

Die neuen Rehabilitationsrichtlinien (Teil II)

So verordnen Sie richtig



Muster 61 A-D

Wie bereits im ersten Teil beschrieben, sind am 1. März 2005 die neuen Richtlinien über die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Kraft getreten. Nachfolgend stellen wir Ihnen anhand eines Fallbeispiels die Indikationsstellung und Allokationsempfehlung für eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme nach § 111a SGB V dar.

Das Formular zur Verordnung von medizinischer Rehabilitation, Muster 61, ist in vier Teile (A-D) untergliedert.

Im **Teil A** werden Sozial- und klinische Anamnese, rehabilitationsrelevante und weitere Diagnosen erfragt. Die Diagnosen werden nach der bekannten ICD 10 Klassifizierung kodiert.

Ein Fallbeispiel aus der Kardiologie ergibt z.B. folgende Hauptdiagnosen:

1. Herzinsuffizienz NYHA Stad II-III (ICD 10: I 50.9)
 2. KHK mit eingeschränkter linksventrikulärer Funktion (ICD 10: I 25.12)
- Nebendiagnose:
3. degeneratives Wirbelsäulensyndrom (ICD 10: M 47.8)

Reha-Bedürftigkeit. Im Teil B wird die Rehabilitationsbedürftigkeit erfragt und ggf. um Befundbeilagen zu den rehabilitationsrelevanten Schädigungen gebeten. Cave: die Reha-Bedürftigkeit drückt sich nicht allein durch das Ausmaß der Schädigung aus. Dieses kann u.U. sogar in den Hintergrund rücken. Wichtig für die Reha-Bedürftigkeit ist besonders eine aus der Schädigung resultierende ver-

minderte oder bedrohte Aktivität oder Teilhabe des Patienten am sozialen und/oder gesellschaftlichen Leben. Eine wesentliche Rolle spielen auch individuelle Kontextfaktoren (1, 3).

Reha-relevante Schädigungen.

Typische rehabilitationsrelevante Schädigungen bei kardiologischen Patienten sind beispielsweise: ischämische oder idiopathische Kardiomyopathie mit unzureichender körperlicher Belastbarkeit (Symptom: Atemnot, Erschöpfung), belastungsinduzierte Koronarsuffizienz mit niedrigschwelliger Angina pectoris, kardiovaskulärbedingte Minderperfusion abhängiger Organsysteme (z.B. cerebro-vaskuläre Insuffizienz, Verdauungsinsuffizienz bei Rechtsherzinsuffizienz), reduzierte respiratorische Reserve, belastungsabhängige Herzrhythmusstörungen.

Alltagsrelevante Beeinträchtigungen.

Darüber hinaus werden schematisch (Ankreuzschema) alltagsrelevante Beeinträchtigungen von Aktivität und Teilhabe im sozialen und gesellschaftlichen Leben erfaßt. Rehabilitationsrelevant sind hierbei auch Umstände wie Rückzug aus sozialen Kontakten infolge krankheitsbeding-

ter Ängste, schwere innere Konflikte bei der Krankheitsverarbeitung, fehlende Bewältigung komplexer Tagesabläufe. Rehabilitationsrelevante positive und negative Kontext- und Risikofaktoren komplettieren Teil B, wie z.B. guter oder fehlender social support, Mehrfachbelastungen durch betreuungsbedürftige Angehörige, fehlende Kompetenz bei der adäquaten Nahrungsauswahl und -zubereitung. Die bekannten typischen Risikofaktoren sind ebenfalls in einem Ankreuzschema festzuhalten.

Bisherige Maßnahmen. Im Teil C werden bisherige Maßnahmen der Krankenbehandlung in Bezug auf die rehabilitationsbegründende Hauptindikation erfaßt. Es muß klar dargestellt sein, daß umfassende ambulante Maßnahmen bereits im Vorfeld durchgeführt wurden und ohne ausreichenden Therapieerfolg geblieben sind. Als rehabilitationsfähig ist nur derjenige einzustufen, der physisch, psychisch und kognitiv über eine ausreichende Verfassung verfügt und bei dem eine aktive Mitarbeit erwartet werden kann.

Reha-Ziele. Die Rehabilitationsziele sollen möglichst konkret auf den verschiedenen Ebenen benannt sein.

Sie beziehen sich zum einen auf die vorhandenen Schädigungen. Spezifische Ziele im kardiologischen Fall sind z.B. Besserung der kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit oder Reduzierung von Angina pectoris-Anfällen. Zum anderen sind Besserung der Belastbarkeit und Ausdauer, bessere Bewältigung der Anforderungen des Alltags, Erhalt der Fähigkeit zur Selbstversorgung, Verminderung des sozialen Rückzugs Beispiele von Rehabilitationszielen hinsichtlich der Aktivität und Teilhabe am sozialen und gesellschaftlichen Leben. Individuelle Umwelt- und Kontextfaktoren können Beeinträchtigungen der Aktivität und Partizipation verstärken oder vermindern.

BAR-Empfehlungen. Die BAR-Rahmenempfehlungen (3) verweisen darauf, daß diese individuell berücksichtigt werden sollen. Hinsichtlich der kardiologischen Rehabilitation sind u.a. besonders relevant: Anleitung zu gesundheitsbewußter Ernährung, Motivation zur Lebensstiländerung, Abbau von Risikofaktoren, wie Optimierung des Körpergewichts und des Lipidstoffwechsels sowie Verbesserung der Alltagsbewegung.

Beachte: die konkrete Behebung oder Besserung der Schädigung ist Leistung der kurativen Medizin und damit nicht spezielles Ziel der trägerspezifischen Rehabilitation der gesetzlichen Krankenversicherung!

Allokationsempfehlungen. Teil D geht u.a. auf Allokationsempfehlungen ein. Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung, wie besondere Therapieangebote, inhaltliche Schwerpunkte werden erfragt. Hier sind für die kardiologische Rehabilitation u.a. relevant: Möglichkeit der Durchführung von Kardiosport, Trainings- oder Terraintherapie, ernährungsmedizinische Angebote, einschließlich Lehrküchentraining, psychotherapeutische Angebote, einschließlich Streßreduktionstechniken.

Literatur:

1. WHO: ICF – Introduction. www.who.int/classification/icf/intros/ 54th World Health Assembly indorsement of ICF for international use. May 22nd,2001 (resolution WHO 54.21).
2. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2005) Vereinbarungen zu Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 135 Abs.2.SGB V zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ... Deutsches Ärzteblatt Jg. 102, Heft 8, 25.Feb. 2005, B 450-452.
3. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: BAR-Rahmenempfehlungen, Frankfurt-Main, 2000. www.bar-frankfurt.de.



Dr. Anna
Wessel
Fachärztin
für Innere
Medizin
Chefärztlin



Dr. Malika
Sekkal
Fachärztin für
Innere Medizin
Oberärztlin

Bereich Rehabilitation und Prävention, Gesundheitszentrum
Hemau, 93121 Regenstauf