

# Beschluss

## **des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Rehabilitations- Richtlinie: Vereinfachung Verordnungs- verfahren / Qualifikationsanforderungen**

Vom 15. Oktober 2015

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 15. Oktober 2015 beschlossen, die Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie) in der Fassung vom 16. März 2004 (BAnz. S. 6769), zuletzt geändert am 17. April 2014 (BAnz AT 26.06.2014 B 4), wie folgt zu ändern:

I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:

1. § 2 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 Satz 1 werden vor dem Klammerzusatz „(§ 40 Abs. 1 SGB V)“ die Wörter „einschließlich mobiler“ und vor dem Wort „Einrichtungen“ die Wörter „oder durch“ eingefügt.

b) In Absatz 7 werden die Wörter „der Spitzenverbände“ ersetzt durch die Wörter „des Spitzenverbandes Bund“ und vor den Wörtern „prüfen zu lassen“ wird der Klammerzusatz „(MDS)“ eingefügt.

2. In § 3 Absatz 2 wird die Angabe „vom 1. Dezember 2003 (BAnz. 2004 S. 6 501)“ ersetzt durch die Wörter „in der jeweils gültigen Fassung“.

3. § 4 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„<sup>1</sup>Medizinische Rehabilitation umfasst einen ganzheitlichen Ansatz im Sinne des biopsychosozialen Modells der Weltgesundheitsorganisation (WHO), um den im Einzelfall bestmöglichen Rehabilitationserfolg im Sinne der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, insbesondere in Familie, Arbeit und Beruf zu erreichen. <sup>2</sup>Dieser Ansatz berücksichtigt neben dem Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit bei einem Menschen mit einem Gesundheitsproblem nicht nur die Auswirkungen dieses Gesundheitsproblems, sondern auch die möglichen Wechselwirkungen zwischen der Krankheit, Körperstrukturen und -funktionen, Aktivitäten und Teilhabe und den dabei individuell relevanten Kontextfaktoren (umwelt- und personbezogene Faktoren als Förderfaktoren und Barrieren). <sup>3</sup>Die Auswirkungen und Wechselwirkungen können unter Nutzung der von der WHO verabschiedeten Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) ([www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)) beschrieben werden.“

4. § 5 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 2 wird das Wort „und“ ersetzt durch ein Komma und vor dem Wort „zusammen“ werden die Wörter „und Versicherte“ eingefügt.

b) Nach Satz 2 werden die folgenden Sätze 3 bis 5 angefügt:

„<sup>3</sup>Auf das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten nach § 9 SGB IX wird hingewiesen. <sup>4</sup>Die besonderen Erfordernisse der Versorgung von Menschen mit Behinderungen sind im Rahmen der Beratung zu beachten. <sup>5</sup>Verfügbare

Informationen und Entscheidungshilfen im Hinblick auf barrierefreie Leistungsangebote werden einbezogen.“

5. § 6 wird wie folgt gefasst:

„§ 6 Verfahren

- (1) <sup>1</sup>Ergibt sich aus dem Beratungsgespräch, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung notwendig sind und die Versicherte oder der Versicherte diese in Anspruch nehmen will, verordnet die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt mit Zustimmung der oder des Versicherten die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auf dem Verordnungsformular Muster 61 Teil B bis D. <sup>2</sup>Die medizinische Indikation ist anhand der in den §§ 8 bis 10 genannten Indikationskriterien transparent und nachvollziehbar von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt auf dem Verordnungsformular Muster 61 darzulegen.
- (2) <sup>1</sup>Sofern unter den Voraussetzungen nach Absatz 1 die Zuständigkeit des Rehabilitationsträgers durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt nicht abschließend beurteilt werden kann oder eine ergänzende Beratung durch die Krankenkasse gewünscht wird, teilt sie oder er dies mit dem Verordnungsformular Muster 61 Teil A mit. <sup>2</sup>Die Krankenkasse informiert die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt durch Rücksendung des mit einem entsprechenden Vermerk versehenen Verordnungsformulars Muster 61 Teil A.
- (3) Die Krankenkasse prüft nach Eingang des Verordnungsformulars Muster 61 (Teile A bis D oder Teile B bis D) abschließend ihre Zuständigkeit und ob Gründe einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation entgegenstehen.“

6. § 8 wird folgender Satz 3 angefügt:

„<sup>3</sup>Inhaltlich sind im Verordnungsformular Muster 61 zur Rehabilitationsbedürftigkeit insbesondere auszuführen:

- welche Befunde zu den rehabilitationsbegründenden Schädigungen erhoben wurden,
- welche Maßnahmen der Krankenbehandlung (ärztliche Intervention, Arzneimitteltherapie, Heilmittel, Psychotherapie) oder sonstigen Leistungen in Anspruch genommen wurden,
- in welchem Umfang Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen vorliegen oder Teilhabebeeinträchtigungen drohen,
- welche umwelt- und personbezogenen Faktoren (einschließlich mütter- und väterspezifischer Kontextfaktoren bei Leistungen nach § 41 SGB V) einen Einfluss auf die Funktionsfähigkeit zum Zeitpunkt der Verordnung haben,
- welche medizinischen Risikofaktoren bestehen.“

7. In § 9 werden die Wörter „und Motivation oder Motivierbarkeit“ gestrichen.

8. § 10 wird wie folgt geändert:

- a) Der Überschrift werden die Wörter „und Rehabilitationsziele“ angefügt.
- b) Dem ersten Spiegelstrich werden die Wörter „, insbesondere der Motivation der oder des Versicherten zur Rehabilitation, oder der Möglichkeit der Verminderung negativ wirkender Kontextfaktoren“ angefügt.
- c) Im zweiten Spiegelstrich werden nach dem Wort „Rehabilitationsziels“ die Wörter „oder festgelegter Rehabilitationsziele“ eingefügt.

d) Nach Satz 1 werden folgende Sätze 2 und 3 angefügt:

„<sup>2</sup>Im Verordnungsformular Muster 61 sind insbesondere die alltagsrelevanten Rehabilitationsziele in Bezug auf die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe zu benennen. <sup>3</sup>Bei Diskrepanzen zwischen den von Ärztin oder Arzt und Versicherten oder Angehörigen genannten Zielen sind diese getrennt darzustellen.“

9. § 11 wird wie folgt gefasst:

„§ 11 Qualifikation der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes

<sup>1</sup>Die Beratung über und die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erfordern unter anderem spezielle Kenntnisse in der Anwendung der ICF, die nach den Weiterbildungsordnungen weitestgehend Gegenstand der ärztlichen Weiterbildung sind. <sup>2</sup>Diese Kenntnisse sollten in mindestens einmal jährlich anzubietenden Fortbildungsveranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigungen erweitert und vertieft oder erlangt werden. <sup>3</sup>Die Fortbildungsveranstaltungen umfassen insbesondere folgende Inhalte:

- Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe,
- Zugangsvoraussetzungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Nutzung der ICF als konzeptionelles Bezugssystem für die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.“

10. § 12 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

a) Vor den Wörtern „auf der Grundlage“ werden die Wörter „unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechtes der Versicherten gemäß § 9 SGB IX“ eingefügt.

b) Im ersten Spiegelstrich werden nach dem Wort „Versicherten“ die Wörter „unter Beachtung bestehender individueller Anforderungen an die Barrierefreiheit der Rehabilitationseinrichtung“ angefügt.

c) Im zweiten Spiegelstrich werden die Wörter „der Verordnung“ durch die Angabe „des vollständig ausgefüllten Verordnungsformulars Muster 61“ ersetzt.

d) Im dritten Spiegelstrich wird vor den Wörtern „der Beurteilung“ das Wort „gegebenenfalls“ eingefügt.

11. In § 12 Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „Entscheidung“ die Worte „in geeigneter Form“ eingefügt.

12. In § 13 Absatz 1 Satz 2 werden vor dem Wort „diesem“ die Wörter „dieser oder“ eingefügt.

13. § 13 Absatz 4 wird wie folgt geändert:

a) Nach dem Wort „Angaben:“ werden folgende Gliederungseinheiten eingefügt:

„a) rehabilitationsrelevante Funktionsdiagnosen in der Reihenfolge ihrer sozialmedizinischen Bedeutung,

b) die individuellen, mit der oder dem Versicherten vereinbarten Rehabilitationsziele,“.

b) Die bisherigen Spiegelstriche werden zu den Buchstaben c bis e.

c) Die Spiegelpunkte des neuen Buchstaben d werden zu Spiegelstrichen.

d) In dem neuen Buchstaben d wird der neue dritte Spiegelstrich wie folgt gefasst:

„- zur Krankheitsbewältigung, zum Einfluss positiv wie negativ wirkender Kontextfaktoren und deren Modifizierbarkeit sowie zur Einleitung von Verhaltensmaßnahmen im Hinblick auf eine Lebensstiländerung,“

e) In dem neuen Buchstaben e werden nach dem Wort „weiterführende“ die Wörter „und Informationen über bereits eingeleitete“ eingefügt.

f) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„<sup>2</sup>Die Rehabilitationseinrichtung übermittelt der oder dem Versicherten auf Wunsch den Entlassungsbericht, soweit dem nicht erhebliche therapeutische Gründe entgegenstehen.“

14. § 15 wird gestrichen.

II. Die Änderung der Richtlinie tritt am 1. April 2016 in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den 15. Oktober 2015

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken