



Medizinischer Dienst
Berlin-Brandenburg

Begutachtungen von Leistungen nach §§ 23, 24, 40 und 41 SGB V

Sozialmedizin Aufbaukurs
SalusCon-Akademie

12.09.2022

Christof Reinert, Referent Prävention/Rehabilitation

Was sind „Leistungen nach den §§ 23, 24, 40 und 41 SGB V“?

→ § 23 SGB V

→ § 24 SGB V

→ § 40 SGB V

→ § 41 SGB V

Was sind „Leistungen nach den §§ 23, 24, 40 und 41 SGB V“?

- § 23 SGB V: Medizinische Vorsorgeleistungen
 - (1): ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln
 - (2): ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
 - (4): in stationären Vorsorgeeinrichtungen

- § 24 SGB V: Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder in gleichartiger Einrichtung; ggf. als Mutter-Kind- bzw. Vater-Kind-Maßnahme

Was sind „Leistungen nach den §§ 23, 24, 40 und 41 SGB V“?

- § 40 SGB V: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
 - (1): ambulante Rehabilitationsleistungen in wohnortnaher Einrichtung (stationären Pflegeeinrichtungen)
 - (2): stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung

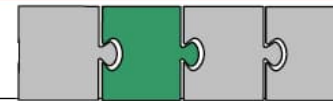
- § 41 SGB V: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter in Einrichtung des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtung; ggf. als Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Maßnahme

Leistungen der GKV zu Vorsorge und Rehabilitation sind gesetzlich geregelt in:

- SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung):
26 Paragraphen
- SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen):
12 Paragraphen
- SGB XI (Soziale Pflegeversicherung):
4 Paragraphen

Gesundheitsreform 2007 - seit dem 01.04.2007 gilt:

Verbesserung der medizinischen Versorgung



Anspruch auf Impfungen und Kuren

Wichtige Leistungen muss die Kasse übernehmen. Dazu zählen alle empfohlenen Impfungen sowie notwendige Mutter-/Vater-Kind-Kuren.

Anspruch auf häusliche Krankenpflege

Menschen, die beispielsweise in Wohngemeinschaften oder anderen neuen Wohnformen leben, erhalten einen Rechtsanspruch auf häusliche Krankenpflege. Sie werden dadurch den Patienten in „normalen“ Privathaushalten gleichgestellt.

Anspruch auf sinnvolle Rehabilitationsleistungen

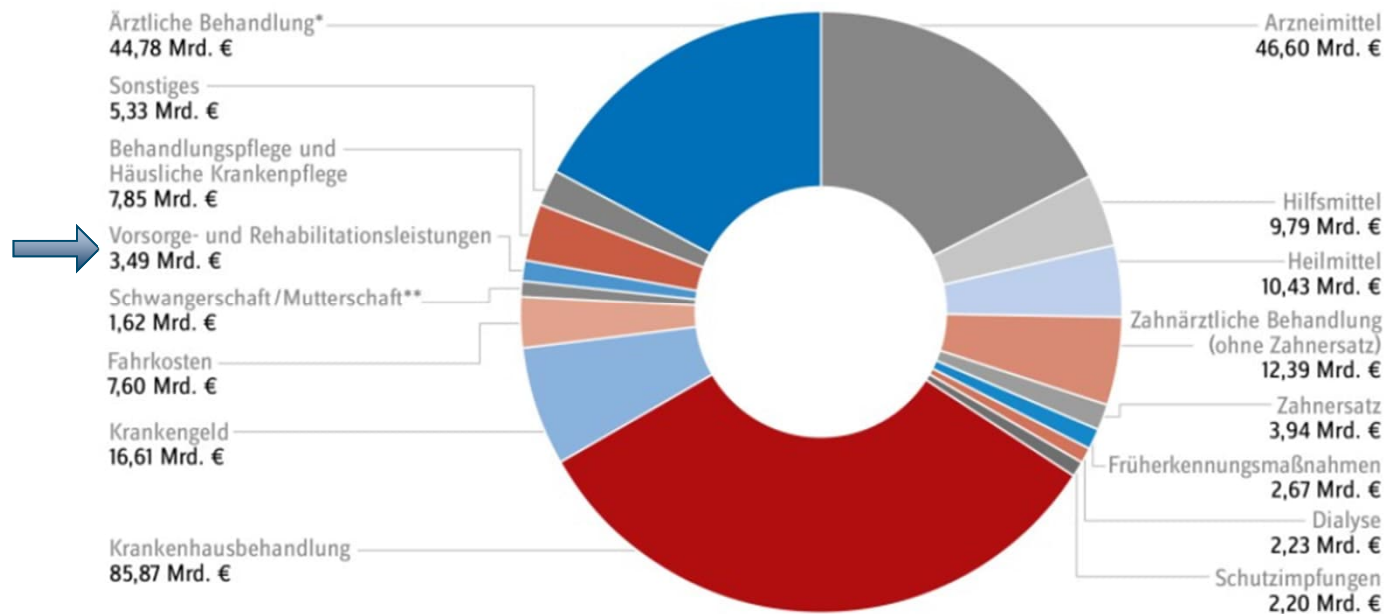
Rehabilitationsmaßnahmen müssen künftig von den Kassen bezahlt werden. Vor allem ältere Menschen sollen die Möglichkeit haben, nach einem Unfall oder einer Krankheit in ihrer häuslichen Umgebung gesund zu werden. Auch Pflegebedürftige sollen Anspruch auf Reha-Leistungen haben.

Deutschland bleibt gesund.
www.die-gesundheitsreform.de

Ausgabenverteilung der GKV:

Ausgaben insgesamt: 263,4 Mrd. EUR = 100 %

Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche der GKV 2021 in Mrd. Euro



* Nicht berücksichtigt wurden die gezahlten Beträge für Früherkennung, Impfungen, ehemals Sonstige Hilfen und Dialyse-Sachkosten.

** ohne stationäre Entbindung

Darstellung: GKV-Spitzenverband; Quelle: Amtliche Statistik KJ 1

ca. 1,33 % der Ausgaben der GKV entfielen auf Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen.

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)
= Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen
= unterschiedliche Rechtsformen

- Rechtsformwechsel (bis 2021) nach Regelungen der Übergangsvorschrift in § 328 SGB V

Medizinischer Dienst (MD)
= Körperschaft des öffentlichen Rechts
= einheitliche, eigenständige Rechtsform

„Der Medizinische Dienst ist in seiner medizinisch-fachlichen Bewertung unabhängig und frei von Anbieterinteressen. Seine Gutachter sind bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen. (...)“

Dies stellt den Medizinischen Dienst aber nicht davon frei, als Teil der GKV deren Gesamtinteresse bei seiner Aufgabenwahrnehmung zu berücksichtigen. Insoweit bedeutet Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes Unabhängigkeit in der medizinisch-fachlichen Bewertung, nicht Unabhängigkeit von der Krankenversicherung.“

Quelle: Positionspapier zu Rolle und Funktion des Medizinischen Dienstes im Verhältnis zu seinen Trägern vom 26. November 1999

Funktionen des Medizinischen Dienstes

1. Sozialmedizinischer Dienstleister zur Unterstützung bei individuellen Leistungsentscheidungen der Kassen (Begutachtung)
 - gutachtlich unabhängig und fachlich fundiert
 - bundesweit einheitliche Maßstäbe (Richtlinien, Arbeitshilfen)
2. Beratung: Mitgestaltung des Gesundheitswesens (Beratung)
 - Vertragsberatung
 - Gesundheitssystemanalysen
3. Verbraucherschutz
 - Unterstützung bei Behandlungs- und Pflegefehlern
 - Vermeidung von Über-, Unter-, Fehlversorgung
 - Förderung der Qualität der Versorgung
 - Vermeidung unangemessener Kosten

Beratung und Begutachtung für die GKV

- Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen
- Krankenhausbehandlung
- Arbeitsunfähigkeit
- Hilfsmittel
- Heilmittel
- Neue/unkonventionelle Behandlungsmethoden
- Vermutete Behandlungsfehler
- Häusliche Krankenpflege
- Zahnmedizinische Versorgung
- Außerklinische Intensivpflege und SAPV



Beratung und Begutachtung für die SPV

- Feststellung des Grades der Pflegebedürftigkeit
- Qualitätsprüfung der ambulanten und stationären pflegerischen Versorgung
- Pflege-Hilfsmittelversorgung



Grundlagen der Begutachtung bei Leistungen nach §§ 23, 24, 40, 41 SGB V durch den Medizinischen Dienst sind:

- die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedete Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)
- die Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)
- trägerspezifische Empfehlungen (z.B. Rahmenempfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation)
- Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses
- Begutachtungsanleitung Vorsorge Rehabilitation (Richtlinie gemäß § 282 SGB V)

Internationale Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

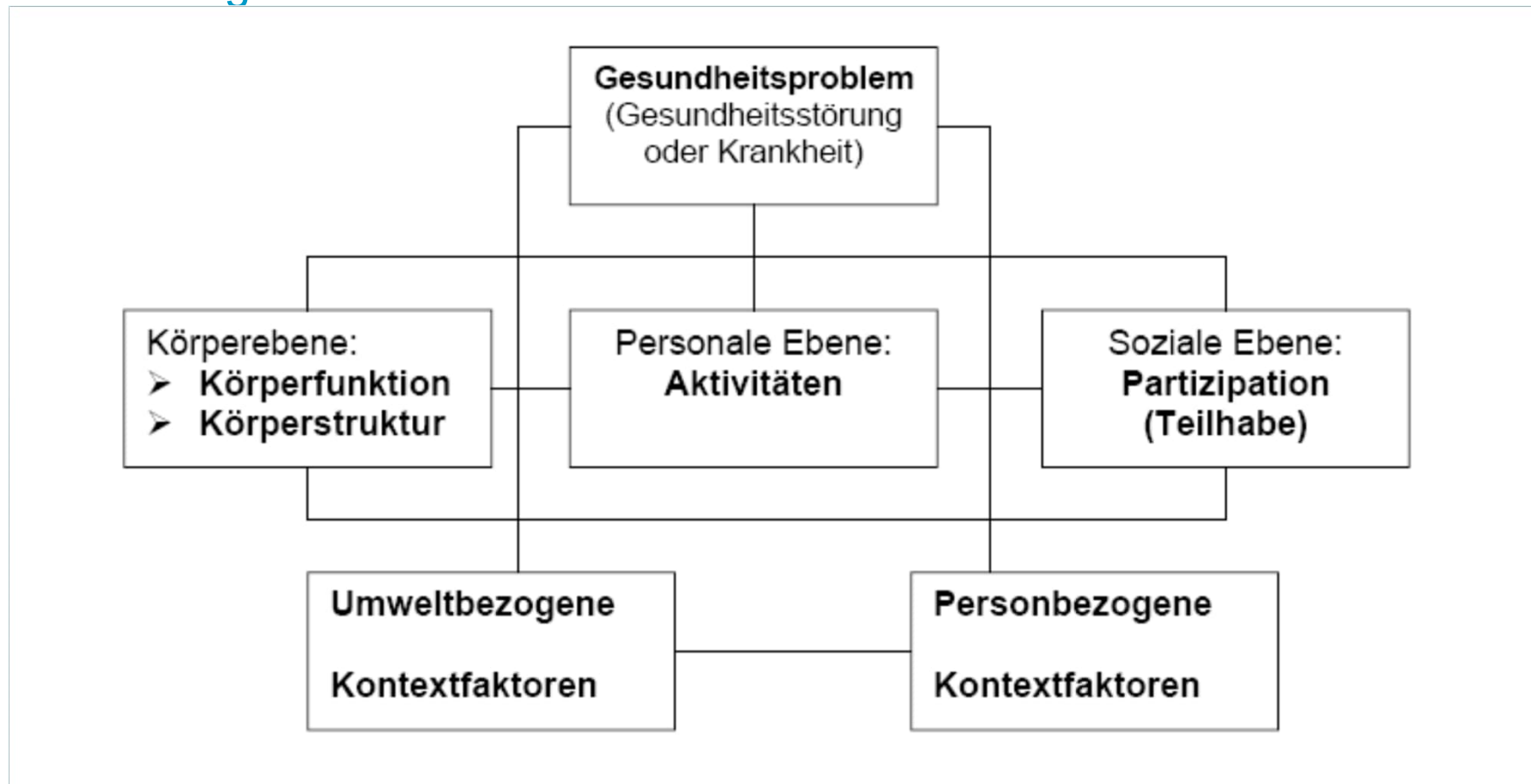
Die ICF gehört zu der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2001) entwickelten "Familie" von Klassifikationen für die Anwendung auf verschiedene Aspekte der Gesundheit.

Sie ist eine Weiterentwicklung der "Internationalen Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen" (ICIDH), die erstmals 1980 von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlicht wurde.



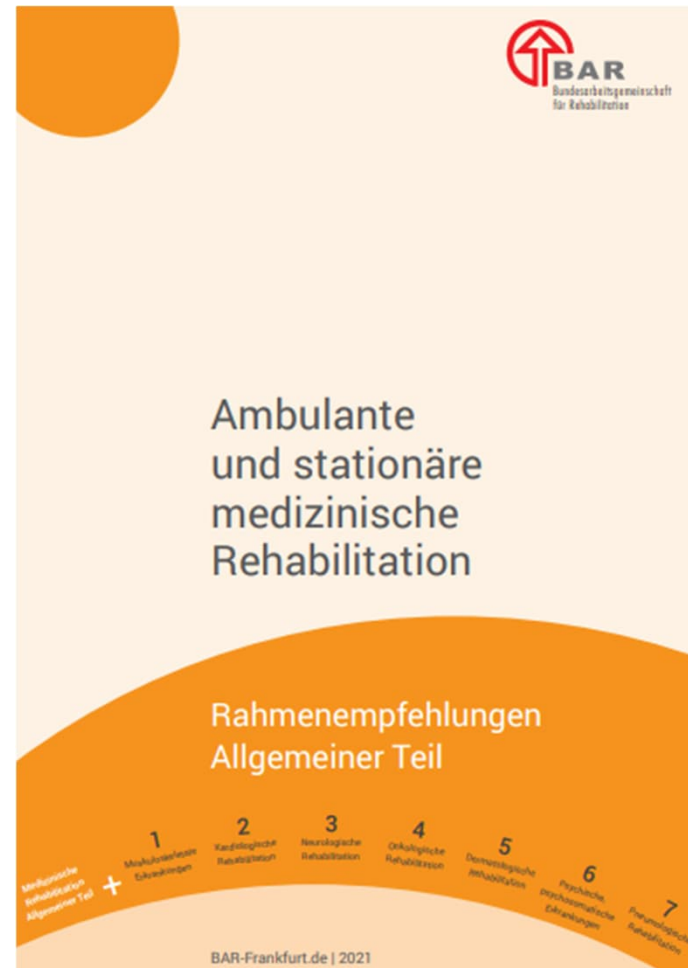
Das bio-psycho-soziale Modell der ICF

Modell der Komponenten von Gesundheit und ihrer möglichen Wechselwirkungen



Begutachtungs- und Rahmenempfehlungen

www.bar-frankfurt.de



Begutachtungs-Richtlinie des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Medizinischer Dienst Berlin-Brandenburg www.mds-ev.de



The image shows the cover page of a guideline document. At the top left is the logo for MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen). At the top right is the logo for GKV-Spitzenverband. The page is divided into three horizontal sections by thin lines. The bottom section contains the text: 'Begutachtungsanleitung', 'Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V', and 'Vorsorge und Rehabilitation'. On the left side of the page, there are several horizontal lines, likely for a table of contents or index. At the bottom right, there is a small red and white rectangular logo.



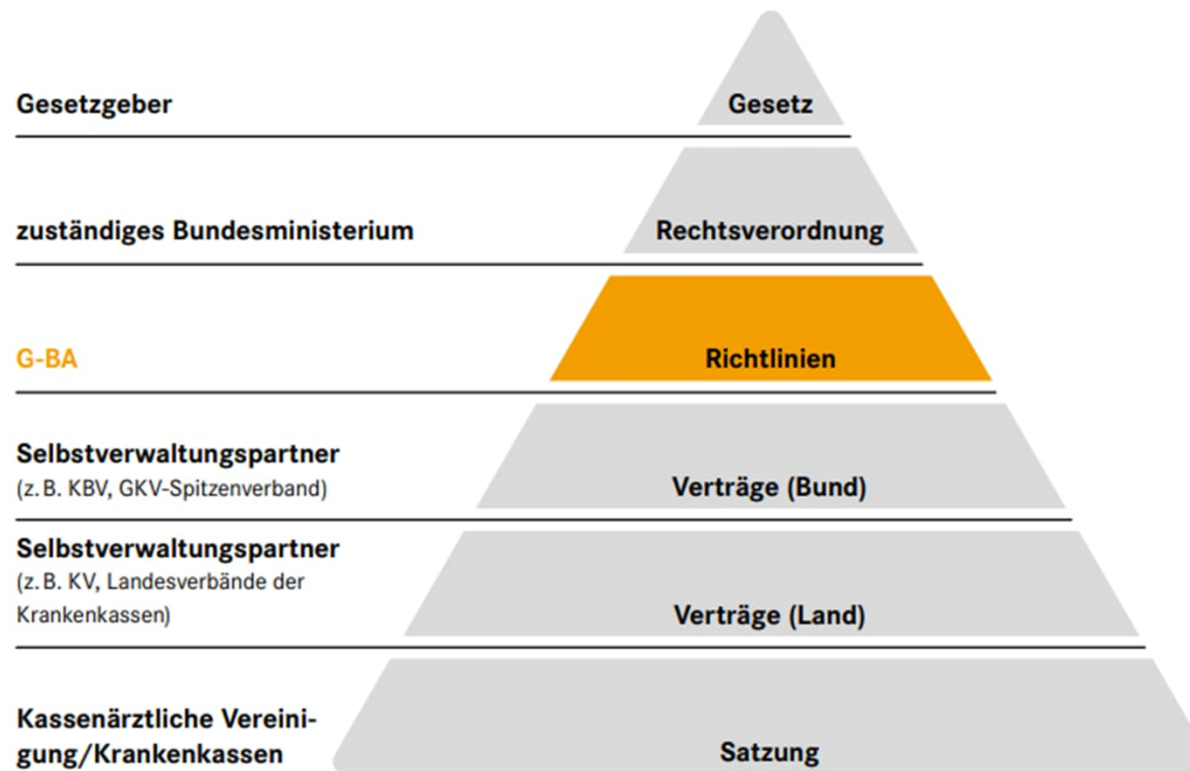
Richtlinie

des Gemeinsamen Bundesausschusses
Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(Rehabilitations-Richtlinie/Reha-RL)

in der Fassung vom 16. März 2004
veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 63 (S. 6 769) vom 31. März 2004
in Kraft getreten am 1. April 2004

zuletzt geändert am 16. Dezember 2021
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 16.02.2022 B3)
in Kraft getreten am 1. Juli 2022



Stand: November 2011

Produkte des Medizinischen Dienstes sind z.B.:



Sozialmedizinische
Fallberatung



Gutachten nach
körperlicher Untersuchung



Begutachtung nach
Aktenlage

**Richtlinie über Umfang und Auswahl der Stichproben bei
der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der
Krankenversicherung und Ausnahmen davon
nach § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V
(Richtlinie MDK-Stichprobenprüfung)
vom 02.07.2008**

Nach § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V beschließt der GKV-Spitzenverband die nachfolgende Richtlinie über den Umfang und die Auswahl der Stichproben bei der Begutachtung von Anträgen auf Leistungen nach §§ 23, 24, 40 und 41 SGB V durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und Ausnahmen davon.

→ Muss geändert werden.

Ausnahmen gemäß Richtlinie; u.a. bei:

- Zweifel an der medizinischen Notwendigkeit der beantragten Leistung aufgrund unvollständiger oder nicht plausibler Angaben im Ärztlichen Befundbericht zu Vorsorge/Rehabilitations-bedürftigkeit, -fähigkeit und -zielen
- Leistungen vor Ablauf von vier Jahren, bei Leistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vor Ablauf von drei Jahren, wenn sich die aus medizinischen Gründen erforderliche Dringlichkeit nicht zweifelsfrei aus den Antragsunterlagen ergibt

Aufbau des sozialmedizinischen Gutachtens

- Fragestellung der Krankenkasse
- Wiedergabe der vorliegenden Informationen
 - wenn erforderlich: medizinische, sozialmedizinische, soziale Vorgeschichte und Fremdanamnese
 - bei Begutachtung mit Untersuchung: Krankheitsbild aus Sicht des Versicherten
 - bei Begutachtung mit Befunderhebung: körperlicher und/oder psychischer Befund
 - Diagnosen
 - Darstellung der beantragten Leistung im sozialmedizinischen Zusammenhang
 - sozialmedizinische Bewertung und Beurteilung
- Eindeutige Beantwortung der Fragestellung
- Ggf. Empfehlungen und Hinweise

Sozialmedizinisches Gutachten Vorsorge/Rehabilitation

Fragestellungen der Krankenkasse an den Begutachtenden:

- Liegen die medizinischen Voraussetzungen vor für medizinische Leistungen
 - zur ambulanten Vorsorge in anerkanntem Kurort? (§ 23 Nr.2 SGB V)
 - zur stationären Vorsorge? (§ 23 Nr. 4)
 - zur Vorsorge für Mütter und Väter in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung? (§ 24 SGB V)
- Liegen die medizinischen Voraussetzungen vor für medizinische Leistungen
 - zur ambulanten/stationären Rehabilitation? (§ 40 SGB V)
 - zur Rehabilitation für Mütter und Väter in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung? (§ 41 SGB V)

Sozialmedizinisches Gutachten Vorsorge/Rehabilitation

Fragestellungen der Krankenkasse an den Begutachtenden:

- Liegen die medizinischen Voraussetzungen vor für medizinische Leistungen
- zur ambulanten Vorsorge in anerkanntem Kurort?
 - zur stationären Vorsorge?
 - zur Vorsorge für Mütter und Väter in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung?

Frage:

Wann liegen die medizinischen Voraussetzungen für eine Leistung zur medizinischen Vorsorge vor?

Antwort:

Wenn Vorsorgebedürftigkeit, Vorsorgefähigkeit und eine positive Vorsorgeprognose in Hinblick auf das Vorsorgeziel vorliegen.

Sozialmedizinische Prüfung von Vorsorgebedürftigkeit, -fähigkeit, -prognose

- Liegt eine Schwächung der Gesundheit vor, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen könnte?
- Können Krankheiten durch ärztliche Behandlung und Versorgung mit Verband-, Heil- und Hilfsmitteln verhütet oder deren Verschlimmerung bzw. Pflegebedürftigkeit vermieden werden?
- Sind ambulante Leistungen am Wohnort ausreichend oder ohne Erfolg durchgeführt worden?
- Ist eine vorübergehende Herausnahme aus dem sozialen Umfeld erforderlich?
- Kann das Vorsorgeziel durch ambulante/stationäre Vorsorgeleistungen erreicht werden?

Zur sozialmedizinischen Beurteilung erforderliche Informationen:

- Grad der Gesundheitsgefährdung/Diagnose
- Bisherige Behandlung (ärztlich, Medikamente, Psychotherapie, Heilmittel, ggf. Rehabilitationsmaßnahmen, Rehabilitationssport/ Funktionstraining)
- Erfolg der bisherigen Behandlung
- Ggf. vorhandene personenbezogene Probleme (Motivation, Einstellungen, Orientierung, Mobilität)
- Erforderlichkeit engmaschiger ärztlicher und medizinischer Überwachung/Kontrolle

Leistungen zur Vorsorge nach § 23 SGB V:

- Anregung der Leistung durch Vertragsarzt über Formular 25
- Bislang leider keine einheitlichen Antragsformulare
- Ab 2022 evtl. einheitliche Antragsformulare

Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter, Mutter/ Vater-Kind-Leistungen nach § 24 SGB V...

...haben das Ziel,

- spezifischen Gesundheitsrisiken von Müttern/Vätern
- unter Berücksichtigung der geschlechtsspezifischen Lebenszusammenhänge und psychosozialer Problemsituationen von Familien
- durch eine ganzheitliche Therapie unter Einbeziehung psychologischer, psychosozialer und gesundheitsfördernder Hilfen

entgegenzuwirken.

Diese Leistungen werden in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder gleichartigen Einrichtungen in stationärer Form durchgeführt.

Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter, Mutter/ Vater-Kind-Leistungen nach § 24 SGB V

- bis 04/2018:
keine einheitlichen Antragsformulare
 - ab 04/2018:
Antrag über konsentiertes Muster 64 (Mutter/Vater) und Muster 65 (begleitende Therapie-Kinder)
- Die Erstellung der Anträge wird gesondert über EBM vergütet.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Zugangswege

Verordnung durch Haus- oder Facharzt bzw. -ärztin:

- durch Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt über Muster 61

Antrag aus Krankenhaus als Anschlussrehabilitation

- noch unterschiedliche Antragsformulare, Vereinheitlichung in 2021 (noch keine Pflicht)

Empfehlung durch MD im Rahmen der Pflegebegutachtung

- nach § 31 (3) SGB XI gilt die Mitteilung an den Rehabilitationsträger als Antrag

Bei Feststellung einer erheblich gefährdeten bzw. geminderten Erwerbsfähigkeit durch MD

- nach § 51 (1) SGB V: Krankenkasse fordert zur Rehabilitationsantragsstellung bei dem Rentenversicherungsträger auf

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Zugangswege/Veränderungen durch das IPreG in 2021 (1)

Verordnung durch Vertragsärzte/-ärztinnen:

- bei Nachweis der Prüfung durch geeignete Abschätzungsinstrumente/Funktionstest durch den Vertragsarzt/die Vertragsärztin entfällt der medizinische Prüfvorbehalt der Krankenkassen für die Formen der geriatrischen Rehabilitation
- diese Abschätzungsinstrumente/Funktionstests wurden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) benannt
- für die geriatrische Rehabilitation: Funktionstests je nach rehabilitationsbegründender Funktionsdiagnose (s. Anlage II der Rehabilitations-Richtlinie)
- für alle anderen Rehabilitationsformen ist eine Ablehnung der Leistung durch die Krankenkassen nur nach einer negativen gutachterlichen Empfehlung durch den Medizinischen Dienst möglich

IPReG = Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz in Kraft seit 29.10.2020

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Zugangswege/Veränderungen durch das IPReG in 2021 (2)

Anschlussrehabilitation (AR):

Der Prüfvorbehalt der Krankenkassen entfällt

- bei den in § 16 der Rehabilitations-Richtlinie genannten ausgewählten Diagnosen aus verschiedenen Indikationsgruppen inkl. Darlegung von Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe mittels SINGER-Patientenprofil (Scores of Independence for Neurologic and Geriatric Rehabilitation)
- bei der geriatrischen Anschlussrehabilitation

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation GKV (1)

- Ambulante Rehabilitation
- Stationäre Rehabilitation
- Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche
- Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter, Mutter-/Vater-Kind-Leistungen
- Geriatrische Rehabilitation
- Mobile geriatrische Rehabilitation (als Sonderform der ambulanten Rehabilitation)
- Rehabilitation psychisch Kranker und behinderter Menschen (RPK)

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation GKV (2)

- Belastungserprobung und Arbeitstherapie (§ 42 SGB V)
- Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 43 SGB V)
- Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen
(z.B. Haushaltshilfe, Krankengeld, Fahr- und andere Reisekosten)

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation...

... werden nach § 40 SGB V durch die GKV erbracht, wenn

- eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorliegt oder droht,

und

- eine ambulante Krankenbehandlung nicht ausreicht, diese abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern.

Gesetzlich festgelegte Dauer der medizinischen Rehab.

§ 40 (3) SGB V

Dauer der Leistungen zur ambulanten Rehabilitation:

- längstens 20 Behandlungstage (Erwachsene)
- Ausnahme: geriatrische Rehabilitation - Regelfall 20 Behandlungstage

Dauer der Leistungen zur stationären Rehabilitation:

- längstens drei Wochen (Erwachsene)
- Ausnahme: geriatrische Rehabilitation - Regelfall drei Wochen

Weitere Ausnahmen:

- dringende medizinische Gründe im Einzelfall
- Spitzenverband Bund der GKV legt andere Regeldauer in Leitlinien fest

Nachrangigkeit der Leistungen der GKV

- Ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden von der Krankenversicherung nur erbracht, wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften solche Leistungen nicht erbracht werden können.
- Ausnahme:
 - § 31 SGB VI (Sonstige Leistungen)
 - z.B. Nach- und Festigungskuren wegen Geschwulsterkrankungen, stationäre Kinderheilbehandlungen
 - Gleichrangige Leistungen der Renten- und der Krankenversicherung.

Abgrenzung von anderen Leistungsträgern der medizinischen Rehabilitation erforderlich

Leistungen zur medizinische Rehabilitation werden erbracht von:

1. den gesetzlichen Krankenkassen
2. den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung
3. den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung
4. den Trägern der sozialen Entschädigung
5. den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe
6. den Trägern der Sozialhilfe.

Was versteht man unter „Rehabilitation“?

International ist derzeit eine große Variationsbreite hinsichtlich des Stellenwertes, der Ziele, Aufgaben und Inhalte der rehabilitativen Medizin zu konstatieren. Terminologie und Nomenklatur sind (noch) konfus.

Keine klare sozialrechtliche Klärung des Begriffes in:

- SGB V
- SGB VI
- SGB VII
- SGB IX (hier jedoch Darstellung inhaltlicher Elemente)



Was versteht man unter „Rehabilitation“?

Nach dem Verständnis der Vereinten Nationen ist die Rehabilitation ein Prozess, der darauf abzielt, dass Menschen mit Behinderungen ihr optimales physisches, sensorisches, intellektuelles, psychisches und/oder soziales Funktionsniveau erreichen und aufrecht erhalten.

Ziel ist die Selbstbestimmung des Individuums und die gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

(nach: Pschyrembel Sozialmedizin)



§ 4 Rehabilitations-Richtlinie:

- Medizinische Rehabilitation umfasst einen ganzheitlichen Ansatz ...
- Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation stützen sich inhaltlich auf die rehabilitationswissenschaftlichen Erkenntnisse und Definitionen von Zielen, Inhalten, Methoden und Verfahren ...
- 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 Richtlinie dar

Ganzheitlicher Rehabilitationsansatz

→ Multidimensional

(Berücksichtigung des bio-psycho-sozialen Modells)

→ Multiprofessionell

(Verschiedene Berufsgruppen: Ärzte, Pflegekräfte, Physio-, Ergo-, Sport-therapeuten, Psychologen/Psychotherapeuten, Logopäden/Sprachtherapeuten, Diätassistenten...)

→ Interdisziplinär

(Zusammenwirken der Berufsgruppen im Team)

Wissenschaftliche Datenlage:

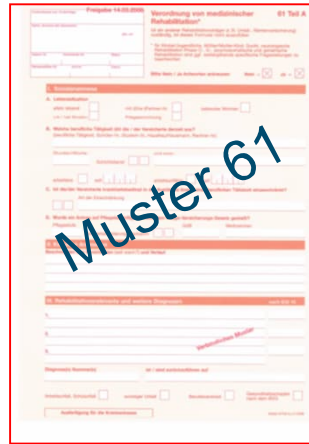
- Schlechte Datenlage
- Studien hoher Evidenzklassen fehlen
- International starke Ergebnisvarianz
(bedingt auch durch unterschiedliche Gesundheitssysteme)

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Aktueller Ablauf gemäß Rehabilitations-Richtlinie des G-BA (1)



Zugelassene/r Vertragsarzt/-ärztin stellt Indikation, verordnet Reha und gibt ggf. Hinweise zum zuständigen Rehabilitationsträger



Krankenkasse

§ 40 (3) SGB V:
Kasse bestimmt Art, Dauer, Umfang und Durchführung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation



§ 275 (2) Nr. 1 SGB V Stichproben-Prüfung durch MD

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Aktueller Ablauf gemäß Rehabilitations-Richtlinie des G-BA (2)



Begutachtung nach Aktenlage



SFB



ggf. körperliche Untersuchung



Krankenkasse



Kasse bestimmt Art, Dauer, Umfang und Durchführung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Sozialmedizinisches Gutachten Rehabilitation

Fragestellungen der Krankenkasse an den Begutachtenden:

- Liegen die medizinischen Voraussetzungen vor für medizinische Leistungen
 - zur ambulanten/stationären Rehabilitation?
 - zur Rehabilitation für Mütter und Väter in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung?

Frage:

Wann liegen die medizinischen Voraussetzungen für Leistungen zur Rehabilitation vor?

Antwort:

Wenn Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose in Hinblick auf das Rehabilitationsziel vorliegen.

Für die sozialmedizinische Prüfung erforderliche Informationen aus dem Muster 61:

- Sozialanamnese
- Klinische Anamnese
- Rehabilitationsrelevante und weitere Diagnosen
- Abklärung der Rehabilitationsbedürftigkeit auf der Basis der ICF
- Qualitative und quantitative Darstellung der bisher durchgeführten Therapiestrategien im Rahmen der Krankenbehandlung
- Abklärung der Rehabilitationsfähigkeit
- Darstellung der Rehabilitationsziele aus der Sicht von Arzt/Patient/Angehörigem
- Abklärung der Rehabilitationsprognose
- Sonstige für das Verfahren relevante Angaben
- Zusammenfassende Bewertung

Definitionen

§ 8 Rehabilitationsbedürftigkeit

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn als Folge 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 manifeste 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.

Verordnungsformular

Muster 61 - Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit



5.		6.				5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)	
II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung							
A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesondere Beginn und Verlauf) und zu Krankenhaus- und Facharztbehandlung							
B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse)							
C. Bei geriatrischer Rehabilitation mind. zwei Funktionstests folgender unterschiedlicher Schädigungsbereiche							
Mobilität		Kognition		Schmerz		Herz-/Lungenfunktion	
TUG	sek + Chair Rise sek	MMST	/ 30	Schmerzskala	/ 10	Ergometrie	Watt
Handkraft	kg oder kpa	GDS 15	/ 15			FEV1	% + VK %
DEMMI	/ 100 Tinetti / 28	Uhrentest	/ 7			NYHA-Stadium	
D. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen sowie andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Beratungs- und Selbsthilfeangebote); einschließlich Heilmittelverordnung (in den letzten 6 Monaten)							

Verordnungsformular

Muster 61 - Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit (1)

F. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
Lernen und Wissensanwendung (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	☐	☐	☐	☐
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	☐	☐	☐	☐
Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	☐	☐	☐	☐
Mobilität	☐			
Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl	☐	☐	☐	☐
Stehen / Gehen	☐	☐	☐	☐
Treppensteigen	☐	☐	☐	☐
Sonstige	☐	☐	☐	☐
Selbstversorgung	☐			
Essen / Trinken	☐	☐	☐	☐
An- / Auskleiden	☐	☐	☐	☐
Waschen	☐	☐	☐	☐
Baden / Duschen	☐	☐	☐	☐
Toilettenbenutzung	☐	☐	☐	☐
Sonstige	☐	☐	☐	☐
Häusliches Leben (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	☐	☐	☐	☐
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	☐	☐	☐	☐
Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung, Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich beschäftigen können)	☐	☐	☐	☐
Gemeinschaftsleben und soziales Leben (z. B. am Gemeinschaftsleben teilnehmen, Erholung und Freizeit)	☐	☐	☐	☐

Verordnungsformular

Muster 61 - Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit (2)

G. Lebensumstände/Kontextfaktoren

1. Rehabilitationsrelevante umwelt- und personbezogene Faktoren

(z. B. allein / mit Familie lebend, in Alten-/Pflegeeinrichtung lebend, Konflikte, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützung(-bedarf), sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch

☐ Bewegungsmangel
Fehlhaltung

BMI

☐ Fehl-/
Mangelernährung

☐ Medikamente

☐ Nikotin

☐ Sonstiges
z.B. Suchtmittel

Verordnungsformular

§ 9 Rehabilitationsfähigkeit liegt vor, wenn...

...Versicherte aufgrund ihrer somatischen und psychischen Verfassung die

— notwendige Belastbarkeit

für die Durchführung und Mitwirkung bei der Leistung zur medizinischen Rehabilitation besitzen.

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

Der/die Patient/in verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit

☐

ja

☐

nein

Verordnungsformular

§ 10 - Rehabilitationsprognose

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Rehabilitation auf der Basis

- der Erkrankung oder Behinderung
- des bisherigen Verlaufs
- des Kompensationspotenzials oder der Rückbildungsfähigkeit
- unter Beachtung und Förderung individueller positiver Kontextfaktoren, insbesondere Motivation zur Rehabilitation, oder der Möglichkeit der Verminderung negativ wirkender Kontextfaktoren

über die Erreichbarkeit eines festgelegten (realistischen, alltagsrelevanten) Rehabilitationsziels in einem notwendigen Zeitraum.

V. Rehabilitationsprognose	
Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen besteht eine positive Prognose für die unter IV. A. und IV. B. benannten Rehabilitationsziele	
☐ ja	☐ eingeschränkt, hinsichtlich (z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage)

Verordnungsformular

Ziel der medizinischen Rehabilitation

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben zum Ziel, eine Behinderung (gem. § 2 Abs. 1 SGB IX) einschließlich Pflegebedürftigkeit (gem. SGB XI)

- abzuwenden
- zu beseitigen
- zu mindern
- auszugleichen
- Verschlimmerung zu verhüten oder
- ihre Folgen zu mindern.

Verordnungsformular

Muster 61 - Angaben zu Rehabilitationszielen

Rehabilitationsziele müssen für den Versicherten/die Versicherte realistisch und alltagsrelevant sein.

IV. Rehabilitationsziele

A. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen

B. Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten, sofern ABWEICHEND von den zuvor genannten

- Art und Schweregrad des zugrundeliegenden Gesundheitsproblems und der resultierenden Schädigungen
- das noch vorhandene Aktivitätsprofil (Kommunikation, Mobilität und Selbstversorgung)
- der person- und umweltbezogene Kontext (z.B. häusliche und hausärztliche Versorgung, Erreichbarkeit von Leistungsangeboten, Motivation, Entbindung von familiären Pflichten)
- das erforderliche medizinische Profil der Leistung (z.B. Orthopädie, Neurologie, Geriatrie)

Allokationskriterien

- Die Form der Durchführung (ambulant oder stationär, ggf. mobil)
- Die Dauer und Dringlichkeit der Leistung
- Andere Besonderheiten wie behinderungsspezifische Ausstattung, Mitaufnahme einer betreuenden Begleitperson, Möglichkeit der Mitaufnahme von Begleitkindern und fremdsprachliches Angebot

VI. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Rehabilitationsform

☐ ambulant ☐ ambulant-mobil ☐ stationär

☐ Mütter-Leistung ☐ Väter-Leistung ☐ als Mutter-Kind-Leistung ☐ als Vater-Kind-Leistung

B. Inhaltliche Schwerpunkte/Indikationen (z.B. orthopädisch, kardiologisch, geriatrisch, Kinder-Jugend)

☐ geriatr. Rehabilitation

C. Weitere Bemerkungen/Begründungen (u. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch für körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen)

☐ pflegende/r Angehörige/r ☐ andere

- Art und Schweregrad des zugrunde liegenden Gesundheitsproblems und der resultierenden Schädigungen
- Das noch vorhandene Aktivitätsprofil (Kommunikation, Mobilität und Selbstversorgung)
- Der person- und umweltbezogene Kontext (z.B. häusliche und hausärztliche Versorgung, Erreichbarkeit von Leistungsangeboten, Motivation, Entbindung von familiären Pflichten)

Versorgungsangebote in der medizinischen Rehabilitation

Indikationsspezifisch	Rehabilitationsformen	Spezielle Rehabilitationsangebote
Erkrankungen der Bewegungsorgane	Stationär	Zielgruppenspezifisch: Rehabilitation für Mütter/Väter Indikationsübergreifend: - Geriatrische Rehabilitation - Rehabilitation für Kinder und Jugendliche (ggf. auch mit indikationsspezifischem Schwerpunkt) In speziellen Einrichtungen: - Rehabilitation für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK) - Neurologische Rehabilitation der Phasen B und C
Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankungen	Ambulant	
Neurologische Erkrankungen	Mobil (Sonderform der ambulanten Reha)	
Psychische/psychosomatische Störungen		
Gastroenterologische und Stoffwechselerkrankungen		
Suchterkrankungen		
Onkologische Erkrankungen		
Dermatologische Erkrankungen		
Atemwegserkrankungen		

Hinweise in der Verordnung

Abgeleitet aus Allokationskriterien

- Das erforderliche medizinische Profil der Leistung
(z.B. Orthopädie, Neurologie, Geriatrie)
- Die Form der Durchführung (ambulant oder stationär, ggf. mobil)
- Die Dauer und Dringlichkeit der Leistung und
- Andere Besonderheiten wie behinderungsspezifische Ausstattung, Mitaufnahme einer betreuenden Begleitperson, Möglichkeit der Mitaufnahme von Begleitkindern und fremdsprachliches Angebot

Abgrenzung von anderen Leistungen der GKV: Indikation für Kranken- bzw. Krankenhausbehandlung

- Es liegt eine vorübergehende Störung vor
- Die Erkrankung führt in der Regel nicht zu einer anhaltenden Behinderung bzw. Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe
- Die Erkrankung, Funktionsstörung, Behinderung kann beseitigt, vermieden, gelindert oder deren Verschlechterung verhindert werden durch Leistungen wie:
 - Ärztliche Behandlung inkl. Psychotherapie
 - Arznei- und/oder Verbandmittel
 - Heilmittel (Krankengymnastik, Physikalische Therapie, ggf. in standardisierter Heilmittelkombination)
 - Hilfsmittel
 - Ambulante oder stationäre Krankenhausbehandlung

Abgrenzung von anderen Leistungen der GKV: Indikation für Leistungen zur Vorsorge

- Es liegt eine Schwächung der Gesundheit vor
- Die Schwächung der Gesundheit führt voraussichtlich in absehbarer Zeit zu einer Krankheit
- Die Schwächung der Gesundheit kann beseitigt werden, Krankheiten können verhütet oder deren Verschlechterung vermieden werden
- Pflegebedürftigkeit kann vermieden werden

Qualitätssicherung in der sozialmedizinischen Begutachtung des MD Berlin-Brandenburg:

- Strukturierte Einarbeitung der neuen internen und externen Begutachtenden
- Regelmäßige interne Schulungen für die Begutachtenden
- Teilnahme an Präsenz- und Fachseminaren des MDS
- Strukturiertes Selbststudium (Studienhefte)
- Arbeitshilfen, Begutachtungs-Richtlinie
- Förderung der sozialmedizinischen Weiterbildung
- Zeitnaher Informationstransfer durch Multiplikatoren-Seminare
- Qualitätszirkel, Arbeitstreffen

Qualitätssicherung in der sozialmedizinischen Begutachtung des MD Berlin-Brandenburg:

Kontinuierliche Qualitätsprüfung (KQP)

- Seit 2003 in der Pflegebegutachtung
- Seit 2004 in der stationären Begutachtung
- Ab 2012 in der Begutachtung Vorsorge/Rehabilitation

Qualitätssicherung in der sozialmedizinischen Begutachtung des MD Berlin-Brandenburg:

Ziele:

- Sicherstellung eines einheitlichen Vorgehens in der Begutachtung
- Erhöhung der Transparenz der gutachtlichen Tätigkeit
- Umsetzung des Qualitätsstandards bei über 95 % der Produkte



Medizinischer Dienst Berlin-Brandenburg

WIR LEBEN VERANTWORTUNG