

Grundlagen der Begutachtung

Begutachtungs-Richtlinie

Vorsorge und Rehabilitation

Oktober 2005

mit Aktualisierungen Februar 2012 und Juli 2016



Die nachstehende Begutachtungs-Richtlinie wurde auf Empfehlung des Vorstandes des MDS vom (seinerzeitigen) Beschlussgremium nach § 213 SGB V am 28. Oktober 2005 als Richtlinie nach (seinerzeit) § 282 Satz 3 SGB V beschlossen. Sie wurde durch Beschluss des GKV-Spitzenverbandes vom 6. Februar 2012 sowie vom 5. Juli 2016 in einigen Teilbereichen aktualisiert.

Herausgeber

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V.
Theodor-Althoff-Straße 47
45133 Essen

Tel.: 0201 8327 0
Fax: 0201 8327 100
E-Mail: office@mds-ev.de

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

Vorwort zur aktualisierten Fassung 2016

Die demographische und epidemiologische Entwicklung in Deutschland mit einer Veränderung der Altersstruktur und der Zunahme chronischer Krankheiten mit damit verbundenen Krankheitsfolgen lässt Prävention und Rehabilitation zunehmend in den Vordergrund treten.

Der Gesetzgeber hat mit der Verabschiedung des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz-PrävG) sowie dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz-GKV-VSG) im Juli 2015 die Bedeutung von Prävention und Rehabilitation weiter gestärkt.

Der Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation soll erleichtert werden, dem trägt die Änderung der Rehabilitations-Richtlinie: Vereinfachung Verordnungsverfahren/ Qualifikationsanforderungen, die am 1. April 2016 in Kraft getreten ist, Rechnung.

Die damit verbundenen Änderungen sind in der jetzt vorgelegten aktualisierten Fassung der Begutachtungs-Richtlinie eingearbeitet.

Ziel ist es, zeitnah den MDK-Gutachtern und Krankenkassen eine an die Gesetzgebung und geänderten Rahmenbedingungen angepasste Version zur Verfügung zu stellen.

Eine anstehende umfassende Überarbeitung der Begutachtungs-Richtlinie wird sich zeitnah anschließen.

Berlin / Essen im Juli 2016

Dr. Doris Pfeiffer
Vorsitzende des Vorstands
GKV-Spitzenverband

Dr. Peter Pick
Geschäftsführer
MDS

Vorwort zur aktualisierten Fassung 2012

Medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen haben ihren festen Platz im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Viele Versicherte erhalten hier qualifizierte medizinische Hilfe zur Förderung und Erhaltung ihrer Gesundheit bzw. zur Beseitigung oder Verminderung von Krankheitsfolgen, die ihre Teilhabe an wichtigen Lebensbereichen beeinträchtigen können.

Die Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation trägt dazu bei, dass die gesetzlich garantierten Ansprüche der Versicherten in der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und in der Verwaltungspraxis der Krankenkassen einheitlich und sachgerecht umgesetzt werden. Maßgeblich sind dabei medizinische Indikationskriterien und die individuellen Gegebenheiten im Einzelfall.

Entsprechend den gesellschaftlichen Veränderungsprozessen entwickeln sich auch die von Politik und Gesetzgebung vorgegebenen Rahmenbedingungen im Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen der GKV weiter. Ziel ist die Verbesserung der Versorgung der betroffenen Versicherten. Damit geänderte gesetzliche Vorgaben und zwischenzeitlich gewonnene Praxiserfahrungen mit der Anwendung der Richtlinie in der Begutachtungs- und Verwaltungspraxis regelmäßig berücksichtigt werden, müssen bei Bedarf Aktualisierungen an der Richtlinie vorgenommen werden. Daher erfolgten im Jahr 2011 verschiedene Änderungen am Richtlinien text, die jetzt in einer aktualisierten Fassung vorgelegt werden. Damit sind nunmehr die gesetzlichen Vorgaben zur MDK-Begutachtung in Stichproben und zur mobilen Rehabilitation sowie notwendige Konkretisierungen im Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter in der Richtlinie verankert. Hinweise und Anregungen aus der klinisch-wissenschaftlichen Fachwelt wurden dabei berücksichtigt.

Mit der Vorlage der aktualisierten Fassung der Richtlinie ist auch die Zielsetzung verbunden, dem zunehmenden Bedürfnis der Versicherten nach Transparenz der Begutachtung und der Leistungsentscheidungen Rechnung zu tragen.

Berlin/Essen im Februar 2012

Dr. Doris Pfeiffer
Vorsitzende des Vorstands
GKV-Spitzenverband

Dr. Peter Pick
Geschäftsführer
MDS

Vorwort zur Fassung 2005

Weit reichende und tief greifende Veränderungen der Arbeits-, Lebens- und Umweltbedingungen sowie Fortschritte in Diagnostik und Therapie haben in den Industriestaaten zu einem demographischen Wandel und damit zu einer grundlegenden Veränderung des Mortalitäts- und Morbiditätsspektrums mit der Akzentuierung chronischer Krankheiten geführt.

Die kurative Medizin allein reicht immer weniger aus, um den Folgen chronischer Krankheiten entgegenzuwirken. Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen sind erforderlich, um Krankheiten vorzubeugen, die Auswirkungen von Krankheiten zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten und insbesondere die Teilhabe der Betroffenen an Arbeit, Beruf und Gesellschaft zu ermöglichen oder zu sichern.

Die vorliegende Begutachtungs-Richtlinie definiert die Voraussetzungen, Inhalte und Ziele der ambulanten und stationären medizinischen Vorsorge und Rehabilitation. Für den MDK-Gutachter und die Krankenkassen ist diese Richtlinie verbindlich.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) prüft im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen, ob für die beantragten Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen eine Indikation vorliegt.

Vorläufer dieser Richtlinie sind die Begutachtungs-Richtlinien Vorsorge und Rehabilitation vom 12. März 2001. Das SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) vom 01. Juli 2001, die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO vom 01. Mai 2001, die „Begutachtungshilfe Geriatrische Rehabilitation“ vom 12. Dezember 2002, die Anforderungsprofile für stationäre Einrichtungen der Vorsorge nach § 24 SGB V und der Rehabilitation nach § 41 SGB V gemäß § 111a SGB V vom 01. August 2003, die BAR-Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation, die „Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 1 i. V. m. § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX für die Durchführung von Begutachtungen vom 22. März 2004“ sowie die am 01. April 2004 in Kraft getretenen Rehabilitations-Richtlinien nach § 92 SGB V erforderten eine Anpassung der o. g. Begutachtungs-Richtlinien.

Allen, die an der Überarbeitung der Begutachtungs-Richtlinie mitgewirkt haben, sagen wir besonderen Dank.

Essen, im Oktober 2005



Vorsitzender MDS Vorstand
(Hans Langenbucher)



Altern. Vorsitzender MDS Vorstand
(Gert Nachtigal)



Geschäftsführer MDS
(Dr. Peter Pick)

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung	10
1.1	Das bio-psycho-soziale Modell der WHO als konzeptionelle Grundlage der ICF und Bezugssystem für die sozialmedizinische Begutachtung	11
1.1.1	Struktur der ICF	11
1.1.2	Funktion der ICF	13
1.1.3	Begriffe der ICF	14
1.2	Definition Diagnose / Funktionsdiagnose	15
1.3	Definition Krankenbehandlung	15
1.4	Definitionen Vorsorge	16
1.4.1	Primärprävention	16
1.4.2	Sekundärprävention	16
1.4.3	Vorsorgebedürftigkeit	16
1.4.4	Vorsorgefähigkeit	17
1.4.5	Vorsorgeziele	17
1.4.6	Vorsorgeprognose	18
1.5	Definitionen Rehabilitation	18
1.5.1	Rehabilitationsbedürftigkeit	18
1.5.2	Rehabilitationsfähigkeit	18
1.5.3	Rehabilitationsziele	18
1.5.4	Rehabilitationsprognose	19
1.6	Zuweisungskriterien (Allokationskriterien)	19
2	Versorgungssystem der Gesetzlichen Krankenversicherung	21
2.1	Gesetzliche Grundlagen	21
2.2	Wunsch- und Wahlrecht des Versicherten	22
2.3	Qualitätssicherung in der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation	23
3	Medizinische Vorsorgeleistungen	24
3.1	Indikation für Vorsorgeleistungen	24
3.2	Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten	24
3.2.1	Zuweisungskriterien für ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten	25
3.3	Stationäre Vorsorgeleistungen	26
3.3.1	Zuweisungskriterien für stationäre Vorsorgeleistungen	26
3.4	Vorsorgeleistungen für Kinder und Jugendliche	26

3.4.1	Ambulante Vorsorgeleistungen am Kurort für Kinder und Jugendliche	26
3.4.2	Stationäre Vorsorgeleistungen mit primärpräventiver Zielsetzung bei Kindern/Jugendlichen	27
3.4.3	Stationäre Vorsorgeleistungen mit sekundärpräventiver Zielsetzung bei Kindern/Jugendlichen	28
3.5	Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter, Mutter-/Vater-Kind-Leistungen	28
3.6	Mutter-/Vater-Kind-Leistungen	31
4	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	33
4.1	Indikation für Rehabilitationsleistungen	33
4.2	Ambulante Rehabilitation	33
4.2.1	Zuweisungskriterien für ambulante Rehabilitation	34
4.2.2	Besonderheiten der mobilen Rehabilitation	34
4.3	Stationäre Rehabilitation	35
4.3.1	Zuweisungskriterien für stationäre Rehabilitation	35
4.4	Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche	36
4.4.1	Familienorientierte Rehabilitation	36
4.5	Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter, Mutter-/Vater-Kind-Leistungen	36
4.5.1	Mutter-/Vater-Kind-Leistungen	37
4.5.2	Indikationen	38
4.6	Geriatrische Rehabilitation	38
4.6.1	Was ist Geriatrie?	39
4.6.2	Fallbeispiele	42
4.6.3	Indikationskriterien der geriatrischen Rehabilitation	45
4.6.4	Formen der geriatrischen Rehabilitation	49
4.6.5	Empfehlungen von Leistungen der (geriatrischen) Rehabilitation	50
5	Spezielle Leistungsaspekte	54
5.1	Dauer von Vorsorgeleistungen	54
5.2	Dauer von Rehabilitationsleistungen	55
5.2.1	Dauer der neurologischen Rehabilitation - Übersicht über die medizinisch notwendige Behandlungsdauer bei den Fallgruppen in der Phase C	56
5.2.2	Dauer der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen	57
5.3	Zeitliche Voraussetzungen für erneute Leistungen	58
5.4	Begleitpersonen	59
5.5	Leistungen im Ausland	60
6	Abgrenzung zu anderen Rehabilitationsträgern	62

6.1	Abgrenzung zur Unfallversicherung	64
6.2	Abgrenzung zur Rentenversicherung und Bundesagentur für Arbeit	64
7	Begutachtung durch den MDK	66
7.1	Bearbeitung von Aufträgen zur Begutachtung von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen	66
7.2	Die sozialmedizinische Beratung und Begutachtung	68
	7.2.1 Die sozialmedizinische Fallberatung (SFB)	69
	7.2.2 Das sozialmedizinische Gutachten	70
7.3	Bearbeitungsfristen	73
7.4	Bearbeitung von Widersprüchen und Einsprüchen	73
7.5	Begutachtung von Verlängerungsanträgen	74
8	Leistungsentscheid der Krankenkasse	75
9	Anlagen	76
9.1	"Richtlinie MDK-Stichprobenprüfung"	76
9.2	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	76
9.3	Rehabilitations-Richtlinie	78
9.4	Muster 61	78
9.5	Ärztlicher Verlängerungsantrag für ambulante und stationäre Rehabilitation	78
9.6	Systematik personbezogener Faktoren	78
9.7	ICF (Deutsche Endfassung Oktober 2005)	87
9.8	Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation (01.05.2007) einschließlich Umsetzungshinweise / Übergangsregelungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation (01.05.2010)	87
9.9	Eckpunkte des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene für die mobile indikationsspezifische Rehabilitation	87
9.10	Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation (dermatologischen, kardiologischen, neurologischen, pneumologischen, muskuloskeletalen, psychosomatischen)	87
9.11	Gemeinsames Rahmenkonzept der Gesetzlichen Krankenkassen und der Gesetzlichen Rentenversicherung für die Durchführung stationärer medizinischer Leistungen Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche	87
9.12	Rahmenvereinbarungen über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining	88

9.13 Vereinbarung im Suchtbereich	88
9.14 Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Kombinationsbehandlung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014	88
9.15 Einheitliche Rahmenbedingungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für den Wechsel in die ambulante Entlassungsform vom 20.01.2015	88
9.16 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	89
9.17 Internetadressen	89

1 Einführung

Die Begutachtungs-Richtlinie definiert die Begriffe, beschreibt die Voraussetzungen und Ziele sowie die Inhalte und Indikationen von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen. Sie gibt Hinweise für die sachgerechte Begutachtung und zum Inhalt des Gutachtens.

Die Begutachtungs-Richtlinie 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 von Leistungen zur Teilhabe anderer Rehabilitations-träger (§ 8 SGB IX) zu prüfen.

Die Gliederung der Begutachtungs-Richtlinie wurde so gestaltet, dass alle für den MDK- Gutachter¹ relevanten Inhalte zum jeweiligen Begutachtungsanlass, Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung, im Text zusammengeführt wurden.

Die Entscheidung über Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen durch die Krankenkassen orientiert sich an folgenden Prinzipien:

- Die Indikation ergibt sich aus den sozialmedizinischen Erfordernissen des Einzelfalls.
- Die Leistungen müssen bedarfsgerecht, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Hierbei gelten die Grundsätze:

- Ambulant vor stationär²,
- 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)³ ein unverzichtbares konzeptionelles und begriffliches Bezugssystem.

Die Begutachtung erfordert hohes sozialmedizinisches Fachwissen. Die Qualifikation der Gutachter wird durch eine systematische fachbezogene Fortbildung sichergestellt.

¹ Da die Verwendung der geschlechtlichen Paarformen die Verständlichkeit und Klarheit der Richtlinie erheblich einschränken würde, wird auf die Nennung beider Formen verzichtet. Die verwendeten Personenbezeichnungen gelten deshalb jeweils auch in ihrer weiblichen Form.

² In Bezug auf Mutter-/Vater-Kind-Leistungen gelten Abweichungen aufgrund gesetzlicher Regelungen, siehe Punkte 3.5, 3.5.1, 4.5 und 4.5.1

³ vgl. www.dimdi.de

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

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, kurz ICF genannt, gehört zu der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2001) entwickelten „Familie“ von Klassifikationen im Gesundheitswesen.

Sie ergänzt die ICD (Internationale 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.

Seit 2005 steht die deutsche Übersetzung der ICF in gedruckter Form und auf der Internetseite des DIMDI zur Verfügung⁴. Meilensteine auf dem Weg zur ICF-Implementierung in Deutschland war 2001 das Inkrafttreten des SGB IX und mit ihm eine Anlehnung an die ICF sowie die Fokussierung auf den Teilhabebegriff (Partizipation).

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.

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, wie 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 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).

⁴ <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/> (Zugriff 11.01.2016)

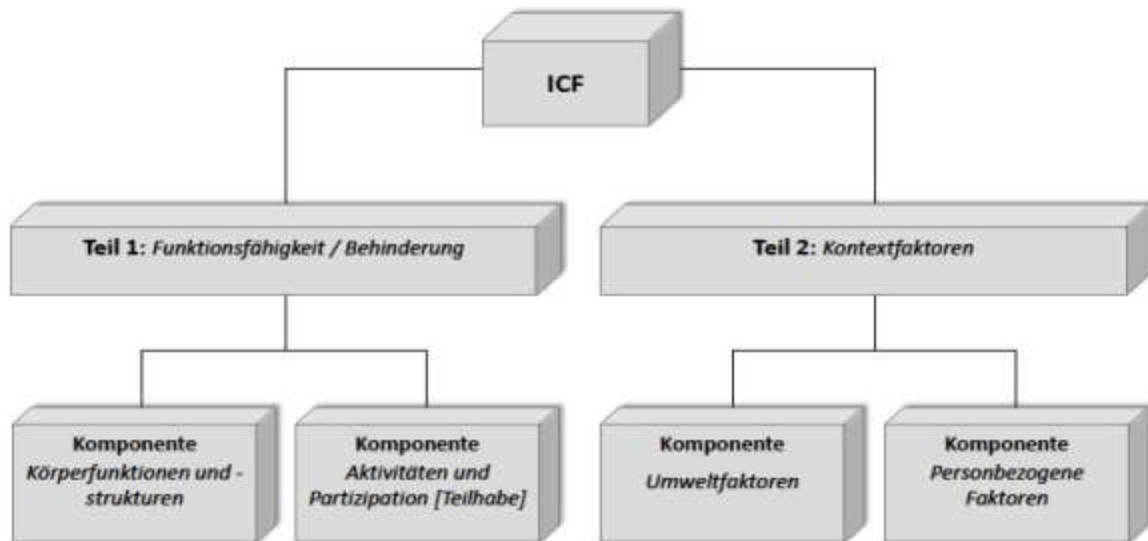


Abb. 1: Struktur der ICF

- 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 Kontext-faktoren.
- 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)

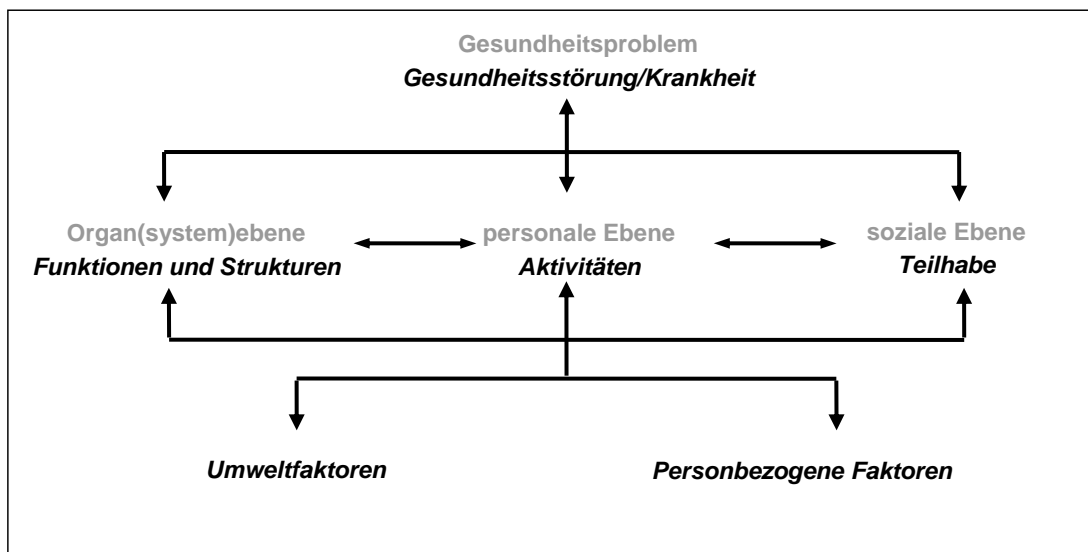


Abb. 2: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF

Behinderung im Sinne einer Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit ist somit kein statisches Merkmal mehr, 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 des Ausgleichs 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 ICF und ihre Anwendung in der täglichen Praxis“ für die Krankenkassenmitarbeiter.

Die Nutzung der ICF setzt neben der Kenntnis ihrer Konzeption („Philosophie“) allerdings auch die ihrer Grundbegriffe voraus.

1.1.3 Begriffe der ICF

Körperfunktionen und Körperstrukturen

Als Körperfunktion 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, wie z. B. Konzentrationsfähigkeit, gehören hierzu.

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

Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Leben gestalten. Diese Faktoren liegen außerhalb der Person. Fördernde Umweltfaktoren können beispielsweise barrierefreie Zugänge, Verfügbarkeit von Hilfsmitteln, 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 Gesundheitszustandes sind. Sie sind von der WHO wegen der mit ihnen einhergehenden gro-

ßen soziokulturellen Unterschiede der Nationen in der ICF bislang nicht systematisch klassifiziert.⁵ Beispielshaft 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 beispielsweise Beschwerden, Krankheitszeichen (Symptome) oder typischer Gruppen von Symptomen (Syndrom). Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (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 ebenfalls vom DIMDI herausgegebenen und von der WHO autorisierten Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (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/Intervention. Ergänzt wird diese Zustandsbeschreibung um die alltagsrelevanten Auswirkungen in den Aktivitäts- und Teilhabebereichen.

1.3 Definition Krankenbehandlung

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

⁵ Die WHO hat es den Anwendern freigestellt, diese entsprechend ihren Anforderungen auszufüllen. Die der Begutachtung zugrundeliegende Systematik von personbezogenen Faktoren findet sich in der Anlage 9.14

Kurative Versorgung ist a priori kausal orientiert. Ihr konzeptionelles Bezugssystem ist in der Regel das bio-medizinische Krankheitsmodell und die entsprechende Klassifikation, die ICD.

1.4 Definitionen Vorsorge

International wird zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden. Im Sinne dieser Begutachtungs-Richtlinie ist der Vorsorge nur die Primär- und Sekundärprävention zugeordnet. Die Tertiärprävention ist weitestgehend identisch mit dem Begriff der Rehabilitation (siehe Punkt 1.5).

1.4.1 Primärprävention

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

Primärprävention dient der Förderung und Erhaltung der Gesundheit. Maßnahmen der Primärprävention richten sich an einzelne Personen (als verhaltensbezogene Prävention) aber auch Personengruppen (im Sinne von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten). Diese betreffen beispielsweise gesunde Ernährung, körperliche Aktivitäten, Impfungen gegen Infektionskrankheiten und Beseitigung von Gesundheitsrisiken im umwelt- und personbezogenen Kontext. Krankheiten liegen noch nicht vor, Risikofaktoren können erkennbar sein.

1.4.2 Sekundärprävention

Sie zielt darauf ab, die Krankenbestandsrate (Prävalenzrate) durch Verkürzung der Krankheitsdauer, d. h. durch Krankenbehandlung, zu verringern.

Der Sekundärprävention dienen Frühdiagnostik und Frühtherapie mit dem Ziel, das Fortschreiten des Krankheitsprozesses zu verhindern bzw. dessen Umkehr zu bewirken sowie die Beschwerden zu verringern. Dadurch sollen Schädigungen beseitigt bzw. verringert und Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder Teilhabe 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 wenn die gesundheitliche Entwicklung eines Kindes/Jugendlichen gefährdet ist (Primärprävention).

Vorsorgebedürftigkeit besteht auch, wenn bei manifester (chronischer) Krankheit drohende Beeinträchtigungen der Aktivitäten verhindert, das Auftreten von Rezidiven bzw. Exazerbationen vermieden bzw. deren Schweregrad vermindert oder dem Fortschreiten der Krankheit entgegengewirkt werden soll (Sekundärprävention).

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

- Partner-/Eheprobleme/Trennung vom Partner
- Tod des Partners bzw. naher Angehöriger
- chronische Krankheiten/Suchtproblematik von Angehörigen
- Schwierigkeiten bei der Problembewältigung, insbesondere von Alltagsproblemen
- ständiger Zeitdruck
- finanzielle Sorgen
- Arbeitslosigkeit
- besondere berufliche und familiäre Belastungssituationen (z. B. Schichtarbeit, pflegende Angehörige)
- soziale Isolation
- beengte Wohnverhältnisse

Beeinflussbare medizinische Risikofaktoren (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. wenn 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 körperlich und geistig in der Lage ist, am festgelegten Vorsorgeprogramm teilzunehmen.

1.4.5 Vorsorgeziele

Primärpräventive Ziele sind

- die Beseitigung bzw. Verminderung von Gesundheitsstörungen und modifizierbarer Risikofaktoren zur Verhütung einer Krankheit (Senkung der Inzidenzrate),
- dauerhaft 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),
- Vermeidung von voraussichtlich nicht nur vorübergehenden alltagsrelevanten Beeinträchtigungen der Aktivitäten bei bereits manifesten chronischen Krankheiten.

1.4.6 Vorsorgeprognose

Sie ist die medizinisch begründete Wahrscheinlichkeit, durch eine geeignete Vorsorgeleistung in einem angemessenen Zeitraum die Vorsorgeziele zu erreichen.

Dabei sind individuell relevante Kontextfaktoren zu berücksichtigen, z. B. ob der Versicherte motiviert ist, konsequent und langfristig sein Gesundheitsverhalten im Sinne einer Risikobeseitigung bzw. -verminderung zu ändern oder durch Krankheitsbewältigungsstrategien (Coping) zu lernen, mit der (chronischen) Krankheit besser zu leben.

1.5 Definitionen Rehabilitation

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.

Eine drohende Beeinträchtigung der Teilhabe liegt vor, 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 Beeinträchtigungen der Teilhabe drohen 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. Bei der Beurteilung sind die umwelt- und personbezogenen Kontextfaktoren zu berücksichtigen. Auch hier gelten die beispielhaft unter Punkt 1.4.3 aufgeführten Kontextfaktoren.

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.

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 oder drohende Beeinträchtigungen der Teilhabe abzuwenden bzw.

eine bereits eingetretene Beeinträchtigung der Teilhabe zu beseitigen, zu vermindern oder deren Verschlimmerung zu verhüten.

Realistische, für den Versicherten alltagsrelevante Rehabilitationsziele leiten sich aus den Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder Teilhabe ab. Bei der Formulierung der Rehabilitationsziele ist der Versicherte zu beteiligen.

Ziele der Rehabilitation können sein:

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

Neben diesen Zielen sollte auch die positive Beeinflussung von Schädigungen berücksichtigt werden.

1.5.4 Rehabilitationsprognose

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

- auf der Basis der Erkrankung oder Behinderung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotentials oder der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller positiver Kontextfaktoren, insbesondere der Motivation oder Motivierbarkeit des Versicherten
- über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels
- durch eine geeignete Leistung zur medizinischen Rehabilitation
- in einem notwendigen Zeitraum.

1.6 Zuweisungskriterien (Allokationskriterien)

Ist die Indikation für eine Vorsorge-/Rehabilitationsleistung gegeben, sind folgende Kriterien für die Zuweisung der im Einzelfall gebotenen Leistungen maßgeblich:

- Art und Schweregrad des zugrunde liegenden Gesundheitsproblems und der resultierenden Schädigungen.
- Das noch vorhandene Aktivitätsprofil (Kommunikation, Mobilität und Selbstversorgung).
- Der person- und umweltbezogene Kontext (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 stationär⁶),
- die Dauer und Dringlichkeit der Leistung und
- andere Besonderheiten wie behinderungsspezifische Ausstattung, notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson, Möglichkeit der Mitaufnahme von Kindern und fremdsprachliches Angebot.

⁶ In Bezug auf Mutter-/Vater-Kind-Leistungen gelten Abweichungen aufgrund gesetzlicher Regelungen, siehe Abschnitte 3.5, 3.5.1 und 4.5.1

2 Versorgungssystem der Gesetzlichen Krankenversicherung

2.1 Gesetzliche 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 der Leistungserbringer 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. März 2004 in der jeweils aktuellen Fassung.

Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind die Vorschriften des SGB IX *Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen* maßgeblich. Diese gelten für die Gesetzliche Krankenversicherung, soweit sich aus dem SGB V nichts Abweichendes ergibt (§ 7 SGB IX).

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 - Behinderung
- § 4 SGB IX - Leistungen zur Teilhabe
- § 5 SGB IX - Leistungsgruppen
- § 6 SGB IX - Rehabilitationsträger
- § 7 SGB IX - Vorbehalt abweichender Regelungen
- § 8 SGB IX - Vorrang von Leistungen zur Teilhabe
- § 9 SGB IX - Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten
- § 14 SGB IX - Zuständigkeitsklärung
- § 17 SGB IX - Ausführung von Leistungen, Persönliches Budget
- § 20 SGB IX - Qualitätssicherung
- § 26 SGB IX - Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- § 44 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.

2.2 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 Punkt 8) entsprechen.

Bei der Entscheidung über die Leistungen und Ausführung der Leistungen zur Teilhabe wird den berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen. Dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht (§ 2b SGB V) und die Familie Rücksicht genommen. Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihre Vielfalt zu beachten. Den religiösen und weltanschaulichen Bedürfnissen ist Rechnung zu tragen (§ 2 Abs. 3 SGB V). Gleiches gilt für die besonderen Belange behinderter und chronisch kranker Menschen sowie behinderter Mütter und Väter bei der Erfüllung ihres Erziehungsauftrages (§§ 2a SGB V, 9 Abs. 1 SGB IX).

Im Leistungsbescheid zur Verordnung von Rehabilitationsleistungen 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 der Versicherte, sofern er eine andere zertifizierte Einrichtung wählt, die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen hat, sofern es sich nicht um Mehrkosten handelt, die im Hinblick auf die Beachtung des Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 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 berücksichtigt und dokumentiert werden.

2.3 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.

Im Rahmen des QS-Reha[®]-Verfahrens werden die Rehabilitationseinrichtungen in allen Qualitätsdimensionen regelmäßig alle drei Jahre überprüft. Die Daten über die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie die Patientenzufriedenheit werden in einem Qualitätsprofil zusammengestellt und klinikvergleichend ausgewertet. Einzelheiten zum methodischen Design, zum Stand der Umsetzung sowie zu den Zwischenergebnissen können der Homepage zum QS-Reha[®]-Verfahren des GKV-Spitzenverbandes unter www.qs-reha.de entnommen werden.

Nach § 20 Abs. 2a SGB IX müssen stationäre Rehabilitationseinrichtungen außerdem ein anerkanntes rehabilitationsspezifisches Qualitätsmanagement-Verfahren etablieren, das durch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) anerkannt wird. Details, wie z. B. die Liste der auf der Ebene der BAR anerkannten Qualitätsmanagement-Verfahren mit ihren herausgebenden Stellen oder zertifizierte stationäre Rehabilitationseinrichtungen, finden sich auf der Homepage der BAR (www.bar-frankfurt.de, Qualitätsmanagement und Zertifizierung).

3 Medizinische Vorsorgeleistungen

Ist die ärztliche Behandlung einschließlich Leistungen mit präventiver Ausrichtung nicht ausreichend oder ist sie ohne Erfolg durchgeführt worden, 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 Punkt 3.5.

3.1 Indikation für Vorsorgeleistungen

Vorsorgeleistungen sind indiziert, wenn im Einzelfall

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

festgestellt worden sind (siehe Abschnitt 1.4).

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

Wird bei der Prüfung einer beantragten Vorsorgeleistung festgestellt, dass die Indikation für eine Rehabilitationsleistung besteht, ist auch zu prüfen, ob die medizinischen Voraussetzungen für Leistungsansprüche gegenüber anderen Leistungsträgern bestehen (siehe Punkt 6).

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

3.2 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 Verantwortung kommen folgende Behandlungselemente zur Anwendung:

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

- Bewegungstherapie (Krankengymnastik, Übungsbehandlung) allgemeine und individuelle gesundheitsfördernde Maßnahmen am Kurort ,Gesundheitsbildung und -training in Seminaren und Übungsgruppen zur Förderung der Selbsthilfe
- 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 krankheitsspezifischer Ausrichtung durchgeführt wird.

Wesentliche Merkmale der Kompaktkur sind:

- Indikationsspezifische Ausrichtung für Patienten mit gleichen oder ähnlichen Krankheitszuständen
- strukturierte Therapiekonzepte mit multidisziplinärem Ansatz
- Behandlung in stabilen Gruppen mit maximal 15 Teilnehmern und Gruppenleitung
- interdisziplinäre Qualitätszirkel.

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).

Informationen zu Kompaktkuren können im Internet unter www.kvwl.de abgerufen werden.

3.2.1 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 bzw. wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände nicht durchgeführt werden können (z. B. können pflegende Angehörige oftmals ambulante Leistungen nicht regelmäßig in Anspruch nehmen)
- die vorübergehende Herausnahme des Versicherten aus dem sozialen Umfeld geboten erscheint.

Ambulante Vorsorgeleistungen am Kurort sind ausgeschlossen, wenn auf Grund des geringen Grades der Gesundheitsgefährdung z. B. ein Klimawechsel im Rahmen eines Erholungsurlaubes ausreichend ist.

3.3 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 qualifizierten Arztes nach individuellen Vorsorgeplänen 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. Für pflegende Angehörige kann die Krankenkasse Leistungen nach § 23 Abs. 4 SGB V auch in Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V erbringen, sofern eine stationäre Durchführung der Leistung (sozial-)medizinisch erforderlich ist.

3.3.1 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 eingeschränkter Mobilität,
- wenn ambulante Vorsorgeleistungen am Kurort nicht erfolgversprechend oder ausreichend sind oder
- bei der Notwendigkeit des strukturgebenden Rahmens einer stationären Einrichtung (personbezogene Probleme der Orientierung, Motivation) oder Notwendigkeit engmaschiger ärztlicher und medizinischer Kontrollen (Diabetes mellitus u. a.).

3.4 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 Punkten 3.1 und 3.2 gelten analog.

3.4.1 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 häufigen Infekten, 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 erwachsener 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. Februar 2000 auf die folgende Definition für „chronisch kranke Kleinkinder“:

„Kleinkinder sind Kinder, die das 1. Lebensjahr vollendet und das 6. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Diese sind als chronisch krank anzusehen, wenn sie sich in ärztlicher Dauerbehandlung befinden. Eine Dauerbehandlung liegt vor, wenn mindestens 1 Jahr lang ärztliche Behandlung, andere medizinische Behandlungen oder ärztliche Überwachung einer Krankheit oder Therapie durchgeführt wurden und auch zukünftig notwendig sind, die regelmäßige, wenigstens einmal im Quartal stattfindende Kontakte zwischen 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“.

3.4.2 Stationäre Vorsorgeleistungen mit primärpräventiver Zielsetzung bei Kindern/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 oder Adipositas ohne Folgekrankheiten (z. B. Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Gelenkveränderungen), 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.

3.4.3 Stationäre Vorsorgeleistungen mit sekundärpräventiver Zielsetzung bei Kindern/Jugendlichen

Sie sind indiziert bei:

- Verhaltensabweichungen mit nachweisbaren, die gesundheitliche Entwicklung gefährdenden Defiziten und erfolglos gebliebenen Therapieversuchen, die sich z. B. in Konzentrationsschwäche bei einer schwierigen familiären Situation äußern,
- 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
- der Verhinderung einer Verschlimmerung chronischer Erkrankungen,

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.

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

Vorsorgeleistungen nach § 24 SGB V sind nur **stationär** in Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V zu erbringen. Die ambulante Erbringung einer **komplexen** Vorsorgeleistung nach § 24 SGB V ist im Gesetz nicht vorgesehen. Das erforderliche Leistungsangebot wird nur in stationären Mutter-/Vater- und Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen vorgehalten. 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.

Diese Vorsorgeleistungen können von Versicherten nachgefragt werden, die

- leibliche Kinder,
- Adoptivkinder,
- Stiefkinder,
- Pflegekinder,
- Enkelkinder (bei überwiegender Erziehungsverantwortung der Großeltern) oder
- Kinder in „Patchworkfamilien“

aktuell erziehen und betreuen. 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,
- Anpassungsstörung,
- 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. Dafür müssen grundsätzlich die medizinischen Indikationskriterien (Vorsorgebedürftigkeit, Vorsorgefähigkeit, Vorsorgeziele und -prognose) geprüft werden.

Jeder einzelne der unter Punkt 1.4.3. beispielhaft genannten Kontextfaktoren:

- Partner-/Eheprobleme/Trennung vom Partner
- Tod des Partners bzw. naher Angehöriger
- 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

kann im Sinne der Wechselwirkungen des bio-psycho-sozialen Modells mitverantwortlich für das Auftreten oder die Verschlimmerung der Gesundheitsstörung sein. Aufgrund des Familienkontextes

können diese eine besondere mütter-/vaterspezifische Belastung entfalten und damit in eine mütter-/vaterspezifische Problemkonstellation münden. Daneben können die nachfolgenden beispielhaft genannten negativ wirkenden mütter-/vaterspezifischen Kontextfaktoren relevant sein:

- 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
- allein erziehend, 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.

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-/vaterspezifische) im Zusammenhang mit der Erziehungsverantwortung zu einer mütter-/vaterspezifischen Problemkonstellation führen, die das Gesundheitsproblem bedingt, unterhält oder verstärkt und eine Vorsorgeleistung in einer Mütter-/Väter- bzw. Mütter-/Väter-Kind-Einrichtung erfordert. In dem nachfolgenden Begutachtungsalgorithmus sind die relevanten Prüfschritte abgebildet:

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 „**Vorsorgebedürftigkeit**“ erfüllt?

ja

nein

Es ist ein **interdisziplinärer und mehrdimensionaler** Behandlungsansatz im Rahmen einer medizinischen Vorsorgeleistung erforderlich.
Liegen ferner **Vorsorgefähigkeit** und eine **positive Prognose** für **die Vorsorgeziele** 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 Vorsorge für Mütter/Väter, Mutter-/Vater-Kind nach **§ 24 SGB V**

Medizinische Vorsorgeleistung nach **§ 23 SGB V**

Bei bestimmten Problemsituationen werden spezialisierte Leistungen von den Einrichtungen angeboten, wie beispielsweise Leistungen für Mütter/Väter

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

3.6 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

- das Kind behandlungsbedürftig ist und seiner Indikation entsprechend behandelt werden kann, oder
- zu befürchten ist, dass eine Maßnahme bedingte Trennung von der Mutter/dem Vater zu psychischen Störungen des Kindes führen kann (z. B. aufgrund des Alters), oder
- bei Müttern/Vätern, insbesondere bei allein erziehenden oder berufstätigen Müttern/Vätern, eine belastete Mutter-/Vater-Kind-Beziehung verbessert werden soll, oder

- wegen einer besonderen familiären Situation eine Trennung des Kindes/der Kinder von der Mutter/dem Vater unzumutbar ist, 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 gefährdet. Die Möglichkeit zur Mitaufnahme besteht in der Regel für Kinder bis 12 Jahren, in besonderen Fällen bis 14 Jahren. 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 Fachpersonal, auch pädagogisch qualifiziertem, betreut und, sofern erforderlich, in das Vorsorgekonzept der Mutter/des Vaters einbezogen. Bei Behandlungsbedürftigkeit des Kindes ist zu prüfen, ob eine medizinische Betreuung in der Einrichtung sichergestellt werden kann.

Liegt eine Indikation zur medizinischen Rehabilitation bei Kindern vor, ist für das Kind eine indikationsspezifische Rehabilitation zu empfehlen. Falls erforderlich kann die Mutter/der Vater als Begleitperson mit in die Rehabilitationseinrichtung für Kinder aufgenommen werden. Die Vorsorgebedürftigkeit der Mutter/des Vaters ist getrennt davon zu beurteilen.

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.

4 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Reicht 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 aus, ist die Indikation von Rehabilitationsleistungen zu prüfen.

Rehabilitationsleistungen werden sowohl ambulant als auch stationär erbracht, ambulante und stationäre Anschlussrehabilitationen (AR) sind dabei eingeschlossen. Die Entscheidung über eine ambulante (einschließlich mobiler) oder stationäre Durchführung trifft die Krankenkasse unter Berücksichtigung der vorliegenden sozialmedizinischen Empfehlung. Kann das Rehabilitationsziel mit gleicher Erfolgsaussicht auch im Rahmen einer ambulanten Leistung 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, oder indikationsübergreifend typischerweise als geriatrische Rehabilitation erbracht werden. Für die Zielgruppen Mütter/Väter, Mutter-/Vater-Kind steht ein spezielles Rehabilitationsangebot zur Verfügung.

Bei der medizinischen Rehabilitation handelt es sich um eine Komplexleistung. Die in § 26 Abs. 2 und 3 SGB IX aufgeführten Leistungen können Bestandteil dieser Komplexleistung sein. Werden sie als Einzelleistungen erbracht, sind sie nicht als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach §§ 40 und 41 SGB V einzustufen.

4.1 Indikation für Rehabilitationsleistungen

Eine Rehabilitationsleistung (§ 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.

Die Besonderheiten bei der pädiatrischen sowie geriatrischen als auch Mütter-/Väter-, Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitation sind zu beachten (siehe Punkte 4.4, 4.5 und 4.6).

Auch die Rehabilitation von psychisch, psychosomatisch oder Abhängigkeitskranken richtet sich nach dieser Begutachtungs-Richtlinie.

4.2 Ambulante Rehabilitation

Ambulante Rehabilitationsleistungen (§ 40 Abs. 1 SGB V) können nur in den dafür von der Krankenkasse zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111c SGB V besteht, durchgeführt werden oder im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld des Patienten als mobile Rehabilitation, sofern hierfür die besonderen Voraussetzungen erfüllt sind (vgl. Punkt 4.2.2). Im Zusammenhang mit ambulanten Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen

wird auf die Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation sowie die BAR-Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation in den jeweils gültigen Fassungen verwiesen.

4.2.1 Zuweisungskriterien für ambulante Rehabilitation

Eine ambulante Rehabilitationsleistung kann in Betracht kommen, wenn ein ausreichendes Aktivitätsprofil des Versicherten und ein die Versorgung absichernder person- und umweltbezogener Kontext vorhanden sind.

Das bedeutet im Einzelnen:

- Das Rehabilitationsziel ist durch eine ambulante Rehabilitation erreichbar.
- Eine ständige ärztliche Überwachung und pflegerische Versorgung des Versicherten sind nicht erforderlich. Die hausärztliche Versorgung ist außerhalb der Rehabilitationszeiten sichergestellt.
- Der Versicherte verfügt über die zur Inanspruchnahme der ambulanten Rehabilitation erforderliche Mobilität und über ausreichende Aktivitäten zur Selbstversorgung (ATL).
- Er ist für die ambulante Leistungserbringung physisch und psychisch ausreichend belastbar.
- Die Rehabilitationseinrichtung kann in einer zumutbaren Fahrzeit erreicht werden.
- Eine Herausnahme aus dem sozialen Umfeld ist nicht notwendig.
- Die hauswirtschaftliche Versorgung ist sichergestellt.

4.2.2 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 seine Wohnung bzw. die seiner Familie 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 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

- 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 der „Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation“ und in den Eckpunkten für die mobile indikations-spezifische Rehabilitation (Punkt 0) fixiert.

4.3 Stationäre Rehabilitation

Stationäre Rehabilitationsleistungen (§ 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.

4.3.1 Zuweisungskriterien für stationäre Rehabilitation

Eine Rehabilitation ist stationär durchzuführen, wenn ein Zuweisungskriterium für die ambulante Rehabilitation **nicht** erfüllt ist (siehe Punkt 4.2.1).

4.4 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 als Leistung nach § 40 SGB V als auch beim Rentenversicherungsträger als Leistung nach § 31 SGB VI beantragt werden; in diesen Fällen ist der zuerst angegangene Rehabilitationsträger zuständig. Auch für diese Zielgruppe gelten die in Punkt 4.1 aufgeführten Indikationskriterien unter Berücksichtigung entwicklungspezifischer Besonderheiten.⁷ Unter bestimmten Voraussetzungen kommt die Mitaufnahme einer Begleitperson in Betracht (vgl. Punkt 5.4).

4.4.1 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. In diesem Zusammenhang werden in der Verfahrensabsprache zu Anträgen der „Familienorientierten Rehabilitation“ folgende Empfehlungen gegeben (§ 3 Abs. 4): *„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 Rehabilitationsort anzustreben.“*

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

Für in aktueller Erziehungsverantwortung stehende Mütter und Väter (siehe Punkt 3.5) besteht ein spezielles Rehabilitationsangebot.

Neben der indikationsspezifischen Ausrichtung verfolgen Leistungen nach § 41 SGB V unter Berücksichtigung der allgemeinen und mütter-/väterspezifischen Kontextfaktoren das Ziel, den spezifi-

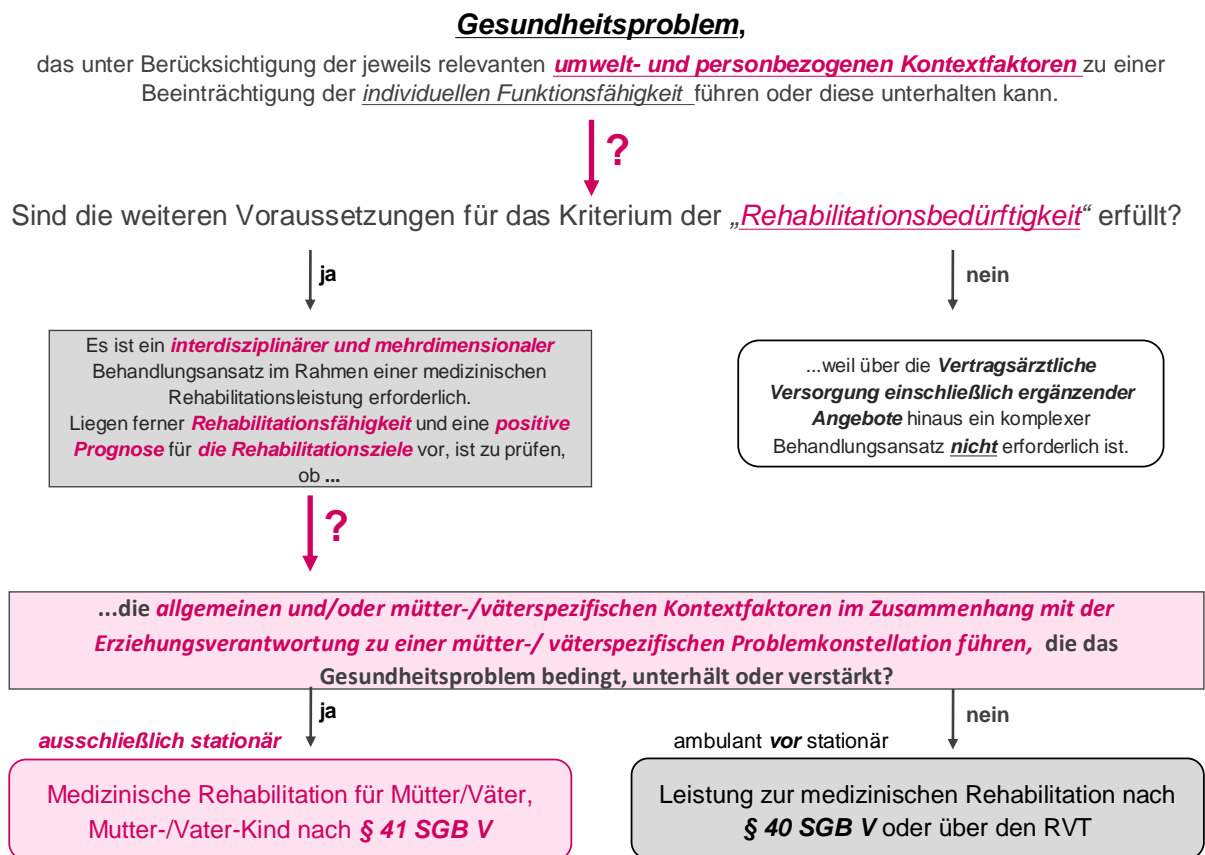
⁷ BAR: *Gemeinsames Rahmenkonzept der Gesetzlichen Krankenkassen und der Gesetzlichen Rentenversicherung für die Durchführung stationärer medizinischer Leistungen Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche*

schen 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.

Nach § 40 Abs. 4 SGB V ist auch bei Leistungen nach § 41 SGB V die vorrangige Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers zu prüfen (persönliche und versicherungsrechtliche Voraussetzungen nach §§ 10, 11 SGB VI, siehe Punkt 6). Dabei ist zu beachten, dass die Rentenversicherungsträger keine Mutter-/Vater-Kind-Leistungen erbringen.

4.5.1 Mutter-/Vater-Kind-Leistungen

Die Leistungen nach § 41 SGB V können auch als Mutter-/Vater-Kind-Leistung erbracht werden. Die Ausführungen in den Punkten 3.5 und 3.5.1 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 dem nachfolgenden Begutachtungsalgorithmus sind die relevanten Prüfschritte abgebildet.



4.5.2 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:

- der Aufmerksamkeit,
- dem Antrieb,
- der Emotion,
- dem Affekt,
- der Stimmung,
- dem Willen,
- dem Verhaltensmuster sowie
- anderen Bereichen des Bewusstseins oder Wachzustandes.

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

- Wissensanwendung (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen),
- allgemeinen 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),
- interpersonellen 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
- sozialen und staatsbürgerlichen Lebens.

4.6 Geriatrische Rehabilitation

Da es in der deutschen Medizin bisher keine allgemein anerkannte und verbindliche Definition des geriatrischen Patienten gibt, ist es schwierig, die Patienten zu erkennen, für die vornehmlich Leistungen der geriatrischen Rehabilitation und nicht solche der indikationsspezifischen (z. B. kardiologischen, neurologischen, orthopädischen) in Frage kommen. Für die fachlich schwierige Einschät-

zung der medizinischen Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit von Leistungen der geriatrischen Rehabilitation, in Abgrenzung zu indikationsspezifischen Rehabilitationsleistungen, werden daher weitere Hinweise und Informationen benötigt.

Beim geriatrischen Patienten besteht aufgrund von Multimorbidität und Komplikationen die Notwendigkeit gleichzeitiger akutmedizinischer Behandlung bzw. Überwachung und rehabilitativer Maßnahmen. Dabei können die Anteile im Behandlungsverlauf unterschiedlich gewichtet sein. Damit befindet sich der geriatrische Patient mit seinen wechselnden Behandlungsschwerpunkten leistungrechtlich an der Schnittstelle zwischen Akut- und Rehabilitationsbehandlung. Diese Besonderheiten haben u. a. dazu geführt, dass es für die stationäre Versorgung der geriatrischen Patienten in der Bundesrepublik Deutschland mit Einrichtungen nach § 108 SGB V (Akutgeriatrie, ggf. einschließlich umfassender Anschlussrehabilitation und Einrichtungen nach § 111 SGB V (Geriatrische Rehabilitation) zwei Strukturtypen mit unterschiedlichen Modalitäten der Patienten- bzw. Rehabilitanden Zuweisung gibt. In einigen Bundesländern gibt es ausschließlich geriatrische Abteilungen in Akutkrankenhäusern, in anderen Bundesländern findet eine spezielle geriatrische Behandlung nur in Rehabilitationskliniken statt und schließlich finden sich Bundesländer mit einer unterschiedlich gewichteten Mischstruktur von Einrichtungen bis hin zur Existenz von Kliniken mit geriatrischen Abteilungen nach §§ 108 und 111 SGB V unter einem Dach.

Der Leistungsentscheidung bezüglich der geriatrischen Rehabilitation liegen Begutachtungen / Einschätzungen auf zwei unterschiedlichen Zuständigkeitsebenen zugrunde:

➤ **Zuständigkeitsebene des MDK
(Empfehlung zur Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Art sowie Dauer der Rehabilitation)**

Der Gutachter nimmt im Sinne einer Empfehlung dazu Stellung, ob eine Leistung der (geriatrischen) Rehabilitation sozialmedizinisch erforderlich ist, d. h. ob Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose auf der Grundlage eines realistischen, alltagsrelevanten Rehabilitationsziels bei einem (geriatrischen) Patienten gegeben sind.

➤ **Zuständigkeitsebene der Krankenkasse
(Entscheidung über Art, Dauer, Umfang, Beginn und Einrichtung)**

Unter Berücksichtigung der von dem Gutachter festgestellten medizinischen Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit entscheidet die Krankenkasse über den Leistungsanspruch und wählt die am besten geeignete Einrichtung der (geriatrischen) Rehabilitation aus. Dabei sind Aspekte der Qualität und Wirtschaftlichkeit sowie regionalspezifische Besonderheiten des Leistungsangebots (ambulante und stationäre geriatrische und indikationsspezifische Rehabilitationseinrichtungen) gebührend zu berücksichtigen.

4.6.1 Was ist Geriatrie?

Geriatrie ist das medizinische Fachgebiet für die Alterungsprozesse und die präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Aspekte der Erkrankungen alter Menschen.

Die gesundheitliche Gesamtsituation alter Menschen wird häufig durch das gleichzeitige Vorkommen mehrerer Krankheiten und deren Folgen, altersbedingter Veränderungen sowie gesundheitlich relevanter Lebensumstände und Lebensgewohnheiten geprägt. Dies erfordert speziell auf die Situ-

ation der alten und in besonderem Maße hilfsbedürftigen Menschen abgestimmte komplexe Behandlungs- bzw. Rehabilitationsangebote, deren nachfolgend genannte Komponenten entsprechend der Notwendigkeit zu kombinieren sind:

- Kontinuierliche ärztliche Diagnostik, Behandlung und Teamführung,
- Maßnahmen der Pflege mit Schwerpunkt der aktivierend-therapeutischen Pflege,
- Maßnahmen der Krankengymnastik und Bewegungstherapie,
- Maßnahmen der Physikalischen Therapie,
- Ergotherapie,
- Maßnahmen der Logopädie (auch Schluckstörungen),
- Neuropsychologische Behandlung,
- Psychologische und psychotherapeutische Behandlung,
- Soziale Beratung und
- Ernährungsberatung.

Die Versorgung von Patienten in geriatrischen Einrichtungen erfolgt nach einer speziellen „Fachphilosophie“, an deren Beginn ein multidimensionales geriatrisches Assessment (siehe Punkt 4.6.8) als diagnostischer Prozess steht. Dieses dient dem Ziel, medizinische und psychosoziale Probleme und Ressourcen bei alten Menschen systematisch und umfassend zu objektivieren und zu quantifizieren. Darauf aufbauend wird unter Einbezug von Patient und Angehörigen ein umfassender Plan für die weitere Behandlung und Betreuung entwickelt. Auch die Zusammenarbeit der an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen in ärztlich geleiteten interdisziplinären therapeutischen Teams ist charakteristisch für die geriatrische Behandlungsweise.

Nicht jeder ältere Patient ist ein geriatrischer Patient. Im Sinne dieser Begutachtungs-Richtlinie wird von einem geriatrischen Patienten ausgegangen, wenn **beide** nachfolgend genannten (Identifikations-)Kriterien erfüllt sind:

- geriatrietypische Multimorbidität

und

- höheres Lebensalter (in der Regel 70 Jahre oder älter; Abweichungen von diesem Kriterium sind möglich, bedürfen jedoch einer Begründung).

Erfüllt der so charakterisierte geriatrische Patient die Indikationskriterien für die geriatrische Rehabilitation, wird aus ihm ein potenzieller geriatrischer Rehabilitand.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass, vor allem auf Grund der Vielfalt und Vielgestaltigkeit der medizinischen und psychosozialen Betreuungserfordernisse beim alten Patienten, eine in jedem Fall eindeutige und reproduzierbare Differenzierung zwischen den Indikationen für eine geriatrische und indikationsspezifische Rehabilitation allein mit Hilfe dieser Begutachtungs-Richtlinie nicht möglich ist. Es wird eine „Restmenge“ von alten Patienten bleiben, bei denen die genannten Kriterien im Einzelfall durch eine nachvollziehbare Empfehlung des Gutachters sinnvoll ergänzt werden müssen.

Was heißt geriatrische **Multimorbidität**?

Geriatrische Multimorbidität ist die Kombination von Multimorbidität und geriatrischen Befunden bzw. Sachverhalten. Multimorbidität im Sinne dieser Begutachtungs-Richtlinie ist wie folgt definiert:

Ein Patient ist multimorbid, wenn er multiple strukturelle oder funktionelle Schädigungen bei mindestens zwei behandlungsbedürftigen Erkrankungen aufweist.

Behandlungsbedürftig heißt, dass die aus diesen Erkrankungen entstehenden Gesundheitsprobleme bzw. die resultierenden Schädigungen von Körperfunktionen und/oder Körperstrukturen während der Rehabilitationsleistung engmaschig ärztlich überwacht und bei der Therapie berücksichtigt werden müssen. Dies muss ggf. integrativ erfolgen, d. h. über die Grenzen des eigenen Fachgebiets hinweg. Die integrative Versorgung sollte vorrangig durch einen entsprechend qualifizierten Geriater sichergestellt werden, ggf. sind Ärzte anderer Fachgebiete (z. B. Orthopädie, Urologie) hinzuzuziehen.

Das **Geriatrische** der Multimorbidität ist eine Kombination der nachfolgend genannten Merkmalkomplexe a) und b), ggf. in Kombination mit c):

a) Vorhandensein von Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen sowie alltagsrelevanten Beeinträchtigungen von Aktivitäten (in variabler Kombination) im Sinne eines geriatrischen Syndroms, d. h.

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

Für das geriatrische Syndrom relevante Sachverhalte, außerhalb der Systematik der Schädigungen und alltagsrelevanter Beeinträchtigungen der Aktivitäten, sind

- Mehrfachmedikation,
- herabgesetzte Medikamententoleranz,
- häufige Krankenhausbehandlung (Drehtüreffekt).

Typische antragsrelevante Hauptdiagnosen beim geriatrischen Patienten sind:

- Zustand nach Schlaganfall,
- Zustand nach hüftgelenksnahen Frakturen,
- Zustand nach operativer Versorgung mit Totalendoprothesen von Hüfte und Knie,
- Zustand nach Gliedmaßenamputation bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit oder diabetischem Gefäßleiden.

Ebenso finden sich bei geriatrischen Patienten neurologische, kardiopulmonale und muskuloskeletale Erkrankungen wie auch Tumor- und Stoffwechselerkrankungen als Hauptdiagnosen.

In der geriatrietypischen Befundkonstellation finden sich beim Patienten weitere Diagnosen, die aber, wie beispielsweise ein gut eingestellter Bluthochdruck oder Diabetes mellitus, nicht zwangsläufig aktuell behandlungs- oder engmaschig überwachungsbedürftig sind.

Weitere typische Beispiele sind:

- M. Parkinson/Parkinson-Syndrom,
- arterielle Hypertonie,
- koronare Herzkrankheit mit/ ohne Zustand nach Herzinfarkt,
- Herzinsuffizienz unterschiedlicher Genese,
- degenerative Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates,
- periphere arterielle Verschlusskrankheit,
- Diabetes mellitus,
- chronisch-obstruktive Lungenerkrankung,
- Demenz und
- Depression.

Das häufig gleichzeitige Vorkommen der Folgen von somatischen und psychischen Schädigungen und alltagsrelevanten Beeinträchtigungen der Aktivitäten, das einen wesentlichen ursächlichen Faktor für Hilfs- und Pflegebedürftigkeit darstellt, ist besonders zu beachten.

Gegenüber nicht geriatrischen Patienten besteht ein relativ hohes Risiko

- b) der Einschränkung der Selbstständigkeit im Alltag bis hin zur Pflegedürftigkeit,
- c) von Krankheitskomplikationen (Thrombosen, interkurrente Infektionen, Frakturen, verzögerte Rekonvaleszenz u. a.).

4.6.2 Fallbeispiele

Fallbeispiele zur Unterscheidung zwischen geriatrischen und nicht geriatrischen Patienten bei bestimmten Befund-/Faktenkonstellationen mit Hilfe der Kriterien a - c (Indikationskriterien der geriatrietypischen Multimorbidität).

Fallbeispiel I

Für eine 74-jährige Patientin mit Schlaganfall (linkszerebral) wird eine Maßnahme zur Anschlussrehabilitation beantragt:

Befund-/Faktenkonstellation 1

Diagnosen/Schädigungen:

Beinbetonte Lähmung der rechten Körperhälfte.

Weitere: arterielle Hypertonie, absolute Arrhythmie.

Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder der Teilhabe:

- *Gehen (Strecke von 500 m nicht möglich),*
- *Treppensteigen,*
- *Ankleiden,*
- *persönliche Hygiene,*
- *Benutzen öffentlicher Verkehrsmittel,*
- *Barthel-Index 60 Punkte,*

Kontextfaktoren:

- *Zubereitung warmer Mahlzeiten,*
- *Erledigung von Geschäftsangelegenheiten und Telefonieren möglich,*
- *wohnt mit anderen zu Hause.*

Befund-/Faktenkonstellation 2

Diagnosen/Schädigungen:

Beinbetonte Lähmung der rechten Körperhälfte.

Weitere: arterielle Hypertonie, Arthrose beider Kniegelenke, Maculadegeneration mit Sehbehinderung beidseits, erhebliche kognitive Störungen, chronisches Schmerzsyndrom

Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder der Teilhabe:

- *Gehen (Strecke von 500 m nicht möglich),*
- *Treppensteigen,*
- *Ankleiden,*
- *persönliche Hygiene und Blasenkontrolle,*
- *Zubereitung warmer Mahlzeiten,*
- *Erledigung von Geschäftsangelegenheiten,*
- *selbstständiges Telefonieren,*
- *Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel,*
- *Barthel-Index 45 Punkte.*

Kontextfaktoren:

- *Versorgung mit Urindauerkatheter,*
- *regelmäßige Medikation mit mehr als 5 Arzneimitteln,*
- *gehäufte Sturzereignisse in den letzten drei Monaten,*
- *wohnt alleine zu Hause.*

Klassifizierung (Zuordnung zu den Merkmalkomplexen a - c)

Befund-/Faktenkonstellation 1:

Es handelt sich nicht um eine geriatrische Patientin, da keine geriatritypische Multimorbidität vorliegt, d. h.

- kein eindeutiges geriatrisches Syndrom (a),
- es bestehen nur geringe Einschränkungen der Selbstständigkeit im Alltag (b) und
- es liegt kein hohes Risiko von Krankheitskomplikationen vor (c).

Befund-/Faktenkonstellation 2:

Es handelt sich eindeutig um eine geriatrische Patientin, da geriatritypische Multimorbidität vorliegt, d. h.

- ein ausgeprägtes geriatrisches Syndrom (Hemiplegie, Sehbehinderung, Dauerkatheter) (a),
- es bestehen erhebliche Einschränkungen der Selbstständigkeit im Alltag (arthrose-bedingte Mobilitätseinschränkung) (b) und
- es liegt ein relativ hohes Risiko von Krankheitskomplikationen (z. B. Stürze, Infektionen der ableitenden Harnwege u. a.) vor (c).

Fallbeispiel II

Für einen 80-jährigen Patienten wird nach Versorgung mit einer Hüftgelenk-Totalendoprothese rechts eine Leistung zur Anschlussrehabilitation beantragt:

Befund-/Faktenkonstellation 1

Diagnosen/Schädigungen:

Hüft-TEP wegen erheblicher Arthrose.

Weitere: medikamentös gut eingestellter Bluthochdruck, Hüftgelenksarthrose links, Z. n. Herzinfarkt vor 10 Jahren bei stabiler koronarer Herzerkrankung.

Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder der Teilhabe:

- *Einschränkung der Beweglichkeit des rechten Hüftgelenks,*
- *des Gehens,*
- *Wechsel der Körperstellung,*
- *persönliche Hygiene,*
- *Ankleiden,*
- *Barthel-Index 80 Punkte.*

Befund-/Faktenkonstellation 2

Diagnosen/Schädigungen:

Hüft-TEP wegen Oberschenkelhalsfraktur nach Sturz bei häufigen Stürzen in der letzten Zeit.
Weitere: cerebrovaskuläre Insuffizienz mit Schwindel, Zustand nach Schlaganfall mit residueller geringgradiger Hemiparese links vor 3 Jahren, Herzinsuffizienz

Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder der Teilhabe:

- Gehen (Strecke von 500 m nicht möglich),
- Treppensteigen,
- Ankleiden,
- Barthel-Index 50 Punkte.

Kontextfaktoren:

- wiederholte Krankenhausbehandlung in den letzten 3 Jahren,
- regelmäßige Medikation mit mehr als 5 Arzneimitteln.

Klassifizierung (Zuordnung zu den Merkkomplexen a - c)

Befund-/Faktenkonstellation 1

Es handelt sich nicht um einen geriatrischen Patienten, da keine geriatritypische Multimorbidität vorliegt, d. h.

- kein geriatrisches Syndrom (a),
- es liegt nur eine geringe Einschränkung der Selbstständigkeit im Alltag vor (b) und
- es besteht kein hohes Risiko von Krankheitskomplikationen (c).

Befund-/Faktenkonstellation 2

Es handelt sich eindeutig um einen geriatrischen Patienten, da geriatritypische Multimorbidität vorliegt, d. h.

- ausgeprägtes geriatrisches Syndrom (Fraktur, cerebrovaskuläre Insuffizienz, Herzinsuffizienz, Multimedikation) (a),
- es bestehen Einschränkungen der Selbstständigkeit im Alltag (b) und
- es liegt ein relativ hohes Risiko von Krankheitskomplikationen (z. B. Stürze bei Schwindelzuständen und Zustand nach Resthemiparese) vor (c).

4.6.3 Indikationskriterien der geriatrischen Rehabilitation

Liegen bei einem alten Menschen

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

vor, können indikationsspezifische Rehabilitationsleistungen (z. B. kardiologische, neurologische Rehabilitation oder Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen) oder eine **geriatrische Rehabilitation** in Betracht kommen.

Der Inhalt der oben genannten Begriffe entspricht den in der Einführung (siehe Punkt 1.5) genannten Definitionen. Im Hinblick auf die Besonderheiten der geriatrischen Rehabilitation werden sie weiter erläutert und konkretisiert.

Rehabilitationsbedürftigkeit (siehe Punkt 1.5.1)

Für den geriatrischen Patienten alltagsrelevant sind insbesondere:

- Selbstständigkeit beim Essen und Trinken,
- Selbstständigkeit in der persönlichen Hygiene,
- Selbstständigkeit in der Mobilität,
- Selbstständigkeit in der Kommunikation,
- selbstständige Gestaltung einer angemessenen Beschäftigung und
- Selbstständigkeit in der Gestaltung und Aufrechterhaltung der sozialen Integration.

Entsprechende Beeinträchtigungen der Aktivitäten betreffen vor allem

- die Selbstversorgung (z. B. Ernährung, Körperpflege, Exkretion), deren Beeinträchtigung zur Abhängigkeit von fremder Hilfe (Pflegebedürftigkeit) führen kann,
- die Fortbewegung, deren Beeinträchtigung ein Leben des Patienten außerhalb seiner Wohnung verhindern und so zu dessen sozialer Isolation führen kann,
- das Verhalten, z. B. als Folge einer vorübergehenden Verwirrtheit, dessen Beeinträchtigung zu Störungen in der Orientierung und sozialen Integration führen kann,
- die Kommunikation (z. B. Sprachverständnis, Sprachvermögen, Hören, Sehen) mit der Folge der Beeinträchtigung der örtlichen/räumlichen Orientierung,
- die körperliche Beweglichkeit, deren Einschränkung z. B. zu Beeinträchtigung der Selbstversorgung führen kann,
- die Geschicklichkeit (z. B. bei manuellen Aktivitäten), deren Einschränkung z. B. zu Beeinträchtigungen der Beschäftigung/Haushaltsführung führen kann,
- die Strukturierung des Tagesablaufes, die zu vielfältiger Beeinträchtigung der Teilhabe führen kann.

Wesentliche Hinweise auf manifeste oder drohende Beeinträchtigungen sind z. B.:

- der Bezug bzw. die Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung,
- der Antragsteller lebt im Pflegeheim,
- eine amtlich bestellte Betreuung,
- die Verwendung von Hilfsmitteln (z. B. Rollstuhl, Rollator, Inkontinenzhilfen).

Die Rehabilitationsbedürftigkeit ist nicht gegeben bei Vorliegen der nachfolgend genannten **Ausschlusskriterien**:

Kurative oder ausschließlich pflegerische bzw. andere Maßnahmen sind angezeigt bzw. ausreichend, z. B.

- Behandlung durch Hausarzt/Facharzt,
- Krankenhausbehandlung,
- Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln,
- aktivierende Pflege,
- häusliche Einzelfallberatung/Pflegekurse.

Rehabilitationsfähigkeit (siehe Punkt 1.5.2)

Bei geriatrischen Patienten sind die Besonderheiten der Rehabilitationsfähigkeit zu beachten. Sie verfügen im Unterschied zu Patienten, für die eine indikationsspezifische Rehabilitation in Betracht kommt, über eine herabgesetzte körperliche, psychische oder geistige Belastbarkeit und zeichnen sich durch größere Hilfsbedürftigkeit aus. Damit auch diese Patienten die erforderlichen, auf ihre speziellen Bedürfnisse zugeschnittenen Rehabilitationsleistungen erhalten, sind die nachstehenden niedrigschwelligeren (Einschluss-)Kriterien sowie spezifische (Ausschluss-)Kriterien für die Indikationsstellung einer geriatrischen Rehabilitation zu berücksichtigen.

Geriatrische Rehabilitationsfähigkeit ist dann gegeben, wenn alle nachfolgend genannten (Einschluss-)Kriterien erfüllt sind:

- Die vitalen Parameter sind stabil,
- die bestehenden Begleiterkrankungen, Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen und typischen Komplikationen können vom ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Personal der geriatrischen Einrichtung behandelt werden sowie
- die Stabilität des Kreislaufs und die allgemeine psychische und physische Belastbarkeit des Patienten erlauben, dass er mehrmals täglich aktiv an rehabilitativen Maßnahmen teilnehmen kann.

Geriatrische Rehabilitationsfähigkeit ist nicht gegeben, wenn mindestens eines der nachfolgend genannten **(Ausschluss-)Kriterien** erfüllt ist:

- Fehlende Zustimmung des Patienten zur Rehabilitation,
- fehlende oder nicht ausreichende Belastbarkeit, die die aktive Teilnahme verhindert (z. B. nach Frakturen und nach Gelenkoperationen),
- Stuhlinkontinenz, wenn diese Ausdruck einer weit fortgeschrittenen geistigen und körperlichen Erkrankung ist,
- Rehabilitation verhindern, z. B.
- Desorientiertheit,
- Weglauftendenz,
- erhebliche Störung der Hör- und Sehfähigkeit,
- Lage und Größe eines Dekubitus,

- Probleme am Amputationsstumpf,
- schwere psychische Störungen wie schwere Depression oder akute Wahnsymptomatik.

Rehabilitationsziele (siehe Punkt 1.5.3)

Das allgemeine Rehabilitationsziel der Geriatrie ist die dauerhafte Wiedergewinnung, Verbesserung oder Erhaltung der Selbstständigkeit bei den alltäglichen Verrichtungen, damit ein langfristiges Verbleiben in der gewünschten Umgebung möglich wird.

Konkrete alltagsrelevante Rehabilitationsziele können in diesem Zusammenhang z. B. sein:

- Erreichen der Stehfähigkeit,
- Erreichen des Bett-Rollstuhl-Transfers,
- Verbesserung der Rollstuhlfähigkeit,
- Erreichen des Toilettenganges/persönliche Hygiene,
- selbstständige Nahrungsaufnahme,
- selbstständiges An- und Auskleiden,
- Gehfähigkeit über mehrere Treppenstufen,
- Gehfähigkeit innerhalb und außerhalb der Wohnung,
- Tagesstrukturierung.

Positive Rehabilitationsprognose (siehe Punkt 1.5.4)

Der Gutachter muss auf der Grundlage seiner klinischen Erfahrung einschätzen, ob die Leistung der geriatrischen Rehabilitation, bezogen auf die Rehabilitationsfähigkeit und das angestrebte Rehabilitationsziel, Erfolg versprechend ist.

Für rehabilitationsbedürftige Patienten, deren Rehabilitationsprognose nur in der gewohnten oder ständigen Wohnumgebung positiv einzuschätzen ist, weil sie beispielsweise unter kognitiven Einschränkungen leiden oder in besonderem Maße auf die Mitwirkung und Unterstützung der Angehörigen/Bezugspersonen oder die Bedingungen des gewohnten oder ständigen Wohnungsumfeldes angewiesen sind, hat der Gesetzgeber seit dem 01.04.2007 auch die mobile Rehabilitation als Sonderform der ambulanten Rehabilitation im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenkassen (SGB V) verankert (siehe Punkt 4.2.2).

Eine positive Rehabilitationsprognose ist anzunehmen, wenn mindestens **eines** der nachfolgend genannten Kriterien zutrifft:

- Beseitigung/alltagsrelevante Verminderung der Beeinträchtigung(en) der Aktivitäten durch Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit sind erreichbar,
- Kompensationsmöglichkeiten zur Alltagsbewältigung sind mit nachhaltigem Erfolg anzuwenden (trainierbar) und/oder

Adaptionsmöglichkeiten, welche die Beeinträchtigungen der Teilhabe vermindern, können erfolgreich eingeleitet werden.

Alltagsrelevante realistische Rehabilitationsziele fokussieren dabei insbesondere auf die Grundbedürfnisse menschlichen Daseins, zu denen die selbstständige Bewältigung und Gestaltung des individuellen Lebensbereiches gehört. Der unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren anzustrebende Grad der Selbstständigkeit ergibt sich aus der Alltagskompetenz, welche der Patient vor Auftreten der Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder Teilhabe hatte und somit die aktuelle Rehabilitationsbedürftigkeit begründet.

4.6.4 Formen der geriatrischen Rehabilitation

Die Struktur der Einrichtungen, die Qualifikation der behandelnden Personen, die organisatorischen und zeitlichen Abläufe der Behandlungsprogramme müssen auf die besonderen Bedürfnisse des geriatrischen Rehabilitanden ausgerichtet sein.

Die in den einzelnen Bundesländern nicht einheitlichen vertraglichen Regelungen (Akutgeriatrie im Krankenhaus, Geriatrie im rehabilitativen Bereich) sind zu beachten. Auch die regional unterschiedlichen Versorgungsstrukturen (vorwiegend stationär) sowie die in der Praxis inhaltlich und qualitativ bestehenden Unterschiede der geriatrischen Versorgungsangebote sind zu berücksichtigen.

Ambulante geriatrische Rehabilitation

Es gelten neben den medizinischen Voraussetzungen folgende individuelle Voraussetzungen für die Durchführung einer ambulanten geriatrischen Rehabilitation:

- Der Rehabilitand muss die für eine ambulante Rehabilitation erforderliche Mobilität besitzen.
- Die Rehabilitationseinrichtung muss in einer zumutbaren Fahrzeit erreichbar sein.
- Die häusliche sowie sonstige medizinische Versorgung des Rehabilitanden muss sichergestellt sein.

Mobile geriatrische Rehabilitation

Eine besondere Form der ambulanten geriatrischen Rehabilitation stellt die mobile geriatrische Rehabilitation dar. Unter Punkt 4.2.2 werden die besonderen Indikations- und Zuweisungskriterien und darüber hinaus gehende Informationen in den „Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation“ aufgeführt.

Stationäre geriatrische Rehabilitation

Eine stationäre geriatrische Rehabilitation ist indiziert, wenn neben den medizinischen Voraussetzungen

- die Kriterien für eine ambulante geriatrische Rehabilitation nicht erfüllt sind,
- Art und Grad der Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe durch eine ambulante geriatrische Rehabilitation nicht adäquat behandelt werden können,
- der Rehabilitand immobil ist,
- die Notwendigkeit der zeitweisen Herausnahme aus dem sozialen Umfeld besteht,
- die Notwendigkeit pflegerischer Betreuung und ständiger Überwachung besteht.

4.6.5 Empfehlungen von Leistungen der (geriatrischen) Rehabilitation

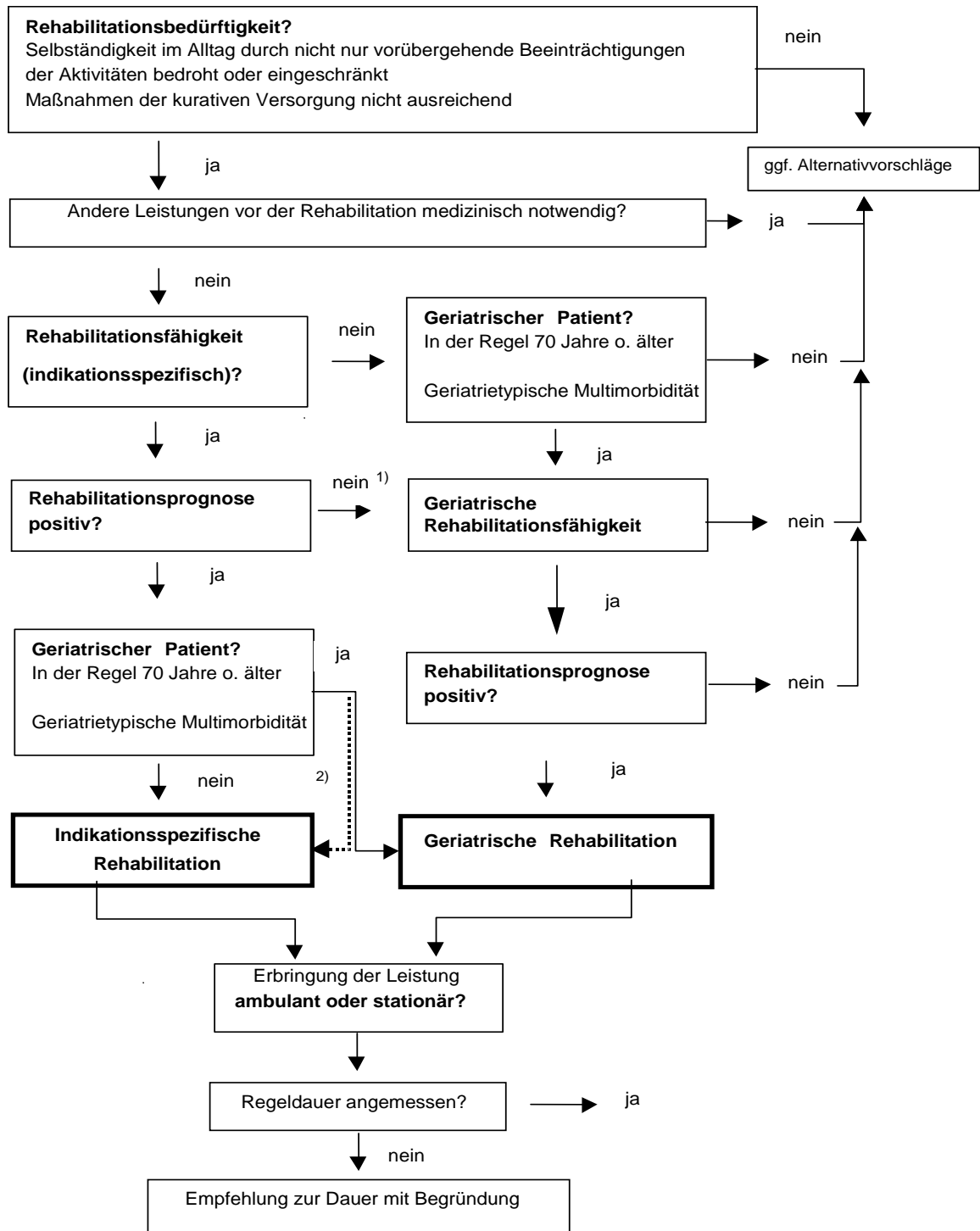
Die sozialmedizinischen Begutachtungs- und Bewertungsschritte des Gutachters sind aus dem folgenden Entscheidungsdiagramm (Empfehlung von Leistungen der (geriatrischen) Rehabilitation) ersichtlich.

Das Ergebnis dieses Entscheidungsprozesses ist die Empfehlung des Gutachters, ob

- eine Leistung der geriatrischen oder indikationsspezifischen Rehabilitation indiziert ist,
- die indizierte Leistung stationär oder ambulant durchgeführt werden sollte,
- ggf. eine von der Regeldauer abweichende Dauer in Betracht kommt, wobei eine Über- bzw. Unterschreitung der Regeldauer zu begründen ist (siehe Punkt 5.2).

Bei der Umsetzung der sozialmedizinisch fundierten Zuweisungsempfehlung für die (geriatrische) Rehabilitation durch die Krankenkasse ist auch zu berücksichtigen, ob die benötigte geeignete Versorgungsstruktur regional vorhanden ist. Steht diese nicht zur Verfügung, so wird empfohlen, den geriatrischen Rehabilitanden in eine geeignete Einrichtung der indikationsspezifischen Rehabilitation einzuweisen.

Abbildung „Empfehlungen von Leistungen der (geriatrischen) Rehabilitation – Begutachtungs- und Bewertungsschritte –



1) ggf. Alternativvorschläge

2) wenn keine geeignete geriatrische Einrichtung zur Verfügung steht (Entscheidung der Krankenkasse)

Informationsquellen für MDK-Gutachter und Krankenkassenmitarbeiter – Relevante Ausgangsdaten für die gutachterliche Empfehlung einer (geriatrischen) Rehabilitation

Neben den auch für Rehabilitationsleistungen allgemein erforderlichen Informationen sind für die Begutachtung eines Antrages auf geriatrische Rehabilitationsleistungen insbesondere nachfolgende Fragen zu berücksichtigen:

- Handelt es sich um einen multimorbiden Patienten?
- Gab es Komplikationen im bisherigen Behandlungsverlauf?
- Ist der Patient in den letzten drei Monaten gestürzt?
- Nimmt der Patient regelmäßig mehr als 5 verschiedene Medikamente ein?
- Liegen kognitive oder psychische Störungen vor?
- Schmerzen?
- Sonstige erhebliche Störungen bzw. Versorgungs-/Betreuungsprobleme?
- Tracheostoma?
- PEG?
- Blasenkatheter?
- Anus praeter?
- Prothesen?
- Dialyse?
- Blindheit?
- Barthel-Index?
- Wie ist die soziale Situation?
- Wo lebt der Patient?
- Ist die häusliche Versorgung sichergestellt?
- Ist die Betreuung von Amts wegen erforderlich, eingeleitet oder bereits erfolgt?

Auch im Rahmen der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI hat der Medizinische Dienst u. a. Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistungen der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind.

Vor diesem Hintergrund können sich auch aus vorliegenden Pflegegutachten wesentliche Informationen ergeben.

Eine weitere wichtige Informationsquelle stellen Assessmentinstrumente dar. Sie sollten, soweit solche aktuell vorliegen, berücksichtigt werden.

Assessments dienen der systematischen und quantifizierbaren Erhebung der Funktionsfähigkeit zu einem definierten Zeitpunkt anhand standardisierter Instrumente. Sie finden teilweise bereits im niedergelassenen Bereich oder in Krankenhäusern, vor allem in der Geriatrie, Anwendung. Das gebräuchlichste Assessmentinstrument im Rahmen der geriatrischen Rehabilitation ist der

- Barthel Index.
<http://www.kcgeriatrie.de/instrumente/barthel-index.pdf>

Er misst die unmittelbaren körperlichen Selbstversorgungsfähigkeiten. Der Anwendungsstandard hierzu ist das Hamburger Einstufungsmanual. Hinweise zur Ergebnisinterpretation und Aussagekraft geriatritypischer Assessmentinstrumente finden sich unter

www.kcgeriatrie.de/assessment.htm.

Weitere, häufig eingesetzte standardisierte Instrumente finden sich unter

http://www.kcgeriatrie.de/assessment_2.htm z.B.:

- Timed UP & Go - Test (Mobilität)
- Tinetti-Test (Motilität)
- Mini-Mental State Examination (MMST) (Kognition)
- Clock-Completion-Test (Kognition)
- DemTect (Kognition)
- Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung (TFDD) (Kognition)
- Geriatrische Depressionsskala (GDS) (Depression)
- Funktionelle Selbständigkeitsmessung (FIM) (Selbstversorgungsfähigkeiten, Kognition)

5 Spezielle Leistungsaspekte

5.1 Dauer von Vorsorgeleistungen

Die Dauer von Vorsorgeleistungen nach §§ 23 und 24 SGB V ist nach den medizinischen Erfordernissen im Einzelfall 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.

Bei stationären Vorsorgeleistungen für Kinder, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist nach § 23 Abs. 7 SGB V eine Dauer von 4 bis 6 Wochen gesetzlich vorgesehen.

Weicht eine gutachterliche Empfehlung des MDK von den Vorgaben für die Regeldauer ab, ist dies im Gutachten nachvollziehbar zu begründen.

Die Dauer von ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten nach § 23 Abs. 2 SGB V sollte 3 Wochen nicht unterschreiten. Für Leistungen mit primärpräventiver Zielsetzung kommt eine längere Dauer als 3 Wochen weder für Erwachsene noch für Kinder in Betracht. Allenfalls bei Leistungen mit sekundärpräventiver Zielsetzung und zwingender medizinischer Begründung des verordnenden Arztes kann im Einzelfall von vornherein eine Dauer von längstens 4 Wochen befürwortet werden.

Bei stationären Vorsorgeleistungen für Erwachsene gelten die vorgenannten Aussagen entsprechend.

Ist zur Erreichung des individuellen Vorsorgeziels eine längere Dauer als die der Erstbewilligung erforderlich, kommt auf besonderen Antrag hin eine Verlängerung in Betracht. Hierzu wird auf Punkt 7.6 verwiesen.

5.2 Dauer von Rehabilitationsleistungen

Die Dauer von Rehabilitationsleistungen nach §§ 40 und 41 SGB V ist nach den medizinischen Erfordernissen im Einzelfall 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 ambulante Rehabilitationsleistungen einschließlich Anschlussrehabilitationen (§ 40 Abs. 1 SGB V) 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 entwicklungspezifischen Besonderheiten von vornherein eine Dauer von mindestens 4 bis 6 Wochen zu empfehlen.

Ist bereits bei der Begutachtung wegen Art und Schweregrad der Schädigungen sowie der Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder der Teilhabe erkennbar, dass das Rehabilitationsziel nicht innerhalb des vorgegebenen Zeitraums (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 Ausführungen unter 5.2.1 und 5.2.2 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, kann auf besonderen Antrag eine Verlängerung in Betracht kommen. Hierzu wird auf Punkt 7.6 verwiesen.

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

(aus BAR-Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C vom 02.11.1995, Anlage 2 vom 09.11.1998 <http://www.bar-frankfurt.de>)

Übersicht über die med. notwendige Behandlungsdauer bei den Fallgruppen in der Phase C*

	Akutereignis		chron. progrediente Erkrankung
Kurzbeschreibung	Neurolog. Rehabilitation nach Krankenhausbehandlung bis zu 18 Mon. nach Akutereignis	Neurol. Rehabilitation nach > 18 Mon. zurückliegendem Akutereignis	Neurol. Rehabilitation bei chronisch 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).

5.2.2 Dauer der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen

Entwöhnungsmaßnahme	Dauer der Rehabilitation
ambulante Entwöhnung	80 Stunden einzel- oder gruppentherapeutische Maßnahmen
ganztäglich ambulante Entwöhnung	bis zu 12 Wochen
stationäre Entwöhnung	
für Alkoholabhängige	bis zu 16 Wochen
für Medikamentenabhängige	
für Drogenabhängige (zeitliches Verhältnis Therapie/ Adaption von 6:4)	bis zu 10 Monate
Kurzzeittherapie	
für Alkohol- und Medikamenten-abhängige <i><u>nur</u> verhaltenstherapeutische Konzepte!</i>	8 Wochen
bei Wiederholung nach Rückfall	6 Wochen
Kurzzeit- und Kompakttherapie	
für Drogenabhängige	12 - 16 Wochen
<i>bei Wiederholung nach Rückfall</i>	6 - 8 Wochen
Kombinationsbehandlung (1. Phase)	
für Alkohol-/ Medikamentenabhängige	8 Wochen
für Drogenabhängige	16 Wochen
Kombinationsbehandlung (ambulante Phase)	
für Alkohol-/ Medikamentenabhängige	Jeweils 40 Stunden einzel- oder gruppentherapeutische Maßnahmen
für Drogenabhängige	

Ein Wechsel zwischen den Rehabilitationsformen während des Rehabilitationsverlaufs sowie Kombinationstherapien (z. B. ambulant/stationär/ambulant oder stationär/ambulant) sind möglich (siehe hierzu auch Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Kombinationsbehandlung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014 und *BAR-Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen vom August 2010* in der jeweils aktuell gültigen Fassung.^{8,9}

⁸ <http://www.bar-frankfurt.de/publikationen/arbeitshilfen/>

⁹ Weitere Vereinbarungen/Konzepte im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen sind in der Anlage 9.13 bis 9.16 aufgeführt.

5.3 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.

Eine Frist 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 dringend erforderlich ist. Der Gutachter hat in diesen Fällen die Indikation und vor allem die Dringlichkeit der Leistungen zu prüfen. Hierbei hat er insbesondere den Vorsorge- und Rehabilitationserfolg der in den letzten 3 bzw. 4 Jahren vor Antragstellung durchgeführten ambulanten und stationären Vorsorge- bzw. Rehabilitationsleistungen sowie das Angebot und die Inanspruchnahme wohnortnaher Leistungen der letzten 6 Monate zu berücksichtigen.

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 nach § 31 Abs. 1 Nr. 2 und 4 SGB VI und § 10 ALG,
- Badekur/Leistungen zur Gesundheitsvorsorge im Rahmen der Heil- und Krankenbehandlung (§ 11 Abs. 2 Bundesversorgungsgesetz (BVG), § 12 Abs. 4 BVG),
- Vorsorgeleistungen im Rahmen der vorbeugenden Gesundheitshilfe (§ 47 SGB XII).

Nicht anzurechnen sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

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 SGB VI,
- sonstige Leistungen nach § 31 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB VI und § 10 ALG,
- stationäre Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen (§ 33 SGB VII),
- Leistungen zur Rehabilitation im Rahmen der Heil- und Krankenbehandlung (§ 11 Abs. 1 Nr. 6 BVG, § 12 Abs. 1 BVG),
- Leistungen nach § 48 SGB XII (Hilfe bei Krankheit).

Nicht anzurechnen sind Leistungen zur medizinischen Vorsorge.

5.4 Begleitpersonen

Bei der Durchführung stationärer Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen ist in der Regel eine Begleitperson nicht erforderlich, da die Einrichtungen über entsprechend qualifiziertes Pflege- und Betreuungspersonal verfügen. Eine Begleitperson kann hingegen bei geringer Mobilität des Patienten/der Patientin für die An- und Abreise erforderlich sein, auch um gegebenenfalls kostenaufwendige 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 kommt nur in medizinisch besonders begründeten Ausnahmefällen in Betracht.

Die Mitaufnahme einer Pflegekraft, soweit Versicherte ihre Pflege nach § 66 Absatz 4 Satz 2 des Zwölften Buches durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen, ist bei stationärer Behandlung in einem Krankenhaus nach § 108 oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 107 Absatz 2 ebenfalls möglich. Die medizinische Notwendigkeit wird hier unterstellt.

Bei Leistungen der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für Kinder kommt eine Begleitperson unter folgenden Voraussetzungen in Frage:

- Bei Kindern bis zum vollendeten achten 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 achten Lebensjahr besteht ebenfalls die Möglichkeit der Begleitung, soweit dies medizinisch notwendig ist.

5.5 Leistungen im Ausland

Nach § 16 Abs. 1 Nr. 1 SGB V ist eine Leistungserbringung durch die Gesetzliche Krankenversicherung 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 Einzelfall – nicht im Inland behandelt werden kann.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben in der *Gemeinsamen Empfehlung zu leistungsrechtlichen Umsetzungsfragen vom 17. Februar 2005* und in der *Gemeinsamen Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland zu leistungsrechtlichen Umsetzungsfragen des GKV-Modernisierungsgesetzes sowie des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes vom 19. November 2003 i. d. F. vom 18. März 2008* die wichtigsten Eckpunkte für die Erbringung von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen im Ausland als Praxishilfe zusammengestellt.

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

Bei Rehabilitationsleistungen im Ausland ist zu beachten, dass deren konzeptionelle Ausrichtung anders als in Deutschland beschränkt sein kann. Nach heutigen rehabilitationswissenschaftlichen Erkenntnissen ist bei nicht nur vorübergehenden alltagsrelevanten Krankheitsauswirkungen auf die Aktivitäten und Teilhabe und deren Wechselbeziehungen mit Kontextfaktoren eine Rehabilitation mit der Einbeziehung des sozialen (und beruflichen) Umfeldes zu fordern. Auch ein nahtloser Übergang

in die Nachsorge muss gesichert sein. Diese Forderungen sind bei der Durchführung der Rehabilitation im Ausland nicht oder nur bedingt zu erfüllen. Gleichwohl wird im Einzelfall abzuwägen sein, ob die Leistung im Ausland (z. B. Heimatland) unter Berücksichtigung der berechtigten Wunsch- und Wahlrechte der Versicherten (§ 33 SGB I, § 9 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 2013/474 vom 24.10.2013 verwiesen. In der dort beigefügten Übersicht sind die Länder aufgeführt, in denen bei Durchführung von ambulanten Vorsorgeleistungen eine Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 SGB V möglich ist.

6 Abgrenzung zu anderen Rehabilitationsträgern

Im Rahmen der Begutachtung ist auch zu prüfen, ob die Indikation für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft anderer Rehabilitationsträger vorliegt. Als Rehabilitationsträger kommen in Betracht:

Rehabilitationsträger	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
Gesetzliche Krankenkassen	X		
Bundesagentur für Arbeit		X	
Gesetzliche Unfallversicherung	X	X	X
Gesetzliche Rentenversicherung	X	X	
Alterssicherung der Landwirte	X		
Träger der Kriegsopferversorgung und der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden	X	X	X
Träger der öffentlichen Jugendhilfe	X	X	X
Träger der Sozialhilfe	X	X	X

Übersicht über die Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe			
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	Sonstige, unterhaltssichernde und andere ergänzenden Leistungen zur Teilhabe
<p>Insbesondere folgende Einzelleistungen im Rahmen einer Komplexleistung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden - Zahnärztliche Behandlung - Arznei- und Verbandsmittel - Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie - Hilfsmittel sowie Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel - Belastungserprobung und Arbeitstherapie - 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 <u>komplexe Leistungen</u> 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 - Arbeitsassistentz - Ausbildungszuschüsse zur betrieblichen Ausführung von Bildungsleistungen - Eingliederungszuschüsse - Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb - teilweise oder volle Kostenerstattung für eine befristete Probeschäftigung - 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, Verletztengeld, 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 - Stat. med. Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit für Versicherte, die eine besonders gesundheitsgefährdende Beschäftigung ausüben - Nach- und Festigungskuren wegen Geschwulsterkrankungen - Stationäre Heilbehandlung für Kinder - Zuwendungen für Einrichtungen der Rehabilitationsforschung - Wohnungshilfe - Sozialmed. Nachsorgemaßnahmen - Patientenschulungsmaßnahmen

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

6.1 Abgrenzung zur 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.

6.2 Abgrenzung zur Rentenversicherung und Bundesagentur für Arbeit

Bei Versicherten, die nicht in Bezug einer Rente wegen voller Erwerbsminderung oder einer Regelaltersrente sind, ist eine Prüfung auf das Vorliegen einer erheblichen Gefährdung bzw. Minderung der Erwerbsfähigkeit erforderlich. Ist dieses erkennbar und besteht weiterhin eine positive Erwerbsprognose, ist die gesetzliche **Rentenversicherung** nach dem Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ vorrangig zuständig.

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 zur 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 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 (§ 10 SGB VI).

Es müssen daher die folgenden persönlichen (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.
- 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.
- 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 RV-Trägern wie folgt interpretiert:

- **Erwerbsfähigkeit** ist die Fähigkeit des Versicherten, unter Ausnutzung der Arbeitsgelegenheiten, die sich ihm nach seinen Kenntnissen und körperlichen und geistigen Fähigkeiten im ganzen Bereich des wirtschaftlichen Lebens bietet, einen Erwerb zu erzielen (hierzu zählt nicht der sog. besondere Arbeitsmarkt, z. B. WfbM)..
- 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.
- Der Begriff **Minderung der Erwerbsfähigkeit** wird in verschiedenen Bereichen unterschiedlich definiert. Im rentenrechtlichen Zusammenhang des § 43 SGB VI bedeutet die Minderung der Erwerbsfähigkeit eine erhebliche und länger andauernde (mehr als 6 Monate) Einschränkung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben infolge gesundheitlicher Beeinträchtigungen. Im Gegensatz hierzu bezieht sich der Begriff der Erwerbsfähigkeit im Zusammenhang mit Leistungen zur Teilhabe nach § 10 SGB VI auf die Fähigkeit des Versicherten, seinen bisherigen Beruf oder seine bisherige Tätigkeit weiter auszuüben (BSG, Urteil vom 5.2.2009, Az.: B 13 R 27/08 R). im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI)..
- Eine **wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit** bedeutet, dass die durch gesundheitliche Beeinträchtigungen geminderte Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben durch die Leistung zur medizinischen Rehabilitation nicht nur geringfügig oder nicht nur kurzzeitig gesteigert wird;
- sie liegt nicht vor, wenn
- nur eine Linderung des Leidens oder eine sonstige Erleichterung in den Lebensumständen erreicht wird oder
 - volle Erwerbsminderung bestehen bleibt, unbeschadet der Sonderregelungen für Versicherte in einer Werkstatt für behinderte Menschen.
- **Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit** bedeutet, dass nach durchgeführter Rehabilitation die Minderung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben dauerhaft behoben wird.
- Eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation kommt nur dann in Betracht, wenn eine hinreichende Erfolgsaussicht besteht. Die zu erstellende **Erfolgsprognose** liegt vor, wenn der angestrebte Erfolg „voraussichtlich“, d. h. mit überwiegender Wahrscheinlichkeit, eintreten wird.

7 Begutachtung durch den MDK

7.1 Bearbeitung von Aufträgen zur Begutachtung von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen

Bei Anträgen auf Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen sind die Krankenkassen nach § 275 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 Anlage 9.1).

Beurteilungsgrundlagen für die gutachterliche Stellungnahme sind der Antrag des Versicherten und der ärztliche Befundbericht bzw. die ärztliche Verordnung von medizinischer Rehabilitation (Muster 61) sowie weitere vorliegende Unterlagen (z. B. Facharztgutachten, Krankenhaus-Entlassungsberichte, Antragsunterlagen eines anderen Rehabilitationsträgers bei Weiterleitung des Antrages nach § 14 SGB IX).

Unabhängig von diesen Begutachtungsaufträgen sollen die Gutachter insbesondere im Rahmen der Begutachtung von Arbeitsunfähigkeit sowie von Pflegebedürftigkeit prüfen, ob Vorsorgeleistungen oder Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe indiziert sind und geeignete Leistungen vorschlagen. Hinsichtlich der Prüfung, ob ggf. Leistungen anderer Träger in Betracht kommen, wird auf Punkt 6 verwiesen. 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 sind:

- Sind Vorsorge-/Rehabilitationsleistungen indiziert?
- Welche Zuweisungsempfehlungen können gegeben werden?
 - indikationsübergreifende oder indikationsspezifische Leistung,
 - zur Indikationsspezifität der Leistung (z. B. Orthopädie versus Neurologie, Geriatrie versus Neurologie),
 - zur ambulanten oder stationären Durchführung der Leistung,
 - zur kurortspezifischen Durchführung,
 - zur Dauer der Leistung.
- Ist eine kurzfristige Einleitung der Leistung aus medizinischen Gründen erforderlich (Eilfall)?
- Ist eine erneute Leistungserbringung aus dringenden medizinischen Gründen indiziert (siehe Punkt 5.3)?
- Ist eine Verlängerung der Leistung aus medizinischen Gründen indiziert (siehe Punkt 7.6)?
- Sonstige Fragestellungen
 - zum zuständigen Leistungsträger,
 - zur Reisefähigkeit,
 - zur medizinischen Notwendigkeit der Mitaufnahme einer Begleitperson.

- Kommt stattdessen eine ergänzende oder eine vom Antrag abweichende Leistung in Betracht?
 - Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln,
 - ergänzende Leistungen zur Rehabilitation: Rehabilitationssport, Funktionstraining, Patientenschulungsmaßnahmen, sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen,
 - andere Leistungen,
 - Teilnahme an Selbsthilfegruppen.

Für die Bearbeitung des Gutachtenauftrags benötigt der Gutachter für Anträge auf Vorsorge-/Rehabilitationsleistungen aussagefähige Unterlagen, die im Antragsverfahren von der Krankenkasse eingeholt/eingefordert und dem MDK zur Verfügung gestellt werden müssen (s. § 20 SGB X Amtsermittlungsgrundsatz).

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

Kann die Krankenkasse medizinische Informationen für eine Bearbeitung des Gutachtenauftrags z. B. aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht beschaffen, setzt sich der Gutachter direkt mit den behandelnden Ärzten in Verbindung.

Nach § 276 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V sind die Leistungserbringer, d. h. insbesondere die Vertragsärzte und Krankenhäuser, 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. Die Einwilligung des Versicherten wird nicht verlangt.

Generell ist bei der Einleitung von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen sicherzustellen, dass die nachfolgend aufgeführten Angaben und Befunde durch die Krankenkasse vorgelegt werden:

1. Antrag des Versicherten:
 - Name und Geburtsdatum
 - Sozialer Status (Erwerbstätigkeit, Rentner, GdB, MdE, Pflegestufe)
 - Häusliche Versorgung, Lebensumstände
 - Hausärztliche und fachärztliche Versorgung
 - Name, Anschrift und Telefonnummer des verordnenden Arztes
 - Gesundheitsprobleme
 - Maßnahmen der Krankenbehandlung in den letzten 6 Monaten
 - Leistungen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation in den letzten 3 bzw. 4 Jahren
 - Beantragte Leistung
 - Rehabilitationsziele aus Sicht des Versicherten.
2. Ärztliche Verordnung der Leistung
 - Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnose(n) (ICD-10-GM)
 - Gesundheitsprobleme aus ärztlicher Sicht (klinische Anamnese)

- Ärztlich verordnete antragsrelevante Behandlungsmaßnahmen in den letzten 6 Monaten
 - Indikationskriterien: Vorsorge-/Rehabilitationsbedürftigkeit -fähigkeit, -ziele und -prognose
 - Kontextfaktoren (Sozialanamnese)
 - bei vorzeitigem Leistungsantrag: ausführliche medizinische Begründung der dringlichen Indikation.
 - Angaben zur Reisefähigkeit
3. Ggf. medizinische Befundunterlagen und Berichte zur Verordnung (nach Anforderung durch den MDK)
4. Unterlagen der Krankenkasse, sofern relevant für die Antragstellung
- Arbeitsunfähigkeitszeiten
 - Aufnahme- und Entlassungsanzeigen sowie Entlassungsberichte von Krankenhausbehandlungen
 - Entlassungsberichte (sozialmedizinische Gutachten) nach Leistungen der med. Vorsorge oder Rehabilitation
 - begutachtungsrelevante MDK-Gutachten gemäß SGB V und SGB XI.

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.

7.2 Die sozialmedizinische Beratung und Begutachtung

Die sozialmedizinische Beratung und Begutachtung erfolgen als

- sozialmedizinische Fallberatung (SFB) und
- sozialmedizinisches Gutachten.

Im Rahmen der sozialmedizinischen Beratung und Begutachtung müssen die Fragen der Krankenkasse möglichst konkret und verständlich beantwortet werden.

Wesentliche Ziele sind die treffsichere Indikationsstellung und Zuweisung, d. h. „die richtige Leistung, für den richtigen Patienten, zur rechten Zeit, am rechten Ort“.

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 vom 22. März 2004 in der jeweils aktuellen Fassung).

Das sozialmedizinische Gutachten gliedert sich in die für die ärztliche Dokumentation üblichen Teile von Anamnese, Befund und Diagnosen. 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.

Nachfolgende Angaben und Befunde sind bei der Begutachtung prinzipiell zu berücksichtigen. Der Gutachter muss im Einzelfall entscheiden, welche Sachverhalte für die Beantwortung der Fragestellung relevant sind und diese auswählen.

7.2.1 Die sozialmedizinische Fallberatung (SFB)

Die SFB stellt das Regelbegutachtungsverfahren in den Leistungsbereichen Vorsorge und Rehabilitation dar. Gerade deshalb ist es notwendig, dass auch die SFB sachgerecht durchgeführt wird. Die SFB ist eine kurze, ergebnisorientierte Form der sozialmedizinischen Beratung. Das Ergebnis muss für die Krankenkasse verständlich sowie schlüssig und somit als sozialmedizinische Grundlage eines Leistungsentscheides geeignet sein.

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 im Gutachten schlüssig darzulegen.

Grundsätzlich unterscheidet sich in der SFB der Begutachtungsalgorithmus nicht von dem bei der Erstellung eines Gutachtens (siehe Punkte 7.2.1 und 7.2.2). Auch in der SFB sind die vier Indikationskriterien „Bedürftigkeit, Fähigkeit, realistische alltagsrelevante Ziele und positive Prognose“ zu prüfen. Nur wenn diese erfüllt sind, kann die beantragte Leistung als medizinisch begründet empfohlen werden. Ohne aussagefähige Unterlagen darf die SFB nicht fallabschließend erfolgen.

Auch bei der SFB muss die Empfehlung nachvollziehbar sein und dokumentiert werden. Hält der Gutachter die beantragte Leistung für medizinisch nicht erforderlich, werden wie beim sozialmedizinischen Gutachten alternative Versorgungsangebote vorgeschlagen.

7.2.2 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.

Das sozialmedizinische Gutachten zeichnet sich u. a. dadurch aus, 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 „Katalog der MDK-Produkte“ eingehalten werden:

Anlage			
zum Katalog der MDK-Produkte			
Abgrenzung der Produkte			
"SFB fallabschließend", "Kurzgutachten" und "Gutachten"			
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. 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 wesentlich:

- Allgemeinbefunde wie Alterung, 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:

Bei der **Sozialmedizinischen Beurteilung** sind zu berücksichtigen:

- Zusammenfassende Bewertung der Funktionsfähigkeit nach ICF
- Aussage zu den Indikationskriterien (Bedürftigkeit, Fähigkeit, Ziele und Prognose) für Medizinische Vorsorgeleistungen oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Die **Sozialmedizinische Empfehlung** beinhaltet Aussagen zu:

- Indikationsstellung,
- Zuweisung (Allokation),
- ggf. anderen Leistungsträgern,
- anderen Leistungen und
- weiteren Fragestellungen der Krankenkasse.

7.3 Bearbeitungsfristen

Für die Bearbeitung von Vorsorgeanträgen 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.“

Die Bearbeitungsfristen für Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe werden im § 14 Abs. 5 Satz 5 SGB IX geregelt:

„Der Sachverständige nimmt eine umfassende sozialmedizinische, bei Bedarf auch psychologische Begutachtung vor und erstellt das Gutachten **innerhalb von 2 Wochen**.“

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.

7.4 Bearbeitung von Widersprüchen und Einsprüchen

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, ein ausführliches Gutachten ist nicht erforderlich,
- neue, begutachtungsrelevante Sachverhalte, die eine Änderung des vorangegangenen MDK-Gutachtens im Sinne einer anderen Leistungsempfehlung notwendig machen,
- zwar neue Aspekte, die allerdings zu keiner Änderung des vorangegangenen MDK-Gutachtens zwingen,
- widersprüchliche Angaben, die Nachermittlungen oder eine Begutachtung mit Befunderhebung erfordern,
- trotz Nachermittlung keine ausreichenden Informationen zu Kontextfaktoren.

Das Ergebnis der Begutachtung und die erforderlichen Angaben über den Befund sind nach § 277 Abs. 1 SGB V der Krankenkasse mitzuteilen. („Gemeinsame Empfehlung zur Umsetzung des § 277 SGB V“ Stand : 14.12.2012)

7.5 Begutachtung von Verlängerungsanträgen

Leistungen nach den §§ 23, 24, 40 und 41 SGB V können im Einzelfall aus plausiblen 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 haben die Spitzenverbände der Krankenkassen einheitliche Formulare empfohlen. 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:

- nach ICD-10-GM kodierte Diagnose mit Datum der Akuterkrankung einschließlich Funktionsdiagnose in der Systematik der ICF
- zum bestehenden Schädigungsmuster, ggf. seinem funktionsdiagnostischen Nachweis,
- 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 kurativ-medizinischen und rehabilitativen Maßnahmen,
- zu den konkreten qualitativen und quantitativen 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 Maßnahmen Begründung, warum ambulante Maßnahmen/ Rehabilitationsleistungen am Wohnort nicht ausreichen.

Wegen der Dringlichkeit der Entscheidung über die beantragte Verlängerung der Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung leitet die Krankenkasse dem zuständigen MDK alle relevanten Unterlagen einschließlich des ggf. vor Antritt der Leistung erstellten MDK-Gutachtens umgehend zu. Das Ergebnis der Begutachtung übermittelt der MDK zeitnah an die zuständige Krankenkasse.

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

8 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 § 9 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, 2b SGB V).

Bei der Leistungsentscheidung sind die durch den MDK festgestellten sozialmedizinischen Befunde bzw. Sachverhalte, deren sozialmedizinische Beurteilung und die daraus abgeleitete Empfehlung auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu betrachten. Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§ 12 Abs. 1 SGB V).

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.

9 Anlagen

9.1 "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

9.2 Empfehlungen zur Anwendung des neugefassten § 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V unter Berücksichtigung des § 4 Abs. 2 Satz 2 RehaAngIG 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.

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.

9.3 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

<http://www.vdek.com/vertragspartner/vorsorge-rehabilitation/verlaengerungsantrag.html>

9.6 Systematik personbezogener Faktoren

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 personenbezogenen 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 Gefasstheit, 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 (Mistrauen 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 (zielgerichte 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

9.7 ICF (Deutsche Endfassung Oktober 2005)

http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endung/icf_endfassung-2005-10-01.pdf

9.8 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

9.9 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#

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

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

9.11 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>

9.12 Rahmenvereinbarungen über den Rehabilitationssport und das Funktions-training

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

9.13 Vereinbarung 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/publication-File/62744/vereinbarungen_im_suchtbereich.pdf

9.14 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

9.15 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

9.16 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

9.17 Internetadressen

Bei der hier vorliegenden Sammlung handelt es sich um eine subjektive Auswahl von Internet-Links in alphabetischer Reihenfolge.

AOK-Bundesverband	http://www.aok-bv.de/
Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF)	http://www.awmf-online.de/
Arbeitskreis Gesundheit e. V.	http://www.arbeitskreis-gesundheit.de
Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen	http://www.behindertenbeauftragter.de/
BKK Dachverband e.V.	http://www.bkk-dachverband.de/
Bundesärztekammer	http://www.baek.de
Bundesagentur für Arbeit	http://www.arbeitsagentur.de/
Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen	http://www.integrationsaemter.de/
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation	http://www.bar-frankfurt.de
Bundesministerium für Arbeit und Soziales	http://www.bmas.bund.de
Bundesministerium für Gesundheit	http://www.bmg.bund.de
Bundessozialgericht	http://www.bundessozialgericht.de/
Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V.	http://www.bdpk.de
Der/Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit	http://www.bfdi.bund.de/
Deutsche Gesellschaft für medizinische Rehabilitation e. V. (DE-GEMED)	http://www.degemed.de/
Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e. V. (DGPR)	http://www.dgpr.de
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV)	http://www.dguv.de/inhalt/index.jsp
Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.	http://www.dkgev.de

Deutsche Rentenversicherung Bund	http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/
Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.	http://www.dggeriatrie.de
Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V	http://www.dggg-online.de/
Deutscher Behindertensportverband e. V.	http://www.dbs-npc.de/
Deutscher Heilbäderverband e. V.	http://www.deutscher-heilbaederverband.de
Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)	http://www.dimdi.de/
Die Kompaktkur-Zentrale	http://kompaktkur.de
Elly Heuss-Knapp-Stiftung Müttergenesungswerk	http://www.muettergenesungswerk.de/
Gemeinsamer Bundesausschuss	http://www.g-ba.de/
Gesetze im Internet	https://www.gesetze-im-internet.de/
GKV-Spitzenverband	http://www.gkv-spitzenverband.de/
Handbuch Reha- und Vorsorgeeinrichtungen	http://www.rehakliniken.de
IKK e.V.	https://www.ikkev.de/
Kassenärztliche Bundesvereinigung	http://www.kbv.de/
KBS und Knappschaft	http://knappschaft.de
Linksammlung Rechtsgrundlagen	http://www.online-recht.de
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)	https://www.mds-ev.de/
REHADAT – Informationssystem zur beruflichen Rehabilitation	http://www.rehadat.info/de/
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)	http://www.svlfg.de/
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)	http://www.vdek.com
WHO - ICF Homepage	http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm