

Rehabilitation

Zur gegenwärtigen Situation der Begrifflichkeit und Standortbestimmung

Wer von Ihnen wurde nicht schon mit der bunten Sprachvielfalt konfrontiert, wenn es um Maßnahmen von Vor- und Nachsorge, also um den Teil der Medizin geht, der sich bemüht, Krankheitsentstehung zu verhindern oder deren Verlauf langfristig günstig zu beeinflussen. Im täglichen Kontakt mit Patienten und Kostenträgern fallen Bezeichnungen wie „Vorsorgekur, Vorsorgeleistung, Rehakur, Badekur, Heilbehandlung, Heilverfahren, Anschlussheilbehandlung, Anschlussrehabilitation...“. Wenn gewünscht, kann man für diese Begrifflichkeiten ein eigenes Literaturverzeichnis erstellen.

Deswegen ist es gerechtfertigt, trotz der Komplexität der Prozesse, den Versuch zu unternehmen, auf dem Boden der Struktur unseres Gesundheitswesens eine praxisnahe und verständliche Gliederung zu erstellen, die mit dieser babylonischen Sprachverwirrung aufräumt.

Das deutsche Gesundheitssystem ist von den Bereichen Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege und Palliation geprägt.

Angesichts der demographischen Entwicklung und der steigenden Morbidität wird der Rehabilitation künftig ein immer grösserer Stellenwert zukommen (Stichwort: „Reha vor Pflege“).

Die Rehabilitation hat sich im Sinne eines ganzheitlichen Therapieansatzes der Behandlung von Funktions- und Fähigkeitsstörungen verschrieben. Ihre Maßnahmen betten sich in die bereits bekannte und häufig modifizierte Gliederung verschiedener Präventionsbemühungen (Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention) ein. Präventionsarbeit lässt sich jedoch im Grunde genommen nicht nach dem Interventionszeitraum gliedern. So überlappen sich zum Beispiel Inhalte von Sekundär- und Tertiärprävention in so weiten Teilen, dass im europäischen Kontext eine eigenständige Differenzierung kontrovers diskutiert wird. Legt man die genannte Einteilung zugrunde, so beschäftigt sich

Rehabilitation schwerpunktmäßig mit Maßnahmen der Sekundärprävention. Sie arbeitet auf dem Boden des ganzzeitlichen Modells, ist ressourcenorientiert und die klassische Frage lautet:

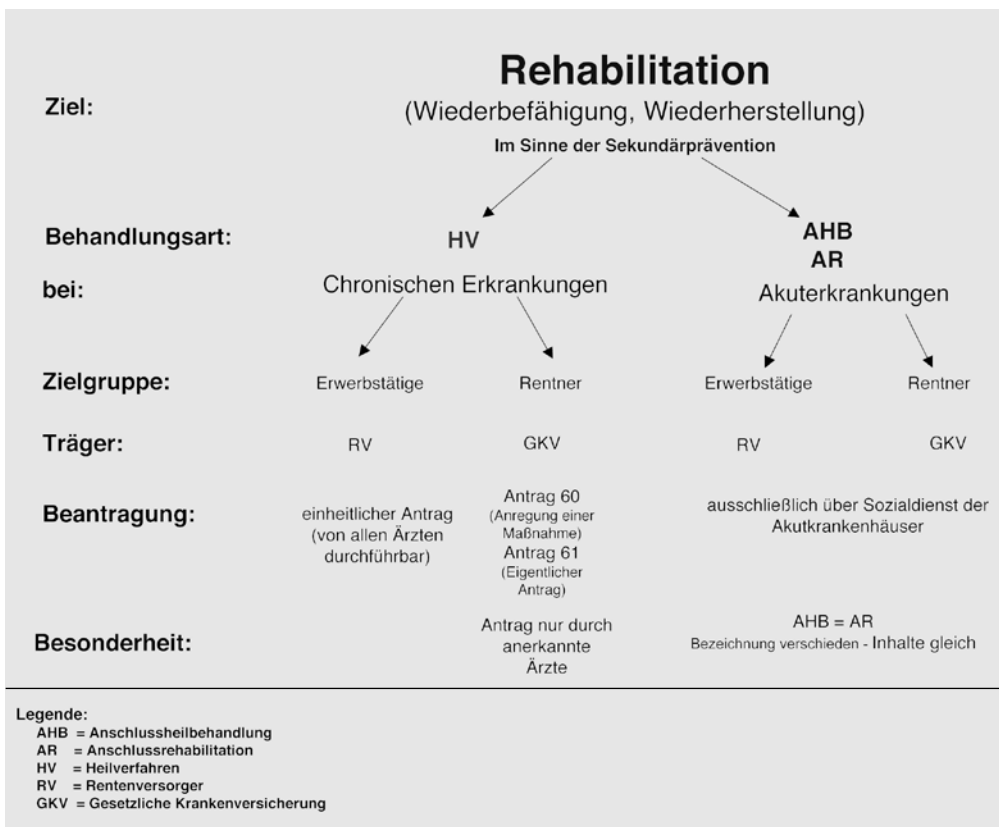
„Was ist (noch) vorhanden? Wie/Was kann aktiviert/reactiviert werden?“

Die zu Beginn benannten Begrifflichkeiten wie „Vorsorgekur, Vorsorgeleistung...etc“ sind methodisch und inhaltlich weder eindeutig definiert noch gar evidenzbasiert. Sie werden je nach Sichtweise und Wertung der Beteiligten (Krankenversicherung, Sozialversicherung, Ärzte, Versicherte) ganz unterschiedlich interpretiert.

Nicht so bei den Leistungen in der Rehabilitation, deren wissenschaftliche Grundlage nicht nur erwartet, sondern von Kostenträgerseite aus gefordert wird und mittlerweile evidenzbasiert vorliegt. Die Rehabilitationsleistungen orientieren sich an den Vorgaben einer umfassenden Behandlung nach WHO. Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität entsprechen den Leitlinien der jeweiligen Fachverbände (LL Risikoadjustierte Prävention 09-2007 und DLL-KardReha 06-2007).

Nachfolgend soll auf die Flowchart zum Antragsverfahren einer rehabilitativen Maßnahme und auf „Ergänzende Hinweise“ aufmerksam gemacht werden. Sie sollen zum besseren Verständnis von Organisationsablauf und Zuständigkeiten beitragen.

Abschließend sei daran erinnert, dass ein erfolgreiches, hilfreiches und für alle Seiten zufriedenstellendes Ergebnis nur durch eine Kooperation aller Beteiligten im Sinne eines echten integrativen Behandlungsansatzes möglich ist, dessen Umsetzung im Alltag eine grosse Herausforderung bedeutet.



Ergänzende Hinweise

1. Ein HV bei Erwerbstätigen (auch Arbeitslose, also potentiell Erwerbstätige) kann von allen Ärzten wie bisher zu Lasten der Rentenversorger beantragt werden. Die Formulare sind über die Website von DRV-Bund zu beziehen.
2. Ein HV bei Rentnern ist seit Inkrafttreten des GKV-WSG im April 2007 Pflichtleistung der Kassen geworden, die im Risikostrukturausgleich berücksichtigt wird. Antragsberechtigt sind allerdings nur Ärzte, die eine rehabilitationsmedizinische Qualifikation nachweisen können! Das Antragsverfahren läuft zweistufig über die Einleitung mit Formular 60 und dem eigentlichen Antrag mit Formular 61. Formular 60 kann bei den Kassen oder der KV bezogen werden, Formular 61 wird nach Einleitung des Verfahrens automatisch an die Versicherten versandt.
3. Alle genannten Verfahren können ambulant oder stationär durchgeführt werden.

Dr. med. Albrecht Charrier
Für den Ausschuss Prävention und
Rehabilitation der Sächsischen
Landesärztekammer
Ärztlicher Leiter des Zentrums für ambulante
kardiologische Rehabilitation und Prävention
Forststraße 5, 01099 Dresden
E-Mail: [albrecht.charrier@
praevention-rehabilitation-dresden.de](mailto:albrecht.charrier@praevention-rehabilitation-dresden.de)