Die vier Wege zur Rehabilitation

Autoren:

Dr. Rüdiger Bock, Hamburg

CA Dr. Konrad Schultz, Bad Reichenhall

Ursprünglich erschienen im PneumoJournal
(Organ des Bundesverbands der Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner)

Teil 1: Reha-Antragsverfahren in der dt. Rentenversicherung

Der hervorragende Kongress der DGP in Leipzig ist allen Pneumologen noch in guter Erinnerung; die Pneumologie in Deutschland hat sich vorzüglich dargestellt. Auf einem Gebiet besteht allerdings erheblicher Nachholbedarf: Pneumologische Rehabilitation wird sowohl von Klinikern wie Niedergelassenen viel zu selten verordnet!

Dies trotz erdrückender Evidenz der Effektstärke. Für die Rehabilitation nach einer COPD-Exacerbation konnte zur Verhinderung einer stationären Wiederaufnahme die kaum schlagbare Number needed to treat 4 : 1 gezeigt werden, d. h. dass vier Rehabilitationen eine stationäre Wiederaufnahme verhindern. Bei derselben Indikation verhindern sechs Rehabilitationen sogar einen Todesfall!

In der vom unabhängigen Schweizer Prognos-Institut vorgenommenen Studie ließ sich zeigen, dass von allen Reha-Maßnahmen, die sonst alle ingesamt nur eine schwache Effektstärke erbracht haben, allein die pneumologische Rehabilitation als einzige einen mittelstarken Effekt hervorrufen konnte. Wegen dieser selbstverständlich auch den Kostenträgern bekannten Zahlen werden die pneumologischen Reha-Anträge u. E. durchaus wohlwollend geprüft.

Diese Artikelserie soll das Reha-Antragsverfahren für pneumologische Praxen so einfach darstellen, dass die engagierte pneumologische MFA wesentlich die Bearbeitung vorbereiten kann.

Vier Antragswege führen zu einer Reha-Maßnahme:

- Über die dt. Rentenversicherung (DRV)
- Über die gesetzl. Krankenversicherung mit dem neuen Muster 61
- Über die Unfallversicherung im Falle des Vorliegens einer Berufskrankheit
- Schließlich die Optionen für Privatversicherte

Der Reha-Antrag über die dt. Renten-Versicherung

Die Antragsunterlagen lassen sich von der DRV entweder online oder als Papieranträge kostenlos beziehen (www.deutsche-rentenversicherung.de). Es bietet sich an, die Antragspapiere vorzuhalten, damit sie dem Interessenten gleich überreicht werden können. Der Antrag besteht aus drei Formularen, die der Patient ausfüllen muss und dem ärztlichen Gutachtenteil. Diesen kann jeder Arzt bearbeiten, es sind keine weiteren Qualifikationen erforderlich. Er wird mit 25,20 € – 28,20 € extrabudgetär vergütet.

Beim Ausfüllen sollte der Patient darauf achten, dass die Bedrohung der Erwerbsfähigkeit durch die chronische Lungenkrankheit deutlich wird, denn rechtlich gesehen darf die DRV eine Reha nur dann bewilligen, wenn die Erwerbsfähigkeit gefährdet und durch die Reha voraussichtlich zu sichern ist.

Bis zum Datum des Antrags auf Altersrente ist prinzipiell die DRV der Kostenträger, ab diesem Tag geraten die Krankenkassen in die Pflicht. Wenn Zweifel für die Zuständigkeit der Kostenträger bestehen, helfen die regionalen „Gemeinsamen Reha-Servicestellen“ weiter (www.reha-servicestellen.de).

Eine Reha kann grundsätzlich alle 4 Jahre bewilligt werden. Ein vorzeitiger Reha-Antrag ist zu begründen, etwa mit einer neu aufgetretenen oder erkannten Krankheit oder aber einer Verschlechterung, die die Erwerbsfähigkeit erneut gefährdet. Einen häufigen Ablehnungsgrund bilden frühere (etwa orthopädische) Reha-Maßnahmen in den letzten vier Jahren.

Die drei Seiten der ärztlichen Reha-Begutachtung (zwei inhaltliche Seiten und die Liquidation) sind gewöhnlich im Praxis-EDV-Programm eingepflegt. Diese können nach Fertigstellung dem Rehabilitanden zugesandt werden, der die gesamten Unterlagen dann an die DRV weiterleitet. Nach Eintreffen des Reha-Antrags ist dieser binnen sechs Wochen zu bearbeiten. Im Falle eines positiven Bescheids bleiben dem Rehabilitanden dann 3 – 4 Monate, um mit dem Arbeitgeber zu klären, in welchem Zeitraum die Reha-Maßnahme stattfinden kann. Wenn der Reha-Antrag abgelehnt wird (hier in etwa 10 % der Fälle), lohnt gewöhnlich ein Widerspruch, der sich natürlich auf die Ablehnungsgründe beziehen sollte.

Der pneumologische Arztbrief besteht aus folgenden Text-Bausteinen:

Die auf den DRV-Reha-Antrag zu verteilenden Text-Bausteine A-G.

D iagnosen
A namnese
B efund
E pikrise

Wenn bei Formulierung des Briefes berücksichtigt wird, dass er für einen Reha-Antrag genutzt werden soll, kann die MFA aus diesen Bausteinen rasch einen Antrag zusammenstellen.

