

Stellungnahme des Fachverbandes Sucht e.V. (FVS) zur Neufassung der Rehabilitationsrichtlinien

- Schreiben des Bundesausschusses der Ärzte- und Krankenkassen vom 03.04. und 08.04.2003
 - Vorgelegter Entwurf vom 03.04.2003 sowie Anlagen („Aktuelle Fassung“) vom 08.04.2003
-

Grundsätzliches:

Der FVS begrüßt die Neufassung der Rehabilitationsrichtlinien über die Verordnung und Gewährung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, über die Beratung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und über ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (Rehabilitationsrichtlinien).

Der FVS hält es für erforderlich, die Rehabilitationsrichtlinien konsequent an den gesetzlichen Vorgaben des SGB IX zu orientieren. Die Bezugnahme auf die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) entspricht aus Sicht des FVS einem modernen Rehabilitationsverständnis und sollte an geeigneten Stellen in den Rehabilitationsrichtlinien vorkommen. Da die Begriffsbildung und Operationalisierung der ICF im deutschen Sprachgebrauch noch im Fluss ist, empfiehlt der FVS, dass sich die Ausführungen hierzu in den Rehabilitationsrichtlinien zurückhaltend auf unstrittige Feststellungen begrenzen sollten und gegebenenfalls auf den jeweils aktuellen Entwicklungsstand verwiesen werden soll. So sehr die Einführung des begrifflichen Inventars des ICF zu begrüßen ist, so ist jedoch noch nicht davon auszugehen, dass von einer entsprechenden Umsetzung von allen Beteiligten am Rehabilitationsgeschehen auszugehen ist. Es wird deshalb aus Sicht des FVS für erforderlich gehalten, neben dem Bezug zum ICF die diagnostische Klassifikation nach ICD 10 weiterzuführen.

Im Sinne der Zielsetzung des SGB IX, die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken, sollten die Richtlinien u. a. sicherstellen, dass der Vertragsarzt unter Nutzung seiner Kompetenz, der Kenntnis der Untersuchungsbefunde sowie des Vertrauensverhältnisses zum jeweiligen Patienten

1. „niedrigschwellig“ die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation anregt,
2. das Verfahren zur Leistungsbewilligung unter vertretbarem Aufwand „einleitet“,
3. die für die Vorbereitung der medizinischen Rehabilitationsleistung erforderliche Zusammenarbeit mit anderen Stellen und Behandlern gewährleistet,
4. die in seinem Kompetenzbereich bzw. im Kompetenzbereich entsprechender Mitarbeiter/Innen liegenden Leistungen zur Einleitung der Rehabilitationsmaßnahme gegebenenfalls selbst erbringt,
5. für die von ihm erbrachten Leistungen zur Behandlung, Beratung und „Fallorganisation“ eine entsprechende angemessene Vergütung erhält, die auch den Aufwand berücksichtigt, der mit der interdisziplinären Zusammenarbeit der am Rehabilitationsgeschehen beteiligten Berufsgruppen bzw. Institutionen verbunden ist.

Aus Sicht des FVS ist es unabdingbar, dass der Versicherte in geeigneter Weise auf die Leistungen zur Rehabilitation vorbereitet wird. Hierzu sollte der niedergelassene Vertragsarzt einen entscheidenden Beitrag leisten. Unabdingbar ist die Zusammenarbeit mit geeigneten regionalen Beratungsdiensten (Suchtberatungsstellen, Beratungsdiensten der Gesundheitsämter, Betrieblichen Sozialdiensten etc.). Für das Indikationsgebiet „Abhängigkeitserkrankungen“ ist die Erstellung eines qualifizierten Sozialberichtes/Befundberichtes zur Vorbereitung der Rehabilitationsleistung und Beantragung der Leistungsübernahme beim zuständigen Leistungsträger unverzichtbare Voraussetzung.

Der FVS sieht es als zweckmäßig an, bei der Festlegung der Qualifikationsvoraussetzungen für den Vertragsarzt, der die medizinische Rehabilitation einleitet, darauf zu achten, dass

1. Hinreichende Kenntnisse und Erfahrungen aus den Bereichen Sozialmedizin und Rehabilitationswesen nachgewiesen werden.

(Anmerkung: Hier wird die Gebietsbezeichnung „Physikalische und rehabilitative Medizin“, die Bereichsbezeichnung „Sozialmedizin“ bzw. „Rehabilitationswesen“ oder ersatzweise eine mindestens 1-jährige Tätigkeit in einer stationären oder ambulanten Rehabilitationseinrichtung als sachgerecht angesehen. Sofern als Voraussetzung die regelmäßige Begutachtungstätigkeit berücksichtigt werden soll, ist festzulegen, was unter „regelmäßig“ zu verstehen ist. Eine 16-stündige Fortbildung als alleinige Voraussetzung wird seitens des FVS im Indikationsbereich „Abhängigkeitserkrankungen“ als nicht ausreichend angesehen, hier ist zumindest die Fachkunde/der Betätigungsnachweis „Suchtmedizinische Grundversorgung“ (s. 2) nachzuweisen. Eine Übergangsregelung nach Inkrafttreten der Richtlinien von 1 Jahr wird als zu kurz angesehen; hier sollte ein Übergangszeitraum von 2 Jahren in Betracht gezogen werden).

