

# **Begutachtungs-Richtlinien**

## **Vorsorge und Rehabilitation**

Die nachstehenden Begutachtungs-Richtlinien wurden auf Empfehlung des Vorstandes des MDS vom Beschlussgremium nach § 213 SGB V am 12. März 2001 als Richtlinie nach § 282 Satz 3 SGB V beschlossen.

## Vorwort

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 dem Entstehen und den Folgen chronischer Krankheiten und Behinderungen entgegenzuwirken bzw. diese zu bewältigen. Daher sind Interventionen im Rahmen von Vorsorge und Rehabilitation erforderlich, um den Gesundheitszustand des Versicherten zu verbessern und dessen Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft zu erreichen oder zu sichern.

Mit dem Ziel der Bedarfsgerechtigkeit in Zeiten begrenzter Ressourcen kommt dem Medizinischen Dienst bei der Begutachtung von Anträgen auf Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen eine bedeutende Rolle zu. Grundlage dafür ist - auch im Hinblick auf die bevorstehende Verabschiedung des SGB IX - das Begriffssystem der WHO, insbesondere die Philosophie der „Internationalen Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (ICIDH)“. Die hier vorliegenden Begutachtungs-Richtlinien geben einen Überblick über die Voraussetzungen, Inhalte und Ziele der ambulanten und stationären Vorsorge und Rehabilitation. Für die Begutachtung sind sie verbindlich.

Allen, die an der Erarbeitung der Begutachtungs-Richtlinien mitgewirkt haben, sagen wir besonderen Dank.


Essen, im März 2001

Vorsitzender



(Nachtigal)

Stellv. Vorsitzender



(Langenbucher)

Geschäftsführer



(Dr. Pick)

# Inhaltsverzeichnis

<b>0. Einführung</b>	<b>5</b>
<b>1. Begriffsbestimmungen</b>	<b>7</b>
1.1 Krankenbehandlung	7
1.2 Medizinische Vorsorge	7
1.3 Medizinische Rehabilitation	10
1.3.1 Das Krankheitsfolgenmodell – Grundlage der Rehabilitation	10
1.3.1.1 Konzeptioneller Hintergrund (ICIDH)	10
1.3.1.2 Anwendungsaspekte der ICIDH	10
1.3.2 Erläuterung der Begriffe Schädigung, Fähigkeitsstörung und Beeinträchtigung	12
1.3.3 Was ist medizinische Rehabilitation?	13
<b>2. Leistungen der Krankenkassen</b>	<b>17</b>
2.1 Gesetzliche Grundlage	17
2.2 Gestuftes Versorgungssystem	18
2.3 Prüfung durch den Medizinischen Dienst	19
2.4 Prüfung / Entscheidung durch die Krankenkasse	19
<b>3. Medizinische Vorsorgeleistungen</b>	<b>21</b>
3.1 Allgemeines	21
3.1.1 Indikationen	22
3.1.2 Vorsorgekonzept	23
3.1.3 Ziele medizinischer Vorsorgeleistungen	25
3.2 Vorsorgeleistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung	25
3.3 Ambulante Vorsorgeleistungen am Kurort	26
3.3.1 Merkmale	26
3.3.2 Indikationen	26
3.3.3 Besonderheiten bei Kindern/Jugendlichen	27
3.4 Kompaktkuren	28
3.4.1 Merkmale	28
3.4.2 Indikationen	29
3.5 Stationäre Vorsorgeleistungen	30
3.5.1 Merkmale	30
3.5.2 Indikationen	30
3.5.3 Medizinische Vorsorge für Mütter	32
<b>4. Medizinische Rehabilitationsleistungen</b>	<b>34</b>
4.1 Allgemeines	34
4.1.1 Indikation	35
4.1.2 Rehabilitationskonzept	35
4.1.3 Ziele medizinischer Rehabilitationsleistungen	36
4.2 Ambulante Rehabilitationsleistungen	37
4.2.1 Merkmale	37
4.2.2 Indikationen	38

4.3	<b>Stationäre Rehabilitationsleistungen .....</b>	<b>39</b>
4.3.1	Merkmale .....	39
4.3.2	Indikationen .....	39
4.3.3	Besonderheiten bei Kindern/Jugendlichen .....	40
4.3.4	Medizinische Rehabilitation für Mütter .....	41
<b>5.</b>	<b><i>Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter.....</i></b>	<b>42</b>
5.1	Allgemeines.....	42
5.2	Leistungen für Mütter / Mutter-Kind-Maßnahmen.....	43
<b>6.</b>	<b><i>Dauer der Leistungen.....</i></b>	<b>45</b>
6.1	Vorsorgeleistungen.....	46
6.2	Rehabilitationsleistungen.....	46
<b>7.</b>	<b><i>Wiederholte Leistungen.....</i></b>	<b>48</b>
<b>8.</b>	<b><i>Begleitpersonen .....</i></b>	<b>50</b>
<b>9.</b>	<b><i>Vorsorge und Rehabilitation im Ausland .....</i></b>	<b>51</b>
<b>10.</b>	<b><i>Leistungen anderer Leistungsträger .....</i></b>	<b>53</b>
10.1	Leistungen der Rentenversicherung.....	53
10.2	Begriffe der Rentenversicherung.....	56
<b>11.</b>	<b><i>Gutachtenaufträge.....</i></b>	<b>58</b>
11.1	Bearbeitung von Gutachtenaufträgen.....	58
11.2	Inhalt des Gutachtens .....	62
11.3	Bearbeitung von Widersprüchen/Einsprüchen .....	63
11.4	Begutachtung von Verlängerungsanträgen .....	64
<b>Anhang 1</b>		
	Ausnahmeregelungen von der Begutachtungspflicht durch den MDK vom 03.07.1996 .....	66
<b>Anhang 2</b>		
	Informationen der Krankenkasse an den MDK zum Befundbericht zur Anregung einer Vorsorge-/Rehabilitationsleistung.....	68
<b>Anhang 3</b>		
	Ärztlicher Verlängerungsantrag für ambulante und stationäre Rehabilitationsleistungen .....	69
<b>Anhang 4</b>		
	Ärztlicher Verlängerungsantrag für geriatrische Rehabilitationsleistungen .....	74
<b>Anhang 5</b>		
	Ärztlicher Verlängerungsantrag für neurologische Rehabilitationsleistungen .....	77
<b>Anhang 6</b>		
	Empfehlungen zur Anwendung des neugefassten § 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V unter Berücksichtigung des § 4 Abs. 2 Satz 2 RehaAnglG vom 17. Februar 1993 in der Fassung vom 5. Februar 2001 .....	79

## 0. Einführung

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 werden die Inhalte und Ziele von Vorsorge, Krankenbehandlung und Rehabilitation klarer voneinander abgegrenzt.

Danach umfasst die Vorsorge sowohl einen primärpräventiven Auftrag im Sinne der Verhütung von Krankheiten als auch einen sekundärpräventiven, d. h., Verhütung der Verschlimmerung von Krankheiten. Sie schließt damit alle ambulanten Leistungen am Kurort, auch die bis zum 31.12.1999 in § 40 Abs. 1 SGB V (a. F.) geregelte ambulante Rehabilitationskur, ein.

Für die Rehabilitation ist das Krankheitsfolgenmodell mit der "Internationalen Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen" (ICIDH)<sup>1</sup> der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein geeignetes konzeptionelles Bezugssystem.

Die Leistungsgewährung durch die Krankenkassen für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen orientiert sich an folgenden Prinzipien:

- Die Indikationen ergeben sich aus der individuellen medizinischen Notwendigkeit.
- Die Leistungen sind bedarfsgerecht, zweckmäßig und wirtschaftlich durchzuführen, wobei eine enge Vernetzung mit der kurativen Behandlung erforderlich ist.

Außerdem gilt:

- ambulant vor stationär,
- Rehabilitation vor Rente,
- Vorsorge/Rehabilitation vor Pflege.

---

<sup>1</sup> ICIDH / R.-G. Matthesius u. a. (Hrsg.), Ullstein Mosby GmbH & Co KG, Berlin/Wiesbaden, 1995

Danach ausgerichtet konkretisieren die Begutachtungsrichtlinien die Begriffe, Indikationen und Voraussetzungen sowie die Inhalte und Ziele der Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation. Sie geben Hinweise für die sachgerechte Begutachtung und zum Inhalt des Gutachtens. Bei der Empfehlung der für den einzelnen Versicherten medizinisch notwendigen Leistung kommt dem MDK eine hohe Bedeutung zu.

Die Begutachtungsrichtlinien sollen auch dazu dienen, bei allen übrigen Begutachtungsanlässen, insbesondere bei arbeitsunfähigen und pflegebedürftigen Versicherten, die medizinische Notwendigkeit von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen zu prüfen.

Die Begutachtung von Anträgen auf Vorsorge und Rehabilitation erfordert ein hohes sozialmedizinisches Fachwissen. Es ist notwendig, die Qualifikation der Gutachter durch eine systematische Fortbildung zu verbessern bzw. zu sichern.

Auf Grund der Empfehlungen im MDK-Gutachten wirken die Krankenkassen auf eine bedarfsgerechte Vorsorge und Rehabilitation hin.

## 1. **Begriffsbestimmungen**

### 1.1 **Krankenbehandlung**

Gemäß § 27 SGB V sind der Krankenbehandlung alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen im Rahmen von ärztlicher bzw. zahnärztlicher Krankenbehandlung und Krankenhausbehandlung zuzuordnen, einschließlich der Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln.

### 1.2 **Medizinische Vorsorge**

Entsprechend den Festlegungen in der "Gemeinsamen Rahmenempfehlung für ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen auf der Grundlage des § 111 a SGB V" vom 12.05.1999 umfasst die Vorsorge Leistungen der primären und sekundären Prävention, die nach dem internationalen Begriffsverständnis<sup>2</sup> wie folgt definiert werden:

**Primäre Prävention** zielt darauf ab, die Neuerkrankungsrate (Inzidenzrate) von Krankheiten zu senken.

Primäre Prävention dient der Förderung und Erhaltung der Gesundheit durch Maßnahmen, die Individuen und Personengruppen betreffen, wie optimale Ernährung, physische Aktivität, Impfungen gegen Infektionskrankheiten und Beseitigung von Gesundheitsgefahren in der Umwelt.

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

---

<sup>2</sup> A Dictionary of Epidemiology  
Second Edition, New York, Oxford, Toronto  
Edited by John M. Last, Oxford University Press 1988

Der sekundären Prävention dienen Frühdiagnostik und Frühtherapie i. S. von Krankenbehandlung 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 Fähigkeitsstörungen vermieden werden.

Bei der Begutachtung sind folgende fundamentale Auswahlkriterien zu berücksichtigen, zwischen denen ein enger Zusammenhang besteht, so dass Überlappungen in den Begriffsinhalten nicht gänzlich zu vermeiden sind.

**Vorsorgebedürftigkeit** besteht, wenn Risikofaktoren oder eine Befindlichkeitsstörung/Schwächung der Gesundheit vorliegen, die voraussichtlich in absehbarer Zeit zu einer Krankheit führen werden, oder wenn die gesundheitliche Entwicklung eines Kindes/Jugendlichen gefährdet ist (Primärprävention).

Bei den Befindlichkeitsstörungen/der Schwächung der Gesundheit handelt es sich um Sammelbegriffe für unspezifische, d. h., diagnostisch nicht eindeutig zuzuordnende Beschwerdebilder, die Vorläufer einer sich entwickelnden spezifischen Krankheit sein können.

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

**Vorsorgefähigkeit** ist gegeben, wenn der Versicherte

- motiviert bzw. zu motivieren ist, sich insbesondere mit dem individuellen Vorsorgeziel zu identifizieren und
- (körperlich und geistig) in der Lage ist, am festgelegten Vorsorgeprogramm teilzunehmen und
- bereit ist bzw. befähigt werden kann, konsequent und langfristig sein Gesundheitsverhalten i. S. einer Risikobeseitigung bzw. -verminderung zu ändern oder

durch Krankheitsbewältigungsstrategien (Coping) zu lernen, mit der (chronischen) Krankheit besser zu leben.

**Vorsorgeprognose** ist die medizinisch - unter Berücksichtigung der persönlichen Ressourcen des Versicherten - begründete Wahrscheinlichkeit, durch eine geeignete Vorsorgeleistung in einem angemessenen Zeitraum

- entweder das Auftreten der Krankheit zu vermeiden (Primärprävention)
- oder nach dem Auftreten deren Fortschreiten (Progredienz) entgegenzuwirken (Sekundärprävention).

### **Vorsorgeziel**

Ziele medizinischer Vorsorgeleistungen im Sinne der **Primärprävention** sind

- die Beseitigung bzw. Verminderung von Befindlichkeitsstörungen/ Regulationsstörungen der psychovegetativen Funktion und modifizierbarer Risikofaktoren zur Verhütung einer Krankheit (Senkung der Inzidenzrate) und
- 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.

Ziel medizinischer Vorsorgeleistungen im Sinne der **Sekundärprävention** ist darüber hinaus die Vermeidung von nicht nur vorübergehenden Fähigkeitsstörungen bei bereits manifester (chronischer) Krankheit mit Schädigung auf Organebene.

## 1.3 Medizinische Rehabilitation

### 1.3.1 Das Krankheitsfolgenmodell – Grundlage der Rehabilitation

#### 1.3.1.1 Konzeptioneller Hintergrund (ICIDH)

Die zunehmende Zahl chronisch Kranker mit nicht nur vorübergehenden Krankheitsfolgen lässt diese und deren Bewältigung in den Vordergrund treten. Für die Auswahl notwendiger Behandlungs- und Interventionsprogramme sind Art und Ausmaß der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen als Folgen eines Krankheitsprozesses maßgeblich (finale Orientierung). Die internationale Klassifikation der Krankheitsfolgen (ICIDH) der WHO geht vom **bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell** (Abb. 1) aus. Sie unterscheidet Krankheitsfolgen

- auf der Organebene, die **Schädigungen**,
- auf der Ebene der betroffenen Person, die **Fähigkeitsstörungen**,
- in Form von sozialökonomischen Auswirkungen, die **Beeinträchtigungen**.

