

**Arbeitshilfe  
für die Rehabilitation und Teilhabe  
von Menschen mit  
Erkrankungen der Bewegungsorgane  
(rheumatische Erkrankungen)**



Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation  
Heft 5

Herausgeber: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation  
Walter-Kolb-Straße 9–11, 60594 Frankfurt am Main  
 0 69 / 60 50 18 -0  
E-Mail: [info@bar-frankfurt.de](mailto:info@bar-frankfurt.de)  
Internet: [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de)  
– Ausgabe 2006 –  
ISSN 0933-8462

Technische Gesamtherstellung:  
Druckhaus Strobach GmbH  
Hanauer Landstraße 226, 60314 Frankfurt am Main  
Telefon (0 69) 90 43 97-0, Fax (0 69) 90 43 97 35  
E-Mail: [druckerei.strobach@t-online.de](mailto:druckerei.strobach@t-online.de)

**Arbeitshilfe**  
**für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen**  
**mit Erkrankungen der Bewegungsorgane**  
**(rheumatische Erkrankungen)**

## Inhaltsverzeichnis

	Vorwort.....	5
1.	Einleitung .....	6
1.1	Zielgruppen der Arbeitshilfe .....	6
1.2	Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe .....	7
1.2.1	Allgemeine Grundsätze.....	7
1.2.2	Sozialrechtliche Grundsätze .....	8
2.	Erkrankungen der Bewegungsorgane (rheumatische Erkrankungen).....	9
2.1	Krankheitsgruppen und einzelne Krankheitsbilder .....	12
2.1.1	Nicht entzündliche Wirbelsäulenerkrankungen .....	12
2.1.2	Degenerative Gelenkerkrankungen (Arthrosen).....	15
2.1.3	Entzündlich-rheumatische Erkrankungen.....	18
2.1.4	Osteoporose und sonstige Erkrankungen der Bewegungsorgane .....	22
2.1.5	„Weichteilrheumatische“ Erkrankungen .....	24
2.2	Erkrankungen der Bewegungsorgane und das bio-psycho-soziale Modell ..	25
2.2.1	Das bio-psycho-soziale Modell der ICF.....	25
2.2.2	Typische Merkmale von Erkrankungen der Bewegungsorgane anhand der ICF .....	27
2.3	Besondere Aspekte.....	31
2.3.1	Kinder mit Erkrankungen der Bewegungsorgane.....	31
2.3.2	Ältere Menschen mit Erkrankungen der Bewegungsorgane .....	32
3.	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Erkrankungen der Bewegungsorgane .....	33
3.1	Diagnostik im Vorfeld der medizinischen Rehabilitation.....	34
3.2	Rehabilitationsdiagnostik bei Beginn und im Verlauf der Rehabilitation.....	36
3.3	Rehabilitationsziele bei Menschen mit Erkrankungen der Bewegungs- organe.....	41
3.3.1	Wiedereingliederung ins Erwerbsleben als Ziel der Teilhabe an Lebensbereichen .....	42
3.3.2	Erhalt selbstständiger Lebensführung und Verhinderung von Pflegebedürftigkeit .....	44
3.4	Interventionen/therapeutische Elemente in der medizinischen Rehabilitation .....	44
3.5	Hilfsmittel .....	47
3.6	Stufenweise Wiedereingliederung.....	47
4.	Nachsorge und Angebote der Selbsthilfe.....	50
5.	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben .....	54
5.1	Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke.....	57

5.2	Integrationsämter .....	57
5.3	Integrationsfachdienste .....	58
5.4	Integrationsprojekte .....	59
5.5	Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM).....	60
6.	Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft .....	61
7.	Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets .....	62
8.	Verfahren zur Einleitung von Leistungen zur Teilhabe.....	63
9.	Sozialrechtliche Anspruchsgrundlagen .....	67
9.1	Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX (Teil 1) .....	69
9.2	Rehabilitationsträger und Leistungszuständigkeiten im Überblick.....	71
9.3	Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) .....	72
9.3.1	Rechtliche Grundlagen der Leistungserbringung .....	72
9.3.2	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation .....	73
9.4	Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) einschließlich der Alterssicherung der Landwirte (ALG) .....	74
9.4.1	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation .....	74
9.4.2	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben .....	75
9.4.3	Sonstige Leistungen.....	75
9.5	Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) .....	76
9.6	Bundesagentur für Arbeit (SGB III) .....	76
9.7	Sozialhilfe (SGB XII) .....	77
9.7.1	Rechtliche Grundlagen der Leistungserbringung .....	78
9.7.2	Hilfen nach den Kapiteln 5 – 9 des SGB XII.....	79
9.8	Öffentliche Jugendhilfe (SGB VIII) .....	80
9.9	Soziale Pflegeversicherung (SGB XI) .....	81
9.9.1	Leistungsvoraussetzungen .....	81
9.9.2	Leistungen der Pflegeversicherung.....	82
9.10	Schwerbehindertenrecht (SGB IX Teil 2) .....	82
10.	Anhang.....	86
10.1	Glossar.....	86
10.2	Literaturliste .....	91
10.3	Verzeichnis der Mitwirkenden an der Erarbeitung der Arbeitshilfe.....	93

## Vorwort

In dieser Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Erkrankungen der Bewegungsorgane (rheumatische Erkrankungen) sind wichtige Krankheitsbilder sowie Grundlagen, Ziele und Inhalte der in Betracht kommenden Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe dargestellt.

Mit dem Sammelbegriff „Rheuma“ bzw. rheumatische Erkrankungen wird eine Vielzahl von Krankheiten unterschiedlichster Genese zusammengefasst. Gemeinsames Charakteristikum rheumatischer Erkrankungen ist der Schmerz, meist begleitet von weiteren Funktionseinschränkungen. Da in der wissenschaftlichen Literatur Nomenklatur und Klassifikationen rheumatischer Erkrankungen nicht einheitlich geregelt sind, werden in der Arbeitshilfe die Begriffe „Erkrankungen der Bewegungsorgane“ und „rheumatische Erkrankungen“ im Wesentlichen synonym gebraucht. Hiermit soll verdeutlicht werden, dass über die rheumatischen Krankheiten im engeren Sinne (z.B. entzündlich-rheumatische Krankheiten) hinaus das breite Spektrum der unterschiedlichen Krankheiten der Bewegungsorgane einbezogen ist.

Die Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Rheumakranken der BAR aus dem Jahre 1993 wurde völlig neu bearbeitet, wobei die aktuellen Entwicklungen sowohl im medizinischen Bereich als auch im Leistungsrecht Berücksichtigung fanden. Die wesentlichen gesetzlichen Neuregelungen beziehen sich auf das SGB IX, das die Selbstbestimmung und Teilhabe des behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen in den Vordergrund stellt. In diesem Sinne wird in der Arbeitshilfe die Perspektive des betroffenen Menschen betont, unterstützt durch die Einbindung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF).

Die Arbeitshilfe will allen an der Rehabilitation Beteiligten einen Überblick über wichtige rheumatische Krankheitsbilder, rehabilitative Interventionen auf interdisziplinärer Ebene sowie über Leistungsträger, -angebote und -zugang vermitteln. Damit soll die Arbeitshilfe eine große Zielgruppe erreichen, insbesondere die Fachkräfte und einzelnen Berufsgruppen in der Rehabilitation sowie die am Rehabilitationszugang Beteiligten, wie Mitarbeiter bei den Leistungsträgern und Ärzte. Nicht zuletzt können die betroffenen Menschen selbst durch fundierte und verständliche Informationen über ihre Erkrankung bei einem möglichst selbstständigen Umgang mit der Erkrankung unterstützt werden.

Die Geschäftsführung der BAR dankt allen an der Ausarbeitung der Arbeitshilfe Beteiligten.

Geschäftsführer

B. Steinke

U. Vömel

## 1. Einleitung

### 1.1 Zielgruppen der Arbeitshilfe

Die Arbeitshilfe „Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Erkrankungen der Bewegungsorgane (rheumatische Erkrankungen)“ soll als Orientierungs- und Entscheidungshilfe dienen, um bei den erforderlichen Leistungen zur Teilhabe zielgerichtet, planvoll und abgestimmt handeln zu können. Sie wendet sich daher an alle an der Rehabilitation von Menschen mit rheumatischen Erkrankungen beteiligten Personen.

Dazu zählen insbesondere:

- niedergelassene und in Krankenhäusern tätige Ärzte / Ärztinnen\*
- Mitarbeiter der Sozialdienste in Krankenhäusern
- Mitarbeiter in den Gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger
- Physio- und Ergotherapeuten
- Mitarbeiter in Einrichtungen und Diensten der Rehabilitation und nachgehenden Betreuung (Ärzte, Pflegefachkräfte, Psychologen, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen u.a.)
- Mitarbeiter der Rehabilitationsträger (hier insbesondere Sachbearbeiter der Krankenversicherung, Rentenversicherung und Bundesagentur für Arbeit) sowie deren medizinische Dienste (z.B. Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Sozialmedizinischer Dienst der Rentenversicherung sowie Ärztlicher und Psychologischer Dienst der Bundesagentur für Arbeit)
- in der Selbsthilfe tätige Menschen

Ziel dieser Arbeitshilfe ist es aber auch, den betroffenen Menschen und ihren Angehörigen Informationen über Möglichkeiten, Zielsetzung und Verlauf der medizinischen Rehabilitation und weiterer Leistungen zur Teilhabe zu vermitteln. Darüber hinaus stellt die Arbeitshilfe ein Hilfsmittel zur Fortbildung für alle bei den Sozialleistungsträgern tätigen Rehabilitationsfachkräfte und für die Ausbildung ehrenamtlicher Helfer und hauptamtlicher Betreuer, Pfleger und anderer Fachkräfte dar, die an der Behandlung/Rehabilitation von Menschen mit rheumatischen Erkrankungen beteiligt sind.

---

\*Im Folgenden wird auf die weibliche Form der Berufsbezeichnung verzichtet.

## 1.2 Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe

Alle Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe<sup>1</sup> dienen letztlich der gesellschaftlichen Eingliederung. Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bedeutet, dass der erkrankte/behinderte Mensch unter Wahrung der Chancengleichheit - entsprechend seinen Neigungen und Fähigkeiten - in alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens einbezogen ist und sich daran beteiligen kann, wie etwa der Pflege familiärer und anderer sozialer Kontakte sowie der Beteiligung am kulturellen, sportlichen und politischen Geschehen.

### 1.2.1 Allgemeine Grundsätze

Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe besitzen vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung mit einer steigenden Anzahl älterer Menschen und des Wandels im Krankheitsspektrum mit der Zunahme chronischer Erkrankungen einen hohen Stellenwert in unserer Gesellschaft. Sie zielen dabei in erster Linie auf eine Verbesserung bzw. Erhaltung oder Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit im Alltag und Erwerbsleben. Dabei geht es bei Menschen im erwerbsfähigen Alter um die Erhaltung der Leistungsfähigkeit und damit Verhinderung von vorzeitiger Berentung, bei den älteren Patienten um die Erhaltung der Mobilität und der Aktivitäten des täglichen Lebens für eine selbstbestimmte Lebensführung und Vermeidung der Pflegebedürftigkeit. Da auch Kinder an chronischen Erkrankungen leiden können, ist es notwendig, sich frühzeitig Gedanken über eine geeignete Berufsausbildung zu machen und gemeinsam mit Eltern und Lehrern nach Lösungsmöglichkeiten zu suchen. Ziel ist auch hier, ihnen zu der Teilhabe an allen für sie wichtigen Lebensbereichen möglichst auf Dauer zu verhelfen. Die Einzelheiten zur Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder werden in der Frühförderungsverordnung geregelt ([www.bmas.bund.de](http://www.bmas.bund.de)).

Dieser umfassende Teilhabegedanke wird im gegliederten System der sozialen Sicherung umgesetzt. Dabei sind besondere Anstrengungen und eine enge Kooperation aller Beteiligten erforderlich, um die Folge oder Kombination der im Einzelfall erforderlichen Hilfen bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sicherzustellen.

---

<sup>1</sup> Um den Integrationsgedanken hervorzuheben, wurden mit dem SGB IX neue Begrifflichkeiten eingeführt. Teilhabe ist der übergeordnete Begriff, der sich in Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sowie in unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen untergliedert.

Für die Auswahl notwendiger Behandlungs- und Interventionsprogramme bei der vorliegenden (Grund-)Erkrankung sind Art und Ausmaß der Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen sowie die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe als Folgen eines Krankheitsprozesses maßgeblich. Dabei sind die individuell relevanten Kontextfaktoren zu berücksichtigen. Diesem Gedanken trägt die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelte Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF, vgl. 2.2.1) Rechnung, die hinsichtlich Modell und Begrifflichkeiten den Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX zugrunde liegt.

### 1.2.2 Sozialrechtliche Grundsätze

Leistungen zur Teilhabe (§ 4 SGB IX) „umfassen 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.“

Vor diesem Hintergrund ist Rehabilitation als Prozess zu verstehen, in dem unterschiedlichste Hilfen (ggf. auch unter Einbeziehung der Angehörigen)

- zeitlich parallel oder in zeitlicher Folge jeweils so kombiniert werden, wie es dem individuellen Hilfebedarf neben der ggf. weiter erforderlichen kurativen Behandlung entspricht, mit dem Ziel
- die krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe zu überwinden - oder, wenn dies nicht möglich ist,

- den betroffenen Menschen in den Stand zu versetzen, seine vorhandenen wie auch die beeinträchtigten Fähigkeiten so zu nutzen, dass der größtmögliche Grad an eigenständiger Lebensführung und Integration in die Gesellschaft erreicht werden kann.

Dabei können Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe nur dann erbracht werden, wenn die sozialmedizinischen Voraussetzungen im Hinblick auf die Indikationsstellung (individuelle Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose) erfüllt sind (vgl. Kap. 3.1).

Allgemeines Ziel und Aufgabe der **medizinischen Rehabilitation** ist es dabei, den gesundheitlichen Schaden sowie die eingetretenen Funktionsausfälle und Beeinträchtigungen hinsichtlich der Verrichtungen des täglichen Lebens einschließlich derjenigen im Berufs- und gesellschaftlichen Leben zu beseitigen oder zumindest einzuschränken, den Patienten bei deren Bewältigung zu unterstützen und drohende Funktionsausfälle oder Beeinträchtigungen zu verhindern.

Die allgemeinen Ziele und Aufgaben bei den **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben** umfassen wie bei den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation je nach den Erfordernissen des Einzelfalles die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit im Bereich des allgemeinen Arbeitsmarktes oder, wenn dieses Ziel nicht bzw. noch nicht erreicht werden kann, die berufliche Eingliederung im Bereich eines besonderen Arbeitsmarktes.

Die **Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft** zielen darauf, behinderten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen oder zu sichern oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.

Bei der Erbringung und Durchführung von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ist jeweils von den Grundsätzen der Frühzeitigkeit, Ganzheitlichkeit, Nahtlosigkeit und Bedarfsgerechtigkeit sowie dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ auszugehen.

## 2. Erkrankungen der Bewegungsorgane (rheumatische Erkrankungen)

Gemeinsames Charakteristikum rheumatischer Krankheiten ist der Schmerz, meist begleitet von einer Funktionseinschränkung. Schmerzen und Funktionseinschränkungen können jedoch von Krankheiten völlig unterschiedlicher Genese hervorgeru-

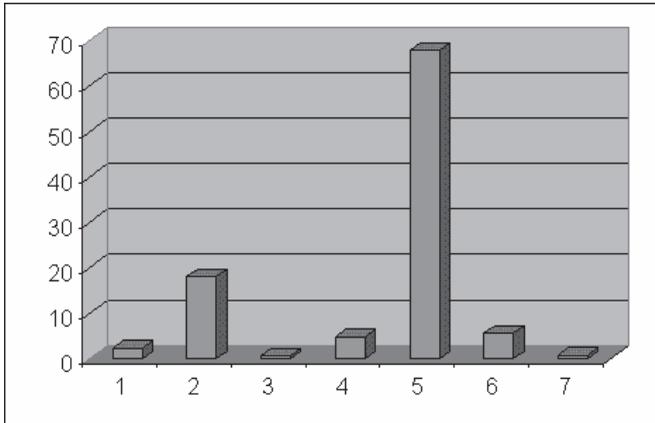
fen werden. Der größte Teil davon sind degenerative Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen, die durch Abnutzungserscheinungen, z.B. in Form von Arthrosen auftreten. Eine zweite Gruppe bilden entzündliche Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen. Bei der Mehrzahl dieser Krankheiten spielen genetische Faktoren und Autoimmunmechanismen eine bedeutende Rolle. Wichtige Vertreter dieser Krankheitsgruppe sind die chronische Polyarthrit oder die Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew). Schmerzen im Bewegungsapparat können schließlich als Ausdruck einer anderen Krankheit hervorgerufen werden, z.B. der Knorpel-/Knochenerkrankungen Osteoporose und Osteomalazie oder der Stoffwechselerkrankung Gicht. Die sog. „weichteilrheumatischen“ Krankheiten lassen sich aufgrund ihrer großen Heterogenität nicht einer Gruppe zuordnen und nehmen insofern eine Sonderstellung ein.

Zahlenmäßig überwiegen bei den Erkrankungen der Bewegungsorgane die degenerativen Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen sowie die sog. „weichteilrheumatischen“ Krankheitsbilder. Die entzündlich-rheumatischen Erkrankungen stehen zwar mengenmäßig im Hintergrund, stellen aber aufgrund der progredienten und destrukturierenden Verläufe eine besondere Herausforderung in Diagnostik und Therapie dar.

**Beispiele von Krankheiten der Bewegungsorgane anhand der ICD-10  
(zweistellige Diagnoseschlüssel)**

<b>M 00 – M 25</b>	<b>Arthropathien</b>
M 00 – M 03	Infektiöse Arthropathien
M 05 – M 14	Entzündliche Polyarthropathien
M 15 – M 19	Arthrose
<b>M 30 – M 36</b>	<b>Systemkrankheiten des Bindegewebes</b>
<b>M 40 – M 54</b>	<b>Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens</b>
M 40 – M 43	Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
M 45 – M 49	Spondylopathien
M 50 – M 54	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
<b>M 60 – M 79</b>	<b>Krankheiten der Weichteilgewebe</b>
M 60 – M 63	Krankheiten der Muskeln
M 65 – M 68	Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
M 70 – M 79	Sonstige Krankheiten der Weichteilgewebe
<b>M 80 – M 94</b>	<b>Osteopathien und Chondropathien</b>
M 80 – M 85	Veränderungen der Knochendichte und -struktur

Die Verteilung der Rehabilitationsindikationen auf die Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes (ICD M00-M99) bei stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung zeigt die folgende Abbildung:



Säule 1: Infektiöse Arthropathien und entzündliche Polyarthropathien (2,4 %)

Säule 2: Arthrose und sonstige Gelenkrankheiten (18 %)

Säule 3: Systemkrankheiten des Bindegewebes (0,6 %)

Säule 4: Deformitäten der Wirbelsäule (4,8 %)

Säule 5: Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens  
einschl. Spondylarthritiden (67,7 %)

Säule 6: Krankheiten des Weichteilgewebes (5,6 %)

Säule 7: Osteoporose und sonstige Osteopathien (0,9 %)

**Abb. 1:** Verteilung der Reha-Indikationen nach 1. Diagnose (Diagnosengruppen) bei Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes  
(Quelle: VDR Statistik Rehabilitation des Jahres 2003)

Bei den in Abbildung 1 dargestellten Häufigkeitsverteilungen sind die bereits genannten Schwierigkeiten zu berücksichtigen, die sich aufgrund der nicht einheitlichen Gruppenzuordnungen bzw. Spezifizierungen rheumatischer Krankheiten ergeben. So umfasst beispielsweise die große Gruppe der „Sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule“ sehr unterschiedliche Krankheiten, wie den chronischen Rückenschmerz aber auch die Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew). Zudem ist zu

beachten, dass sich die Angaben ausschließlich auf die erste Entlassungsdiagnose beziehen.

Rheumatische Krankheiten sind mit erheblichen, die Gesellschaft belastenden Kosten verbunden. Diese Krankheitsgruppen begründen den größten Teil aller durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Sie sind für ein Drittel aller Arztbesuche im niedergelassenen Bereich verantwortlich. Es entstehen weiterhin Kosten u. a. durch medikamentöse Therapien, physiotherapeutische und physikalische Behandlungen und Beratungen wegen Erwerbsminderung.

So hat z.B. die Rentenversicherung als Träger von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Jahr 2003 für Menschen mit Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes über 290.000 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durchgeführt. Weiterhin ist auch bei den insgesamt rund 80.000 von der Rentenversicherung durchgeführten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Jahre 2003 zu berücksichtigen, dass Krankheiten der Bewegungsorgane eine nicht unwesentliche Rolle spielen. Betroffen sind aber nicht nur Menschen im erwerbsfähigen oder fortgeschrittenen Alter (z.B. aufgrund degenerativer Erkrankungen des Knochen- und Skelettsystems); auch Kinder und Kleinstkinder können bereits an entzündlich-rheumatischen Erkrankungen leiden.

## **2.1 Krankheitsgruppen und einzelne Krankheitsbilder**

### **2.1.1 Nicht entzündliche Wirbelsäulenerkrankungen**

Zu den nicht entzündlichen Erkrankungen der Wirbelsäule gehören insbesondere die degenerativen WS-Erkrankungen, die WS-Deformitäten (Skoliosen) und die sog. funktionellen WS-Syndrome.

Degenerative Veränderungen der Wirbelsäule finden sich beispielsweise bei Bandscheibenerkrankungen wie Bandscheibenvorfall und Osteochondrosis intervertebralis. Seltener führen Wirbelgleiten (Spondylolisthese), degenerative Erkrankungen der kleinen Wirbelgelenke (Spondylarthrosen), der Wirbeldeckplatten oder Spanngewebebildung der Wirbelkörper (Spondylosen) zur Rehabilitation. Degenerative Veränderungen der Wirbelsäule äußern sich häufig als tief sitzende Rückenschmerzen (Lumbalsyndrom) und/oder Nackenschmerzen (Cervicalsyndrom).

Bei den Skoliosen sind neben Ursachen, Lokalisation, Ausprägung und Fixierungsgrad der Fehlstatik und Bewegungseinschränkung die degenerativen Sekundärschäden zu berücksichtigen. Eine spezielle Gruppe sind die Skoliosen des Kindes- und Jugendalters, die besonderer Diagnostik, Therapie und Rehabilitation bedürfen.

Als sog. funktionelle Wirbelsäulensyndrome werden diejenigen Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule bezeichnet, die ursächlich nicht auf strukturelle Schädigungen zurückzuführen sind. Degenerative Veränderungen der Wirbelsäule sind zum Teil schon nach dem 20. Lebensjahr im Röntgenbild sichtbar, machen jedoch in der Regel keine Beschwerden und haben somit keine Bedeutung als Krankheit. Funktionelle Wirbelsäulensyndrome äußern sich häufig als tiefsitzende Rückenschmerzen und/oder als Nackenschmerzen und kommen häufig im Zusammenhang mit Bewegungsmangel, Fehlhaltungen oder Überbeanspruchung der Muskulatur vor. Die Beschwerden bei funktionellen bzw. degenerativen Wirbelsäulensyndromen können sich ähnlich äußern.

Die Häufigkeit nicht entzündlicher Wirbelsäulenerkrankungen in der Bevölkerung macht diese Erkrankungsgruppe zur teuersten in Deutschland. Von den im Jahre 2003 im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung durchgeführten 752.426 medizinischen Reha-Leistungen erfolgten 210.907 (28,5%) wegen Wirbelsäulenerkrankungen. Von den im Jahre 2003 dokumentierten 174.279 Rentenzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit erfolgten 19.867 (11,4%) aufgrund von Wirbelsäulenerkrankungen (VDR-Statistik Rehabilitation bzw. Rentenzugang des Jahres 2003).

Im Mittelpunkt der Diagnostik steht die klinische Untersuchung der Wirbelsäulenbeweglichkeit. Besonders wichtig ist die Abklärung neurologischer Symptome: So kann z.B. ein Bandscheibenvorfall durch Druck auf die Nerven zu Schmerz, Taubheit, Schwäche oder Lähmung der entsprechenden Extremität führen. Auch die Frage der Blasen- und Darmlähmung ist sehr wichtig, um innerhalb weniger Stunden die rechtzeitige Indikation zur Notfalloperation der Bandscheibe stellen zu können. Nur dann kann eine bleibende Nervenlähmung vermieden werden.

Die bildgebende Diagnostik dient dem Nachweis oder Ausschluss klinisch bedeutsamer Bandscheibenvorfälle, von knöchernen Erkrankungen, z.B. Frakturen oder selten Tumoren bzw. Metastasen in der Wirbelsäule. In CT- und MRT-Untersuchung können die Bandscheiben, Nervenwurzeln, wie auch die umgebenden Weichteile, z.B. auch seltene Abszesse, dargestellt werden. Dies ist die Voraussetzung für operative Eingriffe. Bei Unklarheiten ist eine Knochenszintigraphie

zum Ausschluss von Entzündungen oder Tumoren erforderlich. Die elektrophysiologischen Untersuchungen haben nur begrenzte Bedeutung. Die Elektromyographie (EMG), die Elektroneurographie (ENG), somato-sensorisch evozierte Potentiale (SEP) und Reflexwellenuntersuchung dienen der weiteren Abgrenzung der Schädigung.

Oft ist es schwierig zu unterscheiden, ob als Ursache der Rückenschmerzen organische Veränderungen oder aber psychische Belastungen, auch in Verbindung mit Wirbelsäulenfehlhaltungen oder beruflicher Überlastung, im Vordergrund stehen. So kann beispielsweise auch der Wunsch nach Berentung zur Schmerzangabe oder verstärkten Schmerzwahrnehmung im Bereich der Wirbelsäule führen. Diese Unterscheidung ist wichtig für die Ausrichtung der akuten Therapie, aber auch entscheidend für den langfristigen Erfolg der Rehabilitation auf der körperlichen, psychischen, beruflichen und sozialen Ebene.

Die konservative Behandlung erfolgt, wenn keine dringende Operationsnotwendigkeit, z.B. wegen aufgetretener Lähmung, besteht. Im Vordergrund stehen dabei Entlastung der Wirbelsäule und Ruhigstellung für wenige Tage, Schmerzmittelgabe und Wärmebehandlung. Im weiteren Verlauf treten dann aktive Verfahren, also Physiotherapie, insbesondere zum Auftrainieren der oft zu schwachen Rückenmuskulatur, die Verbesserung der Bewegungskoordination und Rückenschule hinzu, um durch z.B. richtiges Heben und Tragen, aber auch Sitzen, die Fehlbelastungen abzuwenden. Rückenschmerzen haben insgesamt eine gute Prognose, wobei nach übereinstimmenden Angaben in der Literatur unter Behandlung nach 3 Monaten in über 90% der Fälle Schmerzfreiheit besteht.

Bei Fortbestehen der Beschwerden ist die Rehabilitationsindikation zu prüfen. Die Rehabilitation setzt voraus, dass eine klare Diagnose gestellt ist und damit die Voraussetzungen für eine komplexe medizinische und physikalische Behandlung gegeben sind. So muss vor einer intensiven Krankengymnastik z.B. die Frage einer knöchernen Schädigung oder einer Instabilität geklärt sein. Wichtig ist das Zusammenspiel von oft chronischen Schmerzen und Psyche. So kann einerseits eine psychische Konstellation im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung die alleinige Ursache für die Schmerzen sein. Über lange Zeit dauernde chronische Schmerzen können andererseits zu psychischen Veränderungen, z.B. einer reaktiven Depression, führen.

In der medizinischen Rehabilitation stehen die Funktions- und Koordinationsverbesserung im Mittelpunkt der längerfristigen Behandlung. Im Vordergrund steht hierbei

die intensive Krankengymnastik. Diese erfolgt einzeln und in Gruppen, auch im Wasser oder mit Hilfe moderner Trainingsgeräte. Ziel ist die Kräftigung der rückenstabilisierenden Muskulatur, damit diese die Wirbelsäule in einer möglichst physiologischen und damit belastbaren Form hält und Fehlhaltungen vermieden werden. Im Einzelfall können dynamische oder weiche Orthesen sinnvoll sein. Sie bedeuten keine Gefahr einer weiteren muskulären Schwächung. Ergänzend zu den physiotherapeutischen Verfahren kommen analgetische Behandlung, Lagerung und Extension, Elektrotherapie (auch transkutane Elektroneurostimulation zur Schmerzlinderung, sog. TENS – Behandlungen) und muskelentspannende Verfahren, Massagen, Wärmeanwendungen sowie Bäder zum Einsatz.

Wichtig sind eine Haltungsverbesserung und Vermeidung von Fehlbelastungen durch eine intensive Rückenschule, z.B. muss der Patient lernen richtig zu sitzen und sich richtig zu bücken. Im privaten Alltag wie im beruflichen Leben müssen Überlastungen vermieden werden. Hier sind ergonomische Arbeitsplatzgestaltung und besonders bei jüngeren Patienten ggf. auch weiterführende berufsfördernde bzw. berufsbildende Maßnahmen zu überlegen.

Die Schmerzbewältigung durch Entspannungsverfahren und kognitive Techniken hat im Rahmen der Rehabilitation einen festen Platz.

Das Rezidivrisiko wird bei Lumbalgien mit 40 – 50% angenommen. Im Grunde ist eine dauerhafte Etablierung rückengerechten Verhaltens mit angemessener sportlicher Betätigung, wie z.B. Schwimmen, notwendig, um häufige Rezidive zu vermeiden. Insbesondere die Rückkehr zu schlechter Haltung, dauernd falschem Sitzen bei der Arbeit wie auch zu Hause, Fehlbelastungen und auch Trainingsmangel mit erneuter Schwächung der Rückenmuskulatur führen zur Chronifizierung der Erkrankung. Daneben sind dauerhafte psychische Belastungen und mangelnde positive Motivation die wesentlichsten Faktoren, die eine erfolgreiche Rehabilitation verhindern.

### **2.1.2 Degenerative Gelenkerkrankungen (Arthrosen)**

Degenerative Erkrankungen der Gelenke sind Krankheitsbilder, die mit Abnutzungserscheinungen im Gelenk in Zusammenhang stehen. Diese äußern sich zunächst in Veränderungen der Knorpeloberfläche. Spätere Stadien weisen auch Veränderungen in den tieferen Knorpelschichten auf und können bei chronischem Verlauf zu Knochenanbauten an den Gelenkkanten (sog. Osteophyten) führen.

Klinisch sind degenerative Erkrankungen der Gelenke durch Schmerzen und Bewegungseinschränkung gekennzeichnet. Sekundäre Merkmale sind häufig Funktionsstörungen der gelenkführenden Muskulatur (z.B. Koordinationsstörungen) sowie muskuläre Atrophie (Muskelabbau). Länger andauernde und nicht behandelte degenerative Gelenkerkrankungen können Ursache oder Ausgangspunkt für generalisierte Schmerzsyndrome sein. Gleiches gilt für degenerative Wirbelsäulenerkrankungen.

Bei den **Arthrosen** sind Hüft- und Kniegelenke mit am häufigsten betroffen. Im Bereich der unteren Extremitäten kommen aber auch relevante Arthrosen der Sprunggelenke sowie des Großzehengrundgelenkes vor; letztere oft zusammen mit Fehlstellungen der Großzehen (Hallux valgus). Im Bereich der oberen Extremitäten führen Arthrosen der Hand- und Fingergelenke (Bouchard- und Heberden-Arthrosen) sowie des Daumensattelgelenkes (Rhizarthrose) häufig zu Beschwerden. Bei den ebenfalls nicht seltenen arthrotischen Veränderungen im Bereich der Schulter- und Ellenbogengelenke wird die Beschwerdesymptomatik oft durch Muskel-Sehnen-Schmerzen (Tendomyopathien) verstärkt.

Die Auswirkungen auf Körperfunktionen und Aktivitäten sind bei degenerativen Gelenkerkrankungen stark von der Lokalisation und der Ausprägung abhängig. Arthrosen der großen Gelenke der unteren Extremitäten („tragende Gelenke“) bedingen neben Schmerzen meist Einschränkungen der Beweglichkeit. Dies schränkt die Mobilität und Belastbarkeit vor allem beim Gehen, Stehen und Bücken ein. Selbst das Sitzen kann bei schweren Coxarthrosen beeinträchtigt sein. Im Bereich der oberen Extremitäten schränken die Arthrosen der Hand- und Fingergelenke vor allem die Feinmotorik und Greiffunktionen ein. Arthrosen der Schulter- und Ellenbogengelenke führen zu einer Reihe relevanter Einschränkungen bei Alltagsfunktionen, von der Überkopfarbeit bis hin zum Anziehen, Waschen und Toilettengang.

Als wichtigste therapeutische Verfahren kommen bei degenerativen Wirbelsäulen- und Gelenkerkrankungen unterschiedliche krankengymnastische Übungen, je nach betroffener Körperregion, in Betracht. Die Behandlungsmaßnahmen bei Arthrosen zielen zunächst auf die Schmerzreduktion. Dies kann durch Gabe von Medikamenten (z.B. Analgetika, Antiphlogistika) geschehen. Darüber hinaus kommen physikalisch-medizinische Therapieprinzipien in Betracht, wie Wärme- und Kälteanwendungen im Rahmen der Thermotherapie sowie elektrotherapeutische Verfahren (z.B. transkutane Elektro-Nervenstimulation (TENS) und diadynamische Ströme). Weiterhin muss die Gelenkbeweglichkeit so gut wie möglich wieder hergestellt werden.

Wichtig ist die Kräftigung der gelenkführenden Muskulatur, die häufig atrophisch und für die Gelenkführung von großer Bedeutung ist. Eine Muskelkräftigung kann zur Kompensation degenerativ bedingter Instabilitäten beitragen.

Bei Arthrosen der großen Gelenke der unteren Extremitäten sind als wichtige Therapieziele beispielsweise die Verbesserung des Gangbildes und eine verbesserte Ausdauer beim Stehen und Gehen zu nennen. Therapieziele für den Bereich der oberen Extremität sind z.B. die Verbesserung der Geschicklichkeit und der Kraft. Entsprechende Übungen hierzu werden insbesondere auch im Rahmen der Ergotherapie durchgeführt. Neben Physio- und Ergotherapie können medizinische Trainingstherapie und eine geeignete funktionell ausgerichtete Hilfsmittelversorgung zu einer gezielten Funktionsverbesserung beitragen.

Für degenerative Gelenkerkrankungen sind aktive Therapiemaßnahmen im Bewegungsbad besonders geeignet, da durch den Auftrieb eine Gelenkentlastung eintritt, die eine deutlich schmerzreduzierte Übungsbehandlung ermöglicht. Ein ähnliches Prinzip stellt die Behandlung im Schlingentisch dar.

Von großer Bedeutung ist die Patientenschulung, die einerseits zum Ziel hat, gelenk- oder wirbelsäulenschonende Verhaltensweisen einzuüben (z.B. achsgerechtes Heben und Tragen von Lasten) und darüber hinaus hilft, mit den betroffenen Menschen eine positive Krankheitsverarbeitung und Schmerzbewältigung zu erarbeiten. Ziel ist die Leistungsfähigkeit wieder zu gewinnen bzw. zu lernen, die verbliebene Leistungsfähigkeit positiv zu nutzen.

Zu den zahlreichen operativen Behandlungsmöglichkeiten bei Arthrosen gehören u.a. arthroskopische Eingriffe, bei der eine sog. Gelenktoilette (z.B. mit Entfernung von Knorpelfragmenten) durchgeführt werden kann, Osteotomien zur Korrektur von Fehlstellungen und der endoprothetische Gelenkersatz. Die Indikation ist jeweils anhand der Einzelfallkonstellation (z.B. therapeutisch nicht ausreichend beherrschbare Schmerzzustände, deutlich eingeschränkte Gehfähigkeit) zu stellen und muss sorgfältig abgewogen werden, auch wenn beispielsweise die Implantation eines künstlichen Hüftgelenkes heute mit jährlich mehr als 170.000 Operationen allein in Deutschland als Standardtherapie zu bezeichnen ist. Nach operativen Eingriffen ist insbesondere eine konsequente physiotherapeutische Weiterbehandlung erforderlich, in der Regel in der Anschlussrehabilitation im Rahmen eines komplexen Rehabilitationsprogramms (vgl. Kap. 2.1.3).

### 2.1.3 Entzündlich-rheumatische Erkrankungen

#### Beispiele von entzündlich-rheumatischen Krankheiten anhand der ICD-10 (zweistellige Diagnoseschlüssel)

M 05	Seropositive chronische Polyarthritis
M 06	Sonstige chronische Polyarthritis
M 07	Arthritis psoriatica und Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten
M 32	Systemischer Lupus erythematodes
M 33	Dermatomyositis - Polymyositis
M 34	Systemische Sklerose
M 45	Spondylitis ankylosans

Die häufigste Form dieser Krankheitsgruppe ist die **chronische Polyarthritis**, international auch als Rheumatoide Arthritis (RA) bezeichnet. Bei ihr handelt es sich um eine Systemerkrankung, die hauptsächlich die Gelenke betrifft und an der ca. 1% der Bevölkerung leidet. Die Hauptmanifestation liegt zwischen dem 3. bis 5. Lebensjahrzehnt. Neuerkrankungen können jedoch auch im Kindesalter und im späten Erwachsenenalter auftreten. Frauen erkranken dreimal häufiger als Männer.

Die betroffenen Menschen leiden unter Schmerzen und/oder Schwellungen in den einzelnen Gelenken, hier sind meist zunächst die kleinen Gelenke der Hände (Fingergrund- und -mittelgelenke) betroffen. Hinzu kommen Steifigkeit und Kraftlosigkeit. Gelegentlich treten auch Entzündungen im Bereich der Sehnen und Schleimbeutel auf. Bei fortgeschrittenen Krankheitsstadien können sich Zerstörungen im Bereich des Knorpels, des Knochens und der Weichteilstrukturen zeigen, die evtl. Formveränderungen der Gelenke mit Fehlstellungen, Lockerungen, Deformierungen, Versteifungen (Ankylosen) und Subluxationen zur Folge haben. Bei einem Teil der betroffenen Menschen treten Rheumaknoten auf. Im Laufe einer Erkrankung, manchmal bereits zu Beginn der Erkrankung, kommt es neben Veränderungen der Hände häufig auch zu Veränderungen der Füße, so dass eine entsprechende Schuhversorgung erforderlich wird. Zum Teil sind außer den kleinen Gelenken auch große Gelenke mitbefallen, wobei insbesondere im Kniegelenksbereich so genannte Gelenkzysten (Bakerzyste) entstehen können. Nicht zu unterschätzen sind entzündliche Veränderungen im Bereich der HWS, die sich mit zunehmender Krankheitsdauer bei mindestens 30 % der betroffenen Menschen zeigen und durch Lockerungen und Instabilitäten im oberen Halswirbelsäulenbereich den Verlauf der Erkrankung komplizieren.

### Typische Merkmale der chronischen Polyarthritis

- Morgensteifigkeit der Gelenke
- Symmetrischer oligo- oder polyartikulärer Befall (entzündlich bedingte Schwellungen von drei oder mehr Gelenken, z.B. Mittel- und Grundgelenke der Finger und Zehen)
- Ruhe- und Belastungsschmerzen der betroffenen Gelenke mit Funktionseinschränkung
- Rheumaknoten (in 15-20% der Fälle) an den Streckseiten, extraartikuläre Manifestationen (z.B. Bursitis)
- Entzündungszeichen im Labor, Rheumafaktor (positiv in 70-80% der Fälle)
- Röntgenologische Zeichen (Erosionen, gelenknahe Osteopenie, Gelenkdeformierung und -destruktionen)

Außer den oben beschriebenen Befallsmustern können auch andere Organe betroffen sein (Herz, Gefäße, Augen, Niere, Haut). Im Rahmen der Grunderkrankung selbst und/oder aufgrund der medikamentösen Therapie mit Glucocorticoiden tritt sehr häufig eine Osteoporose auf. Durch chronische Schmerzzustände und Beeinträchtigungen von Funktionen und Aktivitäten zeigen sich vermehrt auch depressive Verstimmungen.

Aufgrund der sehr unterschiedlich verlaufenden und differenziert zu behandelnden entzündlich-rheumatischen Krankheitsbilder besitzt die ständige Anpassung der Therapie eine besondere Bedeutung für eine langfristig erfolgreiche Gesamtbehandlung. Dies erfordert insbesondere eine gute Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient. Die engmaschigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen bedeuten meist eine zusätzliche Belastung in der Krankheitsverarbeitung für die betroffenen Menschen sowie hohe Anforderungen und flexible Anpassungen einschließlich des direkten sozialen Umfeldes.

Trotz moderner Medikamente gibt es noch keine ursachenbezogene Behandlung. Auf die erkrankten Personen kommt eine oft lebenslang begleitende medikamentöse Therapie mit nichtsteroidalen Antirheumatika, lang wirksamen Antirheumatika (früher: „Basistherapeutika“), Biologika (TNF-alpha-Blocker) sowie ggf. Corticoiden zu. Zusätzlich werden Behandlungen von Magen-Darbeschwerden, Osteoporose und anderen im Rahmen der Grunderkrankung oder deren Therapie auftretenden Begleitproblemen notwendig. Gelenkpunktionen und intraartikuläre Injektionen können zu temporärer Entlastung beitragen und die Verbesserung der Funktionen unterstützen. Alle diese Maßnahmen haben neben den unter Kapitel 3.4 aufgeführten

Interventionen ihren festen Stellenwert im Konzept der medizinischen Rehabilitation.

Die Auswirkungen auf die Teilhabe sind sehr variabel. Insbesondere die Reduktion der Handfunktion und Gehfunktion kann neben vielen weiteren möglichen Beeinträchtigungen frühzeitig zur Einschränkung des Leistungsvermögens führen. Aus diesem Grunde ist eine frühzeitige rheumatologische fachärztliche Betreuung zur Beeinflussung der Entzündungsaktivität dringend indiziert. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind frühzeitig einzuleiten mit dem Ziel des Funktionserhalts sowie zur beruflichen Weichenstellung und Schulung. Dies gilt vor allem auch für die Situation nach operativen Eingriffen an den Gelenken (z.B. endoprothetischer Gelenkersatz), bei denen ein nahtloser Übergang an den Versorgungssektoren von besonderer Bedeutung ist. Hier hat die Anschlussrehabilitation ihren festen Stellenwert, wobei der Schwerpunkt auf der Wiederherstellung der für Alltag bzw. Beruf notwendigen Gelenkbeweglichkeit und Belastbarkeit liegt. Dies wird durch dosiertes und intensives Training mit individueller Anleitung des betroffenen Menschen in der Durchführung der Übungen in Eigenregie für zuhause erreicht. Gleichzeitig wird in der Anschlussrehabilitation nach rheumachirurgischen Interventionen häufig auch eine Neueinstellung der antirheumatischen Medikation erforderlich, vor allem, wenn diese (z.B. Methotrexat, Biologika) perioperativ abgesetzt werden muss.

Eine weitere rehabilitationsrelevante Gruppe der entzündlich-rheumatischen Erkrankungen stellen die **Spondylarthritiden** dar. Hierbei handelt es sich um verwandte Krankheitsbilder, die typischerweise mit einer entzündlichen Veränderung im Bereich der Wirbelsäule (Entzündung der kleinen Wirbelgelenke und der Kreuzdarmbeingelenke) einhergehen.

Am bekanntesten ist die **Spondylitis ankylosans** (synonym: **Morbus Bechterew**), die durch entzündliche Prozesse zu einer Versteifung der Wirbelsäule führen kann. Der Erkrankungsgipfel liegt zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr. Das Geschlechterverhältnis beträgt ca. 3:1 (Männer:Frauen). Der Krankheitsverlauf stellt sich unterschiedlich dar. Ist die Erkrankung auf die Kreuzdarmbeingelenke begrenzt, bleibt die Funktion der Wirbelsäule erhalten. Werden die gesamte Wirbelsäule und zum Teil die Gelenke befallen, entstehen erhebliche Einschränkungen.

Die Erkrankung begleitet die davon betroffenen Menschen mit wechselnder Krankheitsaktivität ein Leben lang. Eine ursächliche Behandlung gibt es bisher nicht. Da die Erkrankung im jungen Erwachsenenalter beginnt, haben neben Leistungen zur

medizinischen Rehabilitation hier auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben einen hohen Stellenwert.

In der rehabilitativen Therapie haben Krankengymnastik und Sporttherapie sowie physikalisch therapeutische Maßnahmen die wichtige Aufgabe, Funktionen länger zu erhalten und Schmerzen zu reduzieren. Medikamentös kommen zur Behandlung nichtsteroidale Antirheumatika in Betracht, bei Gelenkentzündungen auch langwirksame Antirheumatika. Neue Erfolge sind durch Antizytokine (TNF-alpha-Blocker) zu verzeichnen.

#### **Typische Merkmale von Spondylarthritis**

- Wirbelsäulentzündungen
- Gelenkentzündungen (u.a. Kreuzdarmbeingelenkentzündungen)
- Entzündungen im Sehnen-, Band-, Gelenkkapselbereich
- Regenbogenhautentzündung
- Hautveränderungen, z.B. Schuppenflechte
- Darm- und Urogenitalentzündungen
- Fehlen von Rheumafaktoren
- Familiäre Häufung
- Genetische Disposition (HLA-B27)

**Weitere entzündlich-rheumatische Erkrankungen** kommen in einem deutlich geringeren Umfang vor und sind überwiegend Systemerkrankungen des Bindegewebes (Kollagenosen) mit vielfältiger Symptomatik. Typische Vertreter sind z.B. der systemische Lupus erythematoses, die systemische Sklerodermie und die Dermatomyositis. Auch hier zeigen sich sehr unterschiedlich ausgeprägte Verlaufsformen. Symptome können Abgeschlagenheit, Schwäche, Fieber, Gelenkschmerzen, Muskelschmerzen, Gelenkschwellungen und Lichtempfindlichkeit sein. Die Krankheitsprognose wird wesentlich durch die Beteiligung der inneren Organe wie Niere, Lunge, Herz und Blutgefäße bestimmt. Für die medikamentöse Behandlung stehen Immunsuppressiva zur Verfügung, die physikalische Therapie ist vorsichtig zu dosieren und kontinuierlich an das klinische Bild anzupassen.

### 2.1.4 Osteoporose und sonstige Erkrankungen der Bewegungsorgane

Eine in den letzten Jahrzehnten zunehmende Bedeutung kommt der Osteoporose (Knochenschwund) und ihren Folgen zu. Am meisten verbreitet ist die Osteoporose im höheren und hohen Lebensalter. Nach Angaben der WHO gehört sie mit ihren Folgen mittlerweile weltweit zu den 10 häufigsten Erkrankungen, wobei die Häufigkeit und Bedeutung in Folge der zunehmenden Lebenserwartung weiter steigt. Die Osteoporose zeichnet sich durch eine Reduzierung der Knochenmasse und Veränderungen der Knochenarchitektur aus. Dadurch ist die Belastungsstabilität der betroffenen Bereiche des Skelettsystems vermindert und das Frakturrisiko nimmt zu. Typisch sind Brüche von Wirbelkörpern, Oberschenkelhals, Ober- und Unterarm. Es gibt verschiedene Formen und Ursachen der Osteoporose. Eine spezielle Form der Osteoporose betrifft Frauen nach den Wechseljahren durch die Abnahme der Östrogenproduktion. Seltener sind die sog. sekundären Osteoporoseformen, z.B. durch Überfunktion der Nebennierenrinde oder Schilddrüse oder infolge bestimmter Medikamente, z.B. Kortison.

Meist entwickelt sich die Krankheit schleichend und unbemerkt. Es bildet sich typischerweise ein osteoporotischer Rundrücken bei Abnahme der Körpergröße. Akute Wirbelkörperfrakturen sind äußerst schmerzhaft und beeinträchtigen die Aktivitäten des täglichen Lebens erheblich. Die Wahrscheinlichkeit von Frakturen erhöht sich im höheren Lebensalter zusätzlich infolge des zunehmenden Sturzrisikos. Neben der Gefahr von Immobilisierung und Pflegebedürftigkeit sind hier vor allem auch die Folgen der sozialen Isolierung zu berücksichtigen.

Zur Osteoporosediagnostik gehören die anamnestischen Daten, klinischen Befunde und insbesondere radiologische Untersuchungen wie konventionelle Röntgenaufnahmen und ggf. Osteodensitometrie, z.B. DEXA-Messung (Dual Energy X-ray Absorptiometry). Wichtig ist auch der Ausschluss einer sekundären Osteoporose.

Die bestmöglichen Voraussetzungen gegen die Entwicklung einer Osteoporose sind eine ausgewogene Ernährung mit bedarfsgerechten Mengen an Eiweiß und Mineralien, insbesondere Calcium (Ca) und aktivem Vitamin D. Für die medikamentöse Behandlung stehen verschiedene Substanzen zur Verfügung, die je nach Art der Osteoporose einzusetzen sind.

Regelmäßige Bewegung und dosierte Belastung, insbesondere geeignete sportliche Übungen sind für die Aktivierung des gesamten Muskel-Skelettsystems erforderlich. Neben der konsequenten Durchführung der medikamentösen und physikalischen

Therapie ist die Schulung des an Osteoporose erkrankten Menschen zum geeigneten Verhalten im Alltag von zentraler Bedeutung und hilft, Komplikationen zu vermeiden. Bei noch im Erwerbsleben stehenden Menschen mit Osteoporose ist insbesondere auf die Vermeidung ungünstiger körperlicher Tätigkeiten im Arbeitsleben (z.B. schweres Heben, Tragen, ruckartige Bewegungen) zu achten. Grundsätzlich ist die Indikation für eine Orthesenversorgung, z.B. die Anpassung eines Stützmieters, sehr zurückhaltend zu stellen, da sie bei längerfristiger Anwendung zu einer (weiteren) Schwächung der Rückenmuskulatur und damit zur Zunahme der Instabilität führt. Was die Östrogensubstitution betrifft, ist eine Nutzen-Risiko-Abwägung im Hinblick auf die bekannten Risiken (Mamma-Karzinom, Thrombembolien) bei Langzeitsubstitution erforderlich. Bei alten Menschen muss der Gesamtbehandlungsplan die konsequente Einhaltung von Strategien zur Sturzvermeidung umfassen.

Neben der Osteoporose kann noch eine Vielzahl anderer Krankheiten zu sehr unterschiedlichen Veränderungen im Bereich der Bewegungsorgane führen. Insgesamt spielen diese zahlenmäßig jedoch eine untergeordnete Rolle. Hierzu gehören insbesondere Stoffwechselkrankheiten, beispielsweise die Gicht. Sie geht oft mit gesteigerter Ansammlung von Harnsäure im Blut und Ablagerung von Harnsäurekristallen in Gelenken und Geweben einher. Häufig wird sie erst manifest in Form eines akuten Gichtanfalls (Gichtarthritis), meist im Großzehengrundgelenk (Podagra). Durch konsequente diätetische und medikamentöse Therapie ist die Gicht in der Regel gut beherrschbar und spielt daher heute in der Rheumatologie eine geringere Rolle. Weitere Stoffwechselkrankheiten mit Auswirkungen auf den Bewegungsapparat sind beispielsweise die diabetische Arthropathie und Osteopenie. Manchmal kann auch eine Chondrocalzinose Ursache für phasenweise Schmerzattacken vor allem im Bereich der HWS und LWS sein durch Ablagerung von Kalziumpyrophosphat-Kristallen in Knorpelstrukturen. Beim Hyperparathyreoidismus (Nebenschilddrüsenüberfunktion) kann es zu ausgeprägten Grund- und Deckplatteeinbrüchen der Wirbelkörper bzw. Wirbelfrakturen kommen. Schließlich können für destruirende Veränderungen des Skelettsystems auch Knochentumore und Knochenmetastasen ursächlich sein. Das therapeutische Prozedere und die Prognose richten sich insbesondere nach Tumorart, -lokalisation, -ausdehnung, Metastasierung und Erkrankungsalter.

### 2.1.5 „Weichteilrheumatische“ Erkrankungen

Auswirkungen degenerativer, nicht primär entzündlich bedingter „weichteilrheumatischer“ Erkrankungen bestehen z.B. in muskulären Dysbalancen mit Muskelverspannungen und Muskelschwächen, Haltungsstörungen und multiplen Reizzuständen an Sehnen und Bändern (Tendomyosen). Im Gegensatz zur Fibromyalgie oder den chronischen generalisierten Schmerzsyndromen sind Tendomyosen lokalisiert, können aber „Funktionsketten“ mit einschließen (z.B. Schulter-/Armsyndrom). Häufig spielen Fehlhaltungen oder Überlastungen bei der Entstehung eine Rolle. Die Auswirkungen auf Körperfunktionen und Aktivitäten entsprechen je nach Lokalisation den zugehörigen Funktionen (Gehen, Stehen, Sitzen, Greifen, Überkopfarbeit etc.). Es ist zu beachten, dass auch diese primär lokalisierten Erkrankungen zu chronisch generalisierten Schmerzsyndromen führen können, insbesondere bei Fortbestehen von Fehl- bzw. Überlastung und inadäquater Behandlung.

Die therapeutischen Prinzipien entsprechen grundsätzlich denen bei degenerativen Erkrankungen. Eine besondere Bedeutung kommt hier der klinischen Funktionsanalyse zu. Muskelbalancierende Übungen im Rahmen der Physio- und Ergotherapie sowie die Schulung der Körperhaltung sind hier besonders wichtig. Unterstützend können auch Maßnahmen der Hydro- und Balneotherapie, Thermo- und Massage zur Anwendung kommen. Gleichzeitig können Analgetika und Antirheumatika zeitlich begrenzt indiziert sein. In jedem Falle müssen auslösende Situationen erkannt und durch Verhaltensänderungen oder Anpassungen der Umwelt zukünftig vermieden werden. Bei gleichzeitigen psychischen Überlagerungen oder psychischen Auslösesituationen kann auch eine entsprechende Psychotherapie angezeigt sein.

Die Schulungsmaßnahmen entsprechen grundsätzlich denen bei degenerativen Erkrankungen, wobei den betroffenen Menschen zusätzlich zu vermitteln ist, dass es sich nicht um chronisch progrediente Zustände handelt und die Prognose gut ist. Häufige und länger dauernde einseitige Belastungen bzw. Überlastungen sind jedoch zu vermeiden. Umweltbezogene Kontextfaktoren wie Arbeits- oder Alltagsbelastungen sind hierbei besonders zu berücksichtigen.

Zu den „weichteilrheumatischen“ Krankheitsbildern werden neben den lokalisierten auch generalisierte Formen gezählt. Zu letzteren gehört auch das **Fibromyalgiesyndrom** (vormals: generalisierte Tendomyopathie). Es ist ein Schmerzsyndrom am Bewegungsapparat, das durch generalisierte Schmerzen, lokalisierte Druckschmerzen an Sehnen und Muskeln (tender points), funktionelle Beschwerden und

häufig auch psychische Beeinträchtigungen charakterisiert ist. Ca. 2 – 3% der Bevölkerung sind betroffen, Frauen deutlich häufiger als Männer (10:1). Die Hauptmanifestation der Erkrankung liegt zwischen dem 30. und 60. Lebensjahr. Der Leidensdruck der betroffenen Menschen ist sehr hoch. Als Symptome werden neben Schmerzen u.a. eine leichte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, Magen-/Darmbeschwerden, Herzbeschwerden, Kopfschmerzen, Mundtrockenheit, Missempfindungen an Armen und Beinen, Depressionen und Angstzustände beschrieben.

Die Genese der Erkrankung ist unklar. Beschrieben wird eine zentrale Regulationsstörung in der Schmerzverarbeitung. Ob es sich bei dem Fibromyalgiesyndrom um eine echte somatische, eine psychosomatische Erkrankung oder um eine Funktionsstörung handelt, kann nicht eindeutig beantwortet werden. Auffällig ist jedoch, dass ein Teil der betroffenen Menschen traumatische Erlebnisse in der Kindheit hatte bzw. über viele Jahre Mehrfachbelastungen ertragen hat. Die erkrankten Menschen schätzen sich selbst bezüglich der Leistungs- und Funktionsfähigkeit eher schlecht ein. Objektivierbare Einschränkungen in den Gelenkfunktionen liegen jedoch meist nicht vor. In der Regel besteht eine deutliche Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung, dadurch kann die Beziehung zu anderen Menschen - einschließlich der Therapeuten - gestört sein. Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Rehabilitation ist daher eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung und eine fundierte Information und Beratung über die Erkrankung. Eine medikamentöse Behandlung ist möglich, die Ansprechrage aber individuell sehr unterschiedlich. Eingesetzt werden nichtsteroidale Antirheumatika, Analgetika, Muskelrelaxantien und niedrig dosierte Antidepressiva. In der physikalischen Therapie ist die Akzeptanz von passiven Behandlungen hoch. Einige der betroffenen Menschen profitieren von Kälte- (Ganzkörperkältetherapie), der überwiegende Teil von Wärmebehandlungen. Die aktivierende Therapie beginnt behutsam und wird langsam gesteigert. Ebenso zum Therapiekonzept gehören die konditionelle Steigerung und regelmäßige Dehnübungen. Entspannungsverfahren sowie weitere psychologische Therapien sind oft notwendig. Am besten sprechen die Patienten auf komplexe Therapien an, für die ein interdisziplinäres Rehabilitationsteam Voraussetzung ist.

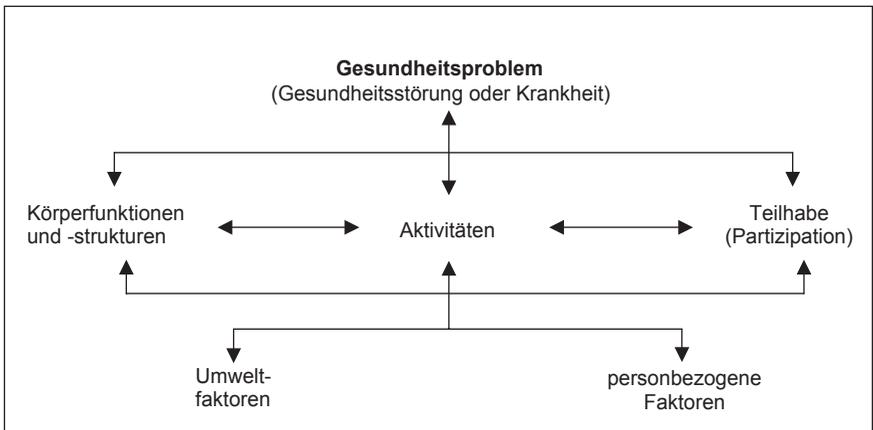
## **2.2 Erkrankungen der Bewegungsorgane und das bio-psycho-soziale Modell**

### **2.2.1 Das bio-psycho-soziale Modell der ICF**

Mit der Entwicklung der ICF (vgl. Kap. 1.2.1) und ihrer gemeinsamen Sprache für die Beschreibung der Funktionsfähigkeit und deren Beeinträchtigungen ist ein wichtiger Schritt zum besseren Verständnis des ganzheitlichen Ansatzes der Rehabilita-

tion vollzogen worden. Ein zentraler Begriff in diesem Zusammenhang ist der Begriff der **funktionalen Gesundheit**. Eine Person gilt als funktional gesund, wenn – vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Konzept der **Kontextfaktoren**: Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren) –

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereiches) und 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 erwartet wird (**Konzept der Aktivitäten**),
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**).



**Abb. 2:** Das bio-psycho-soziale Modell der Komponenten der Gesundheit

Vor dem Hintergrund dieses ganzheitlichen Rehabilitationsansatzes sind folgende Ziele von besonderer Bedeutung (vgl. auch Kap. 3.3):

- Verbesserung des Gesundheitszustandes mit seinen Auswirkungen auf der Ebene der Schädigungen, Aktivitäten und Teilhabe
- Entwicklung von Krankheitseinsicht und Krankheitsbewältigungsstrategien

- Abklärung von Eignung und Neigung, insbesondere im Hinblick auf ggf. erforderliche weiterführende Leistungen, z.B. im beruflichen Bereich
- Abbau von Barrieren und Aufbau von Förderfaktoren (einschließlich Nutzung und Erhalt von Ressourcen).

Auf der Grundlage dieses bio-psycho-sozialen Rehabilitationsverständnisses können die für den Rehabilitationszugang erforderlichen sozialmedizinischen Voraussetzungen (vgl. Kap. 3.1) trägerübergreifend definiert werden (vgl. auch BAR-Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation). Weiterhin ist die Konzeption der ICF auch geeignet als Grundlage für die Zuordnung der Rehabilitationsdiagnostik (vgl. Kap. 3.2) und der Rehabilitationsziele (vgl. Kap. 3.3) zu den einzelnen Ebenen des bio-psycho-sozialen Modells.

## 2.2.2 Typische Merkmale von Erkrankungen der Bewegungsorgane anhand der ICF

Für den Rehabilitationsprozess und Rehabilitationserfolg bei rheumatischen Erkrankungen sind – wie bei anderen Krankheitsbildern auch – neben der individuellen Krankheitsausprägung (Schädigung der Körperstrukturen und Körperfunktionen) insbesondere die Auswirkungen auf Aktivitäten und die Teilhabe unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren von zentraler Bedeutung.

Nach klinisch-rehabilitativen Gesichtspunkten ergeben sich als wichtigste Schädigungen der Körperfunktionen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe sowie der relevanten Kontextfaktoren bei Patienten mit Erkrankungen des Bewegungsapparates die im Folgenden dargestellten Komponenten. Welche dieser Symptome im Einzelfall relevant und wie stark sie ausgeprägt sind, ist von der Art der diagnostizierten Erkrankung, vom Krankheitsstadium und der Krankheitsschwere sowie von zahlreichen Individualfaktoren abhängig, so dass die folgende Auflistung eine Orientierung geben, aber die individuelle Analyse der Einschränkungen und noch vorhandenen bzw. mobilisierbaren Funktionen/Aktivitäten nicht ersetzen kann.

### Schädigungen der Körperfunktionen und Körperstrukturen

- Bei Patienten mit rheumatischen Erkrankungen unterschiedlicher Genese steht der **Schmerz** meist im Mittelpunkt der Symptomatologie. Die Schmerzreduktion ist daher ein zentrales Ziel der Rehabilitation und stellt gleichzeitig eine wichtige Voraussetzung zur Erreichung aller übrigen Rehabilitationsziele dar. Eine reha-

bilitativ ausgerichtete Schmerztherapie muss neben analgetischen Maßnahmen auch verhaltensmedizinische Interventionen mit beinhalten, die sich vor allem auf Copingstrategien und einen besseren Umgang mit den Schmerzen richten sollten.

- Als weitere für Patienten mit Erkrankungen des Bewegungsapparates relevante Funktionseinschränkungen sind z.B. **Verminderungen der Beweglichkeit (Hypomobilität)** der erkrankten Gelenke, die **Instabilität** oder die **Hypermobilität** zu nennen. Darüber hinaus sind häufig **Kraft** und **Ausdauer** der gelenkführenden Muskulatur herabgesetzt. Schließlich kommt es im Rahmen schmerzhafter Erkrankungen des Bewegungsapparates oft zu einem Ungleichgewicht der Muskulatur (**muskuläre Dysbalance**) und **Einschränkungen der Koordination** (inkl. Feinmotorik und Geschicklichkeit).
- Bei verschiedenen Erkrankungen des Bewegungssystems kann es auch zu sensiblen und/oder motorischen Störungen kommen. Z.B. können degenerative Veränderungen der Zwischenwirbelgelenke oder Bandscheibenvorfälle Einengungen der Foramina intervertebralia und damit Kompressionsschäden der Nervenwurzeln verursachen. Diese äußern sich in segmental zugeordneten Sensibilitätsstörungen oder motorischen Ausfällen. Auch bei peripheren Nervenkompressionssyndromen an anatomischen Engpässen (z.B. Karpaltunnelsyndrom, Tarsaltunnelsyndrom) kann es zu erheblichen Störungen der Motorik kommen, sei es im Bereich der Handfunktion oder auch in der Funktion der unteren Extremität mit Gehstörungen.
- Motorische Störungen können aber auch ohne Nervenläsionen vorkommen. Sie entstehen entweder durch schmerzbedingte Bewegungshemmungen oder aber durch Fehlregulationen im sensomotorischen System. Symptom dieser Fehlregulation ist z.B. das sog. „Giving way-Syndrom“ (Wegknicken des Beines beim Auftreten) oder feinmotorische Störungen, die z.B. zum Aus-der-Hand-Fallen von Gegenständen führen können.

### **Beeinträchtigungen von Aktivitäten**

- Im Bereich der **Aktivitäten** müssen bei Patienten mit Erkrankungen des Bewegungsapparates mögliche **Einschränkungen der Mobilität** sowie der **Fähigkeit, Körperpositionen beizubehalten**, genannt werden. Bei der Mobilität ist in

erster Linie das Gehen von zentraler Bedeutung, wobei auch die Benutzung privater und öffentlicher Verkehrsmittel (Fahrrad, Pkw, Bus und Bahn) eingeschränkt sein kann. Beim Aufrechterhalten einer Körperposition ist krankheitsbedingt meist die Fähigkeit, lange zu sitzen oder zu stehen, beeinträchtigt. Auch eine Einschränkung des Greifens und Haltens von Gegenständen kann zu einer deutlichen Beeinträchtigung in Alltag und Beruf führen.

- Dadurch oder zusätzlich können **Aktivitäten des täglichen Lebens** und der **Selbstversorgung eingeschränkt sein**. Hierzu zählen neben den basalen Alltags-Funktionen wie Waschen, Anziehen, Essen, Toilettengang auch die Selbstversorgung im Haushalt einschließlich Essenzubereiten, Einkaufen etc.

### **Beeinträchtigungen der Teilhabe in den für den betroffenen Menschen wichtigen Lebensbereichen**

- Beeinträchtigungen im Bereich der **Teilhabe** in bedeutenden Lebensbereichen beziehen sich insbesondere auf das Erwerbsleben, Schule und Ausbildung sowie das Alltagsleben.

Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Erwerbsleben sind besonders bei entzündlich-rheumatischen Krankheiten erheblich. So kommt es bei einem großen Teil der betroffenen Menschen schon in einem sehr frühen Erkrankungsstadium zu verminderter Erwerbsfähigkeit.

Beeinträchtigt sein kann aber auch die soziale Integration in andere Lebensbereiche, z.B. die Teilhabe an kulturellen Veranstaltungen.

### **Fördernd und hemmend wirkende Kontextfaktoren**

- Die bio-psycho-sozialen Auswirkungen rheumatischer Erkrankungen sind zudem von **personbezogenen Faktoren**, z.B. dem individuellen Lebensstil und Umgang mit der Erkrankung, sowie von Alter, Geschlecht, Ausbildung oder bisheriger beruflicher Erfahrung abhängig. Diesen Faktoren wird in der modernen Rehabilitation eine zentrale Bedeutung beigemessen mit Unterstützung der Förderfaktoren und Reduzierung bzw. Beseitigung der ungünstig wirkenden Faktoren. Nach heutigem Wissen wirkt sich z.B. ein gesundheitsförderlicher Lebensstil positiv auf den Rehabilitationsprozess und insbesondere auf den lang-

fristigen Rehabilitationserfolg aus. Ebenso wirken in diesem Sinne unterstützend besondere Fähigkeiten bzw. persönliche Ressourcen im Hinblick auf Adaptation, Kompensation, Anpassungs- und Umstellungsvermögen. Für eine optimale Strategie zur aktiven Krankheitsbewältigung ist daher die Kenntnis der individuell vorliegenden personbezogenen Faktoren wichtig.

- Darüber hinaus spielen **Umweltfaktoren** wie die familiäre und soziale Situation, die Wohnumgebung oder die Arbeitsplatzsituation eine zentrale Rolle, wenn es darum geht, ob und ggf. in welchem Umfang Beeinträchtigungen in den Möglichkeiten der Teilhabe vorliegen. Von zentraler Bedeutung ist der optimale Abgleich zwischen individueller körperlicher und psychomentaler Belastbarkeit einerseits und den Arbeitsanforderungen andererseits. Hierbei sind auch spezielle berufsbezogene Aspekte zu berücksichtigen, z.B. der Weg von und zur Arbeit, technische Hilfen, ergonomische Ausstattung oder Hilfsmittel. Fördernd erscheint auch vor allem eine gute soziale Einbindung. Die Möglichkeiten der Einflussnahme auf viele dieser unterschiedlichen Faktoren innerhalb der medizinischen Rehabilitation sind oft nur begrenzt möglich. Daher ist bereits beim Rehabilitationszugang die Wahl der individuell geeigneten Rehabilitationsform (z.B. ambulant, stationär), der Einrichtung „passgenaues“ Rehabilitationskonzept) und ggf. die Nutzung vernetzter rehabilitativer Angebote wichtig.

**Zusammenfassend** kann festgestellt werden, dass die häufig auftretenden Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe bei Erkrankungen des Bewegungsapparates trotz der unterschiedlichen Entstehungsmechanismen der einzelnen Krankheitsbilder relativ ähnlich sind und auf der körperlichen Ebene Schmerzen, Beeinträchtigungen von Gelenkbeweglichkeit und -stabilität, Muskelkraft und -ausdauer sowie Bewegungssteuerung betreffen. Hieraus resultieren Aktivitätseinschränkungen, die in den Bereichen Mobilität (z.B. Gehen, Sitzen, Stehen) und den Aktivitäten des täglichen Lebens bestehen. Die sich daraus ergebenden Beeinträchtigungen der Teilhabe können wie bei anderen Krankheiten sowohl die berufliche Ebene als auch das weitere Alltagsleben betreffen. Schwere Verlauf und Prognose der Krankheit selbst sowie Ausprägung individuell relevanter Kontextfaktoren (Einfluss unterstützender oder ungünstig wirkender Umweltfaktoren und personbezogener Faktoren) beeinflussen die weiteren bio-psycho-sozialen Auswirkungen der Krankheit. Sie können bei günstiger Konstellation die Adaptation und damit auch die Möglichkeiten z.B. der beruflichen Wiedereingliederung unterstützen oder im ungünstigen Fall beispielsweise bis hin zu weiteren, z.B. psychischen Störungsbildern führen, die evtl. eine zusätzliche Beeinträchtigung der Teilhabe verursachen.

## **2.3 Besondere Aspekte**

### **2.3.1 Kinder mit Erkrankungen der Bewegungsorgane**

Bei Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane im Kindesalter handelt es sich um eine Vielzahl unterschiedlichster Krankheitsbilder, insbesondere um entzündlich-rheumatische Krankheiten, Fehlbildungen, Fehlhaltungen oder aseptische Knochennekrosen. Entzündlich-rheumatische Krankheiten sind im Kindesalter zwar seltener als bei erwachsenen Menschen, stellen aber bei unterschiedlichen Krankheitsuntergruppen, Schweregraden, Verläufen und Prognosen insbesondere im Hinblick auf bleibende Beeinträchtigungen als Folge von Gelenkschädigungen eine besondere Herausforderung dar. Die juvenile chronische Arthritis mit ihren zahlreichen Subtypen ist die wichtigste entzündlich-rheumatische Krankheitsgruppe im Kindesalter.

Allgemein gelten die grundsätzlichen therapeutischen Prinzipien bei rheumatischen Krankheiten von Erwachsenen auch für Kinder, z.B. krankengymnastische, physikalische, medikamentöse, psychologische und ggf. auch chirurgische Maßnahmen. Darüber hinaus sind allerdings weitere Aspekte im Kindesalter zu berücksichtigen:

Die Prognose und der Verlauf rheumatischer Erkrankungen im Kindesalter sind ganz entscheidend von einer frühzeitigen Einleitung der Behandlung abhängig. Dies trifft insbesondere für chronisch entzündlich-rheumatische Krankheiten zu, bei denen je nach Entzündungsaktivität das Risiko von Gelenkschädigungen und ggf. Mitbeteiligung innerer Organe besteht, die aber gleichzeitig auch lokalisierte Wachstumsstörungen sowie eine generelle Verzögerung von Wachstum und Entwicklung verursachen können. Da entzündlich-rheumatische Krankheiten im Kindesalter aber häufig einen schleichenden Krankheitsbeginn mit atypischen Krankheitszeichen aufweisen, ist die rechtzeitige Erkennung und richtige Einschätzung der Frühsymptome meist sehr schwierig. Besondere Aufmerksamkeit ist hier beispielsweise von Eltern, Ärzten und Lehrern gefordert.

Schulisch-pädagogische Maßnahmen können indiziert sein und sind dem Einzelfall entsprechend auszuwählen. Bei Jugendlichen hilft eine frühzeitige Berufsberatung dabei, Eignung und Neigung für eine spätere Berufswahl herauszufinden.

In der medizinischen Rehabilitation von Kindern mit Krankheiten der Bewegungsorgane werden neben den krankheitsspezifischen Aspekten die alters- und entwick-

lungsbezogenen sowie sozialen Faktoren in besonderer Weise berücksichtigt. So wird dem Bindungsverhalten von Kindern als „Gruppenwesen“ dadurch besonders Rechnung getragen, dass viele Rehabilitationsinhalte in möglichst altersgleichen Gruppen („Peer-Group“) kindgerecht vermittelt werden.

Für ein langfristig angelegtes krankheitsadäquates Verhalten im Alltag ist die Mitarbeit der Eltern unverzichtbar. Deshalb ist die Einbindung der Bezugsperson des Kindes, ggf. im Rahmen einer Mitaufnahme in der Rehabilitation, indiziert. Wesentliche Ziele hierbei sind die Information und Beratung hinsichtlich des Krankheitsbildes, notwendiger diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, unterstützender und ungünstiger Einflussfaktoren und sozialer Leistungen. Im Vordergrund stehen die Schulung und Anleitung der Bezugsperson und des Kindes zur Umsetzung des Gelernten für den Alltag, z.B. die Handhabung von Hilfsmitteln und Gelenkschutzmaßnahmen. Integraler Bestandteil des Rehabilitationskonzepts bei Kindern ist der Schulunterricht, in dessen Rahmen quasi auch eine Alltagserprobung stattfinden kann.

Neben diesen Aspekten sind bei Kindern das altersbezogene Spielbedürfnis und unterschiedliche Eingewöhnungsprozesse und Adaptationsphasen zu berücksichtigen. Im Hinblick auf eine langfristige Krankheitsbewältigung spielt eine stabile soziale Kompetenz eine große Rolle. Hierzu gehören die Förderung von physischer und psychischer Belastbarkeit einschließlich Selbstsicherheit und Selbstvertrauen als Voraussetzung für eine möglichst ungestörte körperliche und psychosoziale Entwicklung.

### **2.3.2 Ältere Menschen mit Erkrankungen der Bewegungsorgane**

Obwohl die Behandlung und Rehabilitation bei Menschen mit rheumatischen Erkrankungen in höherem Lebensalter grundsätzlich die gleichen Ziele verfolgt und ähnliche Methoden einsetzt wie bei jüngeren Menschen, so sind doch einige Besonderheiten zu berücksichtigen.

Generell ist bei älteren Menschen zu beachten, dass die Adaptationsfähigkeit mit dem Alter zunehmend herabgesetzt ist und Prozesse zur Erlangung bestimmter Funktionen einen höheren Zeitbedarf haben. Dies betrifft sowohl körperliche Anpassungsreaktionen, wie Muskelkräftigungen oder Erlernen bestimmter Bewegungsabläufe als auch das psychomentele Lernen. Im Hinblick auf weitere indikati-

onsübergreifende Aspekte wird auf die entsprechende BAR-Arbeitshilfe (Arbeitshilfe zur geriatrischen Rehabilitation)<sup>2</sup> verwiesen.

Im Bereich des Bewegungssystems führt der Alterungsprozess an sich bereits zu degenerativen Veränderungen an Wirbelsäule und Gelenken, einer Verminderung der Muskelmasse mit verminderter Muskelkraft, einer reduzierten Schnelligkeit der Bewegungen sowie einem Abbau von Knochenmasse. Daher ist die Verminderung der Knochenmasse nicht nur ein spezifisches Krankheitsbild (Osteoporose) sondern entspricht auch dem natürlichen Alterungsprozess. Bei den entzündlich-rheumatischen Erkrankungen kann die Entzündungsaktivität z.B. bei der chronischen Polyarthritits zurücktreten, während die Polymyalgia rheumatica ein spezielles Krankheitsbild des höheren Alters darstellt.

Rehabilitative Interventionen müssen bei älteren Menschen speziell die herabgesetzten Gelenkfunktionen, verminderte Knochendichte, Muskelkraft und Dynamik berücksichtigen. Dies betrifft sowohl die physikalischen als auch medikamentösen Therapien (z.B. Osteoporosetherapie). Darüber hinaus sind auch die zunehmenden Komorbiditäten zu beachten. Diese betreffen vor allem das Herz-Kreislauf-System (arterielle Hypertonie, Atherosklerose, koronare Herzkrankheit) als auch psychomentele Veränderungen (Depression, Gedächtnisstörungen). Eine adäquate Behandlung der Begleiterkrankungen im Alter ist eine wesentliche Voraussetzung für den Rehabilitationserfolg, auch bei muskuloskeletalen Erkrankungen.

Wichtige Rehabilitationsziele sind die Teilhabe in allen Bereichen des sozialen Lebens mit Erhalt der Selbstständigkeit und Wiederherstellung oder Erhalt von Alltagsaktivitäten sowie die Verbesserung der Lebensqualität. Daher stehen Funktionen und Aktivitäten des täglichen Lebens wie Waschen, Anziehen, Hausarbeiten und Körperpflege häufig im Vordergrund. Insgesamt werden hierzu häufiger Hilfen und Hilfsmittel benötigt, insbesondere um von Fremdhilfe unabhängig zu sein bzw. Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

### **3. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Erkrankungen der Bewegungsorgane**

Art und Durchführung der Rehabilitation werden neben der Indikation stark von gesetzlichen Voraussetzungen bestimmt (vgl. hierzu sozialrechtliche Anspruchsgrundlagen Kap. 9). In Deutschland besteht das medizinische Rehabilitationssystem aus

---

<sup>2</sup> Veröffentlichung vorgesehen Anfang 2006

den ambulanten und stationären Leistungen der medizinischen Rehabilitation sowie den „Nachsorgemaßnahmen“ (vgl. Kap. 4).

Bei Erkrankungen der Bewegungsorgane werden die meisten Leistungen der medizinischen Rehabilitation in stationären Einrichtungen durchgeführt, z. T. als Anschlussrehabilitation nach Krankenhausaufenthalten. Diese stationären Reha-Leistungen dauern grundsätzlich drei Wochen und können bei medizinischer Erfordernis verlängert werden.

Bei ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wohnen die Patienten zu Hause und werden tagsüber in der Rehabilitationseinrichtung behandelt. Die Interventionen entsprechen grundsätzlich denen der stationären Rehabilitationskliniken. Die Kriterien, die bei der Auswahl der geeigneten Rehabilitationsform (ambulant, stationär) zu berücksichtigen sind, sowie die Anforderungen an die ambulanten Rehabilitationseinrichtungen finden sich in den BAR-Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation ([www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de)).

Zur Sicherung und Fortsetzung sowie Weiterentwicklung des Rehabilitationserfolges bei zeitlich begrenzten ambulanten oder stationären Leistungen erfolgen zunehmend Nachsorgeinterventionen (vgl. auch Kap. 4).

### **3.1 Diagnostik im Vorfeld der medizinischen Rehabilitation**

Die Diagnostik vor Beginn der Rehabilitation bildet die Grundlage dafür, den Bedarf an Leistungen zur Teilhabe einschließlich deren Art und Umfang festzustellen sowie eine erste Einschätzung zur notwendigen Dauer abzugeben. Mit ihrer Hilfe wird die Rehabilitation vorbereitet und geplant, so dass eine möglichst individuelle passgenaue und angemessene Leistung erfolgen kann. Die Klärung der Notwendigkeit und Zielsetzung einer medizinischen Rehabilitation wird aus sozialmedizinischer Sicht nach folgenden trägerübergreifenden Kriterien geprüft:

#### **Rehabilitationsbedürftigkeit**

Diese bezieht sich auf eine gesundheitlich bedingte drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigung der Teilhabe, die über die kurative Versorgung hinaus den mehrdimensionalen und interdisziplinären Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich macht. Dabei bezieht sich das gesundheitliche Problem auf die Schädigungen der Körperfunktionen und Körperstrukturen und die Beeinträchtigungen der Aktivitäten unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren.

### **Rehabilitationsfähigkeit**

Dieser Begriff bezieht sich auf die somatische und psychische Verfassung des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen (z.B. Motivation bzw. Motivierbarkeit und Belastbarkeit) für die Teilnahme an einer geeigneten Rehabilitation.

### **Rehabilitationsprognose**

Dieser Begriff ist eine sozialmedizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Rehabilitation

- auf Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotentials/der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller Ressourcen (Rehabilitationpotential einschließlich psychosozialer Faktoren)
- über die Erreichbarkeit des festgelegten Teilhabeziels
- durch eine geeignete Rehabilitationsmaßnahme
- in einem notwendigen Zeitraum.

### **Rehabilitationsbedürftigkeit bei Erkrankungen der Bewegungsorgane**

Für die Feststellung einer drohenden oder vorliegenden Beeinträchtigung der Teilhabe aufgrund einer rheumatischen Erkrankung sind die Krankheitsdiagnose einschließlich Begleitkrankheiten (Ausprägung, Verlauf und prognostische Aspekte) und insbesondere die beeinträchtigten Funktionen und Aktivitäten unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren heranzuziehen. Morphologische oder funktionelle Störungen der Organsysteme können in sehr unterschiedlicher Ausprägung vorliegen und sich an unterschiedlichen anatomischen Strukturen bemerkbar machen, z.B. Knochen, Knorpel, Muskel, Sehnen und Bänder. Bei den betroffenen Menschen äußern sich diese Organschäden typischerweise durch die bereits erwähnten Symptome wie Schmerzen, Steifigkeit mit eingeschränkten Funktionen und/oder Aktivitäten. Diese wiederum können die Teilhabe an allen für den betroffenen Menschen wichtigen Lebensbereichen beeinträchtigen. Bei den Erkrankungen der Bewegungsorgane ist in erster Linie die körperliche Funktionsfähigkeit eingeschränkt, was sich bei der Ausübung von beruflichen Aktivitäten oder Alltags- bzw. Freizeitaktivitäten bemerkbar macht. Aufgrund der oft chronischen Schmerzen und der eingeschränkten körperlichen Funktionsfähigkeit kommt es zusätzlich zu psychosozialen Belastungen, die beispielsweise in der Interaktion mit Freunden, Arbeitskollegen und auch der Familie deutlich werden. Diese können sich mit Selbstzweifel, Unsicherheit, regressivem Verhalten, vermehrter Ängstlichkeit und Depressivität äußern. Es treten Veränderungen im persönlich-familiären Bereich auf, Rollenverteilungen müssen überdacht und fremde Hilfe muss evtl. in Anspruch

genommen werden. Auch Einkommenseinbußen durch Arbeitsplatzprobleme können drohen.

### **3.2 Rehabilitationsdiagnostik bei Beginn und im Verlauf der Rehabilitation**

Vor Beginn der Rehabilitation soll die erforderliche medizinische Diagnostik (einschließlich Differentialdiagnostik) bereits durchgeführt sein, um Belastungen des Rehabilitanden, die Einbuße von Therapiezeiten und erhöhte Kosten zu vermeiden.

Rehabilitationsdiagnostik begleitet den gesamten Rehabilitationsprozess, um den noch erforderlichen Leistungsbedarf festzustellen und ggf. in bedarfsangemessene Behandlungsformen zu überführen sowie den Rehabilitationsfortschritt zu verfolgen und das Rehabilitationsergebnis zu dokumentieren. Daher sind die Schädigungen der Körperfunktionen und Körperstrukturen, einschließlich der psychischen Schädigungen mit ihren Beeinträchtigungen auf der Ebene der Aktivitäten zu untersuchen. Dies umfasst insbesondere die Leistungsfähigkeit des betroffenen Menschen im Alltag und Erwerbsleben und die sich hieraus ergebenden Folgen für die Teilhabe in den für ihn wichtigen Lebensbereichen. Unbedingt sind hier auch die relevanten Kontextfaktoren, z.B. die Arbeits- und Lebensbedingungen, Lebensstil, zur Verfügung stehende Kompensationsmöglichkeiten und Ressourcen, zu beachten. Zentrale Bedeutung kommt daher einerseits der Person in ihren sozialen Bezügen und ihrer Biographie einschl. ihres Selbstbildes (persönliche Wertevorstellungen und Ziele, Haltungen gegenüber der eigenen Lebensgeschichte und Erkrankung) zu, andererseits der differenzierten Ermittlung sowohl der verbliebenen Fähigkeiten und Fertigkeiten als auch der drohenden oder bestehenden Behinderungen.

Während die Diagnostik der zugrunde liegenden Erkrankungen die „regelwidrigen“ körperlichen, geistigen und psychischen Zustände erfasst, muss die Rehabilitationsdiagnostik darüber hinaus auch ausdrücklich eine differenzierte Funktions- und Leistungsdiagnostik sowie die persönlichen, beruflichen und sozialen Auswirkungen konkret durch diagnostische Instrumente einbeziehen. Für die deswegen erforderliche mehrdimensional ausgerichtete Diagnostik bietet die ICF (vgl. Kap. 2.2.1 und 2.2.2) einen zentralen Orientierungsrahmen, der eine komplexe Betrachtung der wechselseitigen Beziehungen und Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf den unterschiedlichen Ebenen (Körperstrukturen – Körperfunktionen – Aktivitäten – Teilhabe) ermöglicht und dabei auch person- und umweltbezogene Kontextfaktoren berücksichtigt.

Die Rehabilitationsdiagnostik umfasst damit sowohl die Störungsperspektive als auch die Ressourcen- und die Veränderungsperspektive. Prognostische Aussagen über voraussichtliche Verläufe erfordern eine Bewertung sowohl der krankheits- bzw. diagnosebezogenen Befunde (ICD-10) als auch der jeweiligen bio-psycho-sozialen Auswirkungen, wobei entsprechende Verlaufskontrollen notwendig sind.

Da die Diagnostik in der Rehabilitation sowohl die Präzisierung des Krankheitsbildes und der Krankheitsausprägung als auch die Abklärung von Krankheitsfolgen nach dem ICF-Modell umfasst, ist sie im Prinzip aufwändiger als die Diagnostik in vielen anderen Bereichen der Medizin. Im Gesundheitssystem wird die Rehabilitation in der Regel erst nach Abschluss der klinischen Krankheitsdiagnostik eingeleitet, so dass die ICD-Diagnose bereits bekannt ist. Da Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sowohl in ihrer Art als auch in ihrem Umfang, stark von Krankheitsstadium und -ausprägung mitbestimmt werden, müssen dem Rehabilitationsarzt neben der Diagnose auch die weiteren Befunde, z.B. der bildgebenden Verfahren (Röntgenbilder, CT- oder MRT-Bilder u.a.), Laborbefunde (Entzündungsparameter u.a.) und weitere diagnostische Parameter (Osteodensitometrie u.a.) bekannt sein. Wichtig ist auch die Kenntnis von Begleiterkrankungen, die Rehabilitationsverlauf und -ergebnis beeinflussen können, z.B. leistungslimitierende kardiopulmonale Erkrankungen, neurologische Erkrankungen und psychische Störungen.

Selbstverständlich steht am Beginn jeder Leistung zur medizinischen Rehabilitation eine eingehende Anamnese und körperliche Untersuchung, die bereits neben der Krankheitsdiagnose auch auf die bestehenden Funktions- und Aktivitätseinschränkungen zielen. Rehabilitationsspezifisch ist die Erfassung des Gesundheitsproblems auf der Ebene der Körperstrukturen und Körperfunktionen sowie der Aktivitäten und Teilhabe, wobei nicht nur die Beeinträchtigungen, sondern auch die positiven Aspekte (z.B. Kompensationspotential) erfasst werden müssen. Hierzu dienen insbesondere eine umfassende rehabilitationsspezifische Anamnese und Instrumente zur Funktions- und Leistungsdiagnostik, die auch Grundlage für die Verlaufskontrolle und Dokumentation des Rehabilitationsergebnisses sind.

Eine rehabilitationsbezogene **Sozialanamnese** muss neben den allgemeinen Fragen nach Alter und Familienstand eine Berufs- und Arbeitsanamnese sowie wichtige Kernpunkte des privaten sozialen Umfelds und die individuelle soziale Sicherung umfassen.

In der **Berufs- und Arbeitsanamnese** müssen die Bereiche Schul- und Berufsausbildung, Art und Umfang der derzeitigen beruflichen Tätigkeit, Arbeitsplatzfaktoren

(genaue Tätigkeit, physikalische, chemische und soziale Belastungsfaktoren, Betriebsgröße) sowie die Möglichkeiten der Nutzung von Hilfsmaßnahmen erfasst werden. Darüber hinaus sind Arbeitsunfähigkeitszeiten und evtl. laufende Renten-antragsverfahren anzugeben.

Im **privaten Umfeld** können je nach Krankheitsbild die im Haushalt lebenden Personen, eine eventuelle Pflege von Verwandten oder andere private Verpflichtungen, der Freundeskreis sowie die Wohnsituation (Lage und Größe der Wohnung, Stockwerk, Erreichbarkeit von Geschäften, Verkehrsmitteln etc.) positive (fördernde) oder negative (hemmende) Kontextfaktoren bilden. Entsprechende Angaben sind daher zu erheben.

Die **Anamnese** bezieht sich auch auf die Absicherung im System der sozialen Sicherung (z.B. Kranken- und Rentenversicherung), auf Zusatzversicherungen sowie - vor allem nach Unfällen - auf die Frage nach evtl. Ansprüchen aus Unfall- oder Haftpflichtversicherungen einschließlich noch laufender Schadenersatzprozesse. Auch die Frage nach festgestellter Schwerbehinderteneigenschaft mit Grad der Behinderung (GdB) oder Anträgen zu deren Feststellung muss dem Patienten gestellt werden.

**Die Instrumente der Rehabilitationsdiagnostik auf der Ebene der Schädigungen** unterscheiden sich grundsätzlich nicht von denen der kurativmedizinischen Diagnostik. Hierzu gehören auch Labor- und kardiopulmonale Funktionsdiagnostik. Bei bekannter Diagnose beziehen sich die Feststellung und Dokumentation des aktuellen Schädigungsmusters beispielsweise auf das Ausmaß erosiver Veränderungen, Grad der Entzündungsaktivität, Krankheitsausbreitung und auf evtl. zusätzlich aufgetretene Krankheitssymptome. Selbstverständlich sind bei der Rehabilitationsdiagnostik auch Begleitkrankheiten bzw. Komorbidität (z.B. neurologische Erkrankungen), die die Leistungs- und Rehabilitationsfähigkeit beeinflussen oder Kontraindikationen für die eingesetzten Therapiemittel darstellen, adäquat zu berücksichtigen.

### **Spezielle Funktions- und Aktivitätsdiagnostik im Bereich der Bewegungsorgane**

Im Rahmen der klinischen Diagnostik umfasst die **Funktionsdiagnostik am Bewegungsapparat** die Analyse der belastungs- oder bewegungsabhängigen Schmerzauslösung, -intensität und -lokalisierung sowie die Untersuchung der **aktiven und passiven Beweglichkeit** (Dokumentation nach Neutral-Null-Methode).

Weiterhin wird die **Muskelkraft** festgestellt, die nach Kraftgraden eingeteilt wird und durch apparative Messmethoden (Vigorimetrie, Dynamometrie, isokinetische Kraftmessungen) objektiviert werden kann.

Neben der anamnestischen Erfassung möglicher und eingeschränkter Aktivitäten können diese auch durch Testungen im Sinne von **Aktivitätsanalysen** objektiviert werden. Es gibt mittlerweile eine Vielzahl unterschiedlicher Instrumente zur standardisierten Erfassung komplexer Funktionen und Aktivitäten, z.B. Gehen, Greifen, Heben, Tragen und anderer Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) sowie bestimmter Kontextfaktoren. Solche Assessmentinstrumente können indikationsübergreifend oder krankheitsspezifisch ausgerichtet sein, integrierte standardisierte Tests enthalten oder als Fragebögen mit Selbst- und/oder Fremdeinschätzung angelegt sein. Schon lange eingeführt sind der Barthel-Index und der FIM (Functional Independence Measure) für die Erfassung und Bewertung von Teilbereichen der Aktivitäten des täglichen Lebens.

### **Personbezogene Kontextfaktoren**

Die Erfassung von für die Rehabilitation relevanten personbezogenen Faktoren kann über eine gründliche **Anamnese** erfolgen. Dabei sollten vor allem die im Zusammenhang mit der aktiven Krankheitsbewältigung (Coping) wichtigen Aspekte, z.B. Motivation, Depressivität und Ängstlichkeit erfasst werden.

### **Umweltbezogene Kontextfaktoren**

Umweltbezogene Hemm- und Förderfaktoren sind insbesondere im Rahmen einer ausführlichen Anamnese zu erheben und können sich z.B. ergeben aus der

- **physikalischen Umwelt** (Zugang zur Wohnung einschließlich Treppen und/oder Steigungen, Erreichbarkeit und Ausstattung öffentlicher Verkehrsmittel, private Transportmittel, behindertengerechte Wohnungseinrichtung u.a.)
- **(privaten) sozialen Umwelt** (Unterstützung durch Partner, Familienangehörige und Freunde, Pflege von Angehörigen, Mithilfe bei der alltäglichen Versorgung wie Einkaufs- oder Putzhilfen, Therapiemöglichkeiten, Einstellungen von Angehörigen und Freunden sowie von Ärzten und Therapeuten u.a.)
- **Arbeitsplatzumwelt** (funktions- oder behinderungsgerechter Arbeitsplatz, Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen, Mobbing- und andere Stresssituationen u.a.)
- **sozialen Sicherung** (Versicherungsschutz, nicht erfüllte Schadensersatzansprüche und andere Gerichtsverfahren, finanzielle Situation der Familie u.a.).

Selbstverständlich können im Einzelfall weitere Hemm- oder Förderfaktoren wirksam werden, die ggf. in offenen Fragen eruiert werden müssen.

### **Berufliche Leistungsdiagnostik bei Rehabilitation im erwerbsfähigen Alter**

Am Ende jeder Leistung zur medizinischen Rehabilitation wird im Rahmen der sozialmedizinischen Beurteilung auch eine Einschätzung der beruflichen Leistungsfähigkeit abgegeben. Diese ergibt sich aus einer Zusammenfassung aller Informationen über die Krankheit und der oben beschriebenen Leistungs- bzw. Aktivitätsdiagnostik, sowohl in Bezug auf den aktuellen Arbeitsplatz als auch den allgemeinen Arbeitsmarkt.

In den letzten Jahren wurden neben der vor allem in den Berufsförderungswerken durchgeführten Arbeitsplatzzerprobung einige standardisierte Testungen an geeigneten Modellarbeitsplätzen entwickelt. Hierbei werden insbesondere die FCE (Functional Capacity Evaluation)-Verfahren mit ihren bekanntesten Vertretern ERGOS<sup>®</sup> und EFL (Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit) eingesetzt. ERGOS<sup>®</sup> ist ein computergestütztes Profilvergleichsverfahren von Anforderungen und Fähigkeiten, während EFL (nach Susan Isernhagen) einer Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit dient. Diese Instrumentarien geben Aufschluss über die Möglichkeit, verschiedene berufliche Belastungssituationen zu bewältigen, z.B. Überkopfarbeit, Zeitdruck usw. Ihre Durchführung ist allerdings sehr zeit- und personalaufwendig, so dass sie bisher nur bei Fällen mit besonderen Problemen zum Einsatz kommen. Ein häufig beschriebener Nebeneffekt solcher Testungen besteht auch in der Chance für die Betroffenen, in einem geschützten, medizinisch überwachten Setting ihre eigene Leistungs- und Belastungsfähigkeit zu erproben; dies kann die Motivation für einen Wiedereinstieg in den Beruf positiv beeinflussen.

### 3.3 Rehabilitationsziele bei Menschen mit Erkrankungen der Bewegungsorgane

#### Wichtige Rehabilitationsziele sind:

- Beseitigung oder Begrenzung von Funktionseinschränkungen und Funktionsverlusten am Bewegungssystem
- Linderung und Bewältigung chronischer Schmerzzustände
- Beseitigung und Begrenzung oder Kompensation von Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen von Aktivitäten
- Identifikation und Stärkung von eigenen Ressourcen (personbezogene Förderfaktoren)
- Förderung einer den Verlauf günstig beeinflussenden Einstellung des betroffenen Menschen zur jeweiligen Erkrankung (personbezogene Förderfaktoren)
- Erlernen selbstbestimmter krankheitsadäquater Verhaltensweisen
- Herausarbeiten von Inkongruenzen bezüglich Belastungsfähigkeit und Anforderungen im privaten, beruflichen und sozialen Umfeld (Umweltfaktoren) und Entwicklung von Lösungsmöglichkeiten
- Günstige Beeinflussung der Krankheitsaktivität und der Progredienz
- Identifikation und Behandlung von somatischen und psychischen Komorbiditäten

Nicht immer wird es möglich sein, alle Rehabilitationsziele während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation gleichzeitig anzugehen. Einige Ziele werden sich auch erst im Laufe der Leistung ergeben oder sie setzen zunächst das Erreichen von Unterzielen voraus. Es muss daher zwischen Therapiezielen, die sich auf die aktuelle Leistung zur Teilhabe beziehen, und den Rehabilitationszielen, die weit über die Dauer der einzelnen oder auch mehrerer aufeinanderfolgender Teilhabeleistungen hinausgehen, unterschieden werden.

Neben den Voraussetzungen auf der Therapeutenseite ist die motivationale Seite des betroffenen Menschen sehr wichtig. Patienten auf dem Wege des Selbstmanagements zu begleiten, gelingt nur, wenn eine ausreichende Grundmotivation zur Mitarbeit besteht. Diese Motivationslage und die damit verbundene Motivierbarkeit zu erfassen, ist in einem partnerschaftlich orientierten Arzt-Patienten-Verhältnis

möglich. Hier sind Zielsetzungen gemeinsam abzustimmen und die therapeutischen Interventionen an die Motivationslagen der betroffenen Menschen anzupassen.

Die speziellen Zielsetzungen können für jeden Patienten eine unterschiedliche Gewichtung haben. Es finden sich:

- Somatische Therapieziele, z.B. Verminderung der Entzündungsaktivität
- Funktionsbezogene Therapieziele, z.B. Stabilisierung der Gelenkfunktion, muskulärer Aufbau, Verbesserung der Körperwahrnehmung
- Psychosoziale Therapieziele, z.B. Entwicklung realistischer Zukunftsperspektiven, Bahnung der beruflichen Wiedereingliederung, Reflexion der eigenen Ressourcen
- Edukative Therapieziele, z.B. Vermittlung von Kenntnissen bezüglich wirbelsäulen- und gelenkschonenden Verhaltens, Einüben von Selbsthilfetechniken

Im Weiteren wird aufgrund ihrer Bedeutung und Einflussnahmemöglichkeiten durch Leistungen zur Teilhabe insbesondere auf das Ziel der Wiedereingliederung ins Erwerbsleben und das Ziel der Verhinderung von Pflegebedürftigkeit eingegangen.

### **3.3.1 Wiedereingliederung ins Erwerbsleben als Ziel der Teilhabe an Lebensbereichen**

Schon während der medizinischen Rehabilitation ist zu klären, ob und ggf. welche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Einzelfall in Betracht kommen. Die notwendigen Verfahren müssen eingeleitet werden mit dem Ziel, z.B. einen möglichst nahtlosen Übergang von der medizinischen zur beruflichen Rehabilitation zu sichern. Voraussetzung ist die frühzeitige Einleitung einer umfassenden Rehabilitationsberatung noch während der medizinischen Rehabilitation.

Arbeit und strukturierte Beschäftigung sind insbesondere für Menschen im erwerbsfähigen Alter von zentraler Bedeutung. Keine andere einzelne Aktivität ist so vielfältig und komplex in ihrer psychologischen, sozialen und materiellen Bedeutung.

### Arbeit vermittelt

- ein Gefühl für persönliche Leistung und Können durch erfolgreiche Bewältigung äußerer Anforderungen und die Erfüllung der Erwartungen anderer,
- eine Möglichkeit, sich in einer normalen Rolle zu betätigen und damit einen Gegenpol zur Rolle des Kranken zu bilden,
- ein Gefühl für sozialen Status und Identität,
- soziale Kontakte und Unterstützung,
- eine Struktur für den Tages- und Wochenablauf (Arbeit/Freizeit, Wach- und Schlafrythmus) und
- Entlohnung und damit finanzielle Anerkennung.

Dieser vielschichtigen und weitreichenden Bedeutung von Arbeit ist auch bei verminderter oder eingeschränkter Leistungsfähigkeit durch Rehabilitationsangebote unter der Perspektive des Erhalts oder der Erlangung eines Arbeitsplatzes – möglichst auf dem ersten Arbeitsmarkt – Rechnung zu tragen.

Die Erhaltung der Erwerbsfähigkeit und die dauerhafte Wiedereingliederung ins Erwerbsleben sind somit wesentliche (übergeordnete) Ziele der Rehabilitation.

Bei Jugendlichen oder jungen erwachsenen Menschen mit Erkrankungen des Bewegungssystems kann das Erreichen eines Schul- bzw. Berufsabschlusses ein wichtiges Ziel der Rehabilitation sein. Bereits hier gilt es, nach Möglichkeit einen Beruf zu finden, der dauerhaft auch bei fortschreitender Erkrankung ausgeübt werden kann.

Für Menschen, die im Berufsleben stehen, bedeutet der mögliche Verlust des Arbeitsplatzes eine hohe psychische Belastung, die auch Auswirkungen auf den Rehabilitationserfolg haben kann. Umso wichtiger ist es, hier möglichst rechtzeitig mit den betroffenen Menschen zusammen nach Möglichkeiten zu suchen, wie ein Arbeitsplatz auf Dauer auch bei ggf. fortschreitender Erkrankung erhalten bleiben kann.

Nähere Ausführungen zu den einzelnen Angeboten und Zielen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben finden sich in Kapitel 5.

### **3.3.2 Erhalt selbstständiger Lebensführung und Verhinderung von Pflegebedürftigkeit**

Dieses Ziel steht meist im Vordergrund bei:

- Menschen, die aus Altersgründen nicht mehr ins Berufsleben integriert werden können,
- Menschen, deren Funktionsstörungen und Behinderungen (einschließlich der Folge- und Begleiterkrankungen) vollständige Erwerbsminderung zur Folge haben.

Für die o.g. Personenkreise besteht das übergeordnete Rehabilitationsziel in der weitestgehenden Erhaltung einer eigenständigen Lebensführung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens und der Verhinderung von Pflegebedürftigkeit.

Hilfreich ist auch hier eine angepasste Lebensweise. Können die betroffenen Menschen nicht mehr in die Familie integriert werden und reicht die Fähigkeit zu einer autonomen Lebensführung nicht mehr aus, kommen ggf. unterstützende ambulante Angebote oder als „ultima ratio“ stationäre Einrichtungen mit Betreuungs- oder Pflegeangeboten in Betracht.

### **3.4 Interventionen/therapeutische Elemente in der medizinischen Rehabilitation**

Zur Behandlung der Erkrankungen des Bewegungssystems einschließlich ggf. bestehender somatischer oder psychischer Begleiterkrankungen wird ein umfangreiches, interdisziplinäres Team benötigt, wie es z.B. eine Einrichtung der medizinischen Rehabilitation vorhält.

Da es sich bei Erkrankungen des Bewegungssystems überwiegend um chronische Krankheiten handelt, kommt der Eigenverantwortung der betroffenen Menschen eine große Rolle zu. Ziel und Inhalt der Leistung ist somit auch die Vermittlung der persönlichen Handlungskompetenzen, die der Förderung der Eigenverantwortung und des Selbstmanagements dient. Neben traditionellen Rehabilitationselementen (balneologische Therapie, Massage, Elektrotherapie, Krankengymnastik, Ergotherapie, Entspannungsverfahren, Ernährungsberatung) gehören Schulungen zur Informationsvermittlung, zur Förderung einer angemessenen Lebens- und Krankheitseinstellung, zum Selbstmanagement sowie weitere verhaltenstherapeutische Strategien zum Alltag in einer Rehabilitationseinrichtung.



**Abb. 3:** Elemente einer verhaltensmedizinisch ausgerichteten Rehabilitation

Ein Behandlungsschwerpunkt liegt in der **Physiotherapie**, die je nach Einschränkung einzeln oder in Kleingruppen stattfindet. Dabei wird in der Sporttherapie der Schwerpunkt auf Verbesserung der Muskelkraft, Koordination und Ausdauer gelegt. Hier kommen Methoden wie Muskelaufbautraining an Geräten, Training in der Isokinetik oder im Bereich der Kletterwand zum Zuge. Zur konditionellen Steigerung werden z.B. Walkinggruppen und Ergometertraining angeboten. **Balneophysikalische und physikalische Therapiemaßnahmen** mit ortsgebundenen Heilmitteln (Schwefel, Schlamm, Sole) haben nach wie vor einen hohen Stellenwert in der Schmerzlinderung. Elektrotherapie, Kältetherapie (Eis, Kaltluft, Ganzkörperkältetherapie bis  $-110^{\circ}\text{C}$ ) sowie verschiedene Massageformen einschließlich Lymphdrainage und Fußreflexzonenmassage können der klinischen Konstellation entsprechend die positive Beeinflussung der Durchblutung/der Trophik des Gewebes unterstützen.

In der **Ergotherapie** kann nach der systematischen Erhebung der Alltags- sowie der beruflichen Funktionen/Aktivitäten, dies beinhaltet Anforderungen und Fähigkeiten, neben Gelenk- und Wirbelsäulenschutzmaßnahmen ein funktionelles Training durchgeführt werden. Hierzu gehört ein Selbsthilfetraining für die wichtigsten Alltagsfunktionen/Aktivitäten mit möglichst vielen praxisnahen Elementen ebenso wie eine spezielle Anpassung an Arbeitsplatzsituationen. Bei entzündlich-rheumatischen Krankheitsbildern sind hier häufig auch Schienenversorgung sowie Hilfsmittelanpassung, ggf. mit erforderlicher Einübung im Gebrauch des Hilfsmittels, erforderlich.

Für eine notwendige **psychologische Intervention** stehen Einzel- und Gruppensprache zur Verfügung.

Schmerzbewältigungs- und Entspannungsseminare sind ein zusätzlicher Baustein in der Behandlung von chronischen Schmerzen und zur Unterstützung der Krankheitsbewältigung.

### **Information und Schulung – Förderung einer angemessenen Einstellung zur Erkrankung, Verhaltensmodifikation**

Ein wichtiges Rehabilitationsziel ist die Befähigung betroffener Menschen zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung. Dies setzt eine adäquate Information im Hinblick auf die Erkrankung selbst und die Behandlungsmöglichkeiten voraus. Da aber Wissen allein die Kompetenz des Betroffenen nicht grundsätzlich beeinflussen kann, sind hierfür Schulungsprogramme notwendig, die neben kognitiven Aspekten auf seine praktische Kompetenz und krankheitsbedingten psychischen Probleme zielen. Für eine Reihe von Krankheitsbildern stehen standardisierte Programme zur Verfügung, deren Umsetzung im Klinikalltag möglich ist. Die Schulungen und Informationsveranstaltungen beziehen sich nicht nur auf die Erkrankungen der Bewegungsorgane, sondern auch auf bestehende Komorbiditäten.

#### **Beispiel für Module eines Schulungsprogramms**

- |                 |   |
|-----------------|---|
| <b>Modul 1:</b> | Krankheitsverlauf, Ursachen und Diagnostik<br><i>Fachreferent:</i> Arzt   |
| <b>Modul 2:</b> | Krankengymnastik<br><i>Fachreferent:</i> Physiotherapeut  |
| <b>Modul 3:</b> | Hilfen zur Bewältigung chronischer Schmerzen<br><i>Fachreferent:</i> klinischer Psychologe                                  |
| <b>Modul 4:</b> | Behandlungsmöglichkeiten<br><i>Fachreferent:</i> Arzt   |
| <b>Modul 5:</b> | Wirbelsäulengerechtes Verhalten im Alltag<br><i>Fachreferent:</i> Ergotherapeut<br>(in Ausnahmefällen auch Physiotherapeut) |
| <b>Modul 6:</b> | Alltags- und Krankheitsbewältigung<br><i>Fachreferent:</i> klinischer Psychologe gemeinsam mit geschultem Betroffenen       |

Aufbau des Schulungsprogramms für Patienten mit Spondylitis ankylosans und verwandten Spondylarthritiden

(Quelle: AK Patientenschulung; Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie)

Einen Überblick über die einzelnen therapeutischen Elemente in der medizinischen Rehabilitation gibt Abbildung 4.

### 3.5 Hilfsmittel

Oft sind die Rehabilitationsziele nur unter Nutzung verschiedener Hilfsmittel erreichbar. Die nachfolgende Übersicht gibt Hinweise auf die wichtigsten, unabhängig von der Zuständigkeit der ggf. in Betracht kommenden Leistungsträger:

Schuhe	Schienen und Apparate	Mobilitätshilfen	Weitere Hilfen
Einlagen Schuhzurichtungen (Puffer oder Flügelabsätze, Ballen- oder Mittelfußrolle etc.) orthopädische Maßschuhe orthopädische Stiefel (Arthrodesenstiefel)	Hüft- oder Kniegelenke entlastender Apparat Nachtlagerungs- oder Funktionsschienen für Hände und Finger stabilisierende Orthesen für Kniegelenke stabilisierende Mieder, Korsette, Kravatten für die Wirbelsäule (vor allem Hals- und Lendenwirbelsäule)	Gehstützen verschiedenster Formen (Rheumastützen, Achselstützen, anatomisch geformte Griffe etc.) Gehwagen Rollator mechanischer Rollstuhl (aktiv oder passiv) Hebelfahrer Elektrollstuhl	Toilettenaufsatz und Haltegriff Badewannenlifter Sitzkissen, z.B. Arthrodesenkissen Spezialstühle, Tisch-Stuhl-Kombination diverse Hilfen für die Selbstständigkeit im täglichen Leben (Greifhilfen, vergrößerte Hebel etc.) Aufzüge und Treppenlifter und viele andere

### 3.6 Stufenweise Wiedereingliederung

Bei Menschen mit Erkrankungen des Bewegungsapparates ist die Rückkehr an den Arbeitsplatz nach einer schweren Erkrankung mit langandauernder Arbeitsunfähigkeit oftmals mit erheblichen Belastungen verbunden. Dies kann zu einem Hinauszögern der Arbeitsaufnahme oder auch zu Rückschlägen führen, was sowohl im

Säulen der therapeutischen Vorgehensweise

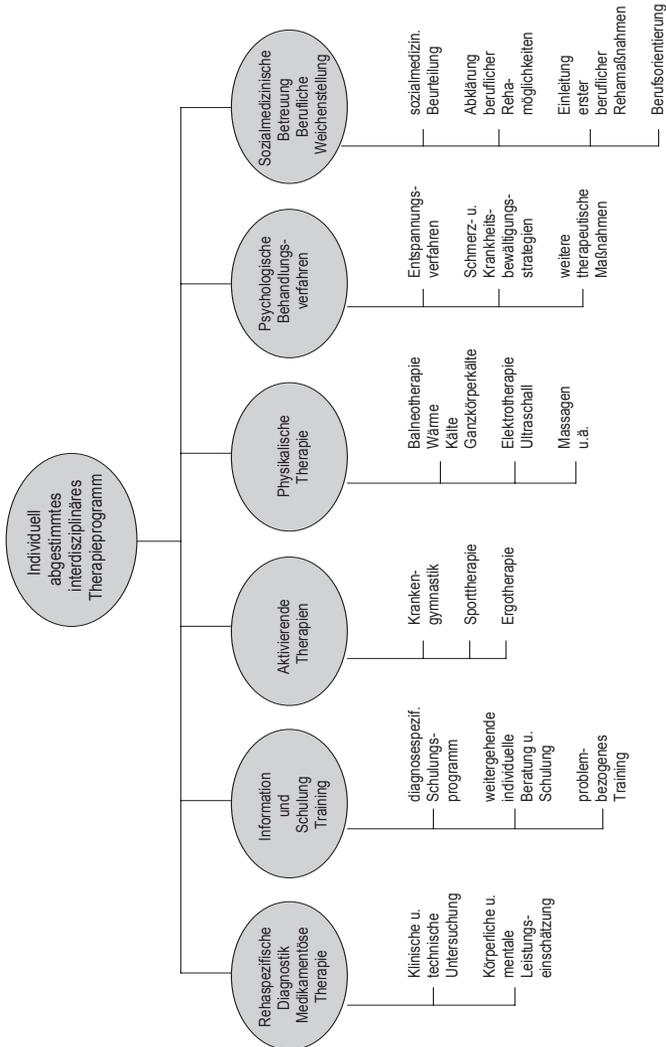


Abb. 4: „Säulen der therapeutischen Vorgehensweise. Die einzelnen Therapieelemente werden in Abhängigkeit von den Patientenbedürfnissen eingesetzt.“

medizinischen Sinne als auch unter arbeitsphysiologischen und psychologischen Aspekten problematisch sein kann. Durch eine „geschützte“, schrittweise Arbeitsaufnahme soll der frühzeitige Wiedereinstieg in das Erwerbsleben sichergestellt und das Scheitern eines Arbeitsversuches mit den Folgen einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit, der Notwendigkeit kostenintensiver Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder einer vorzeitigen Berentung vermieden werden.

Alle Träger der medizinischen Rehabilitation erbringen die **stufenweise Wiedereingliederung** (§ 28 SGB IX).

Können Menschen mit Erkrankungen des Bewegungsapparates nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise wieder ausüben und durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden, sollen die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und die sie ergänzenden Leistungen entsprechend dieser Zielsetzung erbracht werden.

Bei der stufenweisen Wiedereingliederung wird der Betroffene im Rahmen eines Stufenplanes schrittweise an die Belastungen des bisherigen Arbeitsplatzes herangeführt. Je nach Krankheitsbild, bestehenden Funktionseinschränkungen, Belastungsfähigkeit, bisheriger Dauer der Arbeitsunfähigkeit und den organisatorischen Möglichkeiten des Betriebes wird der betroffene Arbeitnehmer zunächst nur eingeschränkt beschäftigt. Diese eingeschränkte Arbeitsbelastung kann sich auf die Verringerung der Arbeitsmenge, der Arbeitsstunden und/oder der Arbeitstage beziehen. Ziel der stufenweisen Wiedereingliederung ist es, dass der betroffene Arbeitnehmer nach einer schrittweisen Anhebung der Arbeitsbelastung die volle Arbeitsleistung wieder erreicht.

Ein Wiedereingliederungsplan kann, nach Zustimmung des Betroffenen, in Abstimmung zwischen dem behandelnden Arzt, dem zuständigen Rehabilitationsträger und dem Arbeitgeber erstellt werden. Wird während der Leistung zur medizinischen Rehabilitation die Notwendigkeit der stufenweisen Wiedereingliederung festgestellt, ist der Plan bereits dort zu erstellen bzw. vorzubereiten.

Während der stufenweisen Wiedereingliederung gilt der betroffene Arbeitnehmer als arbeitsunfähig im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung. Ihm steht eine Entgeltersatzleistung (Krankengeld, Übergangsgeld) unter Anrechnung des ggf. vom Arbeitgeber gezahlten Teilarbeitsentgeltes zu.

Nähere Informationen enthält die von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation herausgegebene Arbeitshilfe „Stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess“ (Heft Nr. 8, siehe [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de)).

#### 4. Nachsorge und Angebote der Selbsthilfe

Leistungen zur Teilhabe haben zum Ziel, die betroffenen Menschen in die Lage zu versetzen, möglichst auf Dauer selbstbestimmt an allen Aktivitäten und Lebensbereichen teilnehmen zu können. Daher ist die gemeinsame Aufgabe aller Beteiligten (Rehabilitationsträger, Rehabilitationseinrichtungen und niedergelassene Ärzte sowie des Betroffenen selbst) dafür Sorge zu tragen, die während der Rehabilitation erlernten Verhaltens- und Lebensstiländerungen in das Alltagsleben zu transportieren und fortzuentwickeln.

Mit der Nachsorge wird das Ziel verfolgt, Eigenaktivitäten weiter zu fördern und das Selbsthilfepotential zu wecken und zu stärken. Hier gilt es, fördernde personbezogene Faktoren (z.B. Alter, Erfahrung, besondere Kenntnisse und Fähigkeiten) zu erkennen, die damit verbundenen Ressourcen entsprechend zu nutzen und den Ausbau derartiger Faktoren zu unterstützen. Gleiches gilt auch für ggf. notwendige Anpassungen bzw. Ausnutzung umweltbezogener Faktoren (z.B. Abbau von Stufen im Wohnbereich oder Nutzung technischer Hilfen).

Im Anschluss an eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation können daher weitere oder fortführende Leistungen, Maßnahmen, Interventionen und Unterstützungen erforderlich sein.

Wichtige Voraussetzung für die Nachsorge ist eine funktionierende Versorgungskette zwischen Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation und wohnortnahen Interventionsmöglichkeiten.

##### ***Nachsorgeangebote***

Für Menschen mit Erkrankungen des Bewegungssystems stehen zwischenzeitlich flächendeckend unterschiedliche Nachsorgemöglichkeiten zur Verfügung.

Einige Nachsorgeprogramme wurden bundesweit oder auch auf Landesebene entwickelt und umgesetzt. Sie umfassen Gruppentherapien unter ärztlicher Betreuung in den zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen.

Darüber hinaus wird die medizinische Weiterbetreuung in der Regel durch den behandelnden Arzt des betroffenen Menschen durchgeführt. Bei speziellen diagnostischen oder therapeutischen Fragestellungen können zusätzliche medizinische Interventionen notwendig werden. In besonderen Fällen wird dies als Nachsorge im Arztbrief der Rehabilitationseinrichtung aufgeführt, so dass der behandelnde Arzt vor Ort informiert ist. In der Regel erfolgt eine direkte Abstimmung mit ihm.

Für den Personenkreis mit rheumatischen Erkrankungen bilden **Funktionstraining und Rehabilitationssport** die häufigste Form der Nachsorge. Für die Konkretisierung dieser Leistungsansprüche wurde auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation trägerübergreifend und unter Beteiligung der maßgeblichen Verbände der Selbsthilfe die Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining abgeschlossen, die zum 01. Oktober 2003 in Kraft getreten ist. Danach kommt z.B. Funktionstraining für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen in Betracht, um sie unter Beachtung der spezifischen Aufgaben des jeweiligen Rehabilitationsträgers möglichst auf Dauer in die Gesellschaft und das Arbeitsleben einzugliedern. Insbesondere kann das Funktionstraining bei Erkrankungen und Funktionseinschränkungen der Stütz- und Bewegungsorgane angezeigt sein. Gelenkschutzmaßnahmen und die Einübung technischer Hilfen oder der Umgang mit Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens sind möglicher Bestandteil des Trainings.

Rehabilitationssport und Funktionstraining gehören zu den ergänzenden Leistungen (§ 44 SGB IX), sie werden im Zusammenhang mit einer ambulanten oder stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder im Rahmen der Krankenbehandlung erbracht. Bei entsprechender Indikation sollen sie von dem Arzt verordnet werden, der auch die zugrundeliegende Schädigung bzw. deren Krankheitsfolgen behandelt. Ist die Rentenversicherung oder die Alterssicherung der Landwirte zuständiger Rehabilitationsträger, kann die Verordnung auch durch den Arzt der Rehabilitationseinrichtung erfolgen.

Die Rehabilitationsträger erbringen Rehabilitationssport und Funktionstraining als ergänzende Leistungen nach § 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX in Verbindung mit § 43 SGB V, § 28 SGB VI, § 39 SGB VII, § 10 Abs. 1 ALG sowie Leistungen nach § 11 Abs. 5 und § 12 Abs. 1 BVG, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern.

Rehabilitationssport umfasst Übungen, die in der Gruppe im Rahmen regelmäßig abgehaltener Übungsveranstaltungen durchgeführt werden. Auch Maßnahmen, die einem behinderungsgerechten Verhalten und der Bewältigung psychosozialer Krankheitsfolgen dienen (z.B. Entspannungsübungen) sowie die Einübung im Gebrauch technischer Hilfen können Bestandteil des Rehabilitationssports sein.

Funktionstraining wirkt besonders mit den Mitteln der Krankengymnastik und/oder der Ergotherapie gezielt auf spezielle körperliche Strukturen (Muskeln, Gelenke usw.) der behinderten Menschen ein. Ziel des Funktionstrainings ist der Erhalt und die Verbesserung von Funktionen sowie das Hinauszögern von Funktionsverlusten einzelner Organsysteme/Körperteile, die Schmerzlinderung, die Beweglichkeitsverbesserung und die Hilfe zur Selbsthilfe.

Funktionstraining umfasst bewegungstherapeutische Übungen, die in der Gruppe unter fachkundiger Leitung vor allem durch Physiotherapeuten/Krankengymnasten im Rahmen regelmäßig abgehaltener Übungsveranstaltungen durchgeführt werden. Daneben können Gelenkschutzmaßnahmen und die Einübung im Gebrauch technischer Hilfen und von Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens Bestandteil des Funktionstrainings sein (vgl. Kapitel 4).

Als Hilfe zur Selbsthilfe haben Rehabilitationssport und Funktionstraining zum Ziel, die eigene Verantwortlichkeit des behinderten Menschen für seine Gesundheit zu stärken und ihn zum langfristigen, selbstständigen und eigenverantwortlichen Bewegungstraining im Sinne eines angemessenen Übungsprogramms auf eigene Kosten, z.B. durch die weitere Teilnahme an Bewegungsangeboten, zu motivieren.

Weiteres zu Verordnung, Indikation und zum Leistungsumfang ergibt sich aus der o.g. Rahmenvereinbarung (siehe [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de)).

## **Selbsthilfegruppen**

In den letzten 25 Jahren haben sich in der Bundesrepublik zunehmend Selbsthilfegruppen und -organisationen etabliert. Sie sind fester Bestandteil des Hilfesystems und ermöglichen weit über den Zeitraum einer Leistung zur Teilhabe hinaus Begleitung, Unterstützung und Hilfe. Hierbei stehen vor allem der gleichberechtigte Austausch mit anderen Betroffenen und die Hilfe zur Selbsthilfe im Vordergrund. Bei Erkrankungen der Bewegungsorgane ist neben dem Gespräch mit dem betroffenen Menschen der Informations- und Erfahrungsaustausch mit professioneller Begleitung wichtig.

Große Organisationen von Selbsthilfeverbänden sind oft auch Träger von Funktionstrainings- bzw. Rehabilitationssportgruppen für Erkrankungen der Bewegungsorgane, so z.B. die Landesverbände der Rheuma-Liga, die Landesverbände der Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew oder die Osteoporose-Selbsthilfegruppen. Mit freiwilliger Unterstützung organisieren sie vor Ort Gruppen, die durch qualifizierte Übungsleiter fachlich geleitet werden. Oft sind es die Angebote im Rahmen von Funktionstraining und Rehabilitationssport, mit denen nach einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation Verbindungen zu Selbsthilfegruppen hergestellt werden. Hier können betroffene Menschen im Rahmen ihrer krankengymnastischen Übungen in der Gruppe Kontakte zu ebenfalls erkrankten Personen knüpfen und ohne die eventuell vorhandenen Berührungängste erste Einblicke in das breite Spektrum der Selbsthilfe wie z.B. Informationsveranstaltungen, Gesprächskreise, Schulungen oder gemeinsame Aktivitäten erlangen.

Über die Möglichkeiten der Selbsthilfe wird auch in allen medizinischen Rehabilitationseinrichtungen informiert. Einige Einrichtungen binden die Selbsthilfe direkt in ihr Therapieprogramm ein, z.B. sind Selbsthilfegruppenmitglieder bei dem standardisierten Schulungsprogramm für Morbus Bechterew fester Bestandteil des Schulungsteams. Andere Rehabilitationseinrichtungen laden Selbsthilfegruppen zu Vorträgen ein.

Für seltene Krankheitsbilder, z.B. Sklerodermie und Lupus erythematoses, ist eine wohnortnahe Anbindung schwieriger. Neben den Selbsthilfegruppen und deren Informationsmaterial können auch die neuen Kommunikationsmedien helfen, sich auszutauschen.

Relevante Adressen für Menschen mit Erkrankungen der Bewegungsorgane sind u.a. über NAKOS<sup>3</sup> ([www.nakos.de](http://www.nakos.de)), die Deutsche Rheuma-Liga e.V. ([www.rheuma-liga.de](http://www.rheuma-liga.de)), den Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose ([www.bfo-aktuell.de](http://www.bfo-aktuell.de)) oder die Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V. ([www.bechterew.de](http://www.bechterew.de)) zu erhalten.

### ***Weitere Nachsorgemöglichkeiten***

Während einer medizinischen Rehabilitation werden häufig auch Probleme im Zusammenhang mit der Teilhabe am Arbeitsleben (vgl. Kap. 5) und am Leben in der Gemeinschaft (vgl. Kap. 6) deutlich. Fachberater oder Sozialarbeiter informieren und beraten dann bereits in der Rehabilitationseinrichtung über geeignete Leistungsangebote. Sie vermitteln wohnortnahe Adressen zur weiteren Betreuung bei der beruflichen Weichenstellung und Wiedereingliederung. Sofern notwendig, unterstützen sie auch bei der Klärung von Zuständigkeitsfragen und bei der Antragsstellung.

Dem behandelnden (Fach-)Arzt am Wohnort kann eine besondere Rolle zukommen, wenn sich z.B. die Situation am Arbeitsplatz oder in der häuslichen Umgebung als belastend auswirkt. In Absprache mit dem betroffenen Menschen und dem Rehabilitationsträger und ggf. weiteren Beteiligten wie dem Werks- oder Betriebsarzt oder Fachberatern kann z.B. eine Überprüfung und eventuell Anpassung des Arbeitsplatzes bzw. eine Beratung bei persönlichen/familiären Problemen angeregt werden.

## **5. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden dann erbracht, wenn die Aussichten, beruflich tätig zu werden oder zu bleiben, infolge einer eingetretenen oder drohenden Behinderung nicht nur vorübergehend wesentlich gemindert und deshalb besondere Hilfen erforderlich sind. Die Leistungen reichen z.B. von der behinderungsspezifischen Ausstattung des Arbeitsplatzes bis zu umfassenden Weiterbildungsmaßnahmen. Sie sind vor allem darauf ausgerichtet, den betroffenen Menschen möglichst auf Dauer in den allgemeinen Arbeitsmarkt einzugliedern.

---

<sup>3</sup> Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen

Für die Ausführung der Leistungen gilt der Grundsatz „So normal wie möglich, so speziell wie nötig“. Vorrangig werden die Leistungen deshalb in Betrieben oder durch wohnortnahe Dienstleister / Bildungsträger ausgeführt, zu denen die regional zuständigen Stellen der Rehabilitationsträger engen Kontakt halten. Die Leistungen werden gem. § 35 SGB IX durch Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke und vergleichbare Einrichtungen ausgeführt, soweit Art oder Schwere der Behinderung oder die Sicherung des Erfolges die besonderen Hilfen dieser Einrichtungen erforderlich machen; diese Einrichtungen verfügen deshalb u.a. über begleitende medizinische und psychologische Fachdienste. Zu den vergleichbaren Einrichtungen zählen auch die Werkstätten für behinderte Menschen. Die Entscheidung trifft der zuständige Rehabilitationsträger einzelfallbezogen unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten.

Die berufliche (Re-)Integration ist oft eng gekoppelt mit der medizinischen Rehabilitation. Teilweise kann eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben auch erst einsetzen, wenn zuvor eine medizinische Leistung zur Rehabilitation - und damit z.B. eine Besserung des Gesundheitszustandes und eine der Erkrankung oder Behinderung angemessene Lebensweise - erreicht wurde. In diesen Fällen sind spezielle Leistungen bereits während der medizinischen Rehabilitation vorzubereiten und einzuleiten.

**Ziele von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind u.a.:**

- Eingliederung in Arbeit und Beschäftigung
- berufliche Neuorientierung (ggf. mit Hilfe von Weiterbildungsmaßnahmen, beruflichen Trainingsmaßnahmen o.ä.).

Diese Ziele können sich je nach Lage des Einzelfalles wie folgt darstellen:

- auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt
  - die Wiedereingliederung,
  - die Eingliederung auf einem Arbeitsplatz, ggf. bei behinderungsgerechter Gestaltung des Arbeitsplatzes,
  - der Erhalt des Arbeitsplatzes (z.B. durch begleitende Hilfen, arbeitsplatzerhaltendes Case-Management bzw. betriebliches Eingliederungsmanagement (vgl. Kap. 9.10)) oder

- die Beschäftigung auf einem anderen Arbeitsplatz (z.B. berufliche Anpassung, Weiterbildung).
- auf dem besonderen Arbeitsmarkt (z.B. in einer Werkstatt für behinderte Menschen)
- der Erhalt der Beschäftigung oder
  - die Aufnahme einer Beschäftigung.

Die individuell erforderlichen Hilfen und Leistungen sind auszurichten an

- der Eignung und Neigung des kranken und behinderten Menschen,
- der schulischen Bildung,
- der bisherigen beruflichen Tätigkeit und den Vorerfahrungen sowie
- der Art und Schwere der Behinderung einschließlich der Folge- und Begleiterkrankungen.

Für diejenigen Menschen, die über keine beruflichen Vorerfahrungen bzw. keine Berufsausbildung verfügen oder deren Berufstätigkeit so weit zurückliegt, dass nicht unmittelbar daran angeknüpft werden kann, sind ggf. berufsvorbereitende Hilfen (wie Förderungslehrgänge oder Rehabilitationsvorbereitungslehrgänge) erforderlich. Liegen keine ausreichend gesicherten Erkenntnisse vor, welche Leistungen geeignet sind, das Ziel der Teilhabe am Arbeitsleben zu erreichen, können ggf. Arbeitserprobung, Trainingsmaßnahmen oder Maßnahmen der Eignungsabklärung weiterhelfen.

Diese Angebote haben teils diagnostische, teils vorbereitende Funktionen. An ihrem Ende steht die Beurteilung des Leistungsvermögens aufgrund der praktischen Erprobung und ein Vorschlag zum weiteren Vorgehen.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können z.B. sein:

- Stellenvermittlung,
- Eingliederungshilfen,
- Leistungen am Arbeitsplatz (z.B. Arbeitsplatzumsetzung),
- berufsqualifizierende Leistungen wie Schulabschluss,

- Beschäftigungsinitiativen,
- Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie Umschulung.

Die Förderung der Eigenaktivität des betroffenen Menschen ist dabei immer ein wichtiger Bestandteil aller Leistungen zur Teilhabe.

## 5.1 Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke

Berufsbildungswerke (BBW) sind im Schwerpunkt auf berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen und Maßnahmen der Berufsausbildung für behinderte junge Menschen ausgerichtet. Sie bieten eine auf die jeweiligen Belange ausgerichtete, kontinuierliche ausbildungsbegleitende Betreuung durch Ärzte, Dipl.-Psychologen, Sonderpädagogen und andere Fachkräfte der Rehabilitation. Sie befähigen so zu einem Ausbildungsabschluss nach dem Berufsausbildungsgesetz und dadurch zur Eingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Berufsförderungswerke (BFW) sind im Schwerpunkt auf Maßnahmen der beruflichen Wiedereingliederung/Qualifizierung einschließlich Umschulung für behinderte Erwachsene ausgerichtet und dabei überregional und überbetrieblich organisiert. Die Einrichtungen verfügen neben den Ausbildungsstätten über begleitende medizinische, psychologische und soziale Dienste.<sup>4</sup>

## 5.2 Integrationsämter

Mit dem SGB IX sind die Hauptfürsorgestellen – bezogen auf ihre Leistungen aus der Ausgleichsabgabe – in Integrationsämter umbenannt worden. Die Verwendung der Ausgleichsabgabe ist in § 102 SGB IX sowie in der Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung gesetzlich festgelegt. Sie darf nur zur Förderung der Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben eingesetzt werden, einschließlich der Durchführung von Aufklärungs-, Schulungs- und Bildungsmaßnahmen. Vorrangig wird sie für die begleitende Hilfe im Arbeitsleben verwendet, mit der schwerbehinderten Menschen ein angemessener Platz im Arbeitsleben gesichert werden soll.

---

<sup>4</sup> Adressen der Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke, auch sortiert nach Ausbildungsberufen, können unter [www.rehadat.de](http://www.rehadat.de) (Informationssystem zur beruflichen Rehabilitation) eingesehen werden.

Sie soll dahin wirken, dass die schwerbehinderten Menschen in ihrer sozialen Stellung nicht absinken, auf Arbeitsplätzen beschäftigt werden, auf denen sie ihre Fähigkeiten und Kenntnisse voll verwerten und weiterentwickeln können sowie durch Leistungen der Rehabilitationsträger und Maßnahmen der Arbeitgeber befähigt werden, sich am Arbeitsplatz und im Wettbewerb mit nichtbehinderten Menschen zu behaupten. Die begleitende Hilfe im Arbeitsleben umfasst auch die nach den Umständen des Einzelfalls notwendige psychosoziale Betreuung schwerbehinderter Menschen.

Im Rahmen der begleitenden Hilfe werden sowohl Leistungen an schwerbehinderte Menschen als auch an Arbeitgeber erbracht. Bei den individuellen Leistungen an schwerbehinderte Menschen bilden technische Arbeitshilfen den größten Posten. Bei Leistungen an Arbeitgeber spielen die Schaffung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen, die behindertengerechte Einrichtung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen sowie Leistungen bei außergewöhnlichen Belastungen (Lohnkostenzuschüsse) eine zentrale Rolle.

Das Integrationsamt kann bei der Durchführung der begleitenden Hilfen im Arbeitsleben Integrationsfachdienste einschließlich psychosozialer Dienste freier gemeinnütziger Einrichtungen und Organisationen beteiligen.

Bei Menschen mit Erkrankungen des Bewegungssystems stehen persönliche Beratung und Betreuung sowie die Unterstützung der Betriebe und Dienststellen bei den innerbetrieblich eventuell erforderlichen Umgestaltungen des Arbeitsplatzes und der Arbeitsabläufe im Vordergrund.

### **5.3 Integrationsfachdienste**

Bei den Integrationsfachdiensten handelt es sich um einen noch relativ neuen „Baustein“ im institutionellen Gefüge der Einrichtungen und Dienste, deren Aufgaben im SGB IX erstmals gesetzlich geregelt worden sind (§§ 109 ff. SGB IX). Integrationsfachdienste sind Dienste Dritter, die bei der Durchführung von Leistungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen der Rehabilitationsträger und der Integrationsämter beteiligt werden. In dieser Aufgabenstellung können die Integrationsfachdienste bei entsprechender Beauftragung durch einen Rehabilitationsträger auch für behinderte Menschen tätig werden, die nicht schwerbehindert sind.

Sie wenden sich insbesondere an schwerbehinderte Menschen mit einem besonderen Bedarf an arbeitsbegleitender Betreuung. Hierzu gehören auch Menschen, deren Behinderung durch oder infolge der Erkrankung des Bewegungssystems eingetreten ist, wenn sich diese im Arbeitsleben besonders nachteilig auswirkt und die Teilhabe am Arbeitsleben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erschwert.

Die Aufgabenstellung der Integrationsfachdienste umfasst sowohl die Beratung, Unterstützung und Vermittlung schwerbehinderter Menschen als auch die Information und Beratung von Arbeitgebern.

Zu den Aufgaben gehören im Einzelnen:

- Die Fähigkeiten der zugewiesenen schwerbehinderten Menschen zu bewerten und einzuschätzen und dabei ein individuelles Fähigkeits-, Leistungs- und Interessenprofil zur Vorbereitung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu erarbeiten
- Geeignete Arbeitsplätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu erschließen
- Die schwerbehinderten Menschen auf den vorgesehenen Arbeitsplatz vorzubereiten und sie – solange erforderlich – am Arbeitsplatz oder beim Training der berufspraktischen Fähigkeiten am konkreten Arbeitsplatz zu begleiten
- Mit Zustimmung des schwerbehinderten Menschen die Mitarbeiter im Betrieb oder der Dienststelle über Art und Auswirkung der Behinderung und über entsprechende Verhaltensregeln zu informieren und zu beraten
- Eine Nachbetreuung, Krisenintervention oder psychosoziale Betreuung durchzuführen
- Als Ansprechpartner für den Arbeitgeber zur Verfügung zu stehen.

Seit dem Inkrafttreten des SGB IX sind vielerorts die früher eigenständigen Berufsbegleitenden Dienste in die Integrationsfachdienste integriert worden.

Weitere Informationen zu Integrationsämtern und Integrationsfachdiensten z.B. unter [www.integrationsaemter.de](http://www.integrationsaemter.de).

#### **5.4 Integrationsprojekte**

Integrationsprojekte sind rechtlich und wirtschaftlich selbständige Unternehmen (Integrationsunternehmen), unternehmensinterne oder von öffentlichen Arbeitgebern geführte Betriebe (Integrationsbetriebe) oder Abteilungen (Integrationsabteilungen)

zur Beschäftigung schwerbehinderter Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, deren Teilhabe an einer sonstigen Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf Grund von Art und Schwere der Behinderung oder wegen sonstiger Umstände voraussichtlich trotz Ausschöpfens aller Fördermöglichkeiten auf besondere Schwierigkeiten stößt.

Integrationsprojekte sind Angebote für schwerbehinderte Menschen, die prinzipiell dem allgemeinen Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen, aber trotzdem keinen Arbeitsplatz finden. Die Arbeitsbedingungen sind hinsichtlich der Arbeitszeit, des Arbeitsklimas und der Arbeitsorganisation so gestaltet, dass sie den spezifischen Bedürfnissen des Personenkreises entsprechen.

Integrationsprojekte bieten Arbeitsplätze des allgemeinen Arbeitsmarktes, die sich im Wesentlichen über die am Markt erzielten Erlöse für erbrachte Dienstleistungen oder produzierte Waren finanzieren. Daneben kommen Förderungen durch die Integrationsämter in Betracht für Investitionskosten, Ausgleichszahlungen bei verminderter Leistungsfähigkeit der behinderten Menschen und den Betreuungsaufwand.

Wesentliche Voraussetzung für die Aufnahme einer Beschäftigung in einem Integrationsprojekt ist die Fähigkeit des betroffenen Menschen, mit seiner Arbeit einen gewissen Mindestlohn zu erwirtschaften, da diese Firmen marktorientiert und wirtschaftlich arbeiten müssen. Die Bezahlung orientiert sich an den in der jeweiligen Branche üblichen Tariflöhnen. Insgesamt hat sich ein breites Spektrum von Firmen mit vielfältigen Arbeitsangeboten entwickelt.

## 5.5 Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)

Werkstätten für behinderte Menschen sind Einrichtungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben. Für Menschen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können, ermöglichen sie

- eine angemessene berufliche Bildung und eine Beschäftigung zu einem ihrer Leistung angemessenen Arbeitsentgelt aus dem Arbeitsergebnis und
- die Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu entwickeln, zu erhöhen oder wiederzugewinnen und dabei die Persönlichkeit weiterzuentwickeln.

Die Werkstätten führen Eingangsverfahren und Maßnahmen im Berufsbildungsbereich durch und bieten Beschäftigungen. In der Regel verfügen sie über ein breites Angebot unterschiedlicher Arbeitsmöglichkeiten und Arbeitsplätze - auch ausgelagert in Betriebe - sowie über Gelegenheiten zur Ausübung einer geeigneten Tätigkeit.

Die Leistungen im Eingangsverfahren dienen zur Feststellung, ob die Werkstatt die geeignete Einrichtung für die Teilhabe des behinderten Menschen am Arbeitsleben ist und welche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für den behinderten Menschen in Betracht kommen sowie zur Erstellung eines Eingliederungsplans.

Die Leistungen im Berufsbildungsbereich werden erbracht, wenn die Leistungen erforderlich sind, um die Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit des behinderten Menschen so weit wie möglich zu entwickeln, zu verbessern oder wiederherzustellen, und wenn erwartet werden kann, dass der behinderte Mensch nach Teilnahme an diesen Leistungen in der Lage ist, wenigstens ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen.

Weitere Informationen z.B. unter [www.bagwfbm.de](http://www.bagwfbm.de).

## **6. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft**

Als Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft werden nach § 55 SGB IX die Leistungen erbracht, die den behinderten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglichen oder sichern oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen und die nicht als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen erbracht werden.

Zu den Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach § 55 SGB IX i.V.m. § 54 Abs. 1 Satz 1 SGB XII zählen:

- Versorgung mit anderen als den in § 31 SGB IX genannten Hilfsmitteln oder den in § 33 SGB IX genannten Hilfen,
- heilpädagogische Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind,
- Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, die erforderlich und geeignet sind, behinderte Menschen die für sie erreichbare Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen,

- Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt. Bedürfen hörbehinderte Menschen oder behinderte Menschen mit besonders starker Beeinträchtigung der Sprachfähigkeit auf Grund ihrer Behinderung zur Verständigung mit der Umwelt aus besonderem Anlass der Hilfe Anderer, werden ihnen die erforderlichen Hilfen zur Verfügung gestellt oder angemessene Aufwendungen hierfür erstattet (§ 57 SGB IX),
- Hilfen bei der Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen der behinderten Menschen entspricht,
- Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten,
- Hilfen zur Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben und
- die Bereitstellung von Hilfsmitteln, die der Unterrichtung über das Zeitgeschehen oder über kulturelle Ereignisse dienen, wenn wegen Art oder Schwere der Behinderung anders eine Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nicht oder nur unzureichend möglich ist (§ 58 SGB IX).

## **7. Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets**

Auf Antrag können Leistungen zur Teilhabe auch durch ein Persönliches Budget ausgeführt werden. Damit wird der Leistungsberechtigte nicht mehr in erster Linie mit Sachleistungen versorgt, sondern erhält deren Gegenwert als Geldleistung ausbezahlt, um damit selbst Leistungen zur Deckung seiner Bedarfe einzukaufen und so in eigener Verantwortung ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen zu können. Die Entscheidungen darüber, welche Leistungen wann, wie, wo und durch wen erbracht werden, können dabei sein Recht auf Selbstbestimmung und damit seine Wunsch- und Wahlrechte stärken und die herkömmlichen, von stationären Angeboten geprägten Versorgungsstrukturen verändern.

Das Persönliche Budget wird von den beteiligten Leistungsträgern (u.a. Kranken-, Renten- und Unfallversicherung, Bundesagentur für Arbeit, Sozial- und Jugendhilfe, Pflegeversicherung und Integrationsämter) trägerübergreifend als Komplexleistung erbracht. Budgetfähige Leistungen sind neben den Leistungen des SGB IX auch alle Sozialleistungen, die sich auf alltägliche und regelmäßig wiederkehrende Bedarfe beziehen und als Geldleistungen oder durch Gutscheine erbracht werden können.

Für einen Menschen mit rheumatischen Krankheiten können auf seinen Antrag hin z.B. Leistungen wie eine ambulante Leistung zur medizinischen Rehabilitation, Funktionstraining oder die Kosten einer Arbeitsassistenz und/oder technische Ar-

beitshilfen in Form eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets erbracht werden.

Seit dem 01. Juli 2004 besteht bundesweit und bei allen Trägern diese Möglichkeit, die bis zum 31. Dezember 2007 noch als Ermessensleistung ausgestaltet ist. In dieser Zeit sollen insbesondere modellhaft Verfahren zur Bemessung von budgetfähigen Leistungen in Geld und die Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen unter wissenschaftlicher Begleitung und Auswertung erprobt werden. Ab dem 01.01.2008 besteht ein Rechtsanspruch auf Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets.

Für die praktische Umsetzung wurden auf Ebene der BAR „Vorläufige Handlungsempfehlungen – Trägerübergreifende Aspekte bei der Ausführung von Leistungen durch ein Persönliches Budget vom 01. November 2004“ erarbeitet ([www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de)).

## 8. Verfahren zur Einleitung von Leistungen zur Teilhabe

### Auskunft und Beratung

Die Rehabilitationsträger und ihre **Gemeinsamen Servicestellen** stehen allen Menschen, die Leistungen zur Teilhabe beantragen möchten, als Anlaufstelle zur Verfügung. Sie informieren, beraten und unterstützen, wenn es um Sozialleistungen und die dafür zuständigen Träger und Stellen geht.

Niedergelassene Ärzte, Betriebs- und Werkärzte können ebenso wie Ärzte und Sozialdienste in Krankenhäusern (z.B. bei Erfordernis einer Anschlussrehabilitation) erste Schritte hin zu einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation einleiten. Für Beratungen stehen viele Selbsthilfegruppen zur Verfügung.

### Antragstellung und Einleitung von Leistungen

Grundsätzlich ist bei allen Leistungen zur Teilhabe ein Antrag des betroffenen Menschen oder des gesetzlichen Betreuers erforderlich. Bei minderjährigen und noch nicht handlungsfähigen Personen (vor Vollendung des 15. Lebensjahres) ist der Antrag vom gesetzlichen Vertreter zu stellen.

Die Bundesagentur für Arbeit kann einen Arbeitslosengeldbezieher, bei dem sie eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vermutet, nach § 125 Abs. 2 SGB III zur Antragstellung auf Leistungen zur Teilhabe beim zuständigen Rentenversicherungsträger auffordern. Auch die gesetzliche Krankenversicherung hat gem. § 51 Abs. 1 SGB V die Möglichkeit, Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, zur Antragstellung auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben aufzufordern. Wird der Aufforderung zur Antragstellung nicht nachgekommen, kann das Arbeitslosengeld bzw. das Krankengeld versagt werden.

Jeder Rehabilitationsträger, bei dem Sozialleistungen wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung oder einer drohenden Behinderung beantragt oder erbracht werden, ist verpflichtet zu prüfen, ob Leistungen zur Teilhabe voraussichtlich erfolgreich sind (vgl. § 8 SGB IX). Dies gilt auch, wenn dadurch Pflegebedürftigkeit vermieden, überwunden, vermindert oder deren Verschlimmerung verhütet werden kann.

Im SGB I sind die grundsätzlichen Mitwirkungspflichten des Antragstellers genannt. Dazu gehören auch Teilnahme und Inanspruchnahme einer Heilbehandlung nach § 63 SGB I bzw. auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 64 SGB I.

Anträge nehmen die Rehabilitationsträger direkt oder ihre Gemeinsamen Servicestellen auf. Darüber hinaus können Anträge auf Sozialleistungen, und hierzu gehören die Anträge auf Leistungen zur Teilhabe, von allen Gemeinden (und bei Personen, die sich im Ausland aufhalten, auch von den amtlichen Vertretungen der Bundesrepublik Deutschland im Ausland) entgegengenommen werden (§ 16 SGB I).

Wird ein Antrag auf Leistungen zur Teilhabe bei einem unzuständigen Rehabilitationsträger gestellt, hat dieser den Antrag innerhalb von 14 Tagen an den zuständigen Rehabilitationsträger weiterzuleiten (§ 14 SGB IX). Nach Ablauf der 14-Tagefrist oder wenn der Antrag bereits einmal weitergeleitet wurde, muss der Rehabilitationsträger, auch wenn er dem Grunde nach nicht zuständig ist, selbst über den Antrag entscheiden, es sei denn, bei der beantragten Leistung handelt es sich nicht um eine Leistung seines Leistungskataloges (wenn z.B. ein Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei der Bundesagentur für Arbeit eingereicht wurde).

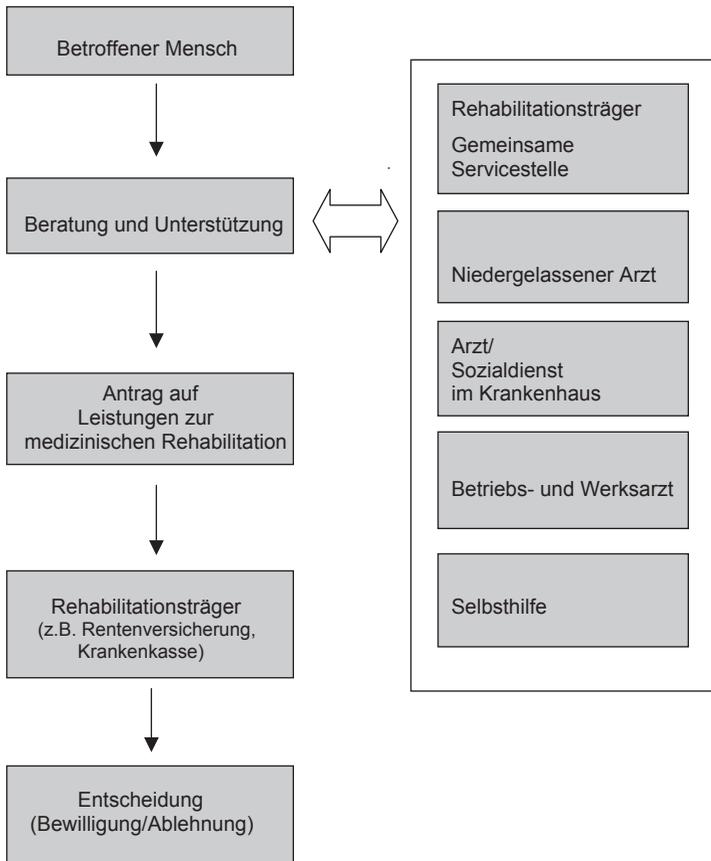
Grundsätzlich muss die Entscheidung über den Antrag innerhalb von drei Wochen nach Eingang beim erstangegangenen bzw. bei Weiterleitung nach Eingang beim zweitangegangenen Träger erfolgen. Ist für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten erforderlich, wird die Entscheidung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen.

Als Antragsunterlagen werden benötigt:

- Rehabilitationsantrag des betroffenen Menschen
- ärztlicher Befundbericht und/oder ärztliches Gutachten
- evtl. sozialmedizinisches Gutachten (wird durch den jeweiligen Sozialleistungsträger eingeholt).

Bei einer notwendigen Eileinweisung, die sich evtl. im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung oder bei längerer Arbeitsunfähigkeit herausstellt, können ggf. besondere mit den Kranken- oder Rentenversicherungsträgern abgesprochene Verfahren genutzt werden. Im Fall einer Krankenhausbehandlung sollte z.B. der Krankenhaussozialdienst Kontakt mit dem zuständigen Rehabilitationsträger aufnehmen und das weitere Verfahren abstimmen.

Mit der Abb. Nr. 5 wird das Antragsverfahren für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation dargestellt.



**Abb. 5:** Antragsverfahren für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Menschen mit Erkrankungen der Bewegungsorgane

## 9. Sozialrechtliche Anspruchsgrundlagen

Mit dem SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – wurden die Rechtsvorschriften zur Rehabilitation und Eingliederung behinderter Menschen zusammengefasst, die Träger der Sozialhilfe und der öffentlichen Jugendhilfe in den Kreis der Rehabilitationsträger einbezogen und der Katalog der zu erbringenden Leistungen in den vier Leistungsgruppen (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen sowie Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft) weitgehend harmonisiert. So gelten die Vorschriften des SGB IX für die Leistungen zur Teilhabe, die nachstehend dargestellt werden, für alle Rehabilitationsträger, soweit sich aus den für die jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt (*auf die zu berücksichtigenden Besonderheiten wird in der Darstellung zu den verschiedenen Rehabilitationsträgern ab Kapitel 9.3 jeweils hingewiesen*). Die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe richten sich nach den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen.

Für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen kommen als Träger für Leistungen zur Teilhabe die gesetzlichen Krankenkassen, die gesetzlichen Rentenversicherungsträger, die Alterssicherung der Landwirte, die gesetzlichen Unfallversicherungsträger, die Sozialhilfeträger, die Träger der Jugendhilfe und die Bundesagentur für Arbeit, je nach Zielsetzung und Inhalt der einzelnen Leistungen und den Anspruchsvoraussetzungen, in Betracht.

Weitere Leistungen können nach dem sozialen Entschädigungsrecht (Bundesversorgungsgesetz - BVG - und das BVG für anwendbar erklärende Gesetze) erbracht werden.

Unabhängig oder in Verbindung mit den Leistungen zur Teilhabe der vorgenannten Rehabilitationsträger können

- Leistungen der Krankenbehandlung, bei der gem. § 27 SGB IX ebenfalls die Ziele des § 26 Abs. 1 SGB IX zu beachten sind,
- Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI),
- Hilfen nach dem Schwerbehindertenrecht (SGB IX Teil 2),
- Leistungen der Eingliederungshilfe (§ 54 SGB XII) und
- Hilfe zur Pflege nach § 61 SGB XII

in Betracht kommen.

Bei der Erbringung von Leistungen sind zum einen die Zuständigkeiten der einzelnen Leistungsträger, zum anderen die Erfüllung der jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen im Einzelfall zu beachten.

## 9.1 Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX (Teil 1)

Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen (Übersicht)			
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen zur Teilhabe
<p>Insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden</li> <li>– Arznei- und Verbandmittel</li> <li>– Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie</li> <li>– Hilfsmittel (Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel)</li> <li>– Belastungserprobung und Arbeitstherapie</li> <li>– medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen</li> <li>– Früherkennung und Frühförderung</li> <li>– stufenweise Wiedereingliederung</li> <li>– Förderung der Selbsthilfe</li> </ul> <p>Die Leistungen der medizinischen Rehabilitation werden in ambulanter oder stationärer Form erbracht.</p>	<p>Insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, einschließlich Leistungen zur Beratung und Vermittlung, Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen</li> <li>– Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung</li> <li>– berufliche Anpassung und Weiterbildung, auch soweit die Leistungen einen zur Teilnahme erforderlichen schulischen Abschluss einschließen</li> <li>– berufliche Ausbildung, auch soweit die Leistungen in einem zeitlich nicht überwiegenden Abschnitt schulisch durchgeführt werden</li> <li>– Überbrückungsgeld</li> <li>– sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, um behinderten Menschen eine angemessene und geeignete Beschäftigung oder eine selbstständige Tätigkeit zu ermöglichen und zu erhalten</li> <li>– medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen</li> <li>– Kraftfahrzeughilfe</li> <li>– Arbeitsassistenten</li> <li>– Ausbildungszuschüsse zur betrieblichen Ausführung von Bildungsleistungen</li> <li>– Eingliederungszuschüsse</li> <li>– Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb</li> <li>– teilweise oder volle Kostenerstattung für eine befristete Probebeschäftigung</li> <li>– Leistungen im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen</li> </ul>	<p>Insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Hilfsmittel und Hilfen, die nicht in den §§ 31, 33 SGB IX genannt sind</li> <li>– heilpädagogische Leistungen</li> <li>– Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten</li> <li>– Hilfen zur Verständigung mit der Umwelt</li> <li>– Hilfen bei der Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer Wohnung</li> <li>– Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten</li> <li>– Hilfen zur Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben</li> <li>– weitere Leistungen der Eingliederungshilfe</li> </ul>	<p>Insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Krankengeld, Übergangsgeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld</li> <li>– Beiträge und Beitragszuschüsse zur gesetzlichen Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung sowie zur Bundesagentur für Arbeit</li> <li>– Rehabilitationssport in Gruppen einschließlich Übungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen, die der Stärkung des Selbstbewusstseins dienen</li> <li>– Funktionstraining in Gruppen</li> <li>– Fahr- und andere Reisekosten</li> <li>– Betriebs- oder Haushalts-hilfe, Kinderbetreuungskosten</li> </ul> <p>Für sonstige Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung vgl. Kapitel 9.4.3.</p>

Quelle: BAR-Wegweiser Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

Die **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation** sind in den §§ 26 ff SGB IX geregelt.

Die **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben** sind in § 33 SGB IX aufgeführt. Darüber hinaus regeln die §§ 34 – 38 SGB IX Näheres zu möglichen Leistungen an den Arbeitgeber (§ 34), zu Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation (§ 35), zur Rechtsstellung der Teilnehmenden (§ 36), zur Dauer von Leistungen (§ 37) und zur Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit (§ 38).

Die **Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft** und ihre Zielsetzung sind in §§ 55 ff. SGB IX genannt.

Die **unterhaltssichernden und andere ergänzende Leistungen zur Teilhabe** sind in §§ 44 ff. SGB IX verankert.

Als unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe werden unter bestimmten Voraussetzungen

- Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld, Ausbildungsgeld oder Unterhaltshilfe (s. § 45 SGB IX),
- Beiträge zu den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung und Beitragszuschüsse,
- ärztlich verordneter Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung, einschließlich Übungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen, die der Stärkung des Selbstbewusstseins dienen,
- ärztlich verordnetes Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung,
- Reisekosten (§ 53 SGB IX),
- Betriebs\* - oder Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten (§ 54 SGB IX)

erbracht.

---

\* (Betriebshilfe wird nur von der landwirtschaftlichen Sozialversicherung erbracht)

## 9.2 Rehabilitationsträger und Leistungszuständigkeiten im Überblick

Folgende Träger der Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsträger) sind für die einzelnen Leistungsgruppen zuständig:

Rehabilitationsträger	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
Gesetzliche Krankenkassen	X		
Bundesagentur für Arbeit		X	
Gesetzliche Unfallversicherung	X	X	X
Gesetzliche Rentenversicherung	X	X	
Alterssicherung der Landwirte	X		
Träger der Kriegsopferversorgung und der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden	X	X	X
Träger der öffentlichen Jugendhilfe	X	X	X
Träger der Sozialhilfe	X	X	X

Quelle: Wegweiser Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

### 9.3 Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)

#### 9.3.1 Rechtliche Grundlagen der Leistungserbringung

Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ist im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) festgeschrieben. Nach § 27 SGB V haben Versicherte einen Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn diese notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst:

1. ärztliche Behandlung
2. zahnärztliche Behandlung
3. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln
4. häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe
5. Krankenhausbehandlung
6. medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie.

Bei der Ausgestaltung der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen behinderter Menschen Rechnung zu tragen, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation.

Nach § 20 Abs. 4 SGB V sollen die Krankenkassen Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen fördern, die sich die Prävention oder Rehabilitation von Versicherten für bestimmte Krankheiten zum Ziel gesetzt haben.

Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten können nach § 23 Abs. 2 SGB V erbracht werden, wenn eine ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln nicht ausreicht, um

1. eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
2. einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken,
3. Krankheiten zu verhüten und deren Verschlimmerung zu vermeiden oder
4. Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Rehabilitationssport und Funktionstraining werden als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation gemäß § 43 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 44 SGB IX erbracht.

Nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V können die Krankenkassen wirksame und effiziente Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke erbringen; Angehörige und ständige Betreuungspersonen sind einzubeziehen, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

### 9.3.2 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche Rehabilitationsleistungen erbringen (§§ 11, 40 und 41 SGB V).

Die Leistung zur medizinischen Rehabilitation wird ambulant und/oder stationär durchgeführt. Die Entscheidung, ob Rehabilitationsleistungen ambulant oder stationär durchzuführen sind, trifft die Krankenkasse aufgrund der medizinischen Notwendigkeit. Leistungen der Rehabilitation, die mit gleicher Erfolgsaussicht sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden können, werden grundsätzlich ambulant durchgeführt. Bei der Beurteilung sind sozialmedizinische und wirtschaftliche Gesichtspunkte zu beachten. Hierbei werden auch die Wünsche des Versicherten, soweit angemessen, berücksichtigt.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können für die gesetzliche Krankenversicherung nur von Einrichtungen erbracht werden, mit denen die Krankenkassen Versorgungsverträge nach § 111 SGB V bzw. § 111 a SGB V abgeschlossen haben bzw. die für die ambulante Rehabilitation zugelassen sind.

Außerdem können die Krankenkassen ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 43 SGB V) erbringen, die unter Berücksichtigung von Art und Schwere der Behinderung erforderlich sind, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern. Hierzu gehören nicht Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

## 9.4 Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) einschließlich der Alterssicherung der Landwirte (ALG)

Leistungen zur Teilhabe in der gesetzlichen Rentenversicherung haben das Ziel, den Auswirkungen einer Krankheit oder Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch den Versicherten in das Erwerbsleben einzugliedern. Damit soll nicht zuletzt die Erbringung von Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit vermieden oder zumindest hinausgeschoben werden.

Für die Alterssicherung der Landwirte gelten die nachfolgenden Ausführungen entsprechend, soweit nichts anderes bestimmt ist.

Für Leistungen zur Teilhabe haben Versicherte die persönlichen Voraussetzungen und die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach §§ 10, 11 SGB VI zu erfüllen (Besonderheiten für Versicherte im Bergbau vgl. § 10 Abs. 2 SGB VI). Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation reichen z.B. 6 Monate mit Pflichtbeiträgen aus einer versicherten Beschäftigung oder Tätigkeit in den letzten 2 Jahren vor Antragstellung aus (Einzelheiten vgl. § 11 SGB VI, siehe Gesetzestext unter [www.bmas.bund.de](http://www.bmas.bund.de)).

Für die sozialmedizinische Begutachtung sind nicht die klassifizierenden Diagnosen maßgebend, sondern der Umfang der Behinderung sowie deren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben.

Für Leistungen zur Teilhabe der gesetzlichen Rentenversicherung ist zu beachten, dass eine überwiegende Wahrscheinlichkeit gegeben sein muss, dass der Rehabilitationserfolg im Sinne einer wesentlichen Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit eintreten wird.

### 9.4.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die gesetzliche Rentenversicherung erbringt gemäß § 15 SGB VI im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Leistungen nach den §§ 26 – 31 SGB IX, ausgenommen hiervon sind medizinische Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder nach § 26 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX und § 30 SGB IX.

#### **9.4.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**

Die gesetzliche Rentenversicherung erbringt Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 16 SGB VI i.V.m. §§ 33 – 38 SGB IX sowie im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen nach §§ 39 und 40 SGB IX.

Ziel ist, die Erwerbsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern.

Bei der Auswahl der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden Eignung, Neigung, bisherige Tätigkeit sowie Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt angemessen berücksichtigt.

Die Leistungen umfassen auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese im Einzelfall erforderlich sind, um die Rehabilitationsziele zu erreichen oder zu sichern und Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten (§ 33 Abs. 6 SGB IX).

Die Alterssicherung der Landwirte kann keine Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbringen.

#### **9.4.3 Sonstige Leistungen**

Die Rentenversicherungsträger können darüber hinaus sonstige Leistungen zur Teilhabe nach § 31 SGB VI erbringen. Dies sind u.a. Leistungen zur Eingliederung von Versicherten in das Erwerbsleben, nachgehende Leistungen zur Sicherung des Erfolges von Leistungen zur Teilhabe, Leistungen zur onkologischen Rehabilitation und Kinderrehabilitation. Derartige Leistungen setzen voraus, dass die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Sie werden außerdem nur aufgrund gemeinsamer Richtlinien der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung erbracht, die im Benehmen mit dem zuständigen Ministerium erlassen werden.

## 9.5 Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII)

Die Leistungspflicht der gesetzlichen Unfallversicherung setzt einen Ursachenzusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und dem Unfall voraus. Nach dem in der gesetzlichen Unfallversicherung geltenden Kausalitätsprinzip genügt nicht ein irgendwie gearteter bloßer Zusammenhang, vielmehr ist es erforderlich, dass die versicherte Tätigkeit den Unfall wesentlich mitbedingt hat.

Das in der gesetzlichen Unfallversicherung geltende Kausalitätsprinzip hat auch für die Entschädigungspflicht eine wesentliche Bedeutung: Entschädigt werden die Gesundheitsstörungen, die im ursächlichen Zusammenhang mit dem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit stehen.

Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sind die Berufsgenossenschaften sowie die Unfallkassen und Gemeindeunfallversicherungsverbände. Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Unfallverletzter entsprechen im Wesentlichen denen der gesetzlichen Krankenversicherung und der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung zur Teilhabe sind detailliert in den §§ 27 bis 43 SGB VII wie folgt geregelt:

- §§ 27 bis 34 SGB VII Heilbehandlung
- §§ 35 bis 38 SGB VII Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- §§ 39 bis 43 SGB VII Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und ergänzende Leistungen.

## 9.6 Bundesagentur für Arbeit (SGB III)

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die Bundesagentur für Arbeit haben das Ziel, den Versicherten in das Erwerbsleben einzugliedern.

Die Bundesagentur für Arbeit kann gemäß § 97 SGB III Leistungen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben erbringen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung erforderlich sind, um die Erwerbsfähigkeit behinderter Menschen zu erhalten, zu bessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern. Dabei sind Eignung, Neigung und bisherige Tätigkeit sowie Lage und Entwicklung des Arbeitsmarktes angemessen zu berücksichtigen. Soweit es erforderlich ist, schließt das Verfahren zur Auswahl der Leistungen eine Abklärung der beruflichen Eignung oder eine Arbeitserprobung ein.

Die Bundesagentur für Arbeit tritt mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nur dann ein, wenn kein anderer Träger für die Erbringung entsprechender Leistungen zuständig ist.

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen die allgemeinen Leistungen (§§ 100 f. SGB III) und die besonderen Leistungen (§§ 102 f. SGB III), die nur dann erbracht werden, soweit eine berufliche Eingliederung nicht durch die allgemeinen Leistungen erreicht werden kann (§ 98 SGB III).

Bestandteil der Leistungen sind auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen gem. § 33 Abs. 6 SGB IX.

Besondere Einrichtungen für behinderte Menschen sind Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke und vergleichbare Einrichtungen (z.B. Berufliche Trainingszentren, Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation und Werkstätten für behinderte Menschen).

Letztere stehen behinderten Menschen zur Verfügung, die wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können (§ 136 SGB IX).

## **9.7 Sozialhilfe (SGB XII)**

Nach § 8 SGB XII umfasst die Sozialhilfe:

1. Hilfe zum Lebensunterhalt
2. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
3. Hilfen zur Gesundheit
4. Eingliederungshilfe für behinderte Menschen
5. Hilfe zur Pflege
6. Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten
7. Hilfe in anderen Lebenslagen

sowie die jeweils gebotene Beratung und Unterstützung.

Die Leistung soll den Leistungsberechtigten so weit wie möglich befähigen, unabhängig von ihr zu leben; hierauf hat auch der Leistungsberechtigte nach seinen Kräften hinarbeiten (§ 1 Satz 2 SGB XII).

### 9.7.1 Rechtliche Grundlagen der Leistungserbringung

Nach § 2 SGB XII werden Leistungen der Sozialhilfe nur nachrangig erbracht. Bestehen Ansprüche auf Leistungen zur Teilhabe oder andere Leistungen gegen andere Sozialleistungsträger, insbesondere gegen die Sozialversicherungsträger, so müssen diese in Anspruch genommen werden. Auch gehen Soll- und Kann-Leistungen anderer Leistungsträger den Leistungen im Rahmen der Sozialhilfe vor.

Bestehen solche Ansprüche nicht, können die erforderlichen Hilfen dann vom Sozialhilfeträger in Anspruch genommen werden, wenn der Leistungsberechtigte oder seine unterhaltspflichtigen Angehörigen (Ehegatten, Kinder, Eltern) nicht über hinreichendes Einkommen und Vermögen verfügen, um die notwendige Hilfe in zumutbarer Weise selbst finanzieren zu können. Bezüglich der sozialhilferechtlichen Vorschriften über den Einsatz von Einkommen und Vermögen bei Hilfen zur Gesundheit, der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, Hilfe zur Pflege, Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten und Hilfen in anderen Lebenslagen gelten die Sonderregelungen nach §§ 85 – 89 und 92 SGB XII.

So sind dem behinderten Menschen sowie seinem nicht getrennt lebenden Ehegatten bzw. Lebenspartner u.a. bei

- Leistungen der medizinischen Rehabilitation (§ 26 SGB IX),
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 33 SGB IX) und
- Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen nach § 41 SGB IX und in vergleichbaren sonstigen Beschäftigungsstätten (§ 56 SGB XII)

nur die Aufbringung der Kosten des Lebensunterhalts zuzumuten (§ 92 Abs. 2 SGB XII). Bei den vorstehend genannten Leistungen erfolgt also weder eine Bedürftigkeitsprüfung noch eine Heranziehung zu deren Kosten. Die jeweils aktuellen Regelsätze sind der Regelsatzverordnung unter [www.bmas.bund.de](http://www.bmas.bund.de) zu entnehmen. Sozialhilferechtlich gelten nicht nur Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen, sondern auch Wohn- und Pflegeheime als stationäre Einrichtungen;

teilstationäre Einrichtungen sind neben Tages- und Nachtkliniken auch Werkstätten für behinderte Menschen und viele Tagesstätten für psychisch kranke und behinderte Menschen.

Die Leistungen der Sozialhilfe richten sich nach den Besonderheiten des Einzelfalles, insbesondere nach der Art des Bedarfs, den örtlichen Verhältnissen und den Kräften und Mitteln der Person oder des Haushalts (§ 9 Abs. 1 SGB XII). Formen der Sozialhilfe sind persönliche Hilfe, Geldleistung oder Sachleistung (§ 8 SGB XII).

Wünschen der Leistungsberechtigten soll entsprochen werden, wenn sie angemessen und nicht mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden sind. Im Übrigen sollen Wünschen nach teilstationärer oder stationärer Deckung des Bedarfs nur bei Erfordernis entsprochen werden (§ 9 Abs. 2 SGB XII).

### **9.7.2 Hilfen nach den Kapiteln 5 – 9 des SGB XII**

- ***Hilfen zur Gesundheit***

Zur Erkennung, Heilung, Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit oder zur Linderung von Krankheitsbeschwerden werden Leistungen zur Krankenbehandlung entsprechend den Vorschriften über die gesetzliche Krankenversicherung erbracht (§ 48 SGB XII).

- ***Eingliederungshilfe für behinderte Menschen***

Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es insbesondere, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie soweit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen (§ 53 Abs. 3 SGB XII).

Die einzelnen Leistungen der Eingliederungshilfe sind in § 54 SGB XII aufgeführt und umfassen neben den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 26 SGB IX), den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 33 SGB IX), den Leistungen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten für behinderte Menschen (§ 41 SGB IX) und den Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 55 SGB IX) weitere trägerspezifische Leistungen.

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben entsprechen jeweils den Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der Bundesagentur für Arbeit.

- **Hilfe zur Pflege**

Sofern Pflegebedürftigkeit besteht, wird Hilfe zur Pflege nach den §§ 61 ff SGB XII geleistet, soweit diese nicht bereits Bestandteil einer Maßnahme der Kranken- oder der Eingliederungshilfe ist. Die Regelungen der Hilfe zur Pflege entsprechen grundsätzlich denen des SGB XI, dies betrifft insbesondere die Definition der Pflegebedürftigkeit und des Hilfebedarfs sowie die Höhe des Pflegegeldes.

Zu den wichtigen Unterschieden gehört, dass Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII - soweit sie notwendig und nach Art und Umfang angemessen ist - auch dann geleistet wird, wenn der Hilfebedarf

- voraussichtlich weniger als sechs Monate besteht
- geringer ist als der für die Zuordnung zur Pflegestufe I nach dem SGB XI
- für andere als die im SGB XI (bzw. § 61 Abs. 5 SGB XII) genannten Verrichtungen besteht.

## 9.8 Öffentliche Jugendhilfe (SGB VIII)

Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe erbringen für psychisch behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sowie weitere Leistungen der Eingliederungshilfe.

Leistungen der öffentlichen Jugendhilfe unterliegen wie auch die Leistungen nach dem SGB XII dem Grundsatz des Nachrangs: Sie werden nur erbracht, wenn für die Leistungen kein anderer Träger zuständig ist. Außerdem sind auch hier etwaige Verpflichtungen von unterhaltspflichtigen Angehörigen zu berücksichtigen.

Gemäß § 35 a Abs. 3 SGB VIII richten sich Aufgabe und Ziel der Hilfe, die Bestimmung des Personenkreises sowie die Art der Leistungen nach § 53 Abs. 3 und 4 Satz 1 und den §§ 54, 56 und 57 des SGB XII, soweit diese Bestimmungen auch

auf seelisch behinderte oder von Behinderung bedrohte Personen Anwendung finden.

Kinder und Jugendliche haben einen Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe, wenn ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist (§ 35 a Abs. 1 SGB VIII).

Die Hilfe wird nach dem Bedarf im Einzelfall in unterschiedlicher Form erbracht (§ 35 a Abs. 2 SGB VIII).

Leistungen nach dem SGB VIII gehen den Leistungen nach dem SGB XII vor.

## **9.9 Soziale Pflegeversicherung (SGB XI)**

Die Pflegeversicherung hat die Aufgabe, Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind (§ 1 SGB XI). Die Pflegeversicherung gehört nicht zum Kreis der Rehabilitationsträger und umfasst keine Leistungen zur Rehabilitation. Vielmehr haben Leistungen zur Rehabilitation durch die anderen Leistungsträger ausdrücklich Vorrang vor Leistungen der Pflegeversicherung (§ 5 SGB XI). Gleichwohl liegt ihr auch eine im fachlichen Sinne rehabilitative Zielorientierung zugrunde, indem die Hilfen darauf auszurichten sind, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten (§ 2 Abs. 1 SGB XI).

### **9.9.1 Leistungsvoraussetzungen**

Für Leistungen der Pflegeversicherung müssen persönliche (§§ 14, 15 SGB XI) und versicherungsrechtliche (§ 33 SGB XI) Voraussetzungen erfüllt sein.

Pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen (§ 14 Abs. 1 SGB XI).

Die bei der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu berücksichtigenden gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen sind im Gesetz abschließend aufgezählt und umfassen die Bereiche Körperpflege, Ernährung und Mobilität (Bedarf an Grundpflege) sowie den Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung (§ 14 Abs. 4 SGB XI). Bei diesen Verrichtungen muss ein Hilfebedarf in Form von Beaufsichtigung, Anleitung, teilweiser oder vollständiger Übernahme bestehen.

### 9.9.2 Leistungen der Pflegeversicherung

Für die Erbringung von Leistungen der Pflegeversicherung ist die Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen (erhebliche Pflegebedürftigkeit, Schwerpflegebedürftigkeit, Schwerstpflegebedürftigkeit (§ 15 SGB XI) erforderlich.

Die Leistungen der Pflegeversicherung umfassen nach § 28 SGB XI Pflegesachleistungen, Pflegegeld, Kombinationsleistungen, Verhinderungspflege, Pflegehilfsmittel und technischen Hilfen, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, vollstationäre Pflege, Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen, Pflegekurse und Leistungen des Persönlichen Budgets.

Die Leistungen der Pflegeversicherung stellen eine Teilabsicherung dar und sind im Wesentlichen in Abhängigkeit von der Pflegestufe budgetiert.

### 9.10 Schwerbehindertenrecht (SGB IX Teil 2)

Das Schwerbehindertenrecht (SGB IX Teil 2 – Besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen) bietet – unabhängig von Leistungen zur Teilhabe – Hilfen und Nachteilsausgleiche insbesondere im Arbeitsleben.

Schwerbehinderte sind Personen, bei denen nicht nur vorübergehend Funktionseinschränkungen bestehen und bei denen ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 vorliegt (§ 2 Abs. 2 SGB IX). Beträgt der GdB mindestens 30, kann bei der Agentur für Arbeit die Gleichstellung mit schwerbehinderten Menschen beantragt werden, wenn anders kein geeigneter Arbeitsplatz erlangt oder behalten werden kann (§ 2 Abs. 3 SGB IX).

- **Leistungsvoraussetzungen**

Voraussetzung für Leistungen nach dem Schwerbehindertenrecht ist die Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft durch das Versorgungsamt. In der Regel erfolgt der Nachweis der Schwerbehinderteneigenschaft durch den Schwerbehindertenausweis.

Die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft erfolgt im Rahmen eines ärztlichen Begutachtungsverfahrens anhand der „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht“.

- **Hilfen und Nachteilsausgleiche**

Das Schwerbehindertenrecht regelt als Schutzgesetz das Verhältnis zwischen Arbeitgeber und schwerbehindertem Arbeitnehmer. Es enthält dabei allgemeine Regelungen, z.B. zur Verpflichtung von Arbeitgebern, ab einer Mindestzahl an Arbeitsplätzen auf einen vorgegebenen Anteil dieser Arbeitsplätze schwerbehinderte Menschen zu beschäftigen (Pflichtquote) oder andernfalls für jeden nicht besetzten Platz eine Ausgleichsabgabe zu zahlen (§§ 71 ff SGB IX).

- **Begleitende Hilfe im Arbeitsleben**

Die Durchführung der begleitenden Hilfe ist eine Pflichtaufgabe der Integrationsämter (§ 102 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX) mit dem Ziel, dass der schwerbehinderte Mensch im Arbeitsleben keine Nachteile aufgrund seiner Behinderung erleidet.

- **Finanzielle Hilfen**

Gerade bei Erkrankungen/Behinderungen im Bereich der Bewegungsorgane ist eine ergonomische Gestaltung des Arbeitsplatzes von erheblicher Bedeutung für die berufliche (Wieder-)Eingliederung der betroffenen Beschäftigten und deren mittel- bis langfristige Sicherung. Durch technisch-organisatorische Arbeitsplatzanpassungen können etwa Belastungen der Wirbelsäule beim Heben, Tragen, Bücken, Sitzen usw. reduziert oder vermieden werden.

Bei schwerbehinderten und ihnen gleichgestellten behinderten Menschen haben die Arbeitgeber die Pflicht, eine ergonomische Gestaltung des Arbeitsplatzes und der Arbeitsorganisation im Rahmen des ihnen betrieblich/betriebsorganisatorisch und finanziell/kostenmäßig Zumutbaren vorzunehmen (vgl. § 81 Abs. 4 SGB IX). Die Vorschrift bestimmt dabei u.a., dass die schwerbehinderten/gleichgestellten Menschen gegenüber ihrem Arbeitgeber einen Anspruch auf

- behinderungsgerechte Einrichtung und Unterhaltung der Arbeitsstätten einschließlich der Betriebsanlagen, Maschinen und Geräte sowie der Gestaltung der Arbeitsplätze, des Arbeitsumfeldes, der Arbeitsorganisation und der Arbeitszeit sowie
- Ausstattung ihres Arbeitsplatzes mit den erforderlichen technischen Arbeitshilfen

haben (vgl. § 81 Abs. 4 Satz 1 Nr. 4 und 5 SGB IX).

Bei der Erfüllung dieser Verpflichtungen unterstützen die Integrationsämter und die Bundesagentur für Arbeit die Arbeitgeber unter Berücksichtigung der Behinderung, ihrer Auswirkungen am Arbeitsplatz und der übrigen für die Beschäftigung wesentlichen Eigenschaften des schwerbehinderten/gleichgestellten Menschen. Diese Unterstützung besteht zum Einen in fachkundiger ergonomischer Beratung über Maßnahmen der behinderungsgerechten Arbeitsplatz- und Arbeitsablaufgestaltung, insbesondere durch Betriebsbesuche der beratenden Ingenieure der Integrationsämter oder des Technischen Beratungsdienstes der Bundesagentur für Arbeit. Die Arbeitgeber können ferner finanzielle Leistungen zur behinderungsgerechten Gestaltung des Arbeitsplatzes und der Arbeitsorganisation erhalten (vgl. für die Integrationsämter die §§ 102 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 a) SGB IX und 26 Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV), für die Bundesagentur für Arbeit die §§ 34 Abs.1 Satz 1 Nr. 3 SGB IX und 237 SGB III).

Die Beratungs- und Leistungsmöglichkeiten der Bundesagentur für Arbeit gelten dabei – über den Bereich schwerbehinderter oder ihnen gleichgestellter Menschen hinaus – auch für behinderte Menschen im Sinne des § 19 SGB III.

Für schwerbehinderte Menschen kommen im Allgemeinen ggf. finanzielle Hilfen zur Übernahme von Betreuungskosten oder an den Arbeitgeber zum Ausgleich für eine wesentliche Leistungsminderung in Betracht.

Betreuungskosten sind dabei Kosten, die dem Arbeitgeber durch die notwendige Betreuung des beschäftigten schwerbehinderten Menschen im Betrieb durch Vorgesetzte, Kollegen oder Fachkräfte entstehen. Zu den Voraussetzungen für die Finanzierung von Betreuungskosten gehört u.a., dass eine Behinderung mit einem GdB von mindestens 50 vorliegt und die Beschäftigung des schwerbehinderten Menschen nicht nur vorübergehend mit ungewöhnlichen Aufwendungen für den Arbeitgeber verbunden ist.

Für eine finanzielle Hilfe als Ausgleich für eine wesentliche Leistungsminderung gelten die eben genannten Voraussetzungen und eine Arbeitsleistung, die mindestens 30% unter der Durchschnittsleistung einer vergleichbaren Arbeitsgruppe liegt.

Nähere Informationen über das Anerkennungsverfahren, Anerkennungsvoraussetzungen, Hilfen und Nachteilsausgleiche sind bei den Integrationsämtern ([www.integrationsaemter.de](http://www.integrationsaemter.de)) erhältlich.

- **Betriebliches Eingliederungsmanagement**

Betriebliches Eingliederungsmanagement nach § 84 Abs. 2 SGB IX dient dazu, Arbeitsunfähigkeit zu überwinden, erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen und den Arbeitsplatz zu erhalten. Es ist nicht nur für schwerbehinderte Arbeitnehmer vorgesehen, sondern gilt für alle Beschäftigten, die innerhalb eines Jahres länger als 6 Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind.

Das betriebliche Eingliederungsmanagement läuft in folgenden Schritten ab:

1. Frühzeitiges Erkennen des gesundheitlich eingeschränkten Arbeitnehmers
2. Kontaktaufnahme mit dem betroffenen Arbeitnehmer
3. Beteiligung der betrieblichen Arbeitnehmervertretung
4. Planung und Umsetzung des betrieblichen Eingliederungsmanagements mit der Zielsetzung, eine schnelle Rückkehr des Arbeitnehmers in den Betrieb zu erreichen<sup>5</sup>

Das betriebliche Eingliederungsmanagement ist eine Aufgabe zu der die Arbeitgeber gesetzlich aufgefordert sind. Auch die Rehabilitationsträger einschließlich ihrer Gemeinsamen Servicestellen und die Integrationsämter stehen als Ansprechpartner zur Verfügung.

---

<sup>5</sup> Weiterführende Informationen finden sich in dem Faltblatt „Hilfestellung für Unternehmen zur Einführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements“, welches unter [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de) (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) abgerufen werden kann.

## 10. Anhang

### 10.1 Glossar

Analgetika	schmerzlindernde Medikamente
analgetisch	schmerzlindernd
Anamnese	Erhebung der Krankheitsvorgeschichte
anatomisch	die Strukturen des Körpers betreffend
Antidepressiva	Medikamente gegen Depressionen (krankhafte Schwermut)
Antirheumatika	Medikamente, die die Aktivität rheumatischer Erkrankungen hemmen
arterielle Hypertonie	Bluthochdruck
Arthritis	entzündliche Gelenkerkrankung
Arthritis psoriatica	entzündliche Gelenkerkrankung bei Psoriasis (Schuppenflechte)
Arthropathien	Gelenkerkrankungen
Arthrose	Gelenkverschleiß
Arthroskopie	Gelenkspiegelung
Assessments	Standardisierte Beurteilungssysteme (Instrumente für eine gezielte Funktions- und Leistungsdiagnostik)
atrophisch	von Gewebsschwund betroffen
Balneotherapie	Sammelbegriff für Therapieanwendungen der Balneologie (z.B. Bäder)
Bouchard-Arthrose	besonderer Typ der Fingergelenksarthrose
chronische Polyarthritis	Synonym für den international verwendeten Begriff der Rheumatoiden Arthritis; siehe dort
Copingstrategien	Strategien zur Krankheitsverarbeitung
Corticoide	Gruppe von Medikamenten zur Behandlung entzündlicher Erkrankungen
Coxarthrose	Hüftgelenksverschleiß
Diabetes mellitus	Zuckerkrankheit
diadynamische Ströme	besondere Stromform in der Elektrotherapie zur Behandlung von Schmerzen
Enthesiopathien	Reizzustände der Sehnen/Sehnenansatzbereiche
Epicondylopathien am Ellbogengelenk	Reizzustand der Sehnenansätze im Ellbogengelenksbereich

Fibromyalgie	Krankheit mit weit verbreiteten chronischen Schmerzen im Bewegungssystem
Foramina intervertebralia	Zwischenwirbellöcher (Nervenaustrittsstellen)
Gastrointestinal	Magen-Darm betreffend
generalisierte Tendomyopathie	am ganzen Körper vorkommende Reizzustände der Sehnen und Muskelansätze
Genese	Entstehung
Gichtarthritis	entzündliche Gelenkerkrankung, die durch Harnsäurekristalle hervorgerufen wird
Glucocorticoide	siehe Corticoide
Gonarthrose	Kniegelenksverschleiß
Hallux valgus	Fehlstellung der Großzehe
Heberden-Arthrose	besonderer Typ der Fingergelenksarthrose
HLA-B-27	Genetischer Marker, bei bestimmten Krankheiten gehäuft nachweisbar (z.B. bei M. Bechterew)
Hydrotherapie	Therapie mit Wasser (z.B. Güsse)
Hypermobilität	krankhaft erhöhte Gelenkbeweglichkeit
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD), 10. Revision
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
Iliosacralgelenk	Kreuz-Darmbeingelenk
Indikation	Heilanzeigen
interdisziplinär	mehrere medizinische Fächer betreffend
intraartikuläre Injektionen	Spritzenbehandlung mit der Einbringung von Medikamenten in Gelenke
Isokinetik	besondere Form der Muskeltestung und des Muskeltrainings, bei der Muskelspannung konstant gehalten wird
kardiopulmonale Erkrankungen	Erkrankungen des Herz- und Lungensystems
Karpaltunnelsyndrom	Engpasssyndrom mit Nervenschädigung im Bereich des Handgelenkes
Komorbiditäten	Begleiterkrankungen
Kompressionsschäden an peripheren Nerven	Druckschäden an peripheren Nerven (vgl. Engpasssyndrom)
Kontextfaktoren	Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren
Kontraindikation	Gegenanzeigen

Kreuzdarmbeingelenke	siehe Iliosacralgelenke
Kryotherapie	Kältetherapie
Kyphose	Krümmung der Wirbelsäule nach hinten (Rundrücken)
Lordose	Krümmung der Wirbelsäule nach vorn (Hohlrücken)
Magnetresonanztomographie (MRT)	Untersuchungsverfahren, bei dem die Strukturen des Körpers bildlich dargestellt werden können
Morbus Bechterew	Synonym Spondylitis ankylosans, siehe dort
Muskelrelaxantien	Medikamente, die eine Muskelentspannung herbeiführen
muskuläre Dysbalancen	Ungleichgewichtigkeit der Muskelspannung
muskuloskeletal	die Muskeln und das Skelett betreffend
Myositis	entzündliche Muskelerkrankung
Nervenläsionen	Schädigungen von Nerven
nichtsteroidale Antirheumatika	Schmerz- und entzündungshemmende kortisonfreie Medikamente
Osteochondrose der Wirbelsäule	spezielle Form des Wirbelsäulenschleißes
Osteodensitometrie	Knochendichtemessung
Osteoporose	Krankheit mit verminderter Knochenmasse
Osteotomie	operative Knochendurchtrennung zur Beseitigung von Fehlstellungen
Paraesthesie	Missempfindung
Patella	Kniescheibe
peripheres Nervenkompressions-syndrom	durch Druck entstandener Schaden an Nerven, die nicht zum Rückenmark und Gehirn gehören
Physikalische Therapie	Sammelbegriff von Behandlungsformen, welche auf physikalischen Methoden beruhen (z.B. Thermotherapie, Elektrotherapie, Massagen)
Physiotherapie	Krankengymnastik und andere physikalische Therapien
Polyarthritis	entzündliche Gelenkerkrankung, die mehrere Gelenke betrifft
Polyarthrose	Degenerative Erkrankung zahlreicher Gelenke, typischerweise mit Fingergelenksbefall
Progredienz	Krankheitsfortschreiten
progressive systemische Sklerodermie	Autoimmunerkrankung aus der Gruppe der Kollagenosen mit Befall des Bindegewebes

reaktive Arthritis	Gelenkentzündung nach anderer Erkrankung, u.a. vermuteter infektiöser oder immunologischer Erkrankung
retropatellares Schmerzsyndrom	Schmerzen hinter der Kniescheibe
Rheuma	Sammelbegriff für Krankheiten mit Befall der Bewegungsorgane (Wirbelsäule, Gelenke, Weichteile) unterschiedlichster Ursachen
Rheumatoide Arthritis	entzündliches Gelenkrheuma; auch unter dem Begriff „chronische Polyarthritis“ bekannt
Rhizarthrose	Arthrose des untersten Daumengelenkes (Daumensattelgelenk)
segmental	einen Wirbelsäulenabschnitt betreffend
sensorisches System	körpereigenes System zur Steuerung der Muskulatur einschließlich der Wahrnehmung von Gelenkstellung und -bewegung
Sjörgen-Syndrom	Autoimmunerkrankung mit Entzündung und Zerstörung von Drüsengewebe, insbesondere Speichel- und Tränendrüsenzellen
Skoliose	Wirbelsäulenverbiegung
somatisch	den Körper betreffend
Spondylarthritiden	entzündliche Veränderungen der Wirbelgelenke
Spondylitis ankylosans	entzündlich rheumatische Erkrankung mit zunehmender Einsteifung der Wirbelsäule und der Kreuzdarmbeingelenke, synonym Morbus Bechterew
Spondylopathien	Krankheiten der Wirbel bzw. Wirbelkörper
Spondylose	nicht entzündliche Veränderung der Wirbel bzw. Wirbelkörper
Symptomatologie	Erscheinungsbild einer Erkrankung
Synovialis	Haut, die die Gelenkkapsel auskleidet und die Gelenkflüssigkeit produziert
Tarsaltunnelsyndrom	Nervenkompressionssyndrom im Bereich des Fußes
Tendomyosen	schmerzhafte Störungen im Bereich von Sehnen und Muskulatur, meist infolge Überbeanspruchung bzw. Verschleiß
Transkutane Elektronervenstimulation (TENS)	besonderes Elektrotherapieverfahren, bei dem durch Reizung bestimmter Nerven eine Schmerzlinderung herbeigeführt werden kann
Thermotherapie	Wärme- und Kältetherapie
Ulnariskompressionssyndrom	Kompression eines Nerven im Unterarmbereich, aus-

gelöst durch einen Reizzustand im Bereich des  
Ellenbogengelenkes

zervikale Bandscheibenschäden

Bandscheibenschäden im Bereich der Halswirbel-  
säule

## 10.2 Literaturliste

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) (2006): Arbeitshilfe zur geriatrischen Rehabilitation. BAR Frankfurt am Main. <http://www.bar-frankfurt.de>

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) (2005): Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen. BAR Frankfurt am Main. <http://www.bar-frankfurt.de>

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) (2003): Rahmenvereinbarung „Rehabilitationssport und Funktionstraining“. BAR Frankfurt am Main. <http://www.bar-frankfurt.de>

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) (2005): Rehabilitation und Teilhabe – Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation. 3. Auflage. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) (2005): Wegweiser – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. BAR Frankfurt am Main. <http://www.bar-frankfurt.de>

Bundestags-Drucksache 13/8434 vom 28.08.1997: Rheumabericht der Bundesregierung. <http://www.bundestag.de>

Ehlebracht-König I, Bönisch A (2004): Patientenschulungen in der Rehabilitation von Patienten mit chronischen Polyarthritiden und Spondylarthritiden. Aktuelle Rheumatologie 29 (5): 248-254

Gutenbrunner Chr, Cieza A, Stucki G (2004): Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in der Rehabilitation von Patienten mit chronischer Polyarthrititis. Aktuelle Rheumatologie 29 (5): 239-247

Gutenbrunner Chr, Weimann G (2004): Krankengymnastische Methoden und Konzepte. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York

Delbrück H, Haupt E (Hsg). (1996): Rehabilitationsmedizin. Urban und Fischer München

Hüppe A, Brockow T; Raspe H. H (2004): Chronisch ausgebreitete Schmerzen und Tender Points bei Rückenschmerzen in der Bevölkerung; Z. Rheumatologie 63:76 – 83

Jäger M, Wirth C. J (1992): Praxis der Orthopädie. Thieme-Verlag. Stuttgart-New York

Lange A (2003): Physikalische Medizin. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York

Poeck K, Hacke W (2003): Neurologie; Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York

Rodewald J (2004): Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei rheumatischen Erkrankungen. Aktuelle Rheumatologie 29 (5): 282-289

- Schmidt K. L., Drexel H., Jochheim K. A (1995): Lehrbuch der Physikalischen Medizin und Rehabilitation. Gustav-Fischer-Verlag, Stuttgart-Jena-New York
- Schmidt K. L (1991): Checkliste Rheumatologie. Thieme-Verlag, Stuttgart-New York
- Schönle Chr (2004): Rehabilitation. Praxiswissen Halte- und Bewegungsorgane. Thieme-Verlag, Stuttgart-New York
- Stein V, Greitemann B (2005): Rehabilitation in Orthopädie und Unfallchirurgie. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York
- Steinke B (2004): Leistungsträger der Rehabilitation und Einleitung von Leistungen zur Teilhabe und diagnostische Voraussetzungen. Aktuelle Rheumatologie 29 (5): 276-281
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2003): Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2003): VDR Statistik Rehabilitation des Jahres 2003, Frankfurt am Main
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2003): VDR Statistik Rentenzugang des Jahres 2003, Frankfurt am Main
- Werner G, Klimczyk K, Rode J (1997): Physikalische und Rehabilitative Medizin, Thieme-Verlag, Stuttgart-New York
- Weltgesundheitsorganisation (WHO): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10). Genf. Deutsche Fassung: ICD-10-GM Version 2005. DIMDI (2005). <http://www.dimdi.de>
- World Health Organization (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). WHO, Genf; Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (im Druck): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. <http://www.dimdi.de>
- Zeidler H, Zacher J, Hiepe F (2001): Interdisziplinäre klinische Rheumatologie. Springer-Verlag Berlin-Heidelberg-New York

### **10.3 Verzeichnis der Mitwirkenden an der Erarbeitung der Arbeitshilfe**

**Dr. Inge Ehlebracht-König**, Reha-Zentrum Bad Eilsen

**Bernd Giraud**, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

**Prof. Dr. Christoph Gutenbrunner**, Medizinische Hochschule Hannover

**Doris Habekost**, Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

**John Harder**, See-Krankenkasse

**Dr. Thomas Henkelmann**, Berufsbildungswerk Neckargemünd gGmbH

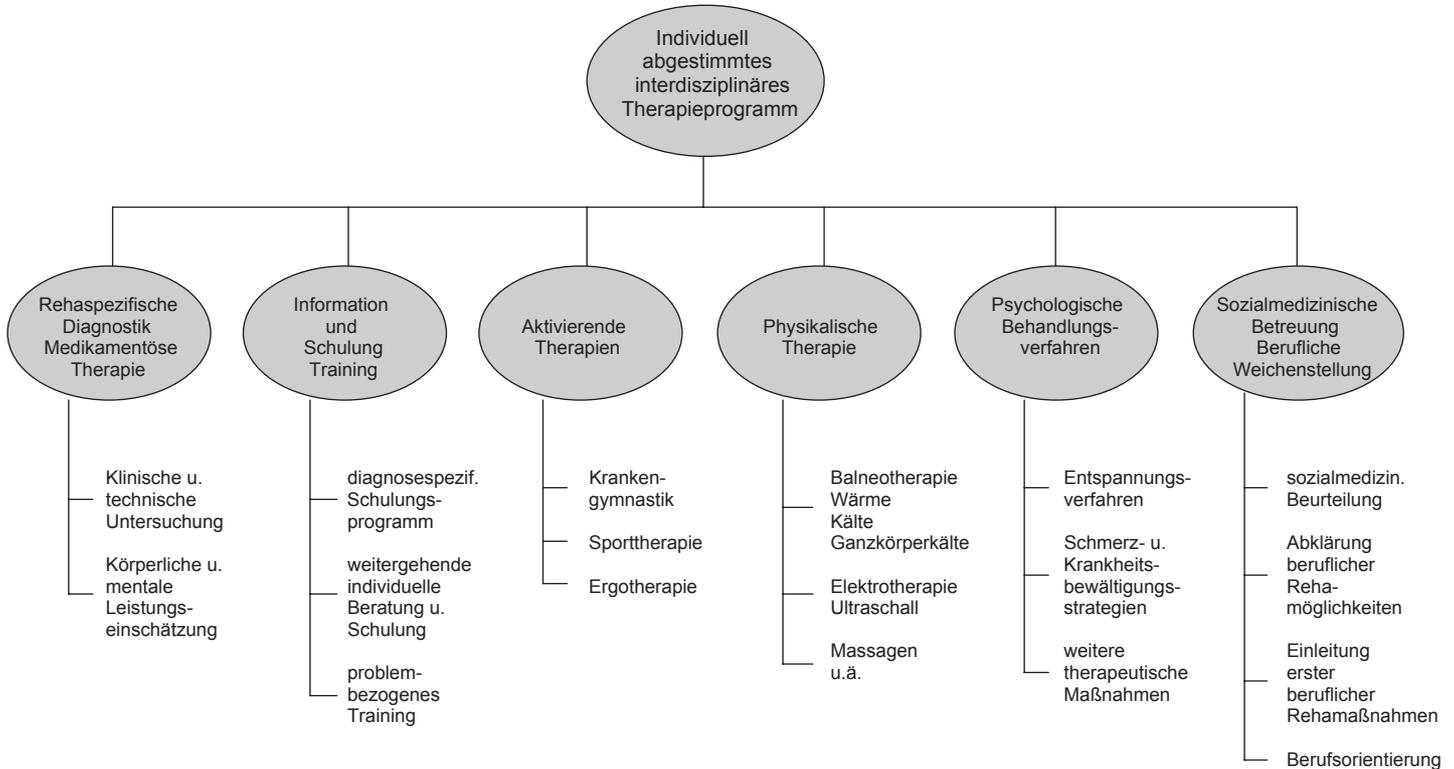
**Dr. Elisabeth Hüller**, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

**Dr. Jürgen Kuhn**, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Hessen

**Marion Rink**, Deutsche Rheuma-Liga

**Dr. Manfred Rohwetter**, Deutsche Rentenversicherung Bund

## Säulen der therapeutischen Vorgehensweise



**Abb. 4:** Säulen der therapeutischen Vorgehensweise. Die einzelnen Therapieelemente werden in Abhängigkeit von den Patientenbedürfnissen eingesetzt.

## **Trägerübergreifende Zusammenarbeit – Koordinierung und Kooperation**

**Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) ist die gemeinsame Repräsentanz der Verbände der Rehabilitationsträger, der Bundesagentur für Arbeit, der Bundesländer, der Spitzenverbände der Sozialpartner sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Förderung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.**

ISSN 0933-8462