

Die medizinische Rehabilitation

Ein Überblick

Schriftenreihe der GVG, Bd.66

Die medizinische Rehabilitation – Ein Überblick

Das Werk ist in allen seinen Teilen urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung ist ohne Zustimmung der Herausgeberin unzulässig.
Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen,
Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung in und Verarbeitung
durch elektronische Systeme.

© 2010 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG),
Hansaring 43, 50670 Köln

Redaktion und Koordination: Dr. Sibylle Angele
Satz: www.die-copiloten.de, Köln
Druck: Druckhaus Süd GmbH, Köln

Printed in Germany

ISBN 978-3-939260-01-1

Inhalt

1	Zusammenfassung	7
2	Teilhabe in allen Lebenssituationen	10
2.1	Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitation) im gegliederten System der sozialen Sicherung	11
2.2	Medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Krankenversicherung	15
2.3	Medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung	16
2.4	Medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Unfallversicherung	17
2.5	Leistungen zur Teilhabe und Bezug zur ICF	18
3	Zugänge zur medizinischen Rehabilitation	20
4	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	25
5	Nutzen der medizinischen Rehabilitation	31
5.1	Nutzen für Betroffene	31
5.2	Nutzen für die Leistungsträger	41
5.3	Nutzen für Unternehmen	42
5.4	Nutzen für die Volkswirtschaft	43
6	Perspektiven der medizinischen Rehabilitation	46
7	Weitergehende Informationen	53
7.1	Rehabilitation auf einen Blick	53
7.2	Weiterführende Fachliteratur	55
8	Quellenangaben	59

1 Zusammenfassung

Die Rehabilitation trägt dazu bei, dass chronisch kranke, behinderte und von chronischer Krankheit und Behinderung bedrohte Menschen in Alltag, Familie und Beruf selbstbestimmt, gleichberechtigt und eigenverantwortlich leben können. Sie hilft ihnen, den dauerhaften Eintritt einer Behinderung oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder mit den Folgen ihrer Erkrankung besser zurechtzukommen.

Mit diesem Ziel der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe bietet die Rehabilitation den Betroffenen in jeder Lebenssituation passende Angebote: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und in der Gemeinschaft, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen.

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind fester Bestandteil des Gesundheitssystems in Deutschland und werden vor allem von der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung zur Verfügung gestellt. Das Spektrum der Leistungen unterscheidet sich dabei jeweils nach dem gesetzlichen Auftrag des Trägers. Es bestehen verschiedene Möglichkeiten des Zugangs zur Rehabilitation – in jedem Fall ist sichergestellt, dass die Betroffenen in ihrer jeweiligen Lebenssituation das den Erfordernissen entsprechende Angebot erhalten.

Die Angebote sind ganzheitlich ausgerichtet und gehen über eine rein biomedizinische Krankheitsbetrachtung hinaus. Sie beziehen auch die individuelle Lebenssituation der Rehabilitanden ein. Entsprechend umfassend und vernetzt sind die Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation, die ambulant, mobil oder stationär erfolgen kann. Der ganzheitliche, individualisierte Ansatz der Rehabilitation bedeutet zugleich, dass die Rehabilitanden¹ aktiv mitverantwortlich für den Erfolg der Rehabilitation sind. Diese Eigenverantwortung spiegelt sich zum Beispiel in den Möglichkeiten des Wunsch- und Wahlrechts der Rehabilitanden bei der Entscheidung über die Form der Leistungen und die Wahl der Einrichtung, sie spiegelt sich in

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Text durchgehend die männliche Form verwendet. Gemeint ist stets auch die weibliche Form.

der Leistungsform eines Persönlichen Budgets, aber auch in der Pflicht zur aktiven Mitwirkung an der Rehabilitation.

Für die einzelnen Betroffenen trägt die Rehabilitation durch Verbesserung ihres Gesundheitszustandes und ihrer Lebensqualität dazu bei, ihre Teilhabe zu sichern. Der Nutzen der medizinischen Rehabilitation geht zugleich weit über den unmittelbaren Nutzen für die Betroffenen hinaus: Für die Leistungsträger bedeuten erfolgreiche Rehabilitationsmaßnahmen gewonnene Beitragszahlungen und reduzierte Folgekosten wegen einer Behinderung oder Krankheit. In den Unternehmen erhält die medizinische Rehabilitation wertvolles Know-how. Leistungsfähige Arbeitnehmer sind eine Voraussetzung für hohe Produktivität in den Unternehmen. Für die Gesellschaft ist – insbesondere auch angesichts des demografischen Wandels – die Leistungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer ein Motor von Wohlstand und Wachstum. Die medizinische Rehabilitation trägt dazu bei, dass deren Erwerbsfähigkeit erhalten oder wiederhergestellt werden kann. Erste Berechnungen zeigen, dass dieser Nutzen der medizinischen Rehabilitation klar beziffert werden kann und sich Rehabilitation auch finanziell rechnet.

Deutschland verfügt über ein europaweit beispielhaftes und effektives Rehabilitationssystem. Als wesentlicher Baustein sozialer Sicherung stellt es auch einen positiven Standortfaktor unseres Landes dar. Angesichts zu erwartender Veränderungen der Bevölkerungs- und Erwerbsstruktur in Deutschland und angesichts begrenzter Mittel gilt es, das Potenzial der Rehabilitation weiterhin auszuschöpfen und zu stärken. Dazu gehört, den Fokus noch stärker auf die verbliebenen Fähigkeiten der Menschen auszurichten und der individuellen Lebenssituation der Betroffenen noch stärker Rechnung zu tragen. Dazu gehört auch, die Angebote noch flexibler zu gestalten und die Vernetzung im Versorgungssystem zu verbessern. Und schließlich gehört dazu ebenfalls, die Wirksamkeit und Qualität der Rehabilitation verstärkt wissenschaftlich zu evaluieren.

Aber auch das Wissen über die Rehabilitation und ihre Potenziale muss verbessert werden. Dazu leisten die in der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) zusammengeschlossenen

Organisationen mit der vorliegenden Veröffentlichung des GVG-Ausschusses „Pflege/Rehabilitation“ unter Vorsitz von Prof. Dr. Herbert Rebscher einen Beitrag. Wir wollen einen Überblick geben, welche Möglichkeiten die medizinische Rehabilitation bietet, wie sie funktioniert und welchen Nutzen sie bringt. Wir haben das Wissen und die Erfahrungen der Leistungsträger (Kranken-, Renten- und Unfallversicherung), der Leistungserbringer (ambulanten und stationärer Rehabilitationseinrichtungen) und derjenigen, die Impulse zur Rehabilitation geben oder sie veranlassen (Ärzte, Arbeitsmedizin, Arbeitgeber) zusammengetragen, um zentrale Fragen der medizinischen Rehabilitation zusammenfassend und anschaulich darzustellen, Zusammenhänge zu verdeutlichen und einen Ausblick auf mögliche zukünftige Herausforderungen und Anforderungen an die Rehabilitation zu geben. Die GVG stellt damit Patienten und Versicherten, Veranlassern von Rehabilitation (Ärzten, Rehabilitationsträgern), betrieblichen Akteuren, den unterschiedlichen Anlaufstellen für Rehabilitation und last but not least auch den politisch Verantwortlichen eine Zusammenstellung der grundlegenden Rahmenbedingungen und der Möglichkeiten der Rehabilitation zur Verfügung und macht sie für die Praxis zugänglich. Dies ist auch im Kontext der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention von Bedeutung, die am 26. März 2009 in Kraft getreten ist.

Die (medizinische) Rehabilitation hat große Potenziale. Sie ist in Deutschland hoch entwickelt und fest im Sozialsystem verankert. Die Perspektiven sind positiv und zukunftssträftig. Es gilt, diese Potenziale auch zum Wohle der von Krankheit oder Behinderung betroffenen Menschen zu nutzen.

2 Teilhabe in allen Lebenssituationen

Ziel jeder Rehabilitationsmaßnahme ist es, behinderten, chronisch kranken oder von Behinderung bedrohten Menschen die selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen.

Deutschland verfügt über ein europaweit beispielhaftes, hochentwickeltes und effektives Rehabilitationssystem. Jeder Bedürftige kann in jeder Lebenssituation für seinen individuellen Rehabilitationsbedarf ein passendes Rehabilitationsangebot in Anspruch nehmen. Einige Beispiele:

Bereits **Kinder und Jugendliche** leiden heute zunehmend an chronischen Erkrankungen. Oft können diese mit ambulanten Leistungen allein nicht mehr ausreichend behandelt werden. Im ungünstigsten Fall wirken sie sich auch auf die Fähigkeiten aus, später eine Ausbildung zu absolvieren und einen bestimmten Beruf zu ergreifen. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sichern die Chancen betroffener Kinder und Jugendlicher, indem sie ihnen helfen, die Folgen einer Erkrankung besser bewältigen zu können.

Bei **Erwachsenen** beeinflussen längere oder schwerwiegendere Erkrankungen die Möglichkeiten, am sozialen Leben teilzunehmen, für ihre Familie zu sorgen oder ihren Beruf auszuüben. Kurative Behandlungen beseitigen die krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen oft noch nicht vollständig. Selbstbestimmung und Lebensqualität werden dadurch in vielen Fällen nur teilweise wiederhergestellt. Spezialisierte indikationsgerechte Rehabilitationsleistungen bessern nicht nur die Funktionsdefizite, sie können auch den dauerhaften Eintritt einer Behinderung vermeiden und so die Rückkehr in Alltag und Beruf wieder ermöglichen.

Unfallverletzungen oder chronische Erkrankungen können bei **Menschen im Erwerbsleben** deren wirtschaftliche Lebensgrundlage bedrohen. Neben einer gezielten akut-medizinischen Behandlung brauchen Betroffene Hilfe bei der Bewältigung der Unfall- oder Krankheitsfolgen. Die anschließende Eingliederung ins Erwerbsleben verläuft leichter, wenn dieser Prozess nicht dem Zufall überlassen, sondern strukturiert und zielorientiert durch Rehabilitation unterstützt wird.

Ältere Menschen wollen so lange wie möglich ihr Leben eigenverantwortlich in ihrem vertrauten Umfeld gestalten. Gesundheitliche Handicaps stehen dem oft entgegen. Chronische oder akute Erkrankungen können zu erheblichem Pflege- und Betreuungsaufwand führen und belasten die Betroffenen, ihre Angehörigen und die sozialen Sicherungssysteme. Rehabilitation kann den Gesundheitszustand der Betroffenen bessern und den Eintritt dauerhafter Pflegebedürftigkeit verhindern oder zumindest hinauszögern.

2.1 Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitation) im gegliederten System der sozialen Sicherung

Die Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitation) in ihren verschiedenen Formen sind in Deutschland fester Bestandteil des Systems der sozialen Sicherung. Sie sind traditionell in mehrere Zweige gegliedert und werden von unterschiedlichen Leistungsträgern erbracht.

Leistungsträger der Rehabilitation können sein:

- die gesetzliche Krankenversicherung,
- die gesetzliche Rentenversicherung,
- die gesetzliche Unfallversicherung,
- die Agenturen für Arbeit²,
- die Jugend- und Sozialämter,
- die Versorgungsämter und andere Institutionen (z. B. Beihilfe bei Beamten, private Krankenversicherung).

	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation)	Unterhalts- sichernde und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation	Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemein- schaft (soziale Rehabilitation)
Gesetzliche Krankenversicherung	x		x	
Gesetzliche Rentenversicherung ³	x	x	x	
Gesetzliche Unfallversicherung	x	x	x	x
Agenturen für Arbeit		x	x	
Jugend- und Sozialämter	x	x		x
Versorgungsämter	x	x	x	x

Abbildung 1: Rehabilitation im gegliederten System der sozialen Sicherung

Die Rehabilitationsleistungen orientieren sich am gesetzlichen Auftrag des jeweiligen Leistungsträgers und unterscheiden sich in Ziel und Inhalt.

Das für alle Rehabilitationsträger gemeinsame und übergeordnete Ziel der Rehabilitation ist die Förderung der Selbstbestimmung und die gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen (§ 1 Satz 1 SGB IX). Die dazu erforderliche Leistung orientiert sich immer am individuellen Bedarf des Leistungsberechtigten.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation) haben das Ziel, gesundheitlich beeinträchtigten Erwerbstätigen den Arbeitsplatz zu erhalten oder eine neue berufliche Perspektive zu bieten, wenn die Ausübung des bisherigen Berufes aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr möglich ist.

**Leistungen zur
Teilhabe am
Arbeitsleben**

³ Die Alterssicherung der Landwirte erbringt keine Leistungen zur Teilhabe und kein Übergangsgeld.

Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (soziale Rehabilitation) zielen darauf, behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen die Teilnahme am allgemeinen sozialen Leben (Pflege familiärer und anderer sozialer Kontakte, Beteiligung am kulturellen, sportlichen und politischen Geschehen) zu ermöglichen oder zu sichern oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.

Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Diese Leistungen zur Teilhabe werden im weiteren Text nicht näher beschrieben. Im Fokus stehen die Inhalte und Ziele sowie Voraussetzungen und Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation.

Medizinische Rehabilitation

Personenkreis / Lebenslage	Unfallversicherung ¹⁾	Rentenversicherung ¹⁾	Krankenversicherung ¹⁾
Kinder / Jugendliche →	Schulunfall	ja ²⁾	ja ²⁾
Erwachsene ohne Rentenbezug →	Arbeits-/ Wegeunfall, Berufskrankheit	Wenn Erwerbsfähigkeit gemindert/ erheblich gefährdet ist und wieder hergestellt werden kann	ja
Erwachsene mit Erwerbsminderungsrente →	Arbeits-/ Wegeunfall, Berufskrankheit	Wenn Erwerbsfähigkeit wesentlich gebessert oder wieder hergestellt werden kann	ja
Erwachsene mit Altersrente →	Arbeits-/ Wegeunfall, Berufskrankheit	grundsätzlich keine Leistung	ja
¹⁾ wenn alle Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind ²⁾ zuständig ist der Träger, bei dem der Antrag als Erstes eingeht			

Abbildung 2: Medizinische Rehabilitation in allen Lebenssituationen

Neben den generellen Leistungen der medizinischen Rehabilitation gibt es besondere Versorgungsformen, um den Menschen in ihrer jeweiligen Lebenssituation möglichst gerecht zu werden.

Besondere Versorgungsformen	Unfallversicherung ¹⁾	Rentenversicherung ¹⁾	Krankenversicherung ¹⁾
Mutter (Vater)-Kind-Maßnahmen →	keine Leistung	keine Leistung	ja
Früherkennung/ Frühförderung →	keine Leistung	keine Leistung	ja
Geriatrische Rehabilitation →	keine Leistung	keine Leistung	ja
Mobile Rehabilitation →	Arbeits-/ Wegeunfall, Berufskrankheit	keine Leistung	ja
Onkologische Nachsorge →	Arbeits-/ Wegeunfall, Berufskrankheit	eingeschränkt	ja
Neurologische Frührehabilitation →	Arbeits-/ Wegeunfall, Berufskrankheit	Wenn Erwerbsfähigkeit gemindert / erheblich gefährdet ist und wiederhergestellt werden kann (ab der Phase C)	ja
¹⁾ wenn alle Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind			

Abbildung 3: Beispiele für besondere Versorgungsformen der medizinischen Rehabilitation

2.2 Medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Ihr Ziel ist es, die möglichst selbstständige Lebensführung zu erhalten. Dies gilt für alle Versicherten – egal welchen Alters –, ob Kinder und Jugendliche, Erwachsene oder ältere Menschen. Bei der Rehabilitation werden neben der eigentlichen Erkrankung auch die unterschiedlichen Lebenssituationen mit ihren Besonderheiten und Erfordernissen berücksichtigt. So gibt es z. B. spezielle Angebote für Mütter/Väter mit Kindern.

Im Jahr 2008 beliefen sich die Aufwendungen der GKV für Vorsorge und Rehabilitation insgesamt auf über 2,5 Milliarden Euro. Davon wurden ca. 1,6 Milliarden Euro allein für Anschlussrehabilitationen (AR) ausgegeben. Rund 700.000 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wurden in stationären Rehabilitationseinrichtungen (einschl. Mutter-Kind-Rehabilitation) durchgeführt.⁴ Daneben wurden Rehabilitationsleistungen u. a. in ambulanten oder durch mobile Rehabilitationseinrichtungen sowie in Einrichtungen zur Frühförderung erbracht, mit denen die gesetzlichen Krankenkassen oder ihre Verbände Verträge geschlossen haben. Insgesamt steht den Versicherten – abgestimmt auf die unterschiedlichen individuellen Erfordernisse – ein breites und differenziertes Versorgungsangebot zur Verfügung.

Von einer erfolgreichen Rehabilitation profitiert nicht nur der einzelne Versicherte, sondern auch die Versicherungsgemeinschaft, da die Krankenkasse oder die Pflegekasse anschließend z. B. weniger Arzneimittel bezahlen muss, eine (erneute) Krankenhausbehandlung vermieden werden kann oder Pflegeleistungen nicht benötigt werden. Der Blick der Krankenkasse ist deshalb nicht nur auf die bedarfsgerechte Rehabilitationsmaßnahme, sondern auch auf die möglichst frühzeitige Erkennung des Rehabilitationsbedarfs und

⁴vgl. Amtliche Statistik GKV KJ 1 (Rechnungsergebnisse Ausgaben) und KG 5 (Leistungsfälle) – Datenhalter Bundesministerium für Gesundheit

die zeitnahe Durchführung erforderlicher Maßnahmen gerichtet. Hierzu arbeiten die Krankenkassen mit Ärzten, Krankenhäusern und anderen Akteuren im Gesundheitswesen eng zusammen und prüfen bei unterschiedlichen Anlässen (z. B. bei der Beantragung von Hilfsmitteln oder längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten) regelmäßig, ob Leistungen zur medizinischen Rehabilitation notwendig sind.

2.3 Medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung

Die gesetzliche Rentenversicherung (DRV) erbringt Rehabilitationsleistungen, wenn die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten erheblich gefährdet oder bereits gemindert ist. Diese Leistungen helfen dem Versicherten, trotz eines gesundheitlichen Handicaps dauerhaft im Arbeitsprozess und damit im Erwerbsleben zu bleiben. Mit ihren Leistungen folgt die gesetzliche Rentenversicherung dem Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“. Dies bedeutet, dass durch Maßnahmen der Rehabilitation vermieden werden soll, dass der Versicherte wegen Erwerbsminderung nicht mehr aktiv am Berufsleben teilnehmen kann und vorzeitig Rente beziehen muss.

Nach einer Krebserkrankung kann die gesetzliche Rentenversicherung Leistungen zur medizinischen Rehabilitation selbst dann zur Verfügung stellen, wenn die betroffenen Menschen bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind. Ferner bietet die gesetzliche Rentenversicherung Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche an.

Im Jahr 2009 erbrachte die DRV insgesamt über eine Million Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, vor allem bei orthopädischen und psychosomatischen Erkrankungen. Aber auch für Versicherte mit seltenen oder mehreren unterschiedlichen Erkrankungen hat die gesetzliche Rentenversicherung mit ihren Rehabilitationszentren und Vertragseinrichtungen ein engmaschiges und leistungsfähiges Versorgungsnetz geschaffen, das für alle denkbaren Konstellationen das medizinisch notwendige Angebot vorhält. Dabei können Versicherte in den meisten Fällen zwischen ambulanter und

stationärer Leistungsform wählen. Im Jahr 2009 beliefen sich die Aufwendungen der DRV für Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe auf rd. 5,3 Milliarden Euro.⁵

Da die Rehabilitation immer am individuellen Hilfebedarf und der Lebens- und Berufswelt des einzelnen Betroffenen ausgerichtet ist, setzt sich die Rentenversicherung für eine starke inhaltliche, fachliche und konzeptionelle Vernetzung aller beteiligten Akteure, ihrer Angebote und Versorgungsformen ein.

2.4 Medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Unfallversicherung

Ist ein Arbeitsunfall, ein Wegeunfall oder eine Berufskrankheit die Ursache der Erkrankung oder Behinderung, erbringt die gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) alle erforderlichen Leistungen zur Rehabilitation aus einer Hand. Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sind dabei nicht nur für die Leistungen der medizinischen Rehabilitation, sondern auch bereits für die vorhergehende ambulante ärztliche Behandlung oder die Krankenhausbehandlung zuständig. Sie ist bereits darauf ausgerichtet, eine Minderung der Erwerbsfähigkeit des Versicherten oder eine Beeinträchtigung seiner Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu verhindern. Nach dem Selbstverständnis der gesetzlichen Unfallversicherung beginnt die Rehabilitation des Verletzten damit bereits am Unfallort.

Der in der Unfallversicherung geltende Grundsatz einer Leistungserbringung „aus einer Hand“ ermöglicht, dass die erforderlichen Maßnahmen nahtlos erfolgen und schwere Verletzungsfälle durch die Unfallversicherungsträger und die beteiligten Durchgangsarzte und Kliniken effektiv gesteuert werden. So wird von Beginn des Heilverfahrens an ein besonderes Augenmerk auf Fälle gelegt, die eine Gefahr für die Wiedereingliederung der Versicherten bedeuten. Aufgrund der Gesamtverantwortung der gesetzlichen Unfallversicherung kann sich ein hoher Aufwand in der Heilbehandlung und medizinischen Rehabilitation damit bei den Rentenleistungen auszahlen.

⁵ vgl. DRV-Statistik 2009

Die DGUV beteiligt über ihre Landesverbände besonders qualifizierte Reha-Kliniken an der sog. „Berufsgenossenschaftlichen Stationären Weiterbehandlung“ (BGSW), wenn sie die von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung formulierten Qualitätsstandards erfüllen. Bundesweit sind derzeit etwa 180 Kliniken zur BGSW zugelassen. Die Berufsgenossenschaften und Unfallkassen binden daneben je nach Bedarf weitere ambulante und stationäre Anbieter medizinischer Leistungserbringer in ihre Heil- und Rehabilitationsverfahren ein.

2.5 Leistungen zur Teilhabe und Bezug zur ICF

Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsleistungen) können gemäß dem Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX) für Personen nur dann erbracht werden, wenn deren Teilhabe an Lebensbereichen (z. B. Erwerbsleben, Selbstversorgung) erheblich gefährdet oder bereits gemindert ist. Dieser Leistungsanspruch ist eng mit dem Teilhabekonzept der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) verbunden. Danach ist eine alleinige biomedizinische Krankheitsbetrachtung (Diagnose und Befunde) nicht ausreichend, sondern eine Berücksichtigung der krankheitsbedingten bio-psycho-sozialen Beeinträchtigung erforderlich.

Die ICF der Weltgesundheitsorganisation (WHO) stellt in einheitlicher und standardisierter Form eine Systematik zur standardisierten Beschreibung von Gesundheit und mit Gesundheit zusammenhängenden Zuständen in einer möglichst allgemein verständlichen Sprache zur Verfügung. Die ICF ermöglicht somit eine Beschreibung der Wechselwirkungen zwischen den Schädigungen und Beeinträchtigungen der Gesundheit und dem Lebenskontext. Dabei können nicht nur die Schädigungen des Körpers und die Beeinträchtigungen der Funktionen beschrieben werden, sondern auch Auswirkungen der Schädigungen/Beeinträchtigungen auf persönliche Aktivitäten und das Eingebundensein in das gesellschaftliche Leben (z. B. Erwerbsleben, Erziehung/Bildung, Selbstversorgung) unter Berücksichtigung des jeweiligen Lebenshintergrundes einer Person. Die ICF erweitert

⁵ vgl. DRV-Statistik 2009

dadurch den Blick auf vorhandene Ressourcen und ist hilfreich beim Erkennen von möglichen Förderfaktoren und Barrieren.

Von besonderer Bedeutung ist das sog. bio-psycho-soziale Modell der ICF:

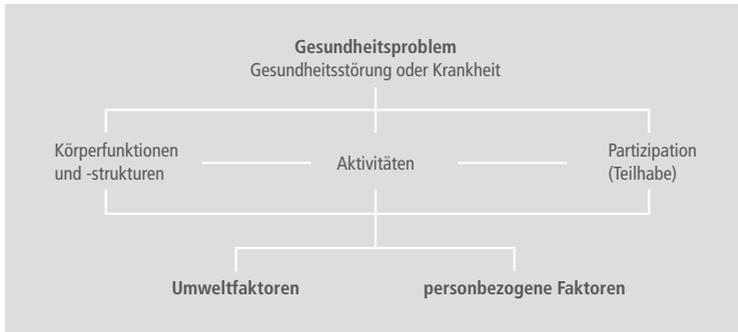


Abbildung 4: Das bio-psycho-soziale Modell der ICF

Die Funktionsfähigkeit einer Person ist das Ergebnis möglicher Wechselwirkungen zwischen dem Gesundheitsproblem, den Körperfunktionen/-strukturen der Person, ihren Aktivitäten und ihrer Teilhabe und ihrem individuellen Lebenshintergrund (Umwelt und personbezogener Kontext).

Die ICF-Konzeption berücksichtigt dabei die personale Ebene (Lebensführung und Attribute einer Person) und bezieht die subjektive Sicht des betroffenen Menschen ein. Für chronisch kranke oder behinderte Menschen ist im Hinblick auf ihre Lebensqualität nicht allein die Krankheit selbst ausschlaggebend, sondern vielmehr die tatsächlich erlebte Beeinträchtigung in Alltag und Beruf. Die Berücksichtigung dieses Umstandes erleichtert den Zugang zu der betroffenen Person und kann über das Thematisieren und Aufzeigen von Lösungsansätzen die Übernahme von Eigenverantwortung fördern.

3 Zugänge zur medizinischen Rehabilitation

Im Bereich der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auf Antrag (bzw. mit Zustimmung) des Versicherten erbracht. Dieser Antrag kann bei jedem Sozialversicherungsträger (z. B. Krankenkasse, Rentenversicherung) gestellt werden. Falls dieser für die Leistung nicht zuständig ist, leitet er den Antrag direkt an den zuständigen Träger weiter, der dafür verantwortlich ist, dass der Rehabilitationsbedarf unverzüglich festgestellt bzw. ein Gutachten erstellt wird. Der Versicherte erhält somit innerhalb enger gesetzlicher Fristen eine Entscheidung des zuständigen Trägers.

Eine Anregung zur Antragstellung bzw. die Antragstellung selbst kann auf unterschiedlichen Wegen erfolgen:

Haus-/Facharzt

Hält der Hausarzt oder Facharzt eine Rehabilitationsmaßnahme für notwendig, bespricht er dies mit dem Versicherten und erstellt eine(n) ärztliche(n) Befundbericht/Verordnung. Darin werden u. a. die Notwendigkeit der Leistung zur medizinischen Rehabilitation begründet und die für die Prüfung durch den Rehabilitationsträger relevanten Befunde und Diagnosen dargestellt.

Krankenhaus/Krankenhaussozialdienst

Um einen möglichst nahtlosen Übergang vom Krankenhaus in die Rehabilitation zu gewährleisten, wird bereits während eines Krankenhausaufenthaltes geprüft, ob der Versicherte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation benötigt. Der Sozialdienst des Krankenhauses stellt zusammen mit dem Versicherten dann den Antrag.

Die Einführung des Anschlussheilverfahrens (AHB) bereits im Jahr 1977 hat beispielhaft gezeigt, wie der nahtlose Übergang zwischen verschiedenen Leistungssektoren zum Wohl der Versicherten organisiert werden kann. Eine so genannte Anschlussrehabilitation (AR/AHB) schließt sich möglichst unmittelbar an eine Krankenhausbehandlung an. Bereits im Krankenhaus

kümmert sich der Sozialdienst zusammen mit dem Patienten darum, dass möglichst nahtlos ein Aufenthalt in einer speziellen Rehabilitationseinrichtung möglich wird. Die kurzen Verlegungszeiten aus dem Akutkrankenhaus in die Rehabilitation belegen deutlich, wie reibungslos die verschiedenen Sektoren mittlerweile zusammenarbeiten.

Sozialleistungsträger

Werden bei einem Sozialversicherungsträger Sozialleistungen wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung oder einer drohenden Behinderung beantragt oder bereits bezogen, prüft dieser unverzüglich, ob Rehabilitationsleistungen erfolgreich sein können. So prüft die Rentenversicherung regelmäßig bei einem Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung, ob die Erwerbsfähigkeit durch Rehabilitationsmaßnahmen wiederhergestellt werden kann. Während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation prüft sie auch, ob weitere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sein können. Auch die Pflegeversicherung prüft im Zusammenhang mit der Pflegebegutachtung, ob die Pflegebedürftigkeit durch Rehabilitationsmaßnahmen abgewendet werden kann.

Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung setzt der Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation keine Antragstellung voraus. Vielmehr wird sie von Amts wegen, d. h. ohne Handeln des Versicherten, selbstständig tätig, um den Rehabilitationsbedarf festzustellen. Diese Feststellung erfolgt im Anschluss an die akute Behandlung einer Unfallverletzung über den verantwortlichen Durchgangsarzt am Krankenhaus oder in der niedergelassenen Praxis – bei einer Berufskrankheit durch den für die Durchführung der Behandlung bevollmächtigten Arzt. Über ein enges Berichtswesen wird der Unfallversicherungsträger über die Verletzungsart/Berufskrankheit und die erforderlichen Rehabilitationsleistungen informiert.

Gemeinsame Servicestellen

Der Hilfe suchende Mensch kann sich auch an eine Gemeinsame Servicestelle für Rehabilitation wenden. Unter www.reha-servicestellen.de findet sich ein Verzeichnis aller Gemeinsamen Servicestellen bundesweit. Dort kann der Versicherte die nächstgelegene Servicestelle finden und einen

Anfahrtsplan abrufen. Die Gemeinsame Servicestelle berät u. a. über Zielsetzung, Zweckmäßigkeit und Erfolgsaussicht möglicher Rehabilitationsleistungen und hilft – soweit erforderlich – bei der Antragstellung. Sie klärt auch, welcher Rehabilitationsträger für die Leistung zuständig ist, und bleibt auf Wunsch während des Verfahrens Ansprechpartner.

Arbeitgeber

Im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX ist ein Arbeitgeber verpflichtet, bei längerer (mehr als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt) Arbeitsunfähigkeit innerhalb eines Jahres zusammen mit dem betroffenen Arbeitnehmer und weiteren Stellen zu prüfen, wie die Arbeitsunfähigkeit überwunden und der Arbeitsplatz erhalten werden kann. In diesem Zusammenhang wird – auch unter Einbeziehung der Arbeitsmedizin – ebenso geprüft, ob dieses Ziel durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erreicht werden kann. Bei dieser Aufgabe wird der Arbeitgeber durch die Rehabilitationsträger und die Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation mit passgenauen Hilfestellungen und Beratungsangeboten unterstützt.

Es gibt also vielfältige Möglichkeiten des Zugangs zu Rehabilitationsleistungen. Diese vielfältigen Zugangsmöglichkeiten entsprechen den unterschiedlichen Lebens- und Bedarfslagen der Menschen. Dabei kommt es nicht darauf an, an welchen Rehabilitationsträger sich der Versicherte zunächst wendet. Ein gesetzlich geregeltes Verfahren stellt sicher, dass der Antrag zum richtigen Rehabilitationsträger gelangt und erforderliche Leistungen möglichst zügig erbracht werden.

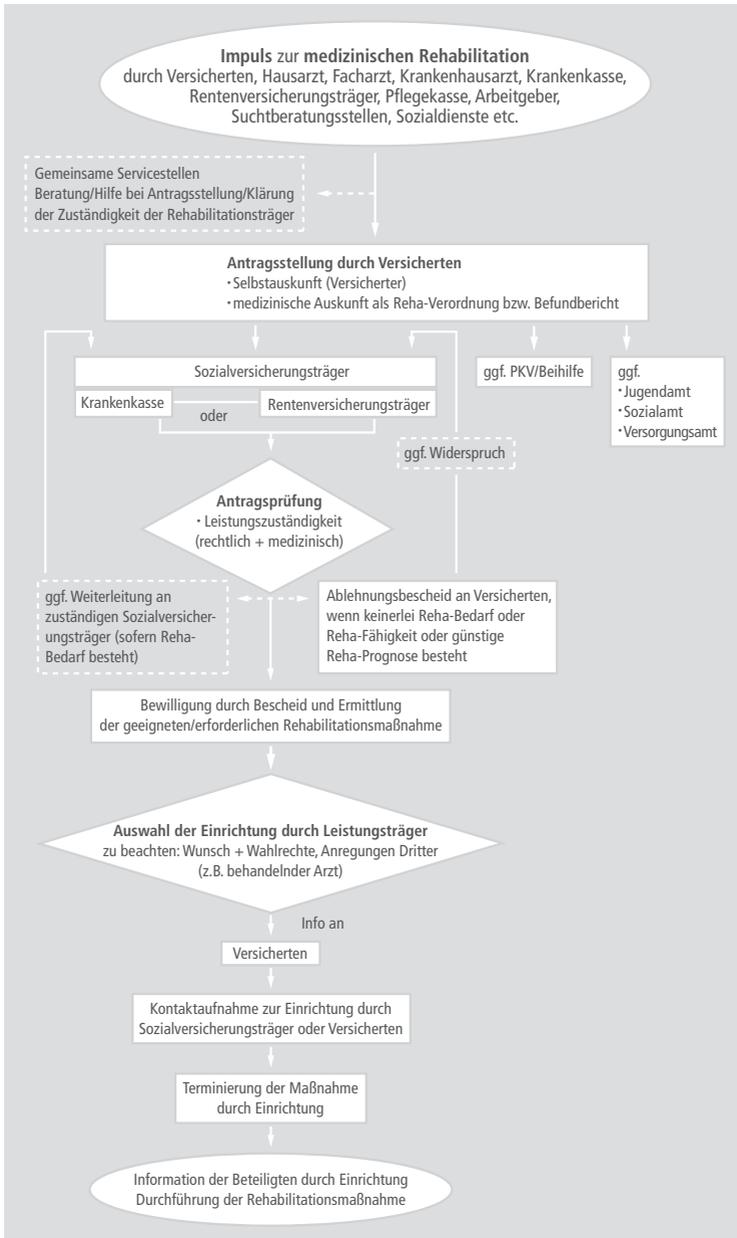


Abbildung 5: Zugang zur Rehabilitation

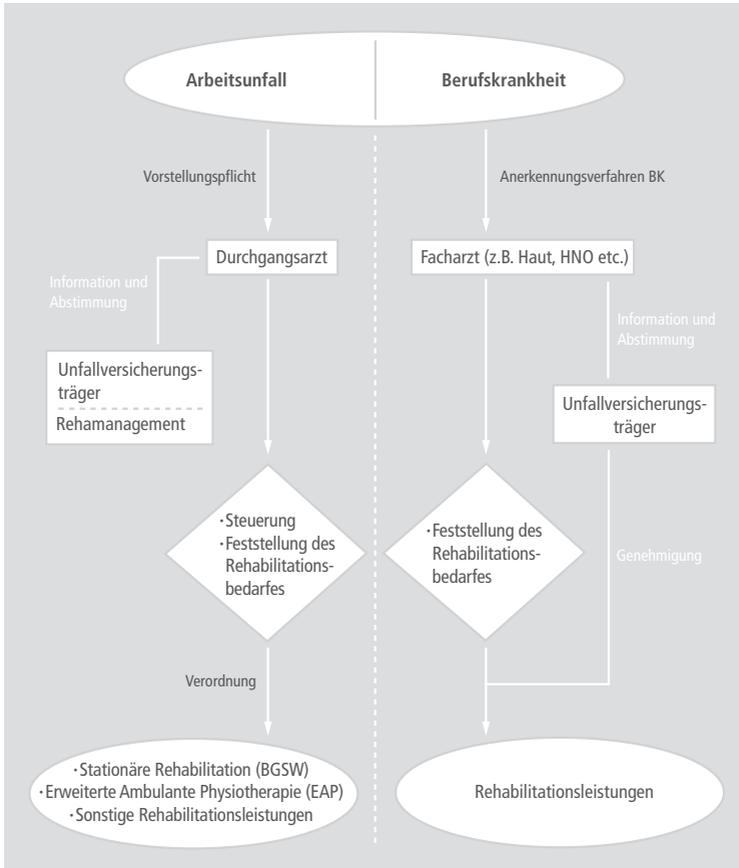


Abbildung 6: Zugang zur Rehabilitation der Unfallversicherung

4 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation stellen die Leistungsfähigkeit der Betroffenen in Alltag, Familie und Beruf so weit wie möglich wieder her. Einerseits wird der Gesundheitszustand verbessert, andererseits wird der Betroffene selbst zum Experten seiner eigenen Gesundheit gemacht und lernt, mit seiner Erkrankung oder Behinderungen in Alltag, Familie und Beruf umzugehen. Das Ausmaß von Aktivitäts- und Funktionsstörungen wird durch das Erlangen ausgleichender Fähigkeiten verringert. Gleichzeitig wird die Umwelt so gestaltet, dass Integration gefördert und Ausgrenzung vermieden wird.

Gesetzliche Grundlagen

Ziel der Rehabilitation ist es, die Selbstbestimmung und die gleichberechtigte Teilhabe für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen am Leben in der Gesellschaft zu fördern (§ 1 Satz 1 SGB IX). Rehabilitation soll also die Selbstbestimmung und Leistungsfähigkeit der Betroffenen in Alltag, Familie und Beruf wiederherstellen und sichern.

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sollen im Einzelnen:

- Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abwenden, beseitigen, verringern oder ausgleichen (§ 26 Satz 1 Nr. 1 SGB IX),
- Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit vermeiden, überwinden oder verringern (§ 26 Satz 1 Nr. 2 SGB IX),
- den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen vermeiden oder laufende Sozialleistungen mindern (§ 26 Satz 1 Nr. 2 SGB IX).

Eine Konkretisierung erfolgt u. a. in den einzelnen Leistungsgesetzen.

Individualität und Ganzheitlichkeit

Art, Inhalt und Umfang der Rehabilitationsmaßnahmen richten sich nach den medizinischen Erfordernissen, der jeweiligen Lebenssituation der Betroffenen und ihren individuellen Integrationsbedarfen sowie nach dem Rehabilitationsziel des jeweiligen Leistungsträgers (Rehabilitation bei

Krankheit, Rehabilitation vor Rente, Rehabilitation vor oder in der Pflege). Dieser „ganzheitliche Behandlungsansatz“ erfordert die Vernetzung der Angebote und Versorgungsformen und zeigt sich in einem typisch multiprofessionell und interdisziplinär besetzten Rehabilitationsteam.

Multiprofessionelle und ganzheitliche Behandlung

In der medizinischen Rehabilitation arbeitet ein multiprofessionelles und interdisziplinäres Reha-Team unter ärztlicher Verantwortung gleichberechtigt zusammen: Dazu gehören je nach Erfordernis im Einzelfall Ärzte, Sozial- und Arbeitsmediziner, Psychologen und Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Experten für physikalische Therapie, Bewegungs- und Sporttherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Pflegekräfte, Sozialarbeiter, Sozialtherapeuten und (Sozial-) Pädagogen, Heil- und Sonderpädagogen, Ernährungsberater, Musik-, Gestaltungs- und Kunsttherapeuten etc.

Aktive Mitarbeit erforderlich

Eine erfolgreiche Rehabilitation baut jedoch nicht nur auf die Kooperation im Reha-Team, sondern vor allem auf die Kooperation des Rehabilitanden mit dem Reha-Team: Gemeinsam werden Ziele der Rehabilitationsmaßnahmen und Behandlungspläne vereinbart, und auch an der individualisierten therapeutischen Arbeit wirken die Rehabilitanden aktiv mit. Sie sind aktiv mitverantwortlich für den Erfolg der Rehabilitation. Neben rehabilitationsmedizinischen Maßnahmen kommen deshalb auch psychologische und pädagogische Maßnahmen zum Einsatz.

Für die eigene Gesundheit motivieren

Der ganzheitliche und individualisierte Ansatz der medizinischen Rehabilitation setzt die aktive Mitwirkung des Rehabilitanden voraus. Das erfordert neben rehabilitationsmedizinischen auch psychologische und pädagogische Maßnahmen

- zur Erzeugung von Motivation,
- zur Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen,

- als Hilfen zur Unterstützung bei der Verarbeitung der Krankheit und der Behinderung,
- als Hilfen zur seelischen Stabilisierung,
- zur Förderung der sozialen Kompetenz (unter anderem durch das Trainieren sozialer und kommunikativer Fähigkeiten),
- zum Einüben lebenspraktischer Fähigkeiten, auch im Umgang mit Krisensituationen,
- zur Information und Beratung von Partnern, Angehörigen, Vorgesetzten und Kollegen (nur mit Zustimmung der Betroffenen),
- zur Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten,
- zum Überleiten der Rehabilitanden in Alltag, Familie und Beruf.

Formen der Leistungserbringung

Leistungen der medizinischen Rehabilitation können in

- ambulanter einschließlich mobiler oder
- stationärer

Form erbracht werden. Die Frage, welche Form der Leistungserbringung in Betracht kommt, wird im Einzelfall vom Rehabilitationsträger unter Berücksichtigung der medizinischen Empfehlungen und unter weitestgehender Berücksichtigung der berechtigten Wünsche des Betroffenen entschieden. Entscheidend sind dabei die medizinische Ausgangssituation, die persönlichen Lebensbedingungen und das konkret vorhandene Versorgungsangebot.

Ambulante Rehabilitation

Die ambulante medizinische Rehabilitation ist wohnortgebunden. Sie kommt in Betracht, wenn ein Betroffener für diese Form der Rehabilitation hinlänglich belastbar und eine Rehabilitationseinrichtung wohnortnah verfügbar ist. Die häusliche Versorgung des Betroffenen sowie die sonstige medizinische Versorgung (außerhalb der Rehabilitationszeiten) müssen sichergestellt sein. Durch die Nähe zum Wohnort bietet die ambulante Rehabilitation die Möglichkeit, die Angehörigen und/oder Bezugspersonen

optimal einzubeziehen sowie die Rehabilitation ggf. berufsbegleitend durchzuführen. Bei Bedarf kann das Rehabilitationsteam die Wohnung oder den Arbeitsplatz des Betroffenen aufsuchen, um hierdurch Erkenntnisse für die Rehabilitation zu gewinnen oder im Anschluss an die Rehabilitation erforderliche Maßnahmen (z. B. Arbeitsplatz- oder Wohnraumanpassungen) einzuleiten. Die ambulante Rehabilitation kann auch zur Verkürzung einer stationär begonnenen Rehabilitation in Betracht kommen.

Mobile Rehabilitation

Eine Sonderform der ambulanten ist die mobile (d. h. die zu Hause oder in der Pflege aufsuchende) Rehabilitation. Sie wurde 2007 im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung insbesondere zur besseren Umsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ eingeführt. Mit der mobilen Rehabilitation sollen auch rehabilitationsbedürftige Menschen erreicht werden, die voraussichtlich nur dann einen Rehabilitationserfolg erzielen, wenn sie in ihrer gewohnten oder ständigen Wohnumgebung verbleiben können. Hierzu zählen u. a. Menschen, die unter Einschränkungen der Orientierung, der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses leiden, die in einer fremden Umgebung noch zunehmen würden. Ebenfalls dazu zählen Menschen, für die es aus therapeutischer Sicht angezeigt ist, dass sie ihre Alltagsfähigkeiten in ihrer konkreten gewohnten Umgebung wiedererlangen.

Rehabilitationsteams besuchen in diesem Fall die Betroffenen in ihrem Wohnumfeld, ggf. auch in einer stationären Pflegeeinrichtung, und beziehen die Angehörigen oder Bezugspersonen dort in ihre Aktivitäten mit ein. Mobile Rehabilitationsangebote sind derzeit jedoch noch nicht flächendeckend vorhanden.

Stationäre Rehabilitation

Eine stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung wird durchgeführt, wenn der Betroffene an besonders schweren und mehrfachen Erkrankungen leidet, in seiner Mobilität eingeschränkt ist bzw. wenn eine ständige ärztliche oder pflegerische Überwachung und Betreuung oder besonders spezialisierte Behandlungen erforderlich sind. Ein Grund für

die stationäre Rehabilitation kann auch die Notwendigkeit der zeitweisen Entlastung vom oder der Herausnahme aus dem sozialen Umfeld sein. Z. B. können familiäre Differenzen/Spannungen oder Bevormundungen die Betroffenen so belasten, dass die Konzentration auf die Rehabilitation und Mitarbeit unmöglich sind.

Nachsorge

In Ergänzung zur medizinischen Rehabilitation bieten die Rehabilitationsträger in ihrer jeweiligen Verantwortung unterschiedliche Nachsorgeleistungen an, um den Rehabilitationserfolg im Alltag möglichst dauerhaft zu sichern.

Wunsch- und Wahlrecht

Bei der Entscheidung über die Form der Leistungen zur Teilhabe und der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung haben die Betroffenen ein Wunsch- und Wahlrecht (§ 9 SGB IX). Es stellt sicher, dass berechtigten Wünschen entsprochen und auf die persönliche Lebenssituation und familiäre Bedürfnisse und Gegebenheiten Rücksicht genommen wird.

Persönliches Budget

Abweichend von den genannten Formen der Sachleistung ist im SGB IX die Möglichkeit der Geldleistung in Form des Persönlichen Budgets vorgesehen. Wie das Wunsch- und Wahlrecht dient auch diese Leistungsform ausdrücklich dem Ziel, die Position des Rehabilitanden als Experten in eigener Sache zu stärken und ihm mehr Möglichkeiten zu eigenverantwortlicher Gestaltung seiner Lebensverhältnisse in den Leistungen, Diensten und Einrichtungen der Rehabilitation zu verschaffen.

Das Persönliche Budget (SGB IX § 17) ermöglicht einem Rehabilitanden, anstelle der erforderlichen Dienst- oder Sachleistungen zur Teilhabe ein Budget zu wählen (Geldleistung), das er eigenverantwortlich verwaltet. Er wirtschaftet mit diesem Budget auf Grundlage der Zielvereinbarung selbst, indem er die Leistungen, die zur Deckung seines persönlichen Hilfebedarfs

erforderlich sind, einkauft und aus seinem Budget bezahlt. Das Persönliche Budget ist somit keine neue Leistung, sondern eine andere Form, Leistungen in Anspruch zu nehmen. Persönliche Budgets können auch als so genannte Komplexleistungen erbracht werden, indem mehrere Leistungsträger ihre unterschiedlichen Teilhabe- und Rehabilitationsleistungen in ein gemeinsames Budget einbringen. Mit dem Persönlichen Budget soll das Selbstbestimmungsrecht von Menschen Behinderungen und von Menschen mit einer drohenden Behinderung gestärkt werden.⁶

⁶ vgl. auch BAR 2009: Handlungsempfehlungen zum Persönlichen Budget

5 Nutzen der medizinischen Rehabilitation

Medizinische Rehabilitation stellt eine gesetzlich festgeschriebene und gesellschaftlich notwendige Sozialleistung in einer solidarischen und menschlichen Gesellschaft dar. Sie ist in Deutschland zugleich unabdingbarer Bestandteil des Gesundheitssystems. Die medizinische Rehabilitation ist mit ihren Kliniken und Einrichtungen auf dem neuesten Stand von Wissenschaft und Forschung, sie ist qualitätsgesichert und hat durch ihre (messbaren) Behandlungserfolge einen konkreten Nutzen für die Betroffenen, für ihre Angehörigen, für ihre Arbeitgeber, für die Leistungsträger und für die Gesellschaft insgesamt.

5.1 Nutzen für Betroffene

Krankheiten, Behinderungen und Unfälle können jeden Menschen in jeder Lebensphase treffen. Solche Schicksalsschläge verändern von einem Tag auf den anderen alle Perspektiven. Probleme durch den Verlust des Arbeitsplatzes, Schwierigkeiten beim Einstieg oder der Rückkehr ins Erwerbsleben und erhebliche Einschnitte im Alltag sind oft die gravierenden Folgen. Hier hilft die Rehabilitation den Betroffenen: Sie berücksichtigt von Anfang an alle Phasen des Krankheitsverlaufs, individuelle Stärken und Schwächen, unterschiedliche Bedürfnisse und Möglichkeiten der betroffenen Menschen. Um beste Ergebnisse zu erzielen, verzahnt sie frühzeitig medizinische, berufliche und soziale Aspekte.

Der Nutzen der (medizinischen) Rehabilitation für die Betroffenen ergibt sich direkt aus einer Verbesserung ihres Gesundheitszustandes und der Lebensqualität, der Steigerung ihrer Leistungsfähigkeit und ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und im Beruf. Dies gilt sowohl für Menschen mit chronischen Krankheiten oder für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen als auch für solche, die die Folgen eines Unfalls bewältigen müssen. Gleichzeitig hilft die medizinische Rehabilitation auch Angehörigen und Bezugspersonen, die durch die bessere Teilhabe und Leistungsfähigkeit des Betroffenen entlastet werden.

Verbesserungen für den Einzelnen können erzielt werden hinsichtlich

- der Erhaltung oder Verbesserung der Selbstständigkeit im Alltag,
- des Gesundheitszustandes und der Lebensqualität,
- der Häufigkeit und Dauer medizinischer Behandlung,
- des Medikamentengebrauchs,
- des Heilmittelgebrauchs,
- der Vermeidung oder Reduktion von Arbeitsunfähigkeitstagen,
- des Umgangs mit Erkrankungen und Beeinträchtigungen,
- der Fähigkeit, möglichst lange am Erwerbsleben teilzuhaben,
- der Verringerung der Abhängigkeit von fremder Hilfe und Pflege.

Persönliche Erfolge

Den individuellen Nutzen der medizinischen Rehabilitation belegen umfangreiche regelmäßige Patientbefragungen, die von den Leistungsträgern im Rahmen ihrer Qualitätssicherungsprogramme durchgeführt werden. So wertet die weit überwiegende Zahl der Teilnehmer an Rehabilitationsmaßnahmen der Deutschen Rentenversicherung ihre Behandlung als einen Erfolg und stellt eine Verbesserung ihres Gesundheitszustandes fest.

Rehabilitation stellt Weichen

Für Kinder und Jugendliche sichern Leistungen der medizinischen Rehabilitation die Chancen für ihr künftiges Leben in Ausbildung und Beruf sowie in Familie und Gesellschaft.

Beispiel Frühförderung als Komplexeleistung

Tim W. wurde im Alter von drei Jahren und neun Monaten in die Frühförderung in M. aufgenommen. Die Eltern hatten dem Kinderarzt bei der Untersuchung U8 über erhebliche Belastungen im Zusammenleben in der Familie und im Kindergarten sowie über Auffälligkeiten bei der Bewegung und der Sprache des Kindes berichtet. Tim zeigte eine große Unruhe, konnte sich sprachlich schlecht verständlich machen, verletzte sich oft durch seine auffallende Ungeschicklichkeit und ging auf den Zehenspitzen.

Der Kinderarzt überwies die Familie in ein Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ). Nach umfassender Diagnostik wurde die Empfehlung für eine Förderung in einer Interdisziplinären Frühförderstelle (IFF) ausgesprochen. Eine körperliche Ursache für die Entwicklungsbeeinträchtigung und das auffallende Verhalten wurde nicht gefunden. In der Frühförderung erhielt Tim zunächst heilpädagogische Einzelförderung sowie Sprachtherapie, jeweils einmal wöchentlich. In der Heilpädagogik standen die allgemeine Entwicklungsförderung und die Behandlung der deutlichen Wahrnehmungsproblematik des Kindes im Vordergrund. In der Sprachtherapie ging es neben der auditiven Wahrnehmungsförderung um eine Verbesserung der Artikulation und der grammatikalischen und kommunikativen Fähigkeiten, da Tim, wenn er nicht verstanden wurde, mit aggressivem Verhalten reagierte. Seine Intelligenz und sein Sprachverständnis schienen normal entwickelt. Die Sprachtherapeutin und die Heilpädagogin stimmten sich in der Schwerpunktsetzung der Behandlung sowie im Umgang mit der Verhaltensproblematik ab. Die Elterngespräche wurden gemeinsam geführt, um den Eltern Strategien im Umgang mit der Verhaltensproblematik und zur Gestaltung förderlicher Bedingungen zu vermitteln. Die durch den Zehenspitzenengang entstandene Sehnenverkürzung wurde durch eine OP behandelt. Nach der Ruhephase wurde entschieden, in welchem Umfang Krankengymnastik erforderlich war.

Tim ist inzwischen fünf Jahre und neun Monate und wird voraussichtlich in die Regelschule gehen.

Die Kosten der Früherkennung (Diagnostik) im SPZ wurden von der Krankenkasse und die späteren Kosten der Interdisziplinären Frühförderung durch eine gemeinsame Pauschale der Krankenversicherung und der Sozialhilfe finanziert.

Beispiel Kinderrehabilitation

Die Schülerin Ulrike M. (15) leidet seit ihrem zweiten Lebensjahr unter einer chronischen Asthmaerkrankung und ist übergewichtig.

Das hängt nicht zuletzt auch mit ihrem Lebensumfeld zusammen. Ihre Eltern sind starke Raucher und kennen sich mit ausgewogener, abwechslungsreicher Ernährung nicht so gut aus. Hinzu kommt wachsende Frustration in der Schule. Wegen ihres Übergewichts wird Ulrike zur Außenseiterin und isst aus diesem Grunde noch mehr und noch unkontrollierter. Sie zieht sich immer mehr zurück. Ein Teufelskreis.

Eltern und Lehrer sind ratlos, ambulante Behandlung greift nicht. Zusammen mit dem Hausarzt beantragen Ulrikes Eltern eine Rehabilitation, die in einer anerkannten Einrichtung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Erkrankungen der Atemwege durchgeführt wird.

Im Rahmen dieser Rehabilitation erhält Ulrike zum einen ihrem Alter entsprechend aufbereitete Informationen durch ein Asthma-training, um mit ihrer Asthmaerkrankung umzugehen, aber auch eine so genannte „motivationsorientierte Ernährungsberatung“. Andererseits gibt es neben einer Diät und Krankengymnastik viel sportliche Betätigung mit den anderen betroffenen Kindern (Ballspiele, Schwimmen u. v. m.) sowie ein spezielles Ausdauertraining (Ergometer, geführte Wanderungen) und als positiv verstärkende Nebenwirkung: die Erfahrung von Erfolg und Akzeptanz.

Aber auch die Eltern werden miteinbezogen. In intensiven Gesprächen mit der gesamten Familie werden das Rauchverhalten der Eltern und die notwendige Ernährungsumstellung erörtert, um den Erfolg der Rehabilitation längerfristig zu sichern.

Nach sechs Wochen kann Ulrike mit einer Besserung der Asthmaerkrankung und einer deutlichen Gewichtsreduktion gemeinsam mit ihren Eltern die Heimreise antreten.

Medizinische Rehabilitation wird auch mit Erfolg eingesetzt, um weiterführende Maßnahmen und letztlich die Teilnahme am Leben in Gesellschaft und Beruf zu ermöglichen. Dies wird z. B. im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie praktiziert.

Beispiel Kinder- und Jugendpsychiatrie

Liane K. (14) kommt aus einer Problemfamilie und leidet an Mager-sucht. Sie zieht sich zurück, bringt in der Schule keine ausreichenden Leistungen mehr, beschäftigt sich ausschließlich damit, ihr Körpergewicht zu kontrollieren und zu reduzieren. Als ihr Body-Mass-Index bei 16 liegt und damit eine sehr bedrohliche Entwicklung annimmt, hält ihr Arzt eine stationäre Rehabilitation mit Trennung vom Elternhaus und Umgebungswechsel für dringend geboten. Von der Krankenkasse wird mit Zustimmung des Medizinischen Dienstes eine Reha-Maßnahme für die Dauer von bis zu sechs Monaten in einer besonders qualifizierten Einrichtung bewilligt. Durch intensive ärztliche und psychologische Beratung kann tatsächlich Schritt für Schritt die Einsicht in die Gründe des Verhaltens und die Wirkungen des Verhaltens erzielt werden. Sportlehrer sorgen für die richtige Bewegung in frischer Luft, Kreativtherapeuten lassen Musik und Lesen interessant werden, Gestaltungstherapeuten bringen neue Eindrücke bei Malen, Zeichnen und Töpfern. Hinzu kommt ein täglicher gemeinschaftlicher Schulunterricht von vier Stunden.

Nach fünf Monaten in der Reha-Klinik kann eine Besserung des Allgemeinzustandes erreicht werden, so dass eine Überleitung in die zur gleichen Einrichtung gehörende Jugendpsychiatrie möglich ist und die Behandlung als Maßnahme nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz fortgeführt werden kann. Diese Maßnahme dauert noch zweieinhalb Jahre und endet mit dem Mittleren Schulabschluss und dem Beginn einer Lehre.

Rehabilitation vernetzt

Durch passgenaue Vernetzung der Angebote kann die medizinische Rehabilitation auf die medizinischen Erfordernisse und die jeweilige Lebenssituation der einzelnen Betroffenen eingehen und ihnen helfen, in allen Lebenssituationen selbstbestimmt und gleichberechtigt zu leben.

Beispiel stationäre orthopädische Rehabilitation

Hilde B. (58) muss sich wegen unerträglicher Schmerzen beim Gehen, Sitzen und Liegen nach entsprechender ärztlicher Untersuchung in der rechten Hüfte ein neues Hüftgelenk einsetzen lassen. Am dritten Tag nach der Operation kann sie wieder aufstehen und mit den ersten – sehr mühsamen – Gehübungen beginnen.

Nach fünf Tagen im Krankenhaus kommt sie für drei Wochen zur Anschlussheilbehandlung (AHB) in eine Reha-Klinik. Beide Kliniken tauschen sich über den Fortschritt der Behandlung aus. Hilde B. lernt mit Hilfe von Therapeuten und Pflegekräften wieder neu zu gehen, bekommt Hinweise zum Umgang mit dem neuen Hüftgelenk und bereitet sich auf ihren beruflichen Alltag vor. Jeden Tag wirken sich die Krankengymnastik und weitere Bewegungstherapie positiver aus. Informationen zur richtigen Bewegung und zur gesunden Ernährung runden ihr Programm ab. Hilfreich sind auch die Gespräche mit anderen Patienten in gleicher Situation.

Schließlich kann sie ihre Berufstätigkeit im Büro wieder aufnehmen. Sie führt dies auch auf die abgestimmten Behandlungsprogramme zwischen dem Krankenhaus und der Reha-Klinik zurück. Besonders positiv hat Frau B. den Umstand wahrgenommen, dass man sie im Krankenhaus bei der Antragstellung unterstützt hat und eine nahtlose Verlegung in die Reha-Klinik erfolgt ist.

Beispiel ambulante orthopädische Rehabilitation

Bei Jürgen R. (45, Elektroniker, überwiegend sitzende Tätigkeit) entwickelten sich massive linksseitige Lumboischialgien, die auch zur Arbeitsunfähigkeit führten. Die durchgeführte Diagnostik zeigte einen großen Bandscheibenvorfall L 4/5. Wegen zunehmender Lähmungserscheinungen im linken Bein musste zwei Wochen später eine operative Versorgung des Bandscheibenvorfalles durchgeführt werden.

Im Rahmen des stationären Aufenthaltes wurde Jürgen R. eine Anschlussheilbehandlung (AHB) angeraten. Er entschied sich nach Beratung durch den Sozialdienst des Krankenhauses zur ambulanten AHB, da er es als sehr positiv empfand, die Maßnahme in seinem gewohnten familiären Umfeld und damit wohnortnah durchführen zu können.

Der AHB-Antrag wurde vom Sozialdienst des Krankenhauses nach Prüfung der Zuständigkeit (GKV oder DRV) bei der Deutschen Rentenversicherung gestellt und innerhalb weniger Tage bewilligt. Der Sozialdienst benannte qualifizierte, ambulante wohnortnahe Einrichtungen, in denen Herr R. die ambulante AHB durchführen kann. Zehn Tage nach Entlassung aus dem Krankenhaus konnte dann mit der ambulanten AHB begonnen werden.

Bei der Aufnahmeuntersuchung der ambulanten AHB hatte Jürgen R. ca. drei Wochen nach der erfolgten Operation noch Restbeschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule und des linken Beines – noch mit leichter motorischer Ausfallerscheinung. Die Untersuchung zeigte erhebliche muskuläre Defizite im Bereich des Achsorgans Wirbelsäule sowie eine Adipositas mit BMI 32,1. Im Rahmen der ambulanten AHB wurden auf den Patienten abgestimmte intensive physikalische, krankengymnastische und physiotherapeutische Maßnahmen in Verbindung mit medizinischer Trainingstherapie durchgeführt. Es erfolgte das Erlernen von Entspannungstechniken, zudem eine begleitende Ernährungsberatung. Im Verlauf der

ambulanten AHB zeigte sich bei Jürgen R. eine zunehmende Steigerung der Belastbarkeit, der muskulären Kompensation sowie der Stabilisation bei gleichzeitigem deutlichem Rückgang der Beschwerdesymptomatik.

Bei der Abschlussuntersuchung äußerte sich Jürgen R. sehr zufrieden. Er war weitestgehend beschwerdefrei, deutlich belastbarer und auch muskulär stabilisiert. Er hatte im Verlauf der RehaMaßnahme 5 kg Gewicht reduzieren können (BMI 30,7). Ihm sei im Verlauf der Anschlussheilbehandlung durch die Gespräche und erfolgten Beratungen auch bewusst geworden, dass er sich sowohl bezüglich des notwendigen Trainings und rückengerechten Verhaltens als auch bezüglich seiner Gewichtsprobleme nicht hinter Ausreden und Entschuldigungen verstecken könne, sondern dass er selbst dazu beitragen müsse, seinen jetzt erreichten Zustand auch nachhaltig zu stabilisieren. Er sei jetzt fest entschlossen, sein Therapie- und Trainingsprogramm weiterzuführen, auch sein Körpergewicht weiter zu reduzieren und zu optimieren.

Jürgen R. wird arbeitsfähig aus der Anschlussheilbehandlung entlassen.

Rehabilitation vor Rente

Eine medizinische Rehabilitation trägt auch zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit und Wiedereingliederung in den Beruf bei, indem sie gezielt auf die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ausgerichtet ist und die konkreten Anforderungen des Arbeitsplatzes trainiert.

Beispiel Rehabilitation als Mittel zum Arbeitsplatzertalt

Die 40-jährige Sylvia K. ist Management-Assistentin und leidet unter einem Diabetes mellitus Typ I, Übergewicht und Schmerzen des Bewegungsapparates, die bisher durch ambulante Behandlung nicht gebessert werden konnten. Sie schläft nachts schlecht, kann

sich nicht mehr auf ihre Arbeit konzentrieren und den Arbeitsalltag nicht mehr bewältigen. Sie fühlt sich permanent überfordert. Nach acht Wochen Arbeitsunfähigkeit und dem Gefühl, wegen des drohenden Verlustes des Arbeitsplatzes eine Erwerbsminderungsrente beantragen zu müssen, beantragt Sylvia K. mit Hilfe ihres Hausarztes eine Rehabilitation bei der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Die Leistung wird zunächst für einen Zeitraum von drei Wochen bewilligt. Im Rahmen einer entsprechenden Insulintherapie werden anhand des Blutzuckerprofils (Selbstmessung) Insulinkorrekturtabellen mit rasch erlernbarer Handhabung für den Alltag während und nach der Rehabilitation erstellt. Darüber hinaus erhält Frau K. eine fachkundige, systematische und praxisbezogene (Lehrküche) Schulung durch eine Diätassistentin und Ernährungsberatung. Diese Therapien werden durch die Rückenschule sowie durch verschiedene Bewegungstherapien, das Erlernen von Entspannungstechniken und sportliche Gruppenaktivitäten ergänzt.

Diese Therapien umfassen bspw. gemeinsame Aktivitäten in Nordic-Walking-, Fahrrad-, und Sportgruppen über Medizinische Trainings-Therapie bis hin zu progressiver Muskelentspannung nach Jacobson, autogenem Training und Qi Gong.

Frau K. hat idealerweise etwas Gewicht reduziert, kann nach insgesamt drei Wochen stabilisiert nach Hause fahren und ihre Arbeit wieder aufnehmen. Sie betreibt in ihrer Freizeit weiter Nordic Walking und besucht einen Koch-Kurs für gesunde Ernährung. In ihrer Mittagspause nimmt sie sich Zeit für Übungen am Arbeitsplatz zur Stärkung der Rückenmuskulatur. Ihr Arbeitgeber ist froh, dass Frau K. wieder gesundheitlich hergestellt ist und ihren Arbeitsplatz wieder voll ausfüllen kann.

Beispiel ambulante Rehabilitation und Wiedereingliederung

Klaus K. (45), Verwaltungsangestellter im Finanzamt, war seit Februar 2009 arbeitsunfähig aufgrund chronischer pseudoradikulärer Rückenschmerzen bei Fehllhaltung und muskulärer Insuffizienz einhergehend mit Adipositas. Durch ambulante Physiotherapie konnte keine Beschwerdefreiheit erreicht werden. Nach Antragstellung auf eine medizinische Rehabilitation und Bewilligung durch die Deutsche Rentenversicherung nahm Herr K. vom 17. Juni bis 10. Juli 2009 an einer ambulanten Leistung zur medizinischen Rehabilitation teil. Nach der Entlassung war Klaus K. nahezu beschwerdefrei. Ferner konnte sein Körpergewicht im Rahmen der Rehabilitation um 6 kg reduziert werden. Nach einer stufenweisen Wiedereingliederung kann Klaus K. heute seiner Tätigkeit als Verwaltungsangestellter wieder in vollem Umfang nachgehen.

Rehabilitation vor Pflege

Oftmals führt die sachgerechte und rechtzeitige Rehabilitation auch dazu, dass Pflegebedürftigkeit vermieden oder deutlich reduziert werden kann.

Beispiel neurologische Rehabilitation

Bernd T. (78) hat einen Schlaganfall erlitten. Die Folgen sind Sprachstörungen und eine halbseitige Lähmung rechts. Im Krankenhaus wird er in der geriatrischen Akutabteilung mit neurologischer Betreuung 72 Tage behandelt. Danach wechselt er in eine Fachklinik für neurologische Rehabilitation. Hier wird durch gezielte Therapien die Lern- und Umstellungsbereitschaft des Gehirns gefördert, um die Sprech- und Sprachstörungen zu überwinden. Gleichzeitig wird er mit Krankengymnastik und Ergotherapie auf sein Alltagsleben vorbereitet. In der Hilfsmittelschulung lernt er den Umgang mit einem Rollator. Nach sieben Wochen kann er nach Hause entlassen werden. Er kann sich jetzt mit leichten Einschränkungen wieder äußern und in seiner Wohnung mit einem Rollator bewegen. Zu Hause wird er vom Pflegedienst und im Rahmen einer ambulanten Rehabilitation betreut.

5.2 Nutzen für die Leistungsträger

Von erfolgreichen Rehabilitationsmaßnahmen profitieren alle Leistungsträger – die Kranken-, Renten- und Unfallversicherung sowie alle weiteren Träger Sozialer Sicherung. Sie profitieren vor allem durch gewonnene Beitragszahlungen, aber auch durch reduzierte Folgekosten für Krankenbehandlung und Pflege oder Renten- und Krankengeldzahlung. Nach Zahlen der Deutschen Rentenversicherung Bund verbleiben rund 80 Prozent aller Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter nach einer Rehabilitation im Berufsleben. Die Kosten amortisieren sich oft schon nach wenigen Monaten gewonnener Erwerbstätigkeit.⁷

Für die Rentenversicherung etwa konnte für einen Reha-Jahrgang bei vorsichtiger Schätzung ein Gewinn von 1,3 Milliarden Euro aufgrund vermiedener oder hinausgeschobener Frühberentungen⁸ ermittelt werden. Der tatsächliche Netto-Nutzen durch die Rehabilitation dürfte aber durch den Erhalt von Beitragseinnahmen bei anderen Rehabilitationsträgern und die nicht berechneten Einsparungen bei den Kosten für Krankenbehandlung, Pflege und Krankengeldzahlungen noch deutlich höher sein.

In der von der Baseler Prognos AG erstellten Studie „Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum“ (August 2009) beziffern die Experten allein die zusätzlichen reha-bedingten Einnahmen und Minderausgaben anhand fünf ausgewählter Indikationen der Deutschen Rentenversicherung Bund im Jahr 2005 auf ca.

- 478 Mio Euro gesparte Rentenzahlungen der DRV Bund,
- 573 Mio Euro zusätzliche Beiträge für die DRV Bund,
- 338 Mio Euro gewonnene Versicherungsbeiträge für die gesetzliche Krankenversicherung,
- 46 Mio für die gesetzliche Unfallversicherung,
- 47 Mio Euro für die Pflegeversicherung,
- 167 Mio Euro für die Arbeitslosenversicherung.

Insgesamt konnten so bereits im Jahr 2005 nur durch Rehabilitationsmaßnahmen der DRV Bund zusätzliche Einnahmen für die Sozialversicherungen in Höhe von rund 1,2 Mrd. Euro generiert werden.

⁷ Im Durchschnitt sind bereits z. B. bei der DRV nach fünf Monaten Erwerbstätigkeit die Kosten für eine psychosomatische Rehabilitation aufgebracht; vgl Rische 2004. S. 204.

⁸ vgl. Rische 2004, S. 205

Für die Krankenversicherung konnte z. B. in einer Untersuchung⁹ ein deutlicher Rückgang der Fälle und der Dauer von Arbeitsunfähigkeit und Akutbehandlung im Krankenhaus festgestellt werden. Auch hat sich in dieser Untersuchung die Zahl der Arztkontakte deutlich reduziert und ein positiver Einfluss auf den Medikamentenkonsum gezeigt. Insgesamt wurde eine Verringerung der direkten Behandlungskosten um fast 30 Prozent und um gut 70 Prozent verminderte Krankengeldzahlungen festgestellt.¹⁰

5.3 Nutzen für Unternehmen

Erfolgreiche Rehabilitationsmaßnahmen rechnen sich nicht nur für die Rehabilitanden, die wieder in die Lage versetzt werden, durch den Einsatz ihrer Arbeitskraft den eigenen Lebensunterhalt zu sichern und dadurch ein wirtschaftlich unabhängiges und selbstbestimmtes Leben zu führen. Erfolgreiche Rehabilitation ist auch für die Unternehmen von Nutzen. Das belegen vor allem auch deren Investitionen in Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz, die entscheidend dazu beigetragen haben, den Fehlzeitenstand kräftig zu senken.

Umgekehrt ist der Ausfall von Arbeitskräften für die Unternehmen teuer: Sie erbringen keine Arbeitsleistung, bekommen aber während der Entgeltfortzahlungsphase von in der Regel sechs Wochen ihren vollen Lohn weiterbezahlt. Und auch die Beiträge zu den Sozialversicherungen zahlt der Arbeitgeber in dieser Zeit unverändert fort. Die Betriebe haben deshalb ein eigenes Interesse daran, dass gesundheitlich beeinträchtigte Mitarbeiter schnell, leistungsfähig und dauerhaft ins Berufsleben zurückkehren. Nur durch kurze Fehlzeiten lassen sich möglichst reibungslose betriebliche Abläufe sicherstellen, die eine notwendige Voraussetzung für hohe Produktivität und Wettbewerbsfähigkeit sind. Alle Erfolg versprechenden und angemessenen Maßnahmen der Rehabilitation, die eine schnelle und dauerhafte Rückkehr an den Arbeitsplatz ermöglichen, sind daher im Interesse der Wirtschaft¹¹.

⁹ vgl. Zielke et al. 2004

¹⁰ vgl. Zielke et al. 2004, S. 18

¹¹ Denn die volkswirtschaftlichen Kosten der Arbeitsunfähigkeit (Ausfall an Bruttowertschöpfung) betragen bereits in 2007 rund 73 Milliarden Euro, dies sind ca. drei Prozent des Bruttonationaleinkommens in Deutschland; vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2009.

Darüber hinaus können es sich Unternehmen auch vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der sich bereits heute abzeichnenden Fachkräfteengpässe nicht leisten, die vorhandenen Potenziale ihrer Arbeitnehmer ungenutzt zu lassen.

Der hohe Stellenwert, der der Rehabilitation von Arbeitgeberseite beigegeben wird, wird sehr deutlich an konkreten Aktivitäten in Unternehmen, die Gesundheitsförderung, betriebliches Eingliederungsmanagement und Rehabilitation zum integralen Bestandteil ihrer Unternehmenskultur gemacht haben. Durch den Abschluss von Kooperationen und den Aufbau von Netzwerken mit Klinikbetreibern, Ärzten und Therapeuten sowie Sozialversicherungsträgern ist es ihnen gelungen, eine individuell auf die Bedürfnisse ihrer Beschäftigten abgestimmte medizinische und berufsorientierte Rehabilitation sicherzustellen. Nachweislich konnten dort z. B. bereits durch die Verkürzung der Laufzeit zwischen Antragstellung, Bescheiderteilung und Beginn der Rehabilitationsmaßnahme die betrieblichen Fehlzeiten deutlich reduziert und die Kosten der Entgeltfortzahlung gesenkt werden.

5.4 Nutzen für die Volkswirtschaft

Die medizinische Rehabilitation wird angesichts des demografischen Wandels, steigender Lebensarbeitszeit und zunehmender chronischer Erkrankungen künftig für Wirtschaft und Gesellschaft in Deutschland stark an Bedeutung gewinnen. Sie rechnet sich schon heute durch eingesparte Milliarden an Renten-, Arbeitslosen- und Krankengeldzahlungen, sichert Arbeitsplätze, erhält den Betrieben wertvolles Know-how sowie dringend benötigte Fachkräfte und vermindert deren krankheitsbedingte Fehlzeiten.

Mit der steigenden Lebenserwartung geht nicht nur eine Veränderung des Versorgungsbedarfs einher, auch die Erwerbs- und Sozialstruktur wird sich weiter ändern: Mit steigendem Anteil älterer Menschen wird auch der Anteil chronisch erkrankter Menschen wachsen. Die Anhebung des Rentenalters auf 67 Jahre bedeutet, dass Arbeitnehmer länger im Beruf leistungsfähig bleiben müssen. Im Zuge der demografischen Entwicklung wird auch die

Kluft zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften größer, insbesondere für qualifizierte Fachkräfte übersteigt die Nachfrage zusehends das Arbeitskräfteangebot. Die Sicherung der Leistungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer wird so für die Gesellschaft wie für die Volkswirtschaft in Deutschland zu einem der Motoren von Wohlstand und Wachstum. All dies erhöht auch die an die Rehabilitation gestellten Anforderungen: Sie wird künftig den Erhalt und die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit gerade für ältere Arbeitnehmer sicherstellen müssen. So wird geschätzt, dass ab dem kommenden Jahrzehnt der Anteil der Rehabilitanden an allen Erwerbstätigen voraussichtlich auf deutlich über ein Prozent ansteigt.¹²

Nach Angaben der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) werden jedes Jahr über alle Träger ca. 25 Milliarden Euro bzw. rund ein Prozent des Bruttoinlandsprodukts für Leistungen der medizinischen Rehabilitation und Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) investiert. Die Studie „Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum“ der Baseler Prognos AG beziffert den volkswirtschaftlichen Beitrag der medizinischen Rehabilitation anhand fünf ausgewählter Reha-Indikationen der Deutschen Rentenversicherung, die im Jahr 2005 rund 45 Prozent aller medizinischen Reha-Maßnahmen (d.h. 365.000 Rehabilitanden) umfassten. Danach wurden im Jahr 2005 für die medizinische Rehabilitation dieser Personen rund 1,1 Milliarden Euro investiert, mit denen durch gewonnene Berufstätigkeitsjahre und reduzierte Arbeitsunfähigkeitsstage ein Nettoeffekt (d. h. gewonnene Berufstätigkeitsjahre und reduzierte AU-Tage abzüglich der Kosten) von 0,3 Prozent des Bruttoinlandsprodukts oder 5,8 Milliarden Euro erzielt wurde. Die Autoren der Studie bilanzieren, dass somit die Gesellschaft für jeden in die medizinische Rehabilitation investierten Euro schon heute fünf Euro zurückgewinnt.

Diese sehr positive wirtschaftliche Bilanz würde sich nach Auffassung der Verfasser der Studie nochmals deutlich erhöhen, wenn alle Indikationsbereiche sowie die Rehabilitationsmaßnahmen der Kranken- und Unfallversicherungen mit ihren positiven Auswirkungen auf die Krankheitskosten einbezogen würden.

¹² vgl. Prognos 2009

Die Studie gibt auch Hinweise, dass sich der Nettonutzen deutlich erhöhen kann: In einem von den Forschern angelegten Szenario könnte sich der volkswirtschaftliche Nettonutzen der medizinischen Rehabilitation bis zum Jahr 2025 auf 23,1 Milliarden Euro vervierfachen.

6 Perspektiven der medizinischen Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation hat sich zu einem selbstständigen Bestandteil der allgemeinen Gesundheitsversorgung entwickelt. Heute ist sie einer der vitalsten und innovativsten Bereiche des deutschen Gesundheitssystems. Sie sendet positive Impulse in die Versorgungslandschaft, liefert zahlreiche Denkanstöße und garantiert hohe Versorgungsstandards. Als wesentlicher Baustein der sozialen Sicherung stellt sie zudem einen positiven Standortfaktor unseres Landes dar.

Damit ist Rehabilitation nicht nur für die Lebensqualität des Einzelnen von großem Nutzen. Auch für Gesellschaft und Volkswirtschaft ist die Rehabilitation im internationalen Wettbewerb von Bedeutung. Es gilt, dieses Potenzial der Rehabilitation auch bei sich ändernden Rahmenbedingungen auszuschöpfen.

Veränderung der Bevölkerungs- und Erwerbsstruktur

Nach Prognosen des Statistischen Bundesamtes¹³ wird die Lebenserwartung der in der Bundesrepublik Deutschland lebenden Menschen weiterhin ansteigen. So wird u. a. der Anteil der über 65-Jährigen von derzeit ca. 20 Prozent auf über 34 Prozent der Bevölkerung im Jahr 2060 anwachsen. Der Anteil der über 80-Jährigen mit derzeit ca. fünf Prozent der Bevölkerung wird im Jahr 2060 sogar auf etwa 14 Prozent ansteigen.

Die steigende Lebenserwartung wird den Anteil der Menschen mit Multimorbidität, Behinderungen und chronischen Krankheiten erhöhen. Das Spektrum der Krankheiten wird sich weiter verändern. Viele Prognosen weisen darauf hin, dass der Bedarf an medizinischer Rehabilitation und Pflege steigen wird.

Mit der Verschiebung der Altersstruktur wird auch eine Veränderung des Erwerbspersonenpotenzials einhergehen: So wird sich nicht nur das Durchschnittsalter der im Berufsleben stehenden Bevölkerung deutlich erhöhen, auch der Anteil der nicht (mehr) Erwerbstätigen wird ab 2020 deutlich

¹³ vgl. Statistisches Bundesamt 2009

ansteigen. Kommen heute auf 100 Personen im Erwerbsalter 34 Ältere, so könnten im Jahr 2060 100 Personen im Erwerbsalter zwischen 63 und 67 – also fast doppelt so viele – potenzielle Rentenbezieher gegenüberstehen.¹⁴

- Deshalb ist mit einem Mangel an verfügbaren Fachkräften zu rechnen.
- Zugleich werden immer weniger Menschen die Sozialleistungen für die nicht mehr im Erwerbsleben stehenden Menschen erwirtschaften.
- Die Verlängerung der Lebensarbeitszeit soll diesen Entwicklungen teilweise begegnen, stellt aber ihrerseits eine weitere Herausforderung für die Gesundheitsversorgung und die Rehabilitation dar. Schon zwischen 2017 und 2024 wird das Potenzial der Erwerbspersonen zu 40 Prozent aus 50- bis unter 65-Jährigen bestehen.¹⁵

Umso wichtiger ist es, die Erwerbsfähigkeit der Beschäftigten möglichst langfristig zu sichern.

Neben der demografischen Entwicklung beeinflusst auch der Wandel von der Industrie- zur Dienstleistungsgesellschaft das Spektrum der Krankheiten und hat somit Auswirkungen auf die Rehabilitation.

Veränderung der Sozialstruktur

Darüber hinaus ist die Gesellschaft als solche in Deutschland – wie in vielen anderen Ländern – einem stetigen Wandel unterworfen. Einerseits wird sich der Trend zum Individualismus und zur Auflösung der Familienverbände fortsetzen. Andererseits wird Familien- und Pflegearbeit künftig weiterhin in immer stärkerem Maße parallel zur Erwerbstätigkeit erfolgen. Auch diese Entwicklung hat direkte Auswirkungen auf die medizinische Versorgung – so auch die medizinische Rehabilitation – und ihre Strukturen.

¹⁴ vgl. Statistisches Bundesamt 2009

¹⁵ vgl. Statistisches Bundesamt 2009

Wirkungen auf die medizinische Rehabilitation

All dies stellt große Herausforderungen an das System der Gesundheitsversorgung. Die Medizin muss sich deshalb neben der Akutbehandlung von Krankheiten zukünftig immer intensiver mit den Folgen bzw. der Bewältigung chronischer Erkrankungen auseinandersetzen. Die Rehabilitation wird daher als integraler Bestandteil von Versorgungsprozessen weiter an Bedeutung gewinnen und dabei die individuelle Lebenssituation potenzieller Rehabilitanden stärker berücksichtigen müssen.

Zentrale Aufgabe der Rehabilitation ist dabei die Wiederherstellung oder wesentliche Besserung der Funktionsfähigkeit, insbesondere auf der Ebene der Aktivitäten (Leistungsfähigkeit, Leistung), wenn dadurch die Teilhabe einer Person an den Lebensbereichen wiederhergestellt oder verbessert werden kann. Rehabilitation soll also den chronisch kranken und behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen in seinem Leistungsvermögen so weit fördern, dass er in seinem gewohnten Alltags- und/oder in seinem Berufsleben verbleiben kann oder wieder integriert wird.

Hieraus ergeben sich für die Weiterentwicklung der Rehabilitation folgende Handlungsempfehlungen:

- Medizinische Rehabilitationsleistungen müssen frühzeitig und gezielt einsetzen. Dafür muss das Wissen um rehabilitative Möglichkeiten in allen Bereichen der Akutmedizin gestärkt werden. Dies erfordert die **Implementierung der Rehabilitation in die medizinische Aus- und Fortbildung**. Hierdurch können medizinische Rehabilitationsleistungen zielgenauer eingeleitet werden.
- Der Fokus der Interventionen bei den chronischen Erkrankungen wird angesichts der demografischen Entwicklung künftig **noch stärker auf die verbliebenen Fähigkeiten der**

Über-, Unter- und Fehlversorgung vermeiden

passgenaue Rehabilitationsangebote entwickeln

Wirksamkeit der Rehabilitation steigern

Rehabilitation im Versorgungssystem vernetzen

Menschen ausgerichtet werden müssen, wie beispielsweise auf eine noch vorhandene Mobilität, Kommunikation, Erwerbsfähigkeit oder die Möglichkeit zur Selbstversorgung. Eigenverantwortung und Entscheidungsfähigkeit müssen für dieses Ziel gestärkt werden.

- Das kurativ-bio-medizinische Denken und Handeln im Gesundheitssystem sollte um die **ganzheitliche, bio-psycho-soziale Betrachtung** erweitert werden, um der individuellen Lebenssituation der Rehabilitanden stärker Rechnung zu tragen und ihre Teilhabe wiederherzustellen oder zu verbessern. Hierbei wird ein Gesundheitsproblem als Geflecht von Wechselwirkungen zwischen Körperstrukturen und -funktionen, Aktivitäten und Teilhabe sowie Kontextfaktoren (z. B. Umwelt, Familie, Bildung oder Beruf) verstanden. Dieses Ziel ist durch den oben beschriebenen **ganzheitlichen und interdisziplinär organisierten Rehabilitationsansatz** zu realisieren.¹⁶
- Zunehmend flexible Anforderungen der Betroffenen im und jenseits des Erwerbslebens und auch der Arbeitgeber erfordern **zunehmend flexible Rehabilitationsangebote** – sowohl was die Formen der Leistungserbringung anbetrifft als auch die Dauer. In diesem Kontext sind – je nach Ausgangslage – die Möglichkeiten der ambulanten und der stationären Rehabilitation als gleichwertige Optionen zu prüfen.
- Möglichkeiten der **Vernetzung zwischen Akutversorgung und Rehabilitation** – z. B. durch verbessertes Überleitungsmanagement oder im Rahmen der Disease Management Programme (DMP) und integrierter Versorgung – sind zu stärken. Die

Über-, Unter- und Fehlversorgung vermeiden

passgenaue Rehabilitationsangebote entwickeln

Wirksamkeit der Rehabilitation steigern

Rehabilitation im Versorgungssystem vernetzen

Übergänge zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation sind möglichst reibungslos zu gestalten, Schnittstellen in diesem Bereich sind abzubauen.

- Auch die **Zusammenarbeit mit anderen Beteiligten** ist zu verbessern. Hierzu bieten die Regelungen im SGB IX – z. B. zum betrieblichen Eingliederungsmanagement der Arbeitgeber – eine geeignete Grundlage.
- Insgesamt gilt es, die vorhandenen rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen und die durch das SGB IX vorgegebene Teilhabeorientierung und Selbstbestimmung behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen weiterzuentwickeln. Auch vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention, die am 26. März 2009 in Kraft getreten ist, und eines Aktionsplans der Bundesregierung zu deren nationaler Umsetzung gilt es, die **Weiterentwicklung der Rehabilitation** aktiv zu betreiben, wobei der Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger eine wichtige Bedeutung zukommt (z. B. im Bereich der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung).
- Die **trägerübergreifenden Ansätze zur Steigerung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit** von Rehabilitation und Teilhabe sind auf dieser Ebene in ihrer Fortentwicklung aktiv zu begleiten und zu unterstützen, um so im Interesse der Weiterentwicklung der Rehabilitation zu weiteren zielführenden Ergebnissen zu kommen.
- Die **Akzeptanz der Rehabilitation** und ihrer Bedeutung ist zu stärken. Gerade auch im Spannungsfeld

Über-, Unter- und Fehlversorgung vermeiden

passgenaue Rehabilitationsangebote entwickeln

Wirksamkeit der Rehabilitation steigern

Rehabilitation im Versorgungssystem vernetzen

¹⁶ vgl. BAR (2006)

eines ansteigenden Bedarfs und begrenzter finanzieller Ressourcen gilt es, die **Wirksamkeit und Qualität** der medizinischen Rehabilitation verstärkt in Studien nachzuweisen und die Rehabilitation wissenschaftlich fundiert weiterzuentwickeln. Hier kommt auch der Anwendung von Leitlinien, einer transparenten Leistungsdokumentation, entsprechenden Statistiken und der ständigen Weiterentwicklung der Qualitätssicherungsprogramme der Rehabilitationsträger eine herausragende Bedeutung zu.

Die Notwendigkeit rehabilitativer Leistungen wird also angesichts der demografischen Entwicklung voraussichtlich zunehmen. Um dem prognostizierten Bedarf gerecht zu werden, müssen für chronisch erkrankte, immer älter werdende und behinderte Menschen Rehabilitationsangebote vorgehalten werden, die auf deren individuellen Bedarf zugeschnitten sind und durch Nachsorgeangebote ergänzt werden, um den Erfolg medizinischer Rehabilitationsleistungen zu festigen bzw. langfristig zu sichern. Bei der Weiterentwicklung von Rehabilitationsangeboten muss insbesondere eine zeitliche und inhaltliche Flexibilisierung einen Schwerpunkt darstellen. Das präventive Potenzial der Rehabilitation ist durch eine stärkere Einbeziehung der Kontextfaktoren zu steigern.

Zu prüfen ist, inwiefern es dazu einiger Anpassungen der sozialrechtlichen Rahmenbedingungen bedarf. Durch das SGB IX ist die Teilhabeorientierung und Selbstbestimmung – auch vor dem Hintergrund der Anerkennung der UN-Behindertenrechtskonvention – politisch schon positioniert. Die Regelungen im SGB IX sind mit den Regelungen der anderen Sozialgesetzbücher abzustimmen. Die Rolle der Rehabilitation im Verhältnis zu Akutversorgung, Prävention und Früherkennung ist zu klären.

Die Perspektiven der Rehabilitation in Deutschland sind vor diesem Hintergrund als positiv und zukunftssträftig einzuschätzen. Deshalb sollte die Rehabilitation bei der Diskussion um eine Weiterentwicklung des Gesundheitssystems einen ihr angemessenen Stellenwert erhalten.

|

|

7 Weitergehende Informationen

7.1 Rehabilitation auf einen Blick

Deutsche Rentenversicherung Bund DRV (Herausgeber) (2/2010): Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft, Berlin, Broschüre Nr. 301, 5. Auflage, <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de> (Formulare und Publikationen → Info-Broschüren)

Deutsche Rentenversicherung Bund DRV (Herausgeber) (3/2010): Mit Rehabilitation wieder fit für den Job, Berlin, Broschüre Nr. 300, 5. Auflage, <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de> (Formulare und Publikationen → Info-Broschüren)

Deutsche Rentenversicherung Bund DRV (Herausgeber) (2/2010): Rehabilitation für Kinder, Berlin, Broschüre Nr. 303, 5. Auflage, <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de> (Formulare und Publikationen → Info-Broschüren)

Deutsche Rentenversicherung Bund DRV (Herausgeber) (3/2009): Rehabilitation nach Tumorerkrankungen, Berlin, Broschüre Nr. 304, 4. Auflage, <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de> (Formulare und Publikationen → Info-Broschüren)

Deutsche Rentenversicherung Bund DRV (Herausgeber) (2/2010): Reha und Rente für schwerbehinderte Menschen, Berlin, Broschüre Nr. 501, 5. Auflage, <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de> (Formulare und Publikationen → Info-Broschüren)

Deutsche Rentenversicherung Bund DRV (Herausgeber) (3/2009): Entwöhnungsbehandlung – ein Weg aus der Sucht, Berlin, Broschüre Nr. 305, 4. Auflage, <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de> (Formulare und Publikationen → Info-Broschüren)

Deutsche Rentenversicherung Bund DRV (Herausgeber) (3/2010): Die Reha-Zentren der Deutschen Rentenversicherung Bund stellen sich vor, Berlin, 16. Auflage, <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de> (Formulare und Publikationen → Info-Broschüren)

Deutsche Rentenversicherung Bund DRV (Herausgeber) (2/2010): Berufliche Rehabilitation: Ihre neue Chance, Berlin, Broschüre Nr. 302, 5. Auflage, <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de> (Formulare und Publikationen → Info-Broschüren)

Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Herausgeber) (2006): Damit Ihre Rehabilitation Erfolg hat, Flyer <http://www.dguv.de> (Medien/Datenbanken → Broschüren-Bestellung und/oder Download)

Deutsche gesetzliche Unfallversicherung (Herausgeber) (2008): Empfehlungen der Gesetzlichen Unfallversicherung zur Prävention und Rehabilitation von psychischen Störungen nach Arbeitsunfällen, Broschüre, ISBN 978-3-88383-744-4 <http://www.dguv.de> (Medien/Datenbanken → Broschüren-Bestellung und/oder Download)

Mehrhoff, F. (2009): Rehabilitation im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung in: Blumenthal, W./Schliehe, F. (Hrsg.): Teilhabe als Ziel der Rehabilitation. 100 Jahre Zusammenwirken in der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation, DVfR, Heidelberg, ISBN 978-3-9800900-2-5.

Weitere Informationen der DGUV sind aus der Gesamtliste aller derzeit verfügbaren kostenlosen Veröffentlichungen der DGUV (und des ehemaligen HVBG) ersichtlich, die als pdf-Datei bereitsteht unter <http://www.dguv.de> (Medien/Datenbanken → Broschüren-Bestellung und/oder Download → Gesamtliste)

Informationen zu Fragen der Rehabilitation sind auch bei der jeweils **zuständigen Krankenkasse** erhältlich.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation BAR (Herausgeber) (2010): Wegweiser Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, Frankfurt/Main, ISBN 3-9801748-6-7 <http://www.bar-frankfurt.de> (Publikationen → Wegweiser)

Darüber hinaus können auf der Website der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) Handlungsempfehlungen und Arbeitshilfen zu verschiedenen Aspekten der Rehabilitation abgerufen werden: <http://www.bar-frankfurt.de>

Das „Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht“ der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e. V. (<http://www.dvfr.de>) bietet unter <http://www.reha-recht.de> ein Forum für den Informations- und Meinungsaustausch zu rechtlichen Fragen.

7.2 Weiterführende Fachliteratur

Augurzky, B. et al. (2009): Reha Rating Report 2009 – Trägerische Erholung? Essen: RWI Materialien Heft 50.

Baumgarten, E. et al. (2008): Wie gut ist die ambulante Rehabilitation? Aktuelle Ergebnisse der Reha-Qualitätssicherung. Rvaktuell, Jg. 55, H.11, S. 335 – 342.

Bitzer, E. et al. (2009): Teilhabebefähigung und Gesundheitskompetenz in der medizinischen Rehabilitation – Empfehlungen zur Stärkung von Patientenschulungen. Die Rehabilitation, Jg. 48, H. 4, S. 202 – 210.

Breuer, J./ Mehrhoff, F. (2005): Management von Personenschäden. Herausforderungen und Strategie aus Sicht der gesetzlichen Unfallversicherung, Die BG. 1, S. 13-16.

Broda, M. (1996): Die Berus-Studie. Zur Ergebnisevaluation der Therapie psychosomatischer Störungen bei gewerblichen Arbeitnehmern; eine Katamnesestudie stationärer Verhaltenstherapie bei einer Population von LVA-Versicherten. Wissenschaftsrat der AHG (Hrsg.), Berlin/Bonn (Westkreuz-Verl., Verhaltensmedizin heute: Sonderdruck, ISBN 3-929592-22-3).

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation BAR (Herausgeber) (2008): Praxisleitfaden Strategien zur Sicherung der Nachhaltigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Frankfurt/Main, ISBN 3-9807410-9-5 <http://www.bar-frankfurt.de> (Publikationen → Arbeitsmaterialien und Verzeichnisse)

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation BAR (Herausgeber) (2006): ICF – Praxisleitfaden 1. Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) beim Zugang zur Rehabilitation, Frankfurt/Main, ISBN 3-9807410-7-9 <http://www.bar-frankfurt.de> (Publikationen → Arbeitsmaterialien und Verzeichnisse)

Deutsche Rentenversicherung (Herausgeber) (2009): Ergebnisqualität in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung. Publikation des Workshops am 25. November 2008. DRV Bund (Editor). Auch als Online-Dokument unter: <http://www.deutsche-rentenversicherung.de>.

Erbstößer, S. et al. (2008): Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die Deutsche Rentenversicherung – ein Überblick. RVaktuell, Jg. 55, H. 11, S. 343 – 350.

Erbstößer, S. et al. (2007): Berufliche Rehabilitation aus Teilnehmersicht – aktuelle Ergebnisse des Berliner Fragebogens. RVaktuell, Jg. 54, H. 10, S. 362 – 366.

Hehlin, W./Kranig, A. (2006): Perspektiven der stationären Rehabilitation nach Arbeitsunfällen, Die BG. 12, S. 555 – 560.

Klosterhuis, H. et al. (2009): Rehabilitation der Rentenversicherung – Inanspruchnahme und Qualitätssicherung. Fachzeitschrift „Die BG“ Prävention, Organisation, Recht, 09/2009, S. 396 – 402.

Klosterhuis, H. (2008): Aktuelle Strategien der Deutschen Rentenversicherung in der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation. Prävention und Rehabilitation, Jg. 20, No. 4/2008, S. 184 – 192.

Klosterhuis, H./Zander, J. (2006): Wie berufsorientiert ist die medizinische Rehabilitation? – Auswertungen von Routinedaten der Rentenversicherung. In: Müller-Fahrnow, W./ Hansmeier, T./Karoff, M. (Hrsg.): Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Assessments – Interventionen – Ergebnisse, Pabst Science Publishers, ISBN: 3-89967-265-8, S. 293 – 305.

Korsukéwitz, Ch./Rehfeld, U. (2009): Rehabilitation und Erwerbsminderung – ein aktueller Überblick. RVaktuell, Jg. 56, H. 10, S. 335 – 344.

Köpke, K. H. (2008): Nachsorge in der Rehabilitation – Anmerkungen zu einem zentralen Element der Qualitätssicherung. RVaktuell, Jg. 55, H. 8, S. 228 – 233.

Lindow, B./Klosterhuis, H./Naumann, B. (2007): Ambulante Rehabilitation – ein Versorgungsbereich profiliert sich. RVaktuell, Jg. 54, H. 7, S. 206 – 213.

Meyer, T./Brüggemann/S., Widera, T. (2008): Rehabilitation braucht Zielorientierung – aktuelle Lehren aus der Rehabilitandenbefragung. RVaktuell, Jg. 55, H. 3, S. 94 – 99.

Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum. Studie der Prognos AG im Auftrag von DEGEMED, VDPK NRW und VPKT; Basel 2009.

Rische, H. (2004): Welchen Nutzen hat die medizinische Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung? Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation. 67, S. 200 – 205.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009, Bonn (Deutscher Bundestag Drucksache 16/13770).

Statistisches Bundesamt (2009): Bevölkerung Deutschlands bis 2060 – 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung <http://www.destatis.de>

Widera, T./Klosterhuis, H. (2007): Patientenorientierung in der Praxis – 10 Jahre Rehabilitandenbefragung im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. RVaktuell, Jg. 54, H. 6, S. 177 – 182.

Zielke, M. et al. (2004): Ergebnisqualität und Gesundheitsökonomie verhaltensmedizinischer Psychosomatik in der Klinik. Krankheitsverhalten und Ressourcenverbrauch von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen: Ergebnisse verhaltensmedizinischer Behandlung und Rehabilitation im Langzeitverlauf. Lengerich, Berlin, ISBN 3-89967-113-9.

8 Quellenangaben

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2009): Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2007, Dortmund, <http://www.baua.de/cae/servlet/contentblob/672114/publicationFile/49609/Kosten-2007.pdf;jsessionid=A2A1309BF3381318A63428BD8CC242C9> 22.07.2010

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation BAR (Herausgeber) (2006): ICF – Praxisleitfaden 1. Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) beim Zugang zur Rehabilitation, Frankfurt/Main, ISBN 3-9807410-7-9 http://www.bar-frankfurt.de/upload/ICF1.72dpi_422.pdf 22.07.2010

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation BAR (Herausgeber) (2009): Handlungsempfehlungen „Trägerübergreifende Aspekte bei der Ausführung von Leistungen durch ein Persönliches Budget“ vom 1. April 2009, Frankfurt/Main, http://www.bar-frankfurt.de/upload/Gesamt-PDF-Internet_821.pdf 22.07.2010

Deutsche Rentenversicherung Bund (2010): Rentenversicherung in Zahlen 2010, S. 20.

Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum. Studie der Prognos AG im Auftrag von DEGEMED, VDPK NRW und VPKT; Basel 2009.

Rische, H. (2004): Welchen Nutzen hat die medizinische Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung? Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation. 67, S. 200 – 205.

Statistisches Bundesamt (2009): Bevölkerung Deutschlands bis 2060 – 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung <http://www.destatis.de/>

[jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2009/Bevoelkerung/pressebroschuere__bevoelkerungsentwicklung2009,property=file.pdf](https://www.destatis.de/DE/Presse/pk/2009/Bevoelkerung/pressebroschuere__bevoelkerungsentwicklung2009,property=file.pdf)
22.07.2010

Zielke, M. et al. (2004): Ergebnisqualität und Gesundheitsökonomie verhaltensmedizinischer Psychosomatik in der Klinik. Krankheitsverhalten und Ressourcenverbrauch von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen: Ergebnisse verhaltensmedizinischer Behandlung und Rehabilitation im Langzeitverlauf. Lengerich, Berlin, ISBN 3-89967-113-9.

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft
und -gestaltung (GVG) e.V.
Hansaring 43
D-50670 Köln

info@gvg.org
www.gvg.org

Tel.: +49(0)221/91 28 67-0
Fax: +49(0)221/91 28 67-6

Die Rehabilitation trägt dazu bei, dass chronisch kranke, behinderte und von chronischer Krankheit und Behinderung bedrohte Menschen in Alltag, Familie und Beruf selbstbestimmt, gleichberechtigt und eigenverantwortlich leben können. Mit diesem Ziel der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe bietet sie den Betroffenen in jeder Lebenssituation passende Angebote. Der Nutzen der medizinischen Rehabilitation geht zugleich weit über den unmittelbaren Nutzen für die Betroffenen hinaus. Als wesentlicher Baustein sozialer Sicherung stellt das Rehabilitationssystem in Deutschland auch einen positiven Standortfaktor dar. Angesichts zu erwartender Veränderungen der Bevölkerungs- und Erwerbsstruktur in Deutschland und angesichts begrenzter Mittel gilt es, das Potenzial der Rehabilitation weiterhin auszuschöpfen und zu stärken.

Die in der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) zusammengeschlossenen Organisationen geben deshalb mit der vorliegenden Veröffentlichung des GVG-Ausschusses „Pflege/Rehabilitation“ einen Überblick, welche Möglichkeiten die medizinische Rehabilitation bietet, wie sie funktioniert und welchen Nutzen sie bringt. Damit stellt die GVG Patienten und Versicherten, Ärzten, Rehabilitationsträgern, betrieblichen Akteuren, den Anlaufstellen für Rehabilitation und den politisch Verantwortlichen eine Zusammenstellung der grundlegenden Rahmenbedingungen und der Möglichkeiten der Rehabilitation zur Verfügung und macht sie für die Praxis zugänglich.

