

## **Curriculum für Vertragsärzte:**

**Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§§92, 135 SGBV)**

### **II A: 2. Rehabilitationswissenschaftliche Grundlagen:**

#### **Grundbegriffe, Ziele, Aufgaben, Verfahren und Methoden der medizinischen Rehabilitation**

### **Grundbegriffe der Rehabilitation**

Die medizinische Rehabilitation gehört neben der Prävention, Kuration und Pflege zu den Komponenten des medizinischen Versorgungssystems. Seit 1974 ist auch die GKV originärer Rehabilitationsträger.

Medizinische Rehabilitation umfasst einen ganzheitlichen Ansatz, der über das Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit hinaus die wechselseitigen Beziehungen zwischen den Gesundheitsproblemen eines Versicherten berücksichtigt, um im Einzelfall den bestmöglichen Rehabilitationserfolg zu erreichen. Sie unterscheidet sich dadurch grundlegend von der Kuration. Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation stützen sich inhaltlich auf rehabilitationswissenschaftliche Erkenntnisse hinsichtlich der Ziele, Inhalte, Methoden und Verfahren.

Die Krankenbehandlung im Sinne des SGB V ist im Unterschied zur medizinischen Rehabilitation

- primär zentriert auf das klinische Bild als Manifestation einer Krankheit/ Schädigung und
- zielt auf Heilung bzw. Remission (kausale Therapie) oder bei Krankheiten mit Chronifizierungstendenz auf Vermeidung einer Verschlimmerung sowie Linderung der Leiden und auf Vermeidung weiterer Krankheitsfolgen ab.

Krankenbehandlung ist a priori kausal orientiert. Ihr konzeptionelles Bezugssystem ist typischerweise das biomedizinische Krankheitsmodell und die entsprechende Klassifikation die ICD-10 mit den Gliederungsmerkmalen Ätiologie und Lokalisation.

Dem gegenüber liegt der medizinischen Rehabilitation ein biopsychosoziales Modell von Funktionsfähigkeit und Behinderung nach ICF zu Grunde, wonach Gesundheit und Krankheit als Ergebnis des Ineinandergreifens physiologischer, psychischer und sozialer Vorgänge zu verstehen sind.

Indikationskriterien für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach den §§ 40/ 41 SGB V sind:

- Rehabilitationsbedürftigkeit
- Rehabilitationsfähigkeit
- realistische alltagsrelevante Rehabilitationsziele
- positive Rehabilitationsprognose

## Definitionen

**Rehabilitationsbedürftigkeit** nach §8 der Rehabilitations-Richtlinien besteht, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung

- voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivität vorliegen, durch die in absehbarer Zeit eine Beeinträchtigung der Teilhabe droht oder
- Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen und
- über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.

Zu den Beeinträchtigungen der Teilhabe gehört auch der Zustand der Pflegebedürftigkeit.

**Rehabilitationsfähigkeit** nach §9 der Rehabilitations-Richtlinien liegt dann vor, wenn ein Versicherter aufgrund seiner somatischen und psychischen Verfassung die für die Durchführung und Mitwirkung bei der Leistung zur medizinischen Rehabilitation notwendige Belastbarkeit und Motivation oder Motivierbarkeit besitzt.

**Rehabilitationsziele** bestehen darin, möglichst frühzeitig voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten zu beseitigen, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten oder drohende Beeinträchti-

gungen der Teilhabe abzuwenden, manifeste Beeinträchtigungen der Teilhabe zu beseitigen, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Realistische, für den/die Versicherte(n) alltagsrelevante Rehabilitationsziele leiten sich vor allem aus den Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder Teilhabe ab. Bei der Formulierung der Rehabilitationsziele ist der/die Versicherte zu beteiligen.

Ziele der Rehabilitation können sein:

- Vollständige Wiederherstellung der ursprünglichen Struktur und Funktion oder des ursprünglichen Niveaus der Aktivitäten (Restitutio ad integrum).
- Größtmögliche Wiederherstellung der ursprünglichen Struktur / Funktion oder des Ausgangsniveaus der Aktivitäten (Restitutio ad optimum).
- Ersatzstrategien bzw. Nutzung verbliebener Funktionen oder Aktivitäten (Kompensation).
- Anpassung von Umweltbedingungen und Lebensbereichen an die bestehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder der Teilhabe (Adaptation).
- Anpassung und Umstellung personbezogener Faktoren an Beeinträchtigungen (Umstellung von Lebensgewohnheiten, Verhaltens- und Einstellungsänderungen, positive Krankheitsverarbeitung, Selbsthilfe).
- Einleitung von Maßnahmen zur Sicherung der Nachhaltigkeit der Rehabilitation.

**Rehabilitationsprognose** nach §10 der Rehabilitations-Richtlinien ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

- auf der Basis der Erkrankung oder Behinderung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotentials oder der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller Kontextfaktoren
- über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels durch eine geeignete Leistung zur medizinischen Rehabilitation
- in einem notwendigen Zeitraum

## Ziele und Aufgaben der Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation in der Gesetzlichen Krankenversicherung zielt darauf, manifeste alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Teilhabe einschließlich der Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Der Rehabilitand soll durch die Rehabilitation wieder befähigt werden, gleichberechtigte Teilhabe möglichst in der Art und dem Ausmaß auszuüben, die für diesen Menschen als „normal“, d.h., für seinen persönlichen Lebenskontext typisch erachtet werden. Dies geschieht vor allem durch das Zurückdrängen der Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Interventions-ebene). Die Wünsche des Rehabilitanden sind dabei zu berücksichtigen und mit den professionellen Zielen der Rehabilitation abzugleichen.

Die Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte sowie die Unfallversicherung haben spezielle trägerspezifische Ziele.

## Zugangsmodalitäten

Ein Versicherter der GKV erlangt Zugang zu einer Leistung der medizinischen Rehabilitation über mehrere Wege:

- aus dem vertragsärztlichen Bereich über die Einleitung und Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gemäß Rehabilitations-Richtlinien nach § 92 SGB V
- im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung als Anschluss-Rehabilitation (AR)
- wenn sich aus dem sozialmedizinischen Gutachten des MDK die Notwendigkeit einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation ergibt.

Voraussetzung für die Verordnung/den Antrag ist die Zustimmung des Versicherten.

## Strukturen der Rehabilitationsmedizin

### Rehabilitationskonzept

Rehabilitation wird nach rehabilitationswissenschaftlichen Konzepten erbracht. Dabei werden die Prinzipien Komplexität, Interdisziplinarität und Individualität zugrunde gelegt. Das Konzept hat den spezifischen Anforderungen der zu behandelnden Rehabilitanden zu entsprechen.

Es umfasst insbesondere

- die Rehabilitationsdiagnostik, die die Funktionsfähigkeit bzw. Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe sowie die Kontextfaktoren mit ihrem fördernden oder hemmenden Einfluss beschreibt und bewertet
- den Rehabilitationsplan mit Beschreibung des Rehabilitationsziels
- die Rehabilitationsdurchführung und ihre Überprüfung
- die Dokumentation des Rehabilitationsverlaufs und der -ergebnisse, insbesondere unter Berücksichtigung des Rehabilitationsziels

### Rehabilitationsteam

Rehabilitation ist immer interdisziplinär und komplex. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, ist ein Rehabilitationsteam erforderlich. Dieses setzt sich entsprechend den spezifischen Anforderungen aus Ärzten und nicht-ärztlichen Fachkräften, wie z. B. Physiotherapeuten/Krankengymnasten, Masseuren und Medizinischen Bademeistern, Ergotherapeuten, Logopäden / Sprachtherapeuten, Klinischen Psychologen, Sozialarbeitern/Sozialpädagogen, Sportlehrern/Sport-Therapeuten, Diätassistenten und Gesundheits- und Krankenpflegern zusammen. In regelmäßigen Teamsitzungen werden die individuellen Rehabilitationsziele und -prozesse überprüft und angepasst.

### Rehabilitationsdiagnostik

Vor Beginn der Rehabilitation sollten die akut-medizinische Diagnostik abgeschlossen und eine adäquate Diagnostik der Begleiterkrankungen erfolgt sein. Der Arzt in der Rehabilitationseinrichtung muss über die Ergebnisse der Voruntersuchungen informiert sein. Die Rehabilitationseinrichtung muss neben einer Basisdiagnostik auch eine indikationsspezifische Schädigungsdiagnostik vorhalten.

Spezifisch ist die Durchführung der so genannten Rehabilitationsdiagnostik zur Erfassung der nicht nur vorübergehenden alltagsrelevanten Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe. Zur standardisierten Messung o. g. Beeinträchtigungen können validierte Assessments zum Einsatz kommen.

### Rehabilitationsplan / Behandlungselemente

Für jeden Rehabilitanden ist ein detaillierter individueller Rehabilitationsplan zu erstellen, der die Zielsetzungen der verschiedenen Therapiebereiche mit einschließt und sich an einer langfristigen Strategie zur Bewältigung der (chronischen) Erkrankung/des Gesundheitsproblems orientiert. Der Rehabilitationsplan muss den regionalen Gegebenheiten bezüglich der Therapieangebote Rechnung tragen. Er ist vom Arzt unter Mitwirkung der anderen Mitglieder des Rehabilitationsteams zu erstellen und im Laufe der Behandlung der aktuellen Situation anzupassen. Der Rehabilitand und ggf. seine Angehörigen/Bezugsperson sind bei der Erstellung des Rehabilitationsplans bzw. dessen Anpassung zu beteiligen.

Zum Rehabilitationsplan gehören auch weiterführende Maßnahmen, d.h., neben der ggf. erforderlichen Anregung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch die Beratung bei einer notwendigen Wohnungsumgestaltung, bei der Auswahl von Hilfsmitteln und bei der Gestaltung der häuslichen Versorgung. Darüber hinaus sollte Kontakt zu relevanten Selbsthilfegruppe hergestellt werden.

Behandlungselemente können schädigungs-, aktivitäts-, teilhabe- oder kontextorientiert sein.

Beispielhaft werden Behandlungselemente der neurologischen Rehabilitation angeführt:

<b>Schädigungen auf Struktur- oder Funktionsebene, z. B.</b>	<b>Therapieformen</b>
der Sensomotorik	Physiotherapie Ergotherapie
Funktionen wie u. a. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stand- und Gangmotorik</li> <li>• Hand- und Fingermotorik</li> <li>• Kau-/Schluckmotorik</li> </ul>	Physiotherapie  Ergotherapie Physiotherapie  Sprachtherapie Physiotherapie Ergotherapie
Der Kognition, wie u. a. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufmerksamkeit</li> <li>• Gedächtnis</li> <li>• Planen - Handeln</li> </ul>	Neuropsychologie Ergotherapie
der in der Schule erworbenen Kulturfertigkeiten wie <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesen, Schreiben, Rechnen</li> </ul>	Sprachtherapie Neuropsychologie

<b>Schädigungen auf Struktur- oder Funktionsebene, z. B.</b>	<b>Therapieformen</b>
der Sprache/des Sprechens der Psyche <ul style="list-style-type: none"> <li>• des Verhaltens</li> </ul>	Sprachtherapie verhaltensmodifizierende Therapie

<b>Beeinträchtigungen von Aktivität und Teilhabe z. B.</b>	<b>Therapieformen</b>
in der Selbstversorgung im Alltagsleben	Ergotherapie (Hilfsmittelberatung und –schulung)
in der Fortbewegung in der näheren und weiteren Umgebung	Physiotherapie Ergotherapie (Hilfsmittelberatung und –schulung)
in der Selbstorganisation unter Berücksichtigung der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses, der Planungs- und Handlungsfähigkeit	Ergotherapie
in der Haushaltsführung und bei alltäglichen Aktivitäten	Ergotherapie (Hilfsmittelberatung und –schulung)
in der physischen Ausdauer	Physiotherapie Ergotherapie (Sportmedizin)
in der Kommunikation	Sprachtherapie Ergotherapie
im Verhalten/Krankheitsverarbeitung	(Neuro-)Psychologie verhaltensmodifizierende Therapie
<b>Beeinträchtigung in das Einbezogen-sein in eine Lebenssituation z.B.</b>	<b>Alle Therapieformen</b>
Staatsbürgerliches Leben Freizeitbeschäftigung Bildung Beruf	Sozialarbeit/Sozialpädagogik Belastungserprobung/Arbeitstherapie, Beratung hinsichtlich sozialer und beruflicher Fragestellungen

Im Bedarfsfalle sind Besuche vor Ort (Wohnung, Arbeitsplatz) durchzuführen. Die Angehörigen sind, soweit erforderlich, in die Rehabilitation einzubeziehen. Ggf. ist eine regelmäßige Einbeziehung einer Bezugsperson erforderlich.

Zeigt sich während der Therapie, dass bestimmte Körperfunktionen/-strukturen nicht behandelbar sind, ist eine Verminderung bzw. Verhütung einer Verschlimmerung der

Beeinträchtigungen der Aktivitäten durch Kompensation, Erwerben von neuen Kenntnissen, Fertigkeiten und Verhaltensweisen anzustreben.

## **Dokumentation**

Für jeden Rehabilitanden ist eine Krankenakte anzulegen, aus der alle rehabilitationsrelevanten Diagnosen, Befunde sowie die durchgeführten/geplanten Therapieformen entnommen werden können, um den Rehabilitationsprozess transparent und vergleichbar zu machen. Die Dokumentation muss insbesondere umfassen:

- den individuellen Rehabilitationsplan betreffend Art, Häufigkeit und Intensität der Behandlungselemente
- die Teilnahmedokumentation des Rehabilitanden in einem Behandlungsheft / Rehabilitationstagebuch
- sämtliche erhobene anamnestische Daten, klinische Befunde und deren Interpretation
- das definierte Rehabilitationsziel und die Bewertung des Rehabilitationserfolges durch Zwischenuntersuchungen in bestimmten Zeitabständen sowie die Abschlussuntersuchung/ -befundung
- die Angaben zu den Visiten und Teambesprechungen/Fallkonferenzen
- den Entlassungsbericht.

Nach Beendigung der Rehabilitationsleistung erhalten der behandelnde Arzt und der zuständige Rehabilitationsträger einen Entlassungsbericht, der u. f. folgende Angaben enthalten muss:

- Rehabilitationsverlauf unter Angabe der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen
- Ergebnisse der abschließenden Leistungsdiagnostik und der sozialmedizinischen Beurteilung; diese umfassen z. B. die Stellungnahme
  - Zur Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben unter Bezugnahme auf den beruflichen Kontext
  - zur Leistungsfähigkeit im Alltag bezogen auf die Selbständigkeit bei den Verrichtungen des täglichen Lebens, insbesondere zur psychosozialen Situation und/oder zur Frage der Vermeidung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit

- zur Krankheitsverarbeitung, zum Lebensstil einschl. der Kontextfaktoren und Motivation zur Lebensstilveränderung
- Empfehlungen für weiterführende Leistungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges (z. B. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Rehabilitationssport und Funktionstraining)
- Empfehlungen zur Wiedereingliederung in das soziale Umfeld bzw. zur psychosozialen Betreuung.

Werden im Entlassungsbericht betriebliche Maßnahmen vorgeschlagen, sollte mit Einwilligung des Rehabilitanden auch der betriebsärztliche Dienst den Teil des Entlassungsberichtes, der diese Vorschläge enthält, erhalten.

## **Qualitätsmanagement / Qualitätssicherung**

Die Erbringer von Leistungen stellen ein Qualitätsmanagement sicher, das durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert.

Für die Rehabilitationseinrichtungen besteht die Verpflichtung, an einem Qualitätssicherungsprogramm der Rehabilitationsträger teilzunehmen. Zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen sind vergleichende Qualitätsanalysen die Grundlage für ein effektives Qualitätsmanagement der Leistungserbringer. Weiterhin sind die Ergebnisse der Qualitätssicherung eine wesentliche Grundlage für die Zuweisung.