



Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt

"GESUNDHEIT ERHALTEN - AM LEBEN TEILHABEN"

VORSORGE- UND
REHABILITATIONSLEISTUNGEN AUS
SICHT DES MEDIZINISCHEN DIENSTES



Magdeburg, 29.09.2023

Mandy Bufe-Krebs, Leiterin Fachservice Geschäftsbereich Medizin, Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

Erklärung über mögliche Interessenskonflikte

Hiermit erkläre ich, dass zu den Inhalten der Veranstaltung weder ein finanzieller noch ein nicht-finanzieller Interessenskonflikt besteht.

Agenda



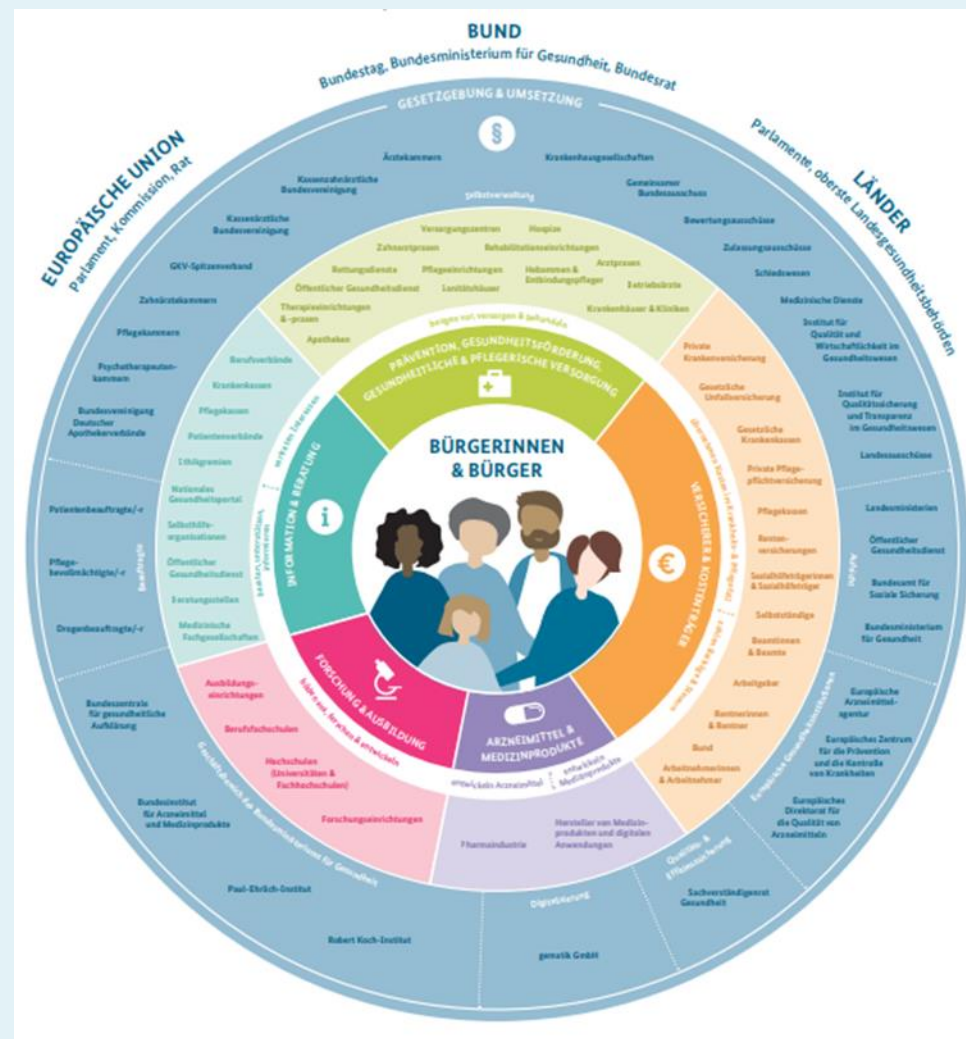
**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

Agenda

- 1. Begrüßung und Einführung**
- 2. Sozialmedizin beim Medizinischen Dienst aus ärztlicher Sicht**
- 3. Medizinische Rehabilitation**
- 4. Medizinische Vorsorgeleistungen**

2. Sozialmedizin beim Medizinischen Dienst aus ärztlicher Sicht

Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt **Unser Gesundheitssystem**



Quelle:
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Flyer_Poster_Etc/Unser_Gesundheitssystem_Schaubild_2020.pdf



**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

MD (K) – „Gutachterdienst“

- ✓ **Beratung und Begutachtung der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt durch den Medizinischen Dienst**
- ✓ **Kernfrage an sozialmedizinischen Gutachter „Ist die beantragte, verordnete oder durchgeführte Leistung medizinisch notwendig, ausreichend und zweckmäßig?“**
- ✓ **der MDK entstand mit der Gesundheitsreform 1989 als neue Organisationsform aus den früheren Sozial- und Vertrauensärztlichen Diensten**
- ✓ **mit Einführung der sozialen Pflegeversicherung wurden auch deren Beratungsaufgaben übernommen**



**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

MD (K) – „Gutachterdienst“

Der MD(K) ist ein medizinischer, zahnmedizinischer und pflegerischer Beratungs- und Begutachtungsdienst.



**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

MDK-Reformgesetz vom 14.12.2019

- ✓ **Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen**
- ✓ **aus den „Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK)“ wurden unter Beibehaltung der föderalen Struktur infolge dessen Körperschaften des öffentlichen Rechts**
- ✓ **diese heißen „Medizinischer Dienst“**
- ✓ **daher sind wir jetzt der „Medizinische Dienst Sachsen-Anhalt“**





Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

Was beinhaltet das „Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen“ MDK-Reformgesetz?

- Körperschaften des öffentlichen Rechts
- mehr Transparenz und Unabhängigkeit
- unabhängige Ombudsperson für Versicherte und Mitarbeitende
- Neubesetzung der Verwaltungsräte
- erweiterte Transparenz über die Beratungs- und Begutachtungsaufgaben der GKV



MDK-Reformgesetz - Stärkung und Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste

- auf Landesebene keine Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen
- einheitliche Umwandlung in Körperschaften öffentlichen Rechts
- höhere Transparenz über Beratungs- und Begutachtungsaufgaben



MDK-Reformgesetz - Änderungen für die Ärztlichen Gutachterinnen und Gutachter

- fachliche Aufgaben bleiben inhaltlich gleich
- gutachterliche Tätigkeit wird in fachlicher Unabhängigkeit gestärkt
- alle gutachterlich tätigen Berufsgruppen werden in ihrer Aufgabewahrnehmung gestärkt (z. B. Pflege- und Kodierfachkräfte)



**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

Die Medizinischen Dienste - Eine starke Gemeinschaft.



bundesweit 15 Medizinische Dienste

übergeordnet Medizinischer Dienst Bund als Dachorganisation

Kompetenz-Centren

Sozialmedizinische Expertengruppen



Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

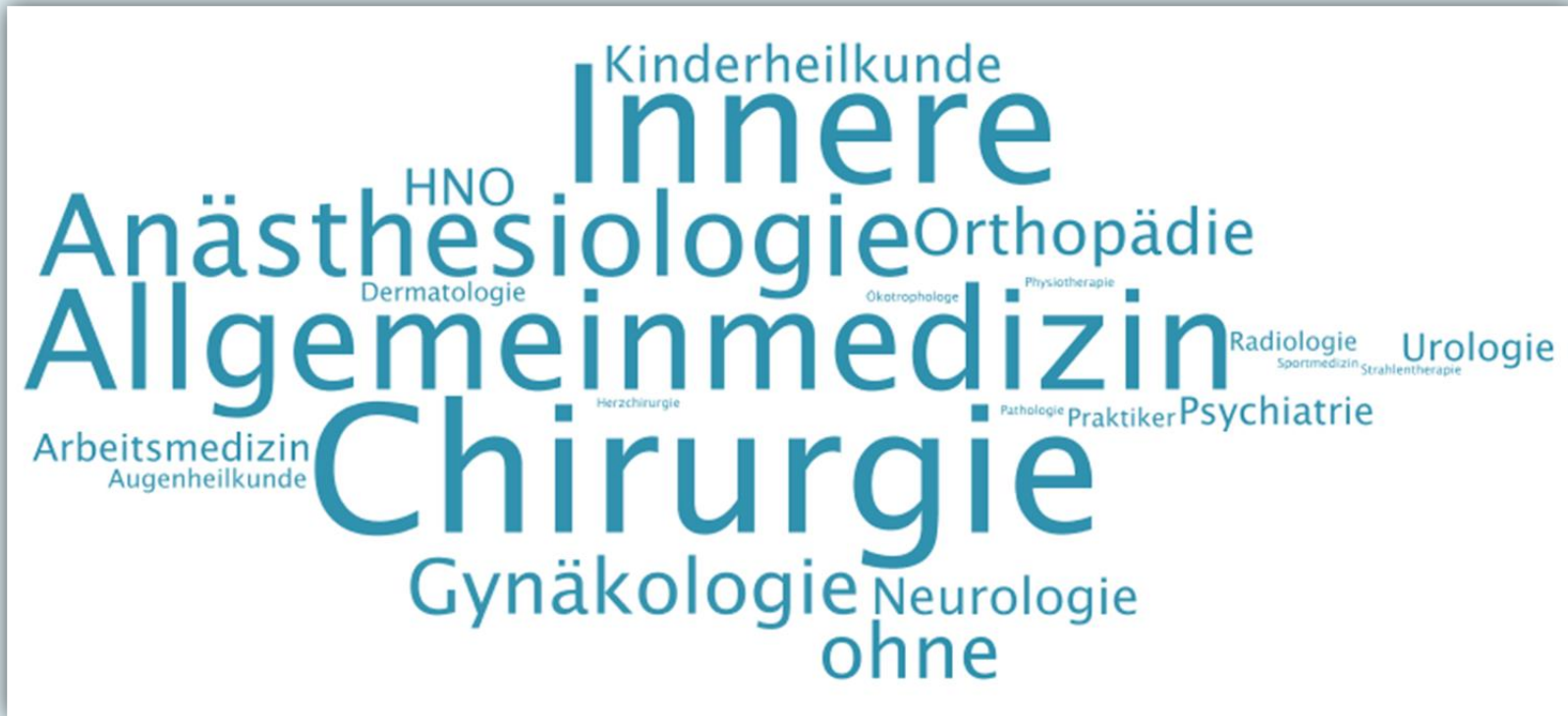
Die Medizinischen Dienste - Eine starke Gemeinschaft.

- ✓ nach § 278 SGB V wurde in jedem Bundesland eine von den Krankenkassen (also der Landesverbände der verschiedenen Kassenarten) eine gemeinsam getragene Arbeitsgemeinschaft Medizinischer Dienst (der Krankenversicherung) eingerichtet, die als eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts tätig ist
- ✓ durch besonderen Beschluss gibt es in Nordrhein-Westfalen zwei Medizinische Dienste und für Berlin/Brandenburg sowie Schleswig-Holstein und Hamburg jeweils nur einen gemeinsamen MD
- ✓ die MD-Gemeinschaft hat sozialmedizinische Expertengruppen eingesetzt, welche zentrale Beratungs- und Begutachtungsfelder des MD abdecken: Leistungsbeurteilung/Teilhabe, Pflege-/Hilfebedarf, Vergütung und Abrechnung, Hilfsmittel und Medizinprodukte, Arzneimittelversorgung, Methoden- und Produktbewertung
- ✓ darüber hinaus verfügt die MD-Gemeinschaft über sog. Kompetenz-Zentren (bspw. Kompetenzzentrum für Geriatrie, für Onkologie, für Psychiatrie/Psychotherapie, Qualität)



Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

Die Medizinischen Dienste - Professionalität



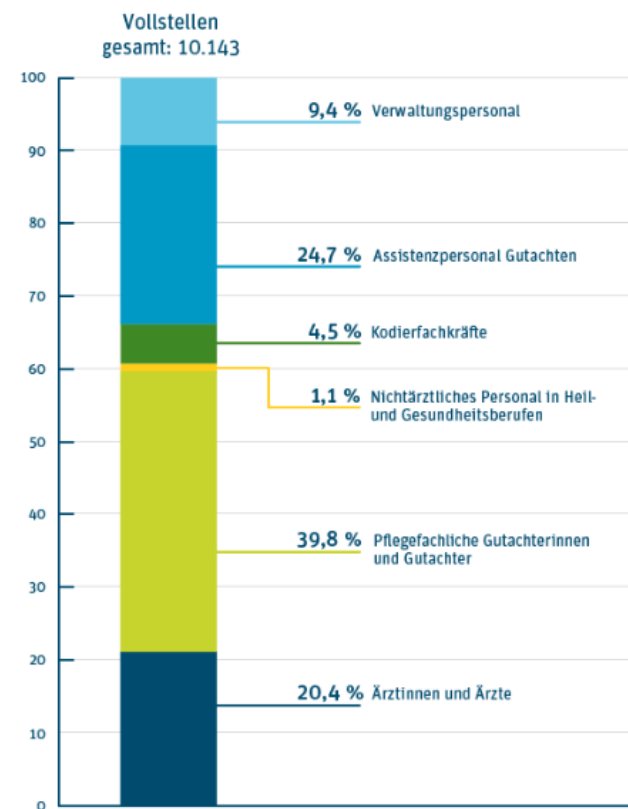


Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

Die Medizinischen Dienste - Professionalität

Quelle: https://md-bund.de/fileadmin/bilder/Infografiken/2022-Personal_MD-am-Jahresende-72.png

Personal der Medizinischen Dienste am Jahresende 2022



Anzahl Beschäftigte: 11.460



Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

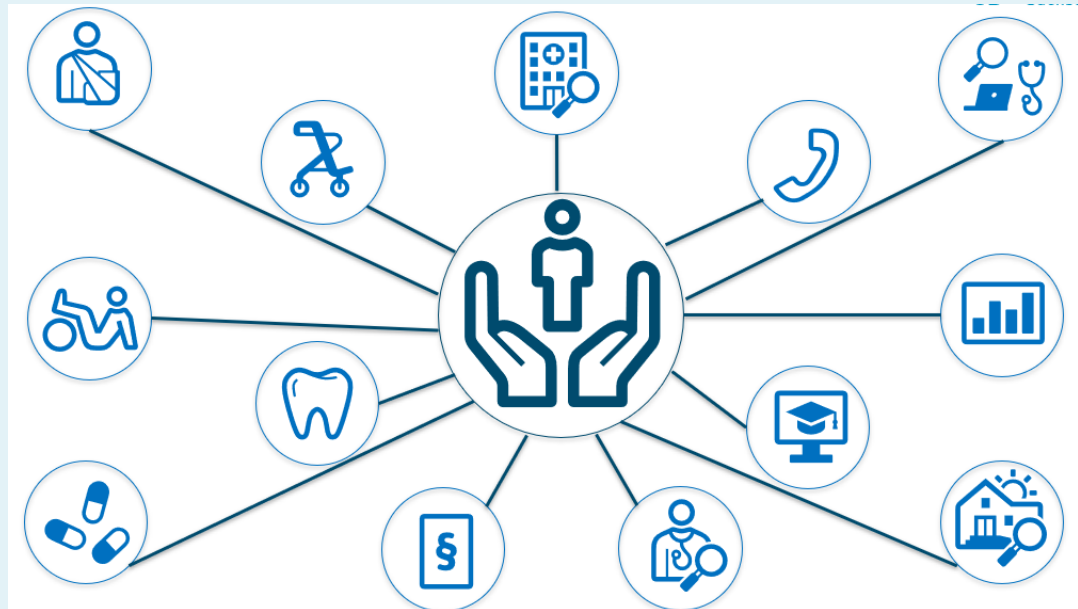
Die Medizinischen Dienste – Unser Rollenverständnis

- ✓ die Ärzte des Medizinischen Dienstes sind bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen. (§275 Abs. 5 SGB V)
- ✓ hohe fachliche Kompetenz (Sachverständiger/Experte/ Berater)
- ✓ Neutralität in der Sache und gegenüber den Beteiligten
- ✓ Sicherung der Interessen der Solidargemeinschaft und des sozialen Friedens
- ✓ wir halten uns an sozialrechtliche Bestimmungen sowie Qualitätsstandards
- ✓ Reputation und Akzeptanz
 - ✓ Akteur der Systemgestaltung
 - ✓ Prüfer/in medizinischer Versorgungsqualität



Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

Die Medizinischen Dienste – Rolle und Aufgaben im Gesundheitswesen





Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

Die Medizinischen Dienste – ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche medizinische Versorgung

- ✓ das Solidaritätsprinzip ermöglicht Deutschland ein leistungsstarkes und sicheres Gesundheitssystem – aber ein verantwortungsbewusster Umgang der Kranken- und Pflegekassen mit den Beiträgen von 56,4 Millionen Menschen in Deutschland ist notwendig
- ✓ die Aufgabe der Krankenkassen ist es, auf gesunde Lebensverhältnisse für ihre Versicherten hinzuwirken, indem sie diese aufklären, beraten und Leistungen zahlen (§ 1 SGB V)
- ✓ Maßgabe des Wirtschaftlichkeitsprinzips, das heißt, die Leistungen der Krankenkasse müssen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein (§ 12 SGB V)



Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

Die Medizinischen Dienste – wichtige Entscheidungsgrundlagen

- ✓ nach § 275 ff. SGB V sind die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, den MD bei wichtigen Leistungsentscheidungen zur Beratung und Begutachtung einzubeziehen
- ✓ auf Grundlage definierter Fragestellungen erstellt der MD-Gutachter/ die MD-Gutachterin sozialmedizinische Stellungnahmen zu individuellen Versicherten, zu unterschiedlichen Begutachtungsanlässen entsprechend der aktuellen Begutachtungsgrundlagen, Richtlinien und Gesetzmäßigkeiten
- ✓ die sozialmedizinischen Stellungnahmen des MD sind von höchster Bedeutung, da aus deren Inhalten und Empfehlungen eine leistungsrechtliche Entscheidung zu treffen sind



Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

Die Medizinischen Dienste – wichtige Entscheidungsgrundlagen

- ✓ der Medizinische Dienst wirkt daran mit, dass die Versicherten entsprechend ihres Bedarfs eine Behandlung, Therapie oder Maßnahme erhalten, die den aktuellen medizinischen Erkenntnissen entspricht, deren Nutzen und Qualität nachgewiesen und gleichzeitig wirtschaftlich vertretbar ist
- ✓ hierbei ist es genauso wichtig, medizinisch notwendige Behandlungen zu gewährleisten, wie auch unnötige oder sogar schädliche Versorgungen zu vermeiden



Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

Die Medizinischen Dienste – Beratung und Begutachtung

- ✓ **Überprüfung Arbeitsunfähigkeit**
 - ✓ zur Wiederherstellung der Arbeitsunfähigkeit
 - ✓ zur Sicherung des Behandlungserfolgs
 - ✓ zur Frage der Rehabilitationsbedürftigkeit im Sinne des § 51 Abs. 1 SGB V
 - ✓ bei Zweifeln an der AU (auf Veranlassung von Krankenkasse oder ggf. Anfragen des Arbeitgebers bei der Krankenkasse)
- ✓ **Hilfsmittel**
- ✓ **Überprüfung des Bedarfs für häusliche Krankenpflege, Fahrkosten, Haushaltshilfe, Heilmittel, Außerklinische Intensivpflege, Kurzzeitpflege, Spezialisierte ambulante Palliativversorgung**
- ✓ **Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, Arzneimittel**
- ✓ **Rehabilitation/ Vorsorge**



Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

Die Medizinischen Dienste – Beratung und Begutachtung

- ✓ psychiatrische Themen (bspw. Soziotherapie, Außervertragliche Psychotherapie, Transsexualismus)
- ✓ Krankenhausabrechnungsprüfungen
 - ✓ Fehlbelegungsprüfung
 - ✓ DRG-Prüfung/PEPP-Prüfungen
- ✓ Strukturprüfungen
- ✓ Sonstige Leistungen (bspw. Zahnleistungen, Hospiz, Bariatrische und plastisch-chirurgische Eingriffe)



Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

Die Medizinischen Dienste – Patientenschutz

- ✓ Behandlungsfehler
- ✓ Qualitätsprüfungen



Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

Die Medizinischen Dienste – Zahlen, Daten, Fakten

Quelle: https://md-bund.de/fileadmin/bilder/Infografiken/2022_Versichertenbezogene-Beratung-Begutachtung-72.png

Versichertenbezogene Beratungen und Begutachtungen der Medizinischen Dienste für die GKV

Anzahl im Jahr 2022 nach Anlässen

	2022
Arbeitsunfähigkeit	596.000
Krankenhausabrechnungsprüfungen	1.449.000
Weitere Krankenhausleistungen	84.000
Leistungen zur Rehabilitation	321.000
Hilfsmittel	242.000
Häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfen, außerklinische Intensivpflege, Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	119.000
Vorsorgeleistungen	52.000
Neue oder unkonventionelle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	87.000
Heilmittel	36.000
Psychotherapeutische Leistungen	14.000
Zahnmedizinische Leistungen	9.000
Behandlungsfehler	13.000
Sonstige Anlässe	114.000
Gesamt	3.138.000



Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

Sachsen-Anhalt – Demographie und Versorgungsnetz

- ✓ In Sachsen-Anhalt:
 - ✓ leben 2.169.500 Menschen (Stand 31.12.2021, Datenquelle: Statistisches Bundesamt)
 - ✓ gibt es 48 Krankenhäuser und knapp 1.500 Pflegeeinrichtungen (ambulant, stationär)
 - ✓ sind die Menschen mit durchschnittlich 48 Jahren am ältesten in ganz Deutschland
 - ✓ ist knapp 30 Prozent der Bevölkerung über 65 Jahre alt
 - ✓ sind rund 130.000 Menschen (6 % der Bevölkerung) pflegebedürftig
 - ✓ damit eines der fünf Bundesländer mit den meisten Pflegebedürftigen

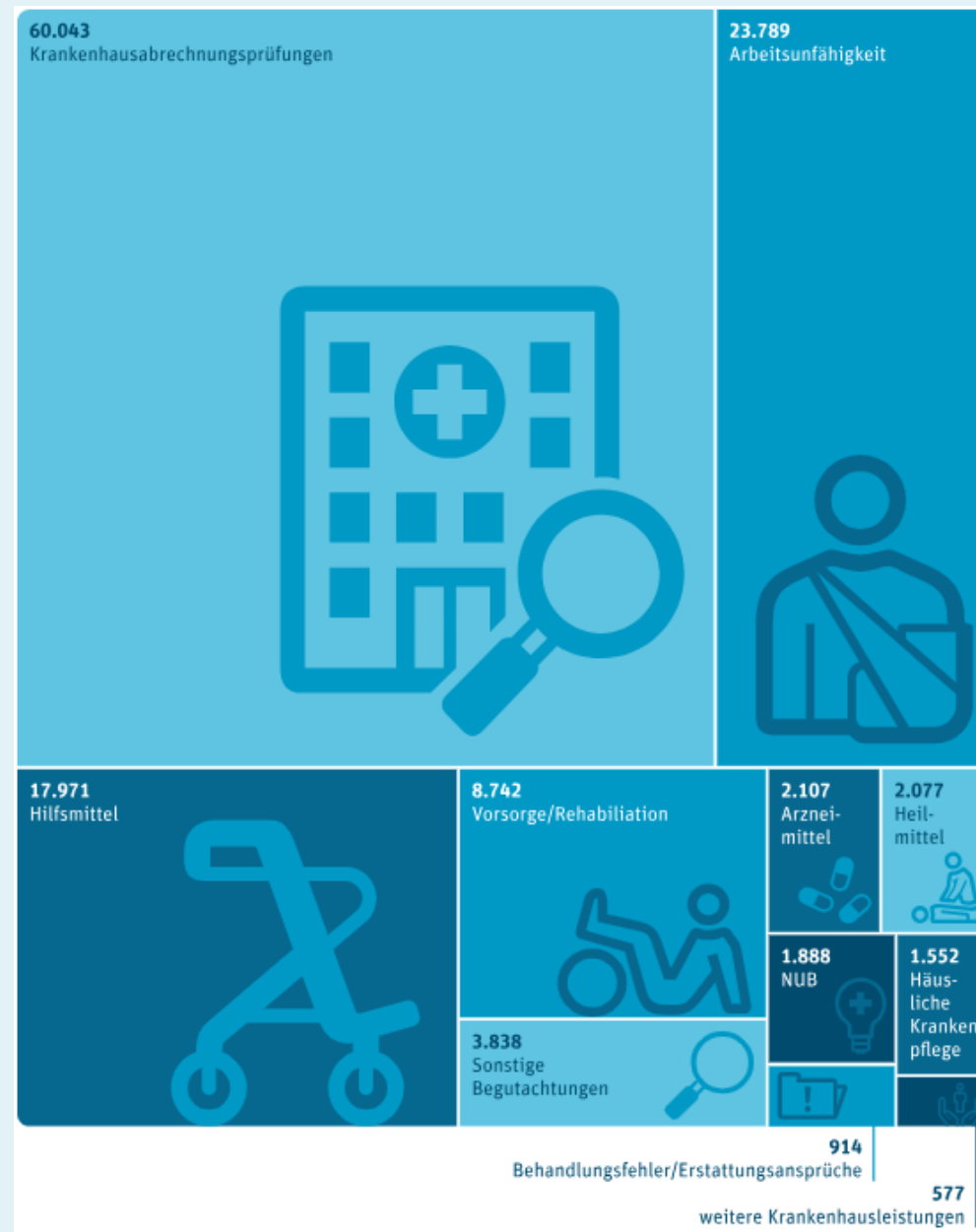


Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

MD SAN – Zahlen, Daten, Fakten

123.498 Sozialmedizinische Empfehlungen haben die Ärztinnen und Ärzte des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt im Jahr 2022 in den folgenden Bereichen für die Krankenkassen vorgenommen.

Quelle: <https://www.md-san.de/md/zahlen-daten-fakten/krankenversicherung>



3. Medizinische Rehabilitation



**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

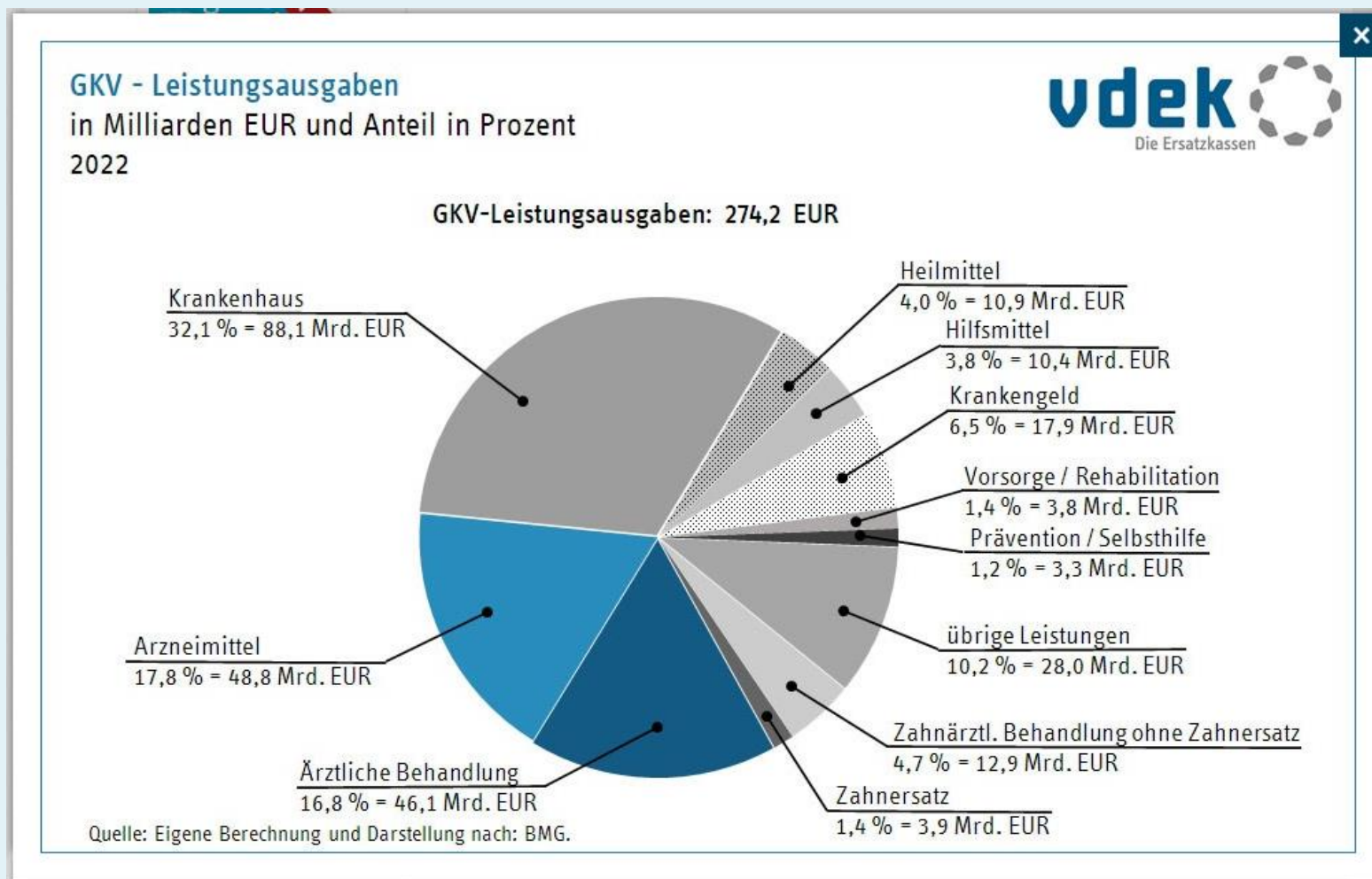
STATISTIK





Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

GKV - Leistungsausgaben



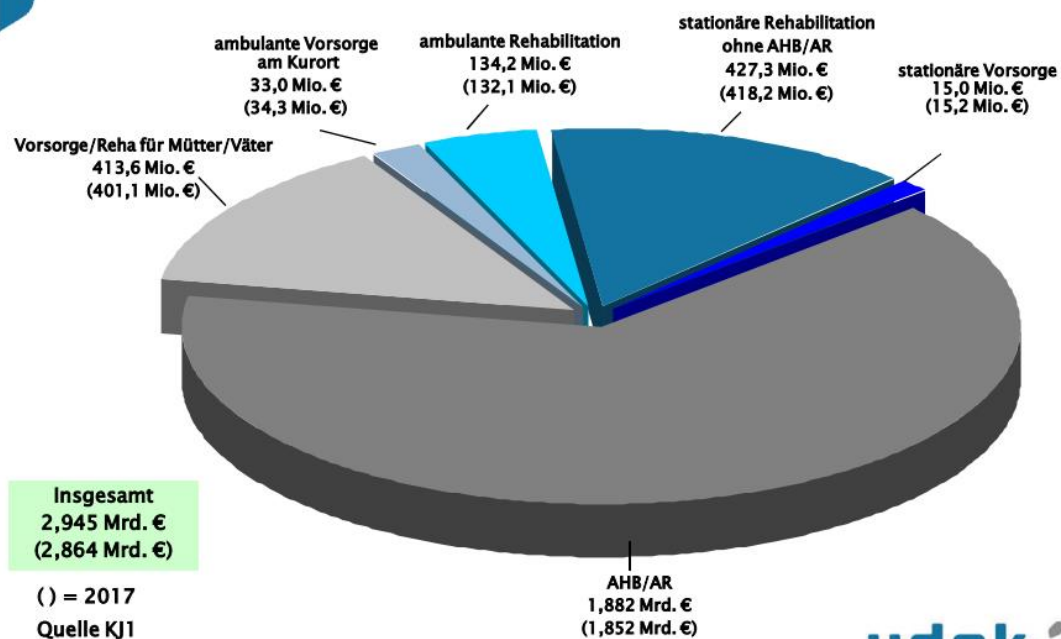
Quelle:
https://www.vdek.com/presse/daten/d_versorgung_leistungsausgaben.html



Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

Fallzahlen Vorsorge und Rehabilitation

Aufwendungen der GKV 2018 für Vorsorge und Rehabilitation



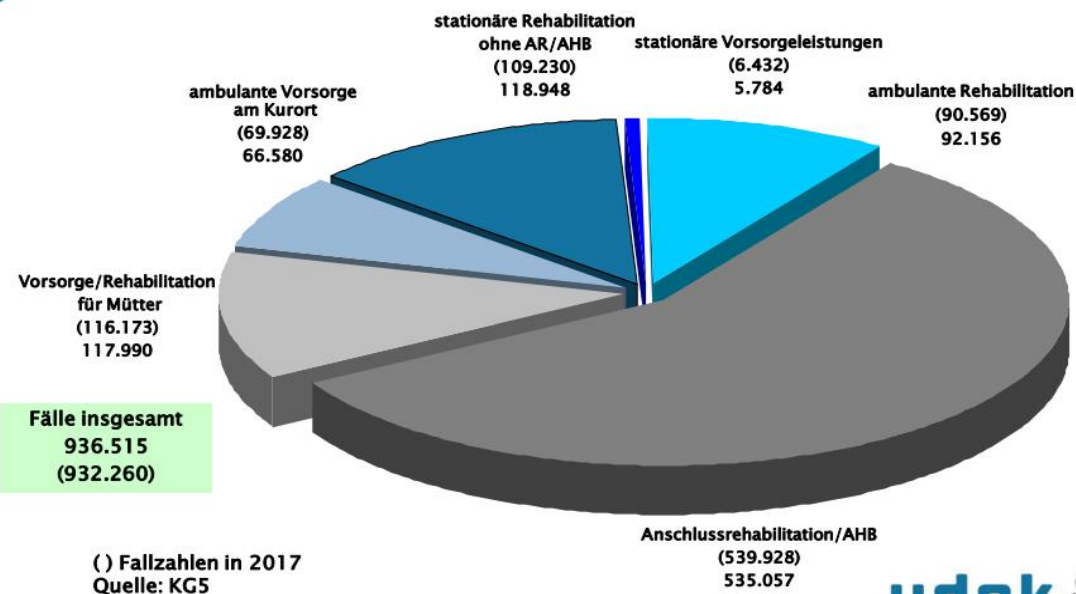


Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

Fallzahlen Vorsorge und Rehabilitation



Vorsorge und Rehabilitation GKV – Leistungsfälle 2018 – Bundesgebiet





**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

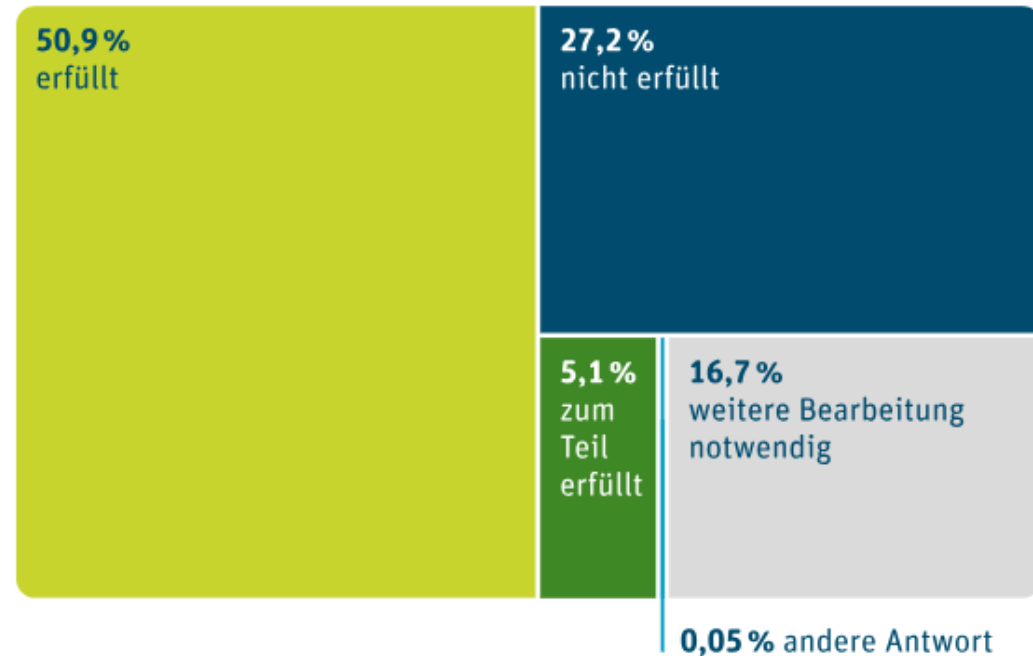
MD SAN – Zahlen, Daten Reha/ Vorsorge

Quelle: <https://www.md-san.de/md/zahlen-daten-fakten/krankenversicherung>

8.742

Sozialmedizinische Empfehlungen zu Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen

Die medizinischen Voraussetzungen für die Leistung waren ...





**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

DEFINITION





Allgemeine Definition

- ✓ **Rehabilitation und Vorsorge sind verschiedene aufeinander abgestimmte therapeutische Maßnahmen, die umgangssprachlich auch "Kur" genannt werden**
- ✓ **solche Maßnahmen können zum Beispiel sein: Entspannungs- und Aktivierungsübungen, Massagen und Heilbäder, Ergotherapie, psychotherapeutische Gespräche und Lerneinheiten, zum Beispiel zu gesunder Ernährung**
- ✓ **Ziel dieser Leistungen ist es, gesundheitliche Beeinträchtigungen oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu vermindern oder ganz zu beseitigen**



Allgemeine Definition

- ✓ **Medizinische Rehabilitation 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**



Unterschied zwischen Vorsorge/Kur und Rehabilitation

- ✓ Leistungen der Vorsorge dienen dazu, Krankheiten zu verhüten oder die bereits geschwächte Gesundheit zu verbessern und dadurch eine in absehbarer Zeit drohende Krankheit zu verhindern
- ✓ sie sollen Hilfe zur Selbsthilfe sein und den Patienten in die Lage versetzen, eigenverantwortlich die Gesundheit zu stärken
- ✓ im Gegensatz zu einer Leistung der medizinischen Rehabilitation liegen noch keine längerfristigen Aktivitätsbeeinträchtigungen (länger als sechs Monate) beim Patienten vor
- ✓ mit einer Rehabilitation sollen bei bereits bestehenden Erkrankungen bleibende alltagsrelevante Einschränkungen sowie eine Verschlimmerung oder Chronifizierung der Erkrankungen vermieden werden



**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

GESETZLICHE GRUNDLAGEN





**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

Versorgungsauftrag der GKV

- ✓ **Aufgabe der GKV ist es, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.**

- ✓ **zu den wesentlichen Leistungsbereichen der GKV zählen:**
 - ✓ **Krankenhausbehandlung**
 - ✓ **ärztliche Versorgung**
 - ✓ **Arzneimittel**
 - ✓ **Prävention**
 - ✓ **Vorsorge und Rehabilitation**
 - ✓ **Heil und Hilfsmittel**



**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

SGB IX/ SGB V

✓ SGB IX

- ✓ **setzt UN Behindertenrechtskonvention in deutsches Recht um**
- ✓ **definiert Rehabilitationsträger und Teilhabeleistungen**
- ✓ **enthält für alle Rehabilitationsträger verbindliche Regelungen zum Rehabilitationsprozess und Fristen**

✓ SGB V

- ✓ **setzt Rechtsrahmen für den Bereich der GKV**
- ✓ **Leistungs- und Vertragsrecht**



**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

SGB IX

- ✓ mit dem Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen wurde das SGB IX neu gestaltet
- ✓ Teil 1 ist das für alle Rehabilitationsträger geltende Rehabilitations- und Teilhaberecht zusammengefasst; alle Vorschriften zur Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Menschen
- ✓ Teil 2 Eingliederungshilferecht
- ✓ Teil 3 Schwerbehindertenrecht



**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

SGB IX

✓ § 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 37, 42, 64 SGB IX



Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt

SGB V

- ✓ § 11 SGB V Leistungsarten
 - ✓ (2) Versicherte haben... Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation..., die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.
- ✓ Rehabilitationsziel der GKV Reha vor und bei Pflege



**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

SGB V

- ✓ **§ 12 Abs. 1 SGB V Wirtschaftlichkeitsgebot**
 - ✓ **(1) 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.**
- ✓ **gestuftes Versorgungssystem in der GKV**



- ✓ **Gestuftes Versorgungssystem der GKV**
 - ✓ **Interventionsstufen:**
 - ✓ **Prävention und Vorsorge am Wohnort (vorrangig § 20 SGB V)**
 - ✓ **ambulante und stationäre Vorsorgeleistungen am Kurort oder in Einrichtungen (§§ 23 und 24 SGB V)**
 - ✓ **Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26 SGB V)**
 - ✓ **Frühförderung (§ 30 SGB IX)**
 - ✓ **Krankenbehandlung (§§ 27 ff SGB V)**
 - ✓ **ambulante und stationäre Rehabilitation (§§ 40 und 41 SGB V)**
 - ✓ **ergänzende Leistungen zur Rehabilitation**
 - ✓ **Nachsorge**



✓ **§ 40 SGB V**

- ✓ **(1) Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 c besteht; dies schließt mobile Rehabilitationsleistungen durch wohnortnahe Einrichtungen ein. Leistungen nach Satz 1 sind auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI zu erbringen.**



Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt

SGB V

✓ § 40 SGB V

- ✓ Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 37 Abs.3 SGB IX zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht. Für pflegende Angehörige erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation unabhängig davon, ob die Leistung nach Absatz 1 ausreicht. Die Krankenkasse kann für pflegende Angehörige diese stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer nach § 37 Absatz 3 SGB IX zertifizierten Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht...



✓ § 40 Abs. 3

- ✓ § 40 Abs. 3 (Sätze 2 - 10)... (2) Von der Krankenkasse wird bei einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation nicht überprüft, ob diese medizinisch erforderlich ist, sofern die geriatrische Indikation durch dafür geeignete Abschätzungsinstrumente vertragsärztlich überprüft wurde...
- ✓ ... (4) Von der vertragsärztlichen Verordnung anderer Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 darf die Krankenkasse hinsichtlich der medizinischen Erforderlichkeit nur dann abweichen, wenn eine von der Verordnung abweichende gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes vorliegt...



- ✓ § 40 Abs. 3
 - ✓ (10) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in Richtlinien nach § 92 bis zum 31. Dezember 2021 das Nähere zu Auswahl und Einsatz geeigneter Abschätzungsinstrumente im Sinne des Satzes 2 und zum erforderlichen Nachweis von deren Anwendung nach Satz 3 und legt fest, in welchen Fällen Anschlussrehabilitationen nach Absatz 6 Satz 1 ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse erbracht werden können...



Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt

GesundheitsVersorgungsWeiterentwicklungsgesetz (GVWVG)

- ✓ Inkrafttreten: 20. Juli 2021
- ✓ sog. Omnibusgesetz
 - ✓ D. h. mit dem Gesetz werden viele andere, bereits vorhandene Gesetze geändert
- ✓ u. a. im SGB V:
 - ✓ § 275 Begutachtung und Beratung
 - ✓ § 276 Zusammenarbeit
 - ✓ § 277 Mitteilungspflichten



GesundheitsVersorgungsWeiterentwicklungsgesetz (GVWG)

- ✓ Änderung § 275 SGB V
- ✓ neu geregelt ist der Umfang der Informationserhebungen durch die Krankenkasse und der Umgang mit diesen Informationen
- ✓ § 275 Abs. 1b:
 - ✓ geregelt wird, welche Informationen von KK verarbeitet werden dürfen und somit Entscheidung über Auftragserteilung an Medizinischen Dienst
 - ✓ geregelt wird, bei wem bestimmte Informationen zu diesem Zwecke erhoben werden dürfen (grundsätzlich nur Verarbeitung der bereits nach § 284 Abs. 1 vorhandenen Daten (z. B. AU-Bescheinigungen, KH-Behandlungsdaten))
 - ✓ geregelt wird, dass die nach Abs. 1b erhobenen Informationen nicht mit anderen Daten zu einem anderem Zweck zusammengeführt werden dürfen
 - ✓ geregelt wird, dass die nach Abs. 1b erhobenen Informationen zu Löschen sind, sobald diese nicht mehr für Entscheidung über den Auftrag an Med. Dienst von Nöten sind



**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

GesundheitsVersorgungsWeiterentwicklungsgesetz (GVWG)

- ✓ **§ 275 Begutachtung und Beratung Abs. 6 SGB V**
 - ✓ **jede fallabschließende gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes ist in schriftlicher oder elektronischer Form zu verfassen und muss zumindest eine kurze Darlegung der Fragestellung und des Sachverhalts, das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis umfassen**



**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

GesundheitsVersorgungsWeiterentwicklungsgesetz (GVWG)

- ✓ **Ergänzung: § 276 Zusammenarbeit Abs. 2 Satz 2 SGB V**
 - ✓ **haben die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst für eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung nach § 275 Absatz 1 bis 3 und 3b, § 275c oder § 275d erforderliche versichertenbezogene Daten bei den Leistungserbringern unter Nennung des Begutachtungszwecks angefordert, so sind die Leistungserbringer verpflichtet, diese Daten unmittelbar an den Medizinischen Dienst zu übermitteln**



**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

GesundheitsVersorgungsWeiterentwicklungsgesetz (GVWG)

- ✓ **Änderung § 277 SGB V**
 - ✓ **der § 277 SGB V regelt die Mitteilungspflichten und die Mitteilungsbefugnisse des Medizinischen Dienstes gegenüber der beauftragenden Krankenkasse und gegenüber den Leistungserbringern**
 - ✓ **die Regelungen des § 277 SGB V stellen eine besondere Übermittlungsbefugnis zu den allgemeinen Regelungen des SGB X dar**
 - ✓ **der § 277 SGB V hat eine zentrale datenschutzrechtliche Funktion (KK erhält nur in sehr eingeschränktem Maße Zugang zu medizinischen Detailinformationen über den Versicherten/ die Versicherte)**



Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt

GesundheitsVersorgungsWeiterentwicklungsgesetz (GVWG)

- ✓ § 277 Mitteilungspflichten Abs. 1 Satz 1 bis 3 SGB V
 - ✓ Neuregelung der Mitteilungspflichten durch den Medizinischen Dienst:
 - ✓ Der Medizinische Dienst hat der Krankenkasse das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis mitzuteilen. Der Medizinische Dienst ist befugt und in dem Fall, dass das Ergebnis seiner Begutachtung von der Verordnung, der Einordnung der erbrachten Leistung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Abrechnung der Leistung mit der Krankenkasse durch den Leistungserbringer abweicht, verpflichtet, diesem Leistungserbringer das Ergebnis seiner Begutachtung mitzuteilen; dies gilt bei Prüfungen nach § 275 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 nur, wenn die betroffenen Versicherten in die Übermittlung an den Leistungserbringer eingewilligt haben...



**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

GesundheitsVersorgungsWeiterentwicklungsgesetz (GVWG)

- ✓ **§ 277 Mitteilungspflichten Abs. 1 Satz 1 bis 3 SGB V**
 - ✓ **...Fordern Leistungserbringer nach der Mitteilung nach Satz 2 erster Halbsatz mit Einwilligung der Versicherten die wesentlichen Gründe für das Ergebnis der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst an, ist der Medizinische Dienst zur Übermittlung dieser Gründe verpflichtet. Bei Prüfungen nach § 275c gilt Satz 2 erster Halbsatz auch für die wesentlichen Gründe für das Ergebnis der Begutachtung, soweit diese keine zusätzlichen, vom Medizinischen Dienst erhobenen versichertenbezogenen Daten enthalten. Der Medizinische Dienst hat den Versicherten die sie betreffenden Gutachten nach § 275 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 schriftlich oder elektronisch vollständig zu übermitteln.**



Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

GesundheitsVersorgungsWeiterentwicklungsgesetz (GVWG)

Einwilligungserklärung für Versicherte zur Übermittlung der wesentlichen Gründe für das Ergebnis der Begutachtung des Medizinischen Dienstes <Land> nach § 277 Abs. 1 Satz 3 SGB V an den behandelnden / verordnenden Arzt:

Der Medizinische Dienst <Land> hat im Auftrag ihrer Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme abgegeben zu einer von mir für Sie veranlassten Verordnung bzw. zu einer von mir für Sie beantragten Leistung. Es handelte sich um:

.....
(z.B. AU-Attestierung, Hilfsmittelverordnung, Rehabilitationsantrag)

Gemäß der geltenden gesetzlichen Vorschrift (§ 277 Abs. 1 Satz 3 SGB V) wurde mir als Leistungserbringer das Ergebnis der Begutachtung mitgeteilt. Für ein umfassendes Verständnis der Begutachtung benötige ich auch die wesentlichen Gründe dafür, warum der Medizinische Dienst zu diesem Ergebnis gekommen ist.

Eine Übermittlung durch den Medizinischen Dienst an mich bedarf ihrer Einwilligung. Wenn Sie mir ihre Einwilligung erteilen, kann ich eine ablehnende Entscheidung ihrer Krankenkasse besser nachvollziehen und Sie ggf. in einem Widerspruchsverfahren unterstützen.

Anfordernder Leistungserbringer

(Name, Institution, Anschrift)

.....
(Bitte gut lesbar ausfüllen oder gut lesbaren Stempel benutzen!)

Begutachtungsdatum

<MD-Vorgangs-Nummer>:

Einwilligungserklärung des Versicherten

Angaben zum Versicherten (in DRUCKSCHRIFT):

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Versichertennummer:

ggf. gesetzlicher Vertreter/Bevollmächtigter*:

Hiermit willige ich in die Übermittlung der wesentlichen Gründe für das Ergebnis der Begutachtung des Medizinischen Dienstes <Land> an den oben genannten Leistungserbringer ein.

Meine Einwilligung erfolgt freiwillig und ist jederzeit gegenüber dem oben genannten Leistungserbringer widerrufbar.

.....
Ort, Datum Unterschrift (Versicherter bzw. gesetzlicher Vertreter/Bevollmächtigter)

*Ein entsprechender Nachweis ist in Kopie der Einwilligungserklärung an den Medizinischen Dienst beizufügen. Die Kopie wird ausschließlich für die Verifizierung verwendet und anschließend vernichtet.



**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

**ÄNDERUNG DER REHA-RICHTLINIE
INFOLGE IPREG**





Änderung der Reha-RL infolge IPReG

- ✓ Änderungen § 40 SGB V
 - ✓ § 40 Abs. 3 (Sätze 2 - 10)... (2) Von der Krankenkasse wird bei einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation nicht überprüft, ob diese medizinisch erforderlich ist, sofern die geriatrische Indikation durch dafür geeignete Abschätzungsinstrumente vertragsärztlich überprüft wurde...
 - ✓ ... (4) Von der vertragsärztlichen Verordnung anderer Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 darf die Krankenkasse hinsichtlich der medizinischen Erforderlichkeit nur dann abweichen, wenn eine von der Verordnung abweichende gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes vorliegt...
 - ✓ (10) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in Richtlinien nach § 92 bis zum 31. Dezember 2021 das Nähere zu Auswahl und Einsatz geeigneter Abschätzungsinstrumente im Sinne des Satzes 2 und zum erforderlichen Nachweis von deren Anwendung nach Satz 3 und legt fest, in welchen Fällen Anschlussrehabilitationen nach Absatz 6 Satz 1 ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse erbracht werden können



Änderung der Reha-RL infolge IPReG

- ✓ **schwerpunktmäßig erfolgten Änderungen aufgrund des GKV-IPReG:**
 - ✓ Anpassungen zur geriatrischen Rehabilitation
 - ✓ Anpassungen zur Anschlussrehabilitation
 - ✓ §§15 und 16 wurden neu hinzugefügt
 - ✓ §15 Geriatrische Rehabilitation
 - ✓ (2) Für die Zuweisung in eine geriatrische Rehabilitation, bei der die Krankenkasse die medizinische Erforderlichkeit nicht überprüft, sind folgende Kriterien abzuklären und im Verordnungsformular Muster 61 darzulegen:
 1. Bestehen eines erhöhten Lebensalters, 70 Jahre oder älter und
 2. Vorliegen von mindestens einer rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnose und zwei geriatrietypischen Diagnosen (Teil B des Musters 61 unter I.).



Änderung der Reha-RL infolge IPReG

- ✓ Aus den Diagnosen gemäß Nummer 2 resultierenden Schädigungen sind mit mindestens zwei geeigneten Funktionstests (Anlage II) aus unterschiedlichen Schädigungsbereichen nachzuweisen, wobei ein Funktionstest für die rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnose zu erfolgen hat...

- (3) Die Krankenkasse kann die medizinische Erforderlichkeit der Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation - für Versicherte über 60 und unter 70 Lebensjahren mit einer erheblich ausgeprägten geriatritypischen Multimorbidität oder - bei der die Voraussetzungen nach Absatz 1 oder 2 nicht vorliegen, überprüfen.
- (4) Abweichend von § 2 Absatz 8 ist die Verordnung von geriatrischer Rehabilitation nach § 40 Absatz 3 Satz 2 SGB V von der Prüfung durch den MD ausgenommen, sofern die Voraussetzungen nach Absatz 1 und 2 erfüllt sind (§ 275 Absatz 2 Nummer 1 SGB V).



Änderung der Reha-RL infolge IPReG

- ✓ **Geriatrische Rehabilitation (§ 40 Abs. 3 Sätze 2 SGB V)**
 - ✓ **Medizinische Erforderlichkeit einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation wird von der Krankenkasse nicht überprüft,**
 - ✓ **sofern geriatrische Indikation durch geeignete Abschätzungsinstrumente überprüft wurde und**
 - ✓ **Nachweis über Anwendung der geeigneten Abschätzungsinstrumente einschließlich Ergebnis vorliegt**
 - ✓ **G-BA hat in Reha-RL das Nähere zu Auswahl/Einsatz der Abschätzungsinstrumente festgelegt**
 - ✓ **https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2842/Reha-RL_2021-12-16_iK-2022-07-01.pdf Muster_61_7_2022.pdf (kbv.de)**
 - ✓ **GKV-SV legt dem BMG einen Bericht über die Erfahrungen mit der Verordnung einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation vor**



**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

Änderung der Reha-RL infolge IPReG

- ✓ **Anschlussrehabilitation (§ 40 Abs. 3 Satz 10 SGB V)**
 - ✓ **§ 16 Anschlussrehabilitation (neu eingeführt):**
 - ✓ **a) Indikationsgruppe 1: Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufsystems**
 - ✓ **Myokardinfarkte**
 - ✓ **Koronar-Arterielle Bypass-Operation auch in Kombination mit einem Herzklappenersatz**
 - ✓ **Herzinsuffizienzen ab NYHA II**



Änderung der Reha-RL infolge IPReG

- ✓ **Anschlussrehabilitation (§ 40 Abs. 3 Satz 10 SGB V)**
 - ✓ **§ 16 Anschlussrehabilitation (neu eingeführt):**
 - ✓ **b) Indikationsgruppe 4: Konservativ und operativ behandelte Erkrankungen des Bewegungsapparates und Unfallfolgen**
 - ✓ nach endoprothetischer Versorgung von Knie- oder Hüftgelenk
 - ✓ spezifische Rückenschmerzen mit hohem Chronifizierungsrisiko
 - ✓ Spinalkanalstenose/Enger Spinalkanal/Rezessusstenose
 - ✓ Major Amputation an der unteren Extremität (proximal des Fußes)



Änderung der Reha-RL infolge IPReG

- ✓ **Anschlussrehabilitation (§ 40 Abs. 3 Satz 10 SGB V)**
 - ✓ **§ 16 Anschlussrehabilitation (neu eingeführt):**
 - ✓ **c) Indikationsgruppe 7: Krankheiten der Atmungsorgane einschließlich Operationen**
 - ✓ **d) Indikationsgruppe 10:**
 - ✓ **Neurologische Krankheiten einschließlich Operationen an Gehirn, Rückenmark und an peripheren Nerven, wenn sich eindeutig eine Phasenzuordnung zur Phase D (gemäß BAR-Phasenmodell) aus den Feststellungen im ärztlichen Befundbericht sowie den Antragsunterlagen ableiten lässt**
 - ✓ **e) Indikationsgruppe 11: Onkologische Krankheiten**
 - ✓ **f) Indikationsgruppe 13: Organ-Transplantationen und -Unterstützungssysteme**



**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

Änderung der Reha-RL infolge IPReG

- ✓ **Anschlussrehabilitation (§ 40 Abs. 3 Satz 10 SGB V)**
 - ✓ **Umsetzung der Änderung der Reha-RL in einem angepassten AR-Vordrucksatz – SINGER Patientenprofil für alle Anträge auf Anschlussrehabilitation**
 - ✓ **weiterhin kein Direkteinweisungsverfahren, sondern Krankenkasse entscheidet über Leistung und nimmt Kostenübernahmeerklärung an Krankenhaus vor**



**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

ÜBERSICHT DER LEISTUNGEN





Übersicht

- ✓ **Ambulante Vorsorge in anerkannten Kurorten § 23 Abs. 2 SGB V**
- ✓ **Stationäre Vorsorge § 23 Abs. 4 SGB V)**
- ✓ **Stationäre Vorsorge Mutter/ Vater/ Kind § 24 SGB V**
- ✓ **Ambulante (mobile) Rehabilitation § 40 Abs. 1 SGB V**
- ✓ **Stationäre Rehabilitation § 40 Abs. 2 SGB V**
- ✓ **Stationäre Rehabilitation Mutter/ Vater/Kind § 41 SGB V**
- ✓ **Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation § 43 SGB V**
- ✓ **Rehabilitationssport, Funktionstraining**
- ✓ **Patientenschulung**
- ✓ **Sozialmedizinische Nachsorge für schwerstkranke Kinder**
- ✓ **Früherkennung/ Frühförderung § 43a SGB i.V.m. § 46 SGB IX**



Zuweisungsempfehlungen

- ✓ **nach medizinischen Schwerpunkt:**
 - ✓ indikationsspezifisch (z.B. orthopädisch, psychosomatisch, ...)
 - ✓ indikationsübergreifend (z.B. geriatrisch)
- ✓ **nach Zielgruppe:**
 - ✓ Rehabilitation für Kinder und Jugendliche, Mütter und Väter, für über 70 jährige
- ✓ **nach der Form der Durchführung:**
 - ✓ stationär
 - ✓ ambulant
 - ✓ ambulant-mobil
- ✓ **nach anderen Besonderheiten:**
 - ✓ behinderungsspezifische Ausstattung
 - ✓ fremdsprachliches Angebot
 - ✓ Möglichkeit Mitaufnahme einer betreuenden Begleitperson
 - ✓ Möglichkeit Mitaufnahme von Begleitkindern



**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

Voraussetzungen für eine ambulante Rehabilitation

- ✓ **ausreichende Mobilität**
- ✓ **ausreichende physische und psychische Belastbarkeit**
- ✓ **zumutbare Fahrzeit (max. 45 Minuten)**
- ✓ **Abstand zum sozialen Umfeld nicht notwendig**
- ✓ **häusliche Versorgung gesichert**
- ✓ **Rehabilitationsziel ambulant erreichbar**



Parameter, welche einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme entgegenstehen können:

- ✓ instabile pektanginöse Symptomatik, Herzinsuffizienz vom Ausmaß NYHA-Klasse III oder IV, Signifikante Herzrhythmusstörungen, Zustand nach kardiopulmonaler Reanimation, Großer Pleura- oder Perikarderguss, (dissezierendes) Aortenaneurysma, Zustand nach frischer venöser Thrombose (mit Embolie)
- ✓ Notwendigkeit parenteraler Therapie
- ✓ signifikante Wundheilungsstörungen
- ✓ Zustand nach kompliziertem operativen Eingriff
- ✓ Multimorbidität
- ✓ höheres Lebensalter
- ✓ eingeschränkte körperliche Belastbarkeit
- ✓ schwere psychische Störungen
- ✓ schwieriges soziales Umfeld
- ✓ Wegezeiten von mehr als 45 –60 min

(aus Rehabilitation und Teilhabe Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Deutscher Ärzte-Verlag Köln)



Voraussetzungen für eine stationäre Rehabilitation

- ✓ ambulante Reha reicht nicht aus, abhängig von der Schwere der Krankheitsfolgen (Konzept-, Strukturqualität- insbesondere personelle Besetzung)
- ✓ ausgeprägte Multimorbidität
- ✓ mangelnde körperliche Belastbarkeit / Morbidität
- ✓ mangelnde psychische Belastbarkeit / Orientierung (psychisch / psychosomatische Erkrankung, Abhängigkeiten)
- ✓ notwendige pflegerische Betreuung und/oder ständige ärztliche Überwachung
- ✓ zeitweilige Distanzierung bzw. Entlastung vom sozialen Umfeld erforderlich
- ✓ häusliche Versorgung nicht gesichert



**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

REHABILITATIONSTRÄGER





**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

Rehabilitationsträger

- ✓ **Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (medizinische Leistungen zur Rehabilitation)**
- ✓ **Träger der Arbeitsförderung (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)**
- ✓ **Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (alle Leistungsgruppen)**
- ✓ **Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, ergänzende Leistungen)**
- ✓ **Träger der Leistungen nach dem sozialen Entschädigungsrecht**
- ✓ **Träger der öffentlichen Jugendhilfe**
- ✓ **Träger der (öffentlichen) Sozialhilfe/SGB XII**



Abgrenzung zu anderen Rehabilitationsträgern

- ✓ **Gesetzliche Krankenversicherung**
 - ✓ **alle Versicherten (cave: Subsidiäre Zuständigkeit § 40 Abs. 4 SGB V)**
 - ✓ **nachrangige Leistungszuständigkeit für Rehabilitationsmaßnahmen!**
 - ✓ **die Krankenkassen erbringen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, wenn diese nicht im Geltungsbereich anderer Sozialversicherungsträger liegen**
 - ✓ **Ausnahme: stationäre Rehabilitation für Kinder und Jugendliche, onkologische Rehabilitation (gleichrangige Ansprüche)**
 - ✓ **Leistungen werden nur erbracht, wenn ambulante Krankenbehandlung nicht ausreicht**
 - ✓ **Vorsorgeleistungen fallen in die Zuständigkeit der GKV**



Abgrenzung zu anderen Rehabilitationsträgern

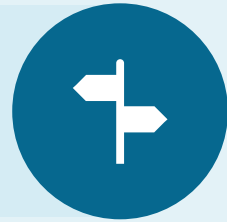
- ✓ **Gesetzliche Rentenversicherung**
 - ✓ Erwerbstätige (v.a. gem. § 11 Abs. 2 Nr. 1 SGB VI)
 - ✓ Rentner in bestimmten Fallgruppen (§ 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB VI)
 - ✓ Kinder- und Jugendliche (§ 31 Abs. 1 Nr. 4 SGB VI)

- ✓ **Gesetzliche Unfallversicherung**
 - ✓ alle Versicherten nach Eintritt eines Versicherungsfalles (Arbeitsunfall § 8 SGB VII, Berufskrankheit § 9 SGB VII)



**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

ZUGANGSWEGE





**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

Zugangswege zur Rehabilitation

- ✓ **akut-stationäre Versorgung**
 - ✓ **AR/ AHB-Verfahren**
 - ✓ **Krankenhäuser: Entlassmanagement = Teil der Krankenhausbehandlung (§39 SGB V)**
- ✓ **Vertragsärztliche Versorgung**
 - ✓ **Verordnung auf Muster 61**
- ✓ **Antrag auf Pflegeleistung**



Zugangswege zur Rehabilitation - Anschlussreha

- ✓ **Ziel: niedrigschwelliger und zeitnaher Zugang zur Rehabilitation im Anschluss an ein Akutereignis idR bei ausgewählten Indikationen (Orientierung am AHB Indikationskatalog der DRV)**
- ✓ **erfolgt in unmittelbaren Zusammenhang oder engem zeitlichen Zusammenhang mit einer stat. Behandlung**
- ✓ **ca. 80 Prozent der Leistungsfälle der GKV sind AR-Fälle**
- ✓ **Stärkung des Reha-Zugangs durch das Entlassmanagement im Krankenhaus**
- ✓ **Änderungen durch das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG)**
- ✓ **Verfahren Anschlussrehabilitation ist im Bereich der GKV der bedeutsamste**



**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

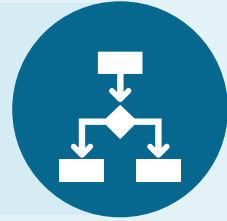
Zugangswege zur Rehabilitation - Vertragsarzt/Vertragsärztin

- ✓ **niedrigschwelliger Zugang durch die Einführung eines einstufigen Verordnungsverfahrens (01.04.2016)**
- ✓ **Verordnung auch durch Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder-/Jugendlichen-Psychotherapeuten (09.06.2017)**
- ✓ **erleichterter Zugang zur indikationsspezifischen stationären Rehabilitation für pflegende Angehörige (18.03.2020)**
- ✓ **Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) (01.07.2022)**
- ✓ **Rehabilitations-Richtlinie - Kontinuierliche Anpassung**



**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

KK





**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

Leistungsentscheidung durch die Krankenkasse

- ✓ **Krankenkasse entscheidet unter Berücksichtigung**
 - ✓ **ärztlicher Feststellung**
 - ✓ **berechtigte Wünsche des Versicherten/ der Versicherten**
 - ✓ **Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit**
 - ✓ **ggf. MD-Gutachten (Ausnahme Geriatrie, bestimmte Fälle AR)**
- ✓ **über Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführungen der Leistungen**



**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

ZEITLICHE VORAUSSETZUNGEN





Zeitliche Mindestabstände

- ✓ das SGB V sieht für erneute Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen zeitliche Mindestabstände vor:
 - ✓ ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten können nicht vor Ablauf von 3 Jahren nach der Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden
 - ✓ ein Zeitraum von 4 Jahren gilt für:
 - ✓ stationäre Vorsorgeleistungen,
 - ✓ ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie
 - ✓ Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter, incl. Mutter-/ Vater-Kind-Leistungen



Zeitliche Mindestabstände

- ✓ das SGB V sieht für erneute Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen zeitliche Mindestabstände vor:
 - ✓ hiervon abweichend ist eine vorzeitige Leistungserbringung möglich, wenn diese aus medizinischen Gründen im Einzelfall dringend erforderlich ist
 - ✓ bei Leistungen für Kinder und Jugendliche gelten diese zeitlichen Voraussetzungen nach § 40 Absatz 3 SGB V nicht
 - ✓ bei vorzeitigen Leistungen nach §§ 24 und 41 SGB V können veränderte Kontextfaktoren zu einem erneuten Auftreten oder einer Verschlechterung des vormals bereits antragsauslösenden Gesundheitsproblems führen
 - > diese sind dann zu Vorsorge und Rehabilitation explizit in der BGA aufgeführt



**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

BEGLEITPERSON





Begleitperson

- ✓ bei der Durchführung stationärer Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen ist in der Regel keine Begleitperson erforderlich, da die Einrichtungen über entsprechend qualifiziertes Pflege- und Betreuungspersonal verfügen
- ✓ **Ausnahmefälle: Mitaufnahme einer Begleitperson aus medizinischen Gründen gemäß § 11 Absatz 3 SGB V notwendig, wenn z.B.:**
 - ✓ wegen schwerwiegender psychologischer Gründe würde Trennung des Kindes von der Bezugsperson die Durchführung der medizinisch notwendigen Leistung gefährden oder
 - ✓ Versicherte wegen Beeinträchtigung der Selbstversorgung einer ständigen Betreuung bedarf, die über das Maß hinausgeht, welches die Einrichtung zu erbringen in der Lage ist, oder
 - ✓ während der Leistung die Einübung/Anleitung der Begleit-/Bezugsperson bezüglich therapeutischer Verfahren, Verhaltensregeln oder Nutzung technischer Hilfen notwendig ist. (komprimiert im zeitlichen Gesamtumfang, Dauer ist in aller Regel wesentlich kürzer als die Leistung für den Rehabilitanden, ggf. auch an deren Wohnort wenn möglich zu bevorzugen)



Begleitperson

- ✓ **Mitnahme weiterer Begleitpersonen, u. a. Geschwisterkinder, kommt nur in medizinisch begründeten Ausnahmefällen.**
- ✓ **bei Leistungen der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für Kinder kommt eine Begleitperson unter folgenden Voraussetzungen in Frage:**
 - ✓ **bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr Begleitung möglich, soweit dies aufgrund der Erkrankung bzw. des Verlaufs der Erkrankung nicht kontraindiziert ist.**
 - ✓ **bei Kindern > 12. Lebensjahr besteht ebenfalls die Möglichkeit der Begleitung, soweit dies medizinisch notwendig ist**



**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

Assistenzpersonal

- ✓ **die Mitaufnahme einer Pflegekraft, soweit Versicherte ihre Pflege nach § 63b Absatz 4 Satz 1 SGB XII durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen, ist bei stationärer Behandlung in einem Krankenhaus nach § 108 SGB V oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 107 Absatz 2 SGB V ebenfalls möglich**



**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

LEISTUNGEN IM AUSLAND





Leistungen im Ausland

- ✓ **Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen nach §§ 23, 24, 40 und 41 SGB V sind im Ausland nur unter bestimmten Voraussetzungen bewilligungsfähig**
- ✓ **§ 13 Absatz 4 SGB V räumt den Versicherten grundsätzlich die Möglichkeit ein, Leistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft sowie in anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) im Rahmen der Kostenerstattung in Anspruch nehmen zu können**
- ✓ **als Sachleistung, Kostenerstattung durch jeweilige KK oder**
- ✓ **die Krankenkasse kann die Kosten für im Ausland in Anspruch genommene Leistungen ganz oder teilweise in den Fällen übernehmen, in denen eine entsprechende Behandlung einer Krankheit nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse nur im Ausland möglich ist (§§ 13 Absatz 4 Satz 6, 18 Absatz 1 SGB V)**
 - ✓ **Voraussetzung ist, dass die Krankheit – unabhängig vom konkreten Einzelfall – nicht im Inland behandelt werden kann**



Leistungen im Ausland

- ✓ ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen im EWR-Ausland sind wie im Inland vor ihrem Beginn unter Beifügung einer ärztlichen Verordnung bzw. eines Befundberichtes zu beantragen und durch die Krankenkasse ggf. nach vorheriger Einschaltung des Medizinischen Dienstes zu entscheiden
- ✓ im Falle einer Bewilligung von stationären Vorsorgeleistungen oder ambulanten und stationären medizinischen Leistungen zur Rehabilitation bestimmt die Krankenkasse nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie die Einrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen
- ✓ Einbeziehungen der Kontextfaktoren und nahtloser Übergang in Nachsorge sind zu fordern- im Ausland bedingt erfüllt, Einzelfall (z.B. Heimatland des Versicherten) zu prüfen



**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

WEITERE GRUNDLAGEN





**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

ICF

International Classification of Functioning, Disability and Health

Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit



ICF

- ✓ **Begriffe der ICF:**
 - ✓ **Körperfunktionen:** Physiologische einschließlich psychischer Funktionen
 - ✓ **Körperstrukturen:** Anatomische Teile des Körpers
 - ✓ **Schädigung:** Normabweichung oder Verlust von Körperfunktionen und/oder Körperstrukturen (Organ, Organsysteme)
 - ✓ **Aktivität:** Alle von der Person absichtsvoll und willentlich durchgeführte Aktivität, Routinen und Handlungen in ihren konkreten Lebensbereichen
 - ✓ **Beeinträchtigung der Aktivität:** Probleme, Schwierigkeiten bei der Durchführung Verlust von Aktivität z. B. Reha-Ansatz
 - ✓ **Teilhabe (Partizipation):** Einbezogen sein einer Person in die für sie wichtigen Lebensbereiche
 - ✓ **Beeinträchtigung der Teilhabe:** Probleme, Hemmnisse, Barrieren, die die Teilhabe erschweren oder unmöglich machen z. B. Pflegebedürftigkeit, sozialrechtliche Aspekte



ICF

- ✓ **Funktionsfähigkeit- Oberbegriff für:**
 - ° **Körperfunktionen/ -strukturen**
 - ° **Aktivitäten und Teilhabe****= positive Aspekte**

- ✓ **Behinderung- Oberbegriff für:**
 - ° **Schädigungen der Körperfunktionen/ -strukturen**
 - ° **Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe****= negative Aspekte**



ICF

- ✓ eine Behinderung liegt vor, wenn
 - ✓ körperliche Funktionen
 - ✓ geistige Fähigkeiten oder
 - ✓ seelische Gesundheit
- ✓ vom für das Lebensalter typischen Zustand länger als 6 Monate abweichen und daher die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist



✓ **Reha-Beurteilung:**

- ✓ **Beeinträchtigte Körperfunktionen -> Geschädigte Körperstrukturen:**
 - Mentale Funktionen: Nervensystem**
 - Sinnesfunktionen und Schmerz: Auge, Ohr und damit zusammenhängend**
 - Stimm- und Sprechfunktionen: Stimme, am Sprechen beteiligt**
 - Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems: Herz-Kreislauf, Immun-, Atmungssystem**
 - Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems: Verdauung, Stoffwechsel, endokrines System**
 - Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems: Urogenital-, Reproduktionssystem**
 - Neuromuskuloskelettale und bewegungsbezogene Funktionen: Bewegungssystem**
 - Funktionen der Haut und der Hautanhangsgebilde: Haut, Hautanhangsgebilde**



ICF

- ✓ **Kontextfaktoren = gesamte Lebensumstände einer Person, wirken als Barriere- oder Förderfaktoren**
- ✓ **2 Komponenten**
 - ✓ **Umweltfaktoren**
 - ✓ **personenbezogene Faktoren**



✓ **Umwelt:**

- ✓ **Produkte und Technologien (Hilfsmittel, Medis)**
- ✓ **natürliche und veränderte Umwelt (Bauten, WUM)**
- ✓ **Unterstützung und Beziehung (Familie, Freunde, AG, Fachleute im Gesundheitswesen)**
- ✓ **Einstellung, Werte, Überzeugungen anderer (z.B. Teilzeiteinstellung der Wirtschaft)**
- ✓ **Dienste, Systeme, Handlungsgrundsätze (Rechtsnormen)**
- ✓ **personelle (Alter, Geschlecht, Charakter, Lebensstil, Fitness, sozialer Hintergrund, Erziehung, Bildung, Beruf, Erfahrung, Coping, genetisch Prädisposition)**



- ✓ **verhinderte Aktivität und Teilhabe:**
 - ✓ **Lernen und Wissensanwendung**
 - ✓ **allgemeine Aufgaben ausführen (täglich Routine, mit psych. Anforderungen umgehen)**
 - ✓ **Kommunikation**
 - ✓ **Mobilität**
 - ✓ **Selbstversorgung**
 - ✓ **häusliches Leben (Einkaufen, Haushaltsaufgaben)**
 - ✓ **interpersonelle Interaktionen und Beziehungen**
 - ✓ **bedeutende Lebensbereiche (Erziehung/Bildung, Arbeit und Beschäftigung, wirtschaftliches Leben)**
 - ✓ **Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben**



**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

DER REHABILITATIONSANTRAG





Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

Beispiel für einen ärztlichen
Befundbericht für eine AR- also im
Anschluss an eine akutstationäre
Behandlung nach akut eingetretener
Erkrankung

Ärztlicher Befundbericht - Anlage zum Antrag auf Anschlussrehabilitation

I. Allgemeine Angaben

I.1. Personalien der/des Versicherten:

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	Versichertennummer:
-------	----------	---------------	---------------------

I.2. Indikation*

☐ Muskuloskeletale Erkrankungen ☐ Kardiologie ☐ Neurologie ☐ Geriatrie ☐ Sonstige _____

*Barthel-Index u. FR-Index (siehe Anlage) obligat bei Neurologie u. Geriatrie beizufügen, bei anderen Indikationen entsprechend den Anforderungen des Kostenträgers

I.3. Die Krankenhausbehandlung ggf. einschließlich Frühmobilisation und Wundbehandlung ist voraussichtlich abgeschlossen

am _____ Aufnahme in die stationäre Behandlung erfolgte am _____

I.4. Werden neurologische, geriatrische oder fachübergreifende Frührehabilitationsmaßnahmen durchgeführt?

☐ nein ☐ ja, folgende _____ OPS _____ Voraussichtlich bis: _____

I.5. Die Anschlussrehabilitation soll erfolgen ☐ als Direktverlegung

☐ frühestens am _____, weil _____

II. Rehabilitationsbedürftigkeit

II.1. Antragsrelevante Funktionsdiagnosen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung (Codierung konkret und endständig)

Funktionsdiagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM						Seiten- lokali- sation	Ursache der Erkr.	Seitenlokalisation R = rechts L = links B = beidseits
1.									Ursache der Erkrankung 0 = 1-5 trifft nicht zu 1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall 2 = Berufskrankheit 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter z.B. Unfallfolgen 4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst 5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. BSeuchG)
2.									
3.									
4.									
5.									

II.2. Akutereignis/ Durchgeführte Behandlungen:

☐ Akutereignis am _____

☐ Operation am _____ Welche? _____ OPS _____

Wunde geschlossen und reizlos? ☐ ja ☐ nein

☐ andere Behandlungen, und zwar _____

II.3. Komplikationen im aktuellen Behandlungsverlauf:

☐ nein ☐ ja

Wenn ja: ☐ im direkten Zusammenhang mit der AR führenden Diagnose (z. B. postoperative Luxation der Prothese)



Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

II.3. Komplikationen im aktuellen Behandlungsverlauf:

☐ nein ☐ ja

Wenn ja: ☐ im direkten Zusammenhang mit der AR führenden Diagnose (z. B. postoperative Luxation der Prothese)

☐ kardiovaskulär (z. B. Herzinfarkt, Embolie) _____

☐ sonstige (z. B. Pneumonie) _____

☐ Besiedelung mit multiresistenten Keimen. Welche Keime? _____

II.4. Drohen oder bestehen längerfristige (>6 Monate) alltagsrelevante Beeinträchtigungen?

Allgemeine Aufgaben (z. B. in der täglichen Routine infolge abnehmender körperlicher Ressourcen)	☐ nein	☐ ja, und zwar:
Kommunikation (z. B. beim Sprechen wegen eines beeinträchtigten Sprachflusses aufgrund von Atemnot)	☐ nein	☐ ja, und zwar:
Mobilität (z. B. beim Laufen längerer Strecken und Treppensteigen oder beim Hand- und Armgebrauch infolge Schmerzen)	☐ nein	☐ ja, und zwar:
Selbstversorgung (z. B. beim Waschen, An- und Auskleiden durch Bewegungseinschränkungen)	☐ nein	☐ ja, und zwar:

Seite 1 von 3

Ärztlicher Befundbericht - Anlage zum Antrag auf Anschlussrehabilitation

Häusliches Leben (z. B. beim Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeiten erledigen infolge eingeschränkter körperlicher Belastbarkeit)	☐ nein	☐ ja, und zwar:
Gemeinschaftsleben (z. B. bei der Teilnahme an sportlichen, kulturellen und religiösen Angeboten infolge abnehmender körperlicher Ressourcen)	☐ nein	☐ ja, und zwar:

III. Rehabilitationsfähigkeit

III.1. Besteht eine ausreichende körperliche und psychisch/kognitive Belastbarkeit, um aktiv an der Therapie teilzunehmen?

☐ nein ☐ ja ☐ ja, mit Einschränkungen hinsichtlich:

☐ Gedächtnis/Handlungsplanung

☐ Sozialverhalten

☐ körperlicher Belastbarkeit

☐ sonstiges: _____
(z. B. besondere Schmerzsymptomatik, Inkontinenz, eingeschränkte Mobilität)



Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

III.2. Voraussichtliche Belastbarkeit im Hinblick auf die durchgeführte Intervention zum Zeitpunkt des Antritts der AR:

☐ voll belastbar ☐ teilbelastbar mit _____ ☐ übungstabil

Anpassung einer Interimsprothese ist erfolgt: ☐ ja ☐ nein

Besonderheiten: _____

III.3. Ist ein besonderer Unterstützungsbedarf im Bereich der Selbstversorgung erforderlich?

☐ nein ☐ ja, und zwar bei: _____
(bitte entsprechende aktuelle Assessments beifügen z. B. Barthel-Index oder FIM oder SINGER)

IV. Rehabilitationsziele/-prognose

Welches sind die realistischen, alltagsrelevanten Rehabilitationsziele unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen?

V. Zusammenfassende Bewertung

Welche Rehabilitationsart wird empfohlen?

☐ ambulant ☐ ambulant mobil, weil (z. B. schwere Orientierungsstörung, Wandlungstendenz) _____
☐ stationär, weil _____

VI. Sonstige Angaben

VI.1. Werden besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung gestellt

☐ nein ☐ ja, und zwar:
☐ Dialyse, welche Form _____
☐ sonstiges _____
(z. B. wegen gravierender Hör- und Sehbehinderung, Immunsuppressiva, besonderer Hilfsmittelbedarf, Weaning, aufgrund von massivem Übergewicht)

VI.2. Welches Verkehrsmittel ist notwendig?

☐ öffentliches Verkehrsmittel ☐ Taxi/Pkw ☐ Krankentransport liegend ☐ Krankentransport sitzend

Ist für die Anreise eine Begleitperson erforderlich? ☐ ja ☐ nein

VI.3. Kontaktdaten der behandelnden Krankenhausärztin/ des behandelnden Krankenhausarztes:

Vor- und Nachname: _____ Telefonnummer für Rückfragen: _____

Datum _____ Unterschrift der behandelnden Krankenhausärztin/-arzt _____ Stempel _____

Datenschutzhinweis (§§ 2a Abs. 2 SGB X):

Die Daten werden zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse nach § 284 SGB V und dabei im Einzelnen zur Prüfung der Leistungspflicht (§ 284 Abs. 1 Nr. 4 i.V.m. § 40 SGB V), für eine mögliche Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (§ 284 Abs. 1 Nr. 7 SGB V i.V.m. §§ 275 Abs. 2 Nr. 1, 276 und 277 SGB V) sowie Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen als Rehabilitationsträger nach dem SGB IX (§ 284 Abs. 1 Nr. 17 SGB V) und zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben des Arztes oder Angehöriger anderer Heilberufe nach § 100 SGB X erhoben.

Patientin/Patient (Name, Vorname): _____

Geb.-Datum: _____



Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

Antrag auf Reha über die KK

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerbezeichnung	Versicherten-Nr.	Status
Betreiberkassen-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

61 Teil A

Hinweise an den Arzt zur Zuständigkeit der Krankenkasse

Ist eine medizinische Rehabilitation erforderlich, weil krankheits-/behinderungsbedingt nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bestehen oder drohen, kann die Zuständigkeit der Krankenkasse bestehen (z. B. bei Arbeitsunfällen, spezifischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter/Väter). Ist eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit gegeben, besteht grundsätzlich die Zuständigkeit der Rentenversicherung. Handelt es sich um die Folge eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit, ist grundsätzlich die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung gegeben.

Bei Zuständigkeit der Krankenkasse bitte **NUR** Muster 61 Teil B-E ausfüllen.

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *
1.		
2.		
3.		
B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen		
4.		
5.		
6.		

* Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)

- 1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall
- 2 = Berufskrankheit
- 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)
- 4 = Folgen von Krieger-, Zivil- oder Wehrdienst
- 5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. MSG)

II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

☐ **Beratung der/des Versicherten**
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E ist NICHT auszufüllen.
Eine Beratung der/des Versicherten über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse und/oder Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigkeit für Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder onkologischen Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen der Krankenkasse (z. B. zur medizinischen Versorgung in anerkannten Kurorten) ist angezeigt.

☐ **Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers**
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E ist NICHT auszufüllen.
Eine medizinische Rehabilitation ist erforderlich, weil krankheits-/behinderungsbedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder droht. Es wird die Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten, weil z. B. die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung nicht eindeutig beurteilt werden können.

ggf. weitere Anmerkungen

Datum

Vertragserzielung / Unterschrift des Arztes

III. Im Original zurück an die Vertragsärztin / den Vertragsarzt

Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig

- ☐ Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-E ausfüllen)
- ☐ Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)
- ☐ Sonstiges
-
-

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

Muster 61 Teil Aa (7/2020)



Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

Ausfüllhinweise der KV Muster_61_VE.pdf (kbv.de)
(www.kbv.de/media/sp/Muster_61_VE.pdf)

Vordruckerläuterungen zu Muster 61 zum 01.07.2022

Muster 61 Teil A: Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

Auf Teil A des Musters 61 können Vertragsärztinnen und Vertragsärzte eine ergänzende Beratung durch die Krankenkasse veranlassen (z. B. bei gleichrangiger Zuständigkeit für Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder onkologischen Rehabilitation für Altersrentner oder Angehörige von Versicherten oder Rentnerinnen und Rentnern) oder den zuständigen Rehabilitationsträger durch die Krankenkasse ermitteln lassen, wenn dieser durch die Vertragsärztin/den Vertragsarzt nicht abschließend beurteilt werden kann (z. B. hinsichtlich der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung). In diesem Fall ist ausschließlich Teil A auszufüllen und an die Krankenkasse zu übermitteln. Die Krankenkasse informiert die Vertragsärztin/den Vertragsarzt über den zuständigen Rehabilitationsträger. Sofern die Krankenkasse zuständig ist, werden die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gebeten, auch Teil B-E des Musters 61 auszufüllen und an die Krankenkasse zu richten. Um den verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzten die Abgrenzung des zuständigen Rehabilitationsträgers zu erleichtern, sind auf Teil A des Musters entsprechende Kriterien aufgeführt. Besteht Klarheit über die Zuständigkeit der Krankenkasse, kann auf das Ausfüllen des Teils A verzichtet und direkt der Teil B-E ausgefüllt an die Krankenkasse übermittelt werden.

Der Vordruck Teil A gliedert sich in drei Abschnitte. Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

❶ In diesem Abschnitt sind die für die Leistung begründenden Diagnosen, aber auch weitere Diagnosen, die einen Einfluss auf die Rehabilitationsleistung haben - sofern erforderlich mit Seitenlokalisierung – anzugeben. Die rehabilitationsbegründenden Diagnosen sollen dabei als Funktionsdiagnosen angegeben werden. Die Funktionsdiagnose ermöglicht es, die aus dem Gesundheitsproblem resultierenden relevanten Schädigungen sowie Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigung in kompakter Form zu beschreiben, beispielsweise „Coxarthrose, mit eingeschränkter Gehfähigkeit“. Die den Beeinträchtigungen zugrundeliegenden Diagnosen sowie die weiteren Diagnosen sind gemäß ICD-10-GM zu verschlüsseln. ❷ Sofern bekannt, sind den einzelnen Diagnosen (mögliche) Ursachen zuzuordnen (z. B. Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter, z. B. Unfallfolgen, etc.). Diese sind nur anzugeben, sofern eine der dort aufgeführten Ursachen zutrifft. Der Vordruck enthält dazu unter I. eine entsprechende Auswahl bereit.

II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

❸ Beratung der/des Versicherten

Das Kästchen kann angekreuzt werden, wenn eine Beratung der Versicherten/des Versicherten über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse oder eines anderen Rehabilitationsträgers angezeigt ist. Dies kann z. B. bei gleichrangiger Zuständigkeit für Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder bei onkologischer Rehabilitation für Altersrentner oder Angehörigen von Versicherten oder Rentnern der Fall sein. Darüber hinaus kann das Kästchen ausgefüllt werden, wenn eine Beratung zu weiteren Leistungen der Krankenkasse (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurorten) angezeigt ist. Sofern dies zutrifft, ist nur der Teil A des Vordrucks an die Krankenkasse zu übermitteln. Teil B-E des Vordrucks ist dann nicht auszufüllen.



Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenbegründung	Versicherten-Nr.	Status
Behandlungs-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

61 Teil B

Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend

☐ Es handelt sich weder um eine Minderung / erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit

Bei gleichrangiger Zuständigkeit
(z. B. Kinder-Rehabilitation, onkologische Rehabilitation für Altersrentner)

☐ Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *
1.		
2.		
3.		
B. Weitere rehabilitationsrelevante/geriatrietypische Diagnosen		
4.		
5.		
6.		

* Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)

- 1 = Arbeitsunfall einschlt. Wegeunfall
- 2 = Berufskrankheit
- 3 = Schädigungserfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)
- 4 = Folgen von Kniege-, Znu- oder Wehrdienst
- 5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. MSQ)

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
Handkraft	kg oder kpa	GDS 15	/ 15	Ergometrie Watt
DEMMI	/ 100 Tinetti / 28	Uhrentest / 7		FEV1 % + VK %
				NYHA-Stadium

D. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen sowie andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationstraining, Beratungs- und Selbsthilfungsangebote); einschließlich Heilmittelverordnung (in den letzten 6 Monaten)

☐ Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

☐ nein ☐ ja, welche?

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 61 Teil B (7/2020)



Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

1 Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

Wenn krankheits-/behinderungsbedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder droht und z. B. die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung nicht eindeutig beurteilt werden können, kann die Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten werden. Sofern dies zutrifft, ist nur der Teil A des Vordrucks an die Krankenkasse zu übermitteln. Teil B-E des Vordrucks ist dann nicht auszufüllen.

2 ggf. weitere Anmerkungen

Hier können weitere Angaben von Seiten der Vertragsärztin/des Vertragsarztes wie z. B. die Bitte um Rückruf durch die Krankenkasse vorgenommen werden. Sofern Anhaltspunkte erkennbar sind, dass andere oder weitere Bedarfe an Leistungen zur Teilhabe (z. B. Leistungen zur sozialen Teilhabe oder Teilhabe am Arbeitsleben) bei der oder dem Versicherten bestehen, können diese hier benannt werden. Die Krankenkasse greift diese zur frühzeitigen Bedarfserkennung auf.

III. Im Original zurück an die Vertragsärztin/den Vertragsarzt

6 Hat die Vertragsärztin/der Vertragsarzt um Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers gebeten, teilt die Krankenkasse der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt mit, ob die Krankenkasse zuständig ist, (dann ist von der Vertragsärztin/vom Vertragsarzt noch Teil B-E des Vordrucks auszufüllen), die Rentenversicherung zuständig ist (dann sendet die Krankenkasse den Vordruck der Rentenversicherung an die Vertragsärztin/den Vertragsarzt) oder ein anderer Kostenträger zuständig ist.

Muster 61 Teil B bis E: Verordnung von medizinischer Rehabilitation

Auf Teil B-E können Vertragsärztinnen und Vertragsärzte Leistungen der medizinischen Rehabilitation sowie medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter verordnen. Das Muster wird in der Vertragsarztpraxis vorgehalten.

Bei Verwendung des Musters 61 Teil B-E ist zu beachten, dass die Krankenkasse nur Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringt, wenn

- kurative Einzelleistungen der ambulanten Krankenbehandlung nicht ausreichend sind und
- eine komplexe Leistung zur medizinischen Rehabilitation medizinisch indiziert ist und kein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist.

Der Vordruck gliedert sich in acht Abschnitte. Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

1 Das Kästchen ist anzukreuzen, wenn es sich

- nicht um eine Minderung/erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit handelt und
- auch nicht um die Folgen eines Arbeitsunfalles/einer Berufskrankheit handelt,

da in diesen Fällen grundsätzlich die Zuständigkeit anderer Rehabilitationsträger (gesetzliche Renten- bzw. Unfallversicherung) besteht.

2 Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder onkologischen Rehabilitation für Alters-rentner oder Angehörige von Versicherten oder Rentnerinnen und Rentnern werden sowohl zu Lasten der Rentenversicherung als auch der Krankenversicherung erbracht (gleichrangige Zuständigkeit). Wünscht die Versicherte/der Versicherte die Erbringung durch die Rentenversicherung, ist die Zuständigkeit der Krankenkasse nicht gegeben und der Vordruck der Rentenversicherung auszufüllen.

Das Kästchen ist nur anzukreuzen, wenn die Versicherte/der Versicherte nach erfolgter vorheriger Beratung (siehe Muster 61 Teil A) die Durchführung der Leistung in Zuständigkeit der Krankenkasse wünscht.

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

3 In diesem Abschnitt sind die für die Leistung begründenden Diagnosen, aber auch weitere Diagnosen, die einen Einfluss auf die Rehabilitationsleistung haben - sofern erforderlich mit Seitenlokalisation - anzugeben. Die rehabilitationsbegründenden Diagnosen sollen dabei als Funktionsdiagnosen angegeben



Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

werden. Die Funktionsdiagnose ermöglicht es, die aus dem Gesundheitsproblem resultierenden relevanten Schädigungen sowie Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigung in kompakter Form zu beschreiben, beispielsweise „Coxarthrose re. mit eingeschränkter Gehfähigkeit“. Die den Beeinträchtigungen zugrundeliegenden Diagnosen sowie die weiteren Diagnosen sind gemäß ICD-10-GM zu verschlüsseln. ④ Sofern bekannt, sind den einzelnen Diagnosen (mögliche) Ursachen zuzuordnen (z. B. Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter, z. B. Unfallfolgen, etc.). Diese sind nur anzugeben, sofern eine der dort aufgeführten Ursachen zutrifft. Der Vordruck enthält dazu unter I. eine entsprechende Auswahl bereit.

Besonderheit: Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation

Für die Zuweisung in eine geriatrische Rehabilitation, bei der die Krankenkasse die medizinische Erforderlichkeit nicht überprüft, sind folgende Kriterien abzuklären und im Verordnungsformular Muster 61 darzulegen:

1. Bestehen eines erhöhten Lebensalters, 70 Jahre oder älter und
2. Vorliegen von mindestens einer rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnose und zwei geriatritypischen Diagnosen (siehe Anlage II Liste der geriatritypischen Diagnosen).

Dabei sind die aus den Diagnosen resultierenden Schädigungen mit mindestens zwei geeigneten Funktionstests nachzuweisen (siehe Erläuterungen zu ⑦).

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

Mit diesem Abschnitt werden zusätzlich zur Anamnese und den Schädigungen die Beeinträchtigungen in definierten Aktivitäts- und Teilhabebereichen im Sinne eines rehabilitationsmedizinischen Assessments abfragt.

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung voraussichtlich nicht nur vorübergehende all-

tagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorliegen, durch die in absehbarer Zeit Beeinträchtigungen der Teilhabe drohen oder Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen und über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.

⑤ A. Kurze Angaben zur Anamnese

Dieser Unterabschnitt dient der Dokumentation der klinischen Anamnese und des bisherigen Verlaufes der Krankenbehandlung der Versicherten/des Versicherten einschließlich ihrer/seiner Beschwerden. Hier sind insbesondere der Beginn und der Verlauf der Krankenbehandlung zu dokumentieren sowie Angaben zu Behandlungen im Krankenhaus und bei Fachärztinnen/Fachärzten zu machen.

⑥ B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde

Hier sollen die Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen aufgelistet werden, die für die unter II. F (siehe Erläuterungen zu ⑨) angeführten rehabilitationsrelevanten Beeinträchtigungen verantwortlich sind.

Beispiel: „Medial betonte Gonarthrose (= Strukturschädigung) mit schmerzhafter Einschränkung der Beweglichkeit – Extension/Flexion: 0/10/90 Belastungsschmerz nach 50 m Gehstrecke (= Funktionsschädigungen)“.

Untermauert werden können die Angaben mit entsprechenden Assessments, beispielsweise dem Barthel-Index. Für die Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation gelten davon abweichend die nachfolgenden Hinweise zu Punkt 7.

⑦ C. Bei geriatrischer Rehabilitation mind. zwei Funktionstests folgender unterschiedlicher Schädigungsbereiche

Die aus den Diagnosen gemäß I. resultierenden Schädigungen sind mit mindestens zwei geeigneten Funktionstests aus unterschiedlichen Schädigungsbereichen nachzuweisen (Übersicht siehe Anlage I Funktionstests bei geriatrischer

scher Rehabilitation). Dabei hat ein Funktionstest für die rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnose zu erfolgen. Die Ergebnisse der jeweils durchgeführten Funktionstests sind hier einzutragen.

⑧ D. und E. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen sowie andere Maßnahmen; einschließlich Heilmittelverordnung (in den letzten 6 Monaten); rehabilitationsrelevanten Hilfsmittel

Hier sind Angaben zu den bisher durchgeführten ärztlichen und psychotherapeutischen Interventionen, sowie Angaben zu anderen Maßnahmen, wie z. B. Patienten-schulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining oder medizinische Vorsorgeleistungen vorzunehmen.

Sofern bekannt, soll hinsichtlich der Heilmitteltherapie auch eine Angabe zu den bisher verordneten Einzelleistungen und deren Häufigkeit innerhalb der letzten sechs Monate gemacht werden. Falls das Behandlungsziel mit einer (weiteren) Heilmittelbehandlung nicht zu erreichen ist, ist dies durch das Ankreuzfeld kenntlich zu machen. Zudem sind die rehabilitationsrelevanten Hilfsmittel unter E. anzugeben.

Diese Dokumentation soll noch einmal unterstreichen, dass mit einzelnen Leistungen der Krankenbehandlung oder deren Kombination die Behandlungsziele nicht zu erreichen sind.

⑨ F. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe

Hier wird gezielt nach längerfristigen alltagsrelevanten Beeinträchtigungen von Aktivitäten und der Teilhabe (> 6 Monate) in unterschiedlichen Lebensbereichen der Versicherten/des Versicherten sowie dem Unterstützungsbedarf hinsichtlich eines selbstbestimmten und möglichst eigenständigen Lebens gefragt. Werden Beeinträchtigungen in den einzelnen Lebensbereichen gesehen, sind diese entsprechend zu bewerten.

Die Kategorien Mobilität und Selbstversorgung sind untergliedert dargestellt. Hier besteht die Möglichkeit, ein übergeordnetes Kreuz zu setzen, falls keinerlei Beeinträchtigungen vorliegen.



Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

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

61 Teil C

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 ausbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufbauen)	☐	☐	☐	☐
Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung, Erziehung und Bildung, gesellschaftliche Eigenständigkeit, sich beschäftigen können)	☐	☐	☐	☐
Gemeinschaftsleben und soziales Leben (z. B. Am Gemeinschaftsleben teilnehmen, Erholung und Freizeit)	☐	☐	☐	☐

G. Lebensumstände/Kontextfaktoren

1. Rehabilitationsrelevante umwelt- und personbezogene Faktoren

(z. B. allein / mit Familie lebend, in Alter-/Pflegeeinrichtung lebend, Kontakte, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützungsangebote, sprachliche Verständigungsprobleme, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch

☐ Bewegungsmangel	BMI	☐ Fehl-/ Mangelernährung	☐ Medikamente	☐ Nikotin
☐ Sonstiges				
z.B. Suchtmittel				

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

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

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 61 Teil C (7/2020)



Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

10 G. Lebensumstände/Kontextfaktoren

Kontextfaktoren stellen die gesamten Lebensumstände einer Person dar. Sie umfassen alle für die Rehabilitation relevanten Einflüsse aus dem Lebenshintergrund der Patientin/des Patienten auf deren/dessen Aktivitäten und Teilhabe im Sinne von Förder-faktoren oder Barrieren, die sowohl in der Umwelt als auch Person begründet sein können. Umwelt- und personbezogene Faktoren tragen in jedem Einzelfall zum Verständnis der krankheits-/behinderungsbedingten Auswirkungen eines Gesundheits-problems bei. So sind beispielsweise sowohl die Bedingungen im Sozialraum als auch eigene Kompetenzen im Zusammenhang mit der Bewältigung des Gesundheitsproblems und seiner Auswirkungen von Bedeutung. Auch den Rehabilitationserfolg evtl. gefährdende Risikofaktoren sind an dieser Stelle zu benennen.

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

11 Rehabilitationsfähig sind Versicherte, wenn sie aufgrund ihrer somatischen und psychischen Verfassung die für die Durchführung und die Mitwirkung bei der Rehabilitationsleistung notwendige Belastbarkeit besitzen. Ist dies nicht der Fall, mindert dies die Aussichten auf den Rehabilitationserfolg.

IV. Rehabilitationsziele

12 Die Rehabilitationsziele bestehen darin, möglichst frühzeitig voraussichtlich längerfristige alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten zu beseitigen, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten, um eine drohende Beeinträchtigung der Teilhabe abzuwenden bzw. eine bereits eingetretene Beeinträchtigung Teilhabe zu beseitigen, zu vermindern oder deren Verschlimmerung zu verhüten.

A. – B. Rehabilitationsziele

In diesem Unterabschnitt soll sich die Vertragsärztin/der Vertragsarzt positionieren, welche Ziele sie/er unter Beachtung der Kontext- bzw. Risikofaktoren für realistisch hält – sowohl hinsichtlich der Funktionsschädigungen als auch der Beeinträchtigungen von Aktivitäten und der Teilhabe.



Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

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

61 Teil D

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

--

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 Motivationstage)
-----------------------------	---

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, Altersfaktoren, besondere Risikofaktoren, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen)

☐ pflegende/r Angehörige/r	☐ andere
---	---------------------------------

VII. Sonstige Angaben

Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund

☐ neuer Indikation	☐ Verschlimmerung bei gleicher Indikation
---	--

☐ Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig

☐ Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert

Reisefähigkeit

☐ öffentliche Verkehrsmittel	☐ PKW erforderlich	☐ Begleitperson erforderlich
---	---	---

Versorgung der/des Pflegebedürftigen während der stationären Rehabilitation der/des pflegenden Angehörigen

☐ Mitaufnahme der/des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung gewünscht (sofern medizinische Gründe dagegen sprechen, sind diese unter Sonstiges anzugeben)
☐ Koordination der Versorgung der/des Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung durch Krankenkasse/Pflegekasse gewünscht

Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft) / Rückruf erbeten unter

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 61 Teil D (7/2020)



Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

Die Rehabilitationsziele beziehen sich neben den oben genannten Funktions-schädigungen in erster Linie auf die daraus resultierenden Beeinträchtigungen. Sie sollten möglichst konkret beschrieben werden (z. B. „Erreichen eines Transfers, Gehen kurzer Strecken“). Die mit der Patientin / dem Patienten und insbesondere bei pflegebedürftigen Personen auch mit den Angehörigen formulierten alltagsrelevanten Rehabilitationsziele sind zu dokumentieren. Abweichungen zwischen den von der Patientin/vom Patienten formulierten Rehabilitationszielen und denen der Vertragsärztin / des Vertragsarztes sind ebenfalls zu dokumentieren, da dieser Umstand einen Einfluss auf die Prognose haben kann.

V. Rehabilitationsprognose

13 In diesem Unterabschnitt soll die Vertragsärztin / der Vertragsarzt eine Aussage treffen, ob die zuvor formulierten Rehabilitationsziele sowohl durch die empfohlene Leistung zur medizinischen Rehabilitation als auch im vorgesehenen Zeitraum vollumfänglich oder ggf. nur eingeschränkt erreicht werden können.

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Leistung der medizinischen Rehabilitation auf der Basis der Erkrankung oder Behinderung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotentials oder der Rückbildungsfähigkeit. Dabei ist der positive wie negative Einfluss des sozialen wie persönlichen Lebenshintergrundes (umwelt- und personbezogenen Faktoren) einzubeziehen. Ein besonderes Augenmerk gilt der Motivation der Patientin oder des Patienten mit Blick auf die Verstärkung von Ressourcen (z. B. Einstellungen zu den krankheits- und behinderungsbedingten Auswirkungen, Bewältigungsstrategien) wie auch einer möglichen Verminderung negativ wirkender Kontextfaktoren (z. B. Risikofaktoren).

VI. Zuweisungsempfehlungen

14 A. - C. Empfohlene Rehabilitationsform, inhaltliche Schwerpunkte/Indikationen und weitere Bemerkungen/Begründungen

Dieser Unterabschnitt beinhaltet Angaben zur empfohlenen Rehabilitationsform, also ob die Leistung z. B. ambulant, stationär, als Mütter-/Väter-Leistung

oder als geriatrische Rehabilitation erbracht werden soll. Bei der Verordnung einer Mütter-/Väter-Leistung bzw. Mutter-/Vater-Kind-Leistung sind die für diese relevanten Kontextfaktoren in Abschnitt II. H besonders darzustellen. Für die Verordnung einer medizinischen Vorsorgeleistung (nicht Rehabilitation) für Mütter oder Väter nach § 24 SGB V ist das Muster 61 Teil B-E nicht zu verwenden. Hierfür wird ein gesonderter Verordnungsvordruck das Muster 64 zur Verfügung gestellt.

Zudem ist unter B die Angabe zu inhaltlichen Schwerpunkten/Indikationen der Rehabilitation, wie z. B. orthopädisch oder kardiologisch anzugeben. Bei der Zuweisung in die geriatrische Rehabilitation sind die besonderen Anforderungen unter **3** und **7** zu beachten.

Unter C soll die Vertragsärztin / der Vertragsarzt Angaben dazu machen, welche Anforderungen die Rehabilitationseinrichtung, in der die Leistung zur medizinischen Rehabilitation erfolgen soll, erfüllen soll.

Falls es sich bei dem/der Versicherten um eine(n) pflegende(n) Angehörige(n) handelt, ist dies ebenfalls unter C anzugeben, um unter anderem die Durchführung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation in stationärer Form zu begründen.

VII. Sonstige Angaben

15 Die beantragte Leistung

In diesem Unterabschnitt ist ggf. die Frage zu beantworten, ob die beantragte Leistung zur medizinischen Rehabilitation vor Ablauf der gesetzlich festgelegten Wartefrist von vier Jahren zwischen zwei Rehabilitationsleistungen medizinisch notwendig ist. Dies kann der Fall sein, wenn eine andere Krankheit die Rehabilitation begründet oder infolge einer zwischenzeitlichen Verschlimmerung der rehabilitationsbegründenden Erkrankung erneut eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation indiziert ist. In jedem Fall müssen eine solche Maßnahme und ihre Dringlichkeit gesondert begründet werden. Für Kinder vor dem vollendeten 18. Lebensjahr findet die gesetzliche Wartefrist von 4 Jahren keine Anwendung.



Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

Name, Vorname des Versicherten	Kostenübernahme	Versicherter Nr.
--------------------------------	-----------------	------------------

61 Teil E

VIII. Inhalt der abgegebenen Einwilligungserklärungen und Angaben der/des Versicherten

A. Erteilte Einwilligungserklärungen

1. Einwilligung der/des Versicherten zur Übermittlung der gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes an die verordnende Vertragsärztin / den verordnenden Vertragsarzt wurde erteilt.

☐ ja ☐ nein

2. Einwilligung der/des Versicherten zur Übermittlung der Leistungsentscheidung der Krankenkasse an Angehörige und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen wurde erteilt.

☐ ja ☐ nein

Hinweis zur Datenübermittlung und zum Widerrufsrecht

Die Einwilligung in die Übermittlung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben nach § 40 Abs. 3 Satz 8 SGB V. Die erteilten Einwilligungen können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft bei ihrer Krankenkasse oder der verordnenden Ärztin / dem verordnenden Arzt widerrufen werden.

Für das Ausstellen der ärztlichen
Verordnung (Teil B-E)
ist die Nr. 01611 EBM berechnungsfähig

Datum

T T M M J J

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

B. Angaben der/des Versicherten

Vor der Weiterleitung des Vordrucks an die Krankenkasse von der/dem Versicherten auszufüllen,
sofern die Einwilligung unter VIII. A. 2. erteilt wurde.

Angaben durch die Versicherte/den Versicherten zu Angehörigen und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen, denen die Leistungsentscheidung durch die Krankenkasse übermittelt werden soll (VIII. A. 2.).

Name, Vorname

PLZ

Ort

Straße, Haus-Nr.

Name, Vorname

PLZ

Ort

Straße, Haus-Nr.

Name, Vorname

PLZ

Ort

Straße, Haus-Nr.

Datum

T T M M J J

Unterschrift der oder des Versicherten
(des gesetzlichen Vertreters,
des Betreuers, des Bevollmächtigten)

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 61 Teil Ea (7/2020)



Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

16 Die zeitweise Entlastung und Distanzierung

Hier ist ein Kreuz zu setzen, wenn eine zeitweilige Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld und damit eine wohnortferne Maßnahme notwendig ist, um die Rehabilitationsziele zu erreichen.

17 Im Falle einer ambulanten Rehabilitation

Dieser Unterabschnitt ist anzukreuzen, wenn die häusliche Versorgung im Falle einer ambulanten Rehabilitation gesichert ist.

18 Reisefähigkeit

Mit dieser Frage wird die Reisefähigkeit der Patientin / des Patienten erfasst. Können z. B. öffentliche Verkehrsmittel, mit denen die Patientin / der Patient die Einrichtung erreichen kann, benutzt werden? Sind ein PKW und/oder eine Begleitperson erforderlich?

19 Versorgung der/des Pflegebedürftigen während der stationären Rehabilitation der/des pflegenden Angehörigen

In diesem Unterabschnitt sind Angaben zur möglichen Versorgung der/des Pflegebedürftigen während der stationären Rehabilitation des pflegenden Angehörigen zu machen. Sofern die Mitaufnahme der/des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung, d.h. der Reha-Einrichtung oder die Koordination einer Versorgung des Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung (z. B. Kurzzeitpflege) durch die Krankenkasse und Pflegekasse gewünscht wird, ist dies anzugeben. Sprechen medizinische Gründe gegen die Mitaufnahme des Pflegebedürftigen in der Reha-Einrichtung, sind diese unter „Sonstiges“ anzugeben. Dies kann beispielsweise bei schweren Erschöpfungssyndromen oder depressiven Störungen des pflegenden Angehörigen der Fall sein, bei denen eine räumliche/örtliche Distanzierung vom sozialen Umfeld für eine positive Rehabilitationsprognose notwendig erscheint.

20 Sonstiges / Rückruf erbeten unter

In diesem Unterabschnitt können besondere Hinweise gegeben werden, wie z. B. zur Reisefähigkeit, zum Bestehen einer Schwangerschaft oder wenn Anhaltspunkte bei der oder dem Versicherten erkennbar sind, dass weitere Bedarfe an Leistungen zur Teilhabe bestehen, die über die medizinische Rehabilitation hinausgehen (z. B. Leistungen zur sozialen Teilhabe oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben). Die Krankenkasse greift diese zur frühzeitigen Bedarfserkennung auf. Zudem hat hier die Vertragsärztin/der Vertragsarzt die Möglichkeit, die Krankenkasse um Rückruf zu bitten.

VIII. Inhalt der abgegebenen Einwilligungserklärungen und Angaben der/des Versicherten

21 A. Erteilte Einwilligungserklärungen

Im Rahmen der Verordnung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation hat die Verordnerin oder der Verordner die oder den Versicherten über die Möglichkeit der Einwilligung zur Übermittlung der im Einzelfall vorzunehmenden gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes an die Verordnerin oder den Verordner zu informieren. Die Informationspflicht bezieht sich zudem auf die Möglichkeit der Einwilligung der oder des Versicherten zur Übermittlung der Krankenkassenentscheidung an ihre oder seine Angehörigen oder Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen. Der Inhalt der abgegebenen Einwilligungen der oder des Versicherten ist durch die Angabe unter Punkt 1 und 2 zu übermitteln.

22 B. Angaben der/des Versicherten

Sofern die oder der Versicherte die Einwilligung nach Punkt VIII. A. 2. positiv vornimmt, ist darauf hinzuweisen, dass vor einer Weitergabe der Verordnung durch die oder den Versicherten konkrete Angaben zu den Angehörigen und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen vorzunehmen sind, an die die Entscheidung der Krankenkasse übermittelt werden soll. Die jeweiligen Angaben sind durch die oder den Versicherten auf dem Muster 61 vorzunehmen und durch seine Unterschrift zu bestätigen.



Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

Funktionstests

Anlage I: Übersicht der Funktionstests (zu Punkt 7 C. „Bei geriatrischer Rehabilitation“)

Entnommen ist diese Übersicht aus den Unterlagen zum Beschluss des G-BA zur Änderung der Rehabilitations-Richtlinie vom 16.12.2021 (BAz AT 16.02.2022 B3).

Schädigungsbereich	Muster 61	Funktionstest	Interpretation	Dokumentation & Bezugsweg
Mentale Funktionen	MMST	Mini Mental Status Test	24 bis 30 Punkte: keine oder leichte kognitive Funktionseinschränkung, 17 bis 23 Punkte: mittlere kognitive Funktionseinschränkung, 0 bis 16 Punkte: schwere kognitive Funktionseinschränkung	https://kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Documents/mmse.pdf
	GDS 15	Geriatrische Depressions-Skala	0 bis 5 Punkte: unauffällig, ≥ 6 Punkte: depressive Störung wahrscheinlich	https://kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Documents/gds.pdf
	Uhrentest	Uhrentest nach Watson	Fehler in den Quadranten I bis III: je 1 Fehlerpunkt, Fehler im Quadranten IV: 4 Fehlerpunkte, ab 4 Fehlerpunkten Interpretation als auffällige Einschränkungen	https://kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Documents/cct.pdf
Sinnesfunktionen und Schmerz	Schmerzskala	Visuelle Analogskala für Schmerzintensität <u>oder</u> Numerical Pain Rating Scale	0 (keine Schmerzen) bis 10 (stärkster vorstellbarer Schmerz)	Die NRS Schmerz Skala reicht von 0 (keine Schmerzen) bis 10 (stärkster vorstellbarer Schmerz). Aufgrund ihrer Einfachheit gibt es eine Vielzahl an Ausführungen. Numerische Schmerzskala: https://kcgeriatrie.de/Info-Service_Geriatrie/Documents/nrs.pdf Visuelle Analogskala: https://kcgeriatrie.de/Info-Service_Geriatrie/Documents/vas.pdf
Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems	Ergo	Ergometrie in Watt	deutliche Abweichung vom alters- und geschlechtsspezifischen Normwert	Die Ergebnisdokumentation erfolgt in Abhängigkeit des zur Anwendung kommenden Gerätes in unterschiedlicher Form.
	FEV1+VK	Spirometrie	deutliche Abweichung vom alters- und geschlechtsspezifischen Normwert	Die Ergebnisdokumentation erfolgt in Abhängigkeit des zur Anwendung kommenden Gerätes in unterschiedlicher Form.



Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

Schädigungsbereich	Muster 61	Funktionstest	Interpretation	Dokumentation & Bezugsweg
	NYHA	New York Heart Association	NYHA I (asymptomatisch), NYHA II (leicht), NYHA III (mittelschwer), NYHA IV (schwer)	keine Angaben
Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen	TUG und Chair-Rise	Timed „Up & Go“ in Verbindung mit Chair-Rise	TUG: ≤ 10 Sekunden: Alltagsmobilität uneingeschränkt, 11 bis 19 Sekunden: geringe Mobilitätseinschränkung, i.d.R. noch ohne Alltagsrelevanz, 20 bis 29 Sekunden: abklärungsbedürftige, funktionell relevante Mobilitätseinschränkung, ≥ 30 Sekunden: ausgeprägte Mobilitätseinschränkung, i.d.R. Interventions- / Hilfsmittelbedarf Chair-Rise: Werte über 12 Sekunden: erhöhte Sturzgefahr	TUG: https://kcgeriatrie.de/Assessments in der Geriatric/Documents/tug.pdf Chair-Rise: https://kcgeriatrie.de/Assessments in der Geriatric/Documents/chair-stand%20up.pdf
	DEMMI	de Morton Mobilitäts Index	Höhere Scores bedeuten einen höheren Mobilitätsgrad. Der geringste klinisch relevante Unterschied wird mit 10 Punkten angegeben.	https://kcgeriatrie.de/Info-Service_Geriatrie/Documents/assessment_demmi.pdf
	Tinetti	Motilitätstest nach Tinetti	unter 20 Punkten: erhöhtes Sturzrisiko, unter 15 Punkte: deutlich erhöhtes Sturzrisiko	https://kcgeriatrie.de/Assessments in der Geriatric/Documents/tinetti-test.pdf
	Handkraft	Handkraft in kPa	deutliche Abweichung vom alters- und geschlechtsspezifischen Normwert; deutliche Seitendifferenz	https://kcgeriatrie.de/Assessments in der Geriatric/Documents/handkraft.pdf



**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

GERIATRISCHE REHABILITATION





**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

Geriatrische Rehabilitation

✓ Rehabilitationskriterien- Indikation

✓ geriatrietypische Multimorbidität:

- ✓ auf eine geriatrische Rehabilitandin oder einen geriatrischen Rehabilitanden weisen neben der rehabilitationsbegründenden Diagnose eine geriatrietypische Multimorbidität und ein Lebensalter von 70 Jahren oder älter hin**
- ✓ für diesen Personenkreis wird die medizinische Erforderlichkeit einer geriatrischen Rehabilitation nicht überprüft**
- ✓ auch bei einem Lebensalter zwischen 60 und 70 Jahren und erheblich ausgeprägter geriatrietypischer Multimorbidität ist häufig von besseren Erfolgsaussichten bei Durchführung einer geriatrischen Rehabilitation auszugehen → unter ausgeprägter geriatrietypischer Multimorbidität werden neben der rehabilitationsbegründenden Diagnose mindestens drei weitere geriatrietypische Diagnosen verstanden**
- ✓ Besonderheiten: u.a. eine an den erhöhten pflegerischen Unterstützungsbedarf angepasste Intensität aller rehabilitativen und pflegerischen Maßnahmen**



Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt

Geriatrische Rehabilitation

✓ Geriatrietypische Diagnosen

Anlage II Liste der geriatrietypischen Diagnosen zu Punkt ③

Entnommen ist diese Liste aus den Tragenden Gründen zum Beschluss des G-BA zur Änderung der Rehabilitations-Richtlinie vom 16.12.2021 ([BAnz AT 16.02.2022 B3](#)).

Geriatrietypisch sind insbesondere folgende Erkrankungen:

- Demenz und leichte kognitive Störungen F00-03, F06.7
- Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt F05.-
- Sehstörung, Blindheit und Sehbeeinträchtigung H53.-, H54.-
- Hörverlust durch Schallleitungs- oder Schallempfindungsstörungen H90.-
- Depressive Episoden und anhaltende affektive Störungen F32.-, F34.
- Andere Angststörung F41.-
- Dekubitalgeschwür und Druckzone L89.-
- Ulcus cruris L97
- Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz R52.1
- Sonstiger chronischer Schmerz R52.2
- Sensibilitätsstörungen der Haut R20.-
- Harninkontinenz R32
- Sturzneigung R29.6
- Schwindel und Taumel R42
- Fehl- und Mangelernährung R63.6
- Dysphagie R13.-
- Senilität R54 (Frailty-Syndrom)
- Muskelschwund und -atrophie M62.5- (Sarkopenie)
- Immobilität R26.3 (Angewiesensein auf (Kranken-)Stuhl, Bettlägerigkeit)
- Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes E87.8



**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

Geriatrische Rehabilitation

- ✓ **Rehabilitationsfähigkeit**
 - ✓ in der geriatrischen Rehabilitation kann „passgenau“ auf die umfänglicheren Unterstützungsbedarfe multimorbider älterer Menschen und deren oftmals eingeschränkte physische und psychische Belastbarkeit für die Maßnahme reagiert werden
 - ✓ bestehende Pflegebedürftigkeit ist bei diesen häufig Ausdruck ihrer Teilhabebeeinträchtigungen und schließt weder Rehabilitationsfähigkeit noch eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation nicht aus
 - ✓ Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit darf aber nicht (mehr) bestehen, d. h. folgende Kriterien sind erfüllt:
 - ✓ Stabilität der Vitalparameter
 - ✓ Fähigkeit zur mehrmals tägl. aktiven Teilnahme an rehabilitativen Maßnahmen (ohne Zeitangabe)
 - ✓ Schädigungen von Körperfunktionen und -strukturen und typische Komplikationen müssen die aktive Teilnahme an rehabilitativen Maßnahmen mehrmals täglich erlauben und können in einer geriatrischen Rehabilitationseinrichtung angemessen behandelt werden



Geriatrische Rehabilitation

- ✓ **Rehabilitationsziele**
 - ✓ bei der Formulierung individueller, alltagsrelevanter, realistischer Rehabilitationsziele sind bedeutsame Kontextfaktoren zu beachten.
 - ✓ entsprechende Ziele können beispielsweise sein:
 - ✓ Verbesserung der Steh-/Gehfähigkeit, um sich in der Wohnung wieder bewegen zu können
 - ✓ Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit, um Gespräche führen zu können
 - ✓ Verbesserung der Sitzstabilität und -dauer zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben
 - ✓ Verbesserung der Tagesstrukturierung zur Gewährleistung zeitgerechter Medikamenten- und Nahrungsaufnahme
 - ✓ Reduzierung des Bedarfs an Fremdhilfe
 - ✓ hierbei kann selbst das Erreichen kleinschrittiger Rehabilitationsziele im Einzelfall eine deutlich selbstbestimmtere Lebensführung, eine umfänglichere Teilhabe und darüber hinaus den Verbleib im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld bewirken



**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

Geriatrische Rehabilitation

✓ Formen

- ✓ **geriatrische Rehabilitation in ambulanten, durch mobile oder in stationären Rehabilitationseinrichtungen wird nur in einem Teil der Bundesländer erbracht**
- ✓ **in einzelnen Bundesländern stehen keine Angebote für die geriatrische Rehabilitation nach § 40 SGB V in Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung → die rehabilitative Versorgung dieser Patienten erfolgt im Rahmen der geriatrischen Frührehabilitation im Krankenhaus**
- ✓ **die Gutachterin oder der Gutachter hat bei der Begutachtung allein aus sozialmedizinischer Sicht zu bewerten, mit welcher Strategie und damit Durchführungsart die individuellen Rehabilitationsziele am besten zu erreichen sind, unabhängig von den vorhandenen Versorgungsstrukturen**



**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

SINGER-PROFIL





**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

Singer-Profil

- ✓ die Darlegung der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe erfolgt mit dem SINGER-Patientenprofil (SPP). Dabei sind die ohne die Durchführung der beantragten Anschlussbehandlung längerfristig (> 6 Monate) drohenden oder bestehenden alltagsrelevanten Beeinträchtigungen zu dokumentieren
- ✓ das SINGER-Patientenprofil wurde aus dem SINGER-Assessment abgeleitet



Singer-Profil

- ✓ „Anlage II Funktionstests im Rahmen der Verordnung von geriatrischer Rehabilitation im Muster 61 Für die gemäß § 15 Absatz 2 durchzuführenden Funktionstests gelten folgende Voraussetzungen:
- ✓ die aus den Diagnosen resultierenden Schädigungen sind mit mindestens zwei Funktionstests aus unterschiedlichen Schädigungsbereichen nachzuweisen
- ✓ es sollen die Funktionstests gewählt werden, die die Schädigungen medizinisch am besten abbilden
- ✓ einer der Funktionstests hat für die rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnose zu erfolgen
- ✓ das Ergebnis der Funktionstests soll nicht älter als 6 Wochen sein
- ✓ die Ergebnisse der Funktionstests sind im Verordnungsformular Muster 61 einzutragen



Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

Singer Profil

SINGER Patientenprofil								
ICF	ITEM	Professionelle Hilfe		Laienhilfe		selbständig		Punkte
		Total	Kontakt- hilfe	Kontakt- hilfe	Assistenz	Mit HiMi	Ohne HiMi	
Domäne		0	1	2	3	4	5	
Selbstversorgung	Essen, Trinken						x	5
	An- und Ausziehen						x	5
	Persönliche Hygiene						x	5
	Waschen, Duschen						x	5
	Stuhlkontrolle						x	5
	Harnkontrolle						x	5
	Toilettengang						x	5
Mobilität	Transfer						x	5
	Rollstuhlnutzung						x	5
	Gehen						x	5
	Treppensteigen						x	5
Kommunikation	Hörverstehen						x	5
	Sprechen						x	5
Lernen & Wissen anwenden	Lesen & verstehen						x	5
	Schreiben						x	5
allg. Aufgaben & Anforderungen	Orientierung/Gedächtnis						x	5
	Dauerkonzentration						x	5
	Planen & Probleme lösen						x	5
sozial Interaktion	Soziales Verhalten						x	5
häusliches Leben	Haushaltsführung						x	5
Gesamtscore								100

Quelle: <https://www.singer-assessment.de/singer-patientenprofil/>



Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt

Singer-Profil

- ✓ Kategorien:
 - ✓ professionelle Hilfe:
 - ✓ nur im Rahmen der Therapie, also im therapeutischen Kontext, leistbar
 - ✓ „Total“ bedeutet, dass der Patient zu keinerlei Leistung/Interaktion in der Lage und demnach von professioneller Hilfe vollständig abhängig ist
 - ✓ „Kontakthilfe“ bedeutet, dass ausschließlich im therapeutischen Kontext nutzbare, beginnende Aktivitäten durch den Patienten möglich sind, welche jedoch außerhalb der Therapie noch keine Alltagsrelevanz erreichen
 - ✓ Laienhilfe:
 - ✓ auch außerhalb von Therapiesituationen durch unterwiesene Helfer zu leisten
 - ✓ „Kontakthilfe“ bedeutet hier, dass der Helfer den Patienten aktiv unterstützt, zumeist durch Körperkontakt bzw. aktive Interaktion durch den Helfer
 - ✓ „Assistenz“ bedeutet, dass der Patient die geforderte Leistung selbst erbringt, er jedoch noch beaufsichtigt werden muss und Hilfsmittel ggf. angereicht bzw. zurechtgelegt werden müssen



Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt

Singer-Profil

- ✓ Kategorien:
 - ✓ selbständig:
 - ✓ der Patient ist vollständig unabhängig von personeller Hilfe
 - ✓ mit „Hilfsmittel“ (HiMi) bedeutet, dass der Patient mit selbst genutzten Hilfsmitteln selbständig ist
 - ✓ „Ohne HiMi“ bedeutet, dass er die entsprechende Leistung wie ein gleichaltrig Gesunder ohne Hilfsmittel erbringen kann
 - ✓ Hinweis: sollte im Einzelfall die Entscheidung zwischen zwei Leistungsstufen nicht möglich sein, so sollte die jeweils niedrigere Leistungsstufe gewählt werden → damit wird verhindert, dass ein Patient, welcher fälschlicherweise zu gut eingeschätzt wurde, den notwendigen Unterstützungsbedarf nicht erhält



**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

SOZIALMEDIZINISCHE BEURTEILUNG





**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

Sozialmedizinische Begutachtung und Beurteilung

- ✓ **BGA Vorsorge und Rehabilitation**
 - ✓ die wichtigste Grundlage der Begutachtung von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen in der GKV und für die Medizinischen Dienste und die KK verbindlich
 - ✓ Grundlage für eine sachgerechte sozialmedizinische Beurteilung der Indikation zu einer Vorsorge- und Rehabilitationsleistung zur Verfügung und gibt Hinweise für die Allokation (Zuweisung)
 - ✓ umfasst die gutachterlichen Hinweise zu den Modalitäten (medizinisches Profil, Form der Durchführung, Dauer und Dringlichkeit) der Leistungserbringung



**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

Sozialmedizinische Begutachtung und Beurteilung

- ✓ für die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst sollten möglichst viele aussagekräftige Befunde und Informationen vorliegen
- ✓ die Krankenkassen fordern diese Unterlagen, zum Beispiel Befundberichte, zu Händen des Medizinischen Dienstes an



**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

Sozialmedizinische Begutachtung und Beurteilung

- ✓ **Kriterien allgemein:**
 - ✓ **Rehabilitationsbedürftigkeit**
 - ✓ **Rehabilitationsfähigkeit und -belastbarkeit**
 - ✓ **Rehabilitationspotential und -prognose**



Sozialmedizinische Begutachtung und Beurteilung

✓ Inhalt:

- ✓ **Anamnese und Sozialanamnese (Familien-, Eigenanamnese, biografische Anamnese)**
- ✓ **Arbeits- und Sozialanamnese**
- ✓ **klinischer Befund**
- ✓ **medizinisch-technische Untersuchungen**
- ✓ **gegebenenfalls zu berücksichtigende Fremdbefunde**
- ✓ **Leistungsrelevante Diagnosen**
- ✓ **medizinische Epikrise**
- ✓ **sozialmedizinische Leistungsbeurteilung/ Beurteilung -> Unterschiede ob Rehabilitation über die Krankenkasse oder beispielsweise den Rentenversicherungsträger beantragt wird**



Sozialmedizinische Voraussetzungen für medizinische Rehabilitation

- ✓ **Reha-Bedürftigkeit:**
 - ✓ 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



Sozialmedizinische Voraussetzungen für medizinische Rehabilitation

- ✓ **Reha-Bedürftigkeit:**
 - ✓ **Funktions- und Fähigkeitseinschränkungen**
 - ✓ **Risikokonstellation/ Multimorbidität**
 - ✓ **Arbeitsunfähigkeitszeiten**
 - ✓ **bisherige Therapie, Therapieoptionen, erforderliche Koordination**
 - ✓ **ggf. spez. Schulungsbedarf**
 - ✓ **Probleme bei der Krankheitsbewältigung**



Sozialmedizinische Voraussetzungen für medizinische Rehabilitation

- ✓ **Reha-Belastbarkeit:**
 - ✓ **bezieht sich auf körperliche und psychische Verfassung des Versicherten als Voraussetzung zur Teilnahme an medizinischer (beruflicher) Rehabilitation**
 - ✓ **bspw. Versicherter muss allein mit öffentlichen Verkehrsmitteln anreisen und an der Maßnahme aktiv teilnehmen können (dies bei Reha über den Rentenversicherungsträger wichtig)**
 - ✓ **Besonderheiten der Anschlussrehabilitation sind angemessen zu berücksichtigen**



Sozialmedizinische Voraussetzungen für medizinische Rehabilitation

- ✓ **Reha-Fähigkeit:**
 - ✓ **Patienten sind rehabilitationsfähig, wenn sie aufgrund ihrer somatischen und psychischen Verfassung die für die Durchführung und Mitwirkung bei der Leistung zur medizinischen Rehabilitation notwendige Belastbarkeit besitzen**
 - ✓ **bezieht sich auf den medizinischen Sachverhalt, der durch Rehabilitation gebessert werden soll**
 - ✓ **Rehabilitationsfähiges Grundleiden**
 - ✓ **Begleiterkrankungen, welche die Fähigkeit zur Teilnahme an einer Rehabilitation beeinflussen (bspw. Sucht)**
 - ✓ **noch offene therapeutische Optionen, die die bisherigen Maßnahmen ergänzen (ausstehende Akutbehandlung)**



Sozialmedizinische Voraussetzungen für medizinische Rehabilitation

- ✓ **Reha-Potential**
 - ✓ **Rehabilitationsziele möglichst konkret und realistisch (z.B. Gehen kurzer Strecken, Bett-Rollstuhl-Transfer, selbstständiges Essen, eigenständige Intimhygiene)**
 - ✓ **diese Ziele sollten mit dem Versicherten und ggf. den Angehörigen abgestimmt sein (weichen die Ziele des Versicherten ab, sollte dies benannt werden)**
 - ✓ **Besserungsfähigkeit des medizinischen Sachverhaltes durch Rehabilitation**
 - ✓ **mentales Potential des Betroffenen**
 - ✓ **Prüfung komplexer Rehabilitationsansätze**



Sozialmedizinische Voraussetzungen für medizinische Rehabilitation

- ✓ **Positive Reha-Prognose**
 - ✓ **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, insbesondere der Motivation der oder des Versicherten zur Rehabilitation, oder der Möglichkeit der Verminderung negativ wirkender Kontextfaktoren**
 - ✓ **über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels oder festgelegter Rehabilitationsziele durch eine geeignete Leistung zur medizinischen Rehabilitation in einem notwendigen Zeitraum**



Sozialmedizinische Voraussetzungen für medizinische Rehabilitation

- ✓ **Positive Reha-Prognose**
 - ✓ **Stabilisierung des Leistungsvermögens**
 - ✓ **Vermeidung/Verzögerung der Pflegebedürftigkeit muss mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erreichbar sein**
 - ✓ **ohne positive Reha-Prognose ist eine Leistungsübernahme nicht möglich**



**Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt**

BEISPIELE





Beispiel 1

- ✓ **Antrag auf orthopädische Rehabilitation aufgrund von chronischer Rückenschmerzen seit 5 Jahren durch den Hausarzt. Als Diagnose wird Schmerzen der Lendenwirbelsäule angegeben.**
- ✓ **bisher einmalig Manuelle Therapie 2019, sonst keine Heilmitteltherapien in Leistungsdatei der KK ersichtlich**
- ✓ **bisher auch keine anderen Maßnahmen, bspw. Reha- Sport**
- ✓ **bisher keine stationären Rehabilitationen**
- ✓ **keine weiteren rehabilitationsrelevanten Nebendiagnosen,**
- ✓ **Muster 61 ohne gravierende Einschränkungen in Aktivität/ Teilhabe**

Reha ja oder nein?



Beispiel 2

- ✓ **Akuter Schlaganfall - Hirnstamminfarkt, NIHSS niedrig (geringe Einschränkungen bei Entlassung aus dem Krankenhaus)**
- ✓ **Barthel Index von 90**
- ✓ **Störungen der Krankheitsverarbeitung, depressive Verstimmung, leichte Gleichgewichtsstörungen, Konzentrationsstörungen und leichte Dysarthrie**
- ✓ **Aktivität und Teilhabe nicht beurteilbar, da als AHB beantragt aus Krankenhaus, verfügbar ist der ärztliche Befundbericht**

Reha ja / nein und ggf. welche Phase?



Beispiel 3

- ✓ **Versicherte 80 Jahre alt**
- ✓ **KHK, leichte Herzinsuffizienz, COPD, keine Ruhedyspnoe, Schmerzen im Bereich der LWS und Hüftgelenke,**
- ✓ **verminderte Gehstrecke**
- ✓ **Zunahme der Beschwerden seit 6 Monaten**
- ✓ **keine kognitiven Einschränkungen**
- ✓ **Antrag durch den Hausarzt**
- ✓ **Assessments werden nicht angegeben**
- ✓ **Versicherte lebt bisher allein in eigener Wohnung und wird durch Angehörige unterstützt, bisher kein Pflegegrad, keine Rehabilitation, keine Heilmittel**

Reha ja/nein- welche Rehaform? Ambulant/ stationär



Beispiel 4

- ✓ **Antrag auf psychosomatische Rehabilitation bei Depression, aktuell schwere depressive Episode**
- ✓ **zudem laut Antrag Suchtmittelkonsum (Alkohol, Amphetamine)**
- ✓ **aktuell keine Karenz**
- ✓ **bisher keine psychiatrische Mitbetreuung**

Reha ja oder nein?

4. Medizinische Vorsorgeleistungen



Vorsorgeleistungen § 23 SGB V

- ✓ **Vorsorgeleistungen nach § 23 SGB V sind indiziert bei Vorliegen von:**
 - ✓ **Vorsorgebedürftigkeit**
 - ✓ **Vorsorgefähigkeit**
 - ✓ **ausreichende physische und psychische Belastbarkeit**
 - ✓ **realistischen Vorsorgezielen**
 - ✓ **positiver Vorsorgeprognose**
 - ✓ **medizinisch begründete Wahrscheinlichkeit, die genannten Ziele zu erreichen (Berücksichtigung notwendig, inwieweit sich negativ wirkende Kontextfaktoren (beispielsweise fehlende Motivation) durch die Maßnahme positiv beeinflussen lassen**



Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

Medizinische Vorsorge

- ✓ **Vorsorgebedürftigkeit liegt vor, wenn die zum Antragsverfahren mitgeteilten Informationen zum Gesundheitsproblem erkennen lassen, dass**
 - ✓ **über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz erforderlich ist, weil ambulante wohnortnahe Maßnahmen zur Vermeidung der beschriebenen Gesundheitsproblematik nicht geeignet sind, da**
 - ✓ **sie mit hoher Wahrscheinlichkeit in absehbarer Zeit zu einer Krankheit führen werden oder**
 - ✓ **dem Fortschreiten der Krankheit entgegengewirkt werden soll oder**
 - ✓ **voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorliegen, durch die in absehbarer Zeit Beeinträchtigungen der Teilhabe drohen oder bereits bestehen**



Vorsorgeleistungen § 23 SGB V – Bsp. Kinder und Jugendliche

- ✓ **Ambulante Vorsorgeleistungen am Kurort für Kinder und Jugendliche**
 - ✓ **Kinder mit häufigen Infekten (>10 Infekte/Jahr)**
 - ✓ **Stärkung der Kondition und Steigerung der Abwehrkräfte**
 - ✓ **Nutzung heilklimatischer Faktoren**
 - ✓ **nur in Begleitung erwachsener Bezugspersonen (Motivation)**
 - ✓ **Definition „chronisch kranke Kleinkinder“**
 - ✓ **Zuschuss über Krankenkasse (Satzung)**



Vorsorgeleistungen § 23 SGB V - Bsp. Kinder und Jugendliche

- ✓ **Stationäre Vorsorgeleistungen für Kinder und Jugendliche**
 - ✓ **primärpräventive Zielsetzung**
 - ✓ **Risikofaktoren**
 - ✓ **psychosoziale Problemkonstellationen**
 - ✓ **sekundärpräventive Zielsetzung**
 - ✓ **Verhaltensabweichungen**
 - ✓ **Neigung zu rezidivierenden Erkrankungen**
 - ✓ **Vermeidung von Rezidiven somatischer Erkrankungen**
 - ✓ **Verhinderung einer Verschlimmerung chronischer Erkrankungen**



Medizinische Vorsorge und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter (§§ 24 und 41 SGB V)

- ✓ **Indiziert, wenn**
 - ✓ **Vorsorge-/Rehabilitationsbedürftigkeit,**
 - ✓ **Vorsorge-/Rehabilitationsfähigkeit,**
 - ✓ **realistische , alltagsrelevante Vorsorge-/Rehabilitationsziele und**
 - ✓ **eine positive Vorsorge-/Rehabilitationsprognose**

festgestellt worden sind



Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

Medizinische Vorsorge und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter (§§ 24 und 41 SGB V)

- ✓ Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 24 SGB V sind im Zusammenhang mit der aktuell vorliegenden Erziehungsverantwortung indiziert, wenn
 - ✓ die zum Antragsverfahren mitgeteilten Informationen zur aktuellen Lebenssituation erkennen lassen, dass ambulante wohnortnahe Maßnahmen zur Vermeidung der beschriebenen Gesundheitsstörung nicht geeignet sind und mit hoher Wahrscheinlichkeit in absehbarer Zeit zu einer Krankheit führen werden (primär-präventiver Ansatz)
 - ✓ eine mehrdimensional und interdisziplinäre Intervention erforderlich ist, um die Gesundheitsprobleme auf dem Boden einer mütter-/vaterspezifische Problematik zu mindern oder dem Fortschreiten der Krankheit entgegenzuwirken. Andernfalls könnten nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe drohen (sekundär-präventiver Ansatz)



Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

Medizinische Vorsorge und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter (§§ 24 und 41 SGB V)

- ✓ mit primärpräventivem Ansatz lassen sich Risikofaktoren erkennen oder
- ✓ es liegen Gesundheitsstörungen vor, wie z. B.
 - ✓ Erschöpfungssyndrom (Burn-out-Syndrom)
 - ✓ unspezifische muskuloskeletale Beschwerden
 - ✓ Anpassungsstörung
 - ✓ Unruhe- und Angstgefühle
 - ✓ depressive Verstimmung
 - ✓ Schlafstörungen
 - ✓ Kopfschmerzen
 - ✓ Unter-/Über-/Fehlernährung
 - ✓ funktionelle Magen-Darm-Probleme
 - ✓ funktionelle Sexualstörungen,
- ✓ die in absehbarer Zeit zu einer Krankheit führen können



Medizinische Vorsorge und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter (§§ 24 und 41 SGB V)

- ✓ mit sekundärpräventivem Ansatz sind indiziert, wenn
 - ✓ bereits (chronische) Krankheiten mit Schädigungen von Struktur und Funktion vorliegen, länger dauernde oder bleibende Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder Teilhabe aber noch nicht eingetreten sind und (weiterhin) vermieden werden sollen

und

- ✓ wenn über die kurative Versorgung hinaus der komplexe Ansatz (interdisziplinär und mehrdimensional) einer Vorsorgeleistung erforderlich ist



Medizinische Vorsorge und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter (§§ 24 und 41 SGB V)

- ✓ Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter nach § 41 SGB V sind indiziert, wenn
 - ✓ voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorliegen, durch die in absehbarer Zeit Beeinträchtigungen der Teilhabe drohen oder Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen
- ✓ und
 - ✓ über die kurative Versorgung hinaus der komplexe Ansatz (interdisziplinär und mehrdimensional) einer medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.



Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt

VIELEN DANK!