

# Sozialmedizinischer Grundkurs I

Bad Nauheim, 18. April 2010

---

## Schnittstellenproblematik (bei trägerübergreifender Versorgung ) aus klinischen Sicht



Johann  
Wolfgang  
Goethe-Univ.



Kardiocentrum Frankfurt



# Schnittstellenproblematik - Gliederung

---

- **Med. Reha: Zugangswege und Kostenträger**
- **EDV-Schnittstellen, QM-Schnittstellen**
- **Schnittstellen / Kooperationen in der neuen DRV**
- **Schnittstellen und drop outs im case management**
- **AHB-Zuweiserperspektive**
- **AHB: gestern → heute → morgen**
- **Neuer AHB-Katalog**
- **AHB-Verlängerungsantrag**
- **Schnittstellenproblematik - Synopsis**



# Med. Reha: Zugangswege und Kostenträger

---

## 1. Grundsatz: AHB zur Fortsetzung der Akutbehandlung

AHB = Anschlußrehabilitation



# Med. Reha: Zugangswege und Kostenträger

---

## 1. Grundsatz: AHB zur Fortsetzung der Akutbehandlung



*RM, 76J., MKE*

**GKV**



*SB, 61J., BSV*

**RV**



*NN, 49J., BET*

**RV**





# Med. Reha: Zugangswege und Kostenträger

---

## 2. Grundsatz: Reha vor Rente (§ 9 SGB VI)

Ziel: Vermeidung von Rente

(nicht: „Mitnahme-Reha“ vor Erreichen des Berentungsalters)



*SR, 30J., ulcus cruris*



*BT, 42J.,  
met. Syndrom*



*BR, 46J., Hypertonie*

**RV**



# Med. Reha: Zugangswege und Kostenträger

## 2. Grundsatz: Reha vor Rente (§ 9 SGB VI)

BUNDESVERSICHERUNGSANSTALT FÜR ANGESTELLTE

Ausfüllung für die BVA - GKB 0008

Zuständiger Facharzt führt zum Facharztgespräch über Reha-Antragstellung

1. Name: Erledinger

2. Geburtsdatum: 14.02.1958

3. Beruf: Erlediger

4. Versicherungsnummer: 20000000000000000000

5. Krankheitsgeschichte:

- Polycyptische Nierendegeneration
- Niereninsuffizienz (progredient)
- Art. Hypertonie
- Depression

6. Aktuelle Beschwerden und Funktionsstörungen:

Gelegentliche Schmerzen rechte Flanke & links Brustschmerzen  
Blutdruck relativ gut eingeregelt  
Schlafstörungen, Appetitverlust.

7. Chronische Erkrankungen (eingezeichnet):

Polycyptische Nierendegeneration seit 1989 bekannt.

8. Medikation:

Krankenschwesterin in Alkoholkonsum, Weizenbrot, 2 Kunstl.

BVA - GKB 0008

Ausfüllung für die BVA - GKB 0008

1. Name: Erledinger

2. Geburtsdatum: 14.02.1958

3. Beruf: Erlediger

4. Versicherungsnummer: 20000000000000000000

5. Krankheitsgeschichte:

In Voranamnese steht die massive polycyptische Nierendegeneration u. die Niereninsuffizienz. Damit verbunden sind die arterielle Hypertonie, sowie Arteriosklerose mit starken Schenkelstörungen u. Arteriosklerose.

6. Aktuelle Beschwerden und Funktionsstörungen:

Medikamentös (Artemon)

7. Chronische Erkrankungen (eingezeichnet):

Artemon

8. Medikation:

Artemon

9. Sonstige Angaben:

Artemon

Für Reha-Antrags-  
Formular der RV  
keine spezielle  
Qualifikation  
erforderlich



# Med. Reha: Zugangswege und Kostenträger

---

## 3. Grundsatz: Reha vor Pflege (§ 31 SGB XI)



*PM, 66J., Apoplex*



*KG, 57J., Parkinson*



*HU, 83J., CHF*

**GKV**



# Med. Reha: Zugangswege und Kostenträger

## 3. Grundsatz: Reha vor Pflege

**I. Sozialanamnese**

**A. Lebenssituation**

allein lebend  mit (Ehe-)Partner-/in  betreutes Wohnen   
mit / bei Kindern  Pflegeeinrichtung

**B. Welche berufliche Tätigkeit übt der / die Versicherte derzeit aus?**  
(berufliche Tätigkeit, Schüler-/in, Student-/in, Hausfrau/Hausmann, Rentner-/in)

Rentner

Stunden/Woche:  und zwar:   
Schichtdienst

arbeitslos  seit          
arbeitsunfähig  seit

**C. Ist der/die Versicherte krankheitsbedingt in der Ausübung seiner/ihrer beruflichen Tätigkeit eingeschränkt?**

Art der Einschränkung

**D. Wurde ein Antrag auf Pflegebedürftigkeit nach dem Pflege-Versicherungs-Gesetz gestellt?**

Pflegestufe  GdB  Merkzeichen   
2 Schwerbehinderung anerkannt   100

**Für Reha-  
Antrags-  
Formular  
der GKV  
spezielle  
Qualifikation  
erforderlich**



# Med. Reha: Zugangswege und Kostenträger

---

## 4. Grundsatz: Reha nach Arbeitsunfall



UV



# Med. Reha: Zugangswege und Kostenträger

---

## 5. Grundsatz: Reha aufgrund umgedeutetem Rentenanspruch



**RV, UV**



# Med. Reha: Zugangswege und Kostenträger

## 6. Grundsatz: Reha aufgrund langer AU (§ 51 SGB V, § 125 SGB III)

**Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung**  
zur Vorlage bei der Krankenkasse

ADK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

Bei verspäteter Vorlage droht Krankengeldverlust!

Erstbescheinigung       Folgebescheinigung

Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit       Dem Durchgangsarzt zugewiesen

Arbeitsunfähig seit

Voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich

Festgestellt am

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

RV, BA



# SGB-Schnittstellen



# **§ 51 SGB V: Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe →**

---

→ engl.: participation = Einbezogensein in eine Lebenssituation

**(1) Versicherten, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, kann die Krankenkasse eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen haben.**

**(3) Stellen Versicherte innerhalb der Frist den Antrag nicht, entfällt der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist.**



# § 51 SGB V: Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

---



**Motivation zur Reha ???**



# **§ 125 SGB III: Minderung der Leistungsfähigkeit**

---

**Nach § 125 Abs. 2 SGB III**

**kann die Agentur für Arbeit einem arbeitslosen Versicherten, dessen Leistungsvermögen voraussichtlich länger als sechs Monate gemindert sein wird, auffordern, innerhalb eines Monats einen Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation zu stellen.**

**Kommt der Arbeitslose dieser Aufforderung nicht nach, ruht sein Anspruch auf Arbeitslosengeld ab Ablauf der Frist bis zum Tage der (späteren) Antragstellung.**



# Med. Reha: Zugangswege und Kostenträger

---

## 7. Möglichkeit: Reha auf Wunsch (Selbstzahler)

Ch. C. E.,  
20 J.,  
Nigeria,  
Elephan-  
tiasis  
seit  
dem  
8 Lj.



Bei Aufnahme

Nach 10 Wo. tägl. Lymphdrainage  
Mobilisation von 65 Liter Wasser



# Med. Reha: Zugangswege und Kostenträger

---



# Med. Reha: Zugangswege und Kostenträger

## Happy End für einen jungen Nigerianer

Gewaltige Lymphödeme an beiden Beinen dank **großem Spendenaufkommen in der Taunus-Klinik** erfolgreich behandelt

Bad Nauheim (bkk). Dank großzügiger Spenden der Pitzer-Stiftung und einer Eltern in Aachen konnte die medizinische Behandlung des 20-jährigen Nigerianers Chukwunonso Collins Ezeani, kurz Nonso genannt, in der Bad Nauheimer Taunus-Klinik erfolgreich abgeschlossen werden. Die WZ hatte über das Schicksal des Afrikaners berichtet, der seit seinem 8. Lebensjahr an Lymphödemem der Beine leidet, die sich infolge fehlender Therapiemöglichkeiten in seiner Heimat kontinuierlich verschlimmert hatten. Zuletzt litt der junge Mann an gigantischen Ödemen beider Beine, im Volksmund »Elephantiasis« genannt. Nach dem WZ-Artikel hatten sich Geldgeber gemeldet, deren Beitrag eine Weiterbehandlung von Nonso ermöglichten. Nach Auskunft von Taunus-Klinik-Oberarzt Dr. Ulrich Herpertz ist die Therapie inzwischen beendet, der 20-Jährige kehrte in seine Heimat zurück.