Es sind noch die Bausteine

F Bedrohung der Erwerbs **F** ähigkeit (etwa: Probleme am Arbeitsplatz durch die chron. obstruktive Atemwegskrankheit; gehäufte AU-Zeiten, Probleme beim Gehen, Heben, Treppensteigen, Dämpfe, Stäube …) und
G gewünschter Rehabilitationsort hinzuzufügen.
Hinsichtlich der Diagnosen ist besonders wichtig, dass Multimorbidität als Indikator für den Reha-Bedarf gilt. Daher sollten alle relevanten Begleiterkrankungen aufgeführt werden. 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.
Im Antrag werden die Risikofaktoren und die Gefährdungen des Patienten durch Alkohol, Drogen,

Medikamente, Nikotin oder Sonstiges abgefragt.
Zur Dokumentation der letzten Therapieempfehlung bietet sich der Ausdruck des Arztbriefes an. Für das Reha-Verfahren gewünschte Anwendungen wie Krankengymnastik, Ernährungsberatung, Nichtrauchertraining usw. können unter Position 13 angekreuzt werden.
Der fertige Antrag ist dann ärztlicherseits redaktionell abschließend zu bearbeiten.

Dr. Rüdiger Bock
Vorsitzender LV Hamburg/ Schleswig-Holstein

CA Dr. Konrad Schultz
Klinik Bad Reichenhall

Erschienen im PneumoJournal
Ausgabe 2/2016
Seite 4 – 6

Zwei mögliche Formulierungshilfen für COPD und Asthmapatienten	
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 mitarbeitsfähig 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 resultieren 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/nahe Rehabilitation dürfte m. E. seine Bereitschaft und Fähigkeit zu einer notwendigen psychologischen Mitbehandlung fördern.

Teil 2: Der neue GKV-Reha-Antrag nach Muster 61

Sehr ist zu begrüßen, dass das Reha-Antragsverfahren über die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zum 1. April 2016 erheblich vereinfacht wurde. Das Muster 60 („der Antrag auf Erteilung eines Antragformulars") ist weggefallen, das sperrige Muster 61 (M61) ist auf drei Seiten verschlankt worden und deutlich sinnvoller strukturiert.

Eine Reha-Bewilligung über die GKV wird i.d.R. erst dann möglich, wenn für diese Maßnahme nicht die Gesetzliche Rentenversicherung (also z.B. die DRV) oder die Unfallversicherung zuständig ist – wenn also keine Berufskrankheit besteht und die gesetzliche Rentenversicherung nicht zuständig ist.

Bei Unklarheit über den richtigen Kostenträger kann man sich an die „Gemeinsame Reha-Servicestelle" wenden, die es in jeder Kreisstadt gibt (www.reha-servicestellen.de). Grundsätzlich wird hier jeder Betroffener umfassend, qualifiziert und zeitnah beraten und erhält so den korrekten Antrag. Falls der Antrag aber doch bei der nicht zuständigen Stelle abgegeben wird, ist diese verpflichtet, den Antrag entsprechend weiterzuleiten.
Zur Klärung des Kostenträgers dient auch die erste Seite des M61 A, weiter die erste Frage auf Seite B oben und die Frage nach den Ursachen der Diagnosen auf dieser Seite I.A.

In den Erläuterungen zum M61 ist festgelegt:
„Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorliegen, durch die in absehbarer Zeit Beeinträchtigungen der Teilhabe drohen oder … bereits bestehen und über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist."

Es gilt also, eine pneumologische Schädigung darzulegen, die eine Beeinträchtigung der alltagsrelevanten Aktivität hervorruft und zu einer Beeinträchtigung der Teilhabe im gesellschaftlichen Leben führt. Hierbei ist wichtig, ein lebendiges Bild des Rehabilitanden in seiner Bedürftigkeit zu entwickeln und darzustellen, warum die bisherigen kurativen Maßnahmen nicht ausreichend waren.

Im Folgenden soll das neue M61 zunächst in einer Übersicht vorgestellt werden, die sich an der Gliederung der Verordnung orientiert. Im Weiteren soll seine Bearbeitung aus pneumologischer Sicht so einfach dargestellt werden, dass auch die engagierte pneumologische MFA wesentlich zu seiner Bearbeitung beitragen kann.

Der Anspruch auf Rehabilitation ist im deutschen Renten-, Kranken- und Unfallversicherungsrecht für Patienten mit chronischen Erkrankungen der Atmungsorgane, die Krankheitsfolgen aufweisen, klar geregelt:

GRV – Gesetzliche Rentenversicherung	GKV – Gesetzliche Krankenversicherung	GUV – Gesetzliche Unfallversicherung
Medizinische Rehabilitation kann gewährt werden, wenn (§ 10 SGB V) • die erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit abgewendet wird • die bereits geminderte Erwerbsfähigkeit wesentlich gebessert oder wieder hergestellt • oder deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann.	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§§ SGB V) werden erbracht, um • drohender Behinderung bzw. • Pflegebedürftigkeit vorzubeugen oder sie • nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern, eine Verschlimmerung zu verhüten.	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden erbracht (§7 SGB VII) • aufgrund eines Arbeitsunfalls oder • nach Eintritt einer anerkannten Berufskrankheit. Die Leistungen sollen den Gesundheitsschaden (§26 SGB VII) beseitigen, bessern, eine Verschlimmerung verhüten oder die Folgen mindern.

Scheinbar besteht das M 61 weiterhin aus vier Seiten. Die erste Seite A dient aber zur Klärung des Kostenträgers, was im Einzelfall einmal schwierig sein kann (Gemeinsame Reha-Servicestelle, s.o.). Anderenfalls können gleich die Seiten B-D ausgefüllt werden.

Zunächst ist festzustellen, dass das M61 keinen Antrag, sondern eine ärztliche Verordnung darstellt. Seit dem 1.4.2016 entfällt der bis dahin erforderliche Qualifizierungskurs, d. h. jeder Arzt kann Reha verordnen.

