



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Richtlinie

des Gemeinsamen Bundesausschusses
Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(Rehabilitations-Richtlinie/Reha-RL)

in der Fassung vom 16. März 2004
veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 63 (S. 6 769) vom 31. März 2004
in Kraft getreten am 1. April 2004

zuletzt geändert am 19. Januar 2023
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 21.03.2023 B5)
in Kraft getreten am 22. März 2023

Inhalt

§ 1	Ziel und Zweck	3
§ 1a	Verordnungen in elektronischer Form	3
§ 1b	Verordnungen im Rahmen der Videosprechstunde	3
§ 2	Rechtliche Grundlagen	4
§ 3	Einschränkungen des Geltungsbereiches.....	5
§ 4	Inhaltliche Grundlagen	5
§ 5	Rehabilitationsberatung.....	6
§ 6	Verfahren.....	7
§ 7	Voraussetzungen der Verordnung	8
§ 8	Rehabilitationsbedürftigkeit.....	8
§ 9	Rehabilitationsfähigkeit.....	9
§ 10	Rehabilitationsprognose und Rehabilitationsziele.....	9
§ 11	Qualifikation der Vertragsärztin, des Vertragsarztes, der Vertragspsychotherapeutin oder des Vertragspsychotherapeuten	9
§ 12	Leistungsentscheidung der Krankenkasse	9
§ 13	Zusammenarbeit zwischen Rehabilitationseinrichtung, Vertragsärztin, Vertragsarzt, Vertragspsychotherapeutin oder Vertragspsychotherapeut und Krankenkassen	10
§ 14	Sicherung des Rehabilitationserfolges	11
§ 15	Geriatrische Rehabilitation.....	11
§ 16	Anschlussrehabilitation	12
Anlage I	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) – Erläuterungen und Begriffsbestimmungen –	14
Anlage II	Funktionstests im Rahmen der Verordnung von geriatrischer Rehabilitation auf Muster 61	16

§ 1 Ziel und Zweck

(1) ¹Die Richtlinie soll eine notwendige, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit im Einzelfall gebotenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gewährleisten; sie regelt außerdem die Beratung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V), um die Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. ²Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben zum Ziel, eine Behinderung im Sinne des § 2 Absatz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) einschließlich Pflegebedürftigkeit gemäß des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (§ 11 Absatz 2 SGB V).

(2) ¹Die Richtlinie soll insbesondere das frühzeitige Erkennen der Notwendigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation fördern und dazu führen, dass diese unter aktiver Einbeziehung der oder des Versicherten rechtzeitig eingeleitet werden. ²Sie regelt die Verordnung durch

- Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie
- die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (im Folgenden bezeichnet als Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten)

als Grundlage für die Leistungsentscheidung der Krankenkasse. ³Sie beschreibt die Umsetzung von Nachsorgeempfehlungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges und verbessert die Zusammenarbeit zwischen Vertragsärztinnen, Vertragsärzten, Vertragspsychotherapeutinnen, Vertragspsychotherapeuten, Krankenkassen und Erbringern von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. ⁴Die Richtlinie soll dazu beitragen, dass möglicherweise bestehende weitere Teilhabebedarfe frühzeitig erkannt werden.

(3) ¹Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. ²Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen (§ 12 Absatz 1 SGB V).

§ 1a Verordnungen in elektronischer Form

Die Regelungen dieser Richtlinie gelten entsprechend für Verordnungen in elektronischer Form, soweit im Folgenden nichts Abweichendes bestimmt ist.

§ 1b Verordnungen im Rahmen der Videosprechstunde

¹Die Feststellungen nach § 7 sind im Rahmen einer unmittelbar persönlichen oder mittelbar persönlichen Konsultation möglich. ²Eine mittelbar persönliche Konsultation kann im Rahmen der Videosprechstunde erfolgen. ³Die mittelbar persönliche Konsultation ist zulässig, wenn dies aus ärztlicher oder psychotherapeutischer Sicht unter Beachtung der berufsrechtlichen Vorgaben vertretbar ist. ⁴Dies setzt insbesondere voraus, dass

1. die oder der Versicherte und die ordnungsrelevante Diagnose sowie die Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit der Ordnerin oder dem Ordner oder einer anderen ordnungsberechtigten Person derselben Berufsausübungsgemeinschaft unmittelbar persönlich bekannt sind und
2. die Erkrankung eine Verordnung im Rahmen der Videosprechstunde nicht ausschließt.

⁵Sofern der Verordnerin oder dem Verordner eine hinreichend sichere Beurteilung der Verordnungsvoraussetzungen im Rahmen der Videosprechstunde nicht möglich ist, ist von einer Verordnung im Rahmen der Videosprechstunde abzusehen und auf die Erforderlichkeit einer unmittelbar persönlichen Untersuchung durch die Verordnerin oder den Verordner zu verweisen. ⁶Die oder der Versicherte ist im Vorfeld der Videosprechstunde über die eingeschränkten Möglichkeiten der Befunderhebung zum Zweck der Verordnung im Rahmen der Videosprechstunde aufzuklären. ⁷Ein Anspruch auf die Verordnung im Rahmen der Videosprechstunde besteht nicht.

§ 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 Rehabilitationssträger 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.

(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. ³SGB 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. ⁵Die Besonderheiten bei der Verordnung von Leistungen der geriatrischen Rehabilitation (§ 40 Absatz 3 Satz 2 SGB V) sind in § 15 geregelt.

(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) auf der Grundlage der Begutachtungs-Richtlinien „Vorsorge und Rehabilitation“ des Medizinischen Dienstes Bund (MD-Bund) 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 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 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) ¹Für 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. ²Es gilt § 16.

§ 4 Inhaltliche Grundlagen

(1) ¹Medizinische Rehabilitation umfasst 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,

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

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) (<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 biopsychosozialen Modell der WHO (<https://www.dgsm.de/systematik-der-dgsm/>) beschrieben werden.

(2) ¹Die 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 und stationären 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

(1) ¹Der Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geht eine Beratung der Versicherten über die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, der Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation voraus, die es den Versicherten ermöglichen soll, selbstbestimmt und eigenständig zu entscheiden, welche in Betracht kommenden Leistungen sie beantragen. ²Dabei wirken Vertragsärztin, Vertragsarzt, Vertragspsychotherapeutin oder Vertragspsychotherapeut, Krankenkasse und Versicherte zusammen. ³Bei der Beratung wird

- auf ergänzende unabhängige Angebote zur Teilhabeberatung nach § 32 SGB IX,
- auf die Möglichkeit der Beratung durch die Beratungsstellen der Rehabilitationsträger sowie
- gesondert auf das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten nach § 8 SGB IX hingewiesen.

⁴Die besonderen Erfordernisse der Versorgung von Menschen mit Behinderungen sind im Rahmen der Beratung zu beachten. ⁵Verfügbare Informationen und Entscheidungshilfen im Hinblick auf barrierefreie Leistungsangebote werden einbezogen.

(2) ¹Die Vertragsärztin, der Vertragsarzt, die Vertragspsychotherapeutin oder der Vertragspsychotherapeut berät insbesondere,

- warum ihrer oder seiner Einschätzung nach die Maßnahmen der kurativen Versorgung nicht ausreichen, und
- über die Ziele, Inhalte, Abläufe und Dauer der Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

²Die Beratung richtet sich auch an die Personensorgeberechtigten.

(3) Die Krankenkasse berät insbesondere über

- Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation sowie über alternative Leistungsangebote und die Leistungsausführung als Persönliches Budget sowie Unterstützungsangebote der Krankenkasse für pflegenden Angehörige,
- den voraussichtlich zuständigen Rehabilitationsträger,
- die Notwendigkeit der Antragsstellung, auch für mögliche weitere Teilhabeleistungen und
- den Ablauf des Antragsverfahrens nach den §§ 14 ff. SGB IX.

§ 6 Verfahren

(1) ¹Ergibt 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 unter Verwendung des Ordnungsformulars Muster 61 Teile B bis D. ²Dabei ist die medizinische Indikation anhand der in den §§ 8 bis 10 genannten Indikationskriterien transparent und nachvollziehbar darzulegen. ³Sofern 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 in der Verordnung an. ⁴Liegen Anhaltspunkte vor, wonach die Mitaufnahme dem Rehabilitationserfolg der oder des Versicherten entgegenstehen könnte, ist dies in der Verordnung anzugeben.

(1a) ¹Ergibt 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 unter Verwendung des Ordnungsformulars Muster 61 Teile B bis D unter Berücksichtigung des § 2 Absatz 6 Satz 3. ²Die Indikation ist anhand der in den §§ 8 bis 10 genannten Indikationskriterien transparent und nachvollziehbar darzulegen. ³Dabei 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. ⁴Auf Fremdbefunden beruhende Angaben sind im Ordnungsformular Muster 61 transparent zu machen. ⁵Sofern 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 in der Verordnung an. ⁵Liegen Anhaltspunkte vor, wonach die Mitaufnahme dem Rehabilitationserfolg der oder des Versicherten entgegenstehen könnte, ist dies in der Verordnung anzugeben.

(2) ¹Sofern 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 Ordnungsformular 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 Ordnungsformulars 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) ¹Im 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. ²Die 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. ³Der Inhalt der abgegebenen Einwilligung wird über das Muster 61 an die Krankenkasse übermittelt.

§ 7 Voraussetzungen der Verordnung

(1) ¹Voraussetzung für die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist das Vorliegen der medizinischen Indikation. ²Hierzu sind im Sinne eines vorläufigen rehabilitationsmedizinischen Assessments abzuklären:

- die Rehabilitationsbedürftigkeit,
- die Rehabilitationsfähigkeit und
- eine positive Rehabilitationsprognose auf der Grundlage realistischer, für die Versicherten alltagsrelevanter Rehabilitationsziele.

(2) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können nur verordnet werden, wenn das innerhalb der Krankenbehandlung angestrebte Rehabilitationsziel voraussichtlich nicht durch

- Leistungen der kurativen Versorgung oder deren Kombination,
- die Leistungen der medizinischen Vorsorge nach §§ 23 und 24 SGB V

erreicht werden kann, die Leistung zur medizinischen Rehabilitation dafür jedoch eine hinreichende Aussicht auf Erfolg bietet.

§ 8 Rehabilitationsbedürftigkeit

¹Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung

- voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivität vorliegen, durch die in absehbarer Zeit eine Beeinträchtigung der Teilhabe droht oder
- Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen und
- über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.

²Zu den Beeinträchtigungen der Teilhabe gehört auch der Zustand der Pflegebedürftigkeit.

³Inhaltlich sind im Verordnungsformular Muster 61 zur Rehabilitationsbedürftigkeit insbesondere auszuführen:

- welche Befunde zu den rehabilitationsbegründenden Schädigungen erhoben wurden,
- welche Maßnahmen der Krankenbehandlung (ärztliche Intervention, Arzneimitteltherapie, Heilmittel, Psychotherapie) oder sonstigen Leistungen in Anspruch genommen wurden,
- in welchem Umfang Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen vorliegen oder Teilhabebeeinträchtigungen drohen,

- welche umwelt- und personbezogenen Faktoren (einschließlich mütter- und väterspezifischer Kontextfaktoren bei Leistungen nach § 41 SGB V) einen Einfluss auf die Funktionsfähigkeit zum Zeitpunkt der Verordnung haben,
- welche medizinischen Risikofaktoren bestehen.

§ 9 Rehabilitationsfähigkeit

Rehabilitationsfähig sind Versicherte, wenn sie aufgrund ihrer somatischen und psychischen Verfassung die für die Durchführung und Mitwirkung bei der Leistung zur medizinischen Rehabilitation notwendige Belastbarkeit besitzen.

§ 10 Rehabilitationsprognose und Rehabilitationsziele

¹Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

- auf der Basis der Erkrankung oder Behinderung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotentials oder der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller positiver Kontextfaktoren, insbesondere der Motivation der oder des Versicherten zur Rehabilitation, oder der Möglichkeit der Verminderung negativ wirkender Kontextfaktoren
- über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels oder festgelegter Rehabilitationsziele durch eine geeignete Leistung zur medizinischen Rehabilitation
- in einem notwendigen Zeitraum.

²Im Ordnungsformular Muster 61 sind insbesondere die alltagsrelevanten Rehabilitationsziele in Bezug auf die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe zu benennen. ³Weichen die Ziele Versicherter oder Angehöriger von denen der Verordnerin oder des Verordners ab, sind diese getrennt darzustellen.

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

¹Die Beratung über und die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erfordern unter anderem spezielle Kenntnisse in der Anwendung der ICF, die nach den Weiterbildungsordnungen weitestgehend Gegenstand der ärztlichen Weiterbildung und nach den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen weitestgehend Gegenstand der Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin, zum Psychologischen Psychotherapeuten, zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind.

²Diese Kenntnisse sollten in mindestens einmal jährlich anzubietenden Fortbildungsveranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigungen erweitert und vertieft oder erlangt werden. ³Die Fortbildungsveranstaltungen umfassen die Themen der Rehabilitations-Richtlinie, insbesondere folgende Inhalte:

- Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe,
- Zugangsvoraussetzungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Nutzung der ICF als konzeptionelles Bezugssystem für die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, einschließlich Erläuterung des Behinderungsbegriffs und der Leitidee von Inklusion.

§ 12 Leistungsentscheidung der Krankenkasse

(1) ¹Die 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,
- gegebenenfalls weiterer Dokumente (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) ¹Die 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) ¹Von 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. ²Diese ist der oder dem Versicherten und mit deren oder dessen Einwilligung in Textform auch der Verordnerin oder dem Verordner zur Verfügung zu stellen. ³§ 15 Absatz 3 und 4 bleibt unberührt.

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

(1) ¹Ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen stellen zu Beginn der Leistung zur medizinischen Rehabilitation gemeinsam mit den Versicherten einen Rehabilitationsplan auf. ²Bei ambulanter Rehabilitation übersendet die Einrichtung auf Anfrage der Vertragsärztin, des Vertragsarztes, der Vertragspsychotherapeutin oder des Vertragspsychotherapeuten dieser oder diesem den aktuellen Rehabilitationsplan.

(2) ¹Bei ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation stellt die Rehabilitationseinrichtung die medizinische Versorgung der rehabilitationsbegründenden Erkrankung und ihrer Folgen sicher. ²Die Mitteilung an die Versicherten erfolgt schriftlich. ³Im Übrigen verbleibt die Versicherte oder der Versicherte in der vertragsärztlichen Versorgung.

(3) Bei stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation leistet die Rehabilitationseinrichtung die gesamte medizinische Betreuung der Versicherten, soweit dies mit den Mitteln der Einrichtung möglich ist.

(4) ¹Nach Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation erhält die Vertragsärztin, der Vertragsarzt, die Vertragspsychotherapeutin oder der Vertragspsychotherapeut einen Entlassungsbericht mit folgenden Angaben:

- a) rehabilitationsrelevante Funktionsdiagnosen in der Reihenfolge ihrer sozialmedizinischen Bedeutung,
- b) die individuellen, mit der oder dem Versicherten vereinbarten Rehabilitationsziele,
- c) Rehabilitationsverlauf unter Angabe der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen und
- d) abschließend erreichter Rehabilitationserfolg bezogen auf die individuellen Rehabilitationsziele; dazu gehört die sozialmedizinische Beurteilung:
 - zum Grad der Selbständigkeit bei den Verrichtungen des täglichen Lebens und zum diesbezüglichen Hilfebedarf,
 - zur Frage der Vermeidung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit, zur Verhütung ihrer Verschlimmerung oder zur Milderung ihrer Folgen,

- zur Krankheitsbewältigung, zum Einfluss positiv wie negativ wirkender Kontextfaktoren und deren Modifizierbarkeit sowie zur Einleitung von Verhaltensmaßnahmen im Hinblick auf eine Lebensstiländerung,
 - zur Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben unter Bezugnahme auf die individuellen beruflichen Rahmenbedingungen sowie
- e) Empfehlungen für weiterführende und Informationen über bereits eingeleitete Leistungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges (z. B. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, stufenweise Wiedereingliederung, Rehabilitationssport und Funktionstraining, Heil- und Hilfsmittelversorgung, Arzneimittelversorgung, psychotherapeutische Leistungen) und zur Wiedereingliederung in das soziale Umfeld bzw. zur psychosozialen Betreuung.

²Die Rehabilitationseinrichtung übermittelt der oder dem Versicherten auf Wunsch den Entlassungsbericht, soweit dem nicht erhebliche therapeutische Gründe entgegenstehen.

(5) Wird während einer ambulanten oder stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation erkennbar, dass der bisherige Arbeitsplatz der Versicherten gefährdet ist oder andere Leistungen zur Teilhabe notwendig sind, unterrichtet die Rehabilitationseinrichtung die Krankenkasse.

§ 14 Sicherung des Rehabilitationserfolges

(1) Vertragsärztin, Vertragsarzt, Vertragspsychotherapeutin oder Vertragspsychotherapeut und Krankenkasse wirken gemeinsam mit der oder dem Versicherten darauf hin, dass die Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges (z. B. Nachsorge, stufenweise Wiedereingliederung, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) umgesetzt werden.

(2) Ergibt sich während der Rehabilitationsmaßnahme oder aus dem Entlassungsbericht, dass weitere Leistungen zur Teilhabe angezeigt sind, für welche die Krankenkasse als Rehabilitationsträger nicht zuständig ist (zum Beispiel Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur sozialen Teilhabe, zur Teilhabe an Bildung), leitet sie das weitere Verfahren unter Einbeziehung der oder des Versicherten ein.

§ 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) ¹Für die Zuweisung in eine geriatrische Rehabilitation, bei der die Krankenkasse die medizinische Erforderlichkeit nicht überprüft, sind folgende Kriterien abzuklären und im Verordnungsformular Muster 61 darzulegen:

1. Bestehen eines erhöhten Lebensalters, 70 Jahre oder älter und
2. Vorliegen von mindestens einer rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnose und zwei geriatritypischen Diagnosen (Teil B des Musters 61 in Abschnitt I).

²Die aus den Diagnosen gemäß Nummer 2 resultierenden Schädigungen sind mit mindestens zwei geeigneten Funktionstests aus unterschiedlichen Schädigungsbereichen nachzuweisen, wobei ein Funktionstest für die rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnose zu erfolgen hat. ³Die Ergebnisse der durchgeführten Funktionstests sind unter Angabe des Funktionstests im Verordnungsformular Muster 61 einzutragen. ⁴Näheres 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) ¹Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt sowie die Krankenkasse beraten die Versicherten über das Verfahren der Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation. ²Die Krankenkasse berät die Versicherten auch über das Verfahren zur Bewilligung einer geriatrischen Rehabilitation.

§ 16 Anschlussrehabilitation

(1) ¹Bei 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, 10 (in den unter Buchstabe d genannten Fällen), 11 oder 13 gemäß dem AHB-Indikationskatalog der Deutschen Rentenversicherung Bund in der Fassung 12.2017 vorliegen:

- a) Indikationsgruppe 1: Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufsystems
 - Myokardinfarkte
 - Koronar-Arterielle Bypass-Operation auch in Kombination mit einem Herzklappenersatz
 - Herzinsuffizienzen ab NYHA II,
- b) Indikationsgruppe 4: Konservativ und operativ behandelte Erkrankungen des Bewegungsapparates und Unfallfolgen
 - nach endoprothetischer Versorgung von Knie- oder Hüftgelenk
 - spezifische Rückenschmerzen mit hohem Chronifizierungsrisiko
 - Spinalkanalstenose/Enger Spinalkanal/Rezessusstenose
 - Major Amputation an der unteren Extremität (proximal des Fußes),
- c) Indikationsgruppe 7: Krankheiten der Atmungsorgane einschließlich Operationen,
- d) Indikationsgruppe 10: Neurologische Krankheiten einschließlich Operationen an Gehirn, Rückenmark und an peripheren Nerven, wenn sich eindeutig eine Phasenzuordnung zur Phase D (gemäß BAR-Phasenmodell) aus den Feststellungen im ärztlichen Befundbericht sowie den Antragsunterlagen ableiten lässt,
- e) Indikationsgruppe 11: Onkologische Krankheiten,
- f) ¹Indikationsgruppe 13: Organ-Transplantationen und -Unterstützungssysteme.

²Satz 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).

(2) ¹Für 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. ²Die Darlegung der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe erfolgt mit dem SINGER Patientenprofil.

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

Für die Frage, ob eine Rehabilitation indiziert ist, sind die individuellen Auswirkungen einer Krankheit im Alltag maßgeblich sowie die Faktoren, die darauf Einfluss nehmen. Die WHO stellt für die Beschreibung dieses Bedingungsgefüges mit der ICF ein Klassifikationssystem zur Verfügung. Wegen seiner Bedeutung für die Rehabilitation wird es im Folgenden erläutert.

1. Ziel und Zweck der ICF

Die ICF gehört zu der von der WHO entwickelten „Familie“ von Klassifikationen für die Anwendung auf verschiedene Aspekte der Gesundheit. Sie wurde von der 54. Vollversammlung der WHO am 22. Mai 2001 in einer englischsprachigen Version für den internationalen Gebrauch beschlossen.

Die ICF erlaubt eine Differenzierung der Schädigungen, eine Zusammenfassung oder Trennung von Aktivitäten und Teilhabe und berücksichtigt dabei äußere und innere Einflüsse auf Funktionsfähigkeit und Behinderung. Die ICF stellt einen Rahmen zur Beschreibung von Gesundheit und mit Gesundheit zusammenhängenden Zuständen in einheitlicher und standardisierter Sprache zur Verfügung.

Die ICF hat folgende Funktionen:

1. Sie ist eine Konzeption zum besseren Verständnis der Komponenten der Gesundheit (siehe Abschnitt 2 "Begrifflichkeiten und Struktur der ICF") und ein theoretischer Rahmen zum Verständnis des Zusammenhangs zwischen diesen Komponenten.
2. Sie ist ein Schema zur Klassifikation und Kodierung der Komponenten der Gesundheit.
3. Die ICF ergänzt die ICD. Die deutschsprachige Fassung der ICF wird vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI (www.dimdi.de) herausgegeben.

2. Begrifflichkeiten und Struktur der ICF

2.1 Funktionsfähigkeit, Behinderung und Kontextfaktoren als Teile der ICF

Die ICF hat eine duale Struktur. Sie besteht aus den Teilen „Funktionsfähigkeit und Behinderung“ (Teil 1) sowie „Kontextfaktoren“ (Teil 2).

- Funktionsfähigkeit ist ein Oberbegriff für Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Teilhabe. Er bezeichnet die positiven Aspekte der Interaktion zwischen einer Person (mit einem bestimmten Gesundheitszustand) und deren individuellen Kontextfaktoren (umweltbezogene und personbezogene Faktoren).
- Behinderung ist ein Oberbegriff für Schädigungen sowie Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe. Er bezeichnet die negativen Aspekte der Interaktion zwischen einer Person (mit einem bestimmten Gesundheitszustand) und deren individuellen Kontextfaktoren.
- Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar. Sie umfassen zwei Komponenten: Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren. Diese können einen positiven oder negativen Einfluss auf die Funktionsfähigkeit einer Person haben.

2.2 Komponenten der ICF

Die Komponenten des Teiles 1 der ICF sind zum einen Körperfunktionen und -strukturen, zum anderen Aktivitäten und Teilhabe. Die Komponenten des Teiles 2 sind Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren.

- Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Leben gestalten.
- Personbezogene Faktoren sind der spezielle Hintergrund des Lebens und der Lebensführung einer Person und umfassen Gegebenheiten der Person, die nicht Teil ihres Gesundheitsproblems oder Gesundheitszustandes sind. Personbezogene Faktoren sind bislang von der WHO noch nicht klassifiziert worden.

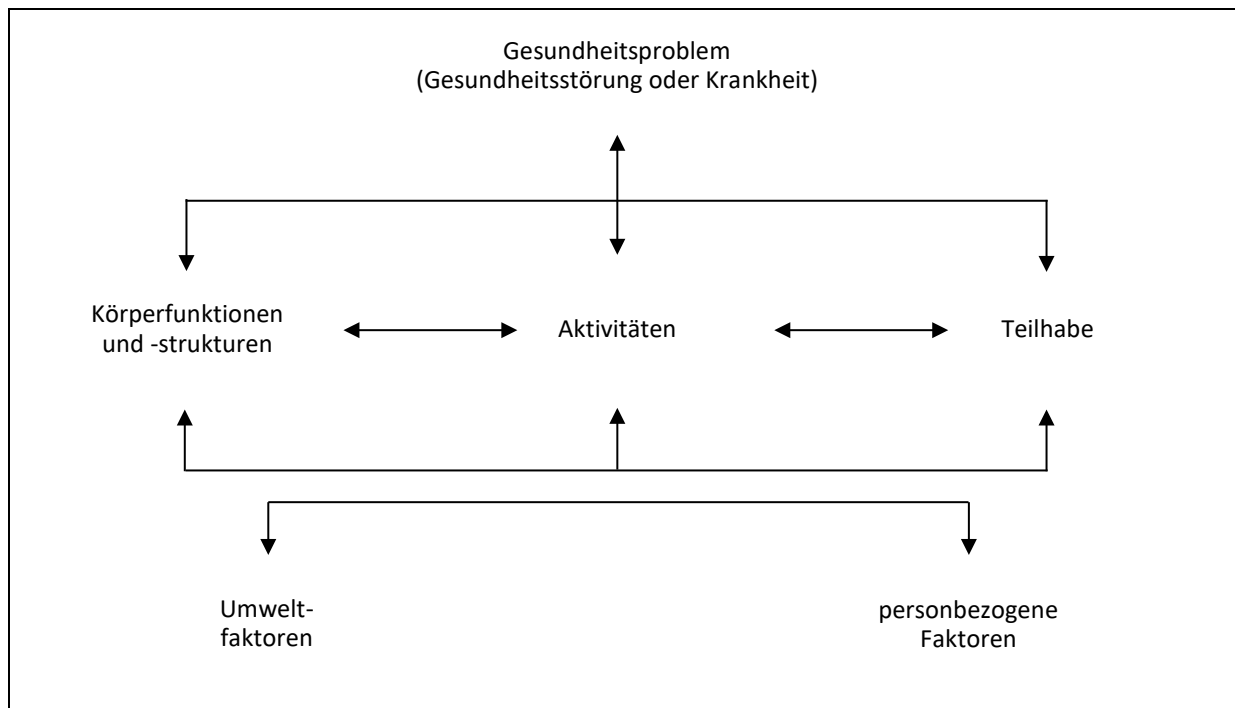
Begriffe der ICF:

- Körperfunktionen sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychologischer Funktionen).
- Körperstrukturen sind anatomische Teile des Körpers wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile.
- Beeinträchtigungen dieser Komponente (Körperfunktionen und/oder Körperstrukturen) werden als Schädigungen bezeichnet.
- Eine Aktivität ist die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung (Aktion) durch eine Person.
- Teilhabe ist das Einbezogenessein in eine Lebenssituation.
- Beeinträchtigungen dieser Komponente (Aktivität und/oder Teilhabe) werden als Beeinträchtigungen der Aktivität bzw. Teilhabe bezeichnet.

3. Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF

Die Funktionsfähigkeit eines Menschen bezüglich bestimmter Komponenten der Gesundheit ist als eine Wechselwirkung oder komplexe Beziehung zwischen Gesundheitsproblemen und Kontextfaktoren zu verstehen. Es besteht eine dynamische Wechselwirkung zwischen diesen Größen: Interventionen bezüglich einer Größe können eine oder mehrere der anderen Größen verändern (siehe auch Abbildung 1).

Abbildung 1: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF



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

Für die gemäß § 15 Absatz 2 durchzuführenden Funktionstests gelten folgende Voraussetzungen:

- Die aus den Diagnosen resultierenden Schädigungen sind mit mindestens zwei Funktionstests aus unterschiedlichen Schädigungsbereichen nachzuweisen.
- Es sollen die Funktionstests gewählt werden, die die Schädigungen medizinisch am besten abbilden.
- Einer der Funktionstests hat für die rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnose zu erfolgen.
- Das Ergebnis der Funktionstests soll nicht älter als 6 Wochen sein.
- Die Ergebnisse der Funktionstests sind im Verordnungsformular Muster 61 einzutragen.

Insbesondere die nachfolgend aufgeführten Funktionstests können als geeignet angesehen 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	Schmerz- skala	Visuelle Analogskala für Schmerzintensität <u>oder</u> Nu- merical Pain Rating Scale	0 (keine Schmerzen) bis 10 (stärkster vorstellbarer Schmerz)

Schädigungsbereich	Muster 61	Funktionstest	Interpretation
Funktionen des kardi- ovaskulären, hämatologi- schen, Immun- und Atmungssystems	Ergo	Ergometrie <i>in Watt</i>	deutliche Abweichung vom alters- und geschlechtsspezifischen Normwert
	FEV1+VK	Spirometrie	deutliche Abweichung vom alters- und geschlechtsspezifischen Normwert
	NYHA	New York Heart Association	NYHA I (asymptomatisch), NYHA II (leicht), NYHA III (mittelschwer), NYHA IV (schwer)
Neuromuskuloskeletale und bewegungs-bezo- gene 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, in der Regel noch ohne Alltagsrelevanz, 20 bis 29 Sekunden: abklärungsbedürftige, funktionell relevante Mobilitätseinschränkung, ≥ 30 Sekunden: ausgeprägte Mobilitätseinschränkung, in der Regel 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 alters- und geschlechtsspezifischen Normwert; deutliche Seitendifferenz; Normwerte für gesunde, über 65-jährige: Männer: 332 N (ca. 132 kPa oder 993 mmHg) und Frauen: 191 N (ca. 76 kPa oder 573 mmHg)