



KBV

KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

MEDIZINISCHE REHABILITATION

HINWEISE ZUR VERORDNUNG
FÜR ÄRZTE UND PSYCHOTHERAPEUTEN

AKTUALISIERTE
AUSGABE
APRIL
2018

PraxisWissen

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

medizinische Rehabilitation soll Ihre Patienten wieder in die Lage versetzen, den eigenen Alltag eigenständig zu meistern. Alle Vertragsärzte dürfen Reha-Leistungen verordnen, wenn diese medizinisch notwendig sind.

Neu ist, dass auch Vertragspsychotherapeuten verordnen dürfen – allerdings mit der Beschränkung auf psychosomatische Rehabilitation und Rehabilitation für psychisch kranke Menschen und nur wenn bestimmte psychische Indikationen vorliegen.

Was Ärzte und Psychotherapeuten bei der Verordnung von Reha-Leistungen zu beachten haben, stellt diese Broschüre vor. Darüber hinaus bietet sie Fallbeispiele aus der Praxis, Fragen und Antworten sowie weiterführende Informationen.

Der Schwerpunkt liegt auf der Verordnung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung. In dieser überarbeiteten Ausgabe werden nun auch Besonderheiten bei der Rentenversicherung vorgestellt.

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

Ihre Kassenärztliche Bundesvereinigung

INHALT

.....	
Patienten stärken	Seite 3
Auf einen Blick: Das leistet Reha	Seite 5
.....	
Richtig verordnen	Seite 6
Das gilt bei der Krankenversicherung und der Rentenversicherung	
.....	
Krankenversicherung	Seite 8
Beispiele aus der Praxis	Seite 10
.....	
Rentenversicherung	Seite 14
Beispiel aus der Praxis	Seite 17
.....	
Service	Seite 18
.....	

In der Broschüre wird in der Regel nur von Vertragspsychotherapeuten beziehungsweise Psychotherapeuten gesprochen. Soweit nicht anders gekennzeichnet, sind damit Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gemeint.

PATIENTEN STÄRKEN



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

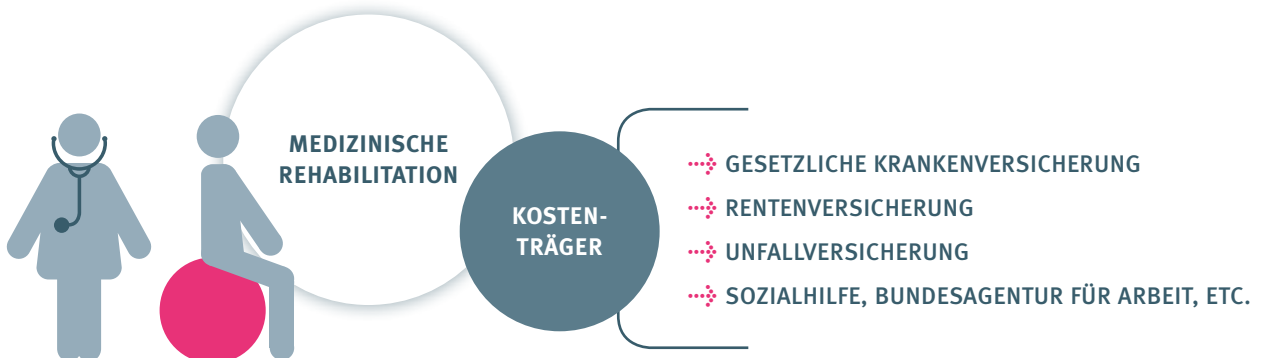
Auf medizinische Reha-Leistungen haben gesetzlich Versicherte Anspruch, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Voraussetzung ist die medizinische Notwendigkeit. Kostenträger sind neben den gesetzlichen Krankenkassen vor allem die Rentenversicherung und die Unfallversicherung.

In der Regel sind die Krankenkassen zuständig bei Reha-Leistungen für Altersrentner sowie für Mütter und Väter (Mutter-/Vater-Kind-Leistungen). Reha-Leistungen für Eltern berücksichtigen neben der indikationsspezifischen Ausrichtung insbesondere psychosoziale Problemsituationen von Müttern und Vätern, die sich aktuell in Erziehungsverantwortung befinden.

Vertragspsychotherapeuten können Leistungen der medizinischen Rehabilitation nur zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnen. Ein Verordnungsverfahren für Reha-Leistungen zulasten anderer Kostenträger, beispielsweise der Rentenversicherung, ist nicht vorgesehen.

Bei Reha-Leistungen für Kinder und Jugendliche sowie für Altersrentner mit onkologischer Grunderkrankung besteht Gleichrangigkeit zwischen Renten- und Krankenversicherung.

Für Menschen, deren Erwerbsfähigkeit gefährdet ist, ist grundsätzlich die Rentenversicherung zuständig.





Patienten haben Anspruch auf eine medizinische Reha, wenn diese aus ärztlicher beziehungsweise psychotherapeutischer Sicht medizinisch notwendig ist. Dadurch sollen beispielsweise chronisch kranke Kinder soweit stabilisiert werden, dass die Teilnahme am Schulunterricht wieder möglich ist, oder Altersrentner sollen dahingehend gestärkt werden, dass sie sich weitestgehend selbst versorgen können. Die Übersicht zeigt, welche Schwerpunkte und Behandlungsmöglichkeiten es bei der medizinischen Rehabilitation gibt und wo diese durchgeführt werden – unabhängig davon, wer die Kosten trägt.

Der Gesetzgeber sieht für die ambulante Durchführung längstens 20 Behandlungstage vor, stationär sind es längstens drei Wochen. Zudem soll die Leistung nicht vor Ablauf von vier Jahren mit gleicher Indikation erneut erfolgen.

TIPP



BROSCHÜRE ZUR KINDER-REHA UND FLYER FÜR ELTERN

Chronisch kranke Kinder und Jugendliche kommen nicht von selbst zu einer Reha, sondern brauchen „Wegbereiter“, die Anzeichen für einen Bedarf erkennen und weitere Schritte in die Wege leiten. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) hat deshalb die Broschüre „Reha für Kinder und Jugendliche“ für Ärzte, Pädagogen, Therapeuten und weitere Fachkräfte herausgegeben. Ergänzend dazu gibt es einen Flyer, um Eltern niederschwellig zu informieren. Er ist übersichtlich gestaltet und enthält neben Fragen und Antworten auch Fallbeispiele. Ärzte können ihn nutzen, wenn sie Gespräche mit Eltern führen, oder ihn im Wartezimmer auslegen. Bestellmöglichkeit unter: www.bar-frankfurt.de/publikationen/wegweiser/

SCHWERPUNKTE

Es gibt verschiedene Schwerpunkte medizinischer Rehabilitation, beispielsweise für pulmonale oder für psychische Erkrankungen, die geriatrische Reha für über 70-jährige multimorbide Patienten oder ein spezifisches Angebot für Mütter und Väter.

INDIKATIONSSPEZIFISCHE REHA

Kardiologische, orthopädische oder neurologische Reha – bei einer indikationsspezifischen Rehabilitation geht es im Kern um die multimodale Behandlung einer Erkrankung und ihrer Auswirkungen durch ein interdisziplinäres Team.

➤ **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 die gesundheitliche Gesamtsituation durch das gleichzeitige Vorkommen mehrerer Krankheiten (Multimorbidität) und deren Folgen, altersbedingter Veränderungen sowie gesundheitlich relevanter Lebensumstände und Lebensgewohnheiten beeinträchtigt ist.

➤ Eine geriatrische Reha kann angezeigt sein, wenn mindestens zwei chronische Krankheiten mit einer allgemein verminderten körperlichen Belastungsfähigkeit und einer Abnahme der kognitiven Leistungen einhergehen, gegebenenfalls zusätzlich mit einer psychischen und sozialen Verunsicherung und einer Antriebsminderung. Die damit einhergehende eingeschränkte Rehabilitationsfähigkeit wird im Zuge einer geriatrischen Reha besonders berücksichtigt.

ZIELGRUPPENSPEZIFISCHE REHA

Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter (überwiegend als Mutter-/Vater-Kind-Leistung): Hier stehen sowohl die Erkrankungen der Mutter beziehungsweise des Vaters als auch die mütter-/vaterspezifische psychosoziale Problemsituation durch die Kindeserziehung im Fokus. Diese Leistungen werden ausschließlich stationär in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder gleichartigen Einrichtungen durchgeführt.

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

BEHANDLUNGSSPEKTRUM

Ob indikationsspezifisch oder indikationsübergreifend (geriatrisch): 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:** Physiotherapie/ Krankengymnastik, 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.

ORTE

AMBULANT

Der Gesetzgeber hat zunächst die ambulante Durchführung von Reha-Leistungen vorgesehen. In solchen Fällen sucht der Patient die Reha-Einrichtung auf, übernachtet aber daheim. Vorteil ist eine wohnortnahe Versorgung – gegebenenfalls mit Unterstützung durch die Familie und Bekannte.

Ambulant-mobil: Eine besondere Form hierbei ist die mobile Rehabilitation. Sie findet im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld des Patienten statt, weil nur dort die Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose festgestellt werden können. Dies kann die Wohnung des Patienten oder das Pflegeheim sein.

Reicht die ambulante Rehabilitation nicht aus, kann eine stationäre Maßnahme in Betracht kommen.

STATIONÄR

Sie ist vorgesehen, wenn die ambulante Durchführung medizinisch nicht ausreicht oder wenn während der Reha-Maßnahmen beispielsweise ein Reizklima in unmittelbarer Meeresnähe medizinisch notwendig ist. Bei der stationären Durchführung wird der Patient rund um die Uhr in einer Reha-Einrichtung versorgt, Unterkunft und Verpflegung erfolgen dort. Auch stationäre Reha-Leistungen sind in der Regel wohnortnah durchzuführen, um eine Anbindung an das Wohnumfeld, das soziale Netzwerk und die Angehörigen sicherzustellen.

RICHTIG VERORDNEN



Was müssen Ärzte und Psychotherapeuten bei der Verordnung beachten? Krankenkasse oder Rentenversicherung – welcher Kostenträger ist wann zuständig? Und welche Rolle spielt die ICF? Informationen zu diesen und anderen Fragen sind in diesem Kapitel zusammengestellt. Wie das Antrags- und Verordnungsverfahren bei der gesetzlichen Krankenversicherung und bei der Rentenversicherung abläuft, wird auf den Seiten 8 bis 16 vorgestellt.

WICHTIGE REGELN UND GRUNDLAGEN

Das gilt bei
Krankenversicherung &
Rentenversicherung



FÜR PATIENTEN

➤ ANTRAG

Eine medizinische Rehabilitation ist eine antragspflichtige Leistung.

Das heißt, der Versicherte muss die Leistung bei seiner Krankenkasse beantragen und sie sich genehmigen lassen. Dabei ist die Verordnung des Vertragsarztes auf Formular 61 Teil B bis D bereits als Antrag zu verstehen. Neu ist bei der gesetzlichen Krankenversicherung, dass auch Vertragspsychotherapeuten Reha-Leistungen für psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen verordnen dürfen. Mehr dazu auf Seite 8.

Bei der Rentenversicherung stellt der Versicherte einen Reha-Antrag und der behandelnde Arzt unterstützt den Antrag mit dem Ärztlichen Befundbericht (ÄBB), den der Versicherte mit seinem Antrag einreicht. Der Ärztliche Befundbericht ist durch Vertragspsychotherapeuten grundsätzlich nicht auszufüllen. Für die benötigten Angaben gibt es Formulare von der Rentenversicherung. Mehr dazu auf Seite 12.

➤ ZUZAHLUNG

Wie für Arzneimittel, Krankentransporte oder Krankenhausaufenthalte sieht der Gesetzgeber auch für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation eine Zuzahlung vor.

Für Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zahlen Erwachsene 10 Euro pro Kalendertag. Kinder und Jugendliche sind bei Leistungen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung bis zum 18. Lebensjahr und bei Leistungen zulasten der Deutschen Rentenversicherung in der Regel bis zum 27. Lebensjahr zuzahlungsbefreit.

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

WELCHER KOSTENTRÄGER IST WANN ZUSTÄNDIG?

Die Kranken- und die Rentenversicherung gehören zu den wichtigsten Sozialversicherungssystemen, die in Deutschland für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zuständig sind, doch sie sind nicht die einzigen.

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

KRANKENVERSICHERUNG

- Bei Menschen nach dem erwerbsfähigen Alter (insbesondere Altersrentner): diese sollen trotz einer chronischen Erkrankung so lange wie möglich in gewohnter Umgebung leben können 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



FÜR ÄRZTE UND PSYCHOTHERAPEUTEN

➤ BEHANDLUNGSOPTIONEN FÜR CHRONISCH KRANKE MENSCHEN

Durch medizinische Reha-Leistungen eröffnet sich eine weitere Behandlungsoption für chronisch kranke Patienten, für die eine kurative (Krankenhaus-) Behandlung nicht ausreichend ist.

➤ SPEZIELLE KENNNTNISSE ZUR ANWENDUNG DER ICF

Für das Ausfüllen der Verordnung sind Kenntnisse der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und des zugrunde liegenden bio-psycho-sozialen Modells der WHO erforderlich. Sie helfen dabei zu beurteilen, mit welchen Behandlungsoptionen einem Patienten die größtmögliche Chance auf Erhalt oder Wiedergewinnung seiner Teilhabe ermöglicht werden kann. Darauf wird in der Reha-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, die die Verordnung zulasten der GKV regelt, aber auch bei der Rentenversicherung ausdrücklich hingewiesen.

Die ICF stellt das konzeptionelle Bezugssystem für die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation dar. Mit ihrer Hilfe lassen sich Krankheitsauswirkungen auf der Ebene der Aktivitäten und der Teilhabe (z. B. Immobilität, eingeschränkte Selbstversorgung, soziale Abschottung) beschreiben. Der Einfluss fördernder wie auch

hemmender Kontextfaktoren auf die Funktionsfähigkeit und damit Teilhabe eines Menschen kann in ihren negativen (z. B. keine barrierefreien Zugänge, Risikofaktoren wie Bewegungsmangel und Tabakkonsum) wie positiven (z. B. ebenerdige Wohnung, ein unterstützendes soziales und familiäres Umfeld, erfolgreiche Krankheitsbewältigungsstrategien) Facetten dargestellt werden.

Kenntnisse zur ICF werden im Rahmen der ärztlichen und psychotherapeutischen Ausbildung vermittelt. Zudem können Ärzte und Psychotherapeuten ihr Wissen zur ICF bei Fortbildungsveranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigungen erweitern und vertiefen.



➤ 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

VERORDNEN ZULASTEN DER KRANKENVERSICHERUNG

In der Regel sind die Krankenkassen zuständig bei Reha-Leistungen für Altersrentner oder für Mütter und Väter beispielsweise mit schulpflichtigen Kindern sowie für Kinder und Jugendliche. Ziel ist es, dass sie den Alltag wieder eigenständig meistern und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erhalten wird.

➤ VERORDNUNGEN DURCH ÄRZTE

Jeder Vertragsarzt darf eine medizinische Rehabilitation zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnen. Ein zusätzlicher Qualifikationsnachweis wird nicht benötigt. Die verbindliche Grundlage bildet die Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Sie wurde 2017 geändert und gilt jetzt auch für Vertragspsychotherapeuten.

➤ VERORDNUNGEN DURCH PSYCHOTHERAPEUTEN

Auch Vertragspsychotherapeuten dürfen Leistungen der medizinischen Rehabilitation verordnen – allerdings mit der Beschränkung auf psychosomatische Rehabilitation und Rehabilitation für psychisch kranke Menschen (RPK).

Indikationsspektrum

Das Indikationsspektrum zur Verordnung einer psychosomatischen oder psychiatrischen Reha durch Vertragspsychotherapeuten umfasst ausschließlich psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen.

Eine Verordnung aufgrund von Indikationen, für die eine Psychotherapie nach Psychotherapie-Richtlinie oder eine Psychotherapie im Rahmen der neuropsychologischen Therapie möglich ist, kann ohne gesonderte Abstimmung mit dem behandelnden Arzt erfolgen. Für die übrigen Indikationen aus dem Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ des ICD-10-GM muss eine Abstimmung mit dem behandelnden Arzt erfolgen.

Kooperation mit dem Arzt

Eine Rehabilitation beinhaltet einen mehrdimensionalen Behandlungsansatz unter Leitung und Verantwortung eines Arztes. Ärztliche wie therapeutische Interventionen greifen ineinander, weshalb Vertragspsychotherapeuten auch somatische Vorfunde für ihre Beurteilung der Rehabilitationsindikation heranziehen müssen. Dies gilt insbesondere für die Angabe von weiteren rehabilitationsrelevanten Diagnosen, für die bisherigen ärztlichen Interventionen, Risikofaktoren und andere ärztlich veranlasste Leistungen einschließlich Arzneimitteltherapie auf dem Verordnungsformular.

Damit wird sichergestellt, dass auch Verordnungen durch Vertragspsychotherapeuten die für eine Entscheidung der Krankenkasse erforderlichen ärztlich vorzunehmenden Einschätzungen enthalten und Rückfragen in der Regel vermieden werden. Sofern diese Informationen noch nicht vorliegen, ist eine Abstimmung mit dem behandelnden Arzt notwendig.



IST DIE KRANKENKASSE ZUSTÄNDIG?

ZUSTÄNDIGKEIT PRÜFEN MIT FORMULAR 61 TEIL A:

Ist unklar, ob die Krankenkasse des Patienten für die Rehabilitation zuständig ist, können Vertragsärzte und -psychotherapeuten eine Prüfung veranlassen. Sie verwenden dafür Teil A des Formulars 61 und leiten es an die Krankenkasse weiter. Diese prüft die Zuständigkeit und schickt Teil A im Original mit folgenden Informationen zurück:

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

NACH PRÜFUNG: VERORDNUNG MIT FORMULAR 61 TEIL B BIS D:

Wenn Klarheit besteht, dass die Krankenkasse zuständig ist, kann die Verordnung erfolgen. Dafür wird ausschließlich Teil B bis D des Formulars 61 genutzt.

➤ FORMULAR 61

Teil A

Um prüfen zu lassen, ob die Krankenkasse für die Rehabilitation zuständig ist, kann Teil A genutzt werden. Auch eine Reha-Beratung für den Patienten kann bei der Krankenkasse mit Teil A initiiert werden.

Teil B–D

Für die Verordnung wird Formular 61 Teil B bis D verwendet – soweit die Zuständigkeit der Krankenkasse gegeben ist. Das Formular kann handschriftlich oder am Praxiscoomputer ausgefüllt werden. Im letzteren Fall werden die drei Seiten entweder mit Hilfe eines Vordruckes oder per Blankoformularbedruckung erzeugt. Der Patient reicht die vollständig ausgefüllten Unterlagen bei seiner Krankenkasse zur Entscheidung ein.

➤ ANTRAG BEI DER KRANKENKASSE

So kann es weitergehen

Die Krankenkasse genehmigt die Reha – dies teilt sie dem Versicherten und dem verordnenden Arzt mit.

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

Die Krankenkasse lehnt die Rehabilitation ab – dies muss sie schriftlich begründen; der Versicherte kann Widerspruch einlegen.

➤ ABRECHNUNG UND VERGÜTUNG

Für das Ausstellen der Reha-Verordnung auf Formular 61 Teil B–D erhalten Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten eine Vergütung. Die Leistung wird mit der Gebührenordnungsposition 01611 „Verordnung von medizinischer Rehabilitation“ im EBM abgerechnet. Sie ist mit 302 Punkten bewertet, das sind derzeit 32,18 Euro; die Vergütung erfolgt extrabudgetär zu festen Preisen.