Die Verordnung startet mit Teil B:

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

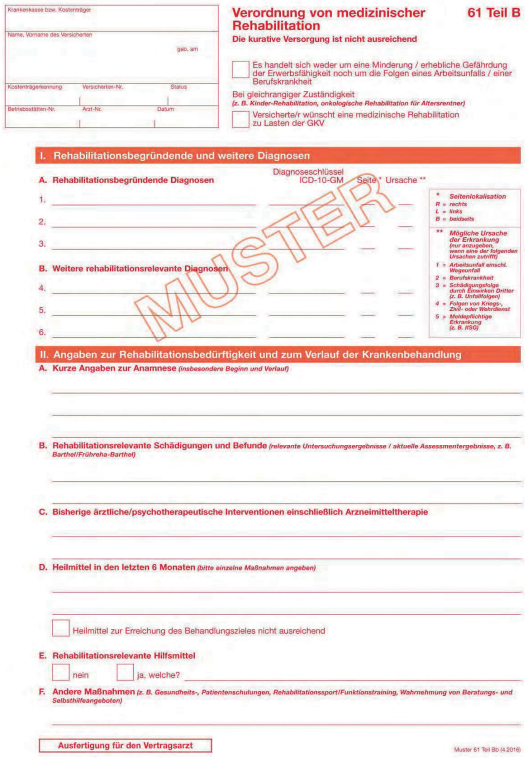
Für die Diagnosen ist es wichtig, eine etwaige Multimorbidität herauszuarbeiten (Multimorbidität ist ein wichtiges Kriterium der Reha-Bedürftigkeit) und insbesondere auf eine psychische Komorbidität zu verweisen.

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

Jeder ambulant tätige Pneumologe wird sein Netz von assistierenden Optionen der nichtmedikamentösen Therapie geflochten haben. Hierzu gehören der Lungensport, die Tabakentwöhnung und last not least die Physiotherapie, z.B. nach der reflektorischen Atemtherapie. Regionale Therapeuten lassen sich der Website www.reflektorische-Atemtherapie.de oder www.physio-deutschland.de entnehmen.

Die Frage nach Heil- und Hilfsmitteln und anderen Maßnahmen impliziert die Aufgabe, deutlich zu machen, warum die Reha-Ziele mit diesen Möglichkeiten allein nicht erreichbar sind. (Keine Lungensportgruppe in erreichbarer Nähe, keine adäquate Physiotherapie oder Selbsthilfegruppe, Komplexmaßnahme einer Rehabilitation erforderlich, da einzelne Heilmittel entweder nicht verfügbar oder allein nicht ausreichend sind.)

Eine besondere Schwierigkeit liegt darin, dass viele COPD-Patienten die alltagsrelevanten Einschränkungen von Aktivitäten und der Teilhabe nicht von sich aus schildern. Damit sind sie im Reha-Antrag nicht belegbar. Oder welcher Patient würde Hygiene-Defizite selbst einräumen?


Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Verordnung von medizinischer Rehabilitation **61 Teil B**

Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend

☐ Es handelt sich weder um eine Minderung / erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit

Bei gleichrangiger Zuständigkeit
(z. B. Kinder-Rehabilitation, onkologische Rehabilitation für Altersrentner)

☐ Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen — Diagnoseschlüssel ICD-10-GM — Seite * — Ursache **

1.
2.
3.

B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen

4.
5.
6.

* Seitenlokalisation
R = rechts
L = links
B = beidseits

** Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folgenden zutreffend ist)
1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall
2 = Berufskrankheit
3 = Schädigungsfolge durch Einwirkungen Dritter (z. B. Unfallfolgen)
4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst
5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)

MUSTER

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

A. Kurze Angaben zur Anamnese *(insbesondere Beginn und Verlauf)*

B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde *(relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse, z. B. Barthel/Frührehe-Barthel)*

C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimitteltherapie

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-, Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten)*

Ausfertigung für den Vertragsarzt

Muster 61 Teil B0 (4.2016)

Teil B des neuen Musters 61.

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

Die Frage nach der Reha-Fähigkeit erscheint banal, denn warum sollte sich der Arzt sonst der Mühe der Antragsbearbeitung unterziehen? Gleichwohl sollte dies (insbesondere bei schwerkranken Patienten) explizit formuliert werden, sonst könnte der Antrag mit der Begründung einer fehlenden Reha-Fähigkeit abgelehnt werden.

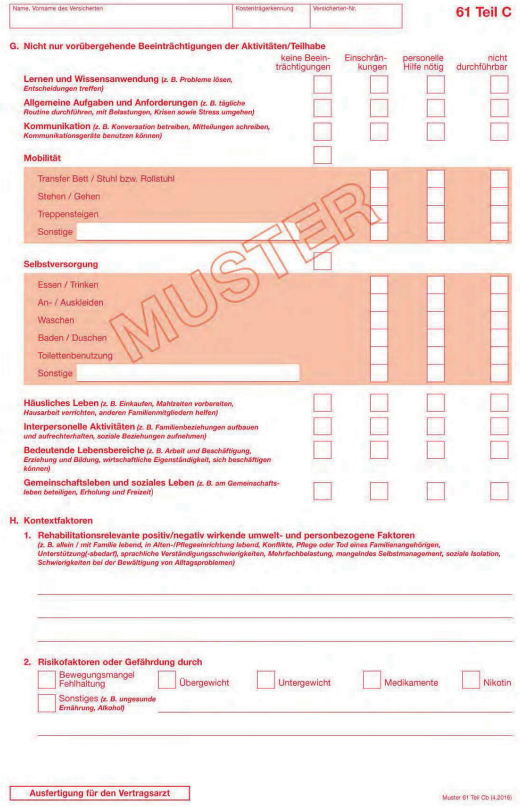
IV.Rehabilitationsziele

Diese sollten sich aus den unter II. G+H angegebenen Handicaps ergeben.

Hinsichtlich der Reha-Ziele ist zu berücksichtigen, dass diese mit einer dreiwöchigen Reha-Maßnahme erreichbar sein sollten. Nur dann ist eine positive Reha-Prognose gegeben.

V. Rehabilitationsprognose

Es ist zu berücksichtigen, dass das Reha-Ziel binnen einer 3 wöchigen



Name, Vorname des Versicherten | Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr.

61 Teil C

G. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
Lernen und Wissensanwendung (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)				
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)				
Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)				
Mobilität				
Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl				
Stehen / Gehen				
Treppensteigen				
Sonstige				
Selbstversorgung				
Essen / Trinken				
An- / Auskleiden				
Waschen				
Baden / Duschen				
Toilettenbenutzung				
Sonstige				
Häusliches Leben (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)				
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)				
Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung, Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich beschäftigen können)				
Gemeinschaftsleben und soziales Leben (z. B. am Gemeinschaftsleben beteiligen, Erholung und Freizeit)				

H. Kontextfaktoren

1. Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende umwelt- und personbezogene Faktoren (z. B. allein / mit Familie lebend, in Alten-/Pflegeeinrichtung lebend, Konflikte, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützungs-/-bedarf), sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch

☐ Bewegungsmangel Fehlhaltung ☐ Übergewicht ☐ Untergewicht ☐ Medikamente ☐ Nikotin

☐ Sonstiges (z. B. ungesunde Ernährung, Alkohol)

Ausfertigung für den Vertragsarzt

Muster 61 Teil Cb (4.2016)

MUSTER

Teil C des neuen Musters 61.

Reha-Maßnahme zu erreichen sein sollte. (Also nicht etwa die langfristige Gewichtsreduktion!) Am besten formuliert man frei die positive Rehabilitationsprognose.

VI. Zuweisungsempfehlungen

A. Ambulante oder stationäre Reha-Maßnahme

Eine ambulante Reha kommt in Betracht, wenn die häusliche Versorgung gesichert ist und keine Distanzierung vom sozialen Umfeld nötig ist. Für einen in sich stimmigen Antrag müssen die entsprechenden Positionen und VII B und C angekreuzt werden und unter D eine Angabe zur Reisefähigkeit gegeben werden.

VII. Sonstige Angaben

A. Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund

Reha wird prinzipiell nur alle vier Jahre gewährt und ein vorzeitiger Reha-Antrag zunächst oft abgelehnt! Daher ist in einem derart gelagerten Fall eine besondere Begründung erforderlich.

Zwei Gründe werden zum Ankreuzen vorgehalten:

- Neue Indikation
- Verschlimmerung bei gleicher Indikation

Die durch eine COPD Stadium III/IV resp. C/D erwachsende Beeinträchtigung der Teilhabe kann ebenfalls einen Grund hierfür darstellen. Selbstverständlich kann, wenn erneut wieder ein klarer Reha-Bedarf besteht, auch vorzeitig eine Reha bewilligt werden.

Unter E. sollte die gewünschte Reha-Einrichtung genannt werden.

Die Bearbeitung des M61 im Einzelnen:

Teil B

1) Das 1. Kästchen ist anzukreuzen, denn eine Minderung der Erwerbsfähigkeit würde einen Antrag über die deutsche Rentenversicherung(DRV) begründen, im Falle eines Arbeitsunfalls wären die Berufsgenossenschaften zuständig.

2) Gewöhnlich frei lassen

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen

1) Die Diagnosen sind möglichst vollständig und umfassend darzustellen mit Angabe der ICD-10 Codierung.

2) Seitenangabe

3) Die Frage nach den Ursachen ist nicht wörtlich zu verstehen. Vielmehr wird nur nach den Ursachen gefragt, für die keine Leistungspflicht seitens der GKV besteht.

II. Angaben zur Reha-Bedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

A. Angaben zur Anamnese

Diese lassen sich gewiss dem pneumologischen Arztbrief entnehmen.

B. Reha-relevante Schädigung

Lungenfunktionsangaben, BGA-Befunde o. ä.

C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimitteltherapie

Regelmäßige pneumologische Betreuung, Medikation s. Medikamenten-Plan.

D. Heilmittel in den letzten sechs Monaten

Atemtherapie etwa nach der reflektorischen Atemtherapie.

Anzukreuzen: Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend.

E. Hilfsmittel

z. B.: Flutter, elektr. Inhalationsgerät, PEP-Maske, nCPAP-Gerät, Rollstuhl, Atemmuskeltrainer wie IMT-Threshhold, Sauerstoff, NIV etc.

F. Andere Maßnahmen

DMP-Schulung, Lungensport, Kontakt mit Selbsthilfegruppe (SHG)

Für die Positionen D – F sollten ggfs. auch die Gründe angegeben werden, warum sie nicht infrage kommen, wie: Keine fachkompetente Physiotherapie in der Nähe, Lungensportgruppe zu entfernt, keine SHG erreichbar etc.

Teil C

G. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe

Bei pneumologischen Patienten bestehen gewöhnlich für die erste und dritte Position keine Einschränkungen, wohl aber für Pos. 2 Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. tägliche Routine, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen). Hier Einschränkungen ankreuzen.
Weiter auch Beeinträchtigungen für den ersten roten Block, Mobilität: Es gilt, möglichst genau und umfassend das Handicap darzustellen: Gehen noch … m ohne Pause, Treppensteigen etc.

Der zweite rote Block „Selbstversorgung" wird unter keine Beeinträchtigung angekreuzt, wenn diese nicht eingeschränkt ist.
Die vier folgenden Zeilen (Häusliches Leben, Interpersonelle Aktivitäten, Bedeutende Lebensbereiche, Gemeinschaftsleben) sollten aber Ankreuzmöglichkeiten enthalten.
Hier bewährt sich ein Fragebogen, mit dem die Handicaps der Patienten erfasst werden (s. u.).

Cave: Wenn hier zu oft „personelle Hilfe nötig" angekreuzt wird, kann dies einen Grund zur Ablehnung darstellen!

H. Kontextfaktoren

1. Es gilt, die „Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen" darzustellen, am besten erneut mithilfe der Angabe des Fragebogens.
2. Risikofaktoren:

- Kreuz bei: Bewegungsmangel (oder werden 10 000 Schritte täglich gelaufen?)
- Kreuz bei: Übergewicht oder Untergewicht
- Medikamente: damit kann etwa eine Steroid-Dauertherapie gemeint sein
- Nikotin: Hier bei Exraucher die Angabe: X Ex-Nikotin. (Auch noch rauchende Patienten können zur Reha, insbesondere wenn sie bereit sind, an einer Tabakentwöhnung teilzunehmen.)
- Sonstiges: Alkohol, Drogen etc.

Teil D

III. Angaben zur Reha-Fähigkeit:

Pat. ausreichend phys./psychisch belastbar: Anzukreuzen JA

IV. Reha-Ziele

A. In Bezug auf unter II G+H genannte Handicaps

z.B. Wiederbefähigung für Aktivitäten des tägl. Lebens, Treppensteigen, Asthma/COPD-Schulung, Tabakentwöhnung, COPD-Trainingstherapie, Tabakstopp, Adherence-Optimierung für LZ-O^2-Therapie + Medikation etc. psych. Mitbetreuung.

B. Abweichende Sicht des Patienten

Hier die gleichlautende Ansicht des Patienten notieren.

V. Reha-Prognose:

Anzukreuzen: JA
Ins freie Feld eintragen: Der Patient ist motiviert und rehafähig, es besteht eine gute Reha-Prognose.

VI. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Rehabilitationsform

Ambulant oder stationär, ambulant-mobil in pneumologischer Reha derzeit nicht verfügbar.
Mütter/Väter/Kind-Leistung gewöhnlich nicht zutreffend.

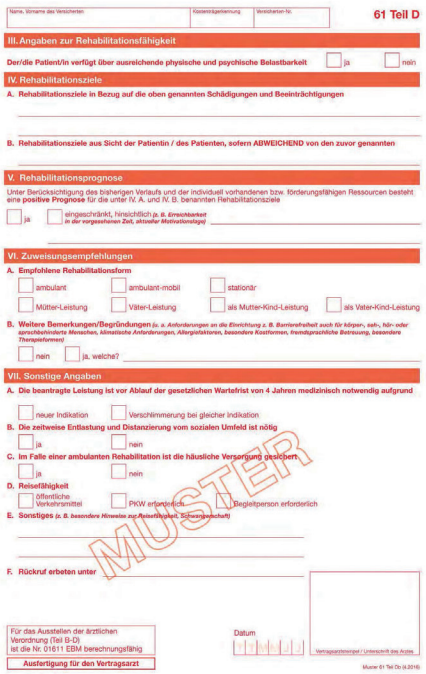
B. Anforderungen an die Einrichtung:

s. unter IV-A.

VII.Sonstige Angaben

A. Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund:

Gewöhnlich frei lassen.


Name, Vorname des Versicherten | Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr.

61 Teil D

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

Der/die Patient/in verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit ☐ ja ☐ nein

IV. Rehabilitationsziele

A. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen

B. Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten, sofern ABWEICHEND von den zuvor genannten

V. Rehabilitationsprognose

Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen besteht eine **positive Prognose** für die unter IV. A. und IV. B. benannten Rehabilitationsziele

☐ ja ☐ eingeschränkt, hinsichtlich *(z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage)*

VI. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Rehabilitationsform

☐ ambulant ☐ ambulant-mobil ☐ stationär
☐ Mütter-Leistung ☐ Väter-Leistung ☐ als Mutter-Kind-Leistung ☐ als Vater-Kind-Leistung

B. Weitere Bemerkungen/Begründungen *(z. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch für körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen)*

☐ nein ☐ ja, welche?

VII. Sonstige Angaben

A. Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund

☐ neuer Indikation ☐ Verschlimmerung bei gleicher Indikation

B. Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig

☐ ja ☐ nein

C. Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert

☐ ja ☐ nein

D. Reisefähigkeit

☐ öffentliche Verkehrsmittel ☐ PKW erforderlich ☐ Begleitperson erforderlich

E. Sonstiges *(z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft)*

F. Rückruf erbeten unter

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung (Teil B-D) ist die Nr. 01611 EBM berechnungsfähig

Datum

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Vertragsarzt

Muster 61 Teil D (8.2016)

MUSTER

B. Zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig
⇢ wohnortferne, stationäre Reha

C. Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert.
⇢ Sonst wohnortferne, stationäre Reha

D. Reisefähigkeit

E. Sonstiges
Angabe der gewünschten Reha-Einrichtung, z. B. Frage nach Unterbringungsmöglichkeit von Angehörigen

F. Rückruf Tel.
z. B. nur bei drohender Ablehnung der Verordnung.

Dr. Rüdiger Bock
Vorsitzender LV Hamburg/ Schleswig-Holstein

CA Dr. Konrad Schultz
Klinik Bad Reichenhall

Erschienen im PneumoJournal
Ausgabe 3/2016
Seite 4 – 8

Patientenfragebogen zur Einleitung einer 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 (☐ → ☒). 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:……

Teil 3: Das Reha-Antragsverfahren über die gesetzliche Unfallversicherung

Die gesetzliche Unfallversicherung hat die Aufgabe, nach Eintritt von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederherzustellen (§ 1 SGB VII).

Nach § 26 SGB VII haben die Versicherten einen gesetzlichen Anspruch auf Rehabilitationsleistungen. Der Unfallversicherungsträger hat möglichst frühzeitig den durch den Versicherungsfall (Arbeitsunfall oder Berufskrankheit) verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, um eine Verschlimmerung zu verhüten und seine Folgen zu mindern.

Die häufigsten pneumologischen Berufskrankheiten in Deutschland sind:

- Pneumokoniose durch Asbest oder silikogene Stäube (BK 4101, 4102, 4103).
- Obstruktive Atemwegserkrankung durch Allergene oder chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Noxen (BK 4301, 4302, 1315).
- COPD/Lungenemphysem im Steinkohlebergbau (BK 4111).

Mit den Ansätzen von Jeremie, Grützmacher, Taube et al.[1] konnte im Bereich der ambulanten medizinischen Rehabilitation erstmals gezeigt werden, dass Patienten mit Asbestose von einer Reha-Maßnahme profitieren. Diese Erkenntnis hat die Arbeit von S. Dalichau et al.[2] aus Bremen an einer größeren Fallzahl bestätigen können.

Für die stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen konnte in beiden BG-Kliniken Bad Reichenhall und Falkenstein nicht nur für Asbestose, sondern auch für COPD, Asthma und Silikose ein hervorragender Nutzen erzielt werden. Das Ergebnis dieser Studie[3] zeigte, dass eine vierwöchige stationäre Rehabilitation die körperliche Leistungsfähigkeit bei Patienten mit berufsbedingten Lungen- und Atemwegserkrankungen signifikant und nachhaltig über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr verbessert und dass die Exacerbationsraten signifikant gesenkt werden.

Daher wurde in allen Begutachtungsempfehlungen der gesetzlichen Unfallversicherung – Bochumer Empfehlung (Silikose), Reichenhaller Empfehlung (obstruktive Atemwegserkrankungen) – die Notwendigkeit dieser Rehabilitationsmaßnahmen verankert.

Physikalische Therapie ist eine wichtige Maßnahme der Rehabilitation. (Foto: ©Picture-Factory – fotolia.com)

So besagt die Falkensteiner Empfehlung (Asbest-Erkrankungen):

„Analog zu anderen Atemwegs- oder Lungenerkrankungen kommt es auch bei asbestbedingten Erkrankungen über eine Dekonditionierung von Atmung, Herz, Kreislauf und Muskulatur zu einer Abwärtsspirale der körperlichen Leistungsfähigkeit. Ziel der Rehabilitation ist, diese Dekonditionierungsspirale möglichst frühzeitig zu unterbrechen, d. h. die körperliche Belastbarkeit zu steigern, die Symptome (Husten, Atemnot, Ängste, Depressionen) zu lindern und damit die Lebensqualität der Versicherten zu verbessern.
Maßnahmen der Rehabilitation mit ihren inhaltlichen Schwerpunkten wie optimierter medikamentöser Therapie, Patientenschulung, Trainingstherapie, physikalischer Therapie und Selbsthilfetechniken sind heute durch wissenschaftliche Studien gut belegt…“[4]

Weil diese Empfehlungen als Arbeitshilfe für die Mitarbeiter der Unfallversicherungsträger dienen, ist oft ein formloses Schreiben an die Berufsgenossenschaft bereits ausreichend, in dem eine Rehabilitationsmaßnahme vor dem Hintergrund der bestehenden Berufskrankheit beantragt wird. Die Mitarbeiter der Berufsgenossenschaften prüfen diese Beantragung durchaus wohlwollend.

Die Berufsgenossenschaften fragen in ihren Gutachtenaufträgen regelhaft nach, ob mit einer Reha-Maßnahme eine Besserung des Krankheitsbildes zu erzielen ist. Meines Erachtens ist der Gedanke, mit Reha der Gesundheitsverschlechterung des Patienten mit Berufskrankheit vorzubeugen, noch nicht ausreichend verankert.

Daher wird noch zu selten in der Begutachtung die Option Rehabilitation bedacht und empfohlen.

Dr. Rüdiger Bock
Vorsitzender LV Hamburg/ Schleswig-Holstein

Erschienen im PneumoJournal
Ausgabe 4/2016
Seite 4 – 5

Literatur:
[1] Jeremie U, Grützmacher J, Taube K et al. Verbesserung der Rehabilitation von Asbestosen durch die Einführung eines ambulanten Rehabilitationsprogramms – Erste Ergebnisse. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 2006; 41: 416-423
[2] Dalichau S et al. Short- and long-term effects of the outpatient medical Rehabilitation for patients with asbestosis. Pneumologie (2010) 64: 163-170
[3] Ochmann U. et al. Trauma und Berufskrankheiten 2013/2015: 82-90, Springerverlag Berlin Heidelberg 2013
[4] Empfehlung zur Begutachtung Asbest bedingter Berufskrankheiten – Falkensteiner Empfehlung
Deutsche gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
3satz Verlag und Medienservice GmbH Bochum, Februar 2011, Berlin

Teil 4: Der Reha-Antrag bei Privatversicherten

Während es bei Reha-Anträgen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) zumindest formal klare Kriterien gibt, nach denen die Anträge (GRV) bzw. die Verordnungen (GRV) geprüft und entschieden werden (s. die Beträge in den PneumoJournal-Ausgaben 02/2016, 03/2016 und 04/2016), ist die Situation bei Privatversicherten etwas komplexer.

Zunächst: Ist der privat Krankenversicherte gesetzlich oder freiwillig rentenversichert, können die Kosten durch die Rentenversicherung (zumeist die DRV) übernommen werden, wenn die Maßnahmen zur Wiederherstellung oder Aufrechterhaltung der Erwerbstätigkeit durchgeführt werden. Nur wenn hier keine Ansprüche bestehen (also i.d.R. bei Selbständigen, Nicht-Erwerbstätigen oder Altersrentnern, die bei einer PKV versichert sind, aber auch bei bestimmten Berufsgruppen wie Ärzten oder Juristen) kommt die PKV als Kostenträger in Betracht. Dabei gilt, dass bei den meisten PKV-Verträgen Kuren und Rehabilitation („Sanatoriumsbehandlung") nicht automatisch mitversichert sind, wie bei der GKV, sondern, dass diese gesondert vertraglich vereinbart werden müssen (Kurzusatztarife, Kurtagegeldversicherung).

Dies ist üblicherweise mit Zusatzkosten verbunden. Trotzdem enthalten auch einige „normale" PKV-Tarife Leistungen bei einem Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik, sofern der gesetzliche Leistungsträger die Kostenübernahme ablehnt. Privatversicherte sollten daher ihren bestehenden Vertrag auf „Kurleistungen" hin überprüfen. Zudem können die PKVen nach Einzelfallprüfung aus Kulanz die Kosten übernehmen. Wenn kein Versicherungsschutz durch einen Sozialversicherungsträger gegeben ist, sollte also in jedem Fall der Antrag auf Kostenübernahme bei der PKV gestellt werden. Es ist allerdings unbedingt erforderlich, dass die Kostenübernahme vor Antritt der Reha bestätigt wird. Dringend davon abzuraten ist, ohne Gewissheit über die Kostenerstattung die Reha zu absolvieren und die Kostenfrage anschließend zu klären.

Gewöhnlich ist es erforderlich, dass die geplante Reha-Einrichtung von den Verbänden der privaten Krankenversicherer als sogenannte „gemischte Krankenanstalt" anerkannt ist. Das bedeutet, dass in solchen Kliniken sowohl stationäre Rehabilitationsmaßnahmen als auch stationäre Heilbehandlungen i. S. von Krankenhausbehandlungen durchgeführt werden, was nach unserer Erfahrung einer breiten Grauzone des Ermessens und der Einzelfallentscheidung unterliegt.

Voraussetzung ist aber in jedem Fall die vorherige Kontaktaufnahme des PKV-Versicherten mit seiner Versicherung (hier reicht zumeist ein kurzer formloser Antrag) und ein ärztliches Attest. Es hat sich bewährt, gegenüber der PKV nicht von Kur oder Reha zu sprechen, sondern von (fach-)ärztlich erforderlicher stationärer fachklinischer Behandlung (Formulierungsbespiele s. Kasten).

Das ärztliche Attest muss die Notwendigkeit der stationären fachklinischen Behandlung bescheinigen. Es hat sich ebenfalls bewährt, hierbei zu betonen, dass die geplante stationäre fachklinische Behandlung neben der fachärztlichen Betreuung, die die notwendigen diagnostischen und medikamentösen Maßnahmen einer stationären Heilbehandlung umfasst, zusätzlich verschiedene leitliniengemäß notwendige Therapien beinhaltet, insbesondere eine dem Krankheitsbild angepasste Trainings- und Atemphysiotherapie, die in der notwendigen Dichte und Spezialisierung ambulant nicht verfügbar sind.

Bei einer Ablehnung ist ein Widerspruch aussichtsreich, ggf. mit dem Hinweis, dass bei erneuter Ablehnung eine stationäre Einweisung in ein Akutkrankenhaus erforderlich werden kann. Dies bedeutet dann höhere Kosten ohne, dass hierbei die notwendigen nichtmedikamentösen Therapiemaßnahmen erbracht werden können. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle übernehmen die Versicherungen daraufhin die Kosten (ganz oder teilweise) „als Kulanzleistung". Erfahrungsgemäß ist die Bereitschaft zur Kostenübernahme nach einem Aufenthalt in einer Akutklinik höher.

Ablauf des Reha-Antrags bei der Beihilfe

Bei beihilfeberechtigten Patienten, z. B. bei Beamten, wird ein Teil der Kosten (i.d.R. bis max. 70 %) von der Beihilfe übernommen. Hier ist wichtig, dass die vorgesehene

Reha-Klinik den Status „beihilfeberechtigt“ hat. Beihilferechtlich anerkannt sind Einrichtungen die einen Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) geschlossen haben.

Nach Angaben des Bundesverwaltungsamtes (BVA) wird für eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme zudem vorausgesetzt, dass

- die medizinische Notwendigkeit einer stationären Rehabilitationsmaßnahme amts- oder vertrauensärztlich festgestellt wurde,
- die ambulante ärztliche Behandlung und die Anwendung von Heilmitteln am Wohnort für die Erreichung der Rehabilitationsziele nicht mehr ausreichend sind,
- ein gleichwertiger Behandlungserfolg durch eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme nicht erzielt werden kann,
- im laufenden oder den drei vorangegangenen Kalenderjahren keine als beihilfefähig anerkannte Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt und beendet wurde, es sei denn nach dem amts- oder vertrauensärztlichen Gutachten ist eine Rehabilitationsmaßnahme aus medizinischen Gründen in einem kürzeren Abstand notwendig.

