

MEDIZINISCHE REHABILITATION VON PATIENTEN MIT CHRONISCHER POLYARTHRITIS ODER SPONDARTHRTIDEN

Informationen und Empfehlungen der Projektgruppe Rehabilitation des Regionalen Kooperativen Rheumazentrums Hannover e.V.

1) Präambel

Rehabilitation hat auch vor dem Hintergrund sich wandelnder gesetzlicher Grundlagen einen hohen Stellenwert bei der Versorgung chronisch Kranker. Unter Rehabilitation versteht man alle Vorgänge, Leistungen, Hilfen und die Gestaltung von Lebensumständen, die auf die Integration in die soziale Umgebung und insbesondere auch auf die Integration in das Arbeitsleben ausgerichtet sind. Dabei unterscheidet man zwischen medizinischer, beruflicher und sozialer Rehabilitation.

Im Unterschied zur *Rehabilitation* konzentriert sich die *Behandlung* besonders auf die Krankheit „in der Phase der akuten Behandlungsbedürftigkeit“ (§ 13 SGB VI). Darauf geht dieses Papier nicht ein, sondern auf die medizinische Rehabilitation im Sinne der Verhinderung oder Verringerung weiterreichender Dauerfolgen von Krankheiten. Damit zielt Rehabilitation nach der WHO-Definition vor allem auf die Erhaltung der (Alltags-)Aktivitäten und der Teilhabe (Partizipation) an verschiedenen Lebensbereichen, wobei auch Kontextfaktoren zu berücksichtigen sind (vgl. **Tab. 1 und Abb. 1**).

Für die medizinische Rehabilitation ist ein interdisziplinäres Team erforderlich, das in der stationären und teilstationären Rehabilitationseinrichtung zur Verfügung steht. Die von der Projektgruppe Rehabilitation des Regionalen Kooperativen Rheumazentrums Hannover e.V. erarbeiteten Hinweise und Empfehlungen beziehen sich auf stationäre und teilstationäre Rehabilitationsmaßnahmen und die entsprechenden Rehabilitationseinrichtungen. Am Beispiel der chronischen Polyarthrit (cP) und der Spondarthritiden (Sp.a.) beschäftigen sich die Empfehlungen mit folgenden Aspekten der medizinischen Rehabilitation:

- Rehabilitationsbedürftigkeit
- Kriterien für stationäre und teilstationäre Rehabilitation
- Anforderungen an die Ausstattung einer Rehabilitationseinrichtung
- Rechtliche und sozialmedizinische Grundlagen
- Hinweise auf Beratungsstellen.

	Teil 1: Funktionsfähigkeit und Behinderung		Teil 2: Kontextfaktoren	
	Körperfunktionen und -strukturen	Aktivitäten und Teilhabe	Umweltfaktoren	personbezogene Faktoren
Domänen	Körperfunktionen, Körperstrukturen	Lebensbereiche (Aufgaben, Handlungen)	Äußere Einflüsse auf Funktionsfähigkeit und Behinderung	Innere Einflüsse auf Funktionsfähigkeit und Behinderung
Konstrukte	Veränderung in Körperfunktionen (physiologisch) Veränderung in Körperstrukturen (anatomisch)	Leistungsfähigkeit (Durchführung von Aufgaben in einer standardisierten Umwelt) Leistung (Durchführung von Aufgaben in der üblichen Umwelt)	fördernde oder beeinträchtigende Einflüsse von Merkmalen der materiellen, sozialen und einstellungsbezogenen Welt	Einflüsse von Merkmalen der Person
positiver Aspekt	Funktionale und strukturelle Integrität	Aktivitäten Teilhabe	positiv wirkende Faktoren	nicht anwendbar
	Funktionsfähigkeit			
negativer Aspekt	Schädigung	Beeinträchtigung der Aktivität Beeinträchtigung der Teilhabe	negativ wirkende Faktoren (Barrieren, Hindernisse)	nicht anwendbar
	Behinderung			

Tab. 1: Überblick über die ICF (*Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO, Konsensentwurf der deutschsprachigen Fassung vom April 2002*)