Die Taunus-Rehaklinik der Deutschen Rentenversicherung verfügt über eine spezielle Ödemabteilung. Der Nigerianer hatte sich in seiner Verzweiflung über einen Bekannten, der in Deutschland lebt, an Herpertz gewandt. Zuvor war eine Internet-Recherche erfolgt. Wie der 20-Jährige dabei erfuhr, hat man in Deutschland die meiste Erfahrung mit dieser Krankheit. Laut Herpertz ist die Therapie »eine deutsche Erfindung aus dem Jahr 1973. Der Essener Arzt Dr. Axelank habe damals weltweit als erster Mediziner begonnen, Lymphödeme mit der Kombination von manueller Lymphdrainage und Kompression zu behandeln. Mittlerweile gebe es in Deutschland neun Lymphklinien, die nach dieser Methode arbeiten.

Die Wasserretentionen an Nonso's Beinen waren zuletzt so gewaltig, dass er kaum noch gehen konnte, aus Haus gefesselt und arbeitsunfähig war. Auch der Wunsch, Jura zu studieren, konnte unter diesen Voraussetzungen nicht in Erfüllung gehen. Die Familie des jungen Mannes

kleine Wunders«, wie Herpertz erklärte. Klaus-Peter Haar von der Pitzer-Stiftung in Bad Nauheim habe zugesagt, die Kosten für eine weitere dreiwöchige Behandlung zu übernehmen. Das Geld für zwei Wochen Klinikaufenthalt habe Paul Eck von der Firma Böel aus Aachen herbeigestellt, nachdem er zuvor bereits einen Lymphödem, ein pneumatisches Gerät zur Kompressionsbehandlung der Beine im Wert von 3000 Euro

gen, um den Therapieerfolg zu konservieren. Diese Hilfsmittel im Wert von 2000 Euro seien von der Firma Jobst aus Emmerich gestiftet worden.

»Doktor, sag' allen Spendern, dass ich ihnen sehr sehr dankbar bin und dass jetzt erst mein Leben beginnt. Deutschland hat mir sehr gut gefallen. Aber eine Sache habe ich in Deutschland vermisst. Ich wollte so gerne erleben, wie es in



Dr. Ulrich Herpertz (rechts) und sein Team mit dem jungen Mann aus Nigeria, der in der Taunus-Klinik erfolgreich behandelt wurde.

Foto: p

Kosten ?

110-120 EUR/d

Wetterauer Zeitung 28.10.2006



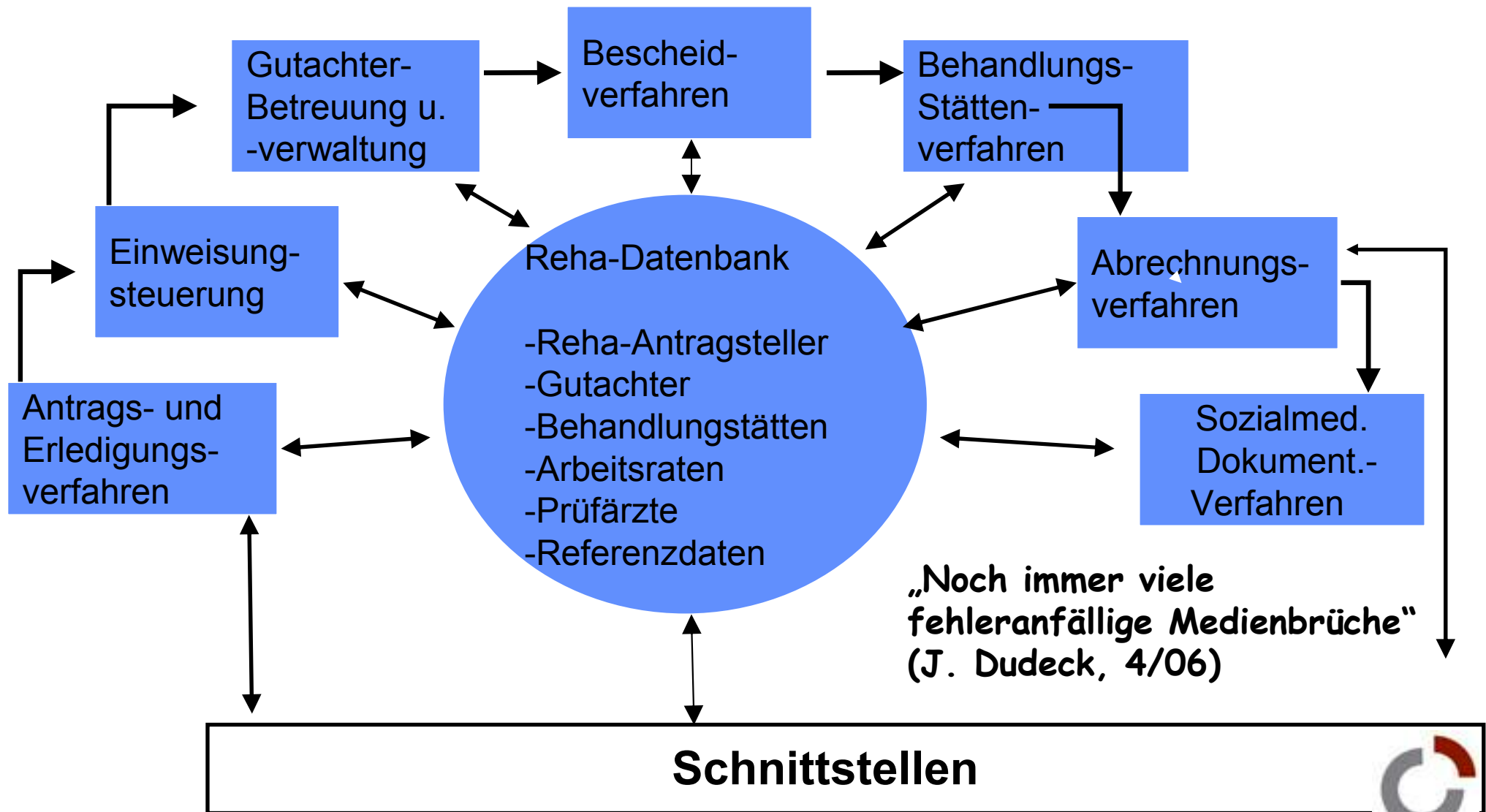
# Schnittstellenproblematik - Gliederung

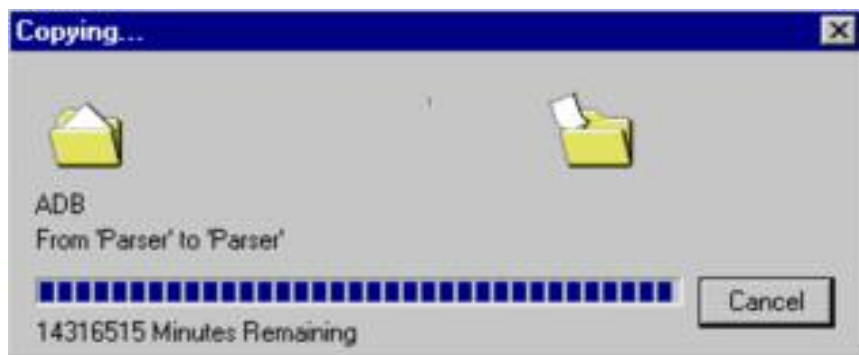
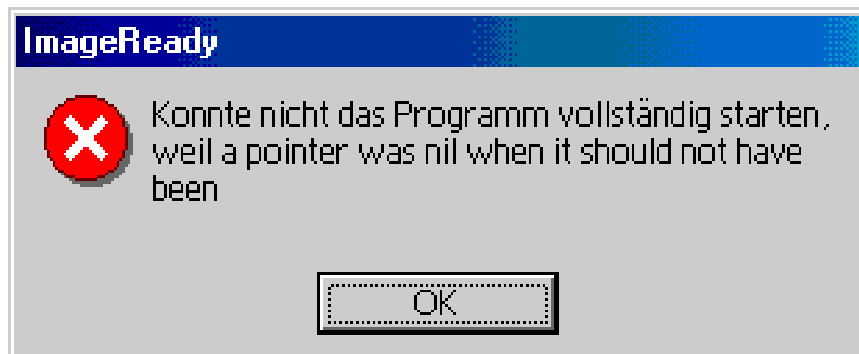
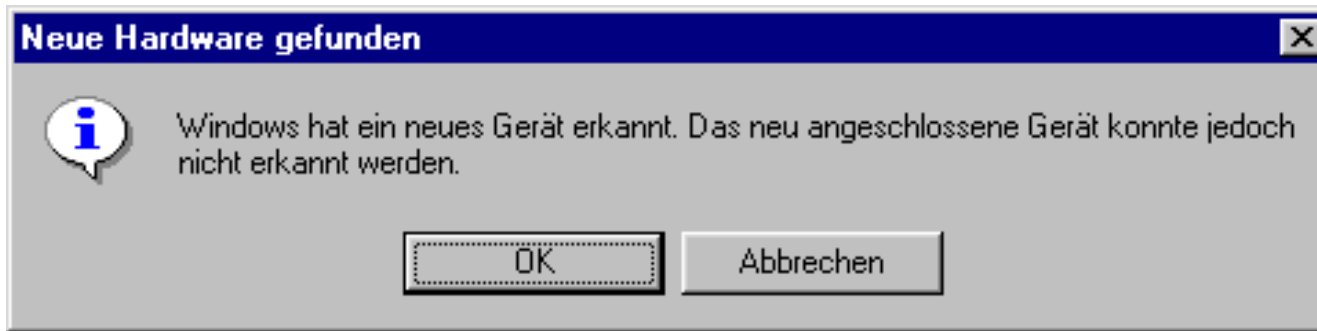
---

- ✓ **Med. Reha: Zugangswege und Kostenträger**
- **EDV-Schnittstellen, QM-Schnittstellen**
- **Schnittstellen / Kooperationen in der neuen DRV**
- **Schnittstellen und drop outs im case management**
- **AHB-Zuweiserperspektive**
- **AHB: gestern → heute → morgen**
- **Neuer AHB-Katalog**
- **AHB-Verlängerungsantrag**
- **Schnittstellenproblematik - Synopsis**



# EDV in der Rehabilitation (n. W. Cibis, 2006)





# C-M.3.1.4 DRV-Bund Reha Zentrum BN Personalärztliche Untersuchung bei Unfällen

	Qualitätsmanagement-Handbuch Teil C – Prozesslandkarte	Rehabilitationszentrum Bad Nauheim
	Personal- und betriebsärztliche Untersuchung d) bei Unfällen	C-M.3.1.4

## I. Deckblatt

### 1. Ziele

Aktuellerung einschließlich Dokumentation einer während der Arbeitszeit aufgetretenen Verletzung/Unfall.

### 2. Anwendungs- und Geltungsbereich

Personalarzt, Mitarbeiter, MTA

### 3. Prozessauslöser und Prozessende

Auslöser: Unfall tritt ein

Ende: Nachhilfensprache beendet

### 4. Schnittstellen

#### 4.a Interne Schnittstellen

- Labordiagnostik K 2.6
- Funktionsdiagnostik K 2.4.1

#### 4.b Externe Schnittstellen

- keine

### 5. Bewertungsparameter

Keine

### 6. Prozessverantwortlicher

Personalarzt (siehe Anlage)

### 7. Dokumente

#### 7.a Interne Dokumente

- keine

#### 7.b Externe Dokumente

- Unfallbogen

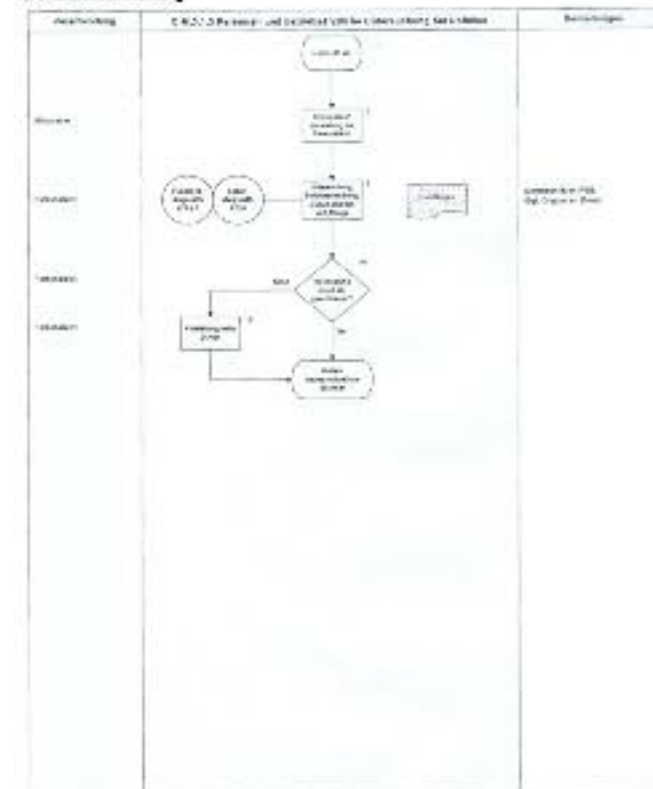
### 8. Bemerkungen

Keine

erstellt:	geprüft:	freigegeben:	Änderungsstand:	Seite:
Prof. Dr. Wenzel	Dr. Gellhofer, DMB	M. Franzenberg, M. Prof. Dr. Wenzel, LA 14.07.2009	Version 1.0	1 von 2
Dateiname:		C-M.3.1.4.doc		

	Qualitätsmanagement-Handbuch Teil C – Prozesslandkarte	Rehabilitationszentrum Bad Nauheim
	Personal- und betriebsärztliche Untersuchung d) bei Unfällen	C-M.3.1.4

## II. Prozessdarstellung



erstellt:	geprüft:	freigegeben:	Änderungsstand:	Seite:
Prof. Dr. Wenzel	Dr. Gellhofer, DMB	M. Franzenberg, M. Prof. Dr. Wenzel, LA 14.07.2009	Version 1.0	1 von 2
Dateiname:		C-M.3.1.4.doc		

# Schnittstellenproblematik - Gliederung

---

- ✓ **Med. Reha: Zugangswege und Kostenträger**
- ✓ **EDV-Schnittstellen, QM-Schnittstellen**
- **Schnittstellen / Kooperationen in der neuen DRV**
  - **Schnittstellen und drop outs im case management**
  - **AHB-Zuweiserperspektive**
  - **AHB: gestern → heute → morgen**
  - **Neuer AHB-Katalog**
  - **AHB-Verlängerungsantrag**
  - **Schnittstellenproblematik - Synopsis**



# Die gesetzliche Rentenversicherung

LVAen +



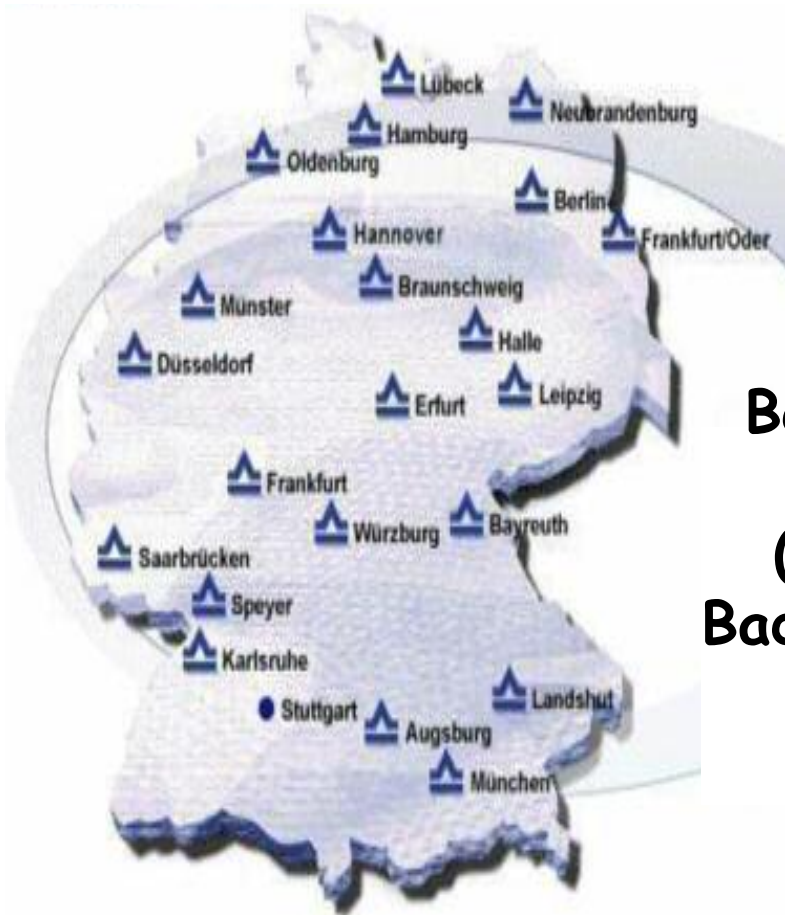
+ Sonstige =

seit 01.10.2005



Deutsche  
Rentenversicherung

...



„Sektorale  
Beharrungskräfte  
überwinden.“  
(H. Seiter, DRV  
Baden-Württemberg  
3/06)

22 LVAen →  
DRV-Regional (55%)

BfA (+ VDR) →  
DRV-Bund (40%)

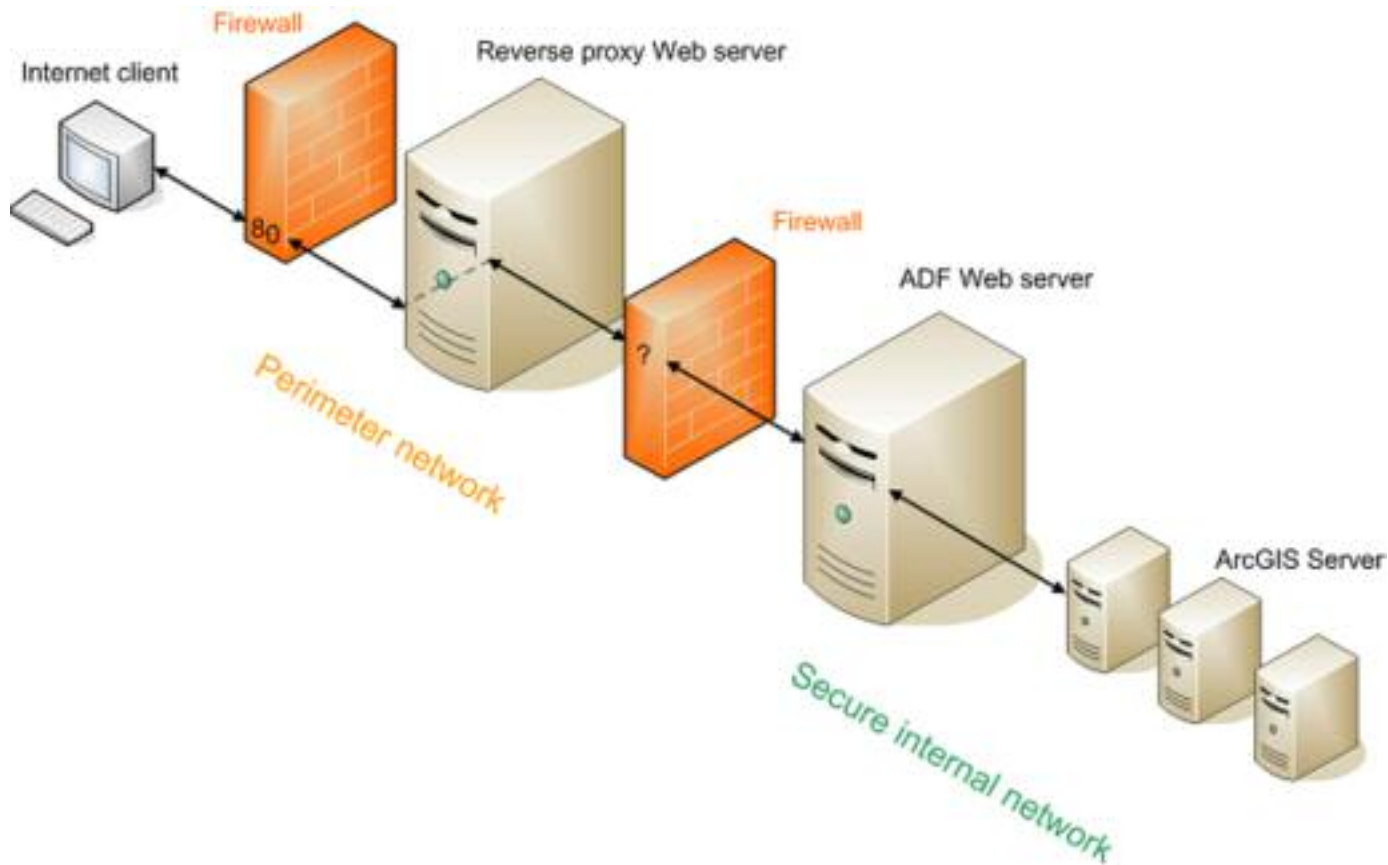
Sonstige (5%) →  
DRV Knappschaft  
- Bahn - See



# Schnittstellen / Kooperationen in der DRV, z.B.:

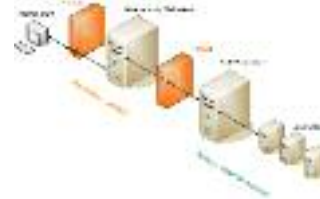
---

- Laboranbindung



# Schnittstellen / Kooperationen in der DRV, z.B.:

---



- **Laboranbindung**
- **Kreuzbelegung**
- **Gemeinsames Röntgen**
- **Gemeinsamer Einkauf**
- **Gemeinsamer Fahrdienst**
- **Instandhaltung / Investitionen**
- **Zentralküche**
- **Kooperationsgremien**
- **Gemeinsame Klinikleitung**
- **Gemeinsame Servicestellen...**




# Was funktioniert gut in der DRV?

---

**Servicestellen (Auskunfts- und Beratungsstellen)  
der Rentenversicherung:**

[www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de)

- **Beratung**
- **Beratungsstellen**
- **Beratungsstellensuche**
- **Eingabe der Postleitzahl:**  **Angabe der Adresse sowie der Entfernung zur nächstgelegenen Servicestelle.**



# **Was funktionierte früher ggfls. nicht so gut?**

---

**Eine wahre Kasuistik:**

**Ein Angestellter wird 1980 EU dauerberentet (BfA).**

**Nimmt 1985 Anstellung als Arbeiter an (LVA-Nordrhein).**

**Stellt 1990 Antrag auf med. Reha (Träger: LVA-N.).**

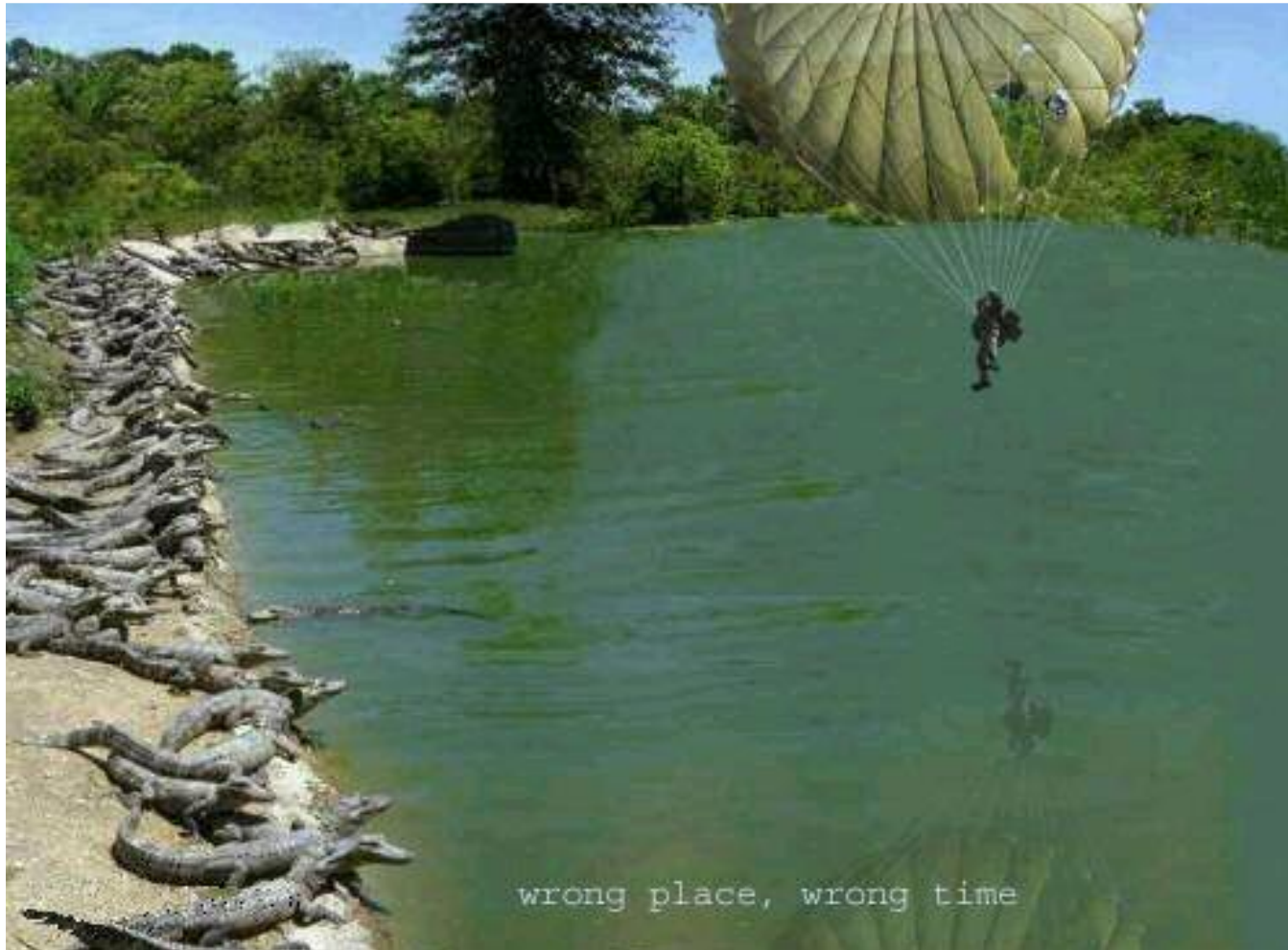
**Reha-Klinik (Vertragshaus der BfA *und* LVA) fordert  
Vorbefunde an, versehentlich bei BfA...**



# Was funktionierte früher ggfls. nicht so gut?

---

Eine wahre Kasuistik:



# Schnittstellenproblematik - Gliederung

---

- ✓ **Med. Reha: Zugangswege und Kostenträger**
- ✓ **EDV-Schnittstellen, QM-Schnittstellen**
- ✓ **Schnittstellen / Kooperationen in der neuen DRV**
- **Schnittstellen und drop outs im case management**
  - **AHB-Zuweiserperspektive**
  - **AHB: gestern → heute → morgen**
  - **Neuer AHB-Katalog**
  - **AHB-Verlängerungsantrag**
  - **Schnittstellenproblematik - Synopsis**



# Rehabilitationsphasen nach WHO (1970)

---

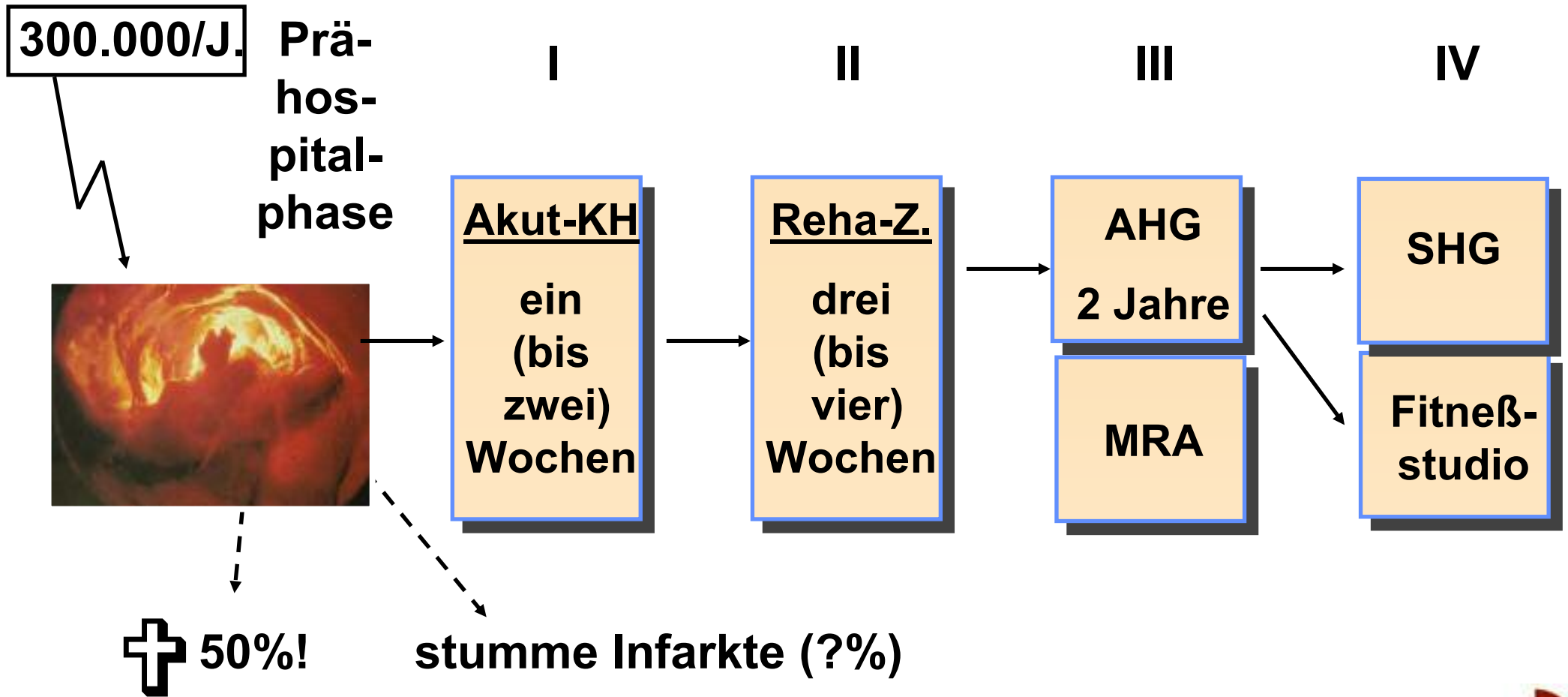
<b>WHO</b>	<b>pathophysiologisch vorgegebene Reha-Stadien</b>	<b>Zeitraum</b>	<b>Organisations- struktur</b>
<b>I</b>	<b>Frühmobilisation</b>	<b>Tage</b>	<b>Akutklinik</b>
<b>II</b>	<b>Frührehabilitation</b>	<b>Wochen</b>	<b>Rehazentrum</b>
<b>III</b>	<b>Spätrehabilitation</b>	<b>Monate bis Jahre</b>	<b>Wohnort</b>



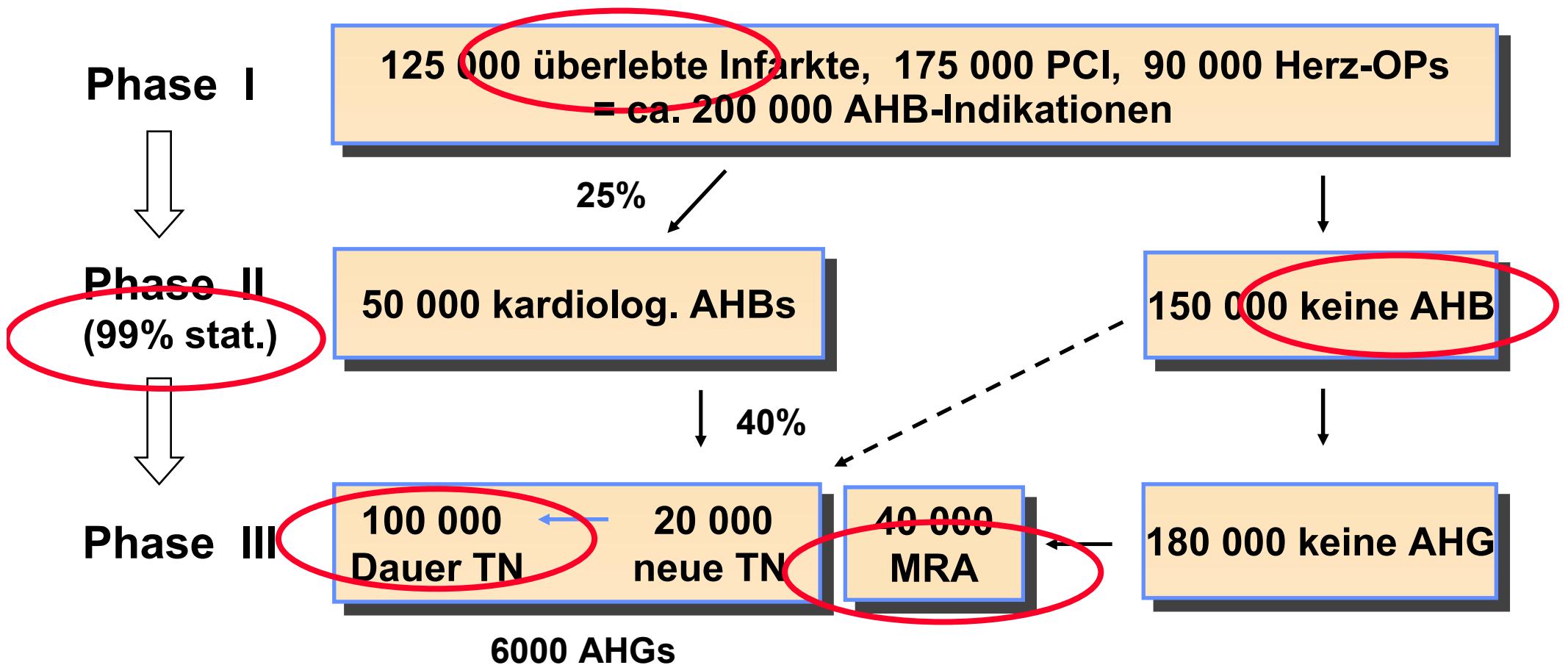
# Vom akuten Ereignis zurück in den Alltag

## Reha - Phase I bis IV

---



# KHK-Rehabilitanden 2002 (ICD 410-414)



Quellen: DHS, DGK, DGTHG, VDR, DGPR, Wendt



# Schnittstellenproblematik - Gliederung

---

- ✓ **Med. Reha: Zugangswege und Kostenträger**
- ✓ **EDV-Schnittstellen, QM-Schnittstellen**
- ✓ **Schnittstellen / Kooperationen in der neuen DRV**
- ✓ **Schnittstellen und drop outs im case management**
- **AHB-Zuweiserperspektive**
  - **AHB: gestern → heute → morgen**
  - **Neuer AHB-Katalog**
  - **AHB-Verlängerungsantrag**
  - **Schnittstellenproblematik - Synopsis**



# Zuweiserperspektive (1): AHB nach HTX

---

<b>32 Zentren BRD</b>	<b>Verlegung in AHB</b>
<b>57%</b>	<b>generell immer</b>
<b>26%</b>	<b>gelegentlich</b>
<b>17%</b>	<b>grundsätzlich nicht</b>

*Bundesweite Umfrage der AG Thorakale Organtransplantation  
der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie  
Z Kardiol. 85: 67-77 (1996)*



# Zuweiserperspektive (2): AHB nach Infarkt

**n = 29 Krankenhausärzte Unterfrankens**

<b>Alter des Pat. [J.]</b>	<b>AHB ist wichtig</b>
<b>&lt; 50</b>	<b>93%</b>
<b>50 - 60</b>	<b>79%</b>
<b>&gt; 60</b>	<b>66%</b>

*Vogel et al: Präz Rehab 9: 139-146 (1997)*



# **Zuweiserperspektive (3): AHB nach ACB-OP**

**„Die Reha-Klinik wird  
sich für Bypass-Patienten  
(nach minimal-invasiver Herzchirurgie)  
schon bald erübrigen.“**

*Schüler, S.: Der Spiegel, 25/97*



# **Zuweiserperspektive (4): AHB nach ACB-OP**

***Frühentlassung nach unkomplizierter Herzoperation:  
Verlauf und Ereignisse unter hausärztlicher Betreuung.***

*Everlien, M., Blome, M., Greve, H., Herz/Kreisl. 30: 80-83 (1998)*

**"Fazit: Patienten mit unkompliziertem Verlauf nach Operation mit Herz-Lungen-Maschine können mit vertretbarem Risiko zu Beginn der 2. Woche in hausärztliche Betreuung entlassen werden."**



# Zuweiserperspektive (4): AHB nach ACB-OP

<b>485 (100%)</b>	<b>Gesamtkollektiv</b>
<b>174 (35,9%)</b>	<b>bis zum 10. Tag nach Hause entl.</b>
<b>61 (37,4%)</b>	<b>empfinden die Entlassung als zu früh</b>
<b>36 (20,7%)</b>	<b>Inanspruchnahme HA / Notarzt, davon</b>
<b>12 (6,9%)</b>	<b>Klinikeinweisung</b>
<b>134 (77%)</b>	<b>traten später eine AHB an</b>

*Everlien, M. et al: Herz/Kreisl. 30: 80-83 (1998)*



# **Zuweiserperspektive (4): AHB nach ACB-OP**

**"Fazit: Patienten mit unkompliziertem Verlauf nach Operation mit Herz-Lungen-Maschine können mit vertretbarem Risiko zu Beginn der 2. Woche in hausärztliche Betreuung entlassen werden..."**

**...ehe sie später in die AHB aufgenommen werden, wenn der Hausarzt bereit ist und sich in der Lage sieht, bei 20% in Anspruch genommen zu werden, und wenn der Patientenwunsch keine Rolle spielt !**



# **Zuweiserperspektive (5): Reha vers. keine Reha**

**Prämierter freier Vortrag auf der Jahrestagung der DGPR 2008 ([www.dgpr.de](http://www.dgpr.de))**

**A.Waldmann, Lübeck**

**Sofortige Krankenhausentlassung vs.  
Kardiologische Rehabilitation – ein Vergleich von  
1474 Patienten nach KHK.**



# Die AHB-Infoveranstaltung

---



# **Gastgeber: Uni Frankfurt, Prof. Moritz**

## **Präsentation: Reha-Kliniken**

---

**Bad Kissingen**

**Deegenbergklinik**

**Bad Nauheim**

**RehaZentrum DRV-Bund**

**Klinik am Südpark**

**RehaZentrum Sprudelhof**

**Bad Orb**

**Küppelsmühle**

**Spessart Klinik**

**Bad Schwalbach**

**Montanus Klinik**

**Rheingau-Taunus Klinik**

**Bad Soden-Salmünster**

**Rhönblick Klinik**

**Königstein**

**Klinik Königstein**



# Zielgruppe prä-OP Patienten: Warum Reha?

---

- Heilungsverlauf kardiologisch begleiten
- **Wieder der/die Alte werden (oder besser?), körperlich *und* psychisch**
- **Information (Patienten + Angehörige), z.B. Auto, NNT**
- **Sicherheit, Entängstigung, Krankheitsverarbeitung**
- **Medikamenteneinstellung**
- **Lebensstiloptimierung (Risiko- und Schutzfaktoren)**
- **Reha vor Rente, Reha vor Pflege**



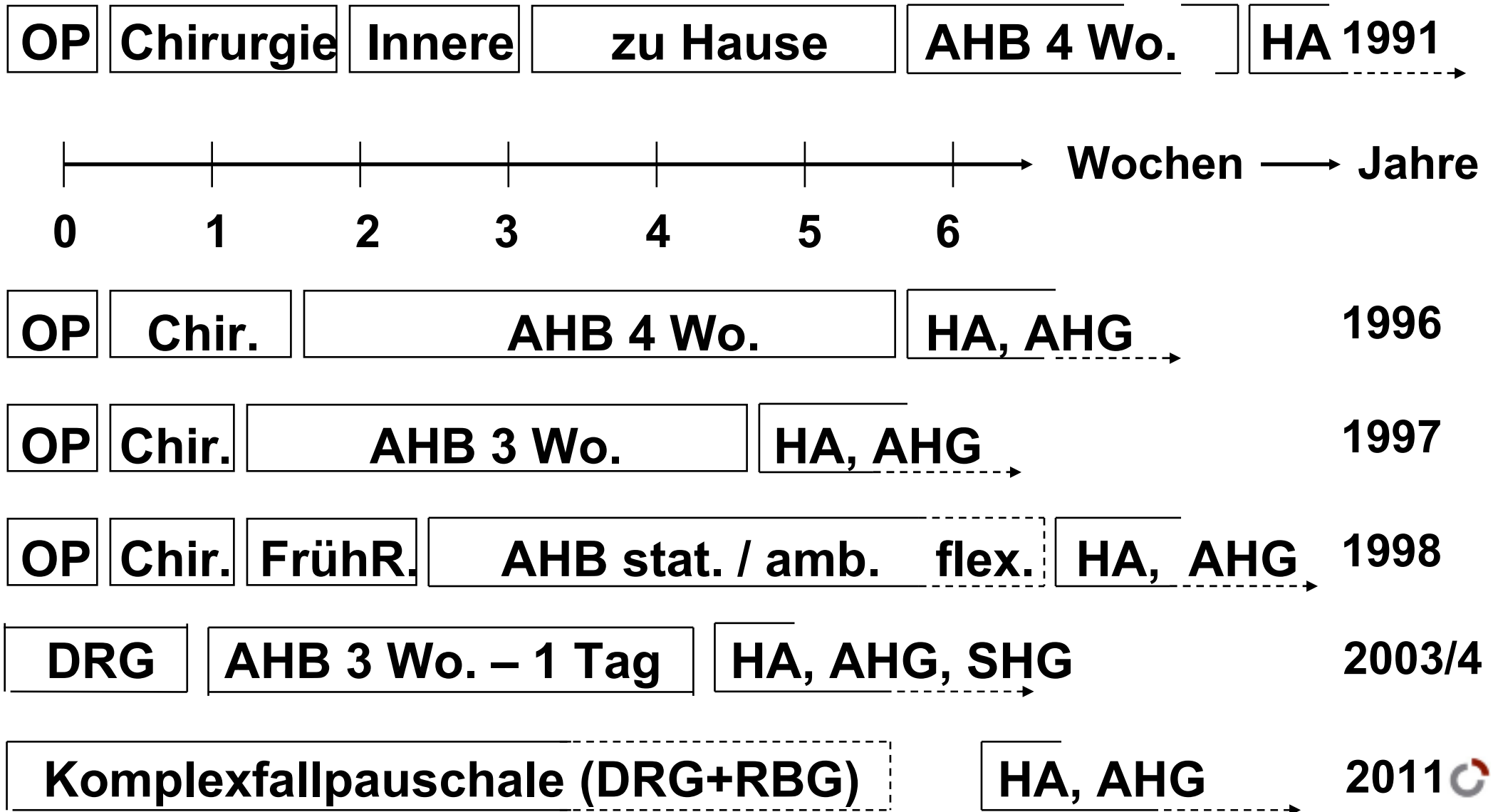
# Schnittstellenproblematik - Gliederung

---

- ✓ **Med. Reha: Zugangswege und Kostenträger**
- ✓ **EDV-Schnittstellen, QM-Schnittstellen**
- ✓ **Schnittstellen / Kooperationen in der neuen DRV**
- ✓ **Schnittstellen und drop outs im case management**
- ✓ **AHB-Zuweiserperspektive**
- **AHB: gestern → heute → morgen**
  - **Neuer AHB-Katalog**
  - **AHB-Verlängerungsantrag**
  - **Schnittstellenproblematik - Synopsis**



# Rehaverlauf post OP: gestern, heute, morgen



# RV aktuell

Deutsche Rentenversicherung Bund  
Rehazentrum Bad Nauheim

23. Nov. 2007

FÜRNIK Wetterau

A 1330

November 2007 • Jahrgang 54

# 11

Fachzeitschrift und amtliche Mitteilungen  
der Deutschen Rentenversicherung

## Fallgruppen in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung

Dr. Thomas Hansmeier, Dr. Hans-Günter Haaf

Fallgruppen bilden die Basis für pauschalisierte Vergütungssysteme, die zunehmend in der Gesundheitsversorgung Anwendung finden. Bei der seit längerer Zeit eingeleiteten Entwicklung von Fallgruppen für die Rehabilitation der Rentenversicherung (RV) stehen Fragen der bedarfsgerechten Steuerung im Vordergrund. Der Beitrag spezifiziert die Anforderungen, die ein Fallgruppensystem in der Rehabilitation erfüllen muss, und nimmt eine zusammenfassende Bewertung des aktuellen Entwicklungsstandes vor. Im Zentrum steht dabei die kontinuierliche Verbesserung der Praxis der Rehabilitation.



