

16-Std.-Kurs gem. Reha-Richtlinie (§ 135 Abs. 2 SGB V)

Herzlich willkommen !



Klinik Wetterau



Klinik Taunus II



Klinik Taunus I - Ödemklinik



Deutsche
Rentenversicherung
Bund



Reha
Zentrum
Bad Nauheim

16-Std.-Kurs gem. Reha-Richtlinie (§ 135 Abs. 2 SGB V)

Herzlich willkommen !

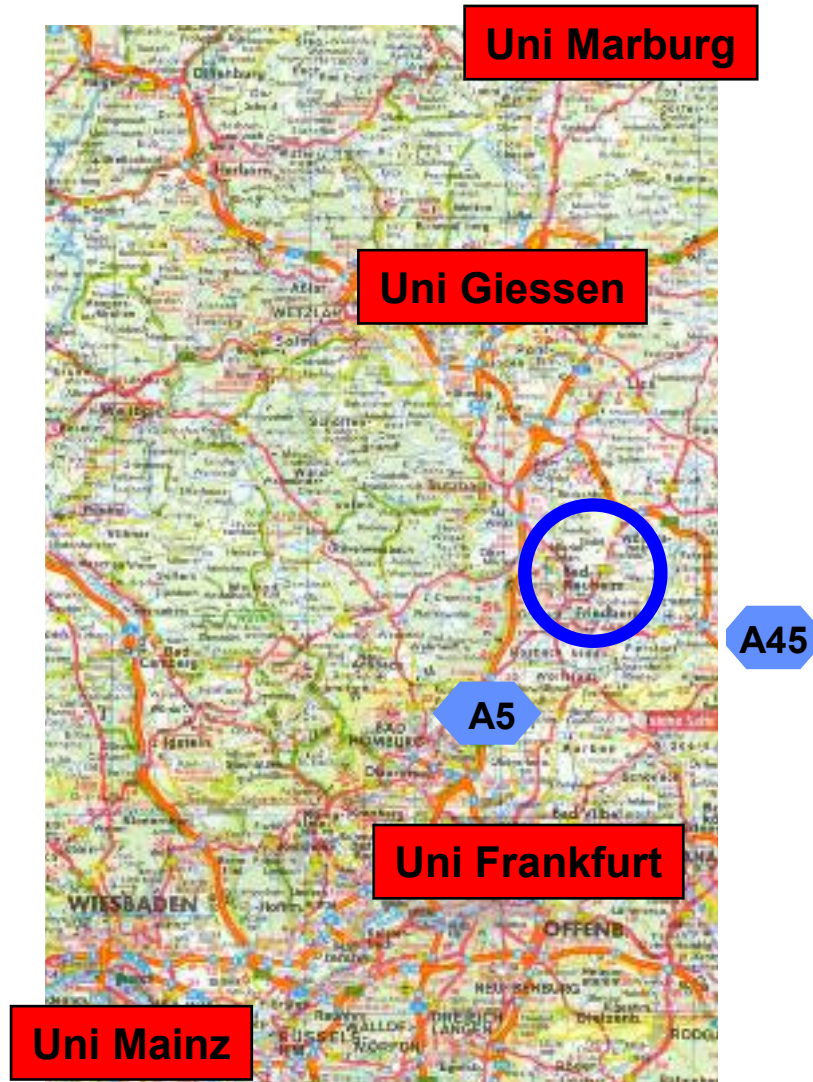


Johann
Wolfgang
Goethe-Univ.



Kardiocentrum Frankfurt 

Bad Nauheim – Die Lage



Bad Nauheim – das Jugendstil- und Herzbad



5. Jh. vor Christus: keltische Salzsieder an der Usa

85 bis 260 n. Chr.: der römische Limes

900 n. Chr.: fränkische Siedler gründen Niwiheim, ein Söderdorf

1846: der große Sprudel bricht hervor

1869: Nauheim wird Bad

Um 1900 großer Bauboom → Jugendstil

1931 Gründung William Kerckhoff Institut

Von Roosevelt im Krieg verschont

1958 Elvis

1941 bis 1982 Jahrestagung der DGK

1970: Gründung der Akademie

⇒ Vom Salz zur Kur zur medizinischen Reha



Der römische Signalturm auf dem Johannisberg

- als Teil des Limes UNESCO Weltkulturerbes -

Die Ruine eines römischen Signalturms auf dem Johannisberg wird saniert. Dabei soll auch der Ziegelboden rekonstruiert werden.

