

Arbeitshilfe zum ärztlichen Verlängerungsantrag für neurologische Rehabilitationsleistungen für Klinikärzte

Ein sachgerechter, konkreter und plausibel ausgefüllter Verlängerungsantrag dient als Grundlage für die 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 Änderungen des Rehabilitationsziels 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 Rehabilitations-Einrichtung

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

Zu 1. - Phaseneinteilung, Erwerbsprognose, Neurologisches Reha-Assessment:

Für die Einteilung der Phasen sind die "Phaseneinteilung in der neurologischen Rehabilitation" sowie die BAR Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C in der jeweils gültigen Fassung zu berücksichtigen. Auf der Grundlage des neurologischen Reha-Assessments soll die Frage der positiven Erwerbsprognose geklärt werden. Liegen die übrigen Leistungsvoraussetzungen vor, übernimmt der Rentenversicherungsträger die Kosten der Rehabilitationsleistung (vgl. Anwendungshinweis zur leistungsrechtlichen Zuordnung der Phase C vom 22.06.1998). Die Ergebnisse des neurologischen Reha-Assessments liegen in jedem Fall in der Rehabilitationseinrichtung vor, da dieses die Grundlage der detaillierten inhaltlichen Planung und Durchführung der jeweiligen Rehabilitationsleistung (Klinik-Fallmanagement) bildet und unabhängig von einer Prüfung der Erwerbsprognose durchgeführt werden muss. Die in den BAR-Empfehlungen aufgeführten

Checklisten A - C stellen lediglich Anhaltspunkte für die Durchführung des Reha-Assessments und keine Dokumentationsbögen o.ä. dar. Sofern eine positive Erwerbsprognose gestellt werden kann, sind die Ergebnisse zu dokumentieren. Als Anleitung dient dazu der "Aufbau eines Neurologischen Reha-Assessment-Befundberichts" (Vorschlag s.S. 43 der BAR-Empfehlungen). Es sind hierbei nur die jeweils relevanten Aspekte zu berücksichtigen.

Zu 2. - Rehabilitationsrelevante und weitere Diagnosen:

Es sind nur antragsrelevante bzw. rehabilitationerschernde 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 Befund:

Der aktuelle Befund ist in freier Form (Telegrammstil) aufzuzeichnen, z.B. bei

- 3.1 Bewegungsausmaß nach Neutralnullmethode, Muskelkraft nach Janda, Schweregrad der spastischen Lähmung, abnorme Bewegungen, Ataxie, Dysmetrie, Amputationen.
- 3.2 Sitz- oder Stehfähigkeit.
- 3.3 Qualität und Ausprägung der Sensibilitätsstörung; Qualität, Dauer, Lokalisation, Intensität der Schmerzstörung.
- 3.4 Art der Aphasie, Ausmaß des Schweregrades der sprachlichen Leitsymptome.
- 3.5 Hemianopsie, aber auch Sehstörungen bzw. Hörstörungen, die nicht im Zusammenhang mit der Erkrankung stehen.
- 3.6 Neben den erwähnten Störungen können zeitliche und örtliche Orientierungsstörungen beschrieben werden.
- 3.7 Motivation, Selbst- und Fremdgefährdung, Schwere der Bewusstseinsstörung, des Affekts sind zu erwähnen.
- 3.8 Die vom Früh-Reha-Barthel bekannten Aspekte wie absaugpflichtiges Tracheostoma, intermittierende Beatmung, beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung, intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand können aufgelistet werden.

Der aktuelle Befund sollte verglichen und gewertet werden zum Aufnahmebefund, d.h., ob einzelne Funktionen sich gebessert haben, gleich geblieben sind oder sich verschlechtert haben. Die vorgegebenen Zeilen sind eine Empfehlung und stellen keine Maximalbegrenzung dar, sollten jedoch dazu anregen, ausführliche freitextliche Formulierungen durch kurze Statements konkret und nachvollziehbar zu ersetzen. Standardisierte Befundbögen z.B. AAT oder klinikinterne Befundbögen zu Schädigungen von Körperfunktionen und -strukturen können als Anlage beigefügt werden.

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

Erwähnung finden sollten alltagsrelevante Beeinträchtigungen, die durch die Rehabilitation vermindert oder behoben werden können. Dabei können klinikintern gebräuchliche Indizes, z.B. BI, FIM verwandt und als Anlage (bei Aufnahme/aktueller Stand) beigefügt werden. Bei Benutzung des FIM oder EBI brauchen die Punkte 4.1 bis 4.4 nicht berücksichtigt zu werden.

Unter Punkt 4.5 sind Beeinträchtigungen zu nennen, die zuvor nicht erwähnt wurden. Ein Vergleich des aktuellen Befundes zum Aufnahmebefund ist zwingend erforderlich, um die Verlaufsbeobachtung sichtbar zu machen. Die in der Neurologie gebräuchliche Phaseneinteilung nach BAR ist entsprechend der Zuordnung für den Bereich Schädigungen und alltagsrelevanter Beeinträchtigungen so aufzunehmen, dass eine entsprechende Phasenzuordnung aufgrund der beschriebenen Befunde möglich ist.

Zu 5. - Rehabilitationsziele/-Teilziele:

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. wohnt in der 1. Etage: Ziel „Treppensteigen“), an der individuellen Situation des Patienten/Versicherten vor Eintritt des Akutereignisses bzw. vor Auftreten einer Verschlimmerung bei chronisch fortschreitenden Erkrankungen orientieren. Die Verminderung eines schon vor der Aufnahme bestehenden Hilfe- oder Pflegebedarfs und u.U. die Verminderung einer Pflegestufe stellen wichtige Ziele in der Rehabilitation dar.

Zu bestimmen ist auch der Zeitraum, in dem unter Berücksichtigung aller Faktoren die alltagsrelevanten Rehabilitationsziele voraussichtlich erreicht werden können. Dabei sollten abweichende Rehabilitationsziele des Patienten oder seiner Angehörigen gesondert benannt werden.

Unter Berücksichtigung der zugrunde liegenden Krankheit, der Behandelbarkeit von Schädigungen und Beeinträchtigungen von Aktivitäten und der Teilhabe, des bisherigen Verlaufs und der Motivation bzw. Motivierbarkeit des Patienten ist die Erreichbarkeit der Rehabilitationsziele zu werten.

Zu 6. - Rehabilitative Therapie:

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

Zu 7. - Warum kann - bei stationären Rehabilitationsleistungen - das Rehabilitationsziel nicht durch ambulante Maßnahmen erreicht werden?

Hier sind Angaben zu machen, ob die Rehabilitations-Ziele 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 8. - Hinweise auf vorgesehene Versorgung nach Entlassung

Hinweise zur Nachsorge

Glossar

AAT	=	Aachener Aphasietest
BAR	=	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BI	=	Barthel-Index
EBI	=	Erweiterter Barthel-Index
FIM	=	Functional independence measure