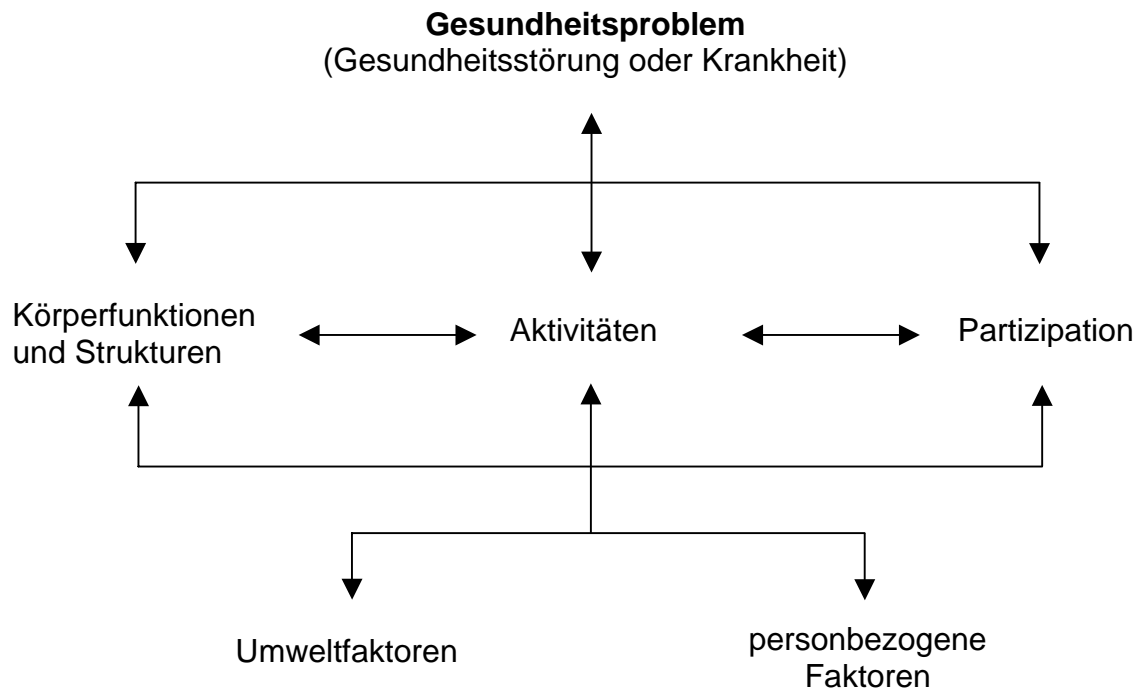


Abb. 1: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF

Bis heute werden Rehabilitationsmaßnahmen überwiegend stationär durchgeführt. In letzter Zeit sind auch teilstationäre Einrichtungen aufgebaut worden. Bei Zuweisung des Patienten zu einer der Rehabilitationsformen sind neben medizinischen, psychischen und sozialen Aspekten die regionalen Möglichkeiten und der Wunsch der/des Betroffenen zu berücksichtigen.

Die folgenden Empfehlungen und Hinweise wurden von der Projektgruppe Rehabilitation erstellt. In dieser Projektgruppe arbeiten Angehörige verschiedener Gesundheitsberufe zusammen. Sie kommen aus dem Bereich der Vertragsärztinnen und –ärzte, Rehabilitations-einrichtungen, Hochschulabteilungen und Kostenträger. Beabsichtigt ist eine Orientierungshilfe. Diese kurze Darstellung muß unvollständig bleiben und kann rechtlich nicht verbindlich sein. Für den Einzelfall sind die Beratungsstellen und geschulten Fachkräfte der Kostenträger zu kontaktieren. Rehabilitationsmaßnahmen unterliegen nicht der Budgetierung der Vertragsärzte. Sie sind vom Versicherten beim zuständigen Kostenträger zu beantragen.

2) Rehabilitationsbedürftigkeit

(Akut-)Behandlung und medizinische Rehabilitation überlappen sich in Abhängigkeit von Krankheitsart und aktueller -ausprägung. Bei cP und Sp.a. findet eine medizinische *Behandlung* krankheitsbegleitend und -adaptiert statt. Trotz Ausschöpfung der verfügbaren therapeutischen Möglichkeiten sind Remissionen bei der Mehrzahl der Patienten nicht zu

erzielen (z.B. bei früher cP Remissionen in 15 - 40% der Fälle). Bei sich abzeichnenden ungünstigen Verläufen mit drohenden und / oder bleibenden Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe am sozialen Leben sind über die kurative Versorgung hinausgehende medizinische Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich.

Begründete Anhaltspunkte für die Rehabilitationsbedürftigkeit ergeben sich vor allem aus wissenschaftlichen Untersuchungen zur Häufigkeit und zu Risikoindikatoren von

- Beeinträchtigungen der (Alltags-)Aktivitäten und
- Beeinträchtigungen der Teilhabe, insbesondere Erwerbsfähigkeit.

Bei langjähriger cP ist in 90% mit ausgeprägten **Beeinträchtigungen der (Alltags-) Aktivitäten** zu rechnen, die sich besonders rasch in den ersten drei Krankheitsjahren entwickeln. Im Langzeitverlauf der Sp.a. treten bei ca. drei Viertel der Patienten Beeinträchtigungen der Aktivitäten auf, die aber häufig nur ein geringes Ausmaß erreichen.

Als frühe **Beeinträchtigung der Erwerbstätigkeit** tritt Arbeitsunfähigkeit bei ca. drei Viertel der cP-Patienten im ersten Krankheitsjahr auf. Mit der Aufgabe der Erwerbstätigkeit muß bei den cP-Kranken in 25 - 40% innerhalb der ersten vier Krankheitsjahre und in bis zu 85% langfristig gerechnet werden. Bei den Sp.a. ist der Anteil der Patienten, die langfristig wegen der Erkrankung aus dem Erwerbsleben ausscheiden, mit bis zu 30% geringer als bei der cP.

- Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation sollten rasch eingeleitet werden, wenn

- sich innerhalb der **ersten sechs Monate** der Erkrankung **keine wesentliche Besserung** erzielen läßt
- **Risikoindikatoren** für Fähigkeitsstörungen oder Beeinträchtigungen vorliegen:
 - bei cP: zahlreiche betroffene Gelenke, frühe funktionelle Einschränkungen, Begleiterkrankungen, persistierend (stark) erhöhte Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit, (hoch) positiver Rheumafaktor, Früherosivität, geringe berufliche Qualifikation, schwere körperliche Arbeit, hohe Anforderungen an die Handgeschicklichkeit, ungünstige Krankheitsbewältigung
 - bei Sp.a.: juveniler Beginn, persistierend starker Wirbelsäulenschmerz, rasch zunehmende Bewegungseinschränkung der Wirbelsäule, Coxitis oder andere periphere Arthritis, ausgeprägte Entzündungen der Sehnenansätze (z.B. Fersenschwellung), persistierend erhöhte Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit, geringe berufliche Qualifikation, schwere körperliche Arbeit, stehende Tätigkeit, Kälte- und Nässeexposition,

- **Arbeitsunfähigkeit** länger dauernd oder wiederholt besteht (Rehabilitationsbeginn **spätestens nach 6 Wochen** AU-Dauer)
- die Erkrankung mit **vitaler Erschöpfung** einhergeht

Darüber hinaus müssen die notwendige **Compliance** des Patienten vorhanden oder weckbar sein und **realistische Rehabilitations-Ziele** erreicht werden können.

3) Kriterien der Patientenauswahl zur teilstationären und stationären Rehabilitation

Die angegebenen Kriterien können lediglich Anhaltspunkte für die Auswahl einer geeigneten Rehabilitationsform sein. Selbstverständlich ist die Entscheidung im Einzelfall individuell zu treffen. Wichtig ist in jedem Fall die Auswahl einer entsprechend qualifizierten rheumatologischen Einrichtung.

	teilstationär	stationär
Mobilität	höher	geringer
Selbständigkeit	höher	geringer
Kooperationsfähigkeit	sehr gut	gut
Körperliche Belastbarkeit	gut	eingeschränkt
Bedarf pflegerischer Betreuung	geringer	höher
Krankheitsschwere	geringer	höher
Begleiterkrankungen	leichtere	schwere Begleiterkrankungen, Multimorbidität
Psychosomatische Störungen	geringer ausgeprägt	stärker ausgeprägt
Erforderliche Distanzierung vom häuslichen Umfeld	nein	ja
(pathologische) Bindung an Zuhause („Heimweh“)	ja	nein
Soziale Belastung	geringer	höher
Soziale Integration	besser	schlechter
Äußere Gründe für häusliche Anwesenheit	ja	nein
Indikation für ortsgebundene Heilmittel	nein	ja
Fahrzeit	unter 45 Minuten	über 45 Minuten
Kooperation mit örtlichen Institutionen	relevant	teilweise relevant
Einbeziehung des sozialen Umfeldes erforderlich	stärker	geringer

Tab. 2: Kriterien der Patientenauswahl zur teilstationären und stationären Rehabilitation

4) Anforderungen an die Ausstattung von Einrichtungen für die Rehabilitation von Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen

Die Rehabilitation von Patienten mit cP und SpA erfordert ein fachärztlich geleitetes multiprofessionelles Rehabilitationsteam und besondere infrastrukturelle Voraussetzungen. Die wichtigsten Anforderungen an die Ausstattung von Einrichtungen für die Rehabilitation von Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen sind in **Tab. 3** zusammengefasst.

