

Arbeitshilfe zum ärztlichen Verlängerungsantrag bei Rehabilitationsleistungen für Abhängigkeitskranke

Der einheitliche Verlängerungsantrag wird an die zuständige Krankenkasse adressiert. Aus Gründen des Datenschutzes soll der ärztliche Bericht (Seiten 1-3) in einem verschlossenen Umschlag mit dem Vermerk „Ärztlicher Befundbericht zum Verlängerungsantrag für den Gutachter des MDK“ beigefügt werden. Bitte kopieren Sie Seite 1 des Verlängerungsantrages, nur diese Seite ist für die Krankenkasse bestimmt.

Der einheitliche ärztliche Verlängerungsantrag „Rehabilitationsleistungen für Abhängigkeitskranke“ dient dazu, die Notwendigkeit zur Verlängerung der von der gesetzlichen Krankenkasse bewilligten Entwöhnungsbehandlung so zu dokumentieren, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) seine gutachterliche Stellungnahme auf der Grundlage eines fachlich fundierten Verlaufsberichtes erstellen kann.

Die Inhalte des einheitlichen Verlängerungsantrages orientieren sich am Aufbau einer rehabilitationsgerechten Behandlungsplanung und sind weitgehend kompatibel mit der Verlaufsdocumentation der Rehabilitationseinrichtung. Wird diese kontinuierlich geführt, können die für den Verlängerungsantrag notwendigen Angaben direkt aus der Verlaufsdocumentation entnommen und in den Verlängerungsantrag übernommen werden.

Dabei sind vom behandelnden Arzt Angaben zum bisherigen Behandlungsverlauf und zum derzeitigen Befund zu machen, die Auskunft geben können über:

- die weiter bestehende Rehabilitationsbedürftigkeit, d.h., ob aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivität vorliegen, durch die in absehbarer Zeit eine Beeinträchtigung der Teilhabe droht, oder Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen und über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.
- die Rehabilitationsfähigkeit, d.h., ob der Patient physisch und psychisch für die weitere Teilnahme an der Rehabilitation belastbar und motiviert ist.
- die Rehabilitationsziele, d.h., ob relevante Teilziele noch erreicht werden können oder Rehabilitationszieländerungen erforderlich sind oder gestellte Ziele, bezogen auf den bisherigen Alltag des Patienten mit den Anforderungen an Tätigkeiten des täglichen Lebens und der Erfüllung elementarer Grundbedürfnisse, noch erreichbar sind.
- die Rehabilitationsprognose, d.h., ob eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage auf der Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs und der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung der persönlichen Ressourcen besteht, relevante Rehabilitationsziele zu erreichen.

Im Einzelnen kann das bedeuten, dass:

1. das Ziel, dem Rehabilitanden eine ausreichende Kontrolle seines abhängigen Verhaltens unter den Bedingungen seines täglichen Lebens zu ermöglichen, noch nicht erreicht wurde, dieses jedoch erreichbar erscheint,
2. wegen unzureichender Bewältigung der Abhängigkeitserkrankung noch Beeinträchtigungen der Teilhabe (Selbstversorgung, Häusliches Leben, Interpersonelle Aktivitäten und Beziehungen, Arbeit und Beschäftigung, Leben in der Gemeinschaft) bestehen, der bisherige Verlauf jedoch zeigt, dass rehabilitative Teilziele erreicht werden konnten und
3. der Rehabilitand weiterhin motiviert ist, den Rehabilitationsprozess aktiv mit zu gestalten.

Ausfüllhinweise:

Der einheitliche Verlängerungsantrag kann gestellt werden, indem

- a. der Vordruck ausgefüllt wird oder
- b. zu den Gliederungspunkten 1 bis 13 in der vorgegebenen Reihenfolge schriftlich Stellung genommen wird.

Zeitpunkt des Verlängerungsantrages

Der Antrag auf Verlängerung der Rehabilitation sollte spätestens 7 Arbeitstage vor Ablauf der Bewilligungsfrist bei der zuständigen Krankenkasse vorliegen, um eine umgehende Begutachtung durch den MDK zu ermöglichen.

Rehabilitationsdauer

Hatte die Krankenkasse weniger als **56** Tage bewilligt und soll die beantragte Gesamtdauer der Rehabilitation **56** Tage nicht überschreiten, reichen die Angaben zu den Punkten 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10.2, 10.3 und 10.4 aus.

Zu allen Gliederungspunkten ist Stellung zu nehmen, wenn die beantragte Gesamtdauer der Rehabilitation **56** Tage überschreiten soll.

Zu 1. - Allgemeine Angaben:

Vollständige Angaben zur Person des Versicherten, zur Krankenkasse, zur Rehabilitationseinrichtung, zum auskunftsberechtigten Arzt, zur Zeitstruktur der Rehabilitation und Kostenübernahme sind Voraussetzung für eine zügige Bearbeitung.

Zu 2. - Art der durchgeführten Rehabilitationsbehandlung:

Bitte kreuzen Sie an, welche der aufgelisteten Rehabilitationsformen bewilligt wurde und welche Art der Rehabilitation (ggf. in veränderter Form) fortgeführt werden soll. Adaptionsbehandlungen sind unter „Sonstige Entwöhnungsbehandlungen“ gesondert aufzuführen.

Zu 3. - Rehabilitationsrelevante Diagnosen:

Die Diagnosen sind in der Reihenfolge ihrer rehabilitationsbegründenden Relevanz im Freitext aufzuführen und in Übereinstimmung mit den „Klinisch-diagnostischen Leitlinien“ nach ICD 10 zu kodieren.

Zu 4. - Voraussichtlich notwendige Maßnahmen im Anschluss an die Rehabilitation:

Es sollten relevante soziale und medizinische Angaben gemacht werden, die der Krankenkasse und dem MDK die sachgerechte Bewertung laufender und nachfolgender Sozialleistungen ermöglichen. In jedem Falle sollten die Art und der Umfang der empfohlenen fachspezifischen Weiterbehandlung bzw. Weiterbetreuung (z.B. Betreutes Wohnen, Teilnahme an Selbsthilfegruppe) benannt werden. Bei arbeitsunfähigen Patienten, bei Arbeitslosen und bei Patienten mit Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit können folgende Angaben notwendig sein: Voraussichtliche Arbeitsfähigkeit nach Abschluss der Rehabilitation - weiterer medizinischer/beruflicher Rehabilitationsbedarf - Stufenweise Wiedereingliederung/Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung am Arbeitsplatz - innerbetriebliche Maßnahmen wie Umsetzung oder Veränderung von Arbeitszeiten - Angaben zur Leistungsfähigkeit, wenn diese erkennbar gemindert ist.

Zu 5. - Krankheits- und Behandlungsgeschichte mit Suchtanamnese:

Die Krankheits- und Behandlungsgeschichte sollte skizziert werden. Aus der Suchtanamnese (ggf. ist eine Kopie des Sozialberichts beizulegen) sollte deutlich werden, seit wann Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe bestehen. Es sollte ausgeführt werden, durch welche Faktoren die Beeinträchtigungen begünstigt und aufrechterhalten werden und welche Hilfen zu welchem Zeitpunkt und mit welchem Effekt bereits in Anspruch genommen wurden. Die Auswir-

kungen der Abhängigkeitserkrankung in der Vorgeschichte mit ihren alltagsrelevanten und erwerbsbezogenen Beeinträchtigungen sollten dargestellt werden.

Zu 6. - Befunde bei Beginn der Rehabilitation:

Unter **6.1** ist darzustellen, welche Schädigungen zu Beginn der Rehabilitation bestanden. Der vollständige psychopathologische Befund ist anzugeben. Aus dem körperlichen Befund sind die mit der Abhängigkeitserkrankung in Zusammenhang stehenden Auffälligkeiten und ggf. rehabilitationsrelevante Aspekte anzuführen.

Unter **6.2** sollte dargestellt werden, welche nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe sich ergeben haben. Die Auswirkungen der Abhängigkeitserkrankung in Form alltagsrelevanter und erwerbsbezogener Beeinträchtigungen sollten beschrieben werden.

Unter **6.3** sind die relevanten Kontextfaktoren anzuführen (z.B. analog der Klassifikation nach ICF).

Zu 7. - Störungsmodell:

Bei Anträgen auf Rehabilitation von mehr als **56** Tagen ist ein Störungsmodell in Form einer Verhaltensanalyse oder Psychodynamik zu erstellen. Auf keinen Fall dürfen disponierende, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren fehlen. Das Störungsmodell dient als Grundlage, die Struktur der individuellen Störung unter Berücksichtigung der Ressourcen zu beschreiben und darauf aufbauend definierte Rehabilitationsziele zu erarbeiten (unter 8) und einen individuellen Rehabilitationsplan zu erstellen (unter 9).

Zu 8. - Rehabilitationsziele:

Rehabilitationsziele beziehen sich auf mentale und körperliche Schädigungen, Aktivitäten, Teilhabe und Kontextfaktoren. Die Rehabilitationsziele sind - ausgehend vom individuellen Störungsmodell - zu Beginn der Rehabilitation mit dem Rehabilitanden abzustimmen. Rehabilitationsziele können sich beziehen auf Einsichten in Störungshintergründe und Störungszusammenhänge (personbezogener Kontext), Symptomatik und Suchtdruck (Gesundheitsproblematik und personbezogener Kontext), typische Verhaltensmuster (personbezogener Kontext), interpersonelle Probleme und Zielsetzungen im Bereich der sozialen oder beruflichen Integration (Aktivitäten und Teilhabe). Abhängig von der individuellen Problemstruktur können mehrere Zielsetzungen mit dem Patienten vereinbart werden. Dabei soll der Rehabilitand zwischen Langzeitzielen und während dieser Rehabilitation erreichbaren Zielen unterscheiden können. Im Verlängerungsantrag sollten nur die während dieser Rehabilitation erreichbaren Ziele genannt werden. Diese sind möglichst erlebens- und verhaltensnah zu formulieren und sollen dem Patienten eine Orientierung vorgeben, auf die er aktiv und überprüfbar während der Rehabilitation hinarbeiten kann.

Zu 9. - Individueller Rehabilitationsplan:

Es ist der individuelle Rehabilitationsplan, der sich aus 7. und 8. ergibt, beizufügen.

Zu 10. - Rehabilitationsverlauf:

Die Benennung der rehabilitativen Maßnahmen dient dazu festzustellen, ob die Art der bisher durchgeführten Maßnahmen geeignet war, die Rehabilitationsziele zu erreichen, und der Umfang der Maßnahmen den Anforderungen an eine Erfolg versprechende Rehabilitation entspricht. Aufzulisten sind abgeschlossene, laufende und geplante medikamentöse, psychotherapeutische und sonstige für die Erreichung der Ziele geeignete Maßnahmen. Es ist möglich, unter **10.1** die bisherigen Rehabilitationsleistungen als Freitext darzustellen. Gleichzeitig kann der Rehabilitationsplan der letzten Wochen durch individuelle Behandlungspläne oder Angaben zu den therapeutischen Leistungen, z.B. nach dem „Katalog Therapeutischer Leistungen“ (KTL) veranschaulicht werden.

Rehabilitationen von mehr als **56** Tagen sind nur indiziert, wenn innerhalb der ersten Rehabilitationsphase bedeutsame Fortschritte auf der Grundlage einer gestuften Zielplanung gemacht

wurden und durch die Fortführung der Rehabilitation mit hinreichender Wahrscheinlichkeit weitere Fortschritte möglich sind. Deshalb sind unter **10.2** die Teilziele zu benennen, die bereits erreicht wurden und die Ziele konkret zu beschreiben, die nur durch Fortführung dieser Rehabilitation erreicht werden können (entsprechend 11).

Zu 10.3 - Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose:

Zu beschreiben ist, inwieweit der Patient eine motivierte Mitarbeit in der Einzel- und Gruppentherapie zeigte, ob er ausreichende Einsichten in Störungszusammenhänge entwickeln konnte und ob er sich systematisch bemühte, das Vermittelte umzusetzen. Eine Fortführung der Rehabilitation ist nur dann indiziert, wenn der Patient bisher eine seiner individuellen Möglichkeiten entsprechende Mitwirkung gezeigt hat und sich Ressourcen ergeben, die weitere Rehabilitationsfortschritte möglich erscheinen lassen.

Zu 10.4 – Substitution:

Bei Drogenabhängigen mit vorübergehendem Einsatz eines Substitutionsmittels sind Angaben zur Verabreichung des Substitutionsmittels (Höhe der Dosierung, Abdosierung erreicht?) und ggf. zur dessen Umstellung zu machen.

Zu 11. - Rehabilitationsziele, die nur durch Fortführung der derzeitigen Rehabilitation erreichbar sind:

Angaben zu noch erreichbaren Rehabilitationszielen, bezogen auf mentale und körperliche Schädigungen, Aktivitäten, Teilhabe und Kontextfaktoren.

Zu 12.: Bei stationären Rehabilitationsleistungen: Begründung, warum das Rehabilitationsziel nicht durch ambulante Rehabilitation/Nachsorgeleistungen/ambulante Behandlung/Suchtkrankenhilfe/Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe erreicht werden kann:

Zu den ambulanten Maßnahmen zählen insbesondere die ambulante Rehabilitation Abhängigkeitskranker einschließlich Nachsorgeleistungen, die „ambulante Suchthilfe“, die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe, die vertragsärztliche Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie oder Nervenheilkunde und bei gegebener Indikation die Richtlinien-Psychotherapie. Die Planung der Dauer der stationären Rehabilitation ist im Gesamtzusammenhang suchtmedizinischer Rehabilitations- und Behandlungsmöglichkeiten zu sehen. Stationäre Rehabilitation ist dabei ein wichtiges Glied eines längerfristig angelegten Therapieprozesses. Primäre Zielsetzung der stationär rehabilitativen Behandlungsphase ist es, durch Vermittlung von Einsichten in Störungszusammenhänge und Stabilisierung der Abstinenz Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die Zielsetzungen des Gesamtbehandlungsplanes durch selbstverantwortliche Inanspruchnahme ambulanter Hilfen erreicht werden können und so der Suchtdruck reduziert werden kann. Dazu reicht es aus, dass die auf Teilaspekte begrenzte Zielsetzung der stationären Phase erreicht wurde. Ist der Patient soweit wiederhergestellt, dass er den Anforderungen häuslicher und beruflicher Lebensführung wieder gewachsen ist, und sind die weiteren Zielsetzungen auch mittels ambulanter Maßnahmen erreichbar, besteht keine Indikation mehr für die Fortführung einer stationären Rehabilitation.

Zu 13. – Rehabilitationsplan für die jetzt beantragte Rehabilitationsphase:

Der Rehabilitationsplan sollte sich auf die unter 11.1-11.3 genannten Rehabilitationsziele beziehen und die Maßnahmen benennen, die zur Erreichung dieser Ziele notwendig sind. Insbesondere sind veränderte oder erweiterte Zielsetzungen zu berücksichtigen.