

Arbeitshilfe für Klinikärzte zum ärztlichen Verlängerungsantrag für ambulante und stationäre Rehabilitationsleistungen

Ein sachgerechter, konkreter und plausibel ausgefüllter Verlängerungsantrag dient als Grundlage der Prüfung, ob eine den bisherigen Genehmigungszeitraum überschreitende Rehabilitationsdauer medizinisch notwendig ist, um alltagsrelevante Rehabilitationsziele zu erreichen, oder ob andere Leistungen medizinisch angezeigt sind. Dabei sind vom behandelnden Arzt Angaben zum bisherigen Behandlungsverlauf und zum derzeitigen Befund zu machen, die Auskunft geben können über:

- die weiter bestehende Rehabilitationsbedürftigkeit, d.h., ob aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorliegen, durch die in absehbarer Zeit eine Beeinträchtigung der Teilhabe droht oder Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen und über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.
- die Rehabilitationsfähigkeit, d.h., ob der Patient physisch und psychisch für die weitere Teilnahme an der Rehabilitation belastbar und motiviert ist.
- die Rehabilitationsziele, d.h., ob relevante Teilziele noch erreicht werden können oder Rehabilitationszieländerungen erforderlich sind oder gestellte Ziele, bezogen auf den bisherigen Alltag des Patienten mit den Anforderungen an Tätigkeiten des täglichen Lebens und der Erfüllung elementarer Grundbedürfnisse, noch erreichbar sind.
- die Rehabilitationsprognose, d.h., ob eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage auf der Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs und der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung der persönlichen Ressourcen besteht, relevante Rehabilitationsziele zu erreichen.

Ein Verlängerungsantrag ist erst dann zu stellen, wenn bei begründeter positiver Prognose gesagt werden kann, dass alltagsrelevante Rehabilitationsziele nur durch eine Verlängerung der Rehabilitation zu erreichen sind. Der geeignete Zeitpunkt für die Beantragung einer Verlängerung ist aus medizinischen und organisatorischen Gründen in der Regel 5 - 7 Tage vor Ablauf der Kostenzusage.

Ausfüllhinweise:

Angaben zu Krankenkasse, Versichertendaten und Rehabilitationseinrichtung

Die Vollständigkeit der Angaben einschließlich Fax-Nr. der Krankenkasse und der Einrichtung erleichtern die zeitnahe Bearbeitung.

Zu 1. - Allgemeine Angaben:

Vollständige Angaben zur Zeitstruktur der Rehabilitation und Kostenübernahme sind Voraussetzungen für eine zügige Bearbeitung.

Zu 2. - Rehabilitationsrelevante und weitere Diagnosen:

Es sind nur antragsrelevante bzw. rehabilitationserschwerende Diagnosen, die mit klinischen Befunden einhergehen, aufzuzählen unter Angabe des Krankheitsbeginns. Komplikationen, die sich negativ auf den Rehabilitationsverlauf auswirken, sind mit Angabe des Zeitpunktes des Auftretens zu benennen.

Zu 3. - Aktueller Aufnahmebefund:

Der aktuelle Befund unter Bezugnahme auf relevante Schädigungen von Körperfunktionen und -strukturen ist in freier Form (Telegrammstil) aufzuzeichnen (z.B. Hinweise zu: Schädigungen des kardiovaskulären Systems, neuromuskuloskeletalen und bewegungsbezogenen Schädigungen, Schädigungen von Sinnesorganen, mentale Schädigungen etc.)

Zu 4. - Nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen von Aktivitäten und der Teilhabe bei Aufnahme:

Erwähnung finden sollten nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen von Aktivitäten und der Teilhabe, die durch die Rehabilitation vermindert oder behoben werden können

Zu 5. - Nach Aufnahmebefund festgelegte Rehabilitationsziele:

Rehabilitationsziele werden unter Berücksichtigung von vorliegenden Schädigungen und Beeinträchtigungen von Aktivitäten und der Teilhabe definiert. Ggf. können hier alltagsrelevante Teilziele genannt werden. Die Rehabilitationsziele sind auch unter Berücksichtigung der Ätiologie, der zugrunde liegenden Erkrankung und des bisherigen Verlaufs zu formulieren. Die Ziele sollten sich, unter Berücksichtigung der umweltbezogenen Kontextfaktoren (z.B. Rehabilitationsziel: Treppensteigen, wohnt in der 1. Etage), an der individuellen Situation des Patienten/Versicherten vor Eintritt des Akutereignisses bzw. vor Auftreten einer Verschlimmerung bei chronisch fortschreitenden Erkrankungen orientieren. Zu bestimmen ist auch der Zeitraum, in dem unter Berücksichtigung aller Faktoren die Rehabilitationsziele voraussichtlich erreicht werden können. Dabei sollten abweichende Rehabilitationsziele des Patienten oder seiner Angehörigen gesondert benannt werden.

Zu 6. - Bisherige rehabilitative Therapie:

Angaben zur bisherigen Therapieformen, Frequenz und evtl. der täglichen zeitlichen Dauer in den (letzten) Wochen der Behandlung seit Beginn der Rehabilitationsmaßnahme bzw. seit Beantragung der letzten Verlängerung.

Zu 7. - Ergebnisse der rehabilitativen Maßnahmen:

Dieser Punkt gibt Auskunft zum bisherigen Verlauf im Hinblick auf Besserung, Verschlechterung oder fehlende Änderung pathologischer Befunde (funktionelle und strukturelle Schädigungen) und von Beeinträchtigungen alltagsrelevanter Aktivitäten und der Teilhabe.

Zu 8. - Warum können die bei Aufnahme festgelegten Rehabilitationsziele im bewilligten Zeitraum nicht realisiert werden?

Hier sind Angaben zu machen, warum die bei Aufnahme festgelegten alltagsrelevanten Rehabilitationsziele nicht erreicht werden konnten, zum Auftreten von Komplikationen oder ob die Rehabilitationsziele durch Behandlung am Wohnort unter Einschluss z.B. von Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln oder im Rahmen einer ambulanten wohnortnahen Rehabilitation zu erreichen sind.

Zu 9. - Welches alltagsrelevante Rehabilitationsziel wird mit welchen Therapien bis zum Ende des beantragten Zeitraums angestrebt?

Rehabilitationsziele werden unter Berücksichtigung von vorliegenden Schädigungen und Beeinträchtigungen von Aktivitäten und der Teilhabe sowie der Kontextfaktoren definiert. Die angestrebten Ziele sollten sich, unter Berücksichtigung der sozialen Kontextfaktoren an der individuellen Situation des Patienten/Versicherten vor Eintritt des Akutereignisses bzw. vor Auftreten einer Verschlimmerung bei chronisch fortschreitenden Erkrankungen orientieren.

Zu 10. - Warum kann - bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen - das Rehabilitationsziel nicht durch ambulante Maßnahmen erreicht werden?

Hier sind Angaben zu machen, ob die Rehabilitationsziele durch Behandlung am Wohnort unter Einschluss z.B. von Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln oder im Rahmen einer ambulanten wohnortnahen Rehabilitation zu erreichen sind.

Zu 11. - Hinweise auf vorgesehene Versorgung nach Entlassung:

Hinweise zur Nachsorge.