2. Hinreichende Kenntnisse und Erfahrungen im jeweiligen Rehabilitationsgebiet, für welches die Maßnahme eingeleitet wird, vorhanden sind.

(Anmerkung: Unterscheidung der Rehabilitationsgebiete Orthopädie, Kardiologie, Psychosomatik, Suchtrehabilitation etc.. Für den Bereich der Suchtrehabilitation sollten die Gebietsbezeichnungen Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Facharzt für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und –psychotherapie, die Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ oder die Fachkunde/der Befähigungsnachweis „Suchtmedizinische Grundversorgung“ vorausgesetzt werden).

3. Gewährleistet ist, dass eine ausreichende Anzahl von Vertragsärzten zur Verfügung steht, so dass bei der Einleitung der medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen im vertragsärztlichen Bereich keine personellen Engpässe bestehen.

Aus dem vorgelegten Entwurf der Richtlinien geht nicht eindeutig hervor, ob Rehabilitationsleistungen vom Vertragsarzt „verordnet“, „eingeleitet“ oder „angeregt“ werden sollen. Es stellt sich die Frage, ob durch die in den Richtlinien definierten Leistungen des Vertragsarztes bereits eine Entscheidung über die Leistungsgewährung erfolgen soll, oder ob dies eine Entscheidung des zuständigen Leistungsträgers ist.

Aus Sicht des FVS sollte die Leistung zur Rehabilitation vom Versicherten beim zuständigen Leistungsträger (förmlich) beantragt werden. Die Leistung des Vertragsarztes besteht darin, die medizinischen Voraussetzungen zu prüfen und gegebenenfalls eine fachliche Begründung zur Notwendigkeit und zu den zu erreichenden Zielen zu erstellen.

Der Begriff „Verordnung“ gibt aus Sicht des FVS Anlass zu Missverständnissen und sollte deshalb vermieden werden. Bei dem vom Arzt zu erstellenden Schriftstück handelt es sich um eine fachlich begründete gutachterliche Stellungnahme zur Erforderlichkeit der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme als Anlage zum Antrag des Versicherten. Der Begriff „Verordnung“ entspricht auch nicht den im SGB IX hervorgehobenen Begriffen der Selbstbestimmung und Teilhabeberechtigung der Behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen.

Der vorgelegte Entwurf sollte unter Berücksichtigung der vorgenannten Anmerkungen grundlegend überarbeitet werden. Die im Anhang angefügten Erläuterungen und Begriffsbestimmungen zum ICF erfordern in gleicher Weise eine Überarbeitung und Straffung.

Zu den einzelnen Regelungen und Formulierungen:

Die nachfolgenden Anmerkungen ergänzen eine grundlegende Überarbeitung des Entwurfs unter Berücksichtigung der vorgenannten Hinweise (Ergänzungen *kursiv*, Streichungen ~~durchgestrichen~~):

§ 1, Abs. (1)

... Gewährleistung einer medizinisch notwendigen *zielführenden* ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung ...

§ 1, Abs. (2)

Sie dienen *u. a.* der frühzeitigen Erkennung ... und verbessern die Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten, *Vertragspsychotherapeuten, ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen* und Krankenkassen.

§ 2, Abs. (2)

Die Krankenkasse ~~kann~~ *erbringt* nach § 11 ... Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ~~erbringen~~ ...

§ 2, Abs. (3)

Anmerkung: Hier ist unklar, welcher Vertrag mit wem vorausgesetzt wird. Die Einrichtung sollte im § 17 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX „geeignet“ sein und über die entsprechende Struktur- und Prozessqualität verfügen.

§ 2, Abs. (5)

Siehe Anmerkungen zum Begriff „Verordnung“. Darüber hinaus ist festzulegen, dass der niedergelassene Arzt prüft, ob eine Rehabilitationsleistung erforderlich und voraussichtlich erfolgreich ist.

§ 2, Abs. (6)

Zeile 4: ... und *unter Berücksichtigung* der berechtigten Wünsche des Versicherten ...

§ 2, Abs. (7)

Zeile 4: ... nach den Prinzipien Finalität, ~~Komplexität~~, Interdisziplinarität ...

Bei der Auflistung der konzeptionellen Grundlage ist zu ergänzen:

- die gemeinsamen Empfehlungen nach §§ 12, 13 SGB IX.

§ 3, Abs. (1)

Anmerkung siehe Begriff „Verordnung“.

Grundsätzlich ist der niedergelassene Arzt dazu verpflichtet (s. § 61 SGB IX) im Rahmen der Kassenärztlichen Versorgung Beratungsleistungen zu erbringen, unabhängig davon, ob es zur Verordnung von Rehabilitationsleistungen kommt.

§ 4

Hier ist eine Überarbeitung bzw. Abklärung erforderlich, ob es an dieser Stelle um die Grundsätze der Indikationsstellung oder die Grundsätze der Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme geht. Der § 4 ist hier zu konkretisieren und zu straffen.

§ 5

Hier sollte der Begriff „Rehabilitationsbedürftigkeit“ durch den Begriff „Rehabilitationsbedarf“ ersetzt werden. Generell sollte nicht von einem Rehabilitationsziel, sondern von Rehabilitationszielen (Plural) gesprochen werden.

§ 8

Auch hier sind Rehabilitationsziele im Plural zu verwenden.

Zeile 4 – 6: ... und Förderung der individuellen Ressourcen (~~positive Kontextfaktoren~~) durch geeigneten Leistungen zur Rehabilitation in einem definierten Zeitraum *voraussichtlich* erreichbar ist.

§ 9, Abs. (1)

Liegen die Voraussetzungen zur Verordnung von Leistungen zur Rehabilitation vor, berät der Vertragsarzt den Patienten ~~insbesondere~~ über

- die medizinische Notwendigkeit der Rehabilitation und geht insbesondere auf die Frage ein, warum Krankenbehandlung *allein* seiner prognostischen Einschätzung nach nicht zum Ziel führt oder geführt hat,
- *Ziele, Möglichkeiten und Grenzen der medizinischen Rehabilitation,*
- die Inhalte und Abläufe der Rehabilitation,
- *die Möglichkeiten der Beratung durch eine gemeinsame Servicestelle und sonstige spezifische Beratungsstellen (z.B. für Suchtprobleme)*

....

§ 9, Abs. (2), (3)

Ergibt sich aus dem Beratungsgespräch, dass Leistungen zur Rehabilitation medizinisch indiziert ~~sein können~~ *sind* und der Patient

Insgesamt erscheint das Verfahren zu bürokratisch. Der Verordnungsvordruck sollte in den Vordruck „Einleitung von Leistungen...“ integriert werden und der Patient damit eine Servicestelle oder sonstige Beratungsstelle aufsuchen.

§ 11

Siehe obige Hinweise zur Qualifikation des Vertragsarztes.

§ 12, Abs. (1)

Auf der Grundlage der vom Vertragsarzt ausgestellten gutachterlichen Stellungnahme entscheidet die Krankenkasse ~~in der Regel~~ nach Einschalten des MDK über die Notwendigkeit und über Art, Dauer, Umfang *und* Beginn ~~und Durchführung~~ der Rehabilitation sowie die

Rehabilitationseinrichtung. Die berechtigten Wünsche des Versicherten ~~sollen~~ *sind* zu berücksichtigen.

§ 12, Abs. (2)

Die Krankenkasse unterrichtet den *Versicherten und den* verordnenden Vertragsarzt über ihre Leistungsentscheidung und begründet Abweichungen *vom Antrag und der fachlichen Empfehlung des Vertragsarztes* ~~von der Verordnung~~.

§ 13, Abs. (1)

Ambulante Rehabilitationseinrichtungen *teilen dem Vertragsarzt den Beginn der Rehabilitation mit* ~~übersenden ihren Rehabilitationsplan zu Beginn der Rehabilitation an den verordnenden Vertragsarzt~~.

§ 13, Abs. (4)

Nach Beendigung der ambulanten oder stationären Rehabilitation erhält der Vertragsarzt ~~und die Krankenkasse~~ einen Entlassungsbericht ...

Auf Anforderungen erhält der zuständige MDK einen Entlassungsbericht.

Anmerkung: Der Krankenkasse stehen aus Sicht des FVS die medizinischen Informationen aus dem Entlassungsbericht nicht zu. Hierfür ist der MDK empfangsberechtigt.

§ 14, Abs. (1)

Anmerkung: Bei der Auswertung des Entlassungsberichtes ist der MDK zu beteiligen.

Formulare:

Aus Sicht des FVS sollte die medizinische Rehabilitationsleistung mit einem geeigneten Formular vom Versicherten beantragt werden. Der Vertragsarzt sollte eine „gutachterliche Stellungnahme zur medizinischen Begründung des Antrags auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation“ abgeben.

Die vom Vertragsarzt zu erstellende gutachterliche Stellungnahme sollte insgesamt gekürzt werden. In dem vorgelegten Formularentwurf fehlen allerdings wesentliche Aspekte:

Diagnostische Zuordnung nach ICD 10

Beschwerdebild

medizinische Befunde

Unterscheidung der rehabilitationsrelevanten Beeinträchtigungen der Aktivitäten aus Sicht des Arztes versus aus Sicht des Patienten.

Auf Initiative der Spitzenverbände der Krankenkassen und in Zusammenarbeit mit Vertretern des MDK und Klinikexperten sind Musterformulare „Verlängerungsantrag Rehabilitationsleistungen [für Abhängigkeitskranke]“ entwickelt worden, die aus Sicht des FVS als Vorlage die Entwicklung eines entsprechenden Formulars zur gutachterlichen Stellungnahme des Vertragsarztes geeignet sind.

Daun, 09.05.2003

WRB/evu