

Arbeitshilfe für Klinikärzte zum ärztlichen Verlängerungsantrag für geriatrische Rehabilitationsleistungen

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 Aktivität 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 2. - Rehabilitationsbegründende 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 Befund:

Der aktuelle Befund unter Bezugnahme auf Schädigungen von Körperfunktionen und -strukturen ist in freier Form (Telegrammstil) aufzuzeichnen, z.B.

- 3.1 Schädigungen des kardiovaskulären Systems** (z.B. Hinweise zum Grad der bestehenden Herzinsuffizienz/NYHA)
- 3.2 Schädigungen im Zusammenhang mit dem Verdauungssystem** (z.B. Ess- und Trinkverhalten, Dysphagie, Durchfall, Obstipation, Stuhlinkontinenz)

- 3.3 Schädigungen des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems** (z.B. Fehlernährung, Gewichtsverlust, Diabetes m., Schilddrüsenfunktionsstörungen)
- 3.4 Schädigungen des Urogenitalsystems** (z.B. Dysurie, Retentionsblase, Inkontinenz)
- 3.5 Schädigungen des hämatologischen und des Immunsystems**
- 3.6 Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Schädigungen** (z.B. Muskelkraftminderung, spastische/schlaffe Lähmungen, Gelenkbeweglichkeitseinschränkung, Kontrakturen, Amputationen)
 - 3.6.1 Haltungsschädigungen (z.B. Einschränkung der Rumpfkontrolle, Skoliose)
- 3.7 Schädigungen von Sinnesorganen (insbesondere Angaben zu Schmerzen):** Berücksichtigt werden sollten hier vor allen Dingen der Schmerzstatus und Sensibilitätsstörungen z.B. bei PNP.
 - 3.7.1 Sonstige Schädigungen von Sinnesorganen und -funktionen
- 3.8 Schädigungen der Stimm- und Sprechfunktion:** Art der Aphasie, Ausmaß des Schweregrades der sprachlichen Leitsymptome.
- 3.9 Schädigungen des Sehens, des Hörens**
Schädigungen, die eine Rehabilitation erschweren bzw. in der Rehabilitation berücksichtigt werden sollten, da Kompensationsstrategien erarbeitet werden müssen oder eine Hilfsmittelversorgung erforderlich ist, sind hier anzugeben.
- 3.10 Mentale Schädigungen** (z.B. Störungen des Erinnerungsvermögens, der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung; Neglect, Störung des Bewusstseins, Verhaltens, Willens; Depression)
 - 3.10.1 Neben den erwähnten Störungen können zeitliche und örtliche Orientierungsstörungen beschrieben werden. Für diesen Bereich kann der MMSE benutzt und beigefügt werden. Ggf. Motivation, Selbst- und Fremdgefährdung, Schwere einer Bewusstseinsstörung oder des Affektes zu erwähnen. Besonderer Erwähnung bedarf hier die psychische Situation des geriatrischen Patienten, die mit dem GDS dokumentiert werden kann.
- 3.11 Schädigungen der Haut** (z.B. Nekrosen, Ulcera, Decubitus)
- 3.12 Sonstige Schädigungen**
Der aktuelle Befund soll mit dem Aufnahmebefund verglichen, und es soll gewertet werden, ob sich Schädigungen von Körperfunktionen und/oder -strukturen verbessert 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 oder Bewertungen, z.B. AAT, MMSE, GDS, andere Assessmentinstrumente oder in der Geriatrie übliche Befundbögen zu Schädigungen der 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 von Aktivitäten und der Teilhabe, die durch die Rehabilitation vermindert oder behoben werden können. Dabei können Klinikintern gebräuchliche Indizes, z.B. BI, EBI, 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 werden. In der Geriatrie gebräuchliche Assessments wie Timed up and go, Tinetti, Tandemstand, Tandemgehen, Esslinger-Transferskala, Gehgeschwindigkeit, Sturzneigung, Mobilität außerhalb des Hauses können hier erwähnt werden oder als Testbogenkopie beigefügt werden. Ein Vergleich des aktuellen Befundes zum Aufnahmebefund ist zwingend erforderlich, um die Verlaufsbeobachtung sichtbar zu machen.

Zu 5. - Rehabilitationsziele/-Teilziele:

Rehabilitationsziele werden unter Berücksichtigung von vorliegenden Schädigungen und Beeinträchtigungen von Aktivitäten und der Teilhabe sowie der Kontextfaktoren 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. Die Verminderung eines schon vor der Aufnahme bestehenden Hilfe- oder Pflegebedarfs und u.U. die Verminderung einer Pflegestufe stellen wichtige Ziele im Rahmen der geriatrischen Rehabilitation dar. 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.

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 weiteren geplanten Therapie.

Zu 7. - Warum kann - bei stationärer Rehabilitationsleistung - 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 8. - Hinweise auf vorgesehene Versorgung nach Entlassung

Hinweise zur Nachsorge.

Glossar

AAT	=	Aachener Aphasiatetest
BI	=	Barthel-Index
EBI	=	Erweiterter Barthel-Index
FIM	=	Functional independence measure
GDS	=	Geriatrische Depressionsskala
ICF	=	International Classification of Functioning, Disability and Health
MMSE	=	Mini Mental State Examination
Tinetti	=	Mobilitätstest nach E.Tinetti Teil 1 und 2