

# **Arbeitshilfe**

## **Kostenmanagement Rehabilitation/Kuren**

**Erstellt von**



# Kostenmanagement Rehabilitation/Kuren

## Inhaltsverzeichnis

1.	Vorwort.....	4
2.	Bedeutung von Kur, Vorsorgemaßnahme und Rehabilitationsmaßnahme.....	4
2.1	Voraussetzungen für Vorsorgeleistungen nach §§ 23, 24 SGB V .....	4
2.1.1	Definition der Arten und Inhalte von Vorsorgeleistungen .....	5
2.1.1.1	Ambulante Vorsorgeleistungen .....	5
2.1.1.2	Kompaktkur.....	5
2.1.1.3	Ambulante Vorsorgeleistungen bei Kindern und Jugendlichen .....	6
2.1.1.4	Stationäre Vorsorgeleistungen .....	6
2.1.1.5	Stationäre Vorsorgeleistungen bei Kindern und Jugendlichen .....	6
2.1.1.6	Stationäre Vorsorge für Mütter und Mutter-Kind/Vater-Kind.....	7
2.2	Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen nach §§ 40, 41 SGB V .....	8
2.2.1	Definition der Arten und Inhalte von Rehabilitationsmaßnahmen.....	9
2.2.1.1	Ambulante Rehabilitation.....	9
2.2.1.2	Stationäre Rehabilitation.....	9
2.2.1.3	Mütter-Kuren bzw. Mutter-Kind-/Vater-Kind-Kuren .....	10
2.2.1.4	Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche .....	10
2.2.1.5	Geriatrische Rehabilitation.....	10
2.2.1.6	Frührehabilitationen .....	11
2.2.1.7	Ambulante oder stationäre Anschlussrehabilitation .....	12
2.2.1.8	Integrierte Versorgung.....	12
2.3	Zuständigkeiten .....	12
2.3.1	Zuständigkeit bei Rentnern.....	13
2.3.2	Zuständigkeit der AOK Bremen/Bremerhaven.....	13
2.3.3	Grundsätzliche Zuständigkeit der Rentenversicherungsträger .....	13
2.3.4	Weitere Zuständigkeiten der Rentenversicherungsträger .....	14
2.3.4.1	Personen ohne eine aktuelle Beschäftigung .....	14
2.3.4.2	Bezieher von Leistungen der Bundesagentur .....	14
2.3.4.3	Personen in Altersteilzeit .....	14
2.3.4.4	Personen mit bösartigen Krebserkrankungen .....	14
2.3.4.5	Personen, die keine Beiträge zur Rentenversicherung geleistet haben .....	15
2.3.5	Voraussetzungen für die Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers.....	15
2.3.6	Welcher Rentenversicherungsträger ist wann zuständig .....	15
2.3.7	Ausnahmen DRV Knappschaft Bahn See .....	16
2.4	Weiterleitung gestellter Anträge an andere Rehabilitationsträger .....	16
2.5	Ablehnung durch die Rentenversicherung mit Verweis auf die AOK.....	17
2.6	Zuständigkeit der Unfallversicherung .....	17
2.7	Zuständigkeit des Versorgungsamtes bei Kriegs-, Wehr- und Zivildienstbeschädigten sowie Opfern von Gewalttaten .....	17
2.8	Zuständigkeit bei betreuten Sozialhilfeempfängern und den übrigen Betreuten.....	18
3.	Antragsverfahren.....	18
3.1	Bei ambulanter Vorsorge .....	19
3.2	Bei stationärer Vorsorge und ambulanter oder stationärer Rehabilitation.....	19
3.3	Bei Mütter-Kuren und Mutter-Kind-/Vater-Kind-Kuren .....	19
4.	Maßnahmen im Ausland .....	21
5.	Hausinterne Zuständigkeiten .....	21
5.1	Zuständigkeit bei der Antragsausgabe .....	21
5.2	Zuständigkeit bei der Bearbeitung .....	21

5.3	Zuständigkeiten im Team Rehabilitation / Kuren .....	22
6.	Auswahl von Rehabilitationskliniken .....	22
7.	Anreise zur Klinik und Reisekosten .....	23
8.	Beratungsgespräche.....	23
8.1	Allgemeine Zielsetzung .....	24
8.2	Beratungsgespräch vor der Antragstellung .....	24
8.2.1	Ziel des Beratungsgesprächs vor der Antragstellung .....	24
8.2.2	Inhalte des Beratungsgesprächs vor der Antragstellung .....	24
9.	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung .....	25
9.1.	Stichprobenregelung nach dem GKV-WSG .....	25
9.2.	Gründe für die Einführung der Stichprobenregelung .....	25
9.3.	Die Richtlinie zur MDK-Stichprobenregelung vom 02.07.2008.....	25
9.4.	Umsetzung der MDK-Stichprobenregelung.....	27

## 1. Vorwort

Diese Arbeitshilfe soll dazu dienen, einen Überblick über das Reha-Geschehen zu geben und gleichzeitig ein aktives Kostenmanagement im Bereich Rehabilitation / Kuren zu betreiben. Dargestellt wird dabei auch das proaktive Beratungsgespräch. Mit dem Beratungsgespräch werden drei Ziele erfüllt. Zum Einen wird Kostenmanagement aktiv betrieben, zum Anderen wird die Kundenzufriedenheit verbessert und schließlich werden Widersprüche möglichst vermieden.

Für die bessere Lesbarkeit wird die männliche Schreibform verwandt, gemeint sind selbstverständlich immer männliche und weibliche Personen.

## 2. Bedeutung von Kur, Vorsorgemaßnahme und Rehabilitationsmaßnahme

Es gibt zwar noch Kurorte und es gibt z.B. auch noch das Müttergenesungswerk. Die Worte „Kur“ oder „Genesung“ kommen für unsere Leistungen aber seit einigen Jahren im Gesetz nicht mehr vor. Dennoch sind sie im täglichen Sprachgebrauch weiter vorhanden und werden auch von uns manchmal noch genutzt, teilweise auch nur des besseren Verständnisses wegen und weil bisher noch niemand einen besseren und prägnanten Begriff gefunden hat, der Vorsorge und Rehabilitation einschließt.

Jetzt heißt die Kur eben korrekterweise Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme oder auch Leistung zur Vorsorge oder zur Rehabilitation. Das gilt auch bei Maßnahmen für Kinder und für Mütter. Dazu kommt noch die Anschlussrehabilitation, die bei der Rentenversicherung Anschlussheilbehandlung heißt und als AHB bekannt ist.

### 2.1 Voraussetzungen für Vorsorgeleistungen nach §§ 23, 24 SGB V

Ist die ärztliche Behandlung einschließlich Leistungen **primär-** oder **sekundär-präventiver** Ausrichtung nicht ausreichend oder ist sie ohne Erfolg durchgeführt worden, können Vorsorgeleistungen nach §§ 23, 24 SGB V erbracht werden.

Die **Primärprävention** zielt darauf ab, die Neuerkrankungsrate von Krankheiten zu senken, d.h. Krankheiten liegen noch nicht vor, Risiken können aber bereits erkennbar sein.

Die **Sekundärprävention** zielt darauf ab, die Krankenbestandsrate zu verringern. Durch sie sollen Schädigungen beseitigt bzw. verringert und Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder Teilhabe vermieden werden.

Vorsorgeleistungen sind möglich, wenn

- Vorsorgebedürftigkeit und
- Vorsorgefähigkeit bestehen, wenn
- Vorsorgeziele benannt werden und eine
- Vorsorgeprognose hinreichend gestellt werden können

**Vorsorgebedürftigkeit** besteht nur dann, wenn über den kurativen Ansatz hinaus der komplexe Ansatz der Vorsorgeleistung notwendig ist.

**Vorsorgefähigkeit** heißt, der Kunde ist motiviert bzw. motivierbar, sich mit vorher festgesetzten Vorsorgezielen zu identifizieren. Er erfüllt gleichzeitig die körperlichen und geistigen Voraus-

setzungen und ist bereit, sein Gesundheitsverhalten zu ändern bzw. zu lernen, mit seiner chronischen Krankheit besser zu leben.

**Primäre Vorsorgeziele** sind die Beseitigung und/oder Verringerung von Risikofaktoren, das Erreichen einer gesundheitsfördernden Lebensweise und die Förderung der Bereitschaft zur Inanspruchnahme vorhandener Hilfen am Wohnort.

**Sekundäre Vorsorgeziele** sind die Vermeidung von Chronifizierung oder Verschlimmerung eines Gesundheitsproblems bzw. die Vermeidung von voraussichtlich nicht nur vorübergehenden alltagsrelevanten Beeinträchtigungen der Aktivitäten bei bereits chronischen Erkrankungen.

Eine **Vorsorgeprognose** ist die unter Berücksichtigung der persönlichen Umweltfaktoren die medizinisch begründete Wahrscheinlichkeit, durch eine geeignete Vorsorgeleistung in einem angemessenen Zeitraum die Vorsorgeziele zu erreichen.

### 2.1.1 Definition der Arten und Inhalte von Vorsorgeleistungen

Vorsorgeleistungen können sein: Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten, Kompaktkuren, stationäre Vorsorgeleistungen und stationäre Vorsorgeleistungen für Mütter bzw. Mutter und Kind/er oder Vater und Kind/er.

Bei der ambulanten Vorsorgemaßnahme werden die Kosten der Behandlung unter Abzug eines Eigenanteiles übernommen, dazu gibt es einen täglichen Zuschuss für die übrigen Kosten.

#### 2.1.1.1 Ambulante Vorsorgeleistungen

Ambulante Vorsorgeleistungen sind interdisziplinäre Leistungen mit primär- oder sekundärpräventiver Zielsetzung unter kurärztlicher Verantwortung in einem anerkannten Kurort.

Sie beinhalten im Rahmen eines individuellen Vorsorgeplans nach einem bestehendem Vorsorgekonzept

- ärztliche Hilfe, Beratung, Motivation und ggf. Behandlung (einschließlich Arznei- und Verbandmittel)
- Leistungen der physikalischen Therapie (ggf. ortsgebundene, ortsspezifische Heilmittel, Funktionstraining und Sporttherapie)
- Verhaltenstraining, Gesundheitsbildung, Ernährungsberatung.

#### 2.1.1.2 Kompaktkur

Die Kompaktkur ist eine interdisziplinäre ambulante Leistung, die unter ärztlicher Verantwortung koordiniert, nach einem strukturierten Therapiekonzept in Gruppen mit krankheitsspezifischer Ausrichtung durchgeführt wird.

**Ambulante Vorsorgemaßnahmen** und **Kompaktkuren** sind indiziert, wenn

- ambulante Maßnahmen am Wohnort nicht ausreichend sind oder
- diese bereits ohne Erfolg durchgeführt worden sind und/oder
- die vorübergehende Herausnahme des Kunden aus seinem Umfeld geboten erscheint.

Ist der Grad der Gesundheitsgefährdung gering und reicht ein Klimawechsel im Rahmen eines Erholungsurlaubes aus, kann **keine** ambulante Vorsorgeleistung erbracht werden.

### 2.1.1.3 Ambulante Vorsorgeleistungen bei Kindern und Jugendlichen

Ambulante Vorsorgeleistungen bei Kindern und Jugendlichen haben insbesondere das Vorsorgeziel der Stärkung der Kondition und/oder der Steigerung der Abwehrkräfte unter Nutzung heilklimatischer ortsgebundener Faktoren. Die Maßnahme kommt in der Regel nur mit einer Begleitperson in Betracht, so dass bei der Beurteilung der Vorsorgefähigkeit die Motivation der Begleitperson zu prüfen ist. Es gibt weiterhin besondere Regelungen für chronisch schwerstkranke Kinder.

### 2.1.1.4 Stationäre Vorsorgeleistungen

Stationäre Vorsorgeleistungen sind interdisziplinäre medizinische Leistungen, die

- von einem Team unter Leitung eines Arztes
- nach individuellen Vorsorgeplänen
- auf Basis eines Vorsorgekonzeptes erbracht werden.

Es gilt der Grundsatz ambulant vor stationär. Die Zielsetzungen müssen immer sekundärpräventiv sein.

Ausnahmen gelten nur, wenn

- die Durchführbarkeit einer ambulanten Maßnahme nicht möglich ist (z.B. aufgrund von Mobilitätseinschränkungen)
- ambulante Maßnahmen nicht ausreichend oder erfolgversprechend sind
- eine stationäre Einrichtung aufgrund personenbezogener Probleme wie Orientierung und Motivation geboten ist
- die Notwendigkeit engmaschiger ärztlicher Begleitung und medizinische Kontrollen erforderlich ist (z.B. Diabetes mellitus).

Die Kosten der stationären Vorsorgemaßnahmen werden in voller Höhe, jedoch unter Eigenbeteiligung von täglich 10,00 Euro übernommen. Reisekosten werden unter Abzug eines Eigenanteiles erstattet.

### 2.1.1.5 Stationäre Vorsorgeleistungen bei Kindern und Jugendlichen

Stationäre Vorsorgeleistungen bei Kindern und Jugendlichen können **primär-** oder **sekundärpräventive Zielsetzungen** haben.

Bei der **primärpräventiven Zielsetzung** ist die gesundheitliche Entwicklung erkennbar gefährdet (bei der Häufung verhaltensabhängiger gesundheitlicher Risikofaktoren oder psychosozialer Probleme, die ein Erkrankungsrisiko darstellen). Auch hier gilt die Voraussetzung, dass Maßnahmen am Wohnort nicht möglich, nicht ausreichend oder erfolglos durchgeführt sind bzw. die zeitweilige Herausnahme aus dem häuslichen Umfeld erforderlich erscheint.

Die **sekundärpräventive Zielsetzung** ist gegeben

- bei Verhaltensabweichungen
- bei Neigung zu rezidivierenden Erkrankungen
- zur Vermeidung von somatischen Erkrankungen, die umweltbeeinflusst sind oder
- zur Verhinderung einer Verschlimmerung von chronischen Erkrankungen

Auch hier gilt die Voraussetzung, dass Maßnahmen am Wohnort nicht möglich, nicht ausreichend oder erfolglos durchgeführt sind bzw. die zeitweilige Herausnahme aus dem häuslichen Umfeld erforderlich erscheint.

### 2.1.1.6 Stationäre Vorsorge für Mütter und Mutter-Kind/Vater-Kind

Stationäre Vorsorgeleistungen für Mütter oder für Mutter und Kind/er bzw. Vater und Kind/er kommen nur in Frage, wenn die Aktivität und Teilhabe nicht beeinträchtigt ist, d.h. im Vordergrund keine Reha-Maßnahme steht.

Eltern-Kind-Maßnahmen können nur beansprucht werden von Müttern und Vätern, die die eigentliche Erziehungsarbeit leisten. Vater-Kind-Kuren sind daher sehr selten. Da nur ein Elternteil die Haupterziehungsarbeit leistet, kann es auch keine gemeinsame Mutter-Vater-Kind-Maßnahme geben.

Medizinisch besteht ein Anspruch, wenn **Gesundheitsstörungen** im Rahmen einer Primär-Prävention oder wenn **Krankheiten / Schädigungen** im Rahmen der Sekundär-Prävention vorliegen und **geschlechtsspezifische Kontextfaktoren** erfüllt sind.

Liegen keine geschlechtsspezifischen Kontextfaktoren vor bzw. spielen sie keine Rolle bei der Antragstellung, handelt es sich um Vorsorgeleistungen nach § 23 SGB V (wenn die ambulanten Maßnahmen nicht ausreichend sind) oder ambulante bzw. stationäre Rehabilitationsleistungen.

**Gesundheitsstörungen** können z.B. sein

- schweres Erschöpfungssyndrom, Burn-out-Syndrom
- Anpassungsstörungen
- depressive Verstimmung
- Unruhe und Angstgefühle
- Schlafstörungen
- Kopfschmerzen
- Unspezifische muskuloskelettale Beschwerden
- Unter-, Über-, Fehlernährung
- Funktionelle Magen-Darm-Probleme
- Funktionelle Sexualstörungen

Bei den **Krankheiten/Schädigungen** kann es sich handeln um

- Asthma bronchiale
- Adipositas
- Zerviko-Brachial-Syndrom
- Hypertonie

Und **geschlechtsspezifische Kontextfaktoren** können sein

- alleinerziehend
- kinderreich
- mangelnde Unterstützung und Anerkennung
- nicht gleichberechtigte Stellung in der Familie
- Partner-/Eheprobleme
- Geburt des ersten Kindes vor dem 20. Lebensjahr
- Erziehungsschwierigkeiten
- gesundheitliche Probleme des Kindes
- niedrige soziale Schicht
- Haupt- oder gar kein Schulabschluss

- Verantwortung für die Pflege von Angehörigen
- Schwierigkeiten bei Problembewältigungen (insbesondere im Alltag)
- ständiger Zeitdruck, finanzieller Druck
- eigene Arbeitslosigkeit
- soziale Isolation
- beengte Wohnverhältnisse

Für die **Mütter-Kuren** steht im Vordergrund die Behandlung der Mutter, so dass in der Regel eine Mitaufnahme des Kindes vermieden werden sollte, um einen effizienten Erfolg zu erzielen. Ist ein alleiniger Aufenthalt der Mutter nicht möglich, kann das Kind mit aufgenommen werden.

Bei der **Mutter-Kind- bzw. Vater-Kind-Kur** spielt immer auch das Verhältnis des Elternteils zum Kind eine Rolle, d.h. z.B. dass die Verbesserung des Verhältnisses zwischen Elternteil und Kind ein Vorsorgeziel ist und entsprechend eine gemeinsame Maßnahme erforderlich ist.

## 2.2 Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen nach §§ 40, 41 SGB V

Rehabilitationsmaßnahmen können erbracht werden, wenn eine drohende Beeinträchtigung vorliegt, d.h. neben Schädigungen nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten des alltäglichen Lebens bestehen.

Rehabilitationsmaßnahmen sind möglich, wenn

- Rehabilitationsbedürftigkeit und
- Rehabilitationsfähigkeit bestehen, wenn
- Rehabilitationsziele benannt werden können und eine
- Rehabilitationsprognose hinreichend gestellt werden kann.

**Rehabilitationsbedürftigkeit** liegt bei einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung vor, die voraussichtlich nicht nur eine vorübergehende Beeinträchtigung im Alltag darstellt, durch die in absehbarer Zeit eine Beeinträchtigung der Teilhabe droht oder wenn Beeinträchtigungen in der Teilhabe bereits bestehen und über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionalen und interdisziplinäre Ansatz erforderlich ist.

**Rehabilitationsfähigkeit** setzt voraus, dass der Kunde physisch und psychisch für die beantragte Leistung belastbar ist und Motivation bzw. Motivierbarkeit zur Teilnahme besteht.

**Rehabilitationsziele** bestehen darin, frühzeitig voraussichtlich nicht nur vorübergehende Alltagsbeeinträchtigungen oder drohende bzw. bereits eingetretene Beeinträchtigungen der Teilhabe zu beseitigen, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Bei der Formulierung der Rehabilitationsziele ist der Kunde zu beteiligen.

**Rehabilitationsprognose** ist eine medizinische Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Leistung auf Basis der Erkrankung oder Behinderung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotenzials und der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung positiver Umweltfaktoren.

Welche Art Rehabilitationsmaßnahme im Einzelfall indiziert ist, richtet sich nach

- Art und Schwere des zugrunde liegenden Gesundheitsproblems und der daraus resultierenden Schädigungen
- dem noch vorhandenen Aktivitätsprofil des Kunden
- den persönlichen Umweltfaktoren.

Daraus leiten sich ab



- das medizinische Profil (z.B. Orthopädie oder Neurologie)
- die Form der Durchführung (ambulant oder stationär)
- die Dauer und die Dringlichkeit der Rehabilitationsmaßnahme und
- sonstige Besonderheiten, wie z.B. behinderungsspezifische Einrichtungen, erforderliche Begleitpersonen (auch Kinder) oder ein besonderes fremdsprachliches Angebot.

Die Kosten werden in voller Höhe übernommen, aber unter Abzug einer Eigenbeteiligung von täglich 10,00 Euro. Bei der Anschlussrehabilitation für höchstens 28 Tage im Jahr und unter Anrechnung von Krankenhauszeiten. Reise- und Gepäckkosten werden ohne Abzug eines Eigenanteiles übernommen (§ 53 SGB IX).

## 2.2.1 Definition der Arten und Inhalte von Rehabilitationsmaßnahmen

Es gibt drei Formen der Leistungserbringung: die **indikationsspezifische**, d.h. krankheitsbezogen (z.B. orthopädisch), die **indikationsübergreifende**, typisch ist die geriatrische Rehabilitation (Multimorbidität) und die **zielgruppenspezifische**, wie die Mütter- bzw. Mutter-Kind-/Vater-Kind-Maßnahmen.

### 2.2.1.1 Ambulante Rehabilitation

Auch bei den Rehabilitationsmaßnahmen unterscheidet man zwischen **ambulant** und **stationär**. Die **ambulante** Rehabilitation kann durchgeführt werden, wenn

- das Rehabilitationsziel ambulant erreichbar ist
- ständige ärztliche Überwachung und pflegerische Leistung nicht erforderlich ist
- die Versorgung (auch medizinisch) des Rehabilitanden außerhalb der Reha-Maßnahme sichergestellt ist
- der Rehabilitand physisch und psychisch ausreichend belastbar ist, die Maßnahme ambulant in Anspruch zu nehmen
- die Fahrzeit zur Rehabilitationseinrichtung zumutbar ist (max. 45 min.)
- die Herausnahme aus dem Umfeld nicht erforderlich ist.

Der Umfang der medizinischen Betreuung entspricht dem einer stationären Reha. Der Unterschied liegt allein im Fehlen der hotelartigen Unterbringung.

In Bremen gibt es derzeit zwei Einrichtungen, die eine ambulante Reha erbringen: die Reha-Klinik am Sendesaal und das Reha-Zentrum Bremen, beide für Herz- und orthopädische Erkrankungen. In Bremerhaven gibt es derzeit noch keine Einrichtung.

Die Zuständigkeit des Kostenträgers ist wie bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme geregelt. Die Rentenversicherung ist auch für ambulante Rehabilitationen leistungspflichtig.

Eine besondere Form der Rehabilitation ist die sog. Hybrid-Reha. Hier wird ein Patient zunächst stationär aufgenommen, nach ein paar Tagen und dem entsprechenden medizinischen Fortschritt in die ambulante Reha übernommen. Angeboten wird das in Bremen von der Reha-Klinik am Sendesaal.

### 2.2.1.2 Stationäre Rehabilitation

Stationäre Maßnahmen sind immer dann erforderlich, wenn eines der oben genannten Merkmale nicht erfüllt ist, wenn eine ambulante Maßnahme wegen der Schwere der Erkrankung,

wegen häuslicher Bedingungen oder wegen der Entfernung zur Reha-Einrichtung nicht durchführbar ist.

### 2.2.1.3 Mütter-Kuren bzw. Mutter-Kind-/Vater-Kind-Kuren

Bei **Mütter-Kuren** bzw. **Mutter-Kind-/Vater-Kind-Kuren**, die nicht als Vorsorgemaßnahme, sondern als Rehabilitationsmaßnahme („Genesung“) durchgeführt werden, ist die Voraussetzung eine Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe. Dabei darf die Beeinträchtigung nicht nur vorübergehend sein. Zusätzlich müssen die übrigen Indikationsmaßnahmen (siehe Punkt 2.1.2) und die mütterspezifischen Aspekte erfüllt sein. Mangelt es an den letzten beiden Voraussetzungen, kommt eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme in Betracht.

Für die **Mütter-Kur** steht im Vordergrund die Behandlung der Mutter, so dass in der Regel eine Mitaufnahme des Kindes vermieden werden sollte, um einen effizienten Erfolg zu erzielen. Ist ein alleiniger Aufenthalt der Mutter nicht möglich, kann das Kind mit aufgenommen werden.

Bei der **Mutter-Kind-/Vater-Kind-Kur** spielt immer auch das Verhältnis des Elternteils zum Kind eine Rolle, d.h. z.B. dass die Verbesserung des Verhältnisses zwischen Elternteil und Kind ein Reha-Ziel ist und entsprechend eine gemeinsame Maßnahme erforderlich ist.

### 2.2.1.4 Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche

Bei Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche gelten dieselben Voraussetzungen wie unter Punkt 2.2. Zusätzlich ist den entwicklungspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen und die Umfeldfaktoren bei der Beurteilung zu berücksichtigen.

### 2.2.1.5 Geriatrische Rehabilitation

Auch bei der geriatrischen Rehabilitation (Geriatric = Altersheilkunde) müssen die Voraussetzungen unter Punkt 2.2 erfüllt sein. In der Regel ist der Rehabilitand multimorbid und älter als 70 Jahre (Ausnahmen mit Begründung möglich).

**Multimorbid** bedeutet, dass der Rehabilitand an multiplen strukturellen oder funktionellen Schädigungen leidet und in den Aktivitäten des täglichen Lebens stark oder sehr stark eingeschränkt ist. Die Gesundheitsprobleme müssen der engmaschigen ärztlichen Überwachung bedürfen und bei den Therapien der Rehabilitation berücksichtigt werden.

Typische Schädigungen und Beeinträchtigungen sind

- Immobilität
- Sturzneigung und Schwindel
- kognitive Defizite
- Inkontinenz
- Decubitalulcera
- Fehl-/Mangelernährung
- Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt
- Depression, Angststörung
- Chronische Schmerzen
- Sensibilitätsstörungen
- herabgesetzte körperliche Belastbarkeit, Gebrechlichkeit
- starke Sehbehinderung

- ausgeprägte Schwerhörigkeit.

Zusätzlich Merkmale sind

- Mehrfachmedikation
- herabgesetzte Medikamentenintoleranz
- häufige Krankenhausbehandlung („Drehtüreffekt“).

Typische Indikationen lauten

- Z.n. Schlaganfall
- Z.n. Hüftgelenksnahen Frakturen
- Z.n. Totalendoprothese von Hüfte und Knie
- Z.n. Gliedmaßenamputation

Insgesamt ist bei der geriatrischen Rehabilitation davon auszugehen, dass die Nichtdurchführung eine selbständige Lebensführung im Alltag verhindert, die bis hin zur Pflegebedürftigkeit führt. Bei den Rehabilitanden besteht immer die Gefahr von Krankheitskomplikationen wie Thrombosen, Infektionen, Frakturen und eine verzögerte Rekonvaleszenz.

Die Maßnahme schließt sich grds. an eine Krankenhausbehandlung an und kann als Frührehabilitation die Vorstufe zu einer sich anschließenden Rehabilitationsmaßnahme oder Anschlussrehabilitation sein oder eine solche ersetzen.

Fällt der Begriff Rehabilitation im Zusammenhang mit den Kliniken Bremen-Nord, Bremen-Ost, St.-Joseph-Stift (Bremen) und Reinkenheide (Bremerhaven), dann ist damit eine vollstationäre oder tagesklinische geriatrische Reha gemeint, hier jedoch als Maßnahme nach § 39 SGB V.

Die Anträge auf geriatrische Rehabilitation in Rehabilitationskliniken werden im Team Rehabilitation / Kuren bearbeitet; die Kollegen vom Bereich Krankenhäuser/Verträge stationär bearbeiten die Anträge für die genannten Krankenhäuser. Nicht nur die Rechnungen werden dann von dort bezahlt, gebucht wird auch auf den Konten dieses Bereichs.

#### **2.2.1.6 Frührehabilitationen**

Frührehabilitationen sind vom medizinischen und pflegerischen Aufwand her eine Maßnahme zwischen einer Akutbehandlung im Krankenhaus und einer Rehabilitationsmaßnahme, in aller Regel bei neurologischen Erkrankungen. Die Behandlungs- und Pflegeanteile sind dabei unterschiedlich hoch. Man spricht von Phase B oder Phase C.

Beide Behandlungsformen sind für gewöhnlich Leistungen der Krankenkassen. Allerdings kann auch hier der Rentenversicherungsträger im Einzelfall zuständig werden, wenn die spätere Erwerbsfähigkeit durch die Frührehabilitation begünstigt wird. Teilweise kann sich die Zuständigkeit des RV-Trägers sogar während der laufenden Behandlung ergeben, dann auch mit Auswirkungen auf den Krankengeld- bzw. Übergangsgeldanspruch.

### 2.2.1.7 Ambulante oder stationäre Anschlussrehabilitation

Eine Anschlussrehabilitation (oder Anschlussheilbehandlung – AHB) ist bei bestimmten Erkrankungen erforderlich, zum Beispiel nach Hüft- und Knie-Totalendoprothesen, nach Herzinfarkten, nach Schlaganfällen, bei Krebserkrankungen. Hier stellt das Krankenhaus zusammen mit dem Versicherten einen Antrag auf Formularen, die nur dem Krankenhaus vorliegen.

Die ambulante oder stationäre Anschlussrehabilitation wird teilweise nicht mehr im Hause der AOK Bremen/Bremerhaven eingeleitet, sondern von einer externen Stelle. Bei orthopädischen und kardiologischen Erkrankungen beauftragt die AOK Bremen/Bremerhaven einen Kooperationspartner (seit 2011 die Reha-Klinik am Sendesaal in Bremen) mit der Einleitung der Maßnahmen. Von dort wird je nach Schwere der Erkrankung und dem Grad der Mobilität eine ambulante oder eine stationäre Anschlussrehabilitation eingeleitet. Beide Maßnahmentearten werden in der Regel dort im eigenen Hause durchgeführt.

Bei allen anderen Anschlussrehabilitationen wird der Antrag bei der AOK Bremen/Bremerhaven gestellt. Die AOK entscheidet über die Maßnahme, wählt eine Reha-Klinik aus und informiert den Versicherten und die übrigen Beteiligten schriftlich.

### 2.2.1.8 Integrierte Versorgung

Ein Teil der Anschlussrehabilitationen wird nicht unter diesem Namen, sondern als sogenannte integrierte Versorgung durchgeführt. Hier leiten einige Krankenhäuser bei ganz bestimmten Erkrankungen auf der Basis bestehender Verträge die Reha-Maßnahme selbst ein. Zu diesen Erkrankungen gehören insbesondere Hüft- und Knie-Endoprothesen. Einen Einfluss auf die Einleitung der Maßnahme und die Auswahl der Rehabilitationsklinik nimmt die AOK Bremen/Bremerhaven dabei im Einzelfall nicht.

Die ausschließliche Fall-Bearbeitung erfolgt im Bereich Krankenhäuser/Verträge stationär.

## 2.3 Zuständigkeiten

**Reha**-Maßnahmen werden im Wesentlichen von den Krankenkassen und von den Rentenversicherungsträgern gewährt, in selteneren Fällen auch von der Unfallversicherung und vom Versorgungsamt. **Vorsorge**-Maßnahmen werden nur von den Krankenkassen gewährt.

Für die Krankenkassen gelten die §§ 23 und 40 SGB V, für die Rentenversicherung § 15 SGB VI. Wenn gegen mehrere Träger Ansprüche bestehen (Kranken-, Renten- und Unfallversicherung, Versorgungsamt), dann sind aus Sicht der Krankenversicherung die anderen Träger vorrangig leistungspflichtig (§ 40/4 SGB V).

Daneben gibt es auch Ansprüche nach § 31 SGB VI bei der Rentenversicherung, für die gilt die Vorrangregelung allerdings nicht. Hier ist leistungspflichtig, wer den Antrag bekommt (s. auch 2.3.4.5).

Die Rentenversicherungsträger gewähren nur Leistungen zur Rehabilitation, nicht zur Vorsorge und auch nicht als Mütter- oder Mutter-Kind-Kur.

### **2.3.1 Zuständigkeit bei Rentnern**

Bei Rentnern ist im Normalfall die Rentenversicherung nicht mehr zuständig, in bestimmten Einzelfällen kann sie es dennoch sein. Maßgebend ist die Art der Rente und die Krankheit:

Altersrente, vorgezogene Altersrenten	= Krankenkasse
Erwerbsminderungsrente auf Zeit	= Rentenversicherung
Erwerbsminderungsrente auf Dauer	= Krankenkasse
Witwenrente, Waisenrente	= abhängig davon, ob selbst RV gezahlt wurden
Bösartige Tumore/Krebs	= Rentenversicherung kann zuständig sein

Ob die Erwerbsminderungsrente auf Zeit oder dauerhaft gewährt wird, lässt sich aus den Rentendaten erkennen.

### **2.3.2 Zuständigkeit der AOK Bremen/Bremerhaven**

Grundsätzlich (also mit bestimmten Ausnahmen) gilt, dass die Krankenkasse zuständig ist bei

- ambulanten Reha-Maßnahmen für Rentner (§ 40/1 SGB V)
- stationären Reha-Maßnahmen für Rentner (§ 40/2 SGB V)
- amb. und stat. Anschlussheilbehandlungen für Rentner (§ 40 SGB V)
- ambulanten Vorsorgemaßnahmen (§ 23/2 SGB V), unabhängig vom Personenkreis
- stationären Vorsorgemaßnahmen (§ 23/4 SGB V), unabhängig vom Personenkreis
- allen Mütter- und Mutter-Kind-Kuren (§§ 24, 41 SGB V SGB V).

Bei Beamten und Pensionären ist immer die Krankenkasse zuständig, selbst wenn früher einmal Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt worden sein sollten.

### **2.3.3 Grundsätzliche Zuständigkeit der Rentenversicherungsträger**

Kann bei einem Erwerbstätigen mit einer Rehabilitationsmaßnahme die Erwerbsfähigkeit verbessert oder wiederhergestellt werden, dann ist es Aufgabe der Rentenversicherung, die Maßnahme zu erbringen.

Grundsätzlich gilt, dass die Rentenversicherung zuständig ist bei

- ambulanten/teilstationären Reha-Maßnahmen für Erwerbstätige (§ 15 SGB VI)
- stationären Reha-Maßnahmen für Erwerbstätige (§ 15 SGB VI)
- Anschlussheilbehandlungen für Erwerbstätige (§ 15 SGB VI)

In diesem Sinne zählen auch Arbeitslose zu den Erwerbstätigen. Bei Selbständigen ist entscheidend, ob aktuell oder in der Vergangenheit ausreichend RV-Beiträge geleistet wurden.

Unbedeutend für die wiederzuerlangende Erwerbsfähigkeit ist, ob nach der Reha eine Erwerbstätigkeit konkret aufgenommen wird; es muss lediglich die Fähigkeit dazu erreicht sein.

Besondere Berufsgruppen, wie z.B. Ärzte und Rechtsanwälte, haben evtl. eine eigenständige Alterssicherung, die nicht der der DRV entspricht und auch keine Reha-Ansprüche beinhaltet. Dann sind Reha-Ansprüche durch die AOK Bremen/Bremerhaven zu erfüllen.

## **2.3.4 Weitere Zuständigkeiten der Rentenversicherungsträger**

### **2.3.4.1 Personen ohne eine aktuelle Beschäftigung**

Personen ohne eine aktuelle Beschäftigung (z.B. Hausfrauen und –männer) haben ebenfalls Anspruch bei der Rentenversicherung, sofern sie in früheren Jahren Rentenversicherungs-Beiträge gezahlt oder durch Kindererziehung Ansprüche erworben haben. Wenn allerdings eine Beitragsrückerstattung erfolgte, sind auch die Ansprüche erloschen.

Gibt es Kinder, die der DRV noch nicht als Kindererziehungszeiten gemeldet wurden, dann ist der Kunde dazu aufzufordern, um seine (und evtl. unsere) Ansprüche zu sichern (ZTV 433.50).

Besonderheit bei Krebserkrankungen s. 2.3.4.4

### **2.3.4.2 Bezieher von Leistungen der Bundesagentur**

Bezieher von Leistungen der Bundesagentur gelten in diesem Sinne als Erwerbstätige und haben Ansprüche bei der Rentenversicherung.

Für Bezieher von Arbeitslosengeld II ist zu beachten, dass nur bis Ende 2010 RV-Beiträge gezahlt wurden. Ansprüche aus vorherigen Zeiten bleiben erhalten.

### **2.3.4.3 Personen in Altersteilzeit**

Bei Personen in Altersteilzeit fehlte es lange an einer klaren Regelung. Die Krankenkassen und die Rentenversicherungsträger waren zu diesem Thema unterschiedlicher Meinung.

Hintergrund ist die Regelung des § 12 Abs. 1 Nr. 4 a SGB IV, nach der der RV-Träger nicht zuständig ist, wenn die Rehabilitanden eine Leistung beziehen, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird.

Inzwischen gibt es rechtskräftige BSG-Urteile, wonach die Zuständigkeit während der aktiven und auch noch während der passiven Phase der blockweisen Altersteilzeit bei der Rentenversicherung liegt.

### **2.3.4.4 Personen mit bösartigen Krebserkrankungen**

Bei bösartigen Krebserkrankungen (Tumoren und Neubildungen) wird noch sehr häufig die Rentenversicherung vor der AOK Bremen/Bremerhaven zuständig, sogar dann, wenn der Versicherte schon Altersrente bezieht. Hier gibt es unterschiedliche Regelungen und unterschiedliche Altersgrenzen bei den einzelnen Rentenversicherungsträgern.

Im Bereich der DRV Oldenburg-Bremen und Braunschweig-Hannover ist zwischen den Kassen und der Rentenversicherung im Rahmen des § 31 SGB VI eine Altersgrenze vereinbart. Bis zum vollendeten 75. Lebensjahr sind diese beiden RV-Träger zuständig, bei älteren Versicherten die Krankenkasse (das gilt auch für Bezieher einer Rente und deren Angehörige, also auch für einen Ehepartner ohne eigene RV-Ansprüche).

### 2.3.4.5 Personen, die keine Beiträge zur Rentenversicherung geleistet haben

Auch für Personen, die nie eigene Rentenversicherungsbeiträge gezahlt haben, kann die Rentenversicherung Leistungen erbringen. Die Rentenversicherung leistet **bei Kindern** insbesondere dann, wenn die Krankheit die spätere Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen könnte. Dann entstehen Ansprüche im Rahmen des § 31 SGB VI, die gegenüber den Ansprüchen bei der AOK Bremen/Bremerhaven jedoch **nicht vorrangig** sind. Für die Zuständigkeit ist maßgebend, wo der Antrag zuerst gestellt wurde. Dabei gilt, dass eine Beratung nicht mit einer Antragstellung gleichzusetzen ist.

Die Entscheidung über die Zuständigkeit liegt bei den Eltern und ist vor Antragsausgabe auf dem ZTV-Brief 433.27 bestätigen zu lassen (die schriftliche Form ist auch deshalb wichtig, weil die RV-Träger unsere Beratung hinterfragen und wir dann einen Nachweis haben).

Bei Entscheidung für die RV ist wahlweise der Rentenversicherungsträger eines Elternteiles zuständig.

Das kann entsprechend auch **für Hausfrauen**, genauer gesagt für den Ehepartner eines Rentenversicherten, gelten, allerdings nur bei Krebserkrankungen.

In diesen Fällen muss natürlich ein Elternteil bzw. der Ehepartner die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen in der Rentenversicherung erfüllt haben oder schon Rente beziehen.

### 2.3.5 Voraussetzungen für die Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers

Die Rentenversicherung ist versicherungsrechtlich nur zuständig, wenn ausreichend Beiträge gezahlt wurden. Ausreichend heißt

- eine Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen von mindestens 6 Monaten in den letzten zwei Jahren
- eine Beitragszahlung irgendwann im Verlaufe des Berufslebens von mindestens 60 Monaten (5 Jahre)
- Kindererziehungszeiten gelten auch als Beitragszeiten; sie werden seit 1992 mit drei Jahren pro Kind, davor mit einem Jahr pro Kind angerechnet (die Zeiten müssen allerdings der RV nachgewiesen sein; bei Bedarf sind die Versicherten vor Entscheidung über den Antrag aufzufordern, dies unverzüglich nachzuholen, um die Ansprüche schon für die jetzige Maßnahme zu sichern)
- Geringfügige Beschäftigungen (Versichertenart 014) zählen nur dann als Beitragszeit, wenn in der zweiten Stelle der Beitragsgruppe die 1 oder 2 erscheint (bei 5 und 6 werden nur die pauschalen Beiträge gezahlt, die keine individuellen Ansprüche bewirken).

### 2.3.6 Welcher Rentenversicherungsträger ist wann zuständig

Wenn die Rentenversicherung leistungspflichtig ist, dann ist derjenige RV-Träger zuständig, der den letzten Beitrag erhalten hat. War dies eine regionale Deutsche Rentenversicherung (= DRV; frühere Landesversicherungsanstalt), so ist diejenige zuständig, in deren Bezirk der jetzige Wohnort des Versicherten liegt.

Beispiele:

Städte Bremen und Bremerhaven = DRV Oldenburg-Bremen (Geschäftsstelle Bremen)

Kreise DEL, OL, BRA, WHV = DRV Oldenburg-Bremen (Geschäftsstelle Bremen)

Kreise OHZ, CUX, VER, ROW, DH = DRV Braunschweig-Hannover (alles in Hann.-Laaten)

Für die DRV Bund (bisher Bundesversicherungsanstalt für Angestellte) gilt, dass die Bearbeitung der Anträge ausschließlich in Berlin erfolgt. Anfragen an die DRV-Bund-Geschäftsstellen in Bremen oder im Umland können deshalb auch keinen Erfolg haben.

Im Zweifel können wir den kontoführenden RV-Träger bei der DRV Oldenburg-Bremen erfragen (für Oldenburg-Bremen gilt, dass alle Rehabilitationsanträge in Bremen und alle Rentenanträge in Oldenburg bearbeitet werden).

### **2.3.7 Ausnahmen DRV Knappschaft Bahn See**

Die bisherigen Rentenversicherungsträger Seekasse, Bundesknappschaft und Bundesbahnversicherungsanstalt wurden zu der DRV Knappschaft Bahn See zusammengefasst. Dieser Träger bleibt auch mit einem einzigen, irgendwann gezahlten Beitrag immer zuständig, selbst wenn danach noch Beiträge an andere Rentenversicherungsträger gezahlt wurden.

## **2.4 Weiterleitung gestellter Anträge an andere Rehabilitationsträger**

Wird ein Rehabilitationsantrag gestellt, muss der Reha-Träger schnellstmöglich prüfen, ob er selbst versicherungs- und leistungsrechtlich zuständig ist. Ergibt die Prüfung, dass ein anderer Träger leisten muss (weil z.B. der RV-Träger zuständig ist oder weil einfach nur die falsche Krankenkasse angeschrieben wurde), muss spätestens 14 Tage nach Eingang der Antrag an den zuständigen Träger weitergeleitet werden. Geschieht dies nicht oder zu spät, muss der zuerst angegangene Träger leisten, auch wenn er eigentlich nicht zuständig ist. In diesen Fällen besteht auch kein Erstattungsanspruch (als Konsequenz aus § 14 SGB IX, wonach der Versicherte schnellstmöglich seine Leistung bekommen soll).

Bei Rehabilitationsanträgen ist daher immer zuerst die Zuständigkeit zu prüfen. Bestehen Zweifel (z.B. Zusammenhang mit anerkannter Berufskrankheit unklar oder ist die beantragte Leistung noch Krankenhausbehandlung oder schon Rehabilitation, für die dann die Rentenversicherung zuständig ist), kann ein Gutachten eingeholt werden. Die 2 Wochen-Frist rechnet dann ab Eingang des Gutachtens.

Auch jeder andere Rehabilitationsträger, der zuerst angegangen wurde, muss bei Zuständigkeit eines anderen Trägers den Antrag innerhalb der Frist weitergeleitet haben, ansonsten kann der eigentlich zuständige Träger seine Leistungspflicht zurückweisen.

Der zweitangegangene Träger wird dadurch immer leistungspflichtig, selbst wenn er eigentlich nicht zuständig ist. Zu prüfen sind allerdings noch die medizinischen Voraussetzungen. Es besteht jedoch ein Erstattungsanspruch gegen den tatsächlich zuständigen Rehabilitationsträger. Das kann ein dritter, aber auch der erstangegangene Rehabilitationsträger sein.

#### Häufig wiederkehrendes Beispiel:

Reha-Antrag wird bei der Rentenversicherung gestellt; die lehnt ab, weil die Erwerbsfähigkeit nicht wieder hergestellt werden könnte, und leitet weiter an die Krankenkasse; die Kasse prüft Reha-Bedarf, leistet und stellt Erstattungsanspruch, wenn die Maßnahme die Erwerbsfähigkeit doch hinreichend verbessert hat.

#### Anderes Beispiel:

Reha-Antrag bei DRV A; die ist regional nicht zuständig und leitet an DRV B weiter; die DRV B prüft Reha-Bedarf, leistet und stellt Erstattungsanspruch bei der Krankenkasse, weil die Maßnahme die Erwerbsfähigkeit nicht hinreichend verbessert hat.



## 2.5 Ablehnung durch die Rentenversicherung mit Verweis auf die AOK

Es kommt vor, dass der Rentenversicherungsträger einen Rehabilitationsantrag aus medizinischen Gründen ablehnt und im Bescheid an die Krankenkasse verweist.

Oftmals ist in diesen Fällen für den Kunden nicht nachzuvollziehen, warum die Ablehnung erfolgte. Der konkrete Verweis an die AOK Bremen/Bremerhaven weckt aber die Begehrlichkeit des Kunden, von hier eine Zusage erhalten zu müssen. Sein Widerspruchsrecht gegenüber der Rentenversicherung kennt oder nutzt er oftmals nicht.

Bevor wir einen Antrag für die AOK Bremen/Bremerhaven ausgeben bzw. das Muster 60 erbitten, ist der Versicherte auf die Wahrnehmung seines Widerspruchsrechts bei der Rentenversicherung hinzuweisen. Die Krankenkasse wird nämlich nicht automatisch zuständig. Da die medizinischen Voraussetzungen bei der AOK Bremen/Bremerhaven und beim RV-Träger beinahe deckungsgleich sind, wird sich auch bei uns mit hoher Wahrscheinlichkeit nur eine Ablehnung oder allenfalls noch eine Zusage für eine ambulante Vorsorgemaßnahme ergeben.

*Für den Einzelfall sind die Kollegen des Teams Rehabilitation / Kuren anzusprechen.*

## 2.6 Zuständigkeit der Unfallversicherung

Ist die Erkrankung, die zum Rehabilitationsbedarf führt, auf einen **Arbeitsunfall** oder eine **Berufskrankheit** zurückzuführen, wird die jeweilige Berufsgenossenschaft vorrangig zuständig. Sind die Krankheiten bzw. die Ereignisse noch nicht anerkannt, muss die Krankenkasse (oder die Rentenversicherung) in der Regel vorleisten und den üblichen Erstattungsanspruch anmelden.

Ist die Erkrankung durch den Arbeitsunfall oder die Berufskrankheit nur eine unter mehreren kurbegründenden Erkrankungen, so ist vorab mit der BG über die Zuständigkeit zu sprechen, auch eine Kostenteilung ist denkbar.

*Für den Einzelfall sind die Kollegen des Teams Rehabilitation / Kuren anzusprechen.*

## 2.7 Zuständigkeit des Versorgungsamtes bei Kriegs-, Wehr- und Zivildienstbeschädigten sowie Opfern von Gewalttaten

Kriegs- und Wehrdienstbeschädigte und deren Hinterbliebene haben teilweise Ansprüche bei der Versorgungsverwaltung, teilweise aber auch bei der AOK Bremen/Bremerhaven. Ausschlaggebend ist, ob der Betroffene reguläres AOK-Mitglied oder „nur“ ein Betreuer ist, ob es sich um eine allgemeine Erkrankung oder um eine anerkannte Beschädigung handelt und welche Art der Maßnahme erforderlich ist. Dabei kann es sein, dass die AOK Bremen/Bremerhaven die Maßnahme nur abwickelt und die Kosten für den Einzelfall oder über eine vereinbarte Pauschale erstattet bekommt.

Das **Versorgungsamt** ist für die Abwicklung und die Kostenübernahme zuständig, wenn wegen der anerkannten Beschädigung eine „**stationäre** Behandlung in einer Kureinrichtung“ notwendig wird. Das gilt auch für Betreute, die wegen einer Erkrankung zur Reha fahren, die nicht Schädigungsfolge ist. In § 11 Abs. 2 BVG wird die Behandlung als Badekur bezeichnet, was

jedoch nicht mit einer (ehemals sogenannten) offenen Badekur der gesetzlichen Krankenversicherung zu verwechseln ist. Der formelle Antrag ist direkt beim Versorgungsamt zu stellen.

Die **AOK Bremen/Bremerhaven** ist für die Bearbeitung zuständig bei einer **ambulanten** Reha und Anschlussreha.

Das Versorgungsamt ist **nicht** zuständig, wenn bei einem **Mitglied** der AOK Bremen/Bremerhaven eine Maßnahme **nicht** wegen der Kriegs- oder Wehrdienstbeschädigung, sondern wegen einer anderen Erkrankung notwendig wird.

Das alles gilt entsprechend für Anspruchsberechtigte nach dem **Opferentschädigungsgesetz** (OEG). Auch hier ist bei Erkrankungen im Zusammenhang mit dem Ereignis das Versorgungsamt für stationäre Maßnahmen zuständig.

## **2.8 Zuständigkeit bei betreuten Sozialhilfeempfängern und den übrigen Betreuten**

Bei betreuten Sozialhilfeempfängern und bei den übrigen Betreuten (z.B. Betreute im Rahmen des Auslandsabkommens) ist wie bei den Mitgliedern der AOK Bremen/Bremerhaven die vorrangige Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers zu prüfen. Wurden entsprechend Beiträge geleistet und/oder Kinder erzogen, wird der Rentenversicherungsträger zuständig.

Das Antragsverfahren entspricht dem bei Mitgliedern der AOK Bremen/Bremerhaven.

Maßnahmen der Reha, Vorsorge und Mutter-Kind zählen nicht zu den akut notwendig werden den Leistungen, daher ist teilweise erst die Genehmigung des Auftraggebers für diesen Einzelfall einzuholen. Eine Anschlussreha muss dagegen nicht hinterfragt werden.

Bei Genehmigungen und anschließender Leistungserbringung bestehen Erstattungsansprüche gegen den Auftraggeber, dem eigentlich zuständigen Träger, dem die AOK Bremen/Bremerhaven hier aushilft.

## **3. Antragsverfahren**

Bei Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers gibt die AOK Bremen/Bremerhaven auf Anfrage die jeweiligen Antragsformulare aus. Für die DRV Oldenburg-Bremen, die DRV Braunschweig-Hannover und die DRV Bund liegen die Anträge im Hause der AOK Bremen/Bremerhaven vor. Anträge können auch im Internet heruntergeladen werden: [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) / Formulare / Rehabilitation / Antragspaket Leistungen zur Teilhabe.

Sofern die AOK Bremen/Bremerhaven zuständig ist, richtet sich das Verfahren nach der zu beantragenden Leistung.

Eine Vorbemerkung zu den **Formularen**. Die von der AOK Bremen/ Bremerhaven genutzten Formulare (außer Muster 61) wurden auf Landesebene mit allen am Verfahren beteiligten Gruppen, darunter den Ärzten, dem MDK, den Kassen und den karitativen Verbänden entwickelt. Datenschutzrechtlich steht uns Kassen-Mitarbeitern ein Blick in den ausgefüllten **Selbstauskunftsbogen** nicht zu, er ist nur für den MDK bestimmt und daher vom Versicherten im verschlossenen Umschlag zurückzugeben. Dennoch bekommen wir den Bogen häufig unverschlossen zurück oder wir sollen sogar beim Ausfüllen behilflich sein. Wir lehnen die Hilfe nicht ab, verschließen den Bogen in allen Fällen aber sofort im dafür vorgesehenen Umschlag. Was uns evtl. aus dem Bogen bekannt wurde, darf nicht in die Entscheidung einfließen.

Häufig ist festzustellen, dass Versicherte mit dem Wunsch nach einer bestimmten Maßnahme kommen, die jedoch medizinisch nicht gerechtfertigt ist. Möglichst noch vor Ausgabe der Antragsunterlagen, spätestens aber beim Eingang der Unterlagen ist daher ein **Beratungsgespräch** zu führen (Gesprächsleitfaden unter ZTV 433.200, s. dazu auch Punkt 8).

Die Ausgabe der Antragsunterlagen wird mit einem **Kontakt** im CRM dokumentiert. Ein Oscare-Prozess wird erst mit Eingang der Antragsunterlagen angelegt.

### 3.1 Bei ambulanter Vorsorge

Die Ausgabe des Antrages erfolgt mit ZTV-Brief 414.530 und Muster 430.001. Hier sind die Daten des Versicherten und die gewünschte Maßnahme - die ambulante Vorsorgemaßnahme; als „andere Kurart“ allenfalls noch die stationäre Vorsorgemaßnahme - einzutragen. Ist dies nicht geschehen und trägt der Versicherte oder der Arzt ein, dass keine Vorsorgemaßnahme, sondern eine Rehabilitation durchgeführt werden soll, kommt es zu Problemen, da für die Rehabilitation ein anderes Antragsverfahren erforderlich ist (siehe nachfolgend beschrieben). Das Antragsverfahren kann nicht mehr angepasst werden, es muss entsprechend erneut eingeleitet werden, d.h. alle Angaben (sowohl vom Arzt als auch vom Kunden) müssen erneut gemacht werden.

### 3.2 Bei stationärer Vorsorge und ambulanter oder stationärer Rehabilitation

Hier ist zunächst eine Verordnung des Arztes vorzulegen, auf der die zu beantragende Art der Maßnahme angegeben ist. Dazu nutzt der Arzt das Muster 60 (das nur den Ärzten vorliegt).

Nach Vorlage des Muster 60 bei der AOK Bremen/Bremerhaven erfolgt ein Beratungsgespräch und die Ausgabe des Antrages und des Selbstauskunftsbogens mit ZTV-Brief 433.005, eines speziellen Umschlages für den Selbstauskunftsbogen sowie des ärztlichen Befundberichtes Muster 61 (das nur den Krankenkassen vorliegt).

Anträge dürfen nicht ohne vorliegendes Muster 60 ausgegeben werden. Ebenso wird kein Muster 61 blanko ausgegeben, stattdessen werden Name, Vorname und KV-Nummer im Bereich neben oder unter dem Personalienfeld handschriftlich eingetragen. Im freibleibenden Personalienfeld druckt der Arzt die kompletten Daten aus der Krankenversichertenkarte ein, wenn er diese einliest. Der Briefversand und auch die Anforderung des Muster 60 erfolgt mit dem ZTV-Schreiben 433.005.

Zum Beratungsgespräch und zum Selbstauskunftsbogen siehe unter Punkt 3.

### 3.3 Bei Mütter-Kuren und Mutter-Kind-/Vater-Kind-Kuren

Mutter-Kind-/Vater-Kind-Kuren und Mütter-Kuren fallen **immer** in die Zuständigkeit der Krankenkassen (meistens § 24 SGB V für Vorsorgekuren, selten § 41 SGB V für Reha-/ Genesungskuren). Diese sind nie Leistung der Rentenversicherung.

Ausgegeben wird ein Antrag und ein Selbstauskunftsbogen (inkl. Spezialumschlag) für die Mutter sowie je ein Formular Befundbericht für jeden Teilnehmer (ZTV 433.005).

Zum Beratungsgespräch und zum Selbstauskunftsbogen siehe unten und unter Punkt 3.

Bei den Kindern ist insbesondere zu unterscheiden, ob sie mit oder ohne eigene Kurindikation in der Klinik aufgenommen werden sollen. Auch für gesunde Begleitkinder ist eine ärztliche Bescheinigung erforderlich, allein um der Klinik belegen zu können, dass kein Behandlungsbedarf besteht. Für gesunde Begleitkinder gibt es in manchen Einrichtungen günstigere Tagessätze.

Seit 2002 gibt es eine volle Kostenübernahme (einschließlich Reisekosten) durch die AOK Bremen/ Bremerhaven. Eine Zuzahlung von 10 EUR je Kalendertag (Vorsorge und Reha) sowie die Zuzahlung zu den Fahrkosten (10 %, mindestens 5 EUR, höchstens 10 EUR; nur bei Vorsorge) sind zu leisten.

Die AOK Bremen/Bremerhaven hat mit einigen Einrichtungen besondere Konditionen vereinbart. Deren Inanspruchnahme ist daher zu bevorzugen.

Alle Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen haben für die Mitaufnahme von Kindern Altersgrenzen, meistens von 3 bis 12 Jahren. In Ausnahmefällen und in Abstimmung mit der Einrichtung können auch jüngere oder geringfügig ältere Kinder mit aufgenommen werden. Behinderte Kindern können auch älter sein.

Eine Liste der Kliniken ist in der Anlage beigefügt.

- Wie auch bei anderen Maßnahmentearten, so sollte möglichst schon bei der Nachfrage nach einem Antragsformular das Beratungsgespräch (Leitfaden unter ZTV 433.200) geführt und dabei hinterfragt werden, ob die beantragte Leistung eine Mutter-Kind-/Vater-Kind-Maßnahme sein kann oder doch eher eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme sein muss, also die Mutter bzw. der Vater allein rehabilitationsbedürftig ist. Eine Maßnahme wird oftmals nur deshalb als Mutter-/Vater-Kind-Kur beantragt, weil die Befürchtung besteht, dass das Kind oder die Kinder in dieser Zeit nicht versorgt werden können. Es ist dann darauf hinzuweisen, dass eine Mutter-Kind-Einrichtung nicht wie eine Rehabilitationsklinik ausgestattet ist. In aller Regel kann hier nicht das medizinische Angebot gewährleistet werden, das für eine erfolgreiche Rehabilitation benötigt wird.
- Wenn vorrangig die **Mutter** bzw. der **Vater** eine Rehabilitation benötigt und die Kinder nur als gesunde Begleitkinder anzusehen sind, ist je nach Zuständigkeit zunächst das Muster 60 vom Arzt anzufordern (bei Zuständigkeit AOK Bremen/Bremerhaven) bzw. sind die Formulare des RV-Trägers mitzugeben (bei Zuständigkeit RV-Träger).
- Im Zweifel kann das über den MDK oder auch unter Mithilfe von Ge.on geprüft werden (bei Ge.on ist Einverständniserklärung des Versicherten erforderlich).
- Es ist dann eine Rehabilitationsklinik auszuwählen, die auch Begleitkinder mit aufnehmen kann. Alternativ können die Kosten einer Haushaltshilfe übernommen werden, sowohl über die AOK Bremen/ Bremerhaven als auch über den RV-Träger.
- Ist in der Hauptsache das **Kind** erkrankt und nur wegen des Alters des Kindes soll ein Elternteil begleiten, dann ist keine Mutter-Kind-/Vater-Kind-Maßnahme angezeigt, sondern eine Reha-Maßnahme für das Kind, bei Bedarf auch mit Mitaufnahme eines Elternteiles (s. dazu 2.3.4.5).

Mütter-Kuren sind übrigens auch für Mütter gedacht, die Kinder über 12 Jahre haben. Väter-Kuren sind rechtlich nicht ausgeschlossen, in der Praxis aber noch nicht vorgekommen.

### 3.4. Rehabilitation bei Suchterkrankungen

Die Zuständigkeit Krankenversicherung/Rentenversicherung, die Antragsausgabe und die generelle Bearbeitung entsprechen denen bei anderen Erkrankungen.

#### 4. Maßnahmen im Ausland

Zur Zeit können noch keine stationären Maßnahmen im Ausland bewilligt werden.

Eine Kostenübernahme setzt voraus, dass die Rehabilitationseinrichtung eine Zulassung nach dem SGB V hat. Solche Zulassungen gibt es derzeit aber nur für Einrichtungen in [REDACTED]. Ausnahmen sind nur bei ganz speziellen Krankheitsbildern möglich und setzen voraus, dass es in Deutschland keine geeignete Klinik gibt (z.B. bei Hauterkrankungen, die am Toten Meer behandelt werden sollen).

*Für den Einzelfall sind die Kollegen des Teams Rehabilitation / Kuren zu fragen. Zum Antrag auf ambulante Vorsorgemaßnahmen im Ausland siehe auch die Arbeitshilfe im Intranet Arbeitshilfen / Privatkunden / ambulante Vorsorgeleistungen.*

#### 5. Hausinterne Zuständigkeiten

##### 5.1 Zuständigkeit bei der Antragsausgabe

Anträge für Reha- und Vorsorge-Maßnahmen der AOK Bremen/Bremerhaven und der Rentenversicherung für alle Reha-Arten werden – unter Beachtung der Regeln für ein Beratungsgespräch und für Muster 60 – in allen Haupt- und Geschäftsstellen, im Service-Bereich und im Team Rehabilitation / Kuren ausgegeben, also überall dort, wo die Versicherten danach fragen.

Bei Maßnahmen für Krankengeldberechtigte, die über den Rentenversicherungsträger laufen, sind Antrag, Aufnahme und Entlassung vom Krankengelfallmanagement zu bearbeiten.

##### 5.2 Zuständigkeit bei der Bearbeitung

ambulante Vorsorgemaßnahmen, einschl. Kompaktkuren	->	in jeder Geschäfts- und Hauptgeschäftsstelle im Servicebereich
ambulante Reha-Maßnahmen	->	im Sachgebiet Kuren in den HGS Bremen und Bremerhaven
stationäre Vorsorge und Reha	->	im Sachgebiet Kuren in den HGS Bremen und Bremerhaven
Mütter- und Mutter-Kind-Kuren, Vater-Kind-Kuren	->	im Sachgebiet Kuren in den HGS Bremen und Bremerhaven
Anschlussheilbehandlung, amb., stat.	->	im Sachgebiet Kuren in der HGS Bremen
Geriatrische Rehabilitation	->	im Sachgebiet Kuren in der HGS Bremen (soweit in einer Reha-Klinik)
Früh-Rehabilitation	->	im Sachgebiet Kuren in der HGS Bremen (soweit in einer Reha-Klinik)
Rehabilitation bei Sucht-Erkrankungen	->	im Sachgebiet Kuren in den HGS Bremen und Bremerhaven

Die Bearbeitung schließt die Einschaltung des MDK, die Bewilligung/Ablehnung, die Erfassung und die eventuelle Widerspruchsbearbeitung ein.

### 5.3 Zuständigkeiten im Team Rehabilitation / Kuren

-> Stationäre Vorsorge und Rehabilitation, Mütter/Vater-Kuren, Mutter-Kind-/Vater-Kind-Kuren:

A – Ga	Frau Grüne	Tel. 314
Ge – K	Frau Hülsemann	Tel. 314
L – Ra	Frau Besser	Tel. 298 (auch Mitarbeiter-Daten)
Re – Z	Frau Büttner	Tel. 317
Bremerhaven	Frau Wylezol	Tel. 0471 – 16 – 684 (auch Mitarbeiter-Daten)

-> Anschlussrehabilitation, geriatrische Rehabilitation, Frührehabilitation:

A – R	Herr Segelken	Tel. 479
S – Z	Herr Borgmann	Tel. 350

-> Reha/Sucht und Sozialberatung

Bremen:	n.n.	Tel. 284
Bremerhaven:	Frau Rösch	Tel. 0471 – 16 – 726

->Fax in Bremen 0421 – 1761 – 91350  
in Bremerhaven 0471 - 16 – 91675

## 6. Auswahl von Rehabilitationskliniken

Im Unterschied zur ambulanten Vorsorgemaßnahme, bei der sich der Versicherte seinen Kurort selbst aussucht, ist es bei Rehabilitationsmaßnahmen, stationären Vorsorgemaßnahmen sowie bei Mutter-Kind-/Vater-Kind-Kuren die AOK Bremen/Bremerhaven Aufgabe des Kostenträgers, eine Einrichtung auszuwählen.

Ausschlaggebend für eine bestimmte Klinik ist

- erstens das Krankheitsbild des Versicherten
- zweitens, ob die AOK Bremen/Bremerhaven bestimmte Kliniken bevorzugt.

Häufig wissen die Versicherten aus früheren Aufenthalten oder erfahren von Verwandten oder von Mitpatienten, aber auch aus dem Kreis unserer Kollegen, dass diese oder jene Klinik die beste sei. Aus der täglichen Erfahrung weiß das Team Rehabilitation / Kuren, dass es dann länger dauernder Gespräche und viel Überzeugungsarbeit erfordert, dem Versicherten eine andere Klinik schmackhaft zu machen.

Kritisch wird es auch, wenn eine Klinik im Gespräch ist, die zwar für das Krankheitsbild als solches zugelassen ist, aber evtl. nicht mit der Schwere der Erkrankung oder mit Begleiterkrankungen umgehen kann, z.B. neurologisch in der Phase B oder geriatrisch.

Deshalb sind im Vorfeld keine Kliniknamen zu nennen oder zu bestätigen. Vielmehr ist darauf hinzuweisen, dass die AOK Bremen/Bremerhaven im Anschluss an die Prüfung der Voraussetzungen die am besten geeignete Klinik für das zu behandelnde Krankheitsbild auswählt und dabei natürlich auch die Wirtschaftlichkeit zu berücksichtigen ist.

Hat der Kunde einen besonderen Klinik-Wunsch, dann können wir diesem unter folgenden Bedingungen zustimmen:

- die Klinik muss für Krankheitsbild und Schwere der Erkrankung zugelassen sein
- der Kunde trägt die Mehrkosten, die durch diese Klinik entstehen

- er bekommt keine Reisekosten, soweit „unsere“ Klinik einen Fahrdienst anbietet. Dadurch können bei einer normalen Reha durchaus Kosten von mehreren hundert Euro für den Kunden entstehen, neben der regulären Zuzahlung. Mit Brief 433.300 abstimmen.

## **7. Anreise zur Klinik und Reisekosten**

Die meisten Kliniken, mit denen die AOK Bremen/Bremerhaven zusammenarbeitet, haben einen Fahrdienst, der den Versicherten aus dem Krankenhaus (sofern er noch stationär untergebracht ist) oder von zu Hause abholt und nach Abschluss der Maßnahme wieder nach Hause fährt. Deshalb entstehen dem Versicherten keine Kosten, und für die AOK Bremen/Bremerhaven sind die Kosten bereits mit Zahlung des Pflegesatzes abgegolten.

Ist ein Versicherter so krank, dass er nicht mit dem Fahrdienst anreisen kann, dann bestellt die AOK Bremen/Bremerhaven nach Vorgabe des Krankenhauses ein entsprechendes Fahrzeug (Liegendtaxi, Krankentransport, bei Bedarf auch Hubschrauber).

Besteht kein Fahrdienst und ist kein besonderes Fahrzeug notwendig, soll der Versicherte mit dem Zug anreisen. Dafür soll er sich rechtzeitig eine Fahrkarte der Bahn besorgen, damit er Fahrpreisermäßigungen erhält. Die Kosten werden bei Reha in voller Höhe und bei Vorsorge unter Abzug des gesetzlichen Eigenanteiles erstattet (10 % des Fahrpreises; mindestens 5 EUR, höchstens 10 EUR je Fahrt).

Möchte der Versicherte die Fahrt nicht mit dem Zug, sondern mit dem eigenen PKW antreten (ohne dass aus medizinischer Sicht ein PKW notwendig ist), erstattet die AOK Bremen/Bremerhaven ihm die Kosten, die mit der Bahn entstanden wären. Ist eine Zugfahrt nach Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung medizinisch nicht zumutbar, werden ihm die Kosten nach der Kilometerpauschale erstattet.

Fährt ein Versicherter mit dem eigenen PKW in eine Klinik, die einen Fahrdienst zur Verfügung stellt, können keine Kosten erstattet werden.

## **8. Beratungsgespräche**

Durch die gesetzliche Änderung beim Rechtsanspruch auf eine Kur (seit 2002) und der nicht mehr generell vorgeschriebenen Vorlage der Antragsunterlagen beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK, seit 2009) ist ein Umdenken im Umgang mit den Anträgen notwendig. Eine Vorlage beim MDK erfolgt nur noch in Stichproben.

Grundsätzlich ergibt sich daraus keine Verhaltensänderung für Mitarbeiter der AOK Bremen/Bremerhaven bei Genehmigungen oder Ablehnungen. Medizinisch notwendige Maßnahmen wurden auch bisher schon immer genehmigt.

Der Gesetzgeber legt jedoch einen besonderen Wert auf die Neuerung, was zu einer verstärkten Kommunikation in der Öffentlichkeit führt. Das weckt Begehrlichkeiten bei den Kunden, so dass es zu vermehrten Anträgen kommen kann. Somit kommt es auch zu vermehrten Ablehnungen, nicht jedoch prozentual. Das sieht der Kunde aber nicht.

Es ist deshalb notwendig, dass die AOK Bremen/Bremerhaven ihr Verhalten anpasst und eine stärkere Ausrichtung auf das persönliche Gespräch mit dem Kunden – vor und bei der Antragstellung – ausrichtet.

## 8.1 Allgemeine Zielsetzung

Die Zielsetzung ist nicht die Ablehnung einer Kur, vielmehr gilt es, die richtige Leistung oder Maßnahme zum richtigen Zeitpunkt für den Kunden zu ermitteln und ihn letztlich bei der Erlangung der Leistung zu unterstützen, ohne dass es zu einer Unter-, Über- oder Fehlversorgung kommt. Durch den persönlichen Austausch zwischen Kunde und Kundenberater sollen möglichst auch Widersprüche vermieden werden.

Die Beratungsgespräche werden grundsätzlich persönlich durchgeführt. Beratungsgespräche sollen erfolgen

- vor der Antragstellung
- während der Antragstellung
- zur Entscheidungsmitteilung
- bei Bedarf nach der Kur.

## 8.2 Beratungsgespräch vor der Antragstellung

Erhalten wir Kenntnis, dass ein Antrag auf eine Maßnahme gestellt werden soll, laden wir den Kunden zu einem Informationsgespräch ein. Die Einladung erfolgt grundsätzlich schriftlich mit dem ZTV Schreiben 433.020. Erscheint eine schriftliche Einladung zeitlich nicht sinnvoll, wird der Kunde angerufen. Im Telefonat wird ihm zunächst das Angebot eines persönlichen Beratungsgesprächs gemacht. Nur in Einzelfällen soll die Beratung telefonisch durchgeführt werden, wenn der Kunde z.B. außerhalb Bremens oder Bremerhaven wohnt (also die Entfernung zu weit ist) oder Mobilitätseinschränkungen beim Kunden vorliegen.

### 8.2.1 Ziel des Beratungsgesprächs vor der Antragstellung

In einem ersten Gespräch gilt es zu klären, ob eine Maßnahme notwendig ist und welche das sein kann. Dem Kunden ist zu verdeutlichen, was eine Kur beinhaltet, wann sie in Frage kommt und was sie leisten kann. Müsste sein Anliegen zu einer Über-, Unter- oder Fehlversorgung führen, dann sind Alternativleistungen anzubieten; bei deren Inanspruchnahme (z.B. Antragstellung) ist zu helfen.

### 8.2.2 Inhalte des Beratungsgesprächs vor der Antragstellung

Das Beratungsgespräch orientiert sich am Leitfaden des optimalen Kundengesprächs. Ebenso sind die vorhandenen Ich-Proaktive zu nutzen.

Die Hintergründe für die Antragstellung sind zu ermitteln. Dabei gilt es herauszufinden,

- wer den Anstoß zur Beantragung einer Kur gegeben hat
- ob eine Kur erforderlich ist
- ob die geplante Kur die richtige ist
- ob andere Kostenträger zuständig sind
- ob ambulante Maßnahmen ausreichend sind (bei Mütter, Mutter-Kind)
- ob ambulante Maßnahmen ausreichend und ausgeschöpft sind (bei Vorsorge, Reha)
- ob andere Maßnahmen erforderlich sind.

Sie dienen der zielgerichteten weiteren Beratung, die auf der Erkenntnis des Hintergrundes aufbaut.

Die Beratungsbögen sind unter dem ZTV-Schreiben 433.200 für den Bereich Reha/Vorsorge und den Bereich Mütter-/Mutter-Kind-Vorsorge zu finden.



Ebenso wichtig ist die Ermittlung der Erwartungshaltung des Kunden. Dabei muss sich der Kundenberater immer die Frage stellen, ob eine Kur die Erwartungen des Kunden erfüllen kann. Ist dies nicht der Fall, muss es deutlich angesprochen werden. Gleichzeitig ist in dieser Situation gemeinsam mit dem Kunden nach Alternativen zu suchen

## **9. Medizinischer Dienst der Krankenversicherung**

Mit dem WSG-GKV ist zum 01.04.2007 u.a. eine Neuregelung für die Einschaltung des MDK bei Rehabilitationsanträgen eingeführt worden. Demnach ist nur noch bei Stichproben und bei bestehenden Zweifeln eine MDK-Vorlage vorgesehen.

### **9.1. Stichprobenregelung nach dem GKV-WSG**

Diese Stichprobenregelung sieht vor, dass nur noch jeder 4. Antrag in der Reihenfolge des Eingangs durch den MDK zu prüfen ist. Anträge, die nicht in die Stichprobenregelung fallen, werden von den Mitarbeitern aus dem Fachbereich in Eigenverantwortung entschieden.

Dies bedeutet für die Mitarbeiter aus dem Fachbereich natürlich einen erhöhten Arbeitsaufwand, um alle notwendigen Angaben und Erkenntnisse zu erheben, die für den Leistungsentscheid notwendig sind.

Wie bereits unter Punkt 8 angekündigt, hat die AOK Bremen/ Bremerhaven ihr Verhalten angepasst und eine verstärkt auf das persönliche Gespräch mit dem Kunden – vor und bei der Antragstellung – ausgerichtet.

### **9.2. Gründe für die Einführung der Stichprobenregelung**

Mit der Einführung der Stichprobenregelung sollte das Antragsverfahren für den Antragssteller und auch für die Krankenkassen erleichtert und entbürokratisiert werden. Gleichzeitig soll durch diese Regelung der Medizinische Dienst der Krankenkassen entlastet werden.

Für den Versicherten bedeutet dies natürlich eine kürzere Bearbeitungszeit seines Antrages und eine höhere Servicequalität durch die Einführung persönlichen Beratungsgespräche.

### **9.3. Die Richtlinie zur MDK-Stichprobenregelung vom 02.07.2008**

#### **Welche Leistungsarten fallen in die Stichprobenprüfung?**

- Ambulante Vorsorgeleistungen § 23 Abs. 2 SGB V
- Stationäre Vorsorgeleistungen § 23 Abs. 4 SGB V
- Stationäre Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter § 24 SGB V
- Ambulante Rehabilitationsleistungen incl. Mobile Rehabilitation § 40 Abs. 1 SGB V
- Ambulante Anschlussrehabilitationen § 40 Abs. 1 SGB V
- Stationäre Rehabilitationsleistungen § 40 Abs. 2 SGB V
- Stationäre Anschlussrehabilitation § 40 Abs. 2 SGB V
- Stationäre Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter § 41 SGB V

## - Wann ist eine Stellungnahme über den MDK immer notwendig?

§ 275 Abs. 1 SGB V: „... wenn es nach Art, Schwere, Dauer und Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist ....“

Was bedeutet diese Aussage nun genau? Die Stellungnahme ist nötig bei:

- Zweifeln an der medizinischen Notwendigkeit der beantragten Leistung aufgrund unvollständiger oder nicht plausibler Angaben im ärztlichen Befundbericht zu Vorsorge-/Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und -zielen (den sogenannten Zweifelsfällen)
- Leistungen vor Ablauf von vier Jahren (bei ambulanten Vorsorgeleistungen vor Ablauf von drei Jahren), wenn sich die aus medizinischen Gründen erforderliche Dringlichkeit nicht zweifelsfrei aus den Antragsunterlagen ergibt.

## - Ausnahmen von der Stichprobenprüfung

Eine Stichprobenprüfung braucht nicht durchgeführt werden bei:

- Anschlussrehabilitation

Wenn die Voraussetzungen für eine AHB vorliegen und die Verlegung im Rahmen eines AHB-/AR-Verfahrens erfolgt oder die Voraussetzungen für eine AHB zwar vorliegen, die Verlegung jedoch aus medizinischen, persönlichen oder Kapazitätsgründen innerhalb von 2 Wochen, spätestens innerhalb von 6 Wochen erfolgt.

- Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche

Es kann von einer Begutachtung abgesehen werden, wenn aus der medizinischen Begründung eindeutig die Notwendigkeit der Versorgung hervorgeht.

- Disease-Management-Programm (DMP)

Es kann von einer Begutachtung abgesehen werden, wenn die antragsrelevante Diagnose im Zusammenhang mit dem DMP steht.

- Integrierte Versorgung (IV)

Es kann von einer Begutachtung abgesehen werden, wenn die Integrationsverträge die Rehabilitation mit einschließen.

## - Verlängerungsanträge

Bei Verlängerungsanträgen ist generell der MDK einzuschalten.

## - Ausnahmen bei Verlängerungsanträgen

Es kann auf eine Einschaltung des MDK verzichtet werden, wenn:

- wegen der Schwere der Krankheitsauswirkungen das Rehabilitationsziel noch nicht erreicht wurde, oder
- die Rehabilitation in Folge einer interkurrenten (dazukommenden) Erkrankung unterbrochen werden musste
- und die beantragte Verlängerungszeit eine Woche nicht übersteigt.

#### **9.4. Umsetzung der MDK-Stichprobenregelung**

Wie wird nun die MDK-Stichprobenregelung intern umgesetzt?

Eine Filterung jedes 4. Antrages in der Reihenfolge des Eingangs ist sehr zeit- und arbeitsaufwendig. Die AOK-Gemeinschaft hat sich daher auf die „Quartals-Stichprobenregelung“ geeinigt.

Hierbei werden alle Anträge von Versicherten, deren Geburtsdatum in das aktuelle Quartal fallen, als Stichprobe an den MDK weitergegeben.

Beispiel: Wir befinden uns um Quartal 3/2011:

- Weitergabe aller Anträge an den MDK, wenn der Antragssteller in den Monaten Juli, August, September geboren ist.