

HINWEISE ZUM ANTRAG AUF ANSCHLUSSREHABILITATION

Ab dem 1. Juli 2022 entfällt bei geriatrischen Anschlussrehabilitations-Verordnungen die Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkasse, wenn folgende Punkte erfüllt sind:

- Vorliegende Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und positive Rehabilitationsprognose
- Höheres Alter ≥ 70 Jahre und
- Behandlungspflichtige, geriatritypische Multimorbidität: Vorliegen einer der Diagnosen der folgenden Indikationsgruppen

Bei anderen Indikationen entscheidet die Krankenkasse nach Überprüfung des Medizinischen Diensts über die Zustimmung einer Rehabilitation. Ist die Patientin bzw. der Patient beispielsweise zwischen 60 und 70 Jahren ist eine Verordnung nur nach Erstellung eines Gutachtens durch den medizinischen Dienst möglich.

Welche Indikationsgruppen werden behandelt?

Indikationsgruppen	Beispielhafte Indikationen gemäß AHB-Indikationskatalog der DRV (Fassung 12/2017)
1: Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufsystems	<ul style="list-style-type: none"> • Myokardinfarkte • Koronar-Arterielle Bypass-Operation auch in Kombination mit einem Herzklappenersatz • Herzinsuffizienzen ab NYHA II
4: Konservativ und operativ behandelte Erkrankungen des Bewegungsapparates und Unfallfolgen	<ul style="list-style-type: none"> • Nach endoprothetischer Versorgung von Knie- oder Hüftgelenk • Spezifische Rückenschmerzen mit hohem Chronifizierungsrisiko • Spinalkanalstenose/Enger Spinalkanal/Rezessusstenose • Major Amputation an der unteren Extremität (proximal des Fußes)
7: Krankheiten der Atmungsorgane einschließlich Operationen	<ul style="list-style-type: none"> • Z. n. Pneumonie • Z.n. Lungenoperation
10: Neurologische Erkrankungen einschließlich Operationen an Gehirn, Rückenmark und an peripheren Nerven, wenn sich eindeutig eine Phasenzuordnung zur Phase D (gemäß BAR-Phasenmodell) aus den Feststellungen im ärztlichen Befundbericht sowie den Antragsunterlagen ableiten lässt	<ul style="list-style-type: none"> • Z. n. Hirninfarkt
11: Onkologische Krankheiten	<ul style="list-style-type: none"> • Onkologische Krankheiten der <ul style="list-style-type: none"> ○ Bewegungsorgane ○ Verdauungsorgane ○ Atmungsorgane ○ Schilddrüse

13: Organ-Transplantationen und –
Unterstützungssysteme

- Transplantation der
 - Niere
 - Leber
 - Lunge
-

Antrag auf Anschlussrehabilitation

Seite 1

I.2. Angaben zum Rentenbezug

Als Träger der Rentenversicherung kommen insbesondere die regionalen DRV-Träger, die DRV-Bund, die DRV Knappschaft-Bahn-See sowie die Landwirtschaftliche Alterskasse in Betracht. Bezieht der/die Versicherte keine Rente oder ist eine Rentenanspruchsstellung nicht gegeben, sind weitere Angaben im nachfolgenden Abschnitt erforderlich.

Seite 2

I.7. Spezielle Anforderungen

Hier können die Patient*innen spezielle Wünsche zu einer Rehabilitationseinrichtung angeben. Im Zuge der neuen Regelungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss wurde das Wunsch- und Wahlrecht der Patient*innen gestärkt. Entscheiden sich Patient*innen für eine andere als die von der Krankenkasse zugewiesene Reha-Einrichtung, so tragen Sie nur noch die Hälfte des Mehrkostenanteils.

Seite 4

II. Angaben des Krankenhauses

Für Rückfragen ist hier vor allem die Angabe der Kontakttelefonnummer der verlegenden Einrichtung/Station wichtig.

Ärztlicher Befundbericht

Seite 5

II. Rehabilitationsbedürftigkeit

Eine Rehabilitationsbedürftigkeit ist gegeben, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung

- Beeinträchtigungen der Teilhabe, durch voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivität, drohen oder
- Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen (z. B. Pflegebedürftigkeit) und
- der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.

Die Rehabilitationsbedürftigkeit wird anhand antragsrelevanter Funktionsdiagnosen, der Anamnese und der Beeinträchtigungen in definierten Aktivitäts- und Teilhabebereichen im Sinne eines rehabilitationsmedizinischen Assessment angegeben.

II.1. Antragsrelevante Funktionsdiagnosen

Mit Funktionsdiagnosen können aus dem Gesundheitsproblem resultierende relevante Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe in kompakter Form beschrieben werden, z. B. „Coxarthrose re. mit eingeschränkter Gehfähigkeit“. Die zugrundeliegenden Diagnosen sind in der Reihenfolge ihrer Bedeutung anzugeben und gemäß ICD-10-GM zu verschlüsseln. Sind die möglichen Ursachen der einzelnen Diagnosen bekannt und auf dem Formular aufgeführt, sind diese anzugeben.

