

Curriculum für Vertragsärzte:

Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§§92, 135 SGBV)

II B: Versorgungsangebote und Abgrenzung der Leistungen der medizinischen Rehabilitation

1. Versorgungsangebote für medizinische Rehabilitationsleistungen,
2. Abgrenzung zu anderen GKV-Leistungen,
3. Zuständigkeiten der Rehabilitationsträger und trägerspezifische Ziele

1. Versorgungsangebote für medizinische Rehabilitationsleistungen (ambulant, stationär, krankheitsgruppenspezifisch, krankheitsgruppenübergreifend)

Das Versorgungsangebot der gesetzlichen Krankenkassen zur Rehabilitation ist breit gefächert. So können Rehabilitationsleistungen sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden, ambulante und stationäre Anschlussrehabilitationen (AR) sind darin eingeschlossen. Dabei können Rehabilitationsleistungen krankheitsgruppenspezifisch, im klinischen Sprachgebrauch häufig indikationsspezifisch genannt, z.B. als kardiologische oder orthopädische Rehabilitation oder krankheitsgruppenübergreifend, z.B. als pädiatrische oder geriatrische Rehabilitation erbracht werden. Für die Zielgruppe Mütter/Väter, Mutter/Vater-Kind steht ein besonderes, ziel- und krankheitsgruppenspezifisches Rehabilitationsangebot zur Verfügung.

Im Folgenden soll dieses differenzierte Angebot der Krankenkassen genauer erläutert werden.

Die ambulante medizinische Rehabilitation bietet durch ihre wohnortnahe Erbringung den Vorteil, dass Kontextfaktoren angemessen berücksichtigt werden können. Sie ist an verschiedene Voraussetzungen gebunden. Zu nennen sind

- ausreichende Belastbarkeit
- ausreichende Mobilität
- Sicherstellung der häuslichen Versorgung
- Erreichbarkeit der Rehabilitationseinrichtung in einer zumutbaren Fahrzeit.

Für eine stationäre Rehabilitation sprechen

- Art und Ausmaß der Schädigungen oder Beeinträchtigungen der Aktivitäten, die durch ambulante Rehabilitation nicht ausreichend behandelt werden können
- stark ausgeprägte Multimorbidität, die unterschiedliche Indikationen betrifft und durch ambulante Rehabilitation nicht ausreichend behandelt werden kann
- mangelnde psychische Belastbarkeit
- Notwendigkeit pflegerischer Betreuung und ständige ärztliche Überwachung
- Notwendigkeit einer zeitweisen Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld.

Abgesehen von den vorgenannten Aspekten unterscheiden sich ambulante und stationäre Rehabilitation grundsätzlich nicht.

Ambulante Rehabilitationsleistungen können nur in den dafür von der Krankenkasse zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt werden. Auch stationäre Rehabilitations- und andere Einrichtungen z. B. Krankenhäuser können für die ambulante Erbringung zugelassen sein.

Stationäre Rehabilitationsleistungen werden ausschließlich in Rehabilitationseinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V durchgeführt.

Die krankheitsgruppenspezifische Rehabilitation orientiert sich an der Art und Lokalisation der Schädigungen von Körperstruktur und -funktion. So wird beispielsweise

zwischen einer orthopädischen, kardiologischen oder neurologischen Rehabilitation unterschieden, je nachdem welche Erkrankung rehabilitationsbegründend ist.

Die geriatrische Rehabilitation ist krankheitsgruppenübergreifend, da multiple strukturelle oder funktionelle Schädigungen bei mindestens 2 behandlungsbedürftigen Erkrankungen vorliegen. Typische Erkrankungen sind Schlaganfall, Parkinson, degenerative Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, Diabetes mellitus, Demenz (geriatrietypische Multimorbidität).

Wie die geriatrische Rehabilitation ist auch die pädiatrische Rehabilitation in der Regel krankheitsgruppenübergreifend. Auch hier stehen die Besonderheiten der Kinder und Jugendlichen gegenüber den Besonderheiten der einzelnen medizinischen Fachrichtungen im Vordergrund.

Eine krankheitsgruppenspezifische Ausrichtung ist bei einigen spezialisierten pädiatrischen Rehabilitationseinrichtungen vorhanden (z. B. Atemwegs-/Stoffwechselerkrankungen).

Für in aktueller Erziehungsverantwortung stehende Mütter/Väter besteht ein spezielles Rehabilitationsangebot. Neben der krankheitsgruppenspezifischen Ausrichtung verfolgen Leistungen nach § 41 SGB V unter Berücksichtigung der geschlechtsspezifischen Lebenszusammenhänge (Kontextfaktoren) das Ziel, den spezifischen Gesundheitsrisiken, Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe von Müttern/Vätern im Rahmen stationärer Rehabilitationsleistungen unter Einbeziehung psychologischer, psychosozialer und gesundheitsfördernder Hilfen entgegenzuwirken. Dabei handelt es sich um Angebote, bei denen neben der krankheitsgruppenspezifischen Ausrichtung insbesondere psychosoziale Problemsituationen von Familien (z. B. Partnerschafts- und Erziehungsprobleme) besonders berücksichtigt werden. Diese Leistungen können auch als Mutter/Vater-Kind Leistung erbracht werden.

Die Leistungen für Mütter und Väter sind die einzigen Rehabilitationsleistungen, die nach der Gesetzgebung ausschließlich stationär erbracht werden können.

2. Abgrenzung zu anderen GKV Leistungen

Zum Leistungsspektrum der Krankenkassen gehören neben der Rehabilitation auch die Vorsorge und die Krankenbehandlung. Es ist daher notwendig, die Indikation für diese Leistungen voneinander abzugrenzen. Im Folgenden sollen zunächst diese Leistungen definiert werden.

Definition Krankenbehandlung

Die Krankenbehandlung umfasst alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen im Rahmen ärztlicher bzw. zahnärztlicher Krankenbehandlungen und Krankenhausbehandlungen, einschließlich der Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln (§ 27 SGB V).

Definitionen Vorsorge

Der Vorsorge im Sinne des § 24 SGB V sind nach den „Gemeinsamen Rahmenempfehlungen für ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation auf der Grundlage des § 111a (alt) SGB V“ vom 12.05.1999 Leistungen der primären und sekundären Prävention zuzuordnen.

Primäre Prävention

Primäre Prävention dient der Förderung und Erhaltung der Gesundheit durch Maßnahmen wie z. B. zur gesunden Ernährung, körperlichen Aktivität, Beseitigung von Gesundheitsrisiken in umwelt- und personenbezogenem Kontext. Krankheiten liegen nicht vor: Risikofaktoren sind erkennbar. Ziele sind

- Befindlichkeitsstörungen/Regulationsstörungen der psychovegetativen Funktion und modifizierbare Risikofaktoren zu beseitigen bzw. zu vermindern, um Krankheiten zu verhüten
- dauerhaft eine gesundheitsfördernde Lebensweise zu erreichen und

- die Bereitschaft zu fördern, die am Wohnort angebotenen Hilfen (z. B. Angebote der Sportvereine, Volkshochschulen, Selbsthilfegruppen) zu nutzen, um die positive Verhaltensänderung auf Dauer zu stabilisieren.

Sekundäre Prävention

Sekundäre Prävention verfolgt das Ziel, das Fortschreiten eines Krankheitsprozesses zu verhindern bzw. dessen Umkehr zu bewirken sowie Beschwerden zu verringern. Dadurch sollen Schädigungen beseitigt bzw. verringert und Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder Teilhabe vermieden werden.

Zur Vorsorge gehören:

- ambulante ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
- ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten einschl. Kompaktkuren und
- stationäre Vorsorgeleistungen.

Die ambulante medizinische Vorsorge in anerkannten Kurorten ist eine interdisziplinäre medizinische Leistung mit primär- oder sekundärpräventiver Zielsetzung.

Die Kompaktkur ist eine interdisziplinäre ambulante Leistung, die unter ärztlicher Verantwortung koordiniert nach einem strukturierten Therapiekonzept in Gruppen mit krankheitsspezifischer Ausrichtung durchgeführt wird.

Die stationäre Vorsorge ist eine interdisziplinäre medizinische Leistung, die von einem Team unter Leitung eines qualifizierten Arztes nach individuellen Vorsorgeplänen auf der Grundlage eines Vorsorgekonzepts erbracht wird.

Reicht die ärztliche Behandlung einschließlich Maßnahmen mit präventiver Ausrichtung nicht aus oder ist sie ohne Erfolg durchgeführt worden, können bei medizinischer Notwendigkeit ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten in Betracht kommen. Unter bestimmten Voraussetzungen sind auch stationäre Vorsorgeleistungen indiziert.

Leistungen der stationären medizinischen Vorsorge werden u.a. in den Bereichen Stütz- und Bewegungsapparat, Herz-Kreislaufsystem, Atemwege und Lunge sowie Stoffwechselsystem erbracht, sofern die Leistungen der ambulanten medizinischen Vorsorge nicht ausreichen.

Rehabilitation (Tertiär-Prävention)

Die Rehabilitation ist weitestgehend identisch mit dem Begriff der Tertiärprävention.

Die Rehabilitation im Sinne des § 41 SGB V ist darauf gerichtet, eine drohende Beeinträchtigung der Teilhabe nach ICF abzuwenden bzw. eine bereits eingetretene Beeinträchtigung der Teilhabe zu beseitigen, zu vermindern oder deren Verschlimmerung zu verhüten. Rehabilitation schließt unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen zwischen den Gesundheitsproblemen einer/s Versicherten sowie den individuellen Kontextfaktoren alle geeigneten Maßnahmen ein, die eine Beeinträchtigung der Aktivitäten oder der Teilhabe der/s Versicherten beheben oder reduzieren.

Der Unterschied:

Solange Diagnostik oder eine Behandlung auf der Schädigungsebene, d.h. auf der Ebene des erkrankten Organs, indiziert ist, kommt die Krankenbehandlung in Frage.

Bei Sekundärprävention im Rahmen von Vorsorgeleistungen ist zwar eine Krankheit bereits manifest (ggf. chronisch). Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten im Sinne der ICF sind aber (noch) nicht vorhanden, sie sollen vermieden werden.

Bei Rehabilitation liegen bereits nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten vor und es drohen Beeinträchtigungen der Teilhabe oder diese sind bereits eingetreten. Die Beeinträchtigung der Teilhabe soll vermieden, beseitigt bzw. vermindert oder ihre Verschlimmerung soll verhütet werden.

Für die unterschiedlichen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gilt grundsätzlich: **Ambulant vor stationär und Vorsorge vor Rehabilitation.**

3. Zuständigkeiten der Rehabilitationsträger und trägerspezifische Ziele

Nach § 6 SGB IX können Träger der Leistungen zur Teilhabe sein

- 1) die gesetzlichen Krankenkassen,
- 2) die Agentur für Arbeit,
- 3) die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung,
- 4) die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung,
- 5) die Träger der sozialen Entschädigung,
- 6) die Träger der öffentlichen Jugendhilfe und
- 7) die Träger der Sozialhilfe.

Mit Ausnahme der Agentur für Arbeit können alle Träger Leistungen der medizinischen Rehabilitation erbringen. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbringen die unter 2.-7. genannten Träger. Für Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sind die unter 3. und 5.-7. genannten Träger zuständig. Grundsätzlich können also bei vorhandener Indikation zur Rehabilitation im umfassenden Sinne verschiedene Rehabilitationsträger zuständig sein.

Die Krankenkassen erbringen Leistungen der medizinischen Rehabilitation, um einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern, oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Die Krankenkassen sind also zuständig, wenn eine Rehabilitation indiziert ist und das Ziel in der Wiederherstellung oder Verbesserung der Alltagsfähigkeit besteht.

Die Krankenkassen erbringen Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V allerdings nur dann, wenn diese Leistungen nach den für andere Träger geltenden Vorschriften nicht erbracht werden können. Dieses Prinzip der Subsidiarität gilt auch für Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter/Väter nach § 41 SGB V.

Die gesetzliche Rentenversicherung ist vorrangig zuständig, wenn Leistungen zur medizinischen Rehabilitation indiziert sind und eine positive Erwerbsprognose besteht.

Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und/oder Teilhabe am Arbeitsleben zu Lasten der Rentenversicherung sind nach § 10 SGB VI zwei Voraussetzungen erforderlich. Die Erwerbsfähigkeit des Versicherten muss wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert sein und es muss zu erwarten sein, dass die erheblich gefährdete oder geminderte Erwerbsfähigkeit durch Leistungen der medizinischen Rehabilitation bzw. zur Teilhabe am Arbeitsleben wesentlich gebessert, wiederhergestellt oder, bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung, erhalten werden kann.

Sind eine Berufskrankheit oder ein Arbeitsunfall rehabilitationsbegründend, ist der zuständige Träger der gesetzlichen Unfallversicherung leistungspflichtig.

Wird die Indikation für eine Leistung der medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zum SGB XI – Soziale Pflegeversicherung festgestellt, erbringen die Träger der sozialen Pflegeversicherung nach dem Grundsatz „Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation“ (§ 5 SGB XI) „vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ (§ 32 SGB XI)... „wenn eine sofortige Leistungserbringung erforderlich ist, um eine unmittelbar drohende Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, eine bestehende Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhüten, und sonst die sofortige Einleitung der Leistungen gefährdet wäre.“ Es sollte nicht übersehen werden, dass die Pflegekasse nicht zu den Trägern der Leistungen zur Teilhabe (§ 6 SGB IX) gehört.

Für die in der Praxis häufig notwendige Abgrenzung der Zuständigkeit zwischen der Gesetzlichen Krankenversicherung und der gesetzlichen Rentenversicherung gelten die Grundsätze:

- **„Rehabilitation vor Pflege“** und
- **„Rehabilitation vor Rente“**.