

BERUFSVERBAND DER REHABILITATIONSÄRZTE E.V.



Vorsitzender: Dr. med. Hans-Martin Beyer

Panoramaweg 8, 87629 Füssen, Tel.-Nr. 08362-509900, Fax: 08362-509901, e-mail: hmb@thzf.de

Füssen, den 04. Mai 2006

Ergänzungen zum Positionspapier des Berufsverbandes der Rehabilitationsärzte e. V. zur Krankenbehandlung, Rehabilitation und Pflege

Nachtrag:

Morbidität erfassen: Es sei aus gegebenem Anlass und zum jetzigen Zeitpunkt (Diskussion um ein teils beitrags-, teils steuerfinanziertes, solidarisches Mischmodell zur Finanzierung des Gesundheitssystems mit Morbiditätsbezug) darauf aufmerksam gemacht, dass die von uns vorgeschlagene Implementierung der ICF ins SGB V auch einen wesentlichen Beitrag zur Lösung der Schwierigkeiten darstellen könnte, Morbidität zu erfassen (z.B. um beispielsweise variable Morbiditätszuschläge definieren zu können).

Die Medizinischen Dienste der Sozialversicherungen in Deutschland nutzen schon länger (vormals auf der Grundlage des ICIDH) den Ansatz, ihre Leistungsgewährung von der systematischen Erfassung von Diagnosen (ICD) + aller Komponenten der Funktionsfähigkeit (ICF) abhängig zu machen. Diese Idee (konkretisiert in den Begutachtungs-Richtlinien Vorsorge und Rehabilitation des MDS) grundsätzlich aufzugreifen, macht daher auch politisch Sinn, allerdings wäre es dringend erforderlich, die wissenschaftlichen Bemühungen auf diesem Gebiet intensiver zu fördern.

Zuständigkeiten erleichtern: Ein weiterer wichtiger Aspekt der Implementierung der ICF - nicht nur im SGB IX sondern auch im SGB V - ist die Vereinfachung der Zugangswege zur Rehabilitation und die Abklärung der Zuständigkeiten. Jedes medizinische Rehabilitations-Assessment müsste nämlich definieren welche Bereiche der Teilhabe eines Menschen im Wesentlichen durch die rehabilitationsbegründende Schädigung(en) betroffen wären, woraus sich jeweils der zuständige Leistungsträger ergäbe. Unter solchen Gesichtspunkten wird klar, dass die Zuständigkeit der unterschiedlichen Rehabilitationsträger sinnvoller Weise erhalten bliebe, die Zieldefinition allerdings deutlich präzisiert würde.

Erläuterung und Abgrenzung: Zudem haben die vielen positiven Reaktionen auf das Positionspapier des Berufsverbandes gezeigt, dass die vorgeschlagenen Änderungen des SGB V in Form des konsequenten Ausbaus der rehabilitativen Versorgungskette - auf der Grundlage einer gemeinsamen Sprache und Konzeption (ICF) - dazu beitragen könnten, die medizinischen Möglichkeiten und ökonomischen Ressourcen des Systems sinnvoller zu nutzen.

Die Auswertung ergab jedoch auch einen Erklärungsbedarf hinsichtlich des Begriffes der „gemeindebezogenen/ortsnahen Rehabilitationsprogramme“. Diesem Anliegen soll im Folgenden Rechnung getragen werden.

Zur Erinnerung:

vorgeschlagene Änderung: § 73 Abs. 2 Nr. 5 wird ergänzt:

„Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Durchführung von gemeindebezogenen/ortsnahen Rehabilitationsprogrammen“.

Erläuterung: Der Begriff der „gemeindebezogenen/ortsnahen Rehabilitationsprogramme“ beschreibt ICF-basierte, rehabilitative Behandlungsprozesse in der vertragsärztlichen Praxis.

Die Umsetzung solcher Programme in der Praxis niedergelassener Ärzte gewährleistet die zwingend erforderliche Patientennähe eines derartigen Leistungsangebotes. Solche Programme sind elementarer Bestandteil der ärztlichen Krankenbehandlung. Dies schließt jedoch nicht aus, dass auch der Rentenversicherungsträger - bei entsprechend primärer Beeinträchtigung der Teilhabe am Berufsleben - als Leistungsträger solcher ortsnaher Rehabilitationsprogramme in Frage käme. Der ggf. aufkeimenden Sorge einzelner Lobbyisten, es handele sich hier um „Reha-light-Programme“ sei entschieden widersprochen, denn solange rehabilitative Behandlungsprozesse auf der Grundlage eines ICF-basierten Assessments, einer Behandlungsplanung und der Koordination der beteiligten Berufsgruppen umgesetzt wird, können sie niemals „Reha-light“ sein.

Abgrenzung: Solche Programme konkurrieren nicht mit ambulanten oder stationären Leistungen zur Rehabilitation in Einrichtungen, sondern dienen der kontinuierlichen Patientenführung bei chronischen Erkrankungen, einschließlich chronisch schmerzkranker Patienten, Langzeittherapie von Menschen mit Behinderungen und Pflegedürftigkeit. Sie benötigen die enge haus- und fachärztliche Kooperation sowie die regelmäßige Zusammenarbeit mit den Berufsgruppen der Heilmittelerbringer und bedarfsorientiert - indikationsbezogen oder - übergreifend - mit der Pflege, Hilfsmittel- bzw. Reha-Technik und anderen Berufsgruppen des Gesundheitssystems (z.B. Diätassistentin)

Solche Programme könnten ferner als kurative Intensivtherapie akuter Erkrankungen eingesetzt werden (früh-rehabilitative Form), wenn frühzeitig erkennbar der Einsatz kurativer Einzelmaßnahmen nicht ausreicht, um die Behandlungsziele zu erreichen und im Regelfall das Zusammenwirken mindestens zweier Berufsgruppen des Gesundheitssystems erforderlich wird, ohne aber die umfassende Therapie im Rahmen einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation zu benötigen.

Ergänzung des Positionspapiers: Änderung des § 124 Abs. 3 SGB V: *(kursiv abgebildet)*

(3) Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und Ihnen vergleichbare Einrichtungen sowie Vertragsarztpraxen in denen „gemeindebezogene/ortsnahe Rehabilitationsprogramme“ durchgeführt werden, dürfen die in Absatz 1 genannten Heilmittel....

Begründung zur Ergänzung:

Ähnlich der gängigen Praxis in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen bedarf der rehabilitative Behandlungsprozess - auch innerhalb der Krankenbehandlung - der Therapie aus einer Hand, selbst wenn nur zwei Berufsgruppen an dieser beteiligt sind. Dies lässt sich bisher nur durch zumeist komplizierte vertragliche Regelungen im Rahmen von Partnerschaftsgesellschaften oder IV-Verträgen realisieren. Nachteil dieser Möglichkeiten sind jedoch die fehlende direkte ärztliche Anordnungsfähigkeit, Weisung und Aufsicht der veranlassenden Leistungen.

Solche Bedingungen sind aber wesentlich für die Gestaltung einer ICF-basierten Qualität des Behandlungsprozesses. Zudem erleichtern sie die Teamabstimmungen und befreien diese von ökonomischen Erwägungen kooperierender Einzelleistungserbringer.

Vertragsarztpraxen in denen „gemeindebezogene/ortsnahe Rehabilitationsprogramme“ durchgeführt werden, bedürfen daher der Möglichkeit, entsprechende Therapeuten anzustellen, deren Leistungen nicht über den EBM 2000 plus, sondern aus dem Pool der Heilmittelausgaben als Euro-Betrag mit entsprechendem Abschlag - ähnlich dem Vorgehen in Institutsambulanzen - finanziert werden.

Für den Vorstand des Berufsverbandes



Dr. med. Hans-Martin Beyer

1. Vorsitzender des Berufsverbandes der Rehabilitationsärzte e.V.