

Prozessbeschreibung der AOK NORDWEST		
Zuständiger (Fach-)Bereich: UB Krankenhäuser & Rehabilitation, FB Rehabilitation		
Bearbeitungsvorgang: Ergänzende und sonstige Leistungen zur Rehabilitation		Doku-Nr:
oscare®-Mikroprozessnummer:		
Ansprechpartner: [REDACTED] 0800 2655-[REDACTED] [REDACTED] 0800 2655-[REDACTED]		
Bearbeitung in: Geschäftsstellenteams: Rehabilitationssport u. Funktionstraining, Patientenschulungen, Interdisziplinäre Frühförderung, Verdienstaustausch Dialyse und Begleitperson Teams Reha-Genehmigung: Sozialmedizinische Nachsorge Team Reha-Abrechnung: Rechnungsbearbeitung		
Erstes Inkrafttreten am: 06.07.2018	Stand: 19.12.2019	Nächste Überprüfung: 01.01.2022
Rendsburg, 19.12.2019 <div style="text-align: right;">gez. Alf Jark _____ Alf Jark, FBL</div>		

Inhalt

1	Rechtsgrundlagen und Arbeitsmaterialien.....	4
2	Allgemeines	4
3	Zuständigkeiten.....	5
4	Rehabilitationssport.....	5
4.1	Ziel, Zweck und Inhalt	5
4.2	Leistungserbringende	6
4.3	Abgrenzung zu anderen Sozialleistungsträgern.....	7

4.4	Prozessablauf	7
4.4.1	Verordnung	8
4.4.1.1	Erstverordnung	8
4.4.1.2	Folgeverordnung	8
4.4.2	Genehmigung (Definition vom Ermessensfehlern freien Rahmen, §39 SGB I). ..	9
4.4.3	Ablehnung	9
4.5	oscare [®] -Erfassung	9
4.6	Anforderungen an Leistungserbringende u. Leistungsabrechnung	9
5	Funktionstraining	10
5.1	Ziel, Zweck und Inhalt	10
5.2	Leistungserbringende	10
5.3	Abgrenzung zu anderen Sozialleistungsträgern	11
5.4	Prozessablauf	11
5.4.1	Verordnung	12
5.4.1.1	Erstverordnung	12
5.4.1.2	Folgeverordnung	12
5.4.2	Genehmigung	13
5.4.3	Ablehnung	13
5.5	oscare [®] -Erfassung	13
5.6	Anforderungen an Leistungserbringende und Leistungsabrechnung	13
6	Rechnungsbearbeitung für Rehabilitationssport / Funktionstraining	14
7	Patientenschulungen	14
7.1	Rahmen Patientenschulungen (allgemeiner Teil)	15
7.2	Patientenschulungen Kinder und Jugendliche und Erwachsene mit Adipositas	16
7.3	Patientenschulungen für Kinder und Jugendliche mit atopischem Ekzem (Neurodermitis)	16
7.4	Anspruchsvoraussetzungen	16
7.5	Chronische Erkrankung	17
7.6	Antrag	17
7.7	Abgrenzung zu anderen Leistungsträgern	17
7.7.1	Zuständige Krankenkasse	17
7.7.2	Unfallversicherungsträger	17
7.7.3	Rentenversicherungsträger	18
7.8	Kostenübernahme, Höhe der Zuschussleistung	18
7.9	MDK-Begutachtung	19

7.10	Bewilligung	19
7.11	Ablehnung	19
7.12	oscare®-Erfassung	19
7.13	Auszahlung des Zuschusses	20
8	Interdisziplinäre Frühförderung (IFF).....	20
8.1	Allgemeines	20
8.2	Zuständigkeit	21
8.3	Rechnungsbearbeitung.....	21
9	Sozialmedizinische Nachsorge	22
9.1	Zweck und Ziel	22
9.2	Leistungserbringende	23
9.3	Verordnung.....	23
9.4	Leistungsentscheidung	23
9.5	MDK-Begutachtung	23
9.6	oscare®-Erfassung	24
9.7	Rechnungsbearbeitung.....	24
10	Dialyse, Erstattung des Verdienstaufalles.....	25
11	Verdienstaufall für Begleitpersonen bei einer Reha Leistung	25
12	KV WL Vertrag	26
13	Ruhen der Leistungen.....	26
14	Verwaltungsverfahren / Widersprüche und Klagen	26
15	Ablage und Aufbewahrung	27
16	Aktualisierungshistorie.....	27

1 Rechtsgrundlagen und Arbeitsmaterialien

- [§ 33 SGB I](#)
- [§ 43 SGB V](#)
- [§ 46 SGB IX](#)
- [§ 64 SGB IX](#)
- [Handbuch der Bundesarbeitsgemeinschaft \(BAR\) für Mitarbeiter/-innen der gemeinsamen Servicestellen](#)
- [Rahmenvereinbarung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation \(BAR\) für den Rehabilitationssport und das Funktionstraining](#)
- https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/rehabilitation/sozialmedizinische_nachsorge/sozialmedizinische_nachsorge.jsp

2 Allgemeines

Nach § 11 Abs. 2 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (Rehabilitationsziele der gesetzlichen Krankenversicherung [GKV]).

Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation können für behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen gemäß § 64 Abs. 1 Nr. 2 bis 6 SGB IX sowie nach § 73 und 74 SGB IX zusätzlich zu rehabilitativen Leistungen erbracht werden, um die vorgenannten Rehabilitationsziele zu erreichen oder zu sichern. Neben den im SGB IX geregelten Rechtsanspruchleistungen können insbesondere die Krankenkassen weitere ergänzende Leistungen nach § 43 SGB V erbringen, wenn sie zuletzt Krankenbehandlung geleistet haben oder leisten.

Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation nach dem SGB IX können je nach Versicherungsfall, individueller Zuständigkeit und Zielsetzung auch von anderen Rehabilitationsträgern (§ 6 SGB IX) übernommen werden (Leistungsabgrenzung). Ein Leistungsanspruch nach dem SGB V besteht beispielsweise dann nicht, wenn die ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder der sozialen Eingliederung darstellen.

Bei diesen Leistungen handelt es sich um Zuschussleistungen, für die keine Zuzahlungen zu entrichten sind.

Die vorliegende Prozessbeschreibung befasst sich insbesondere mit folgenden ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation:

- Rehabilitationssport (§ 43 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 64 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX)
- Funktionstraining (§ 43 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 64 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX)
- Patientenschulungen (§ 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V)
- Interdisziplinäre Frühförderung (§ 46 SGB IX)
- Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke und schwerst-
kranke Kinder und Jugendliche (§ 43 Abs. 2 SGB V),

Nur die hier beschriebenen Leistungen sind als ergänzende Leistungen nach § 43 Abs. 1 und 2 SGB V, sowie § 46 SGB IX definiert. Es handelt sich in dieser Prozessbeschreibung um eine für die gesamte AOK Nordwest abschließende Beschreibung! Ausnahmen sind nicht möglich! Diese Prozessbeschreibung definiert den nach § 39 SGB I von Ermessenfehlern freien und verbindlichen Rahmen. D.h. alle hier nicht genannten Leistungen sind keine „Ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation“ und dürfen auch nicht auf dem Sachkonto 542 gebucht/ verausgabt werden.

3 Zuständigkeiten

Bei der AOK NORDWEST werden die Anträge für Rehabilitationssport, Funktionstraining in den Geschäftsstellenteams bearbeitet.

Die Anträge auf Kostenübernahme für eine sozialmedizinische Nachsorge, Patientenschulungen und Frühförderung (IFF) werden in den Teams Reha-Genehmigung bearbeitet.

Die Rechnungsbearbeitung erfolgt in dem Team Reha-Abrechnung.

4 Rehabilitationssport

4.1 Ziel, Zweck und Inhalt

Rehabilitationssport ist eine für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen entwickelte Ermessensleistung mit dem Ziel, die Betroffenen auf Dauer in das Arbeitsleben und in die Gesellschaft einzugliedern. Es handelt sich um eine ergänzende Leistung zur Rehabilitation im Sinne des § 43 Abs. 1 Nr. 1 SGB V (Rechtsnatur: Ermessensleistung) in Verbindung mit § 64 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX.

Der Rehabilitationssport wirkt mit den Mitteln des Sports und sportlich ausgerichteter Spiele ganzheitlich auf die betroffene Zielgruppe ein und kann von den Krankenkassen primär mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe zur Verfügung gestellt. D.h. es ist eine „Impulsleistung“; Patienten werden an indikationsspezifischen Sport herangeführt. Reha-Sport ist zeitlich begrenzt, eine Finanzierung auf Dauer ist i.d.R. ausgeschlossen.

Die Durchführung wird in anerkannten Gruppen, mit dafür speziell ausgebildeten Übungslei-

ter/-innen sichergestellt. Neben der Rehabilitation, soll der Übende motiviert werden, nach dem Ablauf der Leistung weitere Übungen in Eigenverantwortung durchzuführen (ggf. auch durch Eintritt/Mitgliedschaft in einem Verein).

Vom Rehabilitationssport ausgeschlossen sind Maßnahmen,

- die vorrangig oder ausschließlich auf Beratung und Einübung von Hilfsmitteln abzielen (z. B. Rollstuhlkurse),
- die vorrangig oder ausschließlich Selbstverteidigungsübungen und Übungen aus dem Kampfsportbereich umfassen,
- die Übungen an technischen Geräten, die zum Muskelaufbau oder zur Ausdauersteigerung dienen (z. B. Sequenztrainingsgeräte, Geräte mit Seilzugtechnik, Hantelbank, Arm-/Beinpresse, Laufband, Rudergerät, Crosstrainer), beinhalten. Eine Ausnahme stellt insoweit das Training auf Fahrradergometern in Herzgruppen dar.

Detaillierte Informationen können der [Rahmenvereinbarung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation \(BAR\) für den Rehabilitationssport und das Funktionstraining](#) entnommen werden. Diese Rahmenvereinbarung ist Grundlage für diese Ermessensleistung und ist die ausschließliche Grundlage für das Ausüben Pflichtgemäßen Ermessen nach § 43 Abs. 1 SGB V i.V.m. §39 SGB I)

4.2 Leistungserbringende

Leistungserbringende für Rehabilitationssport können ausschließlich anerkannte Reha-Sportgruppen der Landessport- und Behinderten-Verbände der einzelnen Bundesländer sowie Gruppen vom Rehabilitationssport- [REDACTED] und dem Deutschen Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. ([DVGS](#)) sein.

Leistungserbringende in NRW	Leistungserbringende in SH	Sonstige
Behinderten- u. Rehabilitationssportverband Nordrhein-Westfalen e.V. (BRSNW)	Rehabilitations- u. Behindertensport-Verband Schleswig-Holstein e.V. (RBSV-SH)	RehaSport [REDACTED] e.V.
Landessportbund NRW (LSB-NRW)	Landesarbeitsgemeinschaft Herz und Kreislauf e.V. (LAG SH)	Deutscher Behindertensportverband (DBS)
-----	-----	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. (DVGS)

Die Reha-Sport-Verbände bieten für die Suche nach regionalen Leistungserbringenden auf

ihren Webseiten Such-Tools an. Nutzen Sie dafür die oben angeführten LINKS.

4.3 Abgrenzung zu anderen Sozialleistungsträgern

Es können auch Leistungsansprüche bei anderen Sozialleistungsträgern bestehen. Diese sind den Leistungen der GKV vorrangig. Bestehen Vorrangansprüche ist die Verordnung gemäß §14 SGB IX binnen 14 Tagen an den zuständigen Sozialleistungsträger weiterzuleiten.

Unfallversicherung

Bei Arbeitsunfällen, Kindergarten-/Schulunfällen, Wegeunfällen bzw. Unfallfolgen sowie bei Berufskrankheiten besteht die vorrangige Leistungspflicht der gesetzlichen Unfallversicherungsträger (vgl. § 11 Abs. 5 SGB V).

Rentenversicherung

Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und der Alterssicherung der Landwirte übernehmen Rehabilitationssport im Anschluss an eine von ihnen erbrachte Leistung zur medizinischen Rehabilitation, in der Regel bis zu 6 Monaten, längstens bis zu 12 Monaten.

Die Verordnung des Rehabilitationssports zu Lasten der DRV erfolgt auf dem [Vordruck G0850](#).

4.4 Prozessablauf

Die Krankenkassen haben die Kosten für Rehabilitationssport grundsätzlich solange zu übernehmen, wie behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen während der Übungsveranstaltungen auf die fachliche Hilfe der Übungsleiter/-innen angewiesen sind, um die unter [Punkt 2](#) genannten Reha-Ziele zu erreichen. Dazu haben sich die Reha-Träger in der [Rahmenvereinbarung der BAR für den Rehabilitationssport und das Funktionstraining](#) auf Richtwerte bei der Leistungsdauer verständigt, von denen auf der Grundlage individueller Prüfungen nur nach den Erfordernissen des Einzelfalls auch abgewichen werden kann (vgl. Randnummer 15 des [BSG-Urteil vom 02.11.2010 – B 1 KR 8/10 R](#)).

Die Krankenkassen übernehmen gemäß der Rahmenvereinbarung die Kosten des ärztlich verordneten Rehabilitationssports für 50 Übungseinheiten innerhalb eines Zeitraums von 18 Monaten, bei bestimmten Indikationen für 120 Übungseinheiten innerhalb von 36 Monaten. Beim Rehabilitationssport in Herzgruppen werden 90 Übungseinheiten innerhalb von 30 Monaten finanziert. Folgeverordnungen sind im medizinischen Einzelfall nach einer MDK Vorla-

ge möglich (siehe Pkt. 4.4.1 der BAR-Rahmenvereinbarung; [LINK](#)).

Zu Rehabilitationssport in Herzgruppen siehe Pkt. 4.4.2 der BAR-Rahmensportvereinbarung ([LINK](#))

4.4.1 Verordnung

Rehabilitationssport zu Lasten der GKV ist auf dem [Muster 56](#) ärztlich zu verordnen. Es unterliegt nicht der Heilmittelverordnung und ist somit für den Arzt budgetfrei.

4.4.1.1 Erstverordnung

Beantragen Versicherte erstmalig Rehabilitationssport mit dem [Muster 56](#), kann grundsätzlich eine medizinische Notwendigkeit bei Vorliegen einer entsprechenden Diagnose unterstellt und die Genehmigung erteilt werden. Ein vorheriger Abgleich mit den gespeicherten Leistungsdaten in oscar[®] (Leistungsübersicht) ist dennoch zwingend erforderlich, auch um zu prüfen, ob Reha-Sport bereits binnen der letzten 2 Jahre in Anspruch genommen wurde.

4.4.1.2 Folgeverordnung*

Folgeverordnungen sind nur bei folgenden Voraussetzungen zu genehmigen:

- bei einer schweren chronischen Herzkrankheit weiterhin ärztliche Aufsicht beim Sport zwingend erforderlich ist oder
- eine eigenverantwortliche Durchführung des Rehabilitationssports bzw. des Funktionstrainings behinderungsbedingt (wenn eine schwere kognitive oder psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogrammes in Eigenverantwortung oder im normalen Vereinsleben nicht oder noch nicht möglich ist) weil z. B. wegen der Veränderungen des Krankheitsbildes eine ständige Anpassung der Übungen erforderlich ist.

Eine Vorlage von Folgeverordnungen, die über den BAR – Rahmen hinausgehen sind beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vorzunehmen.

** eine konsequente Umsetzung startet erst im Laufe des Jahres 2020, weitere Informationen folgen*

4.4.2 Genehmigung (Definition vom Ermessensfehlern freien Rahmen, §39 SGB I)

Sofern der Rehabilitationssport genehmigt wird, tragen die Mitarbeiter/-innen des Geschäftsstellenteams dies auf der Rückseite des [Muster 56](#) in den dafür vorgesehenen Feldern ein und erfassen die Leistungsentscheidung in oscar[®]. Anschließend händigen sie die Originalverordnung wieder den Versicherten oder deren gesetzlichen Vertreter/-innen aus bzw. senden ihnen diese zu. Die Originalverordnung benötigt der Reha-Sport-Anbieter (Leistungserbringende) für die spätere Abrechnung mit der AOK NORDWEST. Eine Genehmigung als Einzelfallentscheidung außerhalb der BAR Rahmenvereinbarung scheidet bei dieser Ermessensleistung aus. Die Genehmigung ist zwingend zeitlich zu begrenzen. Die AOK NORDWEST leistet (auch was die Höchstdauer betrifft) ausschließlich gemäß der Rahmenvereinbarung der BAR für den Rehabilitationssport/Funktionstraining. Eine Kopie ist entsprechend der e-Akte zu digitalisieren.

4.4.3 Ablehnung

Wird der Rehabilitationssport abgelehnt, teilen die Mitarbeiter/-innen des Geschäftsstellenteams dies den Versicherten oder deren gesetzlichen Vertreter/-innen möglichst vorab persönlich oder telefonisch unter Darlegung der individuellen Entscheidungsgründe mit. Anschließend ist ein schriftlicher Verwaltungsakt unter Beachtung der [Grundsätze des Verwaltungsverfahrens](#) zu erlassen.

4.5 oscar[®]-Erfassung

Rehabilitationssport wird in oscar[®] als „ambulante Reha“ ([Fallart I07C](#)) abgebildet. Die Geschäftsstellenteams erfassen die Daten der Verordnung, den genehmigten Zeitraum (Grundsatz: der Zeitraum sollte mit dem Tag der Verordnung beginnen, im begründeten Einzelfall auch später), die Gebührenposition sowie die getroffene Leistungsentscheidung (Genehmigung bzw. Ablehnung). Als Gebührenposition ist ausschließlich die 604 zu erfassen. Die individuelle Arztnummer ist zu erfassen.

4.6 Anforderungen an Leistungserbringende u. Leistungsabrechnung

Rehabilitationssport- und Funktionstrainingsgruppen müssen anerkannt sein. Die Anerkennung erfolgt nach einheitlichen Kriterien der im [Pkt 4.2](#) beschriebenen Dachverbände. Die Übungsleiter müssen über bestimmte Qualifikationsnachweise verfügen. Einzelheiten dazu enthalten die von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) herausgegebenen "[Qualifikationsanforderungen Übungsleiter/in im Rehabilitationssport](#)". Die/der Spe-

zialist/in Reha Verträge pflegt eine Übersicht der zugelassenen Vereine mit Indikationsbezug.

5 Funktionstraining

5.1 Ziel, Zweck und Inhalt

Das Funktionstraining ist eine ergänzende Leistung zur Rehabilitation und wird gemäß § 64 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX in Verbindung mit § 43 Abs. 1 Nr. 1 SGB V als Sachleistung durch die gesetzliche Krankenversicherung erbracht. Es handelt sich um eine Ermessensleistung.

Beim Funktionstraining handelt sich um eine zeitlich befristete funktionelle Bewegungstherapie mit Mitteln der Krankengymnastik und/oder der Ergotherapie, um gezielt auf bestimmte körperliche Strukturen, wie Muskeln oder Gelenke, einzuwirken. Ziel des Funktionstrainings ist, durch regelmäßiges Training wichtige Funktionen zu erhalten, Funktionsstörungen zu verbessern oder zu beseitigen sowie Funktionsverluste einzelner Körperteile oder Organsysteme hinauszuzögern. Es ersetzt keine Heilmittel.

Zu den Funktionstrainingsarten zählen insbesondere Trockengymnastik und Wassergymnastik. Die Dauer einer Übungsveranstaltung soll mindestens 30 Minuten bei Trockengymnastik und mindestens 15 Minuten bei Wassergymnastik betragen. Die Einheiten werden unter Leitung entsprechend qualifizierter Übungsleiter/-innen angeboten, die im Regelfall ein- bis zweimal pro Woche oder nach individueller Verschreibung stattfinden. Die Gruppe besteht höchstens aus 15 Personen.

Das Funktionstraining wird nicht zur Behandlung akuter Beschwerden verschrieben, also nicht als Alternative zu einer Heilmittelverordnung, wie z. B. Krankengymnastik, sondern als Ergänzung dazu. Hiervon ausgenommen sind jedoch Patienten mit chronischen Beschwerden, die langfristig ihre Stütz Muskulatur aufbauen müssen.

Detaillierte Informationen können der [Rahmenvereinbarung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation \(BAR\) für den Rehabilitationssport und das Funktionstraining](#) entnommen werden.

Diese Rahmenvereinbarung ist für die AOK NORDWEST die Grundlage für diese Ermessensleistung und ist die ausschließliche Grundlage für das Ausüben des pflichtgemäßen Ermessens nach § 43 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 39 SGB I.

5.2 Leistungserbringende

Funktionstraining wird in anerkannten Gruppen der Deutschen Rheuma-Liga sowie der Os-

teoporose- und Fibromyalgie-Verbände durchgeführt. Angebote der einzelnen Verbände sind hier zu finden:

- [Deutsche Rheuma-Liga](#)
- Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e.V. ([BfO](#))
- Osteoporose Selbsthilfegruppen Dachverband e.V. ([OSD](#))
- Deutsche Fibromyalgie-Vereinigung e.V. ([DFV](#))
- Fibromyalgie-Liga XXXXXXXXXX e.V. ([FLD](#))

Diese Verbände bieten für die Suche nach regionalen Leistungserbringenden auf ihren Webseiten Such-Tools an. Nutzen Sie dafür die oben genannten LINKS.

5.3 Abgrenzung zu anderen Sozialleistungsträgern

Es könnten auch vorrangige Leistungsansprüche bei anderen Sozialleistungsträgern bestehen, diese sind vor Genehmigung zu prüfen und zu beachten:

Unfallversicherung

Ansprüche nach Arbeitsunfällen, Kindergarten-/Schulunfällen/Wegeunfällen bzw. Unfallfolgen sowie bei Berufskrankheiten besteht die vorrangige Leistungspflicht der gesetzlichen Unfallversicherungsträger (vgl. § 11 Abs. 5 SGB V).

Rentenversicherung

Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und der Alterssicherung der Landwirte übernehmen Funktionstraining im Anschluss an eine von ihnen erbrachte Leistung zur medizinischen Rehabilitation, in der Regel bis zu 6 Monaten, längstens bis zu 12 Monaten.

Die Verordnung des Rehabilitationssports und Funktionstraining zu Lasten der DRV erfolgt auf dem [Vordruck G0850](#). Deswegen ist bei jeder Antragsstellung zu prüfen, ob binnen 3 Monaten vor Verordnung eine RV Reha abgeschlossen wurde. Bestehen Vorrangansprüche ist die Verordnung gemäß § 14 SGB IX binnen 14 Tagen an den zuständigen Sozialleistungsträger weiterzuleiten.

5.4 Prozessablauf

Die AOK NORDWEST übernimmt ausschließlich gemäß der [Rahmenvereinbarung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation \(BAR\) für den Rehabilitationssport und das Funktionstraining](#) die Kosten für das ärztlich verordnete Funktionstraining, wie dort beschrieben in

der Regel für zwölf Monate, bei bestimmten Indikationen für 24 Monate.

Das Bundessozialgericht (BSG) hat allerdings in seinem [Urteil vom 17.06.2008 – B 1 KR 31/07 R](#) die empfohlene generelle Begrenzung mangels rechtlicher Grundlage für nichtig erklärt. Insofern haben die Krankenkassen im Einzelfall solange ärztlich verordnetes Funktionstraining für behinderte und von Behinderung bedrohter Menschen zu übernehmen, wie es medizinisch notwendig ist, um die unter [Punkt 2](#) beschriebenen Rehabilitationsziele der GKV zu erreichen. Also nicht unbegrenzt, sondern auf den Einzelfall (an die vorstehenden Fristen angelehnt) abgestimmt. Deswegen ist das Vorliegen der Rehabilitationsziele und die echte zeitliche Perspektive, insbesondere bei Folgeverordnungen, zu prüfen. Nötigenfalls sind diese beiden Aspekte beim verordnenden Arzt zu erfragen.

5.4.1 Verordnung

Funktionstraining zu Lasten der GKV ist auf dem [Muster 56](#) ärztlich zu verordnen. Es unterliegt nicht der Heilmittelverordnung und ist somit für den Arzt budgetfrei. Es substituiert keine Heilmittel.

5.4.1.1 Erstverordnung

Beantragen Versicherte erstmalig Funktionstraining mit dem [Muster 56](#), kann grundsätzlich, bei Vorliegen einer entsprechenden Diagnose, eine medizinische Notwendigkeit unterstellt und die Genehmigung erteilt werden. Ein vorheriger Abgleich mit den gespeicherten Leistungsdaten in oscore® (Leistungsübersicht, z.B. Krankengymnastik oder Physiotherapie) ist dennoch zwingend erforderlich.

5.4.1.2 Folgeverordnung**

Folgeverordnungen sind nur bei folgenden Voraussetzungen zu genehmigen:

- bei einer schweren chronischen Herzkrankheit weiterhin ärztliche Aufsicht beim Sport zwingend erforderlich ist oder
- eine eigenverantwortliche Durchführung des Rehabilitationssports bzw. des Funktionstrainings behinderungsbedingt (wenn eine schwere kognitive oder psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogrammes in Eigenverantwortung oder im normalen Vereinsleben nicht oder noch nicht möglich ist) weil z. B. wegen der Veränderungen des Krankheitsbildes eine ständige Anpassung der Übungen erforderlich ist.

Eine Vorlage von Folgeverordnungen, die über den BAR – Rahmen hinausgehen sind beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vorzunehmen.

*** eine konsequente Umsetzung startet erst im Laufe des Jahres 2020, weitere Informationen folgen*

5.4.2 Genehmigung

Sofern das Funktionstraining genehmigt wird, tragen die Mitarbeiter/-innen des Geschäftsstellenteams dies auf der Rückseite des [Muster 56](#) in den dafür vorgesehenen Feldern ein und erfassen die Leistungsentscheidung in oscar[®]. Anschließend händigen sie die Originalverordnung wieder den Versicherten oder deren gesetzlichen Vertretern aus bzw. senden ihnen diese zu. Die Originalverordnung benötigt der Reha-Sport-Anbieter (Leistungserbringende) für die spätere Abrechnung mit der AOK NORDWEST. Die Genehmigung ist zwingend zeitlich zu begrenzen. Eine Kopie entsprechend der e-Akte zu digitalisieren.

5.4.3 Ablehnung

Wird das Funktionstraining abgelehnt oder nur zeitlich verkürzt genehmigt, teilen die Mitarbeiter/-innen des Geschäftsstellenteams dies den Versicherten oder deren gesetzlichen Vertretern möglichst vorab persönlich oder telefonisch unter Darlegung der individuellen Entscheidungsgründe mit. Anschließend ist ein schriftlicher Verwaltungsakt unter Beachtung der [Grundsätze des Verwaltungsverfahrens](#) zu erlassen.

5.5 oscar[®]-Erfassung

Funktionstraining wird in oscar[®] als „ambulante Reha“ ([Fallart I07C](#)) abgebildet. Die Geschäftsstellenteams erfassen die Daten der Verordnung, den genehmigten Zeitraum (Grundsatz: der Zeitraum sollte mit dem Tag der Verordnung beginnen, im begründeten Einzelfall auch später), die Gebührenposition sowie die getroffene Leistungsentscheidung (Genehmigung bzw. Ablehnung). Als Gebührenposition ist ausschließlich die 704 zu erfassen. Die individuelle Arztnummer ist zu erfassen.

5.6 Anforderungen an Leistungserbringende und Leistungsabrechnung

Rehabilitationssport- und Funktionstrainingsgruppen müssen anerkannt sein. Die Anerkennung erfolgt nach einheitlichen Kriterien der im [Pkt 4.2](#) beschriebenen Dachverbände. Die Übungsleiter/-innen müssen über bestimmte Qualifikationsnachweise verfügen. Einzelheiten dazu enthalten die von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) herausgegebenen "[Qualifikationsanforderungen Übungsleiter/in im Rehabilitationssport](#)".

Rehabilitationssport- und Funktionstrainingsgruppen müssen anerkannt sein. Nur in anerkannten Einrichtungen kann Funktionstraining erbracht werden. Die Anerkennung erfolgt nach einheitlichen Kriterien der im [Pkt 4.2](#) beschriebenen Dachverbände.

Die Übungsleiter/-innen müssen über bestimmte Qualifikationsnachweise verfügen. Einzelheiten dazu enthalten die von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) herausgegebenen "[Qualifikationsanforderungen Übungsleiter/in im Rehabilitationssport](#)".

Die/der Spezialist/in Reha Verträge pflegt eine Übersicht der zugelassenen Vereine/ Leistungserbringende mit Indikationsbezug.

6 Rechnungsbearbeitung für Rehabilitationssport / Funktionstraining

Die Leistungserbringende übermitteln den Krankenkassen die Abrechnungsdaten für die Teilnahme an den Übungsveranstaltungen grds. nach [§ 302 SGB V](#) auf [elektronischem Wege oder maschinell verwertbar auf Datenträgern](#).

Bei der Rechnungsbearbeitung ist insbesondere auf folgende Punkte zu achten und entsprechend zu prüfen:

- Name und Versichertennummer des Versicherten, sowie der Versicherungsschutz
- Ist die IK-Nr. angegeben; passen die Bankdaten zu den bei uns hinterlegten Oscare-Daten
- Passt die Rechnungshöhe zu den vertraglich vereinbarten täglichen oder pauschalieren Vergütungssätzen
- Ob der Leistungszeitraum auf der Rechnung mit den genehmigten Daten übereinstimmt, wird über die automatische Oscare-Prüfung abgedeckt
- Wurde die Teilnahme an den Terminen durch den Versicherten per Unterschrift bestätigt und liegt diese Bestätigung der Rechnung bei? Jede einzelne Teilnahme ist per Unterschrift zu bestätigen
- Auffälligkeiten bei der Rechnungsbearbeitung werden direkt über Oscare als Aufgabe aufgespielt
- Zum Thema Buchungsanordnung und Kassensicherheit wird auf die Prozessbeschreibung für das operative Finanzwesen verwiesen ([LINK](#))
- Ausschließlich genehmigte Verordnungen sind abrechnungsfähig
- Eine nachträgliche Genehmigung ist ausgeschlossen

7 Patientenschulungen

Rechtsnatur: Ermessensleistung

Unter „Patientenschulung“ im Sinne des § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V werden interdisziplinäre, informations-, verhaltens- und handlungsorientierte multimodale Maßnahmen für chronisch

Kranke und im Einzelfall ihre Angehörigen bzw. ständigen Betreuungspersonen verstanden, die grundsätzlich in Gruppen durchgeführt werden. Ziel ist eine Lebensstilveränderung, nicht eine Behandlung.

Patientenschulungen können chronisch kranken Menschen helfen, durch einen geschulten Umgang mit der Krankheit die Krankheitsfolgen zu lindern, Folgekrankheiten zu vermeiden und ihre Lebensqualität somit positiv zu beeinflussen. Voraussetzungen für die Kostenübernahme durch die Krankenkassen sind, dass die Patientenschulungsmaßnahmen wirksam und effizient sind. Ausgeschlossen sind Schulungen im Umgang mit Hilfsmitteln.

Um den Krankenkassen Leitlinien zur Beurteilung von Patientenschulungsmaßnahmen zur Verfügung zu stellen, haben die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene gemeinsame Empfehlungen abgegeben ([LINK](#)).

Zusätzlich haben die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und des GKV-Spitzenverbandes spezielle [Gemeinsame Empfehlungen zu Patientenschulungen für adipöse Kinder und Jugendliche](#) und [Erwachsene](#) und spezielle [Gemeinsame Empfehlungen zu Patientenschulungen für Kinder und Jugendliche mit atopischem Ekzem \(Neurodermitis\)](#) abgegeben.

Das Ziel der Empfehlungen ist die Beschreibung der Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Patientenschulungen durch die Versicherten und die Festlegung der Anforderungen an die Organisation und Inhalte der Schulungsmaßnahmen. Auch die Anbieter von Patientenschulungen erhalten damit die erforderlichen Informationen darüber, welche Voraussetzungen zu erfüllen sind, damit eine Kostenübernahme ihrer Schulungen durch die Krankenkassen möglich ist.

Die vorgenannten Leitlinien und Gemeinsamen Empfehlungen sind die ausschließliche Grundlage für das Ausüben des pflichtgemäßen Ermessens nach § 43 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 39 SGB I. Das bedeutet, dass die AOK NORDWEST ausschließlich in den Gemeinsamen Empfehlungen genannten Patientenschulungen in den dort definierten Zeiträumen übernimmt (z.zt. Adipositas und Neurodermitis).

7.1 Rahmen Patientenschulungen (allgemeiner Teil)

Die gemeinsamen Empfehlungen enthalten allgemeine Definitionen und Anforderungen an qualifizierte Patientenschulungsmaßnahmen u.a. Regelungen zum differenzierten Schulungskonzept, zum interdisziplinär zusammengesetzten Schulungsteam, zur Dokumentation der Leistungserbringung, zur Teilnehmerzahl, zur Dauer und zu den räumlichen Voraussetzungen sowie zum Nachweis der Wirksamkeit der Schulungsmaßnahmen. Diese Anforderungen richten sich an alle Patientenschulungsmaßnahmen.

Die Gemeinsamen Empfehlungen ([LINK](#)) werden in Abständen in der Regel von drei Jahren daraufhin überprüft, ob aufgrund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen und neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse eine Aktualisierung erforderlich ist.

Diese gelten verpflichtend für die AOK NORDWEST.

7.2 Patientenschulungen Kinder und Jugendliche und Erwachsene mit Adipositas

Adipositas (starkes Übergewicht, Fettleibigkeit) ist eine weitverbreitete Gesundheitsstörung in [REDACTED]. Ca. 4 bis 6 Prozent der Kinder und Jugendlichen sind adipös. Eine früherworbene Adipositas bleibt häufig bis Erwachsenenalter erhalten und ist dann umso schwerer zu behandeln. Deshalb sind Patientenschulungsmaßnahmen für adipöse Kinder und Jugendliche ein wichtiges Aktionsfeld, um die Betroffenen vor gesundheitlichen Schäden und Folgekrankheiten zu bewahren. Die [Gemeinsamen Empfehlungen für Patientenschulungsmaßnahmen für adipöse Kinder und Jugendliche](#) definieren daher neben den allgemeinen auch die besonderen Anforderungen zu Patientenschulungen zum Thema Adipositas, so z.B. die Themenschwerpunkte Ernährung, Bewegung, die Einbindung der Eltern und Bezugspersonen, die Dauerhaftigkeit der anzustrebenden Verhaltensänderungen und die Qualifikation sowie die Zusammensetzung des multiprofessionellen Schulungsteams. Die [Gemeinsamen Empfehlungen für Patientenschulungsmaßnahmen für adipöse Erwachsene sind hier zu finden.](#)

7.3 Patientenschulungen für Kinder und Jugendliche mit atopischem Ekzem (Neurodermitis)

Das atopische Ekzem (Neurodermitis) ist eine im Kinder- und Jugendalter weitverbreitete chronische Hautkrankheit. Ca. 10 bis 15 Prozent der Vorschulkinder sind zumindest zeitweise davon betroffen. Deshalb sind Schulungsmaßnahmen auch für diesen Indikationsbereich von großer Bedeutung. Die [Gemeinsamen Empfehlungen für Patientenschulungsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche mit atopischem Ekzem \(Neurodermitis\)](#) definiert daher neben den allgemeinen auch die besonderen Anforderungen zu Patientenschulungen zur Neurodermitis, so z.B. die Voraussetzungen zur Teilnahme, die Bildung von altersgleichen Gruppen und die Schulungsinhalte (medizinische Informationen zur Diagnostik und Therapie, Informationen zur stadiengerechten Hautbehandlung, Kenntnisse über Krankheitsauslöser und deren Vermeidung).

7.4 Anspruchsvoraussetzungen

Voraussetzungen für den Zugang zur Leistung sind:

- Aktueller Versicherungsschutz
- Versicherte(r) nicht älter als 18 Jahre (Patientenschulungen für Kinder und Jugendli-

che mit atopischem Ekzem (Neurodermitis))

- Vorliegen einer chronischen Erkrankung (nur Adipositas bzw. atopisches Ekzem)
- Antrag
- Durchführung bei einem zugelassenen Leistungserbringende (s. Punkt 7.8, Übersicht nach Nord und West)

Einzelfallentscheidungen können außerhalb des ermessensfehlerfreien Bereichs nicht erfolgen.

7.5 Chronische Erkrankung

Patientenschulungen können nur für chronisch kranke Versicherte erbracht werden. „Chronisch krank“ im Sinne des § 43 SGB V ist ein Patient, wenn er sich in ärztlicher Dauerbehandlung befindet. Davon kann ausgegangen werden, wenn voraussichtlich mindestens ein Jahr lang ärztliche Behandlung, andere medizinische Behandlung oder ärztliche Überwachung einer Krankheit oder Therapie notwendig ist, die regelmäßig – wenigstens einmal im Quartal stattfindet – Kontakte zwischen Patient und Arzt erfordert, um eine ausreichende „Beherrschung“ der vorliegenden Erkrankung, für welche die Patientenschulungsmaßnahme angezeigt ist, zu sichern. Hierüber ist der Krankenkasse eine (formlose) ärztliche Feststellung bzw. ein ärztlicher Nachweis beizubringen. Ein ärztlicher Nachweis muss – je nach Indikation – auch weitere spezifische Hinweise zur Behandlung der Erkrankung enthalten. Besteht bereits seit längerer Zeit eine chronische Krankheit und liegt deshalb ein Nachweis gemäß § 62 Abs. 1 S. 2 SGB V („Zuzahlungsminderung für chronisch Kranke“) für dieselbe Krankheit vor, für welche die Patientenschulungsmaßnahme angezeigt ist, ist die Voraussetzung erfüllt.

7.6 Antrag

Für die Antragstellung existieren keine speziellen Formulare. Meist werden Bescheinigungen von Ärzten oder Formulare der Leistungserbringende genutzt. Diese werden akzeptiert.