11.06.2009. BAD NAUHEIM. Der Limes ist zwar von Bad Nauheim mehr als fünf Kilometer entfernt; eine unscheinbare steinerne Turmruine auf dem Johannisberg zählt dennoch seit vier Jahren zum Weltkulturerbe der Unesco. Die Reste des römischen Signalturms aus dem zweiten Jahrhundert nach Christus befinden sich unweit der Sternwarte auf der Kuppe des Bad Nauheimer Hausbergs. Der Turm wurde nach Ansicht des Wetterauer Kreisarchäologen Jörg Lindenthal einst von den Römern als Posten zur Weiterleitung von Nachrichten genutzt.

Für die Sanierung der Ruine hat das Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Stadtentwicklung der Stadt Bad Nauheim aus dem Förderprogramm für Investitionen in die nationalen Welterbestätten 33 333 Euro bewilligt. Mit den Bundesmitteln soll nach Auskunft Lindenthals ein Teil der geplanten, rund 50 000 Euro teuren Sanierung finanziert werden. Lindenthal zufolge sind die Turmreste schon seit längerem baufällig. Nicht zuletzt der vergangene strenge Winter habe dem Bauwerk stark zugesetzt.

Gefunden wurde die Ruine vor hundert Jahren bei Bauarbeiten für den Wasserhochbehälter des nahe gelegenen Restaurants. Wie Stephan Bender in dem 2003 von Brigitte Kull zusammengestellten Buch „Sole und Salz schreiben Geschich-







Stein auf Stein: Nur noch die Grundmauern des Turms aus der Römerzeit sind zu erkennen.

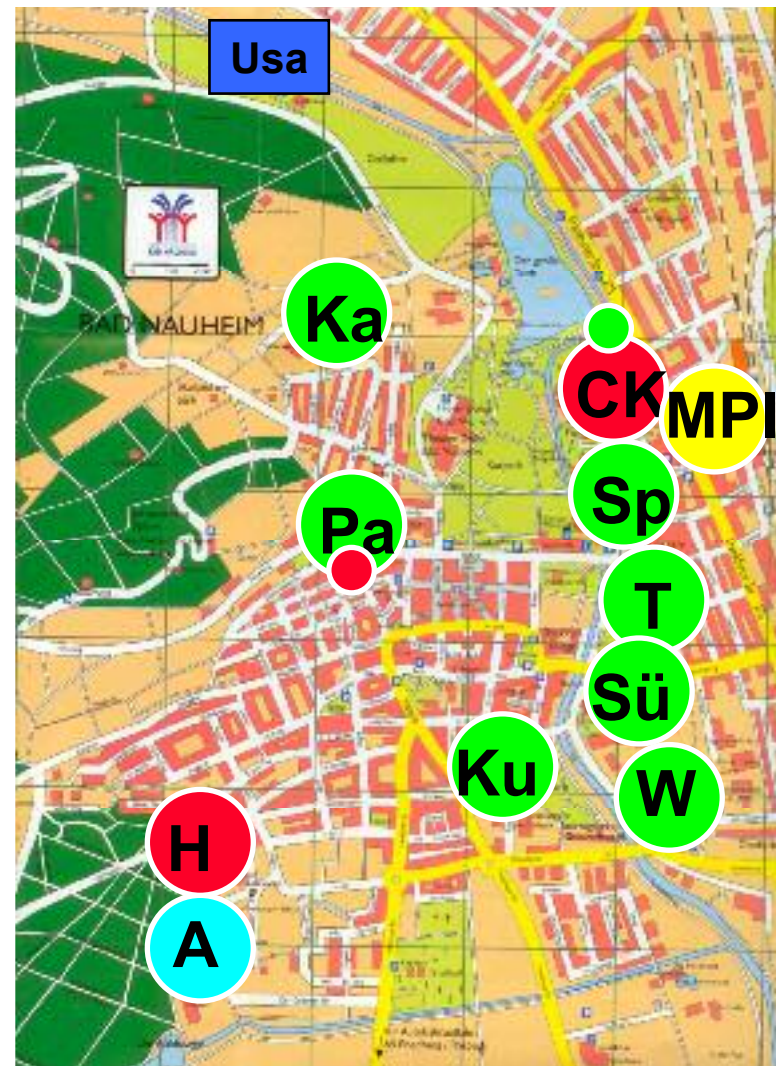
Foto: Rainer Wokladet

FAZ
16.07.09



Bad Nauheim – die Gesundheitsstadt

-  Akademie
-  2000 Rehabetten
-  1000 Akutbetten
-  Max Planck Institut



16-Std.-Kurs gem. Reha-Richtlinie (§ 135 Abs. 2 SGB V)

Was erwarten Sie vom Kurs ?



