Obere Extremität 2016 · 11:32–39
DOI 10.1007/s11678-016-0352-6
Eingegangen: 3. Dezember 2015
Angenommen: 20. Januar 2016
Online publiziert: 25. Februar 2016
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

Thomas Gottfried[1,5] · Hans Ortmann[2] · Christian Thiel[1] · Frieder Mauch[3,4]

[1] Sektion Rehabilitation – Physikalische Therapie, Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU), Berlin, Deutschland

[2] Verband Physikalische Therapie, Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (VPT) e. V., Hamburg, Deutschland

[3] Kommission Rehabilitation, Deutsche Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie e. V. (DVSE), Stuttgart, Deutschland

[4] Sportklinik Stuttgart, Stuttgart, Deutschland

[5] Klinik Höhenried gGmbH, Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd, Bernried, Deutschland

Rehabilitation nach Rotatorenmanschettenrekonstruktion – Umsetzung im deutschen Gesundheitswesen

Eine Arbeit der Kommission Rehabilitation der Deutschen Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie e. V. (DVSE) in Zusammenarbeit mit der Sektion Rehabilitation – Physikalische Therapie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU), dem Deutschen Verband für Physiotherapie (ZVK) e. V. und dem Verband Physikalische Therapie, Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (VPT) e. V.

Einleitung

Evidenzbasierte Medizin ist nicht zuletzt aufgrund der Einführung des sog. Leitlinienprogramms der Deutschen Rentenversicherung auch zunehmend im Bereich der Rehabilitation ein zentrales Thema. Die Kommission Rehabilitation der Deutschen Gesellschaft für Schulter- und Ellenbogenchirurgie (DVSE) hat Behandlungsempfehlungen zur Rehabilitation nach Rotatorenmanschetten-(RM-)Rekonstruktion im Sinne einer „best clinical practice“ erstellt und im Artikel von Jung et al. [1] veröffentlicht. Deren wichtigste Therapieinhalte wurden anhand einer umfassenden Literaturrecherche evidenzbasiert bewertet und mit Hilfe einer Umfrage unter ausgewiesenen DVSE-Schulterexperten zu einem abschließenden Konsenspapier zusammengefasst.

Ziel der Kommission der DVSE war es aber auch darzustellen, inwieweit die erarbeiteten Empfehlungen zur Nachbehandlung der RM-Rekonstruktion im deutschen Gesundheitswesen umgesetzt werden können.

Zeiten, in denen die Begrenztheit der Ressourcen, die Budgetierung von medizinischen Leistungen bis hin zu Regressen bei den Leistungserbringern neben den eigentlichen medizinischen Inhalten eine zunehmende Bedeutung gewinnen, begründen die Notwendigkeit sich auch mit den sozialrechtlichen Vorgaben intensiv auseinanderzusetzen. Ziel dieser Arbeit war es daher, in Zusammenarbeit mit ärztlichen und therapeutischen

Leitung der Kommission Rehabilitation der DVSE: Dr. med. Frieder Mauch

Leistungserbringern die praktische Umsetzbarkeit der Nachbehandlungsempfehlungen nach operativer RM-Rekonstruktion im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland (BRD) aufzuzeigen und dabei auf Besonderheiten der sektoralen Gliederung sowie auf zeitlich und numerisch begrenzte Verordnungsmöglichkeiten hinzuweisen. Bekanntermaßen unterliegt auch das Gesundheitswesen der BRD einem kontinuierlichen Veränderungsprozess und so stellt die nachfolgende Ausarbeitung den Stand Ende 2015 dar.

Die Verordenbarkeit von Gesundheitsleistungen ist in der BRD für gesetzlich kranken- und rentenversicherte Bürger ausgehend von den Kapiteln des Sozialgesetzbuches (SGB V und VI) und den daraus abgeleiteten Bestimmungen geregelt, ebenso die Zuständigkeit der Berufsgenossenschaften bei Berufskrankheiten, Arbeits- und Wegeunfällen (SGB VII). Die Regelungen treffen für den Großteil der Versicherten zu, in speziellen Konstellationen (z. B. Überschreiten von Einkommensgrenzen, Selbständigkeit, berufsständische Versorgungswerke etc.) können hier andere Versorgungsstrukturen vorhanden sein.

1. *Selbstzahler/privat versicherte Patienten*: Die Verordnungsstruktur bei Selbstzahlern/privat versicherten Patienten geht von einem Behandlungsvertrag zwischen Arzt/Therapeut und dem Patienten aus. Insofern bestehen zunächst in Art und Umfang keine Reglementierungen hinsichtlich der rezeptierten Leistungen. Die Kostenerstattung ergeht folglich von dem Patienten direkt an den Leistungserbringer.

   Erst in zweiter Linie können die entstandenen Behandlungskosten im vertraglichen Binnenverhältnis zwischen Patient und privater Krankenkasse verrechnet werden, eine direkte vertragliche Bindung zwischen Arzt/Therapeut und Kostenträger (z. B. private Krankenkasse oder Beihilfestelle) besteht in der Regel nicht.
2. *Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB)*: Bei Patienten deren Behandlungsstrukturen in der Kostenträgerschaft in der im SGB verankerten Versicherungspflichten bestehen, ist eine Behandlung in den darin vorgegebenen Regularien zu beachten.

   Die drei wesentlichen Kostenträger, die für die Nachbehandlung bei operativ versorgter RM-Ruptur in Frage kommen, sind damit

I. **die gesetzliche Krankenversicherung (GKV)**,
II. **die gesetzliche Rentenversicherung (RV)**,
III. **die gesetzliche Unfallversicherung (UV)**,

wobei im Einzelfall auch Überschneidungen möglich sind (z. B. GKV und RV). **Abb. 1** soll in einem Überblick die Nachbehandlungsmöglichkeiten der drei Hauptkostenträger (GKV, RV, UV) darstellen.

Die praktische Umsetzung der Empfehlungen zur Nachbehandlung nach RM-Rekonstruktion stellt sich gegenwärtig wie folgt dar:

Leistungen der Gesetzlichen Krankenkasse

Liegt kein Arbeits- oder Wegeunfall (§§ 8 und 9 SGB VII) mit Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung vor, so ist in aller Regel die GKV für die Nachbehandlung zuständig.

Die GKV hat die Versorgung daraufhin abzustellen, dass die ergriffenen Maßnahmen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich" durchzuführen sind (§ 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Dabei haben die Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem „allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen".

Alle am Prozess beteiligten Parteien, also Krankenkassen, Leistungserbringer (Ärzte, Therapeuten etc.) und Versicherte haben darauf zu achten, dass die Leistungen „wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden" (§ 2, Abs. 4, SGB V).

Darin ist auch eine *Limitierung* einzelner Verordnungen begründet. Bezogen auf die Versorgung von Patienten nach operativer RM-Naht stellt sich die Versorgungsstruktur praktisch wie folgt dar:

Verordnung von Orthesen

Die Verordnung von Orthesen (z. B. Abduktionsschiene etc.) richtet sich nach dem Hilfsmittelkatalog und ist in der Regel problemlos verordenbar. Es ist das amtliche Formular der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Formular Nr. 16) zu wählen und neben der genauen Bezeichnung des Hilfsmittels noch im Formular die Nr. 7, Hilfsmittel, anzukreuzen (**Abb. 2**).

Damit ist die Versorgung entsprechend der Konsensbildung der DVSE zur Versorgung mit ruhigstellenden Orthesen gewährleistet.

Krankengymnastik und Physikalische Therapie

Die postoperative Versorgungsmöglichkeit im Rahmen der GKV richtet sich nach der Heilmittelrichtlinie und dem Heilmittelkatalog, 2. Teil, „Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen" nach § 92, Abs. 6, Satz 1, Nr. 2 SGB V. Dieser ist für alle gesetzlichen Krankenkassen einheitlich verbindlich und in allen Bundesländern gleichermaßen gültig.

Dabei sind im ersten Kapitel (Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane) in den *Diagnosegruppen EX 1 bis 3* „Verletzungen/Operationen und Erkrankungen der Extremitäten und des Beckens" aufgeführt [3].

Der verordnende Arzt ist hierbei den kassenrechtlichen Budgetierungen (Richtgrößen) unterworfen und hat bei Überschreitung u. U. auch mit negativen Folgen in Form von Regressansprüchen der Kostenträger zu rechnen. In diesem Zusammenhang sei auf die Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für Heilmittel nach § 84 Abs. 8 Satz 3 SGB V unter Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs gemäß § 32 Abs. 1a SGB V vom 12. November 2012 hingewiesen [4].

In dieser zwischen dem Spitzenverband der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung getroffenen Vereinbarung soll insbesondere die Versorgung von Patienten mit besonders schweren Erkrankungen, die einen höheren Heilmittelbedarf haben, verbessert werden.

Zusammenfassung · Abstract

Obere Extremität 2016 · 11:32–39 DOI 10.1007/s11678-016-0352-6
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

T. Gottfried · H. Ortmann · C. Thiel · F. Mauch

Rehabilitation nach Rotatorenmanschettenrekonstruktion – Umsetzung im deutschen Gesundheitswesen. Eine Arbeit der Kommission Rehabilitation der Deutschen Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie e. V. (DVSE) in Zusammenarbeit mit der Sektion Rehabilitation – Physikalische Therapie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU), dem Deutschen Verband für Physiotherapie (ZVK) e. V. und dem Verband Physikalische Therapie, Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (VPT) e. V.

Zusammenfassung

Nach operativen Eingriffen ist eine adäquate Nachbehandlung im Stellenwert nicht geringer einzuschätzen als die Operation selbst. Neben der Erfahrung des Operateurs, der Wahl des Zugangsweges, der angewandten Operationstechniken einschließlich verwendeter Materialien hängt der Erfolg einer Operation letztendlich auch von Art und Umfang der eingeleiteten postoperativen Nachbehandlung und Rehabilitation ab. Die Nachbehandlung nach operativer Rotatorenmanschetten- (RM-)Rekonstruktion birgt hier gute Chancen die Funktionalität und damit die Alltagstauglichkeit einer lädierten Schulter wiederherzustellen, aber auch Risiken bei inadäquater Anwendung die Einheilung der Sehne zu gefährden. In einer aktuellen Konsensbildung der Deutschen Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie (DVSE) wurden Eckpunkte zur Rehabilitation nach RM-Rekonstruktion und deren Evidenzlevel herausgearbeitet. Neben der Evidenzbasierung ist die Begrenztheit der Ressourcen ein zentrales Thema der Gesundheitsversorgung geworden. Nachbehandlungsempfehlungen erreichen im Wesentlichen auch nur dann eine Akzeptanz, wenn sie anhand der vorhandenen Mittel vernünftig umgesetzt werden können. Ziel der Arbeit ist es daher darzustellen, wie die auf der aktuellen Konsensbildung der DVSE erarbeiteten Nachbehandlungsempfehlungen nach RM-Rekonstruktion auch in der Versorgungslandschaft in Deutschland praktisch umsetzbar sind.

Schlüsselwörter

Rehabilitation · Nachbehandlung, postoperative · Medizin, evidenzbasierte · Leitlinienprogramm · Schulterchirurgie

Rehabilitation after rotator cuff repair – implementation in the German healthcare system. A Work of the Commission Rehabilitation of the German Society of Shoulder and Elbow Surgery e. V. (DVSE) in collaboration with the Section Rehabilitation – Physical Therapy of the German Society for Orthopaedics and Trauma e. V. (DGOU), the German Association for Physiotherapy (ZVK) e. V., the Association Physical Therapy and Association for physical Professions (VPT) e. V.

Abstract

Adequate postoperative therapy is at least as important as the quality of the surgery itself. In addition to the surgeon's experience, the surgical entry point into the patient's body, and the surgical techniques including selection of materials, the success of any surgery also depends on the type and extent of postoperative treatment and rehabilitation. Thus, after surgical rotator cuff repair, the prospects for restoration of full functionality of an injured shoulder depends to a large extent on good follow-up treatment, but there are also risks associated with inadequate postoperative therapy of the tendon. Recent consensus-building of the German Society of Shoulder and Elbow Surgery (DVSE) has established cornerstones for rehabilitation after rotator cuff repair. Each cornerstone has been calibrated and thus prioritized according to the levels of evidence found. In addition to these evidence-based medical findings, the issue of limited resources has become a key issue in modern health care. Recommendations for follow-up treatments will only achieve substantial acceptance if they can be properly implemented using the resources available. The aim of this work is therefore to show how the recommendations for follow-up treatments after rotator cuff repair developed by the current consensus of the DVSE can be practically implemented in the German healthcare network.

Keywords

Rehabilitation · Treatment, postoperative · Medicine, evidence-based · Guidelines · Shoulder surgery

Dabei ist als Voraussetzung für die Anerkennung als Verordnung vom Vertragsarzt auf dem Verordnungsvordruck 13 (Heilmittelverordnung – Verordnung von Maßnahmen der Physikalischen Therapie) neben der Angabe des Indikationsschlüssels zusätzlich der für die Verordnung therapierelevante (endstellige) ICD-10-Code aufzubringen.

In Anlage 1 dieser Vereinbarung sind die Diagnosen dargestellt, die eine Praxisbesonderheit begründen können, darunter auch die operative Versorgung einer RM-Ruptur, welche mit der ICD 10-Verschlüsselung Z 98.8 (Zustand nach chirurgisch-orthopädischen Operationen) i. V. m. M 75.1 – Läsionen der RM (Schultergelenk) zu kodieren ist und eine Zuordnung zur Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel EX2/EX3 mit der Spezifikation „längstens 6 Monate nach Akutereignis" angibt.

Unklarheiten bestehen manchmal hinsichtlich der Eintragung zweier ICD-Schlüssel, nachdem das Verordnungsformular hier lediglich einen einzelnen Schlüssel vorgibt. Entsprechend der Vorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist der therapierelevante ICD-10-Code (hier: M 75.1) in das vorgesehene Feld der Verordnung einzutragen. Der zweite ICD-10-Code Z 98.9 sollte zusätzlich im Klartextfeld eingetragen werden (vgl. **Abb. 3**).

Praxisbesonderheiten müssen (im Gegensatz zu Verordnungen zum lang-

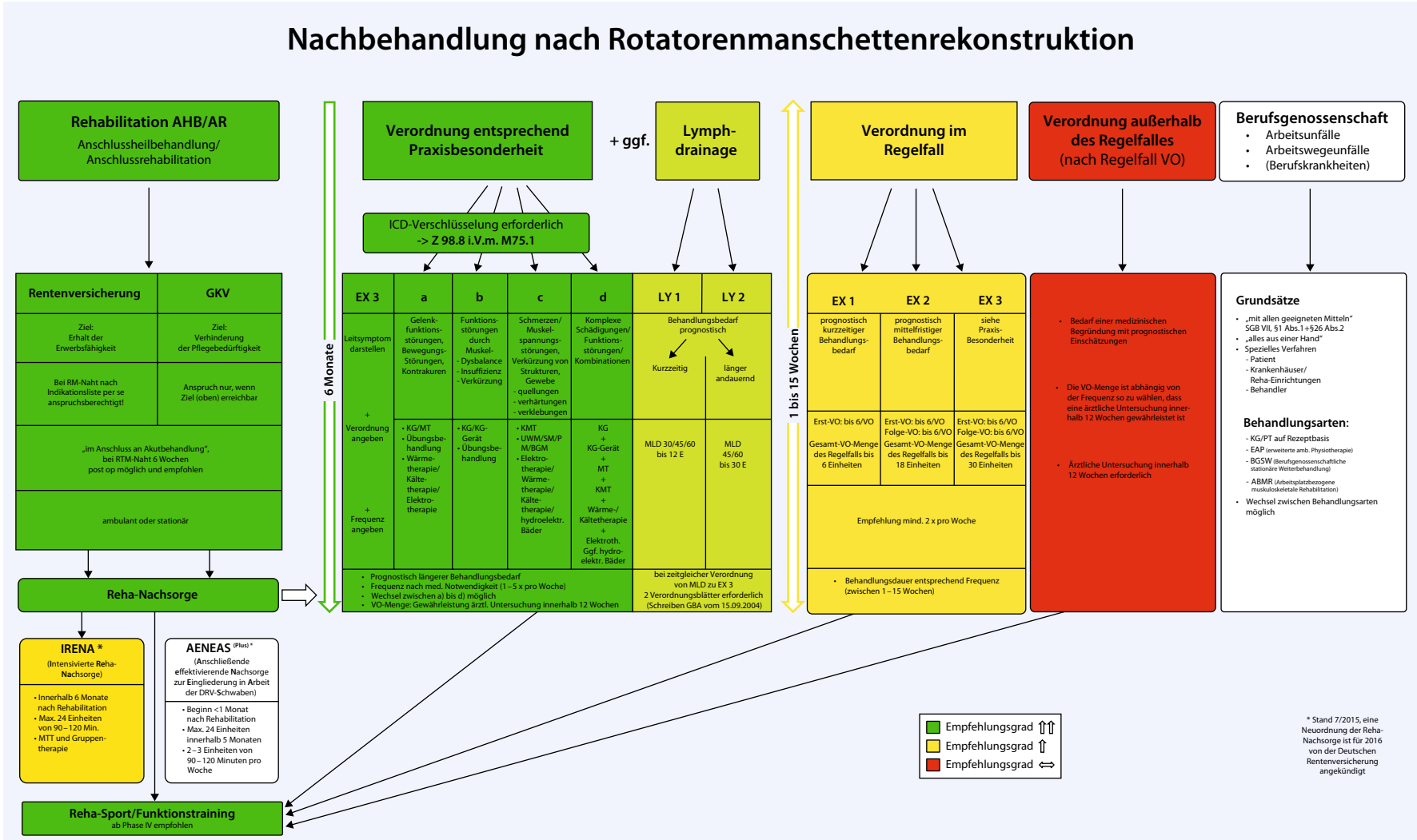


Abb. 1 ▲ Übersicht der Nachsorgestrukturen nach RM-Rekonstruktion (Erläuterungen und Abkürzungen im Text)

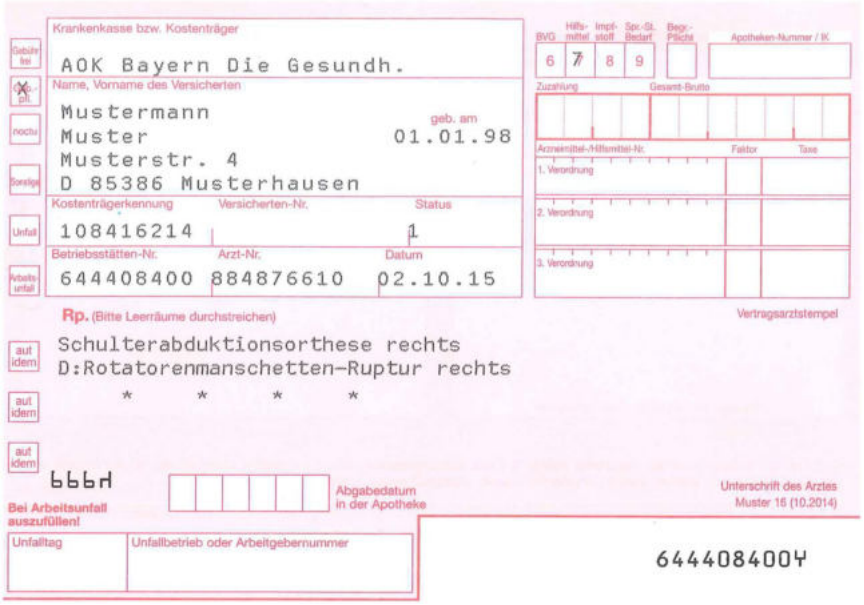


Abb. 2 ▲ Beispiel für Hilfsmittelverordnung einer Schulterabduktionsorthese [2]

fristigen Heilmittelbedarf) zuerst den Regelfall durchlaufen. Dies bedeutet, dass nach der Erstverordnung (z. B. 6× Krankengymnastik mit Kältebehandlung), dann 4-mal Folgeverordnungen ausgestellt werden können. Dies ergibt die maximal im Regelfall möglichen 30 Einheiten bei der Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel EX3. Auch diese Erst- und Folgeverordnungen zählen bereits zu den Praxisbesonderheiten.

Anschließend sind Verordnungen außerhalb des Regelfalls nötig. Hierbei kann die Verordnungsmenge maximal so hoch gewählt werden, dass eine ärztliche Untersuchung innerhalb 12 Wochen gewährleistet ist. Dabei können mehrere nebeneinander verlaufende Regelfälle, beispielsweise ergänzend Lymphdrainageanwendungen in der frühen postoperativen Phase I bei Schwellneigung im Operationsgebiet verordnet werden (Diagnosegruppen/Indikationsschlüssel EX3 und LY1). Hierbei wäre dann jeweils eine separate Verordnung auszustellen.

Neben allgemeiner Krankengymnastik (KG) und Manueller Lymphdrainage (MLD-30-45-60; nach Zeitvorgabe in Minuten) kann die Nachbehandlung durch Manuelle Therapie (MT), Unterwasserdruckstrahlmassage (UWM), Klassische Massagetherapie (KMT), Segment- oder Periostmassage (SM, PM), Wärme-/Kältetherapie und Elektrotherapie sowie D1 (standardisierte Heilmittelkombination) und insbesondere für die Phasen III und IV auch geräteunterstützte Therapie (KG-Gerät) ergänzt und variiert werden.

Damit kann eine ausreichende und differenzierte Rezeptierung von balneophysikalischen Therapien bis zum Abschluss der IV. Phase der Behandlungsempfehlungen nach RM-Rekonstruktion entsprechend der aktuellen Konsensbildung der DVSE bedarfsweise hergestellt werden.

Leistungen zur Rehabilitation

Liegen die entsprechenden versicherungsrechtlichen Voraussetzungen vor, so werden Rehabilitationsleistungen gegebenenfalls unter bestimmten Voraussetzungen durch die *GKV*, bei noch im Erwerbsleben stehenden Patienten durch die *RV* getragen – außer es liegt der Erkrankung ein Arbeits- oder Wegeunfall/Berufskrankheit zugrunde (vgl. hierzu Nachsorgeleistungen der Gesetzlichen Unfallversicherung).

Dabei verfolgen diese beiden Kostenträger entsprechend den sozialrechtlichen Vorgaben unterschiedliche Ziele: Die RV führt Rehabilitationsleistungen durch mit dem Ziel die *Erwerbsfähigkeit des Patienten* wiederherzustellen bzw. zu erhalten („Reha vor Rente"), demgegenüber die Zielsetzung der gesetzlichen Krankenkasse bei der Rehabilitation es ist *Pflegebedürftigkeit* zu verhindern („Reha vor Pflege").

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der GKV, RV und UV können sowohl stationär als auch ambulant erbracht werden.

Anschlussheilbehandlung/-rehabilitation

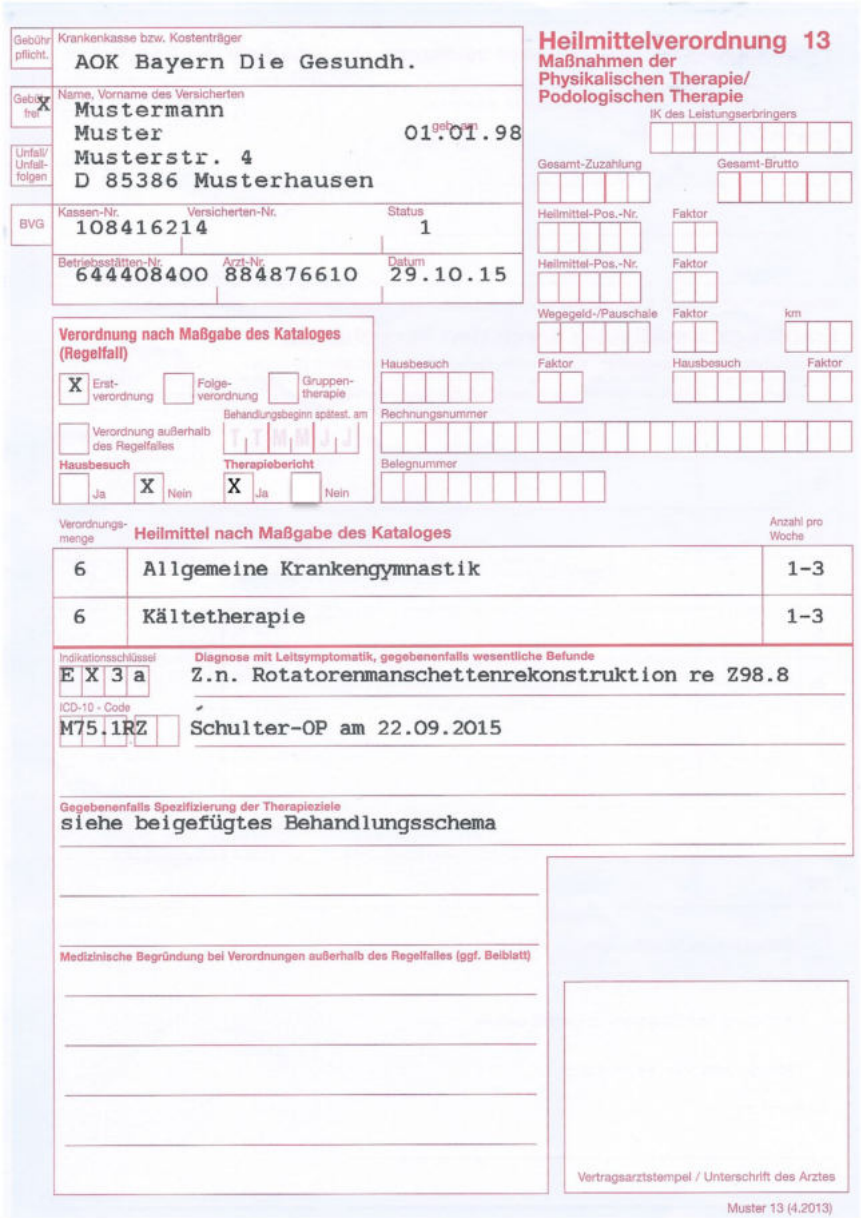
Eine besondere Form der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist die Anschlussheilbehandlung, die im Bereich der GKV als Anschlussrehabilitation bezeichnet wird, grundsätzlich also bei beiden Kostenträgern eine therapeutische Option darstellt. Regelhaft wird die Anschlussrehabilitation durch den Sozialdienst im Krankenhaus eingeleitet.

In der Anschlussrehabilitation der RV gibt es einen klar definierten Indikationskatalog mit Hauptdiagnosen für die Bewilligung einer stationären oder ganztägig ambulanten Rehabilitation [5].

In diesem Indikationskatalog ist in dem Kapitel „Degenerativ-rheumatische Krankheiten und Zustand nach Operationen und Unfallfolgen an den Bewegungsorganen" unter anderem die Indikation „Zustand nach operativer Versorgung einer Rotatorenmanschettenruptur" aufgeführt.

Zu beachten ist dabei, dass die Anschlussheilbehandlung/Anschlussrehabilitation im unmittelbaren Anschluss (in der Regel 14 Tage) oder zumindest „in einem engen zeitlichen Zusammenhang" (ca. 4–6 Wochen nach Operation) erfolgen muss.

Von der Möglichkeit die Anschlussrehabilitation nicht unmittelbar, sondern erst 6 Wochen nach Operation zu beginnen ist bei der operativen RM-Rekonstruktion dringend anzuraten: 6 Wochen nach der Operation kann von einer ausreichenden Sehnenheilung ausgegangen werden, die in Umfang und Art erweiterte Therapiemaßnahmen zulässt. Damit kann zeitgerecht mit Beginn der Phase II der Behandlungsempfehlungen der DVSE zur Nachbehandlung nach RM-Rekonstruktion ein entscheidender Vor-



Heilmittelverordnung 13
Maßnahmen der Physikalischen Therapie/ Podologischen Therapie

Gebührpflicht.
Krankenkasse bzw. Kostenträger: AOK Bayern Die Gesundh.
Gebührfrei: X
Name, Vorname des Versicherten: Mustermann, Muster, Musterstr. 4, D 85386 Musterhausen
geboren: 01.01.98
Unfall/Unfallfolgen
BVG
Kassen-Nr.: 108416214
Versicherten-Nr.:
Status: 1
Betriebsstätten-Nr.: 644408400
Arzt-Nr.: 884876610
Datum: 29.10.15
IK des Leistungserbringers
Gesamt-Zuzahlung
Gesamt-Brutto
Heilmittel-Pos.-Nr. / Faktor
Heilmittel-Pos.-Nr. / Faktor
Wegegeld-/Pauschale / Faktor / km
Hausbesuch / Faktor / Hausbesuch / Faktor

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)
X Erstverordnung; Folgeverordnung; Gruppentherapie
Verordnung außerhalb des Regelfalles
Behandlungsbeginn spätest. am: T T M M J J
Hausbesuch: Ja / X Nein
Therapiebericht: X Ja / Nein
Rechnungsnummer
Belegnummer

Verordnungsmenge	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	Anzahl pro Woche
6	Allgemeine Krankengymnastik	1-3
6	Kältetherapie	1-3

Indikationsschlüssel: E X 3 a
Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde: Z.n. Rotatorenmanschettenrekonstruktion re Z98.8
ICD-10 - Code: M75.1RZ
Schulter-OP am 22.09.2015
Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele: siehe beigefügtes Behandlungsschema
Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
Muster 13 (4.2013)

Abb. 3 ▲ Beispiel Erstverordnung von Physio- und Kryotherapie

teil der Rehabilitationsmaßnahme genutzt werden, nämlich unter ärztlicher Überwachung ein abgestimmtes Therapieprogramm durchzuführen und dabei neben funktionellen Aspekten auch eine Hilfestellung bei der Wiedereingliederung in die Alltagstätigkeiten und das Berufsleben zu leisten und ggf. weiterführende Maßnahmen einzuleiten.

Die Anschlussheilbehandlung kann entweder ambulant oder stationär durchgeführt werden. Wichtig ist bereits bei Einleitung der Maßnahme auf den protrahierten Beginn der Anschlussheilbehandlung erst 6 Wochen nach Operation beim Kostenträger zu drängen. Dies kann medizinisch sehr gut begründet werden, da durch eine zeitlich zu frühe und intensive Nachbehandlung in Phase I gegebenenfalls eine Gefährdung des Operationsergebnisses erfolgen könnte.

Im Anschluss an eine 3- bis 4-wöchige ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme können bei *Trägerschaft der RV* zudem folgende weitere Nachsorgemaßnahmen verordnet werden:

a) *IRENA* (**i**ntensivierte **Re**habilitations **na**chsorge): Diese umfasst ambulante Termine in zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen mit medizinischer Trainingstherapie/ Krankengymnastik am Gerät sowie Gruppentherapien (maximal 24 Einheiten in einer Zeitdauer von 90–120 min mit jeweils 2–3 Therapieeinheiten pro Woche) innerhalb der ersten 6 Monate nach Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung.
b) *AENEAS* (**a**nschließende **e**ffektivierende **N**achsorge zur **E**ingliederung in **A**rbeit der Deutschen Rentenversicherung **S**chwaben): Beim AENEAS plus übernimmt der Leitende Arzt die Erstellung, Überprüfung und Anpassung des Nachsorgeplanes, beim AENEAS der leitende Physiotherapeut.
   Die Maßnahme erfolgt innerhalb eines Monats nach Rehabilitation und umfasst maximal 24 Therapieeinheiten (2- bis 3-mal pro Woche) je 90–120 min.
   Diese Nachsorgeleistung (AENEAS und AENEAS plus) ist ausschließlich bei der DRV Schwaben vorgesehen.
   Sämtliche Nachsorgeleistungen, auch IRENA und AENEAS, werden derzeit von der Deutschen Rentenversicherung neu überarbeitet, hier sind für 2016 neu strukturierte Nachsorgemodelle angekündigt.
c) *Reha-Sport und Funktionstraining*: Hierbei werden in Gruppentherapien entsprechende Nachsorgeleistungen durchgeführt, beispielsweise durch den deutschen Behindertensportverband e. V. (*Rehabilitationssport* – 50 Übungseinheiten innerhalb von 18 Monaten, gegebenenfalls Erweiterung bei medizinischer Begründung möglich) bzw. der deutschen Rheumaliga (*Funktionstraining* – 12 Monate, Verlängerung bei medizinischer Begründung ebenfalls möglich). Maßnahmen und Übungen an technischen Geräten, die zum Muskelaufbau oder zur Ausdauersteigerung dienen, z. B. Sequenztrainingsgeräte, Geräte mit Seilzugtechnik, Arm-/Beinpresse, Laufband, Rudergerät, Crosstrainer etc. kommen hier in der Regel allerdings nicht zur Anwendung.

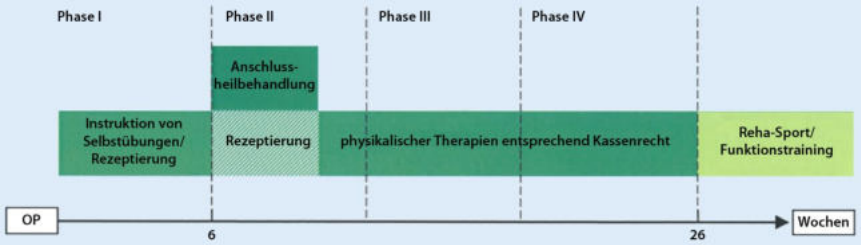


Abb. 4 ▲ Beispielhafter Zeitstrahl der Verordnung von Nachbehandlungsleistungen nach RM-Rekonstruktion. Nachsorgeleistungen sind über den Zeitraum von 6 Monaten nach der Operation im Kassenrecht verordenbar. Eine Anschlussheilbehandlung wird erst mit Beginn der Phase II ab der 6. postoperativen Woche empfohlen, für diesen Zeitraum sind die Rezeptverordnungen auszusetzen (*schraffiert*)

Sowohl Funktionstraining als auch Rehabilitationssport können auch unabhängig von einer Rehabilitationsmaßnahme im kassenärztlichen Rahmen verordnet werden. Zu beachten ist, dass bei sämtlichen Maßnahmen der Rehabilitationsnachsorge wie IRENA, AENEAS, Reha-Sport, Funktionstraining etc. ausschließlich Gruppentherapien zur Anwendung kommen und damit individuellen Nachbehandlungsvorgaben des Operateurs in der Regel nur eingeschränkt nachgegangen werden kann.

Im Bereich der *Kostenträgerschaft der GKV* ist eine Rehabilitationsmaßnahme/Anschlussrehabilitation nach operativer RM-Naht ebenfalls grundsätzlich möglich. Ein festgeschriebener Indikationskatalog wie bei der RV besteht hier allerdings nicht. In der Praxis orientieren sich die gesetzlichen Krankenkassen jedoch durchaus an dem Indikationskatalog der RV, allerdings wird hier streng nach den Kriterien der ICF („International Classification of Functioning, Disability and Health") der individuelle Rehabilitationsbedarf abgewogen und nur dann bewilligt, wenn durch die Reha-Maßnahme Pflegebedürftigkeit abgewendet werden kann. Der Zugang zur Rehabilitation (Anschlussheilbehandlung) sollte nach RM-Rekonstruktion grundsätzlich in Erwägung gezogen werden und wird mit Beginn der Phase II ca. 6 Wochen nach Operation empfohlen (◘ **Abb. 4**).

Nachsorgeleistungen der Gesetzlichen Unfallversicherung

Eine besondere Form der Versorgung, auch im Nachsorgekonzept, stellt das berufsgenossenschaftliche Verfahren dar. Es wird hierzu auf die einschlägige Literatur verwiesen und lediglich der Vollständigkeit halber auf dieses gesonderte Verfahren eingegangen [6].

Liegen die Voraussetzungen für die Kostenträgerschaft der UV vor, so wird die Versorgung in der Regel nur in speziellen Einrichtungen mit berufsgenossenschaftlicher Zulassung durchgeführt.

Sowohl die akutmedizinische Behandlung als auch die medizinische und berufliche Rehabilitation (und ggf. weitere Leistungen) folgen dem Prinzip „alles aus einer Hand". Die medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation ist entsprechend den Vorgaben im SGB VII „mit allen geeigneten Mitteln" durchzuführen (§ 14 Abs. 1 Satz 1 SGB VII).

Grundsätzlich stehen an Nachsorgestrukturen in der UV folgende Möglichkeiten zur Verfügung:

a) *Krankengymnastik/Physikalische Therapie* (auf Rezeptverordnung): Ambulante Standardtherapie bei Verletzungen/Erkrankungen im Anschluss an die Akutphase. Handlungsumfang und -dauer werden individuell festgelegt. Die Durchführung erfolgt in zugelassenen Einheiten.
b) *Erweiterte ambulante Physiotherapie* (EAP): Hier wird wohnortnah eine intensivierte physiotherapeutische Behandlung in einem über die normale ambulante Therapieform hinausgehenden Rahmen durchgeführt. Auch hier müssen spezielle personelle, apparative und räumliche Anforderungen erfüllt sein.
c) *Berufsgenossenschaftliche stationäre Weiterbehandlung* (BGSW): Die BGSW ermöglicht die stationäre Rehabilitation unmittelbar im Anschluss an die akutmedizinische Versorgung. Sie wird zur Optimierung des Reha-Erfolgs dann durchgeführt, wenn ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht ausreichen.
d) *Arbeitsplatzbezogene muskuloskeletale Rehabilitation* (ABMR): ABMR-Maßnahmen werden dann erforderlich, wenn konkret benötigte arbeitsrelevante Aktivitäten in die Therapie zu integrieren sind.

Grundsätzlich gilt der Grundsatz „ambulant vor teilstationär vor stationär", es kann jedoch zwischen den einzelnen Nachbehandlungsformen, abhängig vom bestehenden Reha-Plan, auch gewechselt werden. Die einzelnen ergriffenen Maßnahmen werden in regelmäßigen berichtspflichtigen Zwischenuntersuchungen an die zuständige Berufsgenossenschaft gemeldet. Dabei werden die einzelnen Reha-Maßnahmen mit der zuständigen Berufsgenossenschaft abgestimmt, welche dann letztinstanzlich auch für die Festlegung der Behandlungsumfänge zuständig ist.

Fazit für die Praxis

Nach den derzeitig geltenden Regularien kann der Behandlungsrahmen zur Nachbehandlung einer Rotatorenmanschettenrekonstruktion 6 Monate nach der Operation eine Verordnung entsprechend der Praxisbesonderheit im gesetzlichen Kassenrecht begründen. Die Verordnung einer Rehabilitationsmaßnahme als Anschlussheilbehandlung wird empfohlen, diese sollte jedoch erst mit Beginn der Nachbehandlungsphase II, also ca. 6 Wochen nach der Operation durchgeführt werden. Die in einer aktuellen Konsensbildung der Deutschen Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie (DVSE) ausgearbeiteten Empfehlungen zur Rehabilitation nach Rotatorenman schettenrekonstruktion sind damit im öffentlichen Gesundheitswesen der BRD auch praktisch in allen dargestellten Behandlungsphasen ausreichend umsetzbar.

Korrespondenzadresse

Dr. med. T. Gottfried
Klinik Höhenried gGmbH,
Deutsche Rentenversicherung
Bayern Süd
82347 Bernried
thomas.gottfried@
hoehenried.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. T. Gottfried, H. Ortmann, C. Thiel und F. Mauch geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Jung C, Tepohl L, Tholen R, Beitzel K, Buchmann S, Gottfried T, Grimm C, Mauch B, Krischak G, Ortmann H, Schoch C, Mauch F (2015) Rehabilitation nach Rotatorenmanschettenrek onstruktion. Eine Arbeit der Kommission Rehabilitation der Deutschen Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie e. V. (DVSE) in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Verband für Physiotherapie (ZVK) e. V., dem Verband Physikalische Therapie, Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (VPT) e. V. und der Sektion Rehabilitation – Physikalische Therapie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU) (in press). doi:10.1007/s11678-015-0346-9
2. Mustersammlung (2016). http://www.kbv.de/media/sp/02_Mustersammlung.pdf. Zugegriffen: 15. Jan 2016
3. Zweiter Teil Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen (2011). https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3064/HeilM-RL_2011-05-19_Heilmittelkatalog.pdf. Zugegriffen: 15. Jan 2016
4. Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für Heilmittel nach § 84 Abs. 8 Satz 3 SGB V (2012). http://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvorgaben_Heilmittel_Praxisbesonderheiten.pdf. Zugegriffen: 15. Jan 2016
5. Medizinische Voraussetzungen der AHB (2009). http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/208282/publicationFile/2266/ahb_indikationskatalog.pdf. Zugegriffen: 15. Jan 2016
6. Medizinische Versorgung – Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung. http://www.dguv.de/de/Rehabilitation-Leistungen/Medizinische-Versorgung/index.jsp. Zugegriffen: 15. Jan 2016