr. 6 BVG, § 12 Abs. 1 BVG),
- ⇒ Leistungen nach § 48 SGB XII (Hilfe bei Krankheit).

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

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 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 Abs. 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
- ⇒ 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 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.

²⁰ Soweit die Leistungen vor In-Kraft-Treten des Flexirentengesetzes zum 14.12.2016 erbracht wurden.

Die Mitaufnahme einer Pflegekraft, soweit Versicherte ihre Pflege nach § 63b Abs. 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 Abs. 2 SGB V ebenfalls möglich.

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 Leistungen im Ausland

Nach § 16 Abs. 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 Abs. 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 Abs. 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 Abs. 4 Satz 6, 18 Abs. 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 17.02.2005 und in der Gemeinsamen Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland zu leistungsrechtlichen Umsetzungsfragen des GKV-Modernisierungsgesetzes sowie des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes vom 19.11.2003 i. d. F. vom 18.03.2008 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 MDK zu entscheiden. Im Falle einer Bewilligung von stationären Vorsorgeleistungen oder ambulanten und stationären medizinischen Leistungen zur Rehabi-

litation 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 gem. § 23 Abs. 2 SGB V im EWR-Ausland wird auf das Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes RS 2016/491 vom 07.10.2016 verwiesen. In der dort beigefügten Übersicht sind die Länder aufgeführt, in denen eine Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 SGB V möglich ist.

2.5 Abgrenzung zu anderen Rehabilitationsträgern

Tabelle 3: Zuordnung von Leistungsgruppen zu den unterschiedlichen Leistungsträgern

<u>Rehabilitations-/Leistungsträger</u>	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Leistungen zur sozialen Teilhabe	unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen	Leistung zur Teilhabe an Bildung
Gesetzliche Krankenkassen	✓			✓	
Gesetzliche Rentenversicherung ²¹	✓	✓		✓	
Gesetzliche Unfallversicherung	✓	✓	✓	✓	✓
Bundesagentur für Arbeit		✓		✓	
Träger der öffentlichen Jugendhilfe	✓	✓	✓		✓
Träger der Eingliederungshilfe ²²	✓	✓	✓		✓
Träger der Kriegsopferversorgung und der Kriegsopferfürsorge	✓	✓	✓	✓	✓
Integrationsamt		✓			

²¹ Im Bereich der Alterssicherung der Landwirte sind Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht vorgesehen.

²² Bis zum 31.12.2019 werden die Leistungen durch den Träger der Sozialhilfe erbracht. Ab dem 01.01.2020 ist der Träger der Eingliederungshilfe der zuständige Rehabilitationsträger.

Tabelle 4: Übersicht über die Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe

Übersicht über die Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe			
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Leistungen zur sozialen Teilhabe	Sonstige, unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen zur Teilhabe
<p>Insbesondere folgende Einzelleistungen im Rahmen einer Komplexleistung:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden, einschließlich der Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln, 2. Arznei- und Verbandsmittel, 3. Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie, 4. Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung, 5. Hilfsmittel sowie 6. Belastungserprobung und Arbeitstherapie. <ul style="list-style-type: none"> - Medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen - Früherkennung und Frühförderung - Stufenweise Wiedereingliederung - Förderung der Selbsthilfe <p>Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden in ambulanter oder stationärer Form als komplexe Leistungen erbracht.</p>	<p>Insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, incl. Leistungen zur Beratung und Vermittlung, Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen - Berufsvorbereitung incl. einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung - berufliche Anpassung und Weiterbildung, auch soweit die Leistungen einen zur Teilnahme erforderlichen schulischen Abschluss einschließen - berufliche Ausbildung, auch soweit die Leistungen in einem zeitlich nicht überwiegenden Abschnitt schulisch durchgeführt werden - Überbrückungsgeld - sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, um behinderten Menschen eine angemessene und geeignete Beschäftigung oder eine selbstständige Tätigkeit zu ermöglichen und zu erhalten - Medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen - Kraftfahrzeughilfe - Arbeitsassistenten - Ausbildungszuschüsse zur betrieblichen Ausübung von Bildungsleistungen - Eingliederungszuschüsse - Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb - teilweise oder volle Kostenerstattung für eine befristete Probebeschäftigung - Leistungen im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen 	<p>Insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hilfsmittel und Hilfen, die nicht in den §§ 31, 33 SGB IX genannt sind - Heilpädagogische Leistungen - Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten - Hilfen zur Verständigung mit der Umwelt - Hilfen bei der Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer Wohnung - Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten - Hilfen zur Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben - Weitere Leistungen der Eingliederungshilfe 	<p>Insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Krankengeld, Übergangsgeld, Verletzengeld, Versorgungskrankengeld - Beiträge und Beitragszuschüsse zur gesetzlichen Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung sowie zur Bundesagentur für Arbeit - Rehabilitationssport einschließlich Übungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen, die der Stärkung des Selbstbewusstseins dienen - Funktionstraining - Fahr- und andere Reisekosten - Betriebs- oder Haushaltshilfe, Kinderbetreuungskosten - Nachgehende Leistungen zur Sicherung des Erfolges von LTA - Kraftfahrzeughilfe - Leistungen zur onkologischen Nachsorge - Zuwendungen für Einrichtungen der Rehabilitationsforschung - Wohnungshilfe - Sozialmed. Nachsorgemaßnahmen - Patientenschulungsmaßnahmen

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

2.5.1 Abgrenzung der Zuständigkeit der Unfallversicherung

Erkennt der Gutachter, dass Leistungen wegen einer zu Grunde liegenden Berufskrankheit oder eines Arbeitsunfalls indiziert sind, wird die Krankenkasse diese Feststellung an den zuständigen Träger der gesetzlichen **Unfallversicherung** zwecks weiterer Veranlassung weiterleiten.

2.5.2 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.²³ 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 der Versicherte von der Krankenkasse nach § 51 SGB V bzw. der Agentur für Arbeit nach § 145 SGB III aufgefordert, unverzüglich einen 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 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 medizinischen 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.