16-Std.-Kurs gem. Reha-Richtlinie (§ 135 Abs. 2 SGB V)

REHABILITATIONS-RICHTLINIE

Engpässe sind programmiert

Birgit Hibbeler

Manche Dinge erledigen sich von selbst. Wer unschlüssig ist, ob er Weihnachten lieber in der Südsee oder im Kreise der Familie verbringen soll, der wartet einfach so lange, bis sich alle anderen Kollegen in den Dienstplan eingetragen haben. Dann erübrigt sich die Entscheidung. Denn man kann sicher sein, einen Großteil der Feiertage in der Klinik zu verbringen. Aber nicht jedes Problem erledigt sich allein durch Abwarten. Ein gutes Beispiel dafür ist die umstrittene Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Seit Jahren hapert es an der Umsetzung der Regelung. Konsequenzen hat man bislang daraus aber nicht gezogen.

Zur Erinnerung: Die Richtlinie sieht vor, dass Vertragsärzte nur noch Rehabilitation zulasten der gesetz-

des G-BA sollte daraufhin im Juni darüber befinden, ob die Zahl der Ärzte für eine flächendeckende Versorgung ausreicht.

Seitdem sind nun wieder fünf Monate vergangen. Eine abschließende Bewertung steht aber nach wie vor aus. Auf Anfrage teilte der G-BA mit, eine Stellungnahme sei in Arbeit. Allerdings muss man sich fragen, wie lange der Bundesausschuss noch hin und her rechnen will, um sich ein Urteil zu bilden. Unangenehme Erkenntnisse werden nicht besser, wenn man sie für sich behält oder auf die lange Bank schiebt. Unklar ist unterdessen, ob seit April die Zahl der Anträge zurückgegangen ist. Die in der Gesundheitsreform geforderten Antragsstatistiken werden von den Kassen erst ab Januar 2008 geführt.

DÄB
02.11.2007

→ hand out (E5)



16-Std.-Kurs gem. Reha-Richtlinie (§ 135 Abs. 2 SGB V)

lichen Krankenversicherung (GKV) verordnen dürfen, wenn sie eine spezielle Qualifikation vorweisen können – zu erwerben beispielsweise mit einem Fachkundenachweis. In Kraft trat die Regelung schon 2004. Die Akzeptanz bei den niedergelassenen Ärzten war aber von Anfang an gering. Die meisten waren nicht dazu bereit, einen kostenpflichtigen Kurs zu besuchen, um ein Formular auszufüllen. Kritik hagelte es zudem an dem zweistufigen bürokratischen Antragsverfahren, dem „Antrag auf den Antrag“. Die Übergangsfrist wurde in der Folge immer wieder verlängert, weil die Zahl der verordnungsberechtigten Ärzte nur sehr schleppend wuchs. Doch aufgeschoben ist nicht aufgehoben: Seit dem 1. April dürfen definitiv nur noch fortgebildete Kassenärzte Anträge stellen. Anschlussheilbehandlungen sind übrigens von der Regelung nicht betroffen. Gleiches gilt für Rehabilitationsleistungen zulasten anderer Kostenträger, wie etwa der Rentenversicherung.

Mittlerweile steht fest: Nur noch etwa jeder fünfte Vertragsarzt darf Reha zulasten der GKV verordnen. Das ging bereits im Mai aus der Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der FDP hervor. Besonders die regionalen Unterschiede geben zu denken: Während in Bayern 27,4 Prozent der Ärzte eine entsprechende Qualifikation haben, sind es in Hamburg lediglich 1,4 Prozent. Der zuständige Unterausschuss

Die Bundesregierung hat immer wieder darauf hingewiesen, dass die Gesundheitsreform die Rolle der Rehabilitation gestärkt habe. Alle Rehaleistungen sind nun Pflichtleistungen und werden im Risikostrukturausgleich berücksichtigt. Was aber nützt das, wenn nicht genügend Ärzte Rehabilitation verordnen können? Betroffen von der G-BA-Richtlinie ist ebenfalls die geriatrische Reha. Gerade diese werde mit der Reform gefördert, hatte die Große Koalition behauptet. Nun zeigt sich: In Wahrheit sind an anderer Stelle neue Hürden geschaffen worden. Der Grundsatz „Reha vor Pflege“ steht nur auf dem Papier.



Dr. med. Birgit Hibbeler
Redakteurin für Gesundheits- und Sozialpolitik

DÄB
02.11.2007



16-Std.-Kurs gem. Reha-Richtlinie (§ 135 Abs. 2 SGB V)



DÄB
18.04.2008
→ **handout**
(E6)



16-Std.-Kurs gem. Reha-Richtlinie (§ 135 Abs. 2 SGB V)

Krankenkassen lehnen immer noch viele Anträge ab

„Meine Rehabilitationsanträge werden genauso häufig abgelehnt wie früher“, kritisiert Deventer. An der Genehmigungspraxis des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) habe sich nichts geändert. Und in der Tat: Zwar steht im GKV-WSG, dass der MDK die Anträge nicht mehr regelhaft, sondern nur stichprobenartig prüfen soll, aber die Sache hat einen Haken. Umfang und Auswahl der Stichproben legt der neue Spitzenverband Bund der Krankenkassen fest, und der nimmt erst im Juli dieses Jahres seine Arbeit auf.

Genauere Zahlen über Anträge und Bewilligungen von Rehabilitationsbehandlungen zulasten der GKV

Kritik an der Reha-Richtlinie

Die Reha-Richtlinie hat nach wie vor viele Kritiker. „Man kann einem Hausarzt, der eine Krankenhauseinweisung für eine Lebertransplantation vornehmen kann, nicht die Fähigkeit absprechen, eine Rehabilitation zu verordnen“, kritisiert Bublitz vom BDPK. Die Grundidee der Richtlinie, die Rehabilitation qualitativ aufzuwerten, sei gut gewesen, aber die Umsetzung sei schlecht. Deventer vom Berufsverband der Rehabilitationsärzte bezeichnet unterdessen die Vergütung als unzureichend: Das Ausfüllen des Musters 61 wird nach der EBM-Ziffer 01611 mit 810 Punkten vergütet. Bei einem Punktwert von 5,11 Cent entspräche dies rund 40 Euro. Dieser Betrag werde aber bei den real niedrigeren Punktwerten nicht erreicht, kritisiert Deventer. In einigen KVen gebe es noch nicht einmal einen festen Punktwert für die Leistung.

Die Reha-Richtlinie sieht ein zweistufiges Antragsverfahren vor, das viele Ärzte als bürokratisch empfinden. Mit dem Muster 60 zeigt der Arzt die Notwendigkeit einer Maßnahme an. Die Krankenkasse überprüft dann, wer Kostenträger ist, und gibt das Antragsformular Muster 61 aus, wenn sie selbst zuständig ist. An diesem Verfahren stört sich Deventer nicht. Viel wichtiger fände sie ein einheitliches Antragsformular für alle Kostenträger – basierend auf der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF).

DÄB
18.04.2008



MDK

§ 278 SGB V:

(1) In jedem Land wird eine von den Krankenkassen der in Absatz 2 genannten Kassenarten gemeinsam getragene Arbeitsgemeinschaft „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“ errichtet.

... ist ... eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts.

**Der MDK hat mit dem
Medizinischen Dienst der Krankenkasse
nichts gemein.**



16-Std.-Kurs gem. Reha-Richtlinie (§ 135 Abs. 2 SGB V)

8 Stunden Eigenstudium + 8 Std. Seminar plus Test



Inhalt der CD:

ICF-Praxisleitfaden

Begutachtungs-Richtlinie des MDS

Muster-Curriculum für Vertragsärzte

16 Kasuistiken



Vorgegebene Kursziele

Der Vertragsarzt soll:

- **die Spezifik der Leistungen zur med. Reha in der GKV im Unterschied zu and. Leistungen kennen lernen,**
- **befähigt werden, in rehabilitationswissenschaftlichen Kategorien (ICF) zu denken,**
- **die Formulare 60 und 61 ausfüllen können,**
- **das Erlernte an Kasuistiken vertiefen und**
- **die Lernerfolgskontrolle dokumentieren.**



Ergänzend dazu mein Weiterbildungsansatz

- auf gleichem Ausgangslevel bringen
- sozialmedizinisches up date
- nicht nur GKV-Reha, sondern Reha allgemein
- Nicht nur Theorie, sondern Praxis/Rundgang
- Tipps und Tricks
- lebhaft, interdisziplinäre Diskussionen (N = ?)
- vortragsbegleitende Lernzielkontrolle
- neue Schürfrechte im Rahmen der QZV (ab III Q. 2010)
(Qualitätsgebundene Zusatzvergütung on top
des Regelleistungsvolumens)



Literaturhinweise (zur Verfügung gestellt)

Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen können auf drei Wegen berechnet werden

Wer profitiert von welcher QZV-Variante – und welche Praxen können verlieren?