7.7 Abgrenzung zu anderen Leistungsträgern

7.7.1 Zuständige Krankenkasse

Kostenträger ist die Krankenkasse, bei der der Versicherte versichert ist.

7.7.2 Unfallversicherungsträger

Bei Arbeitsunfällen, Kindergarten-/Schulunfällen bzw. Unfallfolgen sowie bei Berufskrankheiten besteht die vorrangige Leistungspflicht des gesetzlichen Unfallversicherungsträgers. Bei den für Patientenschulungen erforderlichen Krankheitsbildern ist i.d.R. ein Unfall nicht Auslöser der Diagnosen.

7.7.3 Rentenversicherungsträger

Die Rentenversicherungsträger erbringen **keine** Patientenschulungsmaßnahmen außerhalb der ambulanten/stationären medizinischen Rehabilitationsleistungen.

7.8 Kostenübernahme, Höhe der Zuschussleistung

Qualitätsgesicherte Patientenschulungen stellen ein geeignetes Interventions- und Motivationsinstrument im Rahmen der medizinischen Rehabilitation dar. Sie sollen den Patienten zum Selbstmanagement befähigen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen, aber auch Folgeerkrankungen vermeiden helfen. Deswegen sind Patientenschulungen immer multimodal aufgebaut und werden interdisziplinär erbracht (Psyche, Ernährung, Bewegung). Voraussetzung für die Leistungserbringung ist, dass die Wirksamkeit und Effizienz des Patientenschulungsprogrammes vorab nachgewiesen wurde. Die entsprechende Überprüfung, der Leistungserbringende übernimmt regelhaft der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK).

Positiv vom MDK bewertete Patientenschulungsmaßnahmen und damit zwingend verbundene Leistungserbringende werden von der AOK NORDWEST im Rahmen der Kostenerstattung in Höhe von maximal 80 v.H. der beantragten entstandenen Kosten bezuschusst. Bei Kindern erfolgt die Erstattung ab 01.01.2020 (ab Antragsingang 01.01.2020) von 100%.

Die Erstattung von neuen Kostenübernahmeanträgen erfolgt ab sofort einheitlich in Höhe von 80 % der anfallenden Kosten bei regelmäßiger Teilnahme (mind. 80% Anwesenheit). Alte Kostenzusagen (positive Verwaltungsakte ausgesprochen vor dem 01.10.2019) behalten ihre Gültigkeit. Eine Übersicht der zuschussfähigen Patientenschulungen ist im InSign nach den Regionen [Nord](#) und [West](#) hinterlegt.

Eine vorzeitige Erstattung vor Abschluss der Schulung kann in Höhe von 50 % der erstattungsfähigen Kosten bereits nach der Hälfte der Maßnahme erfolgen.

Nach Abschluss der Schulungen können, mit dem Nachweis der regelmäßigen Teilnahme, die Restkosten bezuschusst werden. Die Begrenzung des Zuschusses auf 80 % ist zu beachten.

Alle 3 Monate kann eine Zwischenabrechnung ermöglicht werden. Bei erfolgreicher Durchführung erhöhen wir die Erstattungsleistung auf insgesamt 80 v.H. der anfallenden Kosten.

In Nord (SH) handelt es sich um eine verbindliche Interimsliste. Die aktuellen Schulungskonzepte werden sukzessive durch den MDK geprüft wird. Eine Anpassung der Liste erfolgt laufend.

Fahrkosten im Zusammenhang mit Patientenschulungsmaßnahmen nach [§ 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) werden nicht erstattet.

Bei Patientenschulungen nach § 43 SGB V gilt das Patientenrechtegesetz nach [§ 13 Abs. 3a SGB V](#).

- Ohne MDK – Einschaltung gilt eine Bearbeitungsfrist von 3 Wochen, in der die Entscheidung bekannt gegeben sein muss.
- Mit MDK – Einschaltung gilt eine Bearbeitungsfrist von 5 Wochen, in der die Entscheidung bekannt gegeben sein muss.

Beispiele für PRG-relevante Sachverhalte erhalten Sie mit diesem [Link](#)

Weitere Hinweise können der aktuellen [Arbeitshilfe Patientenrechtegesetz](#) entnommen werden.

7.9 MDK-Begutachtung

Grundsätzlich **kann** zur Überprüfung der medizinischen Voraussetzungen der MDK eingeschaltet werden. In Zweifelsfällen sowie bei Ablehnungen aus medizinischen Gründen ist zwingend eine Stellungnahme des MDKs einzuholen.

7.10 Bewilligung

Die Teams Reha Genehmigung (ab Antragseingang 01.01.2020, Altfälle werden durch die Geschäftsstellenteams umgesetzt) informieren die Versicherten schriftlich über die Genehmigung/ Bezuschussung der Maßnahme und die Zuschusshöhe.

7.11 Ablehnung

Liegen die Anspruchsvoraussetzungen nicht vor, sind die Gründe der/dem Versicherten möglichst in einem persönlichen/telefonischen Beratungsgespräch zu erläutern. Dabei ist aufzuzeigen, welche anderen Möglichkeiten (Alternativen, sonstigen Therapie-/ Behandlungsmöglichkeiten), der/dem Versicherten zu empfehlen sind. Zusätzlich ist die/der Versicherte schriftlich zu informieren. Alternativ wäre ggf. ein Angebot zum DMP Programm anzubieten oder auf Selbsthilfegruppen hinzuweisen

7.12 oscare®-Erfassung

In Oscare® werden Leistungsanträge auf Patientenschulungsmaßnahmen mit der Fallart „Ambulante Rehabilitation“ ([Fallart I07C](#)) und der GPOS Nr. 201 abgebildet. Eine Genehmigungserfassung ist obligatorisch. Neben der Angabe der ICD10-Diagnose wird auch der Leistungserbringende, der Leistungszeitraum und die Leistungseinheiten erfasst. Die individuelle Arztnummer ist zu erfassen.

7.13 Auszahlung des Zuschusses

Die Zahlung(en) an die Versicherten erfolgt durch die Teams Reha Genehmigung (ab Antragseingang 01.01.2020, Altfälle werden durch die Teams der Kundencenter fallabschlussmäßig umgesetzt).

8 Interdisziplinäre Frühförderung (IFF)

8.1 Allgemeines

Unter Frühförderung wird die Früherkennung, Frühbehandlung und heilpädagogische Frühförderung wesentlich behinderter und von wesentlicher Behinderung bedrohter Kinder verstanden. Rechtliche Grundlage ist § 46 SGB IX in Verbindung mit der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (§ 6a FrühVO).

Ziel der Frühförderung ist es insbesondere, die behinderten und von Behinderung bedrohten Kinder in ihrer Selbstständigkeit und in der gleichberechtigten Teilnahme am Leben in der Gesellschaft zu fördern.

Familienorientierte und interdisziplinäre Frühförderung wird als ganzheitliche Förderung der Gesamtpersönlichkeit des Kindes in seinem sozialen Umfeld begriffen. Sie umfasst sowohl die Arbeit mit dem Kind als auch die Arbeit mit den Eltern oder den Personensorgeberechtigten bis zum Schuleintritt des Kindes. Ärzte/-innen, sozialpädiatrische Zentren und interdisziplinäre Frühförderstellen arbeiten hierzu eng zusammen.

Wirken pädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen zusammen, spricht man von einer Komplexleistung. Leistungen der Frühförderung werden in [REDACTED] und vor allem in (interdisziplinären) Frühförderstellen, freien heilpädagogischen Praxen und Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) erbracht.

Aufgaben der Frühförderstellen sind:

- Behinderungen, Schädigungen, Verzögerungen, Störungen und Auffälligkeiten bei

Kindern möglichst früh zu erkennen,

- diese Kinder entsprechend zu fördern und zu therapieren,
- die Eltern der betroffenen Kinder zu beraten, zu unterstützen und zu begleiten,
- notwendige Kontakte und weitere Hilfen zu vermitteln.

Rechtsquellen:

- § 76 SGB IX für heilpädagogische Maßnahmen,
- § 46 SGB IX für Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation,
- § 64 SGB IX für Leistungen, die sowohl Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation als auch heilpädagogische Maßnahmen umfassen (Komplexleistungen),
- die erlassene [Frühförderungsverordnung](#) FrühV (Stand vom 24.03.2003 in der Fassung vom 23.12.2016)
- § 43a SGB V als Spezialnorm für die gesetzlichen Krankenkassen,
- § 35a SGB VIII Abs. 3 für die Kinder- und Jugendhilfe sowie landesrechtliche Bestimmungen.
- [Landesrahmenvereinbarung NRW](#)
- Landesrahmenvereinbarung SH



IFF

Landesrahmenvertra

Die Frühförderung erfolgt nach einem Behandlungsplan. Die Regelungen für den Förder- und Behandlungsplan finden sich in § 7 FrühV. In ihm wird bestimmt, ob, wie, wo und welche Leistungen wie oft und wie lange erbracht werden

8.2 Zuständigkeit

Für die Bearbeitung dieser Anträge sind die Teams Reha Genehmigung (ab Antragseingang 01.01.2020, Altfälle werden durch die Teams der Kundencenter fallabschließend umgesetzt) zuständig. Die für uns bindenden Bescheide der Leistungserbringende des Sozialhilfeträgers (da Komplexleistung) sind ausnahmslos in oscore® beim Kind abzubilden (siehe [InfoService Nr. 489 vom 10.07.2017 – Fallart I07C](#)). Fahrkosten an Versicherte werden nicht gewährt. Eine Zuzahlungspflicht besteht nicht. Rechnungen werden im Team Reha Abrechnung in Rendsburg bezahlt.

8.3 Rechnungsbearbeitung

Bei der Rechnungsbearbeitung ist insbesondere auf folgende Punkte zu achten und entsprechend zu prüfen:

- Name und Versichertennummer des Versicherten, sowie Versicherungsschutz des

Kindes

- Ist die IK-Nr. angegeben; passen die Bankdaten des Leistungserbringendes zu den bei uns hinterlegten Oscare-Daten
- Passt die Rechnungshöhe zu der eventuell hinterlegten Kostenprognose bzw. zum vertraglich vereinbarten täglichen oder pauschalierten Vergütungssatz
- Ob der Leistungszeitraum auf der Rechnung mit den genehmigten Daten übereinstimmt, wird über die automatische Oscare-Prüfung abgedeckt
- Auffälligkeiten bei der Rechnungsbearbeitung werden direkt über Oscare als Aufgabe aufgespielt
- Zum Thema Buchungsanordnung und Kassensicherheit wird auf die Prozessbeschreibung für das operative Finanzwesen verwiesen ([LINK](#))

9 Sozialmedizinische Nachsorge

9.1 Zweck und Ziel

Die Krankenkassen erbringen gemäß § 43 Abs. 2 SGB V aus medizinischen Gründen in unmittelbarem Anschluss an eine Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1 SGB V oder stationären Rehabilitation zu Lasten der GKV erforderliche sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche, die das 14. Lebensjahr, in besonders schwerwiegenden Fällen das 18. Lebensjahr, noch nicht vollendet haben, wenn die Nachsorge wegen der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung notwendig ist, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern.

Die Nachsorgeleistungen sind als Hilfe zur Selbsthilfe konzipiert. Sie umfassen im Einzelnen die Analyse des Versorgungsbedarfs, die Vorbereitung und Koordinierung ambulanter ärztlicher, medizinisch-therapeutischer, medizinisch-technischer und pflegerischer Versorgungsleistungen sowie die Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen. Dadurch sollen das Krankheitsverständnis gefördert, Ängste im Zusammenhang mit der Versorgung abgebaut und Unterstützung bei der Bewältigung alltagsbezogener Anforderungen und krankheitsspezifischer Versorgungsaufgaben gegeben werden.

Detaillierte Informationen zu dieser Leistung sind der Bestimmung zu Voraussetzungen, Inhalt und Qualität der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V des GKV-Spitzenverbandes vom 01.09.2009 (in der Fassung vom 12.03.2017) zu entnehmen ([LINK](#)).

Sind die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt, kann die Leistung auf einem dafür vorgesehenen Formular ([LINK](#)) verordnet werden.

9.2 Leistungserbringende

Bunter Kreis [REDACTED] e.V.

Der [Bundesverband Bunter Kreis e.V.](#) organisiert, informiert, fördert und vernetzt bundesweit hauptsächlich mehr als 80 Nachsorge-Einrichtungen. Sie alle unterstützen schwer und chronisch kranke Kinder und Jugendliche und deren Familien nach der Entlassung aus der Klinik bei der Eingliederung in den Alltag zu Hause. Das oberste Ziel des Bundesverbands des bunten Kreises ist es, qualitätsvolle Nachsorgearbeit flächendeckend in [REDACTED] verfügbar zu machen.

9.3 Verordnung

Die Notwendigkeit der sozialmedizinischen Nachsorge nach § 43 Abs. 2 SGB V wird auf einem speziell entwickelten und abgestimmten Verordnungsvordruck ([LINK](#)) ärztlich bescheinigt (vgl. Anlage 3 zu den Bestimmungen zur sozialmedizinischen Nachsorge).

9.4 Leistungsentscheidung

Bei der sozialmedizinischen Nachsorge handelt es sich um ein hochsensibles Thema. Sobald die Leistung bei der AOK NW beantragt wird, ist daher eine zügige Leistungsentscheidung zu treffen. Die mit den jeweiligen Leistungserbringenden geschlossenen Verträge sehen dazu im § 3 Abs. 3 folgende Regelung vor:

„Mit sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen kann erst begonnen werden, wenn der Nachsorgeeinrichtung die Kostenübernahmeerklärung der zuständigen Krankenkasse vorliegt. Erhält die Nachsorgeeinrichtung/der Versicherte nicht innerhalb von 7 Arbeitstagen nach Antragseingang bei der zuständigen Krankenkasse eine Mitteilung über die Kostenübernahmeentscheidung, kann die Nachsorgeeinrichtung ab dem 8. Arbeitstag mit der Nachsorge beginnen und die ab diesem Tag erbrachten Nachsorgemaßnahmen bis zum Eingang einer möglichen Ablehnung bei der Nachsorgeeinrichtung abrechnen.“

9.5 MDK-Begutachtung

Leistungsanträge sind grundsätzlich ohne Einschaltung des MDK zu genehmigen, wenn:

- die Altersgrenze eingehalten ist
- der Nachsorgeerbringer anerkannt ist
- es sich um eine Erstverordnung handelt und
- die Verordnung eine der in der Anlage 2 zu der Bestimmung zu Voraussetzungen, Inhalt und Qualität der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V des GKV-Spitzenverbandes aufgeführten Diagnose enthält ([LINK](#)).

Der MDK hat dagegen vor einer Leistungsentscheidung zügig die Notwendigkeit der sozialmedizinischen Nachsorge zu prüfen, wenn:

- in der Erstverordnung keine der in Anlage 2 (siehe oben) aufgeführten Diagnose aufgeführt wird
- eine Verlängerung der Leistung gemäß Nummer 4 der o. g. Bestimmung beantragt wird.

Die Nachsorgeeinrichtung ist verpflichtet, hierzu erforderliche Auskünfte umgehend kostenfrei zu erteilen und bei Verlängerungsanträgen jederzeit Einblick in die Behandlungsdokumentation des Patienten zu gewähren.

9.6 oscar®-Erfassung

Die Leistung wird in oscar® als ambulante Rehabilitation ([Fallart I07C](#)) erfasst. Bei der Abbildung der Verordnung ist obligatorisch darauf zu achten, dass alle Diagnosen als ICD10-Schlüssel zu erfassen sind. Dabei sind folgende GPOS-Nummern zu nutzen: 301030, 301031, 301032. Die individuelle Arztnummer ist zu erfassen.

9.7 Rechnungsbearbeitung

Bei der Rechnungsbearbeitung ist insbesondere auf folgende Punkte zu achten und entsprechend zu prüfen:

- Name und Versichertennummer des versicherten Kindes sowie dessen Versicherungsschutz
- Ist die IK-Nr. angegeben; passen die Bankdaten des Leistungserbringendes zu den bei uns hinterlegten Oscar-Daten
- Passt die Rechnungshöhe zu der eventuell hinterlegten Kostenprognose bzw. zum vertraglich vereinbarten täglichen oder pauschalierten Vergütungssatz
- Ob der Aufnahme- und Entlassungstag bzw. der Leistungszeitraum auf der Rechnung mit den genehmigten Daten übereinstimmt, wird über die automatische Oscar-Prüfung abgedeckt
- Auffälligkeiten bei der Rechnungsbearbeitung werden direkt über Oscar als Aufgabe aufgespielt
- Zum Thema Buchungsanordnung und Kassensicherheit wird auf die Prozessbeschreibung für das operative Finanzwesen verwiesen ([LINK](#))

10 Dialyse, Erstattung des Verdienstaufalles

Ein Anspruch auf Krankengeld besteht, wenn ein kompletter Arbeitstag (auch Teilzeitkräfte) wegen einer Arbeitsunfähigkeit ausfällt. Hier erfolgt die Erstattung des Entgeltausfalles der dialysierten Person durch den Krankengeldbereich.

Entfällt wegen der Dialyse kein ganzer Arbeitstag, sondern es erfolgt nur ein stundenweiser Arbeitsausfall ist wie folgt zu verfahren:

das auf die tägliche Arbeitszeit entfallene Bruttoarbeitsentgelt, zuzüglich der Arbeitgeberanteile zur gesetzlichen Sozialversicherung, sind nach § 43 Abs. 1 SGB V als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation aus dem Kundenservice zu zahlen (Fallart Allgemeine Leistungen I41 A – GPOS Nr. 4152).

Dieser Nachweis erfolgt vom Arbeitgeber.

11 Verdienstaufall für Begleitpersonen bei einer Reha Leistung

Dauer des Anspruchs auf Erstattung des Verdienstaufalles:

Ein Anspruch auf Erstattung des Verdienstaufalles nach § 43 Abs. 1 SGB V besteht, solange die Anwesenheit der Begleitperson aus medizinischen Gründen bei Erbringung einer Reha Leistung notwendig ist. Liegen keine medizinischen Gründe für die Mitaufnahme oder Anwesenheit der Begleitperson vor, sondern z. B. persönliche oder familiäre Gründe, können die Kosten für einen ggf. entstehenden Verdienstaufall der Begleitperson nicht übernommen werden. Medizinisch begründet ist die Mitaufnahme oder Anwesenheit einer Begleitperson regelhaft bei (Klein-)Kindern (i.d.R. bis 12 Jahre), wenn ansonsten wegen der Trennung von der Mutter/dem Vater oder wegen der unbekanntem Umgebung beim Kind Verhaltensstörungen zu erwarten sind oder die Gefahr besteht, dass sich der Genesungsprozess erheblich verzögert bzw. dieser gefährdet ist.

Darüber hinaus kann eine Mitaufnahme oder Anwesenheit einer Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig sein, sofern die Begleitperson ins therapeutische Konzept eingebunden werden muss bzw. in bestimmte - nach der Rehabilitationsbehandlung weiterhin notwendige - Übungen einzuweisen ist, ohne die eine vom Versicherungsträger geschuldete Leistung nicht erbracht werden könnte.

Die medizinische Notwendigkeit der Anwesenheit der Begleitperson muss im Einzelfall ärztlich bescheinigt werden und wird von den Krankenkassen einzelfallbezogen geprüft. Die Bearbeitung erfolgt aus den Reha Teams. Die Mitaufnahme bzw. die Geltendmachung von Verdienstaufall ist vorher zu beantragen.

Höhe von Verdienstaufallerstattungen

Für Arbeitnehmer/innen ist der Nettoverdienstaufall vom Arbeitgeber zu bescheinigen. Der nachgewiesene Netto Verdienstaufall wird in voller Höhe ohne Begrenzung auf die Bei-

tragsbemessungsgrenze erstattet (Fallart ambulante Reha I07c - GPOS 101).

12 KVWL Vertrag

Eine Vereinbarung ausschließlich auf den Landesteil Westfalen bezogen regelt die Kooperation auf dem Gebiet der Sekundär- und Tertiärprävention, insbesondere in den Bereichen Ernährung und Bewegung als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation.

Im Rahmen dieser Vereinbarung arbeiten Vertragsärzte und die AOK NW eng zusammen mit dem Ziel, die Eigenverantwortung der Versicherten zu fördern.

Die Vertrag ist [hier](#) zu finden.

13 Ruhen der Leistungen

Der Anspruch auf Leistungen für Versicherte ruht nach [§ 16 Abs. 3a SGB V](#), wenn sie mit ihren Beiträgen für 2 Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen. Für familienversicherte Angehörige gilt das Leistungsruhen nicht.

Für die Feststellung und das Aufheben des Ruhens der Leistungen ist der Fachbereich (FB) Selbstzahler, Teams Freiwillige Versicherung, zuständig. Damit diese Fälle in oscar@ sichtbar sind, werden durch den FB folgende Fach-Infomerkmale erfasst:

- 14120 - Ruhen der Leistungen
- 14123 - Kein Ruhen wegen Hilfebedürftigkeit / Familienversicherung
- 14124 - Ruhen bei vorheriger Krankenkasse

Grundsätzlich gilt das Leistungsruhen für sämtliche Leistungen. Ausgenommen sind:

- Früherkennungsuntersuchungen,
- Leistungen zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände (Beurteilung: Arzt)
- Leistungen, die bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind.
- Chronische Erkrankungen mit Behandlungsbedarf (Beurteilung: Arzt).

Eine Reha Leistung kann während des Ruhentatbestandes grds. nicht gewährt werden. Anliegend eine (nicht abschließende) leistungsartenbezogene Konkretisierung des Ruhentatbestandes:



Leistungsartenbezogene Konkretisierung des

Auf die Handlungsempfehlung des AOK-Bundesverbandes vom 02.12.2014 zum Ruhen des Anspruchs auf Leistungen nach § 16 Abs. 3a SGB V wird verwiesen. [LINK](#)

14 Verwaltungsverfahren / Widersprüche und Klagen

Für den Erlass von rechtsmittelfähigen Bescheiden sind die Grundsätze zum Erlass von Verwaltungsakten zu beachten. Die Verfahrensabläufe, die Zuständigkeiten und die Zusammenarbeit der beteiligten Orga-Einheiten sind diesem [LINK](#) hinterlegt

15 Ablage und Aufbewahrung

Die genehmigten und abgelehnten Fälle sind getrennt nach Jahren alphabetisch abzulegen. Die Aufbewahrungsfrist beträgt 6 Jahre.

16 Aktualisierungshistorie

Datum	Gliederungspunkt	Thema / Hintergrund
31.10.2018	10	Ruhen der Leistungen: Neuaufnahme
30.09.2019		Komplette Überarbeitung
18.12.2019	3, 7.8, 7.13, 8.2, 10	Änderungen in grau hinterlegt