

## Leitlinien zur ambulanten Rehabilitation von Erkrankungen des Bewegungsapparates:

### III. Implementierung der neuen Heilmittelrichtlinien ab 01.07.2001 und insbesondere der KG-Gerät in das postoperative 3-Stadienkonzept

#### Guidelines for the outpatient orthopaedic rehabilitation

#### III. Implementation of the new guideline of cure from 01.07.2001 and especially the "KG-Geraet" in the postoperative conception in three phases

Thomas M<sup>1</sup>, Busse M<sup>2</sup>

Orthopädische Klinik und Poliklinik der Universität Leipzig<sup>1</sup> (Direktor: Prof. Dr. med. G. von Salis-Soglio)  
Institut für Sportmedizin/Sportmedizinische Ambulanz und Rehabilitationszentrum der Universität Leipzig<sup>2</sup>  
(Direktor: Prof. Dr. med. M. W. Busse)

---

#### Zusammenfassung

Thomas M, Busse M. Leitlinien zur ambulanten Rehabilitation von Erkrankungen des Bewegungsapparates: III. Implementierung der neuen Heilmittelrichtlinien ab 01.07.2001 und insbesondere der KG-Gerät in das postoperative 3-Stadienkonzept. *Klinische Sportmedizin/Clinical Sports Medicine – Germany (KCS) 2002, 3(2): 30-31.*

Die gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) wurde 2001 in den Heilmittelkatalog aufgenommen. Die Einführung von Inhalten der medizinischen Trainings-therapie in die Physiotherapie ist grundsätzlich zu befürworten. Insbesondere ergeben sich hier wertvolle Möglichkeiten zur ergänzenden Vor- und Nachbehandlung der ambulanten und stationären Rehabilitation. In keinem Fall jedoch stellt die KG-Gerät einen Ersatz der bisherigen AOTR bzw. EAP dar, da diese bereits eine Komplexbehandlung i.S. der ambulanten Rehabilitation darstellten.

**Schlüsselwörter:** Ambulante Rehabilitation, Sozialversicherung, Sozialversicherungsträger

#### Summary

Thomas M, Busse M. Guidelines for the outpatient orthopaedic rehabilitation. III. Implementation of the new guideline of cure from 01.07.2001 and especially the "KG-Geraet" in the postoperative conception in three phases. *Klinische Sportmedizin/Clinical Sports Medicine – Germany (KCS) 2002, 3(2): 30-31.*

Components of medical training were integrated into the new guideline of cure in 2001. The use of such methods can generally be supported. This provides valuable possibilities of pre- and aftercare of outpatient and stationary rehabilitation. By no means KG-Geraet should be used as substitute of the former AOTR or EAP due to the missing more complex approach.

**Key words:** outpatient rehabilitation, social insurance, social assurances

---

#### Möglicher Ersatz der ambulanten Rehabilitation durch physiotherapeutische Behandlungskombinationen

In Abschnitt II der Leitlinien wurden die Optionen der Heilmittelrichtlinien bei der Formulierung der Indikationen zur ambulanten Rehabilitation bei Erkrankungen des Bewegungsapparates bereits einbezogen. Diese Richtlinien gestatten die Parallelverordnung vorrangiger Heilmittel, so daß mit Einschränkungen rehabilitative Inhalte kombiniert werden können. Dies hatte zur Folge, daß, mit besonderem Schwerpunkt bei den konservativen Indikationen, in dieser Beitragsreihe eine größere Zahl im RV-Bereich noch gültiger orthopädischer Erkrankungen nicht benannt oder als Ausschlußkriterium für eine ambulante Rehabilitation benannt wurden.

#### Ergänzung der ambulanten Rehabilitation durch Physiotherapie

Die in Abschnitt II der Leitlinien aufgeführten operativen Indikationsfelder sind nach unserem Erachten aber durch

die möglichen Heilmittel oder Heilmittelkombinationen nicht abzudecken. Hierfür sind u.a. folgende Ursachen zu nennen:

Wie in Abschnitt II der Leitlinien ausgeführt wurde, ist Rehabilitation auch im Sinn der Anschlußheilbehandlung nicht lediglich eine Aneinanderreihung bestimmter Therapievorgänge, sondern deren Kombination und Erweiterung in Hinsicht auf eine komplexe Behebung der Schädigungen, Funktions- und Fähigkeitsstörungen bzw. potentiell resultierender Beeinträchtigungen; hierzu ist eine niedergelassene Physiotherapie ungeachtet (oder gerade wegen) der sicherlich hohen Selbsteinschätzung in der Regel nicht befähigt; nicht umsonst ist für alle orthopädisch-traumatologischen Einrichtungen für jeden Physiotherapeuten ein umfangreicher Ausbildungskatalog und langjährige spezifische Erfahrung Pflicht.

Wie in Abschnitt II der Leitlinien dargestellt, untergliedert sich der postoperative Heilungsablauf in 3 Stadien: Stadium 1 (Protektion), Stadium 2 (Ambulante Rehabilitation), Stadium 3 (Integration). Die ärztliche Begleitung

aller 3 Stadien erscheint als entscheidende Komponente des Gesamtablaufs, der Prozeß sollte daher möglichst in einer Einrichtung stattfinden. Auf der anderen Seite kann, wie früher dargestellt, eine effiziente ambulante Rehabilitation bei bestimmten Indikationen erst mehrere Wochen postoperativ stattfinden (siehe Abschnitt II der Leitlinien). In diesen Fällen ist in der Protektionsphase eine spezifische Physiotherapie indiziert, ggf. unter Ausnutzung der in der neuen Heilmittelverordnung angegebenen Wiederholungsmöglichkeiten. Auf die Protektionsphase folgt die ambulante Rehabilitation, die unter Umständen jedoch noch keinen Therapieabschluß darstellt. In der Integrationsphase ist daher eine erneute Physiotherapie erforderlich, diese jetzt im Rahmen der Möglichkeiten des Heilmittelkatalogs als Folgeverordnungen. Auch diese Phase sollte aus nachfolgend genannten Gründen in der Rehabilitationseinrichtung und nicht in einer Physiotherapie stattfinden:

- Die ärztliche Therapieplanung und -überwachung ist unverzichtbarer Bestandteil des Rehabilitationsprozesses
- Die in vielen Fällen erforderliche Zusatzdiagnostik (Sonographie, Ganganalyse, EMG, Kraftmessung, Lungenfunktion, EKG, kardiale Überwachung u.ä.) gehört hinsichtlich Ausstattung und Ausbildung nicht in den Arbeits- und Kenntnisbereich niedergelassener Physiotherapeuten
- Die postoperative rehabilitative Therapie gehört auch während der prä- und post-rehabilitativen Phase nicht in die Hände allgemeiner Physiotherapiepraxen, sondern ist hierfür spezialisierten Zentren zuzuweisen.
- Die lange überfällige detaillierte Evaluation der Therapieeffizienz ist in Physiotherapiepraxen nicht möglich

Neben der Therapie der nicht im vorliegenden Indikationskatalog erwähnten Erkrankungen sehen wir in den neuen Heilmittelrichtlinien eine ausgesprochen wichtige ergänzende Rolle hinsichtlich der Stadien 1 (prä-rehabilitativ) und 3 (post-rehabilitativ), soweit die entsprechenden Maßnahmen in kompetenten Vertragszentren durchgeführt werden. Nur in wenigen Fällen können Probleme aus formalen Gründen durch die neuen Verordnungsrichtlinien entstehen. So können in vielen Fällen nur erst- und ggf. Folgeverordnungen erfolgen. Sind z.B. während 4 post-operativer Wochen (= Stadium 1) Physiotherapiemaßnahmen verordnet worden, könnte frühestens nach weiteren 6 Wochen eine erneute Verordnung zur gleichen Indikation erfolgen. Da Stadium 2 (Rehabilitation) aber

maximal 4 Wochen dauert, würde die medizinisch erforderliche Behandlung in Stadium 3 erst mit 2 Wochen Wartezeit beginnen können.

Für uns bleibt aus den Richtlinien zur Heilmittelverordnung unklar, in welchem zeitlichen Abstand die Folgeverordnungen auf die Erstverordnung zu erfolgen haben. Da dies nicht näher präzisiert ist, ist anzunehmen, daß die Folgeverordnung auch mehrere Wochen nach der Erstverordnung möglich ist. In der Regel sind die Richtlinien so ausgeführt, daß in allen problematischen postoperativen Situationen bis zu 6 Monaten Langfristverordnungen möglich sind. Insoweit kongruiert die künftige Heilmittelverordnung hervorragend mit den oben dargestellten stadienhaften Therapieblöcken auch unter Einschluß einer ambulanten Rehabilitation.

### **Erkrankungen des Bewegungsapparates, die von den Heilmittelrichtlinien bzw. dem Heilmittelkatalog ab 1.7.2001 nicht erfaßt werden.**

Alle in Abschnitt II der Leitlinien für eine ambulante Rehabilitation genannten Indikationen kommen für eine ambulante Physiotherapie nicht in Frage. Die gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) ist keinesfalls ein Ersatz der bisherigen AOTR oder EAP, auch nicht einer medizinischen Trainingstherapie. Dies ergibt sich aus der nach dem Stand der internationalen Wissenschaft erforderlichen Dauer der Behandlung sowie aus Zahl und Umfang der täglichen Einheiten. Diese sind in Abschnitt II der Leitlinien auf der Basis der internationalen Literatur sowie der eigenen universitären Regelungen dargestellt.

Das Bestreben, die Nachbehandlung möglichst wenig kostenintensiv zu gestalten, ist nicht nur im Rahmen der aktuellen globalen Kostendiskussion verständlich. Der Heilmittelkatalog sieht eine Reihe von Indikationen vor, die zwingend durch umfangreichere Maßnahmen im Sinn einer ambulanten Rehabilitation behandelt werden sollten. Es muß überprüft werden, inwieweit im konkreten Fall eine solche Therapieeinschränkung zu einer nachteiligen Beeinflussung medizinischer (klinisches Ergebnis) und sozialmedizinischer (z.B. AU-Zeiten) Daten führt. Wie in vielen Bereichen der rehabilitativen Medizin fehlen entscheidende Untersuchungen weitgehend, hinsichtlich einer statistischen Aussagekraft liegen keine relevanten Studien vor. Letztendlich wäre es ein Fehlschluß, anzunehmen, eine billigere Maßnahme sei implizit kostensparend. Die Wirtschaftlichkeit einer Therapie ist grundsätzlich das Verhältnis von Aufwand zu Effizienz.

**Literatur:** beim Verfasser

**Korrespondenzadresse:** Dr. med. M. Thomas  
Orthopädische Klinik und Poliklinik der Universität Leipzig  
Simmelweisstrasse 10, D-04103 Leipzig  
e-mail: [http://www.thom@medizin.uni-leipzig.de](mailto:http://www.thom@medizin.uni-leipzig.de)  
Fax: -49341-9723109; Tel.: -49341-9723008