

Antrag auf Kostenerstattung nach § 43 SGB V  
als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation für die **OriGENE - Behandlung**

**Indikationen/Kontraindikationen für die Teilnahme an ambulanten  
Rehabilitationsmaßnahmen der OriGENE-Behandlung  
zur Beseitigung von Rückenbeschwerden**

Teilnahmevoraussetzungen

Die OriGene Methode gehört zu den neueren, wissenschaftlich fundierten Geräte-Trainingsprogrammen, die sich auf Wirbelsäulenbeschwerden beschränken.

Grundvoraussetzung ist die Unbedenklichkeitserklärung durch einen Arzt/Facharzt. Der gesamte Muskelstatus wird vermessen und einzelne Muskelgruppen der Haltemuskulatur werden dann in den Übungseinheiten gezielt aufgebaut, um an den betroffenen Stellen die bestehende Fehlhaltung aufzulösen und Schmerzen zu lindern bzw. zu beseitigen.

Die Teilnahme am ORIGENE-Konzept ist nur bei besonderen Indikationsstellungen möglich. Vorbehaltlich der Zustimmung durch die Krankenkasse können nur diejenigen Personen das ORIGENE-Konzept durchführen, auf die eine der nachfolgend aufgeführten Indikationen zutrifft:

Indikationen

Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik

- bei nachgewiesenem Bandscheibenvorfall (auch postoperativ) mit Sensibilitätsstörungen oder Störungen der Motorik und erheblichen Protrusionen außerhalb des akuten Stadiums;
- bei nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen;
- bei Wirbelsäulenverletzungen im Rahmen der konservativen oder postoperativen Behandlungen;
- bei nachgewiesenen therapiebedürftigen Skoliosen
- 
- 
- 
- 
- 
- 

Voraussetzung für die Teilnahme ist dabei, dass operationswürdige Befunde fachärztlich ausgeschlossen sind und postoperative Zustände innerhalb von 4 Monaten der Einwilligung des Operateurs bedürfen. Es muss mindestens Übungsstabilität bestehen und darüber hinaus eine ausreichende geistige, psychische und körperliche Konstitution sowie Kooperation und Motivation des Patienten vorliegen.

***Relative Kontraindikationen***

- Tumorleiden
- Akutes radikuläres Syndrom
- Entzündliche, rheumatische Krankheiten im akuten Stadium
- medikamentös nicht ausreichend eingestellte Hypertonie
- belastungslabile KHK
- relative Herzinsuffizienz
- kurze Intervallphasen von Rheuma
- 
-

Antrag auf Kostenerstattung nach § 43 SGB V

als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation für die **OriGENE - Behandlung**

**Teilnahmevoraussetzungen und ärztliche Bescheinigung**

für Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

**Allgemeine Indikationen**

**a. *Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei:***

- nachgewiesenem Bandscheibenvorfall (auch postoperativ) mit Sensibilitätsstörungen oder Störungen der Motorik und erheblichen Protrusionen außerhalb des akuten Stadiums
- nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen
- Wirbelsäulenverletzungen im Rahmen der konservativen oder postoperativen Behandlungen
- nachgewiesenen therapiebedürftigen Skoliosen
- 
- 
- 

**b. *mit folgenden Zielen***

- Vermeidung der Chronizität der Rücken- und Nackenleiden
- Vermeidung bzw. Verkürzung des stationären Krankenhausaufenthaltes
- Vermeidung und Ersatz von stationären Rehabilitationsmaßnahmen
- Optimierung des Wiederherstellungsprozesses für die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit
- bessere und schnellere Integration in das soziale Umfeld
- Reduktion von Dauermedikation und ärztlicher Behandlung incl. allgem. Maßnahmen
- erhebliche Besserung des Beschwerdebildes
- 
- 
- 

Voraussetzung für die Teilnahme ist dabei, dass operationswürdige Befunde fachärztlich ausgeschlossen sind und postoperative Zustände innerhalb von 4 Monaten der Einwilligung des Operateurs bedürfen. Es muss mindestens Übungsstabilität bestehen und darüber hinaus eine ausreichende geistige, psychische und körperliche Konstitution sowie Kooperation und Motivation des Patienten gegeben sein.

Für die Teilnahme an dem ambulanten ORIGENE-Rückentrainingsprogramm besteht oben angekreuzte Indikation.

**Gegen die Teilnahme liegen keine gesundheitlichen Bedenken vor.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des Arztes

**Erklärung der Therapieeinrichtung bzw. des OriGENE-Behandlers**

Aufgrund der Ergebnisse von Eingangsbefragungen und der Vermessung des Muskelstatus´ der Wirbelsäule ist die Therapieteilnahme des/der o. g. Teilnehmers/in angezeigt.

Die vorliegende Motivation des Patienten ist erkennbar und wird ebenfalls zum Erfolg der Therapiemaßnahme beitragen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Therapeuten