Die kurative Medizin ist in Abgrenzung zur Rehabilitationsmedizin auf Heilung und Linderung ausgerichtet und beruht auf dem **bio-medizinischen Krankheitsmodell** (Abb. 1). Dieses ist kausal orientiert und erklärt Krankheit aus der Perspektive von Krankheitsursache (Ätiologie) und Krankheitsentstehung (Pathogenese). Das dem bio-medizinischen Krankheitsmodell zugeordnete Klassifikationssystem ist die ICD.

#### 1.3.1.2 Anwendungsaspekte der ICIDH

Die seit 1980 vorliegende Version der ICIDH, im Folgenden als ICIDH-1 bezeichnet, wird zurzeit im Auftrag der WHO revidiert. Das Ergebnis dieses Revisionsprozesses wird eine geänderte, insbesondere differenziertere und erweiterte Fassung (Einbeziehung von Kontextfaktoren) sein, im Folgenden als ICIDH-2 bezeichnet. Mit der Vorlage einer von der WHO autorisierten ICIDH-2, die für die Routineanwendung in der sozialmedizinischen Begutachtung praktikabel ist, wird etwa im Jahr 2003 zu rechnen sein.

Da die Grundkonzepte von ICDH-1 und ICDH-2 weitgehend übereinstimmen und die erstgenannte Version im Wesentlichen bereits jetzt für den MDK praktikabel ist, erfolgt der Einstieg in die ICDH-Anwendung mit ICDH-1. Dieses Vorgehen wird die rasche Einführung von ICDH-2 wesentlich erleichtern. In diesem Zusammenhang ist es sinnvoll, im Vorgriff auf die zu erwartende ICDH-2, bereits jetzt die Kontextfaktoren zu berücksichtigen. Hierbei handelt es sich um eine Erweiterung der konzeptionellen Grundlagen der ICDH-1.

In der aktuellen deutschsprachigen Entwurfsfassung von ICDH-2<sup>3</sup> werden die Kontextfaktoren wie folgt definiert:

”Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar. Sie umfassen alle Umweltfaktoren und persönliche Faktoren, die eine Bedeutung für eine Person mit einer bestimmten körperlichen, geistigen und seelischen Verfassung und einem bestimmten funktionellen Zustand haben.”

Bei der Anwendung und Dokumentation der ICDH-Kategorien in der Begutachtung des MDK ist wesentlich, dass

- die Verwendung der verbalen Kategorien nicht zwingend mit der Verschlüsselung verbunden ist,
- nur die alltagsrelevanten Krankheitsfolgen zu benennen sind.

---

<sup>3</sup> ICDH-2, Beta-2 Entwurf, Vollversion April 2000

### **1.3.2 Erläuterung der Begriffe Schädigung, Fähigkeitsstörung und Beeinträchtigung**

#### **Schädigung (Impairment)**

Schädigung<sup>4</sup> ist ein beliebiger Verlust oder eine Normabweichung in der psychischen, physiologischen oder anatomischen Struktur oder Funktion eines Organs oder Organsystems als Folge einer Krankheit.

Der in der kurativen Medizin sehr geläufige Begriff der Funktionsstörung eines Organs ist den "Schädigungen" zuzuordnen.

Schädigungen, aus denen voraussichtlich nicht nur vorübergehende Fähigkeitsstörungen oder Beeinträchtigungen resultieren können, betreffen insbesondere:

- die Funktion der inneren Organe oder des Stoffwechsels
- die geistigen oder seelischen Kräfte, z. B. durch Störung des Denkens, des Gedächtnisses, des Antriebs, der Stimmungslage. Hierzu zählt auch Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder Drogen.
- das Skelettsystem mit Störungen der aktiven und passiven Bewegungsfähigkeit und Haltung. Hierzu zählen auch Extremitätendefekte wie Amputationen.
- die Sprach-, Hör- oder Sehfunktion sowie
- entstellende und sensorische Schädigungen (z. B. Schmerzen).

#### **Fähigkeitsstörung (Disability)**

Eine Fähigkeitsstörung ist jede Einschränkung oder jeder Verlust der Fähigkeit (als Folge einer Schädigung), Aktivitäten in der Art und Weise oder in dem Umfang auszuführen, die für einen Menschen als normal (für seinen persönlichen Lebenskontext typisch) angesehen werden. Hierzu zählen z. B. Störungen

---

<sup>4</sup> Zu beachten: "Schädigung" ist umfassender als "Störung", weil sie Verluste einschließt.

- in der Belastbarkeit, Fortbewegung, allgemeinen körperlichen Beweglichkeit und Geschicklichkeit,
- im Verhalten,
- in der Kommunikation,
- in der Selbstversorgung.

### **Beeinträchtigung (Handicap)**

Eine Beeinträchtigung ist eine sich aus einer Schädigung oder Fähigkeitsstörung ergebende Benachteiligung einer betroffenen Person, die die Erfüllung einer Rolle einschränkt oder verhindert, die (abhängig von Geschlecht, Lebensalter sowie sozialen und kulturellen Faktoren) für diese Person normal ist.

Zu den Beeinträchtigungen zählen z. B. Einschränkungen der

- Orientierung in der Umgebung,
- physischen Unabhängigkeit (in Bezug auf Selbstversorgung),
- Mobilität (Fortbewegung in der Umgebung),
- Beschäftigung (Ausbildung, Erwerbstätigkeit, Haushaltsführung),
- sozialen Integration,
- ökonomischen Eigenständigkeit (in Bezug auf die Sicherung des Lebensunterhalts).

### **1.3.3 Was ist medizinische Rehabilitation?**

Nach der Definition der WHO<sup>5</sup> schließt Rehabilitation alle Maßnahmen ein, die darauf gerichtet sind zu verhüten, dass eine Fähigkeitsstörung eine Beeinträchtigung verursacht, sowie alle Maßnahmen, die darauf gerichtet sind, das Ausmaß von Fähigkeitsstörungen oder Beeinträchtigungen zu verringern.

---

<sup>5</sup> Disability prevention and rehabilitation  
Report of the WHO Expert Committee on Disability, Prevention and Rehabilitation  
World Health Organisation Technical Report Series 668, WHO, Geneva 1981

Für die Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation sind folgende Grundsätze charakteristisch:

- Individualität,
- Komplexität,
- Interdisziplinarität (Rehabilitationsteam),
- Finalität (siehe Ausführungen zum Krankheitsfolgenmodell)

Die medizinische Rehabilitation unterscheidet sich durch Komplexität und Interdisziplinarität wesentlich von der physikalischen Therapie.

Bei der Begutachtung sind folgende fundamentale Kriterien zu berücksichtigen, zwischen denen ein enger Zusammenhang besteht, so dass Überlappungen in den Begriffsinhalten nicht gänzlich zu vermeiden sind.

### **Rehabilitationsbedürftigkeit**

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn als Folge einer Schädigung bei Vorliegen von voraussichtlich nicht nur vorübergehenden Fähigkeitsstörungen oder drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen über die kurative Versorgung hinaus eine medizinische Rehabilitation erforderlich ist.

### **Rehabilitationsfähigkeit**

Der Begriff der Rehabilitationsfähigkeit bezieht sich auf die somatische und psychische Verfassung des Rehabilitanden (Motivation/Motivierbarkeit und Belastbarkeit) für die Teilnahme an einer geeigneten Rehabilitation.

## **Rehabilitationsprognose**

Sie ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage auf der Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs und der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung der persönlichen Ressourcen (Rehabilitationspotenzial) über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels

- durch eine geeignete Rehabilitationsmaßnahme,
- in einem notwendigen Zeitraum.

## **Rehabilitationsziel**

Das Rehabilitationsziel besteht darin, möglichst frühzeitig alltagsrelevante Fähigkeitsstörungen zu beseitigen, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten oder drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigungen zu vermeiden, zu beseitigen, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Unter kritischer Würdigung des individuellen Grades von Rehabilitationsfähigkeit und positiver Rehabilitationsprognose wird das alltagsrelevante Rehabilitationsziel / werden die alltagsrelevanten Rehabilitationsziele aus den Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen abgeleitet, die den Patienten in der selbständigen Bewältigung und Gestaltung der Lebensbereiche beeinträchtigen, die als Grundbedürfnisse menschlichen Daseins beschrieben werden.

Der unter Berücksichtigung der individuellen sozialen Kontextfaktoren anzustrebende Grad der Selbständigkeit ergibt sich aus der Alltagskompetenz in den Grundbedürfnissen, die der Patient vor Auftreten der Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen hatte, die die aktuelle Rehabilitationsbedürftigkeit begründen.

## Idealtypische Krankheitsmodelle

### a) Biomedizinisches Krankheitsmodell (Akutmedizin)



### b) Biopsychosoziales Krankheitsmodell (Rehabilitationsmedizin)



Abbildung 1

## 2. Leistungen der Krankenkassen

### 2.1 Gesetzliche Grundlage

Bei der Durchführung von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen sind insbesondere folgende gesetzlichen Vorschriften zu beachten:

- § 1 SGB V - Solidarität und Eigenverantwortung
- § 11 SGB V - Leistungsarten
- § 12 SGB V - Wirtschaftlichkeitsgebot
- § 18 SGB V - Kostenübernahme bei Behandlung im Ausland
- § 20 SGB V - Prävention und Selbsthilfe
- § 23 SGB V - Medizinische Vorsorgeleistungen
- § 24 SGB V - Medizinische Vorsorge für Mütter
- § 40 SGB V - Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen
- § 41 SGB V - Medizinische Rehabilitation für Mütter
- § 43 SGB V - Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation
- § 92 SGB V - Richtlinien der Bundesausschüsse
- § 107 SGB V - Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen
- § 111 SGB V - Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen
- § 111a SGB V - Rahmenempfehlungen über Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen
- § 137d SGB V - Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge und Rehabilitation
- § 275 SGB V - Begutachtung und Beratung

Die Vorschriften des Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation (RehaAnglG) sind ebenfalls zu berücksichtigen. Gleichfalls gelten die Rahmenempfehlungen nach § 111a SGB V und die Rehabilitations-Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Zum Zeitpunkt der Verabschiedung dieser Begutachtungs-Richtlinien hatte der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Rehabilitations-Richtlinien noch nicht beschlossen. Die Beratungen dauern noch an.

## 2.2 Gestuftes Versorgungssystem

Nach den Vorschriften des SGB V sind folgende Stufen zu beachten:

### Vorsorge

- ambulante ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln
- ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten einschl. Kompaktkuren<sup>7</sup>
- stationäre Vorsorgeleistungen

Reicht die ärztliche Behandlung einschließlich Maßnahmen mit präventiver Ausrichtung nicht aus oder ist sie ohne Erfolg durchgeführt worden, können bei medizinischer Notwendigkeit ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten in Betracht kommen. Unter bestimmten Voraussetzungen sind auch stationäre Vorsorgeleistungen indiziert (vgl. Abschnitt 3.5).

### Rehabilitation

- ambulante Rehabilitationsleistungen
- stationäre Rehabilitationsleistungen

Reicht die Krankenbehandlung einschließlich Maßnahmen mit rehabilitativer Zielsetzung nicht aus oder ist sie ohne Erfolg durchgeführt worden, können bei medizinischer Notwendigkeit wohnortnahe ambulante oder stationäre Rehabilitationsleistungen durchgeführt werden.

---

<sup>7</sup> Es ist abzuwarten, ob der Begriff "Kompaktkuren" erhalten bleibt.

### **2.3 Prüfung durch den Medizinischen Dienst**

Nach § 275 SGB V sind die Krankenkassen verpflichtet, zur Prüfung der medizinischen Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit medizinischer Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen (§§ 23, 24, 40 und 41 SGB V) vor Bewilligung und bei beantragter Verlängerung den MDK mit einer gutachterlichen Stellungnahme zu beauftragen. Grundlage dafür ist der ärztliche Befundbericht.

Es gelten die Ausnahmeregelungen von der Begutachtungspflicht durch den MDK, die die Spitzenverbände der Krankenkassen am 03.07.1996 gemeinsam und einheitlich festgelegt haben (vgl. Anhang 1).

Unabhängig von diesen Begutachtungsaufträgen soll der Medizinische Dienst, insbesondere im Rahmen der Begutachtung von Arbeitsunfähigkeit nach SGB V sowie von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI, die individuelle Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und -prognose feststellen und ggf. geeignete Maßnahmen vorschlagen. Hinsichtlich der Prüfung, ob ggf. Leistungen anderer Träger in Betracht kommen, wird auf Kapitel 10 verwiesen.

Sobald die in § 23 Abs. 5 Satz 3 SGB V und § 40 Abs. 3 Satz 3 vorgesehenen Leitlinien oder andere Orientierungshilfen zur indikationsspezifischen Regeldauer vorliegen, sind diese zu berücksichtigen.

Hinsichtlich der Bearbeitung von Gutachtenaufträgen wird auf Abschnitt 11.1 verwiesen.

### **2.4 Prüfung / Entscheidung durch die Krankenkasse**

Die Krankenkasse bestimmt nach den Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie die Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtung.

Bei der Beurteilung sind die durch den MDK festgestellten sozialmedizinischen Befunde bzw. Tatbestände und wirtschaftliche Gesichtspunkte zu beachten. Hierbei sollen die Wünsche des Versicherten, soweit angemessen, berücksichtigt werden. Wirtschaftliche Überlegungen des Versicherten, z. B. höhere Eigenbeteiligung, spielen keine Rolle.

### **3. Medizinische Vorsorgeleistungen**

#### **3.1 Allgemeines**

Medizinische Vorsorgeleistungen sind angezeigt, um

- das Auftreten einer Krankheit zu verhindern oder zu verzögern (primäre Prävention)
- die Verschlimmerung (Progredienz, Exazerbation) einer manifest gewordenen chronischen Krankheit zu verhindern (sekundäre Prävention).

Medizinische Vorsorgeleistungen kommen nicht in Betracht, wenn Leistungen nach § 20 Abs. 1 SGB V ausreichen oder eine Rehabilitationsleistung (Kapitel 4) indiziert ist.

Im gestuften Versorgungssystem werden folgende Vorsorgeleistungen erbracht:

- ambulante Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung.

Sind diese nicht ausreichend oder ohne Erfolg durchgeführt worden,

- ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten.

Sind letztere nicht ausreichend oder nicht durchführbar,

- stationäre Vorsorgeleistungen in Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht.

Leistungen der Vorsorge, die mit gleicher Erfolgsaussicht ambulant oder stationär durchführbar sind, werden grundsätzlich ambulant durchgeführt.

### 3.1.1 Indikationen

Vorsorgeleistungen sind nur dann indiziert, wenn die individuelle

- Vorsorgefähigkeit (s. Begriffsbestimmung)
- Vorsorgebedürftigkeit (s. Begriffsbestimmung)
- positive Vorsorgeprognose (s. Begriffsbestimmung)

festgestellt wurde.

**Vorsorgebedürftigkeit im Sinne der Primärprävention** besteht, wenn

- ein oder mehrere beeinflussbare Risikofaktoren, z. B. Fehlernährung, Übergewicht, Bewegungsmangel, Überbeanspruchung einzelner Gelenke bzw. einzelner Wirbelsäulenabschnitte als Folge von Fehlhaltung, Gefährdung durch Konsum von Giftstoffen, z. B. Alkohol, Nikotin und Medikamente, nachweisbar sind
- eine oder mehrere behandlungsbedürftige Befindlichkeitsstörungen / Regulationsstörungen des Vegetativums, jedoch ohne klinische Manifestation einer Krankheit vorliegen,
- eine Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen<sup>8</sup> besteht.

**Vorsorgebedürftigkeit im Sinne der Sekundärprävention** besteht bei

- chronisch rezidivierenden Erkrankungen, bei denen das Auftreten von Rezidiven bzw. Exacerbationen vermieden bzw. deren klinischer Schweregrad vermindert werden sollen,
- chronisch progredienten Erkrankungen, bei denen der Krankheitsprogredienz entgegengewirkt werden soll,

---

<sup>8</sup> Kinder und Jugendliche i. S. dieser Begutachtungs-Richtlinien sind Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

- einer konstitutionellen oder umweltbedingten Neigung zu rezidivierenden somatischen Erkrankungen,
- chronischen Schmerzzuständen,

### **wenn Rehabilitationsbedürftigkeit nicht vorliegt.**

Bei bestehender Vorsorgebedürftigkeit ist eine Vorsorgeleistung nur dann indiziert, wenn die individuelle **Vorsorgefähigkeit** (s. Begriffsdefinition) festgestellt wurde, d. h., der Versicherte muss

- körperlich und geistig in der Lage sein, die für ihn geeigneten Behandlungselemente während der Maßnahme zu nutzen.  
Bei ambulanten Leistungen am Kurort muss er ausreichend mobil und orientiert sein, um die Einrichtung zu erreichen,
- ausreichend motiviert sein, das Vorsorgeziel anzustreben.

Wurden Vorsorgebedürftigkeit und -fähigkeit festgestellt, ist zu prüfen, ob eine positive **Vorsorgeprognose** (s. Begriffsbestimmung) gestellt werden kann.

Erst wenn sämtliche 3 Kriterien erfüllt sind, ist die Indikation zur Vorsorgeleistung fundiert.

### **3.1.2 Vorsorgekonzept**

Medizinische Vorsorgeleistungen werden auf der Basis eines ganzheitlich orientierten nachprüfbaren Konzeptes erbracht, z. B. in Form von

- ärztlicher Hilfe, Beratung, Motivierung und ggf. Behandlung einschl. Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln,
- Maßnahmen der physikalischen Therapie, ggf. unter Nutzung ortsgebundener und ortsspezifischer Heilmittel, Funktionstraining und Sporttherapie,
- Verhaltenstraining, Gesundheitsbildung, Gesundheitserziehung und Diätetik.

Die Vorsorgeleistungen stehen unter ständiger ärztlicher Verantwortung.

Die Vorsorgeleistungen setzen einen Plan voraus, der sich am vorgegebenen Vorsorgeziel der primären oder sekundären Prävention orientieren muss.

Der **Vorsorgeplan** ist vom Arzt (Kurarzt, Arzt der Einrichtung) nach Anamneseerhebung und körperlicher Untersuchung zu erstellen und ggf. der aktuellen Situation anzupassen, wobei der Versicherte zu beteiligen ist.

Ein solcher Vorsorgeplan enthält relevante Aussagen

- zu Art und Ausmaß der Gefährdung und Schwächung der Gesundheit,
- zu Art und Umfang notwendiger Maßnahmen,
- zum Ziel der Vorsorgeleistungen,
- zur Vorsorgeprognose.

Vorsorge erfordert die Zusammenarbeit aller an der Versorgung tätigen Leistungserbringer nach den Prinzipien der Interdisziplinarität und Teamarbeit.

Bei **primärpräventiver** Zielsetzung sind die Risikofaktoren und Befindlichkeitsstörungen/Regulationsstörungen zu erfassen.

Bei **sekundärpräventiver** Zielsetzung ist vorrangig das Schädigungsmuster auf Organebene zu erfassen, ggf. auch Risikofaktoren und/oder Befindlichkeitsstörungen/Regulationsstörungen.

### 3.1.3 Ziele medizinischer Vorsorgeleistungen

Ziele medizinischer Vorsorgeleistungen im Sinne der **Primärprävention** sind

- die Beseitigung bzw. Verminderung von Befindlichkeitsstörungen/ Regulationsstörungen der psychovegetativen Funktion und modifizierbarer Risikofaktoren und
- die dauerhafte Erreichung einer gesundheitsfördernden Lebensweise und die Förderung der Bereitschaft, die am Wohnort angebotenen Hilfen (z. B. Angebote der Sportvereine, Volkshochschulen, Selbsthilfegruppen) zu nutzen, um die positive Verhaltensänderung auf Dauer zu stabilisieren.

Ziel medizinischer Vorsorgeleistungen im Sinne der **Sekundärprävention** ist die Vermeidung von Fähigkeitsstörungen und/oder Beeinträchtigungen bei bereits bestehender chronischer Krankheit mit Schädigung auf Organebene.

### 3.2 Vorsorgeleistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

Verschiedene medizinische Vorsorgeleistungen, z. B. ärztliche Behandlung, problemzentrierte Gespräche und die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, werden im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht.

Weiter können über die Eigenverantwortung des Versicherten (§ 1 SGB V) hinausgehende zielgruppenspezifische Leistungen nach § 20 Abs. 1 SGB V (z. B. Ernährungsberatung und Raucherentwöhnung) angeregt werden, deren Kostenübernahme die Krankenkasse in ihrer Satzung vorsehen kann.

Auf die "Gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000" wird verwiesen.

### **3.3 Ambulante Vorsorgeleistungen am Kurort**

#### **3.3.1 Merkmale**

Die ambulante Vorsorgeleistung am Kurort ist eine zielgerichtete komplexe medizinische Leistung mit primär- oder sekundärpräventiver Zielsetzung, die ausschließlich in anerkannten Kurorten erbracht wird.

Unter kurärztlicher Leitung kommen folgende Behandlungselemente zur Anwendung:

- ärztliche Hilfe, Beratung, Motivierung und ggf. Behandlung einschließlich Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln,
- Maßnahmen der physikalischen Therapie ggf. unter Nutzung ortsgebundener und ortsspezifischer Heilmittel, Funktionstraining und Sporttherapie,
- Verhaltenstraining, Gesundheitsbildung und Diätetik.

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

Ambulante Vorsorgeleistungen können in kompakter Form ("Kompaktkur") erbracht werden (vgl. Abschnitt 3.4).

#### **3.3.2 Indikationen**

Ambulante Vorsorgeleistungen am Kurort sind angezeigt, wenn

- ambulante Maßnahmen am Wohnort nicht ausreichen oder ohne Erfolg durchgeführt wurden,
- die vorübergehende Herausnahme des Versicherten aus dem sozialen Umfeld medizinisch notwendig ist.

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

### **3.3.3 Besonderheiten bei Kindern/Jugendlichen**

Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für Kinder und Jugendliche stehen Maßnahmen zur Konditionskräftigung und Steigerung der Abwehrkräfte unter Nutzung heilklimatischer Faktoren im Vordergrund, insbesondere bei Kindern mit häufig rezidivierenden Infekten. Falls erforderlich, können in altersgleichen Gruppen Verhaltensänderungen trainiert werden.

Durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 wird den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben, in der Satzung höhere Zuschüsse (bis max. 30,-- DM täglich) für chronisch kranke Kleinkinder bei Inanspruchnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten festzulegen (vgl. § 23 Abs. 2 Satz 3 SGB V). Sofern die Krankenkasse eine entsprechende Satzungsregelung getroffen hat, kann der MDK neben der Prüfung der Vorsorgebedürftigkeit, -fähigkeit und -prognose auch zur Frage, ob das Kleinkind chronisch krank ist, eingeschaltet werden. Bei der Feststellung der Vorsorgefähigkeit für Kleinkinder ist die Motivation der notwendigen Begleitperson zu beurteilen.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen verständigten sich am 22.02.2000 auf die folgende Definition "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.“

Ambulante Vorsorgeleistungen am Kurort kommen für Kinder und Jugendliche in der Regel nur in Begleitung erwachsener Bezugspersonen in Betracht. Mit dem Zuschuss zur ambulanten Vorsorgeleistung sind die weiteren Kosten der Begleitperson abgegolten.

### **3.4 Kompaktkuren**

#### **3.4.1 Merkmale**

Die Kompaktkur ist eine zielgerichtete komplexe medizinische Leistung, die sowohl mit primär- als auch sekundärpräventiver Zielsetzung (vgl. Abschnitt 3.1.1) unter dauernder kurärztlicher Begleitung durchgeführt wird. Sie gehört damit zu den Vorsorgeleistungen.

Die Kompaktkur ist eine koordinierte Leistung, die nur von mehreren Berufsgruppen im Team nach einem strukturierten Therapiekonzept mit krankheitsgruppenspezifischer Ausrichtung durchgeführt werden kann.

Wesentliche Merkmale der Kompaktkur sind ferner

- große Therapiedichte,
- die Behandlung in geschlossenen Gruppen mit max. 15 Teilnehmern,
- die konstante Gruppenleitung und
- die interdisziplinären Qualitätszirkel der Behandler am Kurort.

Ein regelmäßig aktualisiertes Verzeichnis der Kurärztlichen Verwaltungsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KV WL), Dortmund, gibt Auskunft über anerkannte Programme, Indikationen und Kurorte für Kompaktkuren. Auskünfte erteilen des weiteren der Deutsche Heilbäderverband sowie die Kompakt-Kur-Zentrale. Kompakt-Kur-Zentrale: Tel: (0 65 42) 90 16-0, Fax: (0 65 42) 90 16 55, eMail: mail@kompaktkur.de

### 3.4.2 Indikationen

Kompaktkuren mit **primärpräventiver Zielsetzung** werden durchgeführt zur Verhütung von z. B.

- Herz-Kreislaufkrankungen,
- Krankheiten des Stütz- und Bewegungsapparates,
- Erkrankungen des Stoffwechsels und der Verdauungsorgane.

Kompaktkuren mit **sekundärpräventiver Zielsetzung** werden durchgeführt, um eine Verschlimmerung chronischer Krankheiten wie z. B.

- Herz-Kreislaufkrankungen,
- obstruktive Atemwegserkrankungen,
- Osteoporose,
- Diabetes mellitus Typ II,
- degenerative Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen,
- Hauterkrankungen (Psoriasis, Neurodermitis)

zu verhindern.

## 3.5 Stationäre Vorsorgeleistungen

### 3.5.1 Merkmale

Die stationäre Vorsorgeleistung ist eine zielgerichtete komplexe medizinische Leistung, die von einem interdisziplinären Team unter Leitung eines entsprechend qualifizierten Arztes nach individuellen Vorsorgeplänen auf der Grundlage eines Vorsorgekonzepts der Einrichtung erbracht wird.

Stationäre Vorsorgeleistungen werden in Einrichtungen durchgeführt, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht.

Bei Vorsorgeleistungen für Mütter und Mutter-Kind-Maßnahmen (vgl. Abschnitte 3.5.3 und 5.2) gelten besondere Bestimmungen.

### 3.5.2 Indikationen

Stationäre Vorsorgeleistungen mit **primärpräventiver Zielsetzung** sind, von Ausnahmen abgesehen, nur bei Kindern/Jugendlichen (s. S. 34) angezeigt, wenn eine Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung vorliegt, jedoch Schädigungen und Fähigkeitsstörungen noch nicht vorhanden sind.

Indikationen bei Kindern/Jugendlichen sind:

- Häufung verhaltensabhängiger gesundheitlicher Risikofaktoren (z. B. Übergewicht, Adipositas ohne Folgekrankheiten wie z. B. Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Gelenkveränderungen), die ein komplexes Behandlungsangebot erfordern,
- psychosoziale Probleme, die ein Erkrankungsrisiko darstellen, zu denen ein Zugang nur unter stationären Bedingungen möglich ist,
- Verhaltensabweichungen mit nachweisbaren, die gesundheitliche Entwicklung gefährdenden Defiziten und erfolglos gebliebenen Therapieversuchen, die sich z. B. in Konzentrationsschwäche bei einer schwierigen familiären Situation äußern,

wenn qualitätsgesicherte ambulante Behandlungsangebote im Wohnumfeld nicht vorgehalten werden und die zeitweilige Herausnahme aus der häuslichen Umgebung notwendig ist.

Beim Erwachsenen ist eine stationäre Vorsorge angezeigt, wenn

- diese aus medizinischen und psychologischen Gründen erforderlich ist,
- eine ambulante Leistung nicht durchgeführt werden kann (z. B. eingeschränkte Mobilität).

Stationäre Vorsorgeleistungen mit **sekundärpräventiver Zielsetzung** sind bei Kindern/Jugendlichen<sup>9</sup> und Erwachsenen angezeigt.

Indikationen bei Kindern/Jugendlichen sind z. B.:

- Neigung zu rezidivierenden Erkrankungen, u. a. bei Erkrankungen der oberen Atemwege, über das alterstypische Maß hinaus gehend, und verlängerter Rekonvaleszenz, die die zeitweilige Herausnahme aus der häuslichen Umgebung erfordern,
- Vermeidung von Rezidiven somatischer Erkrankungen, die umweltbeeinflusst sind und die zeitweilige Herausnahme aus der häuslichen Umgebung erfordern,
- Verhinderung der Verschlimmerung chronisch progredienter Erkrankungen.

Indikationen bei Erwachsenen sind z. B.

- fehlende Durchführbarkeit ambulanter Vorsorgeleistungen am Kurort (z. B. eingeschränkte Mobilität),
- unzureichender Behandlungserfolg ambulanter Vorsorgeleistungen am Kurort.

