

NEUES REHA-FORMULAR AB 1. JULI ZUSÄTZLICHE ANGABEN BEI GERIATRISCHER REHA UND DOKUMENTATION VON EINWILLIGUNGEN

Zum 1. Juli erfolgten wichtige Änderungen bei der Verordnung einer medizinischen Rehabilitation zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung. So sollen die Krankenkassen bei der Verordnung einer geriatrischen Reha nicht mehr prüfen, ob die Maßnahme medizinisch erforderlich ist. Infolge der Neuerungen wurde das Reha-Formular (Muster 61) angepasst. Das bisherige Formular darf ab Juli nicht mehr verwendet werden. Was sich ändert und was auf dem Formular neu ist, fasst diese PraxisInfo zusammen.

WAS SICH BEI DER REHA-VERORDNUNG ÄNDERT

Grundsätzlich gilt: Der Zugang für Patientinnen und Patienten insbesondere zu einer geriatrischen Reha soll durch die neuen Regelungen erleichtert werden. Mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz hatte der Gesetzgeber den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, die Reha-Richtlinie entsprechend anzupassen.

Das sind die wesentlichen Neuerungen für Ärzte und Psychotherapeuten:

- › Verordnen Ärztinnen und Ärzte Versicherten ab 70 Jahren eine geriatrische Reha, prüfen die Krankenkassen nicht mehr, ob die Maßnahme medizinisch erforderlich ist. Dazu sind bei der Verordnung verschiedene Angaben erforderlich, aus denen die geriatrietypische Multimorbidität hervorgeht. Zudem müssen Funktionstests durchgeführt und dokumentiert werden. Ist dies erfolgt, prüfen die Krankenkassen nur noch leistungsrechtliche Voraussetzungen.
- › Auch bei allen anderen Indikationen der Reha können die Krankenkassen die Verordnung nicht mehr ohne Weiteres ablehnen. Von der medizinischen Einschätzung der verordnenden Ärzte und Psychotherapeuten darf die Krankenkasse nur abweichen, wenn eine von der Verordnung abweichende gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes (MD) vorliegt.
- › Künftig müssen Ärzte und Psychotherapeuten die Versicherten vor der Reha-Verordnung fragen, ob sie einer Übersendung der gutachterlichen Stellungnahme des MD an die verordnende Praxis zustimmen und ob sie wollen, dass die Krankenkassenentscheidung an Dritte, zum Beispiel Angehörige oder Vertrauenspersonen, übermittelt wird. Die Entscheidung des Versicherten ist auf dem Formular zu dokumentieren.
- › Bei sogenannten Anschlussrehabilitationen nach einem Krankenhausaufenthalt entfällt bei bestimmten Krankheitsbildern ebenfalls die Vorab-Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit durch die Krankenkassen.

Neues Formular
gilt ab 1. Juli

Gesetz: Zugang zur
medizinischen Rehabilita-
tion soll erleichtert
werden

Überblick

HINWEISE ZUR VERORDNUNG UND ZUM NEUEN FORMULAR AB 1. JULI

Mit den neuen Reha-Regelungen kommen ab 1. Juli zusätzliche Aufgaben auf die Praxen zu. Zudem gibt es beim Reha-Formular einige Neuerungen. Im Kern betrifft dies die Verordnung einer geriatrischen Reha. Neu bei allen anderen Indikationen ist die Dokumentation der Einwilligung.

NEU BEI JEDER REHA-VERORDNUNG

Der Arzt oder Psychotherapeut, der eine medizinische Reha verordnet, informiert den Versicherten über die Möglichkeit der Einwilligung:

- › zur Übersendung der gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes an den verordnenden Arzt/Psychotherapeuten oder an die verordnende Ärztin/Psychotherapeutin sowie
- › zur Übermittlung der Krankenkassenentscheidung an Dritte (Angehörige, Vertrauenspersonen und/oder Pflege- und Betreuungseinrichtungen).

Dokumentation auf neuem Formularteil E

Der Arzt oder Psychotherapeut dokumentiert auf dem neuen Formularteil E, ob der Versicherte die Einwilligungen erteilt hat oder nicht. Dazu kreuzt er im Abschnitt VIII das jeweilige Feld an.

Die restlichen Felder des Formularteils E füllt der Versicherte aus, wenn er der Übermittlung der Krankenkassenentscheidung an Dritte zustimmt. Dort trägt er den Namen und die Anschrift der Person oder Einrichtung ein, die die Unterlagen erhalten soll.