²³ Die Landwirtschaftliche Alterskasse erbringt keine Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

- ⇒ 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 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 werden können.

Die vorgenannten sozialrechtlichen Begriffe werden von den Rentenversicherungsträgern wie folgt interpretiert²⁴:

- ⇒ **Erwerbsfähigkeit** ist die Fähigkeit des Versicherten, unter Ausnutzung der Arbeitsgelegenheiten, die sich ihm nach seinen Kenntnissen und Erfahrungen sowie 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 der Versicherte 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.

²⁴ Vgl. Sozialmedizinisches Glossar der Deutschen Rentenversicherung (Juli 2013) DRV Schriften Band 81 http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/208364/publicationFile/59514/druckfassung_glossar_.pdf.

- ⇒ 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 Abs. 1 Nr. 3 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 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 Abs. 2 Satz 1 SGB V verpflichtet, zur Prüfung der medizinischen Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit dieser Leistungen in Stichproben vor Bewilligung und regelmäßig bei beantragter Verlängerung den MDK mit einer gutachterlichen Stellungnahme zu beauftragen.

Ausnahmen von dieser Begutachtungspflicht haben die Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V festgelegt (siehe Verweis 9.2).

Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation sind Antragsleistungen. Grundlagen gutachterlicher Stellungnahmen sind ärztliche 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 MDK 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?

Für die Bearbeitung des Gutachtenauftrags benötigt 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 Vertragsärzte, im Rahmen der Rehabilitationsabklärung aussagefähige Angaben und Befunde auf Muster 61 (Teil B-D) „Verordnung von medizinischer Rehabilitation“ zu dokumentieren.

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

Für die Begutachtung sind folgende Unterlagen erforderlich:

1. Angaben zum/vom Versicherten einschließlich Angaben zu anlassbezogen relevanten Kontextfaktoren
2. Ärztliche Verordnung der Leistung
3. Ggf. medizinische Befundunterlagen und Berichte zur Verordnung (nach Anforderung direkt an den MDK) 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 MDK-Gutachten gemäß SGB V und SGB XI.

Ausgehend davon, dass der Rehabilitationsträger nach § 14 Abs. 2 SGB IX eine umfassende Bedarfsfeststellung vorzunehmen hat, prüft dieser im Rahmen der Bedarfsermittlung auch summarisch²⁵ weitere mögliche Rehabilitationsbedarfe nach anderen Leistungsgesetzen, um so erforderlichenfalls andere Rehabilitationsträger nach § 15 SGB IX beteiligen oder auf eine Antragstellung hinwirken zu können.²⁶

Vor diesem Hintergrund sind, sofern sich im Prozess der Erstellung des Gutachtens Anhaltspunkte für die Notwendigkeit und den Bedarf weiterer Leistungen zur Teilhabe²⁷ 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.

²⁵ 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.

²⁶ Vgl. Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“, Kapitel 3 Abschnitt 1 Unterabschnitt 1 – Umfassende Bedarfsfeststellung, Bedarfsermittlung

²⁷ Vgl. §§ 4 ff. SGB IX sowie § 1 Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“

3 Zusammenarbeit Krankenkasse / MDK

3.1 Die sozialmedizinische Beratung und Begutachtung

Die sozialmedizinische Beratung und Begutachtung erfolgen als

- ⇒ sozialmedizinische Fallberatung (SFB) und
- ⇒ sozialmedizinisches Gutachten.

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

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 MDK.

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 Abs. 2 SGB IX sind bei der Beauftragung des MDK die Regelungen des § 275 SGB V vorrangig, womit die Aufgaben des MDK auch unter Berücksichtigung des SGB IX weder eingeschränkt noch ausgeweitet werden. Gleiches gilt für das Begutachtungsverfahren.²⁸ Durch den MDK sind im Rahmen der Begutachtung somit vorrangig Fragestellungen im Kontext der medizinischen Rehabilitation zu beantworten. Sofern gleichwohl Anhaltspunkte für darüber hinausgehende weitere Bedarfe an Leistungen zur Teilhabe erkennbar sind, ist ein entsprechender Hinweis durch den MDK vorzunehmen (vgl. Kapitel 2.6).

3.2 Sozialmedizinische Fallberatung (SFB) zwischen Krankenkasse und MDK

Die SFB stellt das Regelbegutachtungsverfahren in den Leistungsbereichen Vorsorge und Rehabilitation dar. Sie ist eine kurze, ergebnisorientierte Form der sozialmedizinischen Beratung.

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

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

²⁸ Vgl. § 28 Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“

In der SFB wird durch 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 reicht eine zusammenfassende Stellungnahme zu den Vorsorge-/Rehabilitationskriterien (-bedürftigkeit, -fähigkeit, -ziele, -prognose) auf dem Auftrag mit nachvollziehbarer Begründung aus. In den übrigen Fällen ist ein sozialmedizinisches Gutachten zu erstellen, in dem die Empfehlungen zu begründen sind. Kommt der Gutachter zu einer vom Antrag abweichenden Empfehlung, sind realistische Alternativen zur beantragten Leistung aufzuzeigen.

Werden eine erhebliche Gefährdung oder Minderung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben festgestellt (Zuständigkeit der Rentenversicherung), sind 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 sozialmedizinische Gutachten gliedert sich in die für die ärztliche Dokumentation üblichen Teile von Anamnese, Befund und Diagnosen einschließlich Funktionsdiagnosen. Die sozialmedizinische Beurteilung (Epikrise) als Kernstück des Gutachtens enthält Aussagen zur Indikation und Zuweisungsempfehlungen für die Leistungsentscheidung der Krankenkasse.

Die Besonderheit des sozialmedizinischen Gutachtens gegenüber der klinischen Begutachtung besteht darin, dass vor allem die Krankheitsauswirkungen in ihrer Wechselwirkung mit den Kontextfaktoren im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells der ICF in den Gliederungspunkten erfasst und aufgeführt werden.

In Abhängigkeit der Fragestellung der Krankenkasse und des daraus resultierenden Umfangs der Auftragsbearbeitung ist eine Abstufung im Umfang der Gutachtenerstellung möglich. Der Gutachter kann sich zwischen einem „Kurzgutachten“, als kurze einzelfallbezogene Stellungnahme, oder einem umfassenden Gutachten entscheiden.

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

Abbildung 7: Anlage zum Katalog der MDK Produkte – Abgrenzung der Produkte „SFB fallabschließend“

5. Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation			
Bestandteile	SFB fallabschließend	Kurzgutachten	Gutachten
Frage(n) des Auftraggebers		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	
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		X	X
Sozialmedizinische Bewertung und Beurteilung (Bedürftigkeit, Fähigkeit, Ziele, Prognose) Sozialmedizinische Empfehlung		X	X
Eindeutige Beantwortung der Frage(n) des Auftraggebers	X	X	X

Nachfolgende Angaben und Befunde sind bei der Begutachtung prinzipiell zu berücksichtigen (vgl. Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“ der BAR in der jeweils aktuellen Fassung). Der Gutachter muss entscheiden, welche Sachverhalte er 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 nach ICF
- ⇒ 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

4.1 Bearbeitungsfristen

4.1.1 Leistungen der medizinischen Vorsorge

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Vorsorgeleistungen nach §§ 23, 24 SGB V gelten die in § 13 Abs. 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 der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden.“

Wird bei Auftragseingang und Bearbeitung im MDK 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.

4.1.2 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die Frist zur Entscheidung über einen Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe wird in § 14 Abs. 2 SGB IX und abweichend davon bei Beteiligung mehrerer Rehabilitationsträger in § 15 Abs. 4 Satz 1 SGB IX sowie im Falle der Durchführung einer Teilhabekonferenz in § 15 Abs. 4 Satz 2 SGB IX geregelt. Die zur Strukturierung des Verfahrens dienenden Fristen der §§ 14 und 15 SGB IX werden durch die in § 18 Abs. 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 dem Versicherten schriftlich mit (begründete Mitteilung). Eine Verlängerung der Frist kommt nur in den nach § 18 Abs. 2 Nr. 1 bis 3 SGB IX definierten Fällen in Betracht.

Für die Erstellung des Gutachtens durch einen Sachverständigen ist nach § 17 Abs. 2 SGB IX eine Frist von zwei Wochen nach Auftragserteilung vorgesehen.²⁹ „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 der Sachverständige die Notwendigkeit schriftlich gegenüber dem Rehabilitationsträger zu bestätigen (vgl. § 18 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX). In diesen Fällen verlängert sich für den Rehabilitationsträger die Frist nach § 18 Abs. 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.

Wird bei Auftragseingang und Bearbeitung im MDK ersichtlich, dass die Frist von zwei Wochen zur Gutachtenerstellung (§ 17 Abs. 2 SGB IX) nicht eingehalten werden kann (z.B. aufgrund der Komplexität des Gutachtenauftrages), informiert der MDK hierüber unverzüglich die Krankenkasse. Zugleich bestätigt der MDK 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 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX).

²⁹ Weitere Hinweise können dem Gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zum SGB IX entnommen werden.

5 Vorgehen bei Widersprüchen

Legt der Versicherte Widerspruch bzw. der attestierende Arzt Einspruch gegen die Ablehnung einer Vorsorge- bzw. Rehabilitationsleistung durch die Krankenkasse ein, wird in der Regel dem Erstgutachter der ursprüngliche Antrag des Versicherten mit dem ärztlichen Befundbericht bzw. der Verordnung, MDK-Gutachten und Widerspruch/Einspruch zur nochmaligen Stellungnahme vorgelegt. Dieser prüft, ob er aufgrund neuer Gesichtspunkte zu einem anderen Ergebnis kommt. Revidiert der Gutachter die Erstentscheidung nicht, ist das Widerspruchsgutachten von einem anderen MDK-Gutachter zu erstellen.

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

- ⇒ keine neuen medizinischen Sachverhalte ⇒ in der Regel ist ein Kurzgutachten ausreichend
- ⇒ neue, begutachtungsrelevante Sachverhalte, die eine Änderung des vorangegangenen MDK-Gutachtens im Sinne einer anderen Leistungsempfehlung notwendig machen ⇒ Kurzgutachten oder sozialmedizinisches Gutachten
- ⇒ neue Aspekte, die allerdings keine Änderung des vorangegangenen MDK-Gutachtens bedingen ⇒ Kurzgutachten oder sozialmedizinisches Gutachten
- ⇒ widersprüchliche Angaben trotz Nachermittlung, die eine Begutachtung mit Befunderhebung erfordern ⇒ Sozialmedizinisches Gutachten
- ⇒ Trotz Nachermittlung keine ausreichenden Informationen zu Kontextfaktoren ⇒ Kurzgutachten oder sozialmedizinisches Gutachten

Das Ergebnis der Begutachtung und die erforderlichen Angaben über den Befund sind der Krankenkasse nach § 277 Abs. 1 SGB V mitzuteilen.

6 Begutachtung von Verlängerungsanträgen

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

Mit der Begutachtung von Verlängerungsanträgen beauftragt die Krankenkasse grundsätzlich den für die ambulante oder stationäre Einrichtung bzw. den Kurort zuständigen MDK. 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:

- ⇒ Diagnose nach ICD -10 GM kodiert, möglichst mit Funktionsdiagnose in der Systematik der ICF,
- ⇒ 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.

Die Krankenkasse übermittelt dem zuständigen MDK umgehend alle relevanten Unterlagen einschließlich des ggf. vor Antritt der Leistung erstellten MDK-Gutachtens. Das Ergebnis der Begutachtung und die erforderlichen Angaben über den Befund sind der Krankenkasse nach § 277 Abs. 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

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 Abs. 5, 24 Abs. 2, 40 Abs. 3, 41 Abs. 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 Abs. 3, 2a und 2b SGB V).

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

Sowohl bei einem positiven als auch ablehnenden Leistungsbescheid kann die Krankenkasse auf ihre Zusammenarbeit mit dem MDK Bezug nehmen und auf die Empfehlung des MDK hinweisen. Für die Entscheidung ist die Krankenkasse verantwortlich.

8 Anlagen

8.1 Systematik für die Komponente „Personbezogene Faktoren“ des bio-psycho-sozialen Modells der WHO

Kapitel 1 - Allgemeine Merkmale einer Person

Dieses Kapitel befasst sich mit vorgegebenen allgemeinen Merkmalen einer Person wie Alter, Geschlecht oder ethnischer Zugehörigkeit, die auf die Auswirkungen einer Krankheit oder Gesundheitsstörung von Einfluss sein können.

Das Kapitel umfasst nicht Merkmale, die einer Gesundheitsstörung oder Krankheit entsprechen.

i 110

Alter

i 1100

Kalendarisches Alter

Das Alter einer Person, das sich aus ihrem Geburtsdatum zum aktuellen Zeitpunkt ergibt.

i 1101

Psychosoziales Alter

Das Alter einer Person, das ihrer psychischen und sozialen Entwicklung entspricht.

i 1102

Biologisches Alter

Das Alter einer Person, bezogen auf biologisch-funktionale Altersmerkmale. Es kann vom kalendarischen Alter abweichen. (z. B. Spät- oder Voralterung)

i 1108

Alter, anders bezeichnet

i 1109

Alter, nicht näher bezeichnet

i 120

Geschlecht

Die Zugehörigkeit zu einem Geschlecht (männlich/weiblich/intersexuell) in Bezug auf das biologische Geschlecht sowie die Geschlechtsrolle (erlebtes und gelebtes geschlechtliches Selbst)

i 1200

Biologisches Geschlecht

i 1201

Geschlechtsrolle

i 1208

Geschlecht, anders bezeichnet

i 1209

Geschlecht, nicht näher bezeichnet

i 130

Genetische Faktoren

Die erblichen Merkmale eines Menschen, die geeignet sind, Krankheiten und deren Auswirkungen zu beeinflussen

Exkl.:

Biologisches Geschlecht (i1200)

i 1300

Genetische Faktoren

i 1308

Genetische Faktoren, anders bezeichnet

i 1309 Genetische Faktoren, nicht näher bezeichnet

Kapitel 2 - Physische Faktoren

Dieses Kapitel befasst sich mit den Faktoren des Körperbaus und anderen physischen Faktoren, insofern sie die Funktionsfähigkeit und ihr Veränderungspotential beeinflussen. Sie beziehen sich auf die angeborene oder erworbene Konstitution sowie vorhandene Funktionskapazitäten. Beeinträchtigungen des aktuellen Funktionszustandes durch Gesundheitsprobleme oder Krankheiten werden im Kapitel Körperstrukturen und -funktionen klassifiziert. Exkl. Mentale Faktoren (Kapitel 3)

i 210

Faktoren des Körperbaus

- i 2100 Körpermaße**
- i 2101 Körperform**
- i 2102 Körperzusammensetzung (Anteile und Aufbau)**
- i 2108 Faktoren des Körperbaus, anders bezeichnet**
- i 2109 Faktoren des Körperbaus, nicht näher bezeichnet**

i 220

Andere physische Faktoren

- i 2200 Bewegungsbezogene Faktoren**
(u.a. Muskelkraft, Ausdauer, Geschicklichkeit, Händigkeit)
- i 2201 Faktoren der Funktion von Herz, Kreislauf und Atmung**
- i 2202 Faktoren des Stoffwechsels**
- i 2203 Faktoren der Sinnesorgane**
- i 2208 Faktoren der Körperfunktion, anders bezeichnet**
- i 2209 Faktoren der Körperfunktion, nicht näher bezeichnet**

Kapitel 3 - Mentale Faktoren

Dieses Kapitel befasst sich mit überdauernden mentalen Faktoren einer Person. Diese Merkmale stehen im Gegensatz zu den mentalen Funktionen (b1) nicht ursächlich mit dem Gesundheitsproblem im Zusammenhang, können aber als Förderfaktoren und Barrieren Einfluss auf die Funktionsfähigkeit haben. Die mentalen Faktoren umfassen Faktoren der Persönlichkeit und kognitive inkl. mnestischer Faktoren.

Faktoren der Persönlichkeit (i 310-349)

Allgemeine mentale Faktoren, die das anlagebedingte Naturell einer Person betreffen, individuell auf Situationen zu reagieren, einschließlich der psychischen Charakteristika, die eine Person von einer anderen unterscheiden.

Erreichen die Faktoren der Persönlichkeit Krankheitswert, werden sie nicht bei den personbezogenen Faktoren klassifiziert, sondern bei den mentalen Körperfunktionen.

(Die Faktoren der Persönlichkeit stellen jeweils ein Kontinuum zwischen zwei Ausprägungen dar. Deshalb kann neben dem Ausprägungsgrad auch der überwiegende Teil der Ausprägung angegeben werden.)

i 310

Extraversion

Überdauernde mentale Faktoren, die sich auf die Skala von Extraversion (Kontaktfreudigkeit, Geselligkeit und (emotionale) Ausdrucksfähigkeit) und Introversion (Zurückhaltung im Kontakt, Unabhängigkeit und Alleinsein) beziehen.

i 315

Faktoren der Emotionalität

Überdauernde mentale Faktoren, die sich auf einem Pol durch Ausgeglichenheit, Zufriedenheit, Ruhe und Gelasstheit, auf dem anderen Pol durch Anspannung, Besorgnis und Verlegenheit auszeichnen

Inkl.: *psychische Stabilität und Emotionslage*

i 320

Zuverlässigkeit

Überdauernde mentale Faktoren, die sich auf einem Pol durch Verlässlichkeit, Sorgfalt, Prinzipientreue und Fleiß, auf dem anderen Pol als Unachtsamkeit, Unzuverlässigkeit, Ungenauigkeit und Verantwortungslosigkeit auszeichnen

Inkl.: *Gewissenhaftigkeit*

i 325

Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen

Überdauernde mentale Faktoren, die sich auf einem Pol durch Neugier, Vorstellungsvermögen, Suche nach Erfahrungen und Experimentierfreudigkeit, auf dem anderen Pol als starkes Vertrauen auf Bewährtes, konventionelles Verhalten und konservative Werte auszeichnen

Inkl.: *Begeisterungsfähigkeit, Neugierde, Interessiertheit, Änderungsbereitschaft*

i 330

Umgänglichkeit

Überdauernde mentale Faktoren, die sich auf einem Pol durch Altruismus (Kooperationsbereitschaft, Freundschaftlichkeit und Zuvorkommenheit) und auf dem anderen Pol durch Egozentrismus (Misstrauen gegenüber anderen Meinungen, kompetitive (wettstreitende) Grundhaltung) auszeichnen

i 335

Selbstvertrauen

Überdauernde mentale Faktoren, die sich auf einem Pol durch Selbstsicherheit, Mut und Durchsetzungsvermögen, auf dem anderen Pol durch Zaghaftigkeit, Unsicherheit und Zurückhaltung auszeichnen

Inkl.: *Unverdrossenheit, Selbstwirksamkeitsüberzeugung*

i 340

Optimismus

Überdauernde mentale Faktoren, die sich auf einem Pol durch Heiterkeit, Lebhaftigkeit und Zuversichtlichkeit, auf dem anderen Pol durch Niedergeschlagenheit, Trübsinn und Verzweiflung auszeichnen

i 349

Persönlichkeitsfaktoren, anders oder nicht näher bezeichnet

Kognitive und mnestiche Faktoren (i 350-369)

Spezifische mentale Faktoren, die überdauernd vorhanden sind und einen Förderfaktor oder eine Barriere für die Funktionsfähigkeit darstellen können. Erreichen die kognitiven und mnestiche Faktoren Krankheitswert, werden sie nicht bei den personbezogenen Faktoren klassifiziert, sondern bei den Körperfunktionen. Wegen der wissenschaftlich zum Teil uneinheitlichen Zuordnung wurde bei der nachfolgenden Aufteilung auf die Praktikabilität in Bezug auf die fördernden oder hemmenden Effekte Wert gelegt.

i 350

Faktoren der Intelligenz

Multimodaler Faktor, der sich zusammensetzt aus Elementen des Verstehens, der Problemlösung und der Situationsbewältigung.

(Anmerkung: Es gibt kein einheitliches Konstrukt. Intelligenz wird gleichsam "von rückwärts" definiert. Man benutzt ersatzweise globale und sehr verschiedene Testverfahren, die eher quantitative als qualitative Bestimmungen vornehmen (z.B.: Hamburg Wechsler Intelligenztest). Es ist auch heute völlig umstritten, in wieweit Teilbereiche der Intelligenz beschrieben und ausgetestet werden können. Dennoch bestehen oft keine Hemmungen ohne allgemein anerkannte, standardisierte Möglichkeit der Operationalisierung eine detaillierte Graduierung von Intelligenz vorzunehmen mit oft weitreichenden Konsequenzen für die Person (z.B. Feststellungen von überdurchschnittlicher Intelligenz bis Imbezillität).

i 355

Kognitive Faktoren

Spezifische mentale Faktoren, die die bewusste Informationsverarbeitung betreffen, inkl. Auffassung (Wahrgenommen in seiner Bedeutung begreifen und sinnvoll miteinander verbinden), Sprache, Aufmerksamkeit (zielgerichtete Ausrichtung und Fokussierung auf einen Punkt ohne deren Verschiebung bei gleichzeitiger Registrierung von Umgebungsereignissen unter Beanspruchung geistiger und seelischer Wachheit) und Konzentration (gezielte Ausrichtung auf alle Vorgänge, Signale und Personen zur Erfassung einer Situation.)

Exkl. Mnestiche Faktoren (i 360), Sprachkompetenz (i 440), sprachliche Verständigung (i 545)

i 360

Mnestiche Faktoren

Spezifische mentale Faktoren, die die Speicherung (Merkfähigkeit), Sortierung und Verarbeitung, deren Verfügbarkeit und Abrufbarkeit betreffen

i 369

(Überdauernde) kognitive und mnestiche Faktoren, anders oder nicht näher bezeichnet

Kapitel 4 - Einstellungen, Grundkompetenzen und Verhaltensgewohnheiten

Dieses Kapitel befasst sich mit individuellen Einstellungen, Grundkompetenzen und Verhaltensgewohnheiten einer Person, die für die Bewältigung der Auswirkungen von Krankheiten und Gesundheitsproblemen relevant sein können. Einstellungen, Grundkompetenzen und Verhaltensgewohnheiten sind Elemente, die den Lebensstil einer

Person unterschiedlich beeinflussen können. Sie können als Förderfaktoren (z. B. Schutzfaktoren, salutogenetisch) oder als Barrieren (z. B. Risikofaktoren) wirken. Die Motivation einer Person zu Interventionen und Verhaltensänderungen hängt mit ihren Einstellungen, Grundkompetenzen und Verhaltensgewohnheiten zusammen. Grundkompetenzen können z. B. die Entwicklung von Copingstrategien zur Bewältigung von Krankheitsauswirkungen fördern, bestimmte Verhaltensgewohnheiten können sie erschweren.

Das Kapitel befasst sich nicht mit Aktivitäten, die infolge einer Krankheit oder Gesundheitsstörung beeinträchtigt sind; diese werden als Kategorien der Komponente der Aktivitäten und der Partizipation klassifiziert.

Einstellungen (i 410-429)

Die Gesamtheit meist überdauernder persönlicher Werte, Überzeugungen und Sichtweise, die das eigene Handeln und Leben in bestimmten Bereichen betreffen.

i 410 Weltanschauung

Die Gesamtheit persönlicher Werte, Überzeugungen und Sichtweisen, die die Deutung der Welt, die Rolle des Einzelnen und die Sicht auf die Gesellschaft insgesamt betreffen. Zur Weltanschauung gehören religiöse, philosophische, moralische und politische Werte, Überzeugungen und Sichtweisen.

i 413 Lebenszufriedenheit

Die längerfristige Einschätzung der eigenen Lebenslage insgesamt durch eine Person. Dazu gehören subjektive Empfindungen, rationale Bilanzierung und Bewertung der vielfältigen Lebensdimensionen im Sinne der erlebten Lebensqualität, aber auch die Bewertung der eigenen Lebensleistungen.