Seite 6

II.4. Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe

Hier werden längerfristige (> 6 Monate) alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe angegeben. Die Darlegung der Beeinträchtigungen erfolgt mit dem Barthel-Index und/oder dem SINGER Patientenprofil.

Beispielhafte Beeinträchtigungen:

- Mobilität:
 - Treppensteigen nur mit Unterstützung
 - Reduzierte Gehstrecke (ca. 10 Meter)
 - Bücken und Hocken zur Zeit nicht möglich
 - Transfer Bett-Rollstuhl
 - Feinmotorischer Handgebrauch deutlich reduziert
- Kommunikation:
 - Erhebliche Beeinträchtigung beim Sprechen bei Aphasie
- Selbstversorgung:
 - Beeinträchtigung beim Waschen, Duschen
 - An- und Ausziehen bei Bewegungseinschränkungen im Schulter oder Hüft- oder Kniegelenk
 - Standunsicherheit
 - Sturzneigung
 - Beeinträchtigungen beim Essen oder Trinken bei armbetonter Hemiparese rechts
- Häusliches Leben:
 - Verlassen der Wohnung und Einkaufen nicht möglich bei eingeschränkter Mobilität (Treppensteigen, reduzierte Gehstrecke)
 - Wohnung reinigen und andere Hausarbeiten nicht möglich bei eingeschränkter kardialer Belastbarkeit

Seite 7

III.1. Ausreichende Belastbarkeit

Unter diesem Punkt erfolgt die ärztliche Bestätigung, dass die Patientin bzw. der Patient ausreichend psychisch und physisch belastbar und in der Lage ist, eine Rehabilitation zu absolvieren.

III.2. Belastbarkeit im Hinblick auf durchgeführte Interventionen

Neben Angaben zur voraussichtlichen Belastbarkeit sind außerdem Besonderheiten mit Blick auf die Belastbarkeit anzugeben, z. B. ausschließlich geführte passive Bewegungen einschließlich Pendelübungen im schmerzfreien Bereich.

III.3. Besonderer Unterstützungsbedarf

Der Unterstützungsbedarf ist nur in den Fällen zu beschreiben, in denen kein aktuelles Assessment (z. B. Barthel-Index, SINGER) angehängt ist.

IV. Rehabilitationsziele/-prognose

Die Rehabilitationsziele beziehen sich neben den Funktionsschädigungen auf die daraus resultierenden Beeinträchtigungen.

Formulierungsbeispiele:

- Erreichen der Stehfähigkeit
- Erreichen des Bett-Rollstuhl-Transfers
- Verbesserung der Rollstuhlfähigkeit
- Erreichen des Toilettenganges/persönliche Hygiene
- Selbstständige Nahrungsaufnahme
- Selbstständiges An- und Auskleiden
- Gehfähigkeit in der Wohnung, außerhalb,
- Gehfähigkeit über mehrere Treppenstufen, innerhalb und außerhalb der Wohnung,
- Tagesstrukturierung
- selbstständiges Essen, ankleiden, waschen
- Kommunikation
- Schlucken

Weitere Rehabilitationsziele:

- Rückkehr in die häusliche oder begleitend häusliche Selbständigkeit
- Verhinderung von Pflegebedürftigkeit und damit der Notwendigkeit einer Verhinderung höherer Pflegebedürftigkeit
- Verbesserung der Selbstständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens
- Feinmotorikschulung der betroffenen Hand für alltagsrelevanten Einsatz
- Stand -und Gangstabilisation
- Gleichgewichtsstabilisierung, Verbesserung der Rumpfstabilität
- Muskelkräftigung, Tonusregulierung
- Körperwahrnehmungsförderung
- Verhindern von pathologischen Bewegungs- und Haltungsmustern
- Bahnen von selektiver Bewegung
- Wiedererlernen der Körpersymmetrie
- Kontinenztraining
- Bedarfsgerechte Hilfsmittelordination und -anpassung
- Optimierung der Schmerztherapie
- Notwendigkeit eines kontrollierten Schlucktrainings
- Sturzprophylaxe
- Prothesenanpassung, Gangschulung mit angepasster Prothese

V. Zusammenfassende Bewertung

Die Empfehlung einer ambulant mobilen oder stationären Rehabilitation ist zu begründen. Handelt es sich bei dem/der Versicherten um eine*n pflegende*n Angehörigen und wird eine stationäre Anschlussrehabilitation empfohlen, ist dies ebenso zu begründen.

VI.1. Weitere relevante Informationen für die Durchführung einer Rehabilitation

Wenn eine Mitaufnahme des pflegebedürftigen Angehörigen gewünscht ist, jedoch medizinische Gründe gegen eine positive Rehabilitationsprognose (z. B. schwereres Erschöpfungssyndrom, depressive Störung) sprechen, ist dies unter „Sonstiges“ anzugeben. Sonstige Anmerkungen sind ebenfalls erforderlich, wenn eine alternative Versorgung des Pflegebedürftigen in dieser Zeit durch die Kranken- oder Pflegekasse gewünscht wird (z. B. Kurzzeitpflege).

