



LANDESGESUNDHEITSKONFERENZ
BADEN-WÜRTTEMBERG

AG Standortfaktor Gesundheit

Bericht der Projektgruppe
Weiterentwicklung der Rehabilitation
und Stärkung der Selbsthilfe



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG,
FAMILIE, FRAUEN UND SENIOREN

Bericht der Projektgruppe

„Weiterentwicklung der Rehabilitation und Stärkung der Selbsthilfe“

Die Projektgruppe „Weiterentwicklung der Rehabilitation und Stärkung der Selbsthilfe“ hat am 28. Juli 2010 die Arbeit aufgenommen. Im Rahmen von sieben Projektgruppensitzungen, zahlreichen Untergruppensitzungen und Gesprächsrunden wurde der Abschlussbericht erstellt. Wir möchten den Mitgliederinnen und Mitgliedern¹ der Projektgruppe für ihre engagierte Arbeit, die guten Ideen und auch die kritischen Anmerkungen danken:

- Karoline Bauer, Landesvereinigung Baden-Württembergischer Arbeitgeberverbände e.V.
- Dr. Ulli Biechele, Agentur Selbsthilfefreundlichkeit Baden-Württemberg, Gesundheitstreffpunkt Mannheim
- Gundi Boller, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
- Rainer Breuninger, Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe Landesverband Württemberg e.V.
- Lothar Daake, Waldburg-Zeil-Kliniken
- Dr. Verena Di Pasquale, DGB Bezirk Baden-Württemberg
- Prof. Rudolf Forcher, Heilbäderverband Baden-Württemberg
- Dr. Erwin Grom, Badischer Behinderten- und Rehabilitationssportverband e.V.
- Michael Gross, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
- Viktor Hartl, Landesverband der Betriebskrankenkassen Baden-Württemberg
- Ulrich Hartschuh, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
- Christian Heise, Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation
- Helmut Hellstern, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
- Dr. Uwe Hoffmann, Ärzteverband Öffentlicher Gesundheitsdienst
- Klaus-Michael Kalkbrenner, Ambulantes Reha-Zentrum am Entenfang
- Dr. Rüdiger Nübling, Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
- Mike Paulsen, Regionaldirektion Baden-Württemberg der Bundesagentur für Arbeit
- Stefan Pfeil, Sozialverband VdK Baden-Württemberg
- Dr. med. Johannes Probst, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
- Prof. Dr. Monika Reuss-Borst, RehaZentren Baden-Württemberg
- Andreas Schmöller, AOK Baden-Württemberg
- Rolf Seltenreich, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg
- Dorothee Silber, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
- Regina Steinkemper, Der PARITÄTISCHE Baden-Württemberg
- Manfred Votteler, Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg
- Ruth Wagner, IKK Baden-Württemberg und Hessen
- Marion von Wartenberg, DGB Bezirk Baden-Württemberg
- Frank Winkler, Verband der Ersatzkassen e.V. Landesvertretung BW (VdEK)
- Karl Wirth, Unfallkasse Baden-Württemberg
- Dr. Alexander M. Würfel, Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft (BWKG)

Hubert Seiter
Vorsitzender der Projektgruppe

Frank Kissling
Co-Vorsitzender

¹ Im Text wird wegen der besseren Lesbarkeit nur die männliche Form verwendet. Selbstverständlich gelten die Ausführungen für beide Geschlechter.

Hinweis:

Der Auftrag zur Erstellung dieses Berichts erfolgte durch die AG Standortfaktor Gesundheit des Gesundheitsforums Baden-Württemberg, welches im Jahr 2013 in die Landesgesundheitskonferenz Baden-Württemberg überführt wurde.

INHALTSVERZEICHNIS

1.	PRÄAMBEL	3
2.	FÜR DIE EILIGEN LESER	4
3.	SITUATIONSANALYSE „WEITERENTWICKLUNGSBEDARF DER REHABILITATION UND STÄRKUNG DER SELBSTHILFE“	8
3.1	Die Bedeutung von Prävention und Rehabilitation steigt, der Bedarf danach auch.....	8
3.2	Mittel für Prävention und Rehabilitation sind begrenzt.....	13
3.3	Arbeitswelt.....	14
3.4	Selbsthilfe / Hilfe zur Selbsthilfe	16
4.	HANDLUNGSFELDER	18
4.1	Handlungsfeld 1: „Prävention und Rehabilitation müssen früher und gezielter einsetzen“	18
4.2	Handlungsfeld 2: „Vernetzung muss realisiert und Verfahrensabläufe müssen optimiert werden“	20
4.3	Handlungsfeld 3: „Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit durch Schnittstellenmanagement erhöhen“	21
4.4	Handlungsfeld 4: „Rehabilitation ist zielorientiert auszurichten“	21
4.5	Handlungsfeld 5: „Budgets für Prävention und Rehabilitation sind an den Bedarf anzupassen“	23
4.6	Handlungsfeld 6: „Ergebnisqualität muss im Fokus von Qualitätssicherung und Forschung stehen“	24
4.7	Handlungsfeld 7: „Selbsthilfe und Selbstverantwortung sind integrale Bestandteile von Prävention und Rehabilitation“	25
4.8	Handlungsfeld 8: „Beratungsstrukturen zwischen Rehabilitationsträgern und der Selbsthilfe vernetzen“	26
5.	HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN	28
5.1	Zielgruppe Rehabilitationsträger	28
5.2	Zielgruppen Arbeitgeber/Arbeitnehmer	37
5.3	Zielgruppe Rehabilitationseinrichtungen.....	40
5.4	Zielgruppe Politik.....	43
6.	BEISPIELE, DIE ÜBERZEUGEN	46
7.	KERNBOTSCHAFTEN	59

1. Präambel

Das Gesundheitswesen wird sich in den nächsten Jahren aufgrund veränderter gesellschaftlicher Rahmenbedingungen, insbesondere der demographischen Entwicklung, neu ausrichten müssen.

Die Zunahme der Zahl chronisch erkrankter, multimorbider und/oder pflegebedürftiger Menschen wird die Situation deutlich verschärfen. Besonders besorgniserregend ist dabei die starke Zunahme der psychischen Erkrankungen.

Nicht weniger ins Gewicht fällt der sich stetig verschlechternde Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen. Insbesondere ist hier die Adipositas zu nennen, aber auch das Auftreten von Diabetes Typ 2 sowie Erkrankungen aus dem psychischen Spektrum.

Darüber hinaus ändert sich die Arbeitswelt. Die Menschen sollen nicht nur länger arbeiten, sondern es werden auch zunehmend höhere Anforderungen an ihre Leistungsfähigkeit gestellt.

Um diese gewaltigen Herausforderungen bewältigen zu können, sind verstärkte Anstrengungen im Bereich Prävention und Rehabilitation erforderlich, damit der Zunahme der chronischen Erkrankungen entsprechende Behandlungsansätze gegenübergestellt werden können.

Bedeutung und Bedarf der Rehabilitation steigen – demgegenüber sind die absoluten Ausgaben für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen in den letzten 15 Jahren nominal nur geringfügig gestiegen. Der relative Anteil der Rehabilitation ist in den letzten 15 Jahren im Vergleich zu den Gesamtaufwendungen im Gesundheitswesen um 25 % zurückgegangen, er liegt derzeit bei rund 3 % der Gesamtaufwendungen!

Dabei ist die Wirksamkeit von Rehabilitationsleistungen durch Studien gut belegt. So errechnet zum Beispiel die Prognos-Studie einen volkswirtschaftlichen Nutzen von rund fünf Euro für jeden in die medizinische Rehabilitation investierten Euro. Durch medizinische Rehabilitation bleiben der Volkswirtschaft jährlich über 150.000 Arbeitskräfte erhalten, die ohne die Maßnahmen aus dem Arbeitsleben ausscheiden würden.² Die Rehabilitation leistet hier einen wichtigen Beitrag, um auch zukünftig den Fachkräftebedarf in Baden-Württemberg zu sichern.

Insgesamt gilt es daher verstärkt Maßnahmen zu ergreifen, die geeignet sind, chronische Erkrankungen zu vermeiden und deren Auswirkung zumindest zu mildern. Zur Umsetzung dieser Vorgabe hat sich eine Expertengruppe aus verschiedenen Bereichen zusammengefunden und ihr Fachwissen in dieses Arbeitspapier eingebracht. Die wichtigsten Vorschläge sind im nächsten Kapitel zusammengefasst. Grundsätzlich sind nur geringe rechtliche Änderungen für die Umsetzung erforderlich. Die konsequente Umsetzung des Sozialgesetzbuches IX ermöglicht den Rehabilitationsträgern jetzt schon weitgehend die Umsetzung der erforderlichen Schritte.

Einzelne Aspekte wurden in der Projektgruppe nicht detailliert diskutiert, da sich andere Projektgruppen der AG Standortfaktor Gesundheit Baden-Württemberg (Betriebliches Gesundheitsmanagement, Weiterentwicklung der Primärprävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche bzw. für ältere Menschen) damit schwerpunktmäßig beschäftigen. Auch die komplexen Auswirkungen der UN-Behindertenrechtskonvention auf die Ausführung der Leistungen wurden nicht

² Prognos-Studie „Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum, Basel 2009

vertieft. Die Projektgruppe geht von einer Gesellschaft aus, in der die Unterschiedlichkeit der Menschen in einer inklusiven Gesellschaft keine Rolle spielt. Die Angebote zu Prävention und Rehabilitation müssen daher so konzipiert sein, dass alle Menschen daran teilhaben können und niemand ausgegrenzt wird.

2. Für die eiligen Leser

Die Projektgruppe „Weiterentwicklung der Rehabilitation und Stärkung der Selbsthilfe“ hat eine Situationsanalyse von Prävention und Rehabilitation in Baden-Württemberg sowie der Situation der Selbsthilfe durchgeführt. Daraus hat die Projektgruppe insgesamt **acht Handlungsfelder** definiert:

- **Prävention und Rehabilitation müssen früher und gezielter einsetzen**
- **Vernetzung muss realisiert und Verfahrensabläufe müssen optimiert werden**
- **Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit durch Schnittstellenmanagement erhöhen**
- **Rehabilitation ist zielorientiert auszurichten**
- **Budgets für Prävention und Rehabilitation sind an den Bedarf anzupassen**
- **Ergebnisqualität muss im Fokus von Qualitätssicherung und Forschung stehen**
- **Selbsthilfe ist integraler Bestandteil von Prävention und Rehabilitation**
- **Beratungsangebote der Rehabilitationsträger und der Selbsthilfe vernetzen**

Hieraus wurden für die einzelnen Zielgruppen **Handlungsempfehlungen** abgeleitet:

- Zielgruppe Rehabilitationsträger

- **Weiterentwicklung der Kooperation mit der Selbsthilfe**
Durch gemeinsame Tagungen, Informationen, Presseveröffentlichungen sowie gemeinsame Veranstaltungen in den Rehabilitationseinrichtungen wird die Zusammenarbeit zwischen Rehabilitationsträgern, Rehabilitationseinrichtungen und der Selbsthilfe verbessert. Die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe ist Qualitätsmerkmal der Rehabilitationseinrichtung. Die Arbeit der Selbsthilfeorganisationen und -gruppen ist von den Rehabilitationsträgern finanziell zu unterstützen.
- **Rehabilitationsangebote individualisieren und flexibilisieren**
Je nach Krankheitsbild ist die Rehabilitation stationär, ambulant in Etappen und/oder in Kombination von stationären und ambulanten Phasen, auch in Kooperation mit anderen Rehabilitationsträgern, zu erbringen.
- **Patientenorientierung**
Die Vorstellungen der Patienten von Art, Form, Inhalt und Ziel der Rehabilitation sind im Bewilligungsverfahren und bei der Durchführung stärker zu berücksichtigen.

- **Zielgruppenspezifische, auf die Lebenswelt der Patienten abzielende Angebote entwickeln**
Die Lebenswelt der Patienten (Familie/Lebensumfeld/Betrieb) ist verpflichtend in die Rehabilitation einzubeziehen.
- **Dauerhafte berufliche Integration anstreben**
Erst wenn der behinderte Mensch dauerhaft ins Erwerbsleben eingegliedert ist, ist der rehabilitative Auftrag für die Reha-Träger erfüllt.
- **Systematische Einleitung der Nachsorge**
Nachsorge sichert den Langzeiterfolg einer Rehabilitationsmaßnahme. Entsprechende Angebote müssen flächendeckend vorhanden sein. Mögliche Partner dabei sind auch die Vereine und die Verbände der Selbsthilfe.
- **Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und Betriebsärzten verstärken**
Der Zugang in die Rehabilitation erfolgt hauptsächlich durch die Hausärzte oder die Werks- bzw. Betriebsärzte. Beide Berufsgruppen sind in die Einleitung und Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme sowie in die Nachsorge einzubinden.
- **Gemeinsame Servicestellen leistungsfähiger gestalten**
Die Aufgabenstellung der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation muss neben der Bearbeitung/Steuerung schwieriger Einzelfälle um die betriebliche Gesundheitsförderung erweitert werden. Insbesondere für kleine und mittlere Unternehmen sind die Gemeinsamen Servicestellen die zentralen Anlaufstellen.
- **Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets fördern**
Menschen mit Behinderungen können den Einkauf von Leistungen eigenverantwortlich im Rahmen des Persönlichen Budgets regeln. Die Rehabilitationsträger und die Gemeinsamen Servicestellen sollen bei der Beratung auf eine stärkere Inanspruchnahme dieses neuen Instruments hinwirken.
- **Kooperation der Rehabilitationsträger durch Vernetzung der Angebote**
Leistungen der unterschiedlichen Rehabilitationsträger sind bedarfsgerecht aufeinander abzustimmen. Damit wirken die einzelnen Teilmodule wie eine Gesamtmaßnahme und steigern damit die Effektivität der Gesamtmaßnahme.
- **Zuständigkeiten und Angebote bekannter machen**
Das System der Rehabilitation ist gekennzeichnet durch viele Anbieter mit einem ebenso großen Katalog an unterschiedlichen Leistungen. Die Projektgruppe schlägt vor, eine leicht verständliche, kurzgefasste und übersichtliche Informationsbroschüre zu erstellen, die die Voraussetzungen und Zugangswege zur Prävention, Vorsorge und Rehabilitation aufzeigt und die Zuständigkeiten beschreibt.
- **Einheitlicher Rehabilitationsantrag**
Für die Beantragung von Rehabilitationsmaßnahmen ist ein gemeinsamer Vordruck der Renten- und der Krankenversicherung zu entwickeln.

- **Verwaltungsabläufe und -prozesse ganzheitlich ausrichten**
Das Rehabilitationsverwaltungsverfahren ist am umfassenden Rehabilitationsbedarf und an einer ganzheitlichen Leistungserbringung auszurichten.
 - **Ergebnisqualität der Rehabilitation besser dokumentieren**
Vor dem Hintergrund knapper Ressourcen sind abgestimmte QS-Programme notwendig. Die Dokumentation und die Ergebnisqualität der Rehabilitation, insbesondere im Hinblick auf die wirtschaftliche Erreichung der Ziele, muss verbessert werden.
 - **Kinder- bzw. familienorientierte Rehabilitation stärken**
Für die Zukunftsfähigkeit unseres Landes sind gesunde Kinder von grundlegender Bedeutung. Ein wesentlicher Beitrag zum Erhalt der Gesundheit der Kinder ist die Kinderrehabilitation bzw., unter Einbeziehung der Familie, die familienorientierte Rehabilitation.
- **Zielgruppe Arbeitgeber**
- **Betriebliche Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation im Rahmen betrieblicher Maßnahmen unterstützen**
Betriebliche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und zur Prävention gewinnen insbesondere im Hinblick auf den Fachkräftemangel und die Sicherung langjähriger Beschäftigungsfähigkeit an Bedeutung. Innerbetriebliche Gesundheitsförderung sollte ergänzt und unterstützt werden durch die präventiven und rehabilitativen Leistungsangebote der Rehabilitationsträger. Die Rehabilitationsträger sollen die Einführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 3 SGB IX mit Prämien unterstützen.
- **Zielgruppe Arbeitnehmer/Patient**
- **Eigenverantwortung und Eigeninitiative fördern und unterstützen**
Ein individuelles positives Gesundheitsverhalten muss gefördert werden. Auf betrieblicher Ebene sollen die Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretungen Vereinbarungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention entwickeln und unterstützen.
- **Zielgruppe Rehabilitationseinrichtungen**
- **Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Rehabilitation steigern**
Durch Kooperation mit vorhandenen Versorgungsstrukturen, Flexibilisierung der Angebote (Etappenheilverfahren, ambulante/stationäre Kombinationsbehandlungen) ist die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit zu verbessern. Geforderte und belegte Qualität muss von den Rehabilitationsträgern vergütet werden.
 - **Regelmäßige Kommunikation mit der Selbsthilfe**
Die Angebote der Selbsthilfe, sowohl vorbereitend als auch begleitend und nachsorgend, müssen selbstverständlich durch die Beratungsinstitutionen

und Rehabilitationseinrichtungen kommuniziert und möglichst in den Rehabilitationsprozess integriert werden.

Die Einrichtungen sollten die Kriterien für eine selbsthilfefreundliche Rehabilitationseinrichtung erfüllen. Die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe – generell und im Einzelfall – ist ein wesentliches Qualitätsmerkmal.

- **Organisierte Nachbetreuung sichert den Erfolg**

Die Einrichtungen müssen über Nachsorgeangebote informieren und die Motivation der Rehabilitanden für qualifizierte Nachsorge erhöhen. Die Inanspruchnahme ist ein Qualitätsmerkmal.

- **Zielgruppe Politik**

- **Bedarfsgerechte Anpassung der Budgets**

Die Schere zwischen dem Bedarf und den zur Verfügung stehenden Mitteln ist in den letzten Jahren immer weiter auseinandergegangen. Zusätzliche Leistungen belasten die Budgets der Rehabilitationsträger und gefährden die bedarfsgerechte Erbringung von Leistungen. Eine Erhöhung des Rehabilitationsbudgets in der Rentenversicherung soll sich deshalb nicht an einer vermuteten Lohnsummensteigerung orientieren, sondern ausschließlich am Bedarf.

- **Einheitliche Budgets für Prävention / Rehabilitation / Erwerbsminderungsrenten**

Während für die Gewährung von Erwerbsminderungsrenten keine Budgetierung besteht, sind die Ausgaben für Prävention und Rehabilitation streng gedeckelt. Ein gemeinsames Budget für diese Leistungsarten ermöglicht der Selbstverwaltung bedarfsgerechte Lösungen.

- **Aufhebung des 4-Jahresintervalls**

Im Hinblick auf die demographische Entwicklung sind die Vorschriften nicht mehr zeitgemäß, nach denen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der Regel nicht vor Ablauf von vier Jahren wieder durchgeführt werden dürfen. Etappenrehabilitation kann eine kostengünstige Alternative sein.

- **Kinder-Rehabilitation auch ambulant**

Bislang können Kinder-Heilbehandlungen nur stationär erbracht werden. Eine wirksame Kinder-Rehabilitation muss aber das Lebensumfeld der Familie mit einbeziehen. Daher sind Maßnahmen mit stationären und ambulanten, wohnortnahen Phasen zu empfehlen. Die ausschließlich stationäre Form der Kinderrehabilitation muss deshalb aufgehoben werden. Ähnliches gilt für die Nachsorge. Derzeit ist es der gesetzlichen Rentenversicherung nicht möglich, nach einer Kinderrehabilitation Nachsorgeleistungen zu gewähren. Auch dies muss also geändert werden.

- **Beihilfe**

Das Beihilferecht muss konsequent weiterentwickelt werden, damit ältere Beamte durch Prävention und Rehabilitation länger im Dienst verbleiben können.

3. Situationsanalyse „Weiterentwicklungsbedarf der Rehabilitation und Stärkung der Selbsthilfe“

3.1 Die Bedeutung von Prävention und Rehabilitation steigt, der Bedarf danach auch

Demographische Trends beeinflussen die Nachfrage nach Prävention und Rehabilitation

Die Bevölkerung und damit die Arbeitskräfte werden älter. Dies ist das positive Ergebnis der Vorbeugung und Behandlung von Infektionskrankheiten sowie der Entwicklung neuer medizinischer Technologien zur Behandlung von chronischen Erkrankungen bzw. Unfallfolgen. Die sozialen Gesundheitssysteme tragen dazu bei, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern. Eine gesunde Bevölkerung kann dann wiederum einen größeren Beitrag zur finanziellen Tragfähigkeit der Systeme der sozialen Sicherung leisten. Der Bevölkerungswandel stellt für die Systeme der sozialen Sicherung eine große Herausforderung dar, bietet aber auch die Gelegenheit, den Zugang zu Gesundheitsdiensten zu verbessern. Um die Lebensqualität, insbesondere auch die Mobilität der alternden Bevölkerung zu erhalten, gewinnen Prävention und Rehabilitation zunehmend an Bedeutung.

Die PG Weiterentwicklung der Rehabilitation und Stärkung der Selbsthilfe hat sich vorrangig mit den Anliegen der noch erwerbstätigen Menschen beschäftigt. Im Rahmen der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg beschäftigt sich eine weitere Projektgruppe mit der „Weiterentwicklung der Primärprävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen“, die nicht mehr im Erwerbsleben stehen. Mit dem Thema, welche Bedingungen für ein gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen gegeben sein müssen, beschäftigt sich die Projektgruppe „Weiterentwicklung der Primärprävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche“.

Chronische Krankheiten nehmen zu

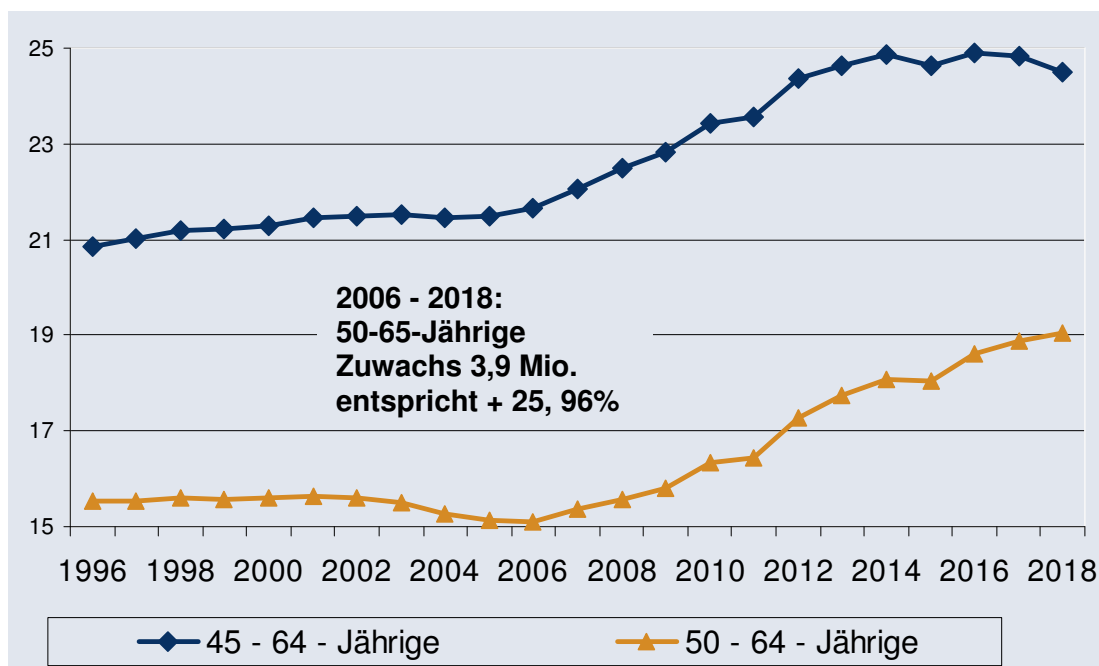
Das heutige Krankheitsgeschehen wird in industrialisierten Ländern zu rund drei Vierteln von chronischen, überwiegend degenerativ verlaufenden Krankheiten bestimmt. Die Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bösartigen Neubildungen sowie Muskel-Skeletterkrankungen, Diabetes Mellitus, asthmatische Krankheiten und zunehmend auch psychische Erkrankungen ergeben zusammen mit den Unfällen rund drei Viertel des Krankheits- und Sterbe geschehens sowie auch der Versorgungskosten. Für rund 20 % der GKV-Versicherten müssen ungefähr 80 % der Versorgungskosten aufgewendet werden, ganz überwiegend handelt es sich dabei um chronisch Kranke. Chronisch-degenerative Erkrankungen sind in der großen Mehrzahl der Fälle nicht heilbar (im Sinne einer restitutio ad integrum), sondern verlangen regelmäßig nach lebenslanger Begleitung, Unterstützung und Kontrolle. Das Auftreten und der Verlauf chronischer Erkrankungen ist in hohem Maße abhängig von Fehlanreizen und gesundheitlichen Belastungen aus der sozialen und physischen Umwelt und im Wesentlichen daraus erklärbarem individuellem Verhalten.

Rehabilitationsintensive Altersgruppe nimmt zu

Nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes wird die Zahl der Erwerbstätigen bis zum Jahr 2025 um rund 4,4 Mio. sinken. Die Nachfrage nach Arbeitskräften wird dann das Arbeitsangebot um rund 4 Mio. übersteigen, insbesondere bei den qualifizierten Fachkräften. In diesem Zeitraum steigt aber der Anteil der über 55-jährigen Erwerbstätigen auf 23,1 % (zum Vergleich 2005: 14,7 %).

Die Entwicklung der „rehabilitationsintensiven“ Altersgruppen zeigt Abbildung 1: Von 2006 bis 2018 nimmt diese Altersgruppe um rund 26 % zu.

Abb. 1: Anteil Altersgruppen in %



Quelle: Statistisches Bundesamt

Prävention und Rehabilitation sind erfolgreich und wirtschaftlich

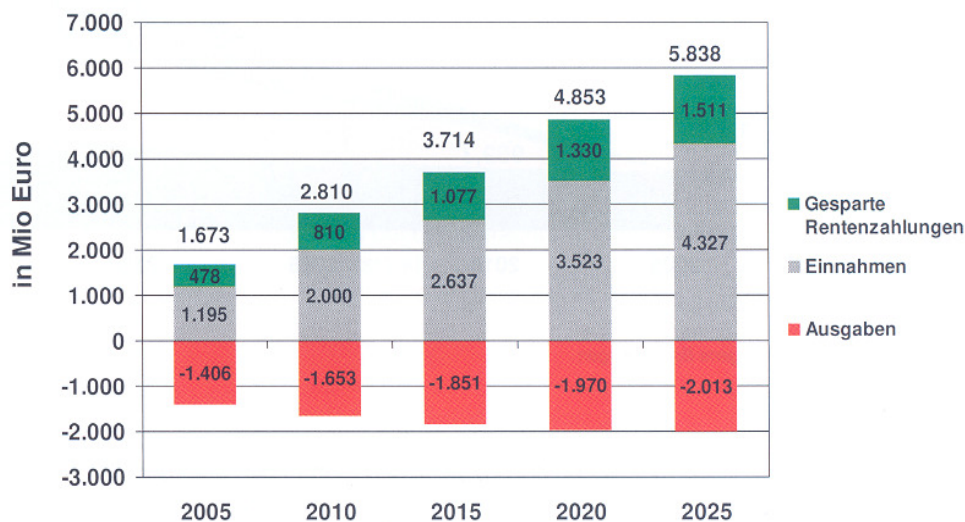
Das Gutachten des Basler Prognos-Instituts aus dem Jahr 2009 stellt fest, dass Wachstum und Beschäftigung durch die medizinische Rehabilitation gesichert werden. Bereits heute erhält die Volkswirtschaft für jeden in die medizinische Rehabilitation investierten Euro fünf Euro zurück. Diese volkswirtschaftliche Rendite steigt in den nächsten Jahren noch deutlich an. Unter Annahme eines weiteren Bedeutungszuwachses der Rehabilitation kann der volkswirtschaftliche Nettonutzen bundesweit von rund 5,8 Mrd. € im Jahr 2005 auf rund 23 Mrd. € im Jahr 2025 steigen. Für Baden-Württemberg ergibt sich unter gleichen Annahmen bis zum Jahr 2025 eine Zunahme des volkswirtschaftlichen Nettonutzens aus Rehabilitationsmaßnahmen in Höhe von rund drei Mrd. € (2010: 1,2 Mrd. €).

Die Studie belegt darüber hinaus, dass durch die medizinische Rehabilitation der Volkswirtschaft jährlich über 150.000 Arbeitskräfte erhalten bleiben, die ohne die Maßnahmen aus dem Arbeitsleben frühzeitig ausscheiden würden.

Durch die im Land Baden-Württemberg durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen blieben 2010 bereits rund 15.000 Berufstätigkeitsjahre erhalten, was etwa 3.700 Vollzeitstellen entspricht. Unter der Annahme einer Steigerung der Wirksamkeit und Inanspruchnahme von Rehabilitation kann diese Zahl bis zum Jahr 2025 auf rund 5.300 Arbeitsplätze im Jahr gesteigert werden.³

Abb. 2 zeigt die im Prognos-Gutachten ermittelte Nettoendite der medizinischen Rehabilitation für die Sozialversicherung. Weitere positive Effekte für die Volkswirtschaft (Steuereinnahmen, geringere Fehlzeiten) wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Abb. 2: Nutzen der medizinischen Rehabilitation in Deutschland



Quelle: Prognos-Gutachten

Übertragen auf Baden-Württemberg ergibt sich für die Sozialversicherung (vgl. Abb. 2) von 2010 auf 2025 eine Steigerung des Nettonutzens von 185,3 Mio. € auf rund 500 Mio. €.

Innerhalb der ersten 24 Monate nach einer medizinischen Rehabilitation sind 86 % der Rehabilitanden weiterhin erwerbstätig und entrichten Sozialversicherungsbeiträge. Trotz einer erheblich gefährdeten oder bereits gemindernten Erwerbsfähigkeit scheiden nur 17 % aus dem Erwerbsleben aus.⁴ Auch die berufliche Rehabilitation kann erhebliche Erfolge vorweisen. So sind bereits drei Monate nach Abschluss einer beruflichen Weiterbildung rund 78 % aller Rehabilitanden wieder beruflich integriert.⁵

76 % der Rehabilitanden der Bundesagentur für Arbeit in Baden-Württemberg sind sechs Monate nach Austritt aus einer Maßnahme nicht mehr arbeitslos. Bei 39 % gelingt sogar die Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung.⁶

Selbst bei schwierigen Problemlagen ist Rehabilitation erfolgreich. So entrichten rund zwei Drittel aller Rehabilitanden, die erfolgreich eine medizinische

³ Berewinkel, J. et al, (2011). Die volkswirtschaftliche Relevanz der Reha-Kliniken in Baden-Württemberg. Basel, Prognos AG

⁴ DRV Bund, RSD 2002 – 2009

⁵ DRV BW – LTA QS

⁶ Regionaldirektion Baden-Württemberg, Verbleibs- und Eingliederungsquote 2009/2010

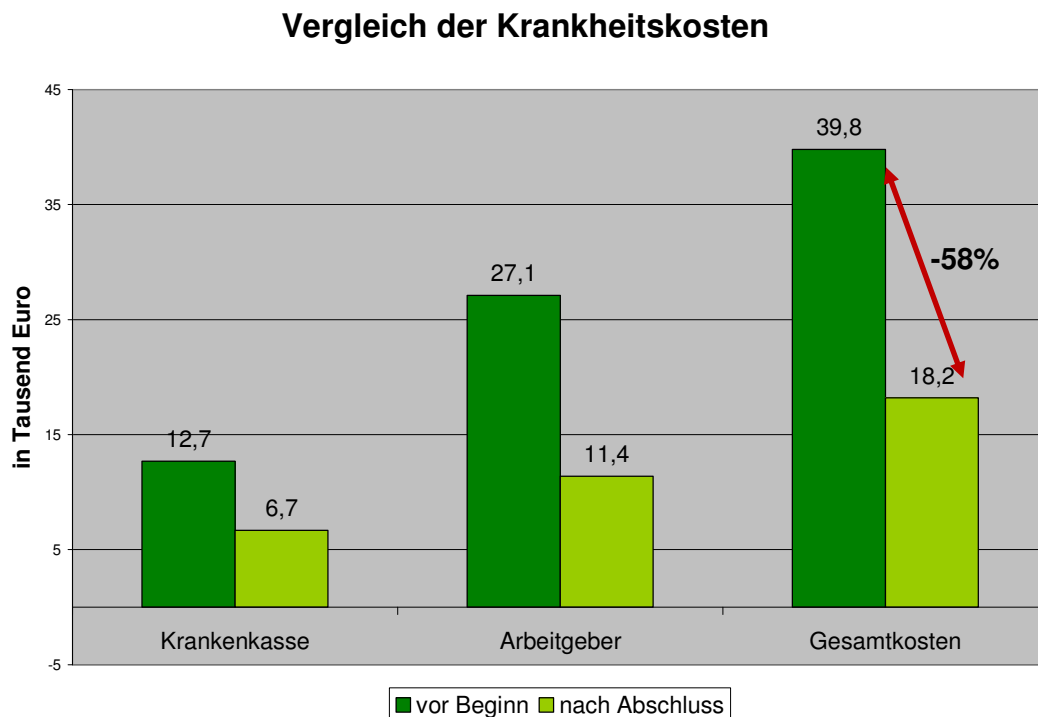
Rehabilitation wegen einer Drogenabhängigkeit durchgeführt haben, wieder Pflichtbeiträge aufgrund einer Beschäftigung.⁷

Eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme amortisiert sich darüber hinaus bereits nach vier Monaten durch das Hinausschieben der Frühberentung und zusätzliche Rentenversicherungsbeiträge.⁸

Die Rehabilitation rechnet sich zudem für die gesetzliche Krankenversicherung: Abbildung 3 stellt den Vergleich der Krankheitskosten je Fall in Bezug auf alle relevanten Kostenbereiche zwei Jahre vor Beginn und nach Abschluss der medizinischen Reha am Beispiel der psychischen Erkrankungen dar.

Durch die medizinische Rehabilitation reduzieren sich auch die Krankheitskosten für die Arbeitgeber. Die Gesamtkosten der Arbeitgeber für Entgeltfortzahlung und Produktivitätsverluste sinken zwei Jahre nach einer medizinischen Rehabilitation im Vergleich zu den Aufwendungen vor der medizinischen Rehabilitation um rund 58%.⁹

Abb. 3: Vergleich der Krankheitskosten vor und nach einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme



Quelle: Zielke et al., 2004

⁷ DRV BW, eigene Erhebung

⁸ DRV Bund, eigene Berechnung

⁹ Zielke, M. et al. 2004 Ergebnisqualität und Gesundheitsökonomieverhaltensmedizinischer Psychosomatik in der Klinik Lengerich : Pabst

Die Rehabilitationskliniken sind darüber hinaus für Beschäftigung und Wertschöpfung in Baden-Württemberg relevant.¹⁰ Rund 27.000 Menschen verdanken den Rehabilitationskliniken ihren Arbeitsplatz. Die Rehabilitation löst eine Wertschöpfung in Höhe von rund 1,2 Mrd. € aus, insbesondere in ländlichen Regionen. Die Rendite für die Sozialversicherung beträgt dabei derzeit rund 185 Mio. € und könnte bis 2025 auf 500 Mio. € gesteigert werden. Rehabilitation lohnt sich auch für die Pflegeversicherung. Bleiben die altersspezifischen Anteile an Pflegebedürftigen in der sozialen Pflegeversicherung konstant, steigt ihre Zahl bis 2050 auf mehr als vier Mio. an. Bei zusätzlich fünf „gesunden Jahren“ als Ergebnis von erfolgreicher Prävention und Rehabilitation kann der Anstieg bis 2050 auf rund 2,4 Mio. abgemildert werden.¹¹

¹⁰ Berwinkel et al 2011a.a.O

¹¹ Fokus Pflegeversicherung, Kompakt Verlag 2009

3.2 Mittel für Prävention und Rehabilitation sind begrenzt

Die Finanzierung von Prävention und von Rehabilitationsmaßnahmen ist gefährdet

Das Rehabilitationsbudget der gesetzlichen Krankenversicherung ist nicht gedeckelt. Gleichwohl bestehen für die GKV wenig Anreize, den Grundsatz „Reha vor Pflege“ umzusetzen. Von Reha-Maßnahmen der GKV profitiert diese wenig; Einsparungen hingegen zeigen sich bei der gesetzlichen Pflegeversicherung. Der sechste Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland weist deshalb darauf hin, dass so gut wie keine Rehabilitationsempfehlungen bei vorliegender Pflegestufe 1 gegeben werden.

Welche Potenziale die Rehabilitation im Zuständigkeitsbereich der GKV für die Sozialversicherung bieten kann, veranschaulicht eine einfache Gegenüberstellung der Kosten. Bei Unterbringung in einer vollstationären Einrichtung fallen in der ersten Pflegestufe 1.023 € pro Monat an Kosten für die Pflegeversicherung an¹². Eine durchschnittliche Rehabilitationsmaßnahme im Bereich der Orthopädie oder auch Geriatrie kann mit weniger als 4.000 Euro Kosten für die GKV beziffert werden. In der Gesamtbetrachtung hätte sich die Rehabilitationsmaßnahme schon gelohnt, wenn es gelingt, die Pflegeeinstufung (verbunden mit stationärer Unterbringung) um mehr als vier Monate hinaus zu zögern.

Das Budget der Bundesagentur für Arbeit wird unter Berücksichtigung der regionalen Bedarfe zentral veranschlagt. Den Agenturen für Arbeit in Baden-Württemberg standen 2011 ungefähr 326 Mio. € zur Verfügung, dies entspricht in etwa dem Budget der Vorjahre. Ziel ist es, diese Mittel effektiv und effizient einzusetzen. Die BA unterstützt die Inklusion im Rahmen der UN-Behindertenrechtskonvention durch verstärkte Nutzung betrieblicher und wohnortnaher Maßnahmen.

Im Rahmen des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (WFG) wurde 1997 das Rehabilitationsbudget der Deutschen Rentenversicherung auf die Ausgaben des Jahres 1993 begrenzt und zusätzlich um 600 Mio. DM gemindert (Kürzung um über 25 %).

Die jährliche Anpassung erfolgt seitdem analog der voraussichtlichen Entwicklung der Bruttolöhne. Dies führt dazu, dass sich das Rehabilitationsbudget nicht dem wachsenden Bedarf in einer alternden Gesellschaft anpasst, sondern nur so steigt, wie sich die Bruttolöhne in Deutschland entwickeln. Durch zusätzliche Aufgaben (zum Beispiel für die Deutsche Rentenversicherung: stufenweise Wiedereingliederung, stark steigende Ausgaben für Menschen in Werkstätten für behinderte Menschen) wurde das Rehabilitationsbudget sogar faktisch abgesenkt.

¹² Auch bei einer Pflege zuhause entstehen bspw. durch Pflegesachleistungen nach SGB XI (häusliche Pflegehilfe) bzw. SGB V (häusliche Krankenpflege) Kosten. Diese sind geringer zu beziffern als im Fall einer stationären Pflege.

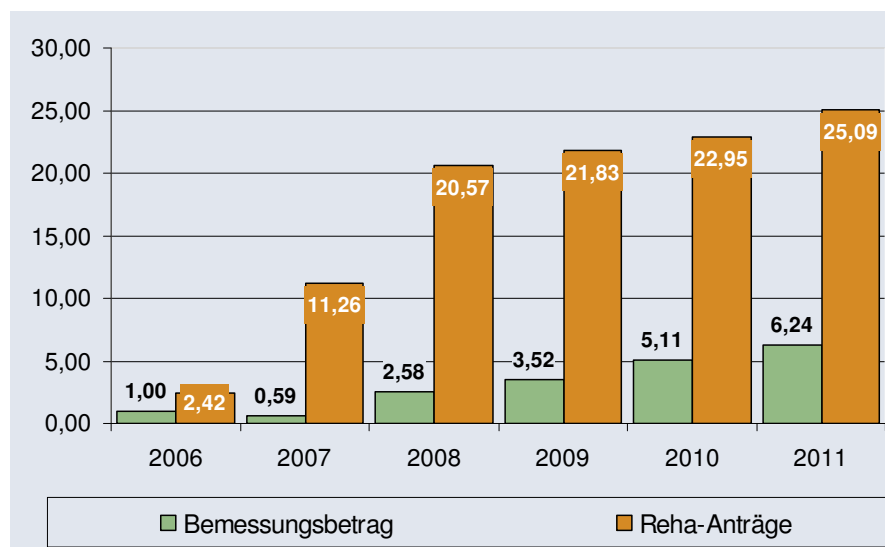
Der Rehabilitationsbedarf steigt weiter aufgrund

- höherer Versichertenzahlen in den rehabilitationsintensiven Altersgruppen
- der Zunahme der Anschlussheilbehandlungen seit DRG-Einführung im Krankenhaus
- des medizinischen Fortschritts
- der Zunahme chronischer Krankheiten

Demgegenüber stagnieren die Gesamtausgaben für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes stiegen zwar die absoluten Aufwendungen für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen in den letzten 15 Jahren um etwa fünf % auf rund acht Mrd. €. Gleichzeitig fiel aber der relative Anteil von 4,1 % auf 3,1 % des Gesamtaufkommens.

Die klaffende Lücke zwischen Budget und Bedarf veranschaulicht Abb. 4 am Beispiel der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Baden-Württemberg. Während der Bemessungsbetrag der DRV Baden-Württemberg (Anteil der DRV Baden-Württemberg am Gesamt-Rehabilitationsbudget der Deutschen Rentenversicherung) von 2006 bis 2011 nur um 6,24 % stieg, erhöhten sich die Anträge auf Rehabilitation um 25,09 %.

Abb. 4: Verfügbares Budget und Anträge auf Rehabilitation bei der DRV Baden-Württemberg



Quelle: DRV Baden-Württemberg

3.3 Arbeitswelt

Die Anforderungen des Arbeitsmarktes an die einzelnen Erwerbstätigen sind in den letzten Jahren gestiegen und steigen weiter. Der sich wandelnde Arbeitsmarkt ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- Die Zahl der Einfacharbeitsplätze sinkt.
- Ein Teil der Normalarbeitsplätze zeichnet sich durch steigende Komplexität, Arbeitsverdichtung, erhöhte Wissensintensität und zunehmende Veränderungsgeschwindigkeit aus.
- Veränderung der Tätigkeitsstrukturen mit Bedeutungsverlust des primären Sektors (Industrie) der Beschäftigung und steigender Bedeutung des Dienstleistungssektors.
- Steigerung der Anforderungen an Arbeitnehmer durch örtliche und zeitliche Flexibilität/ Verfügbarkeit sowie durch die Zunahme zeitlich befristeter Arbeitsverhältnisse.
- Demographische Entwicklung mit der Veränderung des Erwerbspotentials durch Schrumpfung und Alterung der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter.
- Mit steigendem Durchschnittsalter der Belegschaft steigt aber auch der Anteil der gesundheitlich eingeschränkten Mitarbeiter in den Unternehmen.

Dadurch verstärken sich auch Ungleichgewichte auf dem Arbeitsmarkt. So berichtet zum Beispiel die Bundesagentur für Arbeit, dass seit Mai 2010 die Arbeitslosigkeit in Baden-Württemberg erstmals nach der Wirtschaftskrise wieder unter Vorjahresniveau liegt. Allerdings profitieren Schwerbehinderte und ältere Arbeitnehmer kaum vom Aufschwung. Nahezu 75 % aller schwerbehinderten arbeitslosen Menschen sind älter als 50 Jahre (7.200 von 9.600). Der Bestand der arbeitslosen schwerbehinderten Menschen über 60 Jahre ist seit der Anhebung der Altersgrenze 2008 sogar von 330 auf 2.800 gestiegen. Die Bundesagentur für Arbeit unterstützt daher aktiv die „Initiative Inklusion“ des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, die folgende Handlungsfelder zum Inhalt hat:

1. Berufsorientierung schwerbehinderter Schüler/innen verbessern
2. Betriebliche Ausbildungen schwerbehinderter Jugendlicher fördern
3. Arbeitsplätze für ältere, arbeitslose, schwerbehinderte Menschen fördern

Zentrales Instrument, um diese Entwicklungen abzufedern, ist das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM). Es gilt die Arbeitskraft der Versicherten zu erhalten und diese nach einer Erkrankung mit BEM und Rehabilitation wieder in das Erwerbsleben zurück zu führen. Weitere Überlegungen hierzu finden sich im gesonderten Bericht der Projektgruppe „Betriebliches Gesundheitsmanagement“.

Eine besondere Herausforderung besteht darin, dass in den vergangenen Jahren eine deutlich Zunahme psychischer Erkrankungen am Arbeitsplatz zu verzeichnen ist. Die Arbeitnehmer fehlen immer häufiger aufgrund psychischer Erkrankungen. Inzwischen gehen rund 12 % der AU-Tage auf psychische Erkrankungen zurück, die Fehlzeiten können einen Zeitraum von drei

bis sechs Wochen umfassen. Ein depressiv Kranker ist sogar zwischen sieben und zwölf Wochen nicht arbeitsfähig¹³.

Aber nicht nur die Arbeitswelt befindet sich in einem rapiden Wandel. Über Jahrzehnte scheinbar gefestigte Strukturen im familiären und privaten Umfeld brechen auseinander. Die klassische Familie, eingebettet in generationenübergreifende Strukturen, gibt es immer weniger und sie verliert an Wert und Bedeutung; vermehrt gibt es singuläre Lebens- und Wohnformen, Patchwork-Familien, Alleinerziehende etc. Die einzelnen Menschen sind damit aber immer weniger Teil eines bestimmten sozialen Netzes. Zur Zeit entstehen zwar zum Beispiel im Internet neue Netzwerke (Facebook); ob diese allerdings im Stande sind, an die Stelle der alten Strukturen zu treten, bleibt abzuwarten.

Vor diesem Hintergrund sind Gesundheit und Qualifikation Schlüsselfaktoren der beruflichen Integration. Die konsequente betriebliche Ausrichtung und Individualisierung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung und eine Verzahnung dieser mit dem betrieblichen Gesundheitsmanagement leisten einen wichtigen Beitrag, um die berufliche Integration von Menschen mit Behinderung zu stärken. Darüber hinaus müssen auch Personen jenseits der 50 in das System Berufliche Rehabilitation stärker einbezogen werden, wenn möglich wohnort- und betriebsnah. Die medizinische Rehabilitation muss daher berufliche Problemlagen erkennen und geeignete Maßnahmen veranlassen. Einrichtungen, die dies nicht leisten können, werden sich langfristig nicht am Markt halten können.¹⁴

3.4 Selbsthilfe / Hilfe zur Selbsthilfe

Die Selbsthilfe ist eine Bewältigungsform von Krankheit, Behinderung und psychosozialen Problemen. Man versteht darunter das Prinzip, eigene Probleme aus eigener Kraft beziehungsweise gemeinsame Probleme mit gemeinsamer Anstrengung zu bearbeiten.

Die Selbsthilfelandchaft, die sich in Deutschland bis heute sowohl von ihren Strukturen als auch von ihren Inhalten her herausgebildet hat, ist sehr differenziert und vielfältig. Es existieren eine Vielzahl verschiedener Formen unterschiedlichen Formalisierungsgrades: Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen.

Selbsthilfeorganisationen setzen sich häufig aus Selbsthilfegruppen zusammen. Sie unterscheiden sich von diesen durch eine größere Mitgliederzahl, formalisierte Arbeits- bzw. Verwaltungsabläufe und intensivere Kontakte zum professionellen System. Selbsthilfeorganisationen sind Organisationen von überregionaler Interessenvertretung und pflegen meist Kontakte zu Behörden, Sozialleistungsträgern, Trägern der freien Wohlfahrtspflege, Leistungserbringern und zur Politik.

¹³ Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK, 2011), BPTK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen – keine Frage des Alters. Internetpublikation. Berlin, BPTK.

¹⁴ Deutsches Ärzteblatt Jahrgang 108/Heft 44, vgl. Anlage

Selbsthilfekontaktstellen sind örtlich oder regional arbeitende Einrichtungen mit hauptamtlichem Personal. Sie sind professionelle Beratungseinrichtungen zur Stärkung der Eigenverantwortung und gegenseitigen freiwilligen Hilfe. Darüber hinaus existieren auch überregionale Strukturen von Selbsthilfekontaktstellen (wie zum Beispiel die bundesweite Selbsthilfekontaktstelle NAKOS, Länderbüros bzw. Landesarbeitsgemeinschaften der Selbsthilfekontaktstellen). Diese unterschiedlichen Formen der Selbsthilfe begründen auch die große Vielfalt.

In den vergangenen Jahren ist die Bedeutung der Selbsthilfe in unserer Gesellschaft stark gewachsen. Ein wichtiger Teil davon ist die gesundheitsbezogene Selbsthilfe. Die gestiegene Anerkennung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe hat zu einem größeren Einfluss, aber auch zu einem enormen Aufgabenzuwachs mit der Gefahr von (Selbst-) Überforderung geführt. Folgende Herausforderungen werden gesehen:

- Aufgaben müssen in den Bereichen verbleiben, in denen sie von professionellen und bezahlten Fachkräften erbracht werden. Andererseits soll jedoch der Beitrag der Selbsthilfe in der Zusammenarbeit mit dem professionellen Hilfesystem gestärkt werden.
- Anstrengungen müssen unternommen werden, um in Selbstverständnis und Außendarstellung zu einer wirklich angemessenen Zusammenarbeit von Selbsthilfe und professioneller Versorgung zu kommen. Diese Zusammenarbeit muss berücksichtigen, dass Selbsthilfeengagierte „Problembetroffene“ sind, also mit persönlichen Einschränkungen leben, und ehrenamtlich und unentgeltlich aktiv sind. Entscheidend ist auch die Verbesserung der Unterstützung, Entlastung und Befähigung von „Mandats-trägern“ und Gremienvertreter/-innen.
- Es bedarf zusätzlicher Anstrengungen und Mittel, um die gesundheitsbezogene Begrenzung auf die gemeinschaftliche Selbsthilfe zu überwinden. Ein gemeinschaftliches Selbsthilfeengagement hat wohl spezifische, zum Beispiel gesundheitsbezogene Auslöser, aber eine ganzheitliche Ausrichtung.

4. Handlungsfelder

Aufgrund der unter Nr. 3 erfolgten Bestandsaufnahme hat die Projektgruppe die folgenden acht Handlungsfelder definiert.

4.1 Handlungsfeld 1: „Prävention und Rehabilitation müssen früher und gezielter einsetzen“

Voraussetzung für das Erbringen von Leistungen zur Teilhabe ist das Vorliegen einer Behinderung oder drohenden Behinderung (§ 4 Abs. 1 SGB IX). Behindert sind Menschen, „wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist“. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist (§ 2 Abs. 1 SGB IX).

Leistungen zur Teilhabe umfassen die notwendigen Sozialleistungen um „die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern oder 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“ (§ 4 Abs. 1 SGB IX Nr. 1 und Nr. 2).

Auslöser für Leistungen zur Teilhabe sind in der Regel körperliche, geistige oder seelische Veränderungsprozesse, die ein chronisches Stadium erreicht haben oder sich akut manifestieren. Chronischen Krankheiten bzw. Behinderungen liegt ein multi-kausaler und langjähriger Verlaufsprozess zugrunde; die Auswirkungen chronischer Krankheiten bzw. von Behinderungen sind zudem mehrdimensional. Für beide Erscheinungsformen gilt aber, dass die rehabilitative Hilfe und Unterstützung erst einsetzt, wenn eine chronische Erkrankung oder Behinderung schon vorliegt. Dies ist aber eigentlich zu spät. Es gilt chronische Veränderungsprozesse – körperlicher, geistiger oder seelischer Art – so früh wie möglich zu erkennen und präventiv/rehabilitativ zu intervenieren bzw. entgegen zu wirken. Dies impliziert u. a. auch eine deutliche Stärkung des Engagements der Beteiligten in der Kinder- und Jugendrehabilitation. Nicht umsonst betont das SGB IX in § 3 den Vorrang der Prävention: „Die Rehabilitationsträger wirken darauf hin, dass der Eintritt von Behinderung einschließlich einer chronischen Krankheit vermieden wird“.

Ein weiteres Problem in diesem Zusammenhang ist der Zugang der von einer chronischen Krankheit oder Behinderung betroffenen Menschen zu dem Rehabilitationssystem. Leistungen zur Teilhabe werden auf Antrag erbracht; damit ist der Zugang zu einer Teilhabeleistung abhängig von den Betroffenen und/oder ihrem behandelnden Arzt. Das ist grundsätzlich auch gut so, weil aktivierende Rehabilitation nur erfolgreich ist, wenn eine große Bereitschaft/Motivation vorhanden ist. Dennoch kommt dem sozialen Umfeld bei starker Chronifizierung bzw. Behinderung eine entscheidende Bedeutung zu, da in diesem Fall der betroffene Mensch selbst zumeist nur unzureichend in der Lage ist, seine Rechte wahrzunehmen. Der Zugang ist damit mehr oder weniger zufällig („abwartende Rehabilitation“). Ziel muss es aber sein, dem

richtigen Patienten, zum richtigen Zeitpunkt die für ihn richtige Rehabilitationsmaßnahme anzubieten („aufsuchende Rehabilitation“).
Teilhabeleistungen sollten deshalb so früh und so vollständig und umfassend wie möglich erbracht werden um die Ziele – Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung – zu erreichen.

4.2 Handlungsfeld 2: „Vernetzung muss realisiert und Verfahrensabläufe optimiert werden“

Mit dem SGB IX hat sich der Gesetzgeber für die Beibehaltung des gegliederten Systems in der Rehabilitation entschieden. Diese Gliederung bezieht sich vordergründig auf die Beziehungen zwischen den Rehabilitationsträgern; gegliedert ist das System aber auch in den Beziehungen zwischen Rehabilitationssträgern und Leistungserbringern und auch zwischen der Akutmedizin, der Prävention und der Rehabilitation. Diesem gegliederten System liegt die Idee/der Anreiz zugrunde, dass derjenige Rehabilitationsträger, der es unterlässt eine Rehabilitationsmaßnahme durchzuführen oder dessen Rehabilitation missglückt, die daraus resultierenden Folgen zu tragen hat.

Eine offensichtliche Lücke klafft in dieser Systematik mit Blick auf den Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“, der sich auch in § 4 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX findet. Eine erfolgreiche Rehabilitation nutzt in erster Linie der Pflegeversicherung. Folgen unterlassener oder unzureichender Maßnahmen sind somit nicht von dem Rehabilitationsträger zu tragen. Die Neuregelung in § 40 Abs. 3 SGB V, die eine Ausgleichszahlung der gesetzlichen Krankenversicherung an die gesetzliche Pflegeversicherung vorsieht bei unterlassenen Rehabilitationsmaßnahmen, hat seit ihrer Einführung bislang keine Wirkung entfaltet.

Das gegliederte System hat allerdings den Nachteil, dass an den Schnittstellen der einzelnen Bereiche allzu große Reibungsverluste auftreten können. Der Gesetzgeber hat deswegen im SGB IX nicht nur ein Bekenntnis zum gegliederten System abgegeben, sondern die Rehabilitationsträger zur Kooperation und zur Koordination ihrer Leistungen aufgefordert mit dem Ziel, dass die Leistungen nahtlos ineinander greifen und eine umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zügig, wirtschaftlich und auf Dauer ermöglicht wird (§ 10 SGB IX). Sind Leistungen mehrerer Arten oder von mehreren Trägern notwendig, so hat der nach § 14 SGB IX bestimmte Träger dafür zu sorgen, dass alle voraussichtlich notwendigen Leistungen zusammengestellt und nahtlos durchgeführt werden. Die Rehabilitation muss somit Teil einer medizinischen Gesamtversorgungskette werden. Verwaltungsabläufe und -verfahren (also die Beantragung, die Bearbeitung des Antrags, die Zuweisung des Patienten in die richtige Klinik etc.) müssen dieser Versicherten- und Patientenorientierung ebenfalls Rechnung tragen.

Aber auch die Vernetzung zu vor- und nachgelagerten Bereichen der Rehabilitation - insbesondere zur ambulanten/stationären Krankenbehandlung und zur Selbsthilfe – muss verbessert werden. Derzeit ist eine Rehabilitationsmaßnahme ein mehr oder weniger singuläres Ereignis. Damit dies nicht so bleibt, muss insbesondere der behandelnde Arzt besser in das Geschehen eingebunden werden. Die Planung der Rehabilitation – vor allem der Rehabilitationsziele – sind mit ihm abzustimmen. Während der Rehabilitation ist mit ihm bei Bedarf Kontakt aufzunehmen bzw. zu halten und die weitere Behandlung nach der Rehabilitation mit ihm gemeinsam zu planen (ggf. auch unter Einbindung der zuständigen Krankenversicherung). Ein richtiger Schritt in diese Richtung ist der zwischen der DRV Baden-Württemberg und dem Deutschen Hausärzteverband, Landesverband Baden-Württemberg abgeschlossener Vertrag zur „Nachhaltigen Sicherung der in der Rehabilitation erzielten Erfol-

ge“. Er sieht vor, dass der Hausarzt nach der Rehabilitation mit dem Patienten ein Rückkehrgespräch führt und 12 Monate nach der Reha einen erneuten Befund über die nachhaltige Wirkung des Rehabilitationserfolges erstellt. Analoge Verträge könnten mit den Werks- und Betriebsärzten und den Kinderärzten abgeschlossen werden.

4.3 Handlungsfeld 3: „Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit durch Schnittstellenmanagement erhöhen“

Das Ziel aller rehabilitativen Bemühungen ist die Förderung der Selbstbestimmung und der gleichberechtigten Teilhabe behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen am Leben in der Gesellschaft (§ 1 SGB IX). Die einzelnen Leistungsträger sollen dabei ihre Leistungen so vollständig und umfassend erbringen, dass Leistungen eines anderen Trägers möglichst nicht erforderlich werden. Sind im Einzelfall dennoch die Leistungen eines anderen Rehabilitationsträgers notwendig, so ist der nach § 14 SGB IX leistende Rehabilitationsträger dafür verantwortlich, dass die beteiligten Rehabilitationsträger die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen funktionsbezogen feststellen und so zusammenstellen, dass sie nahtlos ineinandergreifen. Der zuständige Rehabilitationsträger kann diese Leistungen allein oder gemeinsam mit anderen Leistungsträgern durch andere Leistungsträger oder unter Inanspruchnahme von Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen ausführen. Das gilt insbesondere, wenn die Leistungen dadurch wirksamer und wirtschaftlicher erbracht werden (§ 17 Abs. 1 SGB IX).

Eine angesichts der demographischen Entwicklung und der steigenden Multimorbidität ebenfalls zunehmend wichtig erscheinende Schnittstelle liegt zwischen Rehabilitation und (Alten-)Pflege, zum Beispiel mit den Möglichkeiten der Vermeidung oder Hinauszögerung von Pflegebedürftigkeit. Hier müssen vor allem Modelle der Vernetzung zwischen Rehabilitation und Pflege entwickelt und erprobt werden.¹⁵

So ein Vorgehen verlangt insbesondere ein gut funktionierendes Schnittstellenmanagement des im Einzelfall zuständigen Rehabilitationsträgers. Durch Abstimmung und Anpassung bzw. Ausrichtung der Einzelleistungen der verschiedenen Träger auf das Gesamtziel einer umfassenden Teilhabe lassen sich Effektivität und Effizienz der Gesamtmaßnahme deutlich gegenüber den einzelnen, isoliert erbrachten Teilleistungen steigern. Die Vernetzungsarbeit im Rahmen des Rehabilitationsgesamtplanes ist eine wichtige Aufgabe der Gemeinsamen Servicestellen, die unter anderem trägerübergreifende Qualitätszirkel vor Ort und Fallkonferenzen organisieren.

4.4 Handlungsfeld 4: „Rehabilitation ist zielorientiert auszurichten“

Der konzeptionelle Bezugsrahmen für die Rehabilitation in Deutschland ist die International Classification of Functioning (ICF). Danach wird Teilhabe als Wechselwirkung zwischen Gesundheits-, Funktions-, Aktivitäts- und Strukturstatus einer Person und den Umweltfaktoren definiert. Somit kommt es bei der

¹⁵ vgl. z.B. Löschmann et al., 2004 Rehabilitation vs. Pflege? Ein Plädoyer für eine engere Vernetzung. Public Health Forum, 44,9-10

Planung und Durchführung der Rehabilitation ganz wesentlich darauf an, dass die konkreten Alltags-, Berufs- und Umweltbedingungen der Patienten möglichst genau erfasst und während der Rehabilitation berücksichtigt werden. Das Rehabilitationsziel, die Patienten in ihrem konkreten Alltags- und Berufsumfeld (seinem Sozialraum) zu halten, muss darauf ausgerichtet werden. Der Rehabilitation in Deutschland liegt somit der Lebensweltansatz zugrunde. Das heißt für die Rehabilitation durch die gesetzliche Rentenversicherung, dass sie den Auftrag hat, den Verbleib gesundheitlich beeinträchtigter Versicherter im Erwerbsleben sicherzustellen bzw. sie beruflich wieder einzugliedern. Für die Rehabilitation durch die gesetzliche Krankenversicherung bedeutet dies, dass sie ihre rehabilitativen Bemühungen auf die Stärkung und bestmögliche Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit im Alltag ausrichten muss. Dies wird ausgedrückt in den beiden Grundsätzen „Rehabilitation vor Rente“ bzw. „Rehabilitation vor Pflege“ (§ 4 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX i. V. m. § 8 Abs. 2 und Abs. 3 SGB IX). Diesem Ziel werden aber die Ausgestaltung des Rehabilitationsverfahrens, die Inhalte der Rehabilitationsmaßnahme und die nachgehende Betreuung zu wenig gerecht. Der gesamte Rehabilitationsprozess – von der Identifizierung und Definition des individuellen Teilhabebedarfs über die Ausgestaltung der Rehabilitationsmaßnahme bis hin zur Nachsorge – muss zielgruppenorientierter ausgestaltet werden. Dies ist kein Selbstzweck. Je genauer die Rehabilitation die konkreten Lebensumstände der Rehabilitanden berücksichtigt, umso erfolgreicher wird sie sein.

Da die Bewältigung einer chronischen Erkrankung in aller Regel mit einer Verhaltens- bzw. Lebensstiländerung der Betroffenen einhergehen muss, wird hierfür konzeptionell bzw. hinsichtlich der konkreten Rehabilitationsmaßnahmen eine stärkere Gewichtung in Richtung pädagogischer und vor allem psychologischer (auch psychotherapeutischer) Behandlungsansätze von Bedeutung sein. Hier sind sowohl von Seiten der Leistungs- als auch der Klinikträger entsprechende Verschiebungen in der Strukturqualität unausweichlich. In der Umsetzung der ganzheitlichen Grundkonzeption im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells in die Rehabilitationskonzepte der Kliniken und mehr noch in deren Versorgungsalltag ist die Rehabilitation nach wie vor zu „medizinlastig“. Der ganzheitliche Ansatz muss sich in der Teamgestaltung und in der Leistungsverantwortung spiegeln. So ist zum Beispiel in den somatischen Rehabilitationskliniken der Anteil der Psychologen am Gesamtteam chronisch zu niedrig. Und zumindest in der Psychosomatischen und der Suchtrehabilitation ist es fachlich nicht begründbar, warum diese nicht auch von einem psychologischen Psychotherapeuten geführt werden können.¹⁶

Eine optimierte Zielgruppenorientierung der Rehabilitation verbessert damit auch ihre Effektivität und Effizienz und trägt somit letztlich auch zu ihrer ökonomischen Erbringung bei. Damit wird ebenfalls dem SGB IX Rechnung getragen. Und „last but not least“ entspricht eine verbesserte Zielgruppenorientierung der Rehabilitation auch dem Grundanliegen des SGB IX nach einer Beteiligung des Leistungsberechtigten an der Ausführung der Leistung.

¹⁶ Nübling, R. 2011, Die Rehabilitation hat kein Imageproblem! Spektrum der DRV Baden – Württemberg, 1/2011, 38-41,

4.5 Handlungsfeld 5: „Budgets für Prävention und Rehabilitation sind an den Bedarf anzupassen“

Für die Zukunft der sozialen Sicherungssysteme ist die demographische Entwicklung die zentrale Rahmenbedingung. Die Bevölkerungsentwicklung lässt sich dahingehend zusammenfassen, dass die in Deutschland lebenden Menschen zwar weniger, dafür aber deutlich älter werden. Damit einher geht eine deutliche Zunahme chronischer Krankheiten.

Auch der Arbeitsmarkt wird von der demographischen Entwicklung in den nächsten Jahren erheblich betroffen sein. Die medizinische Rehabilitation stellt dabei den Ansatz für die adäquate interdisziplinäre Behandlung multimorbid und chronisch Kranker dar.¹⁷

Die Bevölkerung im Erwