

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über
eine Änderung der Rehabilitations-Richtlinie:
Anpassung der Rehabilitations-Richtlinie aufgrund des Inten-
sivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes und weitere
Änderungen

Vom 16. Dezember 2021

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	3
2.	Methodisches Vorgehen	4
3.	Eckpunkte der Entscheidung	9
3.1	Änderungen aufgrund des GKV-IPReG	9
3.1.1	Anpassungen zur geriatrischen Rehabilitation.....	9
3.1.2	Anpassungen zur Anschlussrehabilitation.....	13
3.2	Weitere Änderungen der Rehabilitations-Richtlinie	17
3.2.1	Änderung aufgrund des MDK-Reformgesetzes.....	17
3.2.2	Klarstellung aufgrund gesetzlicher Anpassungen	17
3.2.3	Redaktionelle Anpassung	17
3.3	Regelung zum Inkrafttreten	17
4.	Würdigung der Stellungnahmen	18
5.	Bürokratiekostenermittlung	18
6.	Verfahrensablauf	19
7.	Fazit	20
Anhang – Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens		21
1.	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens	21
2.	Schriftliche Stellungnahmen	21
2.1	Eingegangene schriftliche Stellungnahmen	21

2.2	Unterlagen zum Stellungnahmeverfahren	23
2.2.1	Beschlussewurf zum Stellungnahmeverfahren.....	23
2.2.2	Tragende Gründe zum Stellungnahmeverfahren.....	31
2.2.3	Auszug der Rehabilitations-Richtlinie zum Stellungnahmeverfahren.....	51
2.3	Auswertung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen	59
2.3.1	Allgemein	59
2.3.2	Zu § 2 Rechtliche Grundlagen.....	62
2.3.3	Zu § 3 Einschränkungen des Geltungsbereiches	63
2.3.4	Zu § 4 Inhaltliche Grundlagen.....	64
2.3.5	Zu § 6 Verfahren	66
2.3.6	Zu § 12 Leistungsentscheidung der Krankenkasse.....	66
2.3.7	Zu § 15 Geriatrische Rehabilitation [neu].....	66
2.3.8	Zu Anlage II [neu].....	85
2.3.9	Zu § 16 Anschlussrehabilitation [neu]	87
2.4	Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen.....	105
3.	Mündliche Stellungnahmen	157
3.1	Teilnehmer der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikten	157
3.2	Wortprotokoll der Anhörung vom 22. September 2021	159

1. Rechtsgrundlage

In seiner Rehabilitations-Richtlinie regelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) unter anderem die Verordnung von Rehabilitationsleistungen durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte als Grundlage für die Leistungsentscheidung der Krankenkassen. Die gesetzlichen Grundlagen dieser Aufgabe des G-BA ergeben sich aus § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 8 SGB V und den §§ 11, 40 und 41 SGB V.

Durch Artikel 1 des *Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung* (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG) vom 23. Oktober 2020 wurde § 40 SGB V (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation) geändert. Der G-BA wurde beauftragt, in seinen Richtlinien nach § 92 SGB V bis zum 31. Dezember 2021 das Nähere zu Auswahl und Einsatz geeigneter Abschätzungsinstrumente im Sinne des § 40 Absatz 3 Satz 2 (neu) SGB V sowie zum erforderlichen Nachweis von deren Anwendung nach § 40 Absatz 3 Satz 3 (neu) SGB V zu regeln. Zudem wurde der G-BA beauftragt festzulegen, in welchen Fällen Anschlussrehabilitationen nach § 40 Absatz 6 Satz 1 SGB V ohne vorherige Überprüfung der Verordnung durch die Krankenkasse erbracht werden können.

Mit dem *Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen* (MDK-Reformgesetz) vom 14. Dezember 2019, welches am 1. Januar 2020 in Kraft getreten ist, wird vorgesehen, dass die derzeitigen Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) und der Medizinische Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (MDS) in Körperschaften des öffentlichen Rechts umgewandelt werden.

2. Methodisches Vorgehen

Mit dem GKV-IPReG wurde in § 40 Absatz 3 Satz 2 und 3 SGB V geregelt, dass von der Krankenkasse bei einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation nicht überprüft wird, ob diese medizinisch erforderlich ist, sofern die geriatrische Indikation durch dafür geeignete Abschätzungsinstrumente vertragsärztlich überprüft wurde. Zudem ist der Krankenkasse bei der Übermittlung der Verordnung die Anwendung der geeigneten Abschätzungsinstrumente nachzuweisen und das Ergebnis der Abschätzung beizufügen. Hierzu sollte der G-BA gemäß § 40 Absatz 3 Satz 10 SGB V das Nähere zu Auswahl und Einsatz geeigneter Abschätzungsinstrumente regeln.

Zur Erkenntnisgewinnung hat die themenbezogene Arbeitsgruppe des G-BA Expertinnen und Experten benannt, die sich mit der Frage der Auswahl und des Einsatzes geeigneter Testverfahren für das geriatrische Abschätzungsinstrument auseinandergesetzt haben.

Die Identifikation geeigneter Instrumente erfolgte anhand der AWMF S1-Leitlinie „*Geriatrisches Assessment der Stufe 2*“ vom 28. August 2019 (Register-Nr. 084-002), dem Hausärztlich-geriatrischen Basisassessment und in Anlehnung an die Definition des geriatrischen Rehabilitanden in der Begutachtungsanleitung „*Vorsorge und Rehabilitation*“ des MDS vom 2. Juli 2018.

Das geriatrische Abschätzungsinstrument sollte nachfolgende Anforderungen erfüllen:

- Erfassung von Funktionsschädigungen in ausgewählten ICF-Kapiteln,
- Validität der Testverfahren,
- Zusammenhang mit den in Muster 61 Teil B unter Abschnitt I. aufgeführten rehabilitationsbegründenden/-relevanten Diagnosen herstellen und die Ausprägung der Schädigung abbilden,
- Verfügbarkeit (kosten- und lizenzfrei) sowie
- Zeitaufwand für die Durchführung von maximal 10 Minuten in der Zusammenarbeit von Vertragsärztin oder Vertragsarzt und Medizinischer Fachangestellter oder Medizinischem Fachangestellten zur Durchführung der Testverfahren.

Bei der Auswahl der Testverfahren nach der Systematik der ICF-Kapitel für die Körperfunktionen wurden folgende Kapitel zur Überprüfung der rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnosen im Rahmen des geriatrischen Abschätzungsinstrumentes berücksichtigt:

- *Mentale Funktionen* (Kapitel 1)
- *Sinnesfunktionen und Schmerz* (Kapitel 2)
- *Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen* (Kapitel 7)

Für den Bereich der *Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems* (Kapitel 4) liegen keine entsprechend der Anforderung geeigneten Testverfahren vor, sodass hier die Befunde der Ergometrie, der Spirometrie sowie die Angabe zur Einteilung der Herzinsuffizienz nach der Klassifikation der New York Heart Association (NYHA-Stadium) zu nutzen sind.

Für diesen Bereich wurde durch die Fachberatung Medizin des G-BA überprüft, ob für den Bereich der kardiovaskulären und pulmonalen Erkrankungen, zusätzlich zum Einsatz der Ergometrie, der NYHA-Skala und der Spirometrie, Assessments/Testverfahren vorliegen, die zur Abbildung einer Funktionsbeeinträchtigung eingesetzt werden können. Dazu erfolgte eine fokussierte systematische Literaturrecherche nach evidenzbasierten Leitlinien, deren Ergebnisse auf den Bereich der Geriatrie und/oder den deutschen Versorgungskontext innerhalb

der letzten zehn Jahre eingeschränkt wurden. Folgende Datenbanken und Internetseiten wurden dafür durchsucht: MEDLINE (PubMed), AWMF, NVL. Ergänzend erfolgte eine freie Internetsuche nach aktuellen deutschen und europäischen Leitlinien. Zusätzlich wurde eine fokussierte systematische Literaturrecherche nach Assessments in den Bereichen der kardiovaskulären und pulmonalen Erkrankungen in der Datenbank PROQOLID durchgeführt. Die Recherche ergab insgesamt 265 Referenzen. Die so ermittelten Treffer wurden einem zweistufigen Auswahlprozess (Screening) unterzogen. Im 1. Screening erfolgte eine Prüfung nach Titel und Abstract. Die hierbei eingeschlossenen 27 Treffer wurden im 2. Screening im Volltext auf ihre Relevanz für die Fragestellung geprüft. Insgesamt konnten sechs Referenzen in die Bewertung aufgenommen werden. Im Ergebnis wurde für den Bereich der *Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems* (Kapitel 4) die Anwendung von Ergometrie, Spirometrie und der Einsatz der NYHA-Skala im Rahmen des geriatrischen Assessments als geeignet/angemessen bestätigt.

Für die nachfolgenden Kapitel der ICF bestand Konsens dahingehend, dass hier entweder nur sehr aufwendige und daher hierfür nicht geeignete oder keine adäquaten Testverfahren vorliegen beziehungsweise diese Bereiche seltener rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen im Rahmen der Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation abbilden.

- *Stimm- und Sprechfunktionen* (Kapitel 2)
- *Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems* (Kapitel 5)
- *Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems* (Kapitel 6)
- *Funktionen der Haut und der Hautanhangsgebilde* (Kapitel 8)

Nach Recherchen der Expertinnen und Experten fanden insgesamt 24 Funktionstests Eingang in die weiteren Beratungen. Zu den identifizierten Assessmentinstrumenten führte die Fachberatung Medizin des G-BA eine auf Verfügbarkeit und Lizenzgebühren fokussierte systematische Literaturrecherche durch. Validitätsstudien zu den einzelnen Assessments wurden auf Basis von einzelnen oder mehreren bereits gefundenen, relevanten Suchtreffern identifiziert. Der Suchzeitraum wurde nicht eingeschränkt. Die Suche erfolgte in folgenden Datenbanken: PSYINDEX (Ovid) und PROQOLID. Ergänzend fand eine freie Internetsuche statt. Es wurden dabei folgende Suchbegriffe verwendet: SINGER, Barthel, EBI, IADL, MMST/MMSE, MOSES, LEFS, DemTect, MoCA, Esslinger Transferskala, DEMMI, Tinetti, Timed Up and Go, Tandem, Chair, Kommunikationsskala Goodglass, RWT, MNA, NRS Schmerz, analgesia test, NRS, numeric rating pain scale, pain assessment, pain measurement, Schmerzsкала, VAS, visual analog pain scale, TFDD, GDS, dynamometer, force, grip, hand, handgrip, Handkraft, strength, clock test, clock, Uhr.

Im Ergebnis wurden insgesamt 139 Referenzen identifiziert, von denen 56 Referenzen für die weitere Bewertung der für den Einsatz im Rahmen des geriatrischen Abschätzungsinstrumentes zum Einsatz kommenden Funktionstests eingeschlossen wurden.

Von den im Rahmen der Recherche betrachteten 24 Assessments sind 18 kostenlos und frei verfügbar und somit ohne Antrag oder Registrierung nutzbar. Drei Assessments stehen nach kostenloser Lizenzierung, Registrierung oder Anfrage für eine kostenlose Nutzung zur Verfügung. Zwei der überprüften Assessmentinstrumente sind kostenpflichtige bzw. durch Copyright geschützte kostenpflichtige Instrumente. Für ein Assessmentinstrument konnte nicht geklärt werden, ob eine kostenlose Nutzung möglich ist.

Für 21 Assessmentinstrumente lagen Validierungsstudien vor. Zwei Instrumente wurden bzgl. der Validität nicht in entsprechenden Studien überprüft. Für ein Instrument konnte nicht geklärt werden, ob es bisher validiert wurde.

Auf Grundlage der Ergebnisse der Recherche der Fachberatung Medizin des G-BA und unter Anwendung der zuvor definierten Kriterien für das geriatrischen Abschätzinstrument wurden im Expertenkonsens die in Tabelle 1 abgebildeten Funktionstests für den Einsatz im Rahmen des geriatrischen Abschätzinstruments ausgewählt.

Tabelle 1: Ergebnisse der Recherche zu den ausgewählten Testverfahren nach ICF-Kapitel

Testverfahren	Ergebnis
Mentale Funktionen (Kapitel 1)	
Mini Mental Status Test (MMST)	Der Mini-Mental Status Test (MMST) wurde 1975 von Folstein et al. ¹ veröffentlicht. Das Copyright für die Versionen von 1975, 1998 und 2001 liegt bei der Mini-Mental LLC ² . Das Copyright der deutschsprachigen Version von 1990 in der Fassung von Kessler, Folstein & Denzler liegt bei der Beltz Test GmbH ³ ; in diesen Versionen wäre der MMST kostenpflichtig. Im Anhang der amtlichen Fassung der ICD-10-GM findet sich unter den ergänzenden Informationen ⁴ eine kostenlose und frei verfügbare deutschsprachige Version des MMST unter Angabe von Folstein et al. als Quelle. In der Erstveröffentlichung von Folstein et al. wurde die Validität und Reliabilität des MMST untersucht: „ <i>We have documented the validity and reliability of the MMS when given to 206 patients with dementia syndromes, affective disorder, affective disorder with cognitive impairment, „pseudodementia“, mania, schizophrenia, personality disorders, and in 63 normal subjects.</i> “
Geriatrische Depressions-Skala (GDS 15)	Die Geriatrische Depressions-Skala wurde von der Arbeitsgruppe Yesavage et al. (1982) unter dem Titel „ <i>Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report</i> “ veröffentlicht ⁵ . Sowohl die Kurzversion (GDS 15) als auch die Langversion der GDS sind kostenlos nutzbar ⁶ . Die deutschsprachige GDS 15 ist auf den Seiten der KCG frei verfügbar ⁷ . Eine Validierung erfolgte u. a. durch Yesavage et al. (1982)
Uhrentest nach Watson	Die Arbeitsgruppe Sunderland et al. (1989) ⁸ untersuchte in der Publikation mit dem Titel „ <i>Clock Drawing in Alzheimer’s Disease</i> “ den Einsatz des Uhrentests zur Feststellung der Schwere der Demenz und dessen Reliabilität. Den Einsatz des Uhrentests bei geriatrischen Patientinnen und Patienten untersuchten Ploenes et al. (1994) ⁹ in der Publikation „ <i>Der Uhrentest: das Zeichnen einer Uhr zur Erfassung</i> “

¹ Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975;12(3):189-198

² PROQOLID. Mini-Mental State Examination (MMSE) [online]. 04.2020. Lyon (FRA): Mapi Research Trust. [Zugriff: 18.08.2020]. URL: <https://eprovide.mapi-trust.org>

³ Kompetenz-Centrum Geriatrie. INFO-Service / Assessmentinstrumente in der Geriatrie; Instrument: MMSE - Mini-Mental State Examination [online]. Hamburg (GER): Kompetenz-Centrum Geriatrie; 2015. [Zugriff: 18.08.2020]. URL: https://kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Documents/mmse.pdf

⁴ URL: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/zusatz-10-mmse.htm> (letzter Zugriff: 08.09.2020)

⁵ Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res 1982;17(1):37-49

⁶ PROQOLID. Geriatric Depression Scale (GDS) [online]. 08.2020. Lyon (FRA): Mapi Research Trust. [Zugriff: 19.08.2020]. URL: <https://eprovide.mapi-trust.org>

⁷ Kompetenz-Centrum Geriatrie. INFO-Service / Assessmentinstrumente in der Geriatrie; Instrument: Geriatrische Depressionskala (GDS) [online]. Hamburg (GER): Kompetenz-Centrum Geriatrie; 2005. [Zugriff: 19.08.2020]. URL: https://kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Documents/gds.pdf

⁸ Sunderland T, Hill JL, Mellow AM, Lawlor BA, Gundersheimer J, Newhouse PA, et al. Clock drawing in alzheimer's disease: a novel measure of dementia severity. J Am Geriatr Soc 1989;37(8):725-729

⁹ Ploenes C, Sharp S, Martin M. Der Uhrentest: das Zeichnen einer Uhr zur Erfassung kognitiver Störungen bei geriatrischen Patienten. Z Gerontol 1994;27(4):246-252

Testverfahren	Ergebnis
	<i>kognitiver Störungen bei geriatrischen Patienten</i> “. Der Test ist kostenlos und frei verfügbar. Es besteht kein Copyright. Validität und Reliabilität des Uhrentests wurden für Patientinnen und Patienten mit Schlaganfall, für Betroffene von Alzheimer-Demenz oder progressiver Demenz sowie für Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Indikationen untersucht ¹⁰ .
Sinnesfunktionen und Schmerz (Kapitel 2)	
NRS Schmerz (Numerical Pain Rating Scale, NPRS) Visuelle Analogskala für Schmerzintensität (VAS)	Bezüglich der NRS Schmerz (Numerische Rating Skala) wurde kein Erstveröffentlichungsnachweis gefunden. Es besteht kein Copyright. Die NRS Schmerz Skala reicht von 0 (keine Schmerzen) bis 10 (stärkster vorstellbarer Schmerz). Aufgrund ihrer Einfachheit gibt es eine Vielzahl an Ausführungen. Die NRS Schmerz wurde in vielen Studien eingesetzt und im Vergleich zu anderen Skalen validiert. Im Rahmen des geriatrischen Abschätzungsinstruments sind die Visuelle Analog Skala (VAS), die numerische Rating Skala (NRS) und die Verbale Rating Skala (VRS) reliabel und valide zum Erheben der Stärke subjektiv empfundener Schmerzen. Im vorliegenden Verfahren eignen sich jedoch nur die VAS und NRS. Zur Messung von Schmerzen kann entweder die Visuelle Analog Skala oder die Numerische Rating Skala verwendet werden, wobei jedoch immer die gleiche Skala genutzt werden sollte und kein Austausch der Skalen erfolgen sollte.
Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen (Kapitel 7)	
Timed „Up & Go“	Der Timed „Up & Go“ Test wurde von Podsiadlo und Richardson (1992) in der Publikation mit dem Titel <i>“The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons”</i> veröffentlicht ¹¹ . Der Test ist über das KCG kostenlos und frei verfügbar. Angaben zum Copyright wurden nicht gefunden ¹² . Eine Validierung erfolgte u. a. durch Podsiadlo und Richardson (1992).
Chair Stand-Up Test	Der Chair Stand-Up Test ist über das KCG kostenlos und frei verfügbar ¹³ . Die Darstellung erfolgte mit freundlicher Unterstützung von Dr. Martin Runge (Aerphakliniken Esslingen und Illshofen). Der Chair Stand-Up Test findet sich zusammen mit Tandem-Test in der Short Physical Performance Battery ¹⁴ .
de Morton Mobilitäts Index (DEMMI)	Der de Morton Mobilitäts Index (DEMMI) wurde von De Morton et al. (2008) mit dem Titel <i>“The de Morton Mobility Index (DEMMI): an essential health index for an ageing world”</i> veröffentlicht ¹⁵ . Eine deutsche Version des DEMMI wurde von

¹⁰ Shirley Ryan AbilityLab (SRALab). Clock Drawing Test [online]. Chicago (USA): SRALab. [Zugriff: 12.02.2021]. URL: <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/clock-drawing-test>

¹¹ Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatr Soc 1991;39(2):142-148

¹² Kompetenz-Centrum Geriatrie. INFO-Service / Assessmentinstrumente in der Geriatrie; Instrument: Timed „Up & Go“-Test / Zeitmessender Test zum Aufstehen und Gehen [online]. Hamburg (GER): Kompetenz-Centrum Geriatrie; 2006. [Zugriff: 18.08.2020]. URL: [https://kcgeriatrie.de/Assessments in der Geriatrie/Documents/tug.pdf](https://kcgeriatrie.de/Assessments%20in%20der%20Geriatrie/Documents/tug.pdf)

¹³ Kompetenz-Centrum Geriatrie. INFO-Service / Assessmentinstrumente in der Geriatrie; Instrument: Chair-Stand Up / Stuhl-Aufsteh-Test [online]. Hamburg (GER): Kompetenz-Centrum Geriatrie; 2005. [Zugriff: 18.08.2020]. URL: [https://kcgeriatrie.de/Assessments in der Geriatrie/Documents/chair-stand%20up.pdf](https://kcgeriatrie.de/Assessments%20in%20der%20Geriatrie/Documents/chair-stand%20up.pdf)

¹⁴ Guralnik JM, Simonsick EM, Ferrucci L, Glynn RJ, Berkman LF, Blazer DG, et al. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. J Gerontol 1994;49(2):M85-94

¹⁵ De Morton NA, Davidson M, Keating JL. The de Morton Mobility Index (DEMMI): an essential health index for an ageing world. Health Qual Life Outcomes 2008; 6:63

Testverfahren	Ergebnis
	Braun et al. (2015) ¹⁶ mit dem Titel <i>“Deutsche Version des De Morton Mobility Index. Erste klinische Ergebnisse aus dem Prozess der interkulturellen Adaptation“</i> veröffentlicht. Das Copyright der deutschen Version liegt bei der Hochschule für Gesundheit, Bochum 2013. Mit Genehmigung der Hochschule für Gesundheit, Bochum, ist der DEMMI über die Internetseiten des KCG kostenlos verfügbar ¹⁷ . Die Validität der deutschsprachigen Version des DEMMI wurde von Braun et al. (2015) ¹⁸ in der Publikation <i>“Reliability and validity of the German translation of the de Morton Mobility Index (DEMMI) performed by physiotherapists in patients admitted to a sub-acute inpatient geriatric rehabilitation hospital“</i> untersucht.
Motilitätstest nach Tinetti (MTT; auch: Performance Oriented Mobility Assessment (POMA))	Der Motilitätstest nach Tinetti (MTT) wurde 1986 von Tinetti mit dem Titel <i>„Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients“</i> ¹⁹ veröffentlicht. Es gibt keine Angaben zum Copyright ²⁰ . Der Motilitätstest nach Tinetti ist über das KCG kostenlos verfügbar ²¹ . Koepke und Meyer (2006) identifizierten verschiedene deutschsprachige Versionen des Instruments mit großen Variationen in Bezug auf Name des Instruments, Items, Scoring und Schwellenwert ²² .
Handkraft	Der Test zur Messung der Handkraft wurde 1986 von Philipps mit dem Titel <i>„Grip strength, mental performance and nutritional status as indicators of mortality risk among female geriatric patients“</i> . veröffentlicht ^{23,24} . Der Test ist kostenlos und frei verfügbar. Für die Umsetzung wird allerdings ein Dynamometer oder Vigorimeter benötigt. Es besteht kein Copyright. Validität und Reliabilität der Handkraftmessung mit Dynamometer wurden für Patientinnen und Patienten mit Schlaganfall, für ältere Erwachsene, in der Geriatrie sowie für nicht weiter spezifizierte Patientenpopulationen untersucht ²⁵ . Zudem wurden Tabellen mit Normwerten für Frauen und Männer in verschiedenen Altersstufen erstellt, wobei die Stärke der Handkraft in kg angegeben wird. Zusätzlich liegen für die Messung der Handkraft mit einem Vigorimeter Normwerte in kPA für ältere Erwachsene vor ²⁵ .

¹⁶ Braun T, Schulz RJ, Hoffmann M, Reinke J, Tofaute L, Urner C, et al. Deutsche Version des De Morton Mobility Index. Erste klinische Ergebnisse aus dem Prozess der interkulturellen Adaptation. *Z Gerontol Geriatr* 2015;48(2):154-163

¹⁷ Kompetenz-Centrum Geriatrie. INFO-Service / Assessmentinstrumente in der Geriatrie; Instrument: de Morton Mobilitäts Index (DEMMI) [online]. Hamburg (GER): Kompetenz-Centrum Geriatrie; 2018. [Zugriff: 18.08.2020]. URL: https://kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Documents/ebi.pdf

¹⁸ Braun T, Schulz RJ, Reinke J, van Meeteren NL, de Morton NA, Davidson M, et al. Reliability and validity of the German translation of the de Morton Mobility Index (DEMMI) performed by physiotherapists in patients admitted to a sub-acute inpatient geriatric rehabilitation hospital. *BMC Geriatr* 2015; 15:58

¹⁹ Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1986;34(2):119-126

²⁰ PROQOLID. Performance Oriented Mobility Assessment (POMA) [online]. 03.2020. Lyon (FRA): Mapi Research Trust. [Zugriff: 18.08.2020]. URL: <https://eprovide.mapi-trust.org>

²¹ Kompetenz-Centrum Geriatrie. INFO-Service / Assessmentinstrumente in der Geriatrie; Instrument: Tinetti-Test [online]. Hamburg (GER): Kompetenz-Centrum Geriatrie; 2005. [Zugriff: 18.08.2020]. URL: https://kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Documents/tinetti-test.pdf

²² Kopke S, Meyer G. The Tinetti test: Babylon in geriatric assessment. *Z Gerontol Geriatr* 2006;39(4):288-291

²³ Kompetenz-Centrum Geriatrie beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Nord (Kompetenz-Centrum Geriatrie). Handkraftmessung [online]. Hamburg (GER): Kompetenz-Centrum Geriatrie. [Zugriff: 12.02.2021]. (INFO-Service / Assessmentinstrumente in der Geriatrie). URL: https://kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Documents/handkraft.pdf

²⁴ Phillips P. Grip strength, mental performance and nutritional status as indicators of mortality risk among female geriatric patients. *Age Ageing* 1986;15(1):53-56

²⁵ Shirley Ryan Abilitylab (SRALab). Hand-Held Dynamometer: Grip Strength [online]. 07.02.2014. Chicago (USA): SRALab. [Zugriff: 12.02.2021]. URL: <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/hand-held-dynamometergrip-strength>

3. Eckpunkte der Entscheidung

3.1 Änderungen aufgrund des GKV-IPReG

3.1.1 Anpassungen zur geriatrischen Rehabilitation

Zu § 2 Absatz 6 Satz 2 (neu)

Im neuen Satz 2 wird auf die Besonderheiten zur Verordnung von Leistungen der geriatrischen Rehabilitation gemäß § 40 Absatz 3 Satz 2 SGB V und deren Regelungen in dem § 15 klarstellend hingewiesen.

Zu § 6 Absatz 1a

In Satz 1 erfolgte die Korrektur eines Verweisfehlers.

Zu § 6 Absatz 4 (neu)

Die Ergänzung zum Verfahren berücksichtigt die Regelung des § 40 Absatz 3 Satz 8 SGB V. Danach informieren die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte die Versicherten vor der Verordnung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation über die Möglichkeit der Einwilligung zur Übersendung der gutachterlichen Stellungnahme nach § 40 Absatz 3 Satz 5 SGB V an die verordnenden Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte sowie die Möglichkeit der Einwilligung zur Übermittlung der Krankenkassenentscheidung an die in § 40 Absatz 3 Satz 7 SGB V genannten Personen und Einrichtungen. Die verordnenden Vertragsärztinnen und -ärzte teilen der Krankenkasse den Inhalt der durch die Versicherte oder den Versicherten abgegebenen Einwilligung mit. Die Mitteilung erfolgt über das Muster 61. Sofern eine Übermittlung der Krankenkassenentscheidung an Angehörige oder Vertrauenspersonen des Versicherten sowie an Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die die Versicherten versorgen, erfolgen soll, werden diese durch die oder den Versicherten auf Muster 61 benannt. Neben den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sind von der Regelung auch die Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten umfasst, sofern diese eine Verordnung zur medizinischen Rehabilitation nach § 6 Absatz 1a vornehmen.

Zu § 12 Absatz 3 (neu)

Im neuen Satz 2 wird klargestellt, dass von der medizinischen Erforderlichkeit einer vertragsärztlichen Verordnung von Leistungen gemäß § 40 Absatz 1 und 2 SGB V von der Krankenkasse nur dann abgewichen werden darf, wenn eine von der Verordnung abweichende gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes vorliegt. Das Gutachten soll der oder dem Versicherten zur Verfügung gestellt werden. Neben den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sind von der Regelung auch die Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten umfasst, sofern diese eine Verordnung zur medizinischen Rehabilitation nach § 6 Absatz 1a vornehmen. Durch den Verweis auf § 15 Absatz 3 und 4 wird klargestellt, dass die Regelung nicht für die Verordnung einer Leistung zur geriatrischen Rehabilitation gilt, sofern diese nach § 15 Absatz 1 erfolgt ist und die jeweiligen Voraussetzungen vorliegen.

Zu § 15 „Geriatrische Rehabilitation“ (neu)

Absatz 1

Mit der Ergänzung wird das Verfahren zur Verordnung einer Leistung zur geriatrischen Rehabilitation für geriatrische Patientinnen und Patienten beschrieben. Auch für diese Perso-

nengruppe ist das Vorliegen einer Indikation für eine medizinische Rehabilitation (Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, positive Rehabilitationsprognose und Rehabilitationsziele) erforderlich (vgl. BT Drucksache 19/19368, Seite 32).

Absatz 2

Es erfolgt die Umsetzung des gesetzlichen Auftrages des G-BA, Auswahl, Einsatz und Nachweis der Anwendung geeigneter Abschätzungsinstrumente nach § 40 Absatz 3 Satz 2 zweiter Halbsatz SGB V in der Rehabilitations-Richtlinie zu bestimmen.

Die geeigneten Abschätzungsinstrumente zur Begründung der Notwendigkeit einer geriatrischen Rehabilitation bei Versicherten höheren Lebensalters bestehen aus den Angaben auf Muster 61 und dem Einsatz von mindestens zwei Funktionstests. Diese Funktionstests dienen dem Nachweis der aus den rehabilitationsbegründenden, weiteren rehabilitationsrelevanten oder geriatritypischen Diagnosen resultierenden Schädigungen.

Durch Anwendung dieser Abschätzungsinstrumente werden neben der Zuweisung in eine geriatrische Rehabilitation auch die weiterhin erforderlichen Indikationskriterien (Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, Rehabilitationsziele und positive Rehabilitationsprognose) aufgezeigt. Die medizinische Erforderlichkeit der geriatrischen Rehabilitation wird durch die Krankenkassen nicht überprüft.

Die Darlegung der für die Leistung der medizinischen Rehabilitation erforderlichen Indikationskriterien erfolgt über das Muster 61. Die Zuweisung in die geriatrische Rehabilitation erfolgt durch die Feststellung, dass es sich um eine Patientin oder einen Patienten höheren Lebensalters handelt. Dies erfordert ein Lebensalter von 70 Jahren oder älter in Verbindung mit Multimorbidität aufgrund einer rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnose sowie zwei weiterer geriatritypischer Erkrankungen. Zur Funktionsdiagnose gehören neben der jeweiligen ICD-10-Diagnose die dazugehörigen Schädigungen auf Ebene der Körperfunktionen und -strukturen einschließlich des Schweregrades. Ergänzt wird diese Zustandsbeschreibung um die alltagsrelevanten Auswirkungen in den Aktivitäts- und Teilhabebereichen.

Beispiele für Funktionsdiagnosen:

- Insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ 2 (E11.-) mit Polyneuropathie und Retinopathie mit daraus resultierender Mobilitätsbeeinträchtigung durch Gangunsicherheit
- Schwere COPD (J44.-) mit gravierender Einschränkung der körperlichen Belastungsfähigkeit, der Notwendigkeit intermittierender Sauerstoffgabe und daraus resultierender Beeinträchtigung sowohl der Mobilität als auch der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft
- Bds. Coxarthrose (M16.-) mit schmerzbedingter Einschränkung der Gehfähigkeit und daraus resultierender Beeinträchtigung der Mobilität und Selbstversorgung.

Eine geriatritypische Diagnose ist gegeben, wenn die zugrundeliegende Erkrankung insbesondere im höheren Alter häufig auftritt. Dies setzt nicht voraus, dass diese Erkrankungen ausschließlich in dieser Altersstufe auftreten.

Die Allokation in eine geriatrische Rehabilitation, bei der die Krankenkasse die medizinische Erforderlichkeit nicht überprüft, erfordert das Vorliegen einer rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnose und das Vorliegen einer geriatritypischen Multimorbidität, die durch mindestens zwei geriatritypische Diagnosen abgebildet wird. Die aus diesen Diagnosen resultierenden Schädigungen sind durch die Anwendung von mindestens zwei in Anlage II definierten Funktionstests aus unterschiedlichen Schädigungsbereichen nachzuweisen. Dabei ist grundsätzlich die rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnose mittels eines Funktionstest zu

überprüfen. Durch den weiteren Funktionstest ist entweder eine weitere rehabilitationsbe gründende Funktionsdiagnose oder eine geriatritypische Diagnose nachzuweisen. Insgesamt sind mindestens zwei Funktionstests aus verschiedenen Schädigungsbereichen anzuwenden.

Geriatritypisch 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 Schalleitungs- 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

Die aus den dokumentierten Erkrankungen resultierenden Funktionsschädigungen werden über mindestens zwei geeignete Funktionstests aus unterschiedlichen Schädigungsbereichen nachgewiesen. Die sachgerechte Anwendung der Abschätzungsinstrumente wird durch die vollständige Befüllung von Muster 61 dargelegt, insbesondere durch umfassende Informationen zu den Indikationskriterien (Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit, -ziele und -prognose) sowie zu den Ergebnissen der angewandten Funktionstests. Hinweise zur Auswahl der Funktionstests und den der Auswahl zugrundeliegenden Voraussetzungen finden sich in der Anlage II der Rehabilitations-Richtlinie.

Absatz 3

Die Ergänzung berücksichtigt, dass die Krankenkasse bei der Entscheidung über den Antrag auf eine Leistung zur geriatrischen Rehabilitation die medizinische Erforderlichkeit der Verordnung überprüfen kann. Umfasst sind Verordnungen für Versicherte, die kein erhöhtes Lebensalter im Sinne des § 15 Absatz 2 Nummer 1 aufweisen, bei denen jedoch in seltenen Einzelfällen aufgrund einer erheblichen geriatritypischen Multimorbidität der Bedarf einer geriatrischen Rehabilitation bestehen kann. Auch Patienten zwischen 60 und 70 Jahren können im Einzelfall einer geriatrischen Rehabilitation zugewiesen werden. In § 15 Absatz 2 Nummer 1

wird diese Altersgruppe zwar nicht aufgeführt, da eine Fehlallokation in dem „vereinfachten Verfahren“ bei einer geriatrischen Rehabilitation in diesen nicht leicht abzugrenzenden Fällen nicht ausgeschlossen werden kann. Dennoch sollen auch diese Patientinnen und Patienten einer geriatrischen Rehabilitation zugewiesen werden, sofern sich die medizinische Notwendigkeit durch Überprüfung der Krankenkasse ergibt. Gleiches gilt für Versicherte jenseits des 60. Lebensjahres, deren Multimorbidität im Zusammenhang mit einer Schwerstmehrfachbehinderung steht und die Notwendigkeit eines geriatrischen Settings gegeben ist. Mit Blick auf größtmögliche Erfolgsaussichten der Rehabilitationsleistung benötigt diese Zielgruppe, die weder die Kriterien Lebensalter ≥ 70 Jahre noch die geriatrispezifische Multimorbidität erfüllen, die Breite des therapeutischen Spektrums und das erhöhte Unterstützungs- und Pflegeangebot der geriatrischen Rehabilitation. Darüber hinaus werden Verordnungen umfasst, bei denen die Voraussetzungen nach § 15 Absatz 1 oder 2 nicht nachgewiesen sind.

Absatz 4

Soweit die Verordnung den Voraussetzungen nach Absatz 1 und 2 entspricht, bedarf es keiner Prüfung der medizinischen Notwendigkeit durch den Medizinischen Dienst (MD) gemäß der Stichprobenregelung. Andernfalls kann die Verordnung auch weiterhin dem MD zur Prüfung vorgelegt werden.

Absatz 5

Mit der Neufassung wird festgelegt, dass sowohl die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt als auch die Krankenkasse die Versicherten über das Verfahren der Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation insbesondere hinsichtlich des Einsatzes der Abschätzungsinstrumente beraten. Die Krankenkasse berät die Versicherte oder den Versicherten zudem über das Verfahren der Bewilligung einer geriatrischen Rehabilitation und den hierbei gegebenen Sachverhalt, dass eine Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit entfällt, wenn die Verordnung der geriatrischen Rehabilitation gemäß § 15 Absatz 1 und 2 erfolgt ist.

Zur Anlage II „Funktionstests im Rahmen der Verordnung von geriatrischer Rehabilitation auf Muster 61“ (neu)

Als Anlage II wird eine Übersicht aufgenommen, die geeignete Funktionstests für die Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation nach der Systematik der ICF-Kapitel für die Körperfunktionen auflistet, die auf dem Verordnungsvordruck Muster 61 Teil B verwendeten Abkürzungen und dessen Interpretation erläutert. Die neue Anlage II soll Vertragsärztinnen und Vertragsärzten somit bei der Auswahl und dem Einsatz der im Rahmen des geriatrischen Abschätzungsinstrumentes einzusetzenden Funktionstests unterstützen. Die Auswahl der Assessmentinstrumente erfolgte auf Grundlage des in Kapitel 2. dargestellten methodischen Vorgehens.

In der folgenden Übersicht finden sich die zum Zeitpunkt der Beschlussfassung geltenden Bezugswege.

Tabelle 2: Übersicht der Bezugswege von Funktionstests

Funktionstest	Dokumentation
Mini Mental Status Test (MMST)	https://kcgeriatrie.de/Assessments in der Geriatrie/Documents/mmse.pdf
Geriatrische Depressions-Skala (GDS 15)	https://kcgeriatrie.de/Assessments in der Geriatrie/Documents/gds.pdf
Uhrentest <i>nach Watson</i> (Uhrentest)	https://kcgeriatrie.de/Assessments in der Geriatrie/Documents/cct.pdf

Funktionstest	Dokumentation
Visuelle Analogskala für Schmerzintensität (Schmerzskala) und Numerical Pain Rating Scale (Schmerzskala)	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
Ergometrie <i>in Watt</i> (Ergo)	Die Ergebnisdokumentation erfolgt in Abhängigkeit des zur Anwendung kommenden Gerätes in unterschiedlicher Form.
Spirometrie (FEV1+VK)	Die Ergebnisdokumentation erfolgt in Abhängigkeit des zur Anwendung kommenden Gerätes in unterschiedlicher Form.
New York Heart Association Classification (NYHA)	Die NYHA-Skala wird in der Anlage II abgebildet.
Timed „Up & Go“ (TUG)	https://kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Documents/tug.pdf
Chair Stand-Up Test (Chair-Rise)	https://kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Documents/chair-stand%20up.pdf
de Morton Mobilitäts Index (DEMMI)	https://kcgeriatrie.de/Info-Service_Geriatrie/Documents/assessment_demmi.pdf
Motilitätstest nach Tinetti (Tinetti)	https://kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Documents/tinetti-test.pdf
Handkraft <i>in kPa</i> (Handkraft)	https://kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Documents/handkraft.pdf

3.1.2 Anpassungen zur Anschlussrehabilitation

Zu § 3 Absatz 3 zweiter Spiegelstrich

Die Streichung erfolgt vor dem Hintergrund der Regelung des § 40 Absatz 3 Satz 10 letzter Halbsatz.

Zu § 3 Absatz 4 (neu)

Die Ergänzung berücksichtigt, dass die Rehabilitations-Richtlinie insoweit auf die Anschlussrehabilitation im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung Anwendung findet, wie der gesetzliche Auftrag des G-BA nach § 40 Absatz 3 Satz 10 letzter Halbsatz SGB V in der Rehabilitations-Richtlinie umgesetzt wird.

Zu § 16 „Anschlussrehabilitation“ (neu)

Der neue § 16 berücksichtigt den nach § 40 Absatz 3 Satz 10 letzter Halbsatz SGB V bestehenden Auftrag an den G-BA, in Richtlinien nach § 92 SGB V festzulegen, in welchen Fällen Anschlussrehabilitation im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse erbracht werden kann.

Eine Anschlussrehabilitation ist nach § 40 Absatz 6 SGB V gegeben, wenn die Leistung der medizinischen Rehabilitation im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erfolgt und medizinisch notwendig ist. Diese Erforderlichkeit der Leistung zur medizinischen Rehabilitation orientiert sich ausschließlich an den Indikationskriterien Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und positive Rehabilitationsprognose und ist nicht, wie im Bereich der Deutschen Rentenversicherung (DRV), durch einen Katalog von Indikationen eingegrenzt. Durch die Änderungen des § 40 Absatz 3 SGB V infolge des GKV-IPReG wird diese weite, nicht auf einzelne Indikationen begrenzte, Ausrichtung der GKV-Anschlussrehabilitation nicht verändert. Der G-BA hat vielmehr aus diesem breiten Spektrum der GKV-Anschlussrehabilitation Fälle festzulegen, in denen ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse die Leistungen der Anschlussrehabilitation erbracht werden können.

Der AHB-Indikationskatalog der DRV wurde für Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus entwickelt, um ihnen einen schnellen Überblick über Indikationen, die typischerweise Rehabilitationsbedarf im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung auslösen, zu geben. Dabei zielen die Leistungen der DRV auf eine Wiederherstellung oder Besserung der Erwerbsfähigkeit ab. Die Auswahl der Indikationen und die definierten Voraussetzungen orientieren sich an dieser Zielsetzung.

Im Unterschied dazu ist das übergeordnete Rehabilitationsziel der GKV nach § 11 Absatz 2 SGB V, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Eine 1:1-Übernahme des AHB-Indikationskatalogs der DRV dergestalt, dass in allen dort genannten Indikationen eine Überprüfung der medizinischen Indikationsstellung durch die Krankenkassen nicht mehr ermöglicht würde, wäre deshalb nicht sachgerecht. Ungeachtet dessen orientieren sich die zu definierenden Fallkonstellationen an dem AHB-Indikationskatalog (Stand 12/2017) der DRV, der bei den Klinikärztinnen und -ärzten bekannt ist. Die dort aufgeführten 13 Indikationsgruppen wurden bei der Bewertung mit Blick auf die Klientel der GKV um die Indikation Geriatrie ergänzt.

Bei der Bewertung, in welchen Fällen im Bereich der GKV die Überprüfung der medizinischen Indikationsstellung entfallen kann, wurden solche Indikationen in Betracht gezogen, bei denen bereits prästationär die Teilhabe aufgrund erheblicher funktioneller Einschränkungen beeinträchtigt und der Krankenhausaufenthalt nicht selten durch schwere Komplikationen belastet ist und bei denen eine positive Prognose für die Wiedererlangung oder Verbesserung individueller Teilhabe aufgrund der postoperativ fortbestehenden oder neu aufgetretenen Beeinträchtigungen in aller Regel nur bei dem Einsatz von komplexen Maßnahmen gestellt werden kann. Diese Aspekte werden der Zielsetzung aus Sicht der GKV und damit auch der Umsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor und bei Pflege“ gerecht.

Neben dem AHB-Indikationskatalog wurden für die Auswahl der Indikationen, sofern vorhanden, evidenzbasierte Leitlinien herangezogen.

Bei einem stationären Aufenthalt aufgrund einer in der

- Indikationsgruppe 7: Krankheiten der Atmungsorgane einschließlich Operationen^{26,27,28}
- Indikationsgruppe 11: Onkologische Krankheiten

²⁶ S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD)

²⁷ Gloeckl R et al. Rehabilitation und Trainingstherapie bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung. Dtsch Arztebl Int 2018; 115: 117-23; DOI: 10.3238/arztebl.2018.0117

²⁸ Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) COPD, Juni 2021, 2. Aufl., Version 1, AWMF-Register-Nr.nvl-003, https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-003k_S3_COPD_2021-09.pdf

- Indikationsgruppe 13: Organ-Transplantationen und Unterstützungssysteme

genannten Erkrankung kann von diesen o. g. Voraussetzungen in der Regel ausgegangen werden.

Innerhalb der

- Indikationsgruppe 1: Krankheiten des Herzens und des Kreislaufsystems und
- Indikationsgruppe 4: Konservativ und operativ behandelte Erkrankungen des Bewegungsapparates und Unfallfolgen

ist ebenfalls bei einem großen Teil typischer Krankheiten aufgrund der Schwere der bereits prästationär bestehenden Beeinträchtigungen und komplexer oder komplikationsträchtiger Interventionen auch nach dem Krankenhausaufenthalt von nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe auszugehen, sodass die Indikation zu einer medizinischen Rehabilitation gegeben ist.

Dies kann bei der Indikationsgruppe 1 bei:

- Akutem Myokardinfarkt,
- Koronar-Arterielle Bypass-Operationen (CABG),
- Herzinsuffizienz ab Stadium NYHA II

angenommen werden. In den dazugehörigen Leitlinien findet sich hier eine mittlere bis hohe Evidenz.^{29,30,31}

Auch bei häufigen und typischen Krankheiten aus der Indikationsgruppe 4 kann von den oben genannten Voraussetzungen ausgegangen werden. Hohe Empfehlungen und/oder Evidenz in Leitlinien liegen hier, im Gegensatz zur Pneumologie und Kardiologie, nur in begrenztem Umfang vor:^{32,33,34}

- Spezifische Rückenschmerzen mit hohem Chronifizierungsrisiko,
- Spinalkanalstenose/Enger Spinalkanal/Rezessusstenose,
- Major Amputation an der unteren Extremität (proximal des Fußes),
- Zustände nach endoprothetischer Versorgung von Knie- oder Hüftgelenk.

Gerade in der Indikationsgruppe 10 „Neurologische Krankheiten einschließlich Operationen an Gehirn, Rückenmark und an peripheren Nerven“ ist aufgrund der sehr unterschiedlichen Betroffenheitsmuster der Patientinnen und Patienten mit der stets dezidiert zu klärenden

²⁹ S3-Leitlinie zur kardiologischen Rehabilitation (LL-KardReha) im deutschsprachigen Raum Europas Deutschland, Österreich, Schweiz (D-A-CH) – 2020: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/133-001l_S3-Kardiologische-Rehabilitation-in-D-A-CH_2020-12.pdf

³⁰ Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) Chronische KHK, April 2019, <https://www.leitlinien.de/themen/khk>

³¹ Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) Chronische Herzinsuffizienz, Mai 2020, <https://www.leitlinien.de/nvl/herzinsuffizienz>

³² S2k Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), der Sektion Wirbelsäule der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC) und der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft (DWG): Konservative, operative und rehabilitative Versorgung bei Bandscheibenvorfällen mit radikulärer Symptomatik, <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/033-048.html>

³³ S2k-Leitlinie Spezifischer Kreuzschmerz (Dezember 2017), https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/033-051l_S2k_Spezifischer_Kreuzschmerz_2018-02.pdf

³⁴ S2k – Leitlinie: Rehabilitation nach Majoramputation an der unteren Extremität (proximal des Fußes), <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/033-044.html>

Frage der Rehabilitationsfähigkeit, in jedem Einzelfall abzuwägen, mit welcher Form der Rehabilitation größtmögliche Erfolge erzielt werden können. Insbesondere für schwerste und schwer betroffene Patientinnen und Patienten und an den Phasenübergängen Phase A/Phase B und Phase B/Phase C nach dem Phasenmodell der neurologischen Rehabilitation³⁵ bedarf es der individuellen Betrachtung und sozialmedizinischen Einschätzung, ob beispielsweise die besonderen Mittel des Krankenhauses weiter erforderlich sind, das Weaning abgeschlossen ist oder Komplikationen beherrscht sind. Dies lässt sich mit einem standardisierten Verfahren nicht zuverlässig über alle Phasen der neurologischen Rehabilitation abbilden, sodass aus diesem Grund an einer individuellen Überprüfung der medizinischen Indikationsstellung und adäquaten Phasenzuordnung zu den Phasen B und C festgehalten wird. Bei ärztlichen Feststellungen, bei denen sich aus den Antragsunterlagen und dem ärztlichen Befundbericht eindeutig eine Phasenzuordnung zu Phase D (Rehabilitationsphase nach Abschluss der Frühmobilisation)³⁶ nach dem Phasenmodell der neurologischen Rehabilitation ableiten lässt, entfällt die Überprüfung der medizinischen Indikationsstellung durch die Krankenkasse.

Entsprechend der Gesetzesbegründung wurde im Weiteren die Indikation einer geriatrischen Rehabilitation bei Patientinnen und Patienten mit einer geriatritypischen Multimorbidität und einem erhöhten Alter (70 Jahre oder älter) als Fallkonstellation definiert.

Unabhängig von den in § 15 Absatz 1 genannten Fällen besteht bei Vorliegen der Indikationskriterien (Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit, positive Rehabilitationsprognose unter Berücksichtigung der alltagsrelevanten Rehabilitationsziele) die Möglichkeit der Inanspruchnahme einer Anschlussrehabilitation. Dies trifft auf die nicht im § 15 Absatz 1 genannten Indikationsgruppen des AHB-Katalogs und darüber hinaus auf jegliche anderen Indikationen zu. Die Krankenkasse kann in diesen Fällen im Einzelfall eine Überprüfung der medizinischen Indikationsstellung der Rehabilitationsleistung vornehmen.

Weitergehende Regelungen zum Verwaltungsverfahren und Anspruchsprüfungen durch die Krankenkassen liegen nicht im Regelungsbereich des G-BA.

Auch bei der Anschlussrehabilitation unterliegt die Leistung dem Genehmigungsvorbehalt der Krankenkasse. Dies umfasst die Prüfung der Subsidiarität der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse gegenüber den Leistungen anderer Rehabilitationsträger nach § 40 Absatz 4 SGB V. Darüber hinaus bestimmt die Krankenkasse weiterhin nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen (§ 40 Absatz 3 Satz 1 SGB V).

³⁵ Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C. vom 2. November 1995. Anlage 1: Behandlungs- und Reha-Phasen in der Neurologie (S. 16); verfügbar unter: https://www.bar-frank-furt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/reha_vereinbarungen/pdfs/Empfehlung_neurologische_Reha_Phasen_B_und_C.pdf

³⁶ Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C. vom 2. November 1995 (S. 5); verfügbar unter: https://www.bar-frank-furt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/reha_vereinbarungen/pdfs/Empfehlung_neurologische_Reha_Phasen_B_und_C.pdf

3.2 Weitere Änderungen der Rehabilitations-Richtlinie

3.2.1 Änderung aufgrund des MDK-Reformgesetzes

Zu § 2 Absatz 8, § 3 Absatz 3 Spiegelstrich 4 und § 12 Absatz 1 Spiegelstrich 3

Die Änderungen der Rehabilitations-Richtlinie in § 2 Absatz 8, § 3 Absatz 3 Spiegelstrich 4 und § 12 Absatz 1 Spiegelstrich 3 ergeben sich aus dem Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz) vom 14. Dezember 2019, welches am 1. Januar 2020 in Kraft getreten ist und vorsieht, dass die derzeitigen Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) und der Medizinische Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (MDS) in Körperschaften des öffentlichen Rechts umgewandelt werden. Demnach wird der MDK in Medizinischer Dienst (MD) sowie der MDS in Medizinischer Dienst Bund (MD Bund) umbenannt. Diese Änderungen werden somit in der Rehabilitations-Richtlinie nachvollzogen.

3.2.2 Klarstellung aufgrund gesetzlicher Anpassungen

Zu § 4 Absatz 1 Satz 3

Die Änderung berücksichtigt die Forderung des Gesetzgebers aus § 2 SGB IX, die Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren im Zusammenhang mit der Frage einer Behinderung in den Blick zu nehmen.

Zudem wird der Überführung des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) in das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zum 26. Mai 2020 Rechnung getragen.

Zu § 4 Absatz 2 zweiter Spiegelstrich

Die Ergänzung der Wörter „*und stationären*“ berücksichtigt den Hinweis der Bundearbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) auf die aktualisierten Rahmenempfehlungen zur ambulanten und stationären medizinischen Rehabilitation der BAR vom März 2021.

3.2.3 Redaktionelle Anpassung

In der Überschrift der Rehabilitations-Richtlinie wird klarstellend die Abkürzung „*Reha-RL*“ eingeführt.

3.3 Regelung zum Inkrafttreten

Die Änderungen dieses Beschlusses stehen im Zusammenhang mit notwendigen Anpassungen des nach § 87 SGB V in Anlage 2 zum Bundesmantelvertrag vereinbarten Vordruckes Muster 61. Aus diesem Grund müssen bei der Regelung zum Inkrafttreten zwingend die Vorlaufzeiten für die Änderung von Vordrucken in der vertragsärztlichen Versorgung berücksichtigt werden. Dazu gehören neben dem Druck und der Distribution der neuen Vordrucke auch Anpassungen in den Praxisverwaltungssystemen, die zur Bedruckung oder Erstellung eines Vordruckes notwendig sind. Damit wird auch dem Bewertungsausschuss für die vertragsärztlichen Leistungen die Möglichkeit gegeben, Beratungen über Art, Inhalt und Bewertung der Leistungen aufzunehmen und diese rechtzeitig vor dem Inkrafttreten abzuschließen. Da die Änderungen der Richtlinie auch Einfluss auf das Vorgehen in den Krankenhäusern im Rahmen des Entlassmanagements haben, müssen auch hier die Vorlaufzeiten berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund wird ein Inkrafttreten der Änderungen zum 1. Juli 2022 vorgesehen, um eine Umsetzung der benannten Prozesse und damit eine flächendeckende Anwendung der geänderten Richtlinie zu gewährleisten.

4. Würdigung der Stellungnahmen

Unter Berücksichtigung der Stellungnahmen ergaben sich folgende Änderungen am Beschlussentwurf:

Zu § 2: Dem rechtssystematischen Hinweis aus dem Stellungnahmeverfahren (Ifd. Nummer 9) wird gefolgt und der Satz „Die Besonderheiten der Verordnung von Leistungen der geriatrischen Rehabilitation (§ 40 Absatz 3 Satz 2 SGB V) sind in § 15 geregelt.“ als neuer Satz 5 dem Absatz 6 angefügt.

Zu § 4 Absatz 2 Satz 2: Dem redaktionellen Hinweis aus dem Stellungnahmeverfahren (Ifd. Nummer 15) wird gefolgt und im zweiten Spiegelstrich nach dem Wort „ambulanten“ die Wörter „und stationären“ eingefügt.

Dass bereits eine schwerwiegende Funktionsstörung (Funktionsdiagnose) die Rehabilitation begründen kann, wird in § 15 Absatz 2 Satz 2 durch die Ergänzung des Halbsatzes „wobei ein Funktionstest für die rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnose zu erfolgen hat“ klarstellend ergänzt. In diesem Zusammenhang wurde eine redaktionelle Anpassung der in Anlage II aufgeführten Voraussetzungen zur Anwendung der Funktionstest vorgenommen. Ferner wurde dem Hinweis aus der Stellungnahme (Ifd. Nummer 53) gefolgt und für die Funktionstest Ergometrie, Spirometrie und Handkraft der Verweis auf geschlechtsspezifische Normwerte ergänzt.

Das Stellungnahmeverfahren ist im Anhang „Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens“ der Tragenden Gründe abgebildet.

5. Bürokratiekostenermittlung

Mit Änderung der Rehabilitations-Richtlinie zur Anpassung aufgrund des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes und weitere Änderungen wird mit Ergänzung des § 15 das Verfahren zur Verordnung einer Leistung zur geriatrischen Rehabilitation für geriatrische Patientinnen und Patienten geregelt. Damit entsteht eine neue Informationspflicht. Soweit die Verordnungen von Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation zunehmen, ist auch mit einem Anstieg von Bürokratiekosten zu rechnen.

Gemäß § 6 Absatz 4 teilt die Verordnerin oder der Verordner mit dem Verordnungsformular Muster 61 den Inhalt der durch die oder den Versicherten abgegebenen Einwilligung zur Übermittlung der

- gutachterlichen Stellungnahme nach § 40 Absatz 3 Satz 5 SGB V an die Verordnerin oder den Verordner und
- Krankenkassenentscheidung an ihre oder seine Angehörigen und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen

mit. Mit dieser Information entsteht den Verordnerinnen und Verordnern ein gesonderter Aufwand.

Weiterhin handelt es sich bei Verordnung von Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation um die Verordnung einer durch die Krankenkasse genehmigungspflichtigen Leistung. Mit der Neuregelung zur geriatrischen Rehabilitation hat der Gesetzgeber vorgesehen, dass bei Erfüllung der Voraussetzungen nach § 15 Absatz 2 keine Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkasse stattfindet. Damit fallen die mit dem Prüfvorbehalt zur medizinischen Erforderlichkeit im Zusammenhang stehenden bürokratischen Aufwände bei Zuweisung in eine geriatrische Rehabilitation bei den Krankenkassen nicht an.

Für die Einordnung der gemäß § 15 Absatz 2 vorliegenden Voraussetzungen kommen als Bestandteil des Abschätzungsinstruments die in Anlage II der Richtlinie gelisteten Funktionstests zur Anwendung, welche dem Nachweis der Notwendigkeit einer geriatrischen Rehabilitation dienen. Die Ergebnisse von mindestens zwei durchgeführten Funktionstests, die nicht älter als sechs Wochen sein sollen, werden im Verordnungsformular Muster 61 durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt dokumentiert.

Dieser neue Aufwand zur Dokumentation von mindestens zwei Testergebnissen geht mit einem zeitlichen Aufwand von etwa 30 Sekunden einher, wird bei rund 25.000 Verordnungen pro Jahr angenommen und kann mit zusätzlichen Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 11.104 Euro (53,30 / 60 x 0,5 x 25.000) bemessen werden.

Für die Durchführung eines Testverfahrens werden Vertragsärztin und -arzt oder medizinisches Fachpersonal gemeinsam einen zeitlichen Mehraufwand haben. Zudem entsteht den Vertragsärztinnen und -ärzten Aufwand durch die Beschaffung und Bevorratung der Funktionstests. Diese Aufwände entspricht einem aus inhaltlichen Vorgaben resultierenden Erfüllungsaufwand und sind nicht Gegenstand der Bürokratiekostenermittlung des G-BA.

Es ist davon auszugehen, dass mit Einarbeitung in die geänderten dokumentarischen Vorgaben, welche insbesondere die Umstrukturierung des Musters 61 betreffen, nachgelagert einmalig ein geringfügiger bürokratischer Mehraufwand für Verordnerin oder Verordner entsteht. Dieser ist an der Stelle nicht quantifizierbar, da Umfang und Ausgestaltung diesbezüglicher Formulare durch die Vertragspartner im Nachgang der Beschlussfassung dieser Richtlinie vereinbart werden.

6. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand/Verfahrensschritt
18.09.2020		Billigung des Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG)
15.10.2020	G-BA	Einleitung des Beratungsverfahrens „Anpassung der Rehabilitations-Richtlinie aufgrund des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes“
28.10.2020		Verkündung des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes vom 23. Oktober 2020 im Bundesgesetzblatt
23.06.2021	UA VL	Beratung des Beschlussentwurfs und Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 Verfo) über eine Änderung der Rehabilitations-Richtlinie
22.09.2021	UA VL	Anhörung
10.11.2021	UA VL	Abschließende Würdigung der Stellungnahmen und Beratung der Beschlussunterlagen
16.12.2021	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Rehabilitations-Richtlinie

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand/Verfahrensschritt
31.01.2022		Nichtbeanstandung des Bundesministeriums für Gesundheit
16.02.2022		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
01.07.2022		Inkrafttreten

7. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die Änderung der Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zur Anpassung aufgrund des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes und weitere Änderungen.

Berlin, den 16. Dezember 2021

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Anhang – Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens

1. Einleitung des Stellungnahmeverfahrens

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen hat in Delegation für das Plenum nach § 3 Absatz 1 Satz 2 Geschäftsordnung (GO) und 1. Kapitel § 10 Absatz 1 der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO) in seiner Sitzung am 23. Juni 2021 beschlossen, ein Stellungnahmeverfahren nach § 91 Absatz 5 und Absatz 5a SGB V sowie § 92 Absatz 5 Satz 1 SGB V vor seiner Entscheidung über eine Änderung der Rehabilitations-Richtlinie einzuleiten. Den zur Stellungnahme berechtigten Organisationen der Leistungserbringer, der Rehabilitationsträger und der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer sowie dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit wurde Gelegenheit gegeben, innerhalb einer Frist von vier Wochen zur beabsichtigten Änderung der Rehabilitations-Richtlinie Stellung zu nehmen. Den angeschriebenen Organisationen wurden anlässlich der Beschlussfassung des G-BA zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens auch die Tragenden Gründe als Erläuterung sowie ein Auszug der Rehabilitations-Richtlinie mit den geplanten Änderungen übersandt. Die Stellungnahmefrist endete am 21. Juli 2021.

2. Schriftliche Stellungnahmen

2.1 Eingegangene schriftliche Stellungnahmen

Die eingegangenen Stellungnahmen der Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme gegeben wurde sowie entsprechende Eckdaten zum Eingang und zur Anhörung sind in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

Stellungnahmeberechtigte	Eingang	Bemerkungen
Stellungnahmeberechtigte gemäß § 91 Absatz 5 SGB V		
Bundesärztekammer (BÄK)	16.07.2021	
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	21.07.2021	Verzicht auf die Abgabe einer Stellungnahme.
Stellungnahmeberechtigte gemäß § 91 Absatz 5a SGB V		
Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	06.07.2021	Verzicht auf die Abgabe einer Stellungnahme.
Organisationen der Leistungserbringer, der Rehabilitationsträger und der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation gemäß § 92 Absatz 5 Satz 1 SGB V		
Fachverband Sucht e.V.	12.07.2021	
Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. (fdr+)	14.07.2021	
Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V. (Diakonie)	15.07.2021	
Bundesverband ambulanter medizinischer Rehabilitationszentren (BamR) e.V.	15.07.2021	
Caritas Suchthilfe e.V. – Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im Deutschen Caritasverband (CaSu) und Caritas Bundesverband Kinder- und Jugendreha e.V. (CKR)	19.07.2021	Gemeinsame Stellungnahme.

Stellungnahmeberechtigte	Eingang	Bemerkungen
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V. (DE-GEMED)	19.07.2021	
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e. V. (Parität)	20.07.2021	
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)	20.07.2021	
Bundesverband Geriatrie e. V. (BV Geriatrie)	21.07.2021	
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)	21.07.2021	
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR)	21.07.2021	
Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK)	21.07.2021	
AWO Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.	21.07.2021	Verzicht auf die Abgabe einer Stellungnahme mit Verweis auf die Stellungnahme der Diakonie Deutschland, deren Einschätzung geteilt wird.
Deutsche Rentenversicherung Bund	30.06.2021	Verzicht auf die Abgabe einer Stellungnahme.
Bundesagentur für Arbeit	07.07.2021	
Bundesarbeitsgemeinschaft der medizinisch-beruflichen Rehabilitationseinrichtungen e.V. (Phase II)		Es wurde keine Stellungnahme abgegeben.
Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e.V. (BAG RPK)		
Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe e.V. (BEB)		
Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss)		
Deutscher Heilbäderverband e.V.		
Deutsches Müttergenesungswerk		
Deutsches Rotes Kreuz e.V. (DRK)		
Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe – Fachverband der Diakonie Deutschland e.V. (GVS)		
Kneipp-Bund e.V.		
Zentralverband ambulanter Therapieeinrichtungen Deutschland e.V. (ZAT)		
Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter		
Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS)		
Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände		
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) – Spitzenverband		

2.2 Unterlagen zum Stellungnahmeverfahren

2.2.1 Beschlussentwurf zum Stellungnahmeverfahren

Stand: 23.06.2021



Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung
der Rehabilitations-Richtlinie:
Anpassung der Rehabilitations-Richtlinie aufgrund des Inten-
sivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes und weitere
Änderungen

Vom TT. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am TT. Monat JJJJ beschlossen, die Rehabilitations-Richtlinie in der Fassung vom 16. März 2004 (BAnz N. 63 (S. 6769) vom 31.03.2004), die durch die Bekanntmachung vom 19. Dezember 2019 (BAnz AT 17.03.2020 B3) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

- I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:
 1. Im Klammerzusatz der Überschrift wird nach dem Wort „Rehabilitations-Richtlinie“ die Angabe „/Reha-RL“ eingefügt.
 2. § 2 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 3 Satz 4 wird folgender Satz angefügt:
„Die Besonderheiten der Verordnung von Leistungen der geriatrischen Rehabilitation (§ 40 Absatz 3 Satz 2 SGB V) sind in § 15 geregelt.“
 - b) In Absatz 8 werden die Wörter „der Krankenversicherung (MDK)“ durch die Angabe „(MD)“ sowie die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)“ durch die Wörter „Bund (MD-BUND)“ ersetzt.
 3. § 3 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 3 wird der zweite Spiegelstrich gestrichen.
 - b) In Absatz 3 vierter Spiegelstrich wird die Angabe „MDK“ durch die Angabe „MD“ ersetzt.
 - c) Folgender Absatz 4 wird angefügt:
„Für Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung (Anschlussrehabilitation) gilt die Richtlinie nur in Bezug auf die nach § 40 Absatz 3 Satz 10 SGB V festzulegenden Fälle der Anschlussrehabilitation. Es gilt § 16.“
 4. In § 4 Absatz 1 Satz 3 wird der Klammerzusatz „(www.dimdi.de)“ durch die Wörter „(https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icf/)“ und der Systematik der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e. V. zu den personbezogenen Faktoren im bio-psycho-sozialen Modell der WHO (https://www.dgsm.de/systematik-der-dgsm/)“ ersetzt.

5. § 6 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1a Satz 1 wird die Angabe „Absatz 5“ durch die Angabe „Absatz 6“ ersetzt.
- b) Dem Absatz 3 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„Im Rahmen der Verordnung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation informiert die Verordnerin oder der Verordner die oder den Versicherten über die Möglichkeit der Einwilligung zur Übermittlung der gutachterlichen Stellungnahme nach § 40 Absatz 3 Satz 5 SGB V an die Verordnerin oder den Verordner. Die Information bezieht sich auch 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 Einwilligung wird über das Muster 61 Teil E an die Krankenkasse übermittelt.“

6. § 12 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Im zweiten Spiegelstrich wird der Angabe „Muster 61“ ein Komma angefügt.
 - bb) Im dritten Spiegelstrich werden die Wörter „Medizinischen Dienst der Krankenversicherung“ durch die Angabe „MD“ ersetzt.
- b) Dem Absatz 2 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„Von einer verordneten Leistung zur medizinischen Rehabilitation darf die Krankenkasse hinsichtlich der medizinischen Erforderlichkeit nur dann abweichen, wenn eine von der Verordnung abweichende gutachterliche Stellungnahme des MD vorliegt. Diese ist der oder dem Versicherten und mit deren Einwilligung in Textform auch der Verordnerin oder dem Verordner zur Verfügung zu stellen. § 15 Absatz 3 und 4 bleibt unberührt.“

7. Dem § 14 werden folgende §§ 15 und 16 angefügt:

„§ 15 Geriatrische Rehabilitation

- (1) Im Verfahren zur Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation dokumentiert die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt im Verordnungsformular Muster 61 die Indikation einer medizinischen Rehabilitation gemäß § 7 Absatz 1 (Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, positive Rehabilitationsprognose und Rehabilitationsziele).
- (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 [GKV-SV, KBV: zwei rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnosen / PatV, DKG: einer rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnose] und zwei geriatrietypischen Diagnosen (Teil B des Musters 61 unter I.).

Die aus den Diagnosen gemäß Nummer 2 resultierenden Schädigungen sind mit mindestens zwei geeigneten Funktionstests aus unterschiedlichen Schädigungsbereichen nachzuweisen. Die Ergebnisse der durchgeführten Funktionstests sind unter Angabe des Funktionstests im Verordnungsformular Muster 61 einzutragen. Näheres zu Auswahl und Einsatz von Funktionstests ist in Anlage II geregelt.

(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).

(5) Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt sowie die Krankenkasse beraten die Versicherten über das Verfahren der Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation. Die Krankenkasse berät die Versicherten auch über das Verfahren zur Bewilligung einer geriatrischen Rehabilitation.

PatV
(6) Dem Versicherten bleibt auch im Falle der geriatrischen Rehabilitation die Möglichkeit, die Leistung unmittelbar bei der Krankenkasse und unabhängig von der vorhergehenden vertragsärztlichen Überprüfung zu beantragen.
(7) Bei einer geriatrischen Rehabilitation ist die Dauer von in der Regel 20 Behandlungstagen ambulant oder drei Wochen stationär (§ 40 Absatz 3 Satz 13 SGB V) zu beachten. Eine kürzere Dauer ist nur im begründeten Einzelfall zu bestimmen, wenn die Rehabilitationsziele früher zu erreichen sind. Dies muss die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt in der Verordnung angeben und begründen.

§ 16 Anschlussrehabilitation

DKG, KBV, PatV	GKV-SV
(1) Die Einleitung der Anschlussrehabilitation (AR) aus dem Krankenhaus für Fälle, die ohne vorherige Überprüfung der Rehabilitation durch die Krankenkasse erbracht werden können, erfolgt über ein Direkteinleitungsverfahren.	(1) Bei Anschlussrehabilitationen (AR) nach § 40 Absatz 6 Satz 1 SGB V wird die medizinische Erforderlichkeit der Rehabilitation durch die Krankenkasse nicht überprüft, wenn die Voraussetzungen nach § 7 und eine der folgenden ausgewählten Diagnosen der Indikationsgruppen 1 oder 4 oder eine Indikation der Indikationsgruppen 7, 11 oder 13 gemäß dem AHB-Indikationskatalog der Deutschen Rentenversicherung Bund in der Fassung 12/2017 vorliegen:
(2) Das Direkteinleitungsverfahren für die Anschlussrehabilitation erfolgt in den Indikationen und unter den Voraus-	

DKG, KBV, PatV	GKV-SV
<p>setzungen des AHB-Indikationskataloges der Deutschen Rentenversicherung Bund in der jeweils gültigen Fassung. Danach können Krankenhäuser für Versicherte, die die Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation erfüllen, diese nach den Maßgaben der folgenden Absätze organisieren und eine Überführung in die Anschlussrehabilitation unmittelbar veranlassen. Fallkonstellationen außerhalb dieses Indikationskataloges können ebenfalls die Leistung einer Anschlussrehabilitation erfordern, diese sind jedoch, wie bisher, zuvor im Antragsverfahren durch die Krankenkassen auf die medizinische Erforderlichkeit zu überprüfen und nicht Gegenstand dieser Richtlinie.</p> <p>(3) Das Direkteinleitungsverfahren gemäß Absatz 2 gilt für die Einleitung von geriatrischer Anschlussrehabilitation entsprechend. Hinsichtlich der Indikationsstellung gilt § 15 entsprechend.</p> <p>(4) Die Auswahl der geeigneten Einrichtung erfolgt durch das Krankenhaus unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts der oder des Versicherten sowie der medizinischen Erfordernisse des Einzelfalls. Die Krankenkassen stellen den Versicherten und den Krankenhäusern bei Bedarf Informationen zu allen zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung.</p> <p>(5) Im Zuge der Planung der Anschlussrehabilitation sendet das Krankenhaus die AR-Antragsunterlagen mit den erforderlichen Angaben an die Rehabilitationseinrichtung. Einer gleichzeitigen Übersendung an die Krankenkassen bedarf es in diesen Fällen nicht.</p> <p>(6) Die verbindliche Feststellung der medizinischen Voraussetzungen für</p>	<p>a) Indikationsgruppe 1: Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufsystems</p> <ul style="list-style-type: none"> - Myokardinfarkte - Koronar-Arterielle Bypass-Operation auch in Kombination mit einem Herzklappenersatz - Herzinsuffizienzen ab NYHA II <p>b) Indikationsgruppe 4: Konservativ und operativ behandelte Erkrankungen des Bewegungsapparates und Unfallfolgen</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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) <p>c) Indikationsgruppe 7: Krankheiten der Atmungsorgane einschließlich Operationen,</p> <p>d) Indikationsgruppe 11: Onkologische Krankheiten,</p> <p>e) Indikationsgruppe 13: Organ-Transplantationen und -Unterstützungssysteme.</p> <p>Satz 1 gilt auch für die Indikation einer geriatrischen Anschlussrehabilitation bei Patientinnen und Patienten mit einer geriatrietypischen Multimorbidität und einem erhöhten Lebensalter (70 Jahre oder älter).</p> <p>(2) Für die Darlegung der Fallkonstellation nach Absatz 1 ist das Vorliegen</p>

DKG, KBV, PatV	GKV-SV
<p>eine Anschlussrehabilitation bei den Versicherten erfolgt durch die zuständige Ärztin oder den zuständigen Arzt der Rehabilitationseinrichtung. Hierbei sind insbesondere das Vorliegen einer AR-Indikation und Rehabilitationsfähigkeit maßgebend. Es liegt in der Verantwortung der Rehabilitationseinrichtung, Versicherte nur zur AR aufzunehmen, wenn die medizinischen Voraussetzungen gegeben sind.</p> <p>(7) Wurde von der zuständigen Ärztin oder dem zuständigen Arzt der Rehabilitationseinrichtung festgestellt, dass bei der Versicherten oder dem Versicherten die medizinischen Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation vorliegen, informiert die Rehabilitationseinrichtung das Krankenhaus sowie die Versicherte oder den Versicherten darüber sowie über den Termin der Aufnahme. Die Übermittlung der AR-Antragsunterlagen an die Krankenkasse erfolgt durch die Rehabilitationseinrichtung, nachdem die Versicherte oder der Versicherte von dieser aufgenommen wurde.</p> <p>(8) Kommt die zuständige Ärztin oder der zuständige Arzt der Rehabilitationseinrichtung hingegen zu der Einschätzung, dass bei der Versicherten oder dem Versicherten die medizinischen Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation nicht vorliegen, kann eine direkte Einleitung der Anschlussrehabilitation ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse nicht erfolgen. In diesem Fall informiert die Rehabilitationseinrichtung das Krankenhaus sowie die Versicherte oder den Versicherten darüber und sendet die Antragsunterlagen mit entsprechender Stellungnahme an die Krankenkasse. Diese prüft dann selbst, ob Leistungen</p>	<p>der Indikation für eine Anschlussrehabilitation einschließlich der damit einhergehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe im ärztlichen Befundbericht zu dokumentieren. Die Darlegung der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe erfolgt mit dem SINGER Patientenprofil.</p>

DKG, KBV, PatV	GKV-SV
<p>zur medizinischen Rehabilitation in Betracht kommen und wer diese gegebenenfalls erbringt.</p> <p>(9) Die weiteren Regelungen dieser Richtlinie finden auf die Anschlussrehabilitation im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung keine Anwendung.</p>	

“

8. Nach Anlage I wird folgende Anlage II eingefügt:

„Anlage II Funktionstests im Rahmen der Verordnung von geriatrischer Rehabilitation auf Muster 61

Für die gemäß § 15 Absatz 2 durchgeführten Funktionstests gilt, dass das Ergebnis nicht älter als 6 Wochen sein soll. Es sollen die Funktionstests gewählt werden, die die Schädigungen medizinisch am besten abbilden. Zudem gelten für die Funktionstests die folgenden Voraussetzungen:

1. Sie müssen im Zusammenhang mit den in Muster 61 Teil B unter I. aufgeführten rehabilitationsbegründenden/rehabilitationsrelevanten Diagnosen stehen.
2. Es müssen zwei unterschiedliche Schädigungsbereiche untersucht werden.

Insbesondere bei den nachfolgend aufgeführten Funktionstests kann vom Vorliegen dieser Voraussetzungen ausgegangen werden:

Schädigungsbereich	Muster 61	Funktionstest	Interpretation
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
	GDS 15	Geriatrische Depressions-Skala	0 bis 5 Punkte: unauffällig, ≥ 6 Punkte: depressive Störung wahrscheinlich
	Uhrentest	Uhrentest <i>nach Watson</i>	Fehler in den Quadranten I bis III: je 1 Fehlerpunkt, Fehler im Quadranten IV: 4 Fehlerpunkte, ab 4 Fehlerpunkten Interpretation als auffällige Einschränkungen
Sinnesfunktionen und Schmerz	Schmerzskala	Visuelle Analogskala für Schmerzintensität <u>oder</u> Numerical Pain Rating Scale	0 (keine Schmerzen) bis 10 (stärkster vorstellbarer Schmerz)
Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems	Ergo	Ergometrie <i>in Watt</i>	deutliche Abweichung vom altersspezifischen Normwert
	FEV1+VK	Spirometrie	deutliche Abweichung vom altersspezifischen Normwert
	NYHA	New York Heart Association	NYHA I (asymptomatisch), NYHA II (leicht), NYHA III (mittelschwer), NYHA IV (schwer)
Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen	TUG und Chair-Rise	Timed „Up & Go“ <u>in Verbindung mit</u> 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

Schädigungsbereich	Muster 61	Funktionstest	Interpretation
			Chair-Rise: Werte über 12 Sekunden: erhöhte Sturzgefahr
	DEMMI	de Morton Mobilitäts Index	Höhere Scores bedeuten einen höheren Mobilitätsgrad. Der geringste klinisch relevante Unterschied wird mit 10 Punkten angegeben.
	Tinetti	Motilitätstest nach Tinetti	unter 20 Punkten: erhöhtes Sturzrisiko, unter 15 Punkte: deutlich erhöhtes Sturzrisiko
	Handkraft	Handkraft <i>in kPa</i>	deutliche Abweichung vom altersspezifischen Normwert; deutliche Seitendifferenz“

II. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den TT. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

2.2.2 Tragende Gründe zum Stellungnahmeverfahren

Stand: 23.06.2021



Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Rehabilitations-Richtlinie:
Anpassung der Rehabilitations-Richtlinie aufgrund des Inten-
sivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes und weitere
Änderungen

Vom XX. Monat JJJJ

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	2
2.	Methodisches Vorgehen	3
3.	Eckpunkte der Entscheidung	8
3.1	Änderungen aufgrund des GKV-IPReG	8
3.1.1	Anpassungen zur geriatrischen Rehabilitation	8
3.1.2	Anpassungen zur Anschlussrehabilitation	14
3.2	Weitere Änderungen der Rehabilitations-Richtlinie	18
3.2.1	Änderung aufgrund des MDK-Reformgesetzes	18
3.2.2	Klarstellung aufgrund gesetzlicher Anpassungen	18
3.2.3	Redaktionelle Anpassung	18
4.	Würdigung der Stellungnahmen	18
5.	Bürokratiekostenermittlung	18
6.	Verfahrensablauf	20
7.	Fazit	20

1. Rechtsgrundlage

In seiner Rehabilitations-Richtlinie regelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) unter anderem die Verordnung von Rehabilitationsleistungen durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte als Grundlage für die Leistungsentscheidung der Krankenkassen. Die gesetzlichen Grundlagen dieser Aufgabe des G-BA ergeben sich aus § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 8 SGB V und den §§ 11, 40 und 41 SGB V.

Durch Artikel 1 des *Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung* (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG) vom 23. Oktober 2020 wurde § 40 SGB V (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation) geändert. Der G-BA wurde beauftragt, in seinen Richtlinien nach § 92 SGB V bis zum 31. Dezember 2021 das Nähere zu Auswahl und Einsatz geeigneter Abschätzungsinstrumente im Sinne des § 40 Absatz 3 Satz 2 (neu) SGB V sowie zum erforderlichen Nachweis von deren Anwendung nach § 40 Absatz 3 Satz 3 (neu) SGB V zu regeln. Zudem wurde der G-BA beauftragt festzulegen, in welchen Fällen Anschlussrehabilitationen nach § 40 Absatz 6 Satz 1 SGB V ohne vorherige Überprüfung der Verordnung durch die Krankenkasse erbracht werden können.

Mit dem Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz) vom 14. Dezember 2019, welches am 1. Januar 2020 in Kraft getreten ist, wird vorgesehen, dass die derzeitigen Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) und der Medizinische Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (MDS) in Körperschaften des öffentlichen Rechts umgewandelt werden.

2. Methodisches Vorgehen

Mit dem GKV-IPReG wurde in § 40 Absatz 3 Satz 2 und 3 SGB V geregelt, dass von der Krankenkasse bei einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation nicht überprüft wird, ob diese medizinisch erforderlich ist, sofern die geriatrische Indikation durch dafür geeignete Abschätzungsinstrumente vertragsärztlich überprüft wurde. Zudem ist der Krankenkasse bei der Übermittlung der Verordnung die Anwendung der geeigneten Abschätzungsinstrumente nachzuweisen und das Ergebnis der Abschätzung beizufügen. Hierzu sollte der G-BA gemäß § 40 Absatz 3 Satz 10 SGB V das Nähere zu Auswahl und Einsatz geeigneter Abschätzungsinstrumente regeln.

Zur Erkenntnisgewinnung hat die themenbezogene Arbeitsgruppe des G-BA Expertinnen und Experten benannt, die sich mit der Frage der Auswahl und des Einsatzes geeigneter Testverfahren für das geriatrische Abschätzungsinstrument auseinandergesetzt haben.

Die Identifikation geeigneter Instrumente erfolgte anhand der AWMF S1-Leitlinie „*Geriatrisches Assessment der Stufe 2*“ vom 28. August 2019 (Register-Nr. 084-002), dem Hausärztlich-geriatrischen Basisassessment und in Anlehnung an die Definition des geriatrischen Rehabilitanden in der Begutachtungsanleitung „*Vorsorge und Rehabilitation*“ des MDS vom 2. Juli 2018.

Das geriatrische Abschätzungsinstrument sollte nachfolgende Anforderungen erfüllen:

- Erfassung von Funktionsschädigungen in ausgewählten ICF-Kapiteln,
- Validität der Testverfahren,
- Zusammenhang mit den in Muster 61 Teil B unter Abschnitt I. aufgeführten rehabilitationsbegründenden/-relevanten Diagnosen herstellen und die Ausprägung der Schädigung abbilden,
- Verfügbarkeit (kosten- und lizenzfrei) sowie
- Zeitaufwand für die Durchführung von maximal 10 Minuten in der Zusammenarbeit von Vertragsärztin oder Vertragsarzt und Medizinischer Fachangestellter oder Medizinischem Fachangestellten zur Durchführung der Testverfahren.

Bei der Auswahl der Testverfahren nach der Systematik der ICF-Kapitel für die Körperfunktionen wurden folgende Kapitel zur Überprüfung der rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnosen im Rahmen des geriatrischen Abschätzungsinstrumentes berücksichtigt:

- *Mentale Funktionen* (Kapitel 1)
- *Sinnesfunktionen und Schmerz* (Kapitel 2)
- *Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen* (Kapitel 7)

Für den Bereich der *Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems* (Kapitel 4) liegen keine entsprechend der Anforderung geeigneten Testverfahren vor, sodass hier die Befunde der Ergometrie, der Spirometrie sowie die Angabe zur Einteilung der Herzinsuffizienz nach der Klassifikation der New York Heart Association (NYHA-Stadium) zu nutzen sind.

Für diesen Bereich wurde durch die Fachberatung Medizin des G-BA überprüft, ob für den Bereich der kardiovaskulären und pulmonalen Erkrankungen, zusätzlich zum Einsatz der Ergometrie, der NYHA-Skala und der Spirometrie, Assessments/Testverfahren vorliegen, die zur Abbildung einer Funktionsbeeinträchtigung eingesetzt werden können. Dazu erfolgte eine fokussierte systematische Literaturrecherche nach evidenzbasierten Leitlinien, deren Ergebnisse auf den Bereich der Geriatrie und/oder den deutschen Versorgungskontext innerhalb

der letzten zehn Jahre eingeschränkt wurden. Folgende Datenbanken und Internetseiten wurden dafür durchsucht: MEDLINE (PubMed), AWMF, NVL. Ergänzend erfolgte eine freie Internetsuche nach aktuellen deutschen und europäischen Leitlinien. Zusätzlich wurde eine fokussierte systematische Literaturrecherche nach Assessments in den Bereich der kardiovaskulären und pulmonalen Erkrankungen in der Datenbank PROQOLID durchgeführt. Die Recherche ergab insgesamt 265 Referenzen. Die so ermittelten Treffer wurden einem zweistufigen Auswahlprozess (Screening) unterzogen. Im 1. Screening erfolgte eine Prüfung nach Titel und Abstract. Die hierbei eingeschlossenen 27 Treffer wurden im 2. Screening im Volltext auf ihre Relevanz für die Fragestellung geprüft. Insgesamt konnten sechs Referenzen in die Bewertung aufgenommen werden. Im Ergebnis wurde für den Bereich der *Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems* (Kapitel 4) die Anwendung von Ergometrie, Spirometrie und der Einsatz der NYHA-Skala im Rahmen des geriatrischen Assessments als geeignet/angemessen bestätigt.

Für die nachfolgenden Kapitel der ICF bestand Konsens dahingehend, dass hier entweder nur sehr aufwendige und daher hierfür nicht geeignete oder keine adäquaten Testverfahren vorliegen beziehungsweise diese Bereiche seltener rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen im Rahmen der Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation abbilden.

- *Stimm- und Sprechfunktionen* (Kapitel 2)
- *Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems* (Kapitel 5)
- *Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems* (Kapitel 6)
- *Funktionen der Haut und der Hautanhangsgebilde* (Kapitel 8)

Nach Recherchen der Expertinnen und Experten fanden insgesamt 24 Funktionstests Eingang in die weiteren Beratungen. Zu den identifizierten Assessmentinstrumenten führte die Fachberatung Medizin des G-BA eine auf Verfügbarkeit und Lizenzgebühren fokussierte systematische Literaturrecherche durch. Validitätsstudien zu den einzelnen Assessments wurden auf Basis von einzelnen oder mehreren bereits gefundenen, relevanten Suchtreffern identifiziert. Der Suchzeitraum wurde nicht eingeschränkt. Die Suche erfolgte in folgenden Datenbanken: PSYINDEX (Ovid) und PROQOLID. Ergänzend fand eine freie Internetsuche statt. Es wurden dabei folgende Suchbegriffe verwendet: SINGER, Barthel, EBI, IADL, MMST/MMSE, MOSES, LEFS, DemTect, MoCA, Esslinger Transferskala, DEMMI, Tinetti, Timed Up and Go, Tandem, Chair, Kommunikationsskala Goodglass, RWT, MNA, NRS Schmerz, analgesia test, NRS, numeric rating pain scale, pain assessment, pain measurement, Schmerzskala, VAS, visual analog pain scale, TFDD, GDS, dynamometer, force, grip, hand, handgrip, Handkraft, strength, clock test, clock, Uhr.

Im Ergebnis wurden insgesamt 139 Referenzen identifiziert, von denen 56 Referenzen für die weitere Bewertung der für den Einsatz im Rahmen des geriatrischen Abschätzungsinstruments zum Einsatz kommenden Funktionstests eingeschlossen wurden.

Von den im Rahmen der Recherche betrachteten 24 Assessments sind 18 kostenlos und frei verfügbar und somit ohne Antrag oder Registrierung nutzbar. Drei Assessments stehen nach kostenloser Lizenzierung, Registrierung oder Anfrage für eine kostenlose Nutzung zur Verfügung. Zwei der überprüften Assessmentinstrumente sind kostenpflichtige bzw. durch Copyright geschützte kostenpflichtige Instrumente. Für ein Assessmentinstrument konnte nicht geklärt werden, ob eine kostenlose Nutzung möglich ist.

Für 21 Assessmentinstrumente lagen Validierungsstudien vor. Zwei Instrumente wurden bzgl. der Validität nicht in entsprechenden Studien überprüft. Für ein Instrument konnte nicht geklärt werden, ob es bisher validiert wurde.

Auf Grundlage der Ergebnisse der Recherche der Fachberatung Medizin des G-BA und unter Anwendung der zuvor definierten Kriterien für das geriatrischen Abschätzinstrument wurden im Expertenkonsens die in Tabelle 1 abgebildeten Funktionstest für den Einsatz im Rahmen des geriatrischen Abschätzinstruments ausgewählt.

Tabelle 1: Ergebnisse der Recherche zu den ausgewählten Testverfahren nach ICF-Kapitel

Testverfahren	Ergebnis
Mentale Funktionen (Kapitel 1)	
Mini Mental Status Test (MMST)	Der Mini-Mental Status Test (MMST) wurde 1975 von Folstein et al. ¹ veröffentlicht. Das Copyright für die Versionen von 1975, 1998 und 2001 liegt bei der Mini-Mental LLC ² . Das Copyright der deutschsprachigen Version von 1990 in der Fassung von Kessler, Folstein & Denzler liegt bei der Beltz Test GmbH ³ ; in diesen Versionen wäre der MMST kostenpflichtig. Im Anhang der amtlichen Fassung der ICD-10-GM findet sich unter den ergänzenden Informationen ⁴ eine kostenlose und frei verfügbare deutschsprachige Version des MMST unter Angabe von Folstein et al. als Quelle. In der Erstveröffentlichung von Folstein et al. wurde die Validität und Reliabilität des MMST untersucht: „ <i>We have documented the validity and reliability of the MMS when given to 206 patients with dementia syndromes, affective disorder, affective disorder with cognitive impairment „pseudodementia“, mania, schizophrenia, personality disorders, and in 63 normal subjects.</i> “
Geriatrische Depressions-Skala (GDS 15)	Die Geriatrische Depressions-Skala wurde von der Arbeitsgruppe Yesavage et al. (1982) unter dem Titel „ <i>Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report</i> “ veröffentlicht ⁵ . Sowohl die Kurzversion (GDS 15) als auch die Langversion der GDS sind kostenlos nutzbar ⁶ . Die deutschsprachige GDS 15 ist auf den Seiten der KCG frei verfügbar ⁷ . Eine Validierung erfolgte u. a. durch Yesavage et al. (1982)
Uhrentest nach Watson	Die Arbeitsgruppe Sunderland et al. (1989) ⁸ untersuchte in der Publikation mit dem Titel „ <i>Clock Drawing in Alzheimer’s Disease</i> “ den Einsatz des Uhrentests zur Feststellung der Schwere der Demenz und dessen Reliabilität. Den Einsatz des Uhrentests bei geriatrischen Patientinnen und Patienten untersuchten Ploenes et al. (1994) ⁹ in der Publikation „ <i>Der Uhrentest: das Zeichnen einer Uhr zur Erfassung</i> “

¹ Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975;12(3):189-198

² PROQOLID. Mini-Mental State Examination (MMSE) [online]. 04.2020. Lyon (FRA): Mapi Research Trust. [Zugriff: 18.08.2020]. URL: <https://eprovide.mapi-trust.org>

³ Kompetenz-Centrum Geriatrie. INFO-Service / Assessmentinstrumente in der Geriatrie; Instrument: MMSE - Mini-Mental State Examination [online]. Hamburg (GER): Kompetenz-Centrum Geriatrie; 2015. [Zugriff: 18.08.2020]. URL: https://kcggeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Documents/mmse.pdf

⁴ URL: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/zusatz-10-mmse.htm> (letzter Zugriff: 08.09.2020)

⁵ Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res 1982;17(1):37-49

⁶ PROQOLID. Geriatric Depression Scale (GDS) [online]. 08.2020. Lyon (FRA): Mapi Research Trust. [Zugriff: 19.08.2020]. URL: <https://eprovide.mapi-trust.org>

⁷ Kompetenz-Centrum Geriatrie. INFO-Service / Assessmentinstrumente in der Geriatrie; Instrument: Geriatrische Depressionskala (GDS) [online]. Hamburg (GER): Kompetenz-Centrum Geriatrie; 2005. [Zugriff: 19.08.2020]. URL: https://kcggeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Documents/gds.pdf

⁸ Sunderland T, Hill JL, Mellow AM, Lawlor BA, Gundersheimer J, Newhouse PA, et al. Clock drawing in alzheimer's disease: a novel measure of dementia severity. J Am Geriatr Soc 1989;37(8):725-729

⁹ Ploenes C, Sharp S, Martin M. Der Uhrentest: das Zeichnen einer Uhr zur Erfassung kognitiver Störungen bei geriatrischen Patienten. Z Gerontol 1994;27(4):246-252

Testverfahren	Ergebnis
	<i>kognitiver Störungen bei geriatrischen Patienten</i> ". Der Test ist kostenlos und frei verfügbar. Es besteht kein Copyright. Validität und Reliabilität des Uhrentests wurden für Patientinnen und Patienten mit Schlaganfall, für Betroffene von Alzheimer-Demenz oder progressiver Demenz sowie für Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Indikationen untersucht ¹⁰ .
Sinnesfunktionen und Schmerz (Kapitel 2)	
NRS Schmerz (Numerical Pain Rating Scale, NPRS) Visuelle Analogskala für Schmerzintensität (VAS)	Bezüglich der NRS Schmerz (Numerische Rating Skala) wurde kein Erstveröffentlichungsnachweis gefunden. Es besteht kein Copyright. Die NRS Schmerz Skala reicht von 0 (keine Schmerzen) bis 10 (stärkster vorstellbarer Schmerz). Aufgrund ihrer Einfachheit gibt es eine Vielzahl an Ausführungen. Die NRS Schmerz wurde in vielen Studien eingesetzt und im Vergleich zu anderen Skalen validiert. Im Rahmen des geriatrischen Abschätzungsinstrumentes sind die Visuelle Analog Skala (VAS), die numerische Rating Skala (NRS) und die Verbale Rating Skala (VRS) reliabel und valide zum Erheben der Stärke subjektiv empfundener Schmerzen. Im vorliegenden Verfahren eignen sich jedoch nur die VAS und NRS. Zur Messung von Schmerzen kann entweder die Visuelle Analog Skala oder die Numerische Rating Skala verwendet werden, wobei jedoch immer die gleiche Skala genutzt werden sollte und kein Austausch der Skalen erfolgen sollte.
Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen (Kapitel 7)	
Timed „Up & Go“	Der Timed „Up & Go“ Test wurde von Podsiadlo und Richardson (1992) in der Publikation mit dem Titel <i>“The timed “Up & Go”: a test of basic functional mobility for frail elderly persons”</i> veröffentlicht ¹¹ . Der Test ist über das KCG kostenlos und frei verfügbar. Angaben zum Copyright wurden nicht gefunden ¹² . Eine Validierung erfolgte u. a. durch Podsiadlo und Richardson (1992).
Chair Stand-Up Test	Der Chair Stand-Up Test ist über das KCG kostenlos und frei verfügbar ¹³ . Die Darstellung erfolgte mit freundlicher Unterstützung von Dr. Martin Runge (Aerphakliniken Esslingen und Illshofen). Der Chair Stand-Up Test findet sich zusammen mit Tandem-Test in der Short Physical Performance Battery ¹⁴ .
de Morton Mobilitäts Index (DEMMI)	Der de Morton Mobilitäts Index (DEMMI) wurde von De Morton et al. (2008) mit dem Titel <i>“The de Morton Mobility Index (DEMMI): an essential health index for an ageing world”</i> veröffentlicht ¹⁵ . Eine deutsche Version des DEMMI wurde von

¹⁰ Shirley Ryan AbilityLab (SRALab). Clock Drawing Test [online]. Chicago (USA): SRALab. [Zugriff: 12.02.2021]. URL: <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/clock-drawing-test>

¹¹ Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatr Soc 1991;39(2):142-148

¹² Kompetenz-Centrum Geriatrie. INFO-Service / Assessmentinstrumente in der Geriatrie; Instrument: Timed „Up & Go“-Test / Zeitmessender Test zum Aufstehen und Gehen [online]. Hamburg (GER): Kompetenz-Centrum Geriatrie; 2006. [Zugriff: 18.08.2020]. URL: https://kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Documents/tug.pdf

¹³ Kompetenz-Centrum Geriatrie. INFO-Service / Assessmentinstrumente in der Geriatrie; Instrument: Chair-Stand Up / Stuhl-Aufsteh-Test [online]. Hamburg (GER): Kompetenz-Centrum Geriatrie; 2005. [Zugriff: 18.08.2020]. URL: https://kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Documents/chair-stand%20up.pdf

¹⁴ Guralnik JM, Simonsick EM, Ferrucci L, Glynn RJ, Berkman LF, Blazer DG, et al. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. J Gerontol 1994;49(2):M85-94

¹⁵ De Morton NA, Davidson M, Keating JL. The de Morton Mobility Index (DEMMI): an essential health index for an ageing world. Health Qual Life Outcomes 2008; 6:63

Testverfahren	Ergebnis
	Braun et al. (2015) ¹⁶ mit dem Titel <i>„Deutsche Version des De Morton Mobility Index. Erste klinische Ergebnisse aus dem Prozess der interkulturellen Adaptation“</i> veröffentlicht. Das Copyright der deutschen Version liegt bei der Hochschule für Gesundheit, Bochum 2013. Mit Genehmigung der Hochschule für Gesundheit, Bochum, ist der DEMMI über die Internetseiten des KCG kostenlos verfügbar ¹⁷ . Die Validität der deutschsprachigen Version des DEMMI wurde von Braun et al. (2015) ¹⁸ in der Publikation <i>„Reliability and validity of the German translation of the de Morton Mobility Index (DEMMI) performed by physiotherapists in patients admitted to a sub-acute inpatient geriatric rehabilitation hospital“</i> untersucht.
Motilitätstest nach Tinetti (MTT; auch: Performance Oriented Mobility Assessment (POMA))	Der Motilitätstest nach Tinetti (MTT) wurde 1986 von Tinetti mit dem Titel <i>„Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients“</i> ¹⁹ veröffentlicht. Es gibt keine Angaben zum Copyright ²⁰ . Der Motilitätstest nach Tinetti ist über das KCG kostenlos verfügbar ²¹ . Koepke und Meyer (2006) identifizierten verschiedene deutschsprachige Versionen des Instruments mit großen Variationen in Bezug auf Name des Instruments, Items, Scoring und Schwellenwert ²² .
Handkraft	Der Test zur Messung der Handkraft wurde 1986 von Philipps mit dem Titel <i>„Grip strength, mental performance and nutritional status as indicators of mortality risk among female geriatric patients“</i> . veröffentlicht ^{23,24} . Der Test ist kostenlos und frei verfügbar. Für die Umsetzung wird allerdings ein Dynamometer oder Vigorimeter benötigt. Es besteht kein Copyright. Validität und Reliabilität der Handkraftmessung mit Dynamometer wurden für Patientinnen und Patienten mit Schlaganfall, für ältere Erwachsene, in der Geriatrie sowie für nicht weiter spezifizierte Patientenpopulationen untersucht ²⁵ . Zudem wurden Tabellen mit Normwerten für Frauen und Männer in verschiedenen Altersstufen erstellt, wobei die Stärke der Handkraft in kg angegeben wird. Zusätzlich liegen für die Messung der Handkraft mit einem Vigorimeter Normwerte in kPa für ältere Erwachsene vor ²⁵ .

¹⁶ Braun T, Schulz RJ, Hoffmann M, Reinke J, Tofaute L, Urner C, et al. Deutsche Version des De Morton Mobility Index. Erste klinische Ergebnisse aus dem Prozess der interkulturellen Adaptation. *Z Gerontol Geriatr* 2015;48(2):154-163

¹⁷ Kompetenz-Centrum Geriatrie. INFO-Service / Assessmentinstrumente in der Geriatrie; Instrument: de Morton Mobilitäts Index (DEMMI) [online]. Hamburg (GER): Kompetenz-Centrum Geriatrie; 2018. [Zugriff: 18.08.2020]. URL: https://kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Documents/ebi.pdf

¹⁸ Braun T, Schulz RJ, Reinke J, van Meeteren NL, de Morton NA, Davidson M, et al. Reliability and validity of the German translation of the de Morton Mobility Index (DEMMI) performed by physiotherapists in patients admitted to a sub-acute inpatient geriatric rehabilitation hospital. *BMC Geriatr* 2015; 15:58

¹⁹ Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1986;34(2):119-126

²⁰ PROQOLID. Performance Oriented Mobility Assessment (POMA) [online]. 03.2020. Lyon (FRA): Mapi Research Trust. [Zugriff: 18.08.2020]. URL: <https://eprovide.mapi-trust.org>

²¹ Kompetenz-Centrum Geriatrie. INFO-Service / Assessmentinstrumente in der Geriatrie; Instrument: Tinetti-Test [online]. Hamburg (GER): Kompetenz-Centrum Geriatrie; 2005. [Zugriff: 18.08.2020]. URL: https://kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Documents/tinetti-test.pdf

²² Kopke S, Meyer G. The Tinetti test: Babylon in geriatric assessment. *Z Gerontol Geriatr* 2006;39(4):288-291

²³ Kompetenz-Centrum Geriatrie beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Nord (Kompetenz-Centrum Geriatrie). Handkraftmessung [online]. Hamburg (GER): Kompetenz-Centrum Geriatrie. [Zugriff: 12.02.2021]. (INFO-Service / Assessmentinstrumente in der Geriatrie). URL: https://kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Documents/handkraft.pdf

²⁴ Phillips P. Grip strength, mental performance and nutritional status as indicators of mortality risk among female geriatric patients. *Age Ageing* 1986;15(1):53-56

²⁵ Shirley Ryan AbilityLab (SRALab). Hand-Held Dynamometer: Grip Strength [online]. 07.02.2014. Chicago (USA): SRALab. [Zugriff: 12.02.2021]. URL: <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/hand-held-dynamometergrip-strength>

3. Eckpunkte der Entscheidung

3.1 Änderungen aufgrund des GKV-IPReG

3.1.1 Anpassungen zur geriatrischen Rehabilitation

Zu § 2 Absatz 3

Im neuen Satz 5 wird auf die Besonderheiten zur Verordnung von Leistungen der geriatrischen Rehabilitation gemäß § 40 Absatz 3 Satz 2 SGB V und deren Regelungen in dem § 15 klarstellend hingewiesen.

Zu § 6 Absatz 1a

In Satz 1 erfolgte die Korrektur eines Verweisfehlers.

Zu § 6 Absatz 4 (neu)

Die Ergänzung zum Verfahren berücksichtigt die Regelung des § 40 Absatz 3 Satz 8 SGB V. Danach informieren die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte die Versicherten vor der Verordnung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation über die Möglichkeit der Einwilligung zur Übersendung der gutachterlichen Stellungnahme nach § 40 Absatz 3 Satz 5 SGB V an die verordnenden Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte sowie die Möglichkeit der Einwilligung zur Übermittlung der Krankenkassenentscheidung an die in § 40 Absatz 3 Satz 7 SGB V genannten Personen und Einrichtungen. Die verordnenden Ärztinnen und Ärzte teilen der Krankenkasse den Inhalt der durch die Versicherte oder den Versicherten abgegebenen Einwilligung mit. Die Mitteilung erfolgt über das Muster 61, welches um den Teil E ergänzt wird. Sofern eine Übermittlung der Krankenkassenentscheidung an Angehörige oder Vertrauenspersonen des Versicherten sowie an Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die die Versicherten versorgen, erfolgen soll, werden diese durch die oder den Versicherten auf Muster 61 Teil E benannt. Neben den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sind von der Regelung auch die Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten umfasst, sofern diese eine Verordnung zur medizinischen Rehabilitation nach § 6 Absatz 1a vornehmen.

Zu § 12 Absatz 3 (neu)

Im neuen Satz 2 wird klargestellt, dass von der medizinischen Erforderlichkeit einer vertragsärztlichen Verordnung von Leistungen gemäß § 40 Absatz 1 und 2 SGB V von der Krankenkasse nur dann abgewichen werden darf, wenn eine von der Verordnung abweichende gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes vorliegt. Das Gutachten soll der oder dem Versicherten zur Verfügung gestellt werden. Neben den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sind von der Regelung auch die Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten umfasst, sofern diese eine Verordnung zur medizinischen Rehabilitation nach § 6 Absatz 1a vornehmen. Durch den Verweis auf § 15 Absatz 3 und 4 wird klargestellt, dass die Regelung nicht für die Verordnung einer Leistung zur geriatrischen Rehabilitation gilt, sofern diese nach § 15 Absatz 1 erfolgt ist und die jeweiligen Voraussetzungen vorliegen.

Zu § 15 „Geriatrische Rehabilitation“ (neu)

Absatz 1

Mit der Ergänzung wird das Verfahren zur Verordnung einer Leistung zur geriatrischen Rehabilitation für geriatrische Patientinnen und Patienten beschrieben. Auch für diese Perso-

nengruppe ist das Vorliegen einer Indikation für eine medizinische Rehabilitation (Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, positive Rehabilitationsprognose und Rehabilitationsziele) erforderlich (vgl. BT Drucksache 19/19368 Seite 32).

Absatz 2

Es erfolgt die Umsetzung des gesetzlichen Auftrages des G-BA, Auswahl, Einsatz und Nachweis der Anwendung geeigneter Abschätzungsinstrumente nach § 40 Absatz 3 Satz 2 zweiter Halbsatz SGB V in der Rehabilitations-Richtlinie zu bestimmen.

Die geeigneten Abschätzungsinstrumente zur Begründung der Notwendigkeit einer geriatrischen Rehabilitation bei Versicherten höheren Lebensalters bestehen aus den Angaben auf Muster 61 und dem Einsatz von mindestens zwei Funktionstests. Diese Funktionstests dienen dem Nachweis der aus den rehabilitationsbegründenden, weiteren rehabilitationsrelevanten oder geriatritypischen Diagnosen resultierenden Schädigungen.

Durch Anwendung dieser Abschätzungsinstrumente werden neben der Zuweisung in eine geriatrische Rehabilitation auch die weiterhin erforderlichen Indikationskriterien (Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, Rehabilitationsziele und positive Rehabilitationsprognose) aufgezeigt. Die medizinische Erforderlichkeit der geriatrischen Rehabilitation wird durch die Krankenkassen nicht überprüft.

Die Darlegung der für die Leistung der medizinischen Rehabilitation erforderlichen Indikationskriterien erfolgt über das Muster 61. Die Zuweisung in die geriatrische Rehabilitation erfolgt durch die Feststellung, dass es sich um eine Patientin oder einen Patienten höheren Lebensalters handelt. Dies erfordert ein Lebensalter von 70 Jahren oder älter in Verbindung mit Multimorbidität aufgrund [PatV, DKG: einer rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnose / GKV-SV, KBV: mehrerer rehabilitationsbegründender Funktionsdiagnosen] sowie zwei weiterer geriatritypischer Erkrankungen.

PatV, DKG	GKV-SV, KBV
<p>Zu Absatz 2 Nummer 2 „eine rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnose“</p> <p>Für die Zuweisung in eine geriatrische Rehabilitation, bei der die Krankenkasse die medizinische Erforderlichkeit nicht überprüft, ist eine rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnose ausreichend. Die Notwendigkeit des besonderen Settings der geriatrischen Rehabilitation wird durch die zusätzlich erforderlichen zwei geriatritypischen Diagnosen hinreichend belegt. Diese Diagnosenkombination und diese Diagnosenanzahl (1 + 2) wird auch in aktuell gültigen Regelwerken (Rahmenempfehlung ambulante geriatrische Rehabilitation vom 02.01.2018, Rahmenempfehlung zur mobilen geriatrischen Rehabilitation vom 01.05.2007 sowie Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation vom 02.07.2018) als ausreichend erachtet. Würden zwei rehabilitationsbegründende Diagnosen als erforderlich</p>	<p>Zu Absatz 2 Nummer 2 „zwei rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen“</p> <p>In der geriatrischen Rehabilitation existieren typische rehabilitationsbegründende Hauptdiagnosen. Zudem ist das Diagnosespektrum in der Geriatrie indikationsübergreifend, breit gefächert und häufig durch Kombination mehrerer geriatritypischer Schädigungen und Beeinträchtigungen durch nebeneinander vorliegende multiple Erkrankungen gekennzeichnet. Die geriatritypische Multimorbidität erfordert einerseits das Vorliegen von mindestens zwei chronischen Krankheiten mit sozialmedizinischer Relevanz sowie andererseits mehrere Schädigungen der Körperfunktion und -strukturen. Diese Anforderungen an eine geriatrische Indikation werden durch die Forderung von zwei rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnosen und zwei geriatritypischen Diagnosen abgebildet. Sofern diese Anforderungen</p>

PatV, DKG	GKV-SV, KBV
angesehen werden (dann 2 + 2), so würden potentielle Rehabilitanden ausgeschlossen, was dem Ziel der besseren rehabilitativen Versorgung entgegenstünde. Dies gilt neben den Verordnungen nach § 15 aus dem niedergelassenen Bereich in besonderem Maße für Anschlussrehabilitationen nach § 16.	nicht erfüllt sind, wird der geriatrische Patient nicht hinreichend abgebildet.

Geriatritypisch 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 Schalleitungs- 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

Die aus den dokumentierten Erkrankungen resultierenden Funktionsschädigungen werden über mindestens zwei geeignete Funktionstests aus unterschiedlichen Schädigungsbereichen nachgewiesen. Die sachgerechte Anwendung der Abschätzungsinstrumente wird durch die vollständige Befüllung von Muster 61 dargelegt, insbesondere durch umfassende Informationen zu den Indikationskriterien (Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit, -ziele und -prognose) sowie zu den Ergebnissen der angewandten Funktionstests. Hinweise zur Auswahl der Funktionstests und den der Auswahl zugrundeliegenden Voraussetzungen finden sich in der Anlage II der Rehabilitations-Richtlinie.

Absatz 3

Die Ergänzung berücksichtigt, dass die Krankenkasse bei der Entscheidung über den Antrag auf eine Leistung zur geriatrischen Rehabilitation die medizinische Erforderlichkeit der Verordnung überprüfen kann. Umfasst sind Verordnungen für Versicherte, die kein erhöhtes Lebensalter im Sinne des § 15 Absatz 2 Nummer 1 aufweisen, bei denen jedoch in seltenen Einzelfällen aufgrund einer erheblichen geriatritypischen Multimorbidität der Bedarf einer geriatrischen Rehabilitation bestehen kann. Auch Patienten zwischen 60 und 70 Jahren können im Einzelfall einer geriatrischen Rehabilitation zugewiesen werden. In § 15 Absatz 2 Nummer 1 wird diese Altersgruppe zwar nicht aufgeführt, da eine Fehlallokation in dem „vereinfachten Verfahren“ bei einer geriatrischen Rehabilitation in diesen nicht leicht abzugrenzenden Fällen nicht ausgeschlossen werden kann. Dennoch sollen auch diese Patientinnen und Patienten einer geriatrischen Rehabilitation zugewiesen werden, sofern sich die medizinische Notwendigkeit durch Überprüfung der Krankenkasse ergibt. Darüber hinaus werden Verordnungen umfasst, bei denen die Voraussetzungen nach § 15 Absatz 1 oder 2 nicht nachgewiesen sind.

Absatz 4

Soweit die Verordnung den Voraussetzungen nach Absatz 1 und 2 entspricht, bedarf es keiner Prüfung der medizinischen Notwendigkeit durch den Medizinischen Dienst (MD) gemäß der Stichprobenregelung. Andernfalls kann die Verordnung auch weiterhin dem MD zur Prüfung vorgelegt werden.

Absatz 5

Mit der Neufassung wird festgelegt, dass sowohl die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt als auch die Krankenkasse die Versicherten über das Verfahren der Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation insbesondere hinsichtlich des Einsatzes der Abschätzungsinstrumente beraten. Die Krankenkasse berät die Versicherte oder den Versicherten zudem über das Verfahren der Bewilligung einer geriatrischen Rehabilitation und den hierbei gegebenen Sachverhalt, dass eine Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit entfällt, wenn die Verordnung der geriatrischen Rehabilitation gemäß § 15 Absatz 1 und 2 erfolgt ist.

Absatz 6

PatV	GKV-SV, KBV, DKG
Seit Inkrafttreten des GKV-IPReG gilt, dass bei einer geriatrischen Rehabilitation, die von einer Vertragsärztin oder einem Vertragsarzt unter Anwendung geeigneter Funktionstests verordnet wird, die medizinische Notwendigkeit nicht mehr von der Krankenkasse überprüft wird. Die Regelung stellt klar, dass auch in dem Fall der geriatrischen Rehabilitation weiterhin die Möglichkeit besteht, diese ohne vertragsärztliche Verordnung direkt bei der Krankenkasse zu beantragen (vgl. Begründung zum Gesetzesentwurf des GKV IPReG (Bundestagsdrucksache Nr. 19/19368)). Dies entspricht auch § 16 Absatz 1 SGB I, der die Antragstellung beim zuständigen Sozialhilfeträger vorsieht. Die Richtlinie kann im Regelfall den	Die Rehabilitations-Richtlinie regelt das Verfahren der Verordnung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Die oder der Versicherte haben unabhängig von der Verordnung immer die Möglichkeit, einen Antrag bei der Krankenkasse auf eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation zu stellen. Die explizite Hervorhebung der Möglichkeit der Antragstellung auf eine Leistung zur geriatrischen Rehabilitation kann zudem den Eindruck erwecken, dass diese bei anderen Indikationen oder weiteren veranlassten Leistungen nicht besteht.

PatV	GKV-SV, KBV, DKG
<p>Weg über einen Vertragsarzt vorsehen, ein unbedingtes Verweisen auf diesen Weg würde die gesetzlichen Rechte der Versicherten aber unzulässig beschneiden.</p> <p>In der AG wurde mehrfach diskutiert, ob es Bedarf für diese ausdrückliche Regelung der Antragstellung bei der Krankenkasse gibt. Dies ist für eine Minderheit der Fälle zu erwarten, aber die Fälle wird es geben: Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt sieht keine Notwendigkeit für eine medizinische Rehabilitation, der Patient aber schon; der Patient hatte bisher einen Arzt ohne Kassenzulassung und hat noch keinen Vertragsarzt als Hausarzt; beim Umzug in ländliche Gebiete hat der Patient wegen des Ärztemangels keinen Hausarzt usw. Für all diese Fälle muss die Richtlinie einen Weg aufzeigen. Dies gibt auch dem Sachbearbeiter der Krankenkasse Handlungs- und Rechtssicherheit bei der Bearbeitung es Antrags.</p> <p>Bei diesem Vorgehen gilt dann die medizinische Indikation nicht durch das nach der Richtlinie vorgesehene Abschätzungsinstrument als belegt und der bzw. die Versicherte muss sich ggf. der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD) stellen.</p>	

Absatz 7

PatV	GKV-SV, KBV, DKG
<p>Das GKV-IPReG hat für geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen die regelmäßige Dauer von 20 Behandlungstagen ambulant oder drei Wochen stationär festgelegt. Vorher waren es höchstens drei Wochen bzw. 20 Behandlungstage. Um auf diese wesentliche Änderung besonders aufmerksam zu machen, gebietet sich eine Aufnahme bereits am Anfang der Richtlinie.</p> <p>Weiterhin bedarf es einer Regelung für den Bewilligungsbescheid der Krankenkasse – ohne Prüfung der medizinischen Notwendigkeit, aber der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, von dem unter anderem das Übergangsgeld während der Reha abhängt. Die Richtlinie muss festlegen, in welchen Ausnahmefällen von der regelmäßigen</p>	<p>Die Rehabilitations-Richtlinie regelt das Verfahren zur Verordnung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Zum Zeitpunkt der Feststellung des Bedarfs und der Verordnung einer Leistung zur geriatrischen Rehabilitation ist für die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt nicht erkennbar, ob die Rehabilitationsziele vorzeitig erreicht werden können. Insoweit können zum Zeitpunkt der Verordnung noch keine Angaben vorgenommen werden, ob das Rehabilitationsziel vorzeitig erreicht wird. Derartige Hinweise können sich erst im Verlauf der konkreten Leistung zur geriatrischen Rehabilitation ergeben und allein von der Rehabilitationseinrichtung vorgenommen werden.</p>

PatV	GKV-SV, KBV, DKG
<p>Dauer abgewichen werden kann. Dies kann nur aufgrund medizinischer Gründe der Fall sein.</p> <p>Für die Vertragsärzte besteht Handlungsbedarf in gleicher Hinsicht. Eine Ausnahme ist der Gesetzessystematik zufolge nur noch möglich, wenn die Rehabilitationsziele früher zu erreichen sind. Dafür muss es medizinische Gründe geben, die vom Vertragsarzt auf der Verordnung zu dokumentieren sind. Anders ist eine abweichende Entscheidung der Krankenkasse nicht möglich.</p>	

Zur Anlage II „Funktionstests im Rahmen der Verordnung von geriatrischer Rehabilitation auf Muster 61“ (neu)

Als Anlage II wird eine Übersicht aufgenommen, die geeignete Funktionstests für die Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation nach der Systematik der ICF-Kapitel für die Körperfunktionen auflistet, die auf dem Verordnungsvordruck Muster 61 Teil B verwendeten Abkürzungen und dessen Interpretation erläutert. Die neue Anlage II soll Vertragsärztinnen und Vertragsärzte somit bei der Auswahl und dem Einsatz der im Rahmen des geriatrischen Abschätzungsinstrumentes einzusetzenden Funktionstests unterstützen. Die Auswahl der Assessmentinstrumente erfolgte auf Grundlage des in Kapitel 2. dargestellten methodischen Vorgehens.

In der folgenden Übersicht finden sich die zum Zeitpunkt der Beschlussfassung geltenden Bezugswege.

Funktionstest	Dokumentation
Mini Mental Status Test (MMST)	https://kcgeriatrie.de/Assessments in der Geriatrie/Documents/mmse.pdf
Geriatrische Depressions-Skala (GDS 15)	https://kcgeriatrie.de/Assessments in der Geriatrie/Documents/gds.pdf
Uhrentest nach Watson (Uhrentest)	https://kcgeriatrie.de/Assessments in der Geriatrie/Documents/cct.pdf
Visuelle Analogskala für Schmerzintensität (Schmerzskala) und Numerical Pain Rating Scale (Schmerzskala)	Die NRS Schmerz Skala reicht von 0 (keine Schmerzen) bis 10 (stärkster vorstellbarer Schmerz). Aufgrund ihrer Einfachheit gibt es eine Vielzahl an Ausführungen.
Ergometrie in Watt (Ergo)	Die Ergebnisdokumentation erfolgt in Abhängigkeit des zur Anwendung kommenden Gerätes in unterschiedlicher Form.
Spirometrie (FEV1+VK)	Die Ergebnisdokumentation erfolgt in Abhängigkeit des zur Anwendung kommenden Gerätes in unterschiedlicher Form.

Funktionstest	Dokumentation
New York Heart Association Classification (NYHA)	Die NYHA-Skala wird in der Anlage II abgebildet.
Timed „Up & Go“ (TUG)	https://kcgeriatrie.de/Assessments in der Geriatric/Documents/tug.pdf
Chair Stand-Up Test (Chair-Rise)	https://kcgeriatrie.de/Assessments in der Geriatric/Documents/chair-stand%20up.pdf
de Morton Mobilitäts Index (DEMMI)	https://kcgeriatrie.de/Info-Service Geriatric/Documents/assessment_demmi.pdf
Motilitätstest nach Tinetti (Tinetti)	https://kcgeriatrie.de/Assessments in der Geriatric/Documents/tinetti-test.pdf
Handkraft <i>in kPa</i> (Handkraft)	https://kcgeriatrie.de/Assessments in der Geriatric/Documents/handkraft.pdf

3.1.2 Anpassungen zur Anschlussrehabilitation

Zu § 3 Absatz 3 zweiter Spiegelstrich

Die Streichung erfolgt vor dem Hintergrund der Regelung des § 40 Absatz 3 Satz 10 letzter Halbsatz.

Zu § 3 Absatz 4 (neu)

Die Ergänzung berücksichtigt, dass die Rehabilitations-Richtlinie insoweit auf die Anschlussrehabilitation im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung Anwendung findet, wie der gesetzliche Auftrag des G-BA nach § 40 Absatz 3 Satz 10 letzter Halbsatz SGB V in der Rehabilitations-Richtlinie umgesetzt wird.

Zu § 16 „Anschlussrehabilitation“ (neu)

Der neue § 16 berücksichtigt den nach § 40 Absatz 3 Satz 10 letzter Halbsatz SGB V bestehenden Auftrag an den G-BA, in Richtlinien nach § 92 SGB V festzulegen, in welchen Fällen Anschlussrehabilitation im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse erbracht werden kann.

DKG, KBV, PatV	GKV-SV
Ausweislich der gesetzlichen Regelung und seiner Begründung soll der G-BA festlegen, in welchen Fällen Anschlussrehabilitationen ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse erbracht werden können, um einen schnellen Zugang zu einer Anschlussrehabilitation zu erleichtern. Ausweislich der Gesetzesbegründung (DrS 19/19368 Seite 33 Zu Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa verfolgt der Gesetzgeber überdies das Ziel, einheitliche Verfahrensregelungen zu schaffen, wie sie von einzelnen	Die Änderungen des § 40 Absatz 3 SGB V durch das GKV-IPReG zielen insgesamt darauf ab, in bestimmten Fallkonstellationen eine ärztlich festgestellte Indikation nicht durch die Krankenkasse überprüfen zu lassen. Im vertragsärztlichen Bereich gilt dies für die Verordnung einer Leistung der geriatrischen Rehabilitation, soweit diese entsprechend § 15 der Reha-RL erfolgte und geeignete Abschätzungsinstrumente von der verordnenden Ärztin oder vom verordnenden Arzt angewandt wurden. Für den Bereich der

DKG, KBV, PatV	GKV-SV
<p>Krankenkassen und in der gesetzlichen Rentenversicherung bereits angewendet werden.</p> <p>Dem Gesetzgeber ist gerade daran gelegen, bürokratische Aufwände eines Antrags- und Genehmigungsverfahrens zu reduzieren und bestehende Unterschiede in den Verfahren abzubauen und ein in der Deutschen Rentenversicherung (DRV) bereits seit Jahren bewährtes Verfahren ebenfalls für die Anschlussrehabilitation bei GKV-Versicherten anzuwenden.</p> <p>Sozialmedizinische Expertengruppen der DRV hatten bereits in den 1970er Jahren die Bedeutung einer gezielten und unmittelbar anschließenden Rehabilitation im Anschluss an eine stationäre Krankenhausversorgung im Sinne einer zeitnahen Wiedereingliederung gesundheitlich beeinträchtigter Menschen in das Alltags- und Erwerbsleben bestätigt. Das daraufhin von der DRV Bund etablierte und kontinuierlich weiterentwickelte AHB-Direkteinleitungsverfahren basiert auf medizinischen Erkenntnissen zur Optimierung von Heilungsverläufen und trägt maßgeblich zu einer ineinandergreifenden Gesundheitsversorgung in Deutschland bei. Die Indikationen, die nach sozialmedizinischer Einschätzung der DRV typischerweise einen Rehabilitationsbedarf unmittelbar im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt begründen, stimmen mit den Indikationen in der Anschlussrehabilitation für GKV-Versicherte überein. Aus medizinisch-fachlicher sowie struktureller Sicht ist im Bereich der Anschlussrehabilitation der GKV aus den genannten Gründen die Etablierung eines Direkteinleitungsverfahrens analog dem Verfahren der DRV Bund in höchstem Maß sinnvoll.</p> <p>§ 16 nimmt sich somit den Aufbau und die Maßstäbe des AHB-Direkteinleitungsverfahrens der DRV Bund zum Vorbild und schafft eine gleichartige Regelung für GKV-Versicherte. Das Direkteinleitungsverfahren ist in der Veröffentlichung „AHB Anschlussrehabilitation“ Ausgabe 2018 (17. Auflage) der Deutschen Rentenversicherung Bund beschrieben. Das Direkteinleitungsverfahren</p>	<p>Anschlussrehabilitation besteht der Regelungsauftrag des G-BA ausschließlich darin, die Fälle festzulegen, in denen die medizinische Erforderlichkeit der Rehabilitation durch die Krankenkasse im Einzelfall nicht überprüft wird. Weitergehende Regelungen zum Verwaltungsverfahren und Anspruchsprüfungen durch die Krankenkassen liegen nicht im Regelungsbereich des G-BA.</p> <p>Auch bei der Anschlussrehabilitation unterliegt die Leistung dem Genehmigungsvorbehalt der Krankenkasse. Dies umfasst die Prüfung der Subsidiarität der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse gegenüber den Leistungen anderer Rehabilitationsträger nach § 40 Abs. 4 SGB V. Darüber hinaus bestimmt die Krankenkasse weiterhin nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen (§ 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V).</p> <p>Für die zu definierenden Fallkonstellationen erfolgte eine Orientierung an der Gliederung des AHB-Indikationskataloges der DRV, Stand 12/2017. Dieser beinhaltet Empfehlungen, in welchen Indikationen ein Rehabilitationsbedarf gegeben sein kann. Die DRV prüft bei diesen Indikationen weiterhin die Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation, d.h. das Bestehen der medizinischen Erforderlichkeit und die versicherungsrechtlichen Anforderungen.</p> <p>Sofern im Bereich der GKV die Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit entfällt, können nur solche Indikationen in Betracht kommen, bei denen bereits prästationär die Teilhabe aufgrund massiver funktioneller Einschränkungen deutlich beeinträchtigt und der Krankenhausaufenthalt nicht selten durch schwere Komplikationen belastet ist. Zudem kann eine positive Prognose für die Wiedererlangung oder Verbesserung individueller Teilhabe aufgrund der postoperativ fortbestehenden oder neu aufgetretenen Beeinträchtigungen in aller Regel erst mit komplexen Maßnahmen erzielt werden.</p>

DKG, KBV, PatV	GKV-SV
<p>für die Anschlussrehabilitation bei GKV-Versicherten erfolgt demzufolge in den Indikationen und unter den Voraussetzungen des AHB-Indikationskataloges der Deutschen Rentenversicherung Bund in der jeweils gültigen Fassung. Dieser Indikationskatalog bildet die im Gesetz angesprochenen Fälle ab, bei denen unter Einhaltung der weiteren Vorschriften des § 16 dieser Richtlinie, Anschlussrehabilitation ohne vorherige Überprüfung durch die Krankenkassen erbracht werden kann.</p> <p>Das Anliegen des Gesetzgebers, die Bedeutung der Geriatrie zu berücksichtigen, wird in Absatz 2 umgesetzt, indem für die geriatrische Anschlussrehabilitation die entsprechende Anwendung des Direkteinleitungsverfahrens der Deutsche Rentenversicherung Bund gilt. Dies ist notwendig, weil die Deutsche Rentenversicherung Bund keine geriatrischen Rehabilitationsleistungen erbringt und diese daher im AHB-Indikationskatalog der Deutschen Rentenversicherung Bund fehlen. Zur Indikationsstellung für die geriatrische Anschlussrehabilitation wird die Regelung des §15 entsprechend übernommen. Damit ist ein sektorenunabhängiger Umgang mit dem geriatrischen Patienten gewährleistet.</p> <p>Mit einem Direkteinleitungsverfahren können Krankenhäuser für Versicherte, die die Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation erfüllen, diese organisieren und eine Überführung in die Anschlussrehabilitation unmittelbar veranlassen.</p> <p>Für die Identifizierung einer im Anschluss an die stationäre Krankenhausbehandlung erforderliche Anschlussrehabilitation werden wie bereits jetzt üblich durch das Krankenhaus zunächst Rehabilitationsbedarf (Indikation), Rehabilitationsbedürftigkeit (Erfordernis) und Rehabilitationsfähigkeit (Belastbarkeit) beurteilt, sowie die Zuständigkeit des Kostenträgers geklärt.</p> <p>Die Rehabilitationsfähigkeit wird dabei individuell und fähigkeitsorientiert bewertet.</p> <p>Die verbindliche Feststellung der medizinischen Voraussetzungen für eine Anschluss-</p>	<p>Neben dem AHB-Indikationskatalog wurden für die Auswahl der Indikationen, sofern vorhanden, evidenzbasierte Leitlinien herangezogen.</p> <p>Entsprechend der Gesetzesbegründung wurde im Weiteren die Indikation einer geriatrischen Rehabilitation bei Patienten mit einer geriatritypischen Multimorbidität und einem erhöhten Alter (70 Jahre oder älter) als Fallkonstellation definiert.</p>

DKG, KBV, PatV	GKV-SV
<p>rehabilitation bei den Versicherten erfolgt durch das jeweils zuständige ärztliche Personal der Rehabilitationseinrichtung. Hierbei sind insbesondere das Vorliegen einer AR-Indikation und Rehabilitationsfähigkeit maßgebend. Es liegt in der Verantwortung der Rehabilitationseinrichtung, Versicherte nur zur AR aufzunehmen, wenn die medizinischen Voraussetzungen gegeben sind.</p> <p>Das nunmehr durch die Richtlinie geregelte Direkteinleitungsverfahren befördert durch einen beschleunigten und entbürokratisierten Zugang zur Anschlussrehabilitation eine nahtlose Versorgung der Versicherten und vermindert Unterbrechungen oder lange Wartezeiten. Die diesbezügliche Vereinheitlichung mit dem entsprechenden DRV-Verfahren trägt maßgeblich dazu bei und fördert u. a. auch die schnelle Sicherung oder Wiederherstellung von Funktionen und Teilhabe schwer betroffenen Patientinnen und Patienten.</p> <p>Im Absatz 2 ist zudem klargestellt, dass in den Fällen, die nicht dem Direkteinleitungsverfahren unterliegen, eine vorherige Überprüfung der Krankenkasse weiterhin erforderlich ist.</p> <p>In Absatz 7 ist außerdem die Situation geregelt, in der das jeweils zuständige ärztliche Personal der Rehabilitationseinrichtung zu der Einschätzung kommt, dass bei der Versicherten oder dem Versicherten die medizinischen Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation nicht vorliegen. In diesem Fall kann keine direkte Einleitung der Anschlussrehabilitation ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse erfolgen. Vielmehr informiert die Rehabilitationseinrichtung das Krankenhaus sowie den Versicherten darüber und sendet die Antragsunterlagen mit entsprechender Stellungnahme an die Krankenkasse. Diese prüft dann, ob Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Betracht kommen und wer diese gegebenenfalls erbringt.</p> <p>In Absatz 8 wird klargestellt, dass die übrigen Regelungen bis auf § 15 dieser Richtlinie auf</p>	

DKG, KBV, PatV	GKV-SV
die Anschlussrehabilitation keine Anwendung finden.	

3.2 Weitere Änderungen der Rehabilitations-Richtlinie

3.2.1 Änderung aufgrund des MDK-Reformgesetzes

Zu § 2 Absatz 8, § 3 Absatz 3 Spiegelstrich 4 und § 12 Absatz 1 Spiegelstrich 3

Die Änderungen der Rehabilitations-Richtlinie in § 2 Absatz 8, § 3 Absatz 3 Spiegelstrich 4 und § 12 Absatz 1 Spiegelstrich 3 ergeben sich aus dem Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz) vom 14. Dezember 2019, welches am 1. Januar 2020 in Kraft getreten ist und vorsieht, dass die derzeitigen Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) und der Medizinische Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (MDS) in Körperschaften des öffentlichen Rechts umgewandelt werden. Demnach wird der MDK in Medizinischer Dienst (MD) sowie der MDS in Medizinischer Dienst Bund (MD Bund) umbenannt. Diese Änderungen werden somit in der Rehabilitations-Richtlinie nachvollzogen.

3.2.2 Klarstellung aufgrund gesetzlicher Anpassungen

Zu § 4 Absatz 1 Satz 3

Die Änderung berücksichtigt die Forderung des Gesetzgebers aus § 2 SGB IX, die Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren im Zusammenhang mit der Frage einer Behinderung in den Blick zu nehmen.

Zudem wird der Überführung des DIMDI in das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zum 26.05.2020 Rechnung getragen.

3.2.3 Redaktionelle Anpassung

In der Überschrift der Rehabilitations-Richtlinie wird klarstellend die Abkürzung „Reha-RL“ eingeführt.

4. Würdigung der Stellungnahmen

[...]

Das Stellungnahmeverfahren ist in der Zusammenfassenden Dokumentation/Abschlussbericht abgebildet.

5. Bürokratiekostenermittlung

Mit Änderung der Rehabilitations-Richtlinie zur Anpassung aufgrund des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes und weitere Änderungen wird mit Ergänzung des § 15 das Verfahren zur Verordnung einer Leistung zur geriatrischen Rehabilitation für geriatrische Patientinnen und Patienten geregelt. Damit entsteht eine neue Informationspflicht und es ist davon auszugehen, dass sich die Gesamtzahl der Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhöht und somit auch die Bürokratiekosten ansteigen werden.

[DKG/KBV/PatV: Ferner wird gemäß § 16 festgelegt, dass künftig eine Anschlussrehabilitation aus dem Krankenhaus ohne vorherige Überprüfung durch die Krankenkassen erbracht werden kann. Dies erfolgt in der Absicht, einen schnellen Zugang zu einer Anschlussrehabilitation zu erhalten, bürokratische Aufwände für Antrags- und Genehmigungsverfahren zu reduzieren und ein in der Deutschen Rentenversicherung bereits seit Jahren bewährtes Direkteinleitungsverfahren ebenfalls im Rahmen der Anschlussrehabilitation anzuwenden.]

Gemäß § 6 Absatz 4 gibt die oder der Versicherte mit dem neuen Teil E des Verordnungsformulars Muster 61 ihre oder seine Einwilligungsmitteilung zur Übermittlung der gutachterlichen Stellungnahme nach § 40 Absatz 3 Satz 5 SGB V ab. Das Formular sowie diesbezüglich notwendige Informationen erhalten die Versicherten von der Verordnerin oder dem Verordner. Neben den Versicherten entsteht damit auch den Verordnerinnen und Verordnern ein gesonderter Aufwand, welcher jedoch in erster Linie einem aus inhaltlichen Vorgaben resultierenden Erfüllungsaufwand entspricht und an dieser Stelle vom G-BA nicht zu quantifizieren ist.

Bislang handelt es sich bei Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation um die Verordnung einer durch die Krankenkasse genehmigungspflichtigen Leistung. Mit der Neuregelung zur geriatrischen Rehabilitation hat der Gesetzgeber vorgesehen, dass bei Erfüllung der Voraussetzungen nach § 15 Absatz 2 keine Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkasse stattfindet. Damit fallen die mit dem Prüfvorbehalt zur medizinischen Erforderlichkeit im Zusammenhang stehenden bürokratischen Aufwände bei Zuweisung in eine geriatrische Rehabilitation durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte nicht an. Zugleich kann gemäß § 15 Absatz 3 die Krankenkasse bei Versicherten über 60 und unter 70 Lebensjahren mit einer erheblich ausgeprägter geriatritypischer Multimorbidität die medizinische Erforderlichkeit der Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation prüfen.

Für die Einordnung der gemäß § 15 Absatz 2 vorliegenden Voraussetzungen kommen als geeignete Abschätzungsinstrumente Funktionstests zu Anwendung, welche dem Nachweis der Notwendigkeit einer geriatrischen Rehabilitation dienen. Die Ergebnisse der durchgeführten Funktionstests werden im Verordnungsformular Muster 61 vermerkt. Gleichwohl fallen an anderer Stelle des Formulars Einträge weg, so dass davon ausgegangen werden kann, dass sich der bürokratische Aufwand mit dem Formular nicht wesentlich ändern wird. Für die Durchführung der Testverfahren haben Ärztin und Arzt oder medizinisches Fachpersonal gemeinsam einen zeitlichen Aufwand von maximal 10 Minuten. Dieser entspricht einem aus inhaltlichen Vorgaben resultierenden Erfüllungsaufwand und ist nicht Gegenstand der Bürokratiekostenermittlung des G-BA.

Sowohl der bürokratische Mehraufwand im Rahmen der Etablierung der geriatrischen Rehabilitation als auch die bürokratische Entlastung durch den Wegfall des Antrags- und Genehmigungsverfahrens unter definierten Bedingungen sowohl für die geriatrischen Rehabilitation als auch für die Anschlussrehabilitation und die damit einhergehenden geänderten Bürokratiekosten für Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind nicht durch die Änderung der Reha-Richtlinie induziert, sondern durch das am 29.10.2020 in Kraft getretene Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz veranlasst.

6. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand/Verfahrensschritt
18.09.2020		Billigung des Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG)
15.10.2020	G-BA	Einleitung des Beratungsverfahrens „Anpassung der Rehabilitations-Richtlinie aufgrund des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes“
28.10.2020		Verkündung des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes vom 23. Oktober 2020 im Bundesgesetzblatt
23.06.2021	UA VL	Beratung des Beschlussentwurfs und Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerFO) über eine Änderung der Rehabilitations-Richtlinie
TT.MM.JJJJ	UA VL	Anhörung und abschließende Würdigung der Stellungnahmen
TT.MM.JJJJ	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Rehabilitations-Richtlinie
TT.MM.JJJJ		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Absatz 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

7. Fazit

[...]

Berlin, den XX. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

2.2.3 Auszug der Rehabilitations-Richtlinie zum Stellungnahmeverfahren

Auszug der Rehabilitations-Richtlinie
Stand: 23.06.2021



§ 1 Ziel und Zweck

[unverändert]

§ 2 Rechtliche Grundlagen

(1) ¹Die Grundlagen für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind die gesetzlichen Regelungen des SGB V und SGB IX. ²Den Grundsätzen „Rehabilitation vor Rente“, „Rehabilitation vor Pflege“ und „ambulant vor stationär“ ist Rechnung zu tragen.

(2) Die Krankenkasse erbringt nach § 11 Absatz 2 SGB V in Verbindung mit §§ 40 und 41 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, wenn die kurativen Maßnahmen der ambulanten Krankenbehandlung – auch unter rehabilitativer Zielsetzung – nicht ausreichen, eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation medizinisch indiziert und kein anderer Rehabilitationsträger vorrangig zuständig ist.

(3) ¹Die Krankenkasse erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in ambulanter einschließlich mobiler (§ 40 Absatz 1 SGB V) und stationärer (§ 40 Absatz 2 SGB V) Form in oder durch Einrichtungen, mit denen ein Vertrag unter Berücksichtigung des § 38 SGB IX besteht. ²Die Krankenkasse erbringt für pflegende Angehörige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in stationärer Form auch dann, wenn Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation ausreichend sind (§ 40 Absatz 2 Satz 2 SGB V). ³Soweit pflegende Angehörige einen Anspruch auf stationäre Rehabilitation haben, haben sie auch Anspruch auf die Versorgung der Pflegebedürftigen, wenn diese in derselben Einrichtung aufgenommen werden. ⁴Sollen die Pflegebedürftigen in einer anderen als in der Einrichtung der pflegenden Angehörigen aufgenommen werden, koordiniert die Krankenkasse mit der Pflegekasse der Pflegebedürftigen deren Versorgung auf Wunsch der pflegenden Angehörigen und mit Einwilligung der Pflegebedürftigen. ⁵Die Besonderheiten der Verordnung von Leistungen der geriatrischen Rehabilitation (§ 40 Absatz 3 Satz 2 SGB V) sind in § 15 geregelt.

(4) Die Krankenkasse erbringt auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der besonderen Form für Mütter oder Väter oder Mutter-Kind bzw. Vater-Kind (§ 41 SGB V).

(5) ¹Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden auf Antrag der Versicherten erbracht (§ 19 Satz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV)). ²Für das Antragsverfahren bei der Krankenkasse gelten die Regelungen der §§ 14 ff. SGB IX.

(6) ¹Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkasse verordnet (§ 73 Absatz 2 Satz 1 Nr. 5 und 7 SGB V). ²Unter Bezug auf die Entscheidungsbefugnis der Krankenkasse nach § 40 SGB V handelt es sich rechtlich um die Verordnung einer durch die Krankenkasse genehmigungspflichtigen Leistung. ³Die Verordnung durch eine Vertragspsychotherapeutin oder einen Vertragspsychotherapeuten ist nur zulässig, wenn eine Diagnose aus dem Indikationsspektrum zur Anwendung von Psychotherapie:

- gemäß der jeweils aktuell geltenden Psychotherapie-Richtlinie vorliegt oder
- gemäß Anlage I Nummer 19 (Neuropsychologische Therapie) § 4 der Richtlinie des G-BA zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung vorliegt.

⁴Über die oben definierten Indikationsbereiche hinaus ist eine Verordnung auch dann zulässig, wenn eine Diagnose aus dem Indikationsspektrum des Kapitels V „Psychische und Verhaltensstörungen“ der ICD-10-GM Version 2017¹ vorliegt und eine Abstimmung mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt erfolgt.

¹ Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, Version 2017

(7) Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen (§ 40 Absatz 3 Satz 1 SGB V).

(8) Die Krankenkasse ist verpflichtet, die Notwendigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach Maßgabe des § 275 SGB V durch den Medizinischen Dienst (MD) der Krankenversicherung (MDK) auf der Grundlage der Begutachtungs-Richtlinien „Vorsorge und Rehabilitation“ des Medizinischen Dienstes Bund (MD-BUND) des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) prüfen zu lassen.

(9) ¹Bei der Entscheidung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und deren Ausführung wird den berechtigten Wünschen der Versicherten entsprochen (§ 8 Absatz 1 SGB IX). ²Die besonderen Belange pflegender Angehöriger sind bei der Entscheidung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu berücksichtigen.

§ 3 Einschränkungen des Geltungsbereiches

(1) Die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach §§ 23 und 24 SGB V und zur Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder nach § 43a SGB V in Verbindung mit § 46 SGB IX sind nicht Gegenstand dieser Richtlinie und werden gesondert geregelt.

(2) Für die Verordnung von stufenweiser Wiedereingliederung nach § 74 SGB V in Verbindung mit § 44 SGB IX gilt die Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils gültigen Fassung.

(3) Diese Richtlinie gilt auch nicht

- für Rehabilitationsleistungen, die in den Zuständigkeitsbereich anderer Rehabilitationsträger fallen (z. B. gesetzliche Renten- oder Unfallversicherung),
- für Anschlussrehabilitation im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung,
- für Leistungen zur Frührehabilitation, da sie gemäß § 39 Absatz 1 Satz 3 SGB V Bestandteil der Krankenhausbehandlung sind,
- wenn sich aus einem sozialmedizinischen Gutachten des MD MDK die Notwendigkeit einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation ergibt, die Vertragsärztin, der Vertragsarzt, die Vertragspsychotherapeutin oder der Vertragspsychotherapeut jedoch nicht an der Antragstellung beteiligt ist,
- wenn die Notwendigkeit für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation von einem anderen Rehabilitationsträger festgestellt worden und danach die Krankenkasse zuständig ist.

(4) Für Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung (Anschlussrehabilitation) gilt die Richtlinie nur in Bezug auf die nach § 40 Absatz 3 Satz 10 SGB V festzulegenden Fälle der Anschlussrehabilitation. Es gilt § 16.

§ 4 Inhaltliche Grundlagen

(1) Medizinische Rehabilitation umfasst einen ganzheitlichen Ansatz im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells der Weltgesundheitsorganisation (WHO), um den im Einzelfall bestmöglichen Rehabilitationserfolg im Sinne der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, insbesondere in Familie, Arbeit und Beruf zu erreichen. ²Dieser Ansatz berücksichtigt neben dem Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit bei einem Menschen mit einem Gesundheitsproblem nicht nur die Auswirkungen dieses Gesundheitsproblems, sondern auch die möglichen Wechselwirkungen zwischen der Krankheit, Körperstrukturen und -funktionen, Aktivitäten und Teilhabe und den dabei individuell relevanten Kontextfaktoren (umwelt- und personbezogene Faktoren als Förderfaktoren und Barrieren). ³Die Auswirkungen und Wechselwirkungen können unter Nutzung der von der WHO verabschiedeten Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung

und Gesundheit (ICF) ([www.dimdi.de https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icf/](https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icf/)) und der Systematik der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e. V. zu den personbezogenen Faktoren im bio-psycho-sozialen Modell der WHO (<https://www.dgsmp.de/systematik-der-dgsmp/>) beschrieben werden.

(2) Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation stützen sich inhaltlich auf die rehabilitationswissenschaftlichen Erkenntnisse und Definitionen von Zielen, Inhalten, Methoden und Verfahren der ambulanten und stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach den Prinzipien Finalität, Komplexität, Interdisziplinarität und Individualität. ²Konzeptionelle und begriffliche Grundlage sind

- die von der WHO verabschiedete ICF (siehe auch Anlage 1),
- die Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) sowie
- trägerspezifische Empfehlungen (z. B. Rahmenempfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation).

(3) Einzelne Leistungen der kurativen Versorgung (z. B. Heil- oder Hilfsmittel) oder deren Kombination stellen für sich allein noch keine Leistung zur medizinischen Rehabilitation im Sinne dieser Richtlinie dar.

§ 5 Rehabilitationsberatung

[unverändert]

§ 6 Verfahren

(1) Ergibt sich aus dem Beratungsgespräch einer Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung notwendig sind und die Versicherte oder der Versicherte diese in Anspruch nehmen will, verordnet diese oder dieser mit Zustimmung der oder des Versicherten die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auf dem Verordnungsformular Muster 61 Teile B bis D. ²Dabei ist die medizinische Indikation anhand der in den §§ 8 bis 10 genannten Indikationskriterien transparent und nachvollziehbar darzulegen. Sofern die oder der Versicherte die Mitaufnahme des zu pflegenden Angehörigen in derselben Einrichtung oder die Koordination der Versorgung in einer anderen Einrichtung wünscht, gibt die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt dies auf der Verordnung an. ⁴Liegen Anhaltspunkte vor, wonach die Mitaufnahme dem Rehabilitationserfolg der oder des Versicherten entgegenstehen könnte, ist dies auf der Verordnung anzugeben.

(1a) Ergibt sich aus dem Beratungsgespräch einer Vertragspsychotherapeutin oder eines Vertragspsychotherapeuten, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung notwendig sind und die Versicherte oder der Versicherte diese in Anspruch nehmen will, verordnet diese oder dieser mit Zustimmung der oder des Versicherten die entsprechenden Leistungen auf dem Verordnungsformular Muster 61 Teile B bis D unter Berücksichtigung des § 2 Absatz 5 Absatz 6 Satz 3. Die Indikation ist anhand der in den §§ 8 bis 10 genannten Indikationskriterien transparent und nachvollziehbar darzulegen. ²Dabei sind vertragsärztliche Angaben insbesondere zur Feststellung, dass Leistungen der kurativen Versorgung nicht allein ausreichend sind, zu weiteren rehabilitationsrelevanten Diagnosen, gegebenenfalls Risikofaktoren, den bisherigen ärztlichen Interventionen und anderen ärztlich veranlassten Leistungen einschließlich Arzneimitteltherapie heranzuziehen. ³Auf Fremdbefunden beruhende Angaben sind im Verordnungsformular Muster 61 transparent zu machen. ⁴Sofern die oder der Versicherte die Mitaufnahme des zu pflegenden Angehörigen in derselben Einrichtung oder die Koordination der Versorgung in einer anderen Einrichtung wünscht, gibt die Vertragspsychotherapeutin oder der Vertragspsychotherapeut dies auf der Verordnung an. ⁵Liegen Anhaltspunkte vor, wonach die Mitaufnahme dem Rehabilitationserfolg der oder des Versicherten entgegenstehen könnte, ist dies auf der Verordnung anzugeben.

(2) Sofern die Zuständigkeit des Rehabilitationsträgers durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt, die Vertragspsychotherapeutin oder den Vertragspsychotherapeuten nicht abschließend beurteilt werden kann oder eine ergänzende Beratung durch die Krankenkasse gewünscht wird, ist dies mit dem Verordnungsformular Muster 61 Teil A mitzuteilen. ²Die Krankenkasse informiert die Vertragsärztin, den Vertragsarzt, die Vertragspsychotherapeutin oder den Vertragspsychotherapeuten durch Rücksendung des mit einem entsprechenden Vermerk versehenen Verordnungsformulars Muster 61 Teil A.

(3) Die Krankenkasse prüft nach Eingang des Verordnungsformulars Muster 61 (Teile A bis D oder Teile B bis D) abschließend ihre Zuständigkeit und ob Gründe einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation entgegenstehen.

(4) Im Rahmen der Verordnung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation informiert die Verordnerin oder der Verordner die oder den Versicherten über die Möglichkeit der Einwilligung zur Übermittlung der gutachterlichen Stellungnahme nach § 40 Absatz 3 Satz 5 SGB V an die Verordnerin oder den Verordner. Die Information bezieht sich auch 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 Einwilligung wird über das Muster 61 Teil E an die Krankenkasse übermittelt.

§ 7 Voraussetzungen der Verordnung

[unverändert]

§ 8 Rehabilitationsbedürftigkeit

[unverändert]

§ 9 Rehabilitationsfähigkeit

[unverändert]

§ 10 Rehabilitationsprognose und Rehabilitationsziele

[unverändert]

§ 11 Qualifikation der Vertragsärztin, des Vertragsarztes, der Vertragspsychotherapeutin oder des Vertragspsychotherapeuten

[unverändert]

§ 12 Leistungsentscheidung der Krankenkasse

(1) Die Krankenkasse entscheidet unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechtes der Versicherten gemäß § 8 SGB IX auf der Grundlage

- des Antrages der oder des Versicherten unter Beachtung bestehender individueller Anforderungen an die Barrierefreiheit der Rehabilitationseinrichtung,
- des vollständig ausgefüllten Verordnungsformulars Muster 61,
- gegebenenfalls der Beurteilung durch den ~~MD Medizinischen Dienst der Krankenversicherung~~,
- gegebenenfalls weiterer Unterlagen (zum Beispiel eines im Einzelfall vorliegenden Teilhabeplans)

über Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der individuell notwendigen Leistung zur medizinischen Rehabilitation. ²Dabei sind die Fristen der §§ 14 ff. SGB IX zu beachten.

(2) Die Krankenkasse teilt der oder dem Versicherten und der Verordnerin oder dem Verordner ihre Entscheidung in geeigneter Form mit und begründet Abweichungen von der Verordnung. ²Die Mitteilung nach Satz 1 an die Versicherten erfolgt schriftlich.

(3) Von einer verordneten Leistung zur medizinischen Rehabilitation darf die Krankenkasse hinsichtlich der medizinischen Erforderlichkeit nur dann abweichen, wenn eine von der Verordnung abweichende gutachterliche Stellungnahme des MD vorliegt. Diese ist der oder dem Versicherten und mit deren Einwilligung in Textform auch der Verordnerin oder dem Verordner zur Verfügung zu stellen. § 15 Absatz 3 und 4 bleibt unberührt.

§ 13 Zusammenarbeit zwischen Rehabilitationseinrichtung, Vertragsärztin, Vertragsarzt, Vertragspsychotherapeutin oder Vertragspsychotherapeut und Krankenkassen

[unverändert]

§ 14 Sicherung des Rehabilitationserfolges

[unverändert]

§ 15 Geriatrische Rehabilitation

(1) Im Verfahren zur Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation dokumentiert die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt im Verordnungsformular Muster 61 die Indikation einer medizinischen Rehabilitation gemäß § 7 Absatz 1 (Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, positive Rehabilitationsprognose und Rehabilitationsziele).

(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 [GKV-SV, KBV: zwei rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnosen / PatV, DKG: einer rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnose] und zwei geriatritypischen Diagnosen (Teil B des Musters 61 unter I.).

Die aus den Diagnosen gemäß Nummer 2 resultierenden Schädigungen sind mit mindestens zwei geeigneten Funktionstests aus unterschiedlichen Schädigungsbereichen nachzuweisen. Die Ergebnisse der durchgeführten Funktionstests sind unter Angabe des Funktionstests im Verordnungsformular Muster 61 einzutragen. Näheres zu Auswahl und Einsatz von Funktionstests ist in Anlage II geregelt.

(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).

(5) Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt sowie die Krankenkasse beraten die Versicherten über das Verfahren der Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation. Die Krankenkasse berät die Versicherten auch über das Verfahren zur Bewilligung einer geriatrischen Rehabilitation.

PatV
(6) Dem Versicherten bleibt auch im Falle der geriatrischen Rehabilitation die Möglichkeit, die Leistung unmittelbar bei der Krankenkasse und unabhängig von der vorhergehenden vertragsärztlichen Überprüfung zu beantragen.

PatV
(7) Bei einer geriatrischen Rehabilitation ist die Dauer von in der Regel 20 Behandlungstagen ambulant oder drei Wochen stationär (§ 40 Absatz 3 Satz 13 SGB V) zu beachten. Eine kürzere Dauer ist nur im begründeten Einzelfall zu bestimmen, wenn die Rehabilitationsziele früher zu erreichen sind. Dies muss die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt in der Verordnung angeben und begründen.

§ 16 Anschlussrehabilitation

DKG, KBV, PatV	GKV-SV
<p>(1) Die Einleitung der Anschlussrehabilitation (AR) aus dem Krankenhaus für Fälle, die ohne vorherige Überprüfung der Rehabilitation durch die Krankenkasse erbracht werden können, erfolgt über ein Direkteinleitungsverfahren.</p> <p>(2) Das Direkteinleitungsverfahren für die Anschlussrehabilitation erfolgt in den Indikationen und unter den Voraussetzungen des AHB-Indikationskataloges der Deutschen Rentenversicherung Bund in der jeweils gültigen Fassung. Danach können Krankenhäuser für Versicherte, die die Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation erfüllen, diese nach den Maßgaben der folgenden Absätze organisieren und eine Überführung in die Anschlussrehabilitation unmittelbar veranlassen. Fallkonstellationen außerhalb dieses Indikationskataloges können ebenfalls die Leistung einer Anschlussrehabilitation erfordern, diese sind jedoch, wie bisher, zuvor im Antragsverfahren durch die Krankenkassen auf die medizinische Erforderlichkeit zu überprüfen und nicht Gegenstand dieser Richtlinie.</p> <p>(3) Das Direkteinleitungsverfahren gemäß Absatz 2 gilt für die Einleitung von geriatrischer Anschlussrehabilitation entsprechend. Hinsichtlich der Indikationsstellung gilt § 15 entsprechend.</p> <p>(4) Die Auswahl der geeigneten Einrichtung erfolgt durch das Krankenhaus unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts der oder des Versicherten sowie der medizinischen Erfordernisse des Einzelfalls. Die Krankenkassen stellen den Versicherten und den Krankenhäusern bei Bedarf Informationen zu allen zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung.</p> <p>(5) Im Zuge der Planung der Anschlussrehabilitation sendet das Krankenhaus die AR-Antragsunterlagen mit den erforderlichen Angaben an die Rehabilitationseinrichtung. Einer gleichzeitigen Übersendung an die Krankenkassen bedarf es in diesen Fällen nicht.</p>	<p>(1) Bei Anschlussrehabilitationen (AR) nach § 40 Absatz 6 Satz 1 SGB V wird die medizinische Erforderlichkeit der Rehabilitation durch die Krankenkasse nicht überprüft, wenn die Voraussetzungen nach § 7 und eine der folgenden ausgewählten Diagnosen der Indikationsgruppen 1 oder 4 oder eine Indikation der Indikationsgruppen 7, 11 oder 13 gemäß dem AHB-Indikationskatalog der Deutschen Rentenversicherung Bund in der Fassung 12/2017 vorliegen:</p> <p>a) Indikationsgruppe 1: Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufsystems</p> <ul style="list-style-type: none"> - Myokardinfarkte - Koronar-Arterielle Bypass-Operation auch in Kombination mit einem Herzklappenersatz - Herzinsuffizienzen ab NYHA II <p>b) Indikationsgruppe 4: Konservativ und operativ behandelte Erkrankungen des Bewegungsapparates und Unfallfolgen</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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) <p>c) Indikationsgruppe 7: Krankheiten der Atmungsorgane einschließlich Operationen,</p>

DKG, KBV, PatV	GKV-SV
<p>(6) Die verbindliche Feststellung der medizinischen Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation bei den Versicherten erfolgt durch die zuständige Ärztin oder den zuständigen Arzt der Rehabilitationseinrichtung. Hierbei sind insbesondere das Vorliegen einer AR-Indikation und Rehabilitationsfähigkeit maßgebend. Es liegt in der Verantwortung der Rehabilitationseinrichtung, Versicherte nur zur AR aufzunehmen, wenn die medizinischen Voraussetzungen gegeben sind.</p> <p>(7) Wurde von der zuständigen Ärztin oder dem zuständigen Arzt der Rehabilitationseinrichtung festgestellt, dass bei der Versicherten oder dem Versicherten die medizinischen Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation vorliegen, informiert die Rehabilitationseinrichtung das Krankenhaus sowie die Versicherte oder den Versicherten darüber sowie über den Termin der Aufnahme. Die Übermittlung der AR-Antragsunterlagen an die Krankenkasse erfolgt durch die Rehabilitationseinrichtung, nachdem die Versicherte oder der Versicherte von dieser aufgenommen wurde.</p> <p>(8) Kommt die zuständige Ärztin oder der zuständige Arzt der Rehabilitationseinrichtung hingegen zu der Einschätzung, dass bei der Versicherten oder dem Versicherten die medizinischen Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation nicht vorliegen, kann eine direkte Einleitung der Anschlussrehabilitation ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse nicht erfolgen. In diesem Fall informiert die Rehabilitationseinrichtung das Krankenhaus sowie die Versicherte oder den Versicherten darüber und sendet die Antragsunterlagen mit entsprechender Stellungnahme an die Krankenkasse. Diese prüft dann selbst, ob Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Betracht kommen und wer diese gegebenenfalls erbringt.</p> <p>(9) Die weiteren Regelungen dieser Richtlinie finden auf die Anschlussrehabilitation im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung keine Anwendung.</p>	<p>d) Indikationsgruppe 11: Onkologische Krankheiten,</p> <p>e) Indikationsgruppe 13: Organ-Transplantationen und -Unterstützungssysteme.</p> <p>Satz 1 gilt auch für die Indikation einer geriatrischen Anschlussrehabilitation bei Patientinnen und Patienten mit einer geriatritypischen Multimorbidität und einem erhöhten Lebensalter (70 Jahre oder älter).</p> <p>(2) Für die Darlegung der Fallkonstellation nach Absatz 1 ist das Vorliegen der Indikation für eine Anschlussrehabilitation einschließlich der damit einhergehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe im ärztlichen Befundbericht zu dokumentieren. Die Darlegung der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe erfolgt mit dem SINGER Patientenprofil.</p>

Anlage I Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)
– Erläuterungen und Begriffsbestimmungen –
 [unverändert]

Anlage II Funktionstests im Rahmen der Verordnung von geriatrischer Rehabilitation auf Muster 61

Für die gemäß § 15 Absatz 2 durchgeführten Funktionstests gilt, dass das Ergebnis nicht älter als 6 Wochen sein soll. Es sollen die Funktionstests gewählt werden, die die Schädigungen medizinisch am besten abbilden. Zudem gelten für die Funktionstests die folgenden Voraussetzungen:

1. Sie müssen im Zusammenhang mit den in Muster 61 Teil B unter I. aufgeführten rehabilitationsbegründenden/rehabilitationsrelevanten Diagnosen stehen.
2. Es müssen zwei unterschiedliche Schädigungsbereiche untersucht werden.

Insbesondere bei den nachfolgend aufgeführten Funktionstests kann vom Vorliegen dieser Voraussetzungen ausgegangen werden:

Schädigungsbereich	Muster 61	Funktionstest	Interpretation
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
	GDS 15	Geriatrische Depressions-Skala	0 bis 5 Punkte: unauffällig, ≥ 6 Punkte: depressive Störung wahrscheinlich
	Uhrentest	Uhrentest <i>nach Watson</i>	Fehler in den Quadranten I bis III: je 1 Fehlerpunkt, Fehler im Quadranten IV: 4 Fehlerpunkte, ab 4 Fehlerpunkten Interpretation als auffällige Einschränkungen
Sinnesfunktionen und Schmerz	Schmerzskala	Visuelle Analogskala für Schmerzintensität <i>oder</i> Numerical Pain Rating Scale	0 (keine Schmerzen) bis 10 (stärkster vorstellbarer Schmerz)
Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, immun- und Atmungssystems	Ergo	Ergometrie <i>in Watt</i>	deutliche Abweichung vom altersspezifischen Normwert
	FEV1+VK	Spirometrie	deutliche Abweichung vom altersspezifischen Normwert
	NYHA	New York Heart Association	NYHA I (asymptomatisch), NYHA II (leicht), NYHA III (mittelschwer), NYHA IV (schwer)
	TUG und Chair-Rise	Timed „Up & Go“ <i>in Verbindung mit</i> Chair-Rise	TUG: ≤ 10 Sekunden: Alltagsmobilität: uneingeschränkt, 11 bis 19 Sekunden: geringe Mobilitätseinschränkung, i.d.R. noch ohne Alltagsre-

8

Schädigungsbereich	Muster 61	Funktionstest	Interpretation
Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen			levant, 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
	DEMMI	de Morton Mobilitäts index	Höhere Scores bedeuten einen höheren Mobilitätsgrad. Der geringste klinisch relevante Unterschied wird mit 10 Punkten angegeben.
	Tinetti	Motilitätstest nach Tinetti	unter 20 Punkten: erhöhtes Sturzrisiko, unter 15 Punkte: deutlich erhöhtes Sturzrisiko
	Handkraft	Handkraft <i>in kPa</i>	deutliche Abweichung vom altersspezifischen Normwert; deutliche Seitendifferenz

9

2.3 Auswertung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen

Die Volltexte der eingegangenen schriftlichen Stellungnahmen sind in Kapitel 2.4 des Anhangs zu den Tragenden Gründen abgebildet.

2.3.1 Allgemein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
1.	Fachverband Sucht	Die Initiative des Gesetzgebers im Sinne des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“, für ältere Menschen den Zugang zur Rehabilitation im Übergang aus der akutstationären Behandlung zu erleichtern, kann nur unterstützt werden. Darüber hinaus ist die grundsätzliche Verbesserung der Schnittstelle zwischen Akut- und Rehabilitationsbehandlung im Sinne eines effektiven Zugangs zur Anschlussrehabilitation für alle Beteiligten von großer Bedeutung.	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.	keine Änderung am BE
2.	fdr+	Der Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. (fdr+) begrüßt grundsätzlich die, mit der Änderung der Rehabilitations-Richtlinie bezweckte, Erleichterung des Zugangs zur Rehabilitation für ältere Menschen im Übergang aus der akutstationären Behandlung sehr.	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.	keine Änderung am BE
3.	BÄK	Der Beschlussentwurf bezüglich der geriatrischen Rehabilitation ist weitgehend geeint. Die neue, konsentierete Anlage II enthält – nicht abschließend – eine Liste mit Funktionstests, die im Rahmen der Verordnung von geriatrischer Rehabilitation eingesetzt werden können. Die Kriterien für die Auswahl der Funktionstests sind in den Tragenden Gründen dargelegt und erläutert. U. a. sind die Funktionstests kosten- und lizenzfrei verfügbar und der Zeitaufwand für die Durchführung beträgt maximal 10 Minuten. Voraussetzung für den Verzicht der Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkassen ist ferner, dass die Versicherten 70 Jahre oder älter sind. Bei Versicherten über 60 und unter 70 Lebensjahren sowie bei Versicherten, bei denen die genannten Voraussetzungen nicht vorliegen, kann eine geriatrische Rehabilitation gewährt werden, sofern die Krankenkasse die medizinische Erforderlichkeit aufgrund der erheblich ausgeprägten geriatritypischen Multimorbidität des Versicherten anerkennt. Der wesentliche Dissens bei dem Regelungsvorschlag besteht bezüglich der Frage, ob neben zwei geriatritypischen Diag-	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.	keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
		nosen eine oder zwei rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen vorliegen müssen. Eine Auflistung der insbesondere geriatritypischen Erkrankungen findet sich in den Tragenden Gründen.		
4.		Bezüglich der Anschlussrehabilitation liegen zwei Regelungsvorschläge vor. Der von DKG, KBV und PatV vorgelegte Vorschlag übernimmt das sog. Direkteinleitungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung Bund für die Anschlussrehabilitation bei GKV-Versicherten Das Direkteinleitungsverfahren kann nach diesem Vorschlag für alle Indikationen und unter den Voraussetzungen des AHB-Indikationskatalogs der Deutschen Rentenversicherung Bund in der jeweils gültigen Fassung und zusätzlich für geriatrische Anschlussrehabilitationen erfolgen. Nach den Vorstellungen des GKV-SV erfolgt der Verzicht auf eine Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkassen nur bei einer bestimmten Indikationsgruppe des AHB-Indikationskatalogs der Deutschen Rentenversicherung Bund in der Fassung 12/2017 und innerhalb der Indikationsgruppen 1 und 4 nur bei ausgewählten Diagnosen. Weitergehende Regelungen zum Verwaltungsverfahren enthält der Vorschlag nicht, da dies nach Auffassung des GKV-SV nicht im Regelungsbereich des G-BA liegt.	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.	keine Änderung am BE
5.	SVLFG	Die Anpassung der Rehabilitations-Richtlinie ist aus unserer Sicht folgerichtige Auswirkung des IPRéG. Die landwirtschaftliche Alterskasse (LAK) ist von der vorgesehenen Änderung der Rehabilitations-Richtlinie nicht unmittelbar betroffen. Aus unserer Sicht werden die Regelungen des IPRéG durch die vorgesehenen Anpassungen der Reha-Richtlinie vom Grundsatz her zutreffend aufgegriffen.	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.	keine Änderung am BE
6.	BAR	Die vorgesehenen Anpassungen der Reha-RiLi an die Vorgaben des GKV-IPReG werden von der BAR im Wesentlichen begrüßt.	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.	keine Änderung am BE
7.	BDPK	Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) vertritt seit über 70 Jahren die Interessen von mehr als 1.000 Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken in privater Trägerschaft. Als deutschlandweit agierender Spitzenverband setzt er sich für eine qualitativ hochwertige, innovative und wirtschaftliche Patientenversorgung in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken ein. Gemäß § 92 Absatz 5 SGB V nimmt der BDPK folgend Stellung zur Anpassung der Rehabilitations-Richtlinie. Die im Gesetz zur Stärkung der Intensivpflege	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.	keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
		<p>und Rehabilitation (IPReG) beschlossene Etablierung eines erleichterten Zugangs zur medizinischen Rehabilitation im Bereich der Geriatrie und einer nahtlosen Überleitung in die Anschluss-Rehabilitation nach einem Krankenhausaufenthalt kann die Patientenversorgung maßgeblich verbessern. Ziel des Gesetzgebers war im Sinne des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ zum einen die Stärkung der geriatrischen Rehabilitation, um älteren Menschen, die von Pflegedürftigkeit bedroht sind, so lange wie möglich ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Dies ist sowohl für jede einzelne Patientin und jeden Patienten essenziell als auch für die Entlastung der Solidargemeinschaft und Entschärfung des Fachkräftemangels in der Pflege von großer Bedeutung. Ein weiteres Ziel des Gesetzgebers war die Schaffung eines schnelleren Zugangs zu Anschlussrehabilitationen sowie eines einheitliches Zugangsverfahrens, so wie es von einzelnen Krankenkassen und in der gesetzlichen Rentenversicherung bereits durchgeführt wird. Die beschlossenen Verbesserungen beim Zugang zur Anschlussrehabilitation sind im Sinne des Patientenwohls sehr wichtig, da ein verzögerter Beginn einer Anschlussrehabilitation gravierende gesundheitliche Folgen für die Patient*innen haben kann. Das IPReG hat mit den neuen Regelungen zur geriatrischen Rehabilitation und Anschlussrehabilitation eine gute Grundlage für die Verbesserung der Patientenversorgung geschaffen. Entscheidend für die erfolgreiche Umsetzung ist nun, dass die Regelungen in der Rehabilitations-Richtlinie entsprechend nachvollzogen und in der Versorgungspraxis etabliert werden.</p>		
8.	BDPK	<p>Der BDPK stimmt den neuen Regelungen in § 15 der Rehabilitations-Richtlinie zu. Gemäß § 40 Absatz 3 SGB V sollen Krankenkassen bei einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation die medizinische Erforderlichkeit der Maßnahme nicht mehr überprüfen, sofern die geriatrische Indikation durch dafür geeignete Abschätzungsinstrumente vertragsärztlich überprüft wurde. Im § 15 der Rehabilitations-Richtlinie werden die entsprechenden Kriterien für das neue Direkt-Verordnungsverfahren festgelegt und in der Anlage II der Richtlinie geeignete Testverfahren für das geriatrische Abschätzungsinstrument aufgeführt.</p>	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.	keine Änderung am BE

2.3.2 Zu § 2 Rechtliche Grundlagen

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
9.	BAR	Vorschlag 1: Aus rechtssystematischen Gründen schlagen wir vor, den für Abs. 3 vorgesehenen neuen Satz 5 besser an dem uns als geeigneter erscheinendem Ende von Abs. 6 (dort Satz 5 neu) aufzunehmen.	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung aus der Stellungnahme wird insofern gefolgt, da mit dem neuen Satz 5 in Absatz 3 auf die Besonderheiten zur Verordnung von Leistungen der geriatrischen Rehabilitation gemäß § 40 Absatz 3 Satz 2 SGB V im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung abgestellt wird. Der neue Satz 5 wird nunmehr in § 2 Absatz 6 aufgenommen.	Änderung am BE
10.		<p>Vorschlag 2: Zu Abs. 5 Satz 2 schlagen wir vor, die hier angeführten Regelungen der §§ 14 ff. SGB IX noch zu ergänzen um eine Erwähnung der in der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ erfolgten Konkretisierungen. Folgende ergänzende Formulierung schlagen wir dementsprechend vor: „... die Regelungen des SGB IX, namentlich der §§ 14 ff., <u>mit den hierzu getroffenen Konkretisierungen in der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“.</u>“</p> <p>Begründung: Die Vorschriften der Kapitel 2 bis 4 in Teil 1 SGB IX gehen den Leistungsgesetzen, wie z.B. dem SGB V, vor (vgl. § 7 Abs. 2 SGB IX) und sind dementsprechend auch hier zu beachten. Zur Konkretisierung dieser verbindlichen gesetzlichen Vorschriften haben die Krankenkassen mit den anderen Reha-Trägern Konkretisierungen in der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ vereinbart. Dies wird durch die vorgeschlagene Bezugnahme verdeutlicht. Mit der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ wird der gesetzliche Auftrag aus § 26 Abs. 2 Nr. 2, 3, 5, 7 – 9 SGB IX umgesetzt und dabei auch an die Artikel 24-27 sowie die Artikel 6, 7, 19 und 20 der UN-Behindertenrechtskonvention angeknüpft. Ziel ist die Sicherstellung einer effektiven und effizienten Ausgestaltung des gesamten Rehabilitationsprozesses. Zur Koordinierung der Leistungen sowie für die Sicherstellung einer einheitlichen Praxis innerhalb des gegliederten Systems der Rehabilitation und Teilhabe finden sich in der Gemeinsamen Empfehlung konkretisierende trägerübergreifend geltende Festlegungen der Rehabilitationsträger auf Bundesebene als Vereinbarungspartner.</p>	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung aus der Stellungnahme wird nicht gefolgt, da sich keine Notwendigkeit einer Änderung aus dem GKV-IPReG sowie keine inhaltliche Notwendigkeit mit Blick auf den wesentlichen Regelungsgegenstand der Richtlinie ergeben.	keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
11.		<p>Vorschlag 3: Ergänzend schlagen wir für Abs. 8 auch eine ausdrückliche Bezugnahme auf die Gemeinsame Empfehlung für die Durchführung von Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen (GE „Begutachtung“) vor in folgender Weise: „... durch den Medizinischen Dienst (MD) auf der Grundlage ... des Spitzenverbandes Bund (MD-BUND) <u>sowie der Gemeinsamen Empfehlung „Begutachtung“ nach SGB IX.</u></p> <p>Begründung: In der Gemeinsamen Empfehlung „Begutachtung“ haben GKV mitsamt MD trägerübergreifende Grundsätze für Begutachtungen nach § 17 SGB IX gemeinsam mit den weiteren gesetzlichen Rehabilitationsträgern vereinbart. Gutachten sollen diesen Grundsätzen entsprechen (§ 17 Abs. 2 Satz 2 SGB IX). Gutachten dienen als Grundlage für die Bewilligung sämtlicher Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe. Die Gemeinsame Empfehlung bezieht sich auf alle Leistungsgruppen und Leistungsträger. In der Praxis unterstützt und fördert sie einen hohen Qualitätsstandard bei der Begutachtung im Bereich der Rehabilitation.</p>	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung aus der Stellungnahme wird nicht gefolgt, da die Begutachtung unter Berücksichtigung der Begutachtungsanleitung „Vorsorge und Rehabilitation“ erfolgt und ein Hinweis auf die GE „Begutachtung“ in der Begutachtungsanleitung vorgesehen ist.	keine Änderung am BE

2.3.3 Zu § 3 Einschränkungen des Geltungsbereiches

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
12.	BAR	<p>Zu Abs. 3, zweiter Spiegelstrich</p> <p>Vorschlag: Streichung des 2. Spiegelstriches (vgl. Anlage 3), im Beschlussentwurf jedenfalls bislang aber nicht aufgenommen)</p> <p>Begründung: Bei Neuanfügung eines Absatzes 4 mit dem im Beschlussentwurf vorgeschlagenen Wortlaut ist der 2. Spiegelstrich in Absatz 3 verzichtbar.</p>	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Die Streichung des zweiten Spiegelstriches in § 3 Absatz 3 Reha-RL wurde bereits in Nummer 3 Buchstabe a des Beschlussentwurfes (Stand: 23.06.2021) nachvollzogen.	keine Änderung am BE

2.3.4 Zu § 4 Inhaltliche Grundlagen

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
13.	fdr+	Laut Satz (1) umfasst die Medizinische Rehabilitation einen ganzheitlichen Ansatz im Sinne des biopsychosozialen Modells der Weltgesundheitsorganisation (WHO), um den im Einzelfall bestmöglichen Rehabilitationserfolg im Sinne der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, insbesondere in Familie, Arbeit und Beruf zu erreichen. Dieser Ansatz berücksichtigt neben dem Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit bei einem Menschen mit einem Gesundheitsproblem nicht nur die Auswirkungen dieses Gesundheitsproblems, sondern auch die möglichen Wechselwirkungen zwischen der Krankheit, Körperstrukturen und -funktionen, Aktivitäten und Teilhabe und den dabei individuell relevanten Kontextfaktoren (umwelt- und personenbezogene Faktoren als Förderfaktoren und Barrieren). Nach diesem Ansatz arbeiten auch die ambulanten und (teil-)stationären Rehabilitationseinrichtungen für abhängigkeitskranke Menschen. Die aktuellsten Daten der Deutschen Suchthilfestatistik (aus dem Jahr 2019 ³⁷) zeigen auf, dass 142 stationäre Einrichtungen, die sich an der DSHS beteiligt haben, 35.485 stationäre Behandlungen (Rehabilitationsmaßnahmen) durchgeführt haben. Demnach zählt die Suchthilfe in Deutschland damit zu den größten Versorgungssystemen im Suchtbereich in Europa und weist eine hohe Qualifizierung und Differenzierung auf. Das Durchschnittsalter aller stationär behandelten Personen liegt bei 42 Jahren, knapp die Hälfte (45%) ist älter als 50 Jahre. Insofern ist es dem fdr+ wichtig, die Versorgung der Rehabilitand*innen im Bereich Abhängigkeitserkrankungen bedarfsgerecht, qualifiziert und barrierearm gewährleisten zu können. Ein vereinfachter Zugang zu den Rehabilitationsleistungen bzw. ein fließender Übergang zwischen dem Aufenthalt im Krankenhaus und der Rehabilitationsklinik stellt u.a. eine wesentliche Voraussetzung zu einem bestmöglichen Rehabilitationserfolg dar.	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Hierzu wird kein Änderungs- bzw. Regelungsbedarf in Bezug auf die Rehabilitationsrichtlinie gesehen. Im Bereich der Suchtrehabilitation bestehen zudem die Handlungsempfehlungen der Deutschen Rentenversicherung, der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft für die Verbesserung des Zugangs nach qualifiziertem Entzug in die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker „Nahtlosverfahren qualifizierter Entzug/Suchtrehabilitation“ vom 1. August 2017 (https://www.vdek.com/vertragspartner/vorsorge-rehabilitation/abhaengigkeit/_jcr_content/par/download_16/file.res/2017_HE_Nahtlosverfahren_2017-08-01_final.pdf).	keine Änderung am BE
14.	BAR	Abs. 1 Vorschlag: Die vorgesehene Ergänzung in Satz 3 begrüßen wir und schlagen überdies die Aufnahme eines weiteren Satzes (Satz 4 neu) wie folgt vor: „ <i>Hier kann auch die Arbeitshilfe - Kontextfaktoren bei der Ermittlung von Teilhabebedarfen (BAR Frankfurt, 2021) hinzugezogen werden (vgl. dazu:</i>	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung aus der Stellungnahme wird nicht gefolgt. Im Übrigen wird auf die lfd. Nummern 10 und 11 verwiesen.	keine Änderung am BE

³⁷ https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/Publikationen/Jahresberichte/DSHS_Jahresbericht_DJ_2019.pdf

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
		<p>https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_publikationen/reha_grundlagen/pdfs/AHKontext2020.RZBF2neu.pdf“</p> <p>Begründung: Die genannte Arbeitshilfe ist auf Anregung des Sachverständigenrates der Ärzteschaft der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation trägerübergreifend, insbesondere unter Beteiligung auch der Krankenkassen und des MD, aktuell vereinbart worden. Sie bietet entscheidende Hilfe-stellung beim übergeordneten Ziel der Bedarfsermittlung, die individuellen Barrieren und Förderfaktoren für eine gelingende Teilhabe zu identifizieren und so auch zu ermöglichen, dass diese in ihrer Wirkung minimiert bzw. positiv verstärkt werden. Dementsprechend wird in der Arbeitshilfe „Kontextfaktoren bei der Ermittlung von Teilhabebedarfen“ ausgeführt, wie sich auf der Grundlage des bio-psycho-sozialen Modells Krankheit und Behinderung unter Berücksichtigung individuell relevanter Kontextfaktoren auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft auswirken können. Des Weiteren wird erläutert, wie bei der Ermittlung von Teilhabeleistungen relevante Einflüsse aus dem Lebenshintergrund ermittelt und Leistungen darauf abgestellt werden können.</p>		
15.		<p>Abs. 2, Satz 2, zweiter Spiegelstrich</p> <p>Vorschlag: Ergänzung um die Wörter „und stationären“ wie folgt: „- die Rahmenempfehlungen zur ambulanten und stationären medizinischen Rehabilitation der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) sowie“</p> <p>Begründung: Der allgemeine Teil der Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) liegt in bereits aktualisierter und um den Bereich der stationären medizinischen Rehabilitation erweiterter Fassung vor.</p>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Dem Hinweis des Stellers, auf die in § 4 Absatz 2 zweiter Spiegelstrich im März 2021 um die stationäre Rehabilitation erweiterte Fassung der Rahmenempfehlungen zur ambulanten und stationären medizinischen Rehabilitation der BAR³⁸, wird gefolgt und die vorgeschlagene Ergänzung im Beschlussentwurf nachvollzogen.</p>	<p>Änderung am BE</p>

³⁸ https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_publikationen/reha_vereinbarungen/pdfs/MedRehaAllgemein.web.pdf

2.3.5 Zu § 6 Verfahren

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
16.	BAR	<p>Zu Absatz 4 (neu) schlagen wir vor, noch einen Satz 4 und Satz 5 wie folgt zu ergänzen: <i>„Der Schutz der personenbezogenen Daten einschließlich Sozialdaten sowie das Recht auf informationelle Selbstbestimmung sind zu gewährleisten. Hierbei gelten insbesondere die Klarstellungen und Präzisierungen, wie sie in den auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation vereinbarten gesonderten Arbeitshilfen zum Datenschutz niedergelegt sind.“</i></p> <p>Begründung: Der Schutz von Sozialdaten, insbesondere von Gesundheitsdaten, ist für alle Akteure im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe eine gesetzliche Verantwortung und ein besonderes Anliegen. Dies gilt es daher entsprechend zu betonen und nicht zuletzt auch für die gesetzlichen Krankenkassen geltende Datenschutzgrundlagen zu benennen.</p>	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung aus der Stellungnahme wird nicht gefolgt, da der Schutz der personenbezogenen Daten gesetzlich verankert und somit geregelt ist.	keine Änderung am BE

2.3.6 Zu § 12 Leistungsentscheidung der Krankenkasse

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
17.	BAR	<p>Zu Absatz 3 (neu) schlagen wir vor, noch einen Satz 4 wie folgt zu ergänzen: <i>„Auf § 6 Absatz 4 Sätze 4 und 5 wird im Weiteren verwiesen.“</i></p> <p>Begründung: Auf die Beachtung des Datenschutzes ist auch hier hinzuweisen.</p>	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Im Übrigen siehe lfd. Nummer 16.	keine Änderung am BE

2.3.7 Zu § 15 Geriatrische Rehabilitation [neu]

Zu Absatz 2

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
18.	Fachverband Sucht	Der Fachverband Sucht e.V. teilt die Einschätzung von DKG, GKV-SV, KBV und Patientenvertretung, dass bei Patientinnen und Patienten mit einem Lebens-	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.	keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
		<p>alter 70 oder älter und einer Geriatrie typischen Multimorbidität das Direktverordnungsverfahren anzuwenden ist. Dabei sind aus Sicht des Fachverbandes Sucht e.V. die Hürden so niedrig wie möglich zu halten.</p>		
19.	Diakonie	<p>Absatz 2 Nummer 2: Vorliegen von mindestens einer rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnose Der Vorschlag von DKG und PatV wird unterstützt. Der Gesetzgeber verfolgte mit den gesetzlichen Änderungen im § 40 SGB V zur geriatrischen Rehabilitation das Ziel, Hürden der Inanspruchnahme zu senken. Dem stände es entgegen, wenn – in Abwendung von gelten Regelungswerken – die Zahl der „Funktionsdiagnosen“ erhöht wird und dadurch Personen mit Teilhabebeeinschränkung oder drohender Teilhabebeeinschränkung nicht rehabilitiert werden. Um der Klarheit willen wird darum gebeten, den Begriff der Funktionsdiagnose in der Richtlinie zu definieren.</p>	<p>DKG, PatV Zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV, KBV GKV-SV und KBV folgen den Ausführungen aus der Stellungnahme und schließen sich der Position von DKG und PatV an. Die Stellungnehmer (u.a. lfd. Nummer 22) beziehen sich auf die geltenden Vorgaben zur geriatrischen Rehabilitation (z.B. Rahmenempfehlung ambulante geriatrische Rehabilitation vom 02.01.2018 sowie Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation vom 02.07.2018). Danach ist Voraussetzung für die Indikation zu einer medizinischen Rehabilitation das Bestehen einer chronischen Erkrankung mit nicht nur vorübergehenden Auswirkungen auf die Aktivitäten und damit der drohenden oder bereits bestehenden Beeinträchtigungen der Teilhabe. Die aus dem Gesundheitsproblem resultierenden Schädigungen und Beeinträchtigungen werden durch die rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnose abgebildet. Neben der rehabilitationsbegründenden Diagnose liegt eine geriatritypische Multimorbidität vor. Das Vorliegen einer Multimorbidität erfordert das Bestehen von mindestens zwei chronischen Krankheiten mit sozialmedizinischer Relevanz. Geriatritypisch ist diese Multimorbidität, wenn die alterstypischen strukturellen und funktionellen Einbußen auf einen älteren Menschen ≥ 70 Jahre deuten. Hinweise hierfür kann das Vorliegen der Diagnosen aus der in</p>	Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
			den Tragenden Gründen aufgeführten Erkrankungen sein, die die Allokation in die geriatrische Rehabilitation begründen können. Im Übrigen wird auf die lfd. Nummer 24 verwiesen.	
20.	BamR	Absatz 2, Punkt 2: Wahl des Vorschlags der PatV/DKG Ziel des GKV-IPReG war eine Erleichterung des Zugangs. Die Forderung zweier Diagnosen erschwert den Zugang unnötig. Diese Forderung wäre auch eine Abweichung vom gelebten Standard. (Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation vom 02.07.2018, Rahmenempfehlung ambulante geriatrische Rehabilitation vom 02.01.2018, Rahmenempfehlung zur mobilen geriatrischen Rehabilitation vom 01.05.2007)	Siehe lfd. Nummer 19.	keine Änderung am BE
21.	BÄK	Die vorgeschlagenen Regelungen zur geriatrischen Rehabilitation werden von der Bundesärztekammer im Wesentlichen befürwortet, jedoch wird <u>eine</u> rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnose neben den zwei geriatritypischen Diagnosen als ausreichend angesehen. Ausschlaggebend für die Indikation einer Rehabilitationsmaßnahme sollte nicht die Anzahl der Funktionsdiagnosen, sondern die Schwere der Funktionseinschränkung sein. Dabei kann <u>eine</u> schwerwiegende Funktionsstörung nach Auffassung der Bundesärztekammer durchaus eine Rehabilitation begründen. Zur Bewertung der Schwere der Funktionseinschränkung könnten ggf. die ICF-Qualifyer herangezogen werden.	Siehe lfd. Nummer 19. Im Übrigen wird den Ausführungen des Stellungnehmers gefolgt und in § 15 Absatz 2 in Satz 2 der Halbsatz „ <i>wobei ein Funktionstest für die rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnose zu erfolgen hat</i> “ klarstellend ergänzt. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass bereits eine schwerwiegende Funktionsstörung die Rehabilitation begründen kann. In diesem Zusammenhang wurde zudem eine redaktionelle Anpassung zur Strukturierung der in Anlage II aufgeführten Voraussetzung zur Anwendung der Funktionstest klarstellend vorgenommen.	Änderung am BE
22.	CaSu/CKR	§ 15 Absatz 2 Nr. 2: Vorliegen von mindestens einer rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnose Der Vorschlag von DKG und PatV wird unterstützt. § 40 Satz 2 SGB V verlangt die Überprüfung der geriatrischen Indikation durch dafür geeignete Abschätzungsinstrumente. Die Geriatrische Indikation wird	Siehe lfd. Nummer 19.	keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
		<p>über das Vorliegen einer rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnose zusätzlich zum Erfordernis von zwei weiteren geriatritypischen Diagnosen, die das Vorliegen von mindestens zwei chronischen Erkrankungen anzeigen, hinreichend abgebildet. Etwas anderes ist den einschlägigen geltenden Vorgaben (Rahmenempfehlung ambulante geriatrische Rehabilitation vom 02.01. 2018, Rahmenempfehlung zur mobilen geriatrischen Rehabilitation vom 01.05.2007 sowie Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation vom 02.07.2018) nicht zu entnehmen. Wir befürchten, dass der vom Gesetzgeber intendierte schnellere Zugang zu Rehabilitationsleistungen, mit denen der Eintritt von Pflegebedürftigkeit vermieden und verzögert werden kann (Grundsatz „Reha vor Pflege“), durch die erweiterte Anforderung von zwei Funktionsdiagnosen konterkariert wird und potenzielle Rehabilitanden, die bislang Anspruch auf geriatrische Reha hatten, ausgeschlossen würden.</p>		
23.	DEGEMED	<p>§ 15 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2: Die DEGEMED schließt sich der Position der PatV und der DKG in § 15 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 der Rehabilitations-Richtlinie vollumfänglich an: <i>(2) Für die Zuweisung in eine geriatrische Rehabilitation, bei der die Krankenkasse die medizinische Erforderlichkeit nicht überprüft, sind folgende Kriterien abzuklären und im Verordnungs-formular Muster 61 darzulegen: 1. Bestehen eines erhöhten Lebensalters, 70 Jahre oder älter und 2. Vorliegen von <u>mindestens einer</u> rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnose und zwei geriatritypischen Diagnosen (Teil B des Musters 61 unter I.).</i></p> <p>Im Rahmen des Anpassungsauftrages des G-BA an das beschlossene IPRéG unterstützt die DEGEMED die vorgeschlagene Vorgehensweise von PatV und DKG, dass nur eine rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnose vorliegen muss, um den Anspruch auf geriatrische Rehabilitation zu begründen. Mit den Neuregelungen des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (GKV-IPReG) soll unter anderem der Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation und insbesondere der Zugang zur geriatrischen Rehabilitation erleichtert werden. Gemäß § 40 Absatz 3 Satz 2 SGB V wird von der Krankenkasse bei einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation daher nicht überprüft, oft diese medizinisch erforderlich ist, sofern die geriatrische Indikation durch dafür geeignete Abschätzinstrumente vertragsärztlich überprüft wurde. Folgend dem Wortlaut des § 40 Absatz 3 Satz 2 SGB V ist im Rahmen des Direktinweisungsverfahrens die geriatrische Indikation vertragsärztlich zu überprüfen. Zur Definition der geriatrischen Indikation sind die aktuell</p>	Siehe lfd. Nummer 19.	keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
		gültigen Regelwerke heranzuziehen (vgl. Begutachtungsanleitung Vor-sorge und Rehabilitation vom 02.07.2018, Rahmenempfehlung ambulante ge-riatrische Rehabilitation vom 02.01.2018, Rahmenempfehlung zur mobilen ge-riatrischen Rehabilitation vom 01.05.2007). Demnach ist die Notwendigkeit ei-ner geriatrischen Rehabilitation hinreichend belegt, wenn eine rehabilitations-begründende Funktionsdiagnose und zwei geriatrietypische Diagnosen vorlie-gen.		
24.		Um etwaige Streitigkeiten im Rahmen des Direkteinweisungsverfahrens zu vermeiden, regt die DEGEMED daher ergänzend an, die Rehabilitations-Richt-line um einheitliche Definitionen für die Begrifflichkeiten „Funktionsdiagnose“ und „geriatrietypische Diagnosen“ zu ergänzen. Da sich geriatrische Patientin-nen und Patienten nicht primär über das Lebensalter, sondern über eine cha-rakteristische multifaktorielle Problemkonstellation bei einem gealterten Or-ganismus definieren, müssen im Rahmen des § 15 Absatz 2 Nr. 2 der Rehabili-tations-Richtlinie alle geriatrietypischen Diagnosen zur Indikationsstellung des Direkteinweisungsverfahrens zulässig sein.	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genom-men. Der Anregung aus der Stellungnahme wird gefolgt. Eine Definition der Begriffe „Funktionsdiagnose“ sowie „geriatrietypische Diagnose“ erfolgt in den Tragenden Gründen.	keine Ände-rung am BE
25.		Der Vorschlag des GKV-SV und der KBV zwei rehabilitationsbegründende Funk-tionsdiagnosen im Direkteinweisungsverfahren aus dem vertragsärztlichen Bereich heranzuziehen, widerspricht der aktuell gängigen Praxis und ist durch den Regelungsauftrag des Gesetzgebers nicht gedeckt. Durch zwei rehabilita-tionsbegründende Funktionsdiagnosen würde die Hürde für das Direkteinwei-sungsverfahren an dieser Stelle höher als nötig gelegt werden. Dieser Vor-schlag des GKV-SV und der KBV ist daher strikt abzulehnen.	Siehe lfd. Nummer 19	keine Ände-rung am BE
26.	Parität	Absatz 2 Nr. 2: Vorliegen von mindestens <u>einer</u> rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnose Die durch das IPreG veranlassten Änderungen in § 40 Absatz 3 SGB 5 sehen vor, dass die Krankenkassen bei einer vertragsärztlich verordneten geriatris-chen Rehabilitation die medizinische Erforderlichkeit der Maßnahme nicht mehr überprüfen, sofern die geriatrische Indikation durch geeignete Abschät-zungsinstrumente vertragsärztlich geprüft wurde, um mögliche Zugangshür-den für Patient*innen abzubauen. § 15 Absatz 1 der Rehabilitations-Richtlinie trägt diesem Vorhaben durch die Festlegung entsprechender Kriterien für das	Siehe lfd. Nummer 19.	keine Ände-rung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
		neue Direkt-Verordnungsverfahren und die Ausführung geeigneter Testverfahren Rechnung. Bezüglich der vertragsärztlich zu prüfenden und im Verordnungsformular Muster 61 darzulegenden Kriterien teilt der Paritätische Gesamtverband die Position, dass bei Patient*innen mit einem Lebensalter von 70 Jahren oder älter und einer geriatritypischen Multimorbidität das Direkt-Verordnungsverfahren anzuwenden ist. Hinsichtlich der Anzahl der rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnosen als Voraussetzung für die Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation per Direkt-Verordnungsverfahren unterstützt der Paritätische Gesamtverband die Forderung der DKG sowie der PatV. Die aktuell gültigen Regelungswerke besagen, dass die Notwendigkeit einer geriatrischen Rehabilitation hinreichend belegt ist, wenn eine rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnose und zwei geriatritypische Diagnosen vorliegen. Folgt man der Forderung des GKV-SV und der KBV nach zusätzlich zwei rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen, gestalten sich die Hürden für das Direkt-Verordnungsverfahren höher als medizinisch notwendig, wodurch ernsthafte Zweifel an dem eingangs benannten Ziel der Reduktion von Zugangsbarrieren für potenzielle Reha-Patient*innen anzumelden sind.		
27.		Zur Klärung der Begriffsfassung wird zudem darum gebeten, den Begriff der „Funktionsdiagnose“ in der Richtlinie zu definieren.	Siehe lfd. Nummer 24.	keine Änderung am BE
28.	SVLFG	Abs. 2 Nr. 2 Reha-RiLi (Vorliegen von Funktionsdiagnosen) Geriatrische RehabilitandInnen zeichnen sich durch das Vorliegen einer geriatritypischen Multimorbidität aus. Diese wird als Vorliegen von mindestens zwei chronischen Krankheiten mit sozialmedizinischer Relevanz definiert, darüber hinaus müssen mehrere Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen vorliegen. Wir halten daher die Abbildung dieser Anforderungen über die Angabe von zwei Funktionsdiagnosen sowie zwei geriatritypischen Diagnosen und dementsprechend die Auffassung des GKV-SV sowie der KBV für sachgerecht. Sofern diese Voraussetzungen nicht geprüft werden, besteht die Gefahr, dass die medizinische Erforderlichkeit der geriatrischen Rehabilitation nicht hinreichend abgebildet wird und in der Folge Fehlallokationen gegeben sein könnten.	GKV-SV, KBV Kenntnisnahme. Siehe lfd. Nummer 19. DKG, PatV Die aktuell gültigen Regelungswerke belegen, dass die Notwendigkeit einer geriatrischen Rehabilitation hinreichend belegt ist, wenn die Patientin oder der Patient eine rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnose und zwei geriatritypische Diagnosen vorweist.	keine Änderung am BE
29.	BV Geriatrie	Der Bundesverband Geriatrie e. V. schließt sich der Position der PatV und der DKG in § 15 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 der Rehabilitations-Richtlinie vollumfänglich	Siehe lfd. Nummer 19.	keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
		<p>an: (2) Für die Zuweisung in eine geriatrische Rehabilitation, bei der die Krankenkasse die medizinische Erforderlichkeit nicht überprüft, sind folgende Kriterien abzuklären und im Verordnungs-formular Muster 61 darzulegen: 1. Bestehen eines erhöhten Lebensalters, 70 Jahre oder älter und 2. Vorliegen von mindestens <u>einer</u> rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnose und zwei geriatrischen Diagnosen (Teil B des Musters 61 unter I.).</p> <p>Mit den Neuregelungen des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (GKV-IPReG) soll unter anderem der Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation und insbesondere der Zugang zur geriatrischen Rehabilitation erleichtert werden. Gemäß § 40 Absatz 3 Satz 2 SGB V, wird von der Krankenkasse bei einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation daher nicht überprüft, oft diese medizinisch erforderlich ist, <u>sofern die geriatrische Indikation</u> durch dafür geeignete Abschätzinstrumente <u>vertragsärztlich überprüft wurde</u>. Folgend dem Wortlaut des § 40 Absatz 3 Satz 2 SGB V ist im Rahmen des Direkteinweisungsverfahrens die geriatrische Indikation vertragsärztlich zu überprüfen. Zur Definition der geriatrischen Indikation sind die aktuell gültigen Regelwerke heranzuziehen (vgl. Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation vom 02.07.2018, Rahmenempfehlung ambulante geriatrische Rehabilitation vom 02.01.2018, Rahmenempfehlung zur mobilen geriatrischen Rehabilitation vom 01.05.2007). Demnach ist die Notwendigkeit einer geriatrischen Rehabilitation hinreichend belegt, wenn <u>eine rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnose und zwei geriatrische Diagnosen</u> vorliegen.</p>		
30.		<p>Um etwaige Streitigkeiten im Rahmen des Direkteinweisungsverfahrens zu vermeiden, regt der Bundesverband Geriatrie e. V. ergänzend an, die Rehabilitations-Richtlinie um einheitliche Definitionen für die Begrifflichkeiten „Funktionsdiagnose“ und „geriatrische Diagnosen“ zu ergänzen. Da sich geriatrische Patientinnen und Patienten nicht primär über das Lebensalter, sondern über eine charakteristische multifaktorielle Problemkonstellation bei einem gealterten Organismus definieren, müssen im Rahmen des § 15 Absatz 2 Nr. 2 der Rehabilitations-Richtlinie <u>alle geriatrischen Diagnosen</u> zur Indikationsstellung des Direkteinweisungsverfahrens zulässig sein. In diesem Zusammenhang ist explizit darauf hinzuweisen, dass die in der Begutachtungsanleitung Vorsorge- und Rehabilitation vom 02.06.2018 zur Definition der geriatrischen Multimorbidität aufgeführten Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen keine abschließende Liste darstellt. Insbesondere fehlen</p>	<p>Siehe lfd. Nummer 24. Im Übrigen verweisen wir auf die Ausführungen in den Tragenden Gründen zu der beispielhaften Auflistung von geriatrischen Diagnosen.</p>	<p>keine Änderung am BE</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
		<p>in der Übersicht der Begutachtungsanleitung die Gangunsicherheit sowie die Immobilität. Grundsätzlich gilt es festzustellen, dass nicht jede Gangunsicherheit Sturzneigung erzeugt und nicht jede Sturzneigung aus einer Gangunsicherheit resultiert. Dies sind zwei unterschiedliche Entitäten. Gleichwohl mündet Gangunsicherheit in eine spezifische Gangrehabilitation und ist daher sehr eng mit einem Rehabilitationsbedarf verknüpft. An dieser Stelle darf darauf hingewiesen werden, dass das Ganglabor nicht umsonst als Bewertungskriterium im QS-Reha-Verfahren aufgenommen wurde. Ferner ist Gangunsicherheit oftmals ein Frühindikator für den Beginn einer dementiellen Entwicklung. Das bedeutet, dass im Rahmen eines vertieften geriatrischen Assessments (motorisch-kognitive Dual-Task-Tests) während der Rehabilitation nebenbei auch eine Demenz in einem noch gut therapierbaren Frühstadium diagnostiziert werden kann. Dies unterstreicht die Notwendigkeit gerade diese Patientinnen und Patienten in ein geriatrisches Rehabilitationssetting aufzunehmen. Die Immobilität ist eine klassische Rehabilitationsindikation und darf aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e.V. in der Liste nicht fehlen, insbesondere dann, wenn sie im Kontext einer neu aufgetretenen Akuterkrankung mit dem Verlust der Teilhabe „Mobilität“ auftritt.</p>		
31.		<p>Der Vorschlag des GKV-SV und der KBV zwei rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen im Direkteinweisungsverfahren aus dem vertragsärztlichen Bereich heranzuziehen, widerspricht der aktuell gängigen Praxis und steht in keinem Verhältnis mit dem gesetzgeberischen Regelungsauftrag. Durch zwei rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen würde die Hürde für das Direkteinweisungsverfahren an dieser Stelle höher als nötig gelegt werden und sind daher strikt abzulehnen.</p>	Siehe lfd. Nummer 19.	keine Änderung am BE
32.	BDPK	<p>Bezüglich der vom Vertragsarzt zu prüfenden und im Muster 61 darzulegenden Kriterien teilt der BDPK die Position der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV), der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Patientenvertretung (PatV), dass bei Patient*innen mit einem Lebensalter 70 Jahre oder älter und einer geriatritypischen Multimorbidität das Direkt-Verordnungsverfahren anzuwenden ist.</p>	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.	keine Änderung am BE
33.		<p>In Bezug auf die Anzahl der rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnosen, die vorliegen müssen, wenn die Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation über das Direkt-Verordnungsverfahren erfolgen soll, unterstützt der BDPK den</p>	Siehe lfd. Nummer 19.	keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
		Vorschlag der DKG und PatV. Vgl. § 15 Absatz 2 Nr. 2: „ [...] Vorliegen von mindestens <u>einer</u> rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnose und zwei geriatritypischen Diagnosen (Teil B des Musters 61 unter 1.).“ Der Vorschlag der DKG und PatV besagt, dass analog der für die Geriatrie aktuell gültigen Regelungswerke (Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation vom 02.07.2018, Rahmenempfehlung ambulante geriatrische Rehabilitation vom 02.01.2018, Rahmenempfehlung zur mobilen geriatrischen Rehabilitation vom 01.05.2007) die Notwendigkeit einer geriatrischen Rehabilitation hinreichend belegt ist, wenn eine rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnose und zwei geriatritypische Diagnosen vorliegen. Würden wie im Vorschlag des GKV-SV und der KBV zu den zwei geforderten geriatritypischen Diagnosen auch zwei rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen gefordert werden, würde die Hürde für das Direkt-Verordnungsverfahren höher als medizinisch nötig gelegt werden und weniger Patient*innen, die einen geriatrischen Reha-Bedarf haben, würden von einem vereinfachten Reha-Zugang profitieren.		

Zu Absatz 3

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
34.	DEGEMED	<p>Die DEGEMED schlägt vor, § 15 Absatz 3 der Rehabilitations-Richtlinie wie folgt zu ändern:</p> <p><i>(3) Die Krankenkasse <u>kann prüfen, ob Gründe einer Leistung zur geriatrischen Rehabilitation entgegenstehen</u></i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Die DEGEMED begrüßt ausdrücklich, dass mit § 15 Absatz 3 der Rehabilitations-Richtlinie den besonderen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten zwischen 60 und 70 Jahren mit einer ausgeprägten geriatrischen Multimorbidität Rechnung getragen wird. Um eine Fehlallokation geriatrischer Patientinnen und Patienten im Rahmen des Direkteinleitungsverfahrens aus dem vertragsärztlichen Bereich zu vermeiden, ist die Begrenzung des Direkteinweisungsverfahrens auf die Indikationsbereiche im Sinne des § 15 Absatz 2 der</p>	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung aus der Stellungnahme wird nicht gefolgt, da sich die Prüfung der Krankenkasse nicht auf die Erforderlichkeit einer medizinischen Rehabilitation allgemein, sondern allein auf die Erforderlichkeit der Vorordnung einer geriatrischen Rehabilitation bezieht.	keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
		<p>Rehabilitations-Richtlinie sachgerecht. § 15 Absatz 3 der Rehabilitations-Richtlinie stellt klar, dass für Patientinnen und Patienten außerhalb des Indikationsbereichs des § 15 Absatz 2 der Rehabilitations-Richtlinie im Rahmen des regulären Ordnungsverfahrens auch weiterhin eine geriatrische Rehabilitation verordnet werden kann. Die explizite Hervorhebung der Möglichkeit zur Verordnung schafft an dieser Stelle Handlungs- und Rechtssicherheit für alle Beteiligten. Der Vorschlag wird unterstützt. Die aktuelle Formulierung in § 15 Absatz 3 der Rehabilitations-Richtlinie „Die Krankenkasse kann die medizinische Erforderlichkeit der Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation [...] überprüfen“ geht jedoch deutlich über die allgemeine Prüfbefugnis der Krankenkasse aus § 6 Absatz 3 der Rehabilitations-Richtlinie hinaus. Demnach prüft die Krankenkassen den Rehabilitationsantrag lediglich auf das Vorliegen von Kontraindikationen. Die Prüfung der medizinischen Erforderlichkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation hat gemäß § 2 Absatz 8 der Rehabilitations-Richtlinie durch den Medizinischen Dienst zu erfolgen. Insofern stellt die aktuelle Formulierung in § 15 Absatz 3 der Rehabilitations-Richtlinie eine unzulässige Erweiterung der Prüfbefugnis der Krankenkasse dar und sollte wie vorgeschlagen geändert werden.</p>		
35.	Parität	<p>Absatz 3: <u>Beibehaltung</u> der Möglichkeit einer geriatrischen Rehabilitation für Patient*innen über 60 und unter 70 Jahren</p> <p>Wichtig ist aus Sicht des Paritätischen Gesamtverbands, dass – wie in § 15 Abs. 3 der Rehabilitations-Richtlinie beschrieben – bei Patient*innen über 60 und unter 70 Jahren mit einer erheblich ausgeprägten geriatrischen Multimorbidität im Rahmen des regulären Ordnungsverfahrens auch weiterhin eine geriatrische Rehabilitation verordnet werden kann.</p>	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.	keine Änderung am BE
36.	BV Geriatrie	<p>Der Bundesverband Geriatrie e. V. regt an, den § 15 Absatz 3 der Rehabilitations-Richtlinie wie folgt zu ändern:</p> <p><u>(3) Die Krankenkasse kann prüfen, ob Gründe einer Leistung zur geriatrischen Rehabilitation entgegenstehen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 	Siehe lfd. Nummer 34.	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
		<p>Der Bundesverband Geriatrie e. V. begrüßt ausdrücklich, dass mit dem § 15 Absatz 3 der Rehabilitations-Richtlinie den besonderen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten zwischen 60 und 70 Jahren mit einer ausgeprägten geriatrischen Multimorbidität Rechnung getragen wird. Um eine Fehlallokation geriatrischer Patientinnen und Patienten im Rahmen des Direkteinleitungsverfahrens aus dem vertragsärztlichen Bereich zu vermeiden, ist die Begrenzung des Direkteinweisungsverfahrens auf die Indikationsbereiche im Sinne des § 15 Absatz 2 der Rehabilitations-Richtlinie sachgerecht. Der § 15 Absatz 3 der Rehabilitations-Richtlinie stellt klar, dass für Patientinnen und Patienten außerhalb des Indikationsbereichs des § 15 Absatz 2 der Rehabilitationsrichtlinie im Rahmen des regulären Verordnungsverfahrens auch weiterhin eine geriatrische Rehabilitation verordnet werden kann. Die explizite Hervorhebung der Möglichkeit zur Verordnung schafft an dieser Stelle Handlungs- und Rechtssicherheit für alle Beteiligten. Gemäß § 6 Absatz 3 der Rehabilitations-Richtlinie prüft die Krankenkasse nach Eingang des Ordnungsformulars Muster 61 (Teile A bis D oder Teile B bis D) abschließend ihre Zuständigkeit <u>und ob Gründe einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation entgegenstehen</u>. Die aktuelle Formulierung in § 15 Absatz 3 der Rehabilitations-Richtlinie „Die Krankenkasse kann die <u>medizinische Erforderlichkeit</u> der Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation [...] überprüfen“ geht jedoch deutlich über die allgemeine Prüfbefugnis der Krankenkasse aus § 6 Absatz 3 der Rehabilitations-Richtlinie hinaus. Demnach prüft die Krankenkassen den Rehabilitationsantrag lediglich auf das Vorliegen von Kontraindikationen. Die Prüfung der medizinischen Erforderlichkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation hat gemäß § 2 Absatz 8 der Rehabilitations-Richtlinie durch den Medizinischen Dienst zu erfolgen. Insofern stellt die aktuelle Formulierung in § 15 Absatz 3 der Rehabilitations-Richtlinie eine unzulässige Erweiterung der Prüfbefugnis der Krankenkasse dar. Dies ergibt sich auch aus § 275 SGB V.</p>		
37.	BDPK	<p>Wichtig ist aus Sicht des BDPK, dass wie in § 15 Abs. 3 der Reha-Richtlinie beschrieben, bei Patient*innen zwischen 60 und 70 Jahren mit einer erheblich ausgeprägten geriatrischen Multimorbidität im Rahmen des regulären Verordnungsverfahrens auch weiterhin eine geriatrische Rehabilitation verordnet werden kann.</p>	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.	keine Änderung am BE

Zu Absatz 5

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
38.	BÄK	Die in § 15 Absatz 5 vorgesehene Beratung der Versicherten durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte wird begrüßt. Dabei muss allerdings bedacht werden, dass dies unter Umständen einen erheblichen Zeitaufwand bedeuten kann und somit vergütet werden sollte.	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.	keine Änderung am BE
39.		Zu beachten sind ferner länderspezifische Unterschiede, da in einigen Bundesländern die Geriatrie fallabschließend in Akutkrankenhäusern erbracht wird; die Strukturen einer geriatrischen Rehabilitation also gar nicht vorhanden sind.	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.	keine Änderung am BE

Zu Absatz 6

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
40.	Diakonie	<p>Absatz 6: Beantragung bei der Krankenkasse: Der Vorschlag der PatV wird unterstützt.</p> <p>In der Begründung des IPReG wird formuliert, dass auch die geriatrische Rehabilitation, weiterhin ohne vertragsärztliche Verordnung, direkt bei der Krankenkasse beantragt werden kann. Falls Anträge direkt bei der Krankenkasse eingehen – Fallkonstellationen werden seitens der PatV in den „Tragenden Gründen“ ausgeführt – gibt die vorgeschlagene Formulierung den bearbeitenden Personen der Krankenkassen Handlungs- und Rechtssicherheit.</p>	<p>PatV Zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV, KBV, DKG Kenntnisnahme. Die besondere Erwähnung der Antragstellung bei der Krankenkasse ist nicht erforderlich, da die Rehabilitations-Richtlinie ausschließlich das Verfahren der Verordnung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation regelt. Die oder der Versicherte haben unabhängig von der Verordnung immer die Möglichkeit, einen Antrag bei der Krankenkasse auf eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation zu stellen. Die explizite Hervorhebung der Möglichkeit der Antragstellung auf eine Leistung zur geriatrischen Rehabilitation kann zudem den Eindruck erwecken, dass diese bei anderen Indikationen oder weiteren veranlassten Leistungen nicht besteht.</p>	keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
41.	Parität	<p>Hinweis der PatV zur <u>Möglichkeit der Beantragung</u> einer geriatrischen Rehabilitation bei der Krankenkasse in Richtlinie aufnehmen</p> <p>Der Paritätische Gesamtverband unterstützt den Vorschlag der PatV entsprechend des § 16 Absatz 1 SGB I zur Mitaufnahme des Hinweises auf die Möglichkeit der direkten Beantragung einer geriatrischen Rehabilitation bei der Krankenkasse. Das strikte Verweisen auf den vertragsärztlichen Verordnungsweg schränkt die Rechte der gesetzlich Versicherten unnötigerweise ein. Das gilt, wie in den tragenden Gründen durch die PatV bereits ausgeführt wird, insbesondere für Patient*innen, (1) die mit dem vertragsärztlich diagnostizierten Nichtvorliegen einer geriatrischen Indikation entgegen ihrer eigenen Einschätzung nicht einverstanden sind; (2) deren Hausarzt/ Hausärztin keine Kassenzulassung hat; und/ oder (3) die in ländlichen Regionen leben und aufgrund des Ärzt*innenmangels an keine hausärztliche Praxis angebunden sind. Ferner verschafft diese Regelung auch den Sachbearbeiter*innen der Krankenkassen mehr Handlungs- und Rechtssicherheit.</p>	Siehe lfd. Nummer 40.	keine Änderung am BE
42.	SVLFG	Regelungen zur Antragstellung der Versicherten entsprechen u. E. nicht dem Zweck der Reha-RiLi. Sie sind außerdem gesetzlich verankert (§ 19 SGB IV). Wir halten daher die Auffassung des GKV-SV, der KBV sowie der DKG für sachgerecht.	<p>GKV-SV, KBV, DKG Zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV Seit Inkrafttreten des GKV-IPReG gilt, dass bei einer geriatrischen Rehabilitation, die von einer Vertragsärztin oder einem Vertragsarzt unter Anwendung geeigneter Funktionstests verordnet wird, die medizinische Notwendigkeit nicht mehr von der Krankenkasse überprüft wird. Die Regelung stellt klar, dass auch in dem Fall der geriatrischen Rehabilitation weiterhin die Möglichkeit besteht, diese ohne vertragsärztliche Verordnung direkt bei der Krankenkasse zu beantragen (vgl. Begründung zum Gesetzesentwurf des GKV IPReG (Bundestagsdrucksache Nr. 19/19368)). Dies entspricht auch § 16 Absatz 1 SGB I, der die Antragstellung beim zuständigen Sozialhilfeträger vorsieht. Die Richtlinie kann im Regelfall den Weg über einen Vertragsarzt vorsehen,</p>	keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
			<p>ein unbedingtes Verweisen auf diesen Weg würde die gesetzlichen Rechte der Versicherten aber unzulässig beschneiden. In bestimmten Fallkonstellationen bedarf es einer ausdrücklichen Regelung zur Antragstellung bei der Krankenkasse, so beispielsweise, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt keine Notwendigkeit für eine medizinische Rehabilitation sieht, die Patientin oder der Patient aber schon, - die Patientin oder der Patient bisher einen Arzt ohne Kassenzulassung hatte und noch keinen Vertragsarzt als Hausarzt hat, - beim Umzug in ländliche Gebiete die Patientin oder der Patient wegen des Ärztemangels keinen Hausarzt hat. <p>Für diese Fälle muss die Richtlinie einen Weg aufzeigen. Dies gibt auch der Sachbearbeiterin oder dem Sachbearbeiter der Krankenkasse Handlungs- und Rechtssicherheit bei der Bearbeitung es Antrags.</p> <p>Bei diesem Vorgehen gilt dann die medizinische Indikation nicht durch das nach der Richtlinie vorgesehene Abschätzungsinstrument als belegt und die oder der Versicherte muss sich ggf. der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst stellen.</p>	
43.	BV Geriatrie	<p>Der Bundesverband Geriatrie e. V. schließt sich der Position der PatV in § 15 Absatz 6 der Rehabilitations-Richtlinie vollumfänglich an:</p> <p><i>(6) Dem Versicherten bleibt auch im Falle der geriatrischen Rehabilitation die Möglichkeit, die Leistung unmittelbar bei der Krankenkasse und unabhängig von der vorhergehenden vertragsärztlichen Überprüfung zu beantragen.</i></p> <p>Gemäß der Gesetzesbegründung zum GKV-IPReG (vgl. Drucksache 19/19368, S. 32f.) bleibt die Möglichkeit zur unmittelbaren Beantragung von Leistungen</p>	Siehe lfd. Nummer 40.	keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
		zur medizinischen Rehabilitation durch die Versicherten von der vertragsärztlichen Verordnung unberührt. Um das „Direkteinweisungsverfahren“ vom regulären Beantragungsverfahren abzugrenzen ist der § 15 Absatz 6 der Rehabilitations-Richtlinie sinnvoll und richtig. Die explizite Hervorhebung der Möglichkeit der Antragsstellung schafft Handlungs- und Rechtssicherheit auf Seiten der Patientinnen und Patienten sowie der Krankenkassen.		
44.	BAR	<p>Vorschlag: Die Neuaufnahme eines Absatzes 6 wie vorgeschlagen wird unterstützt, folgende ergänzte Fassung regen wir an: <i>„Wie bei allen weiteren Rehabilitationsleistungen bleibt dem/der Versicherten auch bei geriatrischer Rehabilitation die Möglichkeit, die Leistung unmittelbar bei der Krankenkasse und unabhängig von der vorhergehenden vertragsärztlichen Überprüfung zu beantragen. Eine entsprechende Antragstellung kann auch bei einem anderen Träger medizinischer Rehabilitation gemäß § 6 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch und auch ohne vorherige Einbeziehung eines Vertragsarztes/ einer Vertragsärztin erfolgen. Die Vorschriften in Teil 1 Kapitel 2 bis 4 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch und konkretisierenden Regelungen in der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ finden Anwendung.“</i></p> <p>Begründung: Eine Klarstellung dieser weiteren Möglichkeit des Leistungszugangs in Form einer Antragstellung ist vor allem insoweit wesentlich, als ansonsten im Umkehrschluss die Regelungen falsch interpretiert werden könnten in dem Sinne, dass ausschließlich der Weg über eine Verordnung als möglich erscheint. Ein solches Vorgehen würde jedoch die gesetzlichen Rechte der Versicherten unzulässig beschneiden. Zur tatsächlichen Zielerreichung bedarf es aus hiesiger Sicht allerdings zwingend der Verknüpfung mit den Regelungen des SGB IX. Denn ohne diese Verknüpfung könnte ein Missverständnis dahingehend entstehen, dass die Vorschriften zur Bedarfserkennung, -ermittlung und Leitungs koordinierung in den §§ 9 – 24 SGB IX für den beabsichtigten neugestalteten Zugangsweg nicht gelten würden. Angesichts dessen, dass die vorstehend genannten Vorschriften wegen § 7 Abs. 2 SGB IX „abweichungsfest“ sind, sollte dieser Eindruck durch einen klarstellenden Satz wie vorgeschlagen jedenfalls vermieden werden. Dies entspricht zugleich den Interessen der Versicherten wie der gesetzgeberischen Zielsetzung, dass „Leistungen wie aus einer Hand“ zu erbringen sind. Wesentlich ist, dass nach der grundlegenden Bestimmung des § 2 SGB IX Rehabilitationsbedarf vorrangig an die Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft anknüpft (vgl. auch Art. 1, 25, 26 UN-BRK). Entsprechend ist der Bedarf umfassend anhand von Instrumenten</p>	<p>GKV-SV, KBV, DKG Siehe lfd. Nummer 40.</p> <p>PatV Der Anregung aus der Stellungnahme wird gefolgt und Absatz 6 durch die Sätze <i>„Wie bei allen weiteren Rehabilitationsleistungen bleibt der oder dem Versicherten auch bei geriatrischer Rehabilitation die Möglichkeit, die Leistung unmittelbar bei der Krankenkasse und unabhängig von der vorhergehenden vertragsärztlichen Überprüfung zu beantragen. Eine entsprechende Antragstellung kann auch bei einem anderen Träger medizinischer Rehabilitation gemäß § 6 SGB IX und auch ohne vorherige Einbeziehung einer Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes erfolgen. Die Vorschriften in Teil 1 Kapitel 2 bis 4 SGB IX und konkretisierenden Regelungen in der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ finden Anwendung.“</i> ergänzt.</p>	<p>keine Änderung am BE</p> <p>Änderung am BE</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
		der Bedarfsermittlung festzustellen (vgl. §§ 13, 14 SGB IX). Diese Instrumente haben sich an trägerübergreifenden Grundsätzen zu orientieren, die die Krankenkassen und weitere Rehabilitationsträger bereits in der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ vereinbart haben.		

Zu Absatz 7

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
45.	Diakonie	Absatz 7: Dauer der Leistung: Der Vorschlag der PatV wird unterstützt. Die Regeldauer, nicht mehr die Höchstdauer, der geriatrischen Rehabilitation ist gesetzlich bestimmt. Dieser Sachverhalt ist in einem eigenständigen Absatz darzulegen. Eine kürzere Dauer im Einzelfall ist an die vorgeschlagenen Bedingungen zu knüpfen.	PatV Zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV, KBV, DKG Die Rehabilitations-Richtlinie regelt das Verfahren zur Verordnung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Zum Zeitpunkt der Feststellung des Bedarfs und der Verordnung einer Leistung zur geriatrischen Rehabilitation ist für die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt nicht erkennbar, ob die Rehabilitationsziele vorzeitig erreicht werden können oder eine Verlängerung der Reha-Maßnahme medizinisch indiziert ist. Insoweit können zum Zeitpunkt der Verordnung noch keine Angaben zur Dauer der Rehabilitationsmaßnahme vorgenommen werden. Derartige Hinweise können sich erst im Verlauf der konkreten Leistung zur geriatrischen Rehabilitation ergeben und allein von der Rehabilitationseinrichtung vorgenommen werden.	keine Änderung am BE
46.	CaSu/CKR	§ 15 Geriatrische Rehabilitation, Absatz 7: Übernahme des Vorschlags der PatV, die Umsetzung der neuen gesetzlichen Regeldauer zu erläutern. Gemäß § 92 Absatz 1 Nr. 8 SGB V regelt der G-BA die Verordnung von im Einzelfall gebotenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Während bislang nur	Siehe lfd. Nummer 45.	keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
		eine Höchstdauer der Leistung gesetzlich verankert war, gilt für die geriatrische Rehabilitation nun eine Regeldauer. Medizinische Gründe, die ein Abweichen von der Regeldauer begründen, sind in der ärztlichen Verordnung zu benennen und daher direkt in der Reha-Richtlinie in einem eigenständigen Absatz zu regeln.		
47.	Parität	Hinweis der PatV zur vertragsärztlichen medizinischen Begründung einer Verkürzung der Regeldauer einer geriatrischen Rehabilitation in Richtlinie aufnehmen. Durch das IPreG wurde in § 40 Absatz 3 Satz 13 SGB V eine Regeldauer der geriatrischen Rehabilitation von 20 Behandlungstagen (ambulant) oder drei Wochen (stationär) festgelegt. Analog zu dieser gesetzlich bestimmten Regeldauer muss eine davon abweichende, verkürzte Dauer der geriatrischen Rehabilitation aus Sicht des Paritätischen Gesamtverbandes vertragsärztlich in der Verordnung angegeben und medizinisch begründet werden, d. h. ob und wie die Rehabilitations-Ziele früher zu erreichen sind.	Siehe lfd. Nummer 45.	keine Änderung am BE
48.	SVLFG	Hinweise zum Zeitpunkt des Erreichens eines Reha-Ziels ergeben sich erst im Laufe der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme. Im Zeitpunkt der Verordnung der geriatrischen Rehabilitation können solche Erkenntnisse e. E. nicht vorliegen. Wir halten daher die Auffassung des GKV-SV, der KBV sowie der DKG für sachgerecht.	GKV-SV, KBV, DKG Zustimmende Kenntnisnahme. PatV Das GKV-IPreG hat für geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen die regelmäßige Dauer von 20 Behandlungstagen ambulant oder drei Wochen stationär festgelegt. Vorher waren es höchstens drei Wochen bzw. 20 Behandlungstage. Um auf diese wesentliche Änderung besonders aufmerksam zu machen, gebietet sich eine Aufnahme in die Richtlinie. Weiterhin bedarf es einer Regelung für den Bewilligungsbescheid der Krankenkasse – ohne Prüfung der medizinischen Notwendigkeit, aber der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, von dem unter anderem das Übergangsgeld während der Reha abhängt. Die Richtlinie muss festlegen, in welchen Ausnahmefällen von der regelmäßigen Dauer abgewichen werden kann. Dies kann nur aufgrund medizinischer	keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
			Gründe der Fall sein. Für die Vertragsärzte besteht Handlungsbedarf in gleicher Hinsicht. Eine Ausnahme ist der Gesetzessystematik zufolge nur noch möglich, wenn die Rehabilitationsziele früher zu erreichen sind. Dafür muss es medizinische Gründe geben, die vom Vertrags-arzt auf der Verordnung zu dokumentieren sind. Anders ist eine abweichende Entscheidung der Krankenkasse nicht möglich.	
49.	BV Geriatrie	<p>Der Bundesverband Geriatrie e. V. schließt sich der Position der PatV in § 15 Absatz 7 vollumfänglich an: <i>(7) Bei einer geriatrischen Rehabilitation ist die Dauer von in der Regel 20 Behandlungstagen ambulant oder drei Wochen stationär (§ 40 Absatz 3 Satz 13 SGB V) zu beachten. Eine kürzere Dauer ist nur im begründeten Einzelfall zu bestimmen, wenn die Rehabilitationsziele früher zu erreichen sind. Dies muss die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt in der Verordnung angeben und begründen.</i></p> <p>Gemäß § 40 Absatz 3 Satz 13 SGB V sollen Leistungen der geriatrischen Rehabilitation ambulant für 20 Behandlungstage oder stationär für drei Wochen erbracht werden. Aufgrund der mehrdimensionalen Beeinträchtigung geriatrischer Patientinnen und Patienten sowie ihrer reduzierten Belastbarkeit, sind kürzere Leistungen nicht zweckmäßig. Geriatrische Patientinnen und Patienten benötigen längere Erholungszeiten zwischen den Therapieeinheiten. Zudem erfordern geriatrische Rehabilitationsleistungen – anders als indikations-spezifische Rehabilitationsleistungen – einen generalistischen Behandlungsansatz. Dieser umfasst nicht nur ein breiteres Therapieangebot, sondern auch eine intensivere und umfassendere Intervention des Sozialdienstes. Der dafür benötigte Zeitfaktor verbunden mit der reduzierten Belastbarkeit machen eine Dauer der geriatrischen Rehabilitation von mindestens drei Wochen stationär bzw. 20 Tagen ambulant zwingend erforderlich. Folgend der Gesetzesbegründung zum GKV-IPReG (vgl. Drucksache 19/19368, S. 33) ist eine Abweichung von der festgelegten Regeldauer ausdrücklich <u>nur im begründeten Einzelfall</u> zulässig. Um Folgeanträge bzw. Folgeverordnungen und daraus möglicherweise resultierende Behandlungslücken zu vermeiden, ist die Aufnahme der Regelbehandlungsdauer in die Rehabilitations-Richtlinie dringend geboten. Zahlreiche Rückmeldungen aus der Praxis haben gezeigt, dass die Bewilligungsdauer geriatrischer Rehabilitationsleistungen immer weiter verkürzt</p>	Siehe lfd. Nummer 45.	keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
		wird und seitens einzelner Krankenkassen regelmäßig nur ca. 14 Tage gewährt wird. Die explizite Hervorhebung der Regelbehandlungsdauer schafft daher Handlungs- und Rechtssicherheit auf Seiten der Patientinnen und Patienten sowie der Krankenkassen.		
50.	BAR	Vorschlag: Für die Neuaufnahme eines Absatzes 7 sehen wir angesichts der auch für die geriatrische Rehabilitation geltenden Regelung des § 40 Abs. 3 Satz 13 SGB V keine zwingende Notwendigkeit.	Siehe lfd. Nummer 48.	keine Änderung am BE

Weitere Anregung zu § 15

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
51.	BV Geriatrie	<p>Der Bundesverband Geriatrie e. V. regt an, den § 15 der Rehabilitations-Richtlinie um nachfolgenden Absatz 8 zu ergänzen: <u>(8) Im Zuge der Planung der geriatrischen Rehabilitation sendet die Krankenkasse das Verordnungsformular Muster 61 mit den erforderlichen Angaben vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme an die Rehabilitationseinrichtung.</u></p> <p>Die frühzeitige und umfassende Reha-Planung ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor im Rahmen des zielorientierten Reha-Managements. Der Krankenhausentlassungsbericht beinhaltet eine zusammenfassende Beurteilung der individuellen Befunde wie Beschwerden, Symptome und Syndrome. Da die Gruppe geriatrischer Patientinnen und Patienten eine hohe Vulnerabilität aufweist und an multiplen aktiven Krankheiten leidet, bilden die Informationen aus dem Krankenhausentlassungsbericht im Rahmen der Anschlussrehabilitation die Grundlage für eine zielorientierte Reha-Planung seitens der Rehabilitationseinrichtung. Da im Rahmen des Direkteinweisungsverfahrens aus dem vertragsärztlichen Bereich in der Regel kein aktueller Krankenhausentlassungsbericht vorliegt, ist für eine individuelle Reha-Planung das Muster 61 mit den erforderlichen Angaben und Funktionstest vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme an die Rehabilitationseinrichtung weiterzuleiten. Auf Grundlage der Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, Rehabilitationsprognose und der durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt definierten Rehabilitationsziele, kann die Rehabilitationseinrichtung die geriatrische Rehabilitation patientenindividuell planen und bei Bedarf frühzeitig weitere relevante</p>	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung aus der Stellungnahme wird nicht gefolgt, da die Ergänzung nicht für erforderlich gehalten wird.	keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
		Befunde anfordern. Nur die Gesamtschau der Patientinnen und Patienten, welche sich aus den einzelnen Bestandteilen des Muster 61 ergibt, ermöglicht eine zielorientierte Reha-Planung durch die Rehabilitationseinrichtung. Die frühzeitige Weiterleitung des Muster 61 an die Rehabilitationseinrichtung trägt bei gleichzeitiger Optimierung der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit der Rehabilitationsmaßnahme zu einer qualitätsgesicherten Versorgung bei.		

2.3.8 Zu Anlage II [neu]

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
52.	BÄK	Bei der Auflistung von Funktionstests in der Anlage II ist darauf zu achten, dass es sich bei den hier genannten Tests nur um Beispiele und nicht um eine abschließende Liste handelt.	Kenntnisnahme. Dem Hinweis des Stellungnehmers, keine abschließende Liste an Funktionstest zu definieren, wurde bereits mit der Formulierung „insbesondere“ in Anlage II Rechnung getragen.	keine Änderung am BE
53.		Bei der Interpretation wäre bei einigen Tests zu konkretisieren, dass Abweichungen vom alters- und <u>geschlechtsspezifischen</u> Normwert relevant sind.	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Dem Hinweis des Stellungnehmers wird gefolgt und ein entsprechender Hinweis in Anlage II der Reha-RL für die Funktionstest Ergometrie, Spirometrie, Handkraft aufgenommen.	Änderung am BE
54.	BV Geriatrie	Der Bundesverband Geriatrie e. V. möchte an dieser Stelle darauf hinweisen, dass es sich bei den ausgewählten Assessmentverfahren nicht um das hausärztlich-geriatrische Basisassessment im Sinne der EBM-Ziffer 03360 handelt. Bei den aufgeführten Funktionstest handelt es sich zum Teil nicht um geriatrispezifische Assessmentinstrumente. Die aktuelle Auswahl der Assessmentinstrumente bezieht sich auf die ICF-Domänen der Körperfunktionen. Diese ICF-Domänen sind aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e. V. für die geriatrische Rehabilitation von geringster Bedeutung. Insbesondere die aufgeführten Kapitel 5 „Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems“ und Kapitel 6 „Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems“ haben keine klinische Relevanz für die Geriatrie. Die ICF-Domänen	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Aus den genannten Funktionstests sind Ableitungen zu Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe zu machen. Sie dienen dazu, die Funktionsdiagnosen quantitativ zu beschreiben und nicht eine umfassende ICF-basierte Einschätzung zu geben. Im Übrigen verweisen wir auf das methodische Vorgehen zur Auswahl der geeigneten Assessmentinstrumente in den Tragenden Gründen.	keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
		<p>der Körperstrukturen sowie der Aktivitäten und Teilhabe sind für die geriatrische Rehabilitation und die Identifikation des geriatrischen Patienten viel bedeutsamer und werden in der aktuellen Darstellung nicht berücksichtigt.</p>		
55.	BAR	<p>Die Festlegung eines geriatrischen Basisassessments („Abschätzungsinstrumente“) kann zu einer besseren Zuweisung der betroffenen Patienten führen. Allerdings möchten wir hierzu Folgendes hinterfragen und zugleich mit zur Überlegung geben: In Muster 61, auf das nach hiesiger Sicht zu Recht in der Reha-Richtlinie häufig Bezug genommen wird, werden Teilhabebeeinträchtigungen in den neun Domänen (Lebens- bzw. Teilhabebereichen) der ICF erfasst. Da bei geriatrischen Patienten die Grenzen zwischen medizinischem und pflegerischem Versorgungsbedarf fließend sind und ein Eintritt von Pflegebedürftigkeit immer möglich ist, stellt sich für uns die Frage, warum hier nicht auch ein ergänzender Hinweis auf die sog. Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), gegeben wird.</p>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Im Übrigen werden die sogenannten Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) in Teil C des Musters 61 unter dem Punkt „Selbstversorgung“ erfasst.</p>	keine Änderung am BE
56.	BDPK	<p>Der BDPK stimmt den in Anlage II der Rehabilitations-Richtlinie aufgeführten Funktionstests im Rahmen der Verordnung von geriatrischer Rehabilitation auf Muster 61 zu. Die in Anlage II der Reha-Richtlinie aufgeführten Funktionstests sind aus Sicht des BDPK geeignet, die aus den rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnosen und geriatrietypischen Diagnosen resultierenden Schädigungen nachzuweisen. Das in den Tragenden Gründen beschriebene methodische Vorgehen der vom Gemeinsamen Bundesausschuss benannten Expert*innen zur Auswahl und zum Einsatz geeigneter Abschätzungsinstrumente ist entsprechend erläutert und aus Sicht des BDPK medizinisch-fachlich nachvollziehbar.</p>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>	keine Änderung am BE

2.3.9 Zu § 16 Anschlussrehabilitation [neu]

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
57.	Fachverband Sucht	Der Fachverband Sucht e.V. unterstützt ebenfalls wie die DKG, die KBV und die Patientenvertretung ein Direkteinleitungsverfahren von Anschlussrehabilitationen in den Indikationen und unter den Voraussetzungen des AHB Indikationskatalogs der Deutschen Rentenversicherung Bund.	<p>DKG, KBV, PatV Zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV <i>Direkteinleitungsverfahren:</i> Für den Bereich der Anschlussrehabilitation besteht der Regelungsauftrag des G-BA ausschließlich darin, die Fälle festzulegen, in denen die medizinische Erforderlichkeit der Rehabilitation durch die Krankenkasse im Einzelfall nicht überprüft wird. Weder aus dem Gesetzeswortlaut noch aus der Begründung kann abgeleitet werden, dass der Regelungsauftrag des G-BA über die Definition von Fallkonstellationen hinausgeht. Weitergehende Regelungen zum Verwaltungsverfahren und Anspruchsprüfungen durch die Krankenkassen sind vom Regelungsauftrag des G-BA nicht umfasst. Zudem gilt weiterhin, dass die Anschlussrehabilitation eine Antragsleistung ist, bei der nach § 40 Absatz 3 Satz 1 SGB V die Krankenkasse auch zukünftig über Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen zur medizinischen Anschlussrehabilitation sowie die Rehabilitationseinrichtung entscheidet.</p> <p><i>Berücksichtigung AHB Indikationskatalog:</i> Bei den definierenden Fallkonstellationen erfolgte eine Orientierung an der Gliederung des AHB-Indikationskataloges der DRV, Stand 12/2017. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der AHB Katalog ein Instrument der frühzeitigen Bedarfserkennung ist. Insoweit wird im AHB Katalog allein eine Aussage dazu getroffen, ob eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation</p>	keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
			<p>in Betracht kommen kann (vgl. auch Stellungnahme des fdr+ lfd. Nummer 60). Die GKV orientiert sich bei der Festlegung der Indikation, in denen eine Prüfung der medizinischen Erforderlichkeit ausgeschlossen sein soll, am AHB Katalog. Es können jedoch nur solche Indikationen in Betracht kommen, bei denen bereits prästationär die Teilhabe aufgrund massiver funktioneller Einschränkungen deutlich beeinträchtigt und der Krankenhausaufenthalt nicht selten durch schwere Komplikationen belastet ist, sodass nur bei diesen Fällen davon ausgegangen werden kann, dass keine weitere medizinische Prüfung durch die Krankenkasse erforderlich ist. Bei den weiteren Indikationen des AHB Indikationskatalogs ist immer eine Betrachtung des Einzelfalls erforderlich. Für die Auswahl der Indikationen wurden, so fern vorhanden, zusätzlich evidenzbasierte Leitlinien herangezogen.</p>	
58.		<p>Perspektivisch sollte geprüft werden, ob das von Rentenversicherung und Krankenversicherung etablierte Verfahren eines Nahtlosverfahrens bei diagnostizierten Suchterkrankungen, bei der eine direkte Verlegung aus der Entgiftung in eine Sucht-Rehabilitation geregelt ist, ebenfalls in dieses Procedere zu integrieren ist. Nur dann, wenn eine wirklich nahtlose Weiterbehandlung einer Suchterkrankung organisiert werden kann, ist mit einer wirklich guten Ergebnisqualität zu rechnen.</p>	Siehe lfd. Nummer 13	keine Änderung am BE
59.	fdr+	<p>Der Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. unterstützt die vorgesehene gesetzliche Regelung zum Direkteinleitungsverfahren einer Anschlussrehabilitation in den Indikationen und unter den Voraussetzungen des AHB-Indikationskataloges der Deutschen Rentenversicherung Bund in der jeweils gültigen Fassung.</p>	Siehe lfd. Nummer 57.	keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
60.		<p>In diesem Zusammenhang ist es dem Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. ein besonderes Anliegen, auf das (von DRV Bund und gesetzlichen Krankenkassen) etablierte „Nahtlosverfahren“ bei diagnostizierten Suchterkrankungen hinzuweisen, bei dem eine direkte Verlegung aus der Entgiftung in eine Sucht-Rehabilitation geregelt ist. Das „Nahtlosverfahren“³⁹ wurde 2017 von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der Deutschen Rentenversicherung (DRV), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) durch die Entwicklung Gemeinsamer Handlungsempfehlungen für die Verbesserung des Zugangs nach qualifiziertem Entzug zur Suchtrehabilitation geregelt und trägt maßgeblich zu einer ineinandergreifenden Gesundheitsversorgung in Deutschland bei. Dieses Verfahren sollte perspektivisch ebenfalls in den Prozess und die gesetzlichen Regelungen zur Anschlussrehabilitation (AHB) integriert werden. Nach einer qualifizierten Entzugsbehandlung, würde dadurch auch eine Verbesserung des Zugangs zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke ermöglicht werden. Bisher ist diese Zielgruppe in der vorliegenden Änderung der Rehabilitations-Richtlinie ausgeschlossen. Ein fließender Übergang nach einer Entgiftung (stationärer Aufenthalt) ist jedoch gerade für abhängigkeitskranke Menschen notwendig, um Rückfälle und den Verlust der Motivation zur Entwöhnung zu verhindern, die „Antrittsquote“ zur Rehabilitation zu erhöhen und das damit verbundene Risiko, wiederholter Krankenhausaufenthalte, zu reduzieren. Ein geregeltes Verfahren der AHB im Indikationsbereich „Abhängigkeitserkrankung“ würde sowohl bei den Patient*innen als auch bei den Leistungsträgern für einen transparenten und nachvollziehbaren Weg der Behandlung bzw. Zuständigkeit sorgen sowie die Sicherheit und Motivation der Patient*innen stärken und den Behandlungserfolg fördern. Somit sollten „Abhängigkeitserkrankungen“, in den AHB-Indikationskatalog der Deutschen Rentenversicherung Bund aufgenommen werden, welcher einen Rehabilitationsbedarf unmittelbar im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt (nach sozial-medizinischer Einschätzung der DRV) begründet.</p>	Siehe lfd. Nummer 13.	keine Änderung am BE
61.	Diakonie	Der Vorschlag von DKG, KBV und PatV wird unterstützt und ergänzt.	Siehe lfd. Nummer 57.	keine Änderung am BE

³⁹ https://www.vdek.com/vertragspartner/vorsorge-rehabilitation/abhaengigkeit/_jcr_content/par/download_16/file.res/2017_HE_Nahtlosverfahren_2017-08-01_final.pdf

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
		<p>In der Gesetzesbegründung (Bundesrat DS 86/20 vom 21.02.20) wird ausgeführt, dass der gemeinsame Bundesausschuss festlegen soll, „in welchen Fällen Anschlussrehabilitationen ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse erbracht werden können, um einen schnellen Zugang zu einer Anschlussrehabilitation zu erleichtern“ (S. 29). Beide, zur Erörterung stehenden, Vorschläge beziehen sich auf die Indikationsgruppen und den AHB- Indikationskatalog der DRV Bund. Der Vorschlag des GKV-SV bezieht sich nur selektiv auf diesen Katalog. Die Eingrenzung auf die Indikationsgruppen 1, 4, 7, 11 und 13 des AR-Kataloges der DRV ist nicht nachvollziehbar, auch in den „Tragenden Gründen“ finden sich spezifisch keine Argumente, warum z.B. die Gruppen 3 (entzündlich rheumatische Erkrankungen) oder 10 (neurologische Erkrankungen) ausgeschlossen sind.</p>		
62.		<p>Das vorgetragene allgemeine Argument des GKV-SV, dass nur solche Indikationen in Betracht kommen, „bei denen bereits prästationär die Teilhabe aufgrund massiver funktioneller Einschränkungen deutlich beeinträchtigt ist“, (Tragende Gründe, S. 15) überzeugt nicht, denn die im Indikationskatalog der DRV Bund genannten Indikationsgruppen machen typischerweise eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt notwendig. Durch ein vorläufiges Reha-Assessment im Krankenhaus kann abgeklärt werden, ob dies auch im Einzelfall zutrifft. In der Gesetzesbegründung heißt es im Anschluss an den oben zitierten Satz: „Damit wird ein einheitliches Verfahren herbeigeführt, das von einzelnen Krankenkassen und in der gesetzlichen Rentenversicherung bereits durchgeführt wird“. Damit wird der Wille ausgedrückt, dass einheitliche und trägerübergreifende Verfahrensregelungen praktiziert werden sollen, die eine nahtlose Versorgung gewährleisten. Zugleich muss das Verfahren sichern, dass im Zuge der Einleitung der Anschlussrehabilitation im Krankenhaus mit der Beantragung der Leistung auch die Voraussetzungen nach § 7 der Richtlinie zum Tragen kommen.</p>	<p>KBV, DKG, PatV Kenntnisnahme. GKV-SV Siehe lfd. Nummer 57.</p>	keine Änderung am BE
63.		<p>Als Instrument zur Beschreibung der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe soll aus Sicht der GKV-Seite ausschließlich der SINGER verwendet werden. Für die Darlegung der Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit sollte es aber möglich sein, auch andere, in der Klinik eingeführte Instrumente einzusetzen. Im Rahmenvertrag über das Entlassmanagement zum Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung haben sich die Vereinba-</p>	<p>KBV, DKG, PatV Kenntnisnahme. GKV-SV Das SINGER Patientenprofil stellt ein Teilelement des SINGER dar. Mit SINGER Patientenprofil liegt ein aussagekräftiges Instrument</p>	keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
		<p>rungspartner auf andere Instrumente verständigt. Entscheidend ist die Einbettung der Darlegung in das biopsychosoziale Modell der ICF. Wie dies erfolgt, sollte nicht in einer Richtlinie des G-BA bestimmt werden. Einen diesbezüglichen Auftrag durch das IPReG gibt es nicht.</p>	<p>vor, dass die Funktionseinschränkungen sowie Unterstützungsbedarfe der/s Rehabilitanden entsprechend abbildet. Dazu werden die einzelnen Items (Funktionen, Aktivitäten/Teilhabe) in drei Grundkategorien unterteilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - professionelle Hilfe erforderlich, - Hilfe durch (unterwiesene) Laien ausreichend und - selbstständig; keine externe Hilfe erforderlich. <p>Jede der Grundkategorien wird dann noch einmal in zwei Unterkategorien aufgeteilt, sodass sich insgesamt sechs Stufen ergeben.</p>	
64.		<p>Über die in Frage stehenden Sachverhalte hinaus, macht die Diakonie Deutschland darauf aufmerksam, dass es kein bundesweit etabliertes AR-Verfahren bei psychischen (bzw. psychiatrisch relevanten) Erkrankungen gibt. Eine Weiterentwicklung der (sozial)psychiatrischen Versorgung muss diese Leerstelle füllen.</p>	<p>Der Hinweis der Stellungnehmerin wird zur Kenntnis genommen.</p>	keine Änderung am BE
65.	BamR	<p>§ 16: Wahl des Vorschlags der DKG, KBV, PatV</p> <p>Wir begrüßen die Stärkung des AHB-Verfahrens und sprechen uns deutlich für einheitliche Anforderungen aus. Die schnelle Einleitung der Rehabilitation ist nicht nur für den Betroffenen immens wichtig, sie ist auch gesamtwirtschaftlich sinnvoll. Es erscheint uns vor diesem Hintergrund nicht nachvollziehbar, Indikationen auszuschließen, wie es der Vorschlag des GKV-SV vorsieht. Wir können keine organisatorischen oder medizinischen Gründe erkennen, die eine Einschränkung des AHB-Katalog der DRV begründen könnte.</p>	<p>Siehe lfd. Nummer 57.</p>	keine Änderung am BE
66.	BÄK	<p>Bezüglich der Anschlussrehabilitation unterstützt die Bundesärztekammer den Regelungsvorschlag von DKG, KBV und PatV.</p>	<p>Siehe lfd. Nummer 57.</p>	keine Änderung am BE
67.		<p>Insbesondere auch die Regelung in § 16 Absatz 3 ist sehr sinnvoll, da gerade bei geriatrischen Patientinnen und Patienten die nahtlose Durchführung der</p>	<p>KBV, DKG, PatV Zustimmende Kenntnisnahme.</p>	keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
		Anschlussrehabilitation erforderlich ist, um Therapiebrüche zu vermeiden und den Gesamterfolg zu sichern.		
68.		<p>Angeregt wird, in § 16 Absatz 4 Satz 1 die Kriterien für die Auswahl der geeigneten Rehabilitationseinrichtung in der Reihenfolge umzudrehen. („Die Auswahl der geeigneten Einrichtung erfolgt durch das Krankenhaus nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls sowie unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts der oder des Versicherten.“).</p> <p>Zur Begründung ist anzuführen, dass in der postakuten Phase die medizinische Behandlung bzw. fachliche Qualifikation der Rehabilitationseinrichtung entscheidend sind. Wenn mehrere fachlich geeignete Einrichtungen zur Verfügung stehen, würde das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten dann zum Tragen kommen.</p>	<p>KBV, DKG, PatV Kenntnisnahme. Der Anregung des Stellungnehmers wird entsprechend dem Vorschlag gefolgt.</p>	Änderung am BE
69.		Die Bundesärztekammer weist zudem darauf hin, dass flankierende Maßnahmen erforderlich sind, um die Rehabilitation zu stärken. So ist die Mehrarbeit für die Sozialdienste im Krankenhaus absehbar. Diese müssten gestärkt werden, da schon jetzt die Vorgaben des Entlassmanagements nicht vollständig erfüllt werden können. Zudem sollte an den Krankenhäusern das Wissen um die Möglichkeiten der Rehabilitation gestärkt werden, z. B. durch Etablierung von Reha-Beauftragten oder Reha-Teams.	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.	keine Änderung am BE
70.	CaSu/CKR	<p>§ 16 Anschlussrehabilitation: Der Vorschlag von DKG, KBV, PatV wird unterstützt.</p> <p>Nach § 40 Absatz 3 Satz 10 SGB V legt der Gemeinsame Bundesausschuss fest, in welchen Fällen Anschlussrehabilitationen nach Absatz 6 Satz 1 ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse erbracht werden können. Ausweislich der Gesetzesbegründung, soll damit ein schneller Zugang zu einer Anschlussrehabilitation erleichtert und ein einheitliches Verfahren, das in einzelnen Krankenkassen und in der gesetzlichen Rentenversicherung bereits durchgeführt wird, erreicht werden. Der vorgeschlagene Einsatz des AHB Indikationskatalogs der Deutschen Rentenversicherung würde das Verfahren erheblich vereinfachen und zu einem relevanten Gewinn an Bürokratieabbau führen. Daher ist eine Übernahme des DRV-Direkteinleitungsverfahrens, welches sich über die Jahre bewährt hat, sinnvoll und zielgerichtet, im Besonderen auch um der Zielset-</p>	Siehe lfd. Nummer 57.	keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
		<p>zung einer lückenlosen Anschlussversorgung vollumfänglich gerecht zu werden. Die beteiligten Akteure im Krankenhaus sind mit dem bestehenden Verfahren und den Prozessen des Direkteinleitungsverfahrens vertraut. Die Änderung könnte daher ohne einen Neuaufbau von Verfahren und dem damit einhergehenden Mehraufwand aufwandsarm umgesetzt werden. Dieses Ziel wird durch den Vorschlag von DKG, KBV und PatV erreicht. Für eine eingrenzende Abweichung vom DRV-Verfahren, wie es durch den GKV vorgeschlagen wird, besteht weder Bedarf noch sind die Ausschlüsse typisch geriatrischer Indikationsgruppen, wie z.B. von entzündlichen rheumatischen Erkrankungen (Indikationsgruppe 3), urologischen (Indikationsgruppe 9) oder neurologischen Erkrankungen (Indikationsgruppe 10) nachvollziehbar und in den tragenden Gründen begründet. Es ist nicht ersichtlich, weshalb Indikationen, die bei den Versicherten der Gesetzlichen Rentenversicherung einen Rehabilitationsbedarf unmittelbar im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt begründen, dies bei gesetzlich Krankenversicherten nicht tun sollten.</p>		
71.		<p>Aufgrund einer Sonderregelung wurde das Verfahren im Jahr 2020 bereits angewandt und hat sich in der Praxis bewährt.</p>	<p>KBV, DKG, PatV Kenntnisnahme. Die Auswirkungen der Sonderregelung wurden teilweise wissenschaftlich begleitet. Beispielsweise liefert die Studie von Studer et al. 2021 (Dtsch Arztebl Int 2021; 118: 346-7; DOI: 10.3238/arztebl.m2021.0219) Hinweise darauf, dass einerseits Prozesse vereinfacht und beschleunigt und andererseits dadurch die Patientenversorgung optimiert werden konnte. In der Studie zeigte sich beispielsweise, dass insbesondere bei schwer betroffenen Patienten durch die frühere Anschlussrehabilitation eine bessere Funktionserholung und somit eine schnellere Wiedererlangung der Selbstständigkeit im Alltag erreicht werden konnte.</p> <p>GKV-SV Die befristete Berücksichtigung eines Direkteinweisungsverfahrens erfolgte vor dem Hin-</p>	keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
			<p>tergrund der Corona-Pandemie. Ausschließliches Ziel war die Entlastung des stationären Krankenhausbereichs, um so die Versorgung von schwer an Corona Erkrankten sicherzustellen. Diese generelle Notwendigkeit ist dauerhaft nicht gegeben. Das Verfahren hat sich aus Sicht der GKV nicht bewährt, da zu allen Indikationsbereiche Hinweise vorlagen, dass die Direkteinweisung ohne unmittelbare Einbindung der GKV mit Fehlallokationen hinsichtlich der Indikation sowie Fehlsteuerungen hinsichtlich des zuständigen Rehabilitations-trägers verbunden waren.</p> <p>Die benannten Sonderregelungen, die ein kurzzeitiges Direkteinweisungsverfahren vorgesehen haben, können zugleich kein Indiz für eine bewährte Praxis darstellen, denn sowohl Validität als auch Reliabilität sind in Anbetracht der in der genannten Studie ausgewerteten Daten nicht zweifelsohne gewährleistet. Im Zeitraum vom 24.03.2020 bis zum 31.05.2020 wurden lediglich vier Neurorehabilitationskliniken mit einer Interventionsgruppe von 302 Teilnehmenden ausgewertet. Gemäß wissenschaftlichen Maßstäben reicht eine solche Datenmenge nicht aus, um belastbare Erkenntnisse zu generieren. Wird zudem die differente Zielsetzung dieser kurzfristigen Umstellung auf ein Direkteinweisungsverfahren betrachtet, die einher ging mit den atypischen Besonderheiten einer pandemischen Lage, wird deutlich, dass diesen Sonderregelungen nur wenig Aussagekraft für den Regelbetrieb zugesprochen werden kann.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
72.		Im Zuge der Optimierung der Hilfsstrukturen bei Abhängigkeitserkrankungen sollte perspektivisch geprüft werden, ob das von der Renten- und Krankenversicherung etablierte Verfahren eines Nahtlosverfahrens bei diagnostizierten Suchterkrankungen, bei der eine direkte Verlegung aus der Entgiftung in eine Sucht-Rehabilitation geregelt ist, ebenfalls in das Verfahren zu einer Anschlussrehabilitation zu integrieren ist. Somit kann die nahtlose Weiterbehandlung bei Abhängigkeitserkrankungen und damit der Behandlungserfolg wesentlich unterstützt und der Gefahr von Behandlungsabbrüchen zwischen einzelnen Behandlungsschritten in der Schnittstelle zwischen Akut- und Rehabilitationsbehandlung vorgebeugt werden.	Siehe lfd. Nummer 13.	keine Änderung am BE
73.		Die von der GKV vorgeschlagene Anwendung des SINGER Patientenprofils lehnen wir ab, der SINGER ist kein gängiges Instrument im Krankenhaus und könnte dort nur mit hohem Schulungsaufwand geleistet werden. Wir befürchten eine künstliche Hürde, die den schnellen Zugang zur Nachversorgung für die Patienten erschwert. Die fachliche Notwendigkeit ist zudem nicht ersichtlich. Insbesondere, da dieser auch bisher nicht Teil der im „Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung“ zwischen GKV-SV, DKG und KBV vereinbarten Antragsdokumentation war. Die nach dieser Vereinbarung im ärztlichen Befundbericht anzugebenden Werte zum Barthel- und Frühreha-Index sind ausreichend, um das Rehabilitationspotential stationärer Patienten abzuschätzen.	Siehe lfd. Nummer 63.	keine Änderung am BE
74.	DEGEMED	§ 16 Abs. 1-7: Die DEGEMED schließt sich der Position der DKG, KBV und PatV zu den Absätzen 1 – 7 in § 16 der Rehabilitations-Richtlinie vollumfänglich an: [...]. Gemäß der Gesetzesbegründung zum GKV-IPReG (vgl. Drucksache 19/19368, S. 33) sollen mit der Etablierung eines Direkteinleitungsverfahrens für Anschlussrehabilitationen auf Bundesebene insbesondere die aktuellen Verfahren einzelner Krankenkassen und der gesetzlichen Rentenversicherung zusammengeführt werden. Die Regelungsvorschläge von DKG/KBV/PatV entsprechen dieser Vorgabe des Gesetzgebers. Sie liegen im Interesse der beteiligten Partner Krankenhaus, Reha-Einrichtung und der betroffenen Patienten. Krankenkassen profitieren darüber hinaus von der Anwendung eines seit mehr als vierzig Jahren etablierten und erprobten Verwaltungs- und Zugangsverfahrens. Die Vorteile in der aufgeführten Verfahrensweise liegen außerdem in der zeitnahen direkten Kommunikation zwischen Krankenhaus und aufnehmender	Siehe lfd. Nummer 57.	keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
		Reha-Klinik, was zum Teil jetzt schon praktiziert wird, um z.B. die aktuelle Pflegebedürftigkeit des AR-Falls auf der Ebene der jeweiligen Pflegestationen vor Verlegung auszutauschen und in der unmittelbaren Einbindung des Patienten, der zum Zeitpunkt der Absprache meist noch im Krankenhaus.		
75.		<p>§ 16 Abs. 8</p> <p>Änderungsvorschlag DEGEMED: „Kommt die zuständige Ärztin oder der zuständige Arzt der Rehabilitationseinrichtung hingegen zu der Einschätzung, dass bei der Versicherten oder dem Versicherten die medizinischen Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation nicht vorliegen, kann eine direkte Einleitung der Anschlussrehabilitation ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse nicht erfolgen. In diesem Fall informiert die Rehabilitationseinrichtung das Krankenhaus sowie die Versicherte oder den Versicherten darüber. Das Krankenhaus entscheidet dann über die notwendige und mögliche Weiterbehandlung.“</p> <p>Begründung: Im vorliegenden § 16 Abs. 8 von DKG/KBV/PatV soll bei einer Ablehnung der Anschlussrehabilitation durch die Reha-Klinik wegen zu hoher Pflegebedürftigkeit oder aufgrund fehlender Reha-Fähigkeit zukünftig die Reha-Klinik die Ablehnung an die Krankenkasse melden. Die Krankenkasse soll dann über das weitere Vorgehen entscheiden. Gegenwärtig erfolgt nur eine Information über die Ablehnung an das anfragende Krankenhaus, das sich dann z.B. um einen Platz in der Kurzzeitpflege kümmert. Auch bei falscher Indikation z.B. Anfrage einer internistischen oder onkologischen AR-Maßnahme in der orthopädischen Abteilung erfolgt bisher nur eine Rückmeldung an das Krankenhaushaus, das sich dann um einen anderen Reha-Platz bemühen muss. Eine medizinisch sinnvolle Beratung ob und ggf. welche andere Reha-Klinik für die Behandlung in Frage kommt, sollte in der Verantwortung des Akut-Hauses verbleiben. Aus Sicht der DEGEMED sollten daher nicht die Krankenkassen über das weitere Vorgehen entscheiden, wenn die Aufnahme eines Rehabilitanden aus fachlichen Gründen durch eine Reha-Einrichtung abgelehnt wird, sondern wie bisher das Krankenhaus.</p>	<p>KBV, DKG, PatV</p> <p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung aus der Stellungnahme wird nicht gefolgt, da das Direkteinleitungsverfahren für die Anschlussrehabilitation unter den Voraussetzungen des AHB-Indikationskataloges der Deutschen Rentenversicherung Bund erfolgen soll. In dem etablierten Verfahren der DRV ist nicht vorgesehen, dass das Krankenhaus in Fällen, in denen die oder der zuständige Ärztin oder Arzt der Reha-Einrichtung feststellt, dass bei der oder dem Versicherten die medizinischen Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation nicht vorliegen, über die notwendige und mögliche Weiterbehandlung entscheidet. In entsprechenden Fällen informiert die Reha-Einrichtung den Sozialdienst des Krankenhauses bzw. den Patienten, dass eine Anreise nicht erfolgen kann und sendet die Unterlagen an den Reha-Träger, der dann prüft, ob Leistungen zur medizinischen Reha in Betracht kommen und wer diese ggf. erbringt.</p>	keine Änderung am BE
76.	Parität	Festlegung des Paragraphen entsprechend der Vorschläge von <u>DKG, KBV und PatV</u>	Siehe lfd. Nummer 57.	keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
		<p>Der Paritätische Gesamtverband unterstützt die DKG, die KBV sowie die PatV in ihrem Vorschlag, ein Direkteinleitungsverfahren von Anschlussrehabilitationen in den Indikationen und unter den Voraussetzungen des AHB-Indikationskataloges der DRV zu etablieren. Die Möglichkeit, nach einem Krankenhausaufenthalt einen nahtlosen Übergang der Patient*innen in eine notwendige Anschlussrehabilitation ohne vorherige Überprüfung durch die Krankenkasse veranlassen zu können, d. h. unverzüglich und ohne großen bürokratischen Aufwand, eröffnet die Chance, beeinträchtigte oder verlorene Funktionen oder Fähigkeiten der Patient*innen umgehend und in einer lückenlosen Behandlungsabfolge zu verbessern oder wiederherzustellen und damit die Wiedereingliederung gesundheitlich beeinträchtigter Menschen in das Alltags- und Erwerbsleben schnellstmöglich zu bewerkstelligen. Zudem verkürzt ein Direkteinleitungsverfahren ohne aufwendiges Antragsverfahren die stationäre Gesamtverweildauer und vermeidet damit abwendbare Kosten. Wichtig ist jedoch, dass das Direkteinleitungsverfahren bei allen im AHB-Indikationskatalog der DRV aufgeführten Indikationen Anwendung findet. Die im Katalog aufgeführten Indikationen begründen nach sozial-medizinischer Einschätzung in der Regel einen unmittelbaren Rehabilitationsbedarf nach einem Krankenhausaufenthalt, sodass auf eine vorherige Überprüfung durch die Rentenversicherungsträger verzichtet werden kann. Da sich die Indikationen für DRV- und GKV-Versicherte im Rahmen der Anschlussrehabilitation gleichen, ist sowohl aus medizinischer als auch struktureller Sicht die Etablierung eines Direkteinleitungsverfahrens von Anschlussrehabilitationen in den Indikationen und unter den Voraussetzungen des AHB-Indikationskataloges der DRV im Bereich der GKV-Anschlussrehabilitationen folgerichtig und zudem ganz im Sinne der vom Gesetzgeber geforderten Vereinheitlichung der Zugangsverfahren. DKG, KBV und PatV beschreiben in § 16 der Rehabilitations-Richtlinie eine bedarfsgerechte Einleitung von Anschlussrehabilitationen. Diese wird dadurch gewährleistet, dass zunächst das behandelnde Krankenhaus den Rehabilitationsbedürftigkeit sowie die Rehabilitationsfähigkeit der Patient*innen beurteilt und in einem zweiten Schritt dann seitens der Rehabilitationseinrichtung die verbindliche Feststellung der medizinischen Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation erfolgt.</p> <p>Die Forderung des GKV-SV, ein vereinfachtes Verfahren lediglich bei bestimmten Diagnosen einzelner Indikationsgruppen gemäß dem AHB-Indikationskatalog der DRV einzuleiten, ist aus Sicht des Paritätischen Gesamtverbandes nicht sachgerecht, da die Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation im Sinne</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
		der Rehabilitationsbedürftigkeit und der Rehabilitationsfähigkeit unabhängig von der Diagnose individuell, ressourcen- und fähigkeitsorientiert mit dem*der Patient*in beurteilt werden müssen.		
77.		Ferner möchten wir darauf aufmerksam machen, dass es kein bundesweit etabliertes Anschlussrehabilitations-Verfahren bei psychischen Erkrankungen gibt. Zurzeit bleiben viele Menschen mit psychischen Störungen nach einer stationären Akutbehandlung unversorgt. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, aber auch bei Erwachsenen findet keine ausreichende berufliche Rehabilitation statt. Der Weg zur echten Teilhabe wird dadurch unnötig verlängert. Eine Weiterentwicklung der (sozial-) psychiatrischen Versorgung muss diese Leerstelle aus unserer Sicht dringend füllen.	Der Hinweis des Stellungnehmers wird zur Kenntnis genommen.	keine Änderung am BE
78.	SVLFG	Durch die Änderung des § 40 Abs. 3 SGB V sollen nach unserer Auffassung Fallkonstellationen bestimmt werden, bei denen die im vorbehandelnden Krankenhaus von der Ärztin/von dem Arzt erfolgte medizinische Indikationsstellung für eine Anschlussrehabilitation seitens der Krankenkassen nicht mehr zu überprüfen ist. Die von der DKG, PatV und KBV vorgesehenen Regelungen zu einem Direkteineleitungsverfahren berühren jedoch das weitere Verwaltungsverfahren der Krankenkassen, z. B. die Prüfung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, die Prüfung der Nachrangigkeit gegenüber anderen Trägern sowie im Besonderen auch den für die Krankenkassen bestehenden gesetzlichen Auftrag, unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts über Art, Ort, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistung zu entscheiden (§ 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V). Den Vorschlag der DKG, PatV und KBV sehen wir vom gesetzlichen Auftrag nicht umfasst. Die durch den GKV-SV definierten Fallkonstellationen, in denen die medizinische Indikationsstellung für eine Anschlussrehabilitation nicht mehr geprüft wird, sind nachvollziehbar. Unsere Erfahrungswerte zeigen, dass es sich bei den vom GKV-SV genannten Fallkonstellationen um diejenigen handelt, bei denen mit einer hohen Wahrscheinlichkeit sowohl vor dem Krankenhausaufenthalt als auch im Anschluss die Teilhabe aufgrund massiver funktioneller Einschränkungen deutlich beeinträchtigt ist und dadurch eine Indikationsstellung zur Anschlussrehabilitation begründet werden kann. Bei der Veranlassung einer Anschlussrehabilitation in anderen Fallkonstellationen zeigen unsere Erfahrungen, dass oftmals die Voraussetzungen für die Indikationsstellung nicht gegeben sind und die Feststel-	GKV-SV Zustimmende Kenntnisnahme. DKG, KBV, PatV Den Ausführungen des Stellungnehmers wird nicht gefolgt. Die vom GKV-SV getroffene Auswahl definierter Fallkonstellationen, in denen die medizinische Indikationsstellung für eine Anschlussrehabilitation nicht mehr geprüft werden soll, ist nicht nachvollziehbar.	keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss- entwurf (BE)
		lungen der Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus im Rahmen der sozialmedizinischen Bewertung der LAK nicht bestätigt werden können. Die vom GKV-SV vorgeschlagene Begrenzung auf ausgewählte Fallkonstellationen ist daher aus unserer Sicht nachvollziehbar. Anderweitig würde das Gebot der Wirtschaftlichkeit nach § 12 SGB V unterlaufen. Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass die Zielsetzung des AHB-Indikationskatalogs der DRV Bund nicht ausschließt, dass die DRV Bund die medizinische Erforderlichkeit prüft und über die Leistung entscheidet. Zudem kommt der Katalog nach unserer Kenntnis nicht für alle DRV Träger zur Anwendung. Wir halten daher die Auffassung des GKV-SV für sachgerecht.		
79.	BV Geriatrie	Der Bundesverband Geriatrie e. V. schließt sich der Position der DKG, KBV und PatV in § 16 der Rehabilitations-Richtlinie vollumfänglich an: [...] Gemäß der Gesetzesbegründung zum GKV-IPReG (vgl. Drucksache 19/19368, S. 33) sollen mit der Etablierung eines Direkteinleitungsverfahrens für Anschlussrehabilitationen auf Bundesebene insbesondere die aktuellen Verfahren einzelner Krankenkassen und der gesetzlichen Rentenversicherung zusammengeführt werden. Da es sich bei geriatrischen Rehabilitationsanträgen überwiegend um Anschlussrehabilitationen nach stationärer Krankenhausbehandlung handelt, ist die Bedeutung der Geriatrie in der Ausgestaltung des Direkteinleitungsverfahrens für Anschlussrehabilitationen explizit zu berücksichtigen. Dem Anliegen des Gesetzgebers, die Bedeutung der Geriatrie zu berücksichtigen, wird in dem Vorschlag der DKG, KBV und PatV mit dem § 16 Absatz 3 der Rehabilitations-Richtlinie hinreichend Rechnung getragen. Mit dem Verweis auf § 15 der Rehabilitation-Richtlinie wird klargestellt, dass das Direkteinleitungsverfahren unabhängig von der geriatrischen Behandlungsindikation für alle geriatrischen Patientinnen und Patienten Anwendung findet. Voraussetzung ist die Indikation einer geriatrischen Rehabilitation im Sinne des § 15 Absatz 2 der Rehabilitations-Richtlinie. Eine Fokussierung auf ausgewählte Indikationsgruppen, wie es der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes vorsieht, ist aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e. V. strikt abzulehnen. Dieser Vorschlag wird dem klinischen Alltag mit Blick auf die Besonderheiten der geriatrischen Patientinnen und Patienten aus fachlich-inhaltlichen Gründen in keiner Weise gerecht. Die Geriatrie ist die medizinische Spezialdisziplin, die sich indikationsübergreifend mit physischen, psychischen, funktionellen und sozialen Aspekten bei der medizinischen Betreuung älterer Menschen befasst. Die Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation sind daher patientenindividuell und unabhängig	Siehe lfd. Nummer 57.	keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
		<p>von der geriatrischen Behandlungsindikation im Sinne des Rehabilitationsbedarfs, der Rehabilitationsbedürftigkeit und der Rehabilitationsfähigkeit zu bewerten. Bei den Hauptdiagnosen geriatrischer Patientinnen und Patienten lässt sich feststellen, dass im vollstationären Bereich am häufigsten DRGs der MDC (Major Diagnostic Category – Hauptdiagnosegruppe) 08 kodiert werden, also Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe. Dichtauf folgen Krankheiten und Störungen des Nerven-systems (MDC 01) sowie Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems (MDC 05) (vgl. aG-DRG-Report-Browser 2021). Folgend dem Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes würde das Direkteinleitungsverfahrens für alle geriatrischen Patientinnen und Patienten mit Krankheiten und Störungen des Nervensystems nicht greifen, wodurch ein Großteil der geriatrischen Patientinnen und Patienten nicht von dem erleichterten Zugang zur Anschlussrehabilitation profitieren würden. Die Begrenzung des Direkteinleitungsverfahrens für Anschlussrehabilitation auf ausgewählte Indikationsgruppe geriatrischer Patientinnen und Patienten analog dem Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes ist daher strikt abzulehnen und wird den formulierten Zielen des GKV-IPReG nicht gerecht. Fachübergreifend ist die Etablierung eines Direkteinleitungsverfahrens für Anschlussrehabilitationen in den Indikationen und unter den Voraussetzungen des AHB-Indikationskataloges der Deutschen Rentenversicherung Bund im Sinne der Position der DKG, KBV und PatV aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e.V. sachgerecht und richtig. Der AHB-Indikationskatalog der Deutschen Rentenversicherung beinhaltet alle Indikationen, die typischerweise einen Rehabilitationsbedarf unmittelbar im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt begründen und stellt ein seit Jahren bewährtes Verfahren dar. Entscheidend für eine sachgerechte, fächerübergreifende Anwendung des AHB-Indikationskataloges der Deutschen Rentenversicherung Bund im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ist, dass das Direkteinleitungsverfahren für alle im AHB-Indikationskatalog genannten Indikationen gilt und um die Geriatrie im Sinne des § 15 der Rehabilitations-Richtlinie ergänzt wird.</p>		
80.		<p>Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei dem seitens des GKV-Spitzenverbandes in § 16 Absatz 2 der Rehabilitations-Richtlinie zur Darlegung der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe vorgeschlagenem SINGER-Patientenprofil um kein etabliertes Assessmentverfahren handelt und dieses daher strikt abzulehnen ist. Zudem handelt es sich bei der Vollversion des SIN-</p>	Siehe lfd. Nummer 63.	keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
		<p>GER-Patientenprofils, um ein im Vergleich umfangreiches Assessmentverfahren. Neben der Vollversion existieren verschiedene Kurzversionen mit einem unterschiedlichen Assessmentumfang und Detaillierungsniveau. Unklar ist an dieser Stelle, welches Detaillierungsniveau angestrebt wird. Folgend der Gesetzesbegründung zum GKV-IPReG (vgl. Drucksache 19/19368, S. 47) soll das Direktleitungs-verfahren für Anschlussrehabilitationen den Verwaltungsaufwand aller Beteiligten reduzieren. Der Einsatz des SINGER-Patientenprofils steht diesem Grundsatz aufgrund des Assessmentumfangs entgegen.</p>		
81.	DHS	<p>Im Zuge der Optimierung der Hilfsstrukturen bei Abhängigkeitserkrankungen sollte perspektivisch geprüft werden, ob das von der Renten- und Krankenversicherung etablierte Verfahren eines Nahtlosverfahrens bei diagnostizierten Suchterkrankungen, bei der eine direkte Verlegung aus der Entgiftung in eine Sucht-Rehabilitation geregelt ist, ebenfalls in das Verfahren zu einer Anschlussrehabilitation zu integrieren ist. Die DHS begrüßt grundsätzlich das gesetzliche Vorhaben, den Zugang zu einer Anschlussrehabilitation zu erleichtern und somit die Schnittstelle zwischen Akut- und Rehabilitationsbehandlung zu verbessern. Die nahtlose Weiterbehandlung bei Abhängigkeitserkrankungen und damit der Behandlungserfolg können wesentlich unterstützt und der Gefahr von Behandlungsabbrüchen zwischen einzelnen Behandlungsschritten in der Schnittstelle zwischen Akut- und Rehabilitationsbehandlung vorgebeugt werden.</p>	Siehe lfd. Nummer 13.	keine Änderung am BE
82.	BAR	<p>Vorschlag: Wir regen an, eine Änderung vorzunehmen, die auf den bewährten Vorgehensweisen aufsetzt und diese entsprechend der geänderten Rechtslage weiterentwickelt. Begründung: Die vorliegenden Vorschläge für eine Neuregelung zur Anschlussrehabilitation bergen verschiedene Zweifelsfragen, so insbesondere hinsichtlich der Vereinbarkeit der vorgeschlagenen Verfahren mit den trägerübergreifend verbindlichen Vorgaben des SGB IX z.B. für Zuständigkeitsklärung, Bedarfsermittlung und -feststellung sowie Teilhabeplanung. In dem Zusammenhang bieten wir hiermit daher gerne, falls gewünscht, unsere Mithilfe an bei einer weiteren Prüfung von Möglichkeiten, wie die genannten Aspekte bei einer Neuformulierung des vorgesehenen § 16 der Richtlinie ggf. konkreter berücksichtigt werden könnten.</p>	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.	keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
83.	BDPK	<p>Der BDPK unterstützt die von der DKG, KBV und PatV vorgeschlagene Etablierung eines Direkteinleitungsverfahrens von Anschlussrehabilitationen in den Indikationen und unter den Voraussetzungen des AHB-Indikationskatalogs der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund). Durch die Möglichkeit, nach einem Krankenhausaufenthalt eine Überführung der Patient*innen in die Anschlussrehabilitation unmittelbar und unbürokratisch ohne vorherige Überprüfung durch die Krankenkasse zu veranlassen, können beeinträchtigte oder verlorengegangene Funktionen und Fähigkeiten der Patient*innen schnell und in einer stetigen Behandlungsabfolge wiederhergestellt oder verbessert werden. Eine Direktverlegung aus Krankenhäusern in Rehabilitationskliniken durch Verzicht auf ein Antragsverfahren verkürzt zudem die stationäre Gesamtverweildauer und vermeidet damit unnötige Kosten. Entscheidend ist hierbei, dass das Direkteinleitungsverfahren für alle im AHB- Indikationskatalog der DRV Bund genannten Indikationen gilt. Das Anliegen des Gesetzgebers, die Bedeutung der Geriatrie zu berücksichtigen, wird in dem Vorschlag der DKG, KBV und PatV umgesetzt, indem für die geriatrische Anschlussrehabilitation die entsprechende Anwendung des Direkteinleitungsverfahrens der Deutschen Rentenversicherung Bund gilt. Wie in den Tragenden Gründen zu § 16 von DKG, KBV und PatV dargelegt, bestätigen sozialmedizinische Expertengruppen der DRV seit Jahrzehnten die Bedeutung einer gezielten und unmittelbar anschließenden Rehabilitation im Anschluss an eine stationäre Krankenhausversorgung für die Wiedereingliederung gesundheitlich beeinträchtigter Menschen in das Alltags- und Erwerbsleben. Die im AHB- Indikationskatalog der DRV Bund genannten Indikationen begründen nach sozial-medizinischer Einschätzung der DRV typischerweise einen Rehabilitationsbedarf unmittelbar im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt, sodass eine vorherige Überprüfung durch die Rentenversicherungsträger nicht erforderlich ist. Da die Indikationen in der Anschlussrehabilitation für DRV- und GKV-Versicherte übereinstimmen, ist aus medizinischer und struktureller Sicht im Sinne der vom Gesetzgeber geforderten Vereinheitlichung der Zugangsverfahren eine Etablierung des Direkteinleitungsverfahrens von Anschlussrehabilitationen in den Indikationen und unter den Voraussetzungen des AHB-Indikationskataloges der DRV Bund im Bereich der GKV-Anschlussrehabilitation folgerichtig. Die bedarfsgerechte Einleitung von Anschlussrehabilitationen wird wie von DKG, KBV und PatV in § 16 der Reha-Richtlinie beschrieben, dadurch gewährleistet, dass das Krankenhaus in einem ersten Schritt den Rehabilitationsbedarf, die Reha-</p>	Siehe lfd. Nummer 57.	keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
		<p>bilitationsbedürftigkeit und die Rehabilitationsfähigkeit der Patient*innen beurteilt und durch die Rehabilitationseinrichtung dann in einem zweiten Schritt die verbindliche Feststellung der medizinischen Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation erfolgt.</p>		
84.		<p>Der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes, ein vereinfachtes Verfahren lediglich in wenigen ausgewählten Diagnosen einzelner Indikationsgruppen gemäß dem AHB-Indikationskatalog der DRV Bund durchzuführen, ist aus Sicht des BDPK nicht sachgerecht. Die Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation in Hinblick auf den Rehabilitationsbedarf, die Rehabilitationsbedürftigkeit und die Rehabilitationsfähigkeit sind unabhängig von der Diagnose bzw. Indikation immer patientenindividuell zu beurteilen. Die Auswahl der Indikationen bzw. Diagnosen einzelner Indikationsgruppen, bei denen gemäß dem Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes die Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit entfallen kann, ist nicht evidenzbasiert. Der GKV-Spitzenverband liefert in seinen Ausführungen zu den Tragenden Gründen keine Informationen darüber, welche Leitlinien als Grundlage für die Entscheidungsfindung herangezogen wurden. Die Argumentation, dass lediglich bei den vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagenen Indikationen bzw. Diagnosen einzelner Indikationsgruppen die Teilhabe der Patient*innen bereits prästationär aufgrund massiver funktioneller Einschränkungen deutlich beeinträchtigt und der Krankenhausaufenthalt nicht selten durch schwere Komplikationen belastet ist, ist aus Sicht medizinisch-fachlich nicht nachvollziehbar. Sollte nur bei wenigen Indikationen bzw. Diagnosen einzelner Indikationsgruppen die Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit entfallen, würden viele Patient*innen keinen schnellen Zugang zu den von ihnen benötigten Anschlussrehabilitationsmaßnahmen erhalten. Dies würde sich zum einen kontraproduktiv auf die Mobilisation der Patient*innen und deren Reha-Erfolg auswirken. Zum anderen würden dadurch Kapazitäten im Krankenhaus bzw. in der Übergangs- und Kurzzeitpflege gebunden und Kosten verursacht werden, die vermieden werden könnten.</p>	Siehe lfd. Nummer 57.	keine Änderung am BE
85.		<p>Die Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes, dass der Regelungsauftrag des G-BA bezüglich der Anschluss-Rehabilitation lediglich darin besteht, die Fälle festzulegen, in denen die medizinische Erforderlichkeit der Rehabilitation durch die Krankenkasse im Einzelfall nicht überprüft wird und weitergehende Regelungen zum Verwaltungsverfahren nicht im Regelungsbereich des G-BA</p>	Siehe auch laufende Nr. 57.	keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
		<p>liegen, teilt der BDPK nicht. Der Gesetzeswortlaut in § 40, Absatz 3 SGB V ist diesbezüglich zwar knappgehalten, wird jedoch in der Gesetzesbegründung konkretisiert. Diese besagt eindeutig, dass die Gesetzesänderung die Ziele verfolgt, einen schnelleren Zugang zur Anschluss- Rehabilitation zu schaffen und ein einheitliches Verfahren herbeizuführen. Beide Ziele und damit verbunden eine Verbesserung der Patientenversorgung lassen sich nur erreichen, wenn das Verwaltungsverfahren zur Einleitung von Anschlussrehabilitationen im GKV-Bereich entsprechend dem Direkteinleitungsverfahren im DRV-Bereich angepasst wird.</p>		