VI.2. Voraussichtliches Verkehrsmittel für die Anreise zur Anschlussrehabilitation

Die Wahl des Transportmittels ist kritisch zu prüfen. Sie sollte praktikabel sein und dem Funktionszustand der Patient*innen angemessen, auch unter Beachtung der benötigten Hilfsmittel. Beispielsweise ist die Wahl eines Taxis bei Gehbeeinträchtigungen teilweise ungeeignet. Eine Begründung ist angeraten.

Ergänzende Informationen zum Barthel-Index für geriatrische Patient*innen

Einträge unter dieser Kategorie bitte kritisch reflektieren, da u. U. Rehafähigkeit für die Geriatrie in Frage gestellt werden könnte (siehe Kontraindikationen). Dazu gehören Beatmung, Intensivtherapie, Weglauftendenz und ein überwachungspflichtiger Verwirrheitszustand. Zu Schluckstörungen und Verständigungsstörungen (z. B. Aphasien) nachfolgend einige erläuternde Hinweise: Nicht jede Schluckstörung ist beaufsichtigungspflichtig! Wenn der Patient mit einer Dysphagiekost und andgedickten Getränken ernährt werden kann benötigt man keine Aufsicht. Eine schwere Verständigungsstörung ist nicht automatisch bei jeder Aphasie zu finden. Aphasien sind prinzipiell sehr gut behandelbar. Problematisch ist lediglich eine schwere globale Aphasie bei einem sonst mobilen Patienten mit Weglauftendenz

Kontraindikationen für eine geriatrische Rehabilitation sind:

- akute unklare Krankheitszustände, akute Lebensgefahr, akute Infektionen,
- auch langfristig ungesicherte Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr (liegender ZVK; PEG und Dialysekatheter jedoch keine KI !)
- schwere Verwirrheitszustände mit fehlender Mitarbeit, Aggressivität, und/oder Weglauftendenzen

Die Einstufung erfolgt nach dem Hamburger Manual. Bei Tagesschwankungen zählt immer das schlechtere Ergebnis. Bei notwendiger Anleitung bzw. Anregung werden 5 Punkte abgezogen, auch wenn die Leistung selbst möglich ist. Für Rückfragen zum Antrag bezüglich Indikation, Barthel-Index-Einstufung oder sonstigen Antragsinhalten stehen Ihnen die Belegungs Koordinatorinnen oder auch die Chefärzte der geriatrischen Rehabilitationskliniken gern zur Verfügung.

An wen wird das Reha-Formular gesendet?

Das ausgefüllte Formular wird zur Kostenübernahme bei der zuständigen Krankenkasse eingereicht.

Weitere Hinweise

- Die neuen Regelungen wurden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen und setzen den gesetzlichen Auftrag aus dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) um.
- In diesem Zusammenhang wurde auch die Regeldauer der geriatrischen Rehabilitation auf 20 Behandlungstage bei einer ambulanten Reha und auf drei Wochen bei einer stationären Reha festgelegt.
- **Bitte beachten Sie, dass die Aufnahme von Begleitpersonen nur in einem begrenzten Umfang und nach vorheriger Absprache möglich ist.** Die Unterbringung in einer kliniknahen Pension ist möglich.
- **Neben den Angaben auf dem Formular bitten wir um Anhang des aktuellen Medikationsplans sowie Angaben zur aktuellen Wundversorgung.**

Bei Unklarheiten bezüglich Indikation, Inhalten, Formularen nehmen Sie gern Kontakt auf.

Reha-Koordination (Patientenservice)

- Telefon: 034203 4-0
- Fax: 034203 42306

Ärzte

- Telefon CA Dr. Sultzer: 034203 42100
- Telefon OA Dr. Mörbitz: 034203 42106
- Belegungsmanagement: 034203 42171
- Fax: 034203 42102
- E-Mail: postmaster.zwenkau@sana.de

[1] GKV Spitzenverband (2019). Erläuterungen zum Vordrucksatz „AR-Antrag“. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/amb_stat_vers/entlassmanagement/Ausfuellhinweise_AR-Antrag_10.2019.pdf

[2] Deutsche Rentenversicherung (2018). Indikationskatalog für die Anschlussrehabilitation (AHB). https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_fuer_aerzte/ahb_indikationskatalog.html

[3] G-BA (2023). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. (Rehabilitations-Richtlinie/Reha-RL). Zuletzt geändert am 19. Januar 2023. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3095/Reha-RL_2023-01-19_iK-2023-03-22.pdf

[4] KBV (2021). Neuerungen bei der geriatrischen Reha – Formular wird angepasst. https://www.kbv.de/html/1150_56158.php

[5] Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG) vom 23.10.2020. BGBl. I 2020, Nr. 48 vom 28.10.2020, S.2220-2228.

[6] Arbeitskreis Gesundheit e.V. (2022). Neue Reha-Richtlinie: Neue Anforderungen im Entlassmanagement der Krankenhäuser. <https://www.arbeitskreis-gesundheit.de/neuigkeiten/neue-reha-richtlinie-neue-anforderungen-im-entlassmanagement-der-krankenhaeuser-84>