# Der chirurgische Patient im DRG-Zeitalter

---



- ✓ **5-fach CABG**
- **Zust. n. HWI und VWI**
- **Reduzierte LV-Funktion**
- **Perikarderguß**
- **Mitralklappenrekonstruktion**
- **3-Kammer-ICD (CRT)**
- **pAVK St. IV, blaue Plastikhauben**
- **Liegende Schrittmacherelektroden**
- **EKG-Klebelektroden**
- **Soziale Anamnese...**

**LH, 60 J., Übernahme am 20. Tag.  
AHB-Anmeldung als komplikationsloser  
Verlauf nach CABG ohne Begleiterkrankungen**



# LH, soziale Anamnese

---

- **Lebte drei Monate neben seinem verstorbenen LP**
- **Polizei kam wegen Verwesungsgeruch**
- **Einweisung in die Psychiatrie**
- **Entlaufen → wohnungslos, keine soziale Bindung**
- **Kollaps → Liegendaufnahme → Diagnostik → CABG**



# **LH, Maßnahmen durch den Sozialdienst während der AHB (hatte 60 Monate als Schneider einbezahlt)**

---

- **Klärung der Kostensituation → Aufnahme in die ARGE = Taschengeld**
- **Keine KV → Aufnahme in AOK**
- **Schwerbehindertensstatus (GdB 100, AG B)**
- **Anregung und Umsetzung gesetzliche Betreuung**
- **Grundausstattung Kleidung durch MAs und Spenden**
- **Orthopädische Schuhversorgung**
- **Gehwagen**
- **Brillenversorgung**
- **Komplette Sanierung und Prothesenversorgung Gebiß**
- **Ende der AHB → Verlegung Pflegeeinrichtung**

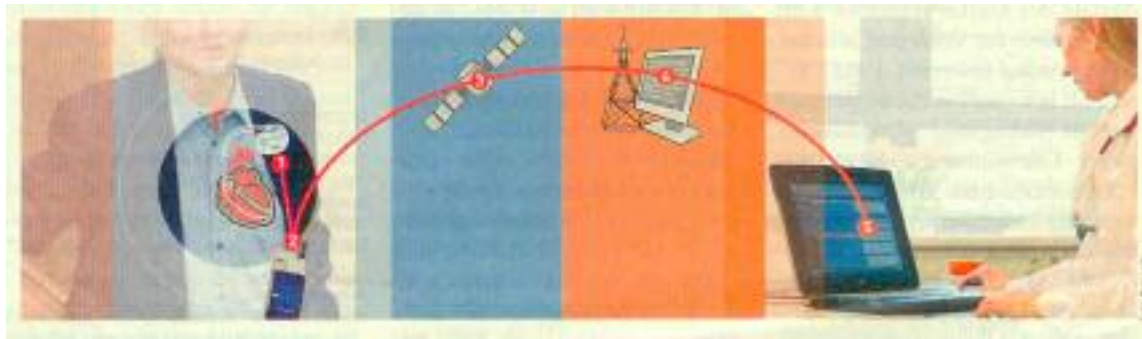


# Telemonitoring bei Herzinsuffizienz

① Telemonitoring führt in der deutlich überwiegenden Zahl der Studien zu einer Verbesserung des Parameters „Hospitalisationsrate“ und einer Effizienzsteigerung im Sinne der Kostenreduktion bei gleichen oder besseren Ergebnissen.

② Der Unterschied zwischen ausschließlich auf Telefonaten beziehungsweise Interviews gestützten und telematischen Verfahren ist nur marginal bezüglich ihrer klinischen Effektivität, bei der telematische Verfahren nur gering überlegen sind.

③ Die Prädiktion von kardiovaskulären Ereignissen ist einer der primären Erfolgsfaktoren für effektives Telemonitoring – eine Kombination von Parametern ist hier immer von Vorteil. Die Voraussetzung für die Anwendung eines Prädiktors ist eine Güte von > 70 Prozent Sensitivität und > 95 Prozent Spezifität.



**DÄB vom 25.01.2008**



# Abgrenzung Akutmedizin / Rehabilitation

---

POLITIK



**ANSCHLUSSHEILBEHANDLUNG**

## „Blutige Entlassung“ verlagert Kosten in die Reha

Ob Herzinfarkt oder Hüft-OP: Patienten werden immer früher von der Klinik in die Reha verlegt. Viele brauchen deshalb auch dort noch eine intensive medizinische und pflegerische Betreuung.

der ersten Studienphase in den Jahren 2003/2004 verglichen. Der Trend zu immer kürzeren Liegezeiten hat sich der Analyse zufolge für diese beiden Patientengruppen eindeutig bestätigt. Allein in den letzten zwei Jahren verringerte sich aufgrund der DRG-Einführung die gesamte Aufenthaltsdauer von Patienten mit orthopädischen oder kardiologischen Krankheiten in Akut- und Reha-Kliniken um elf Prozent. Im Vergleich

*Deutsch Ärztebl 104: B 825-6 (06.04.2007)*



# Schnittstellenproblematik - Gliederung

---

- ✓ **Med. Reha: Zugangswege und Kostenträger**
- ✓ **EDV-Schnittstellen, QM-Schnittstellen**
- ✓ **Schnittstellen / Kooperationen in der neuen DRV**
- ✓ **Schnittstellen und drop outs im case management**
- ✓ **AHB-Zuweiserperspektive**
- ✓ **AHB: gestern → heute → morgen**
- **Neuer AHB-Katalog**
  - **AHB-Verlängerungsantrag**
  - **Schnittstellenproblematik - Synopsis**

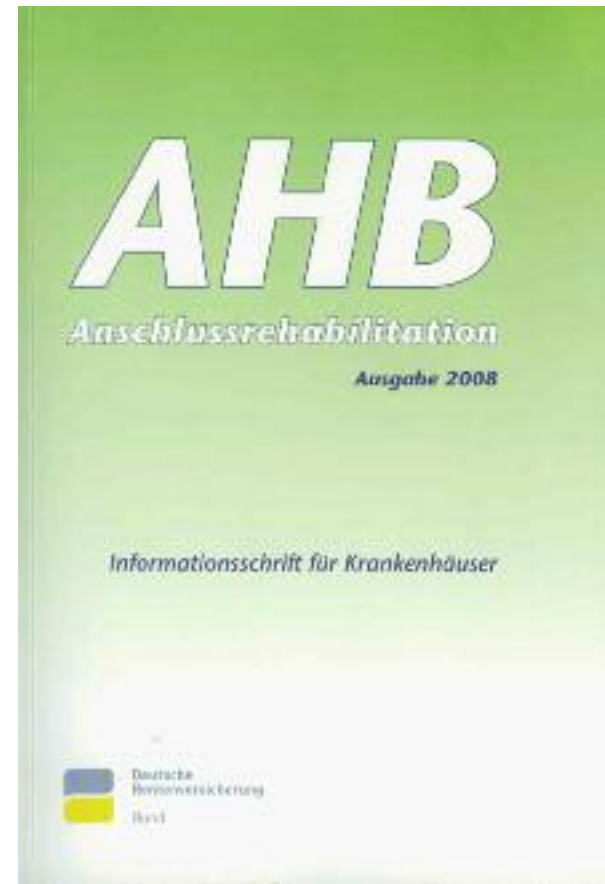


# Neuer AHB-Katalog

---

## Kardiol. Indikationen:

- **elektive PTCA  
(mit Rehabedarf)**
- **NSTEMI**
- **CABG**
- **ICD**
- **HTX**



# Rehabilitationsfähigkeit (AHB) bei MRSA

---

Die hohen Anforderungen an die Rehabilitationsfähigkeit für eine AHB erfordern eine sorgfältige Indikationsstellung, um einen angemessenen Rehabilitationserfolg zu gewährleisten. Danach kommen Patienten, die den besonderen Anforderungen wegen andauernder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderungen nicht gewachsen sind, für eine AHB nicht in Betracht. Spezielle akute Infektionen, wie zum Beispiel eine floride Tuberkulose oder eine Methicillin-resistente-Staphylococcus-aureus-(MRSA)-Infektion, schließen Rehabilitationsfähigkeit aus. Bei asymptomatischer MRSA-Besiedlung und vorliegender Rehabilitationsbedürftigkeit sowie positiver Rehabilitationsprognose im Sinne der Rentenversicherung muss im Einzelfall geklärt werden, ob angemessene Rehabilitationsziele auch bei ggf. vorzunehmenden Isolierungsmaßnahmen erreicht werden können. Die Rehabilitationsdauer orientiert sich am indikationsspezifischen Rahmen unabhängig von der MRSA-Besiedlung.

*nach DRV-Bund: AHB-Katalog (Ausgabe 2008)*



# Neuer AHB-Katalog → zum Thema MRSA

---

## Theoretische Konsequenz:

1. Forderung an Akut-Krankenhäuser, ihrer screening-Verpflichtung nachzukommen.
2. Aufnahme von AHB-Patienten erst dann, wenn das einheitliche Ergebnis des Abstrichs vorliegt !



*FH, 60J.,  
VWI, CPR, MRSA*



# Schnittstellenproblematik - Gliederung

---

- ✓ **Med. Reha: Zugangswege und Kostenträger**
- ✓ **EDV-Schnittstellen, QM-Schnittstellen**
- ✓ **Schnittstellen / Kooperationen in der neuen DRV**
- ✓ **Schnittstellen und drop outs im case management**
- ✓ **AHB-Zuweiserperspektive**
- ✓ **AHB: gestern → heute → morgen**
- ✓ **Neuer AHB-Katalog**
- **AHB-Verlängerungsantrag**
- **Schnittstellenproblematik - Synopsis**



# **AHB-Verlängerungsantrag bei der GKV**

**- eine alltägliche Kasuistik -**

---

**80-jährige Patientin nach Aortenklappenersatz.**

**Schon früh wird deutlich, dass 3 Wochen AHB nicht ausreichen → 1. Verlängerungsantrag Ende der 1. Woche: zu früh.**

**→2. Verlängerungsantrag Ende 2. Woche:**

**→Kein Bescheid bis 1 Tag vor Ende der 3 Wochen.**

**→Anruf beim SB der KK → weitergeleitet an AL. Meine**

**Argumentation: Kann die Patientin morgen noch nicht nach Hause entlassen. Wenn keine Kostenzusage für Verlängerung, muß ich ins Akutkrankenhaus legen. Dort kostet sie pro Tag ca. EUR 300,-, in Reha EUR 110. Antwort: anderer Topf.**

**Ergebnis: Patientin zahlte Verlängerungswoche aus eigener Tasche.**



# **Zuständigkeits-Wirrwarr**

**- eine alltägliche Kasuistik -**

---

**54-jähriger Patient nach PTCA liegt im Akutkrankenhaus.  
Dort keine Indikationsstellung zur AHB, daher auch keine  
Klärung der möglichen Kostenträgerschaft.**

**Patient wird entlassen, wünscht nach Rücksprache mit  
Sportfreunden Reha.**

**Hausarzt stellt Antrag, da Beamter via Beihilfe.**

**Kommt zur Aufnahme, müßte 50% selbst bezahlen.**

**Sozialdienst der Reha-Klinik bewirkt bei der DRV-Bund  
volle Kostenübernahme auf Kulanzbasis.**



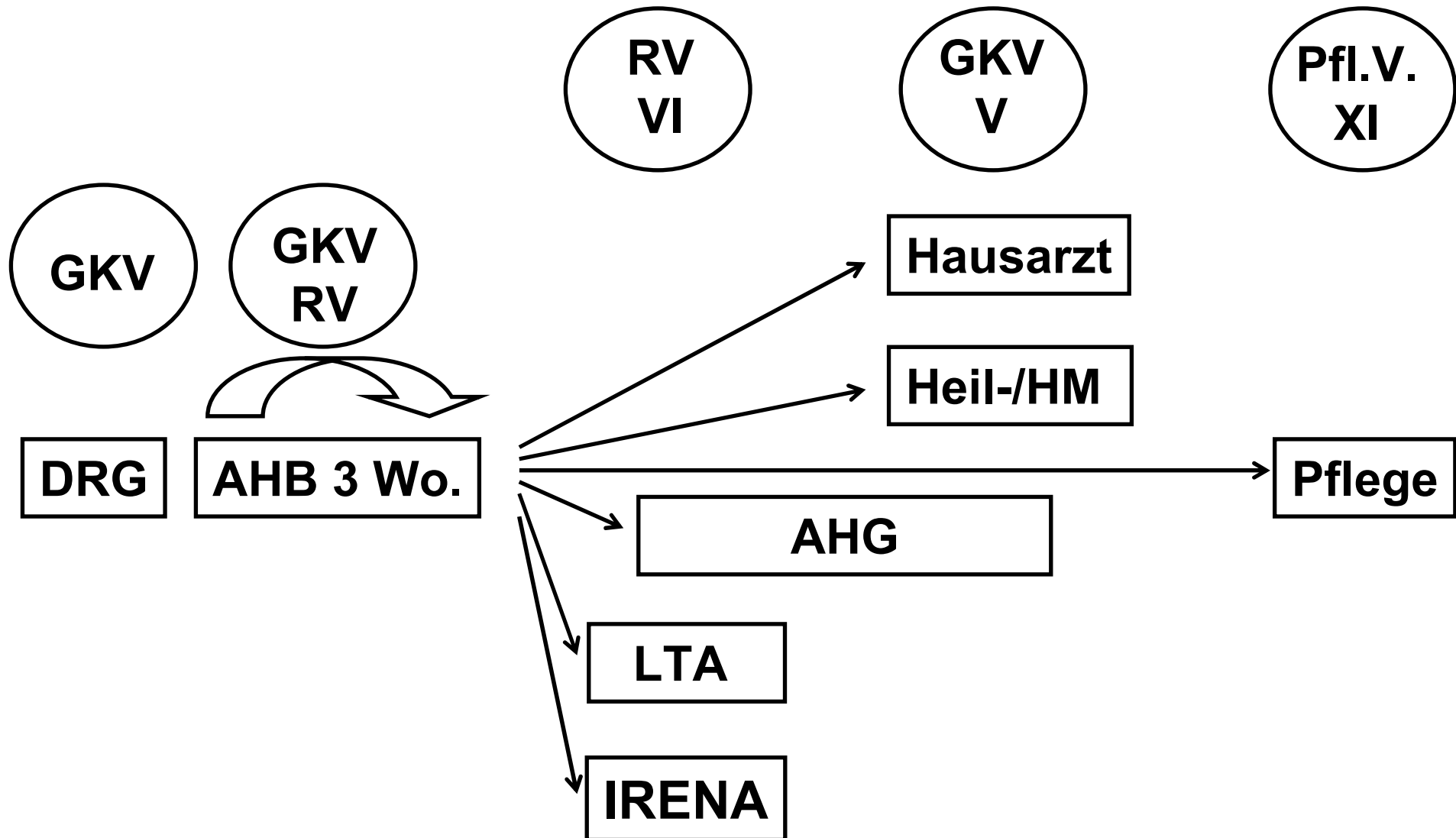
# Schnittstellenproblematik - Gliederung

---

- ✓ **Med. Reha: Zugangswege und Kostenträger**
- ✓ **EDV-Schnittstellen, QM-Schnittstellen**
- ✓ **Schnittstellen / Kooperationen in der neuen DRV**
- ✓ **Schnittstellen und drop outs im case management**
- ✓ **AHB-Zuweiserperspektive**
- ✓ **AHB: gestern → heute → morgen**
- ✓ **Neuer AHB-Katalog**
- ✓ **AHB-Verlängerungsantrag**
- **Schnittstellenproblematik - Synopsis**



# Schnittstellenproblematik bei trägerübergreifender, gesetzlicher Versorgung aus klinischer Sicht



# Neue Schnittstellenproblematiken

---

- **Wunsch- und Wahlrecht (§ 9 SGB IX)**
- **Persönliches Budget (§ 17 SGB IX)**
- **Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)  
vs. Medizinischer Dienst der Krankenversicherung !**



# 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).

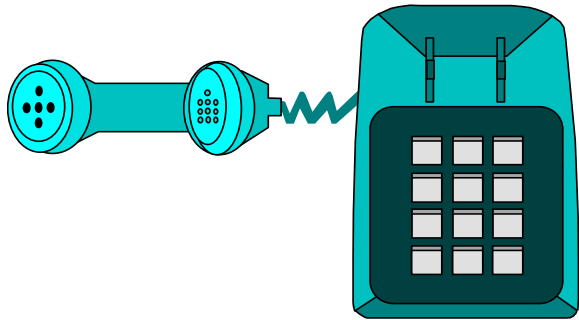
**DÄB**  
**18.04.2008**



# **Schnittstellenproblematik bei trägerübergreifender, gesetzlicher Versorgung aus klinischer Sicht**

---

**Lösung 1:**



**Lösung 2:**

**Servicestellen der RV**

**Lösung 3:**



**Sozialdienst**



# Sozialmedizinischer Grundkurs I

Bad Nauheim, 18. April 2010

---

## Schnittstellenproblematik (bei trägerübergreifender Versorgung ) aus klinischen Sicht



Johann  
Wolfgang  
Goethe-Univ.



Kardiocentrum Frankfurt 