2.4 Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen



Stellungnahme zur Anpassung der Rehabilitations-Richtlinie aufgrund des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (GKV-IPReG) und weitere Änderungen

Fachverband Sucht	
12.07.2021	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>A. Vorbemerkung</p> <p>Die Initiative des Gesetzgebers im Sinne des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“, für ältere Menschen den Zugang zur Rehabilitation im Übergang aus der akutstationären Behandlung zu erleichtern, kann nur unterstützt werden.</p> <p>Darüber hinaus ist die grundsätzliche Verbesserung der Schnittstelle zwischen Akut- und Rehabilitationsbehandlung im Sinne eines effektiven Zugangs zur Anschlussrehabilitation für alle Beteiligten von großer Bedeutung.</p>	
<p>B. Stellungnahme im Einzelnen</p> <p>1. § 15 geriatrische Rehabilitation</p> <p>Der Fachverband Sucht e.V. teilt die Einschätzung von DKG, GKV-SV, KBV und Patientenvertretung, dass bei Patientinnen und Patienten mit einem Lebensalter 70 oder älter und einer Geriatrie typischen Multimorbidität das Direktverordnungsverfahren anzuwenden ist.</p> <p>Dabei sind aus Sicht des Fachverbandes Sucht e.V. die Hürden so niedrig wie möglich zu halten.</p>	
<p>2. §16 Anschlussrehabilitation</p> <p>Der Fachverband Sucht e.V. unterstützt ebenfalls wie die DKG, die KBV und die Patientenvertretung ein Direkteinleitungsverfahren von Anschlussrehabilitationen in den Indikationen und unter den Voraussetzungen des AHB Indikationskatalogs der Deutschen Rentenversicherung Bund.</p>	

Fachverband Sucht	
12.07.2021	
Perspektivisch sollte geprüft werden, ob das von Rentenversicherung und Krankenversicherung etablierte Verfahren eines Nahtlosverfahrens bei diagnostizierten Suchterkrankungen, bei der eine direkte Verlegung aus der Entgiftung in eine Sucht-Rehabilitation geregelt ist, ebenfalls in dieses Procedere zu integrieren ist.	Nur dann, wenn eine nahtlose Weiterbehandlung einer Suchterkrankung organisiert werden kann, ist mit einer wirklich guten Ergebnisqualität zu rechnen.

Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Rehabilitations-Richtlinie: Anpassung der Rehabilitations-Richtlinie aufgrund des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes und weitere Änderungen

Der Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. (fdr+) begrüßt grundsätzlich die, mit der Änderung der Rehabilitations-Richtlinie bezweckte, Erleichterung des Zugangs zur Rehabilitation für ältere Menschen im Übergang aus der akutstationären Behandlung sehr.

Zu § 4 (Inhaltliche Grundlagen)

Laut Satz (1) umfasst die Medizinische Rehabilitation einen ganzheitlichen Ansatz im Sinne des biopsychosozialen Modells der Weltgesundheitsorganisation (WHO), um den im Einzelfall bestmöglichen Rehabilitationserfolg im Sinne der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, insbesondere in Familie, Arbeit und Beruf zu erreichen. Dieser Ansatz berücksichtigt neben dem Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit bei einem Menschen mit einem Gesundheitsproblem nicht nur die Auswirkungen dieses Gesundheitsproblems, sondern auch die möglichen Wechselwirkungen zwischen der Krankheit, Körperstrukturen und -funktionen, Aktivitäten und Teilhabe und den dabei individuell relevanten Kontextfaktoren (umwelt- und personenbezogene Faktoren als Förderfaktoren und Barrieren).

Nach diesem Ansatz arbeiten auch die ambulanten und (teil-)stationären Rehabilitationseinrichtungen für abhängigkeitskranke Menschen.

Die aktuellsten Daten der Deutschen Suchthilfestatistik (aus dem Jahr 2019¹) zeigen auf, dass 142 stationären Einrichtungen, die sich an der DSHS beteiligt haben, 35.485 stationäre Behandlungen (Rehabilitationsmaßnahmen) durchgeführt haben. Demnach zählt die Suchthilfe in Deutschland damit zu den größten Versorgungssystemen im Suchtbereich in Europa und weist eine hohe Qualifizierung und Differenzierung auf. Das Durchschnittsalter aller stationär behandelten Personen liegt bei 42 Jahren, knapp die Hälfte (45%) ist älter als 50 Jahre.

Insofern ist es dem fdr+ wichtig, die Versorgung der Rehabilitand*innen im Bereich Abhängigkeitserkrankungen bedarfsgerecht, qualifiziert und barrierearm gewährleisten zu können. Ein vereinfachter Zugang zu den Rehabilitationsleistungen bzw. ein fließender Übergang zwischen dem Aufenthalt im Krankenhaus und der Rehabilitationsklinik stellt u.a. eine wesentliche Voraussetzung zu einem bestmöglichen Rehabilitationserfolg dar.

Zu § 16 (Anschlussrehabilitation)

Der Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. unterstützt die vorgesehene gesetzliche Regelung zum Direkteinleitungsverfahren einer Anschlussrehabilitation in den Indikationen und unter den Voraussetzungen des AHB-Indikationskataloges der Deutschen Rentenversicherung Bund in der jeweils gültigen Fassung.

In diesem Zusammenhang ist es dem Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. ein besonderes Anliegen, auf das (von DRV Bund und gesetzlichen Krankenkassen) etablierte „Nahtlosverfahren“ bei diagnostizierten Suchterkrankungen hinzuweisen, bei dem eine direkte Verlegung aus der Entgiftung in eine Sucht-Rehabilitation geregelt ist. Das „Nahtlosverfahren“² wurde 2017 von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der Deutschen Rentenversicherung (DRV), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) durch die Entwicklung Gemeinsamer Handlungsempfehlungen für die Verbesserung des Zugangs nach qualifiziertem Entzug zur Suchtrehabilitation geregelt und trägt maßgeblich zu einer ineinandergreifenden Gesundheitsversorgung in Deutschland bei.

¹

https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload/dshs/Publikationen/Jahresberichte/DSHS_Jahresbericht_DJ_2019.pdf

² https://www.vdek.com/vertragspartner/vorsorge-rehabilitation/abhaengigkeit/ocr_content/bar/download_16/file.res/2017_HE_Nahtlosverfahren_2017-08-01_final.pdf

Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V.

Gierkezeile 39 • 10585 Berlin • Tel.: 030 / 854 00 490 • Fax: 030 / 854 00 491
Email: mail@fdr-online.info • www.fdr-online.info

Dieses Verfahren sollte perspektivisch ebenfalls in den Prozess und die gesetzlichen Regelungen zur Anschlussrehabilitation (AHB) integriert werden. Nach einer qualifizierten Entzugsbehandlung, würde dadurch auch eine Verbesserung des Zugangs zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke ermöglicht werden. Bislang ist diese Zielgruppe in der vorliegenden Änderung der Rehabilitations-Richtlinie ausgeschlossen.

Ein fließender Übergang nach einer Entgiftung (stationärer Aufenthalt) ist jedoch gerade für abhängigkeitskranke Menschen notwendig, um Rückfälle und den Verlust der Motivation zur Entwöhnung zu verhindern, die „Antrittsquote“ zur Rehabilitation zu erhöhen und das damit verbundene Risiko, wiederholter Krankenhausaufenthalte, zu reduzieren. Ein geregeltes Verfahren der AHB im Indikationsbereich „Abhängigkeitserkrankung“ würde sowohl bei den Patient*innen als auch bei den Leistungsträgern für einen transparenten und nachvollziehbaren Weg der Behandlung bzw. Zuständigkeit sorgen sowie die Sicherheit und Motivation der Patient*innen stärken und den Behandlungserfolg fördern.

Somit sollten „Abhängigkeitserkrankungen“, in den AHB-Indikationskatalog der Deutschen Rentenversicherung Bund aufgenommen werden, welcher einen Rehabilitationsbedarf unmittelbar im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt (nach sozial-medizinischer Einschätzung der DRV) begründet.

Berlin, den 14.07.2021
Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. (fdr*)



Friederike Neugebauer
Geschäftsführerin

Stellungnahme zur Anpassung der Rehabilitations-Richtlinie aufgrund des
Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (GKV-IPReG) und weitere
Änderungen

Diakonie Deutschland	
15.07.2021	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>§ 15 Abs. 2 Nummer 2.: Vorliegen von mindestens einer rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnose Der Vorschlag von DKG und PatV wird unterstützt.</p>	<p>Der Gesetzgeber verfolgte mit den gesetzlichen Änderungen im § 40 SGB V zur geriatrischen Rehabilitation das Ziel, Hürden der Inanspruchnahme zu senken. Dem stände es entgegen, wenn – in Abwendung von gelten Regelungswerken – die Zahl der „Funktionsdiagnosen“ erhöht wird und dadurch Personen mit Teilhabeeinschränkung oder drohender Teilhabeeinschränkung nicht rehabilitiert werden. Um der Klarheit willen wird darum gebeten, den Begriff der Funktionsdiagnose in der Richtlinie zu definieren.</p>
<p>§ 15 Abs. 6 Beantragung bei der Krankenkasse Der Vorschlag der PatV wird unterstützt.</p>	<p>In der Begründung des IPReG wird formuliert, dass auch die geriatrische Rehabilitation, weiterhin ohne vertragsärztliche Verordnung, direkt bei der Krankenkasse beantragt werden kann. Falls Anträge direkt bei der Krankenkasse eingehen – Fallkonstellationen werden seitens der PatV in den „Tragenden Gründen“ ausgeführt – gibt die vorgeschlagene Formulierung den bearbeitenden Personen der Krankenkassen Handlungs- und Rechtssicherheit.</p>
<p>§ 15 Abs. 7 Dauer der Leistung Der Vorschlag der PatV wird unterstützt.</p>	<p>Die Regeldauer, nicht mehr die Höchstdauer, der geriatrischen Rehabilitation ist gesetzlich bestimmt. Dieser Sachverhalt ist in einem eigenständigen Absatz darzulegen. Eine kürzere Dauer im Einzel Fall ist an die vorgeschlagenen Bedingungen zu knüpfen.</p>
<p>§ 16 Anschlussrehabilitation Der Vorschlag von DKG, KBV und PatV wird unterstützt und ergänzt.</p>	<p>In der Gesetzesbegründung (Bundesrat DS 86/20 vom 21.02.20) wird ausgeführt, dass der gemeinsame Bundesausschuss festlegen soll, „in welchen Fällen Anschlussrehabilitationen ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse erbracht werden können, um einen schnellen Zugang zu einer Anschlussrehabilitation zu erleichtern“ (S. 29). Beide, zur Erörterung stehenden, Vorschläge beziehen sich auf die Indikationsgruppen und den AHB- Indikationskatalog der DRV Bund. Der Vorschlag des GKV-SV bezieht sich nur selektiv auf</p>

Diakonie Deutschland

15.07.2021

diesen Katalog. Die Eingrenzung auf die Indikationsgruppen 1, 4, 7, 11 und 13 des AR-Kataloges der DRV ist nicht nachvollziehbar, auch in den „Tragenden Gründen“ finden sich spezifisch keine Argumente, warum z.B. die Gruppen 3 (entzündlich rheumatische Erkrankungen) oder 10 (neurologische Erkrankungen) ausgeschlossen sind.

Das vorgetragene allgemeine Argument des GKV-SV, dass nur solche Indikationen in Betracht kommen, „bei denen bereits prästationär die Teilhabe aufgrund massiver funktioneller Einschränkungen deutlich beeinträchtigt ist“, (Tragende Gründe, S. 15) überzeugt nicht, denn die im Indikationskatalog der DRV Bund genannten Indikationsgruppen machen typischerweise eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt notwendig. Durch ein vorläufiges Reha-Assessment im Krankenhaus kann abgeklärt werden, ob dies auch im Einzelfall zutrifft.

In der Gesetzesbegründung heißt es im Anschluss an den oben zitierten Satz: „Damit wird ein einheitliches Verfahren herbeigeführt, das von einzelnen Krankenkassen und in der gesetzlichen Rentenversicherung bereits durchgeführt wird“. Damit wird der Wille ausgedrückt, dass einheitliche und trägerübergreifende Verfahrensregelungen praktiziert werden sollen, die eine nahtlose Versorgung gewährleisten.

Zugleich muss das Verfahren sichern, dass im Zuge der Einleitung der Anschlussrehabilitation im Krankenhaus mit der Beantragung der Leistung auch die Voraussetzungen nach § 7 der Richtlinie zum Tragen kommen.

Als Instrument zur Beschreibung der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe soll aus Sicht der GKV-Seite ausschließlich der SINGER verwendet werden.

Für die Darlegung der Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit sollte es aber möglich sein, auch andere, in der Klinik eingeführte Instrumente einzusetzen. Im Rahmenvertrag über das Entlassmanagement zum Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung haben sich die Vereinbarungspartner auf andere Instrumente verständigt.

Entscheidend ist die Einbettung der Darlegung in das biopsychosoziale Modell der ICF. Wie dies erfolgt, sollte nicht in

Diakonie Deutschland	
15.07.2021	
	<p>einer Richtlinie des G-BA bestimmt werden. Einen diesbezüglichen Auftrag durch das IPReG gibt es nicht.</p> <p>Über die in Frage stehenden Sachverhalte hinaus, macht die Diakonie Deutschland darauf aufmerksam, dass es kein bundesweit etabliertes AR-Verfahren bei psychischen (bzw. psychiatrisch relevanten) Erkrankungen gibt. Eine Weiterentwicklung der (sozial)psychiatrischen Versorgung muss diese Leerstelle füllen.</p>

Stellungnahme zur Anpassung der Rehabilitations-Richtlinie aufgrund des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (GKV-IPReG) und weitere Änderungen

Bundesverband ambulanter medizinischer Rehabilitationszentren (BamR) e.V.	
15.07.2021	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 15 Abs. 2, Punkt 2: Wahl des Vorschlags der PatV/DKG	Ziel des GKV-IPReG war eine Erleichterung des Zugangs. Die Forderung zweier Diagnosen erschwert den Zugang unnötig. Diese Forderung wäre auch eine Abweichung vom gelebten Standard. (Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation vom 02.07.2018, Rahmenempfehlung ambulante geriatrische Rehabilitation vom 02.01.2018, Rahmenempfehlung zur mobilen geriatrischen Rehabilitation vom 01.05.2007)
§ 16: Wahl des Vorschlags der DKG, KBV, PatV	Wir begrüßen die Stärkung des AHB-Verfahrens und sprechen uns deutlich für einheitliche Anforderungen aus. Die schnelle Einleitung der Rehabilitation ist nicht nur für den Betroffenen immens wichtig, sie ist auch gesamtwirtschaftlich sinnvoll. Es erscheint uns vor diesem Hintergrund nicht nachvollziehbar, Indikationen auszuschließen, wie es der Vorschlag des GKV-SV vorsieht. Wir können keine organisatorischen oder medizinischen Gründe erkennen, die eine Einschränkung des AHB-Katalog der DRV begründen könnte.



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine
Änderung der Rehabilitations-Richtlinie:

Anpassung der Rehabilitations-Richtlinie aufgrund des Intensivpflege- und
Rehabilitationsstärkungsgesetzes und weitere Änderungen

Berlin, 16.07.2021

Korrespondenzadresse:
Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Anpassung der Reha-RL aufgrund des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes

Die Bundesärztekammer wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit Schreiben vom 23.06.2021 zur Stellungnahme gemäß § 91 Absatz 5 SGB V bezüglich der Anpassungen der Rehabilitations-Richtlinie aufgrund des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes und weiterer Änderungen aufgefordert.

Hintergrund

Mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (GKV-IPReG) vom 23.10.2020 wurde der G-BA aufgefordert, bis zum 31.12.2021 bei einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation das Nähere zu Auswahl und Einsatz geeigneter Abschätzungsinstrumente im Sinne des § 40 Absatz 3 Satz 2 SGB V sowie zum erforderlichen Nachweis von deren Anwendung nach § 40 Absatz 3 Satz 3 SGB V zu regeln. Sofern die geriatrische Indikation durch dafür geeignete Abschätzungsinstrumente vertragsärztlich überprüft wurde, entfällt zukünftig die Überprüfung einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation durch die Krankenkassen.

Bei anderen Verordnungen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation darf die Krankenkasse hinsichtlich der medizinischen Erforderlichkeit künftig nur dann abweichen, wenn eine von der Verordnung abweichende gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes vorliegt.

Zudem wurde der G-BA beauftragt festzulegen, in welchen Fällen Anschlussrehabilitationen nach § 40 Absatz 6 Satz 1 SGB V ohne vorherige Überprüfung der Verordnung durch die Krankenkasse erbracht werden können.

Die weiteren Änderungen ergeben sich u. a. aus dem MDK-Reformgesetz vom 14.12.2019 bzw. stellen redaktionelle Anpassungen da.

Geriatrische Rehabilitation

Der Beschlussentwurf bezüglich der geriatrischen Rehabilitation ist weitgehend geeint. Die neue, konsentiertere Anlage II enthält – nicht abschließend – eine Liste mit Funktionstests, die im Rahmen der Verordnung von geriatrischer Rehabilitation eingesetzt werden können. Die Kriterien für die Auswahl der Funktionstests sind in den Tragenden Gründen dargelegt und erläutert. U. a. sind die Funktionstests kosten- und lizenzfrei verfügbar und der Zeitaufwand für die Durchführung beträgt maximal 10 Minuten.

Voraussetzung für den Verzicht der Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkassen ist ferner, dass die Versicherten 70 Jahre oder älter sind. Bei Versicherten über 60 und unter 70 Lebensjahren sowie bei Versicherten, bei denen die genannten Voraussetzungen nicht vorliegen, kann eine geriatrische Rehabilitation gewährt werden, sofern die Krankenkasse die medizinische Erforderlichkeit aufgrund der erheblich ausgeprägten geriatrischen Multimorbidität des Versicherten anerkennt.

Der wesentliche Dissens bei dem Regelungsvorschlag besteht bezüglich der Frage, ob neben zwei geriatrischen Diagnosen eine oder zwei rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen vorliegen müssen. Eine Auflistung der insbesondere geriatrischen Erkrankungen findet sich in den Tragenden Gründen.

Anschlussrehabilitation

Bezüglich der Anschlussrehabilitation liegen zwei Regelungsvorschläge vor. Der von DKG, KBV und PatV vorgelegte Vorschlag übernimmt das sog. Direkteinleitungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung Bund für die Anschlussrehabilitation bei GKV-Versicherten

Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Anpassung der Reha-RL aufgrund des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes

Das Direkteinleitungsverfahren kann nach diesem Vorschlag für alle Indikationen und unter den Voraussetzungen des AHB-Indikationskatalogs der Deutschen Rentenversicherung Bund in der jeweils gültigen Fassung und zusätzlich für geriatrische Anschlussrehabilitationen erfolgen.

Nach den Vorstellungen des GKV-SV erfolgt der Verzicht auf eine Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkassen nur bei einer bestimmten Indikationsgruppe des AHB-Indikationskatalogs der Deutschen Rentenversicherung Bund in der Fassung 12/2017 und innerhalb der Indikationsgruppen 1 und 4 nur bei ausgewählten Diagnosen. Weitergehende Regelungen zum Verwaltungsverfahren enthält der Vorschlag nicht, da dies nach Auffassung des GKV-SV nicht im Regelungsbereich des G-BA liegt.

Die Bundesärztekammer nimmt zu dem Beschlussentwurf wie folgt Stellung

Die vorgeschlagenen Regelungen zur **geriatrischen Rehabilitation** werden von der Bundesärztekammer im Wesentlichen befürwortet, jedoch wird eine rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnose neben den zwei geriatrietypischen Diagnosen als ausreichend angesehen. Ausschlaggebend für die Indikation einer Rehabilitationsmaßnahme sollte nicht die Anzahl der Funktionsdiagnosen, sondern die Schwere der Funktionseinschränkung sein. Dabei kann eine schwerwiegende Funktionsstörung nach Auffassung der Bundesärztekammer durchaus eine Rehabilitation begründen. Zur Bewertung der Schwere der Funktionseinschränkung könnten ggf. die ICF-Qualifyer herangezogen werden.

Die in § 15 Absatz 5 vorgesehene Beratung der Versicherten durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte wird begrüßt. Dabei muss allerdings bedacht werden, dass dies unter Umständen einen erheblichen Zeitaufwand bedeuten kann und somit vergütet werden sollte.

Zu beachten sind ferner länderspezifische Unterschiede, da in einigen Bundesländern die Geriatrie fallabschließend in Akutkrankenhäusern erbracht wird; die Strukturen einer geriatrischen Rehabilitation also gar nicht vorhanden sind.

Bezüglich der **Anschlussrehabilitation** unterstützt die Bundesärztekammer den Regelungsvorschlag von DKG, KBV und PatV.

Insbesondere auch die Regelung in § 16 Absatz 3 ist sehr sinnvoll, da gerade bei geriatrischen Patientinnen und Patienten die nahtlose Durchführung der Anschlussrehabilitation erforderlich ist, um Therapiebrüche zu vermeiden und den Gesamterfolg zu sichern.

Angeregt wird, in § 16 Absatz 4 Satz 1 die Kriterien für die Auswahl der geeigneten Rehabilitationseinrichtung in der Reihenfolge umzudrehen. („Die Auswahl der geeigneten Einrichtung erfolgt durch das Krankenhaus nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls sowie unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts der oder des Versicherten.“). Zur Begründung ist anzuführen, dass in der postakuten Phase die medizinische Behandlung bzw. fachliche Qualifikation der Rehabilitationseinrichtung entscheidend sind. Wenn mehrere fachlich geeignete Einrichtungen zur Verfügung stehen, würde das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten dann zum Tragen kommen.

Bei der Auflistung von Funktionstests in der Anlage II ist darauf zu achten, dass es sich bei den hier genannten Tests nur um Beispiele und nicht um eine abschließende Liste handelt. Bei der Interpretation wäre bei einigen Tests zu konkretisieren, dass Abweichungen vom alters- und geschlechtsspezifischen Normwert relevant sind.

Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Anpassung der Reha-RL aufgrund des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes

Die Bundesärztekammer weist zudem darauf hin, dass flankierende Maßnahmen erforderlich sind, um die Rehabilitation zu stärken. So ist die Mehrarbeit für die Sozialdienste im Krankenhaus absehbar. Diese müssten gestärkt werden, da schon jetzt die Vorgaben des Entlassmanagements nicht vollständig erfüllt werden können. Zudem sollte an den Krankenhäusern das Wissen um die Möglichkeiten der Rehabilitation gestärkt werden, z. B. durch Etablierung von Reha-Beauftragten oder Reha-Teams.

Stellungnahme zur Anpassung der Rehabilitations-Richtlinie aufgrund des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (GKV-IPReG) und weitere Änderungen

<p>Caritas Suchthilfe e.V. – Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im Deutschen Caritasverband (CaSu) Caritas Bundesverband Kinder- und Jugendreha e.V.(CKR)</p>	
<p>19.7.2021</p>	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>§ 15 Geriatrische Rehabilitation, Absatz 2 Nr. 2: Vorliegen von mindestens einer rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnose Der Vorschlag von DKG und PatV wird unterstützt.</p>	<p>§ 40 Satz 2 SGB V verlangt die Überprüfung der geriatrischen Indikation durch dafür geeignete Abschätzungsinstrumente. Die Geriatrische Indikation wird über das Vorliegen <u>einer</u> rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnose zusätzlich zum Erfordernis von zwei weiteren geriatritypischen Diagnosen, die das Vorliegen von mindestens zwei chronischen Erkrankungen anzeigen, hinreichend abgebildet. Etwas anderes ist den einschlägigen geltenden Vorgaben (Rahmenempfehlung ambulante geriatrische Rehabilitation vom 02.01. 2018, Rahmenempfehlung zur mobilen geriatrischen Rehabilitation vom 01.05.2007 sowie Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation vom 02.07.2018) nicht zu entnehmen. Wir befürchten, dass der vom Gesetzgeber intendierte schnellere Zugang zu Rehabilitationsleistungen, mit denen der Eintritt von Pflegebedürftigkeit vermieden und verzögert werden kann (Grundsatz „Reha vor Pflege“), durch die erweiterte Anforderung von zwei Funktionsdiagnosen konterkariert wird und potenzielle Rehabilitanden, die bislang Anspruch auf geriatrische Reha hatten, ausgeschlossen würden.</p>
<p>§ 15 Geriatrische Rehabilitation, Absatz 7: Übernahme des Vorschlags der PatV, die Umsetzung der neuen gesetzlichen Regeldauer zu erläutern.</p>	<p>Gemäß § 92 Absatz 1 Nr. 8 SGB V regelt der G-BA die Verordnung von im Einzelfall gebotenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Während bislang nur eine Höchstdauer der Leistung gesetzlich verankert war, gilt für die geriatrische Rehabilitation nun eine Regeldauer. Medizinische Gründe, die ein Abweichen von der Regeldauer begründen, sind in der ärztlichen Verordnung zu benennen und daher direkt in der Reha-Richtlinie in einem eigenständigen Absatz zu regeln.</p>
<p>§ 16 Anschlussrehabilitation:</p>	<p>Nach § 40 Absatz 3 Satz 10 SGB V legt der Gemeinsame Bundesausschuss fest, in welchen Fällen Anschlussrehabilitationen nach Absatz 6 Satz 1 ohne vorherige</p>

<p>Caritas Suchthilfe e.V. – Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im Deutschen Caritasverband (CaSu)</p> <p>Caritas Bundesverband Kinder- und Jugendreha e.V.(CKR)</p>	
<p>19.7.2021</p>	
<p>Der Vorschlag von DKG, KBV, PatV wird unterstützt.</p>	<p>Überprüfung der Krankenkasse erbracht werden können. Ausweislich der Gesetzesbegründung, soll damit ein schneller Zugang zu einer Anschlussrehabilitation erleichtert und ein einheitliches Verfahren, das in einzelnen Krankenkassen und in der gesetzlichen Rentenversicherung bereits durchgeführt wird, erreicht werden. Der vorgeschlagene Einsatz des AHB Indikationskatalogs der Deutschen Rentenversicherung würde das Verfahren erheblich vereinfachen und zu einem relevanten Gewinn an Bürokratieabbau führen. Daher ist eine Übernahme des DRV-Direkteinleitungsverfahrens, welches sich über die Jahre bewährt hat, sinnvoll und zielgerichtet, im Besonderen auch um der Zielsetzung einer lückenlosen Anschlussversorgung vollumfänglich gerecht zu werden. Die beteiligten Akteure im Krankenhaus sind mit dem bestehenden Verfahren und den Prozessen des Direkteinleitungsverfahrens vertraut. Die Änderung könnte daher ohne einen Neuaufbau von Verfahren und dem damit einhergehenden Mehraufwand aufwandsarm umgesetzt werden. Dieses Ziel wird durch den Vorschlag von DKG, KBV und PatV erreicht. Für eine eingrenzende Abweichung vom DRV-Verfahren, wie es durch den GKV vorgeschlagen wird, besteht weder Bedarf noch sind die Ausschlüsse typisch geriatrischer Indikationsgruppen, wie z.B. von entzündlichen rheumatischen Erkrankungen (Indikationsgruppe 3), urologischen (Indikationsgruppe 9) oder neurologischen Erkrankungen (Indikationsgruppe 10) nachvollziehbar und in den tragenden Gründen begründet. Es ist nicht ersichtlich, weshalb Indikationen, die bei den Versicherten der Gesetzlichen Rentenversicherung einen Rehabilitationsbedarf unmittelbar im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt begründen, dies bei gesetzlich Krankenversicherten nicht tun sollten. Aufgrund einer Sonderregelung wurde das Verfahren im Jahr 2020 bereits angewandt und hat sich in der Praxis bewährt. Im Zuge der Optimierung der Hilfestrukturen bei Abhängigkeitserkrankungen sollte perspektivisch geprüft werden, ob das von der Renten- und Krankenversicherung etablierte Verfahren eines Nahtlosverfahrens bei diagnostizierten Suchterkrankungen, bei der eine direkte Verlegung aus der Entgiftung in eine Sucht-Rehabilitation</p>

Caritas Suchthilfe e.V. – Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im Deutschen Caritasverband (CaSu)

Caritas Bundesverband Kinder- und Jugendreha e.V.(CKR)

19.7.2021

geregelt ist, ebenfalls in das Verfahren zu einer Anschlussrehabilitation zu integrieren ist. Somit kann die nahtlose Weiterbehandlung bei Abhängigkeitserkrankungen und damit der Behandlungserfolg wesentlich unterstützt und der Gefahr von Behandlungsabbrüchen zwischen einzelnen Behandlungsschritten in der Schnittstelle zwischen Akut- und Rehabilitationsbehandlung vorgebeugt werden.

Die von der GKV vorgeschlagene Anwendung des SINGER Patientenprofils lehnen wir ab, der SINGER ist kein gängiges Instrument im Krankenhaus und könnte dort nur mit hohem Schulungsaufwand geleistet werden. Wir befürchten eine künstliche Hürde, die den schnellen Zugang zur Nachversorgung für die Patienten erschwert. Die fachliche Notwendigkeit ist zudem nicht ersichtlich. Insbesondere, da dieser auch bisher nicht Teil der im „Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung“ zwischen GKV-SV, DKG und KBV vereinbarten Antragsdokumentation war. Die nach dieser Vereinbarung im ärztlichen Befundbericht anzugebenden Werte zum Barthel- und Frühreha-Index sind ausreichend, um das Rehabilitationspotential stationärer Patienten abzuschätzen.

Stellungnahme zur Anpassung der Rehabilitations-Richtlinie aufgrund des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (GKV-IPReG) und weitere Änderungen

Deutsche Gesellschaft für medizinische Rehabilitation DEGEMED e.V.	
19.07.2021	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Geriatrische Rehabilitation § 15 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2</p> <p>Die DEGEMED schließt sich der Position der PatV und der DKG in § 15 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 der Rehabilitations-Richtlinie vollumfänglich an:</p> <p>(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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bestehen eines erhöhten Lebensalters, 70 Jahre oder älter und 2. Vorliegen von mindestens einer rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnose und zwei geriatritypischen Diagnosen (Teil B des Musters 61 unter I.). 	<p>Im Rahmen des Anpassungsauftrages des G-BA an das beschlossene IPReG unterstützt die DEGEMED die vorgeschlagene Vorgehensweise von PatV und DKG, dass nur eine rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnose vorliegen muss, um den Anspruch auf geriatrische Rehabilitation zu begründen.</p> <p>Mit den Neuregelungen des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (GKV-IPReG) soll unter anderem der Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation und insbesondere der Zugang zur geriatrischen Rehabilitation erleichtert werden. Gemäß § 40 Absatz 3 Satz 2 SGB V wird von der Krankenkasse bei einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation daher nicht überprüft, oft diese medizinisch erforderlich ist, sofern die geriatrische Indikation durch dafür geeignete Abschätzinstrumente vertragsärztlich überprüft wurde.</p> <p>Folgend dem Wortlaut des § 40 Absatz 3 Satz 2 SGB V ist im Rahmen des Direktanweisungsverfahrens die geriatrische Indikation vertragsärztlich zu überprüfen. Zur Definition der geriatrischen Indikation sind die aktuell gültigen Regelwerke heranzuziehen (vgl. Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation vom 02.07.2018, Rahmenempfehlung ambulante geriatrische Rehabilitation vom 02.01.2018, Rahmenempfehlung zur mobilen geriatrischen Rehabilitation vom 01.05.2007). Demnach ist die Notwendigkeit einer geriatrischen Rehabilitation hinreichend belegt, wenn eine rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnose und zwei geriatritypische Diagnosen vorliegen.</p> <p>Um etwaige Streitigkeiten im Rahmen des Direktanweisungsverfahrens zu vermeiden, regt die DEGEMED daher ergänzend an, die Rehabilitations-Richtlinie um einheitliche Definitionen für die Begrifflichkeiten</p>

Deutsche Gesellschaft für medizinische Rehabilitation DEGEMED e.V.	
19.07.2021	
	<p>„Funktionsdiagnose“ und „geriatrietypische Diagnosen“ zu ergänzen. Da sich geriatrische Patientinnen und Patienten nicht primär über das Lebensalter, sondern über eine charakteristische multifaktorielle Problemkonstellation bei einem gealterten Organismus definieren, müssen im Rahmen des § 15 Absatz 2 Nr. 2 der Rehabilitations-Richtlinie alle geriatrietypischen Diagnosen zur Indikationsstellung des Direkteinweisungsverfahrens zulässig sein.</p> <p>Der Vorschlag des GKV-SV und der KBV zwei rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen im Direkteinweisungsverfahren aus dem vertragsärztlichen Bereich heranzuziehen, widerspricht der aktuell gängigen Praxis und ist durch den Regelungsauftrag des Gesetzgebers nicht gedeckt. Durch zwei rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen würde die Hürde für das Direkteinweisungsverfahren an dieser Stelle höher als nötig gelegt werden. Dieser Vorschlag des GKV-SV und der KBV ist daher strikt abzulehnen.</p>
<p>§ 15 Abs. 3</p> <p>Die DEGEMED schlägt vor, § 15 Absatz 3 der Rehabilitations-Richtlinie wie folgt zu ändern:</p> <p>(3) Die Krankenkasse kann prüfen, ob Gründe einer Leistung zur geriatrischen Rehabilitation entgegenstehen</p> <ul style="list-style-type: none"> - für Versicherte über 60 und unter 70 Lebensjahren mit einer erheblich ausgeprägten geriatrie-typischen Multimorbidität oder - bei der die Voraussetzungen nach Absatz 1 oder 2 nicht vorliegen. 	<p>Die DEGEMED begrüßt ausdrücklich, dass mit § 15 Absatz 3 der Rehabilitations-Richtlinie den besonderen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten zwischen 60 und 70 Jahren mit einer ausgeprägten geriatrischen Multimorbidität Rechnung getragen wird. Um eine Fehlallokation geriatrischer Patientinnen und Patienten im Rahmen des Direkteinleitungsverfahrens aus dem vertragsärztlichen Bereich zu vermeiden, ist die Begrenzung des Direkteinweisungsverfahrens auf die Indikationsbereiche im Sinne des § 15 Absatz 2 der Rehabilitations-Richtlinie sachgerecht. § 15 Absatz 3 der Rehabilitations-Richtlinie stellt klar, dass für Patientinnen und Patienten außerhalb des Indikationsbereichs des § 15 Absatz 2 der Rehabilitationsrichtlinie im Rahmen des regulären Verordnungsverfahrens auch weiterhin eine geriatrische Rehabilitation verordnet werden kann. Die explizite Hervorhebung der Möglichkeit zur Verordnung schafft an dieser Stelle Handlungs- und Rechtssicherheit für alle Beteiligten. Der Vorschlag wird unterstützt.</p> <p>Die aktuelle Formulierung in § 15 Absatz 3 der Rehabilitations-Richtlinie „Die Krankenkasse kann die medizinische Erforderlichkeit der Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation [...] überprüfen“ geht jedoch deutlich über die</p>

Deutsche Gesellschaft für medizinische Rehabilitation DEGEMED e.V.	
19.07.2021	
	allgemeine Prüfbefugnis der Krankenkasse aus § 6 Absatz 3 der Rehabilitations-Richtlinie hinaus. Demnach prüft die Krankenkassen den Rehabilitationsantrag lediglich auf das Vorliegen von Kontraindikationen. Die Prüfung der medizinischen Erforderlichkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation hat gemäß § 2 Absatz 8 der Rehabilitations-Richtlinie durch den Medizinischen Dienst zu erfolgen. Insofern stellt die aktuelle Formulierung in § 15 Absatz 3 der Rehabilitations-Richtlinie eine unzulässige Erweiterung der Prüfbefugnis der Krankenkasse dar und sollte wie vorgeschlagen geändert werden.
<p>Anschlussrehabilitation § 16 Abs. 1-7</p> <p>Die DEGEMED schließt sich der Position der DKG, KBV und PatV zu den Absätzen 1 – 7 in § 16 der Rehabilitations-Richtlinie vollumfänglich an:</p> <p>(1) Die Einleitung der Anschlussrehabilitation (AR) aus dem Krankenhaus für Fälle, die ohne vorherige Überprüfung der Rehabilitation durch die Krankenkasse erbracht werden können, erfolgt über ein Direkteinleitungsverfahren.</p> <p>(2) Das Direkteinleitungsverfahren für die Anschlussrehabilitation erfolgt in den Indikationen und unter den Voraussetzungen des AHB-Indikationskataloges der</p>	<p>Gemäß der Gesetzesbegründung zum GKV-IPReG (vgl. Drucksache 19/19368, S. 33) sollen mit der Etablierung eines Direkteinleitungsverfahrens für Anschlussrehabilitationen auf Bundesebene insbesondere die aktuellen Verfahren einzelner Krankenkassen und der gesetzlichen Rentenversicherung zusammengeführt werden. Die Regelungsvorschläge von DKG/KBV/PatV entsprechen dieser Vorgabe des Gesetzgebers. Sie liegen im Interesse der beteiligten Partner Krankenhaus, Reha-Einrichtung und der betroffenen Patienten. Krankenkassen profitieren darüber hinaus von der Anwendung eines seit mehr als vierzig Jahren etablierten und erprobten Verwaltungs- und Zugangsverfahrens.</p> <p>Die Vorteile in der aufgeführten Verfahrensweise liegen außerdem in der zeitnahen direkten Kommunikation zwischen Krankenhaus und aufnehmender Reha-Klinik, was zum Teil jetzt schon praktiziert wird, um z.B. die aktuelle Pflegebedürftigkeit des AR-Falls auf der Ebene der jeweiligen Pflegestationen vor Verlegung auszutauschen und in der unmittelbaren Einbindung des Patienten, der zum Zeitpunkt der Absprache meist noch im Krankenhaus.</p>

Deutsche Gesellschaft für medizinische Rehabilitation DEGEMED e.V.

19.07.2021

Deutschen
Rentenversicherung Bund in
der jeweils gültigen Fassung.
Danach können Krankenhäuser für Versicherte, die die Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation erfüllen, diese nach den Maßgaben der folgenden Absätze organisieren und eine Überführung in die Anschlussrehabilitation unmittelbar veranlassen.

Fallkonstellationen außerhalb dieses Indikationskataloges können ebenfalls die Leistung einer Anschlussrehabilitation erfordern, diese sind jedoch, wie bisher, zuvor im Antragsverfahren durch die Krankenkassen auf die medizinische Erforderlichkeit zu überprüfen und nicht Gegenstand dieser Richtlinie.

(3) Das Direkteinleitungsverfahren gemäß Absatz 2 gilt für die Einleitung von geriatrischer Anschlussrehabilitation entsprechend. Hinsichtlich der Indikationsstellung gilt § 15 entsprechend.

(4) Die Auswahl der geeigneten Einrichtung erfolgt durch das Krankenhaus unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts der oder des Versicherten

Deutsche Gesellschaft für medizinische Rehabilitation DEGEMED e.V.

19.07.2021

so-wie der medizinischen Erfordernisse des Einzelfalls. Die Krankenkassen stellen den Versicherten und den Krankenhäusern bei Bedarf Informationen zu allen zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung.

(5) Im Zuge der Planung der Anschlussrehabilitation sendet das Krankenhaus die AR-Antragsunterlagen mit den erforderlichen Angaben an die Rehabilitationseinrichtung. Einer gleich-zeitigen Übersendung an die Krankenkassen bedarf es in diesen Fällen nicht.

(6) Die verbindliche Feststellung der medizinischen Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation bei den Versicherten erfolgt durch die zuständige Ärztin oder den zuständigen Arzt der Rehabilitationseinrichtung. Hierbei sind insbesondere das Vorliegen einer AR-Indikation und Rehabilitations-fähigkeit maß-gebend. Es liegt in der Verantwortung der Rehabilitationseinrichtung, Versicherte nur zur AR aufzunehmen, wenn die

Deutsche Gesellschaft für medizinische Rehabilitation DEGEMED e.V.

19.07.2021

medizinischen Voraussetzungen gegeben sind.

(7) Wurde von der zuständigen Ärztin oder dem zuständigen Arzt der Rehabilitationseinrichtung festgestellt, dass bei der Versicherten oder dem Versicherten die medizinischen Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation vorliegen, informiert die Rehabilitationseinrichtung das Krankenhaus so-wie die Versicherte oder den Versicherten darüber sowie über den Termin der Aufnahme. Die Übermittlung der AR-Antragsunterlagen an die Krankenkasse erfolgt durch die Rehabilitationseinrichtung, nachdem die Versicherte oder der Versicherte von dieser aufgenommen wurde.

§ 16 Abs. 8

**Änderungsvorschlag
DEGEMED:**

„Kommt die zuständige Ärztin oder der zuständige Arzt der Rehabilitationseinrichtung hingegen zu der Einschätzung, dass bei der Versicherten oder dem Versicherten die medizinischen

Begründung:

Im vorliegenden § 16 Abs. 8 von DKG/KBV/PatV soll bei einer Ablehnung der Anschlussrehabilitation durch die Reha-Klinik wegen zu hoher Pflegebedürftigkeit oder aufgrund fehlender Reha-Fähigkeit zukünftig die Reha-Klinik die Ablehnung an die Krankenkasse melden. Die Krankenkasse soll dann über das weitere Vorgehen entscheiden.

Gegenwärtig erfolgt nur eine Information über die Ablehnung an das anfragende Krankenhaus, das sich dann z.B. um einen Platz in der Kurzzeitpflege kümmert. Auch bei falscher Indikation z.B. Anfrage einer internistischen oder onkologischen AR-Maßnahme in der orthopädischen Abteilung erfolgt bisher nur

Deutsche Gesellschaft für medizinische Rehabilitation DEGEMED e.V.	
19.07.2021	
<p>Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation nicht vorliegen, kann eine direkte Einleitung der Anschlussrehabilitation ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse nicht erfolgen. In diesem Fall informiert die Rehabilitationseinrichtung das Krankenhaus sowie die Versicherte oder den Versicherten darüber. Das Krankenhaus entscheidet dann über die notwendige und mögliche Weiterbehandlung.“</p>	<p>eine Rückmeldung an das Krankenhaushaus, das sich dann um einen anderen Reha-Platz bemühen muss. Eine medizinisch sinnvolle Beratung ob und ggf. welche andere Reha-Klinik für die Behandlung in Frage kommt, sollte in der Verantwortung des Akut-Hauses verbleiben.</p> <p>Aus Sicht der DEGEMED sollten daher nicht die Krankenkassen über das weitere Vorgehen entscheiden, wenn die Aufnahme eines Rehabilitanden aus fachlichen Gründen durch eine Reha-Einrichtung abgelehnt wird, sondern wie bisher das Krankenhaus.</p>

Stellungnahme zur Anpassung der Rehabilitations-Richtlinie aufgrund des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (GKV-IPReG) und weitere Änderungen

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.	
15.07.20211	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Zu § 15 Absatz 2 Nr. 2: Vorliegen von mindestens <u>einer</u> rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnose</p>	<p>Die durch das IPReG veranlassten Änderungen in § 40 Absatz 3 SGB 5 sehen vor, dass die Krankenkassen bei einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation die medizinische Erforderlichkeit der Maßnahme nicht mehr überprüfen, sofern die geriatrische Indikation durch geeignete Abschätzungsinstrumente vertragsärztlich geprüft wurde, um mögliche Zugangshürden für Patient*innen abzubauen.</p> <p>§ 15 Absatz 1 der Rehabilitations-Richtlinie trägt diesem Vorhaben durch die Festlegung entsprechender Kriterien für das neue Direkt-Verordnungsverfahren und die Ausführung geeigneter Testverfahren Rechnung. Bezüglich der vertragsärztlich zu prüfenden und im Verordnungsformular Muster 61 darzulegenden Kriterien teilt der Paritätische Gesamtverband die Position, dass bei Patient*innen mit einem Lebensalter von 70 Jahren oder älter und einer geriatritypischen Multimorbidität das Direkt-Verordnungsverfahren anzuwenden ist.</p> <p>Hinsichtlich der Anzahl der rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnosen als Voraussetzung für die Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation per Direkt-Verordnungsverfahren unterstützt der Paritätische Gesamtverband die Forderung der DKG sowie der PatV. Die aktuell gültigen Regelwerke besagen, dass die Notwendigkeit einer geriatrischen Rehabilitation hinreichend belegt ist, wenn <u>eine</u> rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnose und zwei geriatritypische Diagnosen vorliegen. Folgt man der Forderung des GKV-SV und der KBV nach zusätzlich <u>zwei</u> rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen, gestalten sich die Hürden für das Direkt-Verordnungsverfahren höher als medizinisch notwendig, wodurch ernsthafte Zweifel an dem eingangs benannten Ziel der Reduktion von Zugangsbarrieren für potenzielle Reha-Patient*innen anzumelden sind.</p>

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.	
15.07.20211	
	Zur Klärung der Begriffsfassung wird zudem darum gebeten, den Begriff der „Funktionsdiagnose“ in der Richtlinie zu definieren.
Zu § 15 Absatz 3: <u>Beibehaltung</u> der Möglichkeit einer geriatrischen Rehabilitation für Patient*innen über 60 und unter 70 Jahren	Wichtig ist aus Sicht des Paritätischen Gesamtverbands, dass – wie in § 15 Abs. 3 der Rehabilitations-Richtlinie beschrieben – bei Patient*innen über 60 und unter 70 Jahren mit einer erheblich ausgeprägten geriatrischen Multimorbidität im Rahmen des regulären Verordnungsverfahrens auch weiterhin eine geriatrische Rehabilitation verordnet werden kann.
Zu § 15 Absatz 6: Hinweis der PatV zur <u>Möglichkeit der Beantragung</u> einer geriatrischen Rehabilitation bei der Krankenkasse in Richtlinie aufnehmen	Der Paritätische Gesamtverband unterstützt den Vorschlag der PatV entsprechend des § 16 Absatz 1 SGB I zur Mitaufnahme des Hinweises auf die Möglichkeit der direkten Beantragung einer geriatrischen Rehabilitation bei der Krankenkasse. Das strikte Verweisen auf den vertragsärztlichen Verordnungsweg schränkt die Rechte der gesetzlich Versicherten unnötigerweise ein. Das gilt, wie in den tragenden Gründen durch die PatV bereits ausgeführt wird, insbesondere für Patient*innen, (1) die mit dem vertragsärztlich diagnostizierten Nichtvorliegen einer geriatrischen Indikation entgegen ihrer eigenen Einschätzung nicht einverstanden sind; (2) deren Hausarzt/ Hausärztin keine Kassenzulassung hat; und/ oder (3) die in ländlichen Regionen leben und aufgrund des Ärzt*innenmangels an keine hausärztliche Praxis angebunden sind. Ferner verschafft diese Regelung auch den Sachbearbeiter*innen der Krankenkassen mehr Handlungs- und Rechtssicherheit.
Zu § 15 Absatz 7: Hinweis der PatV zur vertragsärztlichen medizinischen <u>Begründung einer Verkürzung</u> der Regeldauer einer geriatrischen Rehabilitation in Richtlinie aufnehmen	Durch das IPReG wurde in § 40 Absatz 3 Satz 13 SGB V eine Regeldauer der geriatrischen Rehabilitation von 20 Behandlungstagen (ambulant) oder drei Wochen (stationär) festgelegt. Analog zu dieser gesetzlich bestimmten Regeldauer muss eine davon abweichende, verkürzte Dauer der geriatrischen Rehabilitation aus Sicht des Paritätischen Gesamtverbandes vertragsärztlich in der Verordnung angegeben und medizinisch begründet werden, d. h. ob und wie die Rehabilitations-Ziele früher zu erreichen sind.

<p>Zu § 16: Festlegung des Paragraphen entsprechend der Vorschläge von <u>DKG, KBV und PatV</u></p>	<p>Der Paritätische Gesamtverband unterstützt die DKG, die KBV sowie die PatV in ihrem Vorschlag, ein Direkteinleitungsverfahren von Anschlussrehabilitationen in den Indikationen und unter den Voraussetzungen des AHB-Indikationskataloges der DRV zu etablieren. Die Möglichkeit, nach einem Krankenhausaufenthalt einen nahtlosen Übergang der Patient*innen in eine notwendige Anschlussrehabilitation ohne vorherige Überprüfung durch die Krankenkasse veranlassen zu können, d. h. unverzüglich und ohne großen bürokratischen Aufwand, eröffnet die Chance, beeinträchtigte oder verlorengegangene Funktionen oder Fähigkeiten der Patient*innen umgehend und in einer lückenlosen Behandlungsabfolge zu verbessern oder wiederherzustellen und damit die Wiedereingliederung gesundheitlich beeinträchtigter Menschen in das Alltags- und Erwerbsleben schnellstmöglich zu bewerkstelligen. Zudem verkürzt ein Direkteinleitungsverfahren ohne aufwendiges Antragsverfahren die stationäre Gesamtverweildauer und vermeidet damit abwendbare Kosten. Wichtig ist jedoch, dass das Direkteinleitungsverfahren bei <u>allen</u> im AHB-Indikationskatalog der DRV aufgeführten Indikationen Anwendung findet.</p> <p>Die im Katalog aufgeführten Indikationen begründen nach sozial-medizinischer Einschätzung in der Regel einen unmittelbaren Rehabilitationsbedarf nach einem Krankenhausaufenthalt, sodass auf eine vorherige Überprüfung durch die Rentenversicherungsträger verzichtet werden kann.</p> <p>Da sich die Indikationen für DRV- und GKV-Versicherte im Rahmen der Anschlussrehabilitation gleichen, ist sowohl aus medizinischer als auch struktureller Sicht die Etablierung eines Direkteinleitungsverfahrens von Anschlussrehabilitationen in den Indikationen und unter den Voraussetzungen des AHB-Indikationskataloges der DRV im Bereich der GKV-Anschlussrehabilitationen folgerichtig und zudem ganz im Sinne der vom Gesetzgeber geforderten Vereinheitlichung der Zugangsverfahren.</p> <p>DKG, KBV und PatV beschreiben in § 16 der Rehabilitations-Richtlinie eine bedarfsgerechte Einleitung von Anschlussrehabilitationen. Diese wird dadurch gewährleistet, dass zunächst das behandelnde Krankenhaus den die Rehabilitationsbedürftigkeit sowie die Rehabilitationsfähigkeit der Patient*innen beurteilt und in einem zweiten Schritt dann seitens der Rehabilitationseinrichtung die verbindliche</p>
--	---

	<p>Feststellung der medizinischen Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation erfolgt.</p> <p>Die Forderung des GKV-SV, ein vereinfachtes Verfahren lediglich bei bestimmten Diagnosen einzelner Indikationsgruppen gemäß dem AHB-Indikationskatalog der DRV einzuleiten, ist aus Sicht des Paritätischen Gesamtverbandes nicht sachgerecht, da die Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation im Sinne der Rehabilitationsbedürftigkeit und der Rehabilitationsfähigkeit unabhängig von der Diagnose individuell, ressourcen- und fähigkeitsorientiert mit dem*der Patient*in beurteilt werden müssen.</p> <p>Ferner möchten wir darauf aufmerksam machen, dass es kein bundesweit etabliertes Anschlussrehabilitations-Verfahren bei psychischen Erkrankungen gibt. Zurzeit bleiben viele Menschen mit psychischen Störungen nach einer stationären Akutbehandlung unversorgt. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, aber auch bei Erwachsenen findet keine ausreichende berufliche Rehabilitation statt. Der Weg zur echten Teilhabe wird dadurch unnötig verlängert. Eine Weiterentwicklung der (sozial-) psychiatrischen Versorgung muss diese Leerstelle aus unserer Sicht dringend füllen.</p>
--	---

**Stellungnahme zur Anpassung der Rehabilitations-Richtlinie aufgrund des
Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (GKV-IPReG) und weitere
Änderungen**

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Alterskasse Weißensteinstr. 70-72 34131 Kassel	
20.07.2021	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Allgemein: Die Anpassung der Rehabilitations-Richtlinie ist aus unserer Sicht folgerichtige Auswirkung des IPReG.</p>	<p>Die landwirtschaftliche Alterskasse (LAK) ist von der vorgesehenen Änderung der Rehabilitations-Richtlinie nicht unmittelbar betroffen. Aus unserer Sicht werden die Regelungen des IPReG durch die vorgesehenen Anpassungen der Reha-Richtlinie vom Grundsatz her zutreffend aufgegriffen. Zu einzelnen Themen nehmen wir nachfolgend Stellung.</p>
<p>zu § 15 Abs. 2 Nr. 2 Reha-RiLi (Vorliegen von Funktionsdiagnosen)</p>	<p>Geriatrische RehabilitandInnen zeichnen sich durch das Vorliegen einer geriatritypischen Multimorbidität aus. Diese wird als Vorliegen von mindestens zwei chronischen Krankheiten mit sozialmedizinischer Relevanz definiert, darüber hinaus müssen mehrere Schädigungen der Körperfunktionen und –strukturen vorliegen. Wir halten daher die Abbildung dieser Anforderungen über die Angabe von zwei Funktionsdiagnosen sowie zwei geriatritypischen Diagnosen und dementsprechend die Auffassung des GKV-SV sowie der KBV für sachgerecht. Sofern diese Voraussetzungen nicht geprüft werden, besteht die Gefahr, dass die medizinische Erforderlichkeit der geriatrischen Rehabilitation nicht hinreichend abgebildet wird und in der Folge Fehlallokationen gegeben sein könnten.</p>
<p>zu § 15 Abs. 6 Reha-RiLi</p>	<p>Regelungen zur Antragstellung der Versicherten entsprechen u. E. nicht dem Zweck der Reha-RiLi. Sie sind außerdem gesetzlich verankert (§ 19 SGB IV). Wir halten daher die Auffassung des GKV-SV, der KBV sowie der DKG für sachgerecht.</p>
<p>zu § 15 Abs. 7 Reha-RiLi</p>	<p>Hinweise zum Zeitpunkt des Erreichens eines Reha-Ziels ergeben sich erst im Laufe der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme. Im Zeitpunkt der Verordnung der geriatrischen Rehabilitation</p>

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Alterskasse Weißensteinstr. 70-72 34131 Kassel	
20.07.2021	
	können solche Erkenntnisse e. E. nicht vorliegen. Wir halten daher die Auffassung des GKV-SV, der KBV sowie der DKG für sachgerecht.
zu § 16 Reha-RiLi (Anschlussrehabilitation)	<p>Durch die Änderung des § 40 Abs. 3 SGB V sollen nach unserer Auffassung Fallkonstellationen bestimmt werden, bei denen die im vorbehandelnden Krankenhaus von der Ärztin/von dem Arzt erfolgte medizinische Indikationsstellung für eine Anschlussrehabilitation seitens der Krankenkassen nicht mehr zu überprüfen ist. Die von der DKG, PatV und KBV vorgesehenen Regelungen zu einem Direkteinleitungsverfahren berühren jedoch das weitere Verwaltungsverfahren der Krankenkassen, z. B. die Prüfung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, die Prüfung der Nachrangigkeit gegenüber anderen Trägern sowie im Besonderen auch den für die Krankenkassen bestehenden gesetzlichen Auftrag, unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts über Art, Ort, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistung zu entscheiden (§ 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V). Den Vorschlag der DKG, PatV und KBV sehen wir vom gesetzlichen Auftrag nicht umfasst.</p> <p>Die durch den GKV-SV definierten Fallkonstellationen, in denen die medizinische Indikationsstellung für eine Anschlussrehabilitation nicht mehr geprüft wird, sind nachvollziehbar.</p> <p>Unsere Erfahrungswerte zeigen, dass es sich bei den vom GKV-SV genannten Fallkonstellationen um diejenigen handelt, bei denen mit einer hohen Wahrscheinlichkeit sowohl vor dem Krankenhausaufenthalt als auch im Anschluss die Teilhabe aufgrund massiver funktioneller Einschränkungen deutlich beeinträchtigt ist und dadurch eine Indikationsstellung zur Anschlussrehabilitation begründet werden kann.</p> <p>Bei der Veranlassung einer Anschlussrehabilitation in anderen Fallkonstellationen zeigen unsere Erfahrungen, dass oftmals die Voraussetzungen für die Indikationsstellung nicht gegeben sind und die Feststellungen der Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus</p>

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Alterskasse Weißensteinstr. 70-72 34131 Kassel	
20.07.2021	
	<p>im Rahmen der sozialmedizinischen Bewertung der LAK nicht bestätigt werden können.</p> <p>Die vom GKV-SV vorgeschlagene Begrenzung auf ausgewählte Fallkonstellationen ist daher aus unserer Sicht nachvollziehbar. Anderweitig würde das Gebot der Wirtschaftlichkeit nach § 12 SGB V unterlaufen.</p> <p>Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass die Zielsetzung des AHB-Indikationskatalogs der DRV Bund nicht ausschließt, dass die DRV Bund die medizinische Erforderlichkeit prüft und über die Leistung entscheidet. Zudem kommt der Katalog nach unserer Kenntnis nicht für alle DRV Träger zur Anwendung.</p> <p>Wir halten daher die Auffassung des GKV-SV für sachgerecht.</p>

Stellungnahme zur Anpassung der Rehabilitations-Richtlinie aufgrund des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (GKV-IPReG) und weitere Änderungen

Bundesverband Geriatrie e. V.	
16. Juli 2021	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Der Bundesverband Geriatrie e. V. schließt sich der Position der PatV und der DKG in § 15 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 der Rehabilitations-Richtlinie vollumfänglich an:</p> <p>(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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bestehen eines erhöhten Lebensalters, 70 Jahre oder älter und 2. Vorliegen von mindestens <u>einer</u> rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnose und zwei geriatritypischen Diagnosen (Teil B des Musters 61 unter I.). 	<p>Mit den Neuregelungen des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (GKV-IPReG) soll unter anderem der Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation und insbesondere der Zugang zur geriatrischen Rehabilitation erleichtert werden. Gemäß § 40 Absatz 3 Satz 2 SGB V, wird von der Krankenkasse bei einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation daher nicht überprüft, oft diese medizinisch erforderlich ist, <u>sofern die geriatrische Indikation durch dafür geeignete Abschätzinstrumente <u>vertragsärztlich überprüft wurde.</u></u></p> <p>Folgend dem Wortlaut des § 40 Absatz 3 Satz 2 SGB V ist im Rahmen des Direkteinweisungsverfahrens die geriatrische Indikation vertragsärztlich zu überprüfen. Zur Definition der geriatrischen Indikation sind die aktuell gültigen Regelwerke heranzuziehen (vgl. Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation vom 02.07.2018, Rahmenempfehlung ambulante geriatrische Rehabilitation vom 02.01.2018, Rahmenempfehlung zur mobilen geriatrischen Rehabilitation vom 01.05.2007). Demnach ist die Notwendigkeit einer geriatrischen Rehabilitation hinreichend belegt, wenn <u>eine rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnose und zwei geriatritypische Diagnosen vorliegen.</u></p> <p>Um etwaige Streitigkeiten im Rahmen des Direkteinweisungsverfahrens zu vermeiden, regt der Bundesverband Geriatrie e. V. ergänzend an, die Rehabilitations-Richtlinie um einheitliche Definitionen für die Begrifflichkeiten „Funktionsdiagnose“ und „geriatritypische Diagnosen“ zu ergänzen. Da sich geriatrische Patientinnen und Patienten nicht primär über das Lebensalter, sondern über eine charakteristische multifaktorielle Problemkonstellation bei einem gealterten Organismus definieren, müssen im Rahmen des § 15 Absatz 2 Nr. 2 der Rehabilitations-Richtlinie <u>alle geriatrity-</u></p>

Bundesverband Geriatrie e. V.

16. Juli 2021

rischen Diagnosen zur Indikationsstellung des Direkteinweisungsverfahrens zulässig sein. In diesem Zusammenhang ist explizit darauf hinzuweisen, dass die in der Begutachtungsanleitung Vorsorge- und Rehabilitation vom 02.06.2018 zur Definition der geriatritypischen Multimorbidität aufgeführten Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen keine abschließende Liste darstellt. Insbesondere fehlen in der Übersicht der Begutachtungsanleitung die Gangunsicherheit sowie die Immobilität. Grundsätzlich gilt es festzustellen, dass nicht jede Gangunsicherheit Sturzneigung erzeugt und nicht jede Sturzneigung aus einer Gangunsicherheit resultiert. Dies sind zwei unterschiedliche Entitäten. Gleichwohl mündet Gangunsicherheit in eine spezifische Gangrehabilitation und ist daher sehr eng mit einem Rehabilitationsbedarf verknüpft. An dieser Stelle darf darauf hingewiesen werden, dass das Ganglabor nicht umsonst als Bewertungskriterium im QS-Reha-Verfahren aufgenommen wurde. Ferner ist Gangunsicherheit oftmals ein Frühindikator für den Beginn einer dementiellen Entwicklung. Das bedeutet, dass im Rahmen eines vertieften geriatrischen Assessments (motorisch-kognitive Dual-Task-Tests) während der Rehabilitation nebenbei auch eine Demenz in einem noch gut therapierbaren Frühstadium diagnostiziert werden kann. Dies unterstreicht die Notwendigkeit gerade diese Patientinnen und Patienten in ein geriatrisches Rehabilitationssetting aufzunehmen. Die Immobilität ist eine klassische Rehabilitationsindikation und darf aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e.V. in der Liste nicht fehlen, insbesondere dann, wenn sie im Kontext einer neu aufgetretenen Akuterkrankung mit dem Verlust der Teilhabe „Mobilität“ auftritt.

Der Vorschlag des GKV-SV und der KBV zwei rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen im Direkteinweisungsverfahren aus dem vertragsärztlichen Bereich heranzuziehen, widerspricht der aktuell gängigen Praxis und steht in keinem Verhältnis mit dem gesetzgeberischen Regelungsauftrag. Durch zwei rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen würde die Hürde für das Direkteinweisungsverfahren an dieser Stelle höher als nötig gelegt werden und sind daher strikt abzulehnen.

Bundesverband Geriatrie e. V.

16. Juli 2021

Der Bundesverband Geriatrie e. V. regt an, den § 15 Absatz 3 der Rehabilitations-Richtlinie wie folgt zu ändern:

(3) Die Krankenkasse kann prüfen, ob Gründe einer Leistung zur geriatrischen Rehabilitation entgegenstehen

- für Versicherte über 60 und unter 70 Lebensjahren mit einer erheblich ausgeprägten geriatrischen Multimorbidität oder

- bei der die Voraussetzungen nach Absatz 1 oder 2 nicht vorliegen.

Der Bundesverband Geriatrie e. V. begrüßt ausdrücklich, dass mit dem § 15 Absatz 3 der Rehabilitations-Richtlinie den besonderen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten zwischen 60 und 70 Jahren mit einer ausgeprägten geriatrischen Multimorbidität Rechnung getragen wird. Um eine Fehlallokation geriatrischer Patientinnen und Patienten im Rahmen des Direkteinleitungsverfahrens aus dem vertragsärztlichen Bereich zu vermeiden, ist die Begrenzung des Direkteinweisungsverfahrens auf die Indikationsbereiche im Sinne des § 15 Absatz 2 der Rehabilitations-Richtlinie sachgerecht. Der § 15 Absatz 3 der Rehabilitations-Richtlinie stellt klar, dass für Patientinnen und Patienten außerhalb des Indikationsbereichs des § 15 Absatz 2 der Rehabilitationsrichtlinie im Rahmen des regulären Verordnungsverfahrens auch weiterhin eine geriatrische Rehabilitation verordnet werden kann. Die explizite Hervorhebung der Möglichkeit zur Verordnung schafft an dieser Stelle Handlungs- und Rechtssicherheit für alle Beteiligten.

Gemäß § 6 Absatz 3 der Rehabilitations-Richtlinie prüft die Krankenkasse nach Eingang des Verordnungsformulars Muster 61 (Teile A bis D oder Teile B bis D) abschließend ihre Zuständigkeit und ob Gründe einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation entgegenstehen.

Die aktuelle Formulierung in § 15 Absatz 3 der Rehabilitations-Richtlinie „Die Krankenkasse kann die medizinische Erforderlichkeit der Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation [...] überprüfen“ geht jedoch deutlich über die allgemeine Prüfbefugnis der Krankenkasse aus § 6 Absatz 3 der Rehabilitations-Richtlinie hinaus. Demnach prüft die Krankenkassen den Rehabilitationsantrag lediglich auf das Vorliegen von Kontraindikationen. Die Prüfung der medizinischen Erforderlichkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation hat gemäß § 2 Absatz 8 der Rehabilitations-Richtlinie durch den Medizinischen Dienst zu erfolgen. Insofern stellt die aktuelle Formulierung in § 15 Absatz 3 der Rehabilitations-Richtlinie eine unzulässige Erweiterung der Prüfbefugnis der Krankenkasse dar. Dies ergibt sich auch aus § 275 SGB V.

Bundesverband Geriatrie e. V.	
16. Juli 2021	
<p>Der Bundesverband Geriatrie e. V. schließt sich der Position der PatV in § 15 Absatz 6 der Rehabilitations-Richtlinie vollumfänglich an:</p> <p>(6) Dem Versicherten bleibt auch im Falle der geriatrischen Rehabilitation die Möglichkeit, die Leistung unmittelbar bei der Krankenkasse und unabhängig von der vorhergehenden vertragsärztlichen Überprüfung zu beantragen.</p>	<p>Gemäß der Gesetzesbegründung zum GKV-IPReG (vgl. Drucksache 19/19368, S. 32f.) bleibt die Möglichkeit zur unmittelbaren Beantragung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die Versicherten von der vertragsärztlichen Verordnung unberührt. Um das „Direkteinweisungsverfahren“ vom regulären Beantragungsverfahren abzugrenzen ist der § 15 Absatz 6 der Rehabilitations-Richtlinie sinnvoll und richtig. Die explizite Hervorhebung der Möglichkeit der Antragsstellung schafft Handlungs- und Rechtssicherheit auf Seiten der Patientinnen und Patienten sowie der Krankenkassen.</p>
<p>Der Bundesverband Geriatrie e. V. schließt sich der Position der PatV in § 15 Absatz 7 vollumfänglich an:</p> <p>(7) Bei einer geriatrischen Rehabilitation ist die Dauer von in der Regel 20 Behandlungstagen ambulant oder drei Wochen stationär (§ 40 Absatz 3 Satz 13 SGB V) zu beachten. Eine kürzere Dauer ist nur im begründeten Einzelfall zu bestimmen, wenn die Rehabilitationsziele früher zu erreichen sind. Dies muss die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt in der Verordnung angeben und begründen.</p>	<p>Gemäß § 40 Absatz 3 Satz 13 SGB V sollen Leistungen der geriatrischen Rehabilitation ambulant für 20 Behandlungstage oder stationär für drei Wochen erbracht werden. Aufgrund der mehrdimensionalen Beeinträchtigung geriatrischer Patientinnen und Patienten sowie ihrer reduzierten Belastbarkeit, sind kürzere Leistungen nicht zweckmäßig. Geriatrische Patientinnen und Patienten benötigen längere Erholungszeiten zwischen den Therapieeinheiten. Zudem erfordern geriatrische Rehabilitationsleistungen – anders als indikationsspezifische Rehabilitationsleistungen – einen generalistischen Behandlungsansatz. Dieser umfasst nicht nur ein breiteres Therapieangebot, sondern auch eine intensivere und umfassendere Intervention des Sozialdienstes. Der dafür benötigte Zeitfaktor verbunden mit der reduzierten Belastbarkeit machen eine Dauer der geriatrischen Rehabilitation von mindestens drei Wochen stationär bzw. 20 Tagen ambulant zwingend erforderlich.</p> <p>Folgend der Gesetzesbegründung zum GKV-IPReG (vgl. Drucksache 19/19368, S. 33) ist eine Abweichung von der festgelegten Regeldauer ausdrücklich <u>nur im begründeten Einzelfall</u> zulässig. Um Folgeanträge bzw. Folgeverordnungen und daraus möglicherweise resultierende Behandlungslücken zu vermeiden, ist die Aufnahme der Regelbehandlungsdauer in die Rehabilitations-Richtlinie dringend geboten. Zahlreiche Rückmeldungen aus der Praxis haben gezeigt, dass die Bewilligungsdauer geriatrischer Rehabilitationsleistungen immer weiter verkürzt wird und seitens einzelner Krankenkassen regelmäßig nur ca. 14 Tage gewährt</p>

Bundesverband Geriatrie e. V.	
16. Juli 2021	
	wird. Die explizite Hervorhebung der Regelbehandlungsdauer schafft daher Handlungs- und Rechtssicherheit auf Seiten der Patientinnen und Patienten sowie der Krankenkassen.
Der Bundesverband Geriatrie e. V. regt an, den § 15 der Rehabilitations-Richtlinie um nachfolgenden Absatz 8 zu ergänzen: <u>(8) Im Zuge der Planung der geriatrischen Rehabilitation sendet die Krankenkasse das Verordnungsformular Muster 61 mit den erforderlichen Angaben vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme an die Rehabilitationseinrichtung.</u>	Die frühzeitige und umfassende Reha-Planung ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor im Rahmen des zielorientierten Reha-Managements. Der Krankenhausentlassungsbericht beinhaltet eine zusammenfassende Beurteilung der individuellen Befunde wie Beschwerden, Symptome und Syndrome. Da die Gruppe geriatrischer Patientinnen und Patienten eine hohe Vulnerabilität aufweist und an multiplen aktiven Krankheiten leidet, bilden die Informationen aus dem Krankenhausentlassungsbericht im Rahmen der Anschlussrehabilitation die Grundlage für eine zielorientierte Reha-Planung seitens der Rehabilitationseinrichtung. Da im Rahmen des Direkteinweisungsverfahrens aus dem vertragsärztlichen Bereich in der Regel kein aktueller Krankenhausentlassungsbericht vorliegt, ist für eine individuelle Reha-Planung das Muster 61 mit den erforderlichen Angaben und Funktionstest vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme an die Rehabilitationseinrichtung weiterzuleiten. Auf Grundlage der Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, Rehabilitationsprognose und der durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt definierten Rehabilitationsziele, kann die Rehabilitationseinrichtung die geriatrische Rehabilitation patientenindividuell planen und bei Bedarf frühzeitig weitere relevante Befunde anfordern. Nur die Gesamtschau der Patientinnen und Patienten, welche sich aus den einzelnen Bestandteilen des Muster 61 ergibt, ermöglicht eine zielorientierte Reha-Planung durch die Rehabilitationseinrichtung. Die frühzeitige Weiterleitung des Muster 61 an die Rehabilitationseinrichtung trägt bei gleichzeitiger Optimierung der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit der Rehabilitationsmaßnahme zu einer qualitätsgesicherten Versorgung bei.

Bundesverband Geriatrie e. V.

16. Juli 2021

Der Bundesverband Geriatrie e. V. schließt sich der Position der DKG, KBV und PatV in § 16 der Rehabilitations-Richtlinie vollumfänglich an:

(1) Die Einleitung der Anschlussrehabilitation (AR) aus dem Krankenhaus für Fälle, die ohne vorherige Überprüfung der Rehabilitation durch die Krankenkasse erbracht werden können, erfolgt über ein Direkteinleitungsverfahren.

(2) Das Direkteinleitungsverfahren für die Anschlussrehabilitation erfolgt in den Indikationen und unter den Voraussetzungen des AHB-Indikationskataloges der Deutschen Rentenversicherung Bund in der jeweils gültigen Fassung. Danach können Krankenhäuser für Versicherte, die die Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation erfüllen, diese nach den Maßgaben der folgenden Absätze organisieren und eine Überführung in die Anschlussrehabilitation unmittelbar veranlassen. Fallkonstellationen außerhalb dieses Indikationskataloges können ebenfalls die Leistung einer Anschlussrehabilitation erfordern, diese sind jedoch, wie bisher, zuvor im Antragsverfahren durch die Krankenkassen auf die medizinische Erforderlichkeit zu überprüfen und nicht Gegenstand dieser Richtlinie.

Gemäß der Gesetzesbegründung zum GKV-IPReG (vgl. Drucksache 19/19368, S. 33) sollen mit der Etablierung eines Direkteinleitungsverfahrens für Anschlussrehabilitationen auf Bundesebene insbesondere die aktuellen Verfahren einzelner Krankenkassen und der gesetzlichen Rentenversicherung zusammengeführt werden. Da es sich bei geriatrischen Rehabilitationsanträgen überwiegend um Anschlussrehabilitationen nach stationärer Krankenhausbehandlung handelt, ist die Bedeutung der Geriatrie in der Ausgestaltung des Direkteinleitungsverfahrens für Anschlussrehabilitationen explizit zu berücksichtigen.

Dem Anliegen des Gesetzgebers, die Bedeutung der Geriatrie zu berücksichtigen, wird in dem Vorschlag der DKG, KBV und PatV mit dem § 16 Absatz 3 der Rehabilitations-Richtlinie hinreichend Rechnung getragen. Mit dem Verweis auf § 15 der Rehabilitation-Richtlinie wird klargestellt, dass das Direkteinleitungsverfahren unabhängig von der geriatrischen Behandlungsindikation für alle geriatrischen Patientinnen und Patienten Anwendung findet. Voraussetzung ist die Indikation einer geriatrischen Rehabilitation im Sinne des § 15 Absatz 2 der Rehabilitations-Richtlinie. Eine Fokussierung auf ausgewählte Indikationsgruppen, wie es der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes vorsieht, ist aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e. V. strikt abzulehnen. Dieser Vorschlag wird dem klinischen Alltag mit Blick auf die Besonderheiten der geriatrischen Patientinnen und Patienten aus fachlich-inhaltlichen Gründen in keiner Weise gerecht. Die Geriatrie ist die medizinische Spezialdisziplin, die sich indikationsübergreifend mit physischen, psychischen, funktionellen und sozialen Aspekten bei der medizinischen Betreuung älterer Menschen befasst. Die Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation sind daher patientenindividuell und unabhängig von der geriatrischen Behandlungsindikation im Sinne des Rehabilitationsbedarfs, der Rehabilitationsbedürftigkeit und der Rehabilitationsfähigkeit zu bewerten.

Bei den Hauptdiagnosen geriatrischer Patientinnen und Patienten lässt sich feststellen, dass im vollstationären Bereich am häufigsten DRGs der MDC (Major Diagnostic Category – Hauptdiagnosegruppe) 08 kodiert werden, also Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe.

Bundesverband Geriatrie e. V.

16. Juli 2021

(3) Das Direkteinleitungsverfahren gemäß Absatz 2 gilt für die Einleitung von geriatrischer Anschlussrehabilitation entsprechend. Hinsichtlich der Indikationsstellung gilt § 15 entsprechend.

(4) Die Auswahl der geeigneten Einrichtung erfolgt durch das Krankenhaus unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts der oder des Versicherten sowie der medizinischen Erfordernisse des Einzelfalls. Die Krankenkassen stellen den Versicherten und den Krankenhäusern bei Bedarf Informationen zu allen zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung.

(5) Im Zuge der Planung der Anschlussrehabilitation sendet das Krankenhaus die AR-Antragsunterlagen mit den erforderlichen Angaben an die Rehabilitationseinrichtung. Einer gleichzeitigen Übersendung an die Krankenkassen bedarf es in diesen Fällen nicht.

(6) Die verbindliche Feststellung der medizinischen Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation bei den Versicherten erfolgt durch die zuständige Ärztin oder den zuständigen Arzt der Rehabilitationseinrichtung. Hierbei sind insbesondere das Vorliegen einer AR-Indikation und Rehabilitationsfähigkeit maßgebend. Es liegt in

Dichtauf folgen Krankheiten und Störungen des Nervensystems (MDC 01) sowie Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems (MDC 05) (vgl. aG-DRG-Report-Browser 2021). Folgend dem Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes würde das Direkteinleitungsverfahren für alle geriatrischen Patientinnen und Patienten mit Krankheiten und Störungen des Nervensystems nicht greifen, wodurch ein Großteil der geriatrischen Patientinnen und Patienten nicht von dem erleichterten Zugang zur Anschlussrehabilitation profitieren würden. Die Begrenzung des Direkteinleitungsverfahrens für Anschlussrehabilitation auf ausgewählte Indikationsgruppe geriatrischer Patientinnen und Patienten analog dem Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes ist daher strikt abzulehnen und wird den formulierten Zielen des GKV-IPReG nicht gerecht.

Fachübergreifend ist die Etablierung eines Direkteinleitungsverfahrens für Anschlussrehabilitationen in den Indikationen und unter den Voraussetzungen des AHB-Indikationskataloges der Deutschen Rentenversicherung Bund im Sinne der Position der DKG, KBV und PatV aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e.V. sachgerecht und richtig. Der AHB-Indikationskatalog der Deutschen Rentenversicherung beinhaltet alle Indikationen, die typischerweise einen Rehabilitationsbedarf unmittelbar im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt begründen und stellt ein seit Jahren bewährtes Verfahren dar. Entscheidend für eine sachgerechte, fächerübergreifende Anwendung des AHB-Indikationskataloges der Deutschen Rentenversicherung Bund im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ist, dass das Direkteinleitungsverfahren für alle im AHB-Indikationskatalog genannten Indikationen gilt und um die Geriatrie im Sinne des § 15 der Rehabilitations-Richtlinie ergänzt wird.

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei dem seitens des GKV-Spitzenverbandes in § 16 Absatz 2 der Rehabilitationsrichtlinie zur Darlegung der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe vorgeschlagenem SINGER-Patientenprofil um kein etabliertes Assessmentverfahren handelt und dieses daher strikt abzulehnen ist. Zudem handelt es sich bei der Vollversion des SINGER-Patientenprofils, um ein

Bundesverband Geriatrie e. V.

16. Juli 2021

der Verantwortung der Rehabilitationseinrichtung, Versicherte nur zur AR aufzunehmen, wenn die medizinischen Voraussetzungen gegeben sind.

(7) Wurde von der zuständigen Ärztin oder dem zuständigen Arzt der Rehabilitationseinrichtung festgestellt, dass bei der Versicherten oder dem Versicherten die medizinischen Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation vorliegen, informiert die Rehabilitationseinrichtung das Krankenhaus sowie die Versicherte oder den Versicherten darüber sowie über den Termin der Aufnahme. Die Übermittlung der AR-Antragsunterlagen an die Krankenkasse erfolgt durch die Rehabilitationseinrichtung, nachdem die Versicherte oder der Versicherte von dieser aufgenommen wurde.

(8) Kommt die zuständige Ärztin oder der zuständige Arzt der Rehabilitationseinrichtung hingegen zu der Einschätzung, dass bei der Versicherten oder dem Versicherten die medizinischen Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation nicht vorliegen, kann eine direkte Einleitung der Anschlussrehabilitation ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse nicht erfolgen. In diesem Fall informiert die Rehabilitationseinrichtung das Krankenhaus sowie die Versicherte oder den Versicherten darüber und sendet die

im Vergleich umfangreiches Assessmentverfahren. Neben der Vollversion existieren verschiedene Kurzversionen mit einem differenten Assessmentumfang und Detaillierungsniveau. Unklar ist an dieser Stelle, welches Detaillierungsniveau angestrebt wird. Folgend der Gesetzesbegründung zum GKV-IPReG (vgl. Drucksache 19/19368, S. 47) soll das Direktleitungsverfahren für Anschlussrehabilitationen den Verwaltungsaufwand aller Beteiligten reduzieren. Der Einsatz des SINGER-Patientenprofils steht diesem Grundsatz aufgrund des Assessmentumfangs entgegen.

Bundesverband Geriatrie e. V.	
16. Juli 2021	
<p>Antragsunterlagen mit entsprechender Stellungnahme an die Krankenkasse. Diese prüft dann selbst, ob Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Betracht kommen und wer diese gegebenenfalls erbringt.</p> <p>(9) Die weiteren Regelungen dieser Richtlinie finden auf die Anschlussrehabilitation im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung keine Anwendung.</p>	
<p>Anlage II Funktionstests im Rahmen der Verordnung von geriatrischer Rehabilitation auf Muster 61</p>	<p>Der Bundesverband Geriatrie e. V. möchte an dieser Stelle darauf hinweisen, dass es sich bei den ausgewählten Assessmentverfahren nicht um das hausärztlich-geriatrische Basisassessment im Sinne der EBM-Ziffer 03360 handelt. Bei den aufgeführten Funktionstest handelt es sich zum Teil nicht um geriatriespezifische Assessmentinstrumente.</p> <p>Die aktuelle Auswahl der Assessmentinstrumente bezieht sich auf die ICF-Domänen der Körperfunktionen. Diese ICF-Domänen sind aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e. V. für die geriatrische Rehabilitation von geringster Bedeutung. Insbesondere die aufgeführten Kapitel 5 „Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems“ und Kapitel 6 „Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems“ haben keine klinische Relevanz für die Geriatrie. Die ICF-Domänen der Körperstrukturen sowie der Aktivitäten und Teilhabe sind für die geriatrische Rehabilitation und die Identifikation des geriatrischen Patienten viel bedeutsamer und werden in der aktuellen Darstellung nicht berücksichtigt.</p>

**Stellungnahme zur Anpassung der Rehabilitations-Richtlinie aufgrund des
Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (GKV-IPReG) und weitere
Änderungen**

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)	
21. Juli 2021	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>§ 16 Anschlussrehabilitation</p> <p>Im Zuge der Optimierung der Hilfestrukturen bei Abhängigkeitserkrankungen sollte perspektivisch geprüft werden, ob das von der Renten- und Krankenversicherung etablierte Verfahren eines Nahtlosverfahrens bei diagnostizierten Suchterkrankungen, bei der eine direkte Verlegung aus der Entgiftung in eine Sucht-Rehabilitation geregelt ist, ebenfalls in das Verfahren zu einer Anschlussrehabilitation zu integrieren ist.</p>	<p>Die DHS begrüßt grundsätzlich das gesetzliche Vorhaben, den Zugang zu einer Anschlussrehabilitation zu erleichtern und somit die Schnittstelle zwischen Akut- und Rehabilitationsbehandlung zu verbessern.</p> <p>Die nahtlose Weiterbehandlung bei Abhängigkeitserkrankungen und damit der Behandlungserfolg können wesentlich unterstützt und der Gefahr von Behandlungsabbrüchen zwischen einzelnen Behandlungsschritten in der Schnittstelle zwischen Akut- und Rehabilitationsbehandlung vorgebeugt werden.</p>

BAR · Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
Solmsstraße 18 · 60486 Frankfurt am Main

Gemeinsamer Bundesausschuss
Herrn Mario Hellbardt
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

Bundesarbeitsgemeinschaft
für Rehabilitation e. V.
Solmsstraße 18
Gebäude I
60486 Frankfurt am Main

Telefon 069 60 50 18-0
Telefax 069 60 50 18-29
info@bar-frankfurt.de
www.bar-frankfurt.de

Die Geschäftsführerin

Ihr Zeichen	Ihr Schreiben vom	Unser Zeichen	Ansprechpartner/in	Durchwahl	Frankfurt am Main
MHe/ASi	23.06.2021	30-12-00-00	Dr. Thomas Stähler	-19	21.07.2021

Änderung der Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie), hier: Anpassung aufgrund des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes und weitere Änderungen

Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation gemäß § 92 Abs. 5 Satz 1 SGB V

Sehr geehrter Herr Hellbardt,

wir bedanken uns für die Gelegenheit, zu dem Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses zur beabsichtigten Änderung der Rehabilitations-Richtlinie Stellung nehmen zu können.

Die vorgesehenen Anpassungen der Reha-RiLi an die Vorgaben des GKV-IPReG werden von der BAR im Wesentlichen begrüßt.

Zu den vorgesehenen Änderungen der Richtlinie nebst neu vorgesehener Anlage II zur Richtlinie unterbreiten wir gerne noch die nachfolgenden Änderungs- und Ergänzungsvorschläge:

Zu § 2 der Richtlinie:

Vorschlag 1:

Aus rechtssystematischen Gründen schlagen wir vor, den für Abs. 3 vorgesehenen neuen Satz 5 besser an dem uns als geeigneter erscheinenden Ende von Abs. 6 (dort Satz 5 neu) aufzunehmen.

Vorschlag 2:

Zu Abs. 5 Satz 2 schlagen wir vor, die hier angeführten Regelungen der §§ 14 ff. SGB IX noch zu ergänzen um eine Erwähnung der in der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ erfolgten Konkretisierungen. Folgende ergänzende Formulierung schlagen wir dementsprechend vor:

„... die Regelungen des SGB IX, namentlich der §§ 14 ff., mit den hierzu getroffenen Konkretisierungen in der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“.“

Begründung:

Die Vorschriften der Kapitel 2 bis 4 in Teil 1 SGB IX gehen den Leistungsgesetzen, wie z.B. dem SGB V, vor (vgl. § 7 Abs. 2 SGB IX) und sind dementsprechend auch hier zu beachten. Zur Konkretisierung dieser verbindlichen gesetzlichen Vorschriften haben die Krankenkassen mit den anderen Reha-Trägern Konkretisierungen in der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ vereinbart. Dies wird durch die vorgeschlagene Bezugnahme verdeutlicht. Mit der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ wird der gesetzliche Auftrag aus § 26 Abs. 2 Nr. 2, 3, 5, 7 – 9 SGB IX umgesetzt und dabei auch an die Artikel 24-27 sowie die Artikel 6, 7, 19 und 20 der UN-Behindertenrechtskonvention angeknüpft. Ziel ist die Sicherstellung einer effektiven und effizienten Ausgestaltung des gesamten Rehabilitationsprozesses. Zur Koordinierung der Leistungen sowie für die Sicherstellung einer einheitlichen Praxis innerhalb des gegliederten Systems der Rehabilitation und Teilhabe finden sich in der Gemeinsamen Empfehlung konkretisierende trägerübergreifend geltende Festlegungen der Rehabilitationsträger auf Bundesebene als Vereinbarungspartner.

Vorschlag 3:

Ergänzend schlagen wir für Abs. 8 auch eine ausdrückliche Bezugnahme auf die Gemeinsame Empfehlung für die Durchführung von Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen (GE „Begutachtung“) vor in folgender Weise:

„... durch den Medizinischen Dienst (MD) auf der Grundlage ... des Spitzenverbandes Bund (MD-BUND) sowie der Gemeinsamen Empfehlung „Begutachtung“ nach SGB IX.“

Begründung:

In der Gemeinsamen Empfehlung „Begutachtung“ haben GKV mitsamt MD trägerübergreifende Grundsätze für Begutachtungen nach § 17 SGB IX gemeinsam mit den weiteren gesetzlichen Rehabilitationsträgern vereinbart. Gutachten sollen diesen Grundsätzen entsprechen (§ 17 Abs. 2 Satz 2 SGB IX). Gutachten dienen als Grundlage für die Bewilligung sämtlicher Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe. Die Gemeinsame Empfehlung bezieht sich auf alle Leistungsgruppen und Leistungsträger. In der Praxis unterstützt und fördert sie einen hohen Qualitätsstandard bei der Begutachtung im Bereich der Rehabilitation.

Zu § 3 Abs. 3, zweiter Spiegelstrich:

Vorschlag:

Streichung des 2. Spiegelstriches (vgl. Anlage 3), im Beschlussentwurf jedenfalls bislang aber nicht aufgenommen)

Begründung:

Bei Neuanfügung eines Absatzes 4 mit dem im Beschlussentwurf vorgeschlagenen Wortlaut ist der 2. Spiegelstrich in Absatz 3 verzichtbar.

Zu § 4 Abs. 1:

Vorschlag:

Die vorgesehene Ergänzung in Satz 3 begrüßen wir und schlagen überdies die Aufnahme eines weiteren Satzes (Satz 4 neu) wie folgt vor:

„Hier kann auch die Arbeitshilfe - Kontextfaktoren bei der Ermittlung von Teilhabebedarfen (BAR Frankfurt, 2021) hinzugezogen werden (vgl. dazu: https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/datei-liste/_publikationen/reha_grundlagen/pdfs/AHKontext2020.RZBF2neu.pdf).“

Begründung:

Die genannte Arbeitshilfe ist auf Anregung des Sachverständigenrates der Ärzteschaft der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation trägerübergreifend, insbesondere unter Beteiligung auch der Krankenkassen und des MD, aktuell vereinbart worden. Sie bietet entscheidende Hilfestellung beim übergeordneten Ziel der Bedarfsermittlung, die individuellen Barrieren und Förderfaktoren für eine gelingende Teilhabe zu identifizieren und so auch zu ermöglichen, dass diese in ihrer Wirkung minimiert bzw. positiv verstärkt werden. Dementsprechend wird in der Arbeitshilfe „Kontextfaktoren bei der Ermittlung von Teilhabebedarfen“ ausgeführt, wie sich auf der Grundlage des bio-psycho-sozialen Modells Krankheit und Behinderung unter Berücksichtigung individuell relevanter Kontextfaktoren auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft auswirken können. Des Weiteren wird erläutert, wie bei der Ermittlung von Teilhabeleistungen relevante Einflüsse aus dem Lebenshintergrund ermittelt und Leistungen darauf abgestellt werden können.

Zu § 4 Abs. 2, Satz 2, zweiter Spiegelstrich:

Vorschlag:

Ergänzung um die Wörter „und stationären“ wie folgt:

„- die Rahmenempfehlungen zur ambulanten und stationären medizinischen Rehabilitation der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) sowie“

Begründung:

Der allgemeine Teil der Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) liegt in bereits aktualisierter und um den Bereich der stationären medizinischen Rehabilitation erweiterter Fassung vor.

Zu § 6 der Richtlinie:

Zu Absatz 4 (neu) schlagen wir vor, noch einen Satz 4 und Satz 5 wie folgt zu ergänzen:

„Der Schutz der personenbezogenen Daten einschließlich Sozialdaten sowie das Recht auf informationelle Selbstbestimmung sind zu gewährleisten. Hierbei gelten insbesondere die Klarstellungen und Präzisierungen, wie sie in den auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation vereinbarten gesonderten Arbeitshilfen zum Datenschutz niedergelegt sind.“

Begründung:

Der Schutz von Sozialdaten, insbesondere von Gesundheitsdaten, ist für alle Akteure im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe eine gesetzliche Verantwortung und ein besonderes Anliegen. Dies gilt es daher entsprechend zu betonen und nicht zuletzt auch für die gesetzlichen Krankenkassen geltende Datenschutzgrundlagen zu benennen.

Zu § 12 der Richtlinie:

Zu Absatz 3 (neu) schlagen wir vor, noch einen Satz 4 wie folgt zu ergänzen:

„Auf § 6 Absatz 4 Sätze 4 und 5 wird im Weiteren verwiesen.“

Begründung:

Auf die Beachtung des Datenschutzes ist auch hier hinzuweisen.

Zu § 15 (neu) der Richtlinie i.V.m. Anlage II:

Vorschlag:

Für die Neuaufnahme eines Absatzes 7 sehen wir angesichts der auch für die geriatrische Rehabilitation geltenden Regelung des § 40 Abs. 3 Satz 13 SGB V keine zwingende Notwendigkeit.

Die Neuaufnahme eines Absatzes 6 wie vorgeschlagen wird unterstützt, folgende ergänzte Fassung regen wir an:

„Wie bei allen weiteren Rehabilitationsleistungen bleibt dem/der Versicherten auch bei geriatrischer Rehabilitation die Möglichkeit, die Leistung unmittelbar bei der Krankenkasse und unabhängig von der vorhergehenden vertragsärztlichen Überprüfung zu beantragen. Eine entsprechende

Antragstellung kann auch bei einem anderen Träger medizinischer Rehabilitation gemäß § 6 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch und auch ohne vorherige Einbeziehung eines Vertragsarztes/einer Vertragsärztin erfolgen. Die Vorschriften in Teil 1 Kapitel 2 bis 4 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch und konkretisierenden Regelungen in der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ finden Anwendung.“

Begründung:

Eine Klarstellung dieser weiteren Möglichkeit des Leistungszugangs in Form einer Antragstellung ist vor allem insoweit wesentlich, als ansonsten im Umkehrschluss die Regelungen falsch interpretiert werden könnten in dem Sinne, dass ausschließlich der Weg über eine Verordnung als möglich erscheint. Ein solches Vorgehen würde jedoch die gesetzlichen Rechte der Versicherten unzulässig beschneiden.

Zur tatsächlichen Zielerreichung bedarf es aus hiesiger Sicht allerdings zwingend der Verknüpfung mit den Regelungen des SGB IX. Denn ohne diese Verknüpfung könnte ein Missverständnis dahingehend entstehen, dass die Vorschriften zur Bedarfserkennung, -ermittlung und Leitungskoordination in den §§ 9 – 24 SGB IX für den beabsichtigten neugestalteten Zugangsweg nicht gelten würden. Angesichts dessen, dass die vorstehend genannten Vorschriften wegen § 7 Abs. 2 SGB IX „abweichungsfest“ sind, sollte dieser Eindruck durch einen klarstellenden Satz wie vorgeschlagen jedenfalls vermieden werden. Dies entspricht zugleich den Interessen der Versicherten wie der gesetzgeberischen Zielsetzung, dass „Leistungen wie aus einer Hand“ zu erbringen sind.

Wesentlich ist, dass nach der grundlegenden Bestimmung des § 2 SGB IX Rehabilitationsbedarf vorrangig an die Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft anknüpft (vgl. auch Art. 1, 25, 26 UN-BRK). Entsprechend ist der Bedarf umfassend anhand von Instrumenten der Bedarfsermittlung festzustellen (vgl. §§ 13, 14 SGB IX). Diese Instrumente haben sich an trägerübergreifenden Grundsätzen zu orientieren, die die Krankenkassen und weitere Rehabilitations-träger bereits in der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ vereinbart haben.

Zu § 16 (neu) der Richtlinie:

Vorschlag:

Wir regen an, eine Änderung vorzunehmen, die auf den bewährten Vorgehensweisen aufsetzt und diese entsprechend der geänderten Rechtslage weiterentwickelt.

Begründung:

Die vorliegenden Vorschläge für eine Neuregelung zur Anschlussrehabilitation bergen verschiedene Zweifelsfragen, so insbesondere hinsichtlich der Vereinbarkeit der vorgeschlagenen Verfahren mit den trägerübergreifend verbindlichen Vorgaben des SGB IX z.B. für Zuständigkeitsklärung, Bedarfsermittlung und -feststellung sowie Teilhabeplanung.

In dem Zusammenhang bieten wir hiermit daher gerne, falls gewünscht, unsere Mithilfe an bei einer weiteren Prüfung von Möglichkeiten, wie die genannten Aspekte bei einer Neuformulierung des vorgesehenen § 16 der Richtlinie ggf. konkreter berücksichtigt werden könnten.

Zu **Anlage II (neu)** merken wir abschließend an:

Die Festlegung eines geriatrischen Basisassessments („Abschätzungsinstrumente“) kann zu einer besseren Zuweisung der betroffenen Patienten führen. Allerdings möchten wir hierzu Folgendes hinterfragen und zugleich mit zur Überlegung geben:

In Muster 61, auf das nach hiesiger Sicht zu Recht in der Reha-Richtlinie häufig Bezug genommen wird, werden Teilhabeeinschränkungen in den neun Domänen (Lebens- bzw. Teilhabebereichen) der ICF erfasst. Da bei geriatrischen Patienten die Grenzen zwischen medizinischem und pflegerischem Versorgungsbedarf fließend sind und ein Eintritt von Pflegebedürftigkeit immer möglich ist, stellt sich für uns die Frage, warum hier nicht auch ein ergänzender Hinweis auf die sog. Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), gegeben wird.

Wir freuen uns, wenn unsere unterbreiteten Änderungsvorschläge wie auch Anregungen Berücksichtigung finden, und verbleiben

mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Helga Seel

Die Geschäftsführerin

Stellungnahme zur Anpassung der Rehabilitations-Richtlinie aufgrund des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (GKV-IPReG) und weitere Änderungen

Vorbemerkung

Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) vertritt seit über 70 Jahren die Interessen von mehr als 1.000 Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken in privater Trägerschaft. Als deutschlandweit agierender Spitzenverband setzt er sich für eine qualitativ hochwertige, innovative und wirtschaftliche Patientenversorgung in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken ein. Gemäß § 92 Absatz 5 SGB V nimmt der BDPK folgend Stellung zur Anpassung der Rehabilitations-Richtlinie.

Die im Gesetz zur Stärkung der Intensivpflege und Rehabilitation (IPReG) beschlossene Etablierung eines erleichterten Zugangs zur medizinischen Rehabilitation im Bereich der Geriatrie und einer nahtlosen Überleitung in die Anschluss-Rehabilitation nach einem Krankenhausaufenthalt kann die Patientenversorgung maßgeblich verbessern. Ziel des Gesetzgebers war im Sinne des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ zum einen die Stärkung der geriatrischen Rehabilitation, um älteren Menschen, die von Pflegbedürftigkeit bedroht sind, so lange wie möglich ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Dies ist sowohl für jede einzelne Patientin und jeden Patienten essenziell als auch für die Entlastung der Solidargemeinschaft und Entschärfung des Fachkräftemangels in der Pflege von großer Bedeutung. Ein weiteres Ziel des Gesetzgebers war die Schaffung eines schnelleren Zugangs zu Anschlussrehabilitationen sowie eines einheitlichen Zugangsverfahrens, so wie es von einzelnen Krankenkassen und in der gesetzlichen Rentenversicherung bereits durchgeführt wird. Die beschlossenen Verbesserungen beim Zugang zur Anschlussrehabilitation sind im Sinne des Patientenwohls sehr wichtig, da ein verzögerter Beginn einer Anschlussrehabilitation gravierende gesundheitliche Folgen für die Patient*innen haben kann. Das IPReG hat mit den neuen Regelungen zur geriatrischen Rehabilitation und Anschlussrehabilitation eine gute Grundlage für die Verbesserung der Patientenversorgung geschaffen. Entscheidend für die erfolgreiche Umsetzung ist nun, dass die Regelungen in der Rehabilitations-Richtlinie entsprechend nachvollzogen und in der Versorgungspraxis etabliert werden.

Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.	
19.07.2021	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Der BDPK stimmt den neuen Regelungen in § 15 der Rehabilitations-Richtlinie zu.	<p>Gemäß § 40 Absatz 3 SGB V sollen Krankenkassen bei einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation die medizinische Erforderlichkeit der Maßnahme nicht mehr überprüfen, sofern die geriatrische Indikation durch dafür geeignete Abschätzungsinstrumente vertragsärztlich überprüft wurde. Im § 15 der Rehabilitations-Richtlinie werden die entsprechenden Kriterien für das neue Direkt-Verordnungsverfahren festgelegt und in der Anlage II der Richtlinie geeignete Testverfahren für das geriatrische Abschätzungsinstrument aufgeführt.</p> <p>Bezüglich der vom Vertragsarzt zu prüfenden und im Muster 61 darzulegenden Kriterien teilt der BDPK die Position der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV), der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Patientenvertretung (PatV), dass bei Patient*innen mit einem Lebensalter 70 Jahre oder älter und einer geriatrietypischen Multimorbidität das Direkt-Verordnungsverfahren anzuwenden ist.</p> <p>Wichtig ist aus Sicht des BDPK, dass wie in § 15 Abs. 3 der Reha-Richtlinie beschrieben, bei Patient*innen zwischen 60 und 70 Jahren mit einer erheblich ausgeprägten geriatrischen Multimorbidität im Rahmen des regulären Verordnungsverfahrens auch weiterhin eine geriatrische Rehabilitation verordnet werden kann.</p>
In Bezug auf die Anzahl der rehabilitationsbegründenden	Der Vorschlag der DKG und PatV besagt, dass analog der für die Geriatrie aktuell

Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.	
19.07.2021	
<p>Funktionsdiagnosen, die vorliegen müssen, wenn die Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation über das Direkt-Verordnungsverfahren erfolgen soll, unterstützt der BDPK den Vorschlag der DKG und PatV.</p> <p>Vgl. § 15 Absatz 2 Nr. 2:</p> <p>„[...]Vorliegen von mindestens <u>einer</u> rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnose und zwei geriatritypischen Diagnosen (Teil B des Musters 61 unter I.).“</p>	<p>gültigen Regelwerke (Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation vom 02.07.2018, Rahmenempfehlung ambulante geriatrische Rehabilitation vom 02.01.2018, Rahmenempfehlung zur mobilen geriatrischen Rehabilitation vom 01.05.2007) die Notwendigkeit einer geriatrischen Rehabilitation hinreichend belegt ist, wenn eine rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnose und zwei geriatritypische Diagnosen vorliegen.</p> <p>Würden wie im Vorschlag des GKV-SV und der KBV zu den zwei geforderten geriatritypischen Diagnosen auch zwei rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen gefordert werden, würde die Hürde für das Direkt-Verordnungsverfahren höher als medizinisch nötig gelegt werden und weniger Patient*innen, die einen geriatrischen Reha-Bedarf haben, würden von einem vereinfachten Reha-Zugang profitieren.</p>
<p>Der BDPK stimmt den in Anlage II der Rehabilitations-Richtlinie aufgeführten Funktionstests im Rahmen der Verordnung von geriatrischer Rehabilitation auf Muster 61 zu.</p>	<p>Die in Anlage II der Reha-Richtlinie aufgeführten Funktionstests sind aus Sicht des BDPK geeignet, die aus den rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnosen und geriatritypischen Diagnosen resultierenden Schädigungen nachzuweisen. Das in den Tragenden Gründen beschriebene methodische Vorgehen der vom Gemeinsamen Bundesausschuss benannten Expert*innen zur Auswahl und zum Einsatz geeigneter Abschätzungsinstrumente ist entsprechend erläutert und aus Sicht des BDPK</p>

Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.	
19.07.2021	
	medizinisch-fachlich nachvollziehbar.
<p>Der BDPK unterstützt die von der DKG, KBV und PatV vorgeschlagene Etablierung eines Direkteinleitungsverfahrens von Anschlussrehabilitationen in den Indikationen und unter den Voraussetzungen des AHB-Indikationskatalogs der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund).</p>	<p>Durch die Möglichkeit, nach einem Krankenhausaufenthalt eine Überführung der Patient*innen in die Anschlussrehabilitation unmittelbar und unbürokratisch ohne vorherige Überprüfung durch die Krankenkasse zu veranlassen, können beeinträchtigte oder verlorengegangene Funktionen und Fähigkeiten der Patient*innen schnell und in einer stetigen Behandlungsabfolge wiederhergestellt oder verbessert werden. Eine Direktverlegung aus Krankenhäusern in Rehabilitationskliniken durch Verzicht auf ein Antragsverfahren verkürzt zudem die stationäre Gesamtverweildauer und vermeidet damit unnötige Kosten.</p> <p>Entscheidend ist hierbei, dass das Direkteinleitungsverfahren für alle im AHB-Indikationskatalog der DRV Bund genannten Indikationen gilt. Das Anliegen des Gesetzgebers, die Bedeutung der Geriatrie zu berücksichtigen, wird in dem Vorschlag der DKG, KBV und PatV umgesetzt, indem für die geriatrische Anschlussrehabilitation die entsprechende Anwendung des Direkteinleitungsverfahrens der Deutschen Rentenversicherung Bund gilt.</p> <p>Wie in den Tragenden Gründen zu § 16 von DKG, KBV und PatV dargelegt, bestätigen sozialmedizinische Expertengruppen der DRV seit Jahrzehnten die Bedeutung einer gezielten und unmittelbar anschließenden Rehabilitation im Anschluss an eine stationäre Krankenhausversorgung für die Wiedereingliederung gesundheitlich beeinträchtigter Menschen in das Alltags- und Erwerbsleben. Die im AHB-</p>

Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.	
19.07.2021	
	<p>Indikationskatalog der DRV Bund genannten Indikationen begründen nach sozial-medizinischer Einschätzung der DRV typischerweise einen Rehabilitationsbedarf unmittelbar im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt, sodass eine vorherige Überprüfung durch die Rentenversicherungsträger nicht erforderlich ist. Da die Indikationen in der Anschlussrehabilitation für DRV- und GKV-Versicherte übereinstimmen, ist aus medizinischer und struktureller Sicht im Sinne der vom Gesetzgeber geforderten Vereinheitlichung der Zugangsverfahren eine Etablierung des Direkteinleitungsverfahrens von Anschlussrehabilitationen in den Indikationen und unter den Voraussetzungen des AHB-Indikationskataloges der DRV Bund im Bereich der GKV-Anschlussrehabilitation folgerichtig.</p> <p>Die bedarfsgerechte Einleitung von Anschlussrehabilitationen wird wie von DKG, KBV und PatV in § 16 der Reha-Richtlinie beschrieben, dadurch gewährleistet, dass das Krankenhaus in einem ersten Schritt den Rehabilitationsbedarf, die Rehabilitationsbedürftigkeit und die Rehabilitationsfähigkeit der Patient*innen beurteilt und durch die Rehabilitationseinrichtung dann in einem zweiten Schritt die verbindliche Feststellung der medizinischen Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation erfolgt.</p>
Der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes, ein vereinfachtes Verfahren lediglich in wenigen	Die Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation in Hinblick auf den

Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.

19.07.2021

ausgewählten Diagnosen einzelner Indikationsgruppen gemäß dem AHB-Indikationskatalog der DRV Bund durchzuführen, ist aus Sicht des BDPK nicht sachgerecht.

Rehabilitationsbedarf, die Rehabilitationsbedürftigkeit und die Rehabilitationsfähigkeit sind unabhängig von der Diagnose bzw. Indikation immer patientenindividuell zu beurteilen. Die Auswahl der Indikationen bzw. Diagnosen einzelner Indikationsgruppen, bei denen gemäß dem Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes die Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit entfallen kann, ist nicht evidenzbasiert. Der GKV-Spitzenverband liefert in seinen Ausführungen zu den Tragenden Gründen keine Informationen darüber, welche Leitlinien als Grundlage für die Entscheidungsfindung herangezogen wurden. Die Argumentation, dass lediglich bei den vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagenen Indikationen bzw. Diagnosen einzelner Indikationsgruppen die Teilhabe der Patient*innen bereits prästationär aufgrund massiver funktioneller Einschränkungen deutlich beeinträchtigt und der Krankenhausaufenthalt nicht selten durch schwere Komplikationen belastet ist, ist aus Sicht medizinisch-fachlich nicht nachvollziehbar.

Sollte nur bei wenigen Indikationen bzw. Diagnosen einzelner Indikationsgruppen die Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit entfallen, würden viele Patient*innen keinen schnellen Zugang zu den von ihnen benötigten Anschlussrehabilitationsmaßnahmen erhalten. Dies würde sich zum einen kontraproduktiv auf die Mobilisation der Patient*innen und deren Reha-Erfolg auswirken. Zum anderen würden dadurch Kapazitäten im Krankenhaus bzw. in der

Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.	
19.07.2021	
	Übergangs- und Kurzzeitpflege gebunden und Kosten verursacht werden, die vermieden werden könnten.
Die Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes, dass der Regelungsauftrag des G-BA bezüglich der Anschluss-Rehabilitation lediglich darin besteht, die Fälle festzulegen, in denen die medizinische Erforderlichkeit der Rehabilitation durch die Krankenkasse im Einzelfall nicht überprüft wird und weitergehende Regelungen zum Verwaltungsverfahren nicht im Regelungsbereich des G-BA liegen, teilt der BDPK nicht.	Der Gesetzeswortlaut in § 40, Absatz 3 SGB V ist diesbezüglich zwar knapp gehalten, wird jedoch in der Gesetzesbegründung konkretisiert. Diese besagt eindeutig, dass die Gesetzesänderung die Ziele verfolgt, einen schnelleren Zugang zur Anschluss-Rehabilitation zu schaffen und ein einheitliches Verfahren herbeizuführen. Beide Ziele und damit verbunden eine Verbesserung der Patientenversorgung lassen sich nur erreichen, wenn das Verwaltungsverfahren zur Einleitung von Anschlussrehabilitationen im GKV-Bereich entsprechend dem Direkteinleitungsverfahren im DRV-Bereich angepasst wird.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Katharina Nebel
Präsidentin des BDPK e.V.

3. Mündliche Stellungnahmen

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben sowie nicht auf eine Anhörung verzichtet haben, sind fristgerecht zur Anhörung am 22. September 2021 eingeladen worden.

3.1 Teilnehmer der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikten

Vertreterinnen oder Vertreter von Stellungnahmeberechtigten, die an mündlichen Beratungen im G-BA oder in seinen Untergliederungen teilnehmen, haben nach Maßgabe des 1. Kapitels 5. Abschnitt VerFO Tatsachen offen zu legen, die ihre Unabhängigkeit potenziell beeinflussen. Inhalt und Umfang der Offenlegungserklärung bestimmen sich nach 1. Kapitel Anlage I, Formblatt 1 VerFO (abrufbar unter www.g-ba.de). Im Folgenden sind die Teilnehmer der Anhörung vom 22. September 2021 aufgeführt und deren potenziellen Interessenkonflikte zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangabe der einzelnen Personen. Die Fragen entstammen dem Formblatt und sind im Anschluss an diese Zusammenfassung aufgeführt.

Organisation/Institution	Anrede/Titel/Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. (fdr+)	Friederike Neugebauer Geschäftsführerin	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V. (Diakonie)	Dr. Tomas Steffens Ref. Med. Rehabilitation, Prävention & Selbsthilfe	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Bundesverband Geriatrie e. V. (BV Geriatrie)	Jessica Kappes Bereichsleitung Finanzierung	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR)	Marcus Schian Teamleiter Reha- & Teilhaberecht	ja	nein	ja	nein	nein	nein

Im „Formblatt 1 zur Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte für Sachverständige und Vertreterinnen oder Vertreter von Stellungnahmeberechtigten“ wurden folgende 6 Fragen gestellt:

Frage 1: Anstellungsverhältnisse

Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor angestellt bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere bei einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 2: Beratungsverhältnisse

Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere ein pharmazeutisches Unternehmen, einen Hersteller von Medizinprodukten oder einen industriellen Interessenverband direkt oder indirekt beraten?

Frage 3: Honorare

Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor direkt oder indirekt von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten für Vorträge, Stellungnahmen oder Artikel?

Frage 4: Drittmittel

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, abseits einer Anstellung oder Beratungstätigkeit innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen erhalten?

Frage 5: Sonstige Unterstützung

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren ohne wissenschaftliche Gegenleistung) erhalten von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile

Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen oder einem Hersteller von Medizinprodukten? Besitzen Sie Anteile eines „Branchenfonds“, der auf pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten ausgerichtet ist?

Der Inhalt der mündlichen Stellungnahme wurde in einem stenografischen Wortprotokoll (Kapitel 3.2) festgehalten und in fachlicher Diskussion im Unterausschuss Veranlasste Leistungen gewürdigt. Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen hat festgestellt, dass keine über die schriftlich abgegebenen Stellungnahmen hinausgehenden Aspekte in der Anhörung vorgetragen wurden. Daher bedurfte es keiner gesonderten Auswertung der mündlichen Stellungnahmen (siehe 1. Kapitel § 12 Absatz 3 Satz 4 Verfo).

3.2 Wortprotokoll der Anhörung vom 22. September 2021

Vorsitzende: Frau Dr. Lelgemann

Ort: Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses
Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

Beginn der Anhörung: 10:30 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind der Videokonferenz beigetreten.)

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Ich begrüße Sie zur mündlichen Anhörung. Vielen Dank, dass Sie von der Gelegenheit der mündlichen Stellungnahme und der Anhörung Gebrauch machen. Ich mache darauf aufmerksam, dass wir von dieser Sitzung ein Wortprotokoll erzeugen und dazu die Sitzung aufzeichnen. Ich hoffe, dass Sie damit einverstanden sind. – Vielen Dank dafür. Dann die technische Vorbemerkung: Ich bitte Sie, wenn Sie sich melden möchten, das über den Chat zu tun, wie wir es an dieser Stelle die ganze Zeit schon machen. Dann sehe ich das in meiner Leiste und kann die Rednerliste entsprechend bedienen.

Ansonsten bedanke ich mich für Ihre schriftlichen Stellungnahmen und mache wie üblich noch einmal darauf aufmerksam: Selbstverständlich haben wir Ihre schriftlichen Stellungnahmen gelesen und gewürdigt. Vor diesem Hintergrund würde ich Sie bitten, sich in Ihren ersten Wortbeiträgen auf die ganz wesentlichen Punkte zu konzentrieren. Es ist nicht nötig, die gesamte Stellungnahme noch einmal wiederzugeben, weil die Mitglieder des Unterausschusses sie kennen.

Ich beginne mit Frau Neugebauer für den Fachverband Drogen- und Suchthilfe. Bitte, Sie haben das Wort.

Frau Neugebauer (fdr+): Vielen Dank. Der Fachverband Drogen- und Suchthilfe unterstützt natürlich das Vorhaben, weil es hier um eine Erleichterung des Zugangs zur Rehabilitation geht. Wir haben jetzt nicht maßgeblich den Bezug zur geriatrischen Rehabilitation, möchten aber in diesem Zusammenhang einfach noch einmal darauf hinweisen, dass es uns wichtig ist, dass eben auch die Suchterkrankungen, also Abhängigkeitserkrankungen, in den Indikationskatalog der DRV Bund aufgenommen werden, sodass auch hier von einem nahtlosen Übergang im Bereich Abhängigkeitserkrankungen profitiert werden kann, denn diese Menschen sind bislang ausgeschlossen. Das war unser Anliegen, das wir hier noch einmal einbringen wollten.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, wobei ich das jetzt nicht ganz richtig verstanden habe. Den Indikationskatalog Deutsche Rentenversicherung Bund beeinflussen wir natürlich nicht.

Frau Neugebauer (fdr+): Genau. Wir wollten darauf noch einmal hinweisen, dass in dieser Richtlinie ja im Prinzip dieses Direktleitungsverfahren für ganz viele Indikationen Zugang bietet, aber eben nicht für Abhängigkeitserkrankungen. Das war uns noch einmal ein Anliegen. Das haben wir ja im Rahmen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen, in der ich Vorstand bin, auch besprochen. Das war uns einfach noch einmal ein Anliegen. Vielleicht kann man das perspektivisch mitdenken.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Alles klar. Vielen Dank, Frau Neugebauer. – Dann würde ich weitergeben an Herrn Dr. Steffens für die Diakonie Deutschland.

Herr Dr. Steffens (Diakonie): Einen wunderschönen guten Tag! Ich möchte aus der Stellungnahme, die wir abgegeben haben, im Grunde zwei Dinge herausgreifen, zunächst einen kleineren Punkt, und dann zu dem wahrscheinlich strittigen Punkt kommen.

Der kleinere Punkt ist der § 15 Absatz 6: Beantragung bei der Krankenkasse. Ich glaube, da ist es doch ganz hilfreich für die Sachbearbeitung bei den Krankenkassen, wenn noch einmal festgehalten wird – wie es die Seite der Patientenvertreter auch vorgeschlagen hat –, dass natürlich auch ohne vertragsärztliche Verordnung direkt bei der Krankenkasse eine medizinische Reha-Leistung beantragt werden kann. Das ist ein ganz wichtiger Punkt. Das ist ja auch die Rechtslage, und das ist ja auch politisch so gewollt. Es ist sicherlich nicht der Regelfall, aber es kann vorkommen und es kommt vor, und ich denke, das hat dann auch seinen Platz in der Reha-Richtlinie, um da keine Missverständnisse aufkommen zu lassen. Ich glaube, das ist ein ganz wichtiger Punkt.

Ansonsten würde ich schnell zu § 16 kommen: Anschlussrehabilitation. Da ist es ja so – Sie haben die Stellungnahme gelesen –, dass wir als Diakonie-Bundesverband den Vorschlag von DKG, KBV und Patientenvertretung unterstützen, dass eine Direkteinweisung der Patientinnen und Patienten in die Reha-Einrichtung möglich sein muss. Ich will da all die Argumente, die in den Unterlagen aufgeführt sind, die man nachlesen kann – auch in den Stellungnahmen –, nicht noch einmal durchgehen; das ist ja klar. Aber ich möchte zwei Aspekte betonen, die uns als Diakonie aufgefallen sind:

Der erste Punkt ist der, dass der Vorschlag der KBV, der DKG und der Patientenvertretung durchaus so verstanden werden kann – ich frage: Ist es so? Ja, wir haben es so verstanden! –, dass vorläufiges Reha-Assessment durchaus im Krankenhaus stattfindet. Vorläufig deswegen: Man muss natürlich gucken, ob der Patient rehafähig und geeignet ist, unmittelbar nach der Krankenhausbehandlung in die Reha-Klinik oder in eine andere Reha-Einrichtung zu kommen.

Der andere Punkt, auf den ich hinweisen möchte, ist der, dass Direkteinweisungsverfahren und Beantragung einer Leistung zur Rehabilitation im Krankenhaus sich sicherlich nicht ausschließen. Also beim DRV Direkteinweisungsverfahren ist es ja so, dass im Krankenhaus dann auch die Beantragung erfolgt.

Ich betone das deswegen, weil es natürlich darum geht – da brauchen wir ja nicht drumherumzudiskutieren –: Wie viel Steuerungsmöglichkeiten hat die Krankenkasse überhaupt noch? Das ist ganz klar. Wenn man das beachtet, also vorläufiges Reha-Assessment und Beantragung der Leistung im Krankenhaus, dann müsste das für die Krankenkasse doch auch akzeptabel sein, denn das Direkteinweisungsverfahren, ein identisches Verfahren, wie es bei der Rentenversicherung vorgesehen ist, ist der politische Wille, der sich im IPreG und auch in der Gesetzesbegründung dann ausgedrückt hat. Es soll eben ein trägerübergreifendes Verfahren der Direkteinweisung vom Krankenhaus in die Reha-Einrichtung geben, und das ist sinnvoll, das unterstützen wir auch.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank für Ihre Stellungnahme. – Dann würde ich weitergeben zunächst an Frau Kappes für den Bundesverband Geriatrie.

Frau Kappes (BV Geriatrie): Herzlichen Dank. Wir haben unsere schriftliche Stellungnahme eingereicht, und ich würde an dieser Stelle gern noch einmal zwei Punkte sehr deutlich hervorheben, zum einen in § 15 Absatz 2 Nummer 2: Dort schließen wir uns als Bundesverband Geriatrie der Positionierung der Patientenvertreter und der DKG an, dass zur Definition des geriatrischen Patienten an dieser Stelle eine rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnose ausreicht. Das entspricht der allgemeingültigen Definition des geriatrischen Patienten, die auch im aktuellen Bereich mit den Medizinischen Fachgesellschaften der Geriatrie hier einstimmig ausgearbeitet ist. Aus unserer Sicht gibt es keine naheliegende Begründung, von dieser allgemeinen Definition an dieser Stelle abzuweichen.

Als Zweites würde ich analog zu unserer Stellungnahme gern noch einmal auf § 16 eingehen, also das AHB-Verfahren an dieser Stelle. Wie meine Vorredner schon dargestellt haben, ist es

– auch aus unserer Sicht – nicht zu verstehen, warum eine Fokussierung auf ausgewählte Indikationsgruppen an dieser Stelle stattfinden soll. Deshalb schließen wir uns hier als Bundesverband Geriatrie dem Vorschlag der Patientenvertreter und der DKG an, weil gerade aus geriatricspezifischer Sicht eine Fokussierung auf ausgewählte Indikationsgruppen schlichtweg abzulehnen ist an dieser Stelle, weil eben der geriatrische Patient nicht durch die Indikation, sondern die Multimorbidität gekennzeichnet ist und wir die klare Befürchtung haben, dass geriatrische Patienten an dieser Stelle ausgeschlossen werden könnten.

Das sind zwei Dinge, die wir noch einmal verdeutlichen wollen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Frau Kappes. – Dann würde ich weitergeben an Herrn Schian von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Bitte.

Herr Schian (BAR): Vielen Dank, Frau Lelgemann, und auch noch einmal guten Morgen an die Runde! Wir unterstützen natürlich das Grundanliegen, die Reha-Richtlinie an die aktuelle Gesetzeslage anzupassen, und auch das Kernziel, hier die Zugangserleichterungen, wie sie in dem Gesetz jetzt vorgesehen sind, auch in der Reha-Richtlinie umzusetzen.

Allerdings, und das ist sozusagen der rote Faden in unserer Stellungnahme, den ich gern an drei Punkten noch einmal konkretisieren würde, ist aus unserer Sicht an einigen Stellen noch die Brücke zu den verbindlichen und wegen § 7 Absatz 2 SGB IX auch den Leistungsgesetzen vorgehenden Regelungen zum Reha-Prozess, insbesondere zur Zuständigkeitsklärung, zur Bedarfsermittlung, -feststellung und zur Teilhabeplanung, ausbaufähig. Hierzu haben wir ja auch in der Stellungnahme einige konkrete Vorschläge formuliert, die sich im Wesentlichen auf drei Ebenen verteilen lassen. Das eine sind unmittelbare Hinweise auf die gesetzlichen Regelungen im SGB IX, zum Beispiel durch eine Ergänzung in § 15 Absatz 6 (neu) in der jetzt vorgeschlagenen Fassung oder auch, noch einmal beim § 16 insgesamt darauf zu schauen. Es ist dann schwierig, dazu konkrete Vorschläge zu formulieren, weil man das ganze Regelungskonzept ansonsten noch einmal durchdenken würde. Deswegen haben wir uns ja auch hier eher angeboten, noch einmal in einen Dialog einzutreten. Jedenfalls sehen wir da noch Ausbaubedarfe.

Die zweite Ebene wäre das, was die Reha-Träger schon in Umsetzung ihres gesetzlichen Auftrags zur Konkretisierung dieser abweichungsfesten Regelung vereinbart haben, auch noch einmal stärker abzubilden und die jetzige Überarbeitung der Reha-Richtlinie hierfür zum Anlass zu nehmen. Das bezieht sich insbesondere auf die gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess, die zu den genannten gesetzlichen Regelungen zur Zuständigkeitsklärung, Bedarfsermittlung, Teilhabeplanung eben Konkretisierung vorsieht, das andere auf die gemeinsame Empfehlung Begutachtungen, die Soll-Vorgaben, an die sich Gutachten zum Rehabilitationsbedarf halten sollen, bezieht, die derzeit in der Überarbeitung ist.

Die dritte Ebene wäre dann, das zu nutzen, was die Rehabilitationsträger auf Ebene der BAR auch vereinbart haben an Dingen, die jetzt für die Umsetzung der gesetzlichen Regelungen wichtig sind, und noch einmal in den Blick zu nehmen. Das ist zum einen die Arbeitshilfe Kontextfaktoren, betrifft Möglichkeiten, wie man Kontextfaktoren bei der Bedarfsermittlung und -feststellung konkret berücksichtigen kann, und das andere ist die Arbeitshilfe zum Datenschutz, die eben diese Aspekte aufgreift. Diese beiden Arbeitshilfen sind zwar gesetzlich nicht ausdrücklich vereinbart, könnten aber auch Hinweise für die Praxis geben, und deswegen erschien es aus unserer Sicht sinnvoll, hierauf noch einmal Bezug zu nehmen in der Reha-Richtlinie anlässlich der jetzt erfolgenden Überarbeitung. – Damit meinerseits erst einmal danke.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. Vielen Dank auch an Sie für die präzise Darstellung und Kurzfassung. Von daher könnte ich jetzt die Runde für Fragen, so denn Fragen vorhanden sind, eröffnen. Jetzt sind die Mitglieder des Unterausschusses gefragt. – Das sieht nach „Ausberaten“ aus. – Nein, die Patientenvertretung. Bitte.

PatV.: Vielen Dank. – Für die Patientenvertretung eine Frage an Dr. Steffens von der Diakonie. Wir sind bei einem Vergleich zwischen Direkteinleitungsverfahren für die Reha und keinem Direkteinleitungsverfahren. Wo gibt es denn derzeit Probleme? Wo sehen Sie einen zusätzlichen Nutzen für die Patientinnen und Patienten?

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Bitte, Herr Dr. Steffens, Sie haben das Wort.

Herr Dr. Steffens (Diakonie): Der Nutzen für das Direkteinleitungsverfahren liegt schlicht und ergreifend darin, dass der Zeitraum – das ist ja relativ trivial – verknappt wird im Übergang zwischen dem Krankenhaus und der Reha-Einrichtung, dass also direkt im Krankenhaus schon geschaut werden kann, ob die Rehabilitationsfähigkeit gegeben ist, und durch die Typisierung der Indikationen, für die das infrage kommt, wie das im DRV-Katalog auch vorgesehen ist, leider nur selektiv seitens der GKV im Entwurf, schnell die Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Reha-Einrichtung überbrückt werden kann. Das sind die einfachen, trivialen Gründe. Das sind auch die Rückmeldungen, die wir als Diakonie auch von Patientinnen und Patienten bekommen, auch von den Evangelischen Krankenhäusern und den Reha-Einrichtungen, dass es da immer wieder zu Stolpersteinen kommt, die man umgehen könnte.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Frage ausreichend beantwortet, PatV?

PatV.: Vielen Dank. – Ich hätte aber noch mehr, wenn niemand anders etwas fragen will.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Bisher habe ich keine Meldung, also: Sie haben das Wort.

PatV.: Meine nächste Frage richtet sich auch an Sie, Dr. Steffens. Sie haben ja auch kritisiert, dass es im Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes eine Eingrenzung der Indikationsgruppen gibt. Sie haben das beispielhaft festgemacht an der Indikationsgruppe 3 – entzündliche rheumatische Erkrankungen – und Gruppe 10: neurologische Erkrankungen –: nicht enthalten. Können Sie noch einmal die Kritikpunkte daran bei der Eingrenzung erläutern?

Herr Dr. Steffens (Diakonie): Ich will bei den neurologischen Erkrankungen, mit denen ich mich ein bisschen beschäftigt habe, sehr deutlich machen: Hier haben wir den Regelfall. Das ist das Entscheidende: den Regelfall, dass neurologisch Erkrankte nach einem Krankenhausaufenthalt unmittelbar einer rehabilitativen Behandlung bedürfen. Im Einzelfall mag das ja nicht so sein, deswegen muss sozusagen im Einzelfall auch noch einmal im Krankenhaus im Rahmen eines vorläufigen Assessments geprüft werden, ob das wirklich der Fall ist. Aber als typisierendes Vorgehen ist das unerlässlich. Denken Sie – wir brauchen jetzt gar nicht über Schlaganfälle zu reden – an sehr viele andere neurologische Erkrankungen, bei denen dieser Übergang sehr schnell und zügig erfolgen muss. Ich glaube, es gibt da einfach keine plausiblen Argumente, gerade den Bereich der Neurologie da aus dem Indikationskatalog herauszunehmen.

Wir müssen auch bedenken: Es ist ja auch vom Gesetzgeber – ich habe es vorhin, aber auch in der schriftlichen Stellungnahme formuliert – gewollt, dass es ein einheitliches, trägerübergreifendes Verfahren gibt und nicht ein Verfahren der Rentenversicherung und ein ganz anderes Verfahren der Krankenkasse. Beide Verfahren müssen sich an medizinischen Standards orientieren, und das werden sie sicherlich auch.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Ich habe jetzt eine Frage von der Patientenvertretung. Bitte.

PatV.: Meine Frage richtet sich sowohl an die Diakonie als auch an die Geriatrie, und zwar geht es da um den SINGER- bzw. SINGER-Patienten-Fragebogen. Sind die beiden aus Ihrer Sicht als Instrument geeignet bzw. validiert, um das Vorliegen von Reha-Indikationen über die verschiedenen Indikationsbereiche zu belegen? Und wie sieht das speziell für die Geriatrie aus?

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Die Frage richtete sich an wen, PatV?

PatV.: Meine Frage richtet sich sowohl an die Geriatrie als auch an die Diakonie.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Okay, dann beginnen wir einmal mit der Geriatrie. Frau Kappes.

Frau Kappes (BV Geriatrie): Herzlichen Dank für die Frage. Letztendlich ist es aus Sicht der Geriatrie so, dass es im internationalen Vergleich verschiedene Assessment- bzw. Screening-Instrumente gibt, die aber eben im deutschen Raum an dieser Stelle nicht evaluiert sind und mit keiner Evidenz belegt sind. Aus Sicht der (Tonausfall)

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Wir konnten Sie jetzt nicht mehr hören.

Frau Kappes (BV Geriatrie): Irgendwie ist es abgebrochen; ich weiß jetzt nicht, was Sie noch gehört haben.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Dass es international verschiedene Assessment- respektive Screening-Instrumente gibt.

Frau Kappes (BV Geriatrie): Genau. Im internationalen Vergleich gibt es hier verschiedene Screening-Instrumente, die aber eben im deutschen Raum bisher keine Evidenz haben und auch nicht hinreichend evaluiert sind, sodass es kein Standardinstrument für den Bereich der Geriatrie an dieser Stelle gibt.

Im Bereich der Geriatrie empfehlen wir als Bundesverband Geriatrie und gemeinsam mit den geriatricspezifischen Fachgesellschaften das Instrument ISAR an dieser Stelle. Das wäre unter Vorbehalt eher zu nehmen. Man muss auch erwähnen, dass es gerade im Bereich der Geriatrie verschiedene Screening-Instrumente gibt, die sich in Deutschland etabliert haben, sei es das geriatrische Screening nach Lachs, das ISAR-Instrument, das ich gerade erwähnt habe, das geriatrische Screening nach Kanton Bern, Geriatrie-Checkup der BWKG. Also hier sieht man: Es haben sich verschiedene Instrumente etabliert, und an dieser Stelle jetzt eine feste Auswahl zu treffen, wäre aus unserer Sicht fachlich-inhaltlich nicht korrekt. – Das hierzu.

Ich möchte in diesem Zusammenhang auch noch einmal auf die S1-Leitlinien zum geriatrischen Assessment der AWMF hinweisen, weil auch hier verschiedene Screening-Instrumente genannt werden, unter anderem das ISAR-Screening-Instrument und eben nicht SINGER. Das vielleicht noch als Ergänzung.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Frau Kappes. – Herr Dr. Steffens, bitte.

Herr Dr. Steffens (Diakonie): Als Ergänzung der Ausführungen der Kollegin: In der Tat gibt es eine ganze Reihe von Instrumenten. Wir haben in unserer Stellungnahme als Diakonie formuliert, dass es doch vor dem Hintergrund der komplexen Situation, die die Kollegin geschildert hat, Sinn macht, es den Kliniken zu überlassen, welche Instrumente sie einsetzen. Entscheidend ist vor allem, dass die eingesetzten Instrumente in das biopsychosoziale Modell der ICF eingebettet werden und damit auch dem Charakter der Rehabilitation entsprechen. Also es geht um die Erhebung des Bedarfs an einer Teilhabeleistung bei dem Konzept des biopsychosozialen Modells.

Das Entscheidende ist, dass das mit einer ganzen Reihe von Instrumenten und Erhebungen vereinbar ist, wenn der Blick der Ärzte, die das im Krankenhaus machen, in der Tat rehabilitativ geschult ist und sie in der Lage sind, Teilhabebedarfe zu erheben. Da bin ich ganz sicher, dass das geschieht. Dann ist die Instrumentenfrage in gewissem Sinne eine zweitrangige Frage.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Dann habe ich eine Frage des GKV-Spitzenverbandes. GKV-SV, bitte.

GKV-SV: Ich habe eine Frage an Herrn Dr. Steffens, die sich auf seine vorletzte Wortmeldung bezieht. Sie haben aus meiner Sicht zwei Aspekte herausgestellt. Der eine Aspekt ist, dass Sie sagen, es ist wichtig, dass im Krankenhaus sehr fundiert die Reha-Indikation erhoben wird,

man sich auch mit der Frage der Reha-Fähigkeit beschäftigt und dass das direkt im Krankenhaus passiert, damit die Anschlussversorgung organisiert werden kann.

Mein Eindruck ist, dass Sie aus dem Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes ableiten, dass gerade das in unserem Vorschlag nicht beabsichtigt ist. Unser Vorschlag sieht natürlich auch die gewissenhafte Indikationsstellung durch den Krankenhausarzt vor, und es geht ja letztendlich nur um die Frage, wann die Krankenkassen diese Indikationsstellung noch einmal überprüfen oder nicht. Deswegen die Frage, ob Sie aus unserem Vorschlag irgendwie ableiten, dass wir die gewissenhafte Indikationsstellung nicht beim Krankenhausarzt angesiedelt sehen. Da würde mich interessieren, woraus Sie das ableiten.

Der zweite Punkt ist: Sie haben so sehr darauf abgestellt, dass es wichtig ist, trägerübergreifend einheitliche Verfahren zu haben, und haben das insbesondere in Bezug auf das Direkteinleitungsverfahren so dargestellt. Nach unserer Kenntnis ist es so, dass im Bereich der Rentenversicherung nicht einheitlich ein Direkteinleitungsverfahren umgesetzt wird. Dies ist insbesondere bei der Deutschen Rentenversicherung Bund der Fall, bei den allermeisten anderen Regionalträgern aber nicht. Haben Sie insoweit Erfahrungen aus der Praxis, dass bei den Regionalträgern, die kein Direkteinleitungsverfahren haben, die Prozesse verzögert oder gar nicht eingeleitet werden?

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, GKV-SV. – Herr Dr. Steffens, Sie haben das Wort.

Herr Dr. Steffens (Diakonie): Ich möchte ganz kurz auf die erste Frage antworten: Nein, ich unterstelle der GKV nicht, dass sie den Krankenhausärzten unterstellt, sie würden keine vernünftige Indikation stellen. Sondern ich sehe da eher eine Gemeinsamkeit: dass es Sinn macht, im Krankenhaus eine vorläufige Indikation, ein vorläufiges Assessment zu machen, um zu schauen, ob beim Patienten tatsächlich die Rehabilitationsfähigkeit gegeben ist, um dann schnellstmöglich die Überführung, die Einleitung der Reha zu sichern.

Zur zweiten Frage – nach den unterschiedlichen Verfahren, die die Rentenversicherungen nutzen –: Nein, da liegen mir keine Kenntnisse vor, ob es da Verzögerungen in einigen Rentenversicherungsbereichen gibt. Das kann ich nicht sagen. Wichtig ist aber doch die Begründung, die im IPreG zu finden ist: dass ein trägerübergreifendes Verfahren gewünscht ist. Wenn es das noch nicht gibt, dann muss es eben geschaffen werden. Das ist der politische Wille, und das macht ja auch Sinn. Nicht, dass jeder sozusagen sein eigenes Verfahren hat, sondern das ein Verfahren, eine Vorgehensweise ist. Das ist ja auch für die Krankenhäuser viel praktikabler.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Herr Steffens. – Frage ausreichend beantwortet? – Ja. Dann übergebe ich an die Patientenvertretung, PatV.

PatV.: Ich habe noch eine Frage an Frau Neugebauer. Sie sind schon in Ihrem Eingangsstatement darauf eingegangen, dass Sie fordern, dass auch für Suchtkranke die Möglichkeit der Anschlussrehabilitation geschaffen wird. Es gibt ja schon das Nahtlosverfahren zwischen dem qualifizierten Entzug und der Sucht-Rehabilitation. Warum noch der Bedarf für die Anschlussrehabilitation? Gibt es da konkrete Probleme?

Frau Neugebauer (fdr+): Darauf antworte ich sehr gern, vielen Dank für die Frage. – Gerade in der Corona-Pandemie hat sich tatsächlich gezeigt, dass Anschlussrehabilitationen sozusagen ausgenommen wurden von einem Belegungsstopp während der Pandemie. Gerade im ersten Lockdown gab es einen Belegungsstopp zur Aufnahme von Rehabilitanden, und da wurde in den Länderministerien festgelegt, dass eben Anschlussheilbehandlungen davon ausgeschlossen sind. Und wie üblich waren da leider die Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen sofort ausgeschlossen, weil sie eben nicht in dieses qualifizierte Verfahren eingeschlossen sind. Deswegen hat sich einfach noch einmal gezeigt: Es ist wichtig, dass das Nahtlosverfahren, was ja eigentlich schon geschrieben ist zwischen Krankenkasse und

Rentenversicherung, noch einmal in diesem besonderen Direkteinleitungsverfahren beschrieben wird. Das war uns wichtig, und die Corona-Pandemie hat jetzt noch einmal gezeigt, dass es eine Bedeutung hat.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Frau Neugebauer. – Dann habe ich noch eine Frage von der GKV. GKV-SV.

GKV-SV: Ich habe eine Rückfrage an Herrn Steffens in Bezug auf die neurologische Rehabilitation. Sie haben ja darzustellen versucht, dass Sie gerade da keine Eingrenzung sehen und insbesondere den Vorschlag der GKV hier nicht nachvollziehen können, und betonen, dass der AR-Indikationskatalog der Deutschen Rentenversicherung diesbezüglich ausreichend sei, um die Indikationsstellung auch für Patienten der GKV in die neurologische Reha zu bahnen. Nun weiß ich nicht, wie Sie den AR-Indikationskatalog, seine Entstehungsgeschichte und seinen Inhalt kennen, aber nun hat die Deutsche Rentenversicherung einen ganz anderen gesetzlichen Auftrag zur Rehabilitation, und der bildet sich eben auch logischerweise im AR-Indikationskatalog mit ab. Und wenn Sie sich die Eingangskriterien für die neurologische Reha anschauen, stellen Sie fest, dass das eigentlich nicht das Ziel der Patienten betrifft, die aus Sicht der GKV rehabilitiert werden müssen. Da würde ich gern noch ein Statement von Ihnen hören.

Dann habe ich noch zwei kleine andere Dinge, lasse es aber erst einmal bei dieser ersten Frage.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Bitte, Herr Steffens.

Herr Dr. Steffens (Diakonie): Ja, selbstverständlich sind die Aufgaben von Rentenversicherung und Krankenkassen unterschiedlich, aber in beiden Bereichen geht es um Teilhabesicherung. Der entscheidende Punkt ist also die Frage: Macht man den unterschiedlichen Auftrag so stark, dass das gemeinsame Dritte sozusagen zurückgefahren wird, oder ist es sinnvoll – das ist unsere Position, da es in beiden Fällen um Teilhabeleistungen geht –, dass das stark gemacht wird.

Was da genau rehabilitiert und was genau gemacht wird, ist ja das Ergebnis des Assessments bzw. der Teilhabe der Reha-Planung, die da stattfindet, und das beginnt ja dann schon im Krankenhaus, wo dann geschaut wird, was die Teilhabebeeinträchtigungen sind, und wo die ersten Weichenstellungen dann auch schon erfolgen. Das ergibt an dieser Stelle, glaube ich, keinen Sinn, schon zwischen Krankenversicherung und Rentenversicherung eine Gabelung vorzunehmen in unterschiedliche Verfahren. Es ist uns nicht ersichtlich, welche Gründe es dafür letztlich gibt, tut mir leid.

GKV-SV: Das Phasenmodell der BAR ist Ihnen bekannt – was da natürlich dringend erforderlich ist? – Okay.

Dann hätte ich noch eine zweite Sache, Herr Steffens. Sie betonen ja die Fokussierung auf Teilhabebeeinträchtigung. Dann müssten Sie ja eigentlich das SINGER-Patienten-Profil begründen, weil es eines der wenigen Instrumente ist, das ja gerade das besser abbilden kann. Wie ist Ihre Meinung dazu?

Herr Dr. Steffens (Diakonie): Das ist ein Instrument, das sich eben nicht durchgesetzt hat, das nicht durchgängig evaluiert ist. Es gibt sehr viele andere Instrumente. Das kann ja auch alles sehr schön und gut sein, aber das muss letztlich nicht in den Reha-Richtlinien oder in Anhängen ausformuliert und festgelegt werden. Das können wir auch den Kliniken überlassen, weil entscheidend eben nicht die Instrumentenwahl ist, sondern die Einbindung der Erhebung durch ein Instrument in die psychosoziale Reha. Das ist das Entscheidende. Wir können den Kliniken und den Ärztinnen und Ärzten diesen Freiraum auch geben, denke ich.

GKV-SV: Eine allerletzte Anmerkung an Frau Kappes: Das SINGER-Patienten-Programm war für die Geriatrie gar nicht vorgesehen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, GKV-SV. – Ich habe jetzt noch eine Wortmeldung von der Patientenvertretung und mahne meinen Unterausschuss ein wenig, dass wir die Zeit, die wir für diese Anhörung vorgesehen hatten, erreicht haben. – Bitte, PatV.

PatV.: Ich habe noch eine letzte Frage an Herrn Schian von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Sie hatten es auch in Ihrem Eingangsstatement schon genannt; es geht um die Position der Patientenvertretung, in die Richtlinie doch eine Regelung zum direkten Antrag des Versicherten bei der Krankenkasse einzuführen. Sie haben dazu auch einen erweiternden Formulierungsvorschlag gemacht, den hat die Patientenvertretung übernommen. Können Sie bitte noch einmal für alle erläutern, welche Folgen Sie befürchten, wenn so eine Klarstellung nicht in der Richtlinie enthalten ist?

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Bitte, Herr Schian.

Herr Schian (BAR): Vielen Dank, PatV, für die Frage; die greife ich gern noch einmal auf.

Eine unmittelbare Folge könnte man, wenn man rein rechtstechnisch darauf schaute, zwar verneinen, weil das Recht ja ohnehin gilt, wir alle wissen aber, dass gerade die konkretisierenden Vorschriften, wie sie unter anderem zum Beispiel in der Reha-Richtlinie Niederschlag finden, für die Praxis besonders handlungsleitend sind. Und da gibt es dann einen Mechanismus, den man juristisch auch auskleiden kann im Sinne des Umkehrschlusses, dass man sagt: Was nicht geregelt ist, das soll auch nicht sein. – Da könnte dann aus unserer Sicht eine Lücke in der Praxis entstehen, wenn man diese rechtlich ohnehin gegebene Tatsache nicht hier an der Stelle, wo es ja wirklich sehr konkret und praxisnah wird, noch einmal ausführte. Diese rechtliche Regelung ist halt die, dass Patienten respektive Versicherte natürlich auch Rehabilitationsleistungen beantragen können. Das ist sozusagen die Grundlinie, die wir auch unterstützt haben und auch unsererseits vorgeschlagen hätten.

Der zweite Aspekt, der da für uns noch eine Rolle spielt, läuft unter der Überschrift: „Passungen mit dem SGB IX und den dort verbindlichen Regelungen“. Da würden wir dann hier auch noch einmal klarstellend erwähnen wollen, dass in diesem Antragsverfahren natürlich dann die vorrangigen Regelungen des SGB IX gelten. – Auch dies eigentlich eine Selbstverständlichkeit, aber aus den genannten Gründen würden wir das hier auch noch einmal ergänzend aufnehmen wollen. Und hierzu gibt es eben die Konkretisierung auch in der Gemeinsamen Empfehlung Reha-Prozess, die die Schritte, die im Gesetz vorgesehen sind, noch einmal runterbricht, etwas praxisnäher ausgestaltet. Darauf haben sich die Reha-Träger ja geeinigt bzw. das vereinbart, und deswegen wäre es auch sinnvoll, diese Brücken hier zu schlagen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Herr Schian.

Gibt es weitere drängende Fragen? – Das sehe ich im Moment nicht, sodass ich mich vor allen Dingen bei den Stellungnehmern ganz herzlich für die Teilnahme an dieser mündlichen Anhörung bedanke. Wünschen Sie uns Erfolg bei den weiteren Beratungen. Ihnen wünsche ich einen weiterhin guten Tag.

Ende der Anhörung: 11:07 Uhr