

Folie 1

II. Leistungen der medizinischen Rehabilitation in der GKV

C. Einleitung und Verordnung (Indikationsstellung und Allokationsempfehlungen) von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der GKV entsprechend den Rehabilitations-Richtlinien vom 01.04.2004

1. Beratung und Einleitung

Folie 2

Beratung

Grundsätzlich muss ein Antrag auf eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom Versicherten gestellt werden. Dennoch wird der Anstoß zu einem solchen Schritt häufig durch den Vertragsarzt erfolgen müssen, wenn dieser im Rahmen seiner Behandlung allein oder gemeinsam mit seinem Patienten feststellt, dass die Mittel der Krankenbehandlung nicht zu dem gewünschten Behandlungsziel führen. In einem solchen Fall sollte sich der Vertragsarzt zunächst einmal fragen, ob die spezifischen Mittel und Möglichkeiten, die eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation bieten, aussichtsreich sind, dem angestrebten Behandlungsziel näher zu kommen bzw. dieses zu erreichen. Kann er diese Frage, ggf. nach Konsultation eines Rehabilitationsmediziners, mit „ja“ beantworten, so erfolgt eine Beratung seines Patienten.

Folie 3

In diesem Beratungsgespräch erklärt der Vertragsarzt seinem Patienten, warum die Maßnahmen der Krankenbehandlung alleine nicht ausreichen und eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch genommen werden sollte. Er klärt seinen Patienten über die Ziele, Inhalte, den Ablauf und die voraussichtliche Dauer der Rehabilitationsleistung auf.

Bereits in diesem ersten Beratungsgespräch kann der Vertragsarzt viele Fragen klären. Er erhält Informationen über die Einstellung und die Wünsche seines Patienten zur vorgeschlagenen Rehabilitationsleistung.

Geht die Initiative vom Patienten aus, ist der zuvor geschilderte Ablauf gleich. Auch in diesem Fall muss der Vertragsarzt prüfen, ob das gewünschte Behandlungsziel mit den Mitteln der Krankenbehandlung erreicht werden kann. Ist dies nicht der Fall, muss er sich fragen, ob eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation aussichtsreich wäre und dadurch das Behandlungsziel erreicht werden könnte. Danach berät er seinen Patienten entsprechend.

Folie 4

Einleitung

Ergibt das Beratungsgespräch, dass der Versicherte mit der vorgeschlagenen Leistung zur medizinischen Rehabilitation einverstanden ist und bei einer Bewilligung der Leistung durch die Krankenkasse oder einen anderen Sozialleistungsträger wie beispielsweise die Rentenversicherung oder die Berufsgenossenschaft diese auch antreten würde, wird vom Vertragsarzt der offizielle Vordruck, das Muster 60, „Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativer Angebote,“ ausgefüllt und an die Krankenkasse weitergeleitet.

Folie 5

Der Vertragsarzt signalisiert damit der Krankenkasse, dass nach seiner Einschätzung die alleinige Krankenbehandlung des Versicherten nicht ausreicht und er eine Beratung des Versicherten über alternative Angebote wie z. B. ambulante Vorsorgeleistungen am Kurort, stationäre Vorsorgeleistungen in einer Vorsorgeeinrichtung mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V bzw. über Leistungen der medizinischen Rehabilitation wünscht.

Folie 6

Ist der Vertragsarzt bereits beim Ausfüllen des Musters 60 der Auffassung, dass eine medizinische Vorsorgeleistung nicht indiziert, sondern Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erforderlich sind, teilt er dies der Krankenkasse bereits auf dem Muster 60 mit. Wichtig sind auch Angaben, ob Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft drohen oder bereits bestehen, ob eine Minderung der Erwerbsfähigkeit droht oder schon vorliegt oder ob die rehabilitationsrelevante Erkrankung auf einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit zurückzuführen ist.

Folie 7

Durch das Zuleiten des ausgefüllten Musters 60 an die Krankenkasse wird der Kontakt zwischen der zuständigen Krankenkassen, dem Versicherten und dem Vertragsarzt hergestellt.

Folie 8

Bei der Krankenkasse löst das Eingehen des Muster 60 eine Reihe von Handlungsabläufen aus. So prüft sie zunächst, ob die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung bei dem Versicherten vorliegen oder der Leistungsgewährung bestimmte Gründe, etwa eine zu kurze Versicherungszeit, ein gestellter Rentenantrag etc. entgegenstehen. Außerdem wird die Krankenkassen prüfen, ob sie selbst oder aber ein anderer Kostenträger für die Durchführung der Leistung zuständig ist. Spätestens jetzt kann der Patient auch die Hilfe des zuständigen Krankenkassensachbearbeiters bei der Antragstellung in Anspruch nehmen.

Folie 9

Sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt, übergibt der Krankenkassensachbearbeiter dem Patienten den offiziellen Verordnungsvordruck, das Muster 61, für den Vertragsarzt, damit dieser eine entsprechende Rehabilitationsabklärung durchführen kann, um die medizinische Indikation für eine Rehabilitationsleistung nachzuweisen. Das aus den Seiten A bis D bestehende Muster 61 wurde zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgestimmt.

Folie 10

Ist die Krankenkasse nicht zuständig, so erhält der Versicherte in der Regel den trägerspezifischen Antrag des dann zuständigen Leistungsträgers. Bei Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers beispielsweise muss der erforderliche Vordruck für den ärztlichen Befundbericht an den Vertragsarzt weitergegeben werden.

2. Verordnung (Indikation und Allokationsempfehlung)

Folie 11

Bearbeitung des Verordnungsvordrucks Muster 61 durch den Vertragsarzt

Seit Inkrafttreten der Rehabilitations-Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V am 01.04.2004 verordnet der Vertragsarzt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse auf Muster 61 Teil A bis D. Ist ein anderer Rehabilitationsträger zuständig, darf der Verordnungsvordruck nicht verwendet werden. In solchen Fällen sind die jeweiligen Vordrucke des potenziellen Rehabilitationsträgers, z. B. des Rentenversicherers, zu verwenden.

Bisher gibt es neben dem vierseitigen Muster 61 keine speziellen Antragsformulare für Kinder/Jugendlichen, Mutter/Vater und Kind, Patienten mit einer Suchterkrankung, mit der Hauptindikation Psychosomatik, Neurologie oder Geriatrie. In Vorbereitung sind Zusatzfragen, um der Spezifik dieser Indikationen besser gerecht werden zu können. Da diese Module aber noch nicht vorliegen, kann im Curriculum darauf nicht näher eingegangen werden.

Sicherlich wird sich so mancher Vertragsarzt angesichts des 4-seitigen Verordnungsvordrucks Muster 61 und dem damit verbundenen erhöhten Bedarf an Dokumentation zunächst nicht mit dem geänderten Antragsverfahren anfreunden können. Dennoch gibt es für diese Umstellung überzeugende Argumente. Von wesentlichem Vorteil ist, dass mit Inkrafttreten der Rehabilitations-Richtlinien alle gesetzlichen Krankenkassen denselben Verordnungsvordruck verwenden, so dass sich der Vertragsarzt nicht mehr bei jeder Krankenkasse auf ein anderes Verordnungsformular einstellen muss. Ein weiterer Vorteil besteht in einer deutlich verbesserten Transparenz und Qualitätssteigerung der Indikationsstellung und Allokationsempfehlung.

Folie 12

Erstmalig wird sichergestellt, dass an der Schnittstelle der Versorgungsbereiche von Krankenbehandlung und Rehabilitation die Kommunikation der beteiligten Akteure regelhaft verbessert wird. Daher soll die Rehabilitationsabklärung anhand des Verordnungsvordrucks Muster 61 nachfolgend dargestellt und im einzelnen erläutert und kommentiert werden.

Dieser Verordnungsvordruck entspricht einer zwar vorläufigen, aber sehr umfassenden rehabilitationsmedizinischen Abklärung, welche folgende grundsätzliche Elemente enthält:

Folie 13

- Sozialanamnese
- Klinische Anamnese
- Rehabilitationsrelevante und weitere Diagnosen
- Aussagen zur Rehabilitationsbedürftigkeit
- Qualitative und quantitative Darstellung der bisher durchgeführten Therapiestrategien im Rahmen der Krankenbehandlung

Folie 14

- Aussagen zur Rehabilitationsfähigkeit
- Rehabilitationsziele aus der Sicht von Arzt/Patient/Angehörigen
- Einschätzung der Rehabilitationsprognose
- sonstige für das Verfahren relevante Angaben
- Zusammenfassende Bewertung

Folie 15 und Folie 16

Sozialanamnese

Schon auf der 1. Seite des Verordnungsvordrucks – Muster 61 Teil A – wird deutlich, welcher Stellenwert den verschiedenen Lebensbereichen des Patienten im Rahmen der Indikationsstellung zur medizinischen Rehabilitation eingeräumt wird. Der Abschnitt I erfasst die wesentlichen Daten der Sozialanamnese, insbesondere:

- **Angaben zur Lebenssituation**

So ist es für einen Patienten äußerst relevant, wer ihn unterstützt, wenn er allein lebt und z. B. im Anschluss an einen operativen Eingriff in seiner Mobilität fortgesetzt derart beeinträchtigt ist, dass Fremdhilfe auch nach Abschluss einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation notwendig wird. Ggf. muss schon rechtzeitig die Sozialstation vor Ort eingeschaltet werden oder es müssen besondere technische Hilfsmittel/Hilfen bereits während des Rehabilitationaufenthaltes installiert werden, um die Selbstversorgung zu unterstützen. Ein frühzeitiges Feststellen dieser Lebenssituation sensibilisiert sowohl den verordnenden Arzt z.B. bei der Definition der relevanten Rehabilitationsziele oder der Auswahl des Konzeptes als auch die Krankenkasse beispielsweise bei der Auswahl der für diesen Patienten richtigen Rehabilitationseinrichtung.

- **Angaben zur beruflichen Tätigkeit und deren krankheitsbedingten Einschränkungen**

Diese Fragen dienen der Klärung der Zuständigkeitsfrage, sind aber auch wichtig, um besondere Arbeitsplatzbedingungen im Sinne positiv oder negativ wirkender Kontextfaktoren bezogen auf die rehabilitationsbegründende Erkrankung schon früh zu erfassen. Dies regt beispielsweise die Nutzung der Möglichkeiten eines spezifischen tätigkeitsbezogenen ergonomischen Trainings an, das heute im Rahmen von Disability-Management-Programmen in Betrieben, aber teilweise auch in bestimmten Rehabilitationskonzepten und –einrichtungen, etabliert ist und angeboten wird.

- **Angaben zur Pflegebedürftigkeit, Grad der Behinderung**

Relevant sind auch Angaben zur Pflegestufe, beispielsweise um abschätzen zu können, mit welchem Ziel die Leistung durchgeführt werden soll. Kann Pflegebedürftigkeit verhindert, vermindert oder beseitigt oder einer Verschlimmerung von Pflegebedürftigkeit entgegengewirkt werden.

Von besonderer sozialmedizinischer Bedeutung sind die Angaben zu anerkannten Behinderungen durch das Versorgungsamt, insbesondere zum Grad der Behinderung und die Anerkennung einer Schwerbehinderung (Schwerbehindertenausweis), einschließlich der dort auch abgebildeten besonderen Merkzeichen (z. B. „G“ für Gehbehinderung, „AG“ für außergewöhnliche Gehbehinderung). Diese sozialmedizinischen Daten haben hohe Relevanz vor allem bei Anträgen des Versicherten auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder vollständiger Erwerbsunfähigkeit. Im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – gleichgültig ob ambulant oder stationär durchgeführt – benötigt insbesondere der einrichtungsinterne Sozialdienst solche Angaben, um gemeinsam mit dem Patienten und Behandlungsteam die sozialmedizinischen Fragestellungen zu beantworten.

Folie 17 und Folie 18

- **Klinische Anamnese**

Neben der Sozialanamnese muss selbstverständlich auch die eigentliche klinische Anamnese vom verordnenden Arzt persönlich erhoben und stichwortartig dokumentiert werden.

Von Interesse sind Angaben zum Beginn der typischen Beschwerden, ihrer Dauer sowie zum Verlauf der Beschwerden, die Feststellung beschwerdefreier Intervalle, die Angabe, ob das Schädigungsbild progredient, protrahiert oder rezidivierend verläuft, Angaben z. B. zur Mobilität, zum beklagten Schmerzcharakter, seiner Intensität und Hinweise auf mögliche Zusammenhänge mit Verhaltensweisen oder bestimmten Tätigkeiten.

Folie 19

- **Rehabilitationsrelevante und weitere Diagnosen**

Hier sind die rehabilitationsbegründenden Diagnosen einzutragen, möglichst in der Reihenfolge ihrer Bedeutung und klassifiziert nach ICD-10. Relevante zusätzliche Angaben können auf einem Zusatzblatt formlos ergänzt werden. Aber auch weitere Diagnosen, die ggf. die Art, Dauer, den Umfang und die Durchführung oder den Rehabilitationserfolg beeinflussen könnten, sollten hier aufgelistet werden.

Folie 20

- **Angaben zu besonderen Ursachen der rehabilitationsrelevanten Erkrankung**

Der Vertragsarzt sollte auch Angaben machen, ob und v.a. für welche der aufgeführten Diagnosen aufgrund der Besonderheit ihrer Entstehung - z.B. Arbeits- oder Schulunfall, sonstiger Unfall, Berufskrankheit oder ein Gesundheitsschaden nach dem Bundesversorgungsgesetzes (BVG) - keine Leistungspflicht der Krankenkassen besteht. Diese, die trägerübergreifende Kooperation fördernden Angaben, sollten im Interesse der Patienten daher nicht vergessen werden.

Folie 21 und Folie 22

- **Abklärung der Rehabilitationsbedürftigkeit durch Darstellung der Beeinträchtigungen gemäß der ICF der WHO**

Mit der 2. Seite des Verordnungsvordrucks – Muster 61 Teil B – beginnt der konzeptionelle und begrifflich an der ICF orientierte Teil der Verordnung von medizinischer Rehabilitation. Die verschiedenen Komponenten der ICF bzw. deren Beeinträchtigungen werden abgefragt. Im Einzelnen sind dies:

- die rehabilitationsrelevanten **Schädigungen** (Beeinträchtigungen von Körperstrukturen und Körperfunktionen),
- die nicht nur vorübergehenden und **alltagsrelevanten Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder der Teilhabe** sowie
- die rehabilitationsrelevanten **positiv oder negativ wirkenden Kontextfaktoren**.

Beeinträchtigungen der Körperstrukturen lassen sich zumeist durch entsprechende bildgebende Diagnostik, Beeinträchtigungen der Körperfunktionen durch entsprechende körperliche Untersuchungen feststellen.

Beispiel: Medial betonte Gonarthrose (= Strukturschädigung) mit schmerzhafter Einschränkung der Beweglichkeit – Extension/Flexion: 0/10/90, Belastungsschmerz nach 50 m Gehstrecke (= Funktionsschädigungen).

Dokumentationen in Form indikationsbezogener Befundbögen können als Anlage beigefügt werden. Bei Abhängigkeitskranken ist zusätzlich der von der Suchtberatungs-/Behandlungsstelle zu erstellende Sozialbericht dem Vordruck beizufügen.

Für die Leistung einer medizinischen Rehabilitation entscheidend sind die nicht nur vorübergehenden alltagsrelevanten Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe. Für die Gesetzliche Krankenversicherung stehen vor allem die Beeinträchtigungen der Mobilität, Selbstversorgung, Haushaltsführung und Kommunikation mit der Folge der Beeinträchtigung einer selbstbestimmten und möglichst eigenständigen Lebensführung im persönlichen, familiären und gesellschaftlichen Kontext im Vordergrund, während andere Beeinträchtigungen wie z.B. die der Teilhabe am Arbeitsleben für die Rentenversicherung rehabilitationsrelevanten Charakter besitzen.

Zur Dokumentation der Ausprägung z.B. von Beeinträchtigungen bestimmter Aktivitäten bedient man sich ggf. entsprechender Assessmentinstrumente. So können Beeinträchtigungen der Selbstversorgung beispielsweise durch den Barthel-Index, den erweiterten Barthel-Index (EBI) oder den FIM-Score objektiviert werden. Allerdings ist die Diskussion hinsichtlich der Relevanz verschiedener anderer Bewertungsinstrumente für die Indikationsstellung in der medizinischen Rehabilitation noch in vollem Gange, so dass derzeit eher Zurückhaltung geboten erscheint.

Folie 23 und Folie 24

Von elementarer Bedeutung für das Verständnis der Gesamtsituation, welche zur Verordnung einer medizinischen Rehabilitation führt, ist die Erfassung der individuellen Lebensbedingungen des Patienten, die gemäß der ICF in umwelt- und personbezogene Kontextfaktoren unterteilt werden. Wie zuvor bereits erwähnt, spielt es für den Erfolg einer medizinischen Rehabilitation eine Rolle, ob der Patient allein oder im familiären unterstützungsfähigen Umfeld lebt. Auch andere personbezogene Kontextfaktoren können rehabilitationsrelevante Bedeutung erlangen. Beispielsweise ist die Rechtshändigkeit für einen im rechten Schultergelenk chronisch in seiner Beweglichkeit beeinträchtigten Patienten hinsichtlich seiner Selbstversorgung viel relevanter als für einen Linkshänder.

Auch das Erfassen bestimmter Situationen und Sachverhalte bezogen auf den Arbeitsplatz hat häufig erhebliche Auswirkung auf den Krankheitsverlauf. Arbeitsplatzverlustängste und hierdurch drohende existentielle Probleme für die Familie, Mobbing mit zunehmender Reduktion des eigenen Leistungspotentials und Selbstwertgefühls und negativen Folgen in der Partnerschaft, Familie und im persönlichen Umfeld verursachen oft Schmerz- oder Krankheitsverarbeitungsstörungen. Solche Faktoren im Rahmen der Rehabilitationsabklärung zu übersehen oder zu vernachlässigen hieße, ein vorhandenes Rehabilitationspotential, das durch Eliminierung von Barrieren oder Nutzung von Förderfaktoren entsteht, nicht adäquat auszuschöpfen.

Auf die gesonderte Nachfrage nach den bekannten Risikofaktoren (Nikotin-, Drogen- und Alkoholabusus, Übergewicht und Bewegungsmangel) wurde nicht verzichtet, wobei die ICF, Risikofaktoren den personbezogenen Kontextfaktoren zuordnet.

Folie 25 und Folie 26

- **bisherige Therapien**
- Auf der 3. Seite des Verordnungsvordrucks – Muster 61 Teil C – geht es im Wesentlichen um die qualitative und quantitative Analyse bisher schon eingesetzter Mittel der Krankenbehandlung, da eine wesentliche Voraussetzung zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die Feststellung ist, dass Krankenbehandlung nicht ausreicht. Unter diesem Aspekt werden alle bisherigen Therapiesäulen der Krankenbehandlung in Bezug auf die rehabilitationsbegründende Indikation abgefragt. Hierzu gehören:

- die bisherige ärztliche Intervention,
- die Arzneimitteltherapie,
- die Therapie mit den Heilmitteln der Physikalischen Medizin und der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie,
- Ergotherapie,
- die Therapie mit Hilfsmitteln bezogen auf die rehabilitationsbegründende Erkrankung,
- psychotherapeutische Interventionen,
- der Einsatz von Rehabilitationssport und Funktionstraining, die Patientenschulung, Ernährungsberatung,
- die Kontaktaufnahme mit Selbsthilfegruppen und
- der Einsatz von medizinischen Vorsorgeleistungen.

- **Bisherige ärztliche Intervention**

Hier soll dargestellt werden, welche haus- und/oder fachärztlichen Behandlungsmethoden bisher angewandt wurden. Zu diesen Interventionen zählen auch Behandlungen im Krankenhaus oder Operationen und alle sonstigen ärztlichen Behandlungen, z. B. Verbände, Injektionen, psychosomatische Diagnostik und Therapie, um nur einige aufzuzählen.

- **Arzneimitteltherapie**

Neben Angaben zur aktuellen Medikation sollen auch Unverträglichkeiten, aufgetretenen Nebenwirkungen und das Einnahmeverhalten dargestellt werden.

- **Heilmittel**

Zu den Heilmitteln gehören die Methoden der Physikalischen Therapie, der Podologie, der Ergotherapie sowie die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie. Da nach wie vor die meisten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation aufgrund von Erkrankungen des Bewegungsapparates beantragt werden, wird im Verordnungsvordruck mit den Fragen zur Massagetherapie (einschließlich Lymphdrainage), zur Bewegungstherapie (z. B. KG, manuelle Therapie), zur Traktionsbehandlung, zur Elektrotherapie, zur Wärme- und Kältetherapie, zu standardisierten Heilmittelkombinationen und zu Inhalationen sehr ausführlich auf die bisherige Physikalische Therapie eingegangen.

Hierbei ist es nicht nur von Bedeutung, welche Methoden eingesetzt wurden, es interessiert vor allem auch, in welcher Intensität dies erfolgte. Bei zahlreichen Schädigungsbildern im Indikationsspektrum des Bewegungsapparates kann beispielsweise die Verordnung von „Standardisierten Heilmittelkombinationen“ der Physikalischen Therapie ausreichen, um das angestrebte Therapieziel zu erreichen. Auch dies zeigt, dass Rehabilitation erst dann notwendig wird, wenn solche Einzelmaßnahmen der kurativen Versorgung oder deren Kombination nicht ausreichen, aber der bio-psycho-soziale Ansatz einer koordinierten multi- und interdisziplinären Leistung zur medizinischen Rehabilitation eine hinreichende Aussicht auf Erfolg bietet. Die Angaben zur Häufigkeit der angewandten Heilmittel und die Einschätzung der Erfolgsprognose sind zur Beurteilung, ob die Maßnahmen der kurativen Versorgung ausgeschöpft wurden, von Bedeutung.

- **Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel**

Hier interessiert die bisherige Verordnung von Hilfsmitteln, wie Orthesen, Bandagen oder beispielsweise orthopädie(schuh-)technischer Einzelanfertigungen. Allerdings ist die Verordnung von Hilfsmitteln in der Praxis eines Vertragsarztes schon aus organisatorischen Gründen oft schwierig, insbesondere wenn es um aufwendige Hilfsmittelversorgungen geht. Hier sei beispielsweise nur an die logistisch nicht unproblematische und personalintensive prothetische Versorgung eines Beinamputierten oder aber an eine adäquate Rollstuhlversorgung erinnert.

Wie bei anderen Behandlungsstrategien kommt beim Einsatz entsprechender Hilfsmittel der Schulung des Gebrauchs und der Überprüfung der Anwendungsweise durch den Patienten besondere Bedeutung zu. Rückenstützmieder beispielsweise nützen nur dann, wenn hinreichend Informationen hierzu weitergegeben werden und hierdurch die Gefahr reduziert wird,

dass solche Hilfsmittel zwar verordnet und verkauft, nicht aber benutzt werden. Daher sollten hier auch Hinweise zur sachgerechten Anlage und zur Umgangsweise des Patienten mit verordneten Hilfsmitteln angeführt werden.

- **Andere Maßnahmen**

Das vertragsärztliche Repertoire möglicher Einzelleistungen und deren Kombination ist vielfältig. Insbesondere die Psychotherapie erlangt in der Krankenbehandlung immer größere Bedeutung. Schon heute ist die Nachfrage nach dieser Therapieform – wenn auch regional unterschiedlich – kaum mehr zu befriedigen. Zunehmend setzt sich die Erkenntnis durch, dass chronisch verlaufende Krankheiten, beispielsweise im Bereich des Bewegungssystems, nicht allein aus Schädigungen der Körperstruktur und Körperfunktion erklärt und behandelt werden können. Krankheits-, Trauma- und Stressbewältigungsprobleme sowie individuelle Lebensbedingungen werden immer mehr zum Problem der Krankenbehandlung.

Flächendeckende Patientenschulungen sind vor allem im internistischen Indikationsspektrum anzutreffen. Hier seien die positiven Erfahrungen bei der Schulung von Patienten mit chronisch obstruktiven pulmonalen Erkrankungen (COPD-Patienten) oder auch die Erfolge durch konsequente Diabetikerschulungen einschließlich entsprechender Ernährungsberatungen erwähnt.

Auch die Sinnhaftigkeit der Empfehlungen medizinischer Vorsorgeleistungen muss im Rahmen der Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sehr sorgfältig geprüft werden.

Die Analyse und Dokumentation des bisherigen Verlaufs der Krankenbehandlung sollen belegen, dass mit den bisher eingesetzten Mitteln die Behandlungsziele nicht zu erreichen waren. Sie bieten aber auch Anhaltspunkte zur Auswahl der richtigen Rehabilitationsform und einer auf die spezifischen Bedürfnisse ihres Patienten ausgerichtete Rehabilitationseinrichtung (Allokationsempfehlung).

Folie 27

- **Rehabilitationsfähigkeit**

Auch die Rehabilitationsfähigkeit ist ein entscheidendes Kriterium zur Bewilligung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Die Richtlinien geben vor, dass Rehabilitationsfähigkeit bei einem Versicherten dann vorliegt, wenn er aufgrund seiner somatischen und psychischen Verfassung die für die Durchführung und Mitwirkung bei der Leistung zur medizinischen Rehabilitation notwendige Belastbarkeit und Motivation oder Motivierbarkeit besitzt. Die Rehabilitationsfähigkeit ist dabei für unterschiedliche Rehabilitationsformen durchaus unterschiedlich anzusetzen. So setzt eine kardiologische Rehabilitation eine deutlich größere körperliche Belastbarkeit und Mobilität voraus, als dies eine geriatrische Rehabilitation oder eine neurologische Rehabilitation in der Phase C nach BAR tut.

Folie 28 und Folie 29

- **Rehabilitationsziele**

Zur Rehabilitationsabklärung gehört auch eine klare Aussage, welche gemeinsamen aber auch welche unterschiedlichen Ziele vom verordnenden Arzt und Rehabilitanden angestrebt werden. Daher wird beispielsweise der verordnende Arzt ausdrücklich nach den Rehabilitationszielen aus seiner Sicht befragt. Hierbei soll er sich positionieren, welche Ziele für ihn realistisch erscheinen - sowohl in Hinblick auf die Beeinträchtigungen von Strukturen und Funktionen (Schädigungen) als auch bezüglich der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabemöglichkeiten bzw. der negativ wirkenden Kontext- und Risikofaktoren.

Die Ziele aus Sicht des Patienten sind gleichfalls zu erfragen und zu dokumentieren, denn je eindeutiger schon im Vorfeld die Ziele des Patienten miteinbezogen werden, desto leichter

lassen sich Rehabilitationsmotivation und –prognose, aber auch die in der Zusammenfassung geforderten Empfehlungen einschätzen und formulieren.

Insbesondere bei hilfs- und pflegebedürftigen Patienten sind auch die Zielvorstellungen der Angehörigen von großer Bedeutung, da ohne deren Unterstützung häufig die Versorgung und der Verbleib der Patienten im häuslichen Umfeld scheitert. Gerade die Einschätzung der pflegenden Angehörigen ist bei bestimmten Indikationen unverzichtbar, insbesondere wenn sie der Reduktion von Versorgungs- und Pflegebarrieren dienen. Ihre Informationen nicht zu berücksichtigen hieße, Förderfaktoren für das Erreichen des Rehabilitationsziels ungenutzt zu lassen.

Folie 30 und Folie 31

- **Rehabilitationsprognose**

Die 4. Seite des Verordnungsvordrucks – Muster 61 Teil D – beginnt mit der Einschätzung zur „positiven Rehabilitationsprognose“. Ihre Feststellung gehört zu den wesentlichen Indikationskriterien gemäß der Rehabilitations-Richtlinien. Hierbei ist es bedeutsam, dass der Vertragsarzt alle Komponenten der ICF in die prognostische Einschätzung einbezieht.

Bestimmte Schädigungen der Körperfunktion beispielsweise lassen sich durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht mehr überwinden oder verbessern. Dennoch kann eine positive Rehabilitationsprognose bestehen, wenn z.B. durch den Einsatz des inter- und multidisziplinären und bio-psycho-sozialen Ansatzes der Rehabilitation die beeinträchtigten Aktivitäten verbessert bzw. Kompensationsmechanismen erlernt und umgesetzt werden können, um das Ausmaß der Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu minimieren und so dem Patienten ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.

Folie 32

- **Sonstige Angaben**

Weitere Angaben zur Leistungsentscheidung betreffen die Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung aus Sicht des Vertragsarztes. Hier soll der Vertragsarzt z. B. besondere klimatische Anforderungen an den Ort der Rehabilitation, besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung wie Barrierefreiheit, Eignung für seh-, hör- oder sprachgestörte Menschen oder Bereitstellung spezieller Diäten oder eines fremdsprachlichen Therapieangebots benennen.

Folie 33

Zusätzlich schätzt der Vertragsarzt die Reisefähigkeit seines Patienten anhand der vorgegebenen Kategorien „öffentlichen Verkehrsmittel ausreichend“, „PKW erforderlich“ und „Krankentransport erforderlich“ ein.

Soll der Patient vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren erneut wegen des gleichen Gesundheitsproblems/der gleichen Gesundheitsprobleme eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation erhalten, muss der Vertragsarzt die Notwendigkeit und Dringlichkeit einer vorzeitigen Rehabilitationsleistung besonders begründen. Die Darstellung der Relevanz einer Verschlimmerung des Gesundheitsproblems, das die vorausgegangene Leistung begründet hat, oder eine neue rehabilitationsbegründende Indikation sind die Voraussetzungen für eine vorzeitige Bewilligung.

Folie 34

Zu den sonstigen Angaben zählen auch Hinweise zum sozialen Umfeld und zur häuslichen Versorgung bei ambulanter Rehabilitation. Insbesondere die Frage zur Sinnhaftigkeit der Entlastung und Distanzierung des Patienten vom sozialen Umfeld ist mitentscheidend für die Auswahl einer wohnortnahen oder eher wohnortfernen Einrichtung. In bestimmten Fällen und – sofern dies bei der Darstellung der Kontextfaktoren noch nicht eindeutig genug zum Ausdruck kam – bietet sich auch hier eine kurze Begründung an.

Ähnlich relevant für die Entscheidung, ob eine Leistung ambulant oder besser stationär durchgeführt werden muss, ist die Frage nach der häuslichen Versorgung. Welche Argumente für die eine oder die andere Form der Leistungserbringung sprechen, wurde heute ebenfalls bereits dargestellt.

Folie 35

- **Zusammenfassende Wertung**

Die zusammenfassende Wertung bezieht den Vertragsarzt in besonderer Weise auch in die Entscheidungen zur Durchführung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation ein. So muss er sich zunächst eindeutig zur Durchführung der Leistung in ambulanter oder stationärer Form positionieren, wobei hier der gesetzliche Vorrang ambulanter vor stationärer Leistungserbringung zu berücksichtigen ist.

Folie 36

Durch Beantwortung der Frage nach inhaltlichen Schwerpunkten kann der Vertragsarzt auf wichtige Behandlungselemente während der Rehabilitationsleistung hinweisen. Diese Möglichkeiten zu nutzen, ist nicht nur für das Erreichen der Rehabilitationsziele wesentlich, sondern dient auch der Verbesserung der Kommunikation zwischen verordnendem Vertragsarzt und Rehabilitationseinrichtung und der Entscheidung für die auszuwählende Rehabilitationseinrichtung, da die Krankenkasse in der Regel bemüht sein wird, eine Einrichtung zu finden, die ein entsprechendes Therapieangebot bereitstellen kann.

Folie 37 und Folie 38

Unter dem Punkt „Zum Erreichen des individuellen Rehabilitationsziels werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen“ gibt der Vertragsarzt an, ob aus seiner Sicht eher eine indikations-spezifische, also z. B. eine kardiologische, orthopädische oder psychosomatische Rehabilitation oder aber eine indikationsübergreifende, also z. B. eine geriatrische Rehabilitation, durchgeführt werden sollte. Ggf. kann der Vertragsarzt hier auch vermerken, welche Nebenindikationen an der zu wählenden Rehabilitationseinrichtung ebenfalls vertreten sein sollten, um einen bestmöglichen Rehabilitationserfolg zu gewährleisten.

Folie 39

Zur Beurteilung der Verordnung durch den MDK ist es unabdingbar, die vorliegenden Befundberichte konsiliarisch beauftragter und mitbehandelnder Ärzte der Verordnung beizufügen. Hierzu ist eine gut funktionierende Zusammenarbeit des verordnenden Arztes und des behandelnden Hausarztes, sofern dieser die Leistung nicht selbst verordnen kann, von Bedeutung.

In manchen Fällen sind bestimmte Zusammenhänge in schriftlicher Form auf dem Verordnungsvordruck schwer zu vermitteln. Für diese Fälle sollte die Option genutzt werden, mit dem

Arzt des MDK oder auch mit dem Krankenkassenmitarbeiter direkten, telefonischen Kontakt aufzunehmen. Andererseits kann hierfür natürlich auch der Raum für „Besondere Hinweise“ genutzt werden.

Mit den Angaben des Ausstellungsdatums der Verordnung, dem Vertragsarztstempel und der Unterschrift des verordnenden Arztes wird die Verordnung abgeschlossen. Die so vollständig ausgefüllte Verordnung wird der Krankenkasse übermittelt, sei es durch den Patienten selbst oder auf postalischem Weg.

Folie 40

- **Vergütung**

Im EBM 2000 plus ist folgende Leistungslegende der „Rehabilitationsabklärungs-Ziffer“ 01611 vorgesehen:

„Verordnung von medizinischer Rehabilitation unter Verwendung des Vordrucks Muster 61 gemäß Anlage 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien) nach § 92 Abs. 1 SGB V.“

Die Bewertung ist mit 810 Punkten beziffert. Auf Landesebene kann diese Leistung mit einem festen Punktwert zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder und der Spitzenverbände der Landeskrankenkassen im Rahmen der Honorarverhandlungen vereinbart werden.

Folie 41

- **Leistungsentscheidung der Krankenkasse**

Nachdem die Krankenkasse die Verordnung des Vertragsarztes erhalten hat, entscheidet sie letztlich auf der Grundlage:

- des Antrages des Versicherten,
- der Verordnung des Vertragsarztes sowie
- ggf. weiterer Unterlagen

über Art, Dauer, Umfang und Durchführung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Die Bewilligung oder Ablehnung der Leistung erfolgt dabei in aller Regel nach einer sozialmedizinischen Beratung durch den Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung.

Auch wenn der Antrag nicht aus der vertragsärztlichen Versorgung kommt, entscheidet die Krankenkasse auf ähnlicher Grundlage, nur die Verordnung fehlt.

In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass die Verordnung des Vertragsarztes für die Krankenversicherung den Charakter einer genehmigungspflichtigen Verordnung hat. Dies ist im Übrigen nicht ungewöhnlich, denn auch bei der Verordnung von z.B. aufwendigeren Hilfsmittelversorgungen sind solche Verfahrensweisen in der Zusammenarbeit von Vertragsarzt und Krankenversicherung ein übliches Verfahren. Im Bereich der Verordnung von Heilmitteln ist eine Genehmigung bei „Verordnungen außerhalb des Regelfalls“ laut Heilmittel-Richtlinien vorgesehen, allerdings bestehen viele Krankenkassen u.a. deshalb nicht auf dieser Genehmigungspflicht, da der Gesetzgeber bei Heilmittelverordnungen keine Verpflichtung zur Überprüfung durch Begutachtung des MDK vorgibt, wie er dies bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im § 275 SGB V zur Pflicht gemacht hat.

Folie 42

Die Leistungsentscheidung der Krankenkasse wird dem Versicherten und dem verordnenden Vertragsarzt mitgeteilt. Sofern die Krankenkasse der Verordnung des Vertragsarztes nicht folgt, informiert sie den Patienten und den Vertragsarzt und begründet ihre ablehnende Entscheidung. Gegen die Entscheidung der Krankenkasse kann der Patient Widerspruch eingelegt, der medizinisch begründet werden muss, in der Regel durch den verordnenden Vertragsarzt. Dabei ist es wichtig, diesen durch entsprechend neue Fakten zu untermauern.

Folie 43