➤ FORTBILDUNGSANGEBOTE

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

Die KBV bietet eine zertifizierte Online-Fortbildung an, um Ärzten und Psychotherapeuten die zu beachtenden Grundlagen und Besonderheiten näher zu bringen. 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. Das Angebot ist im Online-Fortbildungsportal im Sicheren Netz abrufbar (Login erforderlich). Technische Voraussetzungen: www.kbv.de/772067



➤ Hinweise zum Ausfüllen des Formulars:
www.kbv.de/418114

➤ Erläuterungen zur Vordruckvereinbarung:
www.kbv.de/273247

➤ Ein Muster von Formular 61 stellt die KBV zur Ansicht bereit:
www.kbv.de/673108

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

Formular 61

**BEISPIELE AUS DER PRAXIS:
➤ KRANKENVERSICHERUNG**

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
ARZT:
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 (präzisierte 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 (präzisierte Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse, z. B. Barthel/Phoenixe-Bürste)
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, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfemöglichkeiten



**FALLBEISPIEL 2
ARZT:
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 Fehltag 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 (mitbetreffendes 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. BHKs/Prüfungs-Befunde)

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-, Präventionskurse, Rehabilitationsport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Bestreben- und Selbstwertempfinden



FALLBEISPIEL 3
ARZT:
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 muskuloskeletale 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 (wichtigerste 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-Index)
 Barthel-Index 90, diagnostizierte Schwerhörigkeit (Versorgung mit Hörgeräten)

C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimitteltherapie
 Hausärztliche Betreuung, orthopädische Mitbehandlung
 Schmerzmitteltherapie mit Tilidin

D. Hilfsmittel in den letzten 6 Monaten (bitte einzelne Maßnahmen angeben)
 Bewegungstherapie (KG) + Wärmetherapie (Fango)

Hilfsmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel
 nein ja, welche? Gehstock

F. Andere Maßnahmen (z. B. Gesundheits-, Präventionsleistungen, Rehabilitationsassistenz/Funktionsstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfungsleistungen)
 Ernährungsberatung



FALLBEISPIEL 4 PSYCHOTERAPEUT: PSYCHOSOMATISCHE REHABILITATION

FALLDARSTELLUNG

➤ Eine Patientin klagt über rezidivierende depressive Episoden mit innerer Unruhe, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen und einer anhaltend traurigen Stimmungslage. Sie hat ihr Studium wegen Schwangerschaft abgebrochen und sich um das Kind gekümmert. Nach ihrer Scheidung ist sie alleinerziehend. Ihr dreijähriges Kind geht seit kurzem in den Kindergarten, sodass sie vor vier Monaten einen Minijob angenommen hat. Seit Jahren schon befindet sich die Patientin wegen Depressionen in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Eine antidepressive Medikation wird eingenommen. Zusätzlich berichtet sie über zunehmende Kopf- und Nacken-, manchmal auch Rückenschmerzen, jedoch ohne Sensibilitätsstörungen. Die Lokalisation der Schmerzen würde insbesondere unter Stress wechseln und sie könne nicht lange stehen, gehen oder sitzen. Orthopädisch konnte kein organisches Korrelat ausgemacht werden. Eine ambulante Psychotherapie wurde mit Blick auf den bestehenden Beschwerdekomplex eingeleitet, bislang jedoch ohne Erfolg. Die Patientin zeigt Vermeidungstendenzen, isoliert sich zunehmend und entwickelt eine Hilflosigkeit. Die Konflikte mit ihrem Ex-Mann durch das gemeinsame Sorgerecht verstärken sich.

BEGRÜNDUNG DER REHA

➤ Es liegen multiple, therapieresistente körperliche und psychische Beschwerden vor. Die sozialen und familiären Kontakte sind zunehmend beeinträchtigt. Bei drohender Chronifizierung der Beschwerden und den nicht ausreichenden ambulanten Behandlungsmaßnahmen sollte eine psychosomatische Rehabilitation zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden. Ziele sind das Erkennen von negativen Gedanken und irrationalen Annahmen, die ihr Minderwertigkeitsgefühl unterhalten und sie in ihrer Teilhabe beeinträchtigen sowie das Erlernen von Bewältigungsstrategien und damit der Rückgang der Beschwerden.

FAZIT

➤ Da dem Vertragspsychotherapeuten aufgrund des engmaschigen Austauschs mit dem Hausarzt und dem Psychiater die aktuellen ärztlichen Befunde bekannt sind, kann er das Verordnungsfomular 61 ohne erneute Rücksprache mit diesen vollständig ausfüllen. Es wird eine psychosomatische Rehabilitation nach Paragraf 40 SGB V zulasten der GKV verordnet. Die auf ärztlichen Befunden beruhenden Angaben werden unter Angabe des Befunddatums kenntlich gemacht.

AUSFÜLLHINWEIS

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

A. Kurze Angaben zur Anamnese (Mittelschwere Fragen und Verlaufe)

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 Untersuchungsberichte / aktuelle Assessmentergebnisse, z. B. Zärtlich/Proctus-Befunde)

Keine organische Korrelation, CCT und MRT unauffällig (ärztlicher Befund vom 30. Juni)

C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimitteltherapie

Seit 6 Monaten Verhaltenstherapie, Antidepressiva (Lithium)

Mitbehandlung durch Neurologen (ärztlicher Befund vom 30. Juni)

D. Hilfsmittel in den letzten 6 Monaten (Bitte weitere Maßnahmen angeben)

Ergotherapie (psychisch-funktionelle Behandlung) 1x wöchentlich

Hilfsmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

nein ja, welche? _____

F. Andere Maßnahmen (z. B. Gesundheits-, Präventionsleistungen, Rehabilitationssport/Leistungsleistung, Wahrnehmung von Beratungs- und Unterstützungsleistungen)

Seit einem Monat Erziehungs- und Familienberatung, Gruppe alleinerziehender Frauen

VERORDNEN ZULASTEN DER RENTENVERSICHERUNG

Während die gesetzliche Krankenversicherung Reha-Kosten vor allem bei Rentnern übernimmt, ist die Deutsche Rentenversicherung in erster Linie für Menschen zuständig, die im Berufsleben stehen. Ziel ist es, Krankheitsfolgen und ihre Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit zu verringern und die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu erhalten.

➤ VERORDNUNGEN DURCH ÄRZTE

Jeder Vertragsarzt darf den Ärztlichen Befundbericht zur Unterstützung des Antrags seines Patienten auf eine medizinische Rehabilitation ausfüllen. Ein zusätzlicher Qualifikationsnachweis wird nicht benötigt. Das Ausfüllen des ärztlichen Befundberichts durch Vertragspsychotherapeuten ist nicht vorgesehen.

➤ ANTRAGSVERFAHREN – RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER DRV-BUND

Bundesweit gibt es 16 Träger der gesetzlichen Rentenversicherung. Das Antragsverfahren variiert von Träger zu Träger geringfügig und wird auf den jeweiligen Internetseiten beschrieben. Versicherte sollten sich an ihren zuständigen Rentenversicherungsträger wenden. Im Folgenden wird das Verfahren für die Deutsche Rentenversicherung Bund – kurz: DRV-Bund – vorgestellt, die die meisten Versicherten betreut.

Formulare für Patienten

Für die Antragsstellung stellt die DRV-Bund ihren Versicherten ein Formularpaket bereit. Es enthält alle notwendigen Formulare für eine medizinische Rehabilitation. Dazu gehört insbesondere das Antragsformular G0100, das der Versicherte ausfüllt. Darüber hinaus gibt es Erläuterungen zu den Formularen, die das Ausfüllen erleichtern sollen.



➤ Versicherte der DRV-Bund können sich das Formularpaket „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ per Post zuschicken lassen oder in den Beratungsstellen erhalten. Es kann auch im Internet heruntergeladen werden: www.deutsche-rentenversicherung.de › Rubrik: Services › Formulare & Anträge › Versicherte, Rentner, Selbständige › Rehabilitation

Formulare für Ärzte



➤ Ob für den ärztlichen Befundbericht oder die Honorarabrechnung – alle Formulare, die Ärzte im Zusammenhang mit dem Reha-Antragsverfahren benötigen, stellt die DRV auf ihrer Internetseite bereit. Ärzte finden dort zudem Informationen zum Ausfüllen des Befundberichts: www.deutsche-rentenversicherung.de › Rubrik: Services › Formulare & Anträge › Ärzte › Formulare für Ärzte › Formulare für Ärzte im Reha-Verfahren





MEDIZINISCHE REHA FÜR BERUFSTÄTIGE

Mithilfe der medizinischen Rehabilitation sollen Funktionsstörungen und soziale Beeinträchtigungen beseitigt, verbessert oder kompensiert werden beziehungsweise soll ihnen vorgebeugt werden. Die Behandlung setzt sich je nach individuellem Bedarf aus verschiedenen Bausteinen zusammen:

Ärztliche Behandlung

Physiotherapie

Physikalische Therapie

Sport- und Bewegungstherapie

Ergotherapie

Gesundheitsbildung und Patientenschulung

Psychologische Diagnostik und Beratung

Psychotherapie (bei psychischen Störungen)

Entspannungsverfahren

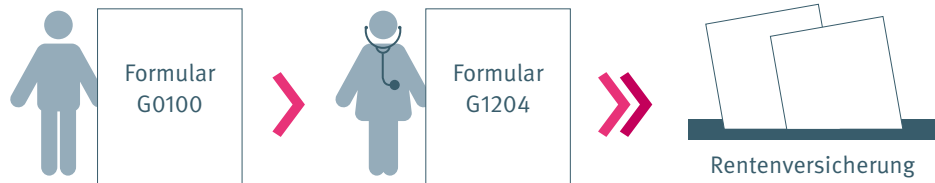
Ernährungsberatung mit/ohne Lehrküche

Soziale, sozialrechtliche und berufliche Beratung

Arbeitsbezogene Maßnahmen

Die Rentenversicherung ist aber nicht nur für Erwerbstätige zuständig. Bei Maßnahmen für Kinder und Jugendliche sowie zur onkologischen Nachsorge bei Rentnern besteht grundsätzlich Gleichrangigkeit zwischen Renten- und Krankenversicherung.

ANTRAGSVERFAHREN



PATIENT STELLT ANTRAG

Der Patient benötigt hierzu das **Formular G0100 „Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte – Rehabilitationsantrag“**, das er selbst ausfüllt. Unter Punkt 8 werden Angaben zum behandelnden Arzt (z. B. Name und Praxisadresse) abgefragt, da die Rentenversicherung den Arzt in den Rehabilitationsprozess einbindet. Die Angaben werden auch für eventuelle Rückfragen benötigt oder um noch fehlende ärztliche Unterlagen anzufordern.

Im Rahmen seines Antrags muss der Patient **weitere Formulare** ausfüllen, unter anderem werden Angaben zu seiner beruflichen Tätigkeit abgefragt.

Ärzte können den Reha-Antrag ihres Patienten mit einem ärztlichen Befundbericht unterstützen. Alternativ kann die Rentenversicherung auch einen Arzt beauftragen, ein ärztliches Gutachten auszustellen.

ARZT ERSTELLT BEFUNDBERICHT

Jeder Vertragsarzt darf einen Ärztlichen Befundbericht für die Rentenversicherung erstellen. Eine weitere Qualifizierungsmaßnahme ist dafür nicht erforderlich. Der behandelnde Arzt füllt hierzu das **Formular G1204** aus:

- Versicherungsnummer
- Name und Adresse des Patienten
- Arbeitsunfähigkeit, ggf. Zeitraum und Gründe
- Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung (wichtig für Auswahl der Reha-Einrichtung)
- Aktuelle Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen, etwa eine wesentliche Gehbehinderung
- Krankheitsvorgeschichte
- Risikofaktoren, zum Beispiel Rauchen
- Besondere berufliche oder soziale Belastungsfaktoren
- Untersuchungsbefunde sowie bisherige Therapien der vergangenen zwölf Monate (zum Beispiel Medikamente, Heilmittel oder Psychotherapie)
- Angaben, ob der Patient an einem Disease-Management-Programm (DMP) teilnimmt
- Gründe wodurch die Gesundheitsschäden entstanden sind, zum Beispiel durch eine Berufskrankheit
- Patientenkommunikation: Ist die Verständigung in deutscher Sprache möglich?
- Schwangerschaft

**DARUM IST DER
BEFUNDBERICHT
WICHTIG**

Die Einschätzung des behandelnden Arztes ist eine wesentliche Entscheidungsgrundlage für die Rentenversicherung. Die Reha-Einrichtung erhält eine Kopie des ärztlichen Befundberichts, damit die Einschätzungen und Anregungen des behandelnden Arztes in den Rehabilitationsprozess eingehen. Der Arzt wiederum erhält von der Reha-Einrichtung den Entlassungsbericht, sofern der Patient damit einverstanden ist.

ABRECHNUNG UND HONORAR

Die Deutsche Rentenversicherung Bund honoriert den ärztlichen Befundbericht pauschal mit derzeit 28,44 EUR. Für die Abrechnung verwenden Ärzte das Formular G0600 „Honorarabrechnung zum ärztlichen Befundbericht“.

HINWEIS ZUM DATENSCHUTZ

Die Deutsche Rentenversicherung Bund weist daraufhin, dass Versicherte aus Datenschutzgründen die ausgefüllten und unterschriebenen Anträge nur in Papierform übermitteln dürfen oder persönlich abgegeben müssen. Anträge, die per E-Mail eingehen, können nur als formlose Antragstellung berücksichtigt werden. Das Antragsformular wird in solchen Fällen zur handschriftlichen Unterschrift an den Patienten zurückgeschickt.



BEISPIEL AUS DER PRAXIS:
 ➔ **RENTENVERSICHERUNG**

FALLBEISPIEL 5
ARZT:
REHABILITATION
FÜR EINE
ANGESTELLTE

FALLDARSTELLUNG

➔ Eine 55 Jahre alte Patientin arbeitet im Krankenpflagedienst. Ihre Tätigkeit erfordert beispielsweise beim Umlagern pflegebedürftiger Patienten und bei der Hilfe zur Körperpflege zum Teil schwere körperliche Anstrengungen. Durch die Arbeit im Schichtdienst und die hohe Verantwortung (zum Beispiel beim Verabreichen von Infusionen) besteht eine verminderte Stressbelastbarkeit. Seit vier Wochen ist die Frau aufgrund eines schwer einstellbaren arteriellen Hypertonus (Diagnose I10) arbeitsunfähig. Aus dem schwer einstellbaren arteriellen Hypertonus, der vor zehn Jahren erstmals diagnostiziert wurde, resultiert eine diastolische Dysfunktion mit eingeschränkter körperlicher Belastbarkeit. An Nebenerkrankungen bestehen eine Adipositas sowie eine Nikotinabhängigkeit. Der arterielle Hypertonus ist schwer einstellbar, eine leitliniengerechte medikamentöse Therapie erfolgt. Die Frau stellt einen Reha-Antrag bei der Deutschen Rentenversicherung Bund.

BEGRÜNDUNG DER REHA

➔ Die berufliche Leistungsfähigkeit der Patientin ist durch die eingeschränkte körperliche Belastbarkeit bereits erheblich gefährdet. Der Arzt hat sie mehrmals darauf hingewiesen, dass sie ihren Lebensstil ändern und insbesondere mit dem Rauchen aufhören muss – ohne Erfolg. Sie hat eine Patientenschulung und eine Ernährungsberatung erhalten, doch die Umsetzung im Arbeitsalltag ist schwierig. Die ambulanten Therapiemöglichkeiten erscheinen ausgeschöpft. Eine stationäre medizinische Rehabilitation könnte helfen, ihren Lebensstil zu ändern, die blutdrucksteigernden Einflüsse ihrer Adipositas und Nikotinabhängigkeit zu mindern und ihre körperliche Belastbarkeit zu trainieren, damit sie weiterhin im Krankenpflagedienst arbeiten kann. Ziele der Reha sind die Verbesserung der Blutdruckwerte durch Bewegung und gesunde Ernährung, Gewichtsreduktion, Raucherentwöhnung sowie das Erlernen von Techniken zum Stressabbau.

FAZIT

➔ Der Arzt unterstützt den Reha-Antrag seiner Patientin zulasten der Rentenversicherung. Er füllt dazu den Ärztlichen Befundbericht aus und fügt die Kopien der medizinischen Befunde bei.

AUSFÜLLHINWEIS

11.1 Teilnahme an DMP?	
<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche? _____
11.2 Integrierte Versorgung?	
<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
12 Gesundheitsschäden sind entstanden durch	
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall / Wegeunfall, Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> Wehrdienstbeschädigung <input type="checkbox"/> Unfall
13 Ist Verständigung in deutscher Sprache möglich? Falls nein, in welcher Sprache?	
<input type="checkbox"/> nein	<input checked="" type="checkbox"/> ja
14 Besteht Belastbarkeit für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation?	
<input type="checkbox"/> nein	<input checked="" type="checkbox"/> ja
15 Besteht Belastbarkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben / Schulungsfähigkeit?	
<input type="checkbox"/> nein	<input checked="" type="checkbox"/> ja
16 Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel?	
<input type="checkbox"/> nein	<input checked="" type="checkbox"/> ja, ohne Begleitperson <input type="checkbox"/> ja, nur mit Begleitperson
17 Besteht Schwangerschaft?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
18 Bemerkungen	
bei Schwierigkeiten in Bezug auf Bewilligung, bitte Rückruf durch Kollegen/in des Sozialmedizinischen Dienstes (SMD): 06 141 - 000000 (am besten Montags: 9.00 - 11.00 h)	

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 Vorsorgeleistungen 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 (auch Anschlussrehabilitation genannt) 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 Teilhabeeinträchtigungen 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 (AHB) oder Anschlussrehabilitation. 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.

VORSORGE FÜR ELTERN: NEUES FORMULAR

In der gesetzlichen Krankenversicherung werden medizinische Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter ab Oktober 2018 auf dem neuen, bundesweit einheitlichen Formular 64 verordnet. Die Verordnung kann per Praxisverwaltungsoftware ausgestellt werden und wird mit 22,37 Euro vergütet.

FRAGEN & ANTWORTEN ZUR REHA

? Wer entscheidet, in welche Reha-Klinik der Patient kommt?

Die letztendliche Entscheidung über die Reha-Klinik 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.

Zum 1. Oktober 2018 wird ein bundesweit einheitliches Formular für das ärztliche Attest Kind in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt: Formular 65 wird verwendet, wenn ein Kind bei der Reha der Mutter oder des Vaters dabei sein soll und mitbehandelt werden muss. Kommen mehrere Kinder mit zur Reha und müssen mitbehandelt werden, wird für jedes Kind ein solches Attest benötigt.

? 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.



➔ Themenseite Rehabilitation:
www.kbv.de/991147

➔ Online-Fortbildung Rehabilitation:
www.kbv.de/402523

➔ Online-Fortbildungsportal im Sicherem Netz:
<http://portal.kv-safenet.de>

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

➔ Video zur Reha-Verordnung aus der Reihe „Fit für die Praxis“ und weitere Filme zum Thema Verordnungen auf der Internetseite von KV-on, dem Web-TV der Kassenärztlichen Vereinigungen:
www.kv-on.de/html/23018.php



➔ Weitere Themenhefte der Reihe „PraxisWissen“, zum Beispiel zur Verordnung von Soziotherapie und zur Telematikinfrastruktur. Kostenfrei bestellen über versand@kbv.de oder abrufen unter: www.kbv.de/832587

MEHR FÜR IHRE PRAXIS

www.kbv.de



➤ PraxisWissen ➤ PraxisWissenSpezial

Themenhefte für
Ihren Praxisalltag

Abrufbar unter:
www.kbv.de/838223
Kostenfrei bestellen:
versand@kbv.de



➤ PraxisInfo ➤ PraxisInfoSpezial

Themenpapiere mit
Informationen für
Ihre Praxis

Abrufbar unter:
www.kbv.de/605808



➤ PraxisNachrichten

Der wöchentliche Newsletter
per E-Mail oder App

Abonnieren unter:
www.kbv.de/PraxisNachrichten
www.kbv.de/kbv2go

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: © Adobe Stock: Africa Studio, Monkey Business,
© Corbis; © Fotolia: Alexander Raths, anyaberkut,
BillionPhotos, goodluz, Jacob Lund, leszekglasner,
Monkey Business, Photographee.eu, pure-life-pictures,
Robert Kneschke, © iStock: YinYang

Stand: April 2018

Die Links in der gesamten Broschüre erheben
keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sollte eines der
aufgeführten Internetangebote nicht mehr verfügbar
sein, übernimmt die KBV dafür keine Gewähr. /
Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist die männliche
Form der Berufsbezeichnung gewählt. Hiermit ist
selbstverständlich auch die weibliche Form gemeint.