



RICHTLINIEN
DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSSES
ÜBER LEISTUNGEN ZUR MEDIZINISCHEN REHABILITATION
(Rehabilitations-Richtlinien)

nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V
in der Fassung vom 16. März 2004
veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 63 (S. 6769) vom 31. März 2004
in Kraft getreten am 1. April 2004

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 S. 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 S. 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 S. 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 § 43 a 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 S. 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 entgegen stehen. 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“, der 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

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.

§ 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 Kompensationspotentials 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 Absatz 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 mind. 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 Selbständigkeit 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 Rehabilitationsträger 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 zum 01. April 2004 in Kraft.

Köln, den 16.03.2004

Der Vorsitzende
des Gemeinsamen Bundesausschusses
Dr. Hess