WIESBADEN – KV und Kassen haben wie berichtet länger unbegrenzt erreichbare Leistungen über sog. Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) ab Juli 2019 budgetiert. Das Erwartungsmaßstab ermöglicht den KVen in den Regionen drei Varianten, die QZV zu berechnen. Wir stellen sie gegenüber.

Berechnet werden die neuen QZV zum 1. Juli 2019 für folgende Leistungen:

- Für „Zwei-Leistungen“, die bis zum 30. Juni 2019 aus der Mehrfachleistung des Gesamtsprechers (MGV), aber außerhalb der Regelleistungswahl (RLV) oder Mengenbegrenzung herausliefern werden (z.B. Akupunktur).

- Für Leistungen für die es kein fallweise Zuschlag gibt (z.B. Ultraschall und Psychotherapie bei Hauterkrankungen, Psychotherapie bei Fachärzten) und

- Für Leistungen, die bislang im RLV enthalten sind, aber nur von einem Teil der Ärzte der jeweiligen Arztgruppe erbracht werden (z.B. Akupunktur, Psychotherapie).

Die KVen können mit den regionalen Krankenkassen besonders kostenintensivere Leistungen zuerkennen von RLV und QZV erheben.

Für fast jede Arztgruppe gibt es mehrere QZV. Ärzte erhalten ein Zusatzvolumen, wenn sie für die je-

wilige Leistungsgemeinschaft (Gefahren-, Bsp., Schmerzpunkt- oder Zusatzleistung) berechnen. Die Leistungen mit weiteren Qualitätsanforderungen (nach § 115 Abs. 2, § 117 SGB V) sind eine Abschlagsvergütung, mindestens die Leistung des QZV im Verhältnisquartal abgerechnet haben (z.B. eine Psychotherapie für die Zusatzleistung des QZV „Akupunktur bei chronischer Rückenschmerz“).

Lehnt es sich zu qualifizieren?

KVen und Krankenkassen können Sonderregelungen für Neuzugänge von Ärzten für eine Leistung vereinbart erbringen werden, wenn diese Leistungen teilweise die entsprechenden Bedingungen nicht erfüllen. Wenn Sie also keine Zeit für die Fortbildungsbereitschaft für die Professionsstelle, können Sie sich bei Ihrer KV nach einer entsprechenden Regelung erkundigen. Denn ohne eine solche Sonderregelung ist ein entsprechendes Qualifikationsmaß nicht abzuschließen.

Die Berechnung der QZV erfolgt entsprechend für jede QZV-Form. Jede Arztgruppe wird dafür ein bestimmtes Verteilungsschema in Form der Verfügung von einer der unterschiedlichen Zusatzleistungen ermittelt werden. Dabei hat der BEM-Berichtungsprozess die Befrei-



Dr. med. Dr. Zimmern diskutiert die Berechnungsvarianten für die Qualifikationsgebundene Zusatzleistungen.

sung vorgegeben, zwischen dem KV und Kassen sollten können.

Variante 1: fallbezogene Berechnung

Hier erhält jeder Arzt einen Anspruch auf den Anspruch auf das QZV bei einer Zuschlag pro RLV-Fall. Zur Berechnung wird die Fallzahl der Ärzte im Verhältnisquartal mit dem QZV-Fallwert der Arztgruppe für das jeweilige Zusatzvolumen multipliziert. Der QZV-Fallwert der Arztgruppe errechnet sich dabei auf dem Fall des jeweiligen QZV herkömmliche Verteilungsschema ermittelt durch die Fallzahl der Ärzte, die Anspruch auf das QZV haben.

Eher niedrige Fallwerte für die QZV

Berechnet der Hausarzt die Akupunktur nach ICDM abrechnen, so kann im Verhältnisquartal 1000 RLV-Fälle und rechnen 150 Akupunktur als. Er erhält für alle 1000 Fälle eines Zuschlag in Höhe des QZV-Fallwertes. Sein QZV berechnet sich somit wie folgt: QZV = 1000 x QZV-Fallwert der Arztgruppe. Das schließt die RLV ein.

er Berechnung. Und die ergibt: Der QZV-Fallwert der Arztgruppe ist bei dieser Methodik relativ gering. Daher aber durch die Berechnung des Zusatzvolumens für die Ärzte ein höherer Zuschlag nicht nur die Akupunkturverfü-

