

Vorsorge und Rehabilitation in der Sozialmedizin

Der Begutachtungsauftrag des MDK Bayern

Die Kur als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurde bereits mit der Gesundheitsreform 2000 aus dem für die Krankenkassen zuständigen Sozialgesetzbuch (SGB V) gestrichen. Das SGB V enthält seitdem die §§ 23 und 24 für die Vorsorge sowie §§ 40 und 41 für die Rehabilitation. In nachgesetzlichen Regelungen ist festgelegt, dass unter Vorsorge die primäre und sekundäre Prävention zu verstehen ist und der Begriff der Rehabilitation die tertiäre Prävention beinhaltet.

Obwohl seit zwölf Jahren abgeschafft, hält sich der Begriff der „Kur“ hartnäckig im Sprachgebrauch der Bevölkerung. Dadurch gehen wesentliche inhaltliche Aspekte der Vorsorge und Rehabilitation allzu leicht verloren. Von der „Kur“ wusste jeder, dass sie einfach „gut tut“, ein weitergehender rationaler Kern dieser Leistung war kaum auszumachen. Dagegen sind die Begriffe Prävention und Rehabilitation klar definiert. Damit ist inhaltlich ein rationaler Zugang zu diesen Leistungen möglich, eine Perspektive, die mit dem Begriff „Kur“ und ihren vorwiegend emotionalen Bezügen verloren geht.

Leistungen der Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen durch einen primär edu-

cativen Ansatz leisten, zum Beispiel Reduzierung von Bewegungsmangel oder Förderung des Nichtrauchens.

Sekundärprävention dient der Früherkennung und Frühbehandlung einer Erkrankung. Sie soll die Inzidenzrate manifester oder fortgeschrittener Erkrankungen senken. Sekundärpräventive Leistungen werden von den Krankenkassen insbesondere im Rahmen der Vorsorge nach § 23 SGB V erbracht, zum Beispiel als ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten oder in Ausnahmefällen als stationäre Leistungen in Kliniken, mit denen ein entsprechender Versorgungsvertrag besteht. Die Anträge für diese Leistungen sind von jeder Krankenkasse sehr individuell gestaltet und sollten bei der jeweils zuständigen Kasse angefordert werden.

Medizinische Rehabilitation in der Gesetzlichen Krankenversicherung zielt darauf ab, manifeste alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Teilhabe einschließlich der Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern oder ihre Folgen zu mildern. Etwas vereinfacht gilt der Grundsatz „Reha vor Pflege“.

Die Leistungen der Rehabilitation werden vom Versicherten beantragt und vom Vertragsarzt verordnet. In Zusammenarbeit mit der Kas- senärztlichen Vereinigung ist die „Rehabilitations-Richtlinie“ entstanden, die die Einzelheiten



Foto: Eric Fahmer – Fotolia.com

der Einleitung und Verordnung von Leistungen zur Rehabilitation regelt, einschließlich eines für alle Kassen einheitlichen Verordnungsformulars.

Für Leistungen der medizinischen Rehabilitation können auch andere Träger als die Krankenkassen zuständig sein. Für unklare Fälle wurde den Sozialleistungsträgern vom Gesetzgeber ein Verfahren zur Klärung der Zuständigkeit vorgegeben, sodass ein beim nicht zuständigen Träger eingereichter Antrag automatisch an den zuständigen weitergeleitet wird. Zur Vermeidung zeitlicher Verzögerungen sollte der Antrag aber nach Möglichkeit beim richtigen, dem zuständigen Träger gestellt werden. Zur Beratung und Unterstützung der Versicherten, auch zur Klärung der Zuständigkeit, wurden flächendeckend Servicestellen eingerichtet. Die jeweils zuständige Servicestelle kann bei jeder Krankenkasse erfragt werden.

Ist die Krankenkasse zuständig, prüft sie den Antrag und die Verordnung von Vorsorge oder Rehabilitation auf deren Notwendigkeit. Stichproben, in der Regel 25 Prozent der Verordnungen, können dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zur Prüfung vorgelegt werden, dennoch bleibt die jeweilige Krankenkasse Herrin des Verfahrens. Die Stichprobenprüfung ist im SGB V § 275 Absatz 2, Satz 1 geregelt. Näheres ist in der „Richtlinie über Umfang und Auswahl der Stichproben bei der Begutachtung durch den MDK“, die 2008 vom GKV-Spitzenverband beschlossen wurde, festgelegt. Die Richtlinie ist auf der MDK-Homepage www.mdk.de („Reha-Begutachtung“) einsehbar. Daher kann der MDK keine Entscheidung über die Gewährung einer Leistung treffen, sondern lediglich eine medizinisch begründete Empfehlung abgeben. Für

Rechtliche Grundlagen für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen

Ein Anspruch auf stationäre Rehabilitationsleistungen besteht immer dann, wenn ambulante Rehabilitationsleistungen nicht ausreichen, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen oder abzumildern (§ 40 SGB V). Das SGB V unterscheidet zwischen Krankenhäusern, die Krankenhausbehandlungen oder Geburtshilfe durchführen (§ 107 Abs. 1) und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (§ 107 Abs. 2), die entweder einer zukünftigen Krankheit entgegenwirken sollen (Vorsorge) oder dem Zweck dienen, eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhindern oder Krankheitsbeschwerden zu lindern auch mit dem Ziel, eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden (Rehabilitation). Die Krankenkassen dürfen medizinische Leistungen zur Vorsorge (§ 23 SGB V) oder zur Rehabilitation (§ 40 SGB V) nur in Einrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht (§ 111 SGB V). Die Vorsorge und Rehabilitationseinrichtungen müssen den Anforderungen des § 107 Abs. 2 SGB V entsprechen und für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten erforderlich sein (§ 111 Abs. 2 SGB V).

Dr. Stefan Ueing (BLÄK)

diese Empfehlungen gibt es nachvollziehbare Kriterien, die für Leistungen der Rehabilitation in die Rehabilitationsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) eingeflossen sind („Richtlinie des G-BA über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – Rehabilitationsrichtlinie“ unter www.g-ba.de).

Vom MDK Bayern wurden im Jahr 2011 rund 180.000 Aufträge der Krankenkassen im Zusammenhang mit den verschiedensten Rehabilitationsleistungen (Erst- und Verlängerungsanträge) bearbeitet.

Das Gesagte gilt in gleicher Weise für Mütter/Väter- sowie Mutter-/Vater-Kind-Leistungen. Die Besonderheit dieser Leistungen besteht darin, dass bei gegebener Vorsorge- oder Rehabilitationsindikation die Lebensumstände der Mutter/des Vaters darüber entscheiden, ob die Leistung in einer Einrichtung des Muttergenesungswerkes bzw. einer gleichartigen Einrichtung erfolgen kann. In diesen Fällen hat die ambulante Erbringung der Leistung keinen Vorrang, diese Leistungen werden nach dem Wunsch des Gesetzgebers ausschließlich stationär angeboten.

Leistungen der Krankenkassen zur Rehabilitation verfolgen das Ziel, die Alltagskompetenz der Versicherten wiederherzustellen. Hierin liegt ein wesentlicher Schwerpunkt der Rehabilitation bei älteren Menschen, die bereits Einschränkungen ihrer Alltagsfähigkeit erfahren haben. Für diese Menschen existiert in Bayern flächendeckend ein Netz geriatrischer Rehabilitationskliniken.

Jeder Patient soll möglichst frühzeitig die Leistung erhalten, die ihm nach Gesetz zusteht und die die realistische Chance bietet, seine Lebenssituation nachhaltig zu verbessern und seine Selbstständigkeit zu erhalten. Aus unserer Sicht bilden qualifizierte und nachvollziehbare Verordnungen die Grundlage für eine zeitgerechte Realisierung einer am tatsächlichen Bedarf orientierten Versorgung der Patienten mit Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation.

Autor



Dr. Sabine Baum-Euler, Ärztliche Gutachterin im Fachteam Rehabilitation beim MDK Bayern, Putzbrunner Straße 73, 81739 München

Medizinisches Silbenrätsel

Aus den folgenden Silben und Erläuterungen sind 13 medizinische Suchworte zu bilden. Die Anfangsbuchstaben dieser Suchworte ergeben von oben nach unten gelesen das Lösungswort.

Aus den Einsendern der richtigen Lösung wird ein Gewinner gezogen, der als Anerkennung einen Preis erhält. Der Gewinner wird schriftlich informiert. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Lösungswort einsenden an: Redaktion *Bayerisches Ärzteblatt*, Stichwort „Kreuzworträtsel 5/2012“, Mühlbauerstraße 16, 81677 München, Fax 089 4147-202, E-Mail: aerzteblatt@blaek.de

Einsendeschluss: 7. Juni 2011

A – AK – AL – AL – BEL – BER – BLAS – BO – CHE – CI – EK – EL – EM – FA – FAK – GA – GE – GEN – GI – HER – ILEO – IS – KAL – Klap – KNOR – LAMP – LE – LIE – LIE – LO – LUN – ME – ME – ME – MIE – NA – NIE – NIN – OL – OM – OPH – PA – PE – PEL – PIN – PRAE – RE – RHO – RI – RING – RO – ROE – SAL – SE – SE – SIE – TELN – THAL – TIS – TO – TOM – TRA – US – XER – ZAE – ZIR

1. Bauchwandbruch mit Erweiterung des Umbilicus als Bruchpforte

2. Intrakranieller Tumor, der meist in den Frontallappen wächst

3. Teil der Luftröhre

4. Häufigste Lähmung eines peripheren Nervs

5. Dysontogenetischer epithelialer rezidivfreudiger Kiefertumor ausgehend von Resten des undifferenzierten Schmelzorgans

6. Gefürchtete Komplikation einer langfristigen Immobilisation

7. Bindegewebiger Umbau eines Bauchorgans

8. Komplikation der Spätschwangerschaft

9. Parvovirus B19-Infektion bei Kleinkindern und Jugendlichen

10. Symptom eines Tumors der Hirnanhangdrüse

11. Trockenheit des Auges bei Vitamin-A-Mangel

12. Struktur, die den Übergang von Dünn- in den Dickdarm markiert

13. Eileiterentzündung

© Dr. Özgür Yaldizli

Lösung:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13