

Editorial



Die Zahlen: Die medizinische Rehabilitation hat ein Marktvolumen von etwa 9 Milliarden Euro. Nach der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE Bund) gibt es etwa 1.200 Leistungserbringer im Bereich der medizinischen Rehabilitation in Deutschland, die rund 2 Millionen Menschen unterstützen. Durchschnittlich verweilen diese „Rehabilitanden“ ca. 25 Tage in einer stationären Reha-Klinik. Etwa 120.000 Mitarbeiter arbeiten in diesem Bereich der Rehabilitation.

Die Effekte: Die medizinische Rehabilitation kann viel leisten, sowohl individuell als auch volkswirtschaftlich. Die individuelle Wirksamkeit lässt sich am ehesten über die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands und der eigenen Leistungsfähigkeit und Lebenszufriedenheit durch die Rehabilitanden bestimmen. Aussagekräftig sind aber auch objektive wissenschaftliche Erfolgsmessungen. Volkswirtschaftlich ist die medizinische Rehabilitation bedeutend, weil sie eine längere Teilhabe am Arbeitsleben ermöglicht.

Die Herausforderungen: Der demografische Wandel, sich verändernde Behandlungsspektren und Rahmenbedingungen, sowie die gewachsenen Ansprüche potenzieller Rehabilitanden führen zu großen Herausforderungen in der Rehabilitation. Die Zahl pflegebedürftiger Menschen wird sich bis 2040 voraussichtlich verdoppeln. Strategien zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit sind daher konsequent und eine Aufgabe der Rehabilitation im Sinne des gesetzlichen verankerten Grundsatzes „Reha vor Pflege“.

Die Chancen: Vor allem die Veränderungen im Krankheitsspektrum und die Tatsache, dass inzwischen fast jede zweite Erwerbsminderungsrente durch psychische Erkrankungen verursacht wird, haben Auswirkungen auf die Ausgaben der sozialen Sicherungssysteme. Auch vor diesem Hintergrund rücken Maßnahmen vermehrt in den Blickpunkt, die ein langes und gesundes Leben ermöglichen: Hierbei haben Prävention, Gesundheitsförderung und die (medizinische) Rehabilitation sowie die Nachsorge eine wachsende Bedeutung.

Ich grüße Sie herzlich und wünsche Ihnen ein gesundes und erfolgreiches neues Jahr!

Ihre Helga Seel

Inhalt

Medizinische Rehabilitation – Strukturen und aktuelle Herausforderungen	I
Fünf Fragen an Brigitte Gross (DRV Bund) und Martin Litsch (AOK Bundesverband)	III
Das Angebot der RPK-Einrichtungen	V
Neuer Wegweiser der „BAR“ stößt auf positive Resonanz	VII
Hilfsmittel als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	VIII

Medizinische Rehabilitation – Strukturen und aktuelle Herausforderungen

Forscher der Firma „California Life Company“ (Calico), einer Tochterfirma von Alphabet Inc. zu der auch Google gehört, forschen an der Verlängerung des Lebens. Auch Gesundheit und Wohlbefinden sind zentrale Ziele des Unternehmens. Viele weitere Unternehmen widmen sich in ihren Forschungen Fragen, wie sich das Leben verlängern lässt und sich typische Alterserkrankungen wie z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Demenz und Diabetes wirksam reduzieren lassen. Ihr Ziel ist, Menschen ein möglichst langes Leben zu bescheren.

Die Rolle der medizinischen Rehabilitation

Langes Leben hängt vor allem davon ab, gesund zu bleiben, gesund zu werden und Selbstständigkeit zu bewahren. Die Erhaltung der Vitalfunktionen und der Gesundheit sind Aufgaben der Akut- und/oder Krankenbehandlung. Das ist viel, aber nicht alles. Lebensqualität heißt auch, ein Teil der Gesellschaft zu sein und an ihr teil zu haben. Das sind wichtige Aspekte, die ein Leben in Selbstbestimmung erst möglich machen. Rehabilitation nimmt hier eine zentrale Rolle ein. Die medizinische Rehabilitation hat die Aufgabe, die Körperfunktionen (wieder-)herzustellen und Aktivitäten zu ermöglichen, so dass Menschen sich in ihrem Alltag zurechtfinden oder wieder zurückfinden. Chronische Erkrankungen und ihre Folgen, ebenso wie Erkrankungen und traumatische Ereignisse lassen jedoch nicht immer eine Wiederherstellung dieser Teilhabe zu. Die Aufgabe der Rehabilitation liegt in diesen Fällen darin, eine Besserung des Zustandes zu erreichen, bereits eingetretene Funktions- und Aktivitätsstörungen soweit möglich zu reduzieren und einer Beeinträchtigung der Teilhabe bzw. dem Auf-



treten dauerhafter Benachteiligungen, wie einer Pflegesituation, vorzubeugen.

Strukturen in der medizinischen Rehabilitation

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden in Deutschland vor allem von den Trägern der Renten-, Kranken- und Unfallversicherung erbracht. Aber auch die Kriegsopferversorgung und -fürsorge, die Jugendhilfe oder die Träger der Eingliederungshilfe erbringen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Alleine bei der Deutschen Rentenversicherung sind im Jahr 2016 mehr als 1,6 Mio. Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von Versicherten gestellt worden. Davon wurden ca. 68 % bewilligt, 15 % an einen jeweils zuständigen Reha-Träger weitergeleitet und der Rest, meist aus medizinischen Gründen, abgelehnt. Insgesamt erhalten in Deutschland jährlich etwa 2 Mio. Menschen eine medizinische Rehabilitation. Das entspricht einem Marktvolumen von etwa 9 Milliarden Euro alleine für Leistungen zur medizinischen Reha. Diese Ausgaben zeigen Erfolge: Durch Reha-Leistungen bleiben pro Jahr weit mehr als 100.000 Menschen arbeitsfähig, die ohne die Behandlungen aus dem Berufsleben ausscheiden würden. Das lässt sich belegen: 86 Prozent der Rehabilitierten fallen nicht aus, sondern sind zwei Jahre nach der Reha noch in Lohn und Brot. Umso erstaunlicher ist es, dass die Anträge für eine medizinische

Rehabilitation in den vergangenen Jahren rückläufig waren bzw. stagnierten. Dieser sinkenden Inanspruchnahme von Reha-Leistungen sollte entgegengewirkt werden. Denn eine medizinische Rehabilitation lohnt sich nicht nur für die Patienten. Sie lohnt sich auch für die Volkswirtschaft, weil sie deutlich billiger als Rente und Pflege ist. Nach vier Monaten habe sich eine Reha-Maßnahme (mittlere Kosten: rund 4530 Euro) im Durchschnitt amortisiert, wenn der Patient anschließend wieder in das Arbeitsleben einsteigt, so der Reha-Bericht 2018 der Deutschen Rentenversicherung.

Herausforderungen in der medizinischen Rehabilitation

Die Beantragung von Reha-Leistungen ist aus Sicht von Medizinern und anderen Experten noch zu aufwendig. Diverse Verordnungen und Antragsformulare – jeder Reha-Zweig hat seine eigenen. Mit Blick auf den Menschen und seine Bedarfe entsteht so eine vermeidbare Hürde. Denn Reha-Bedarf ist im Einzelfall oft vorhanden und sollte schnell und zielsicher aufgenommen werden, um die nötige Rehabilitation einzuleiten. Bezogen auf die Gesellschaft wird der Reha-Bedarf in Zukunft noch weiter wachsen. Das hat Gründe: das Alter, die Verlängerung der Lebensarbeitszeit oder die Veränderung des Morbiditätsspektrums mit z. B. chronischen Erkrankungen. Aber auch der erhöhte Reha-Bedarf der geburtenstarken Jahrgänge der 1950er/60er Jahre oder die

Einführung neuer Behandlungsmethoden sind Faktoren, die das Reha-System in Bewegung halten und permanente Überprüfung und Veränderungen von den Akteuren einfordern.

Daneben beanspruchen weitere Anforderungen tagtäglich aufs Neue das Reha-System: Wachsende Ausgaben für einzelne (Teil-)Leistungen, ein Trend zur Ambulantisierung, neue Diagnostik und Prävention. Zudem verändern vor allem Demografie, Entwicklungen und Umwelteinflüsse die Erkrankungs- und Verletzungssituation und somit auch nötige Reha-Angebote für die Menschen. So ist z. B. ein Anstieg psychischer Erkrankungen zu verzeichnen, die insgesamt eine Veränderung der Strukturen bedingt (Tabelle 1).

Gesellschaftliche Ansprüche an die Rehabilitation

Der überwiegende Teil medizinischer Rehabilitationsleistungen wird zwar nach wie vor stationär erbracht, doch ihr Anteil sinkt. Anforderungen aus Alltag, Familie, Pflege und veränderten Rollenbildern machen es notwendig, dass Patienten nach ihren Reha-Anwendungen abends wieder nach Hause zurückkehren (wollen). Ambulante Leistungen haben sich im Zeitraum von 2000 bis 2016, alleine auf die Rentenversicherung bezogen knapp sechsfacht. Konkret sind das mehr als 148.000 Leistungen im Jahr. Aber die Reha-Träger stellen sich vermehrt darauf ein. Die Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP) oder eine ambulante Arbeitsplatzbezogene Muskuloskeletale Rehabilitation (ABMR) sind z. B. Angebote der Unfallversicherung, um diesen Trend zu begegnen. Eine neue Form der Rehabilitation stellt die ambulante-mobile Rehabilitation dar. Diese Form der Rehabilitation wird insbesondere in der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht. Sie findet in der Wohnung des Patienten oder in einem Pflegeheim statt. Dabei steht das gewohnte Wohnumfeld des Patienten im Fokus, weil

Hintergrund: Medizinische Rehabilitation – Wer ist eigentlich zuständig?

Für Menschen, deren Erwerbsfähigkeit gefährdet ist, ist grundsätzlich die Rentenversicherung zuständiger Reha-Träger für medizinische Leistungen. Bei Reha-Leistungen für Kinder und Jugendliche sowie Altersrentnern mit onkologischer Grunderkrankung besteht eine Gleichrangigkeit der Ansprüche gegenüber der Kranken- und Rentenversicherung. Die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung sind in der Regel zuständig bei Reha-Leistungen für Altersrentner sowie für Mütter und Väter (Mutter-/Vater-Kind-Leistungen). Sie sind ebenfalls zuständig bei Reha-Leistungen für Eltern. Die berücksichtigen neben der indikationsspezifischen Ausrichtung insbesondere die psychosoziale Problemsituation von Müttern und Vätern, die sich aktuell in Erziehungsverantwortung befinden. Wenn ein Arbeits-, Schul- oder Wegeunfall oder eine Berufskrankheit maßgeblich ist, dann erbringt die zuständige Berufsgenossenschaft oder Unfallkasse Leistungen.



Tabelle 1 – Indikationen der Reha-Leistungen (ambulant/stationär) in % – Veränderungen zwischen 2000 und 2016 bei der Deutschen Rentenversicherung

Indikationsgruppe	2000	2016
Skelett/Muskeln/Bindegewebe	43	41
Herz- Kreislauf (ohne neurologische Krankheitsbilder)	9	8
Stoffwechsel/Verdauung	4	3
Neubildungen (ohne neurologische Krankheitsbilder)	14	15
Psychische Erkrankungen (ohne Sucht)	11	16
Sucht ¹	6	4
Neurologie	4	5
Sonstige Diagnosen	9	7

¹ Entwöhnungsbehandlung wird hier als eigene Maßnahmart dokumentiert und als einzige der hier genannten Diagnosegruppen nicht über die ICD-Diagnosen definiert. Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund, 2018

nur dort die Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose festgestellt werden können. Auch das Online-Portal der Deutschen Rentenversicherung (www.nachderreha.de) ist ein Beitrag, den Betroffenen nach einer Reha Angebote in seiner Lebenswelt und seinem Sozialraum aufzuzeigen.

Qualitätsanspruch der Rehabilitation

Mit Blick auf die Forschung lässt sich feststellen, dass große Fortschritte, die die durchschnittliche Lebenserwartung massiv steigerten bislang nicht erzielt wurden. Akut- und Krankenbehandlung sowie medizinische Rehabilitation sind und bleiben daher besonders bedeutsam. Reha ist präsent,

sie steht im Fokus der öffentlichen Wahrnehmung. BTHG, Flexirentengesetz und die stärkere Verankerung des bio-psycho-sozialen-Modells sind Entwicklungen, die dies untermauern. Die medizinische Rehabilitation ist und bleibt ein wichtiger Bestandteil des deutschen Gesundheits- und Sozialwesens. Denn auch die Rehabilitation muss sich den rasanten Veränderungen in der Arbeitswelt stellen. Die Wirksamkeit medizinischer Rehabilitationsleistungen hängt maßgeblich von ihrer Qualität ab. Es geht darum, Störungen der Funktion und sozialen Beeinträchtigungen vorzubeugen, sie zu beseitigen, zu verbessern oder zu kompensieren. Kurz: Teilhabe und Lebensqualität sichern. ●

Fünf Fragen an Brigitte Gross (DRV Bund) und Martin Litsch (AOK Bundesverband)

Die medizinische Rehabilitation hat das Ziel, Folgen von Krankheiten und Unfällen sowie ihre Auswirkungen zu verringern und für die Betroffenen die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und am Arbeitsleben zu erhalten. Dem muss sie jeden Tag aufs Neue gerecht werden. Es geht darum, sich stärker an individuellen Beeinträchtigungen zu orientieren, Leistungen zeitlich flexibler zu gestalten, Prävention und Nachsorge zu verbessern, sowie eine effektivere Vernetzung zu gewährleisten. In diesem Zusammenhang haben wir zwei wichtige Akteure befragt, wie sie aktuell auf die medizinische Rehabilitation in Deutschland blicken.

? *Die medizinische Rehabilitation ist ein wesentlicher Baustein für den Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und die Rückkehr ins Arbeitsleben. Was läuft dabei besonders gut? Und wo sehen Sie Herausforderungen?*

Martin Litsch: Die Frage richtet sich in erster Linie an die Gesetzliche Rentenversicherung. Diese finanziert die medizinische Rehabilitation für Arbeitnehmer. Dabei sind Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und Rückkehr in das Arbeitsleben zentrale Aufgaben. Die Gesetzliche Krankenversiche-

rung (GKV) ist dagegen vor allem für alle Rehabilitations-Leistungen zuständig, die von Rentnern benötigt werden. Hier geht es um die Vermeidung oder Minderung einer Behinderung sowie der Pflegebedürftigkeit.

Brigitte Gross: Seit jeher ist es für uns sehr wichtig, Rehabilitation individuell, flexibel und qualitativ hochwertig anzubieten. Da für uns der Fokus auf der Wiedererlangung oder dem Erhalt der Erwerbsfähigkeit liegt, hat die Rentenversicherung den Berufsbezug in die Leistung integriert. Diese medizinisch-beruflich orientierten Leistungen



Brigitte Gross, Direktorin bei der DRV Bund



Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK Bundesverbandes

(MBOR) sind ein gutes Beispiel der Rehabilitation der Rentenversicherung.

Eine große Herausforderung ist es, frühzeitig den Reha-Bedarf zu identifizieren und die Betroffenen zur Antragstellung zu motivieren. Eine weitere Herausforderung ist, den Erfolg der Reha über ihre Dauer hinaus zu verstetigen. Die Frage lautet: Wie kann es nach der Reha nahtlos und bestmöglich für den Versicherten in der Versorgung weitergehen? An diesem Punkt ist ein gut strukturierter Prozess in Zusammenarbeit mit anderen Akteuren gefordert.



? *An welchen Stellschrauben würden Sie medizinische Reha-Leistungen weiterentwickeln? Welche Bedeutung haben dabei trägerübergreifende Aktivitäten für die DRV Bund / den AOK Bundesverband?*

Brigitte Gross: Ich denke, dass wir noch einiges zu tun haben, um die „Personenzentrierung“ wirklich zu leben. Dies bedeutet einen kulturellen Wandel sowohl in der Verwaltung als auch in den Reha-Einrichtungen. Zudem ist bei komplexen Bedarfslagen ein individuelles Fallmanagement gefordert. Des Weiteren müssen Schnittstellen zu anderen Leistungsträgern aktiv gestaltet werden, um den Rehabilitanden Leistungen „wie aus einer Hand“ anbieten zu können. Hierbei wünsche ich mir einen noch intensiveren inhaltlichen Austausch als auch die Möglichkeit der trägerübergreifenden Datennutzung.

Martin Litsch: Grundsätzlich werden trägerübergreifende Aktivitäten immer wichtiger. Unser Anspruch ist dabei eine gute Zusammenarbeit zwischen den Kostenträgern und den Leistungserbringern. Das wird auch gesetzlich immer mehr gefordert. Es gibt an anderen Stellen noch Optimierungsmöglichkeiten, unter anderem durch die Rahmenverträge zum Entlassmanagement nach Krankenhausaufenthalten und stationärer Rehabilitation. Künftig sollen sie eine bessere Verzahnung aller Leistungsbereiche ermöglichen. Die Schnittstellen zwischen vollstationärer Krankenhausversorgung, einer anschließenden Rehabilitationsmaßnahme und der danach erfolgenden Anschlussversorgung sollen so ausgestaltet werden, dass allen Beteiligten jederzeit die benötigten Informationen vorliegen. Dies wird die Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) ermöglichen. Dort ist eine geregelte trägerübergreifende Koordination von Teilhabeleistungen vorgesehen. Zudem ist die Qualitätssicherung von großer Bedeutung. Aktuell werden Rehabilitationseinrichtungen unter

anderem von der GKV in den Dimensionen Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit gemessen. Damit wird im Anschluss eine qualitätsorientierte Belegungs- und Vertragsgestaltung ermöglicht. Dieses Verfahren wird dauerhaft weiterentwickelt. Es wäre dabei auch sinnvoll, wenn wir die Qualitätssicherungsergebnisse der Rentenversicherung mit denen der GKV zusammenführen. Von dieser Zusammenarbeit würden alle Beteiligten profitieren.

? *Die frühzeitige Erkennung von Reha-Bedarf spielt nicht erst seit dem Inkrafttreten des BTHG eine zentrale Rolle. Wie können Ärzte und Therapeuten Bedarfe während einer medizinischen Rehabilitation besser erkennen? Wie sollen sie mit „neuen Bedarfen“ umgehen?*

Martin Litsch: Nach dem neunten Sozialgesetzbuch haben die Rehabilitationsträger sicherzustellen, dass ein Reha-Bedarf frühzeitig erkannt und auf eine Antragstellung der Leistungsberechtigten hingewirkt wird. Das frühzeitige Erkennen von Bedarfen während des Rehabilitationsverlaufs wird durch Zwischenuntersuchungen von Ärzten und Therapeuten sichergestellt. Auf dieser Basis kann die Therapieplanung dann individuell angepasst werden. Sollte nach der Rehabilitationsmaßnahme weiterer Bedarf erkennbar sein, können Nachsorgeangebote genutzt werden.

Brigitte Gross: Dass die Rentenversicherung und die von ihr in Anspruch genommenen Reha-Kliniken in der Lage sind, weitergehenden Reha-Bedarf im Sinne beruflicher Reha-Leistungen (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) zu erkennen, gehört zu ihren Kernkompetenzen. Um Reha-Bedarf in anderen Bereichen des Teilhabe-Rechts zu verifizieren, ist das gut ausgebildete und fachlich qualifizierte Personal in den Kliniken gefordert. Unterstützen könnten beispielsweise „Checklisten“

unserer Partner aus anderen Bereichen des Sozialrechts, die unter Federführung der BAR zusammengestellt werden und als Assessments dienen könnten.

Die Anwendungshäufigkeit dieser Instrumente während einer Reha und deren Resultate könnten in der Qualitätssicherung ermittelt werden. Auch hier ist entscheidend, dass die Kommunikation zwischen allen am Reha-Prozess Beteiligten funktioniert.

? *Die Ambulantisierung in der Rehabilitation ist aktuell ein großer Trend. Welche Aktivitäten unternimmt die DRV / der AOK-Bundesverband, um dem gesellschaftlichen Anspruch gerecht zu werden?*

Brigitte Gross: Ambulante Reha-Leistungen im Sinne von ganztägig ambulant bieten wir seit Jahrzehnten an. Die Inanspruchnahme ist je nach Indikation unterschiedlich. Bisher haben wir mit über 250 Reha-Zentren entsprechende Verträge abgeschlossen.

In einem Modellprojekt haben wir z. B. eine berufsbegleitende ambulante Rehabilitation angeboten. Die Resonanz der Versicherten war hier aber eher verhalten.

Auch das Flexirentengesetz ermöglicht die Durchführung von Kinderrehabilitation in ambulanter und/oder in gemischter Form, nicht mehr nur stationär. Wir werden in den kommenden Jahren verschiedene Angebote modellhaft erproben.

Martin Litsch: Hier gilt der gesetzliche Grundsatz „ambulant vor stationär“. Dieser wird auch von der AOK beherzigt. Zudem erhält nicht jeder Patient automatisch eine stationäre Reha-Maßnahme. In vielen Fällen können auch schon mit ambulanten Maßnahmen sehr gute Erfolge erzielt werden. Die mobile Reha gehört als besondere Form der ambulanten Reha bereits zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Bei diesem Konzept erbringt ein spezialisiertes Team die erforderlichen Leis-



tungen in der für den Rehabilitanden vertrauten Umgebung. Dadurch können wichtige Faktoren wie die häusliche Umgebung, das soziale Umfeld und die Familie optional einbezogen werden.

Außerdem werden von den Krankenkassen weitere ergänzende ambulante Maßnahmen wie Rehabilitationssport und Funktionstraining angeboten.

? Welche Auswirkungen wird die Digitalisierung auf die medizinische Rehabilitation haben?

Brigitte Gross: Aktuell können wir noch nicht absehen, was „Beschäftigungsfähig-

keit“ in Zukunft bedeuten wird. Was wir aber bereits wissen: Expertenwissen, Kreativität, Flexibilität, Selbstlernkompetenz und digitale Medienkompetenz werden die entscheidenden „Skills“ in global vernetzten, digitalen Arbeitsprozessen sein. Wir werden deswegen unsere Reha-Angebote auf der Basis neuer, innovativer Ansätze kontinuierlich weiterentwickeln. Das Bundesprogramm „rehapro“ bietet wertvolle Initiativen. Digitale Technologien sind bei der Weiterentwicklung der Reha nicht nur für die Informationsvermittlung gefragt, sondern vor allem für die digitale Begleitung des Reha-Prozesses von der qualitätsorientierten Einrichtungsauswahl bis zur

app-gestützten Nachsorge von großer Bedeutung.

Martin Litsch: Aufgrund der komplexen Versorgungsketten können Leistungserbringer und Kostenträger der Rehabilitation künftig von der Digitalisierung enorm profitieren. So ermöglicht eine elektronische Patientenakte eine Zusammenführung der Daten, die bisher an unterschiedlichen Stellen vorliegen. Das kann zum Beispiel die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten und Reha-Einrichtungen deutlich verbessern und mehr Transparenz schaffen – auch für die Patienten. ●

Das Angebot der RPK-Einrichtungen

Reha-Einrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK)



Dr. med. Sabine Kreß,
Kordinatorin im Vorstand
der BAG RPK

Ein Fall – Die Ausgangssituation vor einer RPK-Leistung

Laura S., 32 Jahre alt, leidet an einer in zwischen mittelgradig ausgeprägten depressiven Episode. Zuletzt arbeitete sie als Krankenschwester auf einer internistischen

Intensivstation im Dreischicht-System und ist nunmehr seit acht Monaten arbeitsunfähig. Infolge der Erkrankung hat sie bereits zehn Wochen Psychiatrie hinter sich, im Moment nimmt sie an einer ambulanten Psychotherapie teil.

Der MDK (Medizinische Dienst der Krankenkassen), einbezogen von der Krankenkasse wegen des fortgesetzten Krankengeldbezuges, hat eine Rehabilitation empfohlen, da die Erwerbsfähigkeit gefährdet (§51 SGB V) und die Rehabilitationsfähigkeit gegeben sei.

Laura S. will daraufhin einen Reha-Antrag

stellen. Der Sachbearbeiter der Krankenkasse hat ihr dafür einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mitgegeben. Ihr Psychotherapeut favorisierte dagegen die Möglichkeit einer stationären psychosomatischen Rehabilitation. Zuletzt berichtete ihr eine Mitpatientin in der Klinik vom Ganztagsangebot einer RPK in ihrer Heimatstadt. Alle drei Möglichkeiten hätten ihr helfen können. Doch welche Wahl ist im Einzelfall die vielleicht beste?

Eine Möglichkeit – Das Angebot einer RPK

Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK) arbeiten ausnahmslos nach der RPK-Empfehlungsvereinbarung vom 04.11.2010 (1). Das konzeptionelle Bezugssystem der RPK ist die ICF (2). Innerhalb einer Reha-Leistung sollen dabei medizinische und berufliche Rehabilitationsleistungen miteinander verknüpft werden. *Die Rehabilitationsprinzipien der RPK sind:* ambulant vor stationär, regional vernetzt und wohnortnah, personenzent-

Hintergrund: RPK in der Versorgungslandschaft

- Für Menschen mit psychischer Erkrankung gibt es zwei Formen der Medizinischen Rehabilitation: Psychosomatische Reha und RPK. Die beiden Maßnahmen unterscheiden sich deutlich voneinander.
- In Deutschland gibt es derzeit über 50 RPK Einrichtungen mit knapp 1800 Plätzen.
- Die Rehabilitation in einer RPK findet an der Lebenswelt orientiert im konkreten Lebenskontext der Rehabilitanden statt, also vorwiegend ambulant und wohnortnah. Sie dauert bis zu 24 Monate.
- Das Angebot einer Erprobung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ist obligat.
- Betroffene nehmen selber mit den regionalen Einrichtungen Kontakt auf. Die Mitarbeiter der RPK übernehmen die Beantragung der Kostenübernahme.



riert, niedrigschwellig und frühzeitig (3). Das entspricht auch den Grundsätzen anderer moderner richtungweisender rehabilitativer Konzeptionen (4,5,6)

Der Fall – Entscheidungsfindung

Laura S. will – wie viele Menschen – wieder gesund und berufstätig sein. Wie viele andere Rehabilitanden weiß sie nicht viel über passende Angebote in ihrer Region.

Sie liebt ihren Beruf als Krankenschwester, auch wenn sie inzwischen weiß, wie sehr die Tätigkeit sie im Alltag belastete. Daher erscheint es ihr bislang unvorstellbar, bald wieder an ihren Arbeitsplatz zurück zu kehren. Sie kommt nur noch mit Mühe morgens aus dem Bett, zwei Termine am Tag lasten sie oft vollständig aus. Manchmal schafft sie nicht mal das. Und wie es in ihrer Wohnung aussieht, sollte auch besser keiner wissen. Sie hat kaum Kontakte, telefoniert höchstens mal mit einer alten Freundin. Einmal in der Woche geht sie wieder zur Chorprobe. Hier akzeptiert man es, wenn sie nur bis zur Pause durchhält, weil sie sich nicht länger konzentrieren kann. Es tut ihr trotz aller Selbstzweifel gut, wieder Mitglied einer Gemeinschaft, wie bei dem Chor, zu sein.

Nach einem weiteren Gespräch mit ihrem Psychiater ist sie sich nun sicher, dass eine Berufliche Rehabilitation für sie derzeit noch zu früh käme. Den unausgefüllten LTA-Antrag legt sie erst einmal wieder beiseite. Mögliche Angebote (stationärer) psychosomatischer Rehabilitation sprechen sie nun stärker an. Allerdings würde es ihr schwerfallen, noch einmal so lange von zu Hause fort zu sein. In der ambulanten Psychotherapie fühlt sie sich außerdem gut aufgehoben. Also beschließt sie, einen Infotermin in der RPK vor Ort wahrzunehmen. Diese Termine finden regelmäßig in der RPK statt, sie muss sich dafür nur telefonisch kurz anmelden.

Die RPK-Landschaft

Die etwa 50 RPK-Einrichtungen in Deutschland sind örtlich gut vernetzt und mit ihrem

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der RPKen (BAG RPK)

Die meisten RPK-Einrichtungen sind über die Bundesarbeitsgemeinschaft RPK miteinander vernetzt. Standorte und Kontaktdaten findet man auf der Homepage der Bundesarbeitsgemeinschaft RPK unter www.bagrpk.de.

Seit September 2018 ist ein neuer Vorstand im Amt.



Der neue Vorstand der RPK Von links nach rechts: Schatzmeisterin: Eva-Marie Torhorst, 1. Vorsitzender: Stephan Kauffeldt, 2. Vorsitzender: Dr. Gustav Wirtz, Koordinatorin: Dr. Sabine Kress
Bildquelle: Dr. Sabine Kress

stationären und/oder ambulanten Angebot in die Versorgungslandschaft der Regionen gut integriert. Der Übergang von der medizinischen in die berufliche Rehabilitation erfolgt während einer RPK-Leistung nahtlos. Eine solche Leistung kann abhängig von der Prognose bis zu zwei Jahre dauern.

Die Rehabilitation – Es geht los

Laura S. hat vor drei Monaten mit ihrer Leistung in der RPK begonnen. Sie kann währenddessen in ihrer Wohnung bleiben und weiterhin mit ihrem Chor singen. Nach einem Hausbesuch durch einen Mitarbeiter der RPK nimmt sie das Chaos in ihrer Wohnung in Angriff, Schritt für Schritt fühlt sie sich wohler, kann schließlich ihre Freundin zum Kaffee trinken nach Hause einladen. Mit dem RPK-Arzt hat sie zu Beginn eine schlaffördernde Medikation vereinbart. Jetzt ist sie dabei, die Medikation zu reduzieren, da sie sich tagsüber zu müde fühlt. Der Austausch mit den Mitrehabilitanden in den unterschiedlichen Gruppenangeboten ist hilfreich, berufliche Perspektiven sind für

alle Rehabilitanden zentrale Fragestellungen. Die RPK-Mitarbeiter lassen aber keinen Zweifel daran erkennen, dass vorab und parallel auch andere Themen des alltäglichen Lebens in die Rehabilitation einbezogen werden müssen. Entsprechende Handlungsziele werden gemeinsam abgestimmt.

Ein wichtiger Aspekt für sie ist auch die zeitliche Perspektive von zunächst drei Monaten Reha mit der Option einer Verlängerung von bis zu einem Jahr oder auch mehr. Dies gibt ihr das Gefühl, die Probleme in einem angemessenen Tempo angehen zu können, ohne sich immer wieder selbst zu überfordern.

Der Fall – Ausblick

Nun sind bereits 5 Jahre vergangen seit Laura S. sich für eine Leistung in der RPK entschieden hat. Sie ist fast ein ganzes Jahr dort gewesen. Anfangs fiel es ihr sehr schwer, an allen Angeboten teilzunehmen. Sie berichtet im Nachgang, dass sie nur durchhielt, weil die Anforderungen immer wieder ganz individuell auf ihre aktuellen Bedürfnisse

ausgerichtet worden seien. Erst nach vier Monaten Aufenthalt war sie bereit für ein erstes Praktikum. Sie wählte eine Tätigkeit, die zunächst gar nichts mit ihrem eigentlichen Beruf zu tun hatte und half in einem Second-Hand-Laden mit. Wichtig für ihre Entscheidung war, dort pünktlich anzukommen, die vereinbarten drei Stunden am Vormittag an drei Tagen in der Woche durchzuhalten und den Kontakt mit Kollegen zu erproben. Nie hätte sie erwartet, dass es eine so große Herausforderung sein könnte, Pausen mit Kollegen durchzustehen. Aber gleichzeitig wuchs auch ihre Zuversicht. Die zweite Erprobungsphase fand in einer Apotheke statt. Hier steigerte sie langsam ihre Arbeitszeiten und wurde immer belastbarer. Zwischenzeitlich hatte sie, unterstützt und begleitet von den Mitarbeitern

der RPK, Kontakt zu ihrem alten Arbeitgeber. Eine betriebliche Wiedereingliederung ließ sich jedoch nicht realisieren. Der Reha-Berater der DRV, der regelmäßig in die RPK kam, schlug in der Folge eine Umschulung vor. Sie verhandelte einen Auflösungsvertrag, beantragte Leistungen zu Teilhabe am Arbeitsleben und begann im Anschluss an die RPK-Leistung eine von der DRV finanzierte betriebliche Umschulung zur Pharmazeutisch-kaufmännischen Assistentin in der Apotheke, in der sie ihr letztes Praktikum absolviert hatte. Nach der Ausbildung wurde sie dort mit einer 80%-Stelle übernommen. Im letzten Jahr war sie mit ihrem Chor auf einer Konzerttour im Elsass.

Dr. med. Sabine Kress
sabine.kress@vitos-reha.de •

Literatur

1. RPK-Empfehlungsvereinbarung und Handlungsempfehlungen, Hrsg. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V., Frankfurt, 2011
2. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), 2002.
3. Praxisleitlinien Rehabilitation für Menschen mit psychischen Störungen, Hrsg. D. Jäckel et al., Psychiatrie Verlag, Bonn, 2010
4. S3 Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, Hrsg.: P. Falkai, DGPPN, Springer Verlag, 2012
5. Hoffman, H.; Jäckel, D.; Glauser, S. & Kupper, Z. (2012). A randomised controlled trial of the efficacy of supported employment, in: Acta Psychiatrica Scandinavica, S. 157-167
6. Weisbrod, M. et al., Realität der Beruflichen Rehabilitation, NeuroTransmitter 2015; 26 (9, 10)

Rehabilitation – vom Antrag bis zur Nachsorge

Neuer „Wegweiser“ der BAR stößt auf positive Resonanz



Die BAR Geschäftsstelle erreichten zuletzt viele positive Rückmeldungen zur Veröffentlichung des neuen Fachbuchs – ein umfassendes Werk für Rehabilitation, das sich an Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und Fach-

kräfte in anderen Gesundheitsberufen richtet. Die Untergliederung in Indikation, Reha-Prozess, Lebenslagen und Gesundheitsberufe ermöglicht einen praxisbezogenen Zugang zu den einzelnen Themenbereichen.

„[...] Herzlichen Glückwunsch der ganzen Autorentuppe für das neue Fachbuch der BAR. Möge es nicht nur weite Verbreitung, sondern auch vielfältige inhaltliche Anwendung und Umsetzung zum Wohle vieler Patienten finden. [...]“

Dr. med. Paul Reuther,
Ltd. Arzt des MZEB-RLP-Nord gGmbH

„[...] Schon beim ersten Blättern durch das Inhaltsverzeichnis wurde Neugierde und Lust auf ein vertieftes Lesen geweckt. Doch zuerst werde ich das Werk unserer Bibliothek zur Inventarisierung überlassen, damit es für viele Studierende und

andere Nutzerinnen unserer Bibliothek zugänglich ist. [...]“

Prof. Dr. Katja Nebe, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

„[...] Ich bin mir sicher, dass sich das Fachbuch als wichtiger Referenzpunkt in Reha-Fragen erweisen wird, insbesondere auch dann, wenn es gelingt, die online abrufbaren Inhalte – gerade auch mit Blick auf die laufenden Prozesse im Rahmen der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes – aktuell zu halten. [...]“

Dr. Rolf Schmachtenberg,
Staatssekretär BMAS •

Ankündigung – BAR Seminare 2019

Rehabilitation und Teilhabe – Grundlagen 1 (20.-21.02.2019 in Essen)
Einführung in die ICF (27.03.2019 in Frankfurt/Main)





Hilfsmittel als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Orientierungssätze*

- Ob ein Hilfsmittel eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder vielmehr eine solche der Krankenbehandlung ist, richtet sich nach der mit dem Hilfsmittel verfolgten Zielsetzung.
- Hilfsmittel können Bestandteil der Krankenbehandlung sein, ebenso aber auch der Pflege, der medizinischen Rehabilitation, der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Ein Hilfsmittel wird – auch losgelöst von einem kurativen Untersuchungs- oder Behandlungskonzept – als Mittel der medizinischen Rehabilitation eingesetzt, wenn es der Vorbeugung oder dem Ausgleich von Behinderung dient.

BSG, Urteil vom 15.03.2018, Az.: B 3 KR 18/17 R

* Leitsätze des Gerichts bzw. Orientierungssätze nach JURIS, redaktionell abgewandelt und gekürzt

Sachverhalt und Entscheidungsgründe

Die Klägerin beantragte 2014 unter Beifügung eines Kostenvorschlages eine ärztlich verordnete Unterschenkelprothese bei ihrer Krankenkasse. Diese lehnte gemäß eingeholtem MDK-Gutachten, wonach ausreichend Möglichkeiten für eine geeignete Alternativversorgung vorlägen, den Antrag ab. Das BSG hat der Revision der in den Vorinstanzen unterlegenen Krankenkasse (Beklagte) stattgegeben und die Rechtssache an das Berufungsgericht zurückverwiesen. Zur Begründung hat das BSG ausgeführt, dass die Versorgung der Klägerin mit einer Unterschenkelprothese sich nicht mit Erfolg auf die von den Vorinstanzen angeführte Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V stützen lässt. Denn Satz 9 dieser Vorschrift weise Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausschließlich dem Regelungssystem des SGB IX zu. Daher sei-

en diese Leistungen insgesamt nicht vom sachlichen Anwendungsbereich der Genehmigungsfiktion sowie der Regelungen aus § 13 Abs. 3a SGB V erfasst. Schon in § 33 Abs. 1 S. 1 SGB V sei eine unterschiedliche Zielrichtung von Hilfsmitteln angelegt - zur „Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung“ (§ 27 Abs. 1 S. 1 SGB V) oder zum „Vorbeugen einer Behinderung“ oder zum „Behinderungsausgleich“. Demnach seien nicht sämtliche Hilfsmittel der GKV gleichermaßen vom Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V erfasst bzw. ausgeklammert. Zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gehörten sowohl Hilfsmittel zur Vorbeugung von Behinderung iS von § 33 Abs. 1 S. 1 Var. 2 SGB V als auch Hilfsmittel zum (unmittelbaren wie mittelbaren) Behinderungsausgleich iS von § 33 Abs. 1 S. 1 Var. 3 SGB V. Die systemgerechte Zuordnung des jeweils zu beurteilenden Hilfsmittels richte sich nach dessen Funktionalität

und Zwecksetzung, die im Wesentlichen auf die Unterscheidung zwischen den Begriffen „Krankheit“ und „Behinderung“ (vgl. Art. 1 Abs. 2 UN-BRK) zurückzuführen seien. Die vorliegend im Streit stehende Unterschenkelprothese einschließlich Prothesenfuß sei auf den Zweck des Behinderungsausgleichs und nicht auf Krankenbehandlung gerichtet.

Das BSG hat erneut deutlich herausgearbeitet, dass bei Hilfsmittelversorgung die rechtliche Einordnung danach zu erfolgen hat, mit welcher Zielsetzung der Einsatz des jeweiligen Hilfsmittels im konkreten Fall erfolgt. Dabei wendet das BSG diese Kriterien nicht nur auf die Abgrenzung Krankenbehandlung/medizinische Rehabilitation an, sondern auch auf die Abgrenzung zwischen den Leistungsgruppen und Zuständigkeiten nach § 5 bzw. § 6 SGB IX. Zu den Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und nicht zur medizinischen Rehabilitation gehören danach solche Hilfsmittel, die den Ausgleich hin zu einer gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bezwecken. Auch wenn diese zwar regelmäßig - ebenso wie die Hilfsmittel zur medizinischen Rehabilitation - die Alltagsbewältigung betreffen, sind sie jedenfalls aber nicht mehr von der „medizinischen Teilhabe“ umfasst. ●

Impressum

Reha-Info zur Zeitschrift Die Rehabilitation, 57. Jahrgang, Heft 6, Dezember 2018
Die Reha-Info erscheint außerhalb des Verantwortungsbereichs der Herausgeber der Zeitschrift Die Rehabilitation.
Herausgeber: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V., Solmsstr. 18, 60486 Frankfurt am Main
Redaktion: Günter Thielgen (verantwortlich), Bernd Giraud, Franziska Fink, Matthias Sutorius;

Rechtsbeiträge: Dr. Thomas Stähler, Marcus Schian
Telefon: 069/605018-0
E-Mail: info@bar-frankfurt.de
Internet: <http://www.bar-frankfurt.de>
Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V. ist die gemeinsame Repräsentanz der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung,

der gesetzlichen Krankenversicherung, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, der Bundesländer, der Spitzenverbände der Sozialpartner, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Förderung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.