Variante 2: Leistungsfallbezogene Berechnung

Hier erhält der Arzt einen Zuschlag mit Leistungsfall. Ein Leistungsfall liegt vor, wenn im Leistungsfall mindestens eine Leistung des entsprechenden QZV abgerechnet werden ist. Die Berechnung des Zuschlags ergibt die Leistungsfallzahl des Arztes im Verhältnisquartal mit dem QZV-Fallwert der Arztgruppe für das jeweilige QZV multipliziert. Der Fallwert errechnet sich aus dem für das Zusatzvolumen vorhandene Verteilungsschema gemäß durch die Leistungsfallzahl der Ärzte der Arztgruppe. Der Hausarzt des jeweiligen Leistungsfallwertes für 100 Fälle von QZV-Fallwert Akupunktur ergibt sich. Der QZV-Fallwert im jeweiligen Quartal höher als bei Variante 1, wird aber auch für viel weniger Fälle bezahlt.

Variante 3: Arztbezogene Berechnung

Hier erhält die Fallzahl keine Rolle. Nur die QZV-Berechnung je Arzt wird das für das jeweilige QZV zur Verfügung stehende Verteilungsschema durch die Anzahl der Ärzte einer Arztgruppe, die Anspruch auf dieses QZV haben, geteilt. In anderen Akupunkturbeispiel erhalten jeder Hausarzt des gleichen QZV unabhängig davon, wie viele Fälle im Verhältnisquartal hatte und wie viele Akupunktur er erbracht hat.

Sicherstellungsauftrag verbietet Variante 3

Wir haben mit dem höchsten KV-Vorstand und Akupunkturperspektive Dr. Gans, zusammen mit der Vorstand-Nachfolge der Varianten diskutiert und herausgearbeitet, welche Praxen die neue Berechnungsmethode herbeiführt.

In der letzten Variante wird alles „ausgewertet“. Überhaupt sagt: Ob es 100 oder 2000 Akupunktur und 10 oder 200 Sanographien erbracht – er erhielt das gleiche Bonus-QZV.

Das schon aus Sicherheitsgründen nicht zu vermeiden Lösung, wenn die MV-Kassen. Es könnte nicht vorstellen, dass eine KV sich Akupunkturleistungen würde (die Kassen müssen der jeweiligen Variante erheben werden).

Die erste Variante ist für große Praxen aber von Vorteil und für kleinere eher von Nachteil. Wenn es bei uns sagt Dr. Zimmern, dass die große Praxen schon ein Zielgebiet in der Vertragsarbeit gemessen an der Fallzahl weniger QZV Leistungsleistung hat. Je kleiner, sollte die Größe der jeweiligen QZV nicht ausschließen können, kann es sich nicht thematisch überschritten RLV verrechnen. Das kann die Kassenpraxis natürlich prinzipiell auch. Doch wegen ihrer meist höheren Leistungsleistung bei den QZV-Leistungen wird sie durch Spätkosten nicht haben, sondern eher nicht über genügend Volumen für die QZV-Leistungen verfügen.

Wer viel abrechnet profitiert weiter davon

Das ist bei Variante zwei anders. Da bei der Berechnung gemäß Leistungsfall der RLV-Fallwert hoch ist, erhält die kleinere Praxis mehr Abschlagspunkte. Als Alternative könnte die „Klein-Praxis“ durch „erhöhter geschulten werden“, wie Dr. Zimmern sagt. Denn wenn eine Praxen viele Leistungsfälle im Verhältnisquartal hat, dann ist die Praxen zusätzlich die entsprechenden Leistungen mit der entsprechenden Indikatoren für die jeweilige QZV-Leistung. Hier dieser Arzt hat die Indikatoren aber großartig gewollt und in der Statistik der kleineren Praxen die Abschlagspunkte gleichheit in die Menge gegangen. Das ist ein sehr gutes Beispiel. Abschlagspunkte bleibt ihm bei Variante zwei erhalten. Am gemittelt in Variante zwei für eine Praxis, die bei entsprechenden Fallzahl erbrachte viele Leistungsfälle in der Vertragsarbeit leisten – zum Beispiel, weil es die gleiche Praxen an Ort und Zeit, die Vertragsarbeit oder ein Leistungsfall-KV vorhält.

Dr. med. Dr. Zimmern



Literaturhinweise (zur Verfügung gestellt)

Landesärztekammer Hessen, K.L.B.R.

Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung

16-Stunden-Kurs


Medizinische Rehabilitation

nach der neuen KeVo-Richtlinie (§ 125 Abs. 2 SGB V)

Sectionen Allgemeinmedizin / Arbeitsmedizin-Sozialmedizin

in Bad Nauheim
16. Juni 2007

Leitung: Prof. Dr. med. Thomas Wandt



Landesärztekammer Hessen, K.L.B.R., Postfach 10 15 50, 60528 Frankfurt am Main, Tel. 069 456 12-0, Fax 069 456 12-10, E-Mail: k.l.b.r.hessen@lka-hessen.de

Rehabilitation



Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

- Was erwartet mich dort?
- Vorbereitung auf die Rehabilitation
- Ansatz und Ziele der Rehabilitation

Landesärztekammer Hessen



Literaturhinweise (alternativ)



Literaturhinweise (empfohlen)



Literaturhinweise (alternativ)



Literaturhinweise (empfohlen)



Literaturhinweise (empfohlen)





Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

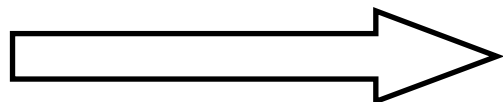
**Die BAR ist die gemeinsame Repräsentanz...
aller Verbände der GKV (Bundesverbände der AOKs,
BKKs, IKKs, landwirtschaftl. KKs, Verband der
Angestellten KKs, AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-
Verband, Knappschaft, See-KK), Unfallversicherung
(gewerbliche und landwirtschaftliche BGs,
Unfallkassen), GRV, Kriegsopferfürsorge,
Integrationsämter und Sozialhilfe, der Bundesagentur
für Arbeit, sämtlicher Bundesländer, des DGB, der
DAG, der KBV sowie der Bundesvereinigung
Deutscher Arbeitgeberverbände zu dem Zweck...**





Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Die BAR ist die gemeinsame Repräsentanz aller Verbände ... zu dem Zweck, die Maßnahmen der medizinischen, schulischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation zu koordinieren und zu fördern.



www.bar-frankfurt.de



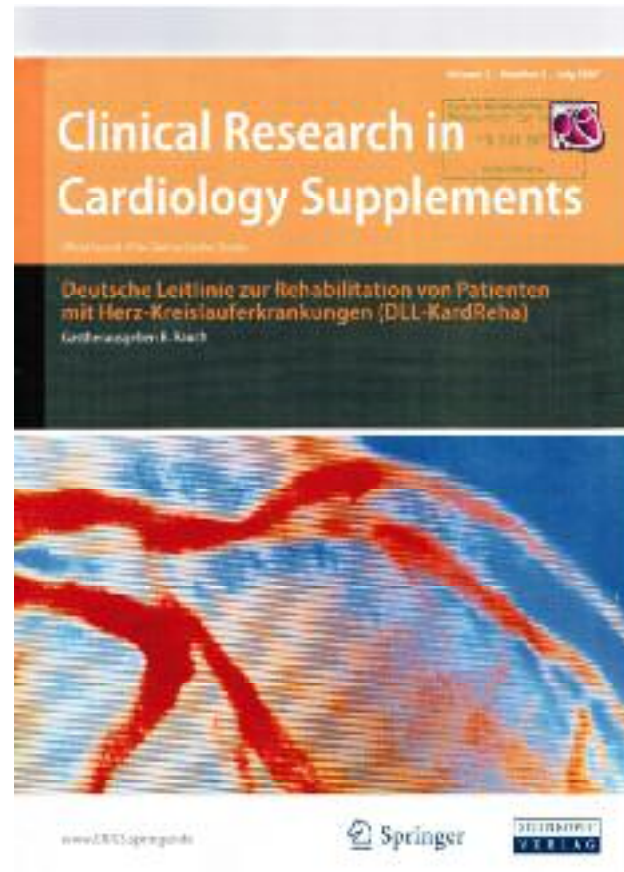
Literaturhinweise (optional)



Literaturhinweise (optional)



Prozeßleitlinie

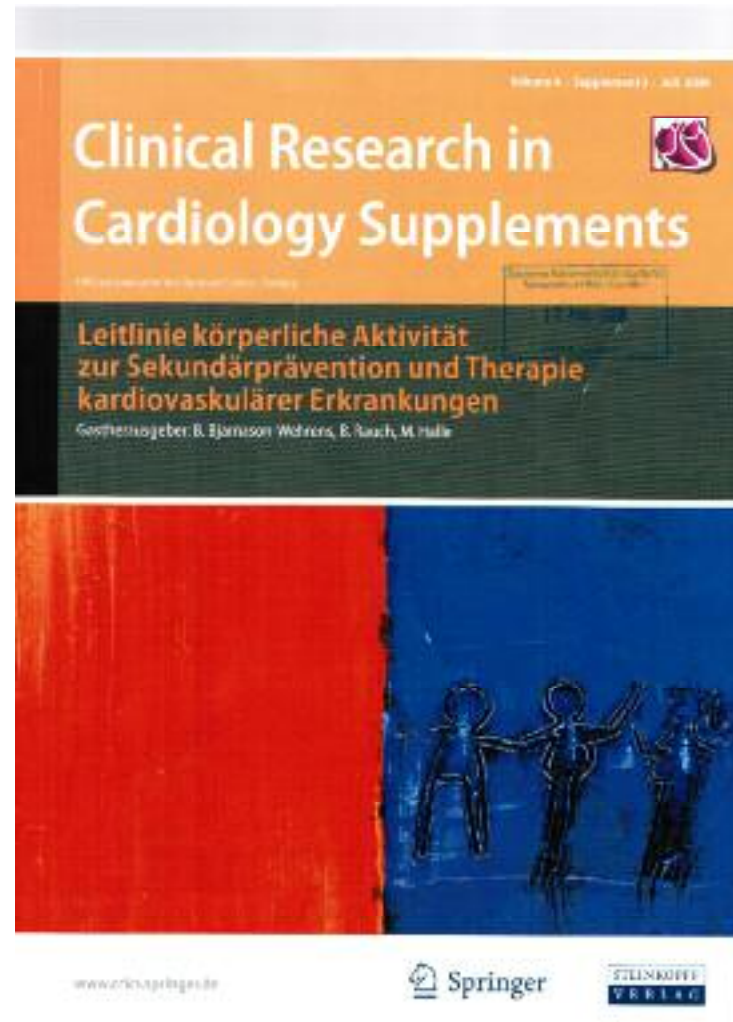


Therapieleitlinie



Literaturhinweise (optional)

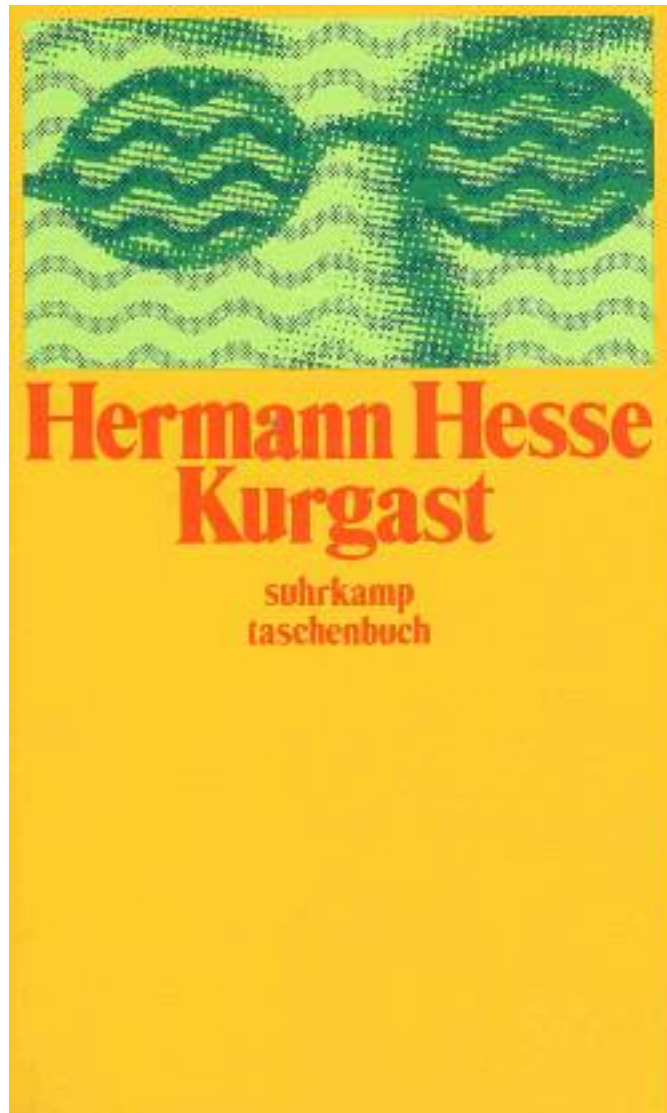
Leitlinie Aktivität (Juli 2009)



Literaturhinweise (optional)



Literaturhinweise (optional)



Literaturhinweise (optional)



Literaturhinweise (auf CD)



Literaturhinweise (im Netz)



www.dimdi.de

→ Klassifikationen

→ IFC

→ ICF (Oktober 2005, 190 Seiten)