---

<sup>9</sup> Gemeinsames Rahmenkonzept für die Durchführung stationärer medizinischer Maßnahmen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche vom 15.08.1998, BAR

Wird bei der Prüfung einer beantragten Vorsorgeleistung festgestellt, dass Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, ist auch zu prüfen, ob die medizinischen Voraussetzungen für Leistungsansprüche gegenüber anderen Sozialleistungsträgern bestehen (vgl. Kapitel 10). Dies gilt auch bei Vorsorgeleistungen für Mütter (vgl. Abschnitt 3.5.3).

### **3.5.3 Medizinische Vorsorge für Mütter**

Das Leistungsangebot für Mütter ist im Rahmen der Vorsorge auf die besonderen Bedürfnisse der Mütter ausgerichtet, die aufgrund mehrfacher Beanspruchungen in Folge von Überforderung komplexen Gesundheitsgefährdungen ausgesetzt sind.

Eine Überforderung kann Folge psychosozialer Probleme sein, wie z. B.

- ständiger Zeitdruck,
- Schwierigkeiten bei der Problembewältigung,
- Partner-/Eheprobleme,
- Erziehungsschwierigkeiten,
- beengte Wohnverhältnisse,
- eigene Arbeitslosigkeit,
- soziale Isolation,

die als gesundheitsgefährdende Risikofaktoren wirken können.

Sofern die genannten Faktoren über einen längeren Zeitraum einwirken, können sie Befindlichkeitsstörungen oder Regulationsstörungen vegetativer Funktionen, wie z. B.:

- Niedergeschlagenheit,
- Kopfschmerzen,
- Lustlosigkeit,
- dauernde Müdigkeit,
- Stimmungsschwankungen,

- Schlafstörungen,
- Unruhe- und Angstgefühle

verursachen.

Die gutachterlichen Feststellungen des MDK beziehen sich auf die Prüfung folgender Sachverhalte:

- Liegen Vorsorgebedürftigkeit, -fähigkeit und eine positive Vorsorgeprognose vor?
- Psychosoziale Problemlage
- Ist eine Mutter-Kind-Maßnahme zu empfehlen?

## **4. Medizinische Rehabilitationsleistungen**

### **4.1 Allgemeines**

Im Rahmen der Krankenbehandlung (s. Begriffsbestimmung) stehen neben der ärztlichen Betreuung Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel zur Verminderung von Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen zur Verfügung. Es können auch Maßnahmen mit rehabilitativer Zielsetzung verordnet werden, z. B. physikalische Therapie, auch in standardisierter Kombination, Ergotherapie oder Logopädie.

Reicht Krankenbehandlung einschließlich Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln zur Verminderung der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen oder Beeinträchtigungen nicht aus, ist die Notwendigkeit von Rehabilitationsleistungen zu prüfen.

Im gestuften Versorgungssystem sind Rehabilitationsleistungen angezeigt, wenn das Ziel nur durch eine komplexe interdisziplinäre Maßnahme zu erreichen ist.

Es könnten auch die medizinische Notwendigkeit und Dringlichkeit zur sofortigen Einleitung einer komplexen Rehabilitationsleistung bestehen, obgleich nicht alle Möglichkeiten der Krankenbehandlung ausgeschöpft wurden.

Rehabilitation wird ambulant und stationär durchgeführt. Anschlussrehabilitation ist dabei eingeschlossen.

Die Entscheidung, ob Rehabilitationsleistungen ambulant oder stationär durchzuführen sind, trifft die Krankenkasse. Die Auswahl der Rehabilitationsform wird aufgrund der medizinischen Notwendigkeit getroffen. Sofern das Rehabilitationsziel mit gleicher Erfolgsaussicht sowohl durch ambulante als auch durch stationäre Rehabilitationsleistungen zu erreichen ist, wird unter Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten und der berechtigten Wünsche des/der Versicherten entschieden.

### 4.1.1 Indikation

Eine Rehabilitationsleistung ist nur dann indiziert, wenn die individuelle

- Rehabilitationsbedürftigkeit (s. Begriffsbestimmung) und
- Rehabilitationsfähigkeit (s. Begriffsbestimmung) und
- positive Rehabilitationsprognose (s. Begriffsbestimmung)

festgestellt bzw. eingeschätzt wurden und ein realistisches Rehabilitationsziel formuliert werden konnte.

### 4.1.2 Rehabilitationskonzept

Rehabilitationsleistungen werden zielgerichtet, komplex und interdisziplinär nach einem strukturierten und indikationsspezifischen Behandlungskonzept erbracht. Dieses ist ganzheitlich orientiert und entspricht dem aktuellen Stand wissenschaftlicher, insbesondere rehabilitationswissenschaftlicher Erkenntnisse.

Das Rehabilitationskonzept berücksichtigt die als Folge der verschiedenen Krankheiten auftretenden Schädigungen und vor allem die Fähigkeitsstörungen und (drohenden) Beeinträchtigungen. Darauf ist das Therapieangebot zu beziehen.

Unter anderem können Fähigkeitsstörungen mit folgenden Therapieformen vermindert oder behoben werden:

- |  |       |   |
|--|-------|---|
| • in der Selbstversorgung  | durch | Ergotherapie (einschl. Hilfsmittelberatung und -schulung)   |
| • in der Fortbewegung, der allgemeinen körperlichen Beweglichkeit, der Belastbarkeit | durch | Physiotherapie, Ergotherapie (einschl. Hilfsmittelberatung und -schulung), Sporttherapie                                      |
| • in der Kommunikation   | durch | Sprachtherapie, Ergotherapie  |
| • im Verhalten / in der Krankheitsverarbeitung                                       | durch | Psychoedukative Maßnahmen, verhaltens-modifizierende Therapie und Psychotherapie, Ergotherapie, neuropsychologische Therapie. |

Eine drohende Beeinträchtigung in der Erfüllung einer sozialen Rolle kann durch die oben genannten Behandlungsformen wahrscheinlich vermieden werden. Hinzu kommen Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Belastungserprobung/Arbeitstherapie mit Beratung hinsichtlich sozialer Fragestellungen.

Nach Aufnahme in einer Rehabilitationseinrichtung werden für den Versicherten vom verantwortlichen Arzt und dessen Rehabilitationsteam die Rehabilitationsdiagnostik unter Würdigung bereits ambulant oder im Krankenhaus erhobener Befunde durchgeführt und ein **individueller Rehabilitationsplan** erstellt. Dieser enthält neben Maßnahmen der Krankenbehandlung insbesondere Rehabilitationsprogramme zur Minderung der festgestellten Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen. Auch Maßnahmen der Prävention und Hilfe zur Selbsthilfe sind Inhalte des Rehabilitationsplanes.

Der Erfolg der medizinischen Rehabilitation ist bei Bedarf durch entsprechende Nachsorgemaßnahmen zu festigen, z. B. durch ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 43 SGB V) wie Patientenschulungen, Rehabilitationssport und Funktionstraining.

#### **4.1.3 Ziele medizinischer Rehabilitationsleistungen**

Auf der Grundlage der Aussagen zur Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und -prognose des Versicherten wird das Rehabilitationsziel bestimmt.

Medizinische Rehabilitation zielt auf möglichst frühzeitige Beseitigung oder Verminderung voraussichtlich nicht nur vorübergehender Fähigkeitsstörungen oder Vermeidung, Beseitigung oder Verminderung von Beeinträchtigungen, die sich aus einer krankheitsbedingten Schädigung ergeben.

Ziele der Rehabilitation können sein

- vollständige Wiederherstellung der ursprünglichen Struktur und Funktion bzw. Fähigkeiten (Restitutio ad integrum)
- größtmögliche Wiederherstellung der ursprünglichen Struktur/Funktion bzw. Fähigkeiten (Restitutio ad optimum)
- Einsatz von "Ersatzstrategien" bzw. Nutzung verbliebener Funktionen bzw. Fähigkeiten (Kompensation)
- Anpassung der Umweltbedingungen an die Fähigkeitsstörungen bzw. Beeinträchtigungen des Patienten (Adaptation).

Der ganzheitliche Rehabilitationsansatz erfordert die Anwendung komplexer Maßnahmen auf medizinischen, pädagogischen und sozialen Sektoren und die Verzahnung insbesondere der ärztlichen, pflegerischen, physiotherapeutischen, ergotherapeutischen, logopädischen, diätetischen und psychotherapeutischen Versorgung unter Einschluss von Hilfen zur Bewältigung der Krankheitsfolgen und zur Verhaltensänderung. Der ganzheitliche Rehabilitationsansatz zielt auch darauf ab, gesundheitliche Risikofaktoren beim Rehabilitanden abzubauen.

## **4.2 Ambulante Rehabilitationsleistungen**

### **4.2.1 Merkmale**

Sind Rehabilitationsleistungen zur Beseitigung oder Verminderung nicht nur vorübergehender Fähigkeitsstörungen oder Vermeidung, Beseitigung oder Verminderung von Beeinträchtigungen angezeigt, ist zu prüfen, ob das Rehabilitationsziel durch ambulante Rehabilitationsleistungen<sup>10</sup> zu erreichen ist.

Das Angebot an wohnortnahen ambulanten Rehabilitationseinrichtungen ist in der Bundesrepublik Deutschland noch nicht flächendeckend. Regional haben sich in unterschiedlicher Dichte und Qualität ambulante Rehabilitationszentren für mehrere Indikationen entwickelt.

---

<sup>10</sup> Der Begriff der ambulanten Rehabilitation unter 4.2 umfasst auch die teilstationäre Rehabilitation.

Die ambulante Rehabilitation kann in stationären und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt werden, soweit sie hierfür vertraglich zugelassen sind.

Verwiesen wird in diesem Zusammenhang auf die "Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation" der BAR einschließlich der indikationsspezifischen Anforderungsprofile (Allgemeiner und besonderer Teil der Rahmenempfehlungen).

#### **4.2.2 Indikationen**

Eine ambulante Rehabilitationsleistung kommt in Betracht, wenn der Versicherte neben den unter 4.1.1 genannten allgemeinen Indikationen

- über die zur Inanspruchnahme der ambulanten Rehabilitation erforderliche Mobilität verfügt und
- physisch und psychisch für die Leistung belastbar ist und
- die Einrichtung in einer nach den jeweiligen Gegebenheiten zumutbaren Fahrzeit erreichen kann und
- die Notwendigkeit der Herausnahme aus dem sozialen Umfeld nicht besteht und
- die häusliche Versorgung gesichert ist und
- das formulierte Rehabilitationsziel durch eine ambulante Rehabilitation erreichen kann.

Hinsichtlich der Begutachtung von Suchtkranken wird u. a. auf die "Gemeinsamen Leitlinien der Kranken- und Rentenversicherungsträger für die Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Entwöhnung bei Abhängigkeitskranken vom 09.03.1995" hingewiesen.

## **4.3 Stationäre Rehabilitationsleistungen**

### **4.3.1 Merkmale**

Ist das Rehabilitationsziel durch eine wohnortnahe ambulante Rehabilitation nicht zu erreichen oder ist diese nicht durchführbar, so kann eine stationäre Rehabilitationsleistung indiziert sein.

Stationäre Rehabilitationsleistungen werden ausschließlich in Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht. (Besonderheiten der Rehabilitation für Mütter s. Kapitel 4.3.4)

### **4.3.2 Indikationen**

Für die Befürwortung stationärer Rehabilitationsleistungen müssen neben den unter 4.1.1 aufgeführten (allgemeinen) Indikationskriterien noch mindestens eines der zusätzlichen Kriterien erfüllt sein:

- Es liegen Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen vor, die durch ambulante Rehabilitation nicht ausreichend behandelt werden können,
- mangelnde psychische Belastbarkeit (psychiatrische Erkrankungen, Orientierungsstörungen, Abhängigkeitsprobleme – Alkohol, Drogen, Medikamente),
- Notwendigkeit pflegerischer Betreuung und ständiger ärztlicher Überwachung, auch außerhalb der Therapiezeiten,
- der Notwendigkeit einer zeitweisen Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld.

An dieser Stelle wird auch auf die Arbeitshilfen "Indikationskriterien für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen gemäß § 40 Abs. 2 SGB V bei psychosomatisch/psychoneurotisch Kranken", "Arbeitshilfe für die Begutachtung der Neurodermitis" sowie auf die "Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C" (BAR) vom 2.11.1995 und die ergänzenden "Empfehlungen zur kriterienbezogenen Dauer in der Phase C" vom 9.11.1998 hingewiesen.

Hinsichtlich der Begutachtung von Suchtkranken wird u. a. auf die "Gemeinsamen Leitlinien der Kranken- und Rentenversicherungsträger für die Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Entwöhnung bei Abhängigkeitskranken vom 09.03.1995" hingewiesen.

Die Kenntnis der indikationsspezifischen Rehabilitationskonzepte seitens des Gutachters ist erforderlich.

### **4.3.3 Besonderheiten bei Kindern/Jugendlichen**

Hinsichtlich der Besonderheiten wird auf das "Gemeinsame Rahmenkonzept für die Durchführung stationärer Maßnahmen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche der BAR vom 15.08.1998" verwiesen.

Es gibt für Kinder mit Herzkrankheiten, Krebserkrankungen und Mukoviszidose Angebote der so genannten "familienorientierten Rehabilitation", die in speziellen Rehabilitationskliniken durchgeführt werden. Diese beinhalten auch die Behandlung und Betreuung von Familienangehörigen/Bezugspersonen. Bei entsprechenden Anträgen sind die Vorsorge- bzw. Rehabilitationsbedürftigkeit der Familienangehörigen und die Notwendigkeit der Begleitperson(en) differenziert zu prüfen. Der Gutachter sollte in diesen Fällen in Betracht ziehen, dass einzelne Familienangehörige bei vorliegender Rehabilitationsbedürftigkeit eigene Leistungsansprüche gegenüber anderen Sozialleistungsträgern haben können (vgl. Kapitel 10).

Ein Familienurlaub kommt nicht in Betracht.

#### **4.3.4 Medizinische Rehabilitation für Mütter**

Das Leistungsangebot des MGW und gleichartiger Einrichtungen geht in besonderer Weise auf die spezifische Rollenfunktion der Frau in der Familie ein.

Die durch Krankheit verursachten Schädigungen bei Müttern können häufig die Aufmerksamkeit, den Antrieb, die Emotionen, den Affekt und die Stimmung, den Willen, das Verhaltensmuster sowie andere Schädigungen des Bewusstseins oder Wachzustandes betreffen.

Diese Schädigungen können zu Fähigkeitsstörungen hinsichtlich der Wahrnehmung der familiären und beruflichen Rolle und zu Beeinträchtigungen der Beschäftigung und sozialen Integration führen.

Sofern die Rehabilitation der Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit der Mutter dient, ist vorrangig die Zuständigkeit des RV-Trägers gegeben (vgl. Abschnitt 10.1). In Abhängigkeit von nachweisbaren Fähigkeitsstörungen können indikationsspezifische Rehabilitationsleistungen erforderlich werden.

## **5. Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter**

### **5.1 Allgemeines**

Das SGB V sieht stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter (§ 24 bzw. § 41 SGB V) vor. Zwischen diesen Leistungen und den Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen nach § 23 und § 40 SGB V bestehen keine Vor- und Nachrangigkeit.

Die Leistungen nach § 24 und § 41 SGB V können auch als Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Maßnahme erbracht werden. Hierbei handelt es sich um Angebote, bei denen psychosoziale Problemsituationen besonders berücksichtigt werden können.

Leistungen für Mütter werden in vom MGW anerkannten Einrichtungen oder gleichartigen Einrichtungen erbracht. Die vom MGW anerkannten Einrichtungen werden im regelmäßig erscheinenden MGW-Jahrbuch aufgeführt.

Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter sind nur dann indiziert, wenn

- Vorsorgebedürftigkeit bzw. Rehabilitationsbedürftigkeit und
- Vorsorgefähigkeit bzw. Rehabilitationsfähigkeit und
- eine positive Vorsorge- bzw. Rehabilitationsprognose

festgestellt bzw. eingeschätzt wurden und ein realistisches Vorsorge- bzw. Rehabilitationsziel formuliert werden können.

Der Gutachter empfiehlt die Leistung, die medizinisch indiziert ist. Dabei ist auch abzuklären, ob mit gleicher Erfolgsaussicht ambulante Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen (vgl. Kapitel 3 und 4) ausreichend sind. Dies kann von der Inanspruchnahme entlastender Hilfen (z.B. Kinderspielkreise, Nachmittagsangebote der Kindergärten) abhängig sein. Informationen zu entlastenden Hilfen sind über Mütterzentren und Jugendämter zu erhalten.

## 5.2 Leistungen für Mütter / Mutter-Kind-Maßnahmen

Diese Leistungsart kommt in Betracht für Personen, die

- leibliche Kinder,
- Pflegekinder,
- Adoptivkinder, Stiefkinder
- Enkelkinder (überwiegende Erziehungsverantwortung)

erziehen und betreuen, wenn eine Indikation für eine stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung besteht.

Die Indikation der Mutter für eine stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung ist maßgebend.

Um das angestrebte Vorsorge- und Rehabilitationsziel zu erreichen, sollte primär angestrebt werden, dass die Person die jeweilige Leistung ohne ihr Kind bzw. ihre Kinder in Anspruch nimmt.

Für Mütter, die minderjährige (d. h. in der Regel bis 12 Jahren, in besonderen Fällen bis 14 Jahren) und/oder behinderte Kinder versorgen, besteht die Möglichkeit, gemeinsam mit ihrem Kind oder ihren Kindern an einer Mutter-Kind-Maßnahme teilzunehmen. Voraussetzungen sind, dass die Mitaufnahme indiziert ist und dem Erfolg der Maßnahme nicht entgegensteht.

Mutter-Kind-Maßnahmen können in Betracht kommen, wenn

- zu befürchten ist, dass eine maßnahmebedingte Trennung von der Mutter zu psychischen Störungen des Kindes führen kann (z. B. aufgrund des Alters), oder
- bei allein erziehenden, berufstätigen Müttern die Mutter-Kind-Beziehung stabilisiert werden soll, oder
- wegen einer besonderen familiären Situation eine Trennung des/r Kindes/r von der Mutter unzumutbar ist, oder

- das Kind während der Leistungsanspruchnahme der Mutter nicht anderweitig betreut und versorgt werden kann und die Durchführung der Leistung für die Mutter daran scheitern kann.

Außerdem kommen sie in Betracht, wenn das Kind ebenfalls vorsorgebedürftig ist und an einer seiner Indikation entsprechenden Maßnahme mit den erforderlichen medizinischen und sozialtherapeutischen Angeboten teilnehmen kann.

Die Kinder werden in den Einrichtungen des MGW und gleichartigen Einrichtungen von qualifiziertem Fachpersonal betreut und, wenn notwendig, in das Vorsorge- und Rehabilitationskonzept der Mutter einbezogen. Der organisatorische Ablauf einer Vorsorge-/ Rehabilitationsleistung ist so gestaltet, dass durch die Gruppenbetreuung der Kinder eine Aufsichtspflicht-Entbindung der Mutter, zumindest während der Therapiezeiten, möglich ist.

Bei vorliegender Indikation für eine Rehabilitation des Kindes ist gutachterlich eine indikationsspezifische Rehabilitationsmaßnahme für Kinder/Jugendliche zu empfehlen.

Bei bestimmten Problemsituationen werden insbesondere vom MGW Schwerpunktmaßnahmen angeboten, die sowohl als Maßnahmen für Mütter als auch in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme durchgeführt werden.

Diese Schwerpunktmaßnahmen sind indiziert u. a. bei

- sinnesgeschädigten oder behinderten Müttern,
- Müttern nach abgeschlossener Krebsbehandlung,
- Müttern mit chronisch kranken, behinderten oder dauernd pflegebedürftigen Angehörigen
- allein erziehenden Müttern.

## 6. Dauer der Leistungen

Die Dauer der Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen ist nach den medizinischen Erfordernissen im Einzelfall durch die Krankenkasse festzulegen. Dies erfordert die Empfehlung durch den Medizinischen Dienst 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 Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten (§ 23 Abs. 2 SGB V)
- stationäre Vorsorgeleistungen (§ 23 Abs. 4 SGB V)
- Vorsorgeleistungen für Mütter (§ 24 SGB V)
- stationäre Rehabilitation einschl. Anschlussrehabilitation (40 Abs. 2 SGB V)
- Rehabilitationsleistungen für Mütter (§ 41 SGB V)

für längstens 3 Wochen erbracht werden.

Ambulante Rehabilitationsleistungen einschl. Anschlussrehabilitation (§ 40 Abs. 1 SGB V) sollen auf längstens 20 Behandlungstage begrenzt werden.

Für Kinder (unter 14 Jahren) ist nach den §§ 23 Abs. 7 und 40 Abs. 3 SGB V eine Dauer von 4 bis 6 Wochen festgelegt.

Weicht eine gutachterliche Empfehlung des MDK von diesen Vorgaben für die Regeldauer ab, ist dies im Gutachten nachvollziehbar zu begründen (s. a. 6.1 und 6.2.).

Im übrigen sollten bei der Festlegung der Dauer aktuelle Entwicklungen zur Flexibilisierung von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen mit kürzeren Einzelmaßnahmen und ggf. Wiederholungsphasen oder speziellen Nachsorgeprogrammen berücksichtigt werden.

Ist zur Erreichung des individuellen Vorsorge- bzw. Rehabilitationsziels eine längere Dauer als die der Erstbewilligung erforderlich, kommt auf besonderen Antrag hin eine Verlängerung in Betracht. Hierzu wird auf Abschnitt 11.4 verwiesen.

Den Spitzenverbänden der Krankenkassen ist im Übrigen gesetzlich die Möglichkeit eingeräumt, in Leitlinien für bestimmte Indikationen eine andere Regeldauer verbindlich vorzugeben. Solche Leitlinien werden angestrebt, ihr Inkrafttreten ist aber z. Z. noch nicht abzusehen. Liegen diese vor, darf von ihnen nur abgewichen werden, wenn dies aus medizinischen Gründen im Einzelfall erforderlich ist.

## **6.1 Vorsorgeleistungen**

Bei ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten mit primärpräventiver Zielsetzung kommt eine längere Dauer als 3 Wochen nicht in Betracht, weder für Erwachsene noch für Kinder. 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.

Bei stationären Vorsorgeleistungen für Kinder und Jugendliche sollte wegen der medizinischen und entwicklungsspezifischen Besonderheiten eine Dauer von 4 Wochen empfohlen werden. Eine Verlängerung ist wegen des nach 4 Wochen stattfindenden Wechsels der Patientengruppen in den Einrichtungen grundsätzlich nicht angezeigt.

## **6.2 Rehabilitationsleistungen**

Für die Dauer der Rehabilitation ist zu berücksichtigen, dass bei bestimmten Erkrankungen aufgrund von Besonderheiten der Fähigkeitsstörungen oder Beeinträchti-

gungen das Rehabilitationsziel im Einzelfall nicht innerhalb der Regeldauer erreicht werden kann, z. B. bei Suchterkrankungen, psychischen, psychosomatischen und neurologischen Erkrankungen, teilweise auch bei geriatrischen Patienten. In diesen Fällen kann von vornherein eine längere Dauer als die Regeldauer empfohlen werden.

Anhaltspunkte für eine bedarfsgerechte längere Bewilligungsdauer geben:

- für Suchterkrankungen die "Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht" vom 29.2.1991 i. d. F. vom 5.11.1996,
- für neurologische Erkrankungen die "Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C" vom 2.11.1995 sowie die ergänzenden "Empfehlungen zur kriterienbezogenen Dauer in der Phase C" vom 09.11.1998.

Bei stationären Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche ist wegen der medizinischen und entwicklungsspezifischen Besonderheiten von vornherein eine Dauer von mindestens 4 Wochen zu empfehlen. Anders als bei der Vorsorge kommen danach im Einzelfall auf Antrag Verlängerungen in Betracht (s. Abschnitt 11.4).

## 7. Wiederholte Leistungen

Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten, stationäre Vorsorgeleistungen, ambulante und stationäre Rehabilitationsleistungen sowie Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter einschl. Mutter-Kind-Maßnahmen können nicht vor Ablauf von 4 Jahren nach der Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, wenn die Kosten aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind. Eine vorzeitige Leistungsgewährung ist möglich, wenn diese aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist.

Der Gutachter hat in diesen Fällen die medizinische Notwendigkeit und vor allem die Dringlichkeit der Leistungen zu prüfen. Hierbei hat er insbesondere den Vorsorge- und Rehabilitationserfolg der in den letzten 4 Jahren vor Antragstellung durchgeführten ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen sowie die im Wohnumfeld möglichen und durchgeführten Behandlungen zu berücksichtigen.

Anzurechnen innerhalb der Vorsorge sind hiernach:

- Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten (§ 23 Abs. 2 SGB V),
- stationäre Vorsorgeleistungen (§ 23 Abs. 4 SGB V),
- Vorsorgeleistungen für Mütter-, Mutter-Kind-Maßnahmen (§ 24 SGB V),
- sonstige Leistungen nach § 31 SGB VI,
- Kurmaßnahmen im Rahmen der vorbeugenden Gesundheitshilfe (§ 27 d Abs. 1 Nr. 2 BVG, § 36 BSHG),
- Vorsorgemaßnahmen im Rahmen der Heilbehandlung und Krankenbehandlung nach dem BVG (§ 11 Abs. 2 BVG, § 12 Abs. 4 BVG).

Aufgrund der erweiterten Vorsorge durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 ab 01.01.2000 sind bei der Prüfung, ob seit der letzten durchgeführten Vorsorgeleistung mindestens 4 Jahre vergangen sind, auch die Leistungen nach dem bis zum 31.12.1999 geltenden § 40 Abs. 1 SGB V – ambulante Rehabilitationskuren – zu

berücksichtigen. Diese Ausnahme ist bis Ende 2003 von den Krankenkassen zu beachten.

Nicht anzurechnen sind die medizinischen Rehabilitationsleistungen.

Anzurechnen innerhalb der Rehabilitation sind:

- Ambulante Rehabilitationsleistungen (§ 40 Abs. 1 SGB V),
- stationäre Rehabilitationsleistungen (§ 40 Abs. 2 SGB V),
- Rehabilitationsleistungen für Mütter/Mutter-Kind-Maßnahmen (§ 41 SGB V),
- Leistungen zur Rehabilitation nach § 15 SGB VI,
- sonstige Leistungen nach § 31 SGB VI,
- stationäre Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen (§ 33 SGB VII),
- Rehabilitationsmaßnahmen nach § 11 Abs. 1 Nr. 6 BVG,
- Kurmaßnahmen nach § 37 BSGH und § 11 Abs. 2 BVG.

Nicht anzurechnen sind medizinische Vorsorgeleistungen sowie die bis zum 31.12.1999 durchgeführten ambulanten Rehabilitationskuren. Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Wohnortnähe, die bis 31.12.1999 teilweise auf der Grundlage des § 40 Abs. 1 SGB V bzw. § 43 SGB V oder als Modellversuch nach § 63 SGB V gewährt wurden, sind hingegen bei der Prüfung zu berücksichtigen.

## 8. Begleitpersonen

Bei der Durchführung stationärer Vorsorge-/Rehabilitationsleistungen ist in der Regel eine Begleitperson nicht erforderlich, da die Einrichtungen über entsprechend qualifiziertes Pflege- und Betreuungspersonal verfügen. Die Begleitperson kann bei geringer Mobilität des Patienten für die An- und Abreise erforderlich sein, auch um gegebenenfalls kostenaufwendige Transportmittel - z. B. Krankenwagen - zu vermeiden.

Von diesem Grundsatz kann im Einzelfall abgewichen werden, wenn bei stationären Vorsorge-/Rehabilitationsleistungen die Mitaufnahme einer Begleitperson aus medizinischen Gründen zwingend erforderlich ist, z. B. wenn

- wegen schwer wiegender psychologischer Gründe eine Trennung des Kindes<sup>11</sup> von der Bezugsperson die Durchführung der medizinisch notwendigen Leistung gefährden würde, oder
- der Versicherte wegen schwerer Behinderung der ständigen Hilfe bedarf, die bei stationären Leistungen von der Einrichtung nicht erbracht werden kann, oder
- während der stationären Leistungen die Einübung/Anleitung der Begleit- (Bezugs)person 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 Maßnahme für den Patienten. Sind die Einübungen/Anleitungen einer die Behandlung des Patienten 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. (vgl. u. a. Abschnitt 4.3.3)

---

<sup>11</sup> Kinder bis zum 6. Lebensjahr benötigen in der Regel eine Bezugs-/Begleitperson.

## 9. Vorsorge und Rehabilitation im Ausland

Nach § 16 SGB V ist eine Leistungsgewährung grundsätzlich auf den Geltungsbereich des Gesetzes, d.h. das Inland, beschränkt.

Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen im Ausland sind unter folgenden Voraussetzungen denkbar:

- Eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit im Inland ist nicht möglich (§ 18 Abs. 1 SGB V). Daher ist im Einzelfall unter Berücksichtigung des bisherigen Krankheitsverlaufs und der medizinischen Indikation zu prüfen, ob eine Leistung im Ausland erforderlich ist.

Oder

- Sofern das Recht der ausländischen Sozialversicherung, mit dessen Staat die BRD ein Sozialversicherungsabkommen geschlossen hat, Vorsorge- und/oder Rehabilitationsleistungen vorsieht, ist eine Durchführung zu Lasten der Krankenkassen gemäß §§ 23 und 40 möglich. Voraussetzung ist, dass entsprechende Leistungen im Sozialversicherungsabkommen geregelt sind. Im Einzelfall sind spezielle Hinweise der Krankenkassen an den Gutachter erforderlich. In diesen Fällen hat der Gutachter nicht die besonderen Voraussetzungen des § 18 Abs. 1 SGB V zu prüfen (vgl. Ziffer 1).

Auch im Ausland kommen nur Leistungen entsprechend dem medizinisch-wissenschaftlichen Standard in Betracht.

Handelt es sich um Rehabilitationsleistungen, die bei Neurodermitis im Ausland erbracht werden, wird auf die Ausführungen im Abschnitt 4.4 "Arbeitshilfe zur Begutachtung der Neurodermitis" verwiesen.

Bei der Prüfung von Auslandsleistungen ist zu beachten, dass nach heutigen Erkenntnissen für eine erhebliche Anzahl von Krankheitsfolgen eine Rehabilitation mit der Möglichkeit der Einbeziehung des sozialen und beruflichen Umfeldes sowie des nahtlosen Übergangs in die Nachsorge sinnvoll ist. Dies ist bei der Durchführung der Rehabilitation im Ausland nicht oder nur bedingt möglich.

## **10. Leistungen anderer Leistungsträger**

Im Rahmen der Begutachtung ist zu prüfen, ob die medizinischen Voraussetzungen für Leistungen anderer Träger, z. B. die der Rentenversicherung, der Unfallversicherung oder der Träger der sozialen Entschädigung, vorliegen. Des Weiteren sind auch Möglichkeiten der beruflichen und sozialen Rehabilitation zu berücksichtigen.

Die Krankenkassen erbringen medizinische 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. Dies gilt auch für Rehabilitationsleistungen für Mütter (§ 41 SGB V).

Eine Übersicht über die Zuständigkeiten der Leistungsträger bietet der "Wegweiser Eingliederung von Behinderten in Arbeit, Beruf und Gesellschaft" in der jeweils gültigen Fassung, der von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Walter-Kolb-Str. 9 - 11, 60594 Frankfurt, herausgegeben wird.

### **10.1 Leistungen der Rentenversicherung**

Die Träger der Rentenversicherung haben für die Gewährung von medizinischen Leistungen zur Rehabilitation folgende Richtlinien herausgegeben:

- Gemeinsame Richtlinien der Träger der Rentenversicherung nach § 31 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI für Leistungen zur Eingliederung von Versicherten in das Erwerbsleben vom 10. Dezember 1991
- Auslegungsgrundsätze der Rentenversicherungsträger zu den persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rehabilitationsleistungen und zur Mitwirkung der Versicherten vom 08. Februar 1995 i. d. F. vom 30. September 1998

- Anwendungsempfehlung zu den Gemeinsamen Richtlinien der Träger der Rentenversicherung nach § 31 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI und zu § 15 SGB VI vom 02. November 1992
- Gemeinsame Richtlinien der Träger der Rentenversicherung nach § 31 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI über stationäre medizinische Leistungen für Versicherte, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbstätigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben (Richtlinien zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit) vom 5. September 1991
- Gemeinsame Richtlinien der Träger der Rentenversicherung nach § 31 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI für die Erbringung von onkologischen Nachsorgeleistungen bei malignen Geschwulst- und Systemerkrankungen (CA-Richtlinien) in der Fassung vom 14. August 1997
- Gemeinsame Richtlinien der Träger der Rentenversicherung nach § 31 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI für Kinderheilbehandlung (KiHB-Richtlinien) in der Fassung vom 26. Februar 1997

Im Rahmen der Begutachtung ist zu prüfen, ob die Erwerbsfähigkeit des Versicherten erhalten, wesentlich verbessert oder wiederhergestellt werden kann. Ziel ist es, im Vorfeld zu erkennen, ob eine Rehabilitationsleistung des Rentenversicherungsträgers angezeigt sein kann. Es kann sich hierbei nur um eine vorläufige Einschätzung des MDK handeln. Die endgültige Beurteilung und Entscheidung obliegen dem zuständigen Rentenversicherungsträger.

Um entscheiden zu können, ob eine Rehabilitationsleistung durch den Rentenversicherungsträger in Betracht kommt, sind zwei miteinander verknüpfte Voraussetzungen - zusätzlich zu den versicherungsrechtlichen - zu erfüllen:

1. Die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten muss erheblich gefährdet oder gemindert sein  
und
2. es wird erwartet, dass diese erheblich gefährdete oder geminderte Erwerbsfähigkeit durch Rehabilitationsleistungen wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann.

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

- Es müssen eine Krankheit oder eine körperliche, geistige oder seelische Behinderung vorliegen.
- Diese Krankheit oder Behinderung müssen ursächlich sein für eine erhebliche Gefährdung oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit.
- Ist die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet, so muss durch die Rehabilitation voraussichtlich eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden können.
- Ist die Erwerbsfähigkeit bereits gemindert, so müssen durch die Rehabilitation voraussichtlich
  - entweder die noch vorhandene Erwerbsfähigkeit wesentlich gebessert;
  - oder die volle Erwerbsfähigkeit wiederhergestellt;
  - oder der Eintritt von Berufsunfähigkeit<sup>12</sup>, Erwerbsunfähigkeit oder im Bergbau verminderter Berufsfähigkeit abgewendet werden können.

Die vorstehenden Begriffe sind im Abschnitt 10.2 erläutert.

Auf die Empfehlungen zur Anwendung des § 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V unter Berücksichtigung des § 4 Abs. 2 Satz 2 RehaAnglG vom 5. Februar 2001 wird ergänzend verwiesen (vgl. Anhang 6). Diese enthalten u. a. eine Aufstellung häufig wiederkehrender medizinischer Tatbestände, bei denen eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit in Frage kommen kann. Auf die Aussagen in den AU-Begutachtungs-Richtlinien wird ergänzend verwiesen.

---

<sup>12</sup> vgl. § 43 Abs. 2 SGB VI

## 10.2 Begriffe der Rentenversicherung

Die vorgenannten unbestimmten Rechtsbegriffe werden von den Rentenversicherungsträgern wie folgt interpretiert:

- *Erwerbsfähigkeit* ist die Fähigkeit des Versicherten, unter Ausnutzung der Arbeitsgelegenheiten, die sich ihm nach seinen Kenntnissen und Erfahrungen sowie seinen körperlichen und geistigen Fähigkeiten im ganzen Bereich des wirtschaftlichen Lebens bieten, Erwerbseinkommen zu erzielen.
- Die Erwerbsfähigkeit ist *erheblich* gefährdet, wenn nach ärztlicher Feststellung durch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen und die damit verbundenen Funktionseinschränkungen innerhalb von 3 Jahren mit einer Minderung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben zu rechnen ist.
- *Minderung der Erwerbsfähigkeit* ist eine infolge gesundheitlicher Beeinträchtigungen erhebliche und länger andauernde Einschränkung der Leistungsfähigkeit, wodurch der Versicherte seine bisherige oder zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit nicht mehr oder nicht mehr ohne wesentliche Einschränkungen ausüben kann.
- Eine *wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit* bedeutet, dass die durch gesundheitliche Beeinträchtigungen geminderte Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben durch die Rehabilitationsleistung 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.
- *Wiederherstellung* der Erwerbstätigkeit bedeutet, dass nach durchgeführter Rehabilitation die Minderung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben dauerhaft behoben wird.

- Eine Rehabilitationsleistung 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.

## **11. Gutachtenaufträge**

### **11.1 Bearbeitung von Gutachtenaufträgen**

Für die Bearbeitung des Gutachtenauftrages benötigt der MDK ausreichende medizinische und sozialmedizinische Unterlagen, die von der Krankenkasse zur Verfügung gestellt werden. Die Krankenkasse übermittelt den ärztlichen Befundbericht (z. B. "Verordnung einer medizinischen Rehabilitation" - Anlage zu den Rehabilitations-Richtlinien) und ihr vorliegende ergänzende Unterlagen (z. B. Krankenhaus-, Rehabilitationsentlassungsbericht, fachärztliche Berichte, Arztanfragen, Versichertenanfragen) an den MDK. Es wird empfohlen, hierfür das Informationsblatt (vgl. Anhang 2) zu verwenden.

Aus den dem MDK zu übermittelnden Unterlagen sollten mindestens folgende Angaben zu entnehmen sein:

1. Name und Geburtsdatum des Patienten
2. ggf. berufliche Tätigkeit und AU-Zeiten
3. beantragte Leistung
4. Name, Anschrift und Telefonnummer des behandelnden/beantragenden Arztes
5. Vorsorge-/Rehabilitationsleistungen in den letzten 4 Jahren
6. antragsrelevante Diagnose(n)
7. ärztlich verordnete, antragsrelevante Behandlungsmaßnahmen in den letzten 12 Monaten
8. anamnestische Angaben und aktuelle Untersuchungsbefunde, Angaben zu alltagsrelevanten Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen bzw. Befindlichkeitsstörungen und Risikofaktoren
9. Vorsorge-/Rehabilitationsfähigkeit
10. Reisefähigkeit des Patienten
11. Pflegebedürftigkeit (Stufe)
12. Bei Anträgen vor Ablauf der 4-Jahresfrist ausführliche medizinische Begründung der medizinischen Notwendigkeit und Dringlichkeit für die vorzeitig notwendige Leistung.

### 13. Vorsorge- und Rehabilitationsziel.

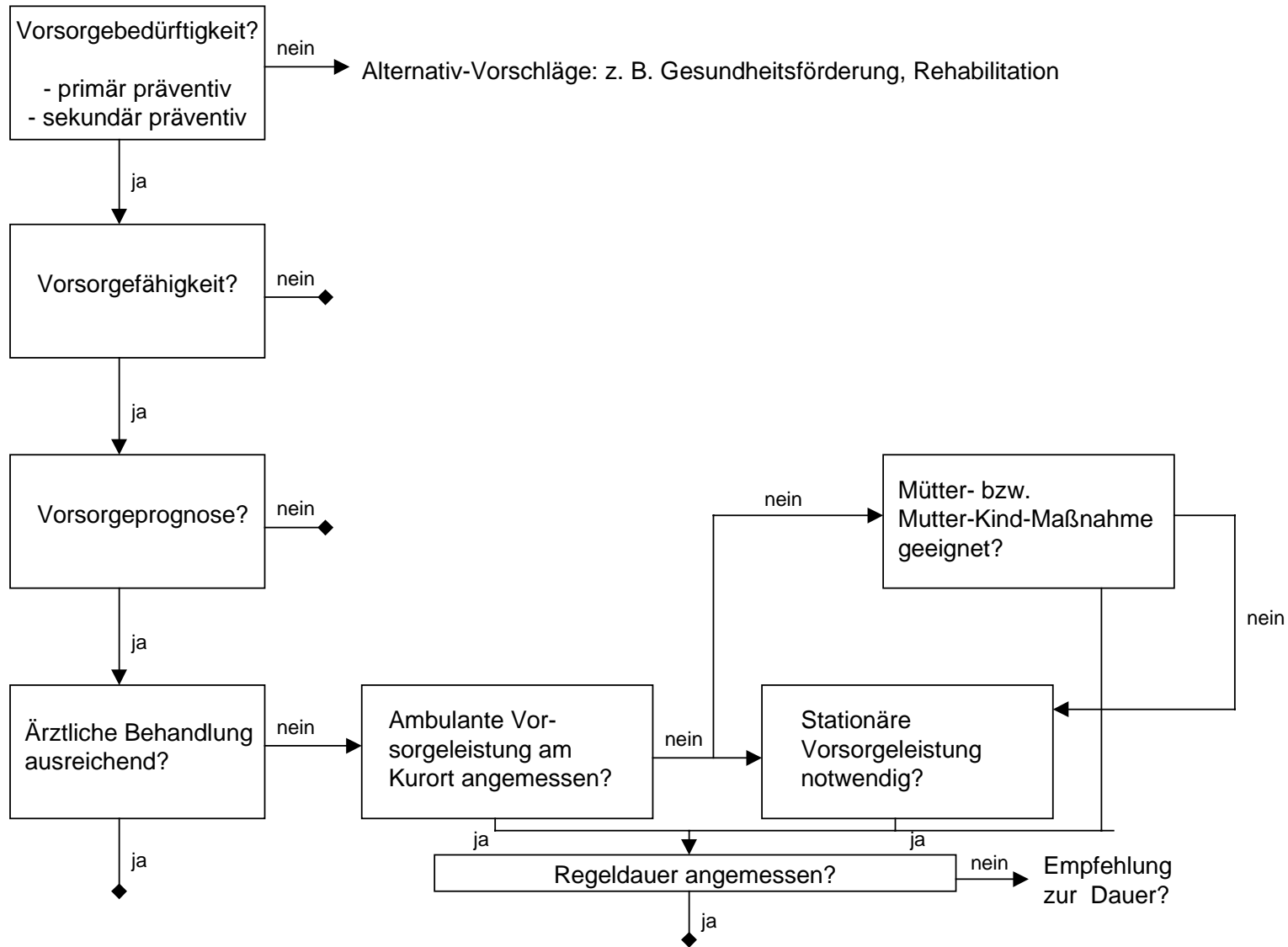
Fehlen darüber hinausgehende medizinische Informationen bzw. Unterlagen für eine Bearbeitung des Gutachtauftrages, setzt sich der MDK direkt mit den behandelnden Ärzten in Verbindung.

Eine treffsichere Vorauswahl durch die Krankenkasse unter Beachtung der gesetzlichen Vorschriften (s. a. Abschnitt 2.3 - Prüfung durch den Medizinischen Dienst) sowie eine regelmäßige Abstimmung im Rahmen der sozialmedizinischen Fallberatung (vormals Vorberatung) sind wichtige Voraussetzungen für eine effektive Begutachtung im Rahmen einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen Krankenkasse und MDK.

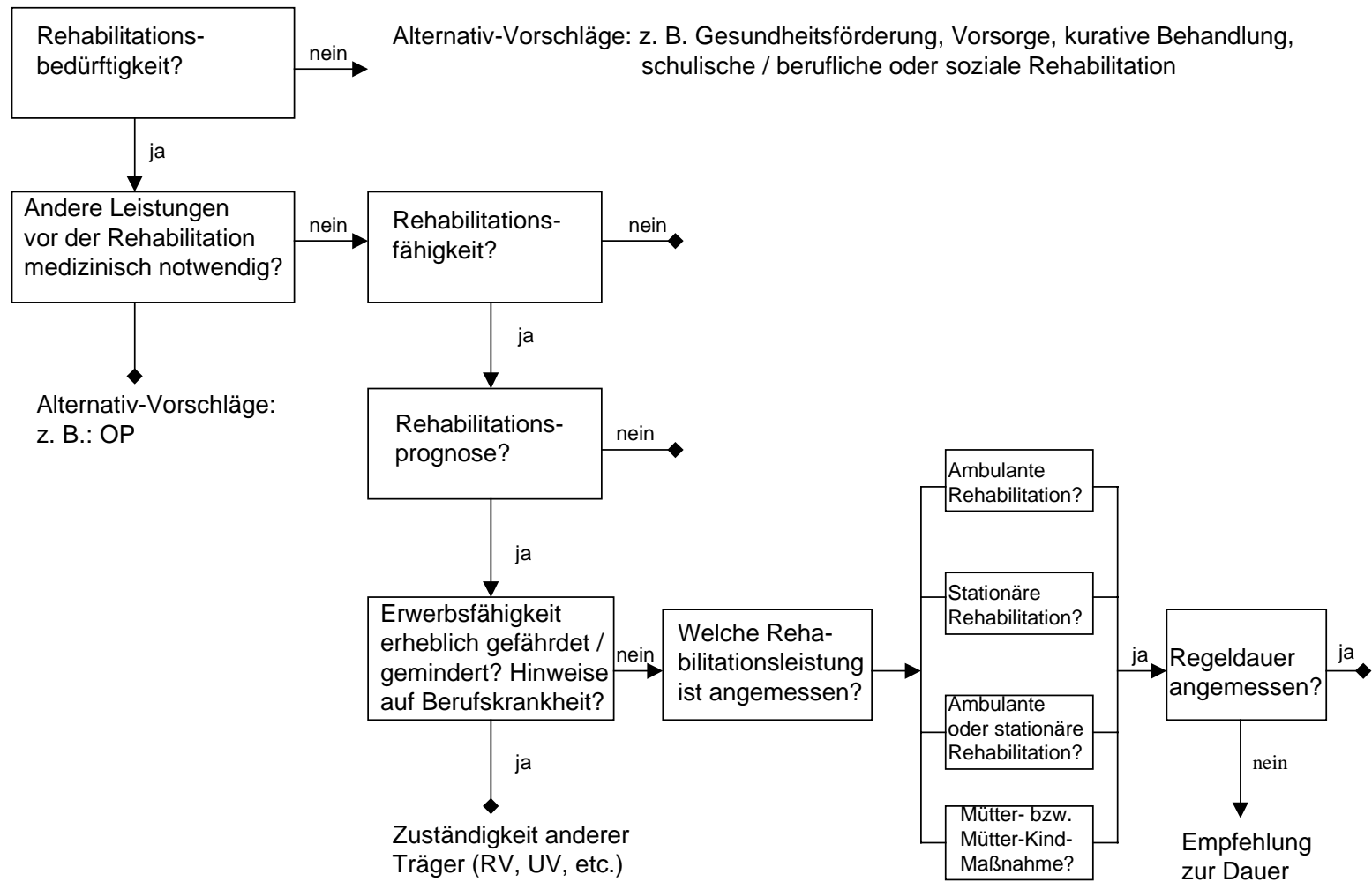
In der sozialmedizinischen Fallberatung wird durch den Arzt des MDK entschieden, ob der Antrag abschließend beurteilt werden kann, eine Begutachtung nach Aktenlage oder eine Einladung zur körperlichen Untersuchung erfolgen sollen. In eindeutigen Fällen reicht ein kurzer Vermerk auf dem Antrag mit nachvollziehbarer Begründung aus. In den übrigen Fällen ist ein Formulargutachten zu erstellen, in dem die Empfehlung zu begründen ist. Realistische Alternativen zur beantragten Leistung sind aufzuzeigen. Wird eine erhebliche Gefährdung oder Minderung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben festgestellt, ist dies im Gutachten schlüssig darzulegen.

Die Feststellung der Indikation für eine Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung erfolgt nach den nachfolgend dargestellten Schemata der Begutachtung bzw. Bewertung.

## Begutachtungsanlass: Vorsorge



## Begutachtungsanlass: Rehabilitation



## 11.2. Inhalt des Gutachtens

Das Gutachten soll Aussagen zur Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, Rehabilitationsprognose und zum Rehabilitationsziel enthalten.

Der Gutachter soll im Einzelfall auf der Grundlage des Antrags auf eine Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung nach den Angaben von Krankenkasse und Versichertem prüfen, ob eine Maßnahme unter Berücksichtigung des gestuften Versorgungssystems zweckmäßig ist bzw. welche.

Im Gutachten soll differenziert Stellung genommen werden zur Dauer der beantragten Vorsorge-/Rehabilitationsleistung. Die patientenbezogenen Anforderungen an die auszuwählenden Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen müssen für den Kassensachbearbeiter ersichtlich sein.

Das **Gutachten** sollte folgende Angaben einhalten:

- **Anamnese**, d. h.
  - Vorsorge- / rehabilitationsrelevante Krankengeschichte
  - gegenwärtige Alltagsbewältigung
  - sozialer Kontext
  - Risikofaktoren- und Befindlichkeitsstörungen (Vorsorgebedürftigkeit)
- **Vorbehandlungen**, d. h.
  - kurativen Maßnahmen inkl. Heilmittel (z.B. Logopädie, Ergotherapie, Diätetik) in den letzten 12 Monaten
  - Krankenhausbehandlung in den letzten 12 Monaten
  - ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen (auch anderer Leistungsträger) in den letzten 4 Jahren
- **Befunde** (einschl. Fremdbefunde)
  - Allgemeinbefund: Alterung, Konstitution, Kräftezustand, Körperhöhe, -gewicht, BMI, Blutdruck, allgemeiner, klinischer und vegetativer Status
  - Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen nach ICDH (Rehabilitationsbedürftigkeit)
  - verbale Angabe des Schweregrades der Fähigkeitsstörungen

- Diagnosen inkl. Befindlichkeitsstörungen und Regulationsstörungen  
(nach ICD 10)

- **Sozialmedizinische Beurteilung**

- Vorsorge- / Rehabilitationsbedürftigkeit
- Vorsorge- / Rehabilitationsfähigkeit
- (positive) Vorsorge- / Rehabilitationsprognose
- Vorsorge- / Rehabilitationsziele

- **Indikationsstellung und Zuweisungsempfehlung**

- Allokation bezüglich Vorsorge- / Rehabilitationsleistung
- ggf. andere Empfehlungen

Das Gutachten soll auch der Krankenkasse einen Hinweis geben, ob die medizinischen Voraussetzungen für die Übernahme der beantragten Leistung durch einen anderen Leistungsträger - z. B. Rentenversicherung, Unfallversicherung oder Kriegsopferversorgung - vorliegen (vgl. Kapitel 10). In diesem Zusammenhang wird auf die Aussagen in Abschnitt 6.5.4 der Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit verwiesen.

### **11.3 Bearbeitung von Widersprüchen/Einsprüchen**

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

Unter Berücksichtigung des Einzelfalls entscheidet dieser Gutachter, ob die Zweitbegutachtung nach Aktenlage oder nach körperlicher Untersuchung erfolgen soll. Bei der Stellungnahme würdigt der Gutachter die Ausführungen des Widerspruchs/Einspruchs. Danach können sich folgende Sachverhalte ergeben:

- Neue Gesichtspunkte, die eine Änderung der vorangegangenen MDK-Stellungnahme erfordern,
- zwar neue Aspekte, die allerdings zu keiner Änderung der vorangegangenen MDK-Stellungnahme führen,
- keine neuen medizinischen Sachverhalte.

Das Ergebnis ist der Krankenkasse unter Angabe der Entscheidungsbegründung mitzuteilen.

#### **11.4 Begutachtung von Verlängerungsanträgen**

Leistungen nach den §§ 23, 24, 40 und 41 SGB V können im Einzelfall verlängert werden, wenn dies aus nachvollziehbaren Gründen dringend erforderlich ist.

Mit der Begutachtung von Verlängerungsanträgen beauftragt die Krankenkasse grundsätzlich den MDK am Sitz der ambulanten oder stationären Einrichtung bzw. am Kurort. 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 (Anhang 3) liegen zurzeit Verlängerungsanträge für die Bereiche Geriatrie und Neurologie vor (vgl. Anhang 4 und 5). Weitere Antragsformulare sind in Vorbereitung.

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

- ICD-Diagnose mit Datum der Akuterkrankung,
- zum Schädigungsmuster inkl. Funktionsdiagnostik,
- zu den Fähigkeitsstörungen/Beeinträchtigungen zu Beginn der Leistung und zum Zeitpunkt der Beantragung der Verlängerung,

- zu den bisher durchgeführten kurativ-medizinischen und rehabilitativen Maßnahmen nach Art und Anwendungsfrequenz,
- zu den konkreten qualitativen und quantitativen Vorsorge- bzw. Rehabilitationszielen, die bis zum Ende des Verlängerungszeitraums erreicht werden sollten und zu den Gründen, warum die Behandlungsziele 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.

Bei Vorsorgeleistungen, die insbesondere primärpräventiven Zielen dienen (Abbau von Risikofaktoren, Beseitigung von Befindlichkeitsstörungen), ist bei Erwachsenen eine Verlängerung in der Regel nicht notwendig. Zur weiteren Stabilisierung der Gesundheit / Verhaltensänderung sind die wohnortnahen Angebote der Gesundheitsförderung von Versicherten in Eigenverantwortung zu nutzen.

Wegen der Dringlichkeit der Entscheidung über die beantragte Verlängerung der Vorsorge- / Rehabilitationsleistung leitet die Krankenkasse dem zuständigen MDK alle relevanten Unterlagen einschl. des vor Antritt der Leistung erstellten MDK-Gutachtens unverzüglich (z. B. per Fax) zu. Das Ergebnis übermittelt der MDK umgehend (z. B. per Fax) an die zuständige Krankenkasse.

## **Anhang 1**

### **Ausnahmeregelungen von der Begutachtungspflicht durch den MDK vom 03.07.1996**

Auf Grund des § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V i. V. m. § 213 SGB V haben

- der AOK-Bundesverband,
- der Bundesverband der Betriebskrankenkassen,
- der IKK-Bundesverband,
- der See-Krankenkasse,
- der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen,
- die Bundesknappschaft,
- der Verband der Angestelltenkrankenkassen e. V.,
- und der AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.

gemeinsam und einheitlich die nachstehenden Ausnahmeregelungen von der Begutachtungspflicht durch den Medizinischen Dienst am 03.07.1996 beschlossen.

#### **Allgemeines**

Die Krankenkassen erwarten vom MDK eine qualifizierte medizinische Stellungnahme bei der Gewährung ambulanter und stationärer Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen. Hierbei kommt es u. a. darauf an, vor dem Hintergrund eines gestuften Versorgungsangebotes mit dem Prinzip "ambulant vor stationär" den individuellen Vorsorge- und Rehabilitationsbedarf festzustellen.

Den Spitzenverbänden der Krankenkassen ist die Möglichkeit eingeräumt worden, nach Indikation und Personenkreis differenzierte Ausnahmen von der generellen Begutachtungspflicht nach § 275 SGB V zu bestimmen. Unter dieser Zielsetzung haben die Spitzenverbände der Krankenkassen die nachfolgend näher beschriebenen Ausnahmeregelungen beschlossen.

#### **Ausnahmen von der Begutachtungspflicht nach Indikation und Personenkreis**

##### **1. Rehabilitationsmaßnahmen im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung**

Sofern im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme (§ 40 Abs. 2 SGB V) erforderlich ist, kann von einer Begutachtung durch den MDK abgesehen werden, wenn

- die Voraussetzungen für eine Anschlussbehandlung vorliegen und die Verlegung vom Krankenhaus in die Rehabilitationsklinik im Rahmen eines AHB-Verfahrens erfolgt oder
- die Voraussetzungen für eine Anschlussheilbehandlung zwar vorliegen, die Verlegung in die Rehabilitationsklinik jedoch z. B. aus medizinischen, persönlichen oder Kapazitätsgründen spätestens innerhalb von sechs Wochen erfolgt.

## **2. Rehabilitationsmaßnahmen für chronisch Kranke, Schwerkranke und Behinderte**

Sofern bei schweren oder chronischen Erkrankungen und damit verbundenen drohenden oder bestehenden Behinderungen eine Rehabilitationsmaßnahme beantragt wird, kann auf eine Prüfung durch den MDK dann verzichtet werden, wenn sich der Rehabilitationsbedarf, die Rehabilitationsfähigkeit und das Rehabilitationsziel aus dem ärztlichen Befundbericht oder aus einem zeitnahen MDK-Gutachten, das in den letzten sechs Monaten abgegeben wurde, eindeutig ergeben.

## **3. Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche**

Sofern für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen beantragt werden, kann von einer Begutachtung durch den MDK abgesehen werden, wenn aus der medizinischen Begründung eindeutig die Notwendigkeit der Versorgung hervorgeht.

## **4. Verlängerungsanträge**

Bei Anträgen auf Verlängerung für eine Rehabilitationsmaßnahme kann auf eine Einschaltung des MDK verzichtet werden, wenn wegen der Schwere der Krankheit das Rehabilitationsziel noch nicht erreicht wurde oder die Rehabilitation infolge einer interkurrenten Erkrankung unterbrochen werden musste und die beantragte Verlängerungszeit eine Woche nicht übersteigt.

Die medizinischen Gründe für die Verlängerung sowie die voraussichtlich noch erforderliche Behandlungsdauer sind in dem Verlängerungsantrag zweifelsfrei darzulegen.

## Anhang 2

### Informationen der Krankenkasse an den MDK zum Befundbericht zur Anregung einer Vorsorge-/Rehabilitationsleistung

**Name des Versicherten:**

Straße:

PLZ/Ort:

Geburtsdatum:

Versicherten-Nr.:

Derzeitige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Rentantrag? ja  nein

Derzeit arbeitsunfähig? ja  nein  seit: \_\_\_\_\_

Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten 12 Monaten? ja  nein

wann? \_\_\_\_\_ Diagnosen: \_\_\_\_\_

wann? \_\_\_\_\_ Diagnosen: \_\_\_\_\_

wann? \_\_\_\_\_ Diagnosen: \_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalte in den letzten 3 Jahren? ja  nein

wann? \_\_\_\_\_ Diagnosen: \_\_\_\_\_

wann? \_\_\_\_\_ Diagnosen: \_\_\_\_\_

Vorsorge-/Reha-Maßnahme in den letzten 4 Jahren?

Vorsorge  Reha wann? \_\_\_\_\_ Diagnosen: \_\_\_\_\_

Vorsorge  Reha wann? \_\_\_\_\_ Diagnosen: \_\_\_\_\_

Vorsorge  Reha wann? \_\_\_\_\_ Diagnosen: \_\_\_\_\_

Heilmittel in den letzten 12 Monaten (sofern Daten vorliegen): Welche? Anzahl?

Hilfsmittelversorgung:

Die derzeitige Erkrankung besteht aufgrund eines

Arbeitsunfalls  Versorgungsleidens  Haftpflichtfalls

Pflegebedürftigkeit nach SGB XI nein  ja Stufe: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Anlagen:  Befundbericht

\_\_\_\_\_

## Anhang 3

### Ärztlicher Verlängerungsantrag für ambulante und stationäre Rehabilitationsleistungen

Für Geriatrie, Psychosomatik und Neurologie liegen gesonderte Antragsformulare vor.

Anschrift der Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Adresse

Reha-Einrichtung:

\_\_\_\_\_  
Geb. am:

\_\_\_\_\_  
Versicherten-Nr.

Abteilung:

1.0 Art der Maßnahme:  ambulant/teilstationär

stationär

1.1 Beginn der Rehabilitationsmaßnahme:

1.2 Genehmigt bis:

1.3 Datum des Verlängerungsantrages:

1.4 Verlängerung beantragt bis:

Tag	Monat	Jahr

2.1 Rehabilitationsbegründende Diagnose:

seit wann?

2.2 Weitere Diagnosen:

seit wann?

3. Aufnahmebefund (Schädigungsmuster, Funktionsstörungen):

4. Rehabilitationsbegründende Fähigkeitsstörungen  
nach ICDH bei Aufnahme (verbal, keine Kodierung):

seit wann?

---

5. Nach Aufnahmebefund festgelegtes Rehabilitationsziel  
5.1 des Reha-Teams:

5.2 des Patienten (Angabe nur, soweit von 5.1 abweichend):

---

6. Bisherige rehabilitative Therapie (Art und Anzahl), ggf. EDV-Ausdruck beifügen:

Therapieform	1. Woche	2. Woche	3. Woche	4. Woche

---

7. Ergebnis der rehabilitativen Maßnahmen in Bezug zum Punkt 3 bis 5 unter Berücksichtigung des bisherigen Rehabilitationsverlaufs:

---

8. Warum kann das bei Aufnahme festgelegte Rehabilitationsziel im bewilligten Zeitraum nicht realisiert werden? Warum kann – bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen - das Rehabilitationsziel nicht durch ambulante Maßnahmen erreicht werden?

---

9. Welches Rehabilitationsziel kann mit welchen Therapien bis zum Ende des beantragten Zeitraums erreicht werden?

---

Ort, Datum

Telefon-Nr. für evtl. Rückfragen

Unterschrift des Arztes/Stempel



### 3.1 **Viszerale Schädigungen**

**3.1.1 Cardiorespiratorische Schädigungen** (z. B. Dyspnoe, Angina pectoris, Claudicatio, Synkopen, instabiler Blutdruck)

**3.1.2 Gastrointestinale Schädigungen** (z. B. Eß- und Trinkverhalten, Dysphagie, Durchfall, Obstipation, Stuhlinkontinenz)

**3.1.3 Stoffwechselschädigungen** (z. B. Fehlernährung, Gewichtsverlust, Diabetes m., Schilddrüsenfunktionsstörungen)

**3.1.4 Schädigungen des Urogenitalsystems** (z. B. Dysurie, Retentionsblase, Inkontinenz)

**3.2 Extremitätenschädigungen** (z. B. Muskelkraftminderung, spast., schlaffe Lähmungen, Gelenkbeweglichkeitseinschränkung, Kontrakturen, Amputationen)

**3.3 Haltungsschädigungen** (z. B. Einschränkung der Rumpfkontrolle, Skoliose)

**3.4 Sensorische Schädigungen** (z. B. Sensibilitätsstörungen, Schmerzen, Reflexdystrophie)

**3.5 Sprach-/Sprechschädigungen** (z. B. Aphasie, Dysarthrie)

**3.6 Schädigungen des Sehens oder Hörens**

**3.7 Mental/kognitive Schädigungen** (z. B. Störungen des Erinnerungsvermögens, der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung; Neglect)

**3.8 Psychische Schädigungen** (z. B. Störung des Bewußtseins, Verhaltens, Willens; Depression)

**3.9 Schädigungen der Haut** (z. B. Nekrosen, Ulcera, Decubitus)

**3.10 Sonstiges** (z. B. Medikamentengebrauch)

Befunde (Skalen) bei Aufnahme sind beizufügen (z. B. MMSE, GDS, Aachener Aphasietest oder andere Testbatterien, Sozialfragebogen)

**4.0 Fähigkeitsstörungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens**

Befunde bei Aufnahme- und aktuell mit entsprechenden Indizes sind beizufügen (z. B. Barthel-Index, EBI, FIM, RAP, Timed up and go;)

**Fähigkeitsstörungen, soweit in beigefügten Bögen nicht erfasst**

	bei Aufnahme	aktuell
<b>4.1 Kommunikation</b>		
keine Störungen bei der Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kann einfache Instruktionen verstehen und/oder einfache Sachverhalte ausdrücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keine oder fast keine Kommunikation möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.2 Soziales Verhalten</b>		
ungestört, keine Hilfe erforderlich, kooperativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unkooperativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aggressiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ständige Überwachung ( <i>Nennung neben den vorgenannten Punkten möglich</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.3 Planen und Handeln</b>		
ungestört, keine Hilfe erforderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geringe Hilfestellung erforderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erhebliche Hilfestellung erforderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.4 Orientierung/Gedächtnis</b>		
keine Hilfestellung nötig bzw. kein zusätzlicher pflegerischer Aufwand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muß gelegentlich erinnert werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist desorientiert ohne Weglauftendenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muß ständig überwacht werden wegen Weglauftendenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.5 Gangsicherheit/Sturzgefährdung</b>		
keine, Gehen sicher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen mit Hilfsmittel sicher möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen nur mit Aufsicht möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient muß geführt werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.6 Sonstige Fähigkeitsstörungen</b>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.	Rehabilitationsziele/-Teilziele bezogen auf Schädigungen (3.1-3.10) und Fähigkeitsstörungen (4.0-4.6):	erreicht	teilw. erreicht	nicht erreicht	noch erreichbar? wann?
5.1					

		erreicht	teilw. erreicht	nicht erreicht	noch erreichbar? wann?
5.2					
5.3					
5.4					
5.5	Falls der Patient oder die Angehörigen abweichende Ziele haben, sind diese zu nennen.				

**6. Rehabilitative Therapie**  
**Bisherige nach Art und Anzahl in den (letzten) 4 Wochen (Wo.) und geplante:**  
 (ggf. Therapieplan beifügen)

Therapieform (Art)	.. Wo.	.. Wo.	..Wo.	..Wo.	geplant:

**7. Warum kann - bei stationärer Rehabilitationsleistung - das Rehabilitationsziel nicht durch ambulante Maßnahmen erreicht werden?**

**8. Hinweise auf vorgesehene Versorgung nach Entlassung**

- Zuhause selbständig   
  Zuhause mit Hilfe   
  Kurzzeitpflege   
  Anpassung des Wohnumfeldes  
 Wohnheim   
  Pflegeheim

Stationsärztin/Stationsarzt

Tel..

Unterschrift

## Anhang 5

Ansprechpartner:  
Durchwahl:

# N Ärztlicher Verlängerungsantrag für neurologische Rehabilitationsleistungen

Anschrift der Krankenkasse/Fax

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Geb. am:      Versicherten-Nr.:

1.

	Datum	Phase (nach BAR)	stationär	ambulant
<b>Beginn der Rehabilitationsleistung:</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Genehmigt bis:</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Datum des Verlängerungsantrages:</b>				
<b>Verlängerung beantragt bis:</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Übergang in Phase ..... ab ..... (Datum)

Übergang in Phase ..... voraussichtlich in ..... Wochen möglich.

Neurologisches Reha-Assessment durchgeführt am ..... (Datum)

Positive Erwerbsprognose bei Phase C-Patienten im Sinne des RV-Trägers liegt vor?

nein  ja  seit wann? ..... (wenn positiv, Reha-Assessment-Befundbericht beifügen)

**2.1 Rehabilitationsbegründende Diagnose(n)(nach ICD 10):** seit  
wann?

**2.2 Weitere Diagnosen:** seit  
wann?

**2.3 Komplikationen im Rehabilitationsverlauf:** seit  
wann?

### 3. Aktueller Befund

*Es wird um genaue Beschreibung der relevanten Schädigungen/Funktionsstörungen und des Verlaufes im*

*Hinblick auf Befund bei Aufnahme oder letztem Verlängerungsantrag gebeten.*

	gleich	besser	schlechter
<b>3.1 Extremitätenschädigungen</b> (z. B. Muskelkraftminderung, spast., schlaffe Lähmungen, Gelenkbeweglichkeitseinschränkung, Kontrakturen)			
<b>3.2 Haltungsschädigungen</b> (z. B. Einschränkung der Rumpfkontrolle, Skoliose)			
<b>3.3 Sensorische Schädigungen</b> (z. B. Sensibilitätsstörungen, Schmerzen, Reflexdystrophie)			
<b>3.4 Sprach-/Sprechschädigungen</b> (z. B. Aphasie, Dysarthrie, ggf. Angabe Aachenener Aphasietest oder andere Testbatterien)			
<b>3.5 Schädigungen des Sehens oder Hörens</b>			
<b>3.6 Mental/kognitive Schädigungen</b> (z. B. Störungen des Erinnerungsvermögens, der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung; Neglect)			
<b>3.7 Psychische Schädigungen</b> (z. B. Störung des Bewußtseins, Verhaltens, Willens; Depression)			
<b>3.8 Viszerale Schädigungen</b> (z. B. Herzkreislaufschädigungen, Luftnot, Schädigungen des Kauens und Schluckens, der Harnausscheidung)			

#### 4.0 Fähigkeitsstörungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens

Befunde bei Aufnahme und aktuell mit entsprechenden Indizes sind beizufügen (z.B. Barthel-Index, EBI, FIM, RAP etc.):

**Fähigkeitsstörungen, soweit im beigefügten Bogen nicht erfasst.**

	bei Aufnahme	aktuell
<b>4.1 Kommunikation</b>		
keine Störungen bei der Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kann einfache Instruktionen verstehen u./o. einfache Sachverhalte ausdrücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keine oder fast keine Kommunikation möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.2 Soziales Verhalten</b>		
Ungestört, keine Hilfe erforderlich, kooperativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unkooperativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aggressiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ständige Überwachung ( <i>Nennung neben den vorgenannten Punkten möglich</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>4.3 Planen und Handeln</b>	<b>bei Aufnahme</b>	<b>aktuell</b>
ungestört, keine Hilfe erforderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geringe Hilfestellung erforderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erhebliche Hilfestellung erforderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.4 Orientierung/Gedächtnis</b>		
keine Hilfestellung nötig bzw. kein zusätzlicher pflegerischer Aufwand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muss gelegentlich erinnert werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist desorientiert ohne Weglauftendenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muss ständig überwacht werden wegen Weglauftendenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.5 Sonstige Fähigkeitsstörungen</b>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. <i>Rehabilitationsziele/-Teilziele bezogen auf Schädigungen (3.1-3.8) und Fähigkeitsstörungen (4.0-4.5):</i>	erreicht	teilw. erreicht	nicht erreicht	noch erreichbar? wann?
5.1 _____				
5.2 _____				
5.3 _____				
5.4 _____				
5.5 <b>Falls der Patient oder die Angehörigen abweichende Ziele haben, sind diese zu nennen.</b> _____				

6. *Rehabilitative Therapie*  
*Bisherige nach Art und Anzahl in den (letzten) 4 Wochen (Wo.) und geplante:*  
 (ggf. Therapieplan beifügen)

Therapieform (Art)	.Wo.	.Wo.	.Wo.	.Wo.	geplant

7. Warum kann - bei stationären Rehabilitationsleistungen - das Rehabilitationsziel nicht durch ambulante Maßnahmen erreicht werden?

---

---

8. Hinweise auf vorgesehene Versorgung nach Entlassung

- Zuhause selbständig     Zuhause mit Hilfe     Kurzzeitpflege     Anpassung des Wohnumfeldes
- Wohnheim     Pflegeheim

Stationsärztin/Stationsarzt

Tel.

Unterschrift

---

## Anhang 6

### Empfehlungen

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

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

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

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

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

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

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

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 revidierenden 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.