Inkl.: Arbeitszufriedenheit

i 416 Einstellung zu Gesundheit und Krankheit

Die Gesamtheit meist überdauernder persönlicher Werte, Überzeugungen und Sichtweisen im Zusammenhang mit Krankheit und Gesundheit. Zu diesen gehören beispielsweise auch das generelle Verständnis von Krankheiten und Gesundheitsproblemen, Überzeugungen bezüglich der Sinnhaftigkeit gesundheitsförderlichen Verhaltens, Umgang mit gesundheitlichen Risiken („Gesundheit genießen“ vs. „Gesundheit verbrauchen“) oder die Bewertung der Bedeutung von Gesundheit als Basis von Leistungs- und Genussfähigkeit.

Exkl.: Einstellung zu Interventionen

i 419 Einstellung zu Interventionen und technischen Hilfen

Die Gesamtheit meist überdauernder persönlicher Werte, Überzeugungen und Sichtweisen im Zusammenhang mit dem Annehmen von Behandlung (wie z. B. chirurgische Eingriffe, prothetische Versorgung, Medikation, Psychotherapie, Rehabilitation).

i 422 Einstellung zur Arbeit

Die Gesamtheit meist überdauernder persönlicher Werte, Überzeugungen und Sichtweisen im Zusammenhang mit der eigenen Arbeit und der Arbeit anderer Menschen,

- der Arbeit für Entgelt, z. B. Erwerbsarbeit,
- der Arbeit ohne Entgelt, z. B. ehrenamtliche Tätigkeit, Kindererziehung, Hausarbeit, Hobbies wie Gartenarbeit, Arbeit für eigene Überzeugungen (politisch, religiös, gesellschaftlich).

Arbeit kann beispielsweise betrachtet werden als Verpflichtung, als Bereicherung oder auch als Last.

i 425

Einstellung zu sozialem Leben/zur Gesellschaft

Die Gesamtheit meist überdauernder persönlicher Werte, Überzeugungen und Sichtweisen im Zusammenhang mit Interaktionen mit anderen Personen des unmittelbaren wie des Weiteren sozialen Umfelds und der Gesellschaft. Eine Person kann beispielsweise davon überzeugt sein, zu einem adäquaten eigenen Beitrag in der Gesellschaft verpflichtet zu sein. Eine andere Person sieht eher die Verpflichtung der Gesellschaft zu ihrer Unterstützung.

i 428

Einstellung zu Hilfen

Die Gesamtheit meist überdauernder persönlicher Werte, Überzeugungen und Sichtweisen im Zusammenhang mit dem Annehmen von Hilfen anderer Personen und Einrichtungen sowie dem Geben von Hilfen an andere Personen oder Einrichtungen.

Exkl.: *Einstellung zu Interventionen*

i 429

Weltanschauung, Lebenszufriedenheit und Einstellungen, anders oder nicht näher bezeichnet

Grundkompetenzen(i 430-449)

Allgemeine Kompetenzen, die die Bereiche Sozialkompetenz, Methodenkompetenz, Selbstkompetenz, Handlungskompetenz und Medienkompetenz umfassen, und die die Basis bilden für die Adaption und den Transfer spezifischer Kompetenzen. Zu Grundkompetenzen gehören allgemeine Lebens-Kenntnisse sowie die Fähigkeiten und Fertigkeiten, diese angemessen anzuwenden. Grundkompetenzen werden auch als Kern-, Schlüsselkompetenzen oder Schlüsselqualifikationen bezeichnet.

Motivation ist ein multimodaler Faktor bestehend aus Elementen von z. B. Einstellungen, Leistungs- und Handlungsbereitschaft. Aus diesem Grund wird der Begriff der Motivation nicht gesondert aufgeführt.

i 430

Sozialkompetenz

Die Gesamtheit des Wissens, der 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 beispielweise Kommunikationskompetenz (z. B. Sprachkompetenz), Kooperations- und Teamkompetenz, Konfliktkompetenz.

Exkl.: *Faktoren der Intelligenz (i 350), sprachliche Verständigung (i 545)*

i 433

Methodenkompetenz

Die allgemeine Kompetenz, Arbeitstechniken, Verfahrensweisen und Lernstrategien sachgerecht, situationsbezogen und zielgerichtet gebrauchen zu können. Zur Methodenkompetenz gehört beispielweise Problemlösekompetenz.

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

i 436

Selbstkompetenz

Die allgemeine Kompetenz, mit der eigenen Person angemessen umzugehen, insbesondere die eigenen Stärken und Schwächen wahrzunehmen, selbstverantwortlich und selbstbestimmt auf der Grundlage der eigenen Bedürfnisse, Ansprüche, Stärken und Grenzen persönliche Ziele zu vertreten, Strategien zu ihrer Erreichung zu entwickeln und die eigenen Fähigkeiten kritisch zu reflektieren. Zur Selbstkompetenz gehören beispielsweise Selbstsicherheit, Selbstmanagement, Selbstreflexion.

Inkl.: *Leistungsbereitschaft, Engagement, Selbstmotivierung, Flexibilität, Ausdauer, Selbstständigkeit, Anpassungsfähigkeit, Belastbarkeit*

i 439

Handlungskompetenz

Die Kompetenz, Handlungsmotive zu entwickeln, Handlungen zu planen und zielgerichtet auszuführen. Zur Handlungskompetenz gehören Handlungsbereitschaft, kurz-/mittel-/langfristige Handlungsmotive, die Reflexion der eigenen Handlungsmotive, zielgerichtetes Handeln sowie die Reflexion der Folgen des Handelns für sich und andere.

i 442

Medienkompetenz

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

i 449

Grundkompetenz, anders oder nicht näher bezeichnet

Verhaltensgewohnheiten (i 450-479)

Überdauernde, durch Wiederholung selbstverständlich gewordene Verhaltensweisen. Davon abzugrenzen ist einmaliges, gezieltes oder situativ bedingtes Verhalten

i 450

Ernährungsgewohnheiten

Ernährungsbezogene Gewohnheiten wie die Auswahl der Nahrung, ihre Zusammenstellung, das Einkaufen, die Lagerung, die Art und Weise der Nahrungszubereitung und der Einnahme der Nahrung; der Umfang zugeführter Kalorien, die Einnahme von Diätetika. Zu Ernährungsgewohnheiten gehören auch krankheitsbezogene Diäten und bestimmte Ernährungspräferenzen

Exkl.: *Gebrauch von Genussmitteln*

i 453

Gebrauch von Genussmitteln

Die Gewohnheit, z.B. alkoholische Getränke, Kaffee, Tee oder Tabak zu konsumieren.

