

**Bundesministerium für Gesundheit
und Soziale Sicherung**

**Bekanntmachung [1733 A]
des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die Neufassung der Richtlinien
über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
(Rehabilitations-Richtlinien)**

Vom 16. März 2004

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seinen Sitzungen vom 1. Dezember 2003 und 16. März 2004 beschlossen, die Rehabilitations-Richtlinien nach § 368r der Reichsversicherungsordnung in der Fassung vom 17. Dezember 1975 (BAnz. Nr. 55 vom 19. März 1976) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) wie folgt neu zu fassen:

**„Richtlinien
des Gemeinsamen Bundesausschusses
der Ärzte und Krankenkassen
über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
(Rehabilitations-Richtlinien)
nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V**

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Ziel und Zweck
- § 2 Gesetzliche Grundlagen
- § 3 Einschränkungen des Geltungsbereiches
- § 4 Inhaltliche Grundlagen
- § 5 Rehabilitationsberatung
- § 6 Verfahren
- § 7 Voraussetzungen der Verordnung durch den Vertragsarzt
- § 8 Rehabilitationsbedürftigkeit
- § 9 Rehabilitationsfähigkeit
- § 10 Rehabilitationsprognose
- § 11 Qualifikation des Vertragsarztes
- § 12 Leistungsentscheidung der Krankenkasse
- § 13 Zusammenarbeit zwischen Rehabilitationseinrichtung, Vertragsarzt und Krankenkassen
- § 14 Sicherung des Rehabilitationserfolges
- § 15 Inkrafttreten
- Anlage 1: Formular
„Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten“
- Anlage 2: Formular
„Verordnung von medizinischer Rehabilitation“
- Anlage 3: „ICF – Erläuterungen und Begriffsbestimmungen“

**§ 1
Ziel und Zweck**

(1) Die Richtlinien sollen eine notwendige, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit im Einzelfall gebotenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gewährleisten; sie regeln außerdem die Beratung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 8 SGB V), um die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben zum Ziel, eine Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) einschließlich Pflegebedürftigkeit gemäß des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (§ 11 Abs. 2 SGB V).

(2) Die Richtlinien sollen insbesondere das frühzeitige Erkennen der Notwendigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation fördern und dazu führen, dass diese rechtzeitig eingeleitet werden. Sie regeln die Verordnung durch Vertragsärzte als Grundlage für die Leistungsentscheidung der Krankenkasse. Sie beschreibt die Umsetzung von Nachsorgeempfehlungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges und verbessert die Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten, Vertragspsychotherapeuten, Krankenkassen, gemeinsamen Servicestellen gemäß § 22 SGB IX und Erbringern von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

(3) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen (§ 12 Abs. 1 SGB V).

§ 2 Gesetzliche Grundlagen

(1) Die Grundlagen für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind die gesetzlichen Regelungen des SGB V und SGB IX. Den Grundsätzen „Rehabilitation vor Rente“, „Rehabilitation vor Pflege“ und „ambulant vor stationär“ ist Rechnung zu tragen.

(2) Die Krankenkasse erbringt nach § 11 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit §§ 40 und 41 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, wenn die kurativen Maßnahmen der ambulanten Krankenbehandlung — auch unter rehabilitativer Zielsetzung — nicht ausreichen, eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation medizinisch indiziert und kein anderer Rehabilitationsträger vorrangig zuständig ist.

(3) Die Krankenkasse erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in ambulanter (§ 40 Abs. 1 SGB V) und stationärer (§ 40 Abs. 2 SGB V) Form in Einrichtungen, mit denen ein Vertrag unter Berücksichtigung des § 21 SGB IX besteht. Die Krankenkasse erbringt auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der besonderen Form für Mütter oder Väter oder Mutter—Kind bzw. Vater—Kind (§ 41 SGB V).

(4) Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden auf Antrag des Versicherten erbracht (§ 19 Satz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch [SGB IV]).

(5) Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden vom Vertragsarzt im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkasse verordnet (§ 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 und 7 SGB V). Unter Bezug auf die Entscheidungsbefugnis der Krankenkasse nach § 40 SGB V handelt es sich rechtlich um die vertragsärztliche Verordnung einer durch die Krankenkasse genehmigungspflichtigen Leistung.

(6) Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen (§ 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V).

(7) Die Krankenkasse ist nach § 275 SGB V verpflichtet, die Notwendigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) auf der Grundlage der Begutachtungs-Richtlinien „Vorsorge und Rehabilitation“ des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen prüfen zu lassen.

(8) Bei der Entscheidung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und deren Ausführung wird den berechtigten Wünschen des Versicherten entsprochen (§ 9 Abs. 1 SGB IX).

§ 3 Einschränkungen des Geltungsbereiches

(1) Die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach §§ 23 und 24 SGB V und zur Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder nach § 43a SGB V in Verbindung mit § 30 SGB IX sind nicht Gegenstand dieser Richtlinien und werden gesondert geregelt.

(2) Für die Verordnung von stufenweiser Wiedereingliederung nach § 74 SGB V in Verbindung mit § 28 SGB IX gelten die Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 1. Dezember 2003 (BAnz. 2004 S. 6501).

(3) Diese Richtlinien gelten auch nicht

- für Rehabilitationsleistungen, die in den Zuständigkeitsbereich anderer Rehabilitationsträger fallen (z. B. gesetzliche Renten- oder Unfallversicherung),
- für Anschlussrehabilitation im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung,
- für Leistungen zur Frührehabilitation, da sie gemäß § 39 Abs. 1 Satz 4 SGB V Bestandteil der Krankenhausbehandlung sind,
- wenn sich aus dem sozialmedizinischen Gutachten des MDK die Notwendigkeit einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation ergibt, der Vertragsarzt jedoch nicht an der Antragstellung beteiligt ist,
- wenn die Notwendigkeit für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation von einem anderen Rehabilitationsträger festgestellt worden und danach die Krankenkasse zuständig ist.

§ 4 Inhaltliche Grundlagen

(1) Medizinische Rehabilitation umfasst einen ganzheitlichen Ansatz, der über das Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit hinaus die wechselseitigen Beziehungen zwischen den Gesundheitsproblemen eines Versicherten berücksichtigt, um im Einzelfall den bestmöglichen Rehabilitationserfolg im Sinne der Teilhabe an Familie, Arbeit, Gesellschaft und Beruf zu erreichen. Die Gesundheitsprobleme werden beschrieben als Schädigungen,

Beeinträchtigungen der Aktivität sowie der Teilhabe und den Kontextfaktoren des Versicherten im Sinne der Begriffsbestimmung der Anlage 3 dieser Richtlinien.

(2) Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation stützen sich inhaltlich auf die rehabilitationswissenschaftlichen Erkenntnisse und Definitionen von Zielen, Inhalten, Methoden und Verfahren der ambulanten und stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach den Prinzipien Finalität, Komplexität, Interdisziplinarität und Individualität.

Konzeptionelle und begriffliche Grundlage sind

- die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedete Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF; siehe auch Anlage 3: „Erläuterungen und Begriffsbestimmungen“),
- die Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) sowie
- trägerspezifische Empfehlungen (z. B. Rahmenempfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkasse zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation).

(3) Einzelne Leistungen der kurativen Versorgung (z. B. Heil- oder Hilfsmittel) oder deren Kombination stellen für sich allein noch keine Leistung zur medizinischen Rehabilitation im Sinne dieser Richtlinien dar.

§ 5

Rehabilitationsberatung

(1) Der Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geht eine Beratung des Versicherten über die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, der Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation voraus. Dabei wirken Vertragsarzt und Krankenkasse zusammen.

(2) Der Vertragsarzt berät insbesondere,

- warum seiner Einschätzung nach die Maßnahmen der kurativen Versorgung nicht ausreichen, und
- über die Ziele, Inhalte, Abläufe und Dauer der Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

Der Vertragsarzt berät auch die Personensorgeberechtigten und weist auf die Möglichkeit der Beratung durch eine gemeinsame Servicestelle oder eine sonstige Beratungsstelle für Rehabilitation hin. Einzelheiten regelt § 61 Abs. 1 SGB IX.

(3) Die Krankenkasse berät insbesondere über

- Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation sowie über alternative Leistungsangebote,
- den voraussichtlich zuständigen Rehabilitationsträger und
- die Notwendigkeit der Antragsstellung.

§ 6

Verfahren

(1) Ergibt sich aus dem Beratungsgespräch, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation notwendig sein können und der Versicherte diese in Anspruch nehmen will, teilt der Vertragsarzt dies der Krankenkasse mit dem Vordruck gemäß Anlage 1 „Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten“ mit.¹⁾

(2) Die Krankenkasse prüft nach Eingang dieser Mitteilung ihre Zuständigkeit und ob Gründe einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation entgegenstehen. Sie unterstützt den Versicherten bei der Antragstellung. Sie fordert den Vertragsarzt auf, die medizinische Indikation zu prüfen und bei deren Vorliegen eine Verordnung auszustellen.

(3) Der Vertragsarzt verordnet mit Zustimmung des Versicherten die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auf dem Vordruck gemäß Anlage 2 „Verordnung von medizinischer Rehabilitation“, dem dem Vertragsarzt von der Krankenkasse zur Verfügung gestellt wird.

§ 7

Voraussetzungen der Verordnung durch den Vertragsarzt

(1) Voraussetzung für die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist das Vorliegen der medizinischen Indikation. Hierzu sind im Sinne eines vorläufigen rehabilitationsmedizinischen Assessments abzuklären:

- die Rehabilitationsbedürftigkeit,
- die Rehabilitationsfähigkeit und
- eine positive Rehabilitationsprognose auf der Grundlage realistischer, für den Versicherten alltagsrelevanter Rehabilitationsziele.

(2) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können nur verordnet werden, wenn das innerhalb der Krankenbehandlung angestrebte Rehabilitationsziel voraussichtlich nicht durch

- Leistungen der kurativen Versorgung oder deren Kombination,
- die Leistungen der medizinischen Vorsorge nach §§ 23 und 24 SGB V

erreicht werden kann, die Leistung zur medizinischen Rehabilitation dafür jedoch eine hinreichende Aussicht auf Erfolg bietet.

§ 8

Rehabilitationsbedürftigkeit

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

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

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

§ 9

Rehabilitationsfähigkeit

Rehabilitationsfähig ist ein Versicherter, wenn er aufgrund seiner somatischen und psychischen Verfassung die für die Durchführung und Mitwirkung bei der Leistung zur medizinischen Rehabilitation notwendige Belastbarkeit und Motivation oder Motivierbarkeit besitzt.

§ 10

Rehabilitationsprognose

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

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

§ 11

Qualifikation des Vertragsarztes

(1) Die Beratung über und die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erfordern unter anderem spezielle Kenntnisse in der Anwendung der ICF. Aus diesem Grunde sind nur solche Vertragsärzte verordnungsberechtigt, die über eine entsprechende rehabilitationsmedizinische Qualifikation verfügen und eine entsprechende Genehmigung besitzen. Die Kassenärztliche Vereinigung prüft die Qualifikation des Vertragsarztes zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Absatzes 2 vorliegen. Die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen auf Landesebene über die verordnungsberechtigten Ärzte.

(2) Diese Genehmigung wird erteilt, wenn der Vertragsarzt:

- die Gebietsbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“ besitzt oder
- über die Zusatzbezeichnungen „Sozialmedizin“ oder „Rehabilitationswesen“ oder über die fakultative Weiterbildung „Klinische Geriatrie“ verfügt oder
- eine mindestens 1-jährige Tätigkeit in einer stationären oder ambulanten Rehabilitationseinrichtung nachweist oder
- im Jahr vor Erteilung der Genehmigung mindestens 20 Rehabilitationsgutachten auch für andere Sozialleistungsträger (insbesondere Rentenversicherung) erstellt hat oder
- an einer Fortbildung von 16 Stunden²⁾ mit Erfolg teilgenommen hat, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Spitzenverbänden der Krankenkassen anerkannt ist. Gegenstand dieser Fortbildung sind die Handhabung dieser Richtlinien, insbesondere Grundlagen der ICF und Inhalte der verordnungsfähigen Leistungen der Rehabilitation. Die Inhalte der Fortbildung sind in einem Curriculum vorzugeben, auf das sich die Partner dieser Richtlinien verständigen.

(3) Vertragsärzte, die nicht über eine dieser Zusatzqualifikationen verfügen, dürfen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung nur noch innerhalb eines Zeitraums von einem Jahr nach Inkrafttreten dieser Richtlinien verordnen.

§ 12

Leistungsentscheidung der Krankenkasse

- (1) Die Krankenkasse entscheidet auf der Grundlage

- des Antrages des Versicherten
 - der Verordnung des Vertragsarztes
 - der Beurteilung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung
 - sowie falls erforderlich weiterer Unterlagen
- über Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Dabei sind die Fristen des § 14 SGB IX zu berücksichtigen.

(2) Die Krankenkasse teilt dem Versicherten und dem verordnenden Vertragsarzt ihre Entscheidung mit und begründet gegebenenfalls Abweichungen von der Verordnung.

§ 13

Zusammenarbeit zwischen Rehabilitationseinrichtung, Vertragsarzt und Krankenkassen

(1) Ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen stellen zu Beginn der Leistung zur medizinischen Rehabilitation gemeinsam mit dem Versicherten einen Rehabilitationsplan auf. Bei ambulanter Rehabilitation übersendet die Einrichtung auf Anfrage des Vertragsarztes diesem den aktuellen Rehabilitationsplan.

(2) Bei ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation stellt die Rehabilitationseinrichtung die medizinische Versorgung der rehabilitationsbegründenden Erkrankung und ihrer Folgen sicher. Im Übrigen verbleibt der Versicherte in der vertragsärztlichen Versorgung.

(3) Bei stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation leistet die Rehabilitationseinrichtung die gesamte medizinische Betreuung des Versicherten, soweit dies mit den Mitteln der Einrichtung möglich ist.

(4) Nach Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation erhalten der Vertragsarzt sowie die Krankenkasse zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben einen Entlassungsbericht mit folgenden Angaben:

- Rehabilitationsverlauf unter Angabe der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen und
- abschließend erreichter Rehabilitationserfolg bezogen auf die individuellen Rehabilitationsziele; dazu gehört die sozialmedizinische Beurteilung:
 - zum Grad der Selbstständigkeit bei den Verrichtungen des täglichen Lebens und zum diesbezüglichen Hilfebedarf,
 - zur Frage der Vermeidung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit, zur Verhütung ihrer Verschlimmerung oder zur Milderung ihrer Folgen,
 - zur Krankheitsbewältigung, zur Konstellation der negativen Kontextfaktoren und deren Modifizierbarkeit sowie zur Motivation zur Lebensstiländerung,
 - zur Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben unter Bezugnahme auf die individuellen beruflichen Rahmenbedingungen sowie
- Empfehlungen für weiterführende Leistungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges (z. B. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, stufenweise Wiedereingliederung, Rehabilitationssport und Funktionstraining, Heil- und Hilfsmittelversorgung, Arzneimittelversorgung, psychotherapeutische Leistungen) und zur Wiedereingliederung in das soziale Umfeld bzw. zur psychosozialen Betreuung.

Der Entlassungsbericht soll dem Versicherten auf Wunsch übermittelt werden.

(5) Wird während einer ambulanten oder stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation erkennbar, dass der bisherige Arbeitsplatz des Versicherten gefährdet ist oder andere Leistungen zur Teilhabe notwendig sind, unterrichtet die Rehabilitationseinrichtung die Krankenkasse.

§ 14

Sicherung des Rehabilitationserfolges

(1) Vertragsarzt und Krankenkasse wirken gemeinsam mit dem Versicherten darauf hin, dass die Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges (z. B. Nachsorge, stufenweise Wiedereingliederung, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) umgesetzt werden.

(2) Ergibt sich während der Rehabilitationsmaßnahme oder aus dem Entlassungsbericht, dass weitere Leistungen zur Teilhabe angezeigt sind, für welche die Krankenkasse als Rehabilitations-träger nicht zuständig ist (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft), leitet sie das weitere Verfahren gemäß der §§ 10 und 11 SGB IX ein und unterrichtet den Versicherten gemäß § 14 Abs. 6 SGB IX.

§ 15

Inkrafttreten

Diese Richtlinien treten am 1. April 2004 in Kraft.

-
- 1) Die Beteiligten des Gemeinsamen Bundesausschusses streben eine trägerübergreifende Vereinheitlichung des Verordnungsvordrucks/Befundberichtes an. In diesem Zusammenhang wird das Verfahren des § 6 im Rahmen einer Richtlinienänderung angepasst werden.
 - 2) Die Beteiligten des Gemeinsamen Bundesausschusses streben eine trägerübergreifende Festlegung weitergehender Lehrinhalte an.

Köln, den 16. März 2004

Der Vorsitzende
des Gemeinsamen Bundesausschusses
Dr. H e s s

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kassen-Nr.</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Vertragsarzt-Nr.</td> <td>VK gültig bis</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum	<div style="text-align: right;">60</div> <h3 style="text-align: center;">Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten</h3> <p>Für nebenstehend genannte(n) Versicherte(n) wurde folgendes Gesundheitsproblem / Diagnose(n) festgestellt</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Die kurative Versorgung hat nicht den gewünschten Erfolg</p> <p><input type="checkbox"/> Beratung über Angebote alternativ zur Rehabilitation erwünscht</p> <p><input type="checkbox"/> ambulante Vorsorgeleistung am Kurort</p> <p><input type="checkbox"/> stationäre Vorsorgeleistungen</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Eine medizinische Rehabilitationsleistung erscheint aussichtsreich Leistungen der medizinischen Vorsorge haben voraussichtlich nicht den gewünschten Erfolg</p> <p><input type="checkbox"/> Eine Einschränkung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft droht oder ist bereits gegeben</p> <p><input type="checkbox"/> Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit liegt vor oder ist zu befürchten</p> <p><input type="checkbox"/> Die Erkrankung ist Folge eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit</p> <p><input type="checkbox"/> Rückruf durch die Krankenkasse erbeten unter</p> <p>Telefon-Nummer _____ Datum _____</p> <p style="text-align: center;">T T M M J J</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <p style="text-align: center; font-size: small;">Stempel und Unterschrift des Vertragsarztes</p> </div> <hr/> <p>Urschriftlich zurück an den Vertragsarzt</p> <p><input type="checkbox"/> Verordnungsvordruck der Krankenkasse liegt bei. Bitte Indikation für die Verordnung von Rehabilitation prüfen</p> <p><input type="checkbox"/> Bitte prüfen Sie, ob den medizinischen Erfordernissen für oben genannten Versicherten auch folgende Leistungen gerecht werden: (Der Verordnungsvordruck liegt bei)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Eine Leistung der Krankenkasse kommt nicht in Betracht, weil</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p><input type="checkbox"/> der folgende Rehabilitationsträger zuständig ist: (Der Antragsvordruck liegt bei. Bitte entsprechend der für diesen Rehabilitationsträger geltenden Regelungen den Antrag stellen)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> der folgende Rehabilitationsträger zuständig ist: (Der entsprechende Antragsvordruck liegt der Krankenkasse nicht vor)</p> <p>_____</p> <p>Kontaktaufnahme des Versicherten mit der Servicestelle empfohlen in _____ Telefon-Nummer _____</p> <p><input type="checkbox"/> Der zuständige Träger ist bereits unterrichtet</p> <p>Ort _____ Datum _____</p> <p style="text-align: center;">T T M M J J</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <p style="text-align: center; font-size: small;">Stempel und Unterschrift der Krankenkasse</p> </div> <div style="border: 1px solid black; width: fit-content; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Beide Blätter an die Krankenkasse Original danach zurück an den Vertragsarzt</p> </div>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
		geb. am														
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status														
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum														

Name, Vorname des Versicherten	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.
--------------------------------	------------	------------------