Der behandelnde Arzt rät zu einer stationären Rehabilitationsmaßnahme, bescheinigt die Notwendigkeit und macht ggf. einen Vorschlag zum Ort und der Einrichtung. Der Patient sendet einen formlosen Antrag auf Anerkennung der stationären Rehabilitationsmaßnahme mit der oben beschriebenen ärztlichen Bescheinigung an die zuständige Beihilfestelle. Diese erteilt dem zuständigen Amts- oder Vertrauensarzt einen Untersuchungsauftrag. Bei dieser Untersuchung soll festgelegt werden, wo die stationäre Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt werden soll. Nachdem der Beihilfestelle alle erforderlichen Unterlagen vorliegen, wird der Antrag abschließend geprüft und bei Vorliegen aller Voraussetzungen als beihilfefähig anerkannt.

Es hat sich bewährt zu betonen, dass die geplante stationäre fachklinische Behandlung verschiedene notwendige Therapien beinhaltet, insbesondere eine dem Krankheitsbild angepasste Trainings- und Atemphysiotherapie, die in der notwendigen Dichte und Spezialisierung ambulant nicht verfügbar sind.
Foto: DenisFilm (1)/ Shutterstock.com

Wichtig: Wird die Maßnahme vor Anerkennung der Beihilfefähigkeit angetreten bzw. nach der Anerkennung nicht innerhalb von 4 Monaten begonnen, besteht nur ein eingeschränkter Anspruch auf Kostenerstattung, nämlich nur für ärztliche Leistungen, für ärztlich verordnete Arzneimittel sowie für ärztlich verordnete Heilmittel.

Aufgrund dieser etwas unübersichtlichen Kostenübernahmesituation verzichten viele PKV-Versicherte von vorneherein auf den Versuch, zu einer leitliniengemäß angezeigten Rehabilitation zu kommen, bzw. geben den Versuch bei der ersten negativen Auskunft („Kurkosten können wir leider nicht übernehmen“) auf. Die Erfahrung lehrt aber, dass bei einer gewissen Hartnäckigkeit auch bei PKV-Versicherten ohne spezielle Kurzusatztarife die Kosten letztlich „aus Kulanz“ doch ganz oder zumindest teilweise übernommen werden, wobei die Beihilfestellen hier erfahrungsgemäß die geringere Hürde darstellen. Unabhängig von der Kostenfrage ist es aber eine wichtige ärztliche Aufgabe dafür zu sorgen, dass auch pneumologische Privatpatienten Zugang zu einer leitliniengemäß angezeigten und

evidenzbasierten Rehabilitation erhalten. Ihre Patienten werden es Ihnen danken!

Erschienen im PneumoJournal
Ausgabe 2/2017
Seite 4 – 6

Dr. Rüdiger Bock
Vorsitzender LV Hamburg/ Schleswig-Holstein

CA Dr. Konrad Schultz
Klinik Bad Reichenhall

Formulierungsbeispiele

Antrag auf Übernahme der Kosten für eine fachärztlich indizierte stationäre fachklinische Behandlung:

Sehr geehrte Damen und Herren,
aufgrund meiner COPD/meines Asthmas /XX bin ich im Alltag durch ständige Atemnot/Verschleimung/Atemnotanfälle/quälende Hustenanfälle und allgemeine Leistungseinschränkung trotz regelmäßiger Durchführung der von meinem Pneumologen verordneten Therapien massiv eingeschränkt. Daher hat mein/e behandelnde/r Pneumologe/in mir dringend eine stationäre fachklinische Behandlung in der Klinik XY empfohlen. Das entsprechende fachärztliche Attest füge ich an. Ich bitte um Zusage der Kostenübernahme.

Fachärztliches Attest zur Notwendigkeit einer stationären fachklinischen Behandlung

Frau/Herr leidet unter einer COPD (GOLD 1-4, B-D) /einem unkontrollierten Asthma bronchiale. Trotz regelmäßiger fachärztlicher medikamentöser und nichtmedikamentöser Behandlung (z.B. Atemphysiotherapie, Empfehlung zu regelmäßiger körperlicher Aktivität und zum Einstellen des Rauchens) persistieren alltagsrelevante Beschwerden (Belastungsdyspnoe auf niedriger Belastungsstufe, ständiger Reizhusten, starke Verschleimung). Aus fachärztlicher Sicht ist hier dringend eine mehrwöchige stationäre fachklinische Behandlung erforderlich, bei der neben der fachpneumologischen ärztlichen Betreuung auch die leitliniengemäß angezeigte körperliche Trainingstherapie, eine spezielle Atemphysiotherapie/ eine ärztlich und psychologisch geführte Tabakentwöhnung/die notwendige psychologische Mitbetreuung wegen der komorbiden Depression…. gewährleistet ist. Aufgrund guter Behandlungserfolge bei anderen COPD-/Asthma-/ …- Patienten habe ich die Klinik XY vorgeschlagen. Die verfügbaren ambulanten Angebote sind ausgeschöpft, d. Pat. ist zur aktiven Teilnahme an der geplanten Behandlung motiviert und derzeit auch noch in der Lage. Ich erwarte hierdurch eine positive Beeinflussung des weiteren Krankheitsverlaufs. Ich bitte um rasche Kostenzusage, damit eine drohende Einweisung in ein Akutkrankenhaus vermieden werden kann, wo die o.g. erforderlichen nichtmedikamentösen Therapieangebote gewöhnlich nicht verfügbar sind.

Anlage: Lungenfunktionsbefunde, letzter Bericht an den Hausarzt …

Notizen

Impressum

Herausgeber: Bundesverband der Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner
c/o med info GmbH | Hainenbachstr. 25 | 89522 Heidenheim | Tel.: 07321 946910 | Fax: 07321 9469130

E-Mail: medinfo@pneumologenverband.de| Internet: www.pneumologenverband.de

Verlag: med info GmbH | Hainenbachstr. 25 | 89522 Heidenheim

Satz & Layout: med info GmbH