

Ergänzungsvereinbarung

zum Vertrag

gem. § 112 Abs. 1 SGB V zu § 112 Abs. 2 Nr. 5 SGB V

Nahtloser Übergang von der Krankenhausbehandlung zur geriatrischen Rehabilitation

zwischen

der Bayerischen Krankenhausgesellschaft e.V. (BKG), Radlsteg 1, 80331 München

und

der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse -, Carl-Wery-Straße 28, 81739 München

dem Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Landesvertretung Bayern,
Landwehrstraße 61, 80336 München

dem BKK Landesverband Bayern, Züricher Str. 25, 81476 München

der Bundesknappschaft, Verwaltungsstelle München, Friedrichstraße 19,
80801 München

dem Funktionellen Landesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen und
Pflegekassen in Bayern, (LdL/LdLP), Neumarkter Straße 35, 81673 München

dem IKK Bayern, Meglingerstraße 7, 81477 München

dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Landesvertretung Bayern,
Landwehrstraße 61, 80336 München

§ 1 Zielsetzung

Mit dieser Vereinbarung soll das Verfahren für einen nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur geriatrischen Rehabilitation geregelt werden. Damit werden folgende Ziele angestrebt:

- 1) Es soll den Anforderungen einer flächendeckenden, bedarfsnotwendigen und wohnortnahen geriatrischen Rehabilitationsversorgung Rechnung getragen werden.
- 2) Die besonderen Bedürfnisse der geriatrischen Patienten sollen berücksichtigt werden. Insbesondere soll zu einem Höchstmaß an selbstbestimmter Lebensgestaltung beigetragen und Pflegebedürftigkeit vermieden werden.
- 3) Die akutstationäre Behandlung ist auf die medizinisch notwendige Dauer zu begrenzen.

§ 2 Grundsätze

Dazu orientiert sich das Verfahren an folgenden Grundsätzen:

- 1) Der Übergang von der Krankenhausbehandlung in die geriatrische Rehabilitation erfolgt frühestmöglich, wenn

- Reha-Notwendigkeit
- Reha-Willigkeit
- Reha-Potential mit einer entsprechenden Reha-Prognose

vorliegen.

Der Krankenhausaufenthalt ist auf die medizinisch notwendige Dauer zu begrenzen; eine Verlegung in die geriatrische Rehabilitation kann jedoch erst erfolgen, wenn die Rehabilitationsfähigkeit des Patienten vorliegt.

- 2) Der Übergang von der Krankenhausbehandlung in die geriatrische Rehabilitation erfolgt nahtlos, d. h. in der Regel lückenlos, im unmittelbaren Anschluss an die Krankenhausbehandlung.
- 3) Die geriatrische Rehabilitation erfolgt wohnortnah.
- 4) Die Grundsätze "Rehabilitation vor Pflege" und "ambulant vor stationär" sind zu berücksichtigen.

§ 3 Beratung des Patienten

- 1) Das Krankenhaus hat bei multimorbiden Patienten mit spezifisch geriatrischen Funktionsstörungen, insbesondere bei Patienten mit den im Antragsformular aufgeführten Hauptdiagnosen, rechtzeitig auf die Einleitung von ambulanter oder stationärer geriatrischer Rehabilitation hinzuwirken.
- 2) Die Beratung dient auch dazu, die Bereitschaft des Patienten zur Mitarbeit bei der Therapie zu fördern und den Patienten dahingehend zu unterstützen, dass die Rehabilitationsmaßnahme möglichst zeitnah und nahtlos durchgeführt werden kann.

§ 4 Aufgaben des Krankenhauses

- 1) Das Krankenhaus hat, bevor das geriatrische Rehabilitationsverfahren (GRB-Verfahren) zur Anwendung gelangt, eine eventuell bestehende vorrangige Leistungspflicht anderer Sozialleistungsträger, wie z. B. des Rentenversicherungsträgers und des Trägers der Unfallversicherung, zu prüfen und gegebenenfalls einzuleiten.
- 2) Das Krankenhaus zeigt frühestmöglich unter Berücksichtigung des § 2 anhand des GRB-Antragsformulars (Anlage zur Vereinbarung) die Notwendigkeit einer geriatrischen Rehabilitation auf.
- 3) Liegen die Voraussetzungen für das GRB-Verfahren nicht vor, teilt der Krankenhausarzt der zuständigen Krankenkasse mit, welche andere Anschlussversorgung nach dem stationären Aufenthalt angezeigt ist. Das Krankenhaus hat in diesem Fall die übrigen Verträge gem. § 112 Abs. 2 SGB V (Nahtloser Übergang zur Rehabilitation, Nahtloser Übergang zur Pflege) zu beachten.

§ 5 Verfahren zum nahtlosen Übergang

- 1) Das Krankenhaus übermittelt nach Prüfung der Voraussetzungen nach den §§ 2 bis 4 unverzüglich das GRB-Antragsformular an die zuständige Krankenkasse.
- 2) Das Krankenhaus kann dabei eine anerkannte und geeignete geriatrische Rehabilitationseinrichtung unter Berücksichtigung der Wohnortnähe vorschlagen.
- 3) Die Krankenkasse entscheidet über den Antrag.
- 4) Die Krankenkasse vereinbart mit der von ihr ausgewählten geriatrischen Rehabilitationseinrichtung auf der Grundlage des vom Krankenhaus genannten voraussichtlichen Verlegungstages die mögliche Aufnahme.
- 5) Die Krankenkasse unterrichtet das Krankenhaus innerhalb von vier Arbeitstagen nach Eingang des Antrages durch Zusendung einer Ausfertigung der Seite 1 des GRB-Antragsformulars über die Entscheidung.
- 6) Stellt die geriatrische Rehabilitationseinrichtung fest, dass die Voraussetzungen einer erfolgversprechenden geriatrischen Rehabilitation offensichtlich nicht gegeben sind, kann sie den Patienten innerhalb 48 Stunden in das abgebende Akutkrankenhaus zurückverlegen. Die Krankenkasse ist über den Grund der Verlegung zu informieren.

§ 6 Interkurrente stationäre Akutbehandlung

Interkurrente stationäre Akutbehandlung führt nicht zwangsläufig zum Abbruch der geriatrischen Rehabilitationsbehandlung. Die Rehabilitationseinrichtung und das Akutkrankenhaus verständigen sich gegenseitig über die Wiederaufnahmemöglichkeit und gegebenenfalls über den Zeitpunkt der Rückverlegung in die Rehabilitationseinrichtung. Für den Verlegungstag gilt § 5 Absatz 7 entsprechend.

§ 7 Vordrucke

Für das GRB-Verfahren werden die als Anlage beigefügten Vordrucke verwendet.

§ 8 Ergänzender Regelungsbedarf

Die Vertragspartner erklären sich bereit, bei Bedarf weitere ergänzende Regelungen einvernehmlich zu treffen (z. B. Abrechnungsfragen, weitere Vertragsinhalte, u. a.).

§ 9 In-Kraft-Treten und Kündigung

- 1) Dieser Vertrag tritt am 01.03.2001 in Kraft; er kann mit einer Frist von einem Jahr durch einen eingeschriebenen Brief gekündigt werden.

Ergänzende Regelung

gemäß § 8
der

**Ergänzungsvereinbarung
zum Vertrag**

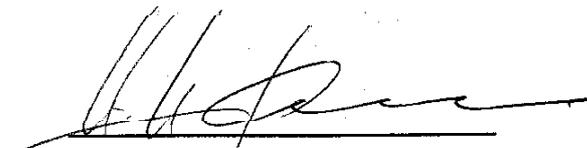
gem. § 112 Abs. 1 SGB V zu § 112 Abs. 2 Nr. 5 SGB V

Die Vertragsparteien vereinbaren, dass die Frist gem. § 5 Abs. 5 Satz 1 eingehalten wird.

Sofern ab In-Kraft-Treten der Vereinbarung - nach Ablauf von 12 Monaten - ein Vertragspartner den Nachweis erbringt, dass bei 5 v. H. der in geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen mit Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V behandelten Fälle der gesetzlichen Krankenversicherung die Frist nach § 5 Abs. 5 nicht eingehalten wird, erklären sich die Vertragsparteien bereit, folgende Ergänzung des § 5 vorzunehmen:

„Liegt dem Krankenhaus nach Ablauf der Frist nach § 5 Abs. 5 Satz 1 noch keine Entscheidung der Krankenkasse vor, kann es den Patienten in eine Rehabilitationseinrichtung nach Abs. 2 verlegen. Im Falle einer danach folgenden abweichenden Entscheidung durch die Krankenkasse werden die bis dahin angefallenen Kosten in der Rehabilitationseinrichtung von der Krankenkasse getragen.“

München, den 31.01.2001



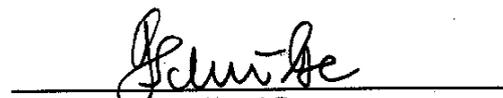
Bayerische Krankenhausgesellschaft



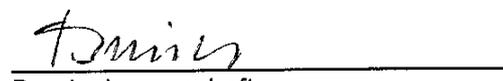
AOK Bayern - Die Gesundheitskasse



Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
Landesvertretung Bayern



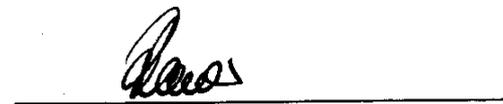
BKK-Landesverband Bayern



Bundesknappschaft
-Verwaltungsstelle München-



Funktioneller Landesverband
der Landwirtschaftlichen
Krankenkassen und Pflegekassen
in Bayern



Landesverband der
Innungskrankenkassen in Bayern



Verband der Angestellten-
Krankenkassen e.V.
Landesvertretung Bayern

Antrag auf Geriatrische Rehabilitation

Verlegende Klinik (Name, Anschrift):

Vorgeschlagene GRB-Klinik (Name, Anschrift):

Ansprechpartner (Name, Station, Telefonnummer) :

Tel.: _____ Fax: _____

Patient (Name, Vorname, Geburtsdatum):

Anschrift (Straße, PLZ, Ort):

Krankenkasse:

Versichertennummer (der Krankenkasse):

Aufnahmetag im Krankenhaus:

Datum der vorgesehenen Verlegung
in die geriatrische Rehabilitationsklinik:

Entscheidung der Krankenkasse

Der beantragten Behandlung für eine geriatrische Rehabilitation wird als

stationäre geriatrische Rehabilitation

ambulante geriatrische Rehabilitation

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

zugestimmt mit einer Verweildauer/ Behandlungsdauer für _____ Wochen.

wird nicht zugestimmt, weil _____

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse

Antragsformular für die Geriatrische Rehabilitationsbehandlung (GRB)
 Vom Akutkrankenhaus bitte komplett auszufüllen und an die zuständige Krankenkasse weiterzuleiten.

Patient:	Krankenkasse:
Name	Vorname
Geburtsdatum	

Rehabilitationsbegründende Diagnose (Verlegungsdiagnose): _____

ICD-10-Code: _____ Akutereignis am: _____

Weitere Diagnosen: _____

Bitte **geriatrische Besonderheiten** wie z. B. Immobilität, Sturzsyndrom bzw. rezidivierende Stürze, Kontinenzprobleme, intellektueller Abbau, Störungen bei der Ernährung und der Flüssigkeitsaufnahme, Dekubitus) angeben:

Barthel-Index

	<i>Bitte richtige Punktzahl einkreisen</i>	
Essen	Unabhängig - benützt Geschirr und Besteck	10
	Braucht Hilfe, z. B. beim Schneiden	5
	Total hilfsbedürftig	0
Rollstuhltransfer	Unabhängig, inkl. Rollstuhlarretierung und Fußstützen (oder vollmobil)	15
	Minime Assistenz oder Supervision	10
	Kann aufsitzen, braucht jedoch Hilfe für Transfer	5
	Kann sich nicht selbst aufsetzen	0
Persönliche Pflege	Wäscht Gesicht, kämmt und/oder rasiert sich, putzt Zähne	5
	Braucht Hilfe	0
Toilette	Unabhängig bei Benützung der Toilette oder Bettschüssel	10
	Braucht Hilfe, z. B. für Gleichgewicht, Kleiderhandhabung, Papier	5
	Kann nicht auf die Toilette	0
Baden	Badet ohne Hilfe	5
	Badet mit Hilfe	0
Bewegung	Unabhängig, mindestens 50 m, ggf. mit Gehstützen	15
	Geht ≥ 50 m mit geringer Hilfe	10
	Geht < 50 m mit geringer Hilfe oder fährt allein Rollstuhl ≥ 50 m	5
	Kann sich selbst im Rollstuhl nicht oder < 50 m fortbewegen	0
Treppensteigen	Unabhängig, ggf. mit Gehhilfe	10
	Braucht Hilfe oder Supervision	5
	Kann nicht Treppen steigen	0
Ankleiden	Unabhängig, inkl. Schuhe anziehen	10
	Hilfsbedürftig - kleidet sich mindestens zur Hälfte selbst an	5
	Total hilfsbedürftig	0
Stuhlkontrolle	Kontinent	10
	Kontinent mit Hilfe oder gelegentlich inkontinent	5
	Dauernd inkontinent	0
Urinkontrolle	Kontinent - kann Windeln, Vorlagen, Katheter selbst bedienen	10
	Teilweise inkontinent - braucht Hilfe beim Katheter	5
	Inkontinent - kann Windeln, Vorlagen, Katheter nicht selbst bedienen	0
Summe		

Angaben zur Operation

Datum der Operation:	Art der Operation:
Angaben zum Verlauf/Komplikationen:	
Im Falle von Frakturen / Gelenkersatz-Operationen: Die Extremität ist <input type="checkbox"/> voll belastbar <input type="checkbox"/> nur teilbelastbar mit _____ kg bis zum _____ (Datum) <input type="checkbox"/> nicht belastbar	

Antragsformular für die Geriatrische Rehabilitationsbehandlung (GRB)

Vom Akutkrankenhaus bitte komplett auszufüllen und an die zuständige Krankenkasse weiterzuleiten.

Seite 3 von 4

Medikation (Anzahl der verschiedenen Medikamente pro Tag):

keine Medikamente 1 - 4 Medikamente 5 und mehr Medikamente

Störungen der Sprache und des Sprechens:

Aphasie Dysarthrie Dysphonie _____

Störungen der Ernährung:

Schluckstörung Essschwäche Trinkschwäche

Der Patient ist untergewichtig normalgewichtig übergewichtig

Sehen: nicht beeinträchtigt beeinträchtigt stark beeinträchtigt

Hören: nicht beeinträchtigt beeinträchtigt stark beeinträchtigt

Störungen der Kognition:

Gedächtnisstörung: keine leichte mäßige schwere zeitweise

Orientierungsstörung: keine leichte mäßige schwere zeitweise

sonstige Störungen: Aufmerksamkeit Wahrnehmung Neglect Apraxie

ggf. Erläuterungen: _____

Störungen der Psyche:

Depression Vigilanz Unruhe

Weglauftendenz Psychotische Phänomene _____

Steht der Patient unter rechtlicher Betreuung?

nein ja noch zu klären/ beantragen

Falls ja, bitte Name und Adresse des vom Gericht bestellten Betreuers angeben: _____

Versorgung vor der Krankenhausaufnahme/Erkrankung:

zuhause alleine selbständig zuhause alleine mit Unterstützung Alten-/ Wohnheim
 zuhause mit pflegefähigen Angehörigen zuhause mit pflegebedürftigen Angehörigen Pflegeheim

Derzeit verwendete Hilfsmittel:

Rollstuhl Rollator o. ä. UA-Gehstützen OS/US-Prothese

PEG-Sonde Nasen-Magen-Sonde Stoma Hörgerät

Windeln Dauerkatheter Suprapubische Fistel Urinalkondom

sonstige _____

Derzeitige Therapie:

Derzeit im Krankenhaus durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen:

Krankengymnastik täglich wöchentlich (1x 2x 3x)

Ergotherapie täglich wöchentlich (1x 2x 3x)

Logopädie täglich wöchentlich (1x 2x 3x)

Mitwirkung bei Therapie und Pflege

aktiv aktiv nach Aufforderung passiv

Inn GRB-Verfahren sind folgende Hauptdiagnosen zugelassen:

- Folgezustand nach gefäßbedingten Gehirnfunktionsstörungen - insbesondere Schlaganfall
- Folgezustand nach operativ und konservativ versorgten Frakturen und Gelenkschäden
- Folgezustand nach Amputationen
- sonstige (z. B. wie entzündliche und degenerative Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates; Diabetes Mellitus mit diabetesbedingten Spätschäden; peripher-arterielle Verschlusskrankheit; ischämische Herzkrankheiten; Folgezustand nach Pneumonie; neurologische Erkrankungen - insbesondere Morbus Parkinson und Parkinson-Syndrom; Folgezustand nach schweren chirurgischen Eingriffen)
- spezifische geriatrische Funktionsstörungen (z. B. Immobilität, Sturzsyndrom bzw. rezidivierende Stürze, Kontinenzprobleme, intellektueller Abbau, Dekubitus, Störungen bei der Ernährung und der Flüssigkeitsaufnahme)

Antragsformular für die Geriatrische Rehabilitationsbehandlung (GRB)

Vom Akutkrankenhaus bitte komplett auszufüllen und an die zuständige Krankenkasse weiterzuleiten.

Seite 4 von 4

Worin wird das individuelle realistische Rehabilitationsziel gesehen? _____

Der Patient befindet sich seit dem _____ (bitte Datum angeben) in stationärer Krankenhausbehandlung.

Eine Verlegung in die geriatrische Rehabilitationsklinik könnte ab dem _____ (bitte Datum angeben) erfolgen.

Als ambulante / stationäre (nicht zutreffendes bitte streichen) geriatrische Rehabilitationsklinik wird vorgeschlagen:

Hiermit werden Rehabilitationsnotwendigkeit und -fähigkeit bestätigt.

Erläuterungen:

Rehabilitationsnotwendigkeit ist gegeben, um erworbene gesundheitliche Defizite zu mindern, insbesondere auch, um Selbständigkeit im täglichen Leben wiederzuerlangen oder zu verbessern, um Hilfe- und Pflegebedarf zu vermindern oder um bei drohender oder beginnender Verschlechterung den Gesundheitszustand zu erhalten.

Rehabilitationsfähigkeit liegt vor, wenn bei der Patientin / dem Patienten ein Rehabilitationspotential zum Verlegungszeitpunkt erkennbar ist; insbesondere muss die Fähigkeit zur Mitarbeit bei therapeutischen Maßnahmen gegeben sein.

Bemerkungen:

Datum

Stempel

Unterschrift des verlegenden Arztes

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 2 Nr. 2 und Abs. 4 SGB X):

Die vorgenannten Daten sind zur Prüfung des Anspruchs auf Rehabilitationsmaßnahmen notwendig. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung sind §§ 284 Abs. 1 Nr. 4 i. V. m. 40 SGB V. Ihre Auskunftspflicht ergibt sich aus § 73 Abs. 2 Nr. 9 SGB V i. V. m. § 100 Abs. 1 SGB X.

Dieses Antragsformular ersetzt nicht den Verlegungsarztbrief.

Um Rückfragen zu vermeiden wird gebeten, dem Patienten bei Verlegung die wichtigsten medizinischen Informationen (Anamnese-Daten, Laborbefunde, technische Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder, etc.) mitzugeben.

Name und Telefonnummer

der nächsten Bezugsperson des Patienten:

Zustimmungserklärung des Patienten

Name

Vorname

Geburtsdatum

Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankenkasse von den mich behandelnden Ärzten, Krankenhäusern und den im Antrag genannten Leistungsträgern ärztliche Unterlagen und Auskünfte sowie in deren Besitz befindliche Fremdbefunde anfordern kann, soweit diese für die Beurteilung und Entscheidung über meinen Antrag auf Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich sind. Insoweit entbinde ich die oben genannten Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Ich gestatte die Weitergabe der Angaben an den medizinischen Dienst und die Übermittlung der von diesen erstellten Gutachten an meine Krankenkasse.
Ich weiß, dass ich der Übermittlung meiner medizinischen Daten an meine Krankenkasse widersprechen kann.

Datum

Unterschrift des Patienten oder der Hilfsperson
gem. erklärtem Willen des Patienten oder rechtlicher Betreuer

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X):

Die vorgenannten Daten sind zur Beurteilung Ihres Antrages auf Rehabilitationsmaßnahmen notwendig. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung sind §§ 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V und § 40 SGB V. Ihre Mitwirkungspflicht ergibt sich aus § 60 SGB I. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung (§ 66 SGB I) führen. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.