



Medizinischer Dienst
Berlin-Brandenburg

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

Sozialmedizinischer Aufbaukurs
SalusCon-Akademie

17.09.2025

Dr. Claudia Döhner, Referentin Prävention/Rehabilitation

claudia.doehner@md-bb.org

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
 - (2): stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung

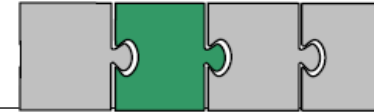
- § 41 SGB V: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter in Einrichtung des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtung; ggf. als Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Maßnahme

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

IPReG Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz-Oktober 2020

- Der Zugang zur medizinischen Rehabilitation wird erleichtert: Die verordnenden Ärztinnen und Ärzte stellen die medizinische Notwendigkeit einer geriatrischen Rehabilitation fest. Die Krankenkassen sind an diese Feststellung gebunden. Bei anderen Indikationen kann die Krankenkasse von der Verordnung nur nach Überprüfung durch den Medizinischen Dienst abweichen.
- Die Regeldauer der geriatrischen Rehabilitation wird auf 20 Behandlungstage (ambulant) bzw. drei Wochen (stationär) festgelegt.
- Das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten wird gestärkt: Der Mehrkostenanteil, den Versicherte tragen müssen, wenn sie eine andere als die von der Krankenkasse zugewiesene Reha-Einrichtung wählen, wird halbiert. Die Mindestwartezeit für eine erneute Reha von Kindern und Jugendlichen wird gestrichen.
- Damit Reha-Einrichtungen ihren Pflegekräften angemessene Gehälter zahlen können, wird die Grundlohnsummenbindung für Vergütungsverhandlungen aufgehoben. Auf Bundesebene werden Rahmenempfehlungen geschlossen, um einheitliche Vorgaben für Versorgungs- und Vergütungsverträge zu schaffen.

IPReG Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz-Oktober 2020

Anpassung der Rehabilitationsrichtlinie ([Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation \(g-ba.de\)](https://www.g-ba.de))

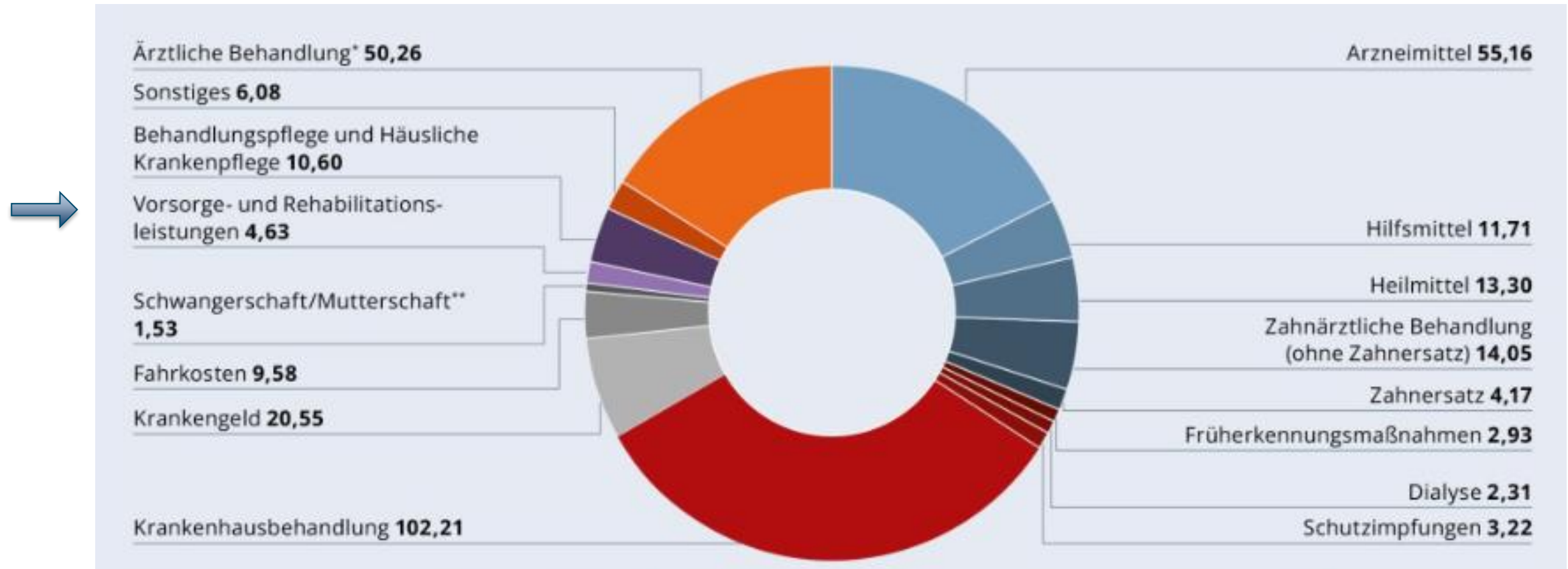
§15-geriatrische Rehabilitation

§16-Anschlussrehabilitation

Neufassung der Begutachtungsanleitung ([Medizinischer Dienst Bund: Begutachtungsanleitung
Vorsorge und Rehabilitation \(md-bund.de\)](https://www.md-bund.de))

Ausgabenverteilung der GKV:

Ausgaben insgesamt: 312,29 Mrd Euro



ca. 1,48 % 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

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)
- NEU: Rahmenempfehlungen Vorsorge und Rehabilitation nach §§ 111 Abs. 7, 111a Abs. 1 und 111c Abs. 5 SGB V vom 28.03.2025

Internationale Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

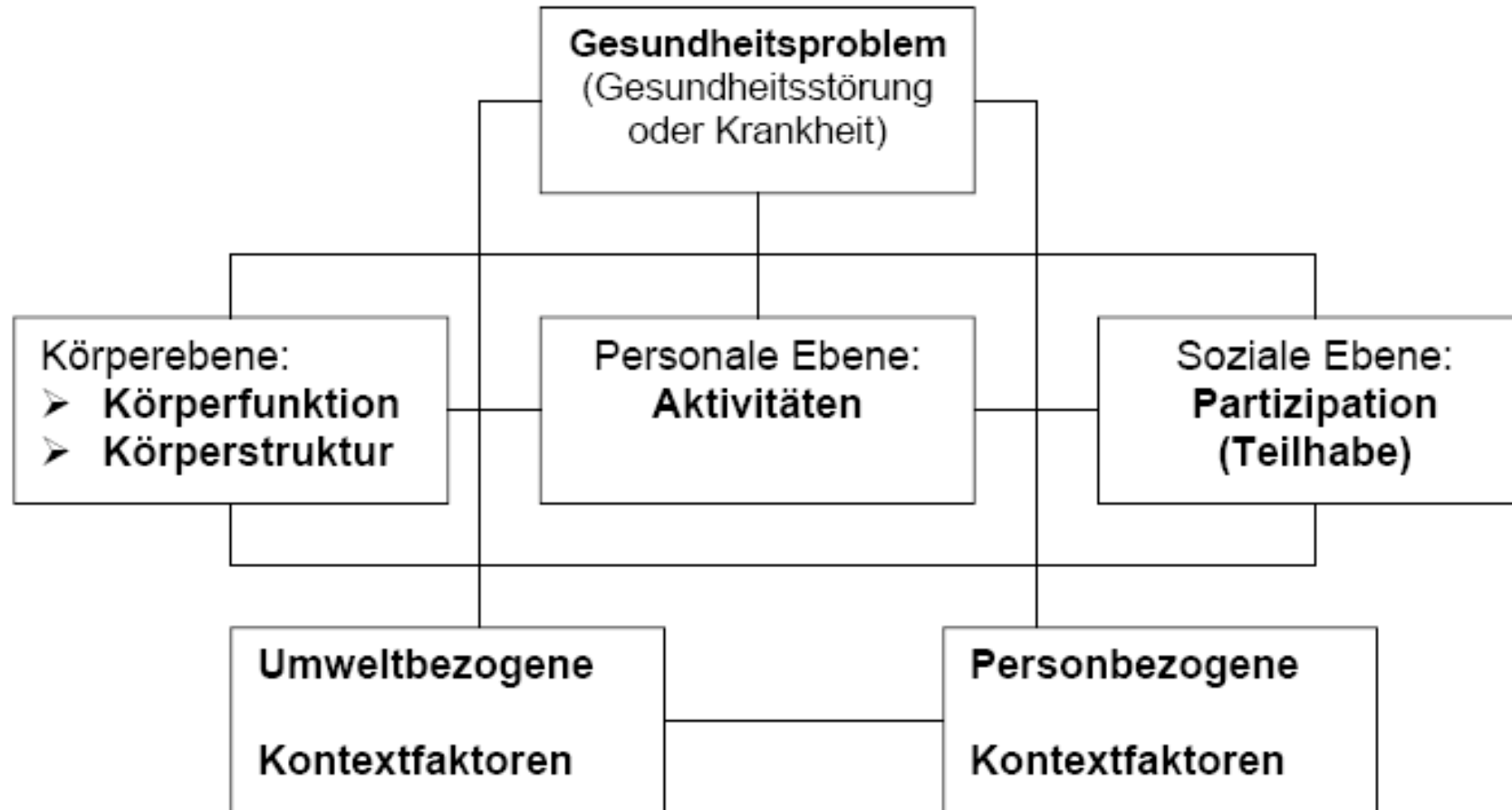
Die ICF gehört zu der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2001) entwickelten "Familie" von Klassifikationen für die Anwendung auf verschiedene Aspekte der Gesundheit.

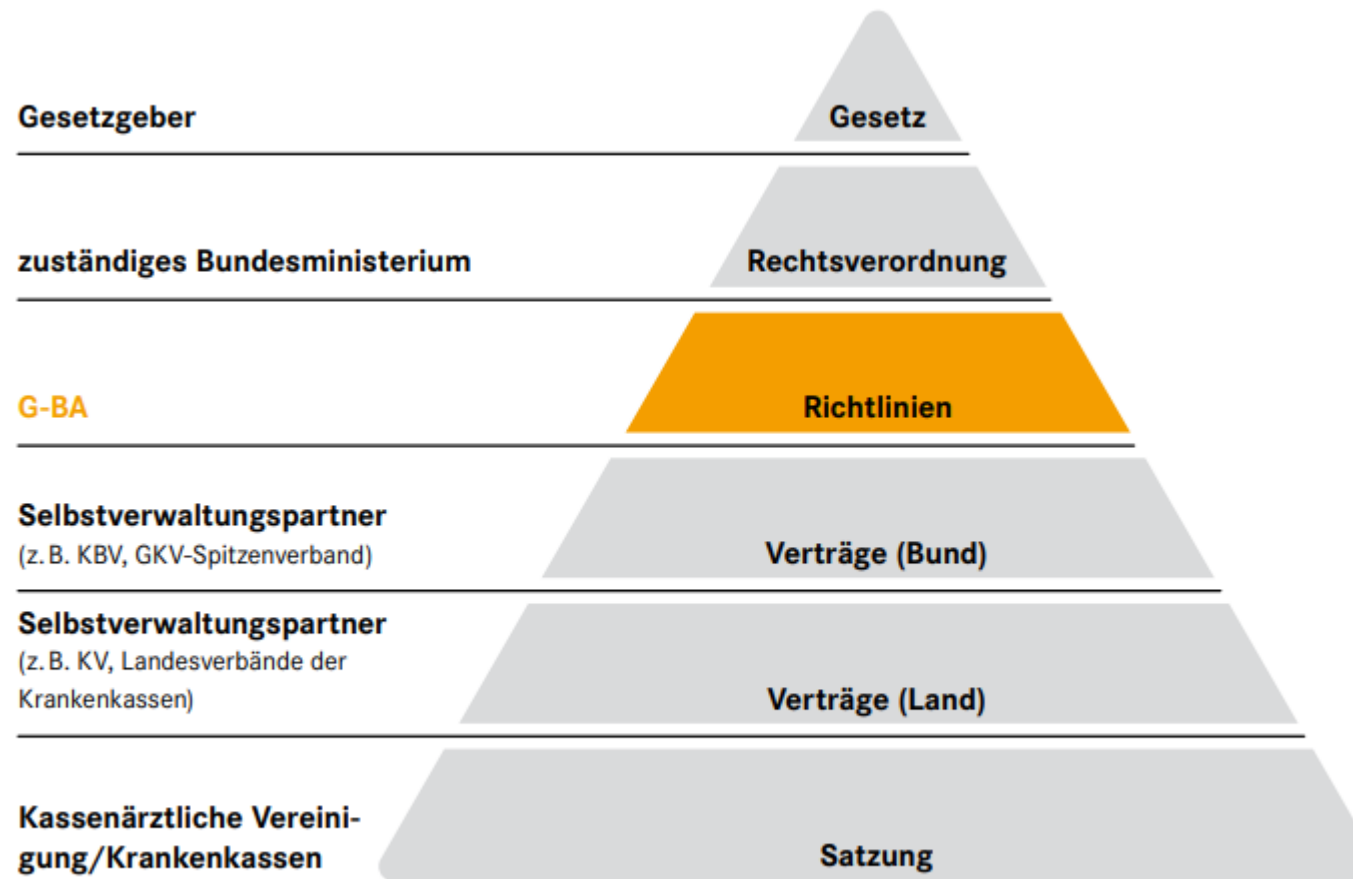
Sie ist eine Weiterentwicklung der "Internationalen Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen" (ICIDH), die erstmals 1980 von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlicht wurde.



Das bio-psycho-soziale Modell der ICF

Modell der Komponenten von Gesundheit und ihrer möglichen Wechselwirkungen





Stand: November 2011



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 15. Mai 2025
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 25.07.2025 B2)
in Kraft getreten am 26. Juli 2025

**Richtlinie über Umfang und Auswahl der Stichproben bei der
Begutachtung durch den Medizinischen Dienst
und Ausnahmen davon
nach § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V
(Richtlinie MD–Stichprobenprüfung)
vom 02.07.2008
in der Fassung vom 29.08.2022**

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.

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

Begutachtungsanleitung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen



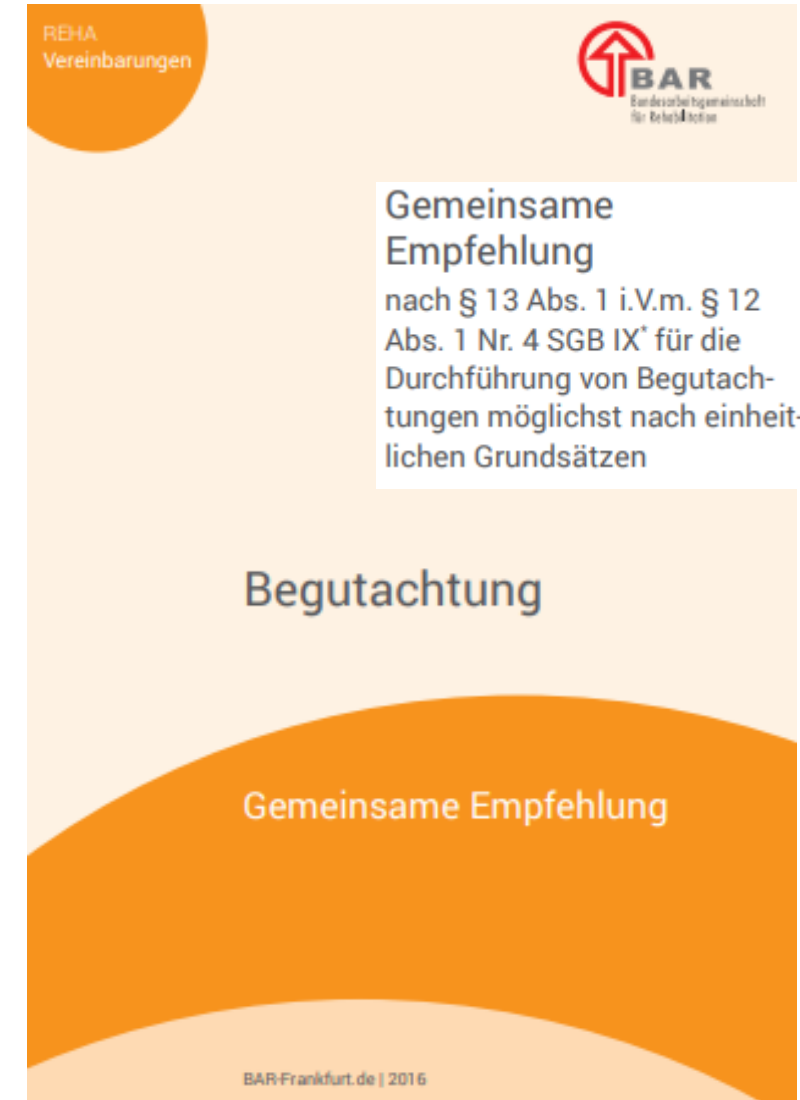
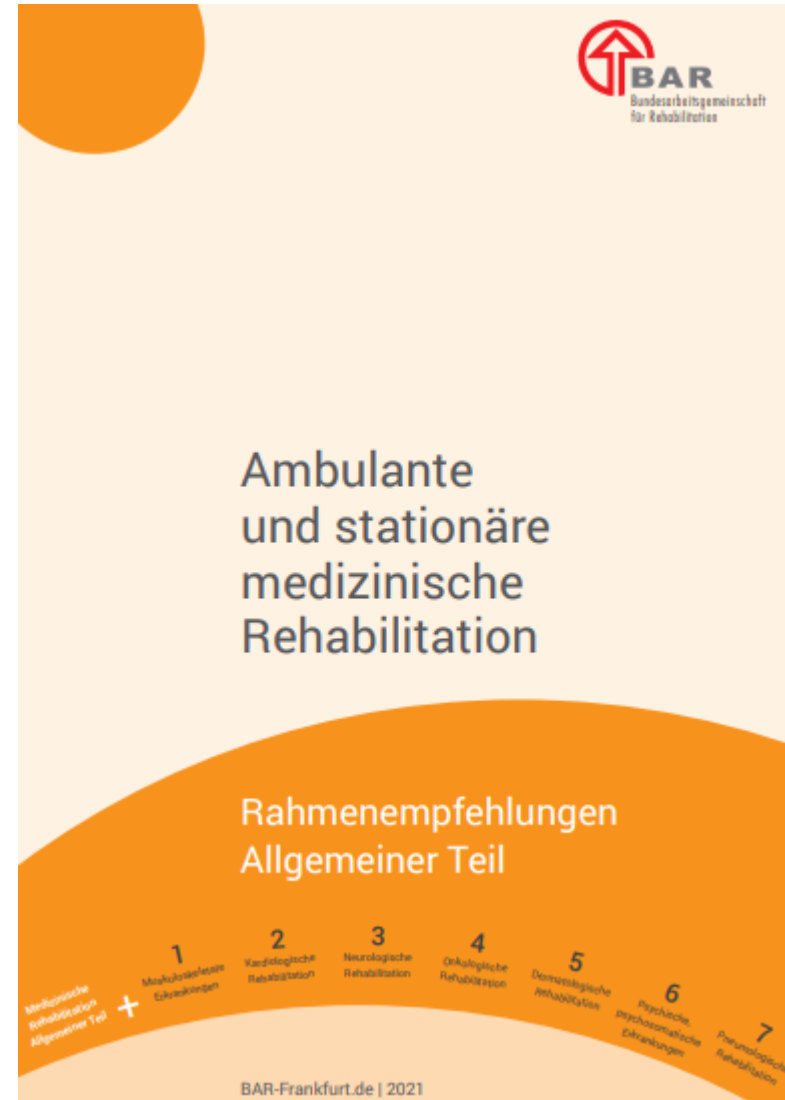
Begutachtungsanleitung

Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach
§ 283 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Vorsorge und Rehabilitation

Begutachtungs- und Rahmenempfehlungen

www.bar-frankfurt.de



Produkte des Medizinischen Dienstes sind z.B.:



Sozialmedizinische
gutachtliche
Stellungnahme



Gutachten nach
körperlicher Untersuchung



Gutachten nach
Aktenlage

- 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 die Begutachtenden:

- Liegen die medizinischen Voraussetzungen vor für medizinische Leistungen
 - zur ambulanten Vorsorge in anerkanntem Kurort? (§ 23 Abs. 2 SGB V)
 - zur stationären Vorsorge? (§ 23 Abs. 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 die 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 personbezogene Kontextfaktoren (Motivation, Einstellungen, Orientierung, Mobilität)
- Erforderlichkeit engmaschiger ärztlicher und medizinischer Überwachung/Kontrolle

Leistungen zur Vorsorge nach § 23 SGB V:

- Anregung der Leistung durch Vertragsarzt bzw. Vertragsärztin über Formular 25
- bislang keine einheitlichen Antragsformulare

§ 23 SGB V-Medizinische Vorsorgeleistungen

- (1) Versicherte haben Anspruch auf ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, wenn diese notwendig sind,
1. eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
 2. einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken,
 3. Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder
 4. Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.
- (2) Reichen bei Versicherten die Leistungen nach Absatz 1 nicht aus oder können sie wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände nicht durchgeführt werden, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten.
- (4) Reichen bei Versicherten die Leistungen nach Absatz 1 und 2 nicht aus, erbringt die Krankenkasse Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht;

§ 24 SGB V-Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter

- (1) Versicherte haben unter den in § 23 Abs. 1 genannten Voraussetzungen Anspruch auf aus medizinischen Gründen erforderliche Vorsorgeleistungen in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung; die Leistung kann in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme erbracht werden. Satz 1 gilt auch für Vater-Kind-Maßnahmen in dafür geeigneten Einrichtungen. Vorsorgeleistungen nach den Sätzen 1 und 2 werden in Einrichtungen erbracht, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht. § 23 Abs. 4 Satz 1 gilt nicht; § 23 Abs. 4 Satz 2 gilt entsprechend.
- (2) § 23 Abs. 5 gilt entsprechend.
- (3) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und eine Leistung nach Absatz 1 in Anspruch nehmen, zahlen je Kalendertag den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an die Einrichtung. Die Zahlung ist an die Krankenkasse weiterzuleiten.

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 evtl. in 2023 (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/Vertragsärztinnen:

- 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 (Score of Independence for Neurologic and Geriatric Rehabilitation)
- bei der geriatrischen Anschlussrehabilitation, sofern die in der Rehabilitationsrichtlinie im § 15 genannten Anforderungen erfüllt sind

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)
- ambulante Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen

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 Reha

§ 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), vier Wochen (Kinder/Jugendliche)
- Ausnahme: geriatrische Rehabilitation - Regelfall drei Wochen

Weitere Ausnahmen:

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

→ 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 medizinischen 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)



- Medizinische Rehabilitation, im Folgenden gekürzt als Rehabilitation bezeichnet, ist eine komplexe (interdisziplinäre und mehrdimensionale) Leistung, die u. a. dadurch gekennzeichnet ist, dass mehrere Berufsgruppen unter ärztlicher Leitung an der Therapie beteiligt sind, Therapiepläne und -fortschritte der Rehabilitanden im Rehabilitationsteam besprochen werden und die einzelnen Therapien inhaltlich und zeitlich aufeinander abgestimmt sind. Rehabilitation schließt alle Leistungen ein, die darauf gerichtet sind, ☐ eine drohende Beeinträchtigung der Teilhabe abzuwenden bzw. ☐ eine bereits eingetretene Beeinträchtigung der Teilhabe zu beseitigen, zu vermindern oder deren Verschlimmerung zu verhüten. Die Teilhabe kann bedroht sein, wenn neben Schädigungen nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten bestehen.

§ 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

→ **Multidimensional**

(Berücksichtigung des bio-psycho-sozialen Modells)

→ **Multiprofessionell**

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

→ **Interdisziplinär**

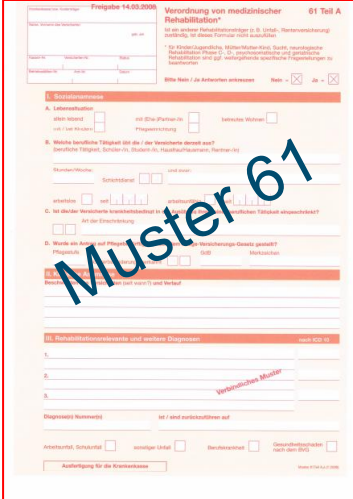
(Zusammenwirken der Berufsgruppen im Team)

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



**Medizinischer Dienst
Berlin-Brandenburg**

§ 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



ggf. körperliche Untersuchung



Medizinischer Dienst
Berlin-Brandenburg



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 beteiligen, Erholung und Freizeit)	☐	☐	☐	☐

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

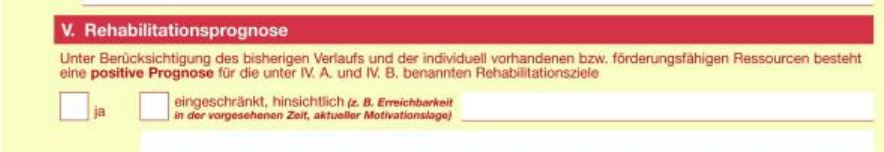
Verordnungsformular

§ 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.

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)

- 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

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



Medizinischer Dienst
Berlin-Brandenburg

Besonderheiten der Maßnahmen nach §§24 und 41 Maßnahmen für Mütter und Väter

- **1950** gegründet als **gemeinnützige** Stiftung und Spendenorganisation
- **Ziel:** Gesunderhaltung von Müttern, Vätern und pflegenden Angehörigen
- weltweit einzige Organisation, die sich mit Kuren für die Gesundheit von Müttern und auch Vätern und Pflegenden einsetzt
- stationäre medizinische Vorsorge- und Reha-Maßnahmen (Kuren) nach einem einzigartigen, qualitätsgeprüften und gendersensiblen Behandlungskonzept mit Vorsorge, stationärer Kurmaßnahme und Nachsorge → **Therapeutische Kette**
- mehr als 70 Kur-Kliniken (6 Mütter-, 67 Mutter-Kind-Kliniken; 21 Väter-/Vater-Kind-Kliniken)
- bundesweit über 1.000 Beratungsstellen beraten zu allen Fragen rund um die Kur

Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation 2012-wichtigste Änderungen

- Primärpräventiver Ansatz hervorgehoben
- Betonung der Kontextfaktoren
- Grundsatz ambulant vor stationär gilt nicht
- Verbindliches bundeseinheitliches Begutachtungsverfahren
- Formulierung von Vorgaben im Rahmen von Umsetzungshinweisen
- Personalisierte Begutachtung

- Vorsorge-/Rehaleistungen mit einem auf Eltern ausgerichteten speziellen Angebot können von Versicherten in Anspruch genommen werden, die unabhängig vom Betreuungsaufwand
 - leibliche Kinder,
 - Adoptivkinder,
 - Stiefkinder,
 - Pflegekinder,
 - Enkelkinder (bei überwiegender Erziehungsverantwortung der Großeltern),
 - Kinder in „Patchworkfamilien“ aktuell erziehen.
-
- Von einer aktuellen Erziehungsverantwortung kann grundsätzlich bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres des Kindes ausgegangen werden.
 - Für im Haushalt lebende, behinderte Kinder kann die Erziehungsverantwortung auch über das 18. Lebensjahr hinaus gegeben sein

Gesundheitsproblem,

das unter Berücksichtigung der jeweils relevanten umwelt- und personbezogenen Kontextfaktoren zu einer Beeinträchtigung der individuellen Funktionsfähigkeit führen oder diese unterhalten kann.



Sind die weiteren Voraussetzungen für das Kriterium der „Vorsorgebedürftigkeit“ erfüllt?

ja

nein

Es ist ein interdisziplinärer und mehrdimensionaler Behandlungsansatz im Rahmen einer medizinischen Vorsorgeleistung erforderlich.
Liegen ferner Vorsorgefähigkeit und eine positive Prognose für die Vorsorgeziele vor, ist zu prüfen, ob ...

...weil über die Vertragsärztliche Versorgung einschließlich ergänzender Angebote hinaus ein komplexer Behandlungsansatz nicht erforderlich ist.



...die allgemeinen und/oder mütter-/vaterspezifischen Kontextfaktoren im Zusammenhang mit der Erziehungsverantwortung zu einer mütter-/vaterspezifischen Problemkonstellation führen, die das Gesundheitsproblem bedingt, unterhält oder verstärkt?

ja

nein

ausschließlich stationär

ambulant vor stationär

Medizinische Vorsorge für Mütter/Väter, Mutter-/Vater-Kind nach **§ 24 SGB V**

Medizinische Vorsorgeleistung nach **§ 23 SGB V**

Typische Gesundheitsstörungen

- Erschöpfungssyndrom (Burn-out-Syndrom),
- unspezifische muskuloskeletale Beschwerden,
- Anpassungsstörungen,
- Unruhe- und Angstgefühle,
- depressive Verstimmung,
- Schlafstörungen,
- Kopfschmerzen,
- Unter-/Über-/Fehlernährung,
- funktionelle Magen-Darm-Probleme,
- funktionelle Sexualstörungen

- Leistungen nach § 24 können als Mutter/Vater-Kind Maßnahme erbracht werden.
- 1. Kind ist behandlungsbedürftig
 - Ärztliches Attest Kind (Muster 65)
- 2. „Begleitkind“
 - In der Regel bis 12 Jahre, ausnahmsweise bis 14 Jahre. Bei Behinderung keine Altersgrenze
 - Psychosoziale Gründe: Trennung wäre unzumutbar
 - Belastete Eltern-Kind-Beziehung, die verbessert werden soll
 - Das Kind nicht anderweitig betreut werden kann
- Die Mitaufnahme des Kindes darf den Erfolg der Leistung nicht gefährden.

Mütter-/Väterspezifische Kontextfaktoren

- Mehrfachbelastungen durch Beruf, Familie oder Pflege von Angehörigen im Kontext von Erziehungsverantwortung bei mangelnden Fähigkeiten/Möglichkeiten der Kompensation
- mangelnde Grundkompetenzen (Sozial-, Selbst- und Handlungskompetenzen) im Zusammenhang mit den Aufgaben einer Mutter/eines Vaters → Erziehungsschwierigkeiten, mangelnde Erziehungskompetenz
- Teenagerschwangerschaft
- erhöhte Belastung, beispielsweise durch häufige, über das alterstypische Maß hinausgehende Infekte der Kinder oder chronisch erkrankte, verhaltensauffällige oder behinderte Kinder, frühgeborene Kinder, Mehrlingsgeburten
- beeinträchtigte Mutter-/Vater-Kind-Beziehung
- alleinerziehend, weil nicht in Lebensgemeinschaft lebend
- mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung
- fehlende Anerkennung der Mutter-/Vater-Rolle
- nicht gleichberechtigte Stellung der Frau/des Mannes in der Familie





Medizinischer Dienst Berlin-Brandenburg

WIR LEBEN VERANTWORTUNG