

Der pneumologische Reha-Antrag

Praxiserprobte Hilfen im Antrags-Dschungel

Konrad Schultz, Pfronten
Rüdiger Bock, Hamburg

I. Wichtige rechtliche und administrative Grundlagen

Das deutsche System der gesundheitlichen Versorgung ist rechtlich in drei Säulen gegliedert, die *ambulante und die stationäre Krankenbehandlung* sowie die *medizinische Rehabilitation*. Träger und Leistungsrahmen der Rehabilitation sind gesetzlich umfassend geregelt (s. Tab. 1). In Übereinstimmung mit den §§ 3, 4 und 8 SGB IX formuliert das deutsche Renten-, Kranken- und Unfallversicherungsrecht für Patienten mit chronischen Erkrankungen der Atmungsorgane, *die Krankheitsfolgen aufweisen*, ausdrücklich einen Anspruch auf Rehabilitation („Leistungen zur Teilhabe“).

Tab. 1: Übersicht: Trägerstruktur der medizinischen Rehabilitation¹

| Gesetzliche Rentenversicherung (GRV) z.B. BfA, LVA | Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) z.B. AOK, Ersatzkrankenkassen | Gesetzliche Unfallversicherung (GUV) z.B. Berufsgenossenschaften |
|---|--|---|
| Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können einem Versicherten oder Rentner gewährt werden, wenn (§ 10 SGB VI) <ul style="list-style-type: none"> - die erhebliche <u>Gefährdung der Erwerbsfähigkeit</u> abgewendet, - die bereits geminderte Erwerbsfähigkeit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann. | Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden gewährt, (§§ 27, 40 SGB V) um <ul style="list-style-type: none"> - <u>drohender Behinderung</u> - <u>Pflegebedürftigkeit</u> vorzubeugen oder sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern, eine Verschlimmerung zu verhüten. | Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden erbracht (§ 7 SGB VII) <ul style="list-style-type: none"> - aufgrund eines <u>Arbeitsunfalls</u> oder - nach Eintritt einer anerkannten <u>Berufskrankheit</u>. - Die Leistungen sollen den Gesundheitsschaden (§ 26 SGB VII) beseitigen, bessern, eine Verschlimmerung verhüten oder die Folgen mildern. |

Aufgrund dieser Rechtslage und basierend auf dem bio-psycho-sozialen Krankheitsfolgenmodell der WHO sollen durch die medizinische Rehabilitation persistierende *krankheitsbedingte Fähigkeitsstörungen* oder *Beeinträchtigungen der Teilhabe* am beruflichen und gesellschaftlichen Leben abgewendet, beseitigt, gemindert, ihre Verschlimmerung verhütet oder ihre Folgen gemildert werden. Deshalb zielt die Rehabilitationsmedizin nicht nur auf die Beseitigung/ Kompensation d. körperlichen Krankheitsaspekte, sondern zusätzlich immer auch auf die resultierenden psychischen und sozialen Krankheitsfolgen und ihre Bewältigung.

Die WHO fasst in der „**International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)**“ diese Folgen chronischer Krankheiten in Klassifikationen der Funktionen und Strukturen, der Aktivitäten, der Partizipation und einer Liste der Kontextfaktoren zusammen.

Die ICF gilt als theoretische Grundlage der Rehabilitationsbegutachtung!

Die verschiedenen Kostenträger der medizinischen Rehabilitation

Die **GKV** ist vor allem für die Reha von Nicht-Erwerbstätigen, z.B. Hausfrauen und Rentnern zuständig, die **GRV** für Erwerbstätige und Frührentner. Reha-Leistungen über die GRV dürfen nur gewährt werden, wenn die Erwerbstätigkeit erheblich gefährdet bzw. gemindert ist und sie durch die Maßnahme wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann.

Kinderrehabilitationen sind sowohl über die GKV als auch über die BfA möglich. Im Falle von Berufskrankheiten sowie bei Arbeits- und Wegeunfällen ist die **GUV** zuständig.

¹ In der medizinisch-schulischen und medizinisch-beruflichen Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen sind als weitere Kostenträger die Eingliederungshilfe (entspr. § 39 Bundessozialhilfegesetz, BSHG) und die Bundesagentur für Arbeit (Arbeitsförderungs-gesetz, AFö) zu nennen.

Wer muss den Reha-Antrag stellen?

Rehabilitations-Leistungen zu Lasten d. GKV werden vom Arzt über das „Formular 61“ (s.u.) „verordnet“. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten d. GRV müssen vom Versicherten beantragt werden. Dazu ist ein Antragsformular auszufüllen („Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation“). Die Formulare sind über die Geschäftsstellen der Rentenversicherungsträger erhältlich (bei der BfA auch online: www.bfa.de). Dieser Antrag besteht aus einem vom Patienten auszufüllenden und zu unterschreibenden Teil („Selbstauskunft“) und einem Formblatt-Gutachten, welches vom Arzt erstellt werden muss. Bei der BfA hat der Versicherte das Wahlrecht, ob dies durch seinen behandelnden Arzt erfolgen soll (Honorar 25,20 €) oder über einen BfA-Gutachterarzt. *Die Sorgfalt, mit der dieses ärztliche Gutachten ausgefüllt wird, entscheidet wesentlich über die Chance einer Bewilligung.*

Bei wem muss der Antrag gestellt werden?

Bis zum Jahre 2001 waren die gesetzlichen Grundlagen für die einzelnen Kostenträger in drei verschiedenen Sozialgesetzbüchern geregelt (GRV † SGB VI, GKV † SGB V, GUV † SGB VII). Mit dem SGB IX hat der Gesetzgeber für die Rehabilitation ein eigenes Gesetzbuch erlassen.

Zwei daraus resultierende Neuerungen sind:

- Aufbau eines flächendeckenden Netzes *gemeinsamer Service-Stellen*, welche verantwortlich über alle Leistungen der betroffenen Kostenträger beraten (Verzeichnis z.B. unter www.vdr.de, gebührenfreies Servicetelefon: 0800 3331919). Grundsatz ist, dass kein Betroffener an eine andere Stelle verwiesen wird, sondern in der Servicestelle umfassend, qualifiziert und zeitnah beraten wird. Selbstverständlich können sich die Versicherten, sofern bekannt ist welcher Rehabilitationsträger für sie zuständig ist, weiterhin auch direkt an diese Stelle wenden.
- Des Weiteren ist im SGB IX festgelegt, dass der *zuständige Kostenträger innerhalb von 14 Tagen seine Zuständigkeit erklären muss* oder aber der Antrag in dieser Frist an den zuständigen Kostenträger weitergeleitet werden soll. Damit ist die Frage der Kostenträgerzuständigkeit für die Antragsstellung zweitrangig geworden.

Im Idealfall wird der Antrag beim zuständigen Kostenträger gestellt, d.h. bei Nicht-Erwerbstätigen zumeist bei der entsprechenden GKV, bei Erwerbstätigen zumeist beim Rentenversicherungsträger. Der Antrag muss aber nicht zwingend beim zuständigen Kostenträger gestellt werden, er kann also (u.a.) sowohl beim Rentenversicherungsträger *als auch bei* der gesetzlichen Krankenkasse eingereicht werden, die ihn dann an den jeweils zuständigen Träger weiterleiten.

Welche Kosten kommen auf den Versicherten zu?

Die Kosten einer Rehabilitationsbehandlung trägt der zuständige Kostenträger. Auch die Fahrtkosten werden ganz oder zum größten Teil übernommen. Für erwachsene Versicherte beträgt die „Zuzahlung“ 10.00 € täglich, längstens für 42 Tage im Kalenderjahr (kumulativ), bei einer Anschlussrehabilitation 28 Tage. Die Zuzahlung entfällt für Kinder und Bezieher von Übergangsgeld. Zudem kann ein Versicherter unter bestimmten Bedingungen von der Zuzahlung befreit werden. Bei einer ambulanten Reha besteht keine Zuzahlungspflicht.

Die unterschiedlichen Zielsetzungen der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung bzw. der gesetzlichen Krankenversicherung: Entsprechend den unterschiedlichen Aufgaben und Zielsetzungen unterscheiden sich Indikation und Bewilligungskriterien zwischen Rentenversicherung, GKV und GUV (s. Tab. 1). Generell werden im Rahmen des Antragsverfahrens die *versicherungsrechtlichen* und *persönlichen* Voraussetzungen geprüft. Ersteres entscheidet der Kostenträger, bei der Prüfung der persönlichen Voraussetzungen ist regelmäßig eine ärztliche Stellungnahme erforderlich.

II. Tipps für den pneumologischen GKV-Reha-Antrag

Zielsetzung und Bewilligungskriterien der med. Rehabilitation der GKV

Für die positive Begutachtung durch den MDK sind folgende vier Schlüsselkriterien entscheidend:

1. Rehabilitationsbedürftigkeit: alltagsrelevante *Fähigkeitsstörung* bzw. *Beeinträchtigung in der sozialen Teilhabe* infolge einer krankheitsbedingten Schädigung
2. Rehabilitationsfähigkeit
3. Positive Rehabilitationsprognose
4. Es muss ein realistisches Rehabilitationsziel formuliert werden können.

Das allgemeine Ziel der medizinische Rehabilitation i.S. der GKV ist es, einer *drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit* vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Ausgehend vom biopsychosozialen Krankheitsmodell (ICF der WHO) sollen durch die medizinische Rehabilitation dauerhafte alltagsrelevante Einschränkungen der Aktivitäten (*Fähigkeitsstörungen*) oder drohende bzw. manifeste *Beeinträchtigungen in der sozialen Teilhabe* am schulischen, beruflichen und gesellschaftlichen Leben *als Folge einer Schädigung* vermieden, beseitigt bzw. vermindert oder eine Verschlimmerung verhütet werden. Sind Fähigkeitsstörungen oder Beeinträchtigungen nicht mehr ausreichend beeinflussbar, so gilt es, den Versicherten zu befähigen, mit diesen im Alltag zu leben, d.h. ihm zumindest eine möglichst selbständige und unabhängige Lebensführung zu ermöglichen. Insofern besteht auch bei drohender bzw. bereits eingetretener Pflegebedürftigkeit die Indikation zur Rehabilitation, sofern Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose gegeben sind. Die o.g. Prüfkriterien sollten aus dem Antrag schlüssig hervorgehen, damit dieser nicht aus formalen Gründen abgelehnt wird.

1. Die MDK-Kriterien der Indikation zur Rehabilitation über die GKV:

Medizinische Rehabilitation bei Asthma oder COPD ist angezeigt bei Versicherten, die (A) „rehabilitationsbedürftig“ sind und

(B) eine „komplexe, interdisziplinäre Versorgung“ benötigen, d.h. bei denen die vorhandenen ambulanten kurativmedizinischen Behandlungsmaßnahmen ausgeschöpft sind u. bei denen (C) ein realistisches Rehabilitationsziel formuliert werden kann.

A) Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn als Folge der Erkrankung der Atmungsorgane eine anhaltende alltagsrelevante *Fähigkeitsstörung* („Einschränkungen der Aktivitäten“) vorliegt oder eine Beeinträchtigung der sozialen Teilhabe droht bzw. vorliegt.

Eine **Fähigkeitsstörung (Störung der Aktivitäten)** ist jede Einschränkung bzw. Verlust der Fähigkeit, Aktivitäten in der Art und Weise bzw. dem Umfang auszuführen, die für einen Menschen als normal (für seinen persönlichen Lebenskontext als typisch) angesehen werden. Zu den typischen **Fähigkeitsstörungen** bei chronischen Atemwegserkrankungen zählen z.B. Störungen folgender Aktivitäten:

- *in der Belastbarkeit,*
 - *in der Fortbewegung,*
 - *In der allgemeinen körperlichen Beweglichkeit und Geschicklichkeit,*
 - *in der Kognition und Emotion,*
 - *im Verhalten,*
 - *in der Selbstversorgung.*
- z.B. Einschränkungen beim Heben und Tragen, z.B. beim Einkaufen, im Haushalt
 - z.B. eingeschränkte Gehstrecke,
 - Einschränkungen beim Treppensteigen,
 - Belastungsasthma
 - z.B. sekundäre Koordinationsdefizite infolge sekundärer Dekonditionierung,
 - Sturzgefährdung, Gangunsicherheit
 - Schwierigkeiten beim Aufstehen bzw. Bücken
 - z.B. Depression, Antriebslosigkeit, Angst
 - z.B. sozialer Rückzug
 - Z.B. Einschränkungen von Tätigkeiten des täglichen Lebens (Einkaufen, Treppensteigen, Hausarbeiten, Schuhanziehen, Körperhygiene)

Wichtig: Der MDK prüft, ob die Fähigkeitsstörung („Einschränkung der Aktivitäten“) alltagsrelevant ist. Nur dann geht der Antrag auf Reha „durch“. Nicht alltagsrelevant sind für den MDK z.B. „Schmerzen beim Gehen nach 2 km bei Arthrose“. Alltagsrelevant bezieht sich bei der GKV also offenbar vor allem auf den häuslichen und engeren sozialen Raum.

Eine **Beeinträchtigung in der (sozialen) Teilhabe** ist eine sich aus einer Schädigung oder Fähigkeitsstörung ergebende Benachteiligung einer betroffenen Person, die die Erfüllung einer Rolle einschränkt oder verhindert, die (abhängig von Geschlecht, Lebensalter sowie sozialen und kulturellen Faktoren) für diese Person normal ist.

Zu den Beeinträchtigungen bei chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen zählen

z. B. *Einschränkungen der*

- *physischen Unabhängigkeit (in Bezug auf Selbstversorgung),* - z.B. Angewiesensein auf Hilfe bei Dingen des täglichen Lebens (Aufstehen, Anziehen, Körperhygiene, Einkaufen, Heben, Tragen)
- *Mobilität (Fortbewegung in der Umgebung),* - z.B. reduzierte Gehstrecke, Einschränkungen beim Treppensteigen, Unfähigkeit zur Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel
- *Beschäftigung (Ausbildung, Erwerbstätigkeit, Haushaltsführung),* - z.B. drohende oder manifeste Probleme/ Einschränkungen in Ausbildung, Erwerbstätigkeit, Haushaltsführung
- *sozialen Integration,* - z.B. soziale Isolation (Angst vor Triggerexposition oder Hustenanfällen in der Öffentlichkeit)
- *ökonomischen Eigenständigkeit (in Bezug auf die Sicherung des Lebensunterhalts).* - Erwerbsunfähigkeit,

B) Notwendigkeit einer „komplexen, interdisziplinären Versorgung“

Reicht Krankenbehandlung einschließlich Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln zur Verminderung der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen oder Beeinträchtigungen nicht aus, ist die Notwendigkeit von Rehabilitationsleistungen zu prüfen.

Tipp: Liegen eine Fähigkeitsstörung bzw. Beeinträchtigung vor, wird durch den MDK geprüft, ob diese durch Einzelmaßnahmen der kurativen Versorgung oder deren Kombination vermieden, beseitigt, vermindert oder deren Verschlimmerung verhütet werden können. Daher besteht bei einem Reha-Antrag, der mit der „Notwendigkeit von Patientenschulung“ oder „Atemtherapie“ begründet wird, die Gefahr, dass der Antrag mit dem Verweis: „ambulante Maßnahmen nicht ausgeschöpft“ abgelehnt wird. Aus dem Antrag sollte also die Notwendigkeit einer komplexen Reha-Maßnahme hervorgehen (z.B. „Notwendigkeit einer umfassenden verhaltensmedizinisch fundierten Schulung mit Hilfen zur Krankheitsverarbeitung und Krankheitsakzeptanz bei gleichzeitiger Notwendigkeit einer umfassenden Atemphysiotherapie oder Trainingstherapie“, da die vorhandenen ambulanten Möglichkeiten, z.B. ambulante Schulung, ambulante KG oder Lungensport ausgeschöpft sind).

C) Formulierung realistischer Rehabilitationsziele (Beispiele)

Somatische Therapieziele: Reduktion von Husten, Auswurf und Atemnot, Besserung der Sekretmobilisation, Besserung der Ventilationsstörung, Besserung der respiratorischen Insuffizienz.

Funktionsbezogene Therapieziele: Verbesserung der Selbstversorgung, Verbesserung der Fähigkeit Treppen zu steigen, Verlängerung der Gehstrecke, Verbesserung der Fähigkeiten zur Haushaltsführung, Verbesserung der Fähigkeit zur Ausübung von notwendigen Trainingsaktivitäten.

Psychosoziale Therapieziele: Verminderung von Ängstlichkeit, Verminderung von Depressivität, Optimierung der Krankheitsbewältigung, Verbesserung der beruflichen Integration, Verbesserung der sozialen Integration.

Edukative Therapieziele: Beherrschen von Notfallstrategien, Verbesserung des Informationsstandes über die Krankheit, Beherrschen von Techniken und Strategien zum Abbau von Risikoverhalten, Verbesserung der Medikamentencompliance.

2. Rehabilitationsfähigkeit

Der Begriff bezieht sich auf die somatische und psychische Verfassung des Rehabilitanden (Motivation/Motivierbarkeit und Belastbarkeit) für die Teilnahme an einer geeigneten Rehabilitation. (‡ „Rehabilitationsfähigkeit ist gegeben“)

3. Rehabilitationsprognose

Medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage auf der Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs und des Kompensationspotenzials (Rückbildungsfähigkeit) unter Beachtung und Förderung der persönlichen Ressourcen (Rehabilitationspotenzial) über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels durch eine geeignete Rehabilitationsmaßnahme in einem notwendigen Zeitraum. (‡ „Positive Rehabilitationsprognose liegt vor“)

Praktisches Vorgehen seit Inkrafttreten der neuen Rehabilitationsrichtlinie

Mit Inkrafttreten der „Rehabilitationsrichtlinie“² (1.4.04) wurde ein verbindliches 4-seitiges „Formular zur Verordnung medizinischer Rehabilitation“ („Formular 61“³) vorgegeben.

Lukrative Vergütung: Immerhin kann diese „Verordnung“ lukrativ abgerechnet werden. Im EBM 2000+ mit Ziffer 01611 = 810 Punkte. Bei einem fixen Punktwert von 5 €-Cent sind dies 40,50 €. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär!

Der Pferdefuß: Die Verordnung darf *ab dem 31.3.2006* nur von Ärzten mit „fachlicher Befähigung“ erfolgen (= spezieller 16-stündiger KV-Weiterbildungskurs)

Bis zum 31. 3. 2006 besteht ein Übergangszeitraum, in dem die Abrechnung ohne Zusatzqualifikation möglich ist. Der einfachste Weg, auch nach dem 1. 4. 06 diese Reha-Anträge stellen zu können, besteht darin, mit zwanzig Reha-Gutachten, die in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung abgefasst wurden, bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung eine Genehmigung der weiteren Abrechnung zu erwirken. Als Reha-Gutachten gelten sowohl diese Anträge nach Formular 61 wie auch BfA-Reha-Anträge.

Weitere Möglichkeiten, die erforderlichen reha-medizinische Kenntnisse für die KV zu belegen sind:

- Besitz der Weiterbildung Sozialmedizin, Rehabilitationswesen oder
- klinische Geriatrie oder
- Gebietsbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin oder
- 1 Jahr Tätigkeit in Reha-Einrichtung oder
- die Teilnahme an einem 16 stündigen Fortbildungs-Seminar der KV, das jetzt zunehmend angeboten wird.

TIPP: Bis zum 31.3.06 zwanzig Reha-Anträge stellen und bei der KV Genehmigung dieser Qualifikation beantragen!!!

Die 2 Schritte zur Verordnung von Rehabilitationsleistungen

Das „Formular 61“ (Formular zur Verordnung einer medizinischen Rehabilitation) wird über die Krankenkasse zugeschickt, wenn der Arzt das sehr kurze „Formular 60“ (Formular zur Einleitung von Rehabilitationsleistungen) an die Krankenkasse schickt bzw. der Patient es dort abgibt. Der Arzt muss also nur dieses Formular 60 vorhalten, das bei der KV ausliegt.

² Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V in der Fassung vom 16. März 2004

³ Das neue Formular wird seitens der Krankenkassen zunehmend - aber noch nicht durchgängig - verwendet.

2. Die Verordnung einer medizinischen Rehabilitation über das Formular 61

Lassen Sie sich durch das 4-seitige Werk nicht abschrecken – es ist weniger schlimm als zum Teil kolportiert („Komplizierter als meine Steuererklärung“) und fragt eigentlich nur systematisiert die oben skizzierten Zugangskriterien des MDK ab:

- Rehabilitationsbedürftigkeit: alltagsrelevante *Fähigkeitsstörung* bzw. *Beeinträchtigung* in der Teilhabe infolge einer krankheitsbedingten Schädigung
- Rehabilitationsfähigkeit
- Positive Rehabilitationsprognose
- Es muss ein realistisches Rehabilitationsziel formuliert werden können.

Da alle relevanten Items checklistenartig abgefragt werden, erleichtert es die Erstellung eines MDK-tauglichen Antrags. Das Formular kann mit etwas Übung rasch ausgefüllt werden und die „Verordnung“ (Antrag!!) kann nach **Ziffer 01611** des EBM 2000+ mit 810 Punkten abgerechnet werden (extrabudgetär, entspricht ca. 40 €).

Praxistipp:

Parallel zum Formular 60 hat es sich als sehr hilfreich erwiesen, dem Patienten ein Fragebogen (s. Anhang) in die Hand zu drücken, der sich an dem vierseitigen Formular 61 orientiert. Leidvolle Erfahrung lehrt, diesen Fragebogen sofort vom Patienten in der Praxis ausfüllen zu lassen und selbst kurz Korrektur zu lesen!

Die Krankenkasse schickt das Formular 61 gewöhnlich dem Pneumologen, gelegentlich auch dem Patienten zu. Nach Erhalt des Antrages kann die Arzthelferin ihn dann mit Hilfe des Patienten-Fragebogen vorbereiten. Das Formular 61 ist etwa in der TurboMed-Software bereits eingepflegt.

Ausfüllhilfen für die eigentliche Reha-Verordnung (gelbes „Formular 61, Teil A“ =1.Seite)

Die folgenden Beispiele sollen als Vorschlagssammlung und Anregung gesehen werden, aus der die zutreffenden Punkte ausgewählt werden können. Selbstverständlich müssen keinesfalls alle (Beispiel-) Punkte für eine suffiziente Reha-Indikation vorliegen.

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Vertragsarzt-Nr. vK gültig bis Datum

Verordnung von medizinischer Rehabilitation* 61 Teil A

Ist ein anderer Rehabilitationsträger (z. B. Unfall-, Rentenversicherung) zuständig, ist dieses Formular nicht auszufüllen

* für Kinder/Jugendliche, Mütter/Mutter-Kind, Sucht, neurologische Rehabilitation Phase C-, D-, psychosomatische und geriatrische Rehabilitation sind ggf. weitergehende spezifische Fragestellungen zu beantworten

Bitte Nein / Ja Antworten ankreuzen Nein = Ja =

I. Sozialanamnese

A. Lebenssituation

allein lebend mit (Ehe-)Partner-/in betreutes Wohnen

mit / bei Kindern Pflegeeinrichtung

B. Welche berufliche Tätigkeit übt der / die Versicherte derzeit aus?
(berufliche Tätigkeit, Schüler-/in, Student-/in, Hausfrau/Hausmann, Rentner-/in)

Stunden/Woche: _____ und zwar: _____

Schichtdienst

arbeitslos seit T T T T T T T T arbeitsunfähig seit T T T T T T T T

C. Ist der/die Versicherte krankheitsbedingt in der Ausübung seiner/ihrer beruflichen Tätigkeit eingeschränkt?

Art der Einschränkung _____

D. Wurde ein Antrag auf Pflegebedürftigkeit nach dem Pflege-Versicherungs-Gesetz gestellt?

Pflegestufe _____ GdB _____ Merkzeichen _____

Schwerbehinderung anerkannt

II. Klinische Anamnese

Beschwerden des Versicherten (seit wann?) und Verlauf

Seit 1 Jahr zunehmende Belastungsatemnot bei Alltagstätigkeiten (z.B. Einkauf-
fen), progredienter morgendlicher produktiver Husten mit Hustensynkopen
Zunehmende Depressivität und Vernachlässigung vieler Alltagsaufgaben

III. Rehabilitationsrelevante und weitere Diagnosen nach ICD 10

1. COPD (schwergradig) mit respiratorischer Insuffizienz

2. Anpassungsstörung / Depressivität / Angststörung

3. Hypertonie

Diagnose(n) Nummer(n) ist / sind zurückzuführen auf

2 auf 1

Arbeitsunfall, Schulunfall sonstiger Unfall Berufskrankheit Gesundheitsschaden nach dem BVG

Original für die Krankenkasse Muster 61Teil A.2 (2004)

Was will der MDK wissen?

