

Handlungsanleitung
für TK-Mitarbeiter bei der Entscheidungsfindung
im Rahmen des Genehmigungsverfahrens
zur Ambulanten Muskuloskelettalen Rehabilitation (AMR)
(Langfassung)

Von
Dr. Holger Hoppe und
Dr. René Toussaint

März 2009

Inhaltsverzeichnis

- 1. Vorwort**
- 2. Theoretische Ansätze und Grundlagen**
- 3. Zugangswege**
- 4. Verordnung mittels der Formular 60 und 61 durch Vertragsärzte**
- 5. Anschlussheilbehandlung (AHB)**
- 6. Mögliche Indikationen für die AMR**
- 7. Unterschiede zwischen ambulanter und stationärer Rehabilitation**
- 8. Möglichkeiten zur Flexibilisierung**
- 9. Quellen**
- 10. Anlagen**
 - a. Formular 60**
 - b. Formular 61**
 - c. Verlängerungsantrag**

1. Einleitung

Ziel dieser Anleitung soll sein, eine bessere Versorgungsqualität der TK-Versicherten im ambulanten Rehabilitationsbereich zu erreichen, aber auch unter dem wichtigen Aspekt der Kostenregulierung günstigere Bedingungen für die Techniker Krankenkasse zu schaffen. Damit soll den Mitarbeitern der TK eine Hilfe im Rahmen des Genehmigungsverfahrens zur Ambulanten Muskuloskelettalen Rehabilitation (AMR) gegeben werden. Zwar ist die Anleitung für Patienten mit muskuloskelettalen Erkrankungen ausgelegt, kann aber durchaus auch für andere Indikationsgebiete angewandt werden.

Die Autoren sind Ärzte aus Ambulanten Reha-Einrichtungen, die mit den täglichen Problemen der Patienten im Verlauf der Rehabilitation vertraut sind und aus ihrem umfangreichen Erfahrungsschatz zunächst grundlegende Aspekte der Rehabilitation darstellen.

Danach werden die Zugangswege und wichtige Indikationen der ambulanten Rehabilitation mit den sich daraus ergebenden Problemen dargestellt. Schließlich werden Möglichkeiten zur Flexibilisierung mit dem Ziel aufgezeigt, die Reha-Ergebnisse noch weiter zu verbessern, aber auch zu einer deutlichen Kosteneinsparung führen können.

Grundlage der folgenden Ausführungen bilden primär die Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) in Frankfurt/Main, jedoch wurde der Schwerpunkt auf praxisnahe und praktische Lösungsansätze im Interesse der Versicherten der TK gelegt.

2. Theoretische Ansätze und Grundlagen

Während in der Akutmedizin die ICD-10, die Klassifikation der Krankheiten, im Vordergrund steht, werden in der Rehabilitation primär die Folgen einer Krankheit, die daraus resultierenden Störungen der Körperfunktionen, die Einschränkungen der körperlichen und geistigen Fähigkeiten, die Behinderungen, die drohende oder bestehende Pflegebedürftigkeit und/oder die Gefährdung der Erwerbsfähigkeit behandelt.

Die Therapiekonzepte beinhalten sowohl in ambulanten wie auch stationären Reha-Kliniken vor allem krankengymnastische, physiotherapeutische, trainingstherapeutische, psychologische, verhaltensmedizinische, ergotherapeutische und logopädische Elemente. Zudem soll durch entsprechende Schulungen und Vorträge das Gesundheitsbewusstsein des Patienten gestärkt werden. Sozial- und Ernährungsberatung flankieren bei Bedarf die Therapiemaßnahmen.

Dabei stützen sich die Beurteilungsgrundlagen der Rehabilitation weniger auf die ICD, sondern vor allem auf die ICF (International classification of functioning) der WHO. Sie beschreibt umfassend den funktionalen Gesundheitszustand eines Menschen mit Hilfe der vier Komponenten

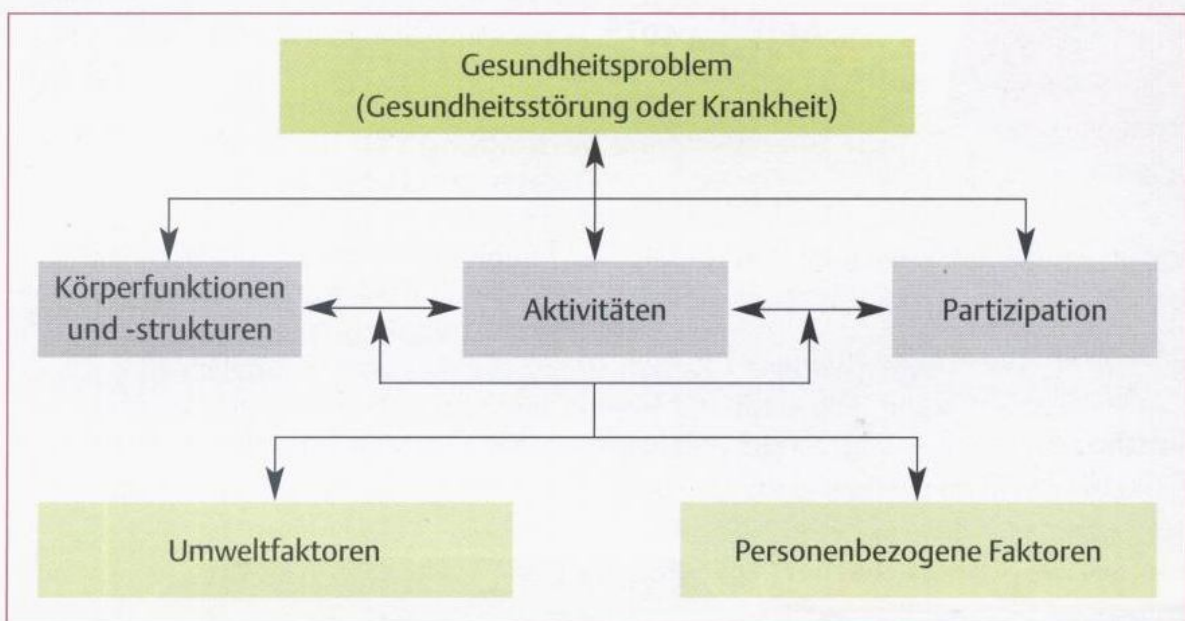
- Körperfunktion und Körperstruktur
- Aktivität
- Partizipation (Teilhabe)
- Umwelt und personenbezogene Faktoren

Damit lässt sich jeder Gesundheits- und Krankheitszustand eines Menschen in dessen Lebensumständen darstellen und stellt damit das theoretische Gerüst der Rehabilitation dar. (s. Kasten 1 und Abb. 1)

Die Umsetzung der ICF in der Rehabilitation mit Berücksichtigung der verschiedenen Dimensionen des biopsychosozialen Krankheitsfolgenmodells fordert ein umfassendes, ganzheitlich und interdisziplinär angelegtes Rehabilitationskonzept.

Kasten 1

- **ICD** = Klassifikation von Diagnosen und Gesundheitsproblemen als Einheiten gleicher Ätiologie, Pathogenese und Manifestation (bio-medizinisches Modell)
- **ICF** = geht vom Begriff der „funktionalen Gesundheit“ aus und beschreibt die aus Krankheiten und Gesundheitsstörungen resultierenden Folgeerscheinungen für das Individuum (bio-psycho-soziales Modell)



aus: ICF. Genf: WHO; 2001

Demzufolge ist eine Person *funktional gesund*, wenn

- vor dem Hintergrund der Kontextfaktoren ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen
- sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsprobleme (ICD-10) erwartet wird,
- sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitliche Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder –strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird.

Die ICF verbindet also zwei Modelle – das medizinische und soziale. Medizinisch gesehen kann eine Person behindert sein, so dass sie fachgerechte medizinische Versorgung benötigt und sich den veränderten Fähigkeiten gegenüber ihrer Umwelt anpassen muss. Auf der anderen Seite steht das soziale Modell, nach dem die Person durch die gesellschaftlichen Probleme behindert ist.

Es stellt sich also insbesondere während der Rehabilitation die Frage, wie man eine solche Person mit ihrem Handicap in ihre Umwelt, in den Alltag, in die Gesellschaft (re-)integrieren kann, so dass sie wieder ihren Aktivitäten nachgehen kann und die tagtägliche Teilhabe gesichert ist.

Zudem bildet die ICF die sprachliche Grundlage für alle im Rehabilitationsgeschehen beteiligten Berufsgruppen, z.B. zwischen Rehabilitationsmedizinern und Krankenkassenmitarbeitern¹. Andererseits müssen die an der Rehabilitation eines Patienten beteiligten Berufsgruppen die Sprache des Patienten in die ICF „übersetzen“.

Der Patient sieht nur die durch die Krankheit entstandenen Einbußen der Aktivität und Teilhabe, für ihn ist es in erster Linie wichtig, sich allein versorgen, arbeiten und seinen Interessen nachgehen zu können. Dies ist in der täglichen Arbeit der Mediziner und Kostenträger auch zu beachten, insbesondere vor allem beim Ausfüllen des Reha-Antrages Muster Nr. 61.

¹In diesem Zusammenhang ist auf die von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) im Februar 2008 herausgegebene und sehr gut verständliche Broschüre „ICF - Praxisleitfaden 2: Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen“ hinzuweisen, die eng mit dieser Handlungsanweisung verwendet werden sollte.

Mit der Gesundheitsreform 2000 wurde erstmals die Ambulante Rehabilitation auf eine gesetzliche Grundlage gestellt, wobei die Genehmigung der Reha-Maßnahmen durch die Krankenkassen eine Kann-Entscheidung war.

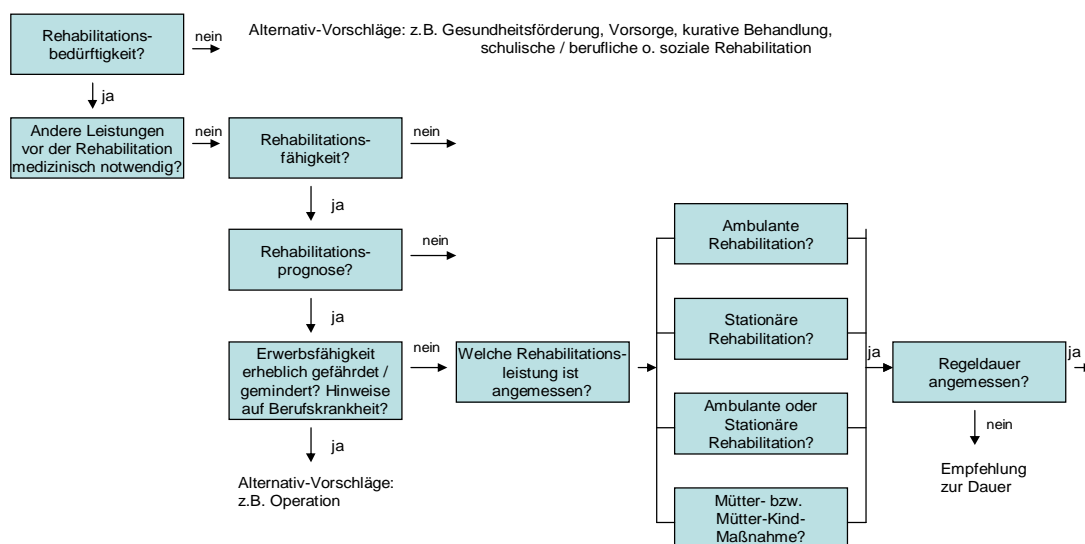
Mit dem GSG-WSG 2007 in Verbindung mit dem seit 2001 gültigen SGB IX wurde die Rehabilitation eine Pflichtleistung der Krankenkassen, sofern bei den Patienten Rehabedürftigkeit bzw. -notwendigkeit, verbunden mit entsprechender Motivation und einer guten Prognose, das erwartete Ziel zu erreichen, vorhanden sind.

Die ambulante Rehabilitation darf – bei gleicher Indikation – nach frühestens vier Jahren wieder genehmigt werden. In bestimmten Fällen, z.B. bei deutlicher Verschlechterung des Krankheitsbildes oder in Folge einer neuen Erkrankung/schweren Verletzung ist auch die Genehmigung einer Reha-Maßnahme zu einem früheren Zeitpunkt möglich.

3. Zugangswege

Prinzipiell ist die Gesetzliche Krankenversicherung für die Rehabilitation von Studenten, Hausfrauen, EU-Rentnern und vor allem der Rentner zuständig. Bei Kindern und Jugendlichen gibt es eine konkurrierende Zuständigkeit.

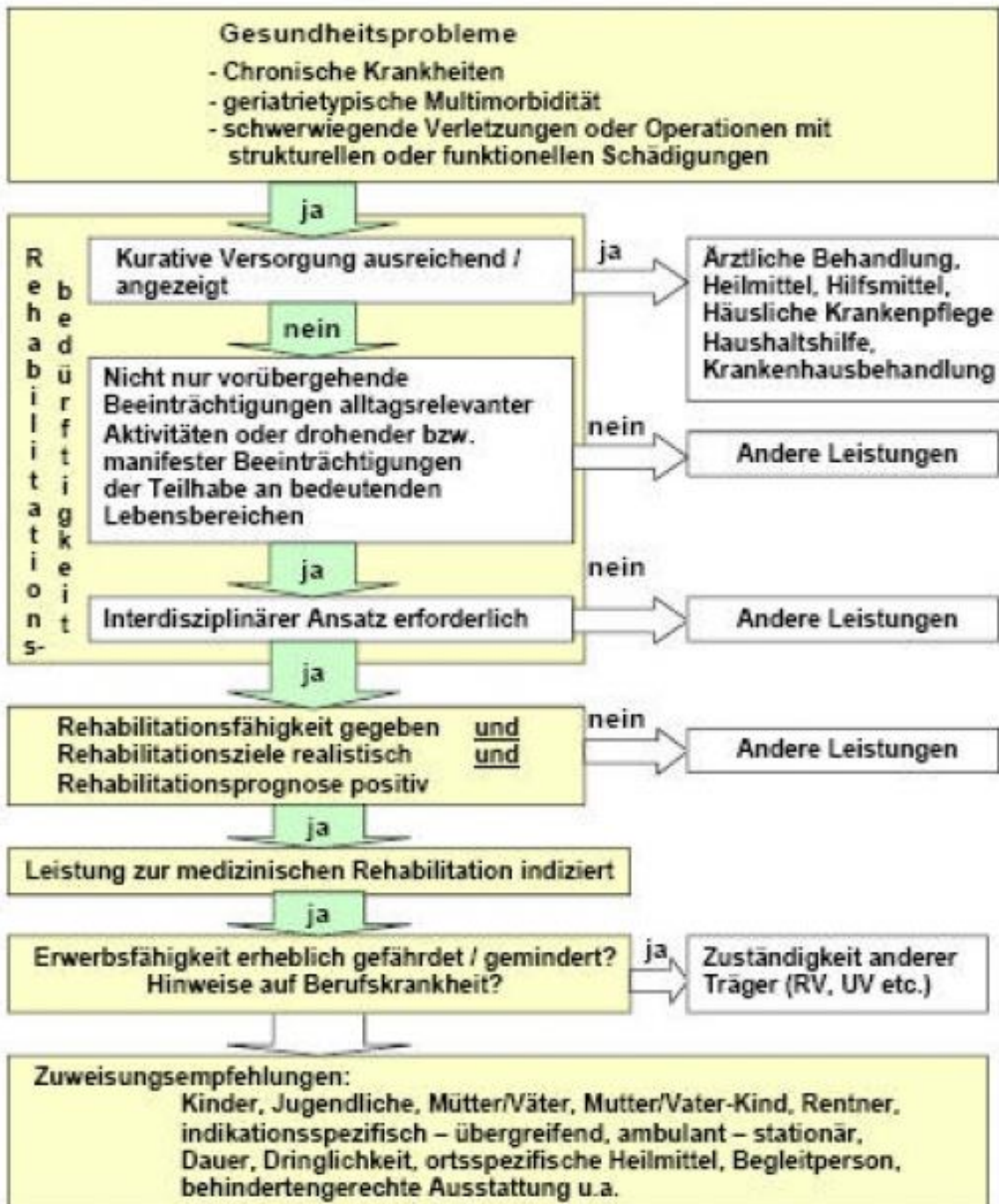
Die folgenden zwei Abbildungen zeigen im Wesentlichen auf, wie der Zugang zur Rehabilitation erfolgt.



Begutachtungsanlass Rehabilitation

(Quelle: Begutachtungs-Richtlinien Vorsorge und Rehabilitation des MDS 2005)

Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation



Diese Schemata sind jedoch nicht starr anzuwenden. So gibt es durchaus Patienten, die im Berufsalter sind und bei denen eine Reha-Maßnahme notwendig erscheint, für die aber nicht unbedingt die Deutsche Rentenversicherung zuständig ist, da keine Gefährdung der Erwerbsfähigkeit besteht. Primär sollte deshalb durch die Krankenkassenmitarbeiter geprüft werden, ob durch die Krankheit die Gefahr einer Erwerbsunfähigkeit im Kontext der ICF-Faktoren besteht.

Zudem ist im Vorfeld einer Rehabilitation nicht unbedingt die prolongierte Verordnung von Heilmitteln sinnvoll („sog. Ausschöpfung von Heilmitteln“), sondern führt u.U. zu einem längeren Heilungs- oder Wiederherstellungsprozess und damit zu höheren Kosten für die Krankenkasse.

Im Sinne der zeitgerechten Ermittlung des Rehabilitationsbedarfes entsprechend der BAR-Empfehlung und der MDS-Richtlinie sollte das Ausschöpfen von Heilmitteln nicht das alleinige Entscheidungskriterium sein. Es heißt in Bezug auf die Kriterien bezüglich einer Genehmigung einer Reha-Maßnahme u.a.:

- bei Beschäftigten, die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind
- bei multimorbiden oder chronisch kranken Menschen jeden Alters
- Veränderungen des funktionalen Status, wenn
 - sich die für die Beeinträchtigung der Körperfunktionen/ -strukturen ursächliche Erkrankung verschlimmert
 - eine weitere Krankheit mit Chronifizierungstendenz hinzutritt
- Veränderungen der Kontextfaktoren, wenn stützende Umweltfaktoren entfallen, z.B. bei
 - körperlich, geistig oder seelisch behinderten Menschen, denen bisherige (familiäre, nachbarschaftliche usw.) Hilfen nicht mehr gegeben sind
 - körperlich, geistig oder seelisch behinderten Menschen, deren Wohnumfeld sich für sie ungünstig verändert hat (Wegfall von Barrierefreiheit, Schließung von nahen Einkaufsmöglichkeiten u.ä.)
 - Hinzutreten von erheblichen familiären oder beruflichen Belastungen
 - Hinzutreten von psychischen Belastungen.
- bei Menschen mit mehrfachen oder lang andauernden stationären Krankenhausbehandlungen wegen der selben Erkrankung insbesondere dann, wenn durch eine Chronifizierung der Erkrankung eine Behinderung oder eine Gefährdung oder Minderung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben droht
- bei Menschen mit besonders belastenden Arbeits- und Lebensbedingungen
- bei Menschen, die eine Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung beziehen

- bei Menschen, die bereits Leistungen zur Teilhabe erhalten oder erhalten haben, wenn sich eine Verschlimmerung anbahnt oder sich neue Aspekte für eine mögliche Verbesserung des Leistungs- und Teilhabevermögens ergeben
- bei Menschen nach traumatischen Erlebnissen, insbesondere bei Eingriffen in die körperliche Unversehrtheit
- nach Unfällen, Verletzungen

4. Verordnung AMR mittels der Formulare 60 und 61 durch Vertragsärzte

Mit den „Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ (Rehabilitations-Richtlinien) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V in der Fassung vom 16. März 2004 (veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 63 (S. 6769) vom 31. März 2004 in Kraft getreten am 1. April 2004) wurden die Grundlagen für die Verordnung von Rehabilitationsmaßnahmen durch Vertragsärzte geschaffen.

Danach ist primär das Formular 60 (s. Anlage) durch den berechtigten niedergelassenen Arzt auszufüllen, das von der entsprechenden Krankenkasse hinsichtlich ihrer Zuständigkeit geprüft wird (§ 6 Abs 1 Reha-Richtlinien) und ggf. dem Versicherten und Arzt das differenzierte Formular 61 (s. Anlage) übergeben wird. Dieses muss erneut vom entsprechend zugelassenen Vertragsarzt ausgefüllt werden und erst danach wird von der Krankenkasse entschieden, ob eine Reha-Maßnahme genehmigt wird.

Bis zum 30.03.2007 galt eine Übergangsfrist, wonach bis dahin jeder niedergelassene Arzt berechtigt war, diese Formulare auszufüllen.

Nach diesem Stichtag dürfen nur noch Ärzte insbesondere das Formular 61 verordnen, die eine entsprechende Qualifikation vorweisen.

Durch das Formularwesen zeigen sich bereits gravierende Probleme.

- Das Formular 60 stellt dem Grunde nach einen „Antrag zum Antrag“ dar. Bisher ist es nicht gelungen, mit dem Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des Bürokratieabbaus eine einvernehmliche Einigung zu finden, dieses wegfällen zu lassen.
- Durch dieses Formular verlängert sich bei gegebener Rehabilitationsnotwendigkeit der Zeitraum bis zur Genehmigung, so dass die Gefahr von Folge- und Spätschäden besteht.

- Die Einführung des Ablaufs Vordruck 60 zur Einleitung des Verfahrens vor dem Muster 61 erschwert die Umsetzung des §14 SGB IX (Entscheidung über Reha-Maßnahme ist innerhalb von 14 Tagen zu fällen).
- Nach dem Ende der Übergangsfrist ist nur noch ein Teil der Ärzte berechtigt, diese Formulare auszufüllen. Einerseits führt das zu einer weiteren Verzögerung, andererseits gibt es erhebliche regionale Unterschiede der verordnungsberechtigten Ärzte (Bayern ca. 85 %, Hamburg etwa 22%, Berlin 4 %), bedingt durch die unterschiedliche Sichtweise der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). Damit reduziert sich gerade in KV-Bereichen, in denen nur wenige Ärzte berechtigt sind, das Interesse, Patienten mit dieser notwendigen Maßnahme zu versorgen.
- Ein weiteres Problem entsteht dadurch, dass die niedergelassenen Ärzte meist keine sozialmedizinische Aus- und Weiterbildung haben, demzufolge auch nichts mit der ICF anfangen können und sozialrechtliche Begriffe wie „Erwerbsfähigkeit gefährdet“ unsinnigerweise mit dem akutmedizinischen Begriff der „Arbeitsunfähigkeit“ gleichstellen. Schon dadurch werden häufig Patienten von Krankenkassen zu anderen Kostenträgern überwiesen. Das führt wieder zu einer Verlängerung bis zur Entscheidung (Genehmigung/Ablehnung der Reha-Maßnahme), damit zu zusätzlichen Kosten und für den Patienten zu weiteren gesundheitlichen Problemen. Zudem kann es weitere Verzögerungen geben, wenn der zur Verordnung der Formulare berechtigte Vertragsarzt nicht gleichzeitig behandelnder Vertragsarzt ist.

Schließlich ergeben sich einige juristische Probleme:

- Besonders zu erwähnen ist, dass auf Basis der Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung – abgeschlossen zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) Köln und allen Krankenkassenverbänden (ab 01.07.2008 dem Spitzenverband der Krankenkassen) das Formularwesen rechtlich festgeschrieben ist, d.h. Krankenkassen keine eigenen Formulare entwerfen und in den Verkehr bringen dürfen. Unabhängig davon führt das für die Vertragsärzte durch unterschiedliche Formatierungen zu weiteren Problemen bei der elektronischen Ausfüllung mittels PC.
- Die beiden Formulare stellen eine spezielle Beantragung des Kassenarztes dar, da einzig der Kostenträger (z.B. über die Art und Weise oder ambulante/ stationäre Reha) entscheidet.

- Wenn hier und durch die Handlungsanleitung wenigstens ein Teil der Probleme beseitigt werden können, ist bereits ein großer Schritt für mehr Patientenzufriedenheit und deutliche Kostenreduzierung der TK (z.B. durch Einsparung von Kosten für Heilmittel) gesichert.

Genehmigung erfolgt über viele Schritte (zeitintensive Bürokratie)

- Beratung des Patienten durch Vertragsarzt
Λ
- wenn Reha für notwendig erachtet und vom Patienten positiv bewertet wird, füllt berechtigter Vertragsarzt Formular Nr. 60 aus
Λ
- Formulareingang bei Krankenkasse; prüft ihre Zuständigkeit
Λ
- wenn positiv beschieden, erhält berechtigter Vertragsarzt Formular Nr. 61
Λ
- Arzt beantragt Rehabilitationsmaßnahme
Λ
- Krankenkasse und MDK prüfen diesen Antrag hinsichtlich Rehabilitationsbedarfs, -notwendigkeit und -prognose Stichprobenverfahren nach §275 SGB V
Λ
- Bescheid (positiv / negativ) ergeht an Vertragsarzt
Λ
- Patient kann Rehabilitation beginnen oder der Antrag wird an einen anderen Kostenträger gerichtet und muss ggf. weiter mit Heilmitteln etc. behandelt werden

5. Anschlussrehabilitation (AR)

Eine Anschlussrehabilitation wird nach Operationen oder längerem Krankenhausaufenthalt von den Ärzten oder Sozialarbeitern der Klinik bei der TK beantragt. Die AR fällt damit nicht unter die Reha-Richtlinien.

Für die Kostenträger stellt die Beantragung einer AR eine besondere Herausforderung dar. Oftmals ist es so, dass Patienten nach dem stationären Aufenthalt in eine stationäre Rehabilitationsklinik kommen, obwohl sie durchaus einer ambulanten Reha-Maßnahme aufgeschlossen sind, sofern sie über diese Möglichkeiten informiert wurden.

Das bedeutet, dass den Mitarbeitern der TK gerade in diesem Bereich – ambulant oder stationäre Rehabilitation - eine besondere Bedeutung bei der Steuerung zukommt (s. dazu auch „Unterschiede zwischen ambulanter und stationärer Rehabilitation).

Die AR ist normalerweise innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung zu beginnen. Hier ergibt sich jedoch ein wichtiger Aspekt der möglichen Flexibilisierung des Reha-Managements. Bei bestimmten Krankheitsbildern ist es sinnvoll, zu einem späteren Zeitpunkt die ambulante Rehabilitation zu beginnen.

Ein typisches Beispiel zeigt sich nach Bruch des Oberschenkels mit Teilbelastung oder Entlastung nach einer osteosynthetischen Therapie. Hier ist es durchaus gerechtfertigt, die Reha-Maßnahme nicht als AR sondern erst nach vier bis sechs Wochen nach der Operation als reguläre ambulante Reha zu beginnen.

6. Mögliche Indikationen für die AMR

Obwohl es für die AMR keinen Indikationskatalog gibt, kommen im Wesentlichen die unten aufgeführten Erkrankungen /Verletzungen in Frage. Es können aber auch hier nicht aufgelistete orthopädische Erkrankungen und (unfall-)chirurgisch versorgte Krankheitsbilder rehabilitationsbedürftig sein, die dann im Einzelfall geprüft werden müssen:

Die Reha-Indikation generiert sich nach o.g. Ausführungen aber nicht ausschließlich aus einer Diagnose, sondern aus Reha-Bedürftigkeit, Reha-Potential, Prognose, Teilhabestörung etc.

Obere Extremitäten

- operativ / konservativ versorgte Schulterluxation
- operativ / konservativ versorgte teilweise / komplexe Rotatorenmanschettenruptur
- Schultersteife, Arthrolyse (arthroskopisch/offen)
- Schulterfraktur und schulternahe Frakturen
- Schulter-TEP
- operativ / konservativ versorgte AC-Gelenkluxationen (Tossy I – III)
- operativ / konservativ behandelte Claviculafrakturen
- Ellenbogenfrakturen; Ellenbogen-TEP
- Unterarmfrakturen (Radius, Ulna, Radiusköpfchen); Handgelenk-, Mittelhandfrakturen; Amputation (Finger, Hand, Arm, Schulter)

Wirbelsäule

- stabile Wirbelfrakturen (operativ/konservativ versorgt)
- Beckenfrakturen (operativ/konservativ versorgt)
- Bandscheibenprotrusio und -prolaps, operativ/konservativ versorgt in HWS, BWS, LWS
- multiple Rippenfrakturen
- Postnucleotomiesyndrom
- Instabilität der Wirbelsäule bei Spondylolisthesis, Spondylolyse (bis Meyerding II)
- degenerative Wirbelsäulensyndrome
- chronisches Schmerzsyndrom
- schwere Haltungstörungen z.B. idiopathische Skoliose
- neuromyopathische Skoliose, Kyphose, M. Scheuermann
- Osteoporose (postmenopausal, nach Ovariectomie, in Folge von Inaktivität, in Folge von Malabsorption, bei endokrinen Störungen)

Untere Extremität

- Hüftluxationen (operativ versorgt), Hüft-TEP (incl. TEP-Wechsel); Girdlestone-Hüfte; Femurkopfnekrose (operativ/konservativ versorgt); proximale Oberschenkelfrakturen (operativ/konservativ versorgt)
- Femurschaftfrakturen (konservativ/operativ versorgt; inklusive Osteosynthesversorgung/Umstellungsosteotomie etc.)
- Kniegelenkfrakturen (distaler Femur, Tibiakopf, Umstellungsosteotomie etc.)
- vordere/hintere Kreuzband(teil)-ruptur (operativ/konservativ versorgt)
- Meniskusrekonstruktionen (Refixation, Naht, partielle + totale Resektion (nur bei ausgeprägten Fähigkeitsstörungen))
- Patellafraktur (konservativ/operativ versorgt), Patellaluxation (operativer Eingriff)
- rezidivierende Patellaluxation (konservativ/operativ versorgt)
- Patellarsehnen-, Quadricepssehnenrupturen
- Knie-TEP
- Knorpelrekonstruktionen (Knorpeltransplantation, osteochondrale Transplantation, Periostlappenplastik, flake fracture)
- Achillessehnenruptur (operativ/konservativ versorgt)
- komplizierte Gelenkfrakturen am Sprunggelenk und Fuß (Pilon-tibiale, Calcaneus, Talus, Weber A + B + C)
- traumatische Amputation (Fuß, Unterschenkel, Oberschenkel; Exartikulation im Kniegelenk; Exartikulation in der Hüfte)
- Amputation in Folge anderer Krankheiten (z.B. bei diabetischer Gangrän, bei peripheren arteriellen Durchblutungsstörungen)

Weitere Indikationen zur Behandlung von Krankheitsfolgen

- Z. n. Polytrauma
- Z. n. Gelenkinfektion (Empyem)
- CRPS I + II (M. Sudeck)
- angeborene Fehlbildungen der Extremitäten
- Arthrodesen (Schulter, Ellenbogen, Handgelenk, Daumensattelgelenk, Knie, oberes Sprunggelenk, unteres Sprunggelenk)
- schwere Enthesopathie an Schulter, Ellenbogen, Handgelenk, Hüfte, Knie, Sprunggelenk (bei bestehendem Rehabilitationsbedarf)
- aktivierte Arthrose (Osteoarthrose, Omarthrose, Coxarthrose, Gonarthrose, Polyarthrose (bei bestehendem Rehabilitationsbedarf))
- Z. n. Op's z.B. Gelenkkontrakturen, verzögerte Frakturheilung, Pseudarthrosen (bei bestehendem Rehabilitationsbedarf)

- Prothesenversorgung an der oberen/unteren Extremität mit Funktions- und ADL-Defizit

Obwohl diese Handlungsanleitung primär für den Bereich der muskuloskeletalen Erkrankungen erstellt wurde, sollte der Vollständigkeit halber auch für andere ambulante Rehabilitationsbereiche typische Indikationen kurz dargestellt werden:

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen: nach Herzinfarkt, nach Herz - Op, Herzklappen- und Gefäßerkrankungen
- neurologische Erkrankungen: Schlaganfall, Multiple Sklerose, M. Parkinson, Nervenverletzungen, Unfälle mit Nervenschädigungen (Lähmungen)
- Tumorerkrankungen: bei positiver Prognose Prostatakarzinom, Brustkrebs, Dickdarmkrebs, Blutkrebserkrankung
- Psychosomatische Erkrankungen: chronische Schmerzsyndrom, Angststörungen, Depression, Belastungs- und Anpassungsstörungen, Versagens- und Erschöpfungszustände, z.B. Burn-out

7. Unterschiede zwischen ambulanter und stationärer Rehabilitation

Sowohl die ambulante wie auch die stationäre Rehabilitation zielen – entsprechend dem gesetzlichen Auftrag des § 9 SGB IX – darauf ab, den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung des Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen zu verhindern oder zu minimieren.

Allerdings lösen sich historisch gewachsene Widersprüche schwer auf (stationäre Rehabilitation seit über 50 Jahren bekannt = oft als Kur in Verbindung mit Kurschatten, Kurpark etc. in Verbindung gebracht) gegenüber der ambulanten Rehabilitation, die erst in den letzten Jahren an Bedeutung gewinnt.

Die ambulante Rehabilitation bietet die Möglichkeit, interdisziplinäre therapeutische Angebote wohnortnah vorzuhalten, die Behandlung gemäß den Erfordernissen des Einzelfalles zu flexibilisieren, Personengruppen einzubeziehen, die aus verschiedenen Gründen keine stationäre Reha in Anspruch nehmen können und schließlich eine bessere familiäre und berufliche Vernetzung und zum akut-medizinischen Versorgungsbereich (z.B. Kontaktaufnahme mit niedergelassenen Ärzten).

Zudem ist im SGB V §§ 40 Abs 1 und Abs 2 festgelegt, dass die stationäre Rehabilitation grundsätzlich nachrangig nach Ausschöpfung ambulanter Krankenbehandlungsmöglichkeiten - zu der die ambulante Rehabilitation gezählt wird - erbracht werden sollen.

Inzwischen ist der Ausbau der wohnortnahen ambulanten Rehabilitation mit flexiblen Angeboten ein gemeinsames Ziel aller Rehabilitationsträger denn dadurch können neue Zielgruppen, die rehabilitativer Angebote bedürfen, erschlossen und die Effektivität der Rehabilitation insgesamt erhöht werden; zudem bleiben die sozialen Beziehungen des Patienten bestehen; Angehörige, Selbsthilfegruppen und der Betrieb können in den Rehabilitationsprozess einbezogen werden. Ein weiterer Aspekt ist, dass die Schulung der Krankheitsbewältigung unter alltagsnahen Bedingungen erfolgt.

Der Versorgungsbereich der Ambulanten Rehabilitation hat sich mit einer stabilen und weiter wachsenden Zahl von Einrichtungen und Rehabilitanden etabliert. Positiv wirkt sich dabei auch die positive Akzeptanz der Versicherten für diese Versorgungsform aus (Insgesamt ist die Fallzahlenentwicklung in der Orthopädie inzwischen höher als prognostiziert).

Zunehmend kommt es auch zu einer veränderten Steuerung der zuweisenden Ärzte und Kostenträger, die immer mehr ambulante Rehabilitationsmaßnahmen genehmigen, sicherlich auch bedingt durch den Paradigmenwechsel im Sozialrecht, dem Nachweis gleichwertiger Reha-Ergebnisse bei generell gleichen Qualitätsanforderungen zwischen ambulant und stationär und schließlich durch das Wahl- und Wunschrecht des Patienten nach SGB IX.

Jedoch ist ganz klar zu betonen, dass sich die ambulante und die stationäre Reha ergänzen. Die unterschiedlichen oder die sich ergänzenden Aspekte zwischen der ambulanten und stationären Rehabilitation werden im Folgenden in tabellarischer Form dargestellt:

Stationär	Ambulant
wohnt fern	wohnt nah
Patient lebt auf dem Land oder in Kleinstädten	Patient lebt in größeren Städten und Ballungsgebieten (Erreichbarkeit der Reha-Einrichtung innerhalb von 45 Minuten oder 30 km Radius)
Immobilität (für Fahrweg zur Reha) gegeben	Mobilität gegeben
häusliche Versorgung nicht gegeben	häusliche Versorgung gesichert
festе Dauer (21 bzw. 28 Tage); in der Psychosomatik max. bis 12 Wochen Steuerung nach Op entsprechend der individuellen Belastbarkeit nur eingeschränkt möglich	flexible Dauer; im Regelfall 15 - 20 Behandlungstage; zeitliche Stufung nach med. Anforderungen möglich (2 - 6 h), Behandlung 2 - 5 x wöchentlich, zeitlich längere Behandlungskonzepte (incl. Weiterbetreuung und Nachsorge) möglich. Flexibilisierung/ Belastungsstufung gut möglich
Therapien verteilen sich über den ganzen Tag	gute Therapiedichte, höherer Therapieumfang pro Behandlungstag, Flexibilisierung/ Belastungsstufung gut möglich, u.a. wenn verzögerter Reha-Beginn aus med. Gründen notwendig
Distanz von häuslichen Problemen, passives Bewältigen von privaten Belastungen und Stress-Situationen	fortbestehende Beziehung zum eigenen Lebensumfeld; aktives Bewältigen von privaten Belastungen und Stress-Situationen
Neuorientierung in abgeschlossener Umgebung	Neuorientierung in vertrauter Umgebung
ungestörtes therapeutisches Milieu	Einbeziehung von Familie oder Arbeitgeber bzw. Kollegen in die Therapie
Bewältigung, Hilfsmöglichkeiten und Unterstützung bei Abwesenheit der Ausgangs- und Problemsituationen	Hoher Bezug zur täglichen Praxis, Ressourcen im eigenen Umfeld können besser entdeckt werden
Erleichterung der Herstellung einer Patientenkooperation bei passiven Behandlungserwartungen des Rehabilitanden	Nutzung einer primär hohen Therapiemotivation mit spezifischen Rehabilitationszielen
Fokussierung des Patienten auf sein eigenes Erleben	Aufmerksamkeitslenkung des Patienten auf praktische Veränderungen in seinem täglichen Leben

8. Möglichkeiten der Flexibilisierung

Durch die Möglichkeiten der Flexibilisierung in der ambulanten Rehabilitation lässt sich die Effizienz und Effektivität der Maßnahme für den Versicherten der TK steigern, andererseits kann dies zu Einspareffekten hinsichtlich der Kosten führen.

Im Folgenden sind stichpunktartig Möglichkeiten aufgeführt, wobei die Reihenfolge keinen Bezug auf die Wertigkeit hat.

- Nach einigen operativen Eingriffen ist ein Beginn der AHB, unmittelbar nach der Entlassung aus dem Akutbereich nicht empfehlenswert, aber derzeit gängige Praxis. Voraussetzung ist eine ausreichende soziale Versorgung. Beispielhaft sei die Versorgung mit einer Hüft-TEP genannt. Nach der Entlassung aus dem Akutbereich besteht häufig noch keine ausreichende Belastbarkeit für eine Reha-Maßnahme, aber ein Bedarf zur Versorgung mit Heilmitteln in den ersten zwei bis drei Wochen nach der Operation. Dem ist im Rahmen der 14-Tage Regelung des AHB-Beginns Rechnung zu tragen.
- verstärkte Aufklärung und Information der TK-Mitglieder, der niedergelassenen und Krankenhausärzte, der Sozialdienste und der Mitarbeiter der Techniker Krankenkasse über die Vorteile der ambulanten Rehabilitation
- Vereinheitlichung des Formularwesens
- Heilmittelbehandlungen vor Genehmigung einer Reha-Maßnahme sind differenziert einzusetzen.
- bei bestimmten Krankheitsbildern sofort Genehmigung über max. 20 Behandlungstage (Verringerung des Bearbeitungsaufwandes); ggf. Verlängerung über weitere 10 Behandlungstage (Folgekosten verringern sich)
- Verordnungsberechtigung bzw. Ausfüllen des Formulars 61 auch durch Ärzte der ambulanten Reha-Zentren; dadurch Zeitersparnis; ICF wird angewandt
- erst nach Reha-Maßnahme Verordnung von weiterführenden Behandlungsarten z.B. Reha-Sport
- stärkere Aufklärung zum Wunsch- und Wahlrecht

9. Quellen:

1. **Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR):** Rahmenempfehlungen zur Ambulanten medizinischen Rehabilitation vom 22. Januar 2004; 29 S.
2. **Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR):** Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 1 i.V.m. § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX für die Durchführung von Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen (Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“ vom 22. März 2004; 18 S.
3. **Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hrsg.):** Rehabilitation und Teilhabe – Wegweiser für Ärzte und Fachkräfte der Rehabilitation. Deutscher Ärzte-Verlag; 3. völlig neu überarbeitete Auflage; Köln, 2005
4. **Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR):** Wegweiser – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. 12. Auflage, 2005; 94 S.
5. **Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR):** Gemeinsame Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Frankfurt am Main; Dezember 2005; 82 S.
6. **Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR):** Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei muskuloskelettalen Erkrankungen vom Dezember 2005; 62 S.
7. **Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR):** Perspektiven der Rehabilitation – Positionspapier des Sachverständigenrates der Ärzteschaft der BAR. Frankfurt am Main; 2008; 42 S.
8. **Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR):** Praxisleitfaden – Strategien zur Sicherung der Nachhaltigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Frankfurt am Main; Februar 2008; 48 S.
9. **Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR):** ICF-Praxisleitfaden 2. Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen. Frankfurt am Main; Februar 2008, 56 S.
10. **Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS):** Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation vom 12. März 2001; 81 S.
11. **Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ (Rehabilitations-Richtlinien)** nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V in der Fassung vom 16. März 2004 veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 63 (S. 6769) vom 31. März 2004 in Kraft getreten am 1. April 2004
12. **Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen:** Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit - Band III - Über-, Unter- und Fehlversorgung; Gutachten 2000/ 001, Ausführliche Zusammenfassung; 232 S.
13. **Sozialgesetzbuch (SGB) - Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung.** vom 20.12.1988 (BGBl I S. 2477, 2482), geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl I S. 378); Rechtsstand 1. April 2007, zuletzt bearbeitet 12. April 2007
14. **Sozialgesetzbuch (SGB) – Sechstes Buch (VI) – Gesetzliche Rentenversicherung** vom 20.12.2001

15. **Sozialgesetzbuch (SGB) - Siebtes Buch (VII)** - Gesetzliche Unfallversicherung. vom 07.08.1996 (BGBl. I S. 1254); geändert am 29.10.2001
16. **Sozialgesetzbuch (SGB) - Neuntes Buch (IX)** - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. vom 19.06.2001 (BGBl. I S. 1046, 1047), zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378); Rechtsstand 1. April 2007; zuletzt bearbeitet 31. März 2007
17. **von Törne, I.:** Abschlussbericht „Flexibilisierung der ambulanten Rehabilitation“. BKK-Bundesverband. München, Juli 2006; 60 S.
18. **World Health Organization (WHO):** International Classification of Functioning, Disability and Health; Geneva; 2001

Nachsatz

Diese Handlungsanleitung zur Ambulanten Muskuloskelettalen Rehabilitation (AMR) entstand auf Anregung der TK-Hauptverwaltung in Hamburg. Besonderer Dank gilt Herrn Bernd Beyrle, Leiter Fachbereich Stationäre Versorgung und Herrn Thomas Schlicht, Leiter Fachreferat Vorsorge & Rehabilitation für das Vertrauen, eine solche Handlungsanleitung erarbeiten zu können.

Anschrift der Verfasser:

Dr. med. Holger Hoppe

stellv. Vorsitzender Berufsverband der Rehabilitationsärzte Deutschland e.V.

Dienstanschrift:

Reha-Zentrum Marzahn

Allee der Kosmonauten 33A

12681 Berlin

Tel: 030-54000810

e-Mail: DrHHoppe@aol.com

Dr. med. René Toussaint

stellv. Vorsitzender Bundesverband ambulante medizinische Rehabilitationszentren e.V.

Dienstanschrift:

MEDICA – Klinik, Gesellschaft für ambulante Rehabilitation und Sportmedizin mbH

Käthe – Kollwitz – Straße 8-10

04109 Leipzig

Tel: 0341-2580631/ 632

e-Mail: toussaint@medica-klinik.de