

## **Interne Handlungshilfe**

# **Aufgreifkriterien zur Identifizierung von Zwei- fels- oder Problemfällen bei Anträgen auf medi- zische Rehabilitation**

**Hannover, 05.07.2016**

## 1 Hintergrund

Unabhängig von der MDK-Stichprobenprüfung nach § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V sind die Krankenkassen bei Anträgen auf Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation verpflichtet, eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen, wenn es nach Art, Schwere, Dauer und Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist (§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Dies gilt insbesondere bei:

- a) Zweifeln an der medizinischen Notwendigkeit der beantragten Leistung aufgrund unvollständiger oder nicht plausibler Angaben im Ärztlichen Befundbericht zu Vorsorge-/Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und -zielen,
- b) Leistungen vor Ablauf von vier Jahren, wenn sich die aus medizinischen Gründen erforderliche Dringlichkeit nicht zweifelsfrei aus den Antragsunterlagen ergibt.

Zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Identifizierung der o.g. Zweifels- und Problemfälle (vgl. hierzu auch § 1 Abs. 3 der "Richtlinie MDK-Stichprobenprüfung") stellt der GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst diese Handlungshilfe für den Bereich Rehabilitation zur Verfügung. Sie gibt anhand der Angaben im Vordruck "Verordnung von medizinischer Rehabilitation" (Muster 61, Teil B-D) Hinweise, wann es sich konkret um Zweifels- und Problemfälle im Sinne des § 275 Abs. 1 SGB V handeln kann und somit der MDK zwecks Begutachtung einzuschalten ist.

Die Handlungshilfe ist so angelegt, dass sie aufgrund von fehlenden, unzureichenden oder nicht plausiblen Angaben im Muster 61, Teil B-D, Kriterien benennt, die Anlass zu Zweifeln an den medizinischen Voraussetzungen (Indikation) oder der Zuweisungsempfehlung (Allokation) der beantragten Leistung gibt und die durch eine MDK-Begutachtung ausgeräumt oder bestätigt werden müssen (= Aufgreifkriterien).

Sofern der ärztlichen Verordnung oder dem Antrag der Versicherten weitere Informationen in einem verschlossenen, an den MDK adressierten Umschlag beiliegen, ist eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen.

## 2 Aufgreifkriterien in Anlehnung an die Verordnung von medizinischer Rehabilitation (Muster 61)

### 2.1 Allgemeine Aufgreifkriterien

Erstes Aufgreifkriterium **1.** ist der Sachverhalt, dass das Muster 61, Teil B-D, vollständig ausgefüllt sein muss. Die Prüfung auf Vollständigkeit erfolgt durch die Krankenkasse anhand der nachfolgenden Checkliste:

Abschnitt Muster 61 Teil B-D	Bereich		Vollständigkeit
<b>I.</b>	<b>Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen</b>	⇒	Nennung mindestens einer, für Geriatrie insgesamt drei Diagnosen
<b>II.</b>	<b>Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung</b>	⇒	
II. A.	Kurze Angaben zur Anamnese	⇒	Angaben zu Beginn und Verlauf
II. B.	Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde	⇒	Benennung der Schädigung (ggf. Assessment/Befunde an den MDK)
II. C.	Bisherige Interventionen einschließlich Arzneimittel	⇒	Auflistung
II. D.	Heilmittel in den letzten 6 Monaten	⇒	Wenn keinerlei Angaben hierzu gemacht werden
II. E.	Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel	⇒	Keine Vorgabe
II. F.	Andere Maßnahmen	⇒	Keine Vorgabe
II. G.	Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe	⇒	Aussagen zu allen angegebenen Bereichen erforderlich
II. H.	Kontext- und Risikofaktoren	⇒	Angabe erforderlich
<b>III.</b>	<b>Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit</b>	⇒	Angabe erforderlich
<b>IV.</b>	<b>Rehabilitationsziele</b>	⇒	Angabe von mindestens einem Ziel
<b>V.</b>	<b>Rehabilitationsprognose</b>	⇒	Angabe erforderlich
<b>VI.</b>	<b>Zuweisungsempfehlung</b>	⇒	Angaben zu A und B erforderlich
<b>VII.</b>	<b>Sonstige Angaben</b>	⇒	
VII. A.	Vorzeitigkeit	⇒	Keine Vorgabe
VII. B.	Distanzierung vom Umfeld	⇒	Keine Vorgabe
VII. C.	Häusliche Versorgung	⇒	Plausibilitätsprüfung zur angegebenen Rehabilitationsform
VII. D.	Reisefähigkeit	⇒	Keine Vorgabe
VII. E.	Sonstiges	⇒	Keine Vorgabe
VII. F.	Rückruf	⇒	Keine Vorgabe

Fehlende Angaben sind grundsätzlich durch die Krankenkasse vor Beauftragung des MDK mit dem verordnenden Vertragsarzt zu klären bzw. durch diesen ergänzen zu lassen.

## 2.2 Spezielle Aufgreifkriterien

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen			
A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Seite *	Ursache **
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen			
4. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\* **Seitenlokalisierung**  
 R = rechts  
 L = links  
 B = beidseits

\*\* **Mögliche Ursache der Erkrankung** (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)  
 1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall  
 2 = Berufskrankheit  
 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)  
 4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst  
 5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IMSG)

**2.** Diagnosezusätze "**Verdacht auf**" und "**Zustand nach**" in Zusammenhang mit den beiden zuerst genannten Diagnosen oder als Erstdiagnose die Angabe "**demenzielle Erkrankung**" (ICD 10: F 00 - F 03).

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung
A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesondere Beginn und Verlauf)
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

**3.** Zweifel an der Plausibilität der hier angegebenen Beschwerden in Bezug auf die rehabilitationsbegründende Diagnose (Abschnitt I.A.) und dem zeitlichen Verlauf.

B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse, z. B. Barthel/Frühreha-Barthel)
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

**4.** Zweifel an der Plausibilität der hier angegebenen Schädigungen in Bezug auf die unter I.A. genannten Diagnosen.

C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimitteltherapie
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

**5.** Fehlende Facharzteinbindung bei **psychischen Erkrankungen** und bei der Zielgruppe "**Kinder/Jugendliche**"

**D. Heilmittel in den letzten 6 Monaten (bitte einzelne Maßnahmen angeben)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend



**6.** Fehlende Aussage, ob Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles ausreichend bzw. zielführend sind.

**E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel**

nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

**F. Andere Maßnahmen (z. B. Gesundheits-, Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten)**

\_\_\_\_\_

Aus diesen Angaben lassen sich keine Aufgreifkriterien formulieren, die einen begründeten Zweifel an der Notwendigkeit der verordneten Leistung erkennen lassen.

**G. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe**

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
<b>Lernen und Wissensanwendung</b> (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Allgemeine Aufgaben und Anforderungen</b> (z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kommunikation</b> (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mobilität</b>	<input type="checkbox"/>			
Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen / Gehen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Selbstversorgung</b>	<input type="checkbox"/>			
Essen / Trinken		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- / Auskleiden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden / Duschen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenbenutzung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Häusliches Leben</b> (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Interpersonelle Aktivitäten</b> (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bedeutende Lebensbereiche</b> (z. B. Arbeit und Beschäftigung, Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich beschäftigen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gemeinschaftsleben und soziales Leben</b> (z. B. am Gemeinschaftsleben beteiligen, Erholung und Freizeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**7.** Nur wenn alle Kreuze bei „keine Beeinträchtigungen“ (Rehabilitationsbedürftigkeit fraglich) oder bei „nicht durchführbar“ (Rehabilitationsfähigkeit fraglich).

**H. Kontextfaktoren**

**1. Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende umwelt- und personbezogene Faktoren**  
*(z. B. allein / mit Familie lebend, in Alten-/Pflegeeinrichtung lebend, Konflikte, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützung(sbedarf), sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)*

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch**

Bewegungsmangel  
Fehlhaltung       Übergewicht       Untergewicht       Medikamente       Nikotin

Sonstiges (z. B. ungesunde Ernährung, Alkohol) \_\_\_\_\_

Aus diesen Angaben lassen sich keine Aufgreifkriterien formulieren, die einen begründeten Zweifel an der Notwendigkeit der verordneten Leistung erkennen lassen.

**III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit**

Der/die Patient/in verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit       ja       nein

**8.** Sofern Rehabilitationsfähigkeit verneint wird, sollte die Krankenkasse zur Klärung Kontakt mit dem verordnenden Arzt aufnehmen.

**IV. Rehabilitationsziele**

**A. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**B. Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten, sofern ABWEICHEND von den zuvor genannten**

\_\_\_\_\_

**9.**

- ⇒ Ausschließliche Angabe des übergeordneten GKV-Zieles „Reha vor Pflege“
- ⇒ fehlende Alltagsrelevanz für den die Rehabilitation beantragenden Versicherten
- ⇒ fehlender Bezug zu den rehabilitationsbegründenden Diagnosen

**V. Rehabilitationsprognose**

Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen besteht eine **positive Prognose** für die unter IV. A. und IV. B. benannten Rehabilitationsziele

ja       eingeschränkt, hinsichtlich (z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Aus diesen Angaben lassen sich keine Aufgreifkriterien formulieren, die einen begründeten Zweifel an der Notwendigkeit der verordneten Leistung erkennen lassen.

## VI. Zuweisungsempfehlungen

### A. Empfohlene Rehabilitationsform

- ambulant       ambulant-mobil       stationär  
 Mütter-Leistung       Väter-Leistung       als Mutter-Kind-Leistung       als Vater-Kind-Leistung

### B. Weitere Bemerkungen/Begründungen (u. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch für körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen)

- nein       ja, welche? \_\_\_\_\_

10.

- ⇒ Die Empfehlung zur **mobilen Rehabilitation** kann als Aufgreifkriterium herangezogen werden, wenn die unter I.A oder I.B. angegebenen Schädigungen eine positive Rehabilitationsprognose auch außerhalb des gewohnten oder ständigen Wohnumfelds annehmen lassen.
- ⇒ Sofern unter B. im Freitextfeld keine Hinweise zum **inhaltlichen Schwerpunkt** der Leistung gegeben wurden, sollte die Krankenkasse zur Klärung Kontakt mit dem verordnenden Arzt aufnehmen.
- ⇒ Die Empfehlung unter B. zu einer Rehabilitation für Kinder- und Jugendliche in Kombination mit einem Kreuz unter A. bei Mutter-/Vater-Kind Leistung.

## VII. Sonstige Angaben

### A. Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund

- neuer Indikation       Verschlimmerung bei gleicher Indikation

11.

Sofern sich die Verschlimmerung bei gleicher Indikation aus den vorliegenden Informationen nicht eindeutig ableiten lässt.

### B. Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig

- ja       nein

### C. Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert

- ja       nein

Aus diesen Angaben lassen sich keine Aufgreifkriterien formulieren, die einen begründeten Zweifel an der Notwendigkeit der verordneten Leistung erkennen lassen.

### D. Reisefähigkeit

- öffentliche Verkehrsmittel       PKW erforderlich       Begleitperson erforderlich

### E. Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft)

\_\_\_\_\_

12.

Sofern Hinweise zur Reisefähigkeit und bei Schwangerschaft Zweifel an der Rehabilitationsfähigkeit aufkommen lassen.

### F. Rückruf erbeten unter

\_\_\_\_\_

Aus diesen Angaben lassen sich keine Aufgreifkriterien formulieren, die einen begründeten Zweifel an der Notwendigkeit der verordneten Leistung erkennen lassen.