- „Kontextfaktoren“
- Muß die RV zahlen?
- Droht Pflegebedürftigkeit?
- GdB = wichtig!
- Beispielangaben: (s. auch S 3 und 4)
- Wichtig = alltagsrelevante Krankheitsfolgen, die Einschränkungen normaler alltagsrelevanter Aktivitäten („drohende Behinderung“) bzw. der Teilhabe am normalen täglichen Leben illustrieren, z.B.:
- Körperhygiene
- Mobilität
- Selbstversorgung
- Hilfreich: *Patientenangaben aus dem zuvor ausgefüllten Ankreuz-Fragebogen, den d. Pat. ggf. zusammen mit der HelferIn zuvor ausgefüllt hat (s. Anhang)*
- Diagnosen:
- Multimorbidität erfordert Reha als Komplexmaßnahme

„Formular 61, Teil B“ =2. Seite

Name, Vorname des Versicherten: _____ Kassen-Nr.: _____ Versicherten-Nr.: _____ **61 Teil B**

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

IV. Rehabilitationsbedürftigkeit (medizinische Befunderhebung)

A. Rehabilitationsrelevante Schädigungen (ggf. Befundbögen als Anlage)

B. Nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe

| | keine Beeinträchtigungen | Schwierigkeiten (verlangsamt mit Hilfsmitteln) | personelle Hilfe nötig | nicht durchführbar |
|---|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Kommunikation (z. B. Sprechen, Sehen, Hören, Schreiben) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mobilität (z. B. Wechsel der Körperhaltung, Tragen, Hand- und Armgebrauch, Gehen, Treppensteigen, Laufen, Bücken) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Selbstversorgung (z. B. Hygiene, An-/Auskleiden, Nahrungszubereitung/-aufnahme) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Häusliches Leben (z. B. Haushaltsführung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Verhalten, Aufrechterhalten der sozialen Integration) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Aktuelle Assessment-Ergebnisse soweit vorhanden (z. B. Barthel-Index) _____

C. Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende Kontextfaktoren, soweit noch nicht ausgeführt

Persönliches und familiäres Umfeld (z. B. familiäre Unterstützung, Wohnsituation, Beziehungskonflikte, Pflege eines Angehörigen, Tod eines nahestehenden Angehörigen)

Berufliches/schulisches Umfeld (z. B. drohender Arbeitsplatzverlust, Überforderungssituation)

Soziales Umfeld (z. B. Unterstützung durch soziale Dienste, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten)

Risikofaktoren

Nikotin Alkoholmissbrauch Übergewicht Bewegungsmangel

Drogengebrauch/Medikamentenmissbrauch Sonstiges

Original für die Krankenkasse Muster 61 Teil B.a (7/2006)

„Schädigung“
einfach belegbar z.B. mittels
 - Lufu-Befunde (beilegen!!)
 - BGA
 - Arztbriefe
 - E-Berichte

Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe
 - Müssen vorliegen, sonst keine Reha (s. auch S. 4)
 Aber † muss „reha-fähig“ sein mit „positiver Reha-Prognose“

„Assessments“ i.d.R. nur i.d. Neurologie und Geriatrie (aber wenn vorhanden: SGRQ, SF36)

Wichtig Kurzbeurteilung der Belastbarkeit: Hierbei sollte die Fähigkeitsstörung und die neg. Kontextfaktoren genau bezeichnet werden:
 Z. B.
 - die Wohnung im 3. Stock kann mit Einkaufstaschen nicht mehr erreicht werden o. ä..
 - Kann nicht mehr in Bus einsteigen

Auswahlliste „Rehabilitationsrelevante Schädigungen:

- Irreversible Ventilationsstörung - Schwere Obstruktion (FEV1) bzw. Restriktion (VC) - Respiratorische Insuffizienz
- Dekonditionierung - pulmonale Kachexie
- therapierefraktäre massive Verschleimung
- ausgeprägte bronchiale Instabilität mit massivem Husten und Atemnot bei geringer Belastung
- ausgeprägte bronchiale Hyperreagibilität mit schwerem Reizhusten bei Belastung
- Recurrenzparese, Phrenicusparese, Heiserkeit

„Formular 61, Teil C“ = 3. Seite

Name, Vorname des Versicherten: _____ Kassen-Nr.: _____ Versicherten-Nr.: _____ **61 Teil C**

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

V. Maßnahmen der Krankenbehandlung in Bezug auf die rehabilitationsbegründende Indikation

A. Bisherige ärztliche Intervention (haus- und fachärztlich, Krankenhausbehandlung und ähnliche)

B. Arzneimitteltherapie (ggf. Hinweise auf Unverträglichkeiten)

Medikamentöse Therapie fachärztlicherseits angereizt (s. Bericht)

C. Heilmittel

| | In den letzten 12 Monaten erfolgt | | Anzahl | | Aussichtsreich | | | In den letzten 12 Monaten erfolgt | | Anzahl | | Aussichtsreich | |
|--|-----------------------------------|-----|--------|--|----------------|---|---|-----------------------------------|---|--------|--|----------------|---|
| Massage-therapie (einschl. Lymphdrainage) | X | (X) | | | X | J | Wärme-/Kältetherapie | X | J | | | N | J |
| Bewegungstherapie (z. B. KG und manuelle Therapie) | | X | | | N | X | Standardisierte Heilmittelkombinationen | X | J | | | N | J |
| Traktionsbehandlung | X | | | | X | J | Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie | X | | | | X | J |
| Elektrotherapie | X | | | | X | J | Ergotherapie | | X | | | X | J |
| Inhalation | | X | | | N | X | | | | | | | |

Hinweis zu der angegebenen Einschätzung

D. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

Welche? Seit wann? **Rollator, Flutter, Pari (seit > 1 Jahr)**

| | Verordnet | | Aussichtsreich | |
|--|-----------|---|----------------|---|
| | N | J | N | J |

E. Andere Maßnahmen

| | Durchgeführt | | Aussichtsreich | | | Durchgeführt | | Aussichtsreich | |
|--|--------------|-----|----------------|---|---------------------------------------|--------------|---|----------------|---|
| Psychotherapie | X | | | X | Ernährungsberatung | | X | | X |
| Rehabilitationssport/Funktionstraining | X | (X) | | X | Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen | X | | | X |
| Patientenschulung | | X | | X | Medizinische Vorsorgeleistungen | | | | X |

F. Sonstiges

Tägliches supervidiertes spezielles COPD-Training (ambulant nicht verfügbar)

| | Durchgeführt | | Aussichtsreich | |
|--|--------------|--|----------------|---|
| | X | | | X |

VI. Rehabilitationsfähigkeit

| | | | | | |
|--|---|---|---|-----|---|
| Der Patient verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit | N | X | Der Patient verfügt über eine ausreichende Motivation | (X) | X |
| Der Patient verfügt über die erforderliche Mobilität | N | X | Der Patient ist motivierbar | | X |

VII. Rehabilitationsziele

A. Ziele aus Sicht des Arztes im Hinblick auf

a) Schädigungen

Rekonditionierung → Treppensteigen bis zur Wohnung (2. Stock); Erlernen Atemtechniken → Besserung der bedrohten Selbstversorgungsfähigkeit

b) Beeinträchtigung der Aktivitäten und der Teilhabe

Treppensteigen bis zur Wohnung (2. Stock) → Sicherung der Selbstversorgung. Verbesserung der Gehstrecke, Wiederherstellung d. Fähigkeit zu sozialen Kontakten und kleineren Erledigungen

c) Negative Kontextfaktoren/Positivfaktoren

Besserung der depressiven Verstimmung → Annahme von notwendigen Hilfen wie Essen auf Rädern

B. Ziele aus Sicht des Patienten/Angehörigen

Patient: Möchte sich in der eigenen Wohnung weiter selber versorgen. Angehörige: Verhinderung der weiteren sozialen Isolierung. - Angehörigen möchten weiter Versorgung übernehmen, wenn wieder ... (z.B. kurze Gehstrecken möglich, nicht depressiv).

Original für die Krankenkasse

Master 61 Teil C.a (7/2004)

N J

Grundlage: Reha wenn kurative Medizin einschließlich Heil- und Hilfsmittel angereizt sind. Es muss hervorgehen dass ambulante Heil- und Hilfsmittel eingesetzt wurden (z.B. Schulung oder KG), dass aber zusätzlich das „Komplexangebot“ der medizinischen Reha erforderlich ist.

Hilfreich:

- Notwendige Mitbehandlung psychosozial schwieriger Konstellationen
- Psychologische Mitbetreuung erforderlich
- Notwendigkeit einer Herausnahme aus belastenden soz. Milieu

Reha-Fähigkeit: „Ist gegeben“
Realistische Reha-Ziele

Somatische Therapieziele (Schädigungsebene): - Reduktion von Husten, Auswurf und Atemnot, - Besserung der Sekretmobilisation, - Besserung der Ventilationsstörung, - Besserung der respiratorischen Insuffizienz, - Besserung des Trainingszustandes und der Infektabwehr

Funktionsbezogene Therapieziele:

- Verlängerung der Gehstrecke, - Besserung der Belastbarkeit,
- Verbesserung der Selbstversorgung, - Verbesserung der Fähigkeit Treppen zu steigen, - Verbesserung der Fähigkeiten zur Haushaltsführung, - Verbesserung der Fähigkeit zur Ausübung notwendiger Trainingsaktivitäten.

Psychosoziale Therapieziele: Verminderung von Ängstlichkeit, Verminderung von Depressivität, Optimierung der Krankheitsbewältigung, Verbesserung der beruflichen Integration, Verbesserung der sozialen Integration

Edukative Therapieziele:

- Beherrschen von Notfallstrategien,
- Verbesserung des Informationsstandes über die Krankheit, - Beherrschen von Techniken und Strategien zum Abbau von Risikoverhalten, - Nikotinkarenz

s. Patienten Fragebogen – wichtig! Muss ausgefüllt werden!

„Formular 61, Teil D“ =4. Seite

Name, Vorname des Versicherten _____ Kassen-Nr _____ Versicherten-Nr _____ **61 Teil D**

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

VIII. Rehabilitationsprognose

Besteht eine positive Rehabilitationsprognose hinsichtlich der

| | | | |
|--------------------------|--|---|--|
| Schädigungen | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Kontextfaktoren | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Aktivitäten und Teilhabe | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | Ziele aus Sicht des Patienten/Angehörigen | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |

IX. Sonstige Angaben

A. Besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung (z. B. besondere Therapieangebote, krankheitsbedingte klimatische Anforderungen, Barrierefreiheit für Rollstuhlfahrer, Gehbehinderte, körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, Diät, fremdsprachliche Betreuungsangebote)

Pneumologische Rehabilitationsklinik mit spezieller COPD-/Asthmatiker-Schulung, speziellem supervidierten COPD-Training, ADL-Training, fachpneumologische (Facharzt) Betreuung erforderlich, Strukturierte Tabakentwöhnung, Sauerstoff,

B. Reisefähigkeit

Öffentliche Verkehrsmittel ausreichend PKW erforderlich Krankentransport erforderlich

C. Ist die beantragte Rehabilitationsleistung vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig?

Begründung: Aufgrund der Schwere der Erkrankung bedrohen alltagsrelevante Fähigkeitsstörungen die Selbstversorgungsfähigkeit

D. Ist zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld nötig?

E. Ist im Falle einer ambulanten Rehabilitation die häusliche Versorgung gesichert?

X. Zusammenfassende Wertung

A. Empfohlene Rehabilitationsform ambulante Rehabilitation stationäre Rehabilitation

B. Inhaltliche Schwerpunkte
Verbesserung des Krankheits-Verständnis und der Selbstmanagementfähigkeit - des Trainingszustandes, - der körperlichen Leistungsfähigkeit, der Selbstversorgungsfähigkeit und der sozialen Teilhabe

C. Zum Erreichen des individuellen Rehabilitationsziels werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen
COPD-/Asthmatikerschulung, spezielle Trainingstherapie für Atemwegserkrankte, spezialisierte Atemphysiotherapie, ADL-Training, psychologische Mitbetreuung (Anpassungsstörung), Tabakentwöhnung, Ernährungstherapie, Allergenkarenz

D. Vorliegende Befundberichte sind beigefügt sind nicht beigefügt weil _____

E. Rückruf erbeten unter Telefonnummer: _____ durch die Krankenkasse durch den MDK

F. Besondere Hinweise

Datum: T T M M J J

Original für die Krankenkasse

Stempel und Unterschrift des Vertragsarztes

Muster 61 Teil D.a (7.2004)

N J

Positive Reha-Prognose!

Anforderungen an die Reha-Einrichtung
≠ fordern Sie qualifizierte Reha!

Reisefähigkeit: Wenn Pat. Krankentransport braucht, neigt d. GKV/MDK zur Annahme einer fehlenden Reha-Fähigkeit (begründen!!)

Begründung einer Reha vor Ablauf der 4-Jahresfrist
Grundsätzlich nur alle 4 Jahre bedeutet im Verwaltungsdeutsch ≠ vorzeitige Ausnahmen sind in medizinisch begründeten Fällen selbstverständlich möglich. Ein starkes Argument für Reha ist: Pflegebedürftigkeit droht!

Ambulante ↔ stationäre Reha

Zusammenfassende Wertung
s. auch realistische Reha-Ziele S. 4.

Beispiele

D) Wichtig: beifügen: Arztbrief, Lufu + BGA.

F: z.B. Patient wünscht Reha in ...

III: Tipps für den pneumologischen Reha-Antrag über die Rentenversicherung

Zielsetzung und Bewilligungskriterien der med. Rehabilitation der GRV

Eine **Rehabilitationsleistung durch den Rentenversicherungsträger** darf nur bewilligt werden, wenn folgende zwei miteinander verknüpfte „persönliche Voraussetzungen“ erfüllt sind:

1. Die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten muss erheblich gefährdet oder gemindert sein.
2. Die erheblich gefährdete oder geminderte Erwerbsfähigkeit muss voraussichtlich durch die Rehabilitation wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden oder eine wesentliche Verschlechterung abgewendet werden.

Zudem müssen bestimmte „versicherungsrechtliche Voraussetzungen“ erfüllt sein (z.B. Wartezeit, d.h. Beitrags- und Ersatzzeiten, von 15 Jahren oder in den letzten 2 Jahren vor der Antragstellung mindestens 6 Kalendermonate Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung). Eine gut verständliche Darstellung des Antragsverfahrens findet sich unter www.bfa.de („Informationen zum Antrag aus Leistungen zur Rehabilitation“).

Die Bewilligungsbegutachtung erfolgt bei der Rentenversicherung anhand des ärztlichen Befundberichtes über eigene Prüfärzte. Daher ist es erforderlich, dieses Formulargutachten sorgfältig auszufüllen, denn immer wieder führen unvollständig ausgefüllte oder nicht korrekt formulierte Befundberichte zu einer Ablehnung des Antrags.

Prüfkriterien seitens des med. Dienstes der RV sind vor allem die folgenden drei Punkte (→ in Klammern hierzu kurze Hinweise)

1. Ist die Erwerbstätigkeit gefährdet oder gemindert?
(→ hier muss unbedingt *suffizient* Stellung genommen werden! Wichtig sind Angaben über gehäufte AU-Zeiten sowie insbesondere über gesundheitliche Probleme und „Fähigkeitsstörungen“ am Arbeitsplatz, z.B. bei körperlicher Belastung oder z.B. infolge Staubexposition. Beifügen von vorhandenen pathol. Befunden! Hilfreich sind z.B. pathologische Lungenfunktionsbefunde bzw. Allergietestergebnisse sowie Krankenhaus- oder Facharztberichte.)
2. Ist der Versicherte rehabilitationsfähig?
(→ Positive Stellungnahme zur Mitwirkungsfähigkeit und Mitwirkungsbereitschaft des Versicherten)
3. Ist durch die Rehabilitation voraussichtlich eine wesentliche Besserung/ Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben zu erwarten?
(→ positive Einschätzung abgeben)

Beispiele:

COPD: Aufgrund der eingeschränkten Lungenfunktion (Anlage) infolge seiner COPD ist der Patient kaum noch in der Lage den (körperlichen/ mentalen) Anforderungen (± spezielle Hinweise sind hier sinnvoll z.B. Heben, Gehen, Treppensteigen, Akkordarbeit, Exposition gegenüber inhalativen Reizstoffen o.ä.) zu genügen. Es kam zu gehäuften AU-Tagen, auch infolge erheblicher Probleme bei der Krankheitsbewältigung. Die Erwerbstätigkeit ist ernsthaft gefährdet. Die ambulanten Therapiemaßnahmen sind ausgeschöpft (fachärztliche Medikation, Aufklärung über die Notwendigkeit des Verzichts auf das Rauchen, ambulante Krankengymnastik und Sport in Eigenverantwortung). Durch eine komplexe Rehabilitationsmaßnahme ist m.E. die Erwerbsfähigkeit zu sichern. Der Patient ist mitarbeitstfähig und motiviert.

Asthma: Aufgrund der bronchialen Überempfindlichkeit (bzw. Infektneigung) infolge der Asthmaerkrankung ist der Patient derzeit nicht mehr in der Lage, den Belastungen seines Berufes dauerhaft ausreichend zu genügen (± spezielle Hinweise sind hier sinnvoll, z.B. „Temperaturschwankungen“, „Exposition gegenüber inhalativen Reizstoffen wie z.B. Putzmittel, Staub, Allergenen“, „zeitlichen Leistungsvorgaben“.) Daraus resultiert eine erhebliche psychische Belastung sowie Probleme bei der Krankheitsverarbeitung. Die ambulanten Möglichkeiten sind ausgeschöpft (leitliniengemäße Medikation, die Möglichkeit einer ambulanten Patientenschulung wurde angeboten konnte aber aus (z.B.) Termingründen nicht wahrgenommen werden. AT-Kurs bei der VHS). Durch eine Rehabilitation erwarte ich eine langfristige körperliche und psychische Stabilisierung und eine Sicherung der gefährdeten Erwerbsfähigkeit. Der Patient ist motiviert. Insbesondere eine wohnortferne Rehabilitation dürfte m.E. seine Bereitschaft und Fähigkeit zu einer notwendigen psychologischen Mitbehandlung fördern.

Die Reha-Leistungen der GRV sind **vorrangig** gegenüber denen der Krankenversicherung zu erbringen (**§ 40 Abs. 4 SGB V, § 14 SGB IX**), d.h. bei Erwerbstätigen wird auch bei einem Antrag, der bei der Krankenkasse gestellt wurde, zunächst geprüft, ob die Rentenversicherung leistungspflichtig ist. Umgekehrt kann ein Reha-Antrag eines Erwerbsfähigen, der von der Rentenversicherung abgelehnt wird, wenn die o.g. Bedingungen nicht erfüllt sind, durchaus seitens der Krankenkasse bewilligt werden.

Wie leitet man eine GRV-Reha am einfachsten ein?

a) Für einen Antrag über die BfA/LVA oder andere GRV das grüne „Formular 60“ mitgeben.

- Im 2. Absatz: eine medizinische Rehabilitationsleistung erscheint aussichtsreich und Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit liegt vor oder ist zu befürchten ankreuzen.
- Der Patient erhält dann von der Krankenkasse den BfA- oder LVA-Reha-Antrag.

b) Der BfA-Antrag lässt sich etwa in der TurboMed-Software einfach durch die Arzthelferin vorbereiten. Unter www.bfa.de können Sie die Anträge selbst anfordern oder ausdrucken! Ohne den Umweg über das Muster 60 können Sie ihn dem Patienten dann gleich in die Hand drücken. Die Vergütung beträgt für einen BfA-Antrag: 25,20 €.

Wichtig für den Erfolg Ihres Antrages:

- Fügen Sie dem Antrag aussagefähige Unterlagen bei (Arztbriefe, Lufu-Daten).
- Auch die psychischen Auswirkungen der Lungenkrankheit sollten im Antrag erwähnt werden: z. B. reaktive Depression bei COPD, Erschöpfungssyndrom, psychosomatische Folge- und Begleiterkrankungen, Depression mit Somatisierungstendenz etc.

Kann ein Erwerbstätiger auch im Rahmen eines DMP's in die Reha?

Obwohl die DMP's primär Programme der GKV sind, wurden auch die Besonderheiten der Zugangsvoraussetzungen zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der GRV (z.B. BfA, LVA) skizziert, da diese bei erwerbstätigen Versicherten vorrangig leistungspflichtig sind. D.h. die GKV darf bei diesen Versicherten eine medizinische Rehabilitation grundsätzlich nur dann übernehmen, wenn diese von der Rentenversicherung nicht übernommen wird. Reha-Leistungen über die GRV (bzw. die Berufsgenossenschaften) sind aber selbstverständlich auch bei in einem DMP eingeschriebenen Patienten möglich und sinnvoll (erfolgen dann aber über die GRV).

IV. Tipps für den pneumologischen Reha-Antrag über die GUV

Abschließend sei der Weg der Rehabilitation in der gesetzlichen Unfallversicherung erwähnt, z. B. für Patienten, bei denen eine Pleuraasbestose mit oder ohne MdE anerkannt ist und die etwa gleichzeitig an einer COPD leiden.

Hintergrund: *Nach Eintritt einer **Berufskrankheit** oder nach einem **Arbeitsunfall** werden Leistungen erbracht (§ 27 SGB VII), um den Gesundheitsschaden*

- zu beseitigen
- zu bessern
- eine Verschlimmerung zu verhüten oder
- die Folgen zu mildern (§ 26 SGB VII).

Oft genügt folgendes Anschreiben, um Reha auf den Weg zu bringen: *Sehr geehrte ... BG, Ihr o. g. Versicherter leidet an einer pleuropulmonalen Asbestose, die als BK anerkannt wurde. Mit einer Reha-Maßnahme in ... ließe sich der eingetretene Gesundheitsschaden bessern und seine Auswirkung mildern.*

Bitte prüfen Sie, ob Sie die Kosten hierfür übernehmen können.

Anhang I: Patientenfragebogen zur Einleitung e. Rehabilitation über die GKV

*Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
zur Einleitung der bei Ihnen erforderlichen Rehabilitation benötigen wir eine möglichst umfassende Auflistung Ihrer alltagsrelevanten Krankheitsfolgen. Bitte kreuzen Sie daher die auf Sie zutreffenden Beschwerden an (\pm). Bei Unklarheiten sind wir gern behilflich.*

Ich habe Atembeschwerden bei normalen Anstrengungen des täglichen Lebens z.B. beim Einkaufen, Treppensteigen, Heben/ Tragen, Körperhygiene, Anziehen Haushalt erledigen, Kochen, Putzen, Briefkasten leeren, Gehen auf ebenen Wegen zusammen mit gleichaltrigen Menschen, Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, bei Kontakt mit Farben oder Geruchsstoffen andere alltagsrelevante Tätigkeiten, bei denen ich Atemnot habe.

.....
Ich habe Husten bei normalen Tätigkeiten des täglichen Lebens, der mich in meinen Aktivitäten einschränkt z.B. beim Haushalt erledigen/ Putzen, Kochen, Kontakt mit alltagsrelevanten Reizstoffen (z.B. in öffentlichen Räumen), Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, bei Kontakt mit Farben oder Geruchsstoffen, Treppensteigen, Heben/ Tragen, Körperhygiene

Ich leide unter Husten oder Auswurf, der mich quält bzw. der mich beim Umgang mit anderen Menschen einschränkt (Ich getraue mich daher fast nicht mehr in die Öffentlichkeit)

Ich bin immer weniger in der Lage...
meinen Haushalt zu versorgen
meine Einkäufe zu erledigen
meine Wohnung zu erreichen
mich selber zur versorgen
die Gehstrecke zu meinen Verwandten/ Freunden/ Nachbarn zu bewältigen
alleine zum Arzt/ zur Apotheke zu gehen
alleine Behördengänge zu erledigen
alleine aus einem Sessel oder dem Bett aufzustehen
mich zu bücken
meine notwendige Gymnastik durchzuführen
mir alleine die Schuhe anzuziehen
meinen kranken Partner zu versorgen
meine Kinder zu versorgen
öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen
meine Schule/ mein Studium/ meine Ausbildung weiterzuführen
wie bisher am öffentlichen Leben teilzunehmen

Aufgrund meiner Atemwegserkrankung leide ich zunehmend unter
dem ständigen Angewiesensein auf Hilfe durch Dritte
Unsicherheit und Angst
Depressionen und Mutlosigkeit
Vereinsamung
dem eingeschränkten Kontakt mit anderen Menschen
Schlafstörungen
anderen soziale und seelischen Krankheitsfolgen.....

andere Beschwerden:.....

Anhang II: Checkliste AHB-Antrag COPD

An Krankenkasse

Patient

AHB-Gutachten

Bei d. oben genannt. Pat. besteht die dringliche Indikation zur pneumologischen AHB.

Antragsrelevante Diagnose:

1. COPD Schweregrad nach GOLD I II III IV

mit respiratorischer Partialinsuffizienz

mit respiratorischer Globalinsuffizienz

mit Cor pulmonale (aktuell kompensiert aktuell dekomponiert)

mit laufender Langzeit-Sauerstofftherapie

mit laufender Heimbeatmung

2. Andere antragsrelevante Diagnose(n) (die im Rahmen d. Rehabilitation behandelt/mitbehandelt werden müssen):

.....
.....
.....

Es besteht Reha-Bedürftigkeit infolge der u.g. alltagsrelevanten Fähigkeitsstörung:

Einschränkungen beim Gehen in der Ebene

Einschränkungen beim Treppensteigen

Einschränkungen bei Körperhygiene/ Ankleiden

Einschränkungen bei der Haushaltsführung

Einschränkungen beim Heben und Tragen

weitere alltagsrelevante Fähigkeitsstörungen (z.B. bei beruflichen Tätigkeiten, bei der Selbstversorgung, beim Einkaufen, Kochen):

.....

