

REHA-MASSNAHMEN

Medizinische Rehabilitation – Einleitung und Verordnung heute und ab 1. April 2016

! Oft ist bei Patienten – beispielsweise nach einem Schlaganfall – aus ärztlicher Sicht eine medizinische Reha-Maßnahme angezeigt. Der nachfolgende Beitrag informiert über die einzelnen Schritte und das derzeit noch gültige zweistufige Genehmigungsverfahren sowie über die wichtigen Änderungen zum 1. April 2016. !

Die Einleitung der Reha-Maßnahme

Wenn aus Sicht des behandelnden Arztes die kurative Behandlung bei einem Patienten nicht den gewünschten Erfolg hat und eine medizinische Reha-Maßnahme aussichtsreich ist, füllt er zu diesem Zweck das Formular 60 („Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten“) aus und leitet es an die Krankenkasse des Versicherten weiter. Das Ausfüllen dieses Vordrucks ist leider nicht gesondert berechnungsfähig.

Die Krankenkasse prüft zunächst, ob ein anderer Kostenträger vorrangig für die Rehabilitation zuständig ist (zum Beispiel Rentenversicherung, Gesetzliche Unfallversicherung) und – gegebenenfalls nach Einschaltung des MDK – ob anstelle einer Reha-Maßnahme andere Leistungen angezeigt sind. Über das Ergebnis dieser Prüfung informiert die Krankenkasse den Arzt, der das Formular 60 ausgestellt hat. Fällt es positiv aus, darf er zum nächsten Formular greifen.

Die Verordnung der Reha-Maßnahme

Die eigentliche Verordnung der medizinischen Reha-Maßnahme erfolgt durch den behandelnden Arzt auf dem Formular 61 („Verordnung von medizinischer Rehabilitation“). Für das Ausfüllen dieses Vordrucks ist die EBM-Nr. 01611 (302 Punkte bzw. 31,02 Euro) berechnungsfähig. Allerdings kann nicht jeder Vertragsarzt eine solche Verordnung ausstellen: Erforderlich ist die spezielle Abrechnungsgenehmigung der KV. Diese wird erteilt, wenn der Vertragsarzt

- über die Gebietsbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“ **oder**
- über die Zusatzbezeichnungen „Sozialmedizin“ oder „Rehabilitationswesen“ oder über die fakultative Weiterbildung „Klinische Geriatrie“ verfügt **oder**
- eine mindestens einjährige Tätigkeit in einer stationären oder ambulanten Rehabilitationseinrichtung nachweist **oder**
- im Jahr vor Erteilung der Genehmigung mindestens 20 Rehabilitationsgutachten auch für andere Sozialleistungsträger (insbesondere Rentenversicherungen) erstellt hat **oder**
- an einer Fortbildung von 16 Stunden mit Erfolg teilgenommen hat, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen anerkannt ist.

Formular 60
– Einleitung von
Leistungen zur
Rehabilitation

Formular 61
– Verordnung von
medizinischer
Rehabilitation

Wer darf Reha
beantragen?

Bislang notwendige
Abrechnungsgeneh-
migung entfällt

Die Änderungen ab 1. April 2016

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 15. Oktober 2015 die Rehabilitations-Richtlinie geändert. Vorbehaltlich der Nichtbeanstandung des Bundesgesundheitsministeriums können ab 1. April 2016 alle Vertragsärzte Rehabilitationsleistungen direkt auf dem Formular 61 verordnen. Der Nachweis einer zusätzlichen Qualifikation ist nicht mehr erforderlich. Damit entfällt die bislang notwendige Abrechnungsgenehmigung. Details zum Beschluss finden Sie unter www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2361.

Formular 60 entfällt

Das Formular 60 zur Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten entfällt. Die Prüfung, ob die gesetzliche Krankenversicherung leistungsrechtlich zuständig ist, ist somit künftig nicht mehr vorgeschrieben. Sollte sich ein Arzt bei einem Patienten nicht sicher sein, ob die gesetzliche Krankenversicherung leistungsrechtlich zuständig ist oder ein anderer Kostenträger, zum Beispiel die Unfall- oder Rentenversicherung, kann er dies vorab von der Krankenkasse klären lassen. Dazu wird es einen neuen Teil A auf Formular 61 geben, den der Arzt für seine Anfrage nutzen kann. Hierüber kann auch eine Beratung des Patienten durch die Krankenkassen veranlasst werden.

KVen bieten künftig
Fortbildung zum
Thema „Reha“ an

Um die speziellen Kenntnisse in der Anwendung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit), die zwar weitestgehend Gegenstand der ärztlichen Weiterbildung sind, gegebenenfalls zu erweitern und zu vertiefen, wird es zukünftig Fortbildungsveranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigungen geben.

Stationäre Reha-
Maßnahmen nur alle
vier Jahre

Die 4-Jahres-Frist

Grundsätzlich können stationäre Reha-Maßnahmen nur alle vier Jahre durchgeführt werden – dies gilt auch ab 1. April 2016 noch. Ist eine solche Maßnahme vor Ablauf von vier Jahren erforderlich, ist dies auf dem Formular 61 – Teil D – vom Arzt zu begründen.

Patient kann
Widerspruch gegen
Ablehnung der Reha
einlegen

Ablehnung des Reha-Antrags

Oft wird ein Reha-Antrag von der Krankenkasse abgelehnt, weil entweder aus ihrer Sicht keine Notwendigkeit besteht oder die gesetzliche Wartezeit noch nicht abgelaufen ist. Der Patient muss dann versuchen, den nach seiner Auffassung bestehenden Anspruch beispielsweise durch einen Widerspruch gegen diese Ablehnung durchzusetzen. Hierbei kann ihn der behandelnde Arzt unterstützen. Oftmals wird nach einem solchen Widerspruch die Reha-Maßnahme doch genehmigt. Gegebenenfalls empfiehlt es sich, den Patienten auf das Beratungsangebot der Unabhängigen Patientenberatung Deutschlands (UPD, www.patientenberatung.de) hinzuweisen.

FAZIT | In Zeiten überbordender Bürokratie sind die ab 1. April 2016 geltenden Änderungen bei der Verordnung von medizinischer Rehabilitation ein kleiner Lichtblick im Alltag von Kassenärzten.