

Leitfaden für Ärzte zur Analysegestützten Medizinischen Trainingstherapie für die Wirbelsäule

Primärziel der Maßnahmen ist die Rekonditionierung des Patienten, d.h. die Wiederherstellung und Optimierung des Funktionszustandes der Wirbelsäule.

Speziellere Ziele sind Reduzierung der Schmerzen/Beschwerden, die Vermeidung der Chronifizierung, Reduzierung von Dauermedikation, die Reduzierung ärztlicher und physikalischer Behandlungsmaßnahmen, die Reduzierung von Arbeitsunfähigkeitstagen, die Vermeidung von (teil-)stationären Rehabilitationsmaßnahmen und die Verbesserung der Lebensqualität. Mittel- bis langfristig wird eine erhöhte Selbstkompetenz und Eigenverantwortung erzielt. u.a. die Schmerzreduzierung bzw. Vermeidung der Chronifizierung, die Reduzierung von Medikation und passiven Behandlungsmaßnahmen, die Reduzierung von AU-Tagen und stationärer und ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen bei verbesserter Lebensqualität, erhöhter Selbstkompetenz und Eigenverantwortung.

Hauptinhalte:

- dynamisches Krafttraining der Wirbelsäulenmuskulatur an speziell entwickelten Therapiesystemen
- Funktionsgymnastik zur Mobilisierung der Wirbelsäule, zur Dehnung der Hüft-, Wirbelsäulenmuskulatur sowie zur Koordinationsverbesserung und Kräftigung der Wirbelsäulenmuskulatur
- Erlernen von wirbelsäulengerechtem Verhalten und wirbelsäulenschonenden Bewegungstechniken
- Techniken zur Entlastung der Wirbelsäule und Entspannung der wirbelsäulenstabilisierenden Muskulatur

Die biomechanische Funktionsanalyse sowie der Einsatz modernster wissenschaftlicher Methoden objektivieren die physiologischen Parameter und gewährleisten eine maximale Individualisierung und optimale Steuerung des Therapieprozesses mit Dokumentation des Therapieerfolges durch eine abschließende Kontrollanalyse.

Formalien: Teilnahmevoraussetzungen sind das Vorliegen der ärztlichen Diagnose bzw. der ärztlichen Unbedenklichkeit. Bitte füllen Sie dazu Seite 3 dieses Formblattes aus.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Teilnahmevoraussetzungen

Allen Therapieprogrammen geht eine ärztliche Diagnostik mit klarer Indikationsstellung voraus. Für die Teilnahme an einem Therapieprogramm gelten folgende **übergeordnete Indikationen**:

- eine Dekonditionierung des entsprechenden Funktionssystems
- eine fortgeschrittene bzw. beginnende Chronifizierung
- Übungsstabilität
- ausreichende geistige, psychische und körperliche Konstitution und Motivation
- das Vorliegen der spezifischen Indikation bzw. Ausschluss der Kontraindikationen

Spezifische Indikationen:

- chronisch-rezidivierender Rückenschmerz, z.B. bei
 - Bandscheibenvorfall oder -vorwölbung (nach abgeklungener Wurzelreiz- bzw. Wurzelkompressionssymptomatik)
 - degenerativen Veränderungen wie Spondylose, Osteochondrose, Spondylolisthese (Grad 1 oder 2 nach Meyerding)
 - Thorakolumbalskoliose (Cobb-Winkel bis 40°)
 - Osteopenie
 - Postnukleotomiesyndrom (ohne Wurzelkompressionssymptomatik)
 - Spinalkanaleinengung ohne akute Symptomatik
 - posttraumatischem Wirbelsäulensyndrom
 - postoperativem Zustand

Absolute Kontraindikationen:

- Bandscheibenvorfall mit akuter radikulärer Symptomatik/Wurzelkompressionssymptomatik
- dekompensierte Spondylolisthese (Grad 3 oder 4 nach Meyerding)
- manifeste Osteoporose (mit Frakturen)
- entzündliche Systemerkrankungen (Rheuma, Morbus Bechterew) im akuten Schub
- Thorakolumbalskoliose (Cobb-Winkel >40°)
- frische Frakturen (bis 4 Monate)
- alle akut operationswürdigen Erkrankungen
- Bauch- oder gynäkologische Operation innerhalb der letzten 3 Monate
- Narben- und Bauchwandbrüche
- neurologische Erkrankungen mit progressiver Symptomatik
- schwere Gefäßerkrankungen (z.B. Aortenaneurysma, Lungenembolie, Plebothrombose, AVK)
- schwere Herz- und Kreislauferkrankungen (z.B. instabile KHK und Herzinsuffizienz, Kardiomyopathie)
- Netzhautablösung und Glaukom

Ärztliche Informationen zur Analyse, Therapie- und Trainingsgestaltung

Druckfeld für Patienten- und Vertragsarzt Daten

Praxisstempel

Hauptdiagnose (falls möglich, bitte genaue fachärztlich-orthopädische Diagnose)

chronisch-rezidivierendes

HWS-Syndrom

BWS-Syndrom

LWS-Syndrom

mit

HWS

nicht-radikulärer

radikulärer (abgelaufener)

(Cervico-)Brachialgie rechts links

LWS/BWS

nicht-radikulärer

radikulärer (abgelaufener)

(Lumbo-)Ischialgie rechts links

bei

Bandscheibenschaden Höhe _____

Bandscheibenvorfall Höhe _____

Z.n. Bandscheiben-OP Höhe _____

Spondylarthrose Höhe _____

muskuläre Insuffizienz Höhe _____

allgem. konstitutionelle Hypermobilität

sonstigen _____

Bandscheibenschaden Höhe _____

Bandscheibenvorfall Höhe _____

Z.n. Bandscheiben-OP Höhe _____

Facettensyndrom Höhe _____

muskuläre Insuffizienz Höhe _____

Wirbelgleiten Höhe _____

Skoliose

allgem. konstitutionelle Hypermobilität

sonstigen _____

Nebendiagnose

Ärztliche Bescheinigung

Der o.a. Patient wurde von mir am . . . untersucht. Aufgrund der vorliegenden Untersuchungsbefunde bestehen für eine Teilnahme an der analysegestützten medizinischen Trainingstherapie für die Wirbelsäule keine medizinischen Bedenken.

Datum . . .

Unterschrift _____

Antrag auf Kostenerstattung (Einzelfallentscheidung)

Druckfeld für Patientendaten

Stempel und Unterschrift der Therapieeinrichtung

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir haben am . . . mit ihrem o.g. Versicherten/ihrer o.g. Versicherten eine **Funktionsanalyse** durchgeführt.

Diese führte zu der Erkenntnis, dass der Funktionszustand der/des _____

leichte erhebliche Defizite aufweist:

Abweichung vom Referenzwert (%) bzw. Dekonditionierungsstadium: _____

Wir beantragen hiermit im Rahmen einer Einzelfallentscheidung die Kostenübernahme von ____ Therapieeinheiten im Rahmen der analysegestützten medizinischen Trainingstherapie.

Jede Therapieeinheit umfasst 60 Minuten und besteht aus den Therapieeinheiten:

Die Therapie wird in einer Betreuungssituation von einem bis maximal drei Patienten pro Therapeut erbracht und von einer Reihe gesetzlicher Krankenkassen im Rahmen des SGB V § 43 bzw. § 140 erstattet.

Verbindlicher Kostenvorschlag:

Die Kosten für die Funktionsanalyse betragen € _____.

Die Kosten für die ____ Therapieeinheiten á 60 Minuten betragen € _____.

Einen möglichen Eigenanteil des Versicherten stellen wir diesem gerne direkt in Rechnung.

Wir versichern, dass unsere Therapieeinrichtung durch die Deutsche Gesellschaft für qualitätsgesicherte Trainingstherapie e.V. (DGQT) zertifiziert ist.

Eine ärztliche Notwendigkeits- und Unbedenklichkeitsbescheinigung liegt diesem Antrag bei.

Hinweis der Krankenkasse:

Der Antrag wird genehmigt: Wir übernehmen die Kosten in Höhe von € _____.

Der Eigenanteil in Höhe von € _____ wird dem Versicherten durch die Therapieeinrichtung direkt in Rechnung gestellt.

Der Antrag wird nicht genehmigt.

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse