

up^ophysio

02 | 2020



... für erfolgreiche Physiotherapeuten



Supplement
der up|unternehmen praxis

Herausgeber | V.i.S.d.P.
Ralf Buchner

Chef vom Dienst
Dr. Barbara Wellner

Autoren
Karina Lübke [kl], Yvonne Millar [ym],
Katharina Münster [km], Kea Antes
[ka], Katrin Schwabe-Fleitmann [ks],
Rebecca Borschtschow [rb], Barbara
Wellner [bw]

Verlag
Buchner & Partner GmbH
Zum Kesselort 53, 24149 Kiel
Telefon 0800 5 999 666
Fax 0800 13 58 220
redaktion@up-aktuell.de
www.up-aktuell.de



Layout, Grafik, Titel, Bildredaktion
schmolzeundkühn, kiel

Jahrgang 1
Erscheinungsweise monatlich

Druckauflage 37.000 Exemplare
Verbreitete Auflage 36.550 Exemplare

Druck Eversfrank Preetz

Bildnachweise
Arendt Schmolze [3], Madlen Missal [7];
iStock: Titel: Philartphace; TommL [6],
DjelicS [8], izusek [12],

Ihr Kontakt zu up
Telefon 0800 5 999 666
Fax 0800 13 58 220
Mail redaktion@up-aktuell.de
Post Zum Kesselort 53, 24149 Kiel
Netz www.up-aktuell.de
Instagram upaktuell

*Liebe Leserinnen und Leser,
die überwiegende Anzahl der Therapie-
ten ist weiblich und die überwiegende
Anzahl unserer Autoren und Redak-
tionsmitglieder ebenfalls. Trotzdem
verwenden wir das so genannte
„generische Maskulinum“, die verall-
gemeinernd verwendete männliche
Personenbezeichnung, weil die Texte
einfacher und besser zu lesen sind.*

- 03 **Editorial** | Auf die Plätze, fertig, los.
- 04 **Therapie Abstract** | Physiotherapie in ärztlichen Fachzeitschriften
- 07 **Nicht ohne meine** | Schröpfgläser
- 08 **ICF im Therapieprozess** | Grundlagen für die Therapie
- 12 **Für Ihre Patienten** | Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe
Ansprechpartner für Betroffene und Angehörige
- 14 **Für Ihre Ärzte** | Indikation Hirninfarkt/Schlaganfall
Ausfüllhilfe für extrabudgetäre Verordnung

up_therapiemanagement

Die neue berufsspezifische Fachbeilage in up|unternehmen praxis liefert Beiträge für Therapeuten, konkret und alltagsnah aufbereitet für Ihre tägliche Arbeit. Mit vielen Informationen, Ideen und Tipps zur Organisation von Therapieabläufen. Dabei geht es um einen berufsübergreifenden und disziplinenverbindenden Blick auf Therapie, Patienten und Praxis.

up_therapiemanagement richtet sich an Ergotherapeuten, Logopäden und Physiotherapeuten und erscheint monatlich in den Ausgaben up_ergo, up_logo und up_physio. Entscheiden Sie, welche Ausgabe zu Ihrer Praxis passt. Sagen Sie uns, über welche Themen Sie mehr lesen möchten. Lassen Sie uns gemeinsam die Fachbeilage entwickeln, die Sie benötigen!

Auf die Plätze, fertig, los.



Liebe Kollegen,

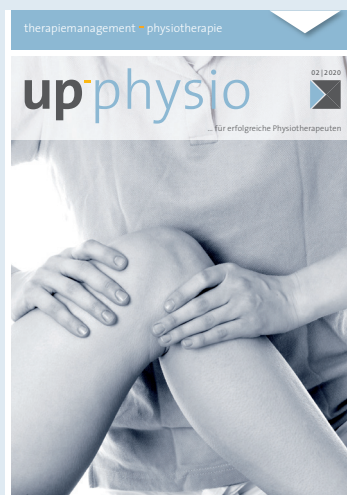
ich freue mich, Ihnen up_therapiemanagement vorzustellen, die neue berufsspezifische Fachbeilage in up|unternehmen praxis. Sie erscheint monatlich in drei Ausgaben für Ergotherapeuten, Logopäden und Physiotherapeuten. Der Titel verrät, was Sie inhaltlich erwartet: Es geht um Therapie „managen“, also die Therapie geschickt zu bewerkstelligen, klug, mit möglichst wenig Aufwand. Ziel von up_therapiemanagement: Professionalisierung von Therapeuten unterstützen.

In unseren Rubriken finden Sie Spannendes für Ihre Fachrichtung: Unter „Therapie Abstracts“ geben wir Ihnen einen Überblick über das, was Ärzte in ihren Fachmedien über unsere Heilmittelbranche lesen. Kollegen aus der Praxis stellen uns in „Nicht ohne mein“ ihr Lieblingsmaterial vor. Was sich hinter der ICF verbirgt und wie sie Ihnen in Ihrer täglichen Arbeit nützen kann, erfahren Sie in „ICF im Therapieprozess“. Für Ihre Patienten und deren Angehörige liefern wir Informationen über Anlaufstellen und Ansprechpartner für Beratung bei verschiedenen Erkrankungen. Und auch Ihre Ärzte kommen bei uns nicht zu kurz. Für sie halten wir dieses Mal eine Ausfüllhilfe für extrabudgetäre Verordnung bereit. Auf dem Foto bin übrigens ich, Barbara Wellner, Logopädin, seit 15 Jahren neugierig und engagiert in der Heilmittelbranche unterwegs, mit Stationen in Praxis, Klinik und Forschung. Mir persönlich sind die Vernetzung der Therapieberufe und der Blick über den Tellerrand wichtig.

Und nun wünsche ich Ihnen viel Spaß bei der Lektüre! Geben Sie mir Feedback, schreiben Sie mir an wellner@up-aktuell.de. Ich freue mich auf Ihre Anregungen und Hinweise.

Barbara Wellner

Dr. Barbara Wellner
Ressortleitung



In ärztlichen Fachzeitschriften gibt es natürlich auch Beiträge über Physiotherapie. Mit unseren Zusammenfassungen (Abstracts) der wichtigsten Artikel und Meldungen sind Sie als Therapeut über Veröffentlichungen der ärztlichen Kollegen zur Heilmitteltherapie informiert. Eine gute Vorlage, um mit Ihren Ärzten ins Gespräch zu kommen. Insbesondere wenn etwas berichtet wurde, was Sie betrifft.

Chirurgen

Konservative Therapiemaßnahmen bei „Frozen shoulder“

Der Begriff „Frozen shoulder“ (FS) beschreibt eine pathologische Veränderung des Schultergelenks mit einer fortschreitenden Verringerung der Gelenkbeweglichkeit und Schmerzsymptomen. Da die Erkrankung meist von alleine ausheilt, hat die konservative Therapie einen hohen Stellenwert, heißt es in einem Artikel der Fachzeitschrift „Der Unfallchirurg“.

Der Beitrag beschreibt die verschiedenen konservativen Therapiemaßnahmen bei FS, die sich eng am dreiphasigen Verlauf der Erkrankung orientieren sollen. In der ersten Phase stehe die Schmerzbehandlung mit Hilfe von Glukokortikoiden im Vordergrund. In diesem Stadium habe Physiotherapie zur Wiedererlangung der Beweglichkeit nur einen geringen Nutzen. Nehmen die Schmerzen ab, spielen in der zweiten und dritten Phase Physiotherapie und manualtherapeutische Ansätze eine wichtige Rolle. Das Trainingsprogramm sollte mit aktiv-unterstützten, passiven und dehnenen Bewegungen durchgeführt werden, empfehlen die Autoren.

Quelle: A. Franz et al., Der Unfallchirurg, Ausgabe 12/2019 | kostenfreies Abstract



Hausärzte

Bessere Ergebnisse bei Hüft- und Knie-OP: Physiotherapeuten als Rolle des Coachs

Bekommen chronisch kranke Menschen ein künstliches Hüft- oder Kniegelenk implantiert, steigt das Risiko für Komplikationen wie Störungen der Wundheilung und Infektionen. Darauf wies der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Endoprothetik (AE), Prof. Dr. Rudolf Ascherl, in einem Artikel von „Der Hausarzt. Digital“ hin. „Fach- und Hausärzte sowie Physiotherapeuten müssen ihre chronisch kranken Patienten vom Erstgespräch bis hin zur Operation coachen, um mit dem Patienten zusätzliche Risiken auszuschließen“, forderte Ascherl.

Es sei wichtig, die Betroffenen bereits ab dem Zeitpunkt der Indikationsstellung zum Ersatzgelenk eng-

maschig in die Vorbereitungen einzubeziehen und aufklären, so Ascherl weiter. Dabei komme den Patienten heute eine viel aktivere Rolle zu. „Sie müssen mehr wissen und mehr für sich tun.“ Schon kurzfristige Veränderungen des Lebensstils würden zu einem erfolgreichen Eingriff beitragen.

Quelle: S. Werner, Der Hausarzt. Digital, Dezember 2019 | kostenfreies Abstract

Internisten

Diabetisches Fußsyndrom im interdisziplinären Team behandeln

In einem Artikel der Zeitschrift „Info Diabetologie“ stellt Dr. Michael Eckhard die neuesten Therapieansätze für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms (DFS) vor. Physiotherapeuten, vielleicht auch Ergotherapeuten, sollten zum „festen Bestandteil eines Fußbehandlungsteams“ gehören.

Entgegen bisheriger Standards empfiehlt Dr. Eckert schon mit Beginn der Entlastungsmaßnahmen gezieltes und regelmäßiges physiotherapeutisches Training, das „sowohl zu einer beschleunigten Abheilung eines aktiven Ulkus wie auch zur Prävention eines Ulkusrezidivs beitragen kann“.

In der neuen Checkliste IRBESA-PP finden sich zudem die wichtigsten Bausteine bei Diagnostik und Behandlung des diabetischen Fußes: I steht für Infektionsmanagement, R für Revaskularisation, B für Begleiterkrankungen, E für Entlastung, S für Stadiengerechte Wundbehandlung, A für (Grenzzonen-)Amputation, P für Physiotherapie und Psychosoziale Unterstützung und P für Prävention inklusive Podologie.

Quelle: M. Eckhard, Info Diabetologie, Ausgabe 6/2019 | + kostenpflichtiger Volltextzugriff

Neurologen

Parkinson-Patienten benötigen multiprofessionelles Behandlungskonzept

Das Parkinson-Syndrom ist nach Demenz vom Alzheimer-Typ die zweithäufigste neurodegenerative Erkrank-

kung. Auch hier ist das Alter der wichtigste Risikofaktor. In einem Beitrag der Zeitschrift „Der Nervenarzt“ werden Logopädie, Physio- und Ergotherapie einschließlich des Parkinson-spezifischen Lee Silverman Voice Treatment als unverzichtbare Komponenten im multiprofessionellen Behandlungskonzept empfohlen. Symptome wie Gangstörungen, Stürze, Dysarthrie, Dysphagie oder autonome Dysfunktionen seien die Domäne von Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie, heißt es weiter. Eine Therapiemethode ist das spezifisch für Parkinson-Patienten entwickelte Lee Silverman Voice Treatment (LSVT), das mittlerweile auch zu dem bewegungstherapeutischen Verfahren „LSVT BIG“ weiterentwickelt wurde. Beide Programme fokussieren sich darauf, in einem intensiven Einzeltraining mit häufigen Wiederholungen, kontinuierlichem Feedback und progressiver Komplexität die Stimmmlautstärke bzw. die Beweglichkeit zu steigern.

Quelle: K. Amadori & T. Steiner, Der Nervenarzt, Ausgabe 12/2019 | kostenfreies Abstract

Bei Parkinson frühzeitig mit Krankengymnastik beginnen

Physiotherapie gilt bei einer Parkinson-Erkrankung neben einer medikamentösen Therapie als unverzichtbar. Laut des Autors sollen die Patienten zu Beginn angeleitet werden, um die Übungen später eigenständig und ohne Begleitung durchführen zu können. Je nach Bedarf finden schließlich fachliche Kontrollen statt. Sind die Betroffenen nicht in der Lage, die Maßnahmen selbstständig umzusetzen, ist es notwendig, sie kompetent zu unterstützen. Besonders wichtig ist, dass mit Physiotherapie so früh wie möglich begonnen wird. Außerdem ist es erforderlich, die Maßnahmen langfristig durchzuführen, um Effekte zu spüren. Die Ziele sind Immobilitätsfolgen zu vermeiden, Tonusveränderungen zu reduzieren und willkürmotorische Leistungen zu verbessern. Die Patienten können laut des Autors neue Bewegungsmuster und Tricks erlernen, die ihnen ihren Alltag erleichtern. Dazu seien individuelle Programme mit Abwechslung erforderlich. Es eignen sich zum Beispiel Ballspiele, Laufbandtraining und das Üben von Ausfallschritten. Im frühen und mittleren Stadium ist das sogenannte BIG-Programm erfolgreich. Dabei trainieren die Patienten große Bewegungsamplituden.

Quelle: W. Jost, DNP – Der Neurologe & Psychiater, Ausgabe 6/2019 | + kostenpflichtiger Volltextzugriff

Physiotherapie und Logopädie bei Morbus Pompe mit spätem Beginn

Bei Morbus Pompe handelt es sich um eine hereditäre degenerative Myopathie bei der im späten Beginn eine Enzyersatztherapie zur Verfügung steht. Laut Autoren des Artikels „Morbus Pompe mit spätem Beginn“ in der Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) sollte parallel dazu eine begleitende Physiotherapie stattfinden, um dem funktionell relevanten Verlust der Muskelkraft entgegenzuwirken und damit Stürze zu verhindern und Kompensationsstrategien zu entwickeln. Dazu eignet sich laut der Autoren ein submaximales aerobes Training bei 60 bis 70 Prozent der maximalen Leistung – ein hochintensives Programm sollte hingegen vermieden werden. Weiterhin ist besonders wichtig, die Atemmuskulatur zu trainieren. Sind Kau- und Schluckstörungen diagnostiziert, ist eine logopädische Therapie sinnvoll.

Quelle: B. Schrank und B. Schoser, DGNeurologie, Ausgabe 6/2019 | + kostenpflichtiger Volltextzugriff

Orthopäden

Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie personalisierter gestalten

Im Rahmen der interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie (IMST) fehlt es nach wie vor an Modellen und praktisch anwendbaren Instrumenten für die Behandlungsplanung. In der Fachzeitschrift „Der Schmerz“ wird ein Modell vorgestellt, mit dem die IMST, bei der laut Autoren auch Ergo- und Physiotherapie zum Tragen kommen können, optimiert geplant und effizient durchgeführt werden kann.

Das Modell verfolgt den Ansatz, die interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (IMST) personalisiert, mechanismenbasiert und zielorientiert zu gestalten. Veränderungs- und Behandlungsziele sollen anhand der Störungsmechanismen festgelegt und Interventionsziele vorgeschlagen werden. Dabei sollen die Ressourcen des Patienten explizit einbezogen werden. Sie haben laut Autoren Einfluss darauf, welche Veränderungsziele formuliert, welche Interventionen geplant und wie diese konkret ausgestaltet werden.

Quelle: J. Grolimund et al., Der Schmerz, Ausgabe 6/2019 | kostenfreies Abstract



Kassenärztliche Vereinigungen

Berlin: Neues Prüfverfahren für Ärzte ab 2020



Für Wirtschaftlichkeitsprüfungen gilt seit 1. Januar 2020 in Berlin ein neues Prüfverfahren. Damit treten für die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln wichtige Änderungen in Kraft: Die bisherige Richtgrößenprüfung wird durch eine Prüfung nach Durchschnittswerten ersetzt. Das berichtet das KV-Blatt der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und fasst die wesentlichen Inhalte der neuen Prüfvereinbarung zusammen. Individuelle Praxisbesonderheiten, die etwa durch Spezialisierungen oder Versorgungsschwerpunkte zustande kommen, sind von den Änderungen übrigens nicht betroffen. Praxen können diese weiterhin melden.

Nachdem die Vertragspartner auf Landesebene – die KV Berlin und die Verbände der Krankenkassen – sich nicht auf eine Prüfvereinbarung hatten einigen können, hatte das Landesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung diese bereits im September 2019 festgesetzt und verabschiedet.

Quelle: www.kvberlin.de -> KV-Blatt 6/2019 | kostenfreier Volltextzugriff



Kassen übernehmen Kosten für Fettabsaugen bei Lipödem

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen unter bestimmten Umständen für Patientinnen, die an einem Lipödem im Stadium III leiden, seit Januar die Kosten für eine ambulante oder stationäre Liposuktion. Diesen Beschluss hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bereits im September 2019 getroffen. Sowohl die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), KV Berlin als auch die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein haben in ihren jeweiligen Publikationen ihre Ärzte zum Jahresende 2019 nochmals darauf hingewiesen.

Zu den Voraussetzungen für eine Operation des Lipödems im Stadium III zählt unter anderen eine sechs Monate andauernde konservative Behandlung, etwa mit Lymphdrainage, Kompression oder Bewegungstherapie. Erst wenn diese nicht zu einer Linderung der Beschwerden führt, kann der behandelnde Arzt eine Fettabsaugung verordnen.

Die Aufnahme der Fettabsaugung in den Leistungskatalog ist bis zum 31. Dezember 2024 befristet. Zeitgleich läuft eine Erprobungsstudie. Auf Grundlage deren Ergebnisse wird der G-BA dann abschließend über die Behandlungsmethode für alle Stadien der Erkrankungen entscheiden.

Quelle: www.kvbb.de -> KV-Blatt 6/2019;
www.kvno.de -> KVNO aktuell 12/2019 und

www.g-ba.de -> Presse -> Pressemitteilung vom 19.09.2019 | kostenfreier Volltextzugriff

Brandenburg: Praxisbesonderheiten durch ICD-10 GM erkennen

Für Ärzte gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot. Verstoßen sie dagegen, drohen Regresse. Allerdings können sie Praxisbesonderheiten melden, wenn sie zum Beispiel aufgrund einer Spezialisierung oder eines besonderen Patientenkontextes mehr Heil- oder Arzneimittel verordnen als andere Praxen. Es lohnt sich für Ärzte also, die Praxisbesonderheiten der eigenen Praxis zu kennen bzw. herauszufinden. Dabei unterstützt die KV Brandenburg mit monatlichen Kodiertipps.

Mit Hilfe der Praxissoftware können Ärzte statistische Auffälligkeiten in ihrer Praxis erkennen. Mittels der ICD-10 GM Codes lassen sich die besonderen Verordnungen dann den entsprechenden Patienten zuordnen. Laut KV Brandenburg können u.a. folgende Codes eine besondere Versorgungssituation markieren: Z50.1! Sonstige Physiotherapie und Z50.5! Logopädische Behandlung.

Tipp: Ärzte, die aus Angst vor Regressen bei der Verordnung von Heilmitteln zurückhaltend sind, können Sie auf die Möglichkeit hinweisen, dass bei ihnen (weitere) Praxisbesonderheiten vorliegen.

Quelle: www.kvbb.de -> KV Intern 11/2019 | kostenfreier Volltextzugriff

Hamburg: Parkinson: Schmerzen als eigenständiges Symptom behandeln

Die überwiegende Mehrheit der Patienten mit Parkinson leiden unter chronischen Schmerzen. In einigen Studien ist eine Prävalenz von bis zu 91 Prozent angegeben. Bei einem Viertel der Erkrankten zählt Schmerz zu den dominierenden Beschwerden. Dennoch werden Schmerzen kaum als eigenständiges Symptom beachtet. Dabei können interdisziplinäre Therapieansätze den Betroffenen helfen.

Die Autoren plädieren dafür, „Patienten mit Schmerzen bei Parkinson zielgerichtet in multimodalen interdisziplinären schmerztherapeutischen Behandlungsprogrammen zu therapieren, die die medikamentösen, psychologischen und physiotherapeutischen Therapieansätze integrativ kombinieren.“ Zudem sollte die Therapie an die Bedürfnisse und Wünsche des Patienten angepasst sein.

Quelle: www.aerztekammer-hamburg.org -> Hamburger Ärzteblatt 11/2019 | kostenfreier Volltextzugriff

Wenn morgen die Praxis in Flammen steht, welche Therapiehilfe würden Sie sich beim Hinauslaufen schnappen? Auf welches Hilfsmittel, welchen Alltagsgegenstand oder welches Spiel möchten Sie bei Ihrer Arbeit auf keinen Fall mehr verzichten – und warum? Ist das Therapiemittel so vielseitig einsetzbar, sprechen die Patienten besonders gut darauf an oder entlastet es Sie körperlich? Lassen sie Ihre Kollegen an Ihrem persönlichen Favoriten teilhaben und stellen Sie ihn hier vor.

Schröpfgläser

Ich habe die Schröpfgläser ursprünglich durch eine Kollegin kennengelernt und ihre Anwendung später im Rahmen der Rückenintensivmassage nach J. Salchenegger erlernt. In meinen Behandlungen setze ich gerne die methatec Schröpfgläser nach Celik ein. Sie sind aus Glas mit Gummiballon und verfügen im Gegensatz zu anderen Schröpfgläsern über eine 2-Ventil-Technik zur Regulierung der Saugkraft. Dadurch kann ich den Unterdruck individuell einstellen und unterschiedliche Schichten, also Haut, Unterhaut oder Bindegewebe, erreichen. Der Durchmesser der Gläser variiert von drei bis zu sechs Zentimetern. Ich verwende am liebsten das Glas mit 5 cm Durchmesser. Die im Wellness-Bereich eingesetzten Silikon-Schröpfgläser sind meiner Erfahrung nach nicht annähernd so intensiv wie die aus Glas.

Warum sind sie Ihr persönlicher Favorit?

Meine Schröpfgläser setze ich total gerne ein, weil sie variabel und sehr wirksam sind. Die Behandlung aktiviert die Selbstwirksamkräfte der Patienten, sodass auch noch nach der eigentlichen Therapie, wenn der Patient die Praxis schon längst verlassen hat, etwas in seinem Körper passiert. Ich arbeite seit etwa zehn Jahren mit den Gläsern.

Wie setzen Sie die Schröpfgläser ein?

Die Schröpfgläser können bei vielen Beschwerden sinnvoll sein. Üblicherweise benutze ich sie bei Patienten mit hypertoner Muskulatur und Muskelhartspann. Bei Schmerzen im Schulter-Nacken-Bereich oder der Lendenwirbelsäule können sie ebenso hilfreich sein wie bei Faszienverklebungen, die ich durch das Verschieben des Glases in der Faszien-schicht lösen kann.

Wenn ich die Schröpfgläser bei Myogelosen und auf Triggerpunkten statisch anwende, lässt sich auch hier die Durchblutung in Abhängigkeit von der Saugkraft sehr gut anregen. Mithilfe der Schröpfgläser erreiche ich zudem tiefe Verspannungen in der Muskulatur problemlos. Dies gilt ebenso für Verklebungen im Oberschenkel, Kniegelenk oder Schulterbereich. Gelegentlich bereite ich die Lösung von Blockaden im ISG mithilfe der Schröpfgläser vor.

Sollte man bei der Anwendung von Schröpfgläsern noch etwas Spezielles beachten?

Da es vor allem bei der statischen Anwendung zu Einblutungen in der Oberhaut kommen kann, sind blaue Flecke vorprogrammiert. Dementsprechend ausführlich kläre ich meine Patienten vorher mündlich auf, um mich abzusichern – bislang mit Erfolg. Ich ver-



gleiche die möglichen Folgen häufig mit den blauen Flecken, die die Saugnapfe von EKG-Geräten verursachen. Außerdem wende ich die Schröpfgläser nie in der ersten Behandlungseinheit an, sondern ertaste zu Beginn mit meinen Händen die Beschwerden, um die Schröpfgläser dann ggf. in den nachfolgenden Stunden einzusetzen.

Wie läuft die Behandlung dann ab?

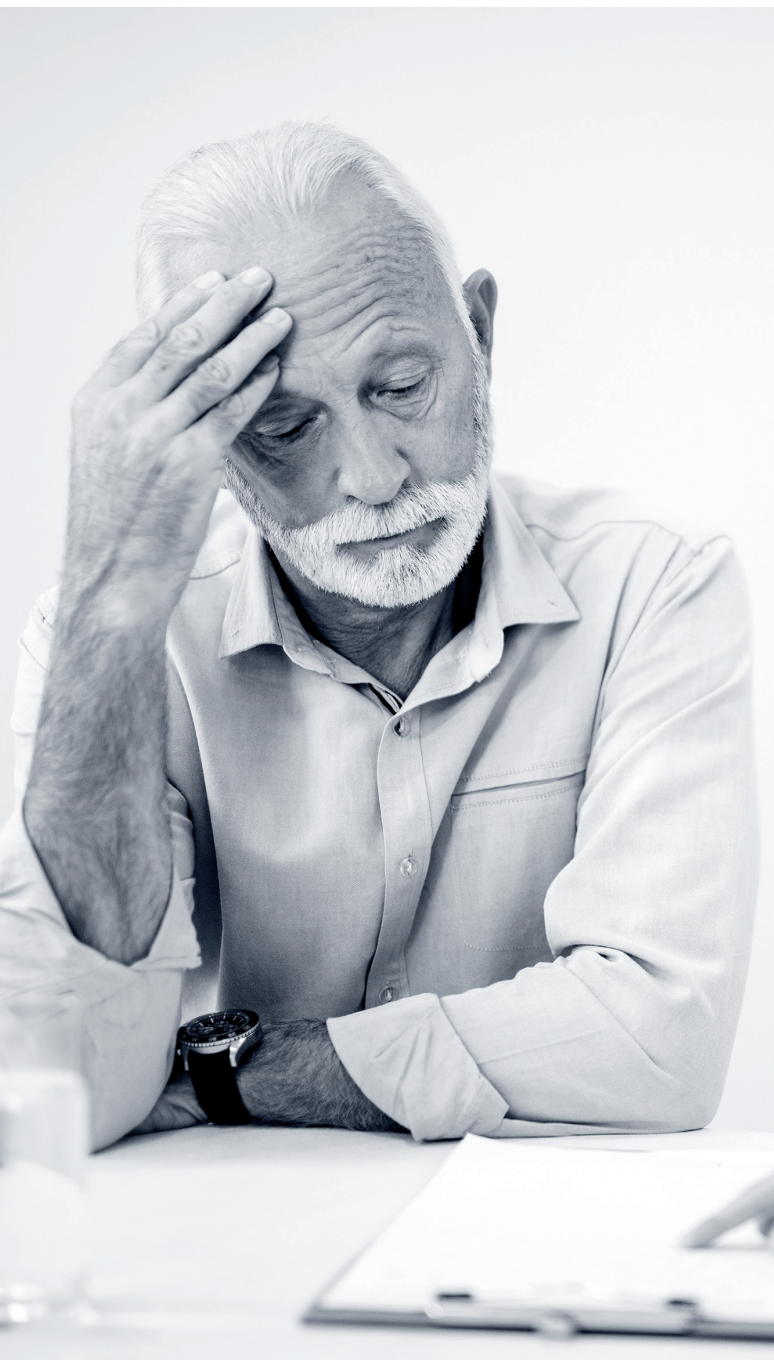
Die Patienten ziehen sich je nach zu behandelnder Körperregion aus und legen sich auf die Behandlungsliege. Die betroffenen Partien reibe ich mit etwas Öl ein und setze dann das Schröpfglas an. Grundsätzlich gibt es zwei Anwendungsformen. Bei der statischen Behandlung setze ich ein oder mehrere Gläser und lasse sie für 30 bis 60 Sekunden an einer Stelle. Bei der dynamischen Anwendung bewege ich das Glas auf der betroffenen Körperregion hin und her. Dies kann von langsam bis schnell unterschiedlich dynamisch erfolgen. Die statische Behandlung ist für den Patienten schmerzarm. Bei der Verschiebung des Glases kommt es, wie bei der Arbeit mit der Faszienrolle, zum üblichen Faszien-schmerz.

Wie reagieren Ärzte auf die Schröpfgläser?

Von anderen wird das Schröpfen häufig belächelt, weil es sich ursprünglich um ein Verfahren aus der Alternativmedizin handelt und eher dem Bereich der Heilpraktiker zugeordnet wird. Ich habe hingegen die Erfahrung gemacht, dass meine verordnenden Ärzte um den Nutzen und die Wirkung der Schröpfgläser wissen. Einige Patienten kommen extra deshalb zu mir in die Praxis. Außerdem entlaste ich so meine Hände und Gelenke.

Madlen Missal, Physiotherapeutin & Inhaberin von Physiotherapie und Wellnessoase, Koldenbüttel ■ [bw]

Physiotherapeuten kümmern sich um die Wiederherstellung oder Verbesserung der Lebensqualität ihrer Patienten. Der Weg dorthin gleicht für Kollegen, Ärzte und Kostenträger oft einer Blackbox. Die International Classification of Functioning, Disability and Health (kurz ICF) erfasst systematisch und ressourcenorientiert die Folgen von Krankheiten. Wie Sie die Struktur der ICF konkret für den Therapieprozess und den berufsübergreifenden Austausch nutzen können, zeigen wir Ihnen.



Grundlagen

ICF als Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

Die ICF gehört zu den gesundheitsrelevanten Klassifikationen der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Sie löste 2001 die ICIDH – International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps – ab. Letztere beeinflusste maßgeblich die Gestaltung des Neunten Sozialgesetzbuchs (SGB IX), das seit 2001 die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen in Deutschland regelt.

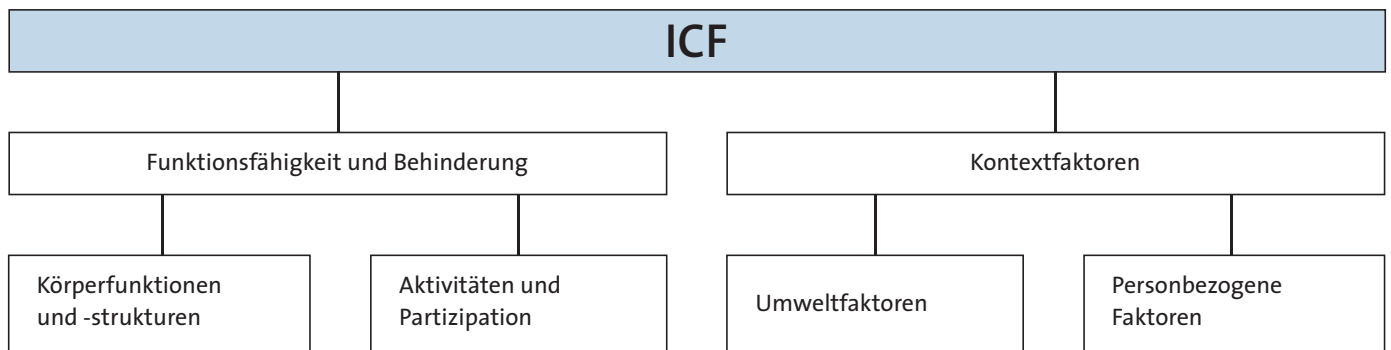
Das biopsychosoziale Modell als Basis der ICF

Der ICF liegt das biopsychosoziale Modell zugrunde. Es verbindet zwei gegensätzliche Ansätze zur Beschreibung der Funktionsfähigkeit eines Menschen.

- **Das medizinische Modell** sieht Behinderung als Problem einer Person durch Krankheit, Folgen eines Unfalls oder ein anderes gesundheitliches Problem, das der medizinischen Versorgung bedarf, z. B. in Form einer individuellen Behandlung durch Fachleute. Demzufolge wird die Behinderung durch Heilung, Anpassung oder Verhaltensänderung des Betroffenen bewältigt. Der medizinischen Versorgung kommt hier eine Schlüsselrolle zu.
- **Das soziale Modell** betrachtet die Behinderung einer Person hingegen als ein gesellschaftlich verursachtes Problem und nicht als Merkmal einer Person. Folglich muss die Umwelt so gestaltet werden, dass eine vollumfängliche Teilhabe des Menschen mit Behinderung an allen Bereichen des sozialen Lebens möglich ist. Es geht also um die Integration von Betroffenen in die Gesellschaft. Das biopsychosoziale Modell geht davon aus, dass neben der Schädigung auch die tatsächliche Leistung und Leistungsfähigkeit einer Person betrachtet werden muss.

Komponenten der ICF

Mithilfe der ICF können die biopsychosozialen Aspekte von Krankheitsfolgen unter Berücksichtigung der individuellen Kontextfaktoren systematisch und strukturiert erfasst werden. Die ICF ist in zwei Teile mit je zwei Komponenten gefasst:



Teil 1: Funktionsfähigkeit und Behinderung

- Körperfunktionen und -strukturen
- Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]

Das Gesundheitsproblem, also z. B. die Gesundheitsstörung oder Krankheit, wird als Diagnose definiert. Es führt zu einer Veränderung an Körperfunktionen und/ oder Körperstrukturen und wirkt sich meist auf die Aktivitäten und die Partizipation [Teilhabe] eines Menschen in Abhängigkeit von den persönlichen Kontextfaktoren aus.

Teil 2: Kontextfaktoren

- Umweltfaktoren
- Personbezogene Faktoren

Die Kontextfaktoren können sich positiv oder negativ auf die Krankheitsauswirkungen bzw. die Funktionsfähigkeit auswirken.

Der Begriff der Funktionsfähigkeit eines Menschen umfasst alle Aspekte der funktionalen Gesundheit. Eine Person ist funktional gesund, wenn (angesichts ihrer Kontextfaktoren)

- ihre körperlichen Funktionen und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen,
- sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird
- und sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen, -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird.

Die Behinderung als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit ist also ein dynamischer Prozess mit vielfältigen Wechselwirkungen der genannten ICF-Komponenten untereinander (siehe Grafik Seite 11).

Gesetzliche Verankerung der ICF

Die ICF ist in Deutschland über die Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und das Bundesteilhabegesetz verankert. Sie dient als Grundlage für die Entscheidung über individuelle Rehabilitationsmaßnahmen. Nicht nur die Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) des G-BA, sondern auch die Rahmenempfehlungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer fordern die Berücksichtigung der ICF-Komponenten als Entscheidungsgrundlage für oder gegen eine Heilmittelverordnung (§ 3 Voraussetzungen der Verordnung, HeilM-RL), die Auswahl und Anwendung des Heilmittels (§ 12 Auswahl der Heilmittel, HeilM-RL) und in der Verlaufsdokumentation der therapeutischen Wirkung (Rahmenempfehlungen für eine einheitliche Versorgung mit Heilmitteln).

Fazit: ICF in der ambulanten Heilmitteltherapie

Betrachtet man das Konzept der ICF als Bezugsrahmen für die eigene therapeutische Arbeit, so werden die Behandlungsziele des Patienten stärker in den Fokus gerückt und individuell gewichtet. Auf diese Weise können die Funktionsstörungen, die zu Einschränkungen in der persönlichen Teilhabe führen, umfassend im Therapieprozess berücksichtigt und dokumentiert werden. Dies kann den Informationsaustausch und die Zusammenarbeit von Ärzten und Therapeuten sowie von Therapeuten untereinander im Hinblick auf die Ziele und die Teilhabeförderung der Patienten verbessern.

Ausblick

Wir zeigen Ihnen ab der kommenden Ausgabe, wie Sie die ICF als Strukturhilfe in der täglichen Arbeit mit Ihren Patienten anwenden können. Erfolgt Ihre Behandlung auf der Basis der ICF, spiegelt sich dies auch in der Dokumentation und dem Therapiebericht wider. So kann der Arzt anhand Ihres Berichts zielorientiert über die Weiterverordnung im Sinne der Patienten entscheiden und ist für den Fall einer Wirtschaftlichkeitsprüfung gewappnet.

Hintergrundinformationen zu den Klassifikationen

ICF = International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)

ICD = International Classification of Diseases (Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)

ICIDH = International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen)

Auf der Website des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) können Sie die deutschsprachigen Übersetzungen der Klassifikationen einsehen oder als PDF kostenfrei herunterladen: www.dimdi.de

ICD und ICF gemeinsam anwenden

Die ICD gehört neben der ICF zu den gesundheitsrelevanten WHO-Klassifikationen. Im Gegensatz zu der ICF fokussiert sie jedoch Krankheiten und verwandte Gesundheitsprobleme. Sie liefert den ätiologischen Rahmen des Gesundheitsproblems wie z.B. I63.3 Hirninfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien, G81.0 Schlanfe Hemiparese, R47.0 Aphasie.

Aktuell gilt die ICD-10-GM (10. Revision, German Modification, Version 2020), die sowohl in der stationären Versorgung als auch in der ambulanten vertragsärztlichen Behandlung eine entscheidende Rolle für die jeweiligen Vergütungssysteme spielt.

Das Kodieren von ICD-10-Diagnosen dient vorrangig der Verschlüsselung für die Abrechnung und der statistischen Auswertung. Dokumente wie Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und Heilmittelverordnungen enthalten ICD-10 kodierte Diagnosen. Die Diagnose (ICD-10-GM), in Verbindung mit Informationen über die Funktionsfähigkeit (ICF), ermöglicht ein umfassendes Bild von der Gesundheit eines Menschen und den Auswirkungen eines Gesundheitsproblems auf unterschiedlichen Ebenen. Deshalb sollten beide Klassifikationen – ICF und ICD – gemeinsam verwendet werden.

Definitionen

Gesundheitsproblem: Oberbegriff für (akute oder chronische) Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen oder Traumata, aber auch für Phänomene wie Schwangerschaft, Altern, Stress, kongenitale Anomalien oder genetische Prädispositionen. Gesundheitsprobleme werden nach der ICD-10 kodiert.

Funktionsfähigkeit: Oberbegriff für Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe], der die positiven Aspekte der Interaktion zwischen einer Person (mit einem Gesundheitsproblem) und ihren Kontextfaktoren (Umwelt- und personbezogene Faktoren) bezeichnet.

Behinderung: Oberbegriff für Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivität und Einschränkungen der Partizipation [Teilhabe], der die negativen Aspekte der Interaktion zwischen einer Person (mit einem Gesundheitsproblem) und ihren Kontextfaktoren bezeichnet.

Körperfunktionen: Physiologische Funktionen von Körpersystemen (inkl. der psychologischen Funktionen)

Körperstrukturen: Strukturelle oder anatomische Teile des Körpers wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile

Schädigung: (vorübergehende oder dauerhafte) Beeinträchtigung einer Körperfunktion und/ oder -struktur

Aktivität: Durchführung einer Aufgabe oder Handlung durch eine Person (individuelle Perspektive der Funktionsfähigkeit)

Partizipation [Teilhabe]: Einbezogenheit einer Person in eine Lebenssituation (gesellschaftliche Perspektive der Funktionsfähigkeit)

Beeinträchtigungen der Aktivität: Schwierigkeiten, die eine Person bei der Durchführung einer Aktivität haben kann, also eine quantitative oder qualitative Abweichung in der Durchführung der Aktivität in Bezug auf Art und Umfang

Einschränkungen der Partizipation [Teilhabe]: Probleme beim Einbezogenheit in eine Lebenssituation, die eine Person erlebt. Das Vorhandensein einer Einschränkung wird durch den Vergleich mit der erwarteten Partizipation einer Person der entsprechenden Gesellschaft ohne Behinderung bestimmt.

Leistungsfähigkeit: Maximales Leistungsniveau einer Person in Bezug auf eine Aufgabe oder Handlung unter Test-, Standard- oder hypothetischen Bedingungen

Leistung: Tatsächliche Durchführung einer Aufgabe oder Handlung einer Person in ihrem gegenwärtigen Kontext

Umweltfaktoren: Äußere Einflüsse auf die Funktionsfähigkeit und Behinderung

Ebene des Individuums: Die unmittelbare, persönliche Umwelt eines Menschen inkl. häuslicher Bereich, Arbeitsplatz und Schule [...], persönlicher Kontakt zu Familie, Bekannten, Seinesgleichen (Peers) und Fremden

Ebene der Gesellschaft: Organisationen und Dienste in Bezug auf die Arbeitsumwelt, kommunale Aktivitäten, Behörden, Kommunikations- und Verkehrswesen sowie informelle soziale Netzwerke; Gesetze, Vorschriften, formelle und informelle Regeln, Einstellungen und Weltanschauungen

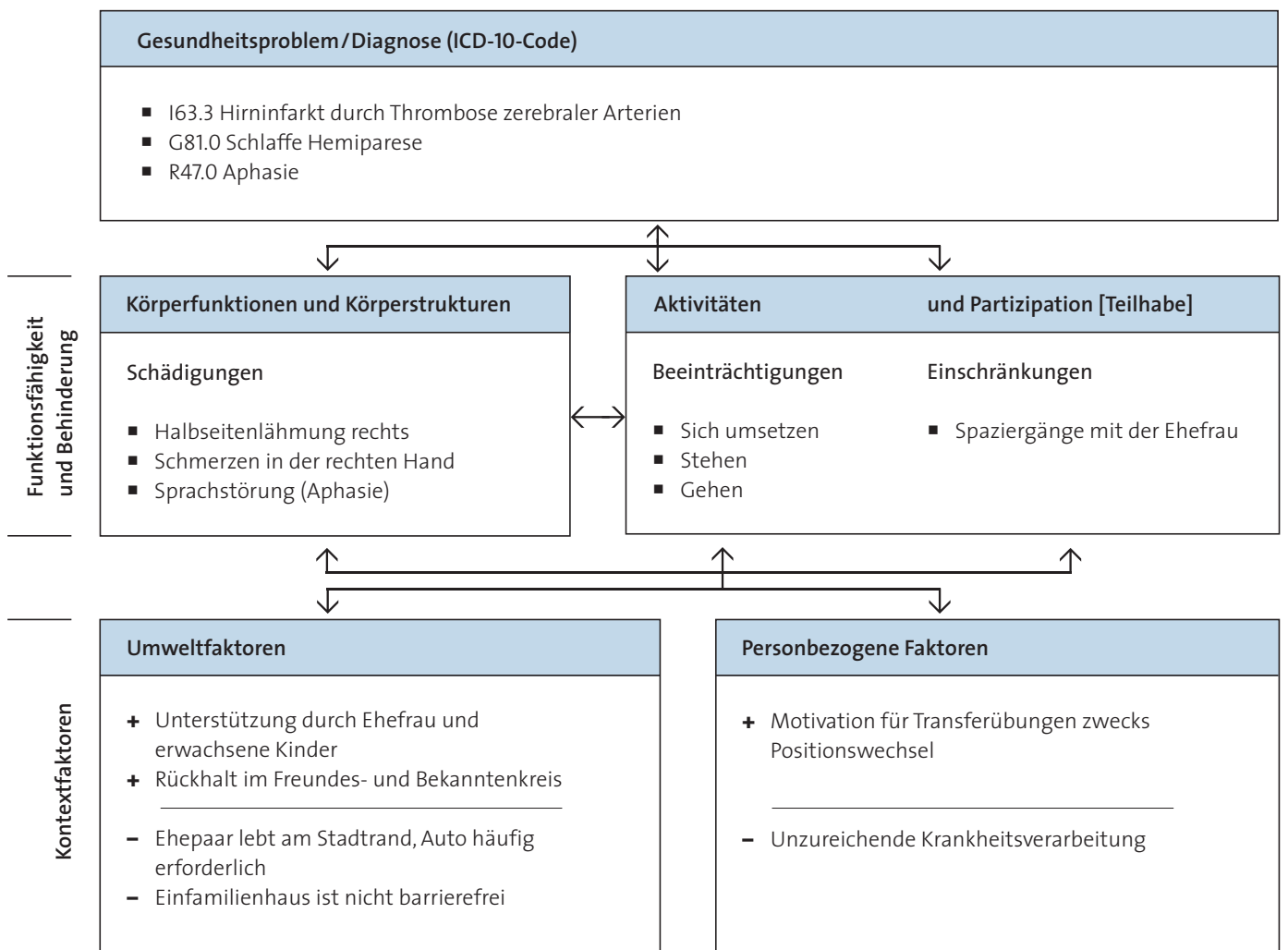
Personbezogene Faktoren: Innere Einflüsse auf die Funktionsfähigkeit und Behinderung. Kontextfaktoren, die sich auf die betrachtete Person beziehen, wie Geschlecht, Alter, Fitness, Gewohnheiten, sozialer Hintergrund, Bildung, Ausbildung, Beruf, Lebenserfahrung oder psychisches Leistungsvermögen

Förderfaktoren: Kontextfaktoren, die die Funktionsfähigkeit verbessern und eine Behinderung reduzieren

Barrieren: Kontextfaktoren, die die Funktionsfähigkeit einschränken und Behinderung schaffen

Quelle: DIMDI

■ [bw]



+ Förderfaktoren | - Barrieren

Für Ihre Patienten

Therapeuten begleiten Patienten und ihre Angehörigen während des Therapieprozesses sehr viel intensiver als andere Akteure des Gesundheitswesens. Dabei kann die Beratung zum Umgang mit der Erkrankung und ihren Auswirkungen auf den Alltag der Betroffenen einen großen Stellenwert einnehmen. Die Zeit für eigene Recherchen bleibt im Praxisalltag jedoch nur selten. Wir stellen Ihnen institutionelle Anbieter vor, an die sich Ihre Patienten und deren Angehörige wenden können.

Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe

Ein erster Ansprechpartner für Betroffene und Angehörige



Der Schlaganfall ist die zweithäufigste Todesursache weltweit und eine der häufigsten Ursachen für Behinderungen im Erwachsenenalter. Die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe mit Sitz in Gütersloh verfolgt seit ihrer Gründung 1993 das Ziel, Schlaganfälle zu verhindern und den Folgen dieser Erkrankung entgegenzutreten.

Die gemeinnützige Organisation engagiert sich in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung von Notfall-Management über Akutversorgung bis hin zu Rehabilitation und Nachsorge. Sie versteht sich als erster Ansprechpartner für Betroffene und Angehörige. Ihr Service- und Beratungsteam, das telefonisch erreichbar ist (siehe Infokasten Seite 13), berät zum Thema Schlaganfall, informiert über Rehabilitationsmaßnahmen und nennt Ansprechpartner und Adressen. So lassen sich Gespräche mit Ärzten und Therapeuten sinnvoll ergänzen.

Umfangreiche Informationen per Mausclick

Auf ihrer Website www.schlaganfall-hilfe.de stehen ein kostenloser Online-Test zur Einschätzung des individuellen Schlaganfallrisikos sowie vielfältige Informationsmaterialien zum kostenlosen Download bereit. Diese umfassen grundlegende Informationen zum Schlaganfall, zu Wegen zu Sozialleistungen, Hilfsmitteln und Wohnraumanpassung sowie zum Autofahren nach Schlaganfall. Eine bundesweite Suche nach Stroke-Units (stationäre Schlaganfall-Einheiten), Reha-Kliniken und ambulanten Reha-Zentren sowie Selbsthilfegruppen und regionalen Angeboten ist ebenfalls möglich.

Mit Informationsmaterialien, regelmäßigen Schulungen der Gruppenleiter und dem Förderfonds unterstützt die Deutsche Schlaganfall-Hilfe die bundesweit rund 400 Schlaganfall-Selbsthilfegruppen.

Schlaganfall-Helfer unterstützen Patienten im Alltag

Trotz einer intensiven Nachsorge brauchen Patienten nach Schlaganfall zu Hause viel Unterstützung. Hier stehen ihnen auf Wunsch ehrenamtliche Schlaganfall-Helfer, die auch selbst betroffen sein können, zur Seite. Sie motivieren, unterstützen und leisten Gesellschaft. Derzeit sind sie bereits in Bayern, Berlin, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein im Einsatz. Für die Vermittlung eines Schlaganfall-Helfers wenden sich Interessierte direkt an den jeweiligen Ansprechpartner. Die Kontaktdaten sind auf der Website einzusehen.

Nachsorge durch Schlaganfall-Lotsen

Nach dem Aufenthalt in Akut- und Rehakliniken entsteht häufig eine Versorgungslücke für die Betroffenen. Es bleiben offene Fragen beispielsweise zur ambulanten Heil- und Hilfsmittelversorgung, dem Führerschein oder der Rückkehr in den Beruf. Hier begleiten Schlaganfall-Lotsen im Sinne eines Case-Managers die Betroffenen. Sie arbeiten eng mit der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe zusammen.

Die bisherigen Lotsen-Projekte sind an verschiedene Einrichtungen angegliedert und werden auf unterschiedliche Weise finanziert. Gemeinsames Ziel aller Projekte ist es jedoch, die Schlaganfall-Lotsen in die Regelversorgung der Krankenkassen aufnehmen zu lassen und so die Schlaganfallnachsorge in Deutschland nachhaltig zu verbessern. Mit dem Projekt STROKE OWL, das noch bis 2021 läuft, will die Deutsche Schlaganfall-Hilfe den Beweis erbringen, dass sich die Betreuung durch Schlaganfall-Lotsen positiv auf die Lebensqualität der Patienten auswirkt.

Bundesweite Beratung durch Schlaganfall-Kinderlotsen

300 bis 500 Kinder und Jugendliche erleiden jährlich einen Schlaganfall in Deutschland, davon ein Drittel bereits im Mutterleib oder während der Geburt. Insgesamt gibt es in Deutschland mehr als 5.000 Familien mit einem von einem Schlaganfall betroffenen Kind. Die beiden Schlaganfall-Kinderlotsen beraten, unterstützen und begleiten bundesweit die Eltern betroffener Kinder telefonisch und persönlich.

Das große Netzwerk aus Fachleuten und die enge Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen ermöglichen den beiden, umfas-

send zu beraten. Die Website der Deutschen Schlaganfall-Hilfe enthält die Kontaktdaten der Schlaganfall-Kinderlotsen und informiert über Rehakliniken, die sich auf die Therapie von Kindern mit neurologischen Erkrankungen spezialisiert haben. Das Basisseminar zum kindlichen Schlaganfall ermöglicht Eltern betroffener Kinder einen Austausch mit anderen Eltern und Experten zu der Bewältigung und den Perspektiven nach dem kindlichen Schlaganfall.

■ Welt-Schlaganfalltag am 29. Oktober

An diesem Tag soll das Thema besonders in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt werden. Mit besonderen Aktionen und Informationsangeboten können auch Sie mit Ihrer Praxis daran teilnehmen und beispielsweise Einblicke in die Möglichkeiten der physiotherapeutischen Behandlung bei Schlaganfall geben.

Tipp: Dies ist auch eine gute Gelegenheit, Angebote der Praxis vorzustellen, die über die ärztlich verordneten Heilmittel für (GKV-)Versicherte hinausgehen.

Quelle: Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe

■ [bw]

S

Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe

Schulstraße 22

33311 Gütersloh

Telefon 05241 9770 0

(Mo-Do von 9-17 Uhr und Fr von 9-14 Uhr)

www.schlaganfall-hilfe.de

Schlaganfall-Testkoffer für die Praxis

Die Deutsche Schlaganfall-Hilfe stellt unter dem Motto „Ein Gesundheitscheck dauert 10 Minuten – ein Schlaganfall das ganze Leben!“ einen Schlaganfall-Testkoffer für den Einsatz in der betrieblichen Gesundheitsförderung zur Verfügung. Damit können Sie und Ihre Mitarbeiter das persönliche Schlaganfallrisiko mithilfe eines 10-minütigen Screenings am Arbeitsplatz und während der Arbeitszeit ermitteln. Es werden sowohl persönliche als auch medizinische Daten wie Blutdruck, Blutzucker und Cholesterin erhoben und softwaregestützt ausgewertet. Ein Gesundheitsberater oder Arzt erläutert im Anschluss die Ergebnisse, klärt über individuelle Präventionsmöglichkeiten auf und verweist ggf. an den zuständigen Hausarzt. Bei Interesse an dem Testkoffer stehen die Kontaktdaten auf der Website zur Verfügung

mehr: www.schlaganfall-hilfe.de -> Das tun wir
-> Aktivitäten -> Betriebliche Gesundheitsförderung

Patienten mit eingeschränkter Lebensqualität stehen im Zentrum der Heilmitteltherapie. Die Kluft zwischen wissenschaftlichen Empfehlungen und der Verordnungsrealität in der ambulanten Heilmittelversorgung wirken unüberwindbar. Ärztlicherseits besteht vielfach Unwissenheit und Fehlinformation. Darunter leiden in erster Linie die Patienten. Unterstützen Sie Ihre Ärzte dabei, rechtskonform und regresssicher zu verordnen. Legen Sie die nachfolgende Information dem nächsten Therapiebericht bei oder suchen Sie das Gespräch mit den ärztlichen Kollegen.

Indikation Hirninfarkt/Schlaganfall

Ausfüllhilfe für extrabudgetäre Verordnung

Nach einem Schlaganfall benötigen Patienten oftmals mehr Heilmittel in der ambulanten Nachsorge als nach anderen Erkrankungen. In der bundesweit geltenden Diagnoseliste langfristiger Heilmittelbedarf/besonderer Verordnungsbedarf der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ist dieser Bedarf geregelt. So wird bei einer Diagnose wie I63.3 (siehe Beispiel) die extrabudgetäre Verordnung von Physiotherapie längstens 1 Jahr nach Akutereignis möglich, ohne das ärztliche Heilmittelbudget zu belasten. Wird der Regelfall gemäß Heilmittel-Richtlinie (Heilm-RL) eingehalten, bevor Verordnungen außerhalb des Regelfalles ausgestellt werden, gelten sie ab der Erstverordnung (Erst-VO) als extrabudgetär. Bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen werden die Kosten aus dem Verordnungsvolumen des Vertragsarztes herausgerechnet.

Verordnung im Regelfall

In dem Beispiel erlaubt jede Verordnung bis zu 10 Einheiten. Bei einer Gesamtverordnungsmenge von bis zu 30 Einheiten sind eine Erst-VO und bei Bedarf zwei Folgeverordnungen (Folge-VO) möglich. Rezidive oder neue Erkrankungsphasen können die Verordnung von Heilmitteln als erneuten Regelfall auslösen, wenn nach einer Heilmittelanwendung ein behandlungsfreies Intervall von 12 Wochen abgelaufen ist.

Verordnung außerhalb des Regelfalles

Ist der Regelfall ausgeschöpft, entscheidet der Arzt über die Fortsetzung der Therapie. Die Verordnungsmenge ist abhängig von der Behandlungsfrequenz so zu bemessen, dass mindestens eine ärztliche Untersuchung innerhalb von 12 Wochen nach der Verordnung gewährleistet ist, z. B.: 60 (Menge) / 5 (Frequenz) ≤ 12.

Medizinische Begründung, ggf. Therapiebericht

Der Bericht dient der Entscheidung über die Fortführung der Therapie, insbesondere bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles. Sie benötigen eine differenzierte medizinische Begründung in Bezug auf den Therapiebedarf des Patienten, seine Therapiefähigkeit und die Therapieprognose unter Berücksichtigung des angestrebten Therapieziels. Evidenzbasierte Empfehlungen aus Leitlinien oder Übersichtsarbeiten sollten, wenn möglich, der Begründung angefügt werden.

Indikationsschlüssel = Diagnosegruppe + Leitsymptomatik

Der Indikationsschlüssel setzt sich aus Diagnosegruppe (ZN1/ZN2) und Leitsymptomatik (a/b/c) zusammen (s. Beispiel). Extrabudgetär verordnet werden können gemäß Diagnoseliste die Diagnosegruppe:

- ZN1 = ZNS-Erkrankungen längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres bzw.
- ZN2 = ZNS-Erkrankungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres.

163.3 + ZN2a = extrabudgetär

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung Folgeverordnung Gruppen-therapie

Verordnung außerhalb des Regelfalles **Therapiebericht**

Hausbesuch Ja Nein Ja Nein

Verordnungs-
menge: 10 KG-ZNS oder KG (siehe Anmerkung)

Indikatorsschlüssel: **ZN2a**

ICD-10 - Code: **I63.3**

ICD-10 - Code: **Bewegungsstörungen**

Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele: **Hirninfarkt durch Thrombose am 12.11.2019 mit Hemiparesis**

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles: **siehe Beiblatt**

Heilmittelverordnung 13
Maßnahmen der Physikalischen Therapie/ Podologischen Therapie

am

IK des Leistungserbringers

Gesamt-Zuzahlung

Gesamt-Brutto

Heilmittel-Pos.-Nr. Faktor

Heilmittel-Pos.-Nr. Faktor

Wegegeld/Pauschale Faktor km

Faktor Hausbesuch Faktor

Anzahl pro Woche

5

benenfalls wesentliche Befunde

bose der A. cerebri media links

niparese rechts und Aphasie;

des rechten Armes

Regelfalles (ggf. Beiblatt)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 13 (1.2017)

ICD-10-Code/Leitsymptomatik

Die Diagnoseliste der KBV enthält alle verordnungsfähigen ICD-10-Codes, die einen besonderen Verordnungsbedarf ermöglichen. Sinnvoll ist die Ergänzung der Leitsymptomatik aus dem Heilmittel-Katalog (HMK) (siehe Beispiel).

Wichtig: Nur mit endstelligem ICD-10-Code wird die Verordnung als extrabudgetär anerkannt, also I63.3 statt I63.- (Rahmenvorgaben für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen).

Wichtig: Die Angabe des Datums des Akutereignisses, hier des Schlaganfalls, erlaubt es einem Prüfer sofort zu erkennen, dass die Verordnung noch innerhalb der einjährigen regresssicheren Frist liegt. Eine Kassenärztliche Vereinigung weist ihre Mitglieder darauf hin, dass das Akutereignis nicht das Datum des Schlaganfalls ist, sondern der Tag der ersten Verordnung nach Entlassung aus der Rehabilitation.

Therapiefrequenz

Die Empfehlung des HMK beinhaltet Mindestangaben, also Untergrenzen der wöchentlichen Frequenz innerhalb des Regelfalles. Beschränkungen im Sinne von Obergrenzen gibt es nicht. Dies ermöglicht hochfrequente Intensivtherapie.

Wichtig: Auf der Verordnung wird nicht die Mindestempfehlung, sondern die exakte Frequenz angegeben.

Verordnungsmenge

Die Menge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalles. Die Gesamtverordnungsmenge ist im HMK festgelegt.

Heilmittel

Für ZN1 und ZN2 gibt es ein vorrangiges (A – entweder KG-ZNS oder KG) und ein ergänzendes Heilmittel (C – Wärmetherapie oder Kältetherapie). Wenn erforderlich, müsste in dem Beispiel „10 x KG-ZNS als Doppelbehandlung“ bzw. „10 x KG als Doppelbehandlung“ verordnet werden. Folglich fänden fünf Sitzungen mit jeweils zwei Behandlungseinheiten nacheinander statt. Hierfür müssten dennoch zehn Unterschriften geleistet werden.

Therapieziele

Patientenzentrierte und aktivitätsorientierte Therapieziele unterstützen die Indikation für Physiotherapie: Welches Ziel möchte der Patient auf der Ebene seiner Aktivitäten und Teilhabe bzw. seiner Körperfunktionen und -strukturen innerhalb dieser Verordnung erreichen? Dabei kann die Struktur der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) helfen (www.dimdi.de).

Fazit

So wären beispielsweise Physiotherapie zur Gangschulung, in gleichem Umfang Ergotherapie für den paretischen Arm und Logopädie für die Aphasie im Sinne einer hochfrequenten ambulanten Intensivtherapie medizinisch sinnvoll, gemäß HMK formal erlaubt und innerhalb des ersten Jahres sicher extrabudgetär möglich.

mehr:

- www.dimdi.de -> Klassifikationen -> Downloads -> ICF
- Gemeinsamer Bundesausschuss, Heilmittel-Richtlinie
- www.gkv-spitzenverband.de -> Krankenversicherung -> Ambulante Leistungen -> Heilmittel -> Genehmigung außerhalb des Regelfalles
- KBV, Rahmenvorgaben für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen
- KBV, Diagnoseliste langfristiger Heilmittelbedarf/ besonderer Verordnungsbedarf

BASIC
BY buchner®

500 ml
Handdesinfektion
4€*



EINFACHE ENTSCHEIDUNG.

BASIC – die Hausmarke von buchner für Therapie- und Praxisbedarf.

✓ Qualität stimmt. ✓ Preis stimmt. ✓ Verfügbarkeit stimmt.

Für mehr Informationen besuchen Sie uns unter www.buchner.de/basic

buchner

* Dieses Angebot richtet sich ausschließlich an Praxisinhaber und gewerbliche Abnehmer.
Der Preis für 500 ml Handdesinfektion beträgt 4 € netto (4,76 € inkl. Mehrwertsteuer) zzgl. Versand