

Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen

Der Vorsitzende

Pressemitteilung

(11/2003)

Neufassung der Rehabilitations-Richtlinien vom Bundes- **ausschuss verabschiedet**

Ärzte und Krankenkassen schaffen neues Instrumentarium zur **Feststellung des Rehabilitationsbedarfs**

Siegburg, den 22. Dezember 2003 - Die Neufassung der Rehabilitations-Richtlinien nach § 368 r RVO aus dem Jahr 1975 ist am 1. Dezember 2003 vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen beschlossen worden. Die „alten“ Rehabilitations-Richtlinien hatten im Wesentlichen nur ein Mitteilungsverfahren zwischen Ärzten und Krankenkassen geregelt, das dem Arzt bekannt gewordene Behinderungen an die Kassen weitermeldete. Den Forderungen des 2001 in Kraft getretenen SGB IX nach selbstbestimmter Teilhabe behinderter Menschen und auch dem SGB V in der Fassung der Gesundheitsreform 1988 wurden diese Richtlinien in keiner Weise gerecht.

Die neuen Rehabilitations-Richtlinien beruhen auf den inhaltlichen Grundlagen der ICF-Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation und entsprechen so dem aktuellen Stand der rehabilitationswissenschaftlichen Erkenntnisse. Die Richtlinien des Bundesausschusses zur Rehabilitation nehmen damit in der Aktualität ihrer rehabilitationswissenschaftlichen Grundlagen eine Vorreiterstellung unter den Rehabilitationsträgern ein. Sie schaffen die Rahmenbedingungen für eine strukturierte Kooperation zwischen Vertragsärzten und Krankenkassen, indem sie eine klare Aufgabenteilung und Kompetenzabgrenzung zwischen beiden Partnern im Verfahren der Beratung, Mitteilung, Verordnung und bezüglich der Ergebnisse der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation normieren.

Das Verfahren läuft zukünftig standardisiert in zwei Schritten ab:

1. Es wird ein neues Mitteilungs-Formular eingeführt, mithilfe dessen der Arzt die Krankenkasse auf möglichen Rehabilitationsbedarf hinweist, sofern Maßnahmen der kurativen Versorgung nicht ausreichen, um die Situation des Patienten zu bessern. Dann teilt die Krankenkasse dem Arzt das Ergebnis ihrer Prüfung auf Zuständigkeit und bestehende Leistungsansprüche des Patienten mit.
2. Die Krankenkasse gibt dem Arzt in einem zweiten Verfahrensschritt eine "Verordnung" der Leistung zur medizinischen Rehabilitation in Auftrag. Das Verordnungsformular ist zur Befunddokumentation neu ausgestaltet im Sinne eines vorläufigen rehabilitationsmedizinischen Assessments, mithilfe dessen der

Arzt Rehabilitationsbedarf, Rehabilitationsfähigkeit sowie die individuelle Rehabilitationsprognose standardisiert feststellt.

Um den geforderten **Qualitätsstandard** bei der ärztlichen Feststellung zu sichern, knüpfen die Richtlinien die Verordnungsberechtigung der Ärzte an den Nachweis spezieller rehabilitationswissenschaftlicher Kenntnisse, die im Rahmen einer 16-stündigen Qualifikation erworben werden können.

Um die **Transparenz** des Verfahrens weiter zu erhöhen, wird die Krankenkasse zukünftig Versicherten und verordnenden Vertragsarzt über ihre Leistungsentscheidung unterrichten und Abweichungen von der Verordnung begründen.

Um den **Rehabilitationserfolg** für die Zeit nach Abschluss der Leistung zur medizinischen Rehabilitation hinaus zu sichern, wird eine gemeinsame Umsetzung der weiterführenden Empfehlungen aus der Rehabilitationseinrichtung zwischen Patient, Krankenkasse und Arzt in der Neufassung der Richtlinien verankert.

Die Neufassung löst die geltenden Richtlinien gemäß § 368 r RVO ab. Das Inkrafttreten der Richtlinien ist zum 1. April 2004 geplant. Damit wird sichergestellt, dass die neuen Verordnungsformulare in den Vertragsarztpraxen rechtzeitig zur Verfügung stehen. Zur Zeit liegt die am 1. Dezember beschlossene Rehabilitations-Richtlinie dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung zur Prüfung auf eine Beanstandung vor.

Auf dem Seidenberg 3a, 53721 Siegburg, Tel.: 02241/9388-30/ 41