

# Einleitung, Beantragung oder Verordnung einer Maßnahme der Rehabilitation

zulasten der Deutschen Rentenversicherung oder der gesetzlichen Krankenversicherung unter Berücksichtigung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)



A. Deventer

## Lernziele



Die Zunahme der chronischen Erkrankungen stellt unser Gesundheitssystem vor besondere Herausforderungen. Vor allem die Ärzte, die ihre Patienten kontinuierlich betreuen, sehen sich mit der Frage konfrontiert, wie sie die knappen Ressourcen so wirkungsvoll wie möglich einsetzen können. Hausärzte, die durch die Kenntnisse des persönlichen und beruflichen Umfeldes einen erweiterten Blick auf ihre Patienten haben, werden in Zukunft bei ihrer praktischen Arbeit immer mehr Wert auf die Funktionen und Fähigkeiten ihrer Patienten legen und hierdurch die Liste der Diagnosen gemäß ICD ergänzen.

Da Unversehrtheit oder Heilung nicht mehr das alleinige Ziel medizinischen Handelns ist, verlagert sich die Zielsetzung von Behandlungen mehr und mehr auf die Reintegration und die Teilhabe an den unterschiedlichen Lebensbereichen. Der Gesetzgeber hat dies erkannt und mit den neuen Rehabilitationsrichtlinien nach § 92 SGB V die nötigen Instrumente dafür geschaffen. Ziel dieser Richtlinien ist die regelhafte Integration der Vertragsärzte in den Versorgungssektor der Rehabilitation, die Verringerung der Schnittstellenproblematik am Reha-Zugang und in der Reha-Nachsorge sowie die Stärkung der Lotsenfunktion der Hausärzte. Unter-, Fehl- und Überversorgung im Bereich der medizinischen Rehabilitation müssen in Zeiten knapper ökonomischer Mittel verhindert werden. Als gemeinsames Konzept und sprachliche Grundlage aller am Rehabilitationsprozess beteiligter Akteure wurde auch in Deutschland die ICF eingeführt (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit).

Dieser Artikel soll dazu beitragen, die theoretischen Grundlagen zu schaffen, um die Rehabilitationsrichtlinien nicht als ein bürokratisches Monster zu verstehen, sondern um dem richtigen Patienten zum richtigen Zeitpunkt mit den richtigen Therapien in den richtigen Einrichtungen zur Rehabilitation zu verhelfen.

## I. Das Konzept der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – ICF, dargestellt in vereinfachter Form



Seit den 70er-Jahren arbeiten verschiedene Arbeitsgruppen im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation (WHO) an einer internationalen Klassifikation von Gesundheit, Krankheit und Behinderung. Nach einem Vorläufermodell (ICIDH) wurde im Mai 2001 abschließend die Klassifikation ICF von der Generalversammlung der WHO verabschiedet. Seit Oktober 2004 liegt die deutschsprachige Version vor (Final Draft, unter [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)) [1–3].

Eine Kodierung ähnlich der ICD 10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision) mit Buchstaben und Zahlen ist auch für die ICF möglich, spielt jedoch in der praktischen Umsetzung keine Rolle. **Vertragsärzte brauchen sich daher nicht mit der Kodierung zu beschäftigen.**

- Die ICF wurde 2001 von der Generalversammlung der WHO beschlossen.

### Bibliografie

DOI 10.1055/s-2007-971053  
Z Allg Med 2007; 83: 161–176  
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York · ISSN 1433-6251

### Korrespondenzadresse

**A. Deventer**  
Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin  
Stellvertretende Vorsitzende des Berufsverbandes der Rehaärzte e. V.  
Lerchenfeld 14  
22081 Hamburg  
[k.deventer@web.de](mailto:k.deventer@web.de)

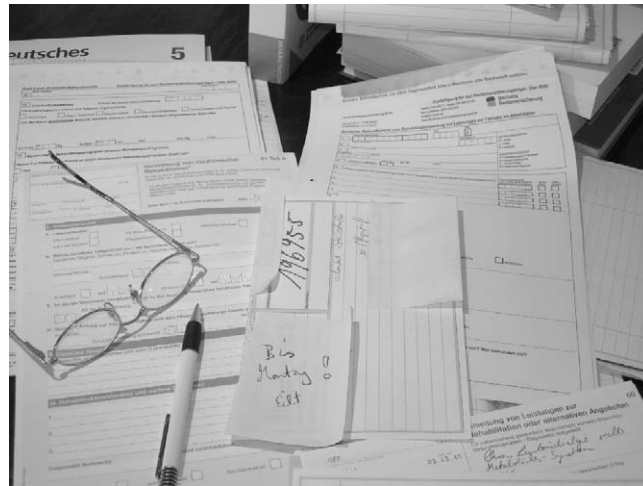


Abb. 1 Antragschaos.

- Die ICF bedeutet kein zusätzliches Kodierungssystem für Vertragsärzte.

Heute ist die ICF primär die konzeptionelle und sprachliche Grundlage für alle Belange der Rehabilitation und nicht deren Klassifikationssystem. Ob es irgendwann gelingt, sie als Kodierungsinstrument sachgerecht zu operationalisieren, bleibt derzeit offen. Die große Bedeutung der ICF besteht derzeit darin, unsere bio-psycho-soziale Betrachtung des Patienten zu erweitern, um ihn in seiner gesamten Lebenswirklichkeit so genau wie möglich zu erfassen. Gesundheit und Behinderung werden so global zu grundlegenden Charakteristiken aller Menschen (Abb. 2). Die ICF hat eine zweigleisige Struktur: der erste Teil beschreibt „Funktionsfähigkeit und Behinderung“, der zweite Teil „Kontextfaktoren“.

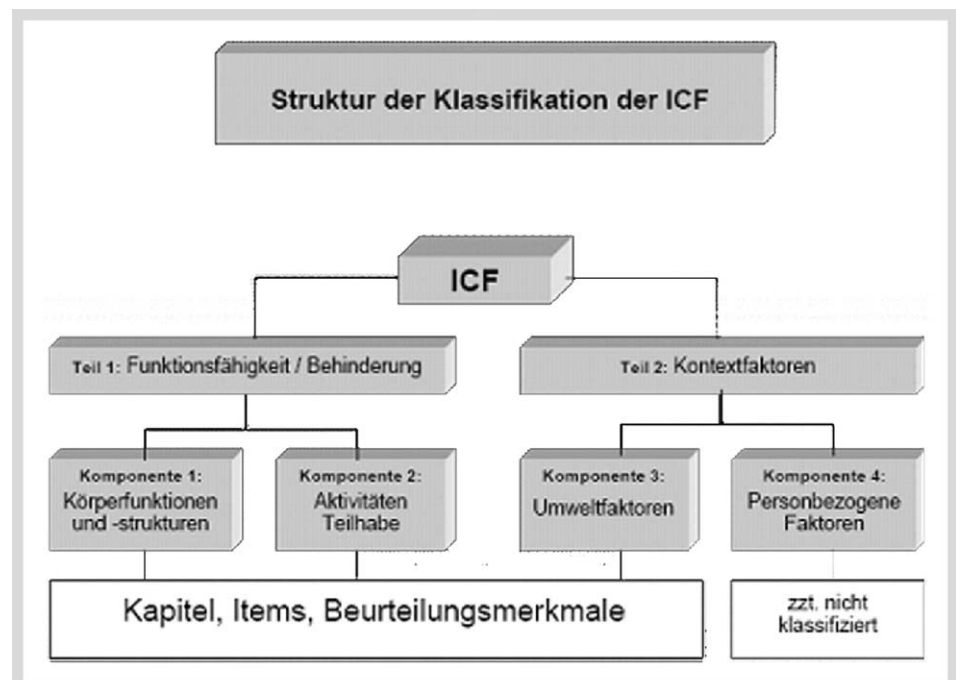


Abb. 2 Struktur- und Begriffsdefinitionen ICF. Quelle: [4]

- Konzept der Schädigungen von Körperfunktionen und Körperstrukturen

### I.1. Funktionsfähigkeit und Behinderung: Schädigungen von Strukturen und Funktionen, Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilnahme; Leistung und Leistungsfähigkeit

Störungen der Körperfunktionen und Körperstrukturen werden Schädigung genannt. Störungen von Aktivitäten eines Menschen und Störungen bei der Teilhabe eines Menschen an für ihn wesentlichen Lebensbereichen werden Beeinträchtigungen genannt. Die ICF betrachtet die Beschreibung solcher Beeinträchtigungen heute nicht mehr getrennt, wie noch in den Vorläufern dieser Klassifikation, da die Beeinträchtigung einer Aktivität zumeist auch eine Beeinträchtigung der Teilhabe nach sich zieht und umgekehrt. Praktische Beispiele finden Sie unter III.2.

## I.2. Kontextfaktoren: Umweltfaktoren (Barriere- und Förderfaktoren), personenbezogene Faktoren

Die Lebensbedingungen eines Menschen werden durch die Kontextfaktoren beschrieben. Diese werden differenziert in Umweltfaktoren und die Faktoren, die für jedes Individuum in der Einzelbetrachtung, also personenbezogen, von Bedeutung sind. Diese **Kontextfaktoren** – und dies unterstreicht die Nähe der ICF zur hausärztlichen Medizin – können entscheidende fördernde oder hemmende Einflüsse bezüglich der Ausprägung von Schädigungen und Beeinträchtigungen haben. Barrierefaktoren (als Umweltfaktoren) sind zum Beispiel unzureichende Schulbildung, mangelnder Zugang zu Weiterbildungsmöglichkeiten, niedriges Einkommen, Migrationshintergrund mit unzureichenden Sprachkenntnissen, Leben auf dem Lande ohne Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr, Alleinlebende ohne Verwandtschaft usw. Beispiele dafür stehen unter III.2

Personenbezogene Faktoren sind allein vom individuellen Patienten abhängig und nicht umwelt- oder gesellschaftsbedingt. Personenbezogene Faktoren sind also Kontextfaktoren, die sich nur auf die betrachtete Person beziehen, wie Alter, Geschlecht, sozialer Status, Lebenserfahrung usw. [2]. Sie sind bislang nicht klassifiziert.

Umweltfaktoren sind unterteilt nach Barriere- oder Förderfaktoren.

Sie umfassen die natürliche materielle Welt mit ihren Eigenschaften (z.B. Mangel an sauberem Wasser), die von Menschen geschaffene materielle Welt (z.B. Abwesenheit von öffentlichen Wasserleitungen), andere Menschen in verschiedenen Beziehungen und Rollen, Einstellungen und Werte (z.B. Standessystem in der Dorfgemeinschaft), Sozialsysteme und Dienste sowie Handlungsgrundsätze, Regeln und Gesetze (z.B. in einem unterversorgten afrikanischen Staat lebend). Sie unterscheiden sich in den verschiedenen Ländern der Erde erheblich voneinander.

Tab. 1 Einteilung der Ausprägungsgrade

0	Problem nicht vorhanden	(ohne, kein, unerheblich...)	0–4%
1	Problem leicht ausgeprägt	(schwach, gering.....)	5–24%
2	Problem mäßig ausgeprägt	(mittel, ziemlich .....	25–49%
3	Problem erheblich ausgeprägt	(hoch, äußerst .....	50–95%
4	Problem voll ausgeprägt	(komplett, total .....	96–100%
8	nicht spezifiziert		
9	nicht anwendbar		

## I.3. Einteilung in Ausprägungsgrade

Die Einzelheiten der Klassifikationen können unter [2] nachgelesen werden. Bei Körperfunktionen und Körperstrukturen ist die erste Ebene der Beschreibung anatomisch bezogen. Die zweite Ebene betrifft das Ausmaß eines Problems, dafür gibt es als einfachste Struktur folgende **Tab. 1**

Diese Einteilung der Ausprägungsgrade ist hilfreich bei der Darstellung eines Gesundheitsproblems und erleichtert beispielsweise den Ärzten des MDK, das Ausmaß einer Beeinträchtigung besser nachvollziehen zu können. Sie sind aber nicht verpflichtend anzugeben.

## I.4. Ethische Fragen hinsichtlich der ICF: „Klassifizieren oder Abklassifizieren“

Wie am Beispiel eines in Afrika lebenden Menschen ausgeführt, lassen sich Auswertungen aufgrund der ICF international zum Vergleich von Ländern einsetzen, zur Erarbeitung von Statistiken, zur Aufdeckung von Defiziten eines Landes, zur Planung von Gesundheitspolitik und vielem mehr.

Laut ICF gilt eine Person als funktional gesund, wenn vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Konzept der Kontextfaktoren)

- ▶ ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des geistigen und seelischen Bereichs) und ihre Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (Konzept der Körperfunktionen und Strukturen),
- ▶ sie all das tun und tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD) erwartet wird (**Konzept der Aktivitäten**),
- ▶ sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Art und Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (**Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen**) [2].

- ◉ Kontextfaktoren beschreiben die Lebensbedingungen eines Menschen; sie nehmen positiven oder negativen Einfluss auf die Ausprägung von Schädigungen.

- ◉ Umweltfaktoren sind je nach Land sehr unterschiedlich.

- ◉ Konzept von Aktivität und Teilhabe.



Eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit einer Person ist das Ergebnis der negativen Wechselwirkung zwischen einem Gesundheitsproblem (ICD), einer Person und ihren Kontextfaktoren.

Jede Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit einer Person wird in der ICF **Behinderung** genannt [1,2]. Dieser Behinderungsbegriff unterscheidet sich gravierend vom Behinderungsbegriff in der deutschen Gesetzgebung, ist wesentlich umfassender und geht über das rein medizinische Denken deutlich hinaus.

An der Entwicklung der ICF haben von Anfang an auch Menschen mit Behinderungen und ihre Organisationen mitgearbeitet. Immer wieder wurden Befürchtungen geäußert, dass eine Klassifikation auch vermehrt zu Stigmatisierung und systematischer Benachteiligung führen kann. Die Diskussion darüber hält an [2, Anhang 5 und 6]; [5].

**Tab. 2** Medizinische Rehabilitation in der GKV

„Rehabilitationsbedürftigkeit 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“ [6, 7]

## II. Medizinische Rehabilitation in der GKV



### II.1. Definitionen und Grundbegriffe (☉ Tab. 2)

Mit dieser Definition der Rehabilitationsbedürftigkeit in den neuen Rehabilitationsrichtlinien von 2004 ist auch die Indikation für eine Medizinische Rehabilitation genauer und umfassender als früher dargestellt. In der gesetzlichen Krankenversicherung wird die Indikation zur Durchführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation – unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren – durch die Beeinträchtigung der Aktivitäten vor allem im Alltag und die Teilhabe am persönlichen und sozialen Leben gestellt, während in der gesetzlichen Rentenversicherung eine solche Indikation in erster Linie durch die erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbstätigkeit entsteht. Hier gilt: **Reha vor Rente**, beispielsweise um eine Frühberentung zu vermeiden.

Rehabilitationsbedürftigkeit kann auch bei Pflegebedürftigkeit vorliegen. Ihr folgt eine Beeinträchtigung der Teilhabe zumeist am persönlichen, familiären und selbstbestimmten Leben, deshalb stellen sowohl eine drohende **Pflegebedürftigkeit**, aber auch eine drohende Verschlechterung der Pflegestufe eine Indikation für eine Rehabilitationsmaßnahme – zumeist zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) dar.

**Ziel der Medizinischen Rehabilitation** „ist es, die drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigung der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben der Gemeinschaft durch frühzeitige Einleitung der gebotenen Rehabilitationsmaßnahmen abzuwenden, zu beseitigen, zu mildern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Der Rehabilitand soll durch die Rehabilitation (wieder) befähigt werden, eine Erwerbstätigkeit oder bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und dem Ausmaß auszuüben, die für diesen Menschen als „normal“ (für seinen persönlichen Lebenskontext typisch) erachtet werden.

**Dieses Ziel kann erreicht werden durch:**

- ▶ vollständige Wiederherstellung der ursprünglichen Struktur und Funktion bzw. Fähigkeit (**Restitutio ad integrum**)
- ▶ größtmögliche Wiederherstellung der ursprünglichen Struktur/Funktion bzw. Fähigkeiten (**Restitutio ad optimum**)
- ▶ Einsatz von „Ersatzstrategien“ bzw. Nutzung verbliebener Funktion bzw. Fähigkeiten (**Kompensation**)
- ▶ Anpassung an [...] Umweltbedingungen (**Adaptation**) [8,9]

Dieser **Begriff des Rehabilitationszieles** und seine Anwendung schließt eine sehr viel genauere Bestimmung von Ziel und Zweck der Rehabilitation ein als bisher. Bisher basierte ein Antrag auf Rehabilitation auf einer oder mehreren Diagnosen mit einer ICD-Nummer (z. B. Herzinsuffizienz).

- ☉ Jede Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit einer Person wird in der ICF Behinderung genannt.

- ☉ Reha vor Rente.

- ☉ Reha vor Pflege.

- ☉ Nicht nur Wiederherstellung oder Verbesserung von Funktionen sind Ziele der Rehabilitation, sondern auch Ausgleichen von Beeinträchtigungen und Anpassung an die verbliebenen Fähigkeiten.



In den neuen Rehabilitationsanträgen wird gemäß ICF eine genauere Beschreibung der Schädigung (z. B. „Herzinsuffizienz NYHA III, EF 35%“) gewünscht, wodurch auch eine Präzisierung des Rehabilitationszieles erfolgt, wie z. B. „Wiedererlangen der Fähigkeit, eine Treppe im eigenen Haus hoch zu steigen“, „Verringerung der Luftnot bei geringer Belastung“ mit dem Hauptziel „Wiedererlangung der häuslichen Selbstversorgung“. Wenn dies nur mit dem Einsatz eines Treppenlifters oder durch das Erlernen des Gehens am Gehwagen erreichbar ist, ist dies im Sinne von Adaptation und Kompensation ebenso Ziel.

Grund für eine Rehabilitation ist also auch ein erreichbares Teilziel, soweit dafür wirklich eine positive Rehabilitationsprognose besteht. Das bedeutet, dass begründete Aussicht bestehen muss, dass dieses Ziel oder Teilziel durch ein passendes Rehabilitationskonzept in einer ausgewählten **Rehabilitationseinrichtung** innerhalb eines festgelegten Zeitraumes erreichbar ist.

#### Allokationsempfehlung: Wahl der Rehabilitationseinrichtung

Der beantragende Arzt ist aufgefordert, die Art der Einrichtung vorzuschlagen, gegebenenfalls sogar eine bestimmte Klinik. Er muss aus seiner Kenntnis heraus entscheiden, ob er z. B. eine orthopädische oder eine psychosomatische Rehabilitation empfiehlt, in einem anderen Fall vielleicht zwischen einer orthopädischen oder einer (interdisziplinären) geriatrischen Rehabilitation wählen. Die **Hauptdiagnose** muss daher an erster Stelle stehen.

**Beispiel:** Ein Patient, der seit über 10 Jahren an unspezifischen Rückenschmerzen leidet, seit einem Jahr arbeitslos ist und seit 3 Jahren getrennt lebend, wird in einer orthopädischen Rehabilitation vermutlich weniger erreichen als in einer psychosomatischen Rehabilitation mit Schwerpunkt Schmerz.

**Rehabilitationsfähigkeit** bedeutet, dass der Patient körperlich und psychisch in der Lage sein muss, an der Maßnahme teilzunehmen. „Rehabilitationsfähig ist ein Versicherter, wenn er 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“ [6]...

**Beispiel:** Ein 71-jähriger Patient mit schwerer Arthrose verschiedener Gelenke, der auch an Gehhilfen nur 50 m gehen kann und weitere Begleiterkrankungen hat, ist aller Voraussicht nach mit einer orthopädischen Rehabilitation in einer durchschnittlichen orthopädischen Rehabilitationsklinik überfordert – ein Erfolg in einer geriatrischen Rehabilitationseinrichtung wäre mit größerer Wahrscheinlichkeit zu erwarten (○ **Abb. 3** und **4**).



**Abb. 3** und **4:** Medizinische Trainingstherapie und Einzelbehandlung.

## II.2. Abgrenzung zu anderen Versorgungsangeboten

Die Hausärztin sieht sich immer wieder in der Situation, dass ein lange bekannter Patient vor ihr sitzt und sagt: „ich glaube ich brauche mal eine Kur“. Die Hausärztin hat nun zu entscheiden, was der Patient aus medizinischer Sicht wirklich braucht und was andererseits „notwendig, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ ist [6].

Das Sozialgesetzbuch kennt den Begriff der Kur eigentlich nicht mehr, es kennt nur mehr **primäre Präventionsleistungen** nach §20 SGB V, **Vorsorgeleistungen** nach §23 SGB V ambulant (z. B. am Badeort/Kurort) und stationär oder **Rehabilitationsleistungen**. Verwirrend ist dies nicht nur für Patienten, auch Ärzte kämpfen mit den Begriffen im Gesetzestext [10].

Wenn dieser Patient weder eine Schädigung noch eine Beeinträchtigung von Aktivitäten oder eine Teilhabestörung aufweist, aber etwas für sich tun möchte, dann kann die Ärztin zu dem Schluss kommen, das Gespräch in Richtung primärer Prävention lenken: Förderung und Erhal-

- Die Empfehlung der Art der Rehabilitation bezieht sich auf die Hauptdiagnose.

- Ein Patient ist rehabilitationsfähig, wenn er in der Lage ist, an der erforderlichen Reha-Maßnahme teilzunehmen.

- Der Begriff „Kur“ wurde durch „primäre Präventionsleistungen“, „Vorsorgeleistungen“ und Rehabilitationsleistungen ersetzt.





- ◉ Vertragsärzte haben nun auch gesetzlich die Aufgabe, Beratung zu Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen durchzuführen.
  
- ◉ Vorsorgemaßnahmen sind angebracht, wenn zwar Schädigungen vorliegen, die Teilhabe aber nicht gestört ist.
  
  
  
  
  
- ◉ Bisher gibt es wenige Ansätze, eine ICF-basierte rehabilitative Krankenbehandlung zu entwickeln.
  
  
  
- ◉ Die medizinische Rehabilitation kann von unterschiedlichen Leistungsträgern übernommen werden.

tung der Gesundheit durch gesunde Ernährung, Vermeidung von Gesundheitsrisiken wie Rauchen, Schaffung einer Motivation zur Nutzung von wohnortnahen Angeboten wie Sportvereinen, Volkshochschulen, Freizeitzentren und anderen Einrichtungen. Also den Patienten auffordern, bei einer Rückengruppe, einem Walking-Kursus, einem Raucherentwöhnungskurs oder ähnlichem mitzumachen. Das Angebot hierfür ist in der Bundesrepublik nahezu überall vorhanden, wohnortnah und preiswert. Diese **Beratungsleistung durch den behandelnden Arzt** ist zum ersten Mal auch gesetzlich gewünscht und definiert in den sog. Rehabilitationsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses [6]. §5

Die Ärztin kann auch zu dem Schluss kommen, dass zwar noch keine medizinische Rehabilitation erforderlich ist, aber eine Vorsorgemaßnahme. **Vorsorgemaßnahmen nach §23 SGB V** gehören zur sekundären Prävention. Hauptsächlich sind dies die so genannten ambulanten Badekuren und die Kompaktkuren. Sie kommen immer dann in Betracht, wenn ggf. schon Schädigungen bezüglich Struktur oder Funktion vorhanden sind und vor allem eine drohende Entstehung bzw. die Verschlimmerung von Erkrankungen verhindert werden soll [7]. Die Erkrankungen sind dabei nicht so akut, dass sie z. B. zur Arbeitsunfähigkeit führen. Es besteht also keine Störung der Teilhabe in irgendeiner Form [10].

**Beispiel:** Allgemeiner Erschöpfungszustand mit reduzierter körperlicher und psychischer Belastbarkeit bei bekannter Hypertonie mit gehäuften Auftreten unspezifischer Schmerzen im Bewegungsapparat, aber ohne Beeinträchtigungen der Teilhabe z. B. im beruflichen Bereich.

Solche Vorsorgeleistungen können unter bestimmten Bedingungen auch stationär durchgeführt werden, beispielsweise dann, wenn eine Distanzierung des Patienten aus seinem Umfeld erforderlich scheint und kontinuierliche ärztliche Betreuung erforderlich ist. Es gibt auch stationäre Vorsorgemaßnahmen, z. B. die Mutter/Vater/Kind- Vorsorgekuren oder spezielle Vorsorgekuren für Kinder unter 14 Jahren bei einer Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit zu einer Erkrankung führen könnte.

Der Begriff „Kur“ trifft heutzutage leistungsrechtlich korrekterweise nur noch für die oben genannten Vorsorgeleistungen zu, im allgemeinen Sprachgebrauch wird er sich sicher noch länger halten.

Zur sekundären Prävention gehören auch die normalen vertragsärztlichen kurativen Maßnahmen wie die Verordnung von Medikamenten sowie Heil- und Hilfsmitteln. Dies schließt nicht aus [10, 11], dass die kurativen vertragsärztlichen Leistungen sehr wohl auch unter rehabilitativer Zielsetzung erfolgen können. Noch gibt es erst wenige Ansätze zur **Entwicklung einer ICF-basierten rehabilitativen Krankenbehandlung**, die eine Leistungserbringung im multidisziplinären Team mit ärztlicher Behandlungsplanung und Koordination wohnortnah und ambulant ermöglichen kann [11, 12]. Neue gesetzliche Möglichkeiten, z. B. integrierte Versorgung nach § 140 SGB 5 oder die Möglichkeit berufsübergreifender Kooperationen in Form von Partnergesellschaften, könnten zukünftig dafür genutzt werden.

### II.3. Leistungsträger

Träger einer medizinischen Rehabilitation können unter anderem sein:

- ▶ die gesetzliche Krankenversicherung (SGB 5) für ihre Versicherten,
- ▶ die Rentenversicherung (SGB 6) für ihre Versicherten: medizinische Rehabilitation und/oder Teilhabe am Arbeitsleben,
- ▶ die Unfallversicherung (SGB 7) bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten: medizinische Rehabilitation, Teilhabe am Arbeitsleben, Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft,
- ▶ die Bundesanstalt für Arbeit (SGB 3): Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- ▶ die Sozialhilfe: medizinische Rehabilitation, berufliche und soziale Teilhabe im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen,
- ▶ die Jugendhilfe (SGB 8): Leistungen zur Teilhabe für behinderte Kinder.

## III. Antragsverfahren bzw. Verordnung unter besonderer Berücksichtigung der ICF



### III.1

Für die niedergelassenen Vertragsärzte besteht bei der Einleitung einer Rehabilitationsmaßnahme keine Notwendigkeit, sich mit der Frage des zuständigen Trägers zu beschäftigen. Diese Vereinfachung ist Folge der neuen Rehabilitationsrichtlinien [6], die als erste Maßnahme zur Einleitung das Ausfüllen des einseitigen Formulars 60 „Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten“ vorsieht. Hier erklärt der behandelnde Arzt die Notwendigkeit einer medizinischen (◉ **Abb. 5**) Rehabilitationsleistung oder eines alternativen



**Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten** 60

Für nebenstehend (genannte/n) Versicherte(n) wurde(n) folgende(s) Gesundheitsproblem(e) / Diagnose(n) festgestellt

Die kurative Versorgung hat nicht den gewünschten Erfolg

Beratung über Angebote alternativ zur Rehabilitation erwünscht

ambulante Vorsorgeleistung am Kurort  
stationäre Vorsorgeleistungen

Eine medizinische Rehabilitationsleistung erscheint aussichtsreich/Leistungen der medizinischen Vorsorge haben voraussichtlich nicht den gewünschten Erfolg. Darunter:

Eine Einschränkung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft droht oder ist bereits gegeben (kann für jeden Patienten zutreffen),

Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit liegt vor oder ist zu befürchten (ein Kreuz hier bedeutet in jedem Falle die Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers, wenn der Patient noch im Erwerbsleben steht und leistungsberechtigt ist),

Die Erkrankung ist Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit.

Rückruf durch die Krankenkasse erbeten unter  
Telefon-Nummer

Unschriftlich zurück an den Vertragsarzt

Abb. 5 Formular 60

Angebotes und nennt nur kurz die vorliegenden Diagnosen oder Gesundheitsprobleme. Das Formular ist bei der kassenärztlichen Vereinigung zu erhalten.

Auf dem Formular 60 gibt es zwei Möglichkeiten:

- ▶ Beratung über Angebote alternativ zur Rehabilitation erwünscht, darunter
  - ▶ ambulante Leistung am Kurort,
  - ▶ stationäre Vorsorgeleistungen,
  - ▶ eigene Vorschläge des Arztes (freies Feld).

→ Hier ankreuzen, wenn man als Vertragsarzt eine Vorsorgemaßnahme, z. B. eine ambulante Badekur oder Kompaktkur, für ausreichend hält oder eine Beratung durch die Krankenkasse hinsichtlich primärer Präventionsmaßnahmen wünscht (Kurse).

- ▶ Eine medizinische Rehabilitationsleistung erscheint aussichtsreich/Leistungen der medizinischen Vorsorge haben voraussichtlich nicht den gewünschten Erfolg. Darunter:
  - ▶ eine Einschränkung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft droht oder ist bereits gegeben (kann für jeden Patienten zutreffen),
  - ▶ eine Minderung der Erwerbsfähigkeit liegt vor oder ist zu befürchten (ein Kreuz hier bedeutet in jedem Falle die Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers, wenn der Patient noch im Erwerbsleben steht und leistungsberechtigt ist),
  - ▶ die Erkrankung ist Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit.

Der Patient geht nun mit dem ausgefüllten Formular 60 zu seiner Krankenkasse, die verpflichtet ist, den zuständigen Kostenträger zu ermitteln und zu benachrichtigen (sogenannte Abgabennachricht). Der Patient erhält dann entweder dort direkt das eigentliche Antragsformular der Kasse, wenn sie sich selbst für zuständig erklärt, oder bekommt es vom benachrichtigten zuständigen Kostenträger zugeschickt [10].

Wenn die Krankenkasse eine medizinische Rehabilitation nicht für erforderlich hält, kann sie – nach Überprüfung durch den MDK – das Formular 60 zum Vertragsarzt zurückschicken mit einem alternativen Vorschlag wie „zunächst Ausschöpfung der Heilmittel, z. B. Kombinationstherapie D1“ oder „Vorsorgemaßnahmen sind ausreichend“. Stimmt sie der Verordnung einer medizinischen Rehabilitation zu, erhält der Patient Formular 61, bisher vorbehaltlich der Überprüfung durch den MDK. Eine Genehmigung der Maßnahme ist damit noch nicht verbunden. Nach den neuen Bestimmungen der Gesundheitsreform wird die Verordnung von Rehabilitation in Zukunft eine Regelleistung sein und nur noch stichprobenartig vom MDK überprüft werden. Das Formular 60 ist auch ein „Antrag auf Aushändigung der richtigen Antragsformulare“.

### III. 2

Erst jetzt beginnt für den Vertragsarzt der eigentliche Antrag, die „Verordnung von medizinischer Rehabilitation“ auf Formular 61 der gesetzlichen Krankenkassen oder auf einem der bisher schon benutzten Formulare der sonstigen Kostenträger, insbesondere der Deutschen Rentenversicherung (DRV). BfA und LVA stehen nun unter einem Dach und benutzen schon weitgehend die gleichen Formulare.

#### Wichtiger Hinweis für Vertragsärzte

Eine ambulante Rehabilitation des Rentenversicherungsträgers muss ganztags an 5 Tagen der Woche durchgeführt werden. Wenn jedoch die Krankenkasse der Kostenträger ist – was recht-

- ◉ Mit dem Formular 60 erklärt der behandelnde Arzt, dass eine medizinische Rehabilitation notwendig ist.

- ◉ Der zuständige Kostenträger wird von der Krankenkasse ermittelt.

- ◉ Mit dem Formular 61 wird der eigentliche Antrag gestellt.

- ◉ Eine ambulante Rehabilitation des Rentenversicherungsträgers muss ganztags durchgeführt werden; ist eine Krankenkasse der Kostenträger, ist eine Teilzeit-Rehabilitationsmaßnahme möglich.



- Die Einführung einer „neuen Sprache“, die auf der ICF beruht, soll die Kommunikation aller Beteiligten erleichtern.
- Das Lesen einschlägiger ICF-Kapitel kann beim Formulieren der Begründung Hilfestellung geben.

lich möglich ist, aber derzeit sehr oft von den Kassen aus Kostengründen abgelehnt wird – wäre die Maßnahme auch an 3 Tagen der Woche über jeweils 5–6 Stunden täglich durchführbar. Das bedeutet, dass der Patient gleichzeitig die Arbeit nach Formular 55 (Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben, Wiedereingliederungsplan) mit verringerter Stundenzahl aufnehmen oder weiterführen könnte. In dieser Frage sollte der Patient das direkte Gespräch mit seiner Krankenkasse suchen, um eine rasche Lösung zu finden. **Rehabilitation kann ambulant oder stationär durchgeführt werden**, dies gilt für nahezu alle Kostenträger. Rehabilitation ist dann indiziert, wenn – wie eingangs hervorgehoben (☉ Tab. 2) – als Folge einer Schädigung voraussichtlich nicht nur vorübergehende Fähigkeitsstörungen mit drohenden oder bereits eingetretenen Störungen der Teilhabe vorliegen.

Die neuen Formulare 61 der gesetzlichen Krankenversicherungen beruhen begrifflich auf der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit). Diese **neue „Sprache“** soll die Zusammenarbeit aller am Rehabilitationsprozess erleichtern und ihre Kommunikation untereinander verbessern [10]. Die Einführung in diese neue Sprache ist Teil der sog. Reha-Qualifikations-Kurse für Vertragsärzte gemäß den Rehabilitationsrichtlinien [6]. Ein Blick in das für die eigene Arbeit einschlägige Kapitel in der deutschen Version der ICF kann beim Formulieren hilfreich sein ([www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)).

### Formular 61: Wichtige Punkte

Besondere Aufmerksamkeit bei der Verordnung einer Rehabilitation auf Formular 61 ist bei folgenden Punkten geboten:

**Teil A I–III:** Unkompliziert, Diagnosen nach der ICD aufführen. Die Hauptdiagnose, die die Rehabilitationsbedürftigkeit in erster Linie begründet, muss als erstes genannt werden. Nach ihr richtet sich auch die Allokationsempfehlung, das heißt die Fachrichtung bzw. der Schwerpunkt der Rehabilitation.

**Teil B IV. Rehabilitationsbedürftigkeit (medizinische Befunderhebung) IV. A. Rehabilitationsrelevante Schädigungen** (ggf. Befundbögen als Anlage):

Der Begriff Schädigungen meint Schädigungen von Strukturen und Funktionen (siehe auch vorne unter I.1.). Folgende Fallbeispiele sollen dies verdeutlichen:

**Fall 1:** Arthrose des rechten Kniegelenkes mit schmerzhafter Beugeeinschränkung auf 110 Grad und Beschränkung der Gehstrecke auf 1000 Meter ohne Pause (arbeitsfähig).

**Fall 2:** Herzinsuffizienz NYHA II, EF 50% (nach Herzinfarkt, ohne Nachweis signifikanter Koronarstenosen) mit langsam zunehmenden Leistungseinschränkungen bei mittlerer Belastung (arbeitsfähig).

**Fall 3:** Anhaltende Lumboischialgie nach Bandscheibenoperation L4/5 vor 3 Monaten mit verbliebener Fußheberschwäche Grad III rechts und schmerzbedingter Beeinträchtigung beim Stehen und Sitzen über eine Stunde (arbeitsunfähig seit 3,5 Monaten).

**Fall 4:** Metabolisches Syndrom mit mehrfachen Folgeschädigungen (Augen, Nieren, Gelenke) mit zunehmender Immobilität und drohender Pflegebedürftigkeit (Rentnerin).

**Fall 5:** Chronische somatoforme Schmerzstörung mit langjährigem LWS-Syndrom und Depression; schmerzbedingte Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit; zunehmender sozialer Rückzug (arbeitsunfähig).

Die Angaben über die Arbeitsfähigkeit dienen hier nur zur Information, im Formular 61 werden sie bereits in Teil A abgefragt. Selbstverständlich können und sollen hier weitere Anlagen (Befundbögen, Berichte von Kliniken und weiteren Ärzten usw.) beigelegt werden.

**IV. B. nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe:**

Die ersten 5 Punkte sind eindeutig beschrieben. Der letzte Punkt „Bedeutende Lebensbereiche (z.B. Arbeit und Beschäftigung) könnte missverständlich sein: bei nicht mehr Berufstätigen sind bedeutende Lebensbereiche z.B. die Fähigkeit zum Einkaufen, Spazierengehen, Arzt besuchen, Apotheke aufsuchen, Krankengymnast oder Fußpflege aufsuchen (☉ Abb. 6, 7).

**IV. C. Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende Kontextfaktoren**

Einige sind bereits im Formular 61 genannt, viele weitere Umweltfaktoren oder personenbezogene Faktoren können hier eine Rolle spielen. Erneut dazu die Fallbeispiele 1–5:

**Fall 1:** Die 57-jährige Patientin ist halbtags berufstätig, kann sich beruflich keinen längeren Ausfall leisten; der Ehemann ist Frührentner wegen Multipler Sklerose, Pflegestufe 1, Pflege durch die Patientin. Beruflich ist regelmäßig längeres Stehen und Gehen erforderlich (Verkäuferin). Positiv ist die zeitweise Unterstützung im Haushalt durch die erwachsene Tochter.

**Fall 2:** Der 56-jährige Patient ist halbtags berufstätig. Die Wohnung befindet sich im 4. Stock ohne Fahrstuhl, der Patient möchte die bisherige Nachbarschaft aber nicht aufgeben. Er war außerdem vor dem Infarkt in der lokalen Kirchengemeinde sehr aktiv und möchte dies dringend wieder aufnehmen, leidet an der Verringerung seiner sozialen Kontakte.







**Abb. 6** Behindertenzugang durch ein Untergeschoss.



**Abb. 7** Gehbehinderte im U-Bahnhof vor einer Treppe.

**Fall 3:** 43-jähriger Patient mit fast ausschließlich sitzender beruflicher Tätigkeit im Büro. Erster Wiedereingliederungsversuch gescheitert. Angst vor arbeitsbedingter Kündigung. Alleinverdiener, 2 Kinder.

**Fall 4:** 73-jährige Patientin, verwitwet, allein lebend. Zunehmende Vereinsamung, Motivation schwankend, überwiegend passive Grundhaltung, Gewicht steigend. Wohnung mit Fahrstuhl, Mobilität stark abnehmend, teilweise mehrere Stunden am Tage liegend. Zunehmende Probleme mit der Selbstversorgung in mehrfacher Hinsicht. Einzige Tochter berufstätig mit 2 kleinen Kindern, kann nur den Einkauf 2x monatlich erledigen.

**Fall 5:** 39-jähriger Patient, verheiratet, ohne Kinder. Arbeitsversuche gescheitert, fühlt sich gemobbt; mittlerweile ausgesteuert. Perfektionist, hohe Leistungsansprüche an sich selbst, zunehmend distanzierte zynische Grundhaltung, Rückzug aus dem Freundeskreis, Angst vor Gesichtsverlust; jetzt auch beginnende Eheprobleme.



### Teil C, VII. Rehabilitationsziele

- ▶ **im Hinblick auf Schädigungen:** z.B. Verbesserung der Gelenkfunktion, Verbesserung der Lungenfunktion, verbesserte Blutzuckereinstellung...
- ▶ **im Hinblick auf Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe:** z.B. wieder zwei Treppen steigen können, wieder mindestens 1000 m gehen können...
- ▶ **im Hinblick auf negative Kontextfaktoren/Risikofaktoren:** z.B. Anleitung zur kalorienreduzierten Ernährung, Motivation zur regelmäßigen Bewegung
- ▶ **im Hinblick auf Ziele aus der Sicht des Patienten/ der Angehörigen:** weniger Schmerzen haben, mobiler werden, wieder selber Einkaufen gehen, wieder den Haushalt selbständig führen können, wieder arbeiten können...

### Teil D, X, C. Zum Erreichen des individuellen Rehabilitationszieles werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen:

Hier erfolgt jetzt die entscheidende Empfehlung (Allokationsempfehlung):

Zum Beispiel: stationäre geriatrische Rehabilitation empfohlen

oder: ambulante orthopädische Rehabilitation empfohlen

oder: stationäre psychosomatische Rehabilitation empfohlen mit Schwerpunkt Schmerz

oder: ambulante pulmonologische Rehabilitation empfohlen



Abb. 8 und 9: Gruppentraining.

**Darunter bei F:** wichtige Hinweise wie: unbedingt ambulante Rehabilitation erforderlich, da die Versorgung eines Kindes nur tagsüber sichergestellt ist / da aus Gründen der beruflichen Erreichbarkeit erforderlich / da am Wohnort Mitversorgung der pflegebedürftigen Mutter erforderlich ist. Oder: unbedingt stationäre Rehabilitation, da dringend Distanzierung von der gewohnten Umgebung erforderlich ist (☉ Abb. 8 und 9).

### III. 3. Ärztlicher Befundbericht/Beantragung einer Rehabilitation bei der Rentenversicherung

Die dafür erforderlichen Formulare haben sich nur in der Überschrift (jetzt DRV – Deutsche Rentenversicherung Bund statt BfA und LVA) geändert. Die ICF hat hier noch keinen Eingang gefunden. Dies soll sich in den nächsten Jahren ändern in Richtung des Formulars 61 der GKV. Für den beantragenden Arzt ist es auch heute von Vorteil, wenn er die Schädigungen und die Beeinträchtigungen von Aktivität und Teilnahme seines Patienten beschreibt, auch wenn er dafür im Moment ein Beiblatt braucht. Für Kinder und Jugendliche, Suchtpatienten und onkologische Patienten sind dabei gesonderte Befundbögen der DRV zu verwenden (siehe [www.driv-bund.de](http://www.driv-bund.de)), für Vater/Mutter-Kind-Kuren die Bögen spezieller Träger. Für die neurologische Rehabilitation Phase C/D und die psychosomatische Rehabilitation sind weitergehende Angaben der behandelnden Ärzte erforderlich, zum Teil in freier Form, teilweise auf eigenen Fragebögen der dem Patienten zugewiesenen Rehabilitationseinrichtungen.

Die **geriatrische Rehabilitation** hat bisher einen Sonderstatus, in vielen Bundesländern können die niedergelassenen Ärzte sie per Krankenhaus-Einweisung einleiten (für ein Krankenhaus mit einer Abteilung für geriatrische Rehabilitation oder eine geriatrische Rehabilitationsklinik). Neuregelungen durch die Gesundheitsreform konnten beim Verfassen des Artikels noch nicht berücksichtigt werden.

- ☉ Schädigungen und Beeinträchtigungen sollte der Arzt beim Beantragen einer Rehabilitation bei der Rentenversicherung auf einem Beiblatt beschreiben.

- ☉ Eine geriatrische Rehabilitation kann häufig per Krankenhaus-Einweisung eingeleitet werden.



#### IV. Rehabilitationsnachsorge durch Vertragsärzte



Nach der Rehabilitation und als Wiederholung nach einer neuen Erkrankung oder einem erneuten stationären Aufenthalt wegen einer früheren Erkrankung können die Vertragsärzte im Rahmen der Nachsorge Rehabilitationssport und Funktionstraining verordnen.

**Rehabilitationssport (Formular 56):** verordnungsfähig bei Erkrankungen des Bewegungsapparates, des Herz- und Kreislaufsystems (Herzsportgruppen), bei Lungenerkrankungen, Diabetes, neurologischen Erkrankungen wie z.B. Schlaganfall, Multipler Sklerose, M. Parkinson, bei geistigen Behinderungen; auch in Gruppen z.B. für Kinder oder für Rollstuhlfahrer. Leistungserbringung ausschließlich durch Sportvereine; zur Zeit in der Bundesrepublik flächendeckend verstärkter Aufbau. Die Gruppen werden nur durch speziell zertifizierte Trainer und Traineerinnen angeleitet.

**Funktionstraining (Formular 57)** für alle rheumatologischen Erkrankungen, schwere Polyarthrosen und Osteoporose. Leistungserbringung ausschließlich durch die Rheumaliga.

Beide Formen sind sowohl im Trockenen als auch im Wasser verordnungsfähig.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

#### Literatur

- 1 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) ICF – Praxisleitfaden. Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF beim Zugang zur Rehabilitation. 2. Auflage BAR, Frankfurt am Main. 2006; [http://www.bar-frankfurt.de/upload/ICF-Praxisleitfaden-2.Aufl\\_1545.pdf](http://www.bar-frankfurt.de/upload/ICF-Praxisleitfaden-2.Aufl_1545.pdf) (Zugang am 5.2.2007)
- 2 Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. [http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf\\_endfassung-2005-10-01.pdf](http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endfassung-2005-10-01.pdf) (Zugang am 5.2.2007)
- 3 Schuntermann MF: Einführung in die ICF. Grundkurs – Übungen – Offene Fragen. Ecomed Verlag Medizin, Landsberg/Lech, 2005
- 4 Spitzenverbände der Krankenkassen, KBV. Muster- Curriculum der Spitzenverbände der Krankenkassen und der KBV in Anlehnung an die Anlage 1 „Ablauf und Inhalte des Fortbildungskurses nach Abschnitt C“ der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. §135 Abs. 2 SGB V zur Verordnung von Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation gemäß den Rehabilitationsrichtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses. 2006; [www.kbv.de/themen/8497.html](http://www.kbv.de/themen/8497.html) (Zugang am 5.2.2007)
- 5 Meyer AH: Kodieren mit der ICF: Klassifizieren oder Abklassifizieren? Potenzen und Probleme „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit.“. Universitätsverlag Winter Heidelberg, 2004
- 6 Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 92 SGB V (Rehabilitations-Richtlinie). 2004; <http://www.g-ba.de/cms/upload/pdf/richtlinien/RL-Reha-2006-02-21.pdf> (Zugang am 5.2.2007)
- 7 Sozialmedizinische Experten-Gruppe „Leistungsbeurteilung -Teilhabe“ der MDK-Gemeinschaft beim MDK Niedersachsen. Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation des medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS). 2005; [www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de) (Zugang am 5.2.2007)
- 8 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Rehabilitation und Teilhabe. Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation. 3. Auflage. Deutscher Ärzteverlag, Köln, 2005
- 9 Spitzenverbände der Krankenkassen. Gemeinsame Rahmenempfehlungen für ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen der Spitzenverbände der Krankenkassen auf der Grundlage des § 111a SGB 5 [a.F.]. 1999; <http://www.mds-ev.de/index2.html> (Zugang am 5.2.2007)
- 10 Leistner K, Beyer HM: Rehabilitation in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Antragsverfahren unter besonderer Berücksichtigung der ICF Ecomed Verlag Medizin, Landsberg/Lech. 2005
- 11 Beyer HM: Rehabilitative Krankenbehandlung: Eine Alternative für die Praxis. Dtsch Arztebl 2004; 10: A2736–2739
- 12 Berufsverband der Rehabilitationsärzte e.V. Positionspapier des Berufsverbandes der Rehabilitationsärzte. 2006; <http://www.bvprm.de/pdf/Positionspapier.pdf> (Zugang am 5.2.2007)

#### Zur Person



#### Angela Deventer,

Jahrgang 1957, Studium in Hamburg. Verheiratet, 2 erwachsene Kinder. Seit 1998 in Hamburg niedergelassen als Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin.

Berufliche Stationen: Kardiologie, Internistische Abteilung für Naturheilverfahren, Orthopädische Rehabilitation, hausärztliche Praxis, ambulantes Rehazentrum.

Fachärztin für Allgemeinmedizin; Zusatzbezeichnungen Chirotherapie, Naturheilverfahren, Akupunktur

Stellvertretende Vorsitzende des Berufsverbandes der Rehaärzte e.V.  
Kursleiterin an der Fortbildungsakademie Hamburg

- Rehabilitationssport und Funktionstraining sind Teil der vertragsärztlichen Rehabilitationsnachsorge.



# CME-Fragen Einleitung, Beantragung...

## 1 Welche Antwort trifft zu?

Die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Gesundheit und Behinderung) wurde

- vom Bundesgesundheitsministerium erarbeitet und beschlossen.
- vom National Health Service (NHS) in Großbritannien herausgegeben.
- von der World Health Organization (WHO) erarbeitet und beschlossen.
- von deutschen Sozialmedizinern als Leitlinie verabschiedet.
- als Konzept der universitären Rehabilitationsforschung in den USA entwickelt.

## 2 Ein Barrierefaktor (als Umweltfaktor im Kontext eines gehbehinderten Menschen) ist:

- das Fehlen einer Hilfsmittelversorgung im Heimatland des Patienten
  - ein fehlender Fahrstuhl in einem mehrgeschossigen Wohnhaus
  - ein Zerwürfnis mit der einzigen Tochter mit Kontaktabbruch und Ende aller Hilfeleistungen
  - die Weigerung des Patienten, einen Gehwagen zu benutzen
  - fehlender öffentlicher Nahverkehr im Wohnort
- alle Faktoren sind zutreffend
  - nur 3 und 4 sind zutreffend
  - nur 1, 2 und 5 sind zutreffend
  - keiner der Faktoren ist zutreffend
  - nur 2 und 5 sind zutreffend

## 3 Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn

- Pflegebedürftigkeit droht.
- über die vertragsärztliche Versorgung hinaus ein mehrdimensionaler Therapieansatz erforderlich ist.
- eine Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft besteht.
- seit über 3 Monaten Arbeitsunfähigkeit besteht und eine Beseitigung dieser Beeinträchtigung nicht erkennbar ist.
- eine Verschlimmerung der Pflegestufe droht.

- in allen Fällen
- nur bei 2, 3, 4
- nur bei 4
- in keinem Fall
- nur bei 3 + 4

## 4 Welches können Leistungen zur Teilhabe sein?

- die stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben
  - die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen
  - Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
  - der behindertengerechte Umbau eines Kraftfahrzeuges
  - die Versorgung mit Hilfsmitteln
- keine der genannten
  - nur 1 und 3
  - alle genannten
  - nur 3
  - nur 4

## 5 Zur primären Prävention gehört nicht

- ein Kurs im Sportverein „Gutes für den Rücken“
- ein Nichtrauchertraining
- ein Kurs Entspannungstraining bei der Krankenkasse
- die Verordnung von Krankengymnastik
- ein Kurs über gesunde Ernährung in der Volkshochschule

## 6 Welche Leistung ist keine Vorsorgeleistung nach § 23 SGB V?

- eine ambulante Badekur
  - eine Kompaktkur
  - eine Koloskopie-Früherkennungsuntersuchung
  - eine Mutter/Vater-Kind-Kur
  - eine ambulante orthopädische Rehabilitation
- 3 und 4 treffen zu
  - 3 und 5 treffen zu
  - nur 5 treffen zu
  - 1 und 2 treffen zu
  - keine Antwort trifft zu



**7** Keine Rehabilitationsmaßnahme ist

- a) eine Anschlussheilbehandlung nach Krankenhausaufenthalt
- b) eine wohnortnahe ambulante orthopädische Rehabilitation
- c) eine geriatrische Rehabilitation
- d) eine Mutter/Vater-Kind-Kur
- e) eine stationäre psychosomatische Rehabilitation

**8** Träger einer medizinischen Rehabilitation ist nicht

- a) die Rentenversicherung
- b) die Berufsunfähigkeitsversicherung
- c) die Krankenkasse
- d) die Sozialhilfe
- e) die Unfallversicherung

**9** Bei einer drohenden Minderung der Erwerbsfähigkeit ist als Kostenträger einer Rehabilitationsmaßnahme zuständig:

- a) die Krankenkasse
- b) das Sozialamt
- c) die Rentenversicherung
- d) die Berufsunfähigkeitsversicherung
- e) die Berufsgenossenschaft

**10** Welche Antwort trifft zu ? Rehabilitationssportgruppen

- a) sind alle Rückengruppen, die von Vereinen angeboten werden
- b) sind spezielle Gruppenangebote in orthopädischen und physiotherapeutischen Praxen
- c) werden von den Krankenkassen organisiert
- d) werden durch zertifizierte Anleiter in Sportvereinen durchgeführt
- e) sind spezielle Frühsportgruppen in Kliniken und Gesundheitsministerien



**A** Angaben zur Person

Name, Vorname, Titel:

Straße, Hausnr.:

PLZ | Ort:

Anschrift:  privat  dienstlich

EFN-Nummer:

Ich bin Mitglied der Ärztekammer (bitte Namen der Kammer eintragen):

Jahr meiner Approbation:

Ich befinde mich in der Weiterbildung zum:

Ich habe eine abgeschlossene Weiterbildung in (bitte Fach eintragen):

Ich bin tätig als:  Assistenzarzt  Oberarzt  Chefarzt  niedergelassener Arzt  Sonstiges:**B** Lernerfolgskontrolle

Bitte nur eine Antwort pro Frage ankreuzen

<b>1</b>	A	B	C	D	E
<b>2</b>	A	B	C	D	E
<b>3</b>	A	B	C	D	E
<b>4</b>	A	B	C	D	E
<b>5</b>	A	B	C	D	E

<b>6</b>	A	B	C	D	E
<b>7</b>	A	B	C	D	E
<b>8</b>	A	B	C	D	E
<b>9</b>	A	B	C	D	E
<b>10</b>	A	B	C	D	E

**C** Erklärung

Ich versichere, dass ich die Beantwortung der Fragen selbst und ohne Hilfe durchgeführt habe

Ort | Datum:

Unterschrift:

**D** Feld für CME-WertmarkeBitte in dieses Feld die CME-Wertmarke kleben  
oder Ihre **Abonnement-Nummer** eintragen:  
(siehe Adressaufkleber)

Zertifizierungsfeld (wird durch den Verlag ausgefüllt)

**E** Zertifizierungsfeld**Ihr Ergebnis**Sie haben  von 10 Fragen richtig beantwortet.

Sie haben

 bestanden und 3 CME-Punkte erworben. nicht bestanden

Stuttgart, den

Datum

Stempel/Unterschrift

**> Bitte unbedingt Rückseite ausfüllen!**

**F Fragen zur Zertifizierung**

Eine Antwort pro Frage.  
Bitte unbedingt ausfüllen bzw.  
ankreuzen, da die Evaluation  
sonst unvollständig ist!

**Didaktisch-methodische Evaluation****1** Das Fortbildungsthema kommt in meiner ärztlichen Tätigkeit häufig vor selten vor regelmäßig vor gar nicht vor**2** Zum Fortbildungsthema habe ich eine feste Gesamtstrategie noch offene Einzelprobleme:  keine Strategie**3** Hinsichtlich des Fortbildungsthemas fühle ich mich nach dem Studium des Beitrags in meiner Strategie bestätigt habe ich meine Strategie verändert:  habe ich erstmals eine einheitliche Strategie erarbeitet habe ich keine einheitliche Strategie erarbeiten können**4** Wurden aus der Sicht Ihrer täglichen Praxis heraus wichtige Aspekte des Themas nicht erwähnt? ja welche  nein zu knapp behandelt? ja welche  nein überbewertet ja welche  nein**5** Verständlichkeit des Beitrags Der Beitrag ist nur für Spezialisten verständlich Der Beitrag ist auch für Nicht-Spezialisten verständlich**6** Beantwortung der Fragen Die Fragen lassen sich aus dem Studium des Beitrages allein beantworten Die Fragen lassen sich nur unter Zuhilfenahme zusätzlicher Literatur beantworten**7** Die Aussagen des Beitrages benötigen eine ausführlichere Darstellung zusätzlicher Daten von Befunden bildgebender Verfahren die Darstellung ist ausreichend**8** Wie viel Zeit haben Sie für das Lesen des Beitrages und die Bearbeitung des Quiz benötigt?**Einsendeschluss**  
30.4.2008Bitte senden Sie den vollständigen Antwortbogen zusammen mit einem an Sie selbst adressierten und ausreichend frankierten Rückumschlag an den  
Georg Thieme Verlag KG, Stichwort „CME“, Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

## CME-Fortbildung mit der ZFA

**Zertifizierte Fortbildung** Hinter der Abkürzung CME verbirgt sich „continuing medical education“, also kontinuierliche medizinische Fort- und Weiterbildung. Zur Dokumentation der kontinuierlichen Fortbildung der Ärzte wurde das Fortbildungszertifikat der Ärztekammern etabliert. Hauptzielgruppe für das Fortbildungszertifikat sind Ärzte mit abgeschlossener Facharztausbildung, die im 5-jährigen Turnus einen Fortbildungsnachweis erbringen müssen. Es ist jedoch auch für Ärzte im Praktikum bzw. in der Facharztweiterbildung gedacht.

**Die Fortbildungseinheit** In den einheitlichen Bewertungskriterien der Bundesärztekammer ist festgelegt: „Die Grundeinheit der Fortbildungsaktivitäten ist der Fortbildungspunkt. Dieser entspricht in der Regel einer abgeschlossenen Fortbildungsstunde (45 Minuten)“. Für die erworbenen Fortbildungspunkte muss ein Nachweis erbracht werden. Hat man die erforderliche Anzahl von 250 Punkten gesammelt, kann man das Fortbildungszertifikat bei seiner Ärztekammer beantragen, welches man wiederum bei der KV (niedergelassene Ärzte) oder bei seinem Klinikträger (Klinikärzte) vorlegen muss.

**Anerkennung der CME-Beiträge** Die Fortbildung in der ZFA wurde von der Nordrheinischen Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung für das Fortbildungszertifikat anerkannt, das heißt, die Vergabe der Punkte kann direkt durch die Thieme Verlagsgruppe erfolgen. Die Fortbildung in der ZFA gehört zur Kategorie „strukturierte interaktive Fortbildung“. Entsprechend einer Absprache der Ärztekammern werden die von der Nordrheinischen Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung anerkannten Fortbildungsveranstaltungen auch von den anderen zertifizierenden Ärztekammern anerkannt.

**Datenschutz** Ihre Daten werden ausschließlich für die Bearbeitung dieser Fortbildungseinheit verwendet. Es erfolgt keine Speicherung der Ergebnisse über die für die Bearbeitung der Fortbildungseinheit notwendige Zeit hinaus. Die Daten werden nach Versand der Testate anonymisiert. Namens- und Adressangaben dienen nur dem Versand der Testate. Die Angaben zur Person dienen nur statistischen Zwecken und werden von den Adressangaben getrennt und anonymisiert verarbeitet.

**Teilnahme** Jede Ärztin und jeder Arzt soll das Fortbildungszertifikat erlangen können. Deshalb ist die **Teilnahme am CME-Programm der ZFA nicht an ein Abonnement geknüpft!** Die Teilnahme ist sowohl im Internet (<http://cme.thieme.de>) als auch postalisch möglich.

Im Internet muss man sich registrieren, wobei die Teilnahme an Fortbildungen abonniertes Zeitschriften ohne Zusatzkosten möglich ist. Alle Teilnehmer, die auf dem Postweg teilnehmen, benötigen für die Teilnahme den CME-Beitrag, den CME-Fragebogen, den CME-Antwortbogen, Briefumschläge und Briefmarken. Auch hier fallen bei Angabe der Abnummer für die Teilnahme keine zusätzliche Kosten an.

**Teilnahmebedingungen** Für eine Fortbildungseinheit erhalten Sie 3 Fortbildungspunkte im Rahmen des Fortbildungszertifikates. Hierfür

- ▶ müssen 70% der Fragen richtig beantwortet sein.
- ▶ müssen die Fragen der Einheiten A bis D des CME-Antwortbogens vollständig ausgefüllt sein. Unvollständig ausgefüllte Bögen können nicht berücksichtigt werden!
- ▶ muss Ihre Abonnenummer im entsprechenden Feld des CME-Antwortbogens angegeben oder eine CME-Wertmarke im dafür vorgesehenen Feld aufgeklebt sein.

**CME-Wertmarke für Nicht-Abonnenten** Teilnehmer, die nicht Abonnenten der ZFA sind, können für die Internet-Teilnahme dort direkt ein Guthaben einrichten, von dem pro Teilnahme ein Unkostenbeitrag abgebucht wird. Für die postalische Teilnahme können Nicht-Abonnenten Thieme-CME-Wertmarken erwerben.

Bitte richten Sie Bestellungen an:

Georg Thieme Verlag KG

Kundenservice

Rüdigerstraße 14

70469 Stuttgart

Tel.: 0711/8931-900

E-Mail: [kundenservice@thieme.de](mailto:kundenservice@thieme.de)

Teilnahme auch online möglich unter <http://cme.thieme.de>