NEU BEI DER GERIATRISCHEN REHA-VERORDNUNG

Bei geriatrischen Reha-Verordnungen entfällt ab 1. Juli die Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkasse immer dann, wenn:

- › ein erhöhtes Lebensalter besteht: 70 Jahre oder älter und
- › mindestens eine rehabegründende Funktionsdiagnose sowie
- › mindestens zwei geriatritypische Diagnosen vorliegen.

Dazu werden auf dem Formular entsprechende Zusatzangaben von den verordnenden Ärzten/-innen benötigt – konkret: Diagnosen, Ergebnisse von Funktionstests sowie eine Zuweisungsempfehlung.

Geriatritypische Diagnosen

Geriatritypische Diagnosen sind zum Beispiel chronische Schmerzen, Harninkontinenz, Muskelschwund und Muskelatrophie (Sarkopenie), Demenz oder Sturzneigung. Sie werden auf dem Formularteil B angegeben - im Unterabschnitt B des Abschnitts I: „Weitere rehabilitationsrelevante/geriatritypische Diagnosen“.

Tip: Eine Liste der geriatritypischen Diagnosen finden verordnende Ärztinnen und Ärzte in Anlage II der Vordruckerläuterungen zum Reha-Formular (www.kbv.de/media/sp/Muster_61_VE.pdf).

Einwilligungserklärungen: Weiterleitung von Infos an Verordnende und Dritte

Dokumentation auf Verordnungsformular

Kontaktdaten trägt der Versicherte ein

Geriatrische Reha: Krankenkassenprüfung entfällt, ärztliche Funktionstests erforderlich

Diagnosen

Funktionstests

Die Schädigungen, die sich aus den rehabilitationsbegründenden und weiteren rehabilitationsrelevanten oder geriatritypischen Diagnosen ergeben, sind mit mindestens zwei geeigneten Funktionstests aus unterschiedlichen Schädigungsbereichen nachzuweisen.

Auswahl der Funktionstests

Die Funktionstests sollen so gewählt werden, dass sie die Schädigungen medizinisch am besten abbilden. Dabei muss ein Test für die Rehabegründende Funktionsdiagnose erfolgen. Das Ergebnis der Tests soll nicht älter als 6 Wochen sein.

Nachfolgend eine Übersicht der Tests nach Schädigungsbereichen sowie der Formularausschnitt, wo die Ergebnisse entsprechend einzutragen sind.

- › **Mobilität:**
 - Timed „Up & Go“ (TUG) in Verbindung mit Chair Stand-Up Test (Chair-Rise)
 - de Morton Mobilitäts Index (DEMMI)
 - Motilitätstest nach Tinetti
 - Handkraft-Messung
- › **Kognition:**
 - Mini Mental Status Test (MMST)
 - Geriatrische Depressions-Skala (GDS 15)
 - Uhrentest nach Watson
- › **Schmerz:**
 - Visuelle oder Numerische Schmerzskala
- › **Herz-/Lungenfunktion:**
 - Ergometrie in Verbindung mit Spirometrie
 - NYHA-Skala (New York Heart Association Classification)

Formularausschnitt zur Dokumentation der Ergebnisse der Funktionstests:

C. Bei geriatrischer Rehabilitation
mind. zwei Funktionstests folgender unterschiedlicher Schädigungsbereiche

Mobilität		Kognition		Schmerz		Herz-/Lungenfunktion	
TUG	<input type="text"/> sek + Chair Rise <input type="text"/> sek	MMST	<input type="text"/> / 30	Schmerzskala	<input type="text"/> / 10	Ergometrie	<input type="text"/> Watt
Handkraft	<input type="text"/> kg oder <input type="text"/> kpa	GDS 15	<input type="text"/> / 15			FEV1	<input type="text"/> % + VK <input type="text"/> %
DEMMI	<input type="text"/> / 100 Tinetti <input type="text"/> / 28	Uhrentest	<input type="text"/> / 7			NYHA-Stadium	<input type="text"/>

Tipp: Die Vordruckerläuterungen zum Reha-Formular bieten eine Übersicht der Funktionstests mit Links zu den einzelnen öffentlich zugänglichen Dokumentationsbögen, die zur Testdurchführung benötigt werden (s. Anlage I der Vordruckerläuterungen zum Reha-Formular: www.kbv.de/media/sp/Muster_61_VE.pdf).

Zuweisungsempfehlung

Neu auf dem Reha-Formular ist außerdem ein Feld für die Zuweisungsempfehlung in eine geriatrische Reha. Durch Ankreuzen des Feldes wird schnell und eindeutig sichtbar, dass eine solche verordnet wird. Das Ankreuzfeld befindet sich auf Formulareteil D in Abschnitt VI unter B.

Andere inhaltliche Schwerpunkte (z. B. orthopädisch, kardiologisch oder Kinder-Jugend) sind wie bisher im Freitextfeld zu hinterlegen.

Funktionstests durchführen und Ergebnisse dokumentieren

Ausschnitt Formular 61

Neues Ankreuzfeld:
geriatr. Rehabilitation

WEITERE NEUERUNGEN AUF DEM FORMULAR

Auf dem Verordnungsformular erfolgten einige weitere Neuerungen. So wurden die Angaben über bisherige Interventionen und Maßnahmen auf Formulareteil B zusammengefasst. In dem neuen Unterabschnitt D finden sich Informationen zu den bisherigen ärztlichen und psychotherapeutischen Interventionen sowie zu anderen Maßnahmen, einschließlich Heilmittelbehandlungen.

STICHTAGSREGELUNG 1. JULI 2022

Die Einführung des neuen Formulars 61 erfolgte zum Stichtag 1. Juli. Deshalb dürfen die bisher gültigen Formulare (Muster 61 „Stand 4.2020“) ab dem dritten Quartal 2022 nicht aufgebraucht werden – Praxen müssen neue Formulare bestellen. Das neue Formular 61 wurde den Softwareherstellern zur Einbindung in die Praxisverwaltungssysteme bereitgestellt.

Abrechnung und Vergütung

Ärztinnen und Ärzte rechnen die Verordnung nach der Reha-Richtlinie über den EBM ab. Dafür sind folgende Gebührenordnungspositionen (GOP) vorgesehen:

- › **GOP 01611** für die Verordnung einer medizinischen Rehabilitation. Diese Leistung ist ab 1. Juli 2022 mit 315 Punkten bewertet (rund 35,49 Euro), die Vergütung erfolgt weiterhin extrabudgetär
- › **GOP 01613** als Zuschlag zur GOP 01611 bei Verordnung einer geriatrischen Reha. Diese Leistung ist mit 75 Punkten bewertet (rund 8,45 Euro) und wird extrabudgetär vergütet. Die Berechnung ist einmal im Krankheitsfall möglich durch diese Fachgruppen: Hausärzte, Fachärzte für Innere Medizin, Fachärzte für Orthopädie, Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie, Fachärzte des Gebiets Chirurgie, Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin sowie Fachärzte, die nach Kapitel 16 und 21 EBM Leistungen abrechnen können.

Beschluss des Bewertungsausschuss (608. Sitzung): www.kbv.de/media/sp/EBM_2022-07-01_BA_608_BeeG_Rehabilitationsrichtlinie.pdf

Online-Ausgabe des EBM: www.kbv.de/html/online-ebm.php



Ansichtsexemplar Reha-Formular gültig ab 1. Juli 2022:

www.kbv.de/media/sp/Muster_61_7_2022.pdf

Vordruckerläuterungen zum neuen Reha-Formular mit Übersicht der Funktionstests und Liste der geriatrischen Diagnosen:

www.kbv.de/media/sp/Muster_61_VE.pdf

Themenseite mit grundlegenden Informationen zur Verordnung einer medizinischen Rehabilitation: www.kbv.de/html/rehabilitation.php

Außerdem neu

Stichtag 1. Juli: dann keine alten Formulare mehr verwenden

GOP 01611 für Verordnung

GOP 01613 als Zuschlag

Ansichtsexemplar und weitere Infos

MEHR FÜR IHRE PRAXIS

www.kbv.de



➤ **PraxisWissen**
➤ **PraxisWissenSpezial**

Themenhefte für
Ihren Praxisalltag

Abrufbar unter:

Kostenfrei bestellen:
versand@kbv.de



➤ **PraxisInfo**
➤ **PraxisInfoSpezial**

Themenpapiere mit
Informationen für
Ihre Praxis

Abrufbar unter:
www.kbv.de/605808



➤ **PraxisNachrichten**

Der wöchentliche Newsletter
per E-Mail oder App

Abonnieren unter:

www.kbv.de/PraxisNachrichten
www.kbv.de/kbv2go

IMPRESSUM

Herausgeber:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-0, Fax: 030 4005-1590
info@kbv.de, www.kbv.de

Redaktion:

Bereich Interne Kommunikation im Stabsbereich
Strategie, Politik und Kommunikation

Fachliche Betreuung:

Abteilung Veranlasste Leistungen

Stand:

August 2022