



MEDIZINISCHE REHABILITATION

HINWEISE ZUR VERORDNUNG

LIEBE KOLLEGINNEN, LIEBE KOLLEGEN,

durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sollen Ihre Patienten wieder in die Lage versetzt werden, ihren Alltag eigenständig zu meistern. Jeder Vertragsarzt ist berechtigt, eine solche Maßnahme zu verordnen, wenn sie medizinisch notwendig ist. Seit April 2016 wird dafür auch nur noch ein Formular benötigt.

Dennoch ist Reha nicht gleich Reha – und jeder Patient benötigt eine individuelle Behandlung. Sowohl im Vorfeld als auch bei der Verordnung selbst gibt es einiges zu beachten, zum Beispiel wenn es um die Zuständigkeit des Sozialversicherungsträgers geht.

Was Vertragsärzte über medizinische Rehabilitation und ihre Verordnung speziell zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung wissen sollten, stellt dieses Heft vor. Anhand von Fallbeispielen wird der Verordnungsprozess veranschaulicht. Fragen und Antworten aus dem Praxisalltag und weiterführende Informationen runden das Angebot ab.

Die Broschüre richtet sich an Vertragsärzte, sie kann aber auch für Vertragspsychotherapeuten interessant sein. Denn künftig sollen auch sie Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für bestimmte Erkrankungen verordnen dürfen. Da die Regelungen hierzu noch zu treffen sind, ist damit erst im Laufe des Jahres 2017 zu rechnen.

Die Broschüre setzt die Reihe „Hinweise zur Verordnung“ fort. Wir wünschen Ihnen eine angenehme Lektüre.

**IHRE KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG**



INHALT

.....
Patienten stärken Seite 1

Wichtige Regeln und Grundlagen Seite 2
.....

Richtig verordnen Seite 4
.....

Beispiele aus der Praxis Seite 8
.....

Service Seite 12
.....

PATIENTEN STÄRKEN



Wieder in der Lage zu sein, die Herausforderungen des Alltags eigenständig zu meistern – das ist das Ziel von medizinischer Rehabilitation. Die Rehabilitation erfolgt unter ärztlicher Leitung und Verantwortung, wobei wichtige Kontextfaktoren wie die Familie, das Wohnumfeld des Patienten oder individuelle Bewältigungsstrategien berücksichtigt werden.

Medizinische Rehabilitation ist eine Leistung, auf die Patienten gesetzlich Anspruch haben – wenn eine solche Maßnahme aus ärztlicher Sicht notwendig ist. Kostenträger sind neben den gesetzlichen Krankenkassen vor allem die Rentenversicherung und die Unfallversicherung.

In dieser Broschüre geht es speziell um die Verordnung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). In der Regel sind die Krankenkassen zuständig für medizinische Rehabilitationsleistungen für Rentner sowie für Mütter und Väter (Mutter-/

Vater-Kind-Leistungen). Letztere sind eine spezielle Form der medizinischen Rehabilitation, bei denen neben der indikationsspezifischen Ausrichtung insbesondere psychosoziale Problemsituationen von Familien (zum Beispiel durch die aktuelle Erziehungsverantwortung bei Kindern oder Pflege von Angehörigen) berücksichtigt werden. Bei Maßnahmen für Kinder und Jugendliche sowie für Rentner, die eine Leistung zur onkologischen Nachsorge erhalten, besteht grundsätzlich Gleichrangigkeit zwischen Renten- und Krankenversicherung. Für Menschen im Erwerbsleben ist grundsätzlich die Rentenversicherung zuständig.



WICHTIGE REGELN UND GRUNDLAGEN

➤ JEDER ARZT DARF VERORDNEN

Seit April 2016 darf jeder Vertragsarzt eine medizinische Rehabilitation zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnen. Ein zusätzlicher Qualifikationsnachweis wird nicht mehr benötigt. Die verbindliche Grundlage bildet die Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

➤ SPEZIELLE KENNTNISSE

Erforderlich sind spezielle Kenntnisse in der Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Darauf wird in der Reha-Richtlinie ausdrücklich hingewiesen.

Die ICF stellt das konzeptionelle Bezugssystem für die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation dar. Im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung werden Kenntnisse vermittelt. Zudem kann das Wissen bei Fortbildungsveranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigungen erweitert und vertieft werden.

MEHR INFORMATIONEN

➤ Rehabilitations-Richtlinie:
www.g-ba.de/informationen/richtlinien/23/

➤ FORMULAR 61 VERWENDEN

Für die Verordnung verwendet der Arzt Formular 61 (Teil B bis D) – soweit die Zuständigkeit der Krankenkasse gegeben ist. Ist dies im Einzelfall nicht abschließend zu beurteilen, kann der Arzt mit Teil A des Formulars eine entsprechende Anfrage an die Krankenkasse stellen. Mit Teil A kann der Arzt auch eine Reha-Beratung durch die Krankenkasse initiieren, die Patienten in Anspruch nehmen können.

➤ ABRECHNUNG DER VERORDNUNG

Für das Ausstellen der Verordnung auf Formular 61 Teil B bis D ist die Gebührenordnungsposition 01611 EBM berechnungsfähig. Die Leistung wird mit rund 32 Euro vergütet.

➤ ANTRAG BEI DER KRANKENKASSE

Eine medizinische Rehabilitation ist eine antragspflichtige Leistung. Das heißt, der Versicherte muss die Leistung bei seiner Krankenkasse beantragen und sie sich von dieser genehmigen lassen. Dabei ist die Verordnung des Arztes bereits als Antrag zu verstehen.

