



Reha

Der Antrag ist jetzt einfacher

Rehabilitation ist eine Chance für die Patienten. Aufgrund der hohen Effizienz hat der Gesetzgeber die Verordnungsmöglichkeit von Rehabilitationsmaßnahmen bewusst vereinfacht.



Dr. med. Markus Ebke

Facharzt für Neurologie, Rehabilitationswesen, Verkehrsmedizin, Dr. Becker Rhein-Sieg-Klinik, Nümbrecht, E-Mail: mebke@dbkg.de

In Deutschland gibt es ein einzigartiges Netz von Rehabilitationskliniken. 1.239 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit 100.071 Betten ermöglichen es, dass etwa zwei Millionen Menschen pro Jahr Reha-Maßnahmen erhalten. Die durchschnittliche Verweildauer liegt bei 25,3 Tagen.

Im Grundsatz geht es dabei nach Paragraph 8 (2) SGB IX um Reha vor Rente, Reha vor Pflege und Paragraph 11 SGB V Reha zur Vermeidung, Verminderung, Verhütung von Behinderungen und Krankheitsschäden.

Rehabilitation bedeutet **Wiedereingliederung** in den Alltag und/oder das berufliche Leben. Sie umfasst dabei die Gesamtheit aller Maßnahmen medizinischer, schulischer, pädagogischer, beruflicher und sozialer Kompetenzweitergaben, die erforderlich sind, um für Kranke die bestmöglichen körperlichen, seelischen und sozialen Bedingungen zu schaffen. Rehabilitation soll den Patienten befähigen, sich aus eigener Kraft möglichst normal und eben auch barrierefrei

in der Gesellschaft zu bewegen. Es wird differenziert zwischen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, genannt soziale Rehabilitation. Außerdem gibt

es Unterhaltssicherungen, ergänzende Leistungen zur Teilhabe wie Krankengeld, Übergangsgeld, Haushalts- und Betriebshilfe sowie Rehabilitationssport.

Dabei fügt sich diese Versorgung nahtlos ein in die

Säulen der Rehabilitation im Versorgungssystem mit der primären Versorgung durch niedergelassene Ärzte, der sekundären Versorgung durch Krankenhäuser sowie der tertiären Versorgung.

Träger der Rehabilitation sind die Deutsche Rentenversicherung (DRV), die gesetzlichen Krankenkassen, die Bundesanstalt für Arbeit, die gesetzliche Unfallversicherung, die Kriegsopferversorgung (Versorgungsämter), die Träger der öffentlichen Jugendhilfe und die Träger der Sozialhilfe (Sozialämter).

Rehabilitation soll den Patienten befähigen, aus eigener Kraft möglichst normal zu leben.

Voraussetzungen und Ziele

Bei der Beurteilung der **Rehabilitationsnotwendigkeit** wird das bio-psycho-soziale Modell der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) angewendet, das im Kern bedeutet, dass eine Körperfunktionsstörung wie eine Hemiparese vor dem Hintergrund der Aktivität im täglichen Leben und der Partizipation (Teilhabe) in der Gesellschaft gesehen werden muss. Wesentlich beeinflusst wird der Erfolg einer solchen Aktivität durch Umweltfaktoren, und auch durch das soziale Umfeld.

Grundsätzlich ist für die Instrumentalisierung und Operationalisierung der Rehabilitation wichtig, dass die Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, Rehabilitationsziele und die Rehabilitationsprognose festgelegt werden.

Rehabilitationsfähigkeit bedeutet, dass der Patient über die körperlichen und geistigen Ressourcen verfügt, die Selbsthilfe und Motivation oder Unterstützung ermöglichen. Die psychophysische Belastbarkeit ist vorhanden oder mit Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen über mehrere Stunden möglich.

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht bei Ausschöpfung der kurativen Versorgung. Dabei ist die altersrelevante Aktivität nicht nur vorübergehend beeinträchtigt. Diese Aktivität ist manifest wie dauerhaft beeinträchtigt und grenzt die Teilhabe erheblich ein.

Die **Rehabilitationsziele** werden vom Patienten mit dem Arzt festgelegt und dienen der Beseitigung bzw. der Verminderung von körperlichen und geistigen Schädigungen mit Beeinträchtigungen der alltagsrelevanten Aktivitäten sowie Beeinträchtigungen der Teilhabe mit Blick auf Kompensation und Adaption (Tab. 1).

Die **Rehabilitationsprognose** ist nur eine begründbare Wahrscheinlichkeitsaussage, die aber keinen Ansatz auf ausschließliche Richtigkeit stellen muss. Dabei soll der bisherige Krankheitsverlauf beachtet werden und das Ausmaß der funktionellen strukturierten Schädigung sowie die Kompensation

der Beeinträchtigung im Aktivitäts- und Teilhabebereich sollen berücksichtigt werden. Körperliche und geistige Ressourcen und umweltbezogene wie persönliche Faktoren beeinflussen die Kompensation und die Prognose (Tab. 2).

Indikationen

Die wichtigsten Krankheitsindikationen sind Diagnosen aus dem Muskelskelettsystem, Krankheiten des Bindegewebes, psychische Erkrankungen und Krebserkrankungen.

Tab. 1: Rehabilitationsziele nach ICF (Beispiele)

SCHÄDIGUNG / FUNKTIONS-BEEINTRÄCHTIGUNG	REHA-ZIEL
Dysphagie mit häufigem Verschlucken insbesondere von flüssigen Speisen und Getränken	Verbesserung der Schluckfunktion, ggf. Entfernung der PEG
Spastische Hemiparese links mit schmerzhafter Einschränkung des Gehens nach 20 m	100 m mit Hilfsmittel gehen und 20 Stufen treppensteigen Bis zu 30 Minuten gehen ohne Erschöpfung bei Schmerzkontrolle (VAS)

Tab. 2: Rehabilitationsprognose

POSITIVE PROGNOSE	NEGATIVE PROGNOSE
<ul style="list-style-type: none"> ■ Korreliert eng mit hoher Motivation ■ Rein motorische Beeinträchtigung – hohe Rate an Remission und Kompensation ■ Hohe Einsichtsfähigkeit ■ Gute Krankheitsverarbeitung ■ Stabiles familiäres Umfeld 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Niedrige Motivation ■ Ungünstige Arbeitsbedingungen (hoher Zeitdruck) ■ Kein familiäres oder soziales Umfeld ■ Kognitive Verarbeitungsstörung

Neurologische Erkrankungen nehmen in der medizinischen Rehabilitation nur einen geringen Anteil ein.

Die Rehabilitation ist im Wandel, wie sich durch Veränderungen im Diagnosespektrum zeigt. Zunehmend häufiger sind psychische wie Suchterkrankungen, während Rehabilitationen bei orthopädischen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen gerade auch durch die verbesserte Prävention und beschleunigte Akutinterventionen rückläufig sind.

Qualitätssicherung

Die zunehmende Bedeutung der Qualitätssicherung in der Rehabilitation schafft neue, zielgerichtete Tätigkeitsfelder mit dem Blick auf medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR), Ausbau ambulanter Rehabilitationsnetzwerke mit verstärkter Verknüpfung einzelner Sektoren bei zunehmendem Bedarf an geriatrischer Rehabilitation.

Geriatrische Rehabilitation

Zentral ist die Frage nach dem typischen geriatrischen Patienten. Er erfüllt zwei Kriterien:

- 1 Geriatrietypische **Multimorbidität** und
- 2 **höheres Lebensalter** (in der Regel 70 Jahre oder älter). Abweichungen von diesem Kriterium sind möglich, bedürfen jedoch einer Begründung).

Die geriatrietypische Multimorbidität ist eine Kombination der nachfolgend genannten Komplexe:

- 1 Vorhandensein von Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen sowie alltagsrelevanten Beeinträchtigungen von Aktivitäten (in variabler Kombination) im Sinn eines geriatrischen Syndroms
- 2 Relativ hohes Risiko im Vergleich zu nicht geriatrischen Patienten für eine **Einschränkung der Selbstständigkeit** im Alltag bis hin zur Pflegebedürftigkeit
- 3 Relativ hohes Risiko im Vergleich zu nicht geriatrischen Patienten für **Krankheitskomplikationen** (Thrombosen, interkurrente Infektionen, Frakturen, verzögerte Rekonvaleszenz u. a.).

Antragstellung

Jeder Vertragsarzt kann Reha verordnen. Um die Verordnungsmöglichkeit von Rehabilitationsleistungen zu verbessern, ist das Muster 61 ab 1. April 2016 auf 3 Seiten reduziert worden. Muster 60 fällt weg. Teil A bezieht sich auf die Veranlassung einer Beratung zur medizinischen Rehabilitation oder der Prüfung des zuständigen Rehabilita-

tionsträgers bei der Krankenkasse. Die Teile B, C und D beziehen sich auf die eigentliche Verordnung von medizinischer Rehabilitation (Abb. 1).

In Muster 61, Abschnitt 7, sind aufzuführen:

- Rehabilitationsbegründende Diagnosen (I),
- Rehabilitationsbedürftigkeit und Verlauf der bisherigen Behandlung (II),
- Rehabilitationsfähigkeit (III),
- Rehabilitationsziele (IV),
- Prognose (V) sowie
- Zuweisungsempfehlungen (VI).

Wichtig ist, die **hohe Motivation** des Rehabilitanden herauszuheben und die Ziele nicht unscharf zu formulieren. Für die GKV geht es um Aktivität im Haushalt (selbstständig), für die DRV um Teilhabe am Arbeitsleben. Häufig bestehen Zweifel des Gutachters an der positiven Rehabilitationsprognose.

Literatur beim Verfasser.
Der Autor ist practica-Referent, er hat keine Interessenkonflikte deklariert.

Abb. 1: Im Reha-Antrag müssen u. a. begründende Diagnosen und die Reha-Bedürftigkeit angegeben werden.

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen			
A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Seite	Ursache
1. <u>Medieninfarkt 05/2014</u>	<u>I69.3</u>	<u>L</u>	
2. <u>Lumbale Spinalkanalstenose</u>	<u>M48.06</u>		
3.			
B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen			
4. <u>Chron. Vorhofflimmern</u>	<u>I48.11</u>		
5. <u>Arterielle Hypertonie</u>	<u>I10.90</u>		
6. <u>Hüft-TEP</u>	<u>Z96.6</u>	<u>L</u>	

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesondere Beginn und Verlauf)

05/2014 kardioembolischer Medieninfarkt li, AHB in bis Ende Juli 2014 mit anschließender häuslicher Reintegration. Chron. Lumbalgien, im MRT v. 10/14 lumbale Spinalkanalstenose p.m. L4-L5, bislang keine OP-Indikation

B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse, z. B. Barthel/Frühreha-Barthel)

leichte armbelante Hemiparese re, zunehmende Spastik re Hand mit eingeschränkter Greiffunktion, Restspastik mit Wortfindg. störng. BI 75 Punkte

C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimitteltherapie

Antikoagulation mit Eliquis 2x5mg, Simvastatin 1x20mg, Ramipril 1x5mg, Ibuprofen 600mg bei Bedarf

D. Heilmittel in den letzten 6 Monaten (bitte einzelne Maßnahmen angeben)

Krankengymnastik und Ergotherapie jeweils 1x/Woche, Logopädie 1x/Wo, Fango u. Massagen lumbal bedarfsadaptiert

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

nein ja, welche? Handstock

F. Andere Maßnahmen (z. B. Gesundheits-, Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfangeboten)