

Ergänzung der Heilmittel- und Hilfsmittel-Richtlinien

Verordnung von Ergotherapie nunmehr auch bei psychischen Funktionseinschränkungen möglich

Das im Rahmen des Gesundheits-Reformgesetzes zum 1. Januar 1989 in Kraft getretene Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) enthält auch ausdrückliche Hinweise auf die Versorgung von psychisch Kranken mit Heilmitteln. Danach ist bei der Krankenbehandlung den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen. Dies gilt auch bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation. Zur Konkretisierung dieser allgemein gehaltenen Aussage wird dem Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen aufgegeben, in seinen Richtlinien vor allem bei den Leistungen zur Belastungserprobung und Arbeitstherapie die besonderen Erfordernisse der Versorgung psychisch Kranker zu berücksichtigen.

Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen hat nunmehr in seiner Sitzung am 14. August 1990 beschlossen, die Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln und Hilfsmitteln insoweit zu ergänzen, als künftig die Verordnung von Beschäftigungs- und Arbeitstherapie (Ergotherapie) auch bei psychischen Funktionseinschränkungen ermöglicht wird. Der Beschluß des Bundesausschusses ist am 1. Oktober 1990 in Kraft getreten. Dies soll Anlaß sein, kurz auf die wesentlichen Anliegen der Ergotherapie einzugehen.

Die verschiedenen Formen der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie so-

wie der Belastungserprobung werden unter dem Begriff „Ergotherapie“ zusammengefaßt. Die Übergänge zwischen diesen Therapieformen, die von staatlich anerkannten Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten durchgeführt werden, sind fließend. Alle zur Anwendung kommenden Verfahren dienen letztlich der Behandlung motorischer, sensorischer und psychischer Funkti-

Die KBV informiert

onseinschränkungen und Behinderungen. Die Ergotherapie bedient sich hierzu aktivierender und handlungsorientierter Verfahren unter Einsatz speziell adaptierten Übungsmaterials, handwerklicher und gestalterischer Techniken sowie lebenspraktischer Übungen. Ziel dieser Behandlungsmaßnahmen ist die Wiederherstellung, Verbesserung oder Kompensation der krankheitsbedingt eingeschränkten Funktionen und Fähigkeiten. Dies kann nur gelingen, wenn die ergotherapeutischen Maßnahmen Bestandteil eines Gesamtkonzepts zur Rehabilitation sind. Aus diesem Grunde muß sichergestellt sein, daß die Ergotherapie in enger Abstimmung zwischen dem behandelnden Arzt und dem Ergotherapeuten durchgeführt wird. Auf diese Abstimmung wird daher auch in den

Richtlinien des Bundesausschusses besonderer Wert gelegt.

Für die Durchführung ergotherapeutischer Maßnahmen stehen derzeit im (bisherigen) Bundesgebiet ungefähr 350 niedergelassene Ergotherapeuten zur Verfügung. Da jedes Jahr rund 1000 Ergotherapeuten ihre Ausbildung abschließen, ist davon auszugehen, daß auch die Zahl der niedergelassenen Ergotherapeuten allmählich – entsprechend dem wachsenden Bedarf an ambulanten durchgeführten ergotherapeutischen Maßnahmen – ansteigen wird.

Zur Abstimmung zwischen dem behandelnden Arzt und dem Ergotherapeuten ist es wichtig, daß der Arzt auf dem Verordnungsblatt zum einen die für die Durchführung der Ergotherapie relevanten Diagnosen und zum anderen die Art der krankhaften Funktionseinschränkungen bzw. das Ziel der ergotherapeutischen Maßnahmen angibt. Die hier insbesondere in Betracht kommenden Behandlungsziele sind in den nachfolgend wiedergegebenen Richtlinien des Bundesausschusses im einzelnen aufgeführt. Die erstmalige Verordnung im Krankheitsfall soll in der Regel auf nicht mehr als 10 Therapieeinheiten begrenzt werden. Wenn sich die Wirksamkeit der Maßnahmen bestätigt, kann in der Folge bei entsprechender Indikation auch eine größere Anzahl von Therapieeinheiten verordnet werden. KBV/Vertragsabteilung

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

Heilmittel- und Hilfsmittel-Richtlinien

Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen hat in seiner Sitzung am 14. August 1990 beschlossen, die Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln und Hilfsmitteln in der kassenärztlichen Versorgung (Heilmittel- und Hilfsmittel-Richtlinien) vom 26. Februar 1982 wie folgt zu ändern:

Im Abschnitt A wird die Nr. 3.1.3. wie folgt neu gefaßt:

3.1.3 Bei Beschäftigungstherapie siehe Abschnitt F Nr. 2.3

Das Kapitel F „Beschäftigungstherapie“ wird wie folgt neu gefaßt:

F.

Beschäftigungs- und Arbeitstherapie (Ergotherapie)

1. Allgemeine Grundsätze

1.1 Beschäftigungs- und Arbeitstherapie (Ergotherapie) einschließlich der Belastungserprobung ist gerichtet auf die Behandlung krankheitsbedingter motorischer, sensorischer und psychischer Funktionseinschränkungen und Behinderungen.

1.2 Ziel der Behandlung ist die Wiederherstellung, Verbesserung oder Kompensation der krankheitsbedingt eingeschränkten Funktionen und Fähigkeiten. Die ergotherapeutischen Maßnahmen sind daher jeweils Bestandteil eines Gesamtkonzepts zur Rehabilitation, das geeignet ist, eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhindern oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.

1.3 Beschäftigungs- und Arbeitstherapie bedient sich aktivierender und handlungsorientierter Verfahren unter Einsatz speziell adaptierten Übungsmaterials, handwerklicher und gestalterischer Techniken sowie lebenspraktischer Übungen.

1.4 Beschäftigungs- und Arbeitstherapie kann als Einzel- oder Grup-

penbehandlung durchgeführt werden. Die Behandlungsmaßnahmen finden in der Regel in der Praxis des Ergotherapeuten statt; eine Durchführung an anderer Stelle (z. B. im häuslichen Umfeld des Versicherten) ist nur bei Vorliegen entsprechender medizinischer Indikationen möglich.

2. Verordnungsgrundsätze

2.1 Ergotherapeutische Maßnahmen sollen – insbesondere, wenn sie längerfristig erforderlich sind – nur von dem Arzt verordnet werden, der den Versicherten auf Dauer behandelt. Sie sind in enger Abstimmung zwischen dem behandelnden Arzt und dem Therapeuten durchzuführen. Hierfür ist es insbesondere bei länger andauernder Ergotherapie erforderlich, daß zwischen dem behandelnden (verordnenden) Arzt und dem Therapeuten in regelmäßigen Abständen eine Abstimmung über den Verlauf und die Ergebnisse der ergotherapeutischen Maßnahmen herbeigeführt wird.

2.2 Die erstmalige Verordnung von Ergotherapie im Krankheitsfall soll – von medizinisch indizierten Ausnahmen abgesehen – nicht mehr als 10 Therapieeinheiten umfassen. Vor der Verordnung weiterer Therapieeinheiten hat sich der behandelnde Arzt von der Wirksamkeit der ergotherapeutischen Maßnahmen zu überzeugen. Folgeverordnungen können auch für eine größere Anzahl von Therapieeinheiten ausgestellt werden.

2.3 In der Verordnung sollen – ggf. unter Verwendung eines Beiblattes zum Verordnungsblatt – angegeben werden:

- die für die Durchführung der Ergotherapie relevanten Diagnosen,
- die Art der krankhaften Funktionseinschränkungen und/oder das Ziel der ergotherapeutischen Maßnahmen (siehe Nr. 3),
- die Zahl der Therapieeinheiten,
- ggf. die Durchführung als Einzel- oder Gruppenbehandlung,
- ggf. die Durchführung im häuslichen Umfeld.

Die für die Behandlung notwendigen Befunde und Angaben sind gesondert beizufügen, soweit sie nicht aus der Verordnung selbst hervorgehen.

3. Behandlungsziele

Als Behandlungsziele ergotherapeutischer Maßnahmen kommen insbesondere in Betracht:

3.1 bei motorischen Funktionseinschränkungen:

- Abbau pathologischer Haltungs- und Bewegungsmuster.

