



Verordnung Aktuell Sonstiges

Stand: 25. August 2022

Eine Information der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ▪ [Kontakt zu Ihrem Beratungszentrum](#) ▪ www.kvb.de/verordnungen

■ Zugang zur medizinischen Rehabilitation zum 1. Juli 2022 vereinfacht

Geriatrische Rehabilitation

Verordnen Sie seit dem 1. Juli 2022 Ihren Patientinnen bzw. Patienten ab 70 Jahren eine geriatrische Rehabilitation, prüfen gesetzliche Krankenkassen **nicht** mehr, ob die Maßnahme medizinisch erforderlich ist. Damit dieses schlanke Verfahren greifen kann, kontrollieren Sie anhand festgelegter Kriterien den medizinischen Bedarf der geriatrischen Rehabilitation und machen auf der Verordnung die rehabilitationsbegründenden Angaben.

Unter folgenden **Voraussetzungen** (vgl. § 15 Reha-RL) darf eine geriatrische Rehabilitation ohne Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkasse erbracht werden. Diese Voraussetzungen sind durch Sie abzuklären und auf dem Verordnungsformular (Muster 61) darzulegen:

- Lebensalter von 70 Jahren oder älter
- Multimorbidität aufgrund einer rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnose sowie zwei weitere geriatritypische Diagnosen. Die Schädigungen, die aus den vorliegenden Diagnosen hervorgehen, sind durch zwei Funktionstests aus unterschiedlichen Schädigungsbereichen nachzuweisen.
 - Dabei hat ein Funktionstest für die rehabegründende Funktionsdiagnose zu erfolgen. Die zur Auswahl stehenden Funktionstests, z. B. Mini Mental Status Test, Geriatrische Depressions-Skala, sind in einer neuen Anlage II der Rehabilitations-Richtlinie (<https://www.g-ba.de/richtlinien/23/>) gelistet. Durch den weiteren Funktionstest ist entweder eine weitere rehabegründende Funktionsdiagnose oder eine geriatritypische Diagnose nachzuweisen. Geriatritypische Diagnosen werden in den Tragenden Gründen zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) (<https://www.g-ba.de/beschluesse/5184/>) aufgelistet, z. B. Demenz und leichte kognitive Störungen, Muskelschwund und -atrophie (Sarkopenie), Dekubitalgeschwüre und Sturzneigung.

Für Patientinnen bzw. Patienten, die die Voraussetzungen einer geriatrischen Rehabilitation nicht erfüllen - z. B. unter 70 Lebensjahren - kann die Krankenkasse die medizinische Erforderlichkeit der Verordnung überprüfen (lassen).

Für alle anderen Formen der medizinischen Rehabilitation und auch der geriatrischen Rehabilitation, bei der die Voraussetzungen nach der Rehabilitations-Richtlinie nicht erfüllt sind,

- darf die Krankenkasse von der medizinischen Erforderlichkeit der Reha-Verordnung nur auf Grundlage einer gutachterlichen Stellungnahme durch den Medizinischen Dienst abweichen.
- soll die Krankenkasse ihren Versicherten das Gutachten des Medizinischen Dienstes zur Verfügung stellen.

Anschlussrehabilitation durch Krankenhausärztinnen und -ärzte

Verordnen Krankenhausärztinnen und -ärzte seit dem 1. Juli 2022 eine Anschlussrehabilitation (früher: Anschlussheilbehandlung), prüfen gesetzliche Krankenkassen nicht mehr, ob die Maßnahme medizinisch erforderlich ist. Grundvoraussetzung bleibt, dass bei den Patientinnen bzw. Patienten die Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit, -ziele und positive Rehabilitationsprognose (vgl. § 7 Reha-RL) sowie bestimmte ausgewählte Diagnosen aus dem AHB-Indikationskatalog der Deutschen Rentenversicherung Bund vorliegen.

Anpassung des Verordnungsformulars

Die Einführung des neuen Formulars 61 erfolgte zum **Stichtag 1. Juli 2022 (ohne Übergangsregelung!)**. Das neue Formular 61 wurde von der KBV den Softwareherstellern zur Einbindung in die Praxisverwaltungssysteme bereitgestellt.

Eine Ausfüllhilfe finden Sie unter <https://www.kvb.de/verordnungen/formelles/>.

Abrechnung

Die Verordnung einer medizinischen Rehabilitation zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung wird rückwirkend ab 1. Juli höher vergütet. Außerdem wird ein Zuschlag im Zusammenhang mit der Beantragung einer geriatrischen Rehabilitation eingeführt.

GOP	Leistungsbezeichnung	Punkte
01611	Verordnung von medizinischer Rehabilitation	315 (rund 35,49 €; extrabudgetär)
01613 ¹	Zuschlag geriatrische Rehabilitation	75 (rund 8,45 €; extrabudgetär; einmal im Krankheitsfall)

¹ Die Berechnung ist durch folgende Fachgruppen möglich: Hausärztinnen und -ärzte, Fachärztinnen und -ärzte für Innere Medizin, Fachärztinnen und -ärzte für Orthopädie, Fachärztinnen und -ärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie, Fachärztinnen und -ärzte des Gebiets Chirurgie, Fachärztinnen und -ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin sowie Fachärztinnen und -ärzte, die nach Kapitel 16 und 21 EBM Leistungen abrechnen können.

Ansprechpartnerinnen und -partner für Verordnungsfragen stehen Ihnen - **als Mitglied der KVB** - unter 0 89 / 5 70 93 - 4 00 30 zur Verfügung. Oder Sie hinterlassen uns über Ihr Beratungscenter unter <https://www.kvb.de/service/beratung/beratungscenter/> einen Rückrufwunsch.