Exkl.: *krankhafter Gebrauch von Suchtmitteln*

i 456

Bewegungsgewohnheiten

Die Art und Weise, wie Bewegung im Lebensalltag (z.B. Beruf, Familie und Freizeit) üblicherweise integriert ist, beispielsweise in Form eher bewegungssuchender oder eher bewegungsvermeidender Verhaltensgewohnheiten, sowie die sportliche Betätigung in der Freizeit.

Inkl.: *Betreiben von Risikosportarten, Mobilitätsgewohnheiten*

i 459

Regenerationsgewohnheiten

Die Art und Weise der üblichen Tagesstrukturierung, der Pausen- und Schlafgewohnheiten einer Person, der Wechsel zwischen Belastung und Entspannung, den eine Person üblicherweise pflegt sowie Freizeitgewohnheiten.

Exkl.: *Bewegungsgewohnheiten*

i 462

Sexualgewohnheiten

Die 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.

i 468

Hygienegewohnheiten

Art und Umfang von Maßnahmen der individuellen Hygiene. Zu den Hygienegewohnheiten gehören z. B. Körper-, Mund-, Analhygiene, 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. eher ausgabefreudig oder eher sparsam.

i 479

Verhaltensgewohnheiten, anders oder nicht näher bezeichnet

Kapitel 5 - Lebenslage und sozioökonomische/-kulturelle Faktoren

Dieses Kapitel befasst sich mit Merkmalen der unmittelbaren, persönlichen Lebenssituation, unabhängig davon, ob die Person sie mitgestaltet oder nicht. Korrespondenzpaare ergeben sich in diesem Kapitel insbesondere zu den Umweltfaktoren, die den Einfluss der Umwelt auf die Person beschreiben.

Unmittelbare Lebenslage (i 510-529)

i 510

Einbindung in das direkte familiäre und soziale Umfeld

Bezieht sich auf das von einer Person gestaltete oder erlebte unmittelbare familiäre Umfeld

Inkl.: *In Familie lebend, alleinstehend, mit Lebenspartner*

i 515

Wohnsituation

Bezieht sich auf den unmittelbaren Lebensmittelpunkt einer Person

Inkl.: *Städtisch, ländlich, in Eigentum, im Mietverhältnis, wohnungslos*

i 520

Beschäftigungssituation

Bezieht sich auf Art und Umfang einer Ausbildungs-, Erwerbs- oder ehrenamtlichen Tätigkeit

Inkl.: *Schüler- und Studenten, Hausfrauen, beschäftigungslose Menschen*

i 525

Finanzielle Situation

Bezieht sich auf Art und Umfang finanzieller Mittel, über die eine Person verfügt

Inkl.: *Eigenes Vermögen, Erwerbseinkommen, Arbeitslosengeld, Rente*

i 529

Lebenssituation, anders oder nicht näher bezeichnet

Sozioökonomischer / soziokultureller Status (i 530-559)

Bündel von Merkmalen menschlicher Lebensumstände. Dazu gehören beispielsweise formale Bildung und Schulabschluss, Ausbildung und Studium, Beruf und Einkommen, Besitz von Kulturgütern, kulturelle Praxis, Wohnort und Eigentumsverhältnisse, Liquidität und Kreditwürdigkeit

i 530

Sozioökonomischer Status

Bezeichnet die sozioökonomische Position innerhalb einer sozialen Struktur oder die Zuordnung dieser Position zu einem System sozialer Rangordnung. Der Status drückt den Rangplatz aus, das Prestige, die soziale Wertschätzung, die Autorität und Macht, die eine Person in der Gesellschaft innehat.

Inkl.: *Schichtzugehörigkeit*

Exkl.: *Beruf, Bildung (i550)*

i 535

Kultureller Status

Der kulturelle Status einer Person kann durch deren nationale Herkunft und die Dauer im Aufenthaltsland beeinflusst werden, sowie durch die Sprache, die im Familienalltag gesprochen wird. Ebenso fließen deren Schulbildung und Berufsausbildung ein. Weiterhin spielt in diesem Zusammenhang die kulturelle Praxis eine Rolle, die die Teilnahme an gesellschaftlichen Kulturaktivitäten wie zum Beispiel Volksfeste, Theater- oder Museumsbesuche sowie den Besitz von Kulturgütern wie z. B. Büchern oder Bild- und Tonträgern beinhalten kann.

i 540

Zugehörigkeit zu gesellschaftlichen Gruppen

Beinhaltet die Zugehörigkeit z. B. zu religiösen, weltanschaulichen, politischen Gruppen, Volksgruppen

Exkl.: *Schichtzugehörigkeit (i 530)*

i 545

Sprachliche Verständigung

bezogen auf das individuelle Umfeld einer Person z. B. in der Familie, am Wohnort, Arbeitsplatz, Behörde

i 550

Bildungsstand

Umfasst die speziellen Merkmale einer Person in Form ihres Bildungsstands als Ergebnis eines Erziehungs- und Bildungsprozesses, die auf die Auswirkungen einer Krankheit oder Gesundheitsstörung von Einfluss sein können. Der erreichte Bildungsstand kann die Bewältigung der Krankheitsauswirkungen erleichtern oder erschweren

Inkl.: *Informelle Bildung, Vorschulische Bildung, Schulbildung, Berufliche Ausbildung, Berufliche Weiterbildung, Berufliche Erfahrung/Kompetenz, Gesundheitsbezogene Bildung)*

i 559

Sozioökonomischer/kultureller Status, anders oder nicht näher bezeichnet

Kapitel 6 - Andere Gesundheitsfaktoren

Die ICF weist darauf hin, dass personbezogene Faktoren auch „...‘andere Gesundheitszustände’...“ umfassen, die nicht Teil des Gesundheitsproblems sind, aber geeignet sind, die aktuelle Funktionsfähigkeit zu beeinflussen. Diese Gesundheitsfaktoren können in ihrer Gesamtheit oder einzeln bei der Beschreibung der Funktionsfähigkeit und Behinderung auf jeder Ebene eine Rolle spielen (Beispiel: Schwangerschaft). Abzugrenzen hiervon sind die Komorbiditäten, da sie dem Gesundheitsproblem zuzuordnen sind.

i 610

Zurückliegende Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen oder Traumata

i 615

Zurückliegende Interventionen

i 619

Gesundheitsfaktoren, anders oder nicht benannt

8.2 Definition des geriatrischen Patienten

Die nachfolgende **Definition des geriatrischen Patienten gemäß der geriatrischen Fachgesellschaften**³⁰ **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.

³⁰ In Anlehnung an Konsensus der DGG, der DGGG, der BAG Geriatrie, der Sektion Geriatrie des BDI und zugleich Diskussionsgrundlage der Sektion Geriatrie der Europäischen Fachärztervereinigung.

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** verstanden³¹. Die Krankheiten sind chronisch, wenn sie mindestens ½ Jahr bestehen oder voraussichtlich anhalten werden. Sie sind sozialmedizinisch relevant, wenn sie alltagsrelevante Beeinträchtigungen von Aktivitäten zur Folge haben, die für die Teilhabe bedeutsam sind.

Geriatrietypisch 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

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

³¹ In Anlehnung an Seger et al. 2016, Das Gesundheitswesen. DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-108440>.

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 möglich³²).

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

³² BSG-Urteil B 1 KR 21/14 R vom 23.06.2015.

8.3 Erläuterung zum Anwendungshinweis zur leistungsrechtlichen Zuordnung der Phase C vom 22.06.1998

Erläuterung

zum Anwendungshinweis zur leistungsrechtlichen Zuordnung der Phase C

vom 22. Juni 1998³³

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.
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.“

³³ Vgl. Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C. Hrsg. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Ausgabe 1999.

- II Die Erwerbsprognose ist positiv.
Kann bei der Aufnahme - auch Wiederaufnahme - bereits eine positive Erwerbsprognose gestellt werden, ist entsprechend Ziffer 1 des Anwendungshinweises vom 22.06.1998 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-Assessments³⁴ sind nach der Anleitung für den Aufbau eines Neurologischen Reha-Assessment-Befundberichtes³⁵ 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 Abs. 1 Satz 1 SGB V unter Berücksichtigung des § 4 Abs. 2 Satz 2 RehaAnglG vom 17. Februar 1993 in der Fassung vom 5. Februar 2001

§ 51 Abs. 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."

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.

³⁴ Vgl. Kapitel 4, Seite 35 Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C. Hrsg. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Ausgabe 1999.

³⁵ Vgl. Fußnote 34.

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 Verweise

9.1 ICF (Deutsche Endfassung Oktober 2005)

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/>

9.2 Richtlinie MDK-Stichprobenprüfung

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

http://www.gkv-spitzenverband.de/Richtlinien_Reha.gkvnet

9.3 Rehabilitations-Richtlinie

<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/>

9.4 Muster 61

<http://www.kbv.de/html/verordnungen.php>

9.5 Ärztlicher Verlängerungsantrag für ambulante und stationäre Rehabilitation

<https://www.mds-ev.de/themen/rehabilitation/grundlagen-der-reha-begutachtung-fuer-die-gkv.html>

9.6 Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation (01.05.2007) einschließlich Umsetzungshinweise / Übergangsregelungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation (01.05.2010)

http://www.vdek.com/vertragspartner/vorsorge-rehabilitation/mobile_reha.html

9.7 Eckpunkte des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene für die mobile indikationsspezifische Rehabilitation

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

9.8 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

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

<http://www.bar-frankfurt.de/publikationen/rahmenempfehlungen>

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

<http://www.bar-frankfurt.de/publikationen/rahmenempfehlungen>

9.11 Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining

<http://www.bar-frankfurt.de/publikationen/rahmenempfehlungen>

9.12 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

http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/265920/publicationFile/62744/vereinbarungen_im_suchtbereich.pdf

- Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Kombinationsbehandlung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014

http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/gemeinsames_rahmenkonzept_kombibehandlung_sucht_2014.pdf?blob=publicationFile&v=2

- Einheitliche Rahmenbedingungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für den Wechsel in die ambulante Entlassungsform vom 20.01.2015

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 04.03.2015

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 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

10.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über die medizinisch notwendige Behandlungsdauer bei den Fallgruppen in der Phase C*	44
Tabelle 2: Übersicht über die Zeitkorridore	45
Tabelle 3: Zuordnung von Leistungsgruppen zu den unterschiedlichen Leistungsträgern.....	51
Tabelle 4: Übersicht über die Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe	52
Tabelle 5: Anlage zum Katalog der MDK Produkte – Abgrenzung der Produkte „SFB fallabschließend“	60

10.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Struktur der ICF	9
Abbildung 2: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF.....	11
Abbildung 3: Übersicht zu den Indikationskriterien für Vorsorgeleistungen.....	23
Abbildung 4: Prüfschritte für Vorsorgeleistungen nach § 24 SGB V	30
Abbildung 5: Übersicht zu den Indikationskriterien für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	32
Abbildung 6: Prüfschritte für Rehabilitationsleistungen nach § 41 SGB V.....	37
Abbildung 7: Anlage zum Katalog der MDK Produkte – Abgrenzung der Produkte „SFB fallabschließend“	60