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

IV. Rehabilitationsbedürftigkeit (medizinische Befunderhebung)

A. Rehabilitationsrelevante Schädigungen (ggf. Befundbögen als Anlage)

B. Nicht nur für vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe

	keine Beeinträchtigungen	Schwierigkeiten (verlangsamt mit Hilfsmitteln)	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
Kommunikation (z. B. Sprechen, Sehen, Hören, Schreiben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität (z. B. Wechsel der Körperhaltung, Tragen, Hand- und Armgebrauch, Gehen, Treppensteigen, Laufen, Bücken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstversorgung (z. B. Hygiene, An-/Auskleiden, Nahrungszubereitung/-aufnahme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häusliches Leben (z. B. Haushaltsführung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Verhalten, Aufrechterhalten der sozialen Integration)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige _____

Aktuelle Assessment-Ergebnisse soweit vorhanden (z. B. Barthel-Index) _____

C. Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende Kontextfaktoren, soweit noch nicht ausgeführt

Persönliches und familiäres Umfeld (z. B. familiäre Unterstützung, Wohnsituation, Beziehungskonflikte, Pflege eines Angehörigen, Tod eines nahestehenden Angehörigen)

Berufliches/schulisches Umfeld (z. B. drohender Arbeitsplatzverlust, Überforderungssituation)

Soziales Umfeld (z. B. Unterstützung durch soziale Dienste, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten)

Risikofaktoren

Nikotin Alkoholmissbrauch Übergewicht Bewegungsmangel

Drogengebrauch/Medikamentenmissbrauch Sonstiges

Original für die Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.
--------------------------------	------------	------------------

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

V. Maßnahmen der Krankenbehandlung in Bezug auf die rehabilitationsbegründende Indikation

A. Bisherige ärztliche Intervention (haus- und fachärztlich, Krankenhausbehandlung und ähnliche) _____

B. Arzneimitteltherapie (ggf. Hinweise auf Unverträglichkeiten) _____

C. Heilmittel	In den letzten 12 Monaten erfolgt				Anzahl	Aussichtsreich		In den letzten 12 Monaten erfolgt	Anzahl	Aussichtsreich	
	N	J	N	J		N	J			N	J
Massagetherapie (einschl. Lymphdrainage)	N	J				N	J	N	J		
Bewegungstherapie (z. B. KG und manuelle Therapie.)	N	J				N	J	N	J		
Traktionsbehandlung	N	J				N	J	N	J		
Elektrotherapie	N	J				N	J	N	J		
Inhalation	N	J				N	J	N	J		
	N	J				N	J	N	J		

Hinweis zu der angegebenen Einschätzung _____

D. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel Welche? Seit wann? _____

Verordnet	Aussichtsreich
N J	N J

E. Andere Maßnahmen	Durchgeführt		Aussichtsreich		Durchgeführt	Aussichtsreich		
	N	J	N	J		N	J	
Psychotherapie	N	J			N	J		
Rehabilitationssport/Funktionstraining	N	J			N	J		
Patientenschulung	N	J			N	J		

F. Sonstiges _____

Durchgeführt	Aussichtsreich
N J	N J

VI. Rehabilitationsfähigkeit

Der Patient verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit	N J	Der Patient verfügt über eine ausreichende Motivation	N J
Der Patient verfügt über die erforderliche Mobilität	N J	Der Patient ist motivierbar	N J

VII. Rehabilitationsziele

- A. Ziele aus Sicht des Arztes im Hinblick auf**
- a) Schädigungen

 - b) Beeinträchtigung der aktiven Teilhabe

 - c) negative Kontextfaktoren/Risikofaktoren

- B. Ziele aus Sicht des Patienten/Angehörigen**

Anlage 3

Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) – Erläuterungen und Begriffsbestimmungen –

Für die Frage, ob eine Rehabilitation indiziert ist, sind die individuellen Auswirkungen einer Krankheit im Alltag maßgeblich sowie die Faktoren, die darauf Einfluss nehmen. Die WHO stellt für die Beschreibung dieses Bedingungsgefüges mit der ICF ein Klassifikationssystem zur Verfügung. Wegen seiner Bedeutung für die Rehabilitation wird es im Folgenden erläutert.

1 Ziel und Zweck der ICF

Die ICF gehört zu der von der WHO entwickelten „Familie“ von Klassifikationen für die Anwendung auf verschiedene Aspekte der Gesundheit. Sie ist die weiterentwickelte Form der Internationalen Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (ICIDH), die erstmals 1980 von der WHO zu Versuchszwecken veröffentlicht wurde.¹⁾

Krankheitsfolgen wurden bisher mit der ICIDH unterschieden in

- Schädigungen der Struktur und/oder Funktion von Organen und Organsystemen
 - Fähigkeitsstörungen der betroffenen Person bezüglich ihrer Aktivitäten im Alltag
 - Beeinträchtigungen in der sozialen Rolle
- und systematisch geordnet.

Die ICIDH wurde von der WHO weiterentwickelt zur ICF. Diese erlaubt eine bessere Differenzierung der Schädigungen, eine Zusammenfassung oder Trennung von Aktivitäten und Teilhabe und berücksichtigt äußere und innere Einflüsse auf Funktionsfähigkeit und Behinderung. Die ICF wurde von der 54. Vollversammlung der WHO am 22. Mai 2001 in einer englischsprachigen Version für den internationalen Gebrauch beschlossen.

Die deutschsprachige Fassung der ICF liegt zur Zeit als „Entwurf zu Korrekturzwecken“ (Stand 24. September 2002) vor, herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI (www.dimdi.de).

Die ICF stellt einen Rahmen zur Beschreibung von Gesundheit und mit Gesundheit zusammenhängenden Zuständen in einheitlicher und standardisierter Sprache zur Verfügung.

Die ICF hat folgende Funktionen:

1. Sie ist eine Konzeption zum besseren Verständnis der Komponenten der Gesundheit (siehe Nummer 2 „Begrifflichkeiten und Struktur der ICF“) und ein theoretischer Rahmen zum Verständnis des Zusammenhangs zwischen diesen Komponenten.
2. Sie ist ein Schema zur Klassifikation und Kodierung der Komponenten der Gesundheit.

Die ICF ergänzt die ICD, kann diese jedoch nicht ersetzen.

2 Begrifflichkeiten und Struktur der ICF

2.1 Funktionsfähigkeit, Behinderung und Kontextfaktoren als Teile der ICF

Die ICF hat eine duale Struktur. Sie besteht aus den Teilen „Funktionsfähigkeit und Behinderung“ (Teil 1) sowie „Kontextfaktoren“ (Teil 2).

- Funktionsfähigkeit ist ein Oberbegriff für Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Teilhabe. Er bezeichnet die positiven Aspekte der Interaktion zwischen einer Person (mit einem bestimmten Gesundheitszustand) und deren individuellen Kontextfaktoren (umweltbezogene und personbezogene Faktoren).
- Behinderung ist ein Oberbegriff für Schädigungen sowie Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe. Er bezeichnet die negativen Aspekte der Interaktion zwischen einer Person (mit einem bestimmten Gesundheitszustand) und deren individuellen Kontextfaktoren.
- Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar. Sie umfassen zwei Komponenten: Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren. Diese können einen positiven oder negativen Einfluss auf die Person mit einem bestimmten Gesundheitszustand haben.

2.2 Komponenten der ICF

Die Komponenten des Teiles 1 der ICF sind zum einen Körperfunktionen und -strukturen, zum anderen Aktivitäten und Teilhabe. Die Komponenten des Teiles 2 sind Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren.

- Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Leben gestalten.

- Personbezogene Faktoren sind der spezielle Hintergrund des Lebens und der Lebensführung einer Person und umfassen Gegebenheiten der Person, die nicht Teil ihres Gesundheitsproblems oder Gesundheitszustandes sind. Diese Faktoren können Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Alter, andere Gesundheitsprobleme, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstile, sozialen Hintergrund, Bildung und Ausbildung, Beruf sowie vergangene oder gegenwärtige Erfahrungen, allgemeine Verhaltensmuster und Art des Charakters, individuelles psychisches Leistungsvermögen und andere Merkmale umfassen, die in ihrer Gesamtheit oder einzeln für die Behinderung eine Rolle spielen können.

Personbezogene Faktoren sind in der ICF nicht klassifiziert.

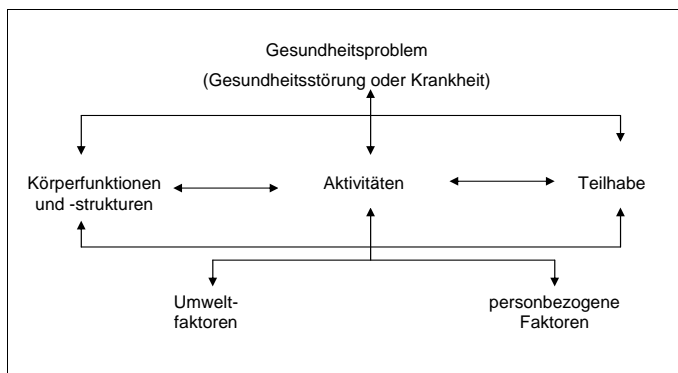
Begriffe der ICF:

- Körperfunktionen sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychologischer Funktionen).
- Körperstrukturen sind anatomische Teile des Körpers wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile.
- Beeinträchtigungen dieser Komponente (Körperfunktionen und/oder Körperstrukturen) werden als Schädigungen bezeichnet.
- Eine Aktivität ist die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung (Aktion) durch eine Person.
- Teilhabe ist das Einbezogenensein in eine Lebenssituation.
- Beeinträchtigung dieser Komponenten (Aktivität und/oder Teilhabe) werden als Beeinträchtigungen der Aktivität bzw. Teilhabe bezeichnet.

3 Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF

Die Funktionsfähigkeit eines Menschen bezüglich bestimmter Komponenten der Gesundheit ist als eine Wechselwirkung oder komplexe Beziehung zwischen Gesundheitsproblemen und Kontextfaktoren zu verstehen. Es besteht eine dynamische Wechselwirkung zwischen diesen Größen: Interventionen bezüglich einer Größe können eine oder mehrere der anderen Größen verändern (siehe auch Abbildung 1).

Abbildung 1: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF



4 ICF und ICIDH — Zuordnung der Begrifflichkeiten

Seit Mitte der 90er Jahre werden in der sozialmedizinischen Begutachtung der Gesetzlichen Krankenversicherung, insbesondere bezüglich der Leistungen der medizinischen Rehabilitation, die Begriffe der ICIDH verwendet. Diese stellt die Grundlage für die nachfolgend genannten Empfehlungen bzw. Richtlinien dar:

1. Gemeinsame Rahmenempfehlungen für ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen auf der Grundlage des § 111b SGB V vom 12. Mai 1999
2. Begutachtungs-Richtlinien „Vorsorge und Rehabilitation“ des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) vom 12. März 2001

Auch den „Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) vom 20. Oktober 2000 liegt die ICIDH als konzeptionelles und begriffliches Bezugssystem zugrunde. Es ist daher notwendig darzustellen, wie die Begriffe der ICIDH denen der ICF zuzuordnen sind. Die Tabelle 1 enthält eine diesbezügliche Gegenüberstellung.

Tabelle 1: Synoptische Darstellung der Begrifflichkeiten der ICF und ICIDH

ICF	ICIDH
Funktionsfähigkeit (Functioning)	k. E.
Behinderung (Disability)	Schädigungen (Impairments) + Fähigkeitsstörungen (Disabilities) + Beeinträchtigungen (Handicaps)
Schädigungen (Impairments) — Körperstruktur (Structure) — Körperfunktion (Function)	} Schädigungen
Aktivitäten (Activities)	k. E.
Beeinträchtigungen der Aktivität (Activity limitations)	Fähigkeitsstörungen
Teilhabe (Participation)	k. E.
Beeinträchtigung der Teilhabe (Participation restrictions)	Beeinträchtigungen
Kontextfaktoren (Contextual factors) — Umweltbezogene Faktoren (Environmental factors) — Personbezogene Faktoren (Personal factors)	k. E.

k. E. = keine Entsprechung.“

1) Matthesius RG; Jochheim KA; Barolin GS; Heinz C (Hrsg.). ICIDH. Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby. 1995