

Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung



Vorwort

Das erneut aktualisierte Rahmenkonzept für die medizinische Rehabilitation in der Deutschen Rentenversicherung baut auf seinen Vorgängern, der Erstversion aus dem Jahr 1992 sowie der Aktualisierung aus 1996 auf. Es wurde überarbeitet, um wesentliche Neuentwicklungen der medizinischen Rehabilitation zu berücksichtigen.

Hierzu gehören u. a. die Neukodifizierung des Rehabilitationsrechts im SGB IX, die Einführung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) als konzeptionelles Bezugssystem in der medizinischen Rehabilitation sowie die Etablierung von Disease-Management-Programmen und integrierter Versorgung, in denen die medizinische Rehabilitation einen wichtigen Bestandteil darstellt. Stärker als bisher wird auf spezielle Rehabilitandengruppen eingegangen, die besondere Aufmerksamkeit erfordern, wie z. B. Menschen mit Migrationshintergrund. Das Bemühen um eine geschlechtergerechte Formulierung soll die Gleichstellung von Frauen und Männern auch sprachlich zum Ausdruck bringen.

Das Rahmenkonzept wurde vom Fachausschuss für Rehabilitation als Grundlage für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung beschlossen.

Wie auch seine Vorgänger, befasst sich das Rahmenkonzept mit den krankheitsübergreifenden Zielen und Aufgaben der medizinischen Rehabilitation und beschreibt deren wesentliche Grundlagen. Diese sind eingebettet in das Bezugssystem der ICF und werden ergänzt durch die einschlägigen rechtlichen Zielvorgaben. Anschließend wird die medizinische Rehabilitation als Teil der Gesundheitsversorgung, aber auch in Abgrenzung zu anderen Angeboten beschrieben. Es folgen Ausführungen zur Einleitung der Rehabilitation, zu Reha-Diagnostik und Therapie sowie zu zentralen Behandlungselementen. Diagnostik und Therapie basieren auf einem ganzheitlichen und interdisziplinären Ansatz, der vom jeweiligen individuellen Rehabilitationsbedarf ausgeht, die aktive Mitwirkung der Rehabilitanden fördert, gleichermaßen psychische, körperliche und soziale Ebenen der Gesundheitsstörung und ihrer Folgen berücksichtigt und eine multiprofessionelle Therapie durch das gesamte Reha-Team voraussetzt. Ausführungen zu Kooperationen mit anderen Trägern bzw. Institutionen, zur Nachsorge und zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben komplettieren diesen Teil rund um den Rehabilitationsprozess und die Rehabilitationseinrichtungen. Ergänzt wird das Konzept durch Ausführungen zu Leitlinien und Qualitätssicherung der Rentenversicherung, zu Aus-, Fort- und Weiterbildung der am Reha-Prozess Beteiligten sowie zu neuen Entwicklungen im Rahmen von Rehabilitationswissenschaften und -forschung.

Wie bisher ist das Rahmenkonzept darauf ausgerichtet, die medizinische Rehabilitation bedarfsgerecht weiterzuentwickeln und ihre Qualität und Wirksamkeit weiter zu verbessern. Die Deutsche Rentenversicherung regt deshalb alle an der medizinischen Rehabilitation Beteiligten und alle Rehabilitationseinrichtungen an, ihre Konzepte und ihre Praxis an diesem Rahmenkonzept auszurichten, insbesondere im Interesse der von Krankheit und Behinderung betroffenen Menschen.



Dr. A. Reimann
Direktor der Deutschen Rentenversicherung Bund

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
2	Grundlagen und Aufgaben der Rehabilitation	6
2.1	Konzeptionelles Bezugssystem	6
2.1.1	„Funktionale Gesundheit“ als Ansatz der Rehabilitation	6
2.1.2	Die Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe	7
2.1.3	Ziele und Grenzen der ICF	8
2.2	Rechtliche Zielvorgaben	9
2.3	Aufgaben der medizinischen Rehabilitation	11
3	Medizinische Rehabilitation als Teil der Gesundheitsversorgung	13
3.1	Flexibles System der rehabilitativen Versorgung	13
3.1.1	Angebots- bzw. Versorgungsformen	13
3.1.2	Regionale Versorgung	14
3.1.3	Indikationsspezifische Behandlungsdauer	15
3.2	Rehabilitation als Teil integrierter Versorgungsformen	15
3.2.1	Disease-Management-Programme	15
3.2.2	Integrierte Versorgung	16
3.3	Abgrenzungsfragen	17
3.3.1	Kurative medizinische Versorgung und medizinische Rehabilitation	17
3.3.2	Medizinische Rehabilitation und Kur	18
4	Einleitung der Rehabilitation	19
4.1	Zugang zur Rehabilitation	19
4.2	Antragsprüfung und Zuweisung	20
4.3	Vorbereitung auf die medizinische Rehabilitation	21
5	Durchführung der Rehabilitation	23
5.1	Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung	23
5.1.1	Ganzheitlicher Rehabilitationsansatz	23
5.1.2	Umfassendes Rehabilitations- und Therapiekonzept	23
5.1.3	Architektonische Gestaltung der Einrichtungen und Barrierefreiheit	24
5.1.4	Interdisziplinäres Rehabilitationsteam und Qualifikation	25
5.1.4.1	Arzt/Ärztin	26
5.1.4.2	Klinischer Psychologe/Klinische Psychologin	27
5.1.4.3	Physiotherapeut/in und Krankengymnast/in	27
5.1.4.4	Masseur/in und Medizinische(r) Bademeister/in	27
5.1.4.5	Ergotherapeut/in	27
5.1.4.6	Logopäde/Logopädin und Sprachtherapeut/in	27
5.1.4.7	Sozialarbeiter/in und Sozialpädagoge/Sozialpädagogin	27
5.1.4.8	Diätassistent/in	28
5.1.4.9	Gesundheits- und Krankenpfleger/in	28
5.1.4.10	Sportlehrer/in und Sportwissenschaftler/in und Sporttherapeut/in	28
5.2	Diagnostik	28
5.2.1	Diagnostik der Erkrankung auf der Ebene der Schädigungen (Körperfunktionen und -strukturen)	30
5.2.2	Aktivitätsdiagnostik	30
5.3	Rehabilitations- bzw. Therapieziele	31
5.4	Therapieplan	32
5.5	Behandlungselemente	33
5.5.1	Ärztliche Aufgaben	33
5.5.2	Pflege	33
5.5.3	Physiotherapie und Physikalische Therapie	34
5.5.3.1	Physiotherapie (Krankengymnastik)	34
5.5.3.2	Sport- und Bewegungstherapie	34
5.5.3.3	Physikalische Therapie	34
5.5.4	Ergotherapie	35
5.5.5	Gesundheitsbildung-Gesundheitstraining-Patientenschulung	35
5.5.5.1	Einführende (indikationsübergreifende) Programme	36
5.5.5.2	Weiterführende (vertiefende) Programme	36
5.5.5.3	Krankheitsspezifische Programme	36
5.5.6	Psychologische Beratung und Psychotherapie	37
5.5.7	Ernährungsberatung und Diätetik	38

5.5.8	Spezielle funktionsbezogene Therapieverfahren und Hilfsmittel	38
5.5.8.1	Neuropsychologisches Training	38
5.5.8.2	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	39
5.5.8.3	Hilfsmittelversorgung und Hilfsmittelgebrauch	39
5.5.9	Soziale und arbeitsbezogene Beratung	39
5.5.10	Arbeitsbezogene Maßnahmen	39
5.5.11	Angehörigenarbeit	40
5.5.12	Behandlungselemente und Therapieplan	40
5.6	Therapiekontrolle	41
5.7	Entlassungsbericht	41
6	Kooperation	43
6.1	Kooperation der Rehabilitationsträger	43
6.1.1	Regelungen durch das SGB IX	43
6.1.2	Zusammenarbeit im Rahmen der BAR	43
6.2	Kooperation mit anderen Institutionen	44
6.3	Selbsthilfe	45
6.3.1	Bedeutung der Selbsthilfe für die Rehabilitation	45
6.3.2	Bedeutung der Rehabilitation für die Selbsthilfe	46
7	Nachgehende Leistungen	48
7.1	Reha-Nachsorge	48
7.2	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	50
8	Leitlinien und Qualitätssicherung	51
8.1	Leitlinien	51
8.1.1	Begriff und Zielsetzungen	51
8.1.2	Evidenzbasierte Medizin	51
8.1.3	Leitlinienentwicklung in der Rehabilitation	52
8.1.4	Perspektiven	53
8.2	Die Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung	53
8.2.1	Gesetzliche Grundlagen der Qualitätssicherung	53
8.2.2	Aufgaben und Ziele der Qualitätssicherung	54
8.2.3	Dimensionen der Qualität – Erhebungsinstrumente und Qualitätsberichterstattung	54
8.2.3.1	Strukturqualität - Strukturhebung und -analyse	55
8.2.3.2	Prozessqualität als Qualität der rehabilitativen Versorgung	55
8.2.3.3	Ergebnisqualität als Patientenbefragung und subjektive Ergebnismessung	56
8.2.3.4	Internes Qualitätsmanagement als Innenseite der Qualität	56
8.2.3.5	Visitationen als Qualitätssicherung „vor Ort“	57
8.2.3.6	Konzepte zur Darstellung und Bewertung der Gesamt-Qualität	58
8.2.4	Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger	58
8.2.5	Ausweitung der Qualitätssicherung auf andere Versorgungssegmente der Rehabilitation	59
8.2.6	Weiterentwicklung und Ausblick	60
9	Aus-, Fort- und Weiterbildung	61
10	Rehabilitationswissenschaften und Forschung	62
10.1	Rehabilitationswissenschaftliche Infrastruktur	62
10.2	Forschungsförderung	63
10.3	Sozialmedizinische Forschung	63
10.4	Ausblick	64
11	Anhang: Berufsgruppen mit bikultureller Kompetenz in Abhängigkeit vom Indikationsschwerpunkt der Einrichtung	65

1 Einleitung

Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben haben sich in den vergangenen Jahrzehnten als wichtige Instrumente zur Integration von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen ins Erwerbsleben etabliert. Dies gilt insbesondere für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit solchen Krankheiten und Unfällen, deren Folgen langfristig schwerwiegende negative Auswirkungen auf die Teilhabe in Beruf und Alltag haben können. Das vorliegende Rahmenkonzept beschreibt die Grundlagen, Zielsetzungen und Inhalte der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. Es verdeutlicht Grundlinien und Besonderheiten des Rehabilitationsansatzes und ist offen für eine Weiterentwicklung durch neue Erkenntnisse der Rehabilitationswissenschaften oder gesellschaftliche Änderungen.

Indikationsspezifische Grundlagen sind Gegenstand der Rehabilitationskonzepte für die einzelnen Krankheitsgruppen. Für diese Konzepte stellen die folgenden Ausführungen den übergreifenden Rahmen dar. Das Schwergewicht liegt bei der Darstellung der krankheitsübergreifenden Aspekte. Die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen bedarf eines speziellen Konzepts. Die gesetzliche Rentenversicherung hat deshalb ein Rahmenkonzept und indikationsspezifische Konzepte zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen erarbeitet (DRV-Schriften, Band 8, 1998)¹.

In vielen Fällen von chronischer Krankheit oder Behinderung sind nicht nur Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sondern auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich. Auf diese wird in diesem Rahmenkonzept nur insoweit eingegangen, wie Schnittstellen zur medizinischen Rehabilitation betroffen sind. Auch die Besonderheiten der Rehabilitation in Einrichtungen, die sowohl Leistungen zur medizinischen Rehabilitation als auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbringen (Phase II-Einrichtungen und Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke - RPK), sind nicht Gegenstand dieses Rahmenkonzepts.

¹ Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation BAR (1988): Gemeinsames Rahmenkonzept für die Durchführung stationärer medizinischer Maßnahmen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendlichen. Frankfurt am Main.

2 Grundlagen und Aufgaben der Rehabilitation

2.1 Konzeptionelles Bezugssystem

Alle modernen Definitionen des Begriffs der Rehabilitation basieren auf dem Krankheitsfolgenmodell der Internationalen Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und (sozialen) Beeinträchtigungen (ICIDH) der Weltgesundheitsorganisation (WHO)² von 1980. Dieses Modell wurde mit der Nachfolgerin der ICIDH, der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO³ von 2001 erheblich erweitert und damit der Lebenswirklichkeit der Betroffenen besser angepasst. Insbesondere wird nun der gesamte Lebenshintergrund berücksichtigt. Im Neunten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – wurden wesentliche Aspekte der ICF unter Berücksichtigung der in Deutschland historisch gewachsenen und anerkannten Besonderheiten aufgenommen.

2.1.1 „Funktionale Gesundheit“ als Ansatz der Rehabilitation

Der wichtigste Grundbegriff der ICF ist der Begriff der funktionalen Gesundheit⁴. Danach gilt eine Person als funktional gesund, wenn vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Konzept der Kontextfaktoren)

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des geistigen und seelischen Bereichs) und ihre Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen),
2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (Gesundheitsproblem im Sinn der ICD⁵) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten), und
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen).

Der ICF-Begriff der „Funktionsfähigkeit“ umfasst alle Aspekte der funktionalen Gesundheit. Mit dem Begriff der funktionalen Gesundheit wird die rein bio-medizinische Betrachtungsweise verlassen. Zusätzlich zu den bio-medizinischen Aspekten (Körperfunktionen und -strukturen), die die Ebene des Organismus betreffen, werden Aspekte des Menschen als handelndes Subjekt (Aktivitäten) und als selbstbestimmtes und gleichberechtigtes Subjekt in Gesellschaft und Umwelt (Teilhabe) einbezogen. Diese Sichtweise ist für die Rehabilitation von zentraler Bedeutung. Die genannten Aspekte gleichsam umhüllend werden die Kontextfaktoren der betreffenden Person, d. h. alle externen Gegebenheiten der Welt, in der sie lebt (z. B. Verfügbarkeit von Teilzeitarbeitsplätzen) sowie ihre persönlichen Eigenschaften und Attribute (z. B. Alter, Geschlecht, Ausbildung, Motivation, Leistungsbereitschaft) in die Betrachtung einbezogen. Beides, die Umweltfaktoren und die personbezogenen Faktoren, sind auch bei der Rehabilitation zu berücksichtigen (z. B. Hilfsmittel, angepasste Technologien, Arbeitsplatzanpassung). Kontextfaktoren können sich positiv insbesondere auf die Teilhabe an Lebensbereichen auswirken (Förderfaktoren, z. B. soziale Unterstützung, „gebraucht zu werden“, gute Leistungsbereitschaft der Person) oder negativ (Barrieren, z. B. fehlende Teilzeitarbeitsplätze, Migration, Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten, mangelnde Motivation der Person).

2 World Health Organization (1980): International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). Geneva. Deutsche Version: Weltgesundheitsorganisation (1995): Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (ICIDH). Berlin: Ullstein Mosby (vergriffen).

3 World Health Organization (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva. Deutsche Version: Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Siehe im Internet unter: www.dimdi.de [Klassifikationen - ICF].

4 Schuntermann, M. F. (2007): Einführung in die ICF. 2. überarbeitete Auflage. Landsberg: ecomed Medizin.

5 Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI (Hrsg.) (2007): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag. Siehe im Internet unter: www.dimdi.de [Klassifikation - ICD].

Damit kann der Zustand der funktionalen Gesundheit einer Person aufgefasst werden als das Ergebnis der Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem (klassifiziert nach der ICD) einer Person und ihren Kontextfaktoren (bio-psycho-soziales Modell der ICF).

Eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit ist das Ergebnis der negativen Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem (ICD) einer Person und ihren Kontextfaktoren. Beispiel: Eine Störung der Herzfunktion infolge koronarer Herzkrankheit (ICD) einer Person führt zu einer Einschränkung ihrer körperlichen Belastbarkeit in Alltag und Beruf (Beeinträchtigung von Aktivitäten). Die Person kann und will noch halbtags arbeiten (Wille als personbezogener Faktor). Bezüglich der Teilhabe der Person am Erwerbsleben kann ein Umweltfaktor positiv oder negativ wirken: der Person kann ein Teilzeitarbeitsplatz zur Verfügung gestellt werden (Umweltfaktor als Förderfaktor), so dass sie auch weiterhin am Erwerbsleben teilhat, oder für sie ist ein solcher Arbeitsplatz nicht verfügbar (Umweltfaktor als Barriere), so dass sie die Teilhabe am Erwerbsleben verliert.

Jede Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit wird in der ICF Behinderung genannt. Dieser Behinderungsbegriff ist wesentlich weiter als der des SGB IX. Um Missverständnisse zu vermeiden, sollte im Bereich der Sozialleistungsträger stets darauf geachtet werden, den Behinderungsbegriff des SGB IX, klar von dem der ICF zu trennen⁶.

2.1.2 Die Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe

Das Konzept der Körperfunktionen und -strukturen bezieht sich auf den menschlichen Organismus einschließlich des mentalen Bereichs. Dabei sind Körperfunktionen die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychologischer Funktionen), Körperstrukturen anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile. Schädigungen sind Beeinträchtigungen einer Körperfunktion oder -struktur, wie z. B. eine wesentliche Abweichung oder ein Verlust.

Das Konzept der Aktivitäten bezieht sich auf den Menschen als handelndes Subjekt. Hierbei wird unter einer Aktivität die Durchführung einer Handlung oder Aufgabe verstanden. Beeinträchtigungen einer Aktivität sind Probleme, die eine Person bei der Durchführung einer Handlung oder Aufgabe hat. Das Aktivitätskonzept umfasst zwei Sachverhalte: Leistungsfähigkeit und Leistung. Leistungsfähigkeit ist das maximale Leistungsniveau einer Person bezüglich einer Aufgabe oder Handlung unter Test-, Standard- oder hypothetischen Bedingungen, wobei die Bedeutung von „maximal“ abhängig von der Fragestellung ist. Leistung ist die tatsächliche Durchführung einer Aufgabe oder Handlung durch eine Person unter den Gegebenheiten ihrer Umwelt. Mit dem Begriff der Leistung wird berücksichtigt, dass die konkrete Durchführung einer Handlung oder Aufgabe stets in einem bestimmten Kontext erfolgt. Eine Person erbringt demnach genau dann eine Leistung, wenn sie (1) hierfür objektiv leistungsfähig genug ist, (2) die Gegebenheiten ihrer Umwelt es ihr objektiv ermöglichen, ihre Leistungsfähigkeit in Leistung umzusetzen, und sie (3) den Willen (die Leistungsbereitschaft) zur Umsetzung ihrer Leistungsfähigkeit in Leistung hat⁷. Der Wille zur Umsetzung der Leistungsfähigkeit in Leistung gehört in der ICF zu den personbezogenen Faktoren (soweit eine Beeinträchtigung des Willens nicht Teil des Gesundheitsproblems ist). Wichtige Aufgaben der Rehabilitation sind die Wiederherstellung oder die Verbesserung der Leistungsfähigkeit, die Verbesserung der Gegebenheiten der Umwelt durch Abbau von Barrieren und Schaffung von Förderfaktoren sowie ggf. das Einwirken auf die Leistungsbereitschaft.

Das Teilhabekonzept bezieht sich auf den Menschen als Subjekt in Gesellschaft und Umwelt. Teilhabe ist das Einbezogensein einer Person in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich. Beeinträchtigungen der Teilhabe sind Probleme, die eine Person beim Einbezogensein in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich hat. Das

⁶ Vgl. Schuntermann, M. F. (2003): Grundsatzpapier der Rentenversicherung zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). In: Deutsche Rentenversicherung, 1-2: S. 52-59.

⁷ Nordenfelt, L. (2003): Action theory, disability and ICF. Disability & Rehabilitation, 25 (18): S. 1075-1079.

Konzept der Teilhabe ist mit Fragen nach dem Zugang zu Lebensbereichen sowie der Daseinsentfaltung, dem selbstbestimmten und gleichberechtigten Leben und der erlebten gesundheitsbezogenen Lebensqualität verknüpft (vgl. § 1 SGB IX).

In Deutschland wurde mit dem SGB IX der Begriff der Teilhabe als Rechtsbegriff eingeführt. Eine Leistung zur Teilhabe kann nur dann erbracht werden, wenn die Teilhabe der betreffenden Person bedroht oder eingeschränkt ist. Die Entscheidung hierüber trifft die Verwaltung des entsprechenden Leistungsträgers. Sie stützt sich hierbei im Grundsatz auf ein sozialmedizinisches Gutachten, das insbesondere Aussagen zu den Aktivitäten (Leistungsfähigkeit, Leistung) und ihren Beeinträchtigungen einer Person macht.

Die ICF ist eine Klassifikation, mit welcher der Zustand der funktionalen Gesundheit einer Person beschrieben werden kann. Insbesondere ermöglicht sie es,

1. das positive und negative Funktions-/Strukturbild,
2. das positive und negative Aktivitätsbild im Sinne von Leistungsfähigkeit bzw. Leistung und
3. das positive und negative Teilhabebild an Lebensbereichen (z. B. Erwerbsleben, Erziehung/Bildung, Selbstversorgung usw.)

einer Person vor dem Hintergrund möglicher Förderfaktoren und Barrieren standardisiert zu dokumentieren. Diese Dokumentation ist hilfreich für die Bestimmung der Zielsetzungen einer Rehabilitationsleistung, der Auswahl der Reha-Maßnahme und ihrer spezifischen Komponenten, sowie für das Reha-Management und die Evaluation.

2.1.3 Ziele und Grenzen der ICF

Das wichtigste Ziel der ICF ist es, eine gemeinsame Sprache für die Beschreibung der funktionalen Gesundheit zur Verfügung zu stellen, um die Kommunikation zwischen den Fachleuten im Gesundheits- und Sozialwesen, insbesondere in der Rehabilitation, sowie mit den betroffenen Menschen zu verbessern. Darüber hinaus stellt sie ein systematisches Verschlüsselungssystem für Gesundheitsinformationssysteme bereit und ermöglicht Datenvergleiche zwischen Ländern, Disziplinen im Gesundheitswesen, Gesundheitsdiensten sowie im Zeitverlauf.

Die Bedeutung der ICF für die Rehabilitation lässt sich wie folgt skizzieren:

- Die Wiederherstellung oder wesentliche Besserung der Funktionsfähigkeit insbesondere auf der Ebene der Aktivitäten (Leistungsfähigkeit, Leistung) bei bedrohter oder eingeschränkter Teilhabe an Lebensbereichen einer Person ist eine zentrale Aufgabe der Rehabilitation. Daher ist die ICF für die Rehabilitation bei der Feststellung des Reha-Bedarfs, bei der funktionalen Diagnostik, dem Reha-Management, der Interventionsplanung und der Evaluation rehabilitativer Maßnahmen nutzbar.
- Die ICF ermöglicht es, Kontextfaktoren (Umweltfaktoren, personbezogene Faktoren) in den Rehabilitationsprozess der Rehabilitanden einzubeziehen: Barrieren, welche die Leistung oder Teilhabe erschweren oder unmöglich machen, sind abzubauen und Förderfaktoren, welche die Leistung oder Teilhabe trotz erheblicher gesundheitlicher Beeinträchtigungen wiederherstellen oder unterstützen, sind auszubauen oder zu stärken.

Insbesondere zwei Aspekte sind es, welche die Grenzen der ICF aufzeigen:

- Die ICF ist keine Klassifikation funktionaler Diagnosen, sie ist vielmehr für die Angabe funktionaler Befunde und Symptome entwickelt worden.

- Sie ist kein Assessmentinstrument, also keine standardisierte Methode und kein Instrument zur Beschreibung und Beurteilung der Körperfunktionen/-strukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe. Auf ihrer Grundlage können jedoch solche Instrumente entwickelt bzw. weiterentwickelt werden⁸.

2.2 Rechtliche Zielvorgaben

Mit dem zum 1. Juli 2001 in Kraft getretenen SGB IX hat der Gesetzgeber einen Paradigmenwechsel vorgenommen und den Partizipationsgedanken in den Vordergrund gerückt. Danach sind Ziele des SGB IX die Förderung von Selbstbestimmung und Teilhabe chronisch kranker und behinderter Menschen, die Koordination, Kooperation und Konvergenz in der Rehabilitation sowie der Vorrang der Prävention.

Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach dem SGB IX und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Dabei wird den besonderen Bedürfnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder Rechnung getragen (§ 1 SGB IX).

Nach § 4 SGB IX umfassen die Leistungen zur Teilhabe die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
3. die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder
4. die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.

Dieses weit gefasste Rehabilitationsverständnis orientiert sich an Menschen mit bleibenden Folgeerscheinungen von Gesundheitsstörungen. Ihnen soll dazu verholfen werden, trotz Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen durch die Entwicklung noch vorhandener Fähigkeiten und Ressourcen sowie durch zusätzliche Hilfen ein selbstbestimmtes und gleichberechtigtes Leben in der Gesellschaft zu führen.

Rehabilitation durch die gesetzliche Rentenversicherung

Die Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung zur Teilhabe sind durch einen speziellen gesetzlichen Auftrag beschrieben: Die Rentenversicherung erbringt nach § 9 SGB VI Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen, um

1. den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und
2. dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederinzugliedern.

Gleichzeitig formuliert der Gesetzgeber an dieser Stelle den Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“: „Die Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen, die

⁸ Schuntermann, M. F. (2001): ICDH und Assessments. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin, 11 (1): S. 28-36.

bei erfolgreichen Leistungen zur Teilhabe nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen sind.“ Dieser Vorrang wird durch § 8 Abs. 2 SGB IX gestützt und auf Leistungen zur Teilhabe während des Rentenbezugs erweitert.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind nicht von der Rentenversicherung zu erbringen in der Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit einer Krankheit oder anstelle einer sonst erforderlichen Krankenhausbehandlung (§ 13 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGB VI).

Die „persönlichen Voraussetzungen“ nach den Vorschriften des § 10 SGB VI erfüllen Versicherte,

1. deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und
2. bei denen voraussichtlich
 - a) bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben abgewendet werden kann,
 - b) bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder hierdurch deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann,
 - c) bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit der Arbeitsplatz durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten werden kann.

Anders als im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) gehört damit die alleinige Linderung von Krankheitsbeschwerden und die Vermeidung bzw. Minderung von Pflegebedürftigkeit nicht zu den gesetzlich festgelegten Rehabilitationszielen der gesetzlichen Rentenversicherung⁹.

Die medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung kann bereits einsetzen, wenn die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben noch nicht gemindert, aber schon erheblich gefährdet ist. Das charakterisiert die präventive Orientierung der Rehabilitation, die in Deutschland wesentlich stärker ausgeprägt ist als in anderen Ländern. Diese Orientierung basiert auf der Erkenntnis, dass chronische Krankheitsprozesse und ihre Folgen meist wirksamer behandelt werden können, wenn die medizinische Rehabilitation so früh wie möglich einsetzt. Das hat auch seinen Niederschlag gefunden in § 3 SGB IX: „Die Rehabilitationsträger wirken darauf hin, dass der Eintritt einer Behinderung einschließlich einer chronischen Krankheit vermieden wird.“ § 3 SGB IX ist aber keine eigenständige Anspruchsgrundlage für Leistungen zur Prävention.

Dem Wortsinn nach ist medizinische Rehabilitation das „Wiederfähigmachen“; vorausgesetzt werden also gesundheitliche Schadensereignisse oder Entwicklungen, durch die Fähigkeiten verloren gegangen sind, die durch besondere therapeutische Maßnahmen wiedererlangt oder durch den Gewinn neuer Fähigkeiten kompensiert werden können. Die Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung umfassen derartige Maßnahmen bei Folgeerscheinungen von Gesundheitsstörungen (z. B. Schädel-Hirn-Trauma) bzw. bei fortgeschrittenen chronischen Erkrankungen mit Fähigkeitsstörungen (z. B. rheumatischen Erkrankungen, Diabetes mellitus). Eingeschlossen sind auch Maßnahmen mit dem Ziel, eine Verschlechterung zu vermeiden oder zumindest hinauszuschieben.

⁹ Eine Ausnahme bilden die Leistungen nach § 31 SGB VI: Die Rentenversicherung kann zusätzlich unter präventiver Zielsetzung stationäre medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit für Versicherte erbringen, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben (§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI). Ferner können Maßnahmen zur Rehabilitation bei Tumorerkrankungen für Versicherte, Bezieher einer Rente sowie ihre Angehörigen zur Stabilisierung oder Besserung der gesundheitlichen Situation erbracht werden und es können stationäre Heilbehandlungen für Kinder von Versicherten und Beziehern einer Rente erbracht werden (§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und 4 SGB VI).

Eine nachhaltige Verbesserung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben setzt voraus, dass auch alltägliche Aufgaben im familiären und sozialen Bereich wahrgenommen werden können. Die einschränkende gesetzliche Formulierung des Rehabilitationsauftrags der gesetzlichen Rentenversicherung ist immer im Kontext des Grundsatzes „Reha vor Rente“ zu sehen, denn mit Rehabilitationsleistungen sollen Frühverrentungen vermieden werden.

2.3 Aufgaben der medizinischen Rehabilitation

Eine wesentliche Zielsetzung der Rehabilitation besteht darin, die Betroffenen zu befähigen, mit ihrer Krankheit adäquat und selbstbestimmt umzugehen und trotz Einschränkungen vor allem ihre Funktionen im Beruf wahrzunehmen sowie ihre Rollen in Familie und Gesellschaft so weit wie möglich auszuüben.

Chronische Erkrankungen und ihre Folgen lassen ebenso wie Akuterkrankungen und traumatische Ereignisse nicht immer eine völlige Wiederherstellung der Gesundheit zu. Die Aufgabe der Rehabilitation liegt in diesen Fällen darin, eine Besserung des Gesundheitszustandes zu erreichen, ein Fortschreiten des Krankheitsprozesses aufzuhalten, bereits eingetretene Funktions- und Aktivitätsstörungen weitestgehend zu reduzieren und einer Beeinträchtigung der Teilhabe bzw. dem Auftreten dauerhafter Benachteiligungen vorzubeugen. Besondere Aufmerksamkeit ist dem gehäuftem Auftreten von Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) zu widmen, dem durch entsprechende Behandlungskonzepte und Organisationsstrukturen Rechnung zu tragen ist.

Konkrete Aufgaben der medizinischen Rehabilitation sind im Einzelnen:

1. Diagnostik der Erkrankung und der Funktionsstörungen auf der Ebene der Körperstrukturen und -funktionen (falls noch nicht ausreichend erfolgt oder falls die vorliegenden Befunde nicht mehr aktuell sind), spezielle Leistungsdiagnostik auf der Ebene der Aktivitäten (körperliche und psychische Leistungsfähigkeit) und psychosoziale Diagnostik als Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik, Berücksichtigung individueller Kontextfaktoren (Umwelt- und personbezogene Faktoren) im Hinblick auf ihre unterstützende oder Barrierewirkung.
2. Erstellung eines Rehabilitationsplans, der soweit wie möglich die Behandlungskonzepte der Vorbehandler berücksichtigt, auf den Ergebnissen der (Verlaufs-)Diagnostik in der Rehabilitationseinrichtung aufbaut und die individuellen Voraussetzungen der Rehabilitanden sowie die besonderen Anforderungen an sie in Beruf und Alltag einbezieht. Dabei ist es notwendig, Rehabilitanden bei der Erstellung des Rehabilitationsplans einzubinden.
3. Fortführung, ggf. Anpassung der medizinischen Therapie und Durchführung von physikalischen, psychologischen und weiteren Therapieleistungen (z. B. Ergotherapie, Logopädie).
4. Training von Restfunktionen und Ausbildung neuer Fertigkeiten zur Kompensation von beeinträchtigten Funktionen und Aktivitäten. Abbau hemmend und Unterstützung fördernd wirkender Kontextfaktoren.
5. Information über die Erkrankung und deren Folgen sowie über die erforderlichen aktuellen und langfristigen Behandlungsmaßnahmen.
6. Förderung einer angemessenen Einstellung zur Erkrankung: Akzeptanz irreversibler Krankheitsfolgen, Motivation zur aktiven Krankheitsverarbeitung („Wandel vom Behandelten zum Handelnden“) und Aufbau eines eigenverantwortlichen Gesundheitsbewusstseins.
7. Anleitung und Schulung zum eigenverantwortlichen Umgehen (Selbstmanagement) mit der Erkrankung.
8. Verhaltensmodifikation mit dem Ziel des Aufbaus einer krankheitsadäquaten und gesundheitsförderlichen Lebensweise und des Abbaus gesundheitsschädlichen Verhaltens.
9. Beratung und Anleitung von Bezugspersonen über den adäquaten Umgang mit der Rehabilitandin bzw. dem Rehabilitanden und den Folgen der Gesundheitsstörung.

10. Sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit der Rehabilitanden.
11. Beratung im Hinblick auf die berufliche Tätigkeit und das Alltagsleben auf der Basis des erreichten Leistungsvermögens.
12. Planung und Anregung weiterer Maßnahmen (Nachsorge, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Indikationsstellung für weitere diagnostische und/oder therapeutische Maßnahmen) und Vorbereitung der Rehabilitanden darauf.

Charakteristisch für die medizinische Rehabilitation ist eine individuell geplante therapeutische Arbeit, an der die Rehabilitanden aktiv mitwirken und die sich in der Regel über den ganzen Tag verteilt. Die Behandlung umfasst eine intensive Anleitung zu einer angemessenen Bewältigung der gesundheitlichen Schädigungen sowie der damit verbundenen Beeinträchtigungen auf der Ebene der Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe. Bei bleibenden Folgeerscheinungen soll hierdurch auch die ggf. erforderliche Anpassung an ein verändertes Alltagsleben erleichtert werden. Das allgemeine Ziel besteht in einer „Hilfe zur Selbsthilfe“, die für einen nachhaltigen Erfolg der Rehabilitation unerlässlich ist. Die Rehabilitanden sollen ein vertieftes Verständnis für die individuellen psychischen und sozialen Faktoren erlangen, die für die Entstehung und den Verlauf ihrer Gesundheitsstörung von Bedeutung sind. In diesem Zusammenhang sind die individuell relevanten Kontextfaktoren zu berücksichtigen mit geeigneter Unterstützung der Förderfaktoren und Abbau der hemmend wirkenden Faktoren (Barrieren).

Rehabilitationseinrichtungen sind durch sozialmedizinische Kompetenz ausgewiesen. Die Ergebnisse der Diagnostik und der Verlaufsbeobachtungen bilden die Grundlage für gutachterliche Aussagen zur physischen und psychischen Belastbarkeit und sind als Voraussetzung zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben von entscheidender Bedeutung. Behandlungseinrichtungen mit einem Schwerpunkt zur Behandlung von Migrantinnen und Migranten sind durch sozialmedizinisch erfahrene Ärzte mit interkultureller/bikultureller Kompetenz besonders auf die Rehabilitation und anschließende Begutachtung dieser Personengruppe eingestellt.

Den Rehabilitationseinrichtungen kommt eine Schlüsselfunktion für die Reintegration in das Berufsleben sowie für die Einleitung eventuell notwendiger nachgehender Leistungen zu.

3 Medizinische Rehabilitation als Teil der Gesundheitsversorgung

Die medizinische Rehabilitation ist ein Teil des gegliederten Systems der deutschen Gesundheitsversorgung. Gegenwärtig unterliegt das deutsche Gesundheitswesen einem dynamischen Wandel, der die medizinische Rehabilitation unmittelbar betrifft und zu einer zunehmenden Vernetzung der Behandlungssektoren (z. B. ambulant – stationär, Akutmedizin – Rehabilitation) führt. Die Auswirkungen von gesundheitspolitischen Entscheidungen sind nicht mehr nur auf einen Versorgungssektor beschränkt. Dies gilt sowohl für die Einführung der DRG-Fallpauschalen für die Krankenhäuser und die damit verbundenen Abgrenzungsfragen als auch für die Disease-Management-Programme (DMP). Ein wichtiges Instrument für die sektorenübergreifende Vernetzung ist die integrierte Versorgung. Durch diese gesundheitspolitischen Entwicklungen wird auch ein Wettbewerb zwischen den Behandlungssektoren angeregt. Die Rehabilitation muss sich diesen Herausforderungen insbesondere durch eine wissenschaftlich fundierte Weiterentwicklung ihrer Konzepte stellen.

3.1 Flexibles System der rehabilitativen Versorgung

Die gesetzliche Rentenversicherung ist der größte Leistungsträger von medizinischen Rehabilitationsleistungen. Über die Hälfte aller stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Deutschland werden von der Deutschen Rentenversicherung erbracht. Dafür stehen ihr eigene Rehabilitationseinrichtungen und Vertragseinrichtungen zur Verfügung, die die Rehabilitationsleistungen auf Basis von vereinbarten Konzepten durchführen. Um eine am individuellen Bedarf orientierte medizinische Rehabilitation vor dem Hintergrund sich wandelnder Anforderungen sicherzustellen, ist ein wesentlicher Schwerpunkt der Weiterentwicklung der Ausbau eines flexiblen Systems mit aufeinander abgestimmten ambulanten und stationären Leistungen. Darüber hinaus ist die Berufsorientierung in der medizinischen Rehabilitation von besonderer Bedeutung.

3.1.1 Angebots- bzw. Versorgungsformen

Medizinische Rehabilitationsleistungen wurden in der Vergangenheit überwiegend stationär angeboten. Nach einer Erprobungsphase und entsprechend den Anforderungen des SGB IX (vgl. § 19 Abs. 2 SGB IX) wird seit einigen Jahren der Ausbau der ambulanten Rehabilitation forciert. Je nach individueller Problemkonstellation der Rehabilitanden gibt es Faktoren die für das eine oder andere Setting sprechen. Grundsätzlich sind ambulante und stationäre Rehabilitation gleichwertige Alternativen.

Ambulante Reha-Strukturen sind wohnortnahe, interdisziplinäre therapeutische Angebote durch die Behandlungen den Erfordernissen des Einzelfalles flexibel angepasst werden können. Die Vorteile der ambulanten Rehabilitation ergeben sich insbesondere aus den folgenden Möglichkeiten:

- Einbindung arbeits- bzw. berufsbezogener Aspekte (z. B. Arbeitsplatzanalyse, Belastungserprobung am Arbeitsplatz, persönliche Kontaktaufnahme mit betriebsärztlichen Diensten¹⁰),
- einfachere Einbeziehung der Angehörigen (z. B. auch in Schulungsprogramme) und der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte,
- Einbindung und Reflexion individueller Alltagserfahrungen sowie Durchführung eines alltagsnahen Trainings zum Erlernen entsprechender Kompetenzen zur Bewältigung gesundheitsbezogener Probleme,
- direkte Umsetzung des in der Rehabilitation Erlernten im privaten und beruflichen Bereich,
- berufsbegleitende Rehabilitation (insbesondere im Suchtbereich),
- Anpassung der Dauer und Intensität der Rehabilitation an den Bedarf und die Bedürfnisse des Einzelnen im Sinne einer Flexibilisierung,
- bessere Nutzung von Selbsthilfeaktivitäten vor Ort.

¹⁰ Zustimmung der Rehabilitanden erforderlich.

Voraussetzung für die Teilnahme am ambulanten Rehabilitationsverfahren ist eine über die Reha-Fähigkeit hinausgehende ausreichende Belastbarkeit und Mobilität der Patienten. Sie müssen die Einrichtung mit öffentlichen Verkehrsmitteln in einer angemessenen Fahrtzeit erreichen können.

Gegen die Durchführung der Rehabilitation im ambulanten Setting sprechen die Notwendigkeit von ständiger ärztlicher und pflegerischer Betreuung sowie eine ausgeprägte Multimorbidität, die von einer nicht-stationären Rehabilitationseinrichtung nicht abgedeckt werden kann. Darüber hinaus kann das Vorliegen einer Abhängigkeitserkrankung sowie von schweren psychosomatischen und psychischen Erkrankungen eine ambulante Rehabilitation auch in einer anderen Indikation ausschließen.

Die stationäre Rehabilitation bietet durch die Möglichkeit zur wohnortfernen Unterbringung außerhalb der gewohnten Umgebung bessere Erfolgschancen bei einem Teil der Patienten mit gravierenden psychosozialen Belastungen. Darüber hinaus sind manche der überregionalen stationären Einrichtungen besonders spezialisiert in der Behandlung seltener Krankheiten (z. B. Mukoviszidose), bei denen die geringen Fallzahlen keine flächendeckenden regionalen Reha-Versorgungsstrukturen mit indikationsspezifischer Ausrichtung ermöglichen.

Die für den Einzelnen am besten geeignete Form der Rehabilitation (ambulant oder stationär) hängt u. a. von der medizinischen Ausgangssituation, den persönlichen Lebensbedingungen und vom konkret vorhandenen Angebot ab. Über sie kann nur im Einzelfall entschieden werden. Dabei sind die berechtigten Wünsche der Leistungsberechtigten zu beachten (vgl. § 9 SGB IX).

Unabhängig von der Behandlungsform haben Effektivität und Wirtschaftlichkeit der Rehabilitationsleistung im Vordergrund zu stehen. Es ist daher stets zu klären, wann ambulante oder stationäre Leistungsangebote für den speziellen – an der Erwerbsfähigkeit des bzw. der Versicherten ausgerichteten – Rehabilitationsauftrag der gesetzlichen Rentenversicherung medizinisch und wirtschaftlich sinnvoll sind.

Die Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtungen, die unabhängig von der Rehabilitationsform gelten, sind in Abschnitt 5.1 differenziert dargestellt. Speziell für die ambulante Rehabilitation sind die Anforderungen in den Rahmenempfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation beschrieben¹¹.

3.1.2 Regionale Versorgung

Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung erbringen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowohl in eigenen Rehabilitationseinrichtungen als auch in Vertragseinrichtungen mit jeweils differenzierten Leistungsprofilen. Mehr als die Hälfte der durchgeführten stationären Rehabilitationsleistungen werden mit regionalem Bezug erbracht, d. h. in Kliniken, die sich in dem Bundesland befinden, in dem die bzw. der Versicherte den Wohnsitz hat. Noch deutlicher ist dieser Bezug bei einer gesonderten Betrachtung der Anschlussheilbehandlungen bzw. Anschlussrehabilitationen (AHB/AR): Hier werden mehr als drei Viertel der Rehabilitationsleistungen im Bundesland des Wohnorts durchgeführt.

Für eine regionale Durchführung der Rehabilitation (unabhängig vom stationären oder ambulanten Setting) sprechen neben dem engen Bezug zur Akutbehandlung bei schweren Krankheiten weitere Gründe: Die Behandlung bestimmter Erkrankungen und deren Folgen kann längere Behandlungszeiten bzw. wechselnde Behandlungsformen erfordern. Eine regionale Durchführung ist auch dann von Vorteil, wenn in die Behandlung Angehörige oder weitere Personen aus dem gewohnten sozialen Umfeld einbezogen werden. Regional eingebundene Rehabilitationseinrichtungen bieten zudem gute Voraussetzungen für eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen, betriebsärztlichen Diensten, Krankenhäusern oder anderen wohnortnahen Einrichtungen (z. B. für die Nachsorge).

¹¹ Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation BAR (2000 und 2004): Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation. Frankfurt am Main.

Allerdings ist nicht in jedem Fall eine wohnortnah durchgeführte Rehabilitation indiziert und sinnvoll: Aus Gründen einer angemessenen Versorgung können spezialisierte Rehabilitationsangebote (z. B. für Rehabilitanden mit seltenen Krankheiten, multipler Komorbidität oder Migrationshintergrund) nicht immer flächendeckend vorgehalten werden. Auch kann in bestimmten Fällen, insbesondere bei Abhängigkeitserkrankungen oder psychosomatischen Indikationen, die (vorübergehende) Herauslösung aus dem häuslichen bzw. heimatlichen Milieu von besonderem therapeutischen Nutzen sein. Schließlich spielen bei einzelnen Indikationen ortsgebundene Heilmittel (z. B. Allergenkarenz im Gebirge) eine Rolle. Die Entscheidung über eine wohnortnahe oder -ferne Durchführung der Rehabilitation wird im Einzelfall und unter Abwägung der wesentlichen rehabilitationsmedizinischen und wirtschaftlichen Kriterien getroffen.

3.1.3 Indikationsspezifische Behandlungsdauer

Im Rahmen des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (WFG) aus dem Jahr 1996 wurde die regelhafte Dauer von Rehabilitationsmaßnahmen von vier auf drei Wochen gekürzt. Stationäre medizinische Leistungen zur Rehabilitation sollen für längstens drei Wochen erbracht werden. Sie können für einen längeren Zeitraum erbracht werden, wenn dies erforderlich ist, um das Rehabilitationsziel zu erreichen (vgl. § 15 Abs. 3 SGB VI).

Um der vom Gesetzgeber vorgegebenen Kürzung der Dauer medizinischer Rehabilitation Rechnung zu tragen und um gleichzeitig Unterschiede in der Behandlungsdauer zwischen den Trägern anzugleichen, wurde zum 1. Januar 2004 rentenversicherungswest ein Verfahren zur indikationsspezifischen Festlegung der Behandlungsdauer eingeführt. Dem Verfahren liegt das Modell der zeitlichen Budgetierung mit vorgegebenen Richtwerten zugrunde, die von der gesetzlichen Rentenversicherung regelmäßig überprüft und gegebenenfalls optimiert werden. Im Rahmen der indikationsbezogenen Vorgaben können die Rehabilitationseinrichtungen relativ eigenständig über die jeweilige Länge der Behandlungsdauer im Einzelfall entscheiden. Wird die Behandlungsdauer verlängert, erfolgt von Seiten der Rehabilitationseinrichtung eine Mitteilung an den zuständigen Rentenversicherungsträger. Darüber hinaus dokumentieren die Einrichtungen jede Abweichung von der bewilligten Behandlungsdauer (sowohl Verkürzung als auch Verlängerung) im Entlassungsbericht und stellen bei Verlängerungen eine Begründung hinzu. Die Festlegung der jeweiligen Bewilligungsdauer erfolgt im Bewilligungsbescheid nach den gesetzlichen Vorgaben.

Mit dem Verfahren zur indikationsspezifischen Festlegung der Behandlungsdauer mit vorgegebenen zeitlichen Richtwerten wird die Eigenverantwortung und die Entscheidungskompetenz der Rehabilitationseinrichtungen weiter gestärkt. Darüber hinaus wird dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit bei der Erbringung von Reha-Leistungen (vgl. § 69 SGB IV) Rechnung getragen.

3.2 Rehabilitation als Teil integrierter Versorgungsformen

Mit dem Ziel, die Versorgungsabläufe im deutschen Gesundheitswesen integrativer zu gestalten, wurden über gesetzliche Neuregelungen im SGB V zwei neue Versorgungsformen etabliert: Disease-Management-Programme (DMP) und Integrierte Versorgung (IV). Für beide Versorgungsformen stellt die medizinische Rehabilitation einen wichtigen Bestandteil in der Behandlungskette dar.

3.2.1 Disease-Management-Programme

Disease-Management-Programme (DMP) sind strukturierte Behandlungsprogramme (§ 137 f-g SGB V), mit denen Defizite in der Versorgung chronisch Kranker beseitigt und die Vernetzung der Versorgungsbereiche gestärkt werden sollen. Die inhaltlichen Anforderungen an die Ausgestaltung der DMP werden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (§ 91 SGB V) festgelegt und durch das zuständige Ministerium per Rechtsverordnung in Kraft gesetzt. DMP gibt es bislang für Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Mammakarzinom, Koronare Herzerkrankung, Asthma bronchiale und COPD.

Mit den DMP wird vor allem eine Optimierung in der akutmedizinischen Versorgung angestrebt, wobei die Steuerung und Koordination der verbindlich aufeinander abgestimmten Behandlungs- und Betreuungsprozesse meist durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte erfolgt. Grundsätzlich werden dabei auch Präventions- und Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung berücksichtigt. Die formulierten Therapieziele sind am bio-medizinischen Krankheitsmodell der Akutmedizin ausgerichtet. Die medizinische Rehabilitation, die mit ihrem ganzheitlichen (bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell) und verhaltensmedizinischen Behandlungskonzept eine wesentliche Rolle im Versorgungsprozess chronisch Kranker spielt, bleibt nur unzureichend berücksichtigt. Aus Sicht der Rehabilitation stellen sich vor allem folgende Anforderungen an Disease-Management-Programme:

- Die Ziele der medizinischen Rehabilitation müssen in den Behandlungsprogrammen ausreichend integriert werden. Dazu gehören sowohl die berufliche Wiedereingliederung ins Erwerbsleben als auch die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.
- Die Schnittstellen zur Rehabilitation müssen eindeutig definiert sein und angeben, wann eine Reha-Leistung notwendig ist.
- Die Rehabilitation muss als gleichberechtigter Versorgungsbereich neben der Akutmedizin in den Behandlungsprogrammen verankert sein.

In einer gemeinsamen Erklärung vom 17. August 2004 haben Kranken- und Rentenversicherung festgestellt, dass grundsätzlich auch Rehabilitationsleistungen zu den im Rahmen der DMP vorzusehenden Behandlungsangeboten gehören. Gleichzeitig hielten sie fest, dass während der Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation alle medizinischen Grundlagen der strukturierten Behandlungsprogramme beachtet werden sollen. Das Antragsverfahren der gesetzlichen Rentenversicherung bleibt von dieser gemeinsamen Erklärung unberührt.

3.2.2 Integrierte Versorgung

Neben den Disease-Management-Programmen stellt die Integrierte Versorgung (§§ 140 a-d SGB V) einen weiteren Reformansatz dar, mit dem die Kooperation und Koordination der Versorgungssektoren gestärkt werden soll. Der Gesetzgeber versteht unter Integrierter Versorgung sowohl eine verschiedene Leistungssektoren übergreifenden Ansatz als auch eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung. In integrierten Versorgungsmodellen können Krankenkassen und Leistungserbringer autonom Verträge über die Behandlung außerhalb des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 75 Abs. 1 SGB V) abschließen. Die Versorgung kann damit auf einzelvertraglicher Grundlage durchgeführt werden. Ziel ist, die Integrierte Versorgung als neuen Bestandteil der Regelversorgung zu verankern und die Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Leistungen zu verbessern. Dazu dienen vor allem vertraglich vereinbarte Therapieleitlinien und Behandlungspfade. Die Verträge zur Integrierten Versorgung können grundsätzlich Rehabilitationsleistungen der Krankenversicherung umfassen und Rehabilitationseinrichtungen einbeziehen, soweit mit diesen ein Vertrag nach § 111 Abs. 2 SGB V besteht.

Für die Einbindung der medizinischen Rehabilitation in integrierte Versorgungsmodelle ist es erforderlich, dass

- der Übergang von der Akutbehandlung in die Rehabilitation adäquat geregelt (z. B. über geeignete Kriterien, ggf. Assessment),
- die Reha-Fähigkeit der Versicherten Eingangskriterium für die Rehabilitation,
- eine ausreichende Behandlungsdauer gewährleistet und
- bei einer Pauschalvergütung die Honorierung der Rehabilitationsleistung ausreichend hoch ist.

Ziel sollte sein, die Einbindung der Rehabilitation in die Integrierte Versorgung zu erreichen, ohne dass es zu einem Abbau von rehabilitativen Leistungen oder zu Qualitätseinbußen kommt. Für die gesetzliche Rentenversicherung ist wesentlich, dass rentenversicherte Teilnehmer der Integrierten Versorgung genauso gut rehabilitativ versorgt werden wie nicht-rentenversicherte Teilnehmer. Mit der Anschlussheilbehandlung hat die gesetzliche Rentenversicherung bereits ein bewährtes Verfahren etabliert, mit dem eine Nahtlosigkeit der Behandlung gegeben ist. In Rahmenvereinbarungen mit verschiedenen Krankenkassen haben die Deutsche Rentenversicherung Bund und mehrere Regionalträger bereits Einzelheiten zur Einbindung der medizinischen Rehabilitation in die Integrierte Versorgung geregelt. Diese Rahmenvereinbarungen sollen vor allem die Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungserbringer fördern.

3.3 Abgrenzungsfragen

Die spezifischen Elemente medizinischer Rehabilitationsbehandlung werden deutlicher, wenn man sie mit der kurativen medizinischen Behandlung und der traditionellen Kur vergleicht.

3.3.1 Kurative medizinische Versorgung und medizinische Rehabilitation

Der Wandel des Krankheitsspektrums in den zurückliegenden Jahrzehnten führte zu einem Überwiegen chronischer Krankheiten, die entsprechend ihrer Natur nur gebessert, aber nicht geheilt werden können und bei denen ein bio-medizinisch ausgerichteter Behandlungsansatz nur bedingt trägt. Das Aufgabengebiet der medizinischen Rehabilitation in der Behandlung chronischer Erkrankungen mit einem umfassenden Behandlungsansatz nimmt im deutschen Gesundheitssystem eine wichtige Position ein. Ausgehend hiervon hat sich die medizinische Rehabilitation so zu einem speziellen, relativ eigenständigen Teil der gesundheitlichen Versorgung mit einer spezifischen Zielsetzung und besonderen konzeptionellen Anforderungen entwickelt.

Während der akutmedizinische Ansatz tendenziell eher auf die Behandlung der Erkrankung selbst und die Behebung der gesundheitlichen Schädigung ausgerichtet ist, liegt in der Rehabilitation demgegenüber der Schwerpunkt auf der Verbesserung und Wiederherstellung der gefährdeten oder bereits geminderten Leistungsfähigkeit in Alltag und Berufsleben. Dazu gehört die Berücksichtigung der somatischen, psychischen und sozialen Dimensionen der Erkrankung und ihrer Folgen, einschließlich ihres Zusammenwirkens. Der Rehabilitation nutzt hierfür das bio-psycho-soziale Modell von Krankheit und Behinderung, das Gesundheit und Krankheit als Ineinandergreifen physiologischer, psychischer und sozialer Vorgänge beschreibt.

Trotz der durch Zielsetzung, konzeptionelle Anforderungen und institutionelle Differenzierung deutlich werdenden Eigenständigkeit der medizinischen Rehabilitation ist aus medizinischer Sicht eine strikte Trennung oder Abgrenzung von kurativer und rehabilitativer Medizin nicht möglich, da die medizinisch-wissenschaftlichen Grundlagen beider Behandlungsebenen zum Teil übereinstimmen. Methoden und Verfahren der kurativen Medizin sind auch ein integraler Bestandteil der Rehabilitationsmedizin. Es gibt viele Behandlungsmaßnahmen, die sowohl in der Rehabilitation als auch in der kurativen Medizin gebräuchlich und erforderlich sind. Da die medizinische Rehabilitation neben der zur Erfüllung der rehabilitativen Aufgaben erforderlichen Diagnostik auch die Therapie von gesundheitlichen Schädigungen und in ihrer Folge die gezielte Verbesserung beeinträchtigter Funktionen und Fähigkeiten umfasst, ist der kurativ-medizinische Aspekt Bestandteil des rehabilitativen Gesamtkonzeptes. Entscheidend für die Abgrenzung von Behandlungsphasen sind neben der für jeden der beiden Bereiche unterschiedlichen, charakteristischen Diagnostik und Therapie vor allem die jeweiligen spezifischen Behandlungsziele.

In § 27 SGB IX wird durch den Gesetzgeber verdeutlicht, dass auch die Leistungen der Krankenbehandlung grundsätzlich darauf ausgerichtet sein sollen, Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden oder zu beseitigen und eine Eingliederung von behinderten und chronisch kranken Menschen in Beruf und

Gesellschaft zu gewährleisten. Damit wird die Krankenbehandlung auf eine rehabilitative Orientierung verpflichtet, die die Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft für behinderte und chronisch kranke Menschen stärken soll. Ergänzend wurde mit dem SGB IX zudem grundlegend bestätigt, dass frührehabilitative Leistungen Teil der Krankenhausbehandlung sind (§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V). Die Übereinstimmung in übergeordneten Zielsetzungen und die gemeinsame Schnittmenge von therapeutischen Verfahren hebt jedoch die notwendige konzeptionelle Differenzierung zwischen kurativer medizinischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation nicht auf. Die Schnittstelle zwischen den Behandlungssektoren wird durch das SGB IX inhaltlich nicht verändert. Die Erbringung von frührehabilitativen Leistungen im Krankenhaus kann nur solange erfolgen, wie Krankenhauspflegebedürftigkeit besteht.

3.3.2 Medizinische Rehabilitation und Kur

Medizinische Rehabilitation ist von der Kur im traditionellen Sinn zu unterscheiden: Bei Kuren steht die Anwendung von ortsgebundenen Heilmitteln, wie z. B. Quellen, Salinen, Höhen- oder Meereslagen, im Vordergrund. Vom Ziel her betrachtet sollen Kuren durch unspezifische Reize die Gesundheit stärken und Regulationsstörungen beseitigen. Bei der medizinischen Rehabilitation werden zwar, soweit sich die Einrichtungen in Kurorten befinden, traditionell in einzelnen Indikationsbereichen auch ortsgebundene Heilmittel angewendet, im Zentrum steht aber die gezielte diagnostische und therapeutische Arbeit an den Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen in Beruf und Alltag sowie die Motivierung zur aktiven Krankheitsbewältigung und der Aufbau eines eigenverantwortlichen Gesundheitsbewusstseins.

4 Einleitung der Rehabilitation

4.1 Zugang zur Rehabilitation

Der Weg in die Rehabilitation führt in der Regel über den Antrag der Versicherten. Die Rehabilitationsträger sind verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, dass die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich erbracht werden. Dazu haben sich die Träger über Fragen der Abgrenzung und damit auch über ihre Zuständigkeiten im Einzelfall entsprechend den in §§ 1 und 4 SGB IX genannten Zielen zu verständigen. Durch die Vorschrift des § 14 SGB IX und die in diesem Zusammenhang von den Reha-Trägern vereinbarte Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung wird ein auf Beschleunigung gerichtetes Verfahren der Zuständigkeitsklärung und dadurch die möglichst schnelle Leistungserbringung gesichert.

Ob rehabilitationsbedürftige Versicherte Leistungen zur Rehabilitation beantragen, hängt nicht nur vom Gesundheitszustand ab, sondern wird auch von Informationsstand, Motivation und weiteren psychosozialen und beruflichen Faktoren beeinflusst. Eine Verbesserung des Zugangs zur Rehabilitation von rehabilitationsbedürftigen Versicherten erfordert daher die Erfassung und Beseitigung eventuell bestehender Zugangshemmnisse und die besondere Unterstützung von Versicherten in besonderen Lebenslagen (z. B. allein erziehende Mütter und Väter, pflegende Familienangehörige, Langzeitarbeitslose, Menschen mit Migrationshintergrund). Beispielhafte Probleme sind:

- Kommunikationsprobleme (einschließlich Sprachbarrieren und Informationslücken),
- unterschiedliche Gesundheits- und Krankheitskonzepte,
- mangelndes Angebot an entsprechenden Rehabilitationseinrichtungen,
- Erfahrungen z. B. mit Migration und darauf folgender Verzögerung der Inanspruchnahme von Leistungen wegen Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes oder des aufenthaltsrechtlichen Status.

Dementsprechend müssen zunächst Kommunikationshürden beim Zugang zur medizinischen Rehabilitation überwunden werden. Hierfür ist ein barrierefreies, d. h. allgemein verständliches Informationsmaterial notwendig.

Hierbei ist die Zusammenarbeit mit Personen und Stellen von Bedeutung, die eine Rehabilitationsbedürftigkeit rechtzeitig erkennen können, die über die Möglichkeiten der Rehabilitation informieren und dazu anregen, einen Antrag auf Rehabilitationsleistungen zu stellen. Zu nennen sind hier: niedergelassene und im Krankenhaus tätige Ärztinnen und Ärzte, betriebs- und arbeitsmedizinische Dienste, Krankenkassen und ihre Medizinischen Dienste oder andere Sozialleistungsträger sowie insbesondere die Gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger, die behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen, ihren Vertrauenspersonen und Personensorgeberechtigten Beratung und Unterstützung anbieten (§ 23 SGB IX).

Besonders wichtig im Hinblick auf den Zugang zur Rehabilitation sind die behandelnden niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, die daher ausreichend zu Fragen der medizinischen Rehabilitation informiert sein müssen. Für die Vorbereitung und Planung der Rehabilitation ist es erforderlich, von ihnen Auskunft über die bisherigen diagnostischen Ergebnisse zu erhalten, insbesondere über die vorliegenden Funktions- und Aktivitätsstörungen, die den Antrag begründen, den bisherigen Behandlungsplan, das mit der Rehabilitation verfolgte Ziel sowie die psychosozialen und beruflichen Gegebenheiten. Durch den ärztlichen Befundbericht zum Antrag auf medizinische Rehabilitation, auf dessen Basis in geeigneten Fällen eine Entscheidung über den Rehabilitationsantrag getroffen werden kann, werden die niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen in das Einleitungsverfahren eingebunden. Die Einbindung dieser

Ärztegruppe in der gesetzlichen Krankenversicherung regeln die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V¹².

Im Fall einer Anschlussheilbehandlung (AHB) (vgl. Abschnitt 4.2) erfolgt der Zugang zur Rehabilitation über die Anregung der Ärzte und Ärztinnen im Akutkrankenhaus. Dabei umfasst die akutstationäre Behandlung auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation. Die Frühmobilisation als pflegerisch-therapeutische Leistung im Akutkrankenhaus ist so zügig wie möglich durchzuführen, weil sich die Rehabilitationschancen hierdurch entscheidend verbessern lassen. Die Verlegung in die Rehabilitationseinrichtung sollte möglichst unmittelbar nach Abschluss der Frühmobilisation im Sinne der AHB-Kriterien der Deutschen Rentenversicherung¹³ erfolgen. Bei neurologischen Erkrankungen richtet sich die Verlegung in eine Rehabilitationseinrichtung nach dem Phasenmodell des VDR¹⁴ und den Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)¹⁵.

4.2 Antragsprüfung und Zuweisung

Eine wichtige Aufgabe bei der Antragsbearbeitung ist die ärztliche Prüfung der Reha-Indikation gemäß den sozialmedizinischen Kriterien. Damit wird gewährleistet, dass die (und nur die) Versicherten eine Rehabilitationsleistung erhalten, die auch wirklich rehabilitationsbedürftig sind.

Die sozialmedizinischen Kriterien umfassen die Reha-Bedürftigkeit¹⁶, Reha-Fähigkeit¹⁷ und eine positive Reha-Erfolgsprognose¹⁸. Die Beurteilung der Reha-Indikation ist ein komplexes Geschehen, bei dem eine Vielzahl individuell relevanter gesundheitsbezogener Aspekte und Kontextfaktoren zu berücksichtigen sind. Auch der bisherige Krankheitsverlauf und prognostische Parameter spielen hierbei und für die Durchführung der Rehabilitation selbst eine wichtige Rolle. Neben dem Befundbericht oder sozialmedizinischen Gutachten sollten zur Aufnahme in die Rehabilitationsklinik oder bei Einleitung ambulanter Reha-Leistungen frühere Arztberichte und ggf. der Entlassungsbericht des Akutkrankenhauses oder einer Rehabilitationseinrichtung vorliegen, um hieraus die Ergebnisse bisher durchgeführter Untersuchungen, den bisherigen Verlauf der Erkrankung einschließlich Komplikationen, therapeutische Interventionen und die individuellen Kontextfaktoren entnehmen zu können. Auch Vorschläge zum weiteren Vorgehen, die bereits besprochen oder zeitlich festgelegt worden sind, müssen zu Beginn der Rehabilitation bekannt sein.

Insbesondere Ausmaß und Schweregrad der Schädigungen von Körperstrukturen und -funktionen, der Beeinträchtigung und Kompensationsmöglichkeiten von Aktivitäten und Teilhabe sind im Vorfeld der medizinischen Rehabilitation bereits so weit zu klären, wie es zur Feststellung der Reha-Indikation sowie zur Entscheidung über die Zuweisung (Ort, Zeitpunkt etc.) in eine geeignete Rehabilitationseinrichtung notwendig ist. Wichtig ist in diesem Zusammenhang die adäquate Berücksichtigung der individuell relevanten Kontextfaktoren, die als person- oder umweltbezogene Faktoren einen fördernden (Förderfaktoren) oder einen hemmenden Einfluss (Barrieren) ausüben können.

¹² In Kraft getreten am 01. April 2004; Bundesanzeiger Nr. 63: S. 6769 vom 31. März 2004.

¹³ Vgl. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger VDR (1992 und 1994): Aktualisierter Indikationskatalog für Anschlussheilbehandlungen des VDR. Deutsche Rentenversicherung, 7: S. 527-534 (wird zurzeit überarbeitet).

¹⁴ Vgl. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger VDR (1995): Phaseinteilung in der neurologischen Rehabilitation. Die Rehabilitation, 34 (3): S. 119-127.

¹⁵ Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation BAR (1995): Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C. Frankfurt am Main.

¹⁶ Die Rehabilitationsbedürftigkeit im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung ist dann gegeben, wenn die Erwerbsfähigkeit des Versicherten aus medizinischen Gründen erheblich gefährdet oder gemindert ist.

¹⁷ Die Rehabilitationsfähigkeit bezieht sich auf die somatische und psychische Verfassung des Rehabilitanden für die Teilnahme an einer geeigneten Rehabilitation, d. h. er muss in der Lage sein, das Angebot aktiver und passiver therapeutischer Leistungen wahrnehmen zu können.

¹⁸ Eine positive Reha-Erfolgsprognose liegt dann vor, wenn die Stabilisierung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben bzw. die Vermeidung oder zumindest das Hinausschieben der Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erreicht werden kann (vgl. § 10 SGB VI).

Einschlägige Hinweise und Empfehlungen zur sozialmedizinischen Reha-Indikationsstellung finden sich in zahlreichen Publikationen, wie z. B. im Buch „Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung“¹⁹ oder den Leitlinien für die Reha-Bedürftigkeit²⁰. Für die den Vorgaben des SGB IX entsprechende Durchführung von Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen wurden trägerübergreifende Aspekte zur Begutachtung auf BAR-Ebene in einer Gemeinsamen Empfehlung „Begutachtung“ niedergelegt. Diese umfassende, trägerübergreifend angelegte sozialmedizinische Sachaufklärung dient zum einen der auf den Einzelfall bezogenen Reha-Bedarfseinschätzung und Wahl der entsprechend geeigneten Leistungen, zum anderen auch der besseren Verwendbarkeit der Gutachten bei der Prüfung der Leistungsvoraussetzungen für andere Reha-Träger. Als konzeptionelles Denkmodell dient die ICF (vgl. Abschnitt 2.1).

Der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung trifft unter Einbindung sozialmedizinischen Sachverständigen im Einzelfall die Entscheidung über Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Rehabilitationsleistung und über die geeignete Einrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit. Bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe sind die Wünsche des Leistungsberechtigten zu berücksichtigen (§ 9 SGB IX). Für eine bedarfsgerechte Zuweisung sind umfassende Kenntnisse von Schwerpunkten und Konzepten der Rehabilitationseinrichtungen unerlässlich.

Soweit im Einzelfall geboten, ist es Aufgabe des Rentenversicherungsträgers, gleichzeitig mit der Einleitung der medizinischen Rehabilitation, aber auch während und nach ihrem Abschluss zu prüfen, ob auch geeignete Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind (§ 11 SGB IX). Das Verfahren der Anschlussheilbehandlung (AHB), das - bei vorhandener Rehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit - einer beschleunigten Verlegung vom Krankenhaus in die Rehabilitationseinrichtung dient, unterliegt den gleichen sozialrechtlichen und sozialmedizinischen Voraussetzungen wie die anderen Reha-Verfahrensformen; sie stellt aber hinsichtlich der Zuweisung in die Rehabilitationseinrichtung besondere Anforderungen. In der Regel wird eine nahe gelegene AHB-Einrichtung der entsprechenden Indikationsgruppe ausgewählt. In speziellen Fällen, z. B. bei bestimmten Diagnosekombinationen, wird jedoch auch in eine weiter entfernte Rehabilitationseinrichtung eingewiesen werden müssen.

4.3 Vorbereitung auf die medizinische Rehabilitation

Motivation und Mitwirkung der Rehabilitanden sind entscheidende Voraussetzungen für den Reha-Erfolg. Bereits vor Beginn der Rehabilitation sollten Rehabilitanden auf den aktiven Charakter der Rehabilitation und der entsprechenden Therapiekonzepte in geeigneter Weise vorbereitet werden. Dabei sollte insbesondere auf den Aufbau von gesundheitsförderndem und krankheitsadäquatem Verhalten als eine zentrale Aufgabe der Rehabilitation hingewiesen werden. Dies kann z. B. durch Informationsveranstaltungen, ein Gespräch im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtung oder Übersendung von Informationsbroschüren (möglichst in der jeweiligen Muttersprache) erfolgen.

Auch Vorgespräche in der Rehabilitationseinrichtung können in Einzelfällen und bei bestimmten Indikationen sinnvoll sein, um Zweifel über die Eignung einer Einrichtung auszuräumen oder um einen angemessenen therapeutischen Ansatz auszuwählen. Darüber hinaus lassen sich solche Kontakte in bestimmten Fällen bereits dazu nutzen, diagnostische Erhebungen einzuleiten: Auf der Basis von Selbstbeobachtungen oder Messungen (z. B. Blutdruck-, Ernährungs- oder Insulinprotokolle) können Beschwerden (z. B. Schmerztagebücher) unter Alltagsbedingungen dokumentiert werden.

¹⁹ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger VDR (Hrsg.) (2003): Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. 6. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

²⁰ Siehe im Internet unter: www.deutsche-rentenversicherung-bund.de [Zielgruppen: Sozialmedizin und Forschung/ Sozialmedizin/ Sozialmedizinische Begutachtung/Hinweis auf Leitlinien für die Reha-Bedürftigkeit].

An der Rehabilitationsvorbereitung sind verschiedene Institutionen und Personen beteiligt:

- niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (als primäre Ansprechpartner bei Gesundheitsfragen), ambulante Psychotherapeuten, ärztliche Dienste und Sozialdienste im Krankenhaus,
- Krankenkassen bzw. Agentur für Arbeit und ihre Medizinischen Dienste,
- Rentenversicherungsträger (insbesondere beratende Ärztinnen und Ärzte oder Reha-Fachberatung),
- weitere Institutionen (z. B. Gemeinsame Servicestellen, Suchtberatungsstellen).

5 Durchführung der Rehabilitation

5.1 Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung

Medizinische Rehabilitation wird in qualifizierten und spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt, die sich am Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung beteiligen (vgl. Abschnitt 8.2).

Alle Rehabilitationseinrichtungen müssen über eine personelle, apparative und räumliche Ausstattung verfügen, die den Anforderungen einer umfassenden Rehabilitation im jeweiligen Indikationsbereich unter Berücksichtigung der Multimorbidität genügt. Je nach Schwerpunktsetzung und Kombination der Indikationen unterscheiden sich die Einrichtungen insbesondere in der medizintechnischen Ausstattung und speziellen Behandlungsangeboten.

Für die ambulante Rehabilitation gelten darüber hinaus die Anforderungskriterien, die in den Rahmenempfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation ausführlich beschrieben sind²¹.

Anschlussheilbehandlungen erfolgen in besonders dafür zugelassenen Einrichtungen.

5.1.1 Ganzheitlicher Rehabilitationsansatz

Erkenntnisse über die Entstehung von chronischen Erkrankungen und Behinderungen sowie die zunehmende Multimorbidität erfordern vor dem Hintergrund eines biopsychosozialen Modells von Gesundheit und Krankheit einen integrativen Rehabilitationsansatz, der weit über die organ- und symptombezogene Therapie hinausreicht. Wesentliches Merkmal der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung ist daher ihr ganzheitlicher Ansatz. Dieser erfordert die Berücksichtigung von körperlichen, geistig-seelischen und sozialen Krankheitsfolgen, von Kontextfaktoren, Krankheitsrisiken und persönlichen Ressourcen als Voraussetzung für einen optimalen Behandlungserfolg. Es geht nicht nur darum, funktionale Einschränkungen zu beseitigen, sondern auch eine angemessene Krankheitsverarbeitung zu unterstützen und gesundheitsgerechtes Verhalten zu fördern. Zugleich müssen vorrangig arbeitsbezogene und soziale Anforderungen in den Rehabilitationsprozess einbezogen und Wege zu deren Bewältigung vermittelt werden.

5.1.2 Umfassendes Rehabilitations- und Therapiekonzept

Rehabilitationseinrichtungen müssen über ein strukturiertes Rehabilitations- und Therapiekonzept verfügen, das den spezifischen Anforderungen der zu behandelnden Rehabilitandengruppen (z. B. Indikationsschwerpunkt, Alter, Geschlecht, (Langzeit-)Arbeitslosigkeit, Migrationshintergrund) gerecht wird. Dieses setzt sich – neben der Diagnostik (vgl. Abschnitt 5.2) – aus verschiedenen Behandlungselementen zusammen, die in Abschnitt 5.3 ausführlich beschrieben werden. Die einzusetzenden Behandlungselemente variieren entsprechend der jeweiligen Indikation und der individuellen Ausgangssituation.

Die Auswahl und Durchführung der therapeutischen Leistungen werden durch ein patientenorientiertes Vorgehen geleitet und unterstützen die Ziele der Selbstbestimmung und Partizipation. Patienten in der Rehabilitation unterscheiden sich in ihrer individuellen Situation. Dazu gehören Art und Ausmaß der Erkrankung, das Krankheitsstadium und die Chronizität sowie die Ausprägung der Aktivitätsstörungen. Daneben können Geschlecht, Alter, psychosoziale und sozioökonomische Merkmale unterschiedliche Voraussetzungen schaffen. Die Lebensbedingungen und besonders die jeweils verfügbaren individuellen und sozialen Ressourcen (einschließlich der Reha-Motivation) sind in der Therapie zu berücksichtigen. Bei der Rehabilitation von

²¹ Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation BAR (2000 und 2004): Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation. Frankfurt am Main.

Menschen mit Migrationshintergrund ist es wichtig, differierende Gesundheits- und Krankheitskonzepte zu erkennen, um die eigentliche Kernsymptomatik erfassen und daraus die diagnostisch und therapeutisch richtigen individuellen Schritte ableiten zu können.

Der Erfolg der Rehabilitation hängt nicht nur von den einzelnen Behandlungselementen ab, sondern auch von den Erfahrungen, die in der Rehabilitationseinrichtung gesammelt werden. Dazu gehören die Kommunikationsstrukturen bzw. -formen sowie die sonstigen Rahmenbedingungen in einer Rehabilitationseinrichtung. Wichtig ist daher, dass das Gesamtkonzept einer Rehabilitationseinrichtung sowohl von der Leitung als auch vom gesamten therapeutischen Team aktiv vertreten und unterstützt wird.

5.1.3 Architektonische Gestaltung der Einrichtungen und Barrierefreiheit

Die Rehabilitationseinrichtung selbst hat während eines ambulanten oder stationären Aufenthaltes einen wesentlichen Einfluss auf Erleben und Befinden der Rehabilitanden. Die inhaltlichen Konzepte, die die medizinische Rehabilitation leiten, sollten daher in der Einrichtung sichtbar und erfahrbar werden.

Kommunikations- und Zugangsfreiheit der Rehabilitationseinrichtung

Die Rehabilitationseinrichtung selbst sowie die Therapie- und Freizeitangebote müssen für alle Rehabilitanden (also auch für Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen) gut erreichbar sein. Darüber hinaus ist eine Rollstuhl- und behindertengerechte Ausstattung der Zimmer bei Bedarf unerlässlich. Als konkrete Verpflichtung hierzu hat der Gesetzgeber in § 19 Abs. 1 Satz 2 SGB IX u. a. die Kommunikations- und Zugangsfreiheit der Rehabilitationseinrichtungen (Barrierefreiheit)²² festgeschrieben. Gemeint sind hier in erster Linie barrierefreie Zugänge für mobilitätsbeeinträchtigte Personen (z. B. Rollstuhlfahrer), die Verwendung von Kommunikationshilfsmitteln und Orientierungshilfen für Menschen mit Seh-, Hör- und Sprachbehinderungen sowie die Verständlichkeit von Informationen (Broschüren, Internet etc.).

Gestaltung der privaten und öffentlichen Bereiche

Verglichen mit dem Lebensalltag zu Hause sind in einer Rehabilitationseinrichtung Einschränkungen unvermeidlich. Aber auch bei der ambulanten Rehabilitation sind einige architektonische Gestaltungsmerkmale zu berücksichtigen, wie z. B. die Bereitstellung von Umkleieräumen, Schließfächern und Duschräumen sowie die Schaffung von Ruhebereichen.

Zur Förderung der Kommunikation der Rehabilitanden untereinander sollten Räumlichkeiten bzw. Bereiche geschaffen werden, in denen sich Gespräche zwanglos entwickeln können.

Um die Orientierung in der Einrichtung zu erleichtern, wird empfohlen, eine Strukturierung der Bereiche zu wählen, die soweit wie möglich selbsterklärend (Piktogramme) und zudem eindeutig und gut lesbar beschildert ist. Dabei können Farben eine schnelle Orientierung wesentlich vereinfachen und unterstützen. Darüber hinaus sind für Menschen mit Migrationshintergrund Orientierungshilfen in ihren Sprachen sinnvoll.

Neben der räumlichen Gestaltung der privaten und öffentlichen Bereiche sind auch die Transparenz der Angebotsstruktur und das unkomplizierte Auffinden von Ansprechpartnern von großer Bedeutung. Eine Einrichtung, die strukturell so angelegt ist, dass sie ein weitest mögliches Maß an Selbstbestimmung fördert, unterstützt auf diese Weise ein wesentliches Ziel der medizinischen Rehabilitation: Die Förderung der eigenen Kompetenzen und die Unterstützung von selbstverantwortlichem Handeln. Die Größe und die Gestaltung der Gemeinschafts- und Gruppenräume ebenso wie die

22 Für die Barrierefreiheit kann die Definition aus § 4 Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen (BGG) herangezogen werden. Diese Norm lautet: „Barrierefrei sind bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche, wenn sie für behinderte Menschen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind.“

der Stationen und Einzelzimmer, die Zugänglichkeit von Therapie- und Freizeiträumen und die Verfügbarkeit von therapeutischem Personal sind ausschlaggebend dafür, inwieweit sich die Rehabilitanden in der Einrichtung wohl fühlen und zur Erprobung alternativer Verhaltensweisen angeregt werden.

Für Einrichtungen, die sich auf die Rehabilitation von Menschen mit Migrationshintergrund spezialisiert haben, sind noch zusätzliche Anforderungen an die räumliche Gestaltung zu stellen: In den ausgewählten Kliniken sollen ethnisch offene Stationen mit einem Bettenanteil von maximal 50% für Menschen mit Migrationshintergrund entstehen. Der Gesamtanteil an Betten für Migrantinnen und Migranten sollte jedoch 20% pro Klinik nicht überschreiten. Es sollten Räumlichkeiten für Aktivitäten, die ein Gefühl von Heimat vermitteln, vorgehalten werden (z. B. Fernsehzimmer mit Programmen in der jeweiligen Sprache usw.). Darüber hinaus sollten auch (Tages-)Zeitungen, Zeitschriften und Bücher in verschiedenen Sprachen zur Verfügung stehen. Werden in einer Rehabilitationseinrichtung Räume für religiöse Zwecke vorgehalten, sollten sie allen religiösen Gruppen offen stehen.

5.1.4 Interdisziplinäres Rehabilitationsteam und Qualifikation

Die Umsetzung eines ganzheitlichen Rehabilitationsansatzes in der medizinischen Rehabilitation lässt sich nur im Rahmen einer interdisziplinären Kooperation realisieren. Das interdisziplinäre Rehabilitationsteam ist deshalb zentraler Bestandteil des Rahmenkonzeptes der gesetzlichen Rentenversicherung. Wichtige Merkmale einer interdisziplinären Zusammenarbeit sind:

- Regelmäßige Teambesprechungen der Mitarbeiter/innen, die an der Behandlung der Rehabilitanden beteiligt sind:
Je nach Erfordernis sind diese Sitzungen abteilungs-, stations- oder teambezogen durchzuführen. Dies gilt sowohl für die Besprechung von Organisationsfragen, die im Zusammenhang mit der Behandlung stehen, als auch für patientenbezogene Fallbesprechungen, in denen insbesondere Rehabilitations- und Therapieziele sowie Therapiepläne abgestimmt werden. Die Fallbesprechungen sollten sich nicht auf exemplarische Fälle beschränken, sondern grundsätzlich individuell für alle Rehabilitanden erfolgen. Auf der Basis der Verantwortlichkeit für die Behandlung sollte die Leitung einer Einrichtung, Abteilung oder eines Bereichs den Team-Mitgliedern ein Mitspracherecht einräumen, damit gewährleistet wird, dass die Kompetenzen und Erfahrungen der beteiligten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus den verschiedenen Disziplinen optimal zusammengeführt und für die Behandlung genutzt werden können.
- Regelmäßige strukturierte Fort- und Weiterbildungsangebote zur Förderung der rehabilitativen Kompetenzen der Mitarbeiter/innen:
Fort- und Weiterbildung können auf diese Weise das Verständnis der Berufsgruppen füreinander und die interdisziplinäre Zusammenarbeit wirksam unterstützen.
- Gelegenheit und Verpflichtung zu einer ausreichenden behandlungsbegleitenden Supervision der therapeutischen Mitarbeiter/innen:
Die Supervision kann je nach Einrichtung, Organisationsstruktur und der Art der anfallenden Aufgaben fall- oder teambezogen, berufsspezifisch oder berufsübergreifend, einrichtungsbezogen oder einrichtungsübergreifend, kollegial oder angeleitet (durch interne oder externe Supervision) sein und sollte über eine routinemäßige Beaufsichtigung der Therapie hinausgehen.

Dem Rehabilitationsteam gehören idealerweise männliche und weibliche Therapeuten aus folgenden Bereichen an: Medizin, Psychologie, Physiotherapie, Ernährungsberatung, Spezialtherapien, Ergotherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Sozialarbeit und Pflege. Das Zusammenwirken dieser verschiedenen Berufsgruppen setzt eine wirkungsvolle Koordination voraus, die in der Regel durch das ärztliche Personal erfolgt. Er ist für die Umsetzung eines ganzheitlichen und umfassenden Rehabilitationskonzepts entsprechend den Zielen der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung und bezogen auf einzelne Rehabilitandinnen und Rehabilitanden verantwortlich.

Nachstehend sind die an die einzelnen Berufsgruppen im Rehabilitationsteam zu stellenden allgemeinen Anforderungen an ihre jeweilige Qualifikation dargestellt. Je nach Indikationsschwerpunkten der Rehabilitationseinrichtungen können einzelne krankheitsspezifische Anforderungen hinzukommen. Daneben ist die Teamfähigkeit jedes Einzelnen eine wichtige Voraussetzung für die Umsetzung eines ganzheitlichen und interdisziplinären Rehabilitationskonzepts. Ferner sollten alle Mitarbeiter über ein Basiswissen zu Gesundheits- und Krankheitskonzepten sowie über psychosomatische Grundkenntnisse verfügen. Im Umgang mit den Patientinnen und Patienten steht gemäß dem Rehabilitationsgedanken der aktiven Mitwirkung die Förderung von Selbsthilfepotentialen im Vordergrund. Dies erfordert eine andere Grundorientierung im Umgang mit den Rehabilitanden, als in vielen anderen medizinischen Praxisfeldern verbreitet ist.

Die interkulturelle Öffnung der Rehabilitationseinrichtungen erfordert ein interkulturell kompetentes Team. Entsprechend sollten die Beschäftigten, die für die Betreuung von Migrantinnen und Migranten zuständig sind, nicht nur bilingual sein, sondern auch Hintergrundinformationen über den jeweiligen Kulturkreis und Kenntnisse in der kulturspezifischen Betreuung besitzen. Ein eigener Migrationshintergrund kann dafür hilfreich sein.

Eine interkulturelle Öffnung einer Rehabilitationseinrichtung muss von der Einrichtungsleitung sowie vom gesamten Team getragen werden. Um eine optimale Betreuung und Versorgung der Menschen mit Migrationshintergrund zu ermöglichen, sind entsprechend Strukturen zu schaffen, die den Austausch innerhalb des therapeutischen Teams fördern und die Teammitglieder darin unterstützen, an einschlägigen Seminaren, Fortbildungen und ggf. Supervisionen teilzunehmen.

In Rehabilitationseinrichtungen, die sich besonders auf die Rehabilitation von Migrantinnen und Migranten eingerichtet haben, erscheint eine Konzentration der personellen Anforderungen bzgl. Bilingualität auf bestimmte Berufsgruppen sinnvoll. Für die somatischen Erkrankungen in der medizinischen Rehabilitation²³ findet sich eine entsprechende Auflistung der notwendigen bzw. wünschenswerten Berufsgruppen in Abhängigkeit vom Indikationsschwerpunkt der Einrichtung im Anhang. Da solches Fachpersonal, das auch die kulturspezifischen Eigenschaften der Patienten kennt, nicht flächendeckend zur Verfügung steht, muss insgesamt zwischen sinnvollen konzeptionellen Anforderungen einerseits und realistischen Möglichkeiten der Ausgestaltung der medizinischen Rehabilitation andererseits abgewogen werden.

5.1.4.1 Arzt/Ärztin

Die ärztliche Leitung muss die Gebietsbezeichnung der Hauptindikation der Einrichtung führen und sollte zusätzlich die Zusatzbezeichnung „Rehabilitationswesen“ oder „Sozialmedizin“ erlangt haben sowie über eine mindestens zweijährige vollzeitige rehabilitative und sozialmedizinische Erfahrung verfügen.

²³ Für Rehabilitationseinrichtungen in den Bereichen „Psychosomatik/Psychotherapie“ und „Sucht“ gelten besondere Anforderungen.

Die übrigen Ärztinnen und Ärzte müssen über die in den indikationsspezifischen Konzeptionen²⁴ festgelegte Qualifikation bzw. klinische Erfahrung verfügen.

5.1.4.2 Klinischer Psychologe/Klinische Psychologin

- Diplom als Psychologe/Psychologin und
- ggf. Zusatzausbildung Psychologische Psychotherapie und
- Zusatzqualifikation in Entspannungstechniken (z. B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung nach Jacobson) und
- Erfahrung in der Leitung von Gruppen.

5.1.4.3 Physiotherapeut/in und Krankengymnast/in

- Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut/in oder Krankengymnast/in ggf. mit indikationsspezifischer Zusatzqualifikation oder Weiterbildung.

5.1.4.4 Masseur/in und Medizinische(r) Bademeister/in

- Staatliche Anerkennung als Masseur/in oder medizinische/r Bademeister/in ggf. mit indikationsspezifischer Zusatzqualifikation oder Weiterbildung und
- Grundlagenkenntnisse in Bewegungslehre und medizinischer Aufbautherapie.

5.1.4.5 Ergotherapeut/in

- Staatliche Anerkennung als Ergotherapeut/in ggf. mit indikationsspezifischer Zusatzqualifikation oder Weiterbildung und
- Grundlagenkenntnisse in arbeitsrehabilitativen Maßnahmen, Ergonomie, Arbeitsplatzanpassung.

5.1.4.6 Logopäde/Logopädin und Sprachtherapeut/in

- Staatliche Anerkennung als Logopäde/Logopädin oder Sprachtherapeut/in ggf. mit indikationsspezifischer Zusatzqualifikation oder Weiterbildung.

5.1.4.7 Sozialarbeiter/in und Sozialpädagoge/Sozialpädagogin

- Diplom/staatliche Anerkennung als Sozialarbeiter/in bzw. Sozialpädagoge/Sozialpädagogin und
- Erfahrung in der Einzelfallhilfe und
- Aus- oder Weiterbildung in Gesundheitsfürsorge.

²⁴ Vgl. hierzu die krankheitsspezifischen Konzepte, die von der „Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung“ ausgearbeitet wurden (VDR 1991) sowie die indikationsspezifischen Rahmenempfehlungen der BAR zur ambulanten Rehabilitation. Gegenwärtig vorliegende Indikationen sind: Kardiologie (BAR 2000), Neurologie (BAR 2000), muskuloskeletale Erkrankungen (BAR 2000), Onkologie (BAR 2004), Dermatologie (BAR 2004) sowie für psychische und psychosomatische Erkrankungen (BAR 2004).

5.1.4.8 Diätassistent/in

- Staatliche Anerkennung als Diätassistent/in ggf. mit indikationsspezifischer Zusatzqualifikation oder Weiterbildung.

5.1.4.9 Gesundheits- und Krankenpfleger/in²⁵

- Staatliche Anerkennung als Gesundheits- und Krankenpfleger/in ggf. mit indikationsspezifischer Zusatzqualifikation oder Weiterbildung und
- Erfahrung in der fachlichen Beratung, Anleitung und praktischen Unterstützung von medizinischen Laien.

5.1.4.10 Sportlehrer/in und Sportwissenschaftler/in und Sporttherapeut/in

- Wissenschaftliche Ausbildung als Diplom-Sportlehrer/in oder Sportwissenschaftler/in mit medizinischer Ausrichtung (z. B. Fachrichtung Rehabilitation) oder Zusatzqualifikation Bewegungstherapie/Sporttherapie und
- Weiterbildung in medizinischer Aufbautherapie.

5.2 Diagnostik

Eine umfassende und gleichzeitig gezielte Diagnostik bildet die Grundlage jeder therapeutischen Maßnahme. Daher hat die Diagnostik auch in der Rehabilitation einen hohen Stellenwert. Sie umfasst u. a. die üblichen diagnostischen Methoden aus Medizin, Psychologie und anderen Disziplinen mit Ausrichtung auf rehabilitationsspezifische Ziele und Fragestellungen. Schwerpunkt ist die Erfassung der vorhandenen bzw. beeinträchtigten Funktionen und Aktivitäten und ihrer Auswirkungen auf das jeweilige Leistungsvermögen. Das erfordert:

- Diagnostik auf der Ebene der Schädigungen ggf. zur Präzisierung der medizinischen Diagnose (in der Regel Voraussetzung für eine angemessene Beurteilung der Leistungsfähigkeit),
- Diagnostik auf der Ebene der Aktivitäten unter besonderer Berücksichtigung der Anforderungen in Beruf und Alltag (arbeits- und alltagsbezogene Leistungsfähigkeit),
- Erfassung individuell relevanter Kontextfaktoren durch die Einbeziehung der jeweils relevanten Persönlichkeitsmerkmale, Lebensbedingungen und Aspekte des Krankheitsverhaltens (psychosoziale Diagnostik),
- die Gesamtbeurteilung der Krankheits- und/oder Behinderungssituation, auch vor dem Hintergrund der individuellen Lebensgeschichte und
- kontinuierliche Verlaufskontrollen.

Die Diagnostik in der Rehabilitationseinrichtung darf nicht zu einer Verzögerung des Therapiebeginns führen. Dies wird durch die Tatsache erleichtert, dass in manchen Bereichen (z. B. Ergometrie, isokinetisches Training) die parallele Durchführung von Diagnostik und Therapie möglich ist.

²⁵ Diese neue Berufsbezeichnung wurde zum 1. Januar 2004 für die bisherige Ausbildung zum Krankenpfleger bzw. zur Krankenschwester eingeführt.

Bei invasiven diagnostischen Verfahren ist zu bedenken, dass auch hier gegenüber den Rehabilitanden eine Aufklärungspflicht besteht. Für Rehabilitanden mit Migrationshintergrund sollten, sofern erforderlich, daher die Patienteninformationen für bestimmte Untersuchungen auch in der jeweiligen Muttersprache zur Verfügung stehen.

Diagnostik vor der Rehabilitation

Die Diagnostik der Erkrankung und – soweit möglich – auch in Bezug auf die Ebenen der Körperfunktionen/-strukturen und Aktivitäten sollte bereits vor der medizinischen Rehabilitation abgeschlossen sein, um die Behandlung möglichst rasch und zielgerichtet zu beginnen. Unnötige Mehrfachuntersuchungen können so vermieden und die auf die Diagnostik entfallenden Kosten der Rehabilitation begrenzt werden.

Insbesondere Ausmaß und Schweregrad der Schädigungen von Körperstrukturen und -funktionen, der Beeinträchtigung von Aktivitäten und Teilhabe sind im Vorfeld bereits soweit zu klären, wie es zur Feststellung der Rehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit sowie zur Entscheidung über die Zuweisung (Ort, Zeitpunkt etc.) in eine geeignete Rehabilitationseinrichtung notwendig ist. Dabei ist insbesondere auf die noch bestehenden bzw. verbliebenen Restfunktionen und ggf. Kompensationsmöglichkeiten zu achten, die sich auch auf die Aktivitätsebene auswirken können und daher auf die Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben. Wichtig ist in diesem Zusammenhang die adäquate Berücksichtigung der individuell relevanten Kontextfaktoren, die als Person- oder Umweltfaktoren einen fördernden (Förderfaktoren) oder einen hemmenden (Barrieren) Einfluss ausüben können. Im Sinne einer personenzentrierten Rehabilitation sind diese individuell wirksamen Kontextfaktoren exakt zu ermitteln, so dass durch die Unterstützung der Förderfaktoren und Abbau der Barrieren das individuelle Reha-Ziel nachhaltig gefördert werden kann.

Neben dem Befundbericht oder dem sozialmedizinischen Gutachten einschließlich Selbstauskunftsbogen sollten zur Aufnahme in die ambulante oder stationäre Rehabilitationseinrichtung frühere Arztberichte und ggf. der Entlassungsbericht des Akutkrankenhauses oder einer Rehabilitationseinrichtung vorliegen. Hieraus sind die Ergebnisse bisher durchgeführter Untersuchungen, der bisherige Verlauf der Erkrankung einschließlich relevanter Komplikationen, die relevanten individuellen Kontextfaktoren (Risikoprofil einschließlich vorhandener und ggf. zu mobilisierender Ressourcen) und Angaben über zuletzt eingenommene Medikamente zu entnehmen. Auch Vorschläge zum weiteren Vorgehen, die bereits besprochen oder zeitlich festgelegt worden sind, müssen zu Beginn der Rehabilitationsbehandlung bekannt sein.

Darüber hinaus sind zur Verlaufsbeurteilung ggf. Elektrokardiogramme, Röntgenbilder und die Dokumentationen anderer auswertbarer bildgebender Verfahren als Original oder Ablichtung – nicht lediglich als Befundbeschreibungen – notwendig.

Diagnostik während der Rehabilitation

Noch fehlende Diagnostik wird zu Beginn der Rehabilitation durchgeführt. Sie sollte möglichst wenig Zeit in Anspruch nehmen, so dass innerhalb des zeitlichen Rahmens der Rehabilitation die therapeutischen Leistungen eindeutig im Vordergrund stehen.

Die diagnostische Grundausstattung der Rehabilitationseinrichtungen hat sich an folgenden Aufgaben auszurichten:

- Erstellen eines Therapieplanes,
- Verlaufskontrollen,
- sozialmedizinische Beurteilung.

Die diagnostischen Möglichkeiten in stationären Einrichtungen sind so anzulegen, dass bei Bedarf eine Überprüfung vorliegender Diagnosen, auch bei Mehrfacherkrankungen, möglich ist. Dies betrifft insbesondere die Diagnostik im Hinblick auf die Auswirkungen

auf die Ebene der Funktionen und Aktivitäten sowie Kontextfaktoren (Reha-Diagnostik im engeren Sinne).

Die Zusammenfassung der diagnostischen Informationen aus den verschiedenen Bereichen und deren Bewertung erfolgt in der Regel durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in der Rehabilitationseinrichtung im Zusammenwirken mit dem Behandlungsteam (vgl. auch Abschnitt 5.1.4).

5.2.1 Diagnostik der Erkrankung auf der Ebene der Schädigungen (Körperfunktionen und -strukturen)

Die notwendige apparative Grundausstattung zur Diagnostik der Krankheit und der Schädigungen (von Körperfunktionen und -strukturen) richtet sich nach den Voraussetzungen für eine qualifizierte ärztliche Basisversorgung. Sie ist entsprechend den besonderen Anforderungen zu ergänzen, die sich aus den Haupteinweisungsindikationen der Rehabilitationseinrichtung und den damit zusammenhängenden häufigen Begleiterkrankungen ergeben. Hierzu gehören auch die in dem jeweiligen Fach üblichen kurativmedizinischen Techniken zur Diagnostik der Funktion von Organen oder Organsystemen (z. B. Atmung, Herz-Kreislauf-System).

5.2.2 Aktivitätsdiagnostik

Die rehabilitationsorientierte Diagnostik bezieht sich auf Aktivitäten (und komplexe Funktionen) sowie auf psychosoziale und berufsbezogene Aspekte (im Sinne der Kontextfaktoren der ICF). Sie dient zur Planung und Kontrolle der Therapie, zur abschließenden (sozialmedizinischen) Beurteilung der Leistungsfähigkeit und zur Erarbeitung von Empfehlungen für den weiteren Rehabilitationsverlauf.

Diagnostik der arbeits- und alltagsbezogenen Leistungsfähigkeit (sog. Leistungsdiagnostik)

Die sog. Leistungsdiagnostik bezieht sich auf Störungen der Fähigkeit, Aktivitäten im täglichen Leben (einschließlich Beruf) ausüben zu können. Sie soll angeben, welche dieser Aktivitäten in welchem Umfang eingeschränkt und durch rehabilitative Maßnahmen (Training, Hilfsmittel usw.) wiederherzustellen sind, damit die Anforderungen des Berufs- und Alltagslebens bewältigt werden können.

Zunehmende Bedeutung findet der Einsatz von Assessmentinstrumenten. Diese dienen als standardisierte Instrumente insbesondere zur Aktivitätsdiagnostik. Ihr gezielter Einsatz kann zu einer verbesserten Datenbasis führen und dadurch einen engeren Beurteilungskorridor zur Einschätzung des Leistungsvermögens ermöglichen. Die Entscheidung über die Auswahl und den Einsatz eines Assessments ist insbesondere vor dem Hintergrund der Eignung für die jeweilige Fragestellung und der Aussagekraft zu treffen. Der Assessmentbegriff ist nicht einheitlich definiert. Assessmentinstrumente reichen von einfachen Messmethoden (z. B. Neutral-Null-Methode) über technisch-apparative Standardverfahren zur Funktionsdiagnostik (z. B. Spirometrie) bis hin zu komplexen Verfahren zur Aktivitätsdiagnostik. Zu diesen gehören typischerweise die FCE-Systeme (Functional Capacity Evaluation Systems)²⁶ mit ihren Schwerpunkten EFL (Evaluation funktioneller Leistungsfähigkeit²⁷) und ERGOS, als computergestütztes Arbeitssimulationssystem. Solche komplexen und relativ aufwendigen Assessments zur Aktivitätsdiagnostik stellen eine wertvolle Ergänzung der klinischen Befunde dar. Ihr Einsatz ist entsprechend zu begründen. Sie werden derzeit insbesondere bei speziellen Fragestellungen zum arbeitsbezogenen Leistungsvermögen durchgeführt.

Hinsichtlich der Diagnostik psychischer Belastungen sollte zweistufig vorgegangen werden: Die Informationen und Ergebnisse der orientierenden Diagnostik können im Sinne eines Screening-Verfahrens zur Identifizierung derjenigen Rehabilitanden

²⁶ Vgl. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger VDR (Hrsg.) (2003): FCE-Studie. FCE-Systeme zur Beurteilung der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit. Abschlussbericht. DRV-Schriften 44. Frankfurt am Main.

²⁷ kann auch therapeutisch eingesetzt werden

verwendet werden, bei denen weiterführende, differenzierte psychodiagnostische Verfahren erforderlich sind. Inhalte der Psychodiagnostik können insbesondere sein:

- kognitive Kapazitäten und Potentiale,
- Status und Fähigkeiten der Krankheitsverarbeitung,
- psychische Beeinträchtigungen.

Forschungsergebnisse haben gezeigt, wie wichtig gerade die psychische Komorbidität für den weiteren Verlauf der Erkrankung und ihrer Folgen sein kann.

Bei psychischen Störungen kommen weitere Inhalte der Psychodiagnostik hinzu (vgl. die entsprechenden speziellen Konzepte und Empfehlungen)^{28, 29}.

Hinsichtlich der Diagnostik berufsbezogener Einschränkungen sollten die Ergebnisse der Eingangsuntersuchung ebenfalls dazu führen, im Bedarfsfall weitergehende funktions- bzw. leistungsbezogene Untersuchungen (z. B. in Form von Belastungsproben und anderen arbeitstherapeutischen Maßnahmen mit begleitender medizinischer und psychophysiologischer Belastbarkeitsdiagnostik) und berufsbezogene Beratungen zu veranlassen.

Kontextfaktoren

Wichtige Informationen zu den im Einzelfall vorliegenden Kontextfaktoren erhalten zunächst die Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung bei der Erhebung der Krankheitsvorgeschichte, der sozialen und beruflichen Situation (z. B. Analyse und Beschreibung des Arbeitsplatzes) sowie im Rahmen der orientierenden psychosozialen Diagnostik. Diese erhebt insbesondere psychische und soziale Belastungen, Probleme der sozialen Integration infolge der gesundheitlichen Störungen sowie berufsbezogene Einschränkungen. Auf der Grundlage dieser Informationen und in der Regel unter Verwendung von geeigneten psychologischen Messinstrumenten erfolgt dann eine gezielte problemorientierte Diagnostik. Diese bezieht sich auf Krankheitsfolgen und Krankheitsverarbeitung, Gesundheitsverhalten, Motivation und Erwartungshaltung ebenso wie auf etwaiges Suchtverhalten, Ernährungsgewohnheiten sowie psychische Belastungsmomente und die sozialen Lebensumstände (z. B. Arbeitslosigkeit als zusätzlicher Kontextfaktor). Die vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen können auf diese Weise im Zusammenhang mit der individuellen psychosozialen Situation (Familienintegration, Lebensplanung, Unterstützung innerhalb und außerhalb der Familie, berufliche und finanzielle Situation) gesehen werden. Die ersten Angaben und Eindrücke werden im Verlauf der weiteren rehabilitativen Behandlung ergänzt und vertieft, z. B. bei Visiten, therapeutisch orientierten Gesprächen und Teambesprechungen.

5.3 Rehabilitations- bzw. Therapieziele

Zentrales Ziel der medizinischen Rehabilitation durch die gesetzliche Rentenversicherung ist es, einer (drohenden oder eingetretenen) Minderung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben zu begegnen, um damit die Teilhabe zu sichern (vgl. Abschnitt 2.2). Die individuellen Rehabilitations- und Therapieziele, die den vorgenannten allgemeinen Rehabilitationsauftrag im Einzelfall ausfüllen, werden auf der Basis der durchgeführten Diagnostik festgelegt. In der Regel erfolgt dies in Abstimmung zwischen Rehabilitand und Rehabilitationsteam. Die Formulierung der Behandlungsziele ist eine wesentliche Aufgabe zu Beginn der Rehabilitation. Die Ziele setzen dabei auf unterschiedlichen Ebenen an. Rehabilitationsziele sind in der Regel übergreifend formuliert. Sie beziehen sich auf ein ganzheitliches Rehabilitationskonzept und den Erfolg der Rehabilitationsleistung insgesamt.

²⁸ Vgl. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger VDR (Hrsg.) (2001): Empfehlungen für die sozialmedizinische Beurteilung psychischer Störungen. Hinweise zur Begutachtung. DRV-Schriften 30. Frankfurt am Main.

²⁹ Vgl. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger VDR (Hrsg.) (2004): Abschlussbericht der Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung SOMEKO. DRV-Schriften 53. Frankfurt am Main.

Therapieziele richten sich eher auf einzelne Aspekte, wie z. B. auf die angestrebten Ergebnisse einzelner Therapien und Behandlungen und sind daher differenzierter und konkreter zu fassen. Die Zielformulierung ist als Prozess zu sehen: Aufgrund der Verlaufsdagnostik und therapeutischer Zwischenergebnisse sollten anfangs formulierte Ziele (bzw. ihre jeweilige Priorität) im Laufe der Behandlung durchaus verändert werden können.

Der Erfolg der Rehabilitation hängt wesentlich davon ab, inwieweit die Betroffenen in die Behandlung einbezogen werden und an der Wiederherstellung ihrer Gesundheit bzw. der Bewältigung ihrer Krankheit und deren Folgen selbstverantwortlich und aktiv mitarbeiten. Diese Mitwirkung muss intensiv gefördert und auch in eigenverantwortliche Aktivitäten umgesetzt werden (wie z. B. durch die Anleitung zu Selbstkontrolle und Selbstmanagement der Erkrankung bei Diabetikern). Dabei ist auch an das subjektive Gesundheits- und Krankheitsverständnis sowie an die Erwartungen hinsichtlich der Aufgaben und Inhalte der Rehabilitation anzuknüpfen. Unangemessene Erwartungen sind entsprechend aufzugreifen und zu bearbeiten. Es ist daher besonders wichtig, die Rehabilitationsziele und den Therapieplan (siehe auch Abschnitt 5.4) mit allen Rehabilitanden abzustimmen und an den individuellen und sozialen Ressourcen auszurichten. Auch die Wirkungsweise der einzelnen Therapie- bzw. Behandlungselemente muss inhaltlich und sprachlich verständlich dargestellt werden. Zur Stärkung von Selbstbestimmung und Partizipation ist grundsätzlich eine partnerschaftliche Therapeuten-Patienten-Kommunikation zu verwirklichen.

5.4 Therapieplan

Auf der Grundlage der differenzierten Diagnostik und der gemeinsam abgestimmten Therapieziele ist für jede Rehabilitandin und jeden Rehabilitanden ein detaillierter individueller Therapie- bzw. Rehabilitationsplan zu erstellen, der die Zielsetzungen der verschiedenen Therapiebereiche mit einschließt und sich an einer langfristigen Strategie zur Bewältigung der (chronischen) Erkrankung und ihrer Folgen orientiert. Er ist von den Ärztinnen und Ärzten unter Beteiligung der anderen Mitglieder des Rehabilitationsteams zu erstellen, im Laufe der Behandlung der aktuellen Situation anzupassen und im Entlassungsbericht zu dokumentieren. Rehabilitanden und ggf. Angehörige/Bezugspersonen sind bei der Erstellung des Therapieplans bzw. der Anpassung einzubeziehen, nicht zuletzt, um eine aktive Mitwirkung bei der Umsetzung zu begünstigen.

Bei der Planung der Therapie (sowie auch bei der Umsetzung der entsprechenden Behandlungselemente) sind die verschiedenen Ebenen des bio-psycho-sozialen Modells zu berücksichtigen: Die Bewegungstherapie kann z. B. nicht nur die körperliche Belastbarkeit bzw. Leistungsfähigkeit vergrößern (somatische Ebene), sondern auch das Körpergefühl und die Selbstwahrnehmung günstig beeinflussen (psychische Ebene) und ggf. die Kontaktaufnahme mit anderen Menschen erleichtern (soziale Ebene).

Zur Erstellung eines Therapieplans gehört auch die Berücksichtigung weiterführender Maßnahmen, d. h. neben der ggf. erforderlichen Anregung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch die Beratung bei der Auswahl von Hilfsmitteln, bei der Gestaltung der häuslichen Versorgung und bei einer notwendigen Wohnungsumgestaltung. Darüber hinaus sollte Kontakt zu geeigneten Selbsthilfegruppen hergestellt werden (vgl. Kapitel 6.3).

Ein individuell zugeschnittener Therapieplan ordnet also die verschiedenen therapeutischen Angebote der Rehabilitationseinrichtung sinnvoll je nach individueller Problemkonstellation zu. Stärker als durch pauschale Angebote können auf diese Weise subgruppenspezifische Erfolgsfaktoren einbezogen und die Rehabilitation patientenorientierter gestaltet werden. Bei der konkreten Ausformung der therapeutischen Angebote sind die unterschiedlichen Ausgangssituationen von Frauen und Männern sowie geschlechtsspezifische Problemlagen während und nach der Rehabilitation zu berücksichtigen. In einigen Indikationsbereichen (z. B. Sucht, Psychosomatik, Kardiologie) wurden bereits geschlechtsspezifische Behandlungsansätze entwickelt. Bei der

Therapieplanung für spezielle Rehabilitandengruppen (z. B. mit Migrationshintergrund, (Langzeit-)Arbeitslose) sollten bei Bedarf kontextspezifische Besonderheiten Berücksichtigung finden.

5.5 Behandlungselemente

5.5.1 Ärztliche Aufgaben

Zum ärztlichen Aufgabenbereich gehört neben der Leitungsfunktion im Rehabilitationsteam die Erstellung des Therapieplanes auf der Grundlage der Reha-Diagnostik. Darüber hinaus bestehen die Aufgaben der Ärzte und Ärztinnen in der Fortsetzung, Überprüfung und Modifikation der gesamten Behandlungsmaßnahmen. Insbesondere obliegt ihnen die Einleitung und Verlaufskontrolle der medikamentösen Therapie (und ggf. die Notfallbehandlung). Auch die Indikation für ggf. notwendige weiterführende Behandlungen (Operation, psychologische Betreuung u. a.) ist – den Ergebnissen der Diagnostik entsprechend – vom ärztlichen Dienst zu stellen.

Weitere Aufgaben der Ärzte und Ärztinnen sind insbesondere:

- Indikationsstellung, Durchführung und Auswertung der Rehabilitationsdiagnostik,
- Erstellung und Anpassung des Rehabilitationsplans,
- Koordination und Anpassung, Überwachung und Evaluation der Therapie-
maßnahmen,
- Durchführung von regelmäßigen patientenbezogenen Teambesprechungen
(mindestens 1 mal pro Woche,)
- Kooperation mit vor- und nachbehandelnden Ärzten und Ärztinnen,
konsiliarärztlichen Diensten,
- Durchführung von Eingangs-, Zwischen- und Abschlussuntersuchungen,
- Entlassungsbericht mit sozialmedizinischer Beurteilung und Hinweisen für
weiterführende Maßnahmen im Rahmen der Nachsorge.

5.5.2 Pflege

Die Pflege in der Rehabilitation ist darauf ausgerichtet, die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit der Rehabilitanden unter Berücksichtigung ihrer individuellen Ressourcen und den Gegebenheiten ihrer Umwelt zu fördern. Ausgangspunkte sind dabei die gezielte Beobachtung in Bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens sowie kontinuierliche Gesprächskontakte. Die Gespräche sollen auch Barrieren, die die Aktivitäten oder die Teilhabe beeinträchtigen, und Förderfaktoren, die beides verbessern, einschließen, um diese Kontextfaktoren in die Rehabilitation einzubeziehen.

Wichtiges Element der Pflege ist auch die Motivierung und Unterstützung der Rehabilitanden im Umgang mit ihrer Erkrankung. Hierzu gehören die Fortführung einzelner Therapieelemente (Mobilisierung, Geh- und Stehübungen, Sprechtraining, Gebrauch von Hilfsmitteln) sowie die Mitwirkung an der Beratung und indikations-spezifischen Schulung (z. B. Selbstmessung von Blutdruck, Puls und Blutzucker, Selbstbeobachtung im Rahmen von Schmerztagebüchern, Ernährungs- oder Insulinprotokollen, Insulininjektionen usw.).

Darüber hinaus hat die Pflege in der Rehabilitation die Aufgabe, im Rahmen von ärztlicher Diagnostik und Therapie mitzuwirken (z. B. bei der Vorbereitung von Untersuchungen, bei der Durchführung von Injektionen) und zur Organisation, Koordination und Dokumentation des gesamten Behandlungsablaufs beizutragen.

5.5.3 Physiotherapie und Physikalische Therapie

Krankengymnastik, Sport- und Bewegungstherapie, Balneo-, Klima-, Hydro- und Elektrotherapie sowie Massage werden im Folgenden unter den Begriffen „Physiotherapie“ und „Physikalische Therapie“ zusammengefasst.

5.5.3.1 Physiotherapie (Krankengymnastik)

Die Physiotherapie (Krankengymnastik) wird auf die jeweilige aktuelle Symptomatik und Leistungsfähigkeit der Rehabilitanden ausgerichtet und dient der Anregung bzw. Förderung gestörter physiologischer Funktionen. Auch kann es erforderlich sein, ggf. mit Unterstützung von Hilfsmitteln, Ersatzfunktionen zu erarbeiten. Dazu werden vor allem speziell modifizierte aktive und passive Bewegungsübungen sowie Funktionstraining auf neurophysiologischer Grundlage eingesetzt. Zur Sicherung des Behandlungserfolgs ist es außerdem unerlässlich, die Rehabilitanden zu schulen, damit erforderliche Übungselemente auch zu Hause fortgeführt werden können. Hauptindikationen sind insbesondere Folgen von degenerativen oder entzündlichen Veränderungen und von Verletzungen, Schlaganfallfolgen sowie Fehlhaltungen und die postoperative Mobilisierung.

5.5.3.2 Sport- und Bewegungstherapie

Bei der Sport- und Bewegungstherapie geht es vorwiegend um eine aktive, den ganzen Körper beanspruchende Bewegung mit dem Ziel der Steigerung von Ausdauer, Koordination, Flexibilität und Kraft zur Erhaltung bzw. Verbesserung der Leistungsfähigkeit. Allgemeine sportbezogene Programme sollen darüber hinaus zur langfristigen regelmäßigen Sportausübung motivieren. Spezielle Programme zielen auf spezifische Verbesserungen einzelner motorischer Fähigkeiten. Gleichzeitig dient die Sport- und Bewegungstherapie der Erprobung der körperlichen Belastbarkeit im Hinblick auf das Erwerbsleben. Sie kann in verschiedenen Formen erfolgen, als Ergometertherapie, Sequenztraining, Lauftraining, Gymnastik, Schwimmen, alters- und krankheitsadäquate Spiele u. a.

5.5.3.3 Physikalische Therapie

Unter physikalischer Therapie versteht man allgemein die Anregung oder gezielte Behandlung gestörter physiologischer Funktionen mit physikalischen Mitteln. Dazu gehören z. B. die Hydrotherapie (therapeutische Anwendung von Wasser), die Thermotherapie (therapeutische Anwendung von Wärme und Kälte), die Klimatherapie (therapeutische Nutzung klimatischer Verhältnisse), die Balneotherapie (therapeutische Anwendung ortsspezifischer Heilmittel), die Elektrotherapie (therapeutische Anwendung des elektrischen Stroms) sowie die Massage.

Physikalische Therapien wie z. B. Massagen, Packungen und Bäder wirken vorwiegend entspannend und lockernd. Sie können zur Schmerzlinderung sowie zur Einleitung einer aktiven Therapie dienen. Speziell hydrotherapeutische Maßnahmen können durch adaptative Effekte auch zu einer allgemeinen Stabilisierung von Körperfunktionen beitragen. Massage wirkt je nach Durchführung tonisierend oder detonisierend und wird zur Durchblutungsverbesserung, Entstauung sowie zur lokalen Muskelrelaxation eingesetzt. Bei bestimmten Indikationen gehören solche physikalischen Therapien auch zu den gezielt einzusetzenden krankheitsspezifischen Therapiemaßnahmen (z. B. Packungen zur Durchführung von Kältetherapie bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen, Elektrotherapie bei Lähmungen).

Ein wesentlicher Aspekt der Physiotherapie und der Physikalischen Therapie ist auch die Förderung einer differenzierten Selbstwahrnehmung und das Erleben eines positiven Körpergefühls, auch unter Bedingungen einer Erkrankung oder Behinderung. Belastung und Aktivierung wirken therapeutisch einer unerwünschten, primär auf Schonung bedachten Passivität entgegen. Die Rehabilitanden sollten daher grundsätzlich zur aktiven Muskeltätigkeit (wie z. B. im Rahmen der Sport- und Bewegungstherapie bzw. der Krankengymnastik) angeregt werden. Gleichzeitig muss allerdings darauf geachtet werden, dass eine Überlastung und Überaktivierung vermieden wird,

um eine Balance von Anspannung und Entspannung zu erreichen. Möglichkeiten zur Integration von Entspannungsverfahren (Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation) in Elemente der Physiotherapie und physikalischen Therapie sind hier zu nutzen.

5.5.4 Ergotherapie

Ergotherapie dient im Wesentlichen der Funktionsverbesserung in motorischer, sensorischer und kognitiver Hinsicht. Ausgehend von gezielter Funktionsdiagnostik soll durch alltagsorientiertes Training krankheitsangepasstes Verhalten (z. B. rücken- und gelenkschonende Techniken) eingeübt sowie Unterstützung beim Hilfsmittelgebrauch geleistet werden; insgesamt dient Ergotherapie der Selbsthilfefähigkeit bei alltäglichen Verrichtungen.

Darüber hinaus hat Ergotherapie – z. B. in der Rehabilitation bei neurologischen Störungen und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems – wichtige Aufgaben bei der berufsbezogenen Anpassung und sozialen Wiedereingliederung, z. B. durch arbeitsplatzorientierte Handfunktionsschulung, Werkzeug- und Hilfsmittelgebrauchsschulung und die gezielte Durchführung und Auswertung von Belastungserprobungen. Aus dieser Arbeit erwachsen Anstöße zur notwendigen Hilfsmittelversorgung, für Hilfen zur Wiedereingliederung am Arbeitsplatz und zur sozialen Wiedereingliederung im häuslichen Umfeld.

Ein anderes Feld ergotherapeutischer Aufgaben ist der gestalterische oder i.e.S. beschäftigungstherapeutische Bereich: Hier geht es um die Förderung von Kreativität, Interessen und Selbstwertgefühl sowie die Anregung zu Freizeitaktivitäten, u. a. durch das Herstellen selbst gestalteter Produkte.

5.5.5 Gesundheitsbildung – Gesundheitstraining – Patientenschulung

Umfassende Schulungsprogramme zu gesundheitsbezogenen Themen haben aufgrund ihrer nachgewiesenen Wirksamkeit in der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung einen hohen Stellenwert. Mit Gesundheitsbildung und Patientenschulung stehen funktionierende Instrumente zur Verfügung, um die Prinzipien der Selbstverantwortung und Selbstbestimmung umzusetzen. Diese Programme zielen darauf ab, die Mitarbeit (Compliance) der Betroffenen bei der medizinischen Rehabilitation zu verbessern und ihre Fähigkeiten zum selbstverantwortlichen Umgang mit ihrer Erkrankung (Selbstmanagement) in Kooperation mit professioneller Hilfe zu stärken. Die Rehabilitanden sollen durch den Erwerb von Wissen, Fertigkeiten und Kompetenzen in die Lage versetzt werden, informiert Entscheidungen bezüglich ihrer Lebensführung zu treffen (Empowerment). Als grundlegende Elemente solcher Programme gelten:

- systematische (lernzielorientierte) Planung,
- methodisch-didaktische Aufbereitung in Form eines manualisierten Curriculums,
- Berücksichtigung der kognitiven, emotionalen und praktischen Ebene der Einstellungs- und Verhaltensänderung (Mehrdimensionalität),
- themenzentrierte und patientenorientierte Vorgehensweise,
- interaktive Gestaltung in der Kleingruppe unter Einbeziehung der Erfahrungen der Betroffenen.

Die gesetzliche Rentenversicherung unterscheidet dabei zwischen einführenden (indikationsübergreifenden) Schulungsprogrammen, weiterführenden (vertiefenden) Programmen bei bestimmten Problemkonstellationen sowie krankheitsspezifischen Programmen. Vorerfahrungen mit medizinischer Rehabilitation sollten berücksichtigt werden. Es ist darauf zu achten, dass für die Teilnahme an den Schulungsprogrammen eine ausreichende körperliche Belastbarkeit besteht (z. B. Sitzen).

5.5.5.1 Einführende (indikationsübergreifende) Programme

Als fester Bestandteil des Rehabilitationskonzeptes wird zu Beginn der Rehabilitation ein Seminarprogramm durchgeführt, das zentrale Themen des Gesundheitsverhaltens (wie z. B. Ernährung, Bewegung, Stress) behandelt, ohne jedoch primär auf die jeweilige Einweisungsindikation ausgerichtet zu sein. Es dient der Reflexion über Aufgaben, Zielsetzung und Verlauf der Rehabilitation sowie der Einführung in die weiterführenden, vertiefenden und krankheitsspezifischen Programme. Hier steht die Motivierung zur aktiven Mitarbeit in der Rehabilitation und allgemein zu einer gesundheitsförderlichen Lebensweise im Vordergrund³⁰.

Das indikationsübergreifende Gruppenprogramm ist so auszugestalten, dass prinzipiell alle Rehabilitanden einer Einrichtung – auch die in Anschlussheilbehandlung – davon profitieren können. Welche Themen (Seminareinheiten) speziell für die individuelle Problemlage relevant sind, sollte im Rahmen der Therapieplanerstellung gemeinsam zwischen Ärzten und Rehabilitanden abgestimmt bzw. vereinbart werden. Die Teilnahme an den gemeinsam festgelegten Seminareinheiten ist dann verbindlich.

5.5.5.2 Weiterführende (vertiefende) Programme

Die vertiefenden Gruppenprogramme intensivieren die in den Basiselementen des allgemeinen Programms vermittelten Inhalte in den Bereichen, die für die Rehabilitanden angesichts ihrer individuellen Problemlage von besonderer Bedeutung sind. Geschlossene Gruppen sind offenen Gruppen vorzuziehen, verursachen aber höheren Organisationsaufwand. Die Programme sollten einen hohen Anteil an übenden Elementen enthalten. Beispiele hierfür sind Gruppen im Rahmen des Gesundheitssports, der Rückenschule, der Schmerzbewältigung, des Aufbaus einer gesunden Ernährungsweise (Gewichtsprobleme, Essstörungen), der Stressbewältigung oder des Entspannungstrainings (Progressive Muskelrelaxation, Autogenes Training). Ebenso haben hier verhaltenstherapeutisch orientierte Gruppenprogramme (z. B. Nichtrauchertraining, Konfliktbewältigungs- und Selbstsicherheitstraining) oder spezielle Gesprächsgruppen zur Krankheitsbewältigung ihren Platz.

5.5.5.3 Krankheitsspezifische Programme

Die krankheitsspezifischen Programme dienen vor allem der Patientenschulung. Sie sollen umfassende Kompetenzen vermitteln, die für die Bewältigung und den praktischen Umgang mit speziellen Erkrankungen entscheidend sind (z. B. Diabetikerschulung einschließlich Anleitung zur Blutzucker-Selbstkontrolle und Ernährungsberatung, Patientenschulung bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen der Atmungsorgane oder bei rheumatischen Erkrankungen). In der Regel sind sie als indikationsbezogenes Schulungskonzept ausgebaut³¹.

Im Rahmen der ambulanten Rehabilitation ist eine ausreichende Zahl von Rehabilitanden wichtig, um geeignete Schulungsgruppen gleicher Indikationen zusammenstellen zu können. Dabei sollten für Rehabilitanden mit Migrationshintergrund bei Bedarf spezielle Schulungsprogramme angeboten werden (z. B. bietet eine Rehabilitationseinrichtung regelmäßig Diabetikerschulungen in türkischer Sprache und Asthmaschulungen in italienischer Sprache an).

Die Ausrichtung an einem ganzheitlichen Rehabilitationskonzept erfordert eine Verzahnung und Abstimmung aller Angebote zur Information, Motivation und Schulung untereinander sowie mit den sonstigen therapeutischen Leistungen der Rehabilitationseinrichtung. Es ist sicherzustellen, dass die Schulungsgruppen auch unter den Bedingungen der jeweiligen Aufnahmemodalitäten der Rehabilitationseinrichtung organisiert, zu adäquaten Therapiezeiten und wenn möglich in geschlossenen Gruppen durchgeführt werden können.

³⁰ Vgl. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger VDR (Hrsg.) (2000): Aktiv Gesundheit fördern. Gesundheitsbildungsprogramm der Rentenversicherung für die medizinische Rehabilitation. Stuttgart: Schattauer. Das VDR-Programm sieht vor, dass aus dem Gesamtpaket von insgesamt fünf Seminareinheiten zu den Themen Schutzfaktoren, Essen und Trinken, Bewegung und körperliches Training, Stress und Stressbewältigung sowie Alltagsdrogen einzelne Bausteine einrichtungs- und indikationsspezifisch verwendet und adaptiert werden können.

³¹ Hierzu wurden von den einzelnen Rentenversicherungsträgern spezielle Programme entwickelt. Beispielsweise hat die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (jetzt DRV-Bund) ein Programm mit insgesamt 20 indikationsbezogenen Curricula für die medizinische Rehabilitation vorgelegt (BfA 2003).

Die Förderung eines angemessenen Gesundheitsverhaltens ist eine Aufgabe, die in allen therapeutischen Bereichen anzustreben ist. Die entsprechenden Angebote sollten daher in jeder Rehabilitationseinrichtung in das therapeutische Gesamtkonzept integriert sein und in ihrer Zielsetzung von der Einrichtungsleitung sowie vom gesamten therapeutischen Team getragen werden. Dazu gehört, dass an der Durchführung möglichst viele Mitglieder des therapeutischen Teams beteiligt werden. Die zentralen Aussagen sind zwischen den Teammitgliedern soweit abzustimmen (und auch umzusetzen), dass sie in eindeutiger und widerspruchsfreier Weise vermittelt werden. Hierfür sind regelmäßige Arbeitsbesprechungen des interdisziplinären Teams, bei denen die therapeutischen Ansätze koordiniert werden, eine wesentliche Voraussetzung (vgl. Abschnitt 5.1.4).

Von besonderer Bedeutung ist ferner auch die Rolle der leitenden Ärztinnen und Ärzte der Einrichtung: Die Akzeptanz der Schulungsprogramme wird deutlich erhöht, wenn die ärztliche Leitung sie durch ihre Beteiligung unterstützt und die jeweiligen Inhalte überzeugend vertritt.

5.5.6 Psychologische Beratung und Psychotherapie

Die medizinische Rehabilitation richtet sich auch auf die psychosozialen Aspekte der Krankheitsbewältigung. Alle Bemühungen, z. B. durch ein Funktionstraining Verbesserungen der Leistungsfähigkeit zu erreichen, bleiben letztlich erfolglos, wenn die Rehabilitanden nicht lernen, sich mit ihrer Krankheit und deren Folgen angemessen auseinander zu setzen. Dies setzt voraus, dass die am Rehabilitationsprozess Beteiligten psychische und soziale Belastungen erkennen sowie entsprechende Hilfen anbieten und in die Wege leiten können. Grundlegende Fähigkeiten zu patientenzentrierter Gesprächsführung sollten daher bei allen therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vorhanden sein. Daneben gehören die Beratung und Unterstützung des Personals bei der psychosozialen Betreuung der Rehabilitanden und die Mitwirkung bei der Fortbildung des Teams zu den Aufgabengebieten der Psychologen einer Rehabilitationseinrichtung.

Bedarf für darüber hinausgehende klinisch-psychologische Leistungen und Interventionen auf der Grundlage unterschiedlicher Psychotherapie-Methoden ergibt sich insbesondere aus Problemen im Prozess der Krankheitsverarbeitung.

Dazu gehören:

- emotionale Störungen, wie Angst und Depressivität,
- Konflikte in Partnerschaft und Familie,
- Beeinträchtigungen des Sozialverhaltens, zum Beispiel soziale Rückzugstendenzen,
- psychische Beeinträchtigungen, die die körperliche oder psychische Leistungsfähigkeit oder die psychophysische Stabilität beeinflussen,
- Probleme mit der Akzeptanz der Erkrankung,
- Diskrepanzen zwischen Behandlungserwartung und Behandlungsangebot,
- inadäquates Krankheitsverhalten.

Die Indikation zur psychologischen Behandlung kann aus der ärztlichen Diagnostik, der fachpsychologischen Diagnostik sowie aus Hinweisen des therapeutischen Teams hervorgehen. In der Regel wird auf der Grundlage der Ergebnisse der psychosozialen Diagnostik (vgl. Abschnitt 5.2.2) im Rahmen der Therapieplanung geprüft, ob Rehabilitanden spezielle psychologische Unterstützung benötigen. Die Interventionsformen orientieren sich im Einzelnen an den Behandlungszielen.

Psychotherapeutische Angebote im engeren Sinn werden von Psychotherapeuten³² erbracht (Ärzte und Psychologen mit psychotherapeutischer Zusatzqualifikation).

32 Der Beruf des „Psychologischen Psychotherapeuten“ ist seit dem 1. Januar 1999 durch das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) geregelt. Dadurch wurde der Psychotherapeut als eigenständiger Heilberuf etabliert. Psychotherapie kann danach nur von Personen mit entsprechender Erlaubnis (Approbation oder ggf. Heilpraktikererlaubnis) selbstständig erbracht werden.

Bei entsprechender Indikation, die eine ärztliche Abklärung einschließt, werden einzel- oder gruppentherapeutische Interventionen durchgeführt, deren methodisches Vorgehen an einer anerkannten Psychotherapieform ausgerichtet ist. Ergibt sich der Verdacht auf eine Störung, die eine psychotherapeutische bzw. psychiatrische Behandlung erfordert, muss eine fachärztliche Klärung erfolgen.

Bei der Rehabilitation von psychosomatischen und psychischen Störungen einschließlich Suchterkrankungen bilden psychotherapeutische Interventionen den Schwerpunkt der Behandlung.

5.5.7 Ernährungsberatung und Diätetik

Viele Erkrankungen können durch eine gesundheitsgerechte Ernährung positiv beeinflusst werden. Ernährungsberatung und Diätetik sind daher wichtige Bestandteile der Rehabilitation. Die konkrete Erfahrung mit einem in der Rehabilitationseinrichtung angebotenen gesunden vollwertigen Essen kann eine günstige Voraussetzung zur Umstellung des Ernährungsverhaltens sein. Die Küchen müssen in der Lage sein, diese Kost entsprechend den ernährungswissenschaftlichen Erkenntnissen zuzubereiten. Die Mahlzeiten sollten dabei abwechslungsreich, wohlschmeckend, sättigend und küchentechnisch ohne größeren Aufwand herstellbar sein. In Rehabilitationseinrichtungen, die sich auf die Rehabilitation von Migrantinnen und Migranten eingestellt haben, ist das Ernährungsangebot entsprechend kulturell anzupassen. Es ist darauf zu achten, dass spezielle Kostformen wie z. B. schweinefleischloses oder koscheres Essen angeboten werden. Die Zutatenliste für die Essensangebote sollte auch in der jeweiligen Muttersprache ausgehängt werden.

Grundlegende Kenntnisse für eine gesunde Ernährung werden im Rahmen der Programme zur Information, Motivation und Schulung vermittelt. Eine eigenverantwortliche Zusammenstellung der Mahlzeiten fördert darüber hinaus die Motivation zur aktiven Mitarbeit. Der Lehrküche kommt eine besondere Bedeutung zu, da hier die Erfahrungen und Erkenntnisse am ehesten praktisch umzusetzen sind. Hierbei ist besonders auf die Anschaulichkeit und Praktikabilität zu achten.

Bei Bedarf, insbesondere im Fall spezieller Störungen und Krankheitsbilder (z. B. Adipositas, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen oder bei Nahrungsmittelallergien), erfolgt eine gezielte Ernährungsberatung durch Ärzte und Diätassistenten, sowohl in Gruppen wie in Einzelgesprächen.

Häufig hängen Ernährungsfehler, neben fehlendem Wissen über die richtige Menge und Zusammensetzung der Nahrung, auch mit unzureichenden Kompetenzen zur Umsetzung im Alltagsleben zusammen. Deshalb ist darauf zu achten, dass Ernährungsempfehlungen auch im häuslichen Bereich realisiert werden können. Einzelberatung und Gruppenprogramme haben auch die psychischen und sozialen Bedingungen des Ernährungsverhaltens zu berücksichtigen. Besonders wichtig ist es, die jeweiligen Lebenspartner mit einzubeziehen und der Situation am Arbeitsplatz Rechnung zu tragen.

5.5.8 Spezielle funktionsbezogene Therapieverfahren und Hilfsmittel

In verschiedenen Indikationsbereichen stellen spezielle Trainings- und Therapieverfahren zur Verbesserung bzw. zum Umgang mit eingeschränkten Funktionen oder zum Gebrauch von Hilfsmitteln einen wichtigen Bestandteil der Rehabilitation dar, die nachstehend aufgeführt sind.

5.5.8.1 Neuropsychologisches Training

Störungen höherer Hirnleistungen, wie Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörungen, zentrale Sehstörungen oder Apraxien, die u. a. bei neurologischen Erkrankungen häufig auftreten, bedürfen einer gezielten neuropsychologischen Diagnostik und Therapie. Durch differenzierte Trainingsverfahren geht es dabei um die Verbesserung eingeschränkter Hirnleistungen, um das Einüben von „Ersatzstrategien“ und bei Bedarf auch um die Vermittlung von Adaptationsfertigkeiten, die eine Anpassung an die ausgefallene oder eingeschränkte Funktion erlauben.

5.5.8.2 Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

Bei neurologischen Erkrankungen sind häufig Sprach- und Sprechstörungen vorhanden, die einer gezielten logopädischen Behandlung bedürfen. Art und Aufwand der Therapie hängen von der Schwere der Störung ab. Während bei bestimmten Stimmstörungen eine kurzzeitige Beratung ausreichen kann und bei Dysarthrien ggf. nur wenige Therapiesitzungen zum Einüben veränderter Sprechtechniken erforderlich sind, kann – etwa bei Aphasien – eine intensive und länger dauernde Einzeltherapie mit psychotherapeutischen Elementen erforderlich sein. Zweckmäßig ist nicht selten eine Ergänzung von Einzeltherapie durch Gruppensitzungen.

5.5.8.3 Hilfsmittelversorgung und Hilfsmittelgebrauch

In bestimmten Indikationsbereichen werden einige Rehabilitanden kurz vor Beginn oder während der Rehabilitation mit Hilfsmitteln (Prothesen, Gehstützen u. a.) versorgt. In der Rehabilitationseinrichtung können die Rehabilitanden durch entsprechendes Fachpersonal in den Umgang mit und in die Pflege von Hilfsmitteln eingewiesen werden. Bei Anpassungs- und Anfangsschwierigkeiten steht ihnen fachkundige Hilfe zur Seite. Hier kann auch eine Überprüfung, Änderung und ggf. Neuverordnung von Hilfsmitteln vorgenommen werden, wenn dies erforderlich ist. Dabei wird zwischen Hilfsmitteln unterschieden, die ausschließlich für die Rehabilitation erforderlich sind und solchen, die auf Dauer für die Behebung einer Aktivitätsstörung gebraucht werden.

5.5.9 Soziale und arbeitsbezogene Beratung

Soziale und arbeitsbezogene Beratung bezieht sich auf die soziale und berufliche Zukunft der Rehabilitanden. Sie unterstützt ihn bei seinem Weg in eine veränderte Normalität hinsichtlich seines Gesundheitsverhaltens und der bei Bedarf erforderlichen Anpassungen an die verbliebene Leistungsfähigkeit.

Besondere Bereiche der Beratung und Unterstützung können sein:

- berufliche Wiedereingliederung (z. B. stufenweise Wiedereingliederung, innerbetriebliche Umsetzung oder Adaptation, Kontakt mit Betrieb),
- Probleme der wirtschaftlichen Sicherung, sozial- und finanzrechtliche Fragen,
- Vorbereitung auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- Information über weiterführende Rehabilitationsleistungen,
- Nachsorge,
- Probleme im häuslichen Bereich (z. B. Haushaltshilfe, häusliche Krankenpflege).

Die soziale Beratung wird insbesondere von Sozialarbeitern, Sozialpädagogen und Reha-Fachberatern durchgeführt, die zur Rehabilitationseinrichtung selbst oder zum zuständigen Leistungsträger gehören. Je nach speziellem Inhalt der Angebote wirken dabei auch Ärzte, Psychologen, Ergotherapeuten, Ernährungsberater u. a. mit. Die soziale und berufsbezogene Beratung ist eng mit Diagnostik und Therapie berufsbezogener Probleme verknüpft. Bei der Rehabilitation von Migranten wäre es wünschenswert, dass die Reha-Fachberatung entsprechende Sprachkenntnisse mitbringt.

5.5.10 Arbeitsbezogene Maßnahmen

Eine gelungene Wiedereingliederung in das Erwerbsleben setzt ein nahtloses und rasches Ineinandergreifen aller notwendigen medizinischen und beruflichen Maßnahmen voraus. Die medizinische Rehabilitation ist ein wichtiger und geeigneter Behandlungszeitraum, in dem berufliche Problemlagen erkannt und diagnostiziert, berufsorientierte Therapien durchgeführt sowie ggf. erforderliche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben eingeleitet werden können. Angestrebt wird eine stärkere Ausrichtung der medizinischen Rehabilitation auf das Ziel der beruflichen (Re-)Integration.

Während der medizinischen Rehabilitation können auf der Grundlage einer systematischen berufsbezogenen Eingangsdagnostik folgende berufsbezogene Maßnahmen angeboten werden:

- Bedarfsfeststellung (Screening, individuelles Anforderungsprofil),
- Funktions- und Leistungsdiagnostik,
- Berufsorientierung der physikalischen Therapie,
- Berufspsychologische Module: Stressbewältigung, Entspannung, Konfliktbewältigung, Neuorientierung, Problembewältigung am Arbeitsplatz,
- Indikationsspezifische berufsbezogene Interventionsbausteine,
- Arbeitstherapie, Belastungserprobung, Arbeitsplatztraining, Arbeitsplatzbesuch, Arbeitsplatzadaptation,
- Modellarbeitsplätze,
- Stufenweise Wiedereingliederung.

Die zunehmende Ausrichtung der medizinischen Rehabilitation auf das arbeitsplatzbezogene (Re-)Integrationsziel ist in enger Anlehnung an den regionalen, trägerspezifischen Bedarf und mit wirtschaftlich vertretbarem Aufwand, d. h. mit gestufter Angebotsintensität weiterzuentwickeln. Weitergehende Ausführungen zu diesem Thema sind enthalten in: „Eckpunkte arbeitsbezogener Strategien bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“³³.

5.5.11 Angehörigenarbeit

Angehörige und weitere Bezugspersonen sollten immer dann in die Behandlung einbezogen werden, wenn der Rehabilitationserfolg wesentlich auch von deren Bereitschaft und Fähigkeit zur Mitwirkung abhängt, beispielsweise bei notwendigen Veränderungen der häuslichen Ernährungsgewohnheiten oder durch Unterstützung eines angemessenen Gesundheits- und Krankheitsverhaltens. Besonders im Fall einer ambulanten oder einer wohnortnahen stationären Durchführung der Rehabilitation sind günstige Voraussetzungen für die Zusammenarbeit mit Angehörigen und weiteren Bezugspersonen gegeben.

In Angehörigengesprächen kann konkret auf die individuelle Situation der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und ihrer Bezugspersonen eingegangen werden. Zu den Aufgaben der Beratung gehören die Planung der notwendigen und realisierbaren Veränderungen im familiären Alltag und die Klärung der praktischen Probleme bei der Umsetzung notwendiger Veränderungen im sozialen Umfeld.

Angehörigenseminare bieten in Form von unterschiedlich strukturierten Gruppenangeboten die Möglichkeit, genauer und umfassender auf indikationsspezifische, psychosoziale und sozialrechtliche Fragestellungen einzugehen, die die Rehabilitanden und ihre Angehörigen unmittelbar betreffen. Solche Angebote kommen in Betracht, wenn die Mitwirkung der Angehörigen für einen langfristigen Rehabilitationserfolg wesentlich ist (z. B. bei Diabetes mellitus oder bei Suchterkrankungen), aber auch um die Belastung der helfenden Angehörigen zu thematisieren.

5.5.12 Behandlungselemente und Therapieplan

Nicht alle der zuvor dargestellten Behandlungselemente der medizinischen Rehabilitation sind für jede Rehabilitandin bzw. jeden Rehabilitanden im Verlauf einer Rehabilitation sinnvoll. Die jeweils einzusetzenden Elemente sind daher immer vom therapeutischen Team im Einzelfall festzulegen und gemeinsam im Rahmen der Therapieplanerstellung abzustimmen. Hierbei sind u. a. die jeweilige Einweisungsin-dikation sowie die individuelle Ausgangssituation der Betroffenen zu berücksichtigen.

33 Bundesversicherungsanstalt für Angestellte BfA - Fachbereich Medizin (Hrsg.) (2003): Eckpunkte arbeitsbezogener Strategien zur medizinischen Rehabilitation. Siehe im Internet unter: www.deutsche-rentenversicherung-bund.de (Zielgruppe: Reha-Einrichtungen/Rehabilitationskonzept/Strategiepapiere).

Hinweise auf angebotene Therapien und Schulungen sowie die Beschreibung spezieller Therapieverfahren sollten für Menschen mit Migrationshintergrund in ihrer jeweiligen Muttersprache zur Verfügung stehen. Aber auch die Schulungen und Therapien selbst sind bei bestimmten Indikationen sprachlich auf diese Rehabilitandengruppe abzustimmen.

5.6 Therapiekontrolle

Eine spezielle Verlaufskontrolle und die Abschlussuntersuchung dienen dazu, den Therapieverlauf und die Ergebnisse der Rehabilitationsbehandlung zu dokumentieren und zu bewerten (vgl. Abschnitt 8.2).

Zwischenuntersuchungen oder Visiten sind nicht nur eine Form der Therapiekontrolle, sondern verfolgen auch therapeutische Zwecke. Dazu gehören die Absprache über die Rehabilitations- und Therapieziele, den individuellen Therapieplan sowie die Information über den bisherigen Therapieverlauf. Hier (und in weiteren Gesprächen zwischen Arzt bzw. Ärztin und Rehabilitand) werden wichtige Impulse zur aktiven Mitarbeit sowie Informationen über die Krankheit gegeben. Gemeinsam von Mitgliedern verschiedener Berufsgruppen durchgeführte (Zwischen-)Untersuchungen können darüber hinaus den Rehabilitanden deutlich machen, dass in der Rehabilitation alle Aspekte ihrer Erkrankung wichtig sind und beachtet werden.

Neben den regelmäßig stattfindenden Zwischenuntersuchungen sollten bei Bedarf auch weitere Gespräche zwischen Ärzten (bzw. Therapeuten) und Rehabilitanden – beispielsweise in Form von offenen Sprechstunden – angeboten werden. Sie stellen eine wichtige Vertiefung und Ergänzung der durchgeführten Schulungen und Therapien dar und sind eine notwendige Grundlage für weiterführende Maßnahmen. Die wesentlichen Ergebnisse der Gespräche mit Ärzten sowie mit Psychologen und Sozialarbeitern sind zu dokumentieren.

5.7 Entlassungsbericht³⁴

Die Beurteilung der Qualität rehabilitativer Arbeit setzt eine angemessene Basis- und Leistungsdokumentation voraus. Nach Beendigung bzw. Abschluss der medizinischen Rehabilitation erhalten daher - unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes - die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und der zuständige Rentenversicherungsträger sowie ggf. der zuständige medizinische Dienst der Krankenkassen einen Entlassungsbericht. Darin werden alle notwendigen Informationen über die abgeschlossene Rehabilitation dokumentiert:

- Rehabilitationsverlauf unter Angabe der durchgeführten Therapien,
- Ergebnisse der abschließenden Leistungsdiagnostik und der sozialmedizinischen Beurteilung; diese umfassen z. B. die Stellungnahme,
 - zur Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben unter Bezugnahme auf den beruflichen Kontext, bezogen auf den bisherigen Arbeitsplatz bzw. den allgemeinen Arbeitsmarkt,
 - zur Leistungsfähigkeit im Alltag bezogen auf die Selbständigkeit bei den Verrichtungen des täglichen Lebens, insbesondere zur psycho-sozialen Situation und/oder
 - zur Frage der Vermeidung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit,
 - zur Krankheitsverarbeitung, zum Lebensstil einschließlich Risikofaktorenkonstellation und Motivation zur Lebensstiländerung,
- Empfehlungen für weiterführende Leistungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges (z. B. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, stufenweise Wiedereingliederung, Rehabilitationssport oder Funktionstraining, Nachsorge),
- Empfehlungen zur Wiedereingliederung in das soziale Umfeld bzw. zur psychosozialen Betreuung.

³⁴ Deutsche Rentenversicherung (2007): Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung (im Druck). Siehe im Internet unter: www.deutsche-rentenversicherung-bund.de (Zielgruppe: Reha-Einrichtungen/EDV-Verfahren und Dokumentationshilfen/Erstellung der Entlassungsberichte).

Der Entlassungsbericht ist auch eine wesentliche Grundlage für die Zusammenarbeit zwischen Rehabilitationseinrichtung, weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzten, Nachsorgeeinrichtungen und anderen Institutionen. Um die Kontinuität in der Behandlung zu sichern, ist es wichtig, dass der vollständige Entlassungsbericht nach Abschluss der Rehabilitation kurzfristig zur Verfügung steht.

Als gemeinsame Dokumentationsgrundlage setzt die gesetzliche Rentenversicherung seit 1997 einen bundesweit einheitlichen Rehabilitationsentlassungsbericht ein. Er ermöglicht eine einheitliche Berichterstattung für alle Rentenversicherungsträger und hat sich als wichtiges Instrument der Qualitätssicherung erwiesen.

6 Kooperation

6.1 Kooperation der Rehabilitationsträger

Das gegliederte System der sozialen Sicherung, in dem gesetzliche Renten-, Kranken- und Unfallversicherungsträger, aber auch die Träger des sozialen Entschädigungsrechts, der öffentlichen Jugend- und Sozialhilfe für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zuständig sein können, erfordert eine enge Zusammenarbeit aller Beteiligten, um eine frühzeitige Einleitung sowie die nahtlose und zügige Durchführung erforderlicher Rehabilitationsmaßnahmen sicherzustellen. Mit der Neukodifizierung des Rehabilitationsrechts im SGB IX hat der Gesetzgeber diesem Bedarf Rechnung getragen und der Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger einen hohen Stellenwert eingeräumt. Danach haben die Rehabilitationsträger im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) den Auftrag, zu verschiedenen gesetzlich vorgegebenen Themenkomplexen gemeinsame Empfehlungen zur Sicherung der Zusammenarbeit zu vereinbaren.

6.1.1 Regelungen durch das SGB IX

Neben der Selbstbestimmung und der gleichberechtigten Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen besteht ein wesentliches Ziel des SGB IX darin, die Kooperation der unterschiedlichen Leistungsträger und die Koordination der Teilhabeleistungen bis hin zu einem gemeinsamen Rehabilitationsverständnis durch wirksame Instrumente sicherzustellen. Das SGB IX enthält daher Regelungen, die eine engere Kooperation der Rehabilitationsträger erreichen sollen.

Um Nachteile für rehabilitationsbedürftige Versicherte zu vermeiden, konkretisiert § 12 SGB IX die Pflicht der Rehabilitationsträger zur engen Zusammenarbeit bei der Erfüllung ihrer Aufgaben. Die Rehabilitationsträger sind u. a. dafür verantwortlich, dass die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich erbracht werden. Daneben haben sich die Träger über Fragen der Abgrenzung und damit auch über ihre Zuständigkeiten im Einzelfall sowie über die Beratung des Betroffenen entsprechend den im SGB IX genannten Zielen zu verständigen (vgl. Abschnitt 4.1).

6.1.2 Zusammenarbeit im Rahmen der BAR

Die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger ist wesentlicher Gegenstand des SGB IX. Hierzu gehört auch die Vereinbarung von gemeinsamen Empfehlungen auf BAR-Ebene³⁵. Bisher liegen folgende gemeinsame Empfehlungen vor:

- Gemeinsame Empfehlung zur Qualitätssicherung vom 27. März 2003,
- Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung vom 1. Mai 2003, überarbeitet vom 22. März 2004,
- Gemeinsame Empfehlung zur Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit vom 22. März 2004,
- Gemeinsame Empfehlung zur Begutachtung vom 22. März 2004,
- Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure vom 22. März 2004,
- Gemeinsame Empfehlung zur Förderung der Selbsthilfe vom 22. März 2004 (vgl. Abschnitt 6.3),
- Gemeinsame Empfehlung "Teilhabeplan" vom 16. Dezember 2004,
- Gemeinsame Empfehlung zur frühzeitigen Bedarfserkennung vom 16. Dezember 2004,
- Gemeinsame Empfehlung Integrationsfachdienste vom 16. Dezember 2004,
- Gemeinsame Empfehlung Prävention nach § 3 SGB IX vom 16. Dezember 2004.

³⁵ Hierbei werden die Verbände behinderter Menschen, der Selbsthilfegruppen, der Interessenvertretungen behinderter Frauen und die Spitzenverbände der Leistungserbringer beteiligt.

Bereits vor In-Kraft-Treten des SGB IX haben die Rehabilitationsträger im Rahmen der BAR erfolgreich zusammengearbeitet: Durch die Verabschiedung von Rahmenempfehlungen wurden trägerübergreifend einheitliche Verfahren und Konzepte sichergestellt und den Mitgliedern zur Umsetzung empfohlen³⁶.

6.2 Kooperation mit anderen Institutionen

Die frühzeitige und umfassende Rehabilitation erfordert nicht nur die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger untereinander, sondern auch die Kooperationsbereitschaft und Kooperationsfähigkeit aller an der Rehabilitationskette im weiteren Sinn beteiligten Institutionen und Leistungsanbieter, wie niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, betriebsärztliche Dienste, Akutkliniken, Rehabilitationsfachberater, Institutionen der beruflichen Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben), Nachsorgeeinrichtungen, ambulante Rehabilitationssportgruppen und Selbsthilfegruppen. Alle Beteiligten müssen in ihrem Handeln der Tatsache Rechnung tragen, dass nur im engen und partnerschaftlichen Zusammenwirken der Behandlungs-/Rehabilitationsprozess erfolgreich sein kann.

Insbesondere die niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen sollten durch verbesserte Informationen über Zeitpunkt, Ort und Ergebnis der Rehabilitation stärker als bisher einbezogen werden. Der Erfolg einer während der Rehabilitation durchgeführten Therapie ist gefährdet, wenn sie nicht in geeigneter Weise fortgeführt wird und mit den weiteren Behandlungszielen abgestimmt ist.

Die Notwendigkeit einer Kooperation ergibt sich im besonderen Maß auch in Bezug auf die Einrichtungen, deren Aufgabenbereiche sich an den Schnittstellen der Rehabilitationskette berühren oder überschneiden. Eine wichtige Rolle für die Förderung dieser Kooperation können die Reha-Fachberatungsdienste der Rentenversicherungsträger einnehmen, da die Reha-Fachberater über umfangreiche Kontakte mit den jeweiligen Rehabilitationseinrichtungen verfügen.

Um eine effektive Zusammenarbeit zu ermöglichen, sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

- mehr rehabilitatives Verständnis der akutmedizinisch orientierten Institutionen,
- Konsens über die Arbeitsteilung und die spezifischen Aufgaben innerhalb der Rehabilitationskette,
- Transparenz des Leistungsspektrums der jeweiligen Einrichtung,
- gemeinsame Standards hinsichtlich Diagnostik und Therapie.

Die geforderte Zusammenarbeit zwischen den an der Rehabilitation beteiligten Institutionen ist nur dann möglich, wenn entsprechende Kommunikationsformen entwickelt und auch angewandt werden:

- Kommunikation durch festgelegte Informationswege,
- Kontaktaufnahme in Problemfällen,
- kontinuierlicher Erfahrungs- und Informationsaustausch der Beteiligten.

Eine gute Kooperation der Rehabilitationseinrichtungen mit ihren Leistungs- und Einrichtungsträgern setzt eine angemessene Aufgaben- und Kompetenzverteilung voraus. Die konzeptuellen, strukturellen und inhaltlichen Vorgaben dürfen nicht den notwendigen Handlungsspielraum in der Rehabilitationseinrichtung einschränken.

³⁶ Siehe im Internet unter: www.bar-frankfurt.de.

Aber auch die Rehabilitationseinrichtungen untereinander sollten miteinander kooperieren. Um beispielsweise eine umfassende Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund zu gewährleisten, erscheint es sinnvoll, die Rehabilitation dieser Personengruppe auf einige spezialisierte Einrichtungen zu konzentrieren und die entsprechenden Kliniken in einem Netzwerk zu verbinden. Wichtig sind der Erfahrungsaustausch und die Unterstützung der Rehabilitationseinrichtungen untereinander. Hier sind auch klinikübergreifende Qualitätszirkel sinnvoll. In Bezug auf die in der Rehabilitation von Migrantinnen und Migranten notwendigen Berufsgruppen ist auch vor Ort eine Kooperation z. B. mit freiberuflich tätigen Logopäden, Krankengymnasten, Ergotherapeuten oder mit niedergelassenen Ärzten anzustreben, sei es für die Ergänzung interkultureller Kompetenz, sei es für die Nachsorge. Es sollten auch hier geeignete Netzwerke aufgebaut und genutzt werden.

6.3 Selbsthilfe

Die erhebliche Zunahme chronischer Erkrankungen mit vielfältigen Auswirkungen im beruflichen und sozialen Bereich stellt in unserer Gesellschaft nicht nur die Betroffenen und die sie betreuenden Ärztinnen und Ärzte, sondern auch die Institutionen unseres Gesundheitswesens vor große Herausforderungen. Viele Aufgaben können im Rahmen der ambulanten und stationären Versorgung nur mit aktiver Beteiligung der Betroffenen bewältigt werden. Dies gilt insbesondere für die Information und Betreuung der Betroffenen und ihrer Angehörigen in Fragen der Gesundheit und Krankheit bzw. ihrer Bewältigung. In diesem Prozess nimmt seit über 20 Jahren die Selbsthilfe eine zunehmend wichtige Rolle ein. Die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe steht im Dienst der Selbstbestimmung und Partizipation der Betroffenen. Nach dem SGB IX sind im Rahmen der Rehabilitation sowohl Selbsthilfepotenziale zu aktivieren als auch eine enge Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe zu pflegen. Rehabilitation und Selbsthilfe haben das Ziel, chronisch Kranke beim eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Umgang mit ihrer Erkrankung zu unterstützen. Beide Seiten dieser Partnerschaft können durch eine verstärkte Zusammenarbeit gewinnen.

6.3.1 Bedeutung der Selbsthilfe für die Rehabilitation

Die Aktivitäten der Selbsthilfe(-gruppen) ergänzen die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, insbesondere im Bereich der Nachsorge nach der eigentlichen Rehabilitationsleistung zur Sicherung und Stabilisierung des Rehabilitationserfolges. Aber auch für die Information der Betroffenen vor der medizinischen Rehabilitation stellt die Arbeit der Selbsthilfe ein wichtiges Element dar: Chronisch Kranke, die Mitglieder einer Selbsthilfegruppe sind, können – z. B. über Erfahrungsberichte einzelner Gruppenmitglieder, die bereits eine Rehabilitationsleistung erhalten haben – angeregt werden, auch selbst einen Rehabilitationsantrag zu stellen. Das kann die Unterinanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation bei manchen Krankheitsbildern verringern helfen.

Wenn Mitglieder von Selbsthilfegruppen sich bereit finden, in einer Reha-Einrichtung andere Betroffene zu beraten, können sie dadurch das Beratungsangebot der Klinik entscheidend bereichern. Als selbst Betroffene können sie einen anderen Zugang zu den Rehabilitanden finden und ihre Informationen gewinnen wesentlich an Überzeugungskraft. Diese Beteiligung an der medizinischen Rehabilitation kann sich fortsetzen in der Mitwirkung bei der Gesundheitsbildung bzw. Patientenschulung, indem beispielsweise in einem Modul „Alltagsbewältigung“ ein Mitglied einer Selbsthilfeorganisation deren Arbeit vorstellt. Gleichzeitig erleben die Teilnehmer an Schulungsmaßnahmen dadurch modellhaft einen aktiven Bewältigungsstil im Umgehen mit der Erkrankung³⁷. Das setzt allerdings voraus, dass eine feste und kontinuierliche Kooperation zwischen der Klinik und dazu bereiten Mitgliedern der Selbsthilfegruppen besteht.

37 Ehlebracht-König, I. (2001): Möglichkeiten der Einbindung von Selbsthilfe in die rehabilitative Versorgung. In: Borgetto, B.; von Troschke, J. (Hrsg.): Entwicklungsperspektiven der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im deutschen Gesundheitssystem. Band 12 der Schriftenreihe der Deutschen Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften an der Abteilung für Medizinische Soziologie der Universität Freiburg: S. 120-127. Eigenverlag.

Wer in einer Selbsthilfegruppe begonnen hat, sich aktiv und eigenverantwortlich mit seiner/ihrer Erkrankung auseinander zu setzen, ist den Weg vom Behandelten zum Handelnden bereits gegangen. Insofern ist die Selbsthilfegruppenmitarbeit eine ideale Vorbereitung auf die Rehabilitation.

Schließlich können Selbsthilfegruppen und deren Organisationen bei der Fortbildung des Reha-Teams sehr nützliche Beiträge leisten und der Rehabilitationseinrichtung kritische Rückmeldungen zur Qualität ihrer Rehabilitationsprozesse geben.

6.3.2 Bedeutung der Rehabilitation für die Selbsthilfe

Umgekehrt ist die Rehabilitation auch wichtig für die Selbsthilfe. Dabei gibt es verschiedene Möglichkeiten, wie die Rehabilitationseinrichtung die Arbeit der Selbsthilfe unterstützen kann: Zum Standard der medizinischen Rehabilitation gehört es, Informationen über die Möglichkeiten der Selbsthilfe(-gruppen) zu vermitteln. Immer dann, wenn es sinnvoll ist, sollten konkrete Anregungen zur Teilnahme an Selbsthilfegruppen gegeben werden. Dazu gehört mehr als die bloße Information über das Vorhandensein von Selbsthilfegruppen. Detaillierte Hinweise, wie jemand den Weg zu der für ihn geeigneten Selbsthilfegruppe finden kann (z. B. mit Hilfe der Adressen-Broschüren der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen – NAKOS oder über die regionale Selbsthilfekontaktstelle) gehören dazu, ebenso wie möglichst anschauliche und glaubhafte Darstellungen des Alltags in Selbsthilfegruppen sowie die Thematisierung und Bearbeitung von Vorbehalten und Ängsten gegenüber der Arbeit der Selbsthilfe³⁸. Die positive Erfahrung mit Gruppenangeboten in der Rehabilitationseinrichtung ist oft ein wichtiger Impuls und eine gute Vorbereitung für die Teilnahme an Selbsthilfegruppen. Die praktische Arbeit von Selbsthilfegruppen am Ort kann durch die Reha-Einrichtung unterstützt werden, wenn sie Räume zur Verfügung stellt, auf Wunsch auch Referenten zu Fachfragen oder Rat in Einzelfällen. Auch geeignete Formen der Öffentlichkeitsarbeit, z. B. Selbsthilfetage der Klinik, unterstützen die Arbeit der Selbsthilfegruppen und der Selbsthilfekontaktstellen³⁹.

Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung können Einrichtungen, die die Rehabilitation fördern, durch Zuwendungen nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VI finanziell unterstützen. Diese Einzelleistung im Rahmen der sonstigen Leistungen zur Rehabilitation wird auf der Grundlage der Zuwendungsrichtlinien⁴⁰ der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung erbracht. Förderfähig sind Aktivitäten und Projekte der Selbsthilfe, die einen unmittelbaren Bezug zur Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung haben, d. h. der Sicherung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit der Versicherten dienen. Auf BAR-Ebene wurde eine „Gemeinsame Empfehlung zur Förderung der Selbsthilfe nach § 13 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX“ erarbeitet, die zum 1. Juli 2004 in Kraft getreten ist. Die gemeinsame Empfehlung „Selbsthilfeförderung“ soll der einheitlichen Rechtsanwendung und Transparenz der Förderung der Selbsthilfe dienen, für alle Beteiligten das Verfahren erleichtern und durch abgestimmte Entscheidungsstrukturen zu einer besseren Planungssicherheit für die Selbsthilfe beitragen.

Rehabilitationsträger können die Arbeit der Selbsthilfe weiterhin fördern, indem sie - neben der Informationsvermittlung über entsprechende Angebote - durch Aufforderungen und/oder Anreize bei Verhandlungen über Konzepte und über das Qualitätssicherungsprogramm deutlich machen, dass sie von den Rehabilitationseinrichtungen die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe erwarten. Zusätzlich kann eine Kooperation mit Selbsthilfeeinrichtungen vor Ort hilfreich sein, z. B. durch Beratungs- oder Fortbildungsangebote der Einrichtung oder deren Beteiligung an der Erstellung von Konzepten, Empfehlungen u. ä.

³⁸ Praktisch umgesetzt wird dies z. B. im Gesundheitsbildungsprogramm der Rentenversicherung für die medizinische Rehabilitation (VDR 2000): Im Rahmen der Vertiefungseinheit „Soziale Unterstützung: Rückhalt bei anderen Menschen finden“ (siehe Baustein 12 „Professionelle Hilfe und Selbsthilfegruppen“) tragen die Seminarteilnehmer Beispiele für Selbsthilfegruppen zusammen, thematisieren Vorbehalte gegenüber Selbsthilfegruppen, aber auch deren Nützlichkeit, und erhalten Informationen, wie Selbsthilfegruppen kontaktiert werden können.

³⁹ Selbsthilfekontaktstellen sind Versorgungseinrichtungen, die für Selbsthilfeinteressierte und Selbsthilfegruppen themenübergreifend Informationen, Kontakte und Unterstützung auf örtlicher Ebene bieten (z. B. Beratung der Betroffenen bei der Gründung einer Selbsthilfegruppe, Unterstützung der Selbsthilfegruppen bei der Öffentlichkeitsarbeit).

⁴⁰ Muster-Richtlinien über Zuwendungen durch die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung an Einrichtungen, die auf dem Gebiet der Rehabilitation forschen oder die Rehabilitation fördern, nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VI vom 30. September 1991.

Wenn Rehabilitationseinrichtungen ihre Rehabilitanden anregen wollen, nach der Rehabilitation in eine Selbsthilfegruppe zu gehen, können Selbsthilfekontaktstellen entscheidende Hilfestellungen geben, z. B. indem sie Kontakt zu einer geeigneten Selbsthilfegruppe am Wohnort oder in der Umgebung vermitteln.

In einigen Bereichen der Rehabilitation (z. B. bei der Suchtbehandlung und der onkologischen Rehabilitation) ist die Zusammenarbeit der Rehabilitationseinrichtungen mit Selbsthilfegruppen inzwischen zu einem wichtigen Bestandteil im Rehabilitationsprozess geworden. Die Ausgestaltung dieser Kontakte wird im Rahmen der Qualitätssicherung in den Rehabilitationseinrichtungen geprüft und weiterentwickelt.

7 Nachgehende Leistungen

7.1 Reha-Nachsorge

Um die Rehabilitationsziele langfristig zu stabilisieren oder einzelne Teilziele erst vollständig zu erreichen, können im Anschluss an eine Phase der intensiven Rehabilitation in einer Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation nachgehende Leistungen erforderlich sein. Gesundheitsbezogene Verhaltens- und Lebensstiländerungen sowie der adäquate Umgang mit einer Erkrankung sind oft länger andauernde (Lern-)Prozesse, die vielfach eine wohnortnahe berufsbegleitende Fortführung der begonnenen Therapien notwendig machen. In der Nachsorgephase sollen insbesondere Eigenaktivitäten gefördert und damit die in der Rehabilitation geweckten Selbsthilfepotentiale gestärkt werden⁴¹.

Aufgabe der Reha-Nachsorge ist es, mit unterschiedlichen indikationsbezogenen Schwerpunkten, den durch die vorangegangene Rehabilitationsleistung eingetretenen Erfolg weiter zu verbessern und nachhaltig zu sichern. Dazu gehören im Wesentlichen die weitere Verbesserung noch eingeschränkter Fähigkeiten, die Verstärkung von Lebensstiländerungen und Verstärkung der Selbstwirksamkeitseffekte, der nachhaltige und überprüfbare Transfer des Gelernten in den Alltag und die Förderung der persönlichen und sozialen Kompetenz. Nicht zuletzt trägt die Reha-Nachsorge zu einer Verbesserung der Verzahnung der medizinischen Versorgungskette und damit zur Minderung von Schnittstellenproblemen in der Gesundheitsversorgung bei.

Die Reha-Nachsorge kann erfolgen, wenn:

- das gewünschte Ziel der Rehabilitation erreicht ist, aber noch stabilisierende Maßnahmen benötigt werden, um langfristig im Alltag erhalten zu bleiben,
- einzelne Teilziele im Rahmen der ambulanten oder stationären Rehabilitation weitgehend, aber noch nicht vollständig erreicht sind. Die Nachsorge ist dann Voraussetzung für die vollständige Erreichung der Teilziele, z. B. durch weitere Verbesserung noch eingeschränkter Fähigkeiten.

Die Reha-Nachsorge dient der Flexibilisierung und Differenzierung der Angebote medizinischer Rehabilitation und ermöglicht es, die Effekte der Rehabilitation zu optimieren und zu stabilisieren. Sie ist eine oft notwendige Ergänzung der ambulanten oder stationären Rehabilitation, indem sie bestimmte Elemente fortführt und festigt. Nachsorgeleistungen sollen den individuellen Lebensumständen und Bedürfnissen der Rehabilitanden angepasst und berufsbegleitend durchgeführt werden, um die Einbindung in den Alltag zu gewährleisten.

Im Unterschied zum umfassenden Behandlungskonzept bei ambulanten Rehabilitationsleistungen werden im Rahmen der Nachsorge zur Stabilisierung des Rehabilitationserfolges in der Regel einzelne Behandlungselemente ambulant fortgesetzt. Dies geschieht bereits seit vielen Jahren in Form von Rehabilitationssport und Funktionstraining⁴², die als ergänzende Leistungen nach § 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX erbracht werden. Auch die Suchtnachsorge hat im Leistungsangebot der gesetzlichen Rentenversicherung eine lange Tradition und besteht aus ambulanten Einzel- und Gruppengesprächen in von den Rentenversicherungsträgern anerkannten Einrichtungen. Als weitere mögliche Nachsorgeelemente seien hier noch beispielhaft genannt:

⁴¹ Vgl. Projektgruppe „Nachsorge“ (2007): Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Reha-Nachsorge. Siehe im Internet unter: www.deutscherentenversicherung-bund.de (Zielgruppen: Sozialmedizin und Forschung/Konzepte und Systemfragen/Konzepte/Nachsorge).

⁴² Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation BAR (2003): Rahmenvereinbarung „Rehabilitationssport und Funktionstraining“. Frankfurt am Main (Neufassung zum 1. Januar 2007 in Kraft getreten).

- Sport- und Bewegungstherapie, einschl. Muskelaufbautraining/Medizinische Trainingstherapie (MAT/MTT)
- Physiotherapie
- Psychologische Gruppenarbeit (z. B. zu Stressbewältigung, Entspannung, Tabakentwöhnung, Adipositas)
- beratende Unterstützung bei Problemen am Arbeitsplatz
- Ernährungsberatung
- Ergotherapie
- Logopädie
- Neuropsychologisches Training
- Psychotherapie.

Aufgabe einer Rehabilitationseinrichtung ist es, ihre Rehabilitanden zu motivieren, Nachsorgeangebote auch tatsächlich wahrzunehmen und zu vermitteln, dass Nachsorge notwendig ist, um die in der Rehabilitation erreichten Behandlungserfolge auch langfristig zu stabilisieren. Es reicht nicht aus, nur auf die Notwendigkeit von Nachsorge hinzuweisen, es müssen auch gezielte, individuell zugeschnittene Informationen (z. B. im Rahmen der Gesundheitsbildung bzw. Patientenschulung) vermittelt werden, welche Angebote persönlich in Frage kommen und in der jeweiligen individuellen Situation (Wohnumfeld, berufliche Situation) zu realisieren sind.

Daher kommt der Anregung zur Durchführung von Nachsorgeleistungen durch die Rehabilitationseinrichtung im Entlassungsbericht (siehe Abschnitt 5.6 des Leitfadens zum Reha-Entlassungsbericht) eine besondere Bedeutung zu: Sie stellt den Nachsorgebedarf im Einzelfall fest und empfiehlt geeignete Maßnahmen. Auch die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung selbst sollten – sofern die Rehabilitationseinrichtung in dieser Hinsicht nicht bereits tätig geworden ist – dem bzw. der einzelnen Versicherten erreichbare Nachsorgeangebote vermitteln.

Als ein Nachsorgebestandteil im weiteren Sinne kann auch die ambulante oder stationäre Wiedervorstellung in der Rehabilitationseinrichtung verstanden werden, die allerdings nicht später als 12 Monate nach der Rehabilitation erfolgen sollte. Im Rahmen einer erneuten Untersuchung kann die Wirksamkeit durchgeführter Therapien geprüft werden, dies kann z. B. durch so genannte Auffrischkurse an Wochenenden in der Einrichtung erfolgen. Ziel dieser Gruppenangebote ist die Verstärkung der in der Rehabilitation erzielten Behandlungseffekte. Andere Formen der Nachsorgebegleitung können z. B. internetgestützte Angebote oder telefonische Nachsorge sein.

Die Einleitung nachgehender Leistungen wie Rehabilitationssport oder Funktionstraining, aber auch die Anregung z. B. zur weiteren Gewichtsreduktion oder zur Teilnahme an etablierten Nachsorgeprogrammen der Rentenversicherung, kann von den behandelnden Reha-Ärzten durch Ankreuzen des entsprechenden Feldes auf der ersten Seite des einheitlichen Reha-Entlassungsberichts dokumentiert und gebahnt werden.

Eine wesentliche Bedeutung für die Fortführung von Nachsorgeaktivitäten kommt im Rahmen des SGB V den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in ihrer Funktion als Lotsen im Gesundheitswesen zu. In ausgewählten Indikationen gibt es entsprechende Hinweise in Disease-Management-Programmen.

Zur Durchführung der Reha-Nachsorge sollten vorhandene Leistungsangebote (auch der Rehabilitationseinrichtungen selbst) genutzt und bei Bedarf neue Angebote durch die Rehabilitationsträger initiiert oder ggf. geschaffen werden. Eine enge

institutionelle Zusammenarbeit mit den übrigen Trägern und geeigneten Anbietern im Gesundheitssektor ist anzustreben, um das Angebot im Gesundheitsbildungsbereich zu verbessern. Eine wichtige Funktion für die Übernahme von Eigenverantwortung und für den Austausch von Kenntnissen und Erfahrungen der Betroffenen untereinander sowie zwischen Therapeuten und Rehabilitanden haben hier auch Selbsthilfegruppen (vgl. Abschnitt 6.3).

Da die Stabilisierung des langfristigen Erfolgs der Rehabilitation eine wichtige Weiterentwicklungsaufgabe darstellt, sind derzeit eine weit gespannte Vielfalt der Angebote und eine recht dynamische Entwicklung in diesem Feld zu konstatieren. Zu nennen sind beispielsweise die intensivierete Rehabilitationsnachsorge (IRENA) der Deutschen Rentenversicherung Bund und die nachgehenden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für den psychosomatischen Indikationsbereich der Deutschen Rentenversicherung Westfalen und Braunschweig-Hannover.

7.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Bereits bei der Einleitung oder der Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können sich Hinweise ergeben, dass Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind. Wenn z. B. der bisherige Arbeitsplatz aus gesundheitlichen Gründen gefährdet ist oder berufliche Problemlagen erkennbar werden, können ggf. erforderliche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben frühzeitig eingeleitet werden (vgl. Abschnitt 5.5.10). In diesen Fällen sollten im Rahmen einer ersten Beratung die Motivation der Versicherten, der Bedarf und die Möglichkeiten von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben abgeklärt werden. Mit Einverständnis der Versicherten kann dabei auch der werks- bzw. betriebsärztliche Dienst frühzeitig eingebunden werden.

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in der gesetzlichen Rentenversicherung sind neben einer Versicherungszeit von 180 Kalendermonaten oder dem Rentenbezug wegen Erwerbsminderung nach § 11 Abs. 2a SGB VI auch erfüllt, wenn ohne diese Leistungen Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu leisten wäre oder wenn sie für eine voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation unmittelbar im Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation eines Rentenversicherungsträgers erforderlich sind. Zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gehören insbesondere:

- Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes,
- Berufsvorbereitung,
- Trainingsmaßnahmen, berufliche Anpassung und Weiterbildung,
- berufliche Ausbildung,
- Gründungszuschuss,
- Kraftfahrzeughilfe,
- Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen zur Berufsausübung,
- Leistungen an Arbeitgeber.

Den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation kann als Zugangsweg für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben eine besondere Bedeutung zukommen, wenn durch eine frühzeitige Diagnostik und Eignungsabklärung während der medizinischen Rehabilitation der weiterführende Rehabilitationsprozess entscheidend beschleunigt wird. Es erscheint daher sinnvoll, die berufsbezogene Diagnostik und Eignungsabklärung insbesondere unter Berücksichtigung psychosozialer und berufsbezogener Aspekte auch während der medizinischen Rehabilitation intensiv zu nutzen und auszubauen und die organisatorischen Voraussetzungen für eine weitere Straffung der Verfahren bei der Einleitung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu schaffen (vgl. Abschnitt 5.2.2).

8 Leitlinien und Qualitätssicherung

8.1 Leitlinien

Im deutschen Gesundheitswesen haben Leitlinien seit Mitte der 90-er Jahre einen hohen Stellenwert erlangt. Mit Leitlinien soll vor allem die Versorgungsqualität an den aktuellen wissenschaftlichen Stand angepasst und nachhaltig verbessert werden.

Für die Rehabilitation stellen Leitlinien ein wichtiges Instrument dar, um das schnell wachsende rehabilitationsspezifische Fachwissen systematisch zu erfassen und zu praxisbezogenen Handlungsempfehlungen aufzubereiten. Damit können Behandlungsabläufe effizienter gestaltet werden. Ziel ist eine hohe und homogene Versorgungsqualität in der Reha-Praxis.

8.1.1 Begriff und Zielsetzungen

Leitlinien sind systematisch entwickelte, wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Entscheidungshilfen für eine angemessene Vorgehensweise in Diagnostik und Therapie bei speziellen Gesundheitsproblemen. Sie sind Orientierungshilfen im Sinne eines Handlungs- und Entscheidungskorridors, von dem in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss. Damit unterscheiden sich Leitlinien hinsichtlich ihrer Verbindlichkeit von Richtlinien und Standards.

Leitlinien dienen der Sicherung und Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung. Sie sollen zu einer ökonomisch angemessenen ärztlichen und therapeutischen Vorgehensweise anleiten und motivieren. Mit ihrer Hilfe können unerwünschte bzw. unbegründete Variationen in der Behandlungspraxis und Qualitätsschwankungen in der Versorgung vermindert werden. Es geht auch darum, unwirksame Therapien und nicht notwendige Diagnostik zu vermeiden. Der Nutzen für die Öffentlichkeit (Patienten, Kostenträger, Ordnungsgeber, Fachöffentlichkeit u. a.) liegt in der Information über notwendige und allgemein übliche ärztliche Maßnahmen bei speziellen Gesundheitsrisiken und Gesundheitsstörungen.

Leitlinien tragen zu mehr Transparenz bei, indem die wissenschaftlichen Grundlagen für die Therapieempfehlungen benannt werden. Sie helfen, die Prinzipien der evidenzbasierten Medizin in die Praxis umzusetzen. Damit Leitlinien den aktuellen wissenschaftlichen Stand widerspiegeln, müssen sie regelmäßig aktualisiert werden.

8.1.2 Evidenzbasierte Medizin

Grundlage von Leitlinien ist die Evidenzbasierte Medizin, als der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung. Nach festen Verfahrensregeln werden wissenschaftliche Informationen zu diagnostischen oder therapeutischen Verfahren auf ihre Aussagekraft und klinische Relevanz überprüft. Dabei wird die individuelle klinische Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung zusammengeführt.

Individuelle klinische Expertise meint hier das Können und die Urteilskraft, die Ärztinnen und Ärzte durch ihre Ausbildung, Erfahrung und klinische Praxis erwerben. Unter der besten verfügbaren externen Evidenz wird klinisch relevante Forschung, insbesondere medizinische Grundlagenforschung, aber auch patientenorientierte Forschung zur Genauigkeit diagnostischer Verfahren (zur Aussagekraft prognostischer Faktoren) und zur Wirksamkeit und Sicherheit therapeutischer, rehabilitativer und präventiver Maßnahmen verstanden.

In Deutschland hat die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) – analog den Empfehlungsklassen der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) – eine eigene Leitliniensystematik erarbeitet, die einen Drei-Stufen-Prozess für die Entwicklung von Leitlinien vorsieht (S1 - S3). Eine S1-Leitlinie ist das Ergebnis eines informellen Konsenses einer repräsentativ zusammengesetzten Expertengruppe. Die Durchführung eines formalen Konsensusverfahrens (nominaler Gruppenprozess, Delphimethode oder Konsensuskonferenz) auf der Basis einer S1-Leitlinie führt zu einer S2-Leitlinie. Eine S3-Leitlinie liegt dann vor, wenn die Leitlinie alle Elemente einer systematischen Entwicklung aufweist (formaler Konsensusprozess, logische Analyse (klinischer Algorithmus), evidenzbasierte Medizin, Entscheidungsanalyse und Outcome-Analyse).

8.1.3 Leitlinienentwicklung in der Rehabilitation

Als Vorläufer für die Entwicklung von Leitlinien in der Rehabilitation können die von der „Kommission zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung“ (Reha-Kommission) 1989 bis 1991 erarbeiteten Reha-Konzepte gelten. Hier wurden erstmals systematisch indikationsbezogene Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität der Rehabilitation auf der Basis eines Expertenkonsenses definiert.

Die gesetzliche Rentenversicherung unterstützt die Entwicklung von Leitlinien gezielt seit mehreren Jahren. Gefördert werden vor allem indikationsspezifische Forschungsprojekte, die sich mit der Erstellung von Prozessleitlinien für die Rehabilitation beschäftigten. Die Deutsche Rentenversicherung hat hierzu ein Leitlinienprogramm mit den Indikationen AHB nach Bandscheibenoperation, psychische und psychosomatische Krankheiten, koronare Herzkrankheit, chronischer Rückenschmerz, Schlaganfall, Diabetes mellitus, Brustkrebs der Frau und Alkoholabhängigkeit und künftig Depression, Kinder- und Jugendrehabilitation sowie Rehabilitation nach Hüft- oder Knie-Totalendoprothese initiiert. Die Leitlinienentwicklung wird durch die Leitlinienkommission der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) mit ihren indikationsspezifischen Arbeitsgruppen unterstützt. Gegenstand der Leitlinienentwicklung der gesetzlichen Rentenversicherung ist zudem die Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit und der Zugang in die Rehabilitation, um z. B. den Übergang von der Akutmedizin zur Rehabilitation zu optimieren. Hier sind beispielsweise die Leitlinien zur Leistungsbeurteilung und zur Reha-Bedürftigkeit zu nennen.

Nicht zuletzt werden Reha-Leitlinien auch durch einzelne wissenschaftliche Fachgesellschaften erstellt. Zu nennen sind hier u. a. die Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen (DGPR) und die Gesellschaft für Rehabilitation bei Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V. (GRVS).

Von 2002 bis 2005 war die gesetzliche Rentenversicherung Partnerin im Leitlinien-Clearingverfahren des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ). In dem Clearingverfahren wurden vorhandene Leitlinien auf der Basis standardisierter Kriterien systematisch hinsichtlich ihrer Methodik bewertet. Durch die Mitwirkung ist es gelungen, die Einbeziehung der medizinischen Rehabilitation als wesentlichen Versorgungsaspekt bei der Entwicklung von akutmedizinischen Leitlinien zu etablieren.

Angesichts neuer gesundheitspolitischer Entwicklungen – wie Disease-Management-Programme (DMP) und Integrierte Versorgungskonzepte (vgl. Abschnitt 3.2) – wird die Bedeutung von Leitlinien für die Rehabilitation weiter zunehmen. So geht es bei den DMP primär um den Aufbau einer sektorübergreifenden Versorgung auf der Basis evidenzbasierter Behandlungsleitlinien (S3-Leitlinien), um eine bessere Versorgung von chronisch Kranken zu erreichen. Im Rahmen der integrierten Versorgung sollen indikationsbezogene Behandlungspfade und sektorübergreifende Leitlinien für ein verbessertes Schnittstellenmanagement zwischen den beteiligten Leistungssektoren sorgen.

8.1.4 Perspektiven

Um für alle angewandten rehabilitativen Behandlungsverfahren eine Evidenzbasierung mit höheren Evidenzgraden zu erreichen, müssen in der Rehabilitation verstärkt randomisierte klinische Studien durchgeführt werden. Zurzeit enthalten Reha-Leitlinien nur in geringem Maße Empfehlungen mit hohem Evidenzgrad.

Die Anforderungen an die Leitlinienentwicklung in der Rehabilitation sind aufgrund der spezifischen rehabilitativen Zielsetzung im Rahmen der Gesundheitsversorgung nicht mit der im akutmedizinischen Bereich gleichzusetzen. Zu den reha-spezifischen Anforderungen an Leitlinien gehört u. a. die Berücksichtigung der Multiprofessionalität der am Reha-Prozess beteiligten Akteure sowie die Heterogenität der Problemlagen der Rehabilitanden, die bei der Erarbeitung reha-spezifischer Leitlinien angemessen berücksichtigt werden müssen (vgl. Kapitel 2 und 5).

Mit Hilfe von Leitlinien können das Wissen, die Einstellung und das Verhalten von Ärzten und medizinischen Laien im Hinblick auf eine bessere Versorgungsqualität beeinflusst werden. Neben der Entwicklung und Evaluation von Leitlinien ist deren Implementierung in die Rehabilitationspraxis eine weitere Aufgabe der gesetzlichen Rentenversicherung. Mit dem Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung steht bereits ein Monitoring-Instrument zur Verfügung, mit dem die Umsetzung von Leitlinien in die Praxis beurteilt werden kann.

8.2 Die Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung

Ziel der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung ist die Teilhabe am Erwerbsleben, d. h. die berufliche Integration oder Reintegration von Versicherten, deren Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben gefährdet oder bereits gemindert ist. Um die Durchführung bedarfsgerechter, qualitativ hochwertiger, aber auch wirtschaftlich sinnvoller Leistungen zur Rehabilitation sicherzustellen, wurde 1994 mit der Entwicklung eines Qualitätssicherungsprogramms für die stationäre medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung begonnen. Ausgangspunkt waren u. a. die Analysen und Empfehlungen der „Kommission zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der Rentenversicherung“ (Reha-Kommission) in den Jahren 1989 bis 1991. Begleitet wurde die Entwicklung und Erprobung des Qualitätssicherungsprogramms durch wissenschaftliche Institute sowie indikationsspezifische Expertengruppen.

An der Qualitätssicherung nehmen alle eigenen und von der gesetzlichen Rentenversicherung federführend belegten Rehabilitationseinrichtungen teil. Seit Mitte 1996 beteiligen sich zudem die Rehabilitationseinrichtungen der Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung Nordrhein-Westfalen. Insgesamt sind derzeit rund 950 Rehabilitationseinrichtungen oder eigenständige Reha-Fachabteilungen in die Qualitätssicherung einbezogen.

8.2.1 Gesetzliche Grundlagen der Qualitätssicherung

Vor Einführung des Qualitätssicherungsprogramms der gesetzlichen Rentenversicherung war die Qualitätsentwicklung und -sicherung in der medizinischen Rehabilitation weitgehend der Initiative einzelner Leistungsträger oder Leistungsanbieter überlassen. Rehabilitationsleistungen hatten „dem allgemein anerkannten Stand medizinischer Kenntnisse“ zu entsprechen (§ 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB VI). Die gesetzliche Rentenversicherung nahm mit der Einführung eines systematischen Qualitätssicherungsprogramms die gesetzliche Entwicklung im Gesundheitssystem vorweg: Mit In-Kraft-Treten der Gesundheitsreformgesetze 1998 und 2000 wurde im SGB V (§§ 135 bis 139) zunächst für Einrichtungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung die Verpflichtung zur internen Qualitätssicherung und zur Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung als obligatorischer Bestandteil der medizinischen Versorgung festgeschrieben. Erst die 2001 erfolgte Bündelung des Rehabilitationsrechts im SGB IX sieht entsprechende Regelungen für alle Rehabilitationsträger vor, die u. a. die Beteiligung

an vergleichenden Qualitätsanalysen sowie die Verpflichtung zur Einführung eines internen Qualitätsmanagements einschließen.

8.2.2 Aufgaben und Ziele der Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung verknüpft eine stetige Optimierung der medizinischen Leistungen im Rahmen einer konsequenten Patientenorientierung mit dem Prinzip der Wirtschaftlichkeit (Effizienz). Wesentliche Ziele der externen Qualitätssicherung sind daher:

- Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung,
- Erhöhung der Transparenz des Leistungsgeschehens,
- Verbesserung der Wirksamkeit (Effektivität) der Leistungen durch ständige Weiterentwicklung (Ergebnisorientierung),
- Förderung des internen Qualitätsmanagements,
- Leistungserbringung nach dem Prinzip der Wirtschaftlichkeit.

Dabei wird davon ausgegangen, dass durch die Erhebung qualitätsrelevanter Daten und der klinikvergleichenden Rückmeldung dieser Informationen an die Reha-Träger und die Leistungserbringer eine Verbesserung der Effektivität und Effizienz der Rehabilitation erreicht wird. Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung bilden die Grundlage für das interne Qualitätsmanagement (siehe auch Abschnitt 8.2.4).

8.2.3 Dimensionen der Qualität – Erhebungsinstrumente und Qualitätsberichterstattung

Die umfassende Qualitätssicherung der gesetzlichen Rentenversicherung nimmt eine mehrdimensionale Qualitätsperspektive ein und bezieht die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Rehabilitation systematisch aufeinander.

Die Strukturqualität umfasst die Einrichtungsmerkmale sowie die Vorhaltung personeller, apparativer, technischer, materieller und räumlicher Ausstattungsmerkmale der Rehabilitationseinrichtung. Die Prozessqualität richtet sich auf die Qualität der rehabilitativen Versorgung einschließlich Indikationsstellung, Diagnostik, Therapie, Arzt-Rehabilitanden-Beziehung und Optimierung der Behandlungsabläufe. Die Ergebnisqualität zielt auf das Behandlungsergebnis als subjektiver Behandlungserfolg oder objektives Rehabilitations-Outcome.

Da diese drei Qualitätsdimensionen sowohl zusammen als auch unabhängig voneinander für die Qualität der Rehabilitation bedeutsam sind, erfolgt in der Rentenversicherung eine parallele Messung über die Programmkomponenten Strukturhebung und -analyse, Peer Review-Verfahren und Patientenbefragung. Das multidimensionale Qualitätsassessment wird zusätzlich durch die Dokumentation therapeutischer Leistungen (KTL, vgl. 8.2.3.2) und die Integration von Reha-Leitlinien in die Qualitätssicherung ergänzt.

Für die somatischen Indikationsbereiche sowie für die Bereiche Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen wurden jeweils eigene Erhebungsinstrumente entwickelt, um den strukturellen und konzeptionellen Unterschieden Rechnung zu tragen.

Auf der Grundlage ihrer Strukturdaten werden die Rehabilitationseinrichtungen in Gruppen vergleichbarer Kliniken zusammengefasst, für die Klinikvergleiche durchgeführt werden. Die Ergebnisse der Klinikvergleiche werden in regelmäßigen Klinikberichten zusammengefasst und sowohl den belegenden Rentenversicherungsträgern als auch den Rehabilitationseinrichtungen zur Unterstützung ihrer Maßnahmen der Qualitätsverbesserung zur Verfügung gestellt.

8.2.3.1 Strukturqualität - Strukturhebung und -analyse

Ziel der Strukturhebung ist die Abbildung der sächlichen, personellen, diagnostischen und therapeutischen Ressourcen in den Rehabilitationseinrichtungen. Die Strukturqualität bildet die Grundlage für die Prozess- und Ergebnisqualität. Zur Erhebung der Strukturqualität in Rehabilitationseinrichtungen wurde als einheitliches Instrument die Klinikdokumentation „Strukturmerkmale“ entwickelt.

Neben allgemeinen Angaben, wie Behandlungsspektrum, Durchführung ambulanter Leistungen und Einrichtungsmerkmale, werden die personelle Ausstattung sowie diagnostische und therapeutische Angebote erhoben. Auf der Grundlage der Daten können die Rehabilitationseinrichtungen nach verschiedenen qualitätsneutralen Strukturmerkmalen (u. a. Behandlungsschwerpunkt, Anteil der AHB-Patienten) in Gruppen zusammengefasst werden. Sie bilden die Grundlage für Klinikvergleiche. Zudem stehen die Ergebnisse der Strukturhebung allen Trägern gleichermaßen für die Zuweisungssteuerung zur Verfügung.

Rentenversicherungsweite Strukturhebungen werden seit 1996 durchgeführt. Im Jahre 2004 wurde die Strukturhebung um sog. strukturnahe Prozessmerkmale ergänzt. Diese beziehen sich auf die konzeptionellen Grundlagen der Klinik, ihr internes Qualitätsmanagement und Modalitäten der internen Kommunikation und Personalentwicklung. Die nächste Strukturanalyse sieht neben einer Dokumentation und Beschreibung der Strukturparameter eine Bewertung nach dem prozentualen Anteil der erfüllten Strukturmerkmale vor.

8.2.3.2 Prozessqualität als Qualität der rehabilitativen Versorgung

Peer Review-Verfahren: Mit dem Peer Review-Verfahren wird die Prozessqualität erfasst. Dazu werden von erfahrenen Rehabilitationsmedizinerinnen des jeweiligen Fachgebietes (Peers) die anonymisierten ärztlichen Entlassungsberichte sowie die individuellen Therapiepläne von zufällig ausgewählten Patientinnen und Patienten nach Abschluss der Rehabilitation begutachtet. Es werden z. B. die Regelmäßigkeit der Behandlung, die fallgerechte Definition von Behandlungszielen oder die Plausibilität sozialmedizinischer Schlussfolgerungen für die einzelne Rehabilitandin bzw. den Rehabilitanden untersucht. Dabei werden Bewertungen aller Bereiche des Rehabilitationsprozesses wie Anamnese, Diagnostik, Therapieziele und Therapie, sozialmedizinische Stellungnahme, Nachsorgekonzept, Verlauf und Epikrise sowie eine zusammenfassende Bewertung des gesamten Rehabilitationsprozesses vorgenommen. Diese Bewertungen beruhen auf einer für das Peer Review entwickelten „Checkliste qualitätsrelevanter Prozessmerkmale“. Ein dazugehöriges Manual unterstützt die Gutachter bei der Anwendung vergleichbarer Bewertungsmaßstäbe. Um eine einheitliche Begutachtung zu gewährleisten, werden die Peers in mehrtägigen Schulungen auf ihre gutachterliche Tätigkeit vorbereitet. Die Ergebnisse werden der jeweiligen Klinik im Vergleich zu den Rehabilitationseinrichtungen der gleichen Indikation dargestellt, um die spezifischen Stärken und Schwächen deutlicher sichtbar zu machen. Das Peer Review wird seit 1998 regelmäßig durchgeführt.

Unabhängig von der inhaltlichen Begutachtung der Entlassungsberichte im Peer Review-Verfahren wird zusätzlich die Vollständigkeit und Laufzeit der Entlassungsberichte überprüft und zurückgemeldet.

Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL): Die Erhebung und Auswertung von therapeutischen Leistungen auf der Grundlage der „Klassifikation therapeutischer Leistungen“ (KTL) wird sukzessive rentenversicherungsweit in das Qualitätssicherungsprogramm einbezogen. Es bestehen einrichtungsübergreifende sowie einrichtungsbezogene Nutzungsmöglichkeiten der KTL-Daten. Mit den Daten können Analysen zur Praxis der rehabilitativen Versorgung, zu möglichen Behandlungsdefiziten und zur Einhaltung von therapeutischen Mindeststandards durchgeführt werden. Die Darstellung der Patientenanteile mit Leistungen aus den KTL-Kapiteln erlaubt einen zusammenfassenden Überblick über das Therapieregime einer Klinik.

Durch die Rückmeldung der KTL-Daten besteht für jede Klinik z. B. die Möglichkeit, anhand der Angaben zur Therapiemenge und Therapiedichte die eigene therapeutische Praxis zu hinterfragen.

Integration von Reha-Leitlinien in die Qualitätssicherung: Die Bewertung der Prozessqualität im Peer Review wird seit 2005 durch die Berücksichtigung evidenzbasierter, indikationsspezifischer Leitlinien ergänzt (zu Leitlinien siehe Abschnitt 8.1). Für die Erarbeitung und Überprüfung der Reha-Leitlinien wird auf die nach KTL (siehe oben) dokumentierten therapeutischen Leistungen zurückgegriffen. Es besteht die Möglichkeit einer leitlinienorientierten Auswertung der KTL-Daten vor dem Hintergrund der Frage: Inwieweit werden Rehabilitanden leitliniengerecht behandelt?

8.2.3.3 Ergebnisqualität als Rehabilitandenbefragung und subjektive Ergebnismessung

Die Rehabilitandenbefragung erhebt die Ergebnisqualität aus Patientensicht und die Patientenzufriedenheit. Damit wird die gesetzliche Rentenversicherung einer Forderung des SGB IX gerecht, das einen besonderen Schwerpunkt auf die Patientenorientierung legt. Die subjektive Einschätzung des Behandlungsergebnisses und die Motivation der Rehabilitanden stellen darüber hinaus grundlegend wichtige Faktoren für die Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit dar. Die Rehabilitandenbefragung wird seit 1999 routinemäßig durchgeführt.

Der Fragebogen erfasst differenziert die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit der Rehabilitation, so z. B. mit der Auswahl der Klinik, der ärztlichen und pflegerischen Betreuung, der Behandlung, der Unterbringung oder den organisatorischen Abläufen. Neben der Patientenzufriedenheit wird auch der Erfolg der Rehabilitation aus Sicht der Betroffenen unter Verwendung von Einschätzungsskalen ermittelt, die international in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens eingesetzt werden.

Die Rehabilitandenbefragung wird kontinuierlich für jede Klinik ca. acht bis zwölf Wochen nach der Rehabilitation bei ca. 20 Patienten pro Monat durchgeführt. Die Kliniken und Träger erhalten halbjährlich eine umfangreiche vergleichende Auswertung, die eine Einordnung der Klinikergebnisse in das Gesamtspektrum der jeweiligen Vergleichsgruppe ermöglicht.

Derzeit stattfindende Projekte zur Optimierung des Fragebogens und der Rückmeldekonzepktion umfassen qualitative und quantitative Pretests des Bogens mit dem Ziel einer Verbesserung seines Layouts, seiner Verständlichkeit und seines Umfangs, Anwenderbefragungen zur Stärken-/Schwächenanalyse des Klinikberichts, Arbeiten zur Adjustierung von Confoundern und verbesserten graphischen Aufbereitung bei der Ergebnisdarstellung.

Als zusätzlicher Aspekt der patientenseitigen Ergebnisqualität wird von einzelnen Rentenversicherungsträgern die Beschwerdehäufigkeit erfasst und zurückgemeldet sowie Informationen zur Rehabilitandenstruktur und zum Verlauf nach der Rehabilitation bereitgestellt.

8.2.3.4 Internes Qualitätsmanagement als Innenseite der Qualität

Erst das Zusammenspiel von externer Qualitätssicherung und internem Qualitätsmanagement ermöglicht eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung: Das interne Qualitätsmanagement, zu dem die Leistungserbringer nach § 20 Abs. 2 SGB IX verpflichtet sind, bildet die Voraussetzung für eine effektive Qualitätssicherung und -verbesserung in den Einrichtungen.

Von den Rehabilitationseinrichtungen wird künftig ein Nachweis des internen Qualitätsmanagements verlangt werden. Der Nachweis erfolgt über die folgenden drei Kriterien:

- die vollständige Erfüllung der Strukturmerkmale zum internen Qualitätsmanagement, wie sie aus dem Strukturfragebogen 2006 hervorgehen,
- die Darlegung eines systematischen Umgangs mit Qualitätsmängeln und
- regelmäßige Visitationen zur Evaluation eines internen Qualitätsmanagements in den Rehabilitationseinrichtungen durch den federführend belegenden Rentenversicherungsträger (s. Kapitel 8.2.3.6).

Dabei beinhaltet die Liste der strukturnahen Prozessmerkmale zum internen Qualitätsmanagement die folgenden Anforderungen:

- Verfügbarkeit eines Qualitätsmanagementbeauftragten,
- Umsetzung eines internen Qualitätsmanagementsystems,
- Realisierung interner Qualitätszirkel oder Projektgruppen, die sich außerhalb der Aufgaben des Tagesgeschäfts mit Qualitätsproblemen befassen,
- routinemäßiger Einsatz und Auswertung eines internen Fragebogens zur Patientenzufriedenheit,
- systematisches Beschwerdemanagement bezüglich Patienten- und Leistungsträger-Beschwerden,
- verbindliche Regelungen zur internen Erörterung der Rückmeldungen externer Qualitätssicherungsprogramme,
- Existenz eines Hygienebeauftragten in der Klinik,
- Verfügbarkeit eines schriftlich fixierten Hygieneplans,
- Einsatz von Assessment-Instrumenten bei Aufnahme und Entlassung und Führen von Komplikationsstatistiken.

Alternativ zu den Visitationen kann in Abstimmung mit dem Rentenversicherungsträger auch eine Zertifizierung nach einem anerkannten Verfahren durchgeführt werden, die regelmäßig zu erneuern ist. Dabei wird von der Vorgabe eines bestimmten QM- oder Zertifizierungsverfahrens abgesehen.

Zur Erleichterung des Aufbaus von Qualitätszirkeln stellt die Rentenversicherung allen Reha-Einrichtungen ein unter wissenschaftlicher Begleitung entwickeltes Manual mit theoretischen und methodischen Grundlagen, Anleitungen und Fallbeispielen zur Verfügung.

Nach dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) regelt § 20 Abs. 2 Satz 2 SGB IX, der zum 1. April 2007 in Kraft getreten ist, dass sich stationäre Rehabilitationseinrichtungen an dem Zertifizierungsverfahren nach § 20 Abs. 2a SGB IX zu beteiligen haben. § 20 Abs. 2a SGB IX gibt den Spitzenverbänden der Rehabilitationsträger nun die Aufgabe, im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement sowie ein einheitliches, unabhängiges Zertifizierungsverfahren, mit dem die erfolgreiche Umsetzung des Qualitätsmanagements in regelmäßigen Abständen nachgewiesen wird, zu vereinbaren.

8.2.3.5 Visitationen als Qualitätssicherung „vor Ort“

Die Durchführung von Klinikbesuchen (Visitationen) ist ein fester Bestandteil der Qualitätssicherung der Rentenversicherung in den von ihr belegten Rehabilitationseinrichtungen. Die Visitationen beziehen sich im Wesentlichen auf die Validierung von strukturellen und organisationalen Gegebenheiten sowie prozessualen Merkmalen der therapeutischen Versorgung. Ferner wird mittelfristig eine Prüfung der Einhaltung von Reha-Leitlinien in die Visitationen integriert werden. Die Einrichtungsbegehungen des Leistungsträgers innerhalb der Einrichtungsbetreuung verfolgen das Ziel, durch eine Inaugenscheinnahme vor Ort und persönliche Gespräche mit Leitungskräften und Mitarbeitern der Rehabilitationseinrichtung

Informationen zu gewinnen, welche die Bewertung der Qualität anhand der anderweitig eingesetzten Erhebungsinstrumente (Struktur-Bogen, Peer Review, Dokumentation therapeutischer Leistungen, Rehabilitandenbefragung etc.) sinnvoll ergänzen. Die Integration paralleler Informationen aus verschiedenen methodischen Zugängen und Quellen führt zu einer valideren Gesamtbeurteilung der Einrichtung. Ein zusätzlicher Nutzen ist darin zu sehen, die Qualitätsmessung durch einen qualitativen Zugang zu vertiefen: Im gemeinsamen kollegialen Dialog zwischen Einrichtungsleitung, Einrichtungsmitarbeitern, Visitorinnen und Visitoren können Empfehlungen ausgesprochen und Ideen für interne Verbesserungsmaßnahmen angestoßen werden. Mit ihrer „ganzheitlichen“ Sichtweise auf die Qualität der Rehabilitationseinrichtungen spielen die Visitationen eine besondere Rolle in dem Qualitätssicherungsinstrumentarium. Ihre Standardisierung wird durch eine Manualisierung erreicht.

8.2.3.6 Konzepte zur Darstellung und Bewertung der Gesamt-Qualität

Mit dem Qualitätsprofil (Q-Profil) entwickelte die gesetzliche Rentenversicherung ein Instrument zur Abbildung ausgewählter Ergebnisse aus der Struktur-erhebung, dem Peer Review und der Patientenbefragung. Dieses Qualitätsprofil bietet für jede einzelne Klinik eine vergleichende, sektorenübergreifende Synopse der Ergebnisse aus den einzelnen Qualitätsdimensionen. Zusätzlich werden einrichtungsbezogene Vergleiche zu den Vorerhebungen ermöglicht.

Da neben der Berücksichtigung fachlich medizinischer Aspekte und wirtschaftlicher Gesichtspunkte die Qualität der erbrachten Rehabilitationsleistungen ein wichtiger Faktor bei der Steuerung der Rehabilitation sein sollte, entwickelt die Rentenversicherung ein qualitätsorientiertes Bewertungssystem für Rehabilitationsleistungen auf der Basis von Qualitätsindikatoren. Damit wird die Qualität der erbrachten Rehabilitationsleistungen bei der Vergütung und Zuweisung von Rehabilitanden in Zukunft stärker berücksichtigt werden. Die Daten des Reha-Bewertungssystems sollen aus den verschiedenen Quellen – Ergebnisse des Einweisungssteuerungsprogramms, des Qualitätssicherungsprogramms und der Einrichtungsbetreuung - zusammengeführt und zu einer zusammenfassenden Bewertung aggregiert werden. An der Operationalisierung und Gewichtung der Qualitätsindikatoren, der Bestimmung von Grenzwerten sowie der Umsetzung in ein adäquates Bewertungskonzept wird derzeit intensiv gearbeitet.

8.2.4 Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger

Das von der gesetzlichen Rentenversicherung entwickelte Qualitätssicherungsprogramm hat – als erstes flächendeckendes Qualitätssicherungsprogramm für einen Versorgungsbereich im Gesundheitswesen – die Gestaltung aller nachfolgend begonnenen Qualitätssicherungsprogramme maßgeblich beeinflusst. Um eine mehrfache Beteiligung einzelner Kliniken an Qualitätssicherungsprogrammen unterschiedlicher Rehabilitations-Träger zu vermeiden, besteht mittlerweile, wie in § 20 SGB IX gefordert, eine intensive Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Rehabilitations-Trägern (insbesondere Renten-, Kranken- und Unfallversicherung).

So verpflichteten sich im Oktober 1999 die Spitzenverbände der gesetzlichen Renten-, Kranken- und Unfallversicherung in einer gemeinsamen Erklärung zur Zusammenarbeit bei der Weiterentwicklung und Routinisierung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. Diese Erklärung bildet die Basis für die Abstimmung und Koordination aller wesentlichen Vorhaben der Rehabilitationsträger in der Qualitätssicherung. Als Folge dieser Zusammenarbeit werden die Qualitätssicherungsinstrumente und -verfahren in der stationären medizinischen Rehabilitation harmonisiert und gemeinsam weiterentwickelt. Schließlich wurde gemäß § 20 Abs. 1 SGB IX auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) eine gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung“ erarbeitet, die am 1. Juli 2003 in Kraft trat.

Vor diesem Hintergrund wurden inzwischen die Instrumente und Verfahren in den Bereichen Struktur- und Prozessqualität vereinheitlicht. Es liegt seit 2004 ein zwischen

der Renten- und der Krankenversicherung harmonisierter Strukturierungsbogen vor. Eine ähnliche Konvergenz der Qualitätssicherungsaktivitäten ist auch auf der Ebene der Prozessqualität festzustellen: Die Überarbeitung der Checkliste und des Manuals der qualitätsrelevanten Prozessmerkmale für das Peer Review-Verfahren erfolgte in enger Zusammenarbeit von Renten- und Krankenversicherung, so dass weitgehend gleiche Bewertungsmaßstäbe bei den Rehabilitationsträgern sichergestellt wurden.

In wichtigen Bereichen werden Neuentwicklungen von vornherein gemeinsam vorbereitet. Nach der Etablierung der Qualitätssicherung in der stationären medizinischen Rehabilitation von Erwachsenen, wurden seit Anfang 2004 gemeinsame Projekte der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung zur Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen Rehabilitation und der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen umgesetzt (siehe auch unten).

8.2.5 Ausweitung der Qualitätssicherung auf andere Versorgungssegmente der Rehabilitation

Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung wurde seit 1994 erfolgreich und mit hoher Akzeptanz in der stationären medizinischen Rehabilitation von Erwachsenen implementiert. Die zu Grunde liegenden und unter wissenschaftlicher Begleitung erprobten Verfahren und Konzepte bilden die Basis für notwendige Erweiterungen. Diese betreffen sowohl konzeptionelle Aspekte (Ausbau des QS-Instrumentariums) als auch die Berücksichtigung weiterer Bereiche der Rehabilitation (Ausdehnung auf andere Versorgungssegmente der Rehabilitation) der gesetzlichen Rentenversicherung.

QS ambulante Rehabilitation: Im gemeinsamen Auftrag der Renten- und der Krankenversicherung wurde für die Indikationsbereiche muskuloskeletale (MSK) und kardiologische Erkrankungen sowie Abhängigkeitserkrankungen ein Instrumentarium zur Qualitätsmessung in ambulanten Reha-Einrichtungen erarbeitet. Die Besonderheiten der ambulanten Rehabilitation wurden dabei berücksichtigt. Durch das Projekt stehen nun zwischen den Rehabilitationsträgern harmonisierte QS-Instrumente in der ambulanten Rehabilitation zur Verfügung. Die Rentenversicherung wird die entwickelten Instrumente im Bereich MSK/Kardio beginnend mit 2006 sukzessive in der Routine einsetzen. Im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen ist zunächst ein Pretest der neu entwickelten Rehabilitandenbefragung vorgesehen. Ergänzend wird eine Verbesserung der Dokumentationsqualität durch rentenversicherungsweite verbindliche Einführung von Entlassungsberichten incl. KTL-Dokumentation in ambulanten Suchteinrichtungen angestrebt. Ferner wird die Nutzbarmachung von Routinekatamnesen der Suchteinrichtungen für die Qualitätssicherung geprüft.

QS Kinder- und Jugendrehabilitation: Seit 2004 wird die Qualitätssicherung der stationären medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen als Kooperationsprojekt der Renten- und der Krankenversicherung realisiert. Die erste Projektphase umfasste die Entwicklung eines Strukturbogens, die Strukturhebung und die Strukturanalyse von Einrichtungen zur stationären medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. Die zweite Projektphase wird die Konzeption und Erprobung eines Instrumentariums zur Abbildung der Prozess- und Ergebnisqualität der Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche beinhalten. Anschlussprojekte betreffen die Entwicklung von Reha-Leitlinien für die Kinder- und Jugendlichenrehabilitation sowie die Konzeption altersgerechter Befragungsinstrumente und kindbezogener Eltern- bzw. Angehörigenfragebögen. Die einmal angestoßenen Qualitätssicherungsaktivitäten im Bereich der stationären medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen sollen nicht abreißen, zumal die Akzeptanz in den Kliniken hoch ist und die entsprechenden Kooperationsstrukturen mit pädiatrischen Klinikern und Kliniken, Fachgesellschaften und Fachverbänden geschaffen wurden.

QS LTA (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben): Mit der wissenschaftlich begleiteten Entwicklung von Instrumenten und Verfahren für die Qualitätssicherung der

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) wurde 2003 begonnen. Hier konzentrieren sich die Qualitätssicherungsaktivitäten gegenwärtig auf den Bereich der beruflichen Bildungsleistungen. Die laufenden Entwicklungen beziehen sich auf Instrumente und Verfahren zur Sicherung und Optimierung der Prozessqualität (Evaluation des individuellen Integrations- und Förderplans in Hinblick auf seine Nutzbarmachung in der Qualitätssicherung), der Ergebnisqualität (Konzept „Trägerübergreifende Messung des Erfolgs von beruflichen Bildungsmaßnahmen“ anhand von Indikatoren wie Zeitpunkt der ersten Beschäftigungsaufnahme u. a.) sowie der Prozess- und Ergebnisqualität aus Sicht der Rehabilitanden (sog. Berliner Fragebogen).

8.2.6 Weiterentwicklung und Ausblick

Die Qualitätsentwicklung in den Rehabilitationseinrichtungen wird auch in Zukunft im Mittelpunkt der Aktivitäten der Rentenversicherung stehen. Die Weiterentwicklungsbemühungen umfassen:

- Überarbeitung und Optimierung bereits in der Routine praktizierter QS-Instrumente und -verfahren (z. B. Patientenbefragung: Fragebogen und Rückmeldung, Strukturerhebung: Anforderungskatalog von Strukturmerkmalen, Peer Review: Entlassungsbericht und Leitfaden zum Entlassungsbericht, Alternativen zur Messung der Prozessqualität),
- Verstärkung der Aktivitäten zur Erfassung und Messung der Ergebnisqualität (z. B. das Kriterium der Zufriedenheit der Rehabilitanden mit der Rehabilitation um objektivere Outcome-Parameter ergänzen, den Bereich der Lebensqualität um andere rehabilitative Zieldimensionen erweitern),
- Einbeziehung weiterer Bereiche der Rehabilitation unter Routinisierung der für sie entwickelten Instrumente (z. B. QS LTA, QS ambulante Rehabilitation: Orthopädie, Kardiologie, Sucht, QS Kinder- und Jugendlichenrehabilitation),
- Ausdehnung aller QS-Instrumente auf die gesamte Rentenversicherung (z. B. KTL, Reha-Leitlinien),
- Verbesserung der QS-Berichterstattung: Sicherstellung kürzerer Zeiträume zwischen Datenerhebung und Datenrückmeldung, Erhöhung der Verbindlichkeit und Wirksamkeit der QS-Ergebnisse (z. B. Aufnahme von Bewertungselementen in die Qualitätsberichte),
- Erhöhung der Verfügbarkeit der QS-Ergebnisse (z. B. Aufbau einer QS-Ergebnis-Datenbank, Datenaustausch und Datenweitergabe zwischen Rentenversicherungsträgern und zwischen Rehabilitationsträgern),
- Fortentwicklung der Qualität der medizinischen Dokumentation als Grundlage von QS (z. B. Vollständigkeit der E-Berichte, neuer E-Bericht, Nutzung von einrichtungsinternen Dokumentationen für die QS),
- Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit (z. B. Internet, Veröffentlichungen, QS-Jahresbericht),
- Zusammenarbeit aller Rehabilitationsträger (z. B. Fortschreibung der Gemeinsamen Erklärung über eine Zusammenarbeit in der QS der Rehabilitation).

9 Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die Forderung nach mehr Qualität und Effizienz in der Rehabilitation sowie neue wissenschaftliche Erkenntnisse der Rehabilitationsforschung begründen die Notwendigkeit einer verbesserten Aus-, Fort- und Weiterbildung in der medizinischen Rehabilitation. Dieser Bedarf bezieht sich auf alle Mitglieder des Rehabilitationsteams. Es ist daher sicherzustellen, dass die Weiterentwicklung in den für die Rehabilitation relevanten Grundlagen- und Anwendungsfächern der Medizin, Psychologie, Prothetik, Diätetik, Physiotherapie, Krankenpflege etc. in die rehabilitative Praxis Eingang findet. Ebenso ist es notwendig, die therapeutischen Kompetenzen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen durch fachbezogene Fortbildungen und problembezogene Supervision kontinuierlich zu fördern. Dazu ist auch die Möglichkeit des Besuchs wissenschaftlicher Tagungen oder spezieller Fortbildungsseminare erforderlich. In der Einrichtung sollte Fachliteratur im erforderlichen Umfang zur Verfügung stehen (insbesondere Fachzeitschriften) und ein regelmäßiger Informationsaustausch innerhalb der Einrichtung ist zu fördern. Es sollten auch Fortbildungsseminare zur interkulturellen Kompetenz angeboten werden.

Die Verantwortung dafür liegt bei der ärztlichen Leitung und beim Träger einer Einrichtung. Von großer Bedeutung für die Qualifikation und Weiterbildung des ärztlichen Personals sind die Weiterbildungsermächtigungen der leitenden Ärztinnen und Ärzte der Rehabilitationseinrichtungen zum Erwerb von Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen, insbesondere Sozialmedizin, Rehabilitationswesen und Physikalische und Rehabilitative Medizin, aber auch für die indikationsspezifische Weiterbildung.

Die Erfüllung der spezialisierten Aufgaben innerhalb einer Rehabilitationseinrichtung erfordert die Weiterqualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch interne und externe Schulung. Dies gilt umso mehr, als nicht immer entsprechend ausgebildetes Personal gewonnen werden kann.

Notwendig sind auch Informations- und Fortbildungsveranstaltungen für Beteiligte außerhalb der Einrichtung: Niedergelassene Ärzte, Sozialarbeiter in Krankenhäusern, Selbsthilfegruppen etc. Auf diese Weise kann die Kooperation mit vor- und nachhandelnden Stellen intensiviert werden. In diesem Sinn ist auch die Übernahme von Lehraufträgen – beispielsweise an Universitäten – durch Ärztinnen und Ärzte aus Rehabilitationseinrichtungen zu fördern.

In der Aus- und Weiterbildung der Ärzteschaft muss die Rehabilitation noch stärker Berücksichtigung finden. Bisher ist die Rehabilitation in der ärztlichen Approbationsordnung durch den Querschnittsbereich „Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren“ als Pflichtfach verankert.

Die stationären Rehabilitationseinrichtungen sind darüber hinaus geeignete Ausbildungsstätten für die später in der Rehabilitation und Nachsorge tätigen Fachkräfte. Die Sozialleistungsträger sollten sich daher besonders engagieren, um das Gebiet der Rehabilitation stärker als bisher in den Studien- bzw. Ausbildungsgängen von Psychologie, Sozialarbeit, Gesundheits- und Krankenpflege, Physiotherapie und anderen relevanten Berufsfeldern zu verankern und entsprechende Weiterbildungskonzepte zu entwickeln.

Unabhängig davon ergänzt die gesetzliche Rentenversicherung die Fort- und Weiterbildung der in der Rehabilitation tätigen Berufsgruppen durch eigenständige Fortbildungsangebote. Hinzu kommen die trägerübergreifend ausgerichteten Fortbildungsseminare der BAR.

10 Rehabilitationswissenschaften und Forschung

Vorrangige Themen der Rehabilitationswissenschaften sind Entstehung, Verlauf und Prognose von Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit und Teilhabe in Gesellschaft und Beruf unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren, die Entwicklung und Evaluation von Assessmentverfahren und rehabilitativen Interventionen sowie die Weiterentwicklung des Reha-Systems unter sich verändernden gesellschaftlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen. Grundlage ist dabei das bio-psycho-soziale Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO (vgl. Abschnitt 2.1). Der interdisziplinäre Forschungsansatz in den Rehabilitationswissenschaften leitet sich letztlich aus der insbesondere durch die ICF begründeten ganzheitlichen Ausrichtung der Rehabilitation ab.

Im Hinblick auf die Besonderheiten ihres Forschungsgegenstandes stellen sich folgende inhaltlichen und strukturellen Anforderungen an die Rehabilitationswissenschaften:

- bio-psycho-soziales Prozessmodell als theoretische Grundlage,
- interdisziplinäre Zusammenarbeit,
- Vernetzung von Theorie, Forschung und Praxis,
- Kommunikation und Austausch zwischen Praxis, Forschung und Trägern der Rehabilitation.

Die Rehabilitationswissenschaften haben sich mittlerweile zu einer eigenständigen Fachdisziplin mit einem Gegenstandskatalog und einer charakteristischen Methodik entwickelt. Grundlage für diese Eigenständigkeit ist eine dynamische Entwicklung der infrastrukturellen Rahmenbedingungen seit Mitte der 90-er Jahre.

10.1 Rehabilitationswissenschaftliche Infrastruktur

Ein wesentlicher Bestandteil dieser rehabilitationswissenschaftlichen Infrastruktur sind Forschungsinstitute oder -abteilungen, die unter Beteiligung der gesetzlichen Rentenversicherung, aber auch unabhängig davon an den Universitäten geschaffen wurden. Dazu zählen auch mehrere Stiftungslehrstühle bzw. -professuren. Diese Entwicklung wird flankiert durch eine Reihe von Kooperationsvereinbarungen zwischen Rehabilitationsträgern und Universitäten, durch die Gründung zahlreicher regionaler Fördervereine zur Unterstützung der Rehabilitationsforschung sowie auch durch das zunehmende Interesse bestehender medizinischer und nicht-medizinischer Lehrstühle an der Rehabilitationsforschung. Daneben sind auch einige außeruniversitäre Forschungseinheiten entstanden.

Durch die Gründung der „Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften“ (DGRW) ist eine eigenständige rehabilitationswissenschaftliche Fachgesellschaft entstanden. Darin drückt sich nicht zuletzt das gewachsene wissenschaftliche Interesse an der Rehabilitation aus. Die DGRW ist in ihrem Selbstverständnis der Förderung einer interdisziplinären Forschung und Lehre sowie der Verbreitung und Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die rehabilitative Praxis verpflichtet. Neben der DGRW haben sich weitere rehabilitationswissenschaftliche Fachgesellschaften oder Rehabilitationssektionen in medizinischen Fachgesellschaften gegründet, in denen auch Reha-Kliniker ihre Expertise einbringen können und sollten.

Ein wichtiger Kristallisationspunkt der Rehabilitationswissenschaften ist das jährlich stattfindende Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium. Mit durchschnittlich 800 bis 900 Teilnehmern ist das Kolloquium der größte rehabilitationswissenschaftliche Kongress in Deutschland. Das Kolloquium wird vom Bereich Reha-Wissenschaften der Deutschen Rentenversicherung Bund in Zusammenarbeit mit einzelnen

Rentenversicherungsträgern und der DGRW ausgerichtet. Es dient der Verbreitung der Forschungsergebnisse und bietet ein Forum für den Austausch von Wissenschaft und Praxis.

10.2 Forschungsförderung

Wesentliche Impulse für die Weiterentwicklung der Rehabilitationswissenschaften gehen von der Forschungsförderung aus. Die gesetzliche Rentenversicherung hat ihre Förderung intensiviert und gemeinsame Initiativen mit dem Bundesforschungsministerium (BMBF) entwickelt. Um den notwendigen An Schub der Reha-Forschung auf eine breitere Basis zu stellen und weitere langfristig wirksame Strukturverbesserungen zu erreichen, haben Rentenversicherung und BMBF schon 1998 einen rehabilitationswissenschaftlichen Förderschwerpunkt im Rahmen des Gesundheitsforschungsprogramms des Bundes eingerichtet. Ziel des Forschungsprogramms ist es, Qualität und Umfang der Reha-Forschung zu steigern sowie den Aufbau universitärer und außeruniversitärer Forschungseinrichtungen zu erreichen.

In diesem Förderschwerpunkt entstanden acht regionale Forschungsverbände. Innerhalb dieser Verbände arbeiten Forscher aus verschiedenen wissenschaftlichen Bereichen und Disziplinen zusammen. Neben Wissenschaftlern aus universitären und außeruniversitären Forschungsinstituten wirken auch Praktiker aus Reha-Einrichtungen und Sozialmediziner sowie Vertreter von Rehabilitationsträgern mit. Damit wird bei den interdisziplinären Forschungsarbeiten der Praxisbezug gewährleistet. Die Verbundstruktur trägt ferner zur Qualitätssicherung der Forschung bei. Zentrale Aufgabe der regionalen Verbände ist es, rehabilitationswissenschaftliche Studien zu planen und durchzuführen. Eine sinnvolle Arbeitsteilung wird durch eine thematische Schwerpunktsetzung innerhalb der Verbände gewährleistet.

Durch das Förderprogramm wurde die rehabilitationswissenschaftliche Forschungsinfrastruktur nachhaltig ausgebaut. Insbesondere Verbundsekretariate und Methodenberatung bleiben regional erhalten. Aufgrund des zentralen Stellenwertes der praktischen Nutzung der Erkenntnisse wird im Förderschwerpunkt mittels einer besonderen Umsetzungsphase der Praxistransfer der Forschungsergebnisse gezielt angestoßen, organisatorisch unterstützt und bei Bedarf wissenschaftlich begleitet.

Nach den guten Erfahrungen mit dem Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ und einem Förderschwerpunkt „Versorgungsforschung“ des BMBF mit der gesetzlichen Krankenversicherung wurde 2006 ein neuer Förderschwerpunkt „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ ausgeschrieben, der gemeinsam von Renten- und Krankenversicherung auf der einen Seite und dem BMBF auf der anderen Seite durchgeführt und finanziert wird. Der Verzahnung der verschiedenen Bereiche des Gesundheitssystems Rechnung tragend sollen insbesondere sektorenübergreifende Forschungsansätze gefördert werden, die mit Hilfe der Weiterentwicklung der Patientenorientierung die langfristige Wirksamkeit der Behandlung und Rehabilitation chronisch Kranker zu steigern versprechen.

10.3 Sozialmedizinische Forschung

Wissenschaftliche Fragestellungen zur medizinischen Rehabilitation werden in den Forschungsfeldern der Sozialmedizin und der Gesundheitswissenschaften/ Public Health bearbeitet. Die Sozialmedizin hat sich in Deutschland zu einer eigenständigen wissenschaftlichen Disziplin der Medizin entwickelt. Sie beschäftigt sich mit den Wechselwirkungen zwischen Gesundheit und Krankheit, ihren Risiken und protektiven Faktoren einerseits sowie sozialen und gesellschaftlichen Tatbeständen (wie z. B. Migration) andererseits. Dabei bezieht sie auch die rehabilitative Perspektive mit ein. Hier geht es vor allem um die sozialmedizinische Begutachtung der Rehabilitationsbedürftigkeit und der Leistungsfähigkeit im

Erwerbsleben sowie um die Entwicklung von Assessmentverfahren. Eine Abgrenzung zwischen rehabilitationswissenschaftlichen, sozialmedizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Forschungsarbeiten erscheint nicht immer möglich bzw. sinnvoll.

Die Sozialmedizin wird durch die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) als wissenschaftliche Fachgesellschaft vertreten. Bei den Jahrestagungen der DGSMP werden u. a. auch rehabilitationsbezogene Forschungsergebnisse präsentiert.

10.4 **Ausblick**

Eine methodisch qualifizierte Reha-Forschung kann sowohl dazu beitragen, die Wirksamkeit und Qualität der Rehabilitation zu verbessern, als auch deren Effizienz zu steigern. Die Förderung der Rehabilitationsforschung ist deshalb eine dauerhafte Aufgabe der Rehabilitationsträger. Es gilt sowohl die erreichte Qualifizierung der Forschungsförderung und der Forschungspraxis als auch die entstandene rehabilitationswissenschaftliche Infrastruktur nachhaltig zu sichern.

11 Anhang: Berufsgruppen mit bikultureller Kompetenz in Abhängigkeit vom Indikationsschwerpunkt der Einrichtung

- **Diabetes und Stoffwechsel**
notwendig: Arzt/Ärztin, Diabetesberater/in/-assistent/in
wünschenswert: Psychologe/Psychologin oder Psychotherapeut/in, Gesundheits- und Krankenpfleger/in
- **Kardiologie**
notwendig: Arzt/Ärztin, Physiotherapeut/in, Ernährungsberater
wünschenswert: Psychologe/Psychologin oder Psychotherapeut/in, Gesundheits- und Krankenpfleger/in
- **Orthopädie/Rheumatologie**
notwendig: Arzt/Ärztin, Physiotherapeut/in
wünschenswert: Psychologe/Psychologin oder Psychotherapeut/in (zur Schmerzbewältigung/Patientenschulung), Gesundheits- und Krankenpfleger/in
- **Neurologie**
notwendig: Arzt/Ärztin, Physiotherapeut/in, Neuro-Psychologe/Neuro-Psychologin, Gesundheits- und Krankenpfleger/in (notwendig insbesondere in Phase C)
wünschenswert: Logopäde/Logopädin, Psychologe/Psychologin oder Psychotherapeut/in
- **Onkologie**
notwendig: Arzt/Ärztin, Psychologe/Psychologin oder Psychotherapeut/in, ansonsten abhängig von der Indikation (z. B. Ernährungsberater/in bei Magen-Darm-Erkrankungen)
- **Dermatologie**
notwendig: Arzt/Ärztin, Psychologe/Psychologin oder Psychotherapeut/in, Ernährungsberater/in
- **Pneumologie**
notwendig: Arzt/Ärztin, Physiotherapeut/in
- **Gastroenterologie**
notwendig: Arzt /Ärztin
wünschenswert: Psychologe/Psychologin oder Psychotherapeut, Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Ernährungsberater/in, Stomatherapeut/in
- **Gynäkologie**
notwendig: Ärztin/Arzt
wünschenswert: Psychologin/Psychologe oder Psychotherapeut/in, Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Physiotherapeut/in

Für Ihre Notizen:

Impressum

Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund
Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitationswissenschaften
Bereich Reha-Wissenschaften
Ruhrstraße 2, 10709 Berlin

Satz und Gestaltung: Deutsche Rentenversicherung Bund
Geschäftsbereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikation
Kreativteam
Ruhrstraße 2, 10709 Berlin

1. Auflage (7/2007)

Ansprechpartner: Dr. Rolf Buschmann-Steinhage
E-Mail: rolf.buschmann-steinhage@drv-bund.de

Dr. Silke Brüggemann
E-Mail: silke.brueggemann@drv-bund.de

Sekretariat: Telefon: 030 865-39336
Fax: 030 865-28879



**Deutsche
Rentenversicherung**
Rehabilitation -
mit Sicherheit Qualität