Voraussetzungen zur Kostenübernahme der medizinischen Rehabilitation durch die Krankenkassen:

- Kurative Maßnahmen der ambulanten Krankenbehandlung reichen nicht aus und
- eine komplexe Leistung zur medizinischen Rehabilitation ist indiziert, um eine drohende Teilhabebeeinträchtigung, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (Grundsatz: Reha vor Pflege) und
- kein anderer Rehabilitations-träger ist vorrangig zuständig

➤ FORMEN DER REHA

Es stehen verschiedene Angebote an medizinischer Rehabilitation zur Verfügung, zum Beispiel die indikationsspezifische Reha, etwa für pulmonale Erkrankungen oder für psychische Erkrankungen, und die geriatrische Reha für über 70-jährige multimorbide Patienten. Außerdem gibt es spezifische Rehabilitationsangebote für Mütter und Väter und für Kinder.

NEU

Künftig sollen auch Vertragspsychotherapeuten Leistungen der medizinischen Rehabilitation für bestimmte Erkrankungen verordnen dürfen. Die hierfür erforderlichen Regelungen sind noch im Gemeinsamen Bundesausschuss zu treffen. Mit einem Inkrafttreten der Regelung ist im Laufe des Jahres 2017 zu rechnen.

➤ BREITES BEHANDLUNGSSPEKTRUM

Egal ob es sich um eine indikations-spezifische oder eine geriatrische Reha handelt: Eine medizinische Rehabilitation ist eine komplexe Leistung. Sie umfasst stets mehrere aufeinander abgestimmte Mittel und Maßnahmen, die je nach medizinischer Notwendigkeit eingesetzt oder angewandt werden.

Mögliche Behandlungsmaßnahmen:

Erlernen von Techniken, um die Beweglichkeit zu steigern

Atem- und Ausdauerübungen, um körperlich belastbarer zu werden

Umstellung der Ernährung und entsprechende Schulungen für gesünderes Essen

Raucherentwöhnung

Erlernen von Techniken zur Stressbewältigung und Entspannung, aber auch zur Ordnung und Strukturierung des Alltags

Im Mittelpunkt steht stets der Patient mit seinen persönlichen Lebensumständen. Wichtige Kontextfaktoren wie Familie, Beruf, Wohnumfeld, aber auch Verhaltensgewohnheiten und Freizeitaktivitäten werden berücksichtigt.

➤ ZUZAHLUNG DURCH VERSICHERTE

Wie für Arzneimittel, Krankentransporte oder Krankenhausaufenthalte sieht der Gesetzgeber auch für die Reha eine Zuzahlung vor. Für Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zahlen Erwachsene zehn Euro pro Kalendertag an die Einrichtung. Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr sind zuzahlungsbefreit.

Generell gilt: Zuzahlungen sind nur bis zur finanziellen Belastungsgrenze zu leisten. Das sind zwei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen; bei chronisch Kranken ein Prozent.

Arznei-, Heil- und Hilfsmittel während der Reha:

➤ Patienten werden während der Rehabilitation mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln versorgt, wenn diese in einem direkten Zusammenhang mit der Rehabilitationsmaßnahme stehen.

➤ Patienten müssen ihre Medikamente und Hilfsmittel, die sie unabhängig von der Rehabilitation benötigen, selbst mitbringen. Das gilt für den gesamten Zeitraum der Reha.

➤ Treten akute Erkrankungen während der Reha-Zeit auf, die nichts mit der Rehabilitationsmaßnahme zu tun haben, muss der Versicherte einen Vertragsarzt aufsuchen, zum Beispiel einen Niedergelassenen in der Nähe der Reha-Einrichtung. Dieser kann dann auch notwendige Arzneimittel verschreiben.



RICHTIG VERORDNEN

Für welche Patienten kommt eine medizinische Rehabilitation zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung infrage? Was müssen Ärzte bei der Verordnung beachten? Was ist im Vorfeld abzuklären? Was sollten Ärzte über das Verordnungsformular und die ICF wissen? In diesem Kapitel sind die wichtigsten Informationen zusammengestellt.

MEDIZINISCHE REHABILITATION IM ÜBERBLICK

ANSPRUCH

Alle gesetzlich Versicherten haben Anspruch auf eine medizinische Reha, wenn diese aus ärztlicher Sicht notwendig ist. In der Regel dauert sie etwa drei Wochen und ist alle vier Jahre möglich. Danach sollen beispielsweise Kinder gesundheitlich so fit sein, dass die Teilnahme am Schulunterricht wieder ermöglicht wird, oder Altersrentner wieder so mobil sein, dass sie sich weitestgehend selbst versorgen können.

KOSTEN

Es gibt verschiedene Sozialversicherungssysteme, die als Kostenträger für eine Leistung der medizinischen Rehabilitation zuständig sein können.

UNTERSCHIED ZUR RENTENVERSICHERUNG

Die Rentenversicherung ist insbesondere für Menschen im erwerbsfähigen Alter der zuständige Rehabilitationsträger. Das heißt, sie übernimmt die Kosten der Rehabilitation, sofern der Antrag genehmigt wird.

Das Antrags- und Verordnungsverfahren unterscheidet sich dabei von dem der gesetzlichen Krankenversicherung. Für die Veranlassung wird hier der „ärztliche Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung“ verwendet. Dieser wird über die Deutsche Rentenversicherung, die Krankenkassen oder die Versicherungsämter zur Verfügung gestellt. Durch die Deutsche Rentenversicherung erfolgt eine gesonderte Vergütung des Befundberichtes.

KRANKENVERSICHERUNG

➤ Bei Menschen nach dem erwerbsfähigen Alter (insbesondere Altersrentner): diese sollen trotz ihrer chronischen Erkrankung so lange wie möglich in gewohnter Umgebung leben und die Chance erhalten, aktiv am Leben teilzuhaben

➤ Bei Müttern und Vätern, sofern der mütter- beziehungsweise väterspezifische Kontext im Vordergrund steht

RENTENVERSICHERUNG

➤ Bei Menschen im Erwerbsleben, deren Erwerbsfähigkeit gefährdet ist (ein aktives Beschäftigungsverhältnis ist nicht erforderlich)

UNFALLVERSICHERUNG

➤ Bei Berufstätigen infolge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit

SONSTIGE KOSTENTRÄGER

➤ Zum Beispiel Sozialhilfe/Eingliederungshilfe, Bundesagentur für Arbeit

Grundsätzlich besteht eine gleichrangige Zuständigkeit der Kranken- und Rentenversicherung für Kinder und Jugendliche und für die onkologische Nachsorge für Altersrentner.



FORMEN

INDIKATIONSSPEZIFISCHE REHA

- Kardiologische, orthopädische oder neurologische Reha – bei einer indikationsspezifischen Rehabilitation geht es im Kern um die Behandlung einer Erkrankung.
- Bei Erwachsenen können dies zum Beispiel sein: Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes / Krankheiten des Kreislaufsystems / Erkrankungen der Atmungsorgane / psychische und psychosomatische Störungen
- Bei Kindern und Jugendlichen zum Beispiel: Adipositas mit Folgestörungen / Asthma bronchiale / Diabetes mellitus / Mukoviszidose / Neurodermitis / Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane

GERIATRISCHE REHA: INDIKATIONSÜBERGREIFEND

- Für über 70-jährige, multimorbide Patienten kann eine geriatrische Rehabilitation erforderlich sein. Dies ist häufig der Fall, wenn sowohl eine akutmedizinische Behandlung als auch rehabilitative Maßnahmen aufgrund von Multimorbidität notwendig sind.
- Eine geriatrische Reha kann angezeigt sein, wenn mehrere Erkrankungen und eindeutige geriatrische Syndrome vorliegen, zum Beispiel: Intellektueller Abbau / Immobilität / Inkontinenz / Instabilität (Beeinträchtigung des Gleichgewichts, wiederholte Stürze).

REHA-SONDERFORMEN

- Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter (Mutter-/Vater-Kind-Leistungen): Hier stehen die Lebenssituation als Mutter beziehungsweise Vater und beispielsweise die spezifische psychosoziale Problemsituation durch die Kindeserziehung im Fokus. Diese Leistungen werden in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder gleichartigen Einrichtungen durchgeführt.

MEHR INFORMATIONEN

- Kinder- und Jugendlichenrehabilitation sowie Unterscheidung von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter: www.kbv.de/991147

ORTE

AMBULANT

- Der Patient sucht die Reha-Einrichtung auf, übernachtet aber daheim. Ziel ist eine wohnortnahe Versorgung.

AMBULANT-MOBIL

- Ein interdisziplinäres Rehabilitationsteam unter ärztlicher Leitung sucht den Patienten in seiner Wohnung oder im Pflegeheim auf. Diese besondere Form der ambulanten Rehabilitation richtet sich an Patienten, deren Reha-Prognose nur in der vertrauten Wohnumgebung positiv einzuschätzen ist.

Die Rehabilitation sollte vorrangig ambulant und in Wohnortnähe durchgeführt werden. Reicht die ambulante Rehabilitation nicht aus oder ist etwa ein Reizklima in unmittelbarer Meeresnähe medizinisch notwendig, kann eine stationäre Maßnahme in Betracht kommen.

STATIONÄR

- Der Patient wird rund um die Uhr in einer Reha-Einrichtung versorgt, Unterkunft und Verpflegung erfolgen dort. Auch Leistungen der stationären Rehabilitation sind in der Regel wohnortnah zu erbringen, um eine Anbindung an das Wohnumfeld, soziale Netzwerk und die Angehörigen sicherzustellen.

SO WIRD VERORDNET

Eine medizinische Rehabilitation wird auf Formular 61 (Teil B bis D) verordnet, wenn die Krankenkasse Kostenträger ist. Die drei Seiten können am Praxiscomputer ausgefüllt und ausgedruckt oder per Blankoformularbedruckung erzeugt werden.

MEHR INFORMATIONEN

➤ Hinweise zum Ausfüllen des Formulars finden Sie im Internet unter: www.kbv.de/418114

sowie in den „Erläuterungen zur Vordruck-Vereinbarung“ unter:

www.kbv.de/273247

➤ Ein Muster von Formular 61 stellt die KBV zur Ansicht bereit unter:

www.kbv.de/673108

Das passiert nach der Verordnung:

Nachdem die Verordnung über das Formular 61 Teil B bis D vollständig ausgefüllt ist, reicht der Patient die Unterlagen bei seiner Krankenkasse zur Entscheidung ein. So kann es weitergehen:

➤ Die Kasse genehmigt die Rehabilitation und teilt dies dem Versicherten und dem verordnenden Arzt mit.

➤ Die Krankenkasse stellt fest, dass sie nicht zuständig ist und leitet den Antrag an den zuständigen Sozialversicherungsträger weiter.

➤ Die Krankenkasse lehnt die Reha ab. Dies muss sie schriftlich begründen. Der Versicherte kann Widerspruch einlegen.

DIE ICF ALS GRUNDLAGE

Für das Ausfüllen der Verordnung ist es wichtig, dass die Ärzte die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, kurz ICF, kennen. Sie ist das konzeptionelle Bezugssystem für die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Das heißt, mit ihrer Hilfe lassen sich Krankheitsauswirkungen (zum Beispiel Immobilität, eingeschränkte Selbstversorgung, soziale Abschottung) beschreiben. Zugleich können mithilfe der ICF Wechselwirkungen berücksichtigt werden, denn umwelt- und personbezogene Faktoren können die Funktionsfähigkeit und damit die Teilhabe eines Menschen negativ (zum Beispiel Geh-, Hör- oder Sehbehinderung, Tabakkonsum) sowie positiv (zum Beispiel barrierefreie Wohnung, unterstützendes soziales und familiäres Umfeld und erfolgreiche Krankheitsbewältigungsstrategien) beeinflussen.

MEHR INFORMATIONEN

➤ Einen Praxisleitfaden zur ICF bietet die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation unter: www.bar-frankfurt.de › Rubrik Publikationen › ICF-Praxisleitfäden

➤ Die ICF ist online abrufbar unter: www.dimdi.de › Rubrik Klassifikationen

FORTBILDUNGSANGEBOTE NUTZEN

Die Kassenärztlichen Vereinigungen bieten regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen zu den Grundlagen der Verordnung von medizinischer Rehabilitation an. Ärzte können sich an ihre KV wenden, um sich über das Fortbildungsangebot zu informieren.

Die KBV bietet eine zertifizierte Online-Fortbildung an, um Ärzten die zu beachtenden Grundlagen und Besonderheiten näher zu bringen. Das Angebot ist im Online-Fortbildungsportal im Sicherem Netz abrufbar (Login erforderlich). Die Fortbildung beginnt mit den Rahmenbedingungen der Rehabilitation. Die ICF sowie die Grundlagen der Verordnung einer Rehabilitation werden erläutert. Anwendungsbeispiele ermöglichen eine Übertragung in die Praxis. Zugangsvoraussetzungen zum Sicherem Netz: www.kbv.de/404991



Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Berufszustand-Nr. Arzt-Nr. Datum

Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

61 Teil A

Hinweis an den Arzt zur Zuständigkeit der Krankenkasse

Ist eine medizinische Rehabilitation erforderlich, weil krankheits-/behinderungsbedingt nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bestehen oder drohen, kann die Zuständigkeit der Krankenkasse bestehen (z. B. bei Altersentnemern, spezifischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter/Väter). Ist eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit gegeben, besteht grundsätzlich die Zuständigkeit der Rentenversicherung. Handelt es sich um die Folge eines Arbeitsunfalls / einer Berufsunfähigkeit, ist grundsätzlich die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung gegeben.

Bei Zuständigkeit der Krankenkasse bitte NUR Muster 61 Teil B-D ausfüllen.

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Seite *	Ursache **	
1.				
2.				
3.				
B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen				
4.				
5.				
6.				

* Seitenlokalisation
R = rechts
L = links
B = beidseitig

** Mögliche Ursache der Erkrankung (nur ankreuzen, wenn eine der folgenden Ursachen vorliegt)

1 = Arbeitsunfall einschl. Wegunfall
2 = Berufskrankheit
3 = Schädigungsfolge durch Einwirkung Dritter (z. B. Unfallfolgen)
4 = Folge von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst
5 = Medizinische Erkrankung (z. B. HIV)

II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

☐ **Beratung der/des Versicherten**
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT auszufüllen.

Eine **Beratung der/des Versicherten** über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse und/oder Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigkeit für Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder onkologischen Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen der Krankenkasse (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurorten) ist **angezeigt**.

☐ **Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers**
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT auszufüllen.

Eine **medizinische Rehabilitation ist erforderlich**, weil krankheits-/behinderungsbedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder droht. **Es wird die Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten**, weil z. B. die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung nicht eindeutig beurteilt werden können.

ggf. weitere Anmerkungen des Vertragsarztes

Datum

Vertragsgarstempel / Unterschrift des Arztes

III. Im Original zurück an den Vertragsarzt

Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig

☐ Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-D ausfüllen)

☐ Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)

☐ Sonstiges

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

Muster 61 Teil Aa (4/2016)

Teil A des Formulars 61 ist auch dafür vorgesehen, wenn der Vertragsarzt eine Reha-Beratung des Patienten durch dessen Krankenkasse veranlassen will.

PRAXIS-TIPP

IST DIE KRANKENKASSE ZUSTÄNDIG?

Ist unklar, ob die Krankenkasse des Patienten für die Rehabilitation zuständig ist, können Vertragsärzte eine Prüfung veranlassen. Sie verwenden dafür Teil A des Formulars 61 und leiten es an die Kasse weiter. Diese prüft die Zuständigkeit und informiert den Vertragsarzt auf dem Original durch Ankreuzen:

- ob sie zuständig ist und der Vertragsarzt die Verordnung ausstellen soll („bitte Muster 61 Teil B-D ausfüllen“) oder
- ob die Rentenversicherung zuständig ist oder
- sie teilt etwas unter „Sonstiges“ mit (Angabe in einem Freitextfeld)

Danach schickt die Krankenkasse Teil A im Original an den Vertragsarzt zurück. Wenn Klarheit besteht, dass die Krankenkasse zuständig ist, kann die Verordnung erfolgen. Dafür nutzt der Vertragsarzt ausschließlich Teil B bis D des Formulars 61.

BEISPIELE AUS DER PRAXIS

Zwar nutzen Vertragsärzte für alle Patienten das gleiche Formular 61, um eine medizinische Rehabilitation zu verordnen. Es bestehen jedoch wesentliche Unterschiede hinsichtlich des Ausfüllens. Wie eine medizinische Reha verordnet wird, soll anhand von vier Beispielen vorgestellt werden. In der Praxis muss jedoch jeder Patient individuell betrachtet und behandelt werden, sodass die Darstellungen nur beispielhaft gelten.

FALLBEISPIEL 1: GERIATRISCHE REHABILITATION

FALLDARSTELLUNG

➤ Eine 76-Jährige klagt über eine beinbetonte Lähmung der rechten Körperhälfte in Folge eines Schlaganfalls. Hinzu kommt eine Reihe an weiteren Diagnosen: arterielle Hypertonie, Arthrose beider Kniegelenke, Makuladegeneration mit Sehbehinderung, erhebliche kognitive Störungen, chronisches Schmerzsyndrom und Dysphagie. Ihre Zweizimmerwohnung in einer Kreisstadt bewohnt die Patientin allein. Dreimal wöchentlich kommt ihr Sohn zu Besuch und hilft beim Einkaufen und im Haushalt.

BEGRÜNDUNG DER REHA

➤ Bei dieser Konstellation handelt es sich um ein komplexes geriatrisches Krankheitsbild (Hemiparese, Sehbehinderung, Dysphagie). Aufgrund der Hemiparese und der arthrosebedingten Mobilitätseinschränkungen besteht eine erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit im Alltag. Ziele dieser Maßnahme sind insbesondere eine Verbesserung der Gangsicherheit und eine Schmerzreduktion, sodass die Gehstrecke gesteigert werden kann.

FAZIT

➤ Es wird eine geriatrische Reha nach Paragraph 40 SGB V zulasten der GKV verordnet.

AUSFÜLLHINWEIS

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesondere Beginn und Verlauf)

Schlaganfall vor 6 Monaten, zunehmende Verschlechterung des Allgemeinzustandes, zunehmende Unterstützung im Alltag erforderlich, Haushalt fällt zunehmend schwerer

B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse, z. B. Barthel/Frühreha-Barthel)

Maximale Strecke von 200 Metern (unter Schmerzen), Probleme bei der Nahrungsaufnahme (Dysphagie)

C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimitteltherapie

Regelmäßige hausärztliche Betreuung, kardiologische Mitbehandlung

D. Heilmittel in den letzten 6 Monaten (bitte einzelne Maßnahmen angeben)

1x wöchentlich Physiotherapie (KG), Logopädie (Dysphagie) - Hausbesuche

☒ Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

nein ☒ ja, welche? Rollator

F. Andere Maßnahmen (z. B. Gesundheits-, Patientenschulungen, Rehabilitationsport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfangeboten)

FALLBEISPIEL 2: REHABILITATION FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

FALLDARSTELLUNG

➤ Ein neunjähriges Mädchen wird seit vier Jahren regelmäßig wegen rezidivierender Bronchitiden bei Asthma bronchiale ärztlich betreut. Schon im Kleinkindalter dokumentierte der Kinderarzt häufig Bronchitiden. Trotz einer seit zwei Jahren durchgeführten medikamentösen Dauertherapie mit inhalativen Corticosteroiden sowie einer Bedarfsmedikation mit einem rasch wirkenden Beta-2-Sympathomimetikum kommt es in alltäglichen Situationen immer wieder – besonders bei körperlicher Belastung – zu Atemnot und Hustenattacken. Im Sportunterricht sitzt das Mädchen häufig auf der Bank und kann insbesondere an Ballspielen nicht teilnehmen. Auch musste aus diesen Gründen die Mitgliedschaft im Sportverein beendet werden. Seitdem ist eine kontinuierliche Gewichtszunahme zu verzeichnen. Die regelmäßig durchgeführten Lungenfunktionsprüfungen zeigen deutliche Auffälligkeiten. Wegen häufiger Fehltage am Schulunterricht ist der Wechsel in die weiterführende Schule gefährdet.

BEGRÜNDUNG DER REHA

➤ Neben einer Verbesserung der pulmonalen Situation durch Anpassung der Dauertherapie sowie einer Optimierung der Inhalationstechnik und Schulungen mit interdisziplinärem Ansatz unter Einbindung der Mutter in einem alltagsnahen, aber geschützten Setting, soll eine Linderung der pulmonalen Beschwerdesymptomatik, eine Verbesserung der körperlichen Belastbarkeit und eine Stärkung des Selbstwertgefühls erreicht werden. Die begleitende Mutter soll in die Schulungsmaßnahmen und in das Erlernen von Bewältigungsstrategien eingebunden werden.

FAZIT

➤ Die Voraussetzungen einer medizinischen Rehabilitation sind gegeben. Bei gleichrangiger Zuständigkeit der Renten- und Krankenversicherung haben die Erziehungsberechtigten des Kindes sich für eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation zulasten der GKV entschieden.

AUSFÜLLHINWEIS

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesondere Beginn und Verlauf)

Seit 4 Jahren rezidivierend bei Asthma bronchiale, regelmäßige ärztliche Betreuung,
trotz Inhalationstherapie Atemnot und Hustenattacken in alltäglichen Situationen
(Teilnahme am Sportunterricht nur sporadisch möglich)

B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse, z. B. Barthel/Frühreife-Barthel)

Lungenfunktionsprüfungen zeigen deutliche Auffälligkeiten
Pathologischer Pricktest und Lungenfunktion (Befunde liegen vor)

C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimitteltherapie

Seit 2 Jahren medikamentöse Dauertherapie mit inhalativem Corticosteroid sowie
Bedarfsmedikation mit Beta-2-Sympathomimetikum, ambulante Ernährungsberatung

D. Heilmittel in den letzten 6 Monaten (bitte einzelne Maßnahmen angeben)

☒ Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

☒ nein ☐ ja, welche?

F. Andere Maßnahmen (z. B. Gesundheits-, Patienten- und Schulungen, Rehabilitationsport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfangeboten)

FALLBEISPIEL 3: ORTHOPÄDISCHE REHABILITATION

FALLDARSTELLUNG

➤ Eine 68-jährige schwerhörige Patientin hat eine bekannte Coxarthrose rechtsseitig mit eingeschränkter Beweglichkeit und zunehmenden Schmerzen in Gesäß- und Leistenregion, die sich beim Gehen und Treppensteigen verstärken. Aufgrund bereits erfolgter orthopädischer Mitbehandlung besteht derzeit keine Indikation zur Totalendoprothese (TEP). Da sie sich wenig bewegt, nimmt sie kontinuierlich an Gewicht zu. Sie kann die Physiotherapie nur mit dem Bus erreichen, das Ein- und Aussteigen ist schmerzhaft. Die Patientin bewohnt mit ihrem 80-jährigen Ehemann allein ein Haus in ländlicher Region, Schlafzimmer und Bad liegen in der ersten Etage. Der Ehemann erledigt kleine Einkäufe mit dem Fahrrad, ihre Tochter hilft zweimal wöchentlich bei Einkäufen und im Haushalt. Zudem besteht wöchentlicher Kontakt mit der Kirchen- und Dorfgemeinde.

BEGRÜNDUNG DER REHA

➤ Damit die Patientin weiter in ihrer gewohnten Umgebung verbleiben kann und die Chance erhält, ihre alltäglichen Aufgaben auch zukünftig ohne fremde Hilfe auszuführen und um wieder aktiv am Gemeinschaftsleben teilhaben zu können, kann eine medizinische Rehabilitation mit der Indikation muskuloskelettale Erkrankungen zulasten der GKV verordnet werden. Ziele dieser Maßnahme sind Schmerzreduktion, eine Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit und eine Gewichtsreduktion, um über eine Steigerung der Mobilität ihre Teilhabe zu verbessern.

FAZIT

➤ Es wird eine orthopädische Reha nach Paragraph 40 SGB V zulasten der GKV verordnet.

AUSFÜLLHINWEIS

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesondere Beginn und Verlauf)

Seit 2 Monaten zunehmende Schmerzsymptomatik aufgrund einer Coxarthrose
(im rechten Gesäß und in der rechten Leiste)

B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse, z. B. Barthel/Frühreha-Barthel)

Barthel-Index 90, diagnostizierte Schwerhörigkeit (Versorgung mit Hörgeräten)

C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimitteltherapie

Hausärztliche Betreuung, orthopädische Mitbehandlung

Schmerzmitteltherapie mit Tilidin

D. Heilmittel in den letzten 6 Monaten (bitte einzelne Maßnahmen angeben)

Bewegungstherapie (KG) + Wärmetherapie (Fango)

☒ Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

nein ☒ ja, welche? Gehstock

F. Andere Maßnahmen (z. B. Gesundheits-, Patientenschulungen, Rehabilitationsport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfungsgeboten)

Ernährungsberatung

FALLBEISPIEL 4: REHABILITATION FÜR MÜTTER UND VÄTER

SCHWERPUNKT PSYCHOSOMATISCHE REHABILITATION

FALLDARSTELLUNG

➤ Eine Patientin klagt über Kopf- und Rückenschmerzen, Müdigkeit, Lustlosigkeit und Gereiztheit. Sie ist arbeitslos, alleinerziehend und sagt, ihre Kinder würden nicht auf sie hören. Die Wohnverhältnisse sind beengt, das Geld ist knapp. Sie zieht sich immer mehr zurück und meidet Kontakte zu Freunden und Nachbarn. Die Patientin befindet sich schon seit Jahren immer mal wieder in der Behandlung eines Neurologen wegen rezidivierender depressiver Episoden. Derzeitige Medikation: Lithium, begleitend findet seit sechs Monaten Psychotherapie statt. Aktuell sieht der Hausarzt keine Anzeichen für eine akute depressive Episode, stellt aber ein Erschöpfungssyndrom fest. Diagnostisch fand sich kein organisches Korrelat für die beklagten Kopf- und Rückenschmerzen (CCT und MRT unauffällig).

BEGRÜNDUNG DER REHA

➤ Aufgrund der schon längere Zeit bestehenden somatoformen Beschwerdesymptomatik mit zunehmender Beeinträchtigung ihrer persönlichen Teilhabe (Rückzugstendenzen) und der Beziehung zu ihren Kindern kann der Arzt eine medizinische Rehabilitation mit psychosomatischer Ausrichtung in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme zulasten der GKV verordnen. Ziele sind einerseits die Verringerung der Kopf- und Rückenschmerzen, Verfestigung der in der Psychotherapie vermittelten Bewältigungsstrategien sowie eine Verbesserung des Verhältnisses zu ihren Kindern.

FAZIT

➤ Es wird eine Mutter-Kind-Maßnahme nach Paragraph 41 SGB V zulasten der GKV verordnet.

AUSFÜLLHINWEIS

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung	
A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesondere Beginn und Verlauf)	Bekannte rezidivierende depressive Episoden, seit ca. 6 Monaten verstärkte somatoforme Symptomatik, aktuell akute Stressreaktion mit zunehmender Beeinträchtigung der persönlichen Teilhabe (sozialer Rückzug)
B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse, z. B. Barthel/Frühjahr-Barthel)	Keine organische Korrelation, CCT und MRT unauffällig
C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimitteltherapie	Seit 6 Monaten Verhaltenstherapie, Antidepressiva (Lithium) Mitbehandlung durch Neurologen
D. Heilmittel in den letzten 6 Monaten (bitte einzelne Maßnahmen angeben)	Ergotherapie (psychisch-funktionelle Behandlung) 1x wöchentlich
	☒ Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend
E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel	☒ nein ☐ ja, welche?
F. Andere Maßnahmen (z. B. Gesundheits-, Patientenschulungen, Rehabilitationsreport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfsmöglichkeiten)	Seit einem Monat Erziehungs- und Familienberatung, Gruppe alleinerziehender Frauen

SERVICE



STICHWORT KURORTE UND KURÄRZTE

Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten – auch als Kur bezeichnet – entfalten ihre besondere Wirkung erst durch die Verknüpfung von Maßnahmen der Kurortmedizin mit anderen Maßnahmen, die aus medizinischen Gründen notwendig sind. Diese Vorsorgemaßnahmen sollen einem Patienten helfen, die in seiner Lebensweise begründeten gesundheitsgefährdenden Faktoren zu erkennen und sein Verhalten zu ändern.

Wenn eine medizinische Notwendigkeit besteht, können gesetzlich Versicherte die Kosten für eine „ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten“ (nach Paragraph 23 Absatz 2 SGB V) ganz oder teilweise erstattet bekommen. Der Vertragsarzt kann über das Muster 25 die „Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten“ veranlassen.

REHA, VORSORGE, KUR ODER AHB?

Kur, Reha, Anschlussheilbehandlung: Was ist was? Die Angebote lassen sich vereinfacht ausgedrückt so unterscheiden:

Eine Anschlussheilbehandlung ist eine Reha, die unmittelbar nach einer Akutbehandlung im Krankenhaus erfolgt, zum Beispiel dem Einsatz eines künstlichen Hüftgelenks.

Bei der klassischen Reha geht es im weitesten Sinne um die „Wiederherstellung“ der körperlichen oder seelischen Gesundheit des Patienten, weil Teilhabebeeinträchtigungen vorliegen oder unmittelbar drohen.

Medizinische Vorsorgeleistungen sollen helfen, dem Entstehen sowie dem Wiederauftreten oder Fortschreiten einer Erkrankung entgegenzuwirken.

Die wichtigsten Merkmale:

➤ ANSCHLUSSHEILBEHANDLUNG

Wenn sich eine medizinische Rehabilitation unmittelbar an einen Krankenhausaufenthalt anschließt, spricht man von einer Anschlussheilbehandlung, kurz AHB. Sie muss in der Regel spätestens zwei Wochen nach der Entlassung aus der Klinik beginnen. Die AHB kann beispielsweise nach einer Herz-OP oder einem Oberschenkelhalsbruch durchgeführt werden. Die Indikation hierzu wird direkt vom behandelnden Krankenhausarzt gestellt, der den Patienten operiert beziehungsweise akut behandelt hat.

➤ REHABILITATION

Leistungen der medizinischen Rehabilitation sollen bleibende alltagsrelevante Einschränkungen der Funktionsfähigkeit beseitigen, vermindern oder eine Verschlimmerung verhüten, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit weitestgehend abzuwenden.

Für Mütter und Väter in Erziehungsverantwortung gibt es spezielle stationäre Reha-Angebote. Sie sollen den besonderen Gesundheitsrisiken und -schädigungen von Müttern und Vätern unter Einbeziehung psychosozialer, psychologischer und gesundheitsfördernder Hilfen entgegenwirken. Neben der indikationsspezifischen Ausrichtung werden insbesondere psychosoziale Problemsituationen durch die aktuelle Erziehungsverantwortung oder durch die Pflege von Angehörigen berücksichtigt.

➤ VORSORGE – „KUR“

Medizinische Vorsorgeleistungen dienen einerseits dazu, Risikofaktoren oder Gesundheitsstörungen, die voraussichtlich in absehbarer Zeit zu einer Krankheit führen würden, positiv zu beeinflussen („Kur“). Andererseits dienen sie bei bereits vorliegender manifester Erkrankung dazu, längerfristige Beeinträchtigungen der Aktivitäten zu verhindern und dem Auftreten von Rezidiven beziehungsweise dem Fortschreiten der Krankheit entgegenzuwirken. Dabei sind Hilfe zur Selbsthilfe und Anleitung zum eigenverantwortlichen Handeln wesentliche Behandlungselemente.

MEHR INFORMATIONEN

➤ Themenseite Rehabilitation:
www.kbv.de/991147

➤ Online-Fortbildung
Rehabilitation (PDF):
www.kbv.de/402523

➤ Online-Fortbildungsportal im
Sicheren Netz:

<http://portal.kv-safenet.de>

➤ Verordnungsvordrucke
und Hinweise:
www.kbv.de/418114

FRAGEN & ANTWORTEN ZUR REHA

? Wer entscheidet, in welche Rehaklinik der Patient kommt?

Die letztendliche Entscheidung über die Rehaklinik trifft die Krankenkasse. Der Patient kann jedoch seine Wünsche äußern, die er aufgrund seiner persönlichen Lebenssituation, seines Alters, seiner Familie oder seiner religiösen Weltanschauung hat. Die Einrichtung muss nach medizinischen Gesichtspunkten geeignet sein.

? Dürfen Eltern ihre Kinder mit zu ihrer Reha nehmen?

Die Zahl der Kinder, die mitgenommen werden kann, ist nicht begrenzt. Aber die Mitaufnahme muss begründet werden. Zum Beispiel, weil das Kind behandlungsbedürftig ist oder weil – etwa bei alleinerziehenden Elternteilen – eine Betreuung und Versorgung nicht anderweitig erfolgen kann und eine Trennung unzumutbar ist. In solchen Fällen können Kinder bis zum 12. Lebensjahr, in besonderen Fällen bis 14 Jahren, mit aufgenommen werden. Details sollten mit der Krankenkasse rechtzeitig vor Beginn der Maßnahme besprochen werden.

? Besteht Schulpflicht für das mitgenommene Kind?

Für Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen gibt es spezialisierte Reha-Einrichtungen, die eine Beschulung der schulpflichtigen Kinder während der Reha anbieten.

? Darf der Partner als Begleitperson mitgenommen werden?

Die Mitaufnahme einer Begleitperson kann aus medizinischen Gründen notwendig sein und in diesem Fall über den Kostenträger finanziert werden. Wenn keine medizinischen Gründe für die Mitaufnahme einer Begleitperson vorliegen, sollte sich der Patient über die Möglichkeit und die Kosten in der Reha-Einrichtung informieren.

? Dürfen Patienten ein Haustier mitnehmen?

Es gibt Reha-Einrichtungen, die eine Mitnahme beispielsweise von Hunden zulassen. Für Menschen, die aus medizinischen Gründen auf einen Blindenführhund angewiesen sind, kann die Kostenübernahme durch den Kostenträger erfolgen. Andernfalls können Zusatzkosten entstehen, die bei der Reha-Einrichtung zu erfragen sind.

? Übernimmt die Krankenkasse die Fahrtkosten?

Patienten sollten mit ihrer Krankenkasse klären, ob die Möglichkeit der Fahrtkostenübernahme besteht. Die Verordnung eines Krankentransportes entsprechend der Krankentransport-Richtlinie ist nicht möglich.

? Sind die Reha-Leistungen der GKV auch im Ausland möglich?

Ja, aber nur wenn eine entsprechende Behandlung einer Krankheit nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse ausschließlich im Ausland möglich ist. Im Rahmen der GKV sind nur Reha-Leistungen in Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft sowie anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum erstattungsfähig. Anstelle der Sach- oder Dienstleistung kann eine Kostenerstattung erfolgen. Reha-Leistungen für Mütter und Väter können nicht im Ausland erbracht werden.



In der Hefreihe „PraxisWissen“ sind weitere Servicebroschüren erschienen, zum Beispiel zur Verordnung von Hilfsmitteln oder zu Praxisnetzen. Sie können kostenlos bei der KBV bestellt werden: versand@kbv.de
Online stehen sie in der Mediathek bereit:
www.kbv.de/832587

Ein Video speziell zur Reha-Verordnung gibt es in der Reihe „Fit für die Praxis“ von KV-on, dem Web-TV der Kassenärztlichen Vereinigungen. Auf der Internetseite von KV-on stehen noch weitere Filme zum Thema Verordnungen bereit:
www.kv-on.de/html/23018.php

Hinterher
ist man immer
schlauer.

www.kbv.de/PraxisNachrichten
www.kbv.de/kbv2go

JETZT
KOSTENLOS
ABONNIEREN

PraxisNachrichten – der wöchentliche
E-Mail-Newsletter der Kassenärztlichen
Bundesvereinigung, exklusiv für Ärzte
und Psychotherapeuten.

KBV

IMPRESSUM

Herausgeber: Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin

Telefon 030 4005-0, info@kbv.de, www.kbv.de

Redaktion: Dezernat Kommunikation der KBV,
Abteilung Veranlasste Leistungen

Gestaltung: www.malzwei.de

Druck: www.kohlhammerdruck.de

Fotos: © Fotolia.com: anyaberkut, fotoman 1962, goodluz,
Jacob Lund, Monkey Business, Photographee.eut,
pure-life-pictures, Robert Kneschke; © iStockphoto.com

Stand: Dezember 2016

Hinweis: Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist
die männliche Form der Berufsbezeichnung gewählt.
Selbstverständlich ist hiermit auch die weibliche
Form gemeint.

www.kbv.de