- Aufbau physiologischer Funktionen,

- Entwicklung oder Verbesserung der Grob- und Feinmotorik,

- Hemmung pathologischer Bewegungsmuster und Bahnung normaler Bewegungen,

- Entwicklung oder Verbesserung der Koordination von Bewegungsabläufen,

- Verbesserung von Gelenkfunktionen, einschließlich Gelenkschutz,

- Vermeidung der Entstehung von Kontrakturen,

- Narbenabhärtung nach Amputationen,

- Training im Gebrauch von Hilfsmitteln,

- Selbsthilfetaining.

3.2 bei sensorischen Funktionseinschränkungen

- Desensibilisierung bzw. Sensibilisierung einzelner Sinne,

- Entwicklung oder Verbesserung der Funktionen einzelner Sinnesorgane,

- Koordination und Umsetzung von Sinneswahrnehmungen (sensorische Integration).

- Stabilisierung sensomotorischer und perceptiver Funktionen, einschließlich Verbesserung der Gleichgewichtsfunktion,

- Verbesserung der Mund- und Eßmotorik,

- Verbesserung der graphomotorischen Fähigkeiten,

- Selbsthilfetaining.

3.3 bei psychischen Funktionseinschränkungen

- Verbesserung der psychischen Grundleistungsfunktionen wie Orientierung, Belastbarkeit, Ausdauer, Flexibilität und Selbständigkeit in der Tagesstrukturierung (z. B. durch stützende, strukturierende Techniken auch handwerklicher Art).

- Verbesserung von auf psychischem und medikamentös-toxischem Wege eingeschränkten körperlichen Funktionen wie Grob- und Feinmotorik, Körperhaltung und Körperwahrnehmung (z. B. durch Geschicklichkeits-, Körperwahrnehmungs- und Koordinationsübungen),

- Verbesserung von Motivation und Kommunikation beeinflussenden Funktionen wie Antrieb, Selbstvertrauen, Realitätsbezogenheit, Selbst- und Fremdwahrnehmung, Kontaktfähigkeit, Angstbewältigungsverhalten (z. B. durch gelenkte Gruppenprojekte mit lebenspraktischen, gestalterischen Inhalten einerseits und kreatives, freies Gestalten mit Werkmaterial, bildnerischen oder literarischen Medien andererseits).

- Verbesserung kognitiver Funktionen wie Konzentration, Merkfähigkeit, Gedächtnis, sprachlogisches und numerisches Verständnis sowie Handlungsplanung (z. B. durch Hirnleistungsstraining oder gestaffelte Arbeitstrainingsangebote auch mit büro- und werktechnischen Inhalten).

- Verbesserung entwicklungspsychologisch wichtiger Funktionen wie Autonomie und Bindungsfähigkeit, insbesondere bei kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen (z. B. durch einzel- oder gruppentherapeutische Verfahren mit gestalterischen und spielerischen Inhalten).

- Verbesserung der zur Erhaltung der Selbständigkeit erforderlichen Funktionen, insbesondere bei psychisch kranken alten Menschen (z. B. durch lebenspraktisches Training, Orientierungs- und Wahrnehmungsübungen, Mobilisation der kognitiven, motorischen und sozioemotionalen Fähigkeiten).

Die vorstehenden Änderungen treten am Tage nach der Bekanntmachung im Bundesarbeitsblatt in Kraft. □

Änderung des Vertrages über die ärztliche Versorgung von Zivildienstleistenden

Zwischen der Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch den Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG), und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) – Körperschaft des öffentlichen Rechts –, vertreten durch den Vorstand, wird folgende Änderung des Vertrages über die ärztliche Versorgung von Zivildienstleistenden vom 28. Februar 1989 vereinbart:

1. § 6 Abs. 7 erhält folgende Fassung:

„Das Bundesamt zahlt die Gesamtbeträge der Abrechnungen innerhalb von vier Wochen nach deren Eingang mit befreiender Wirkung an die Kassenärztlichen Vereinigungen, die ihrerseits die Zahlungen an die anspruchsberechtigten Ärzte nach Einzelleistungen nach Maßgabe der festgestellten Rechnungsbeträge vornehmen.“

2. Diese Vereinbarung tritt mit Wirkung für die Abrechnung des III. Quartals 1990 in Kraft.

Köln/Bonn, 25. September 1990 □