

Information für unsere Zuweiser

„Verordnungswege für Ärzte und Sozialdienste in die ambulante Rehabilitation“

1. Der Weg über die Krankenkasse in die Ambulante Rehabilitation

Rehabilitationsrichtlinien

nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V

Ziel und Zweck.

- > notwendige, ausreichende und zweckmäßige wirtschaftliche Versorgung
- > Reha- Beratung
- > Behinderung im Sinne des SGB IX abwenden, beseitigen
- > Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB IX vermeiden
- > Frühzeitiges Erkennen eines Reha- Bedarfs
- > Umsetzung der Nachsorgeempfehlung
- > Verbesserung der Zusammenarbeit aller Beteiligten

Ergänzungen:

- > Beratung des Versicherten durch den Arzt, Voraussetzungen:
 - Qualifizierte bzw. erfahrene Ärzte dürfen verordnen
 - Entsprechende Weiterbildung der Ärzte
- > Qualifizierter sozialmedizinischer Befundbericht (standardisierter, einheitlicher Vordruck)

Wer darf Verordnen?

Nach der Rehabilitations-Richtlinie sind niedergelassenen Ärzte mit einer der folgenden Qualifikation berechtigt, Rehabilitation zu Lasten der Krankenkasse zu verordnen:

- Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin
- Zusatzbezeichnung Sozialmedizin oder Rehabilitationswesen, fakultative Weiterbildung Klinische Geriatrie
- 20 Rehabilitationsgutachten im vergangenen Jahr – auch für andere Kostenträger
- Nachweis einer anerkannten Fortbildung (acht Stunden Präsenz und acht Stunden Selbststudium)

Zugangsverfahren zu Leistungen der medizinischen Reha

1. Reha- Beratung des Versicherten

a) Vertragsarzt berät aus welchem Grund die Heilmittelversorgung nicht ausreicht, über Ziele, Inhalte, Abläufe und Dauer der Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

„Einleitungsbogen“ *Muster 60* muss ausgefüllt werden

b) Krankenkasse berät über Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation sowie alternative Leistungsangebote, über den voraussichtlich zuständigen Reha- Träger, über die Notwendigkeit der Antragstellung.

Versichertenantrag (Selbstauskunftsbogen f. d. Patienten)

2. Einleitungsbogen und Versichertenantrag gehen bei der Krankenkasse ein

Prüfung der Zuständigkeit und Prüfung ob Gründe vorliegen, die einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation entgegen stehen.

Versand der Verordnung von medizinischer Rehabilitation in Form von Muster 61 an den Arzt

3. Voraussetzungen der Verordnung durch den Vertragsarzt

Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, eine positive Prognose auf der Grundlage realistischer Rehazielen und das angestrebte Rehazielen kann nicht durch Leistungen der Heilmittel-Versorgung oder Leistungen der medizinischen Vorsorge erreicht werden.

4. Leistungsentscheidung der Krankenkasse

Die Krankenkasse entscheidet auf der Grundlage des Versichertenantrages, der Verordnung des Vertragsarztes, der Beurteilung des MdK sowie falls erforderlich weiterer Unterlagen (z.B. externe Gutachten) über die Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

Sicherung des Reha-Erfolges: Entlassungsbericht

Inhalt:

- Reha-Verlauf mit Angabe der Reha-Maßnahmen
- Reha-Erfolg in Bezug auf die Reha-Ziele
- Empfehlungen für weiterführende Leistungen zur Sicherung des Reha-Erfolges

Arzt und Krankenkasse wirken gemeinsam mit dem Versicherten darauf hin, dass die Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen zur Sicherung des Reha-Erfolges umgesetzt werden. Umsetzung der Rehabilitationsrichtlinien

Am 01.04.2004 sind die für alle gesetzlichen Krankenkassen geltenden Rehabilitationsrichtlinien in Kraft getreten. Hierzu wurden neue Vordrucke vereinbart, die seit 01.07.2004 Gültigkeit haben.

Die für Sie wichtigen Informationen können Sie der folgenden Tabelle entnehmen:

Rehabilitationsrichtlinien	Gemeinsamer Bundesausschuss und Veröffentlichung im Bundesanzeiger am 31.03.2004 http://www.g-ba.de/cms/upload/pdf/richtlinien/RL_Reha.pdf Deutsches Ärzteblatt Heft 17 vom 23.04.2004 http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=41621
Beschlussbegründung zu den Rehabilitationsrichtlinien	Deutsches Ärzteblatt Heft 17 vom 23.04.2004 http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=41620
Vordruckvereinbarung mit Erläuterung	Deutsches Ärzteblatt Heft 26 vom 25.06.2004 http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=42525
Bundesempfehlung zur Finanzierung der Verordnung von medizinischer Rehabilitation	Deutsches Ärzteblatt Heft 19 vom 07.05.2004 http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=42346
Information an die Ärzte	Schreiben der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern vom 26.02.2004 an alle Vertragsärzte
Ergänzende Information zu den Vordrucken und zur Vergütung	Information durch die Kassenärztliche Vereinigung Bayern am 21.07.2004 und im KV Blickpunkt 3/2004

2. Der Weg über die Rentenversicherung in die Ambulante Reha

Rehabilitation ist geregelt im SGB IX, unterschieden wird zwischen:

- medizinischer Rehabilitation
- beruflicher Rehabilitation
- sozialer Rehabilitation

wer Rehabedarf hat muss im SGB IX erkannt werden, der Kostenträger regelt sich durch SGB V; VI und VII. SGB VI regelt die Zuständigkeit der Rentenversicherung

Es gilt der Grundsatz: Rehabilitation vor Rente, ambulant vor stationär!

1. Wer ist Kostenträger der Rehabilitation?

1.1. RV-Träger:

Versicherungsrechtliche Voraussetzung:

- Es müssen mindestens 24 Monate Beiträge in den Rentenversicherungsträger einbezahlt worden sein, bevor die Kosten für eine Rehabilitation übernommen werden.
Daher ist auch z.B. bei Hausfrauen, die irgendwann 24 Monate Beiträge geleistet haben, der RV-Träger zuständig.
Persönliche Voraussetzung:
- Liegt im Ermessen der reha-ordnenden Ärzte bezüglich der Rehafähigkeit des Patienten
- Durch die vorhandene Krankheit muss die Erwerbsfähigkeit gemindert oder gefährdet sein
Ziel der Rehabilitation ist die Wiedereingliederung des Versicherten ins Erwerbsleben, unabhängig davon ob Versicherter in einem Beschäftigungsverhältnis steht oder nicht. Eine Prognose hierzu muss vor Beantragung gestellt werden.

1.2. Krankenkasse:

z.B. bei Rentnern, da die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für RV-Träger fehlen

1.3. Gesetzliche Unfallversicherung:

Wenn Reha aufgrund eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit durchgeführt wird.

Wie bekommt man eine Rehabilitationsmaßnahme?

1. Grundsatz: Ohne Antrag keine Rehabilitation

Antrag kann sowohl bei der Rentenversicherung als auch bei der Krankenkasse gestellt werden. Der Antrag besteht aus Kuvert, Antragsblatt und gelbem Bogen (Befundbericht)
Der Antrag + med. Befundbericht wird durch Sozialmediziner des RV-Trägers begutachtet. Bei Nichtzuständigkeit Weiterleitung an die Krankenkasse, wenn z. B. persönliche Voraussetzungen fehlen.
Kostenträger bestimmt Art, Zeit, Ort und Umfang der Maßnahme.

2. Freiwilligkeitsprinzip

Jedem Antrag liegt ein Fragebogen für den Versicherten bei, mit der Frage ob dieser bereit wäre, eine ambulante Maßnahme durchzuführen.

SGB IX: Wunsch und Wahlrechte des Patienten sind zu berücksichtigen, aber oberstes Gebot ist Wirtschaftlichkeit.

Entlassung aus der Reha:

Der RV-Träger geht davon aus, dass ambulante und stationäre Rehabilitation den gleichen Inhalt haben, deswegen ist die Entlassung bei beiden gleich.

Entlassungsbericht:

- Beinhaltet Rehaziell zwischen Patient und Klinik
- Soll den Zielerreichungsgrad widerspiegeln
- Beinhaltet sozialmedizinische Komponente (Arbeitsfähigkeit?)

Wenn der RV-Träger Kostenträger für Rehabilitation ist, muss er auch die Wiedereingliederung bezahlen, wenn diese Maßnahme von der Reha-Einrichtung beantragt wurde.

VERGÜTUNG

Das Ausfüllen des Muster 61 wird nach der EBM-Ziffer 01611 mit 810 Punkten vergütet

Die Ambulante Rehabilitation unterliegt nicht Ihrem Budget und wird mit o. g. Betrag vergütet.
Alle anderen Positionen/Ziffern bleiben davon unberührt.