5) Überblick über rechtliche und sozialmedizinische Grundlagen für medizinische Leistungen zur Rehabilitation durch die gesetzliche Rentenversicherung und die gesetzliche Krankenversicherung

Die Gewährung von medizinischen Leistungen zur Rehabilitation durch die Kostenträger ist nicht nur an die medizinische Indikation (s.o.) gebunden, vielmehr müssen bestimmte rechtliche und sozialmedizinische Grundlagen gegeben sein, die für die gesetzliche Renten- und Krankenversicherung voneinander abweichen (vgl. **Tab. 4a und 4b**). Da sich die gesetzlichen Regelungen jederzeit ändern können, sollten Sie sich im Einzelfall über die aktuelle Gesetzeslage informieren. Sie können sich dazu an den zuständigen Rentenversicherungsträger (BfA, LVA oder andere) sowie an die Beratungsstellen der Krankenkassen oder des Sozialamtes wenden.

Anschrift:

Regionales Kooperatives Rheumazentrum Hannover e.V.
Projektgruppe Rehabilitation
c/o Servicestelle des Rheumazentrums Hannover
Karl-Wiechert-Allee 3
D-30625 Hannover

Personal	<ul style="list-style-type: none"> - Interdisziplinär arbeitendes ärztliches Team: Innere Medizin, Orthopädie, Rheumatologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin oder Physikalische Therapie sowie nach Möglichkeit Sozialmedizin und Rehabilitationswesen - Physiotherapeuten/innen (oder Krankengymnasten/innen sowie Masseure/innen und Medizinische Bademeister/innen) - Ergotherapeuten/innen - Sporttherapeuten/innen - Diplom-Psychologen/innen - Diplom-Sozialarbeiter/innen - Diätassistenten/innen - Krankenschwestern/Krankenpfleger
Räume, Therapieeinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Einzeltherapieplätze - Gymnastikhalle - Bewegungsbad - Elektro-, Thermo-, Balneo- und Hydrotherapieeinrichtungen - Ergotherapieräume mit Möglichkeit zur Schienenherstellung - Möglichkeiten zur Erprobung von Alltagstätigkeiten - Medizinische Trainingstherapie - Gruppenräume zur Patientenschulung und zur Entspannungstherapie - Behindertengerechte Raumausstattung
Diagnostik	<ul style="list-style-type: none"> - Internistische Basisdiagnostik einschließlich EKG, Lungenfunktionsprüfung und Ergometrie - Klinisches Labor einschließlich rheumatologischer Spezialuntersuchungen - Möglichkeiten zur bildgebenden Diagnostik (insbesondere Röntgen, Sonographie) - Möglichkeiten zu Konsiliaruntersuchungen aller Fachrichtungen

Tab. 3: Anforderungen an die Ausstattung von Einrichtungen für die Rehabilitation von Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen.

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen	Sozialmedizinische Voraussetzungen
<ul style="list-style-type: none"> • 15 Jahre Wartezeit (z.B. Pflichtbeiträge) <li style="text-align: center;">oder • Bezug einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit <li style="text-align: center;">oder • in den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung 6 Monate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit <li style="text-align: center;">oder • innerhalb von 2 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung wurde eine versicherungspflichtige oder selbständige Tätigkeit aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt oder nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bestand bis zum Antrag Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • es besteht eine erhebliche Gefährdung oder Minderung des Leistungsvermögens <li style="text-align: center;">und • wenn eine wesentliche Besserung zu erwarten ist oder eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit abgewendet wird
<ul style="list-style-type: none"> • 5 Jahre Wartezeit <li style="text-align: center;">und • bestehende oder in absehbarer Zeit zu erwartende starke, d.h. rentenversicherungsrelevante Minderung der Leistungsfähigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • es besteht eine erhebliche Gefährdung oder Minderung des Leistungsvermögens <li style="text-align: center;">und • wenn eine wesentliche Besserung zu erwarten ist oder eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit abgewendet wird
<ul style="list-style-type: none"> • Regelabstand zwischen Rehabilitationsleistungen: 4 Jahre (<u>Ausnahme</u>: wenn aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Regeldauer einer Maßnahme: 3 Wochen (bei medizinischer Notwendigkeit Verlängerung möglich) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Zuzahlung bei <u>allgemeinen stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen</u>: in der Regel 10 Euro pro Tag für längstens 42 Tage unter Anrechnung der geleisteten Zuzahlungstage der Krankenhausaufenthalte innerhalb eines Kalenderjahres 	
<ul style="list-style-type: none"> • Zuzahlung bei <u>Anschlussheilbehandlungen (AHB)</u> nach Krankenhausbehandlung: in der Regel 10 Euro pro Tag für längstens 14 Tage unter Anrechnung der geleisteten Zuzahlungstage des Krankenhausaufenthaltes innerhalb eines Kalenderjahres 	
<ul style="list-style-type: none"> • Keine Zuzahlung: <ul style="list-style-type: none"> ○ bei ambulanter und ganztägig ambulanter Rehabilitation einschließlich Anschlussheilbehandlung ○ bei Kinderheilbehandlungen ○ vor Vollendung des 18. Lebensjahres ○ wenn das monatliche Nettoeinkommen 966 Euro pro Monat nicht überschreitet (Stand: 2005) ○ bei Empfängern von Leistungen der Sozialhilfe oder von Arbeitslosengeld II ○ bei Empfängern von Übergangsgeld 	

Tab. 4a: Überblick über rechtliche und sozialmedizinische Grundlagen für medizinische Leistungen zur Rehabilitation durch die gesetzliche Rentenversicherung.

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen	Sozialmedizinische Kriterien	
<ul style="list-style-type: none"> • Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung • kein Vorrang eines anderen Sozialversicherungsträgers • ambulante Krankenbehandlung nicht ausreichend 	und	<ul style="list-style-type: none"> • zur Heilung, Besserung und Verhütung der Verschlimmerung der Erkrankung • Rehabilitationsbedürftigkeit, Aussicht auf Erfolg und Rehabilitationsfähigkeit
<ul style="list-style-type: none"> • Regelabstand zwischen Rehabilitationsleistungen: 4 Jahre (<u>Ausnahme</u>: wenn aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich) 		
<ul style="list-style-type: none"> • Regeldauer einer Maßnahme: 3 Wochen (bei medizinischer Notwendigkeit Verlängerung möglich) 		
<ul style="list-style-type: none"> • Zuzahlung bei allgemeinen <u>stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen</u>: 10 Euro pro Kalendertag 		
<ul style="list-style-type: none"> • Zuzahlung bei <u>ambulanten/teilstationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen</u>: 10 Euro pro Kalendertag 		
<ul style="list-style-type: none"> • Zuzahlung bei <u>Anschlussheilbehandlungen (AHB)</u> nach Krankenhausbehandlung: 10 Euro pro Tag für längstens 28 Tage unter Anrechnung der Dauer des Krankenhausaufenthaltes innerhalb eines Kalenderjahres 		
<ul style="list-style-type: none"> • Keine Zuzahlung: <ul style="list-style-type: none"> ○ vor Vollendung des 18. Lebensjahres ○ nach Überschreiten der Belastungsgrenze (Die jährliche Eigenbeteiligung der Versicherten für <u>alle</u> Zuzahlungen darf 2% der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt nicht überschreiten. Für chronisch Kranke gilt unter bestimmten Voraussetzungen eine Belastungsgrenze von einem Prozent der Bruttoeinnahmen) 		

Tab. 4b: Überblick über rechtliche und sozialmedizinische Grundlagen für medizinische Leistungen zur Rehabilitation durch die gesetzliche Krankenversicherung.

Quelle

Projektgruppe Rehabilitation des Regionalen Kooperativen Rheumazentrums Hannover e.V. (2000) Medizinische Rehabilitation von Patienten mit chronischer Polyarthritiden oder Spondylarthritiden. Informationen und Empfehlungen der Projektgruppe Rehabilitation des Regionalen Kooperativen Rheumazentrums Hannover e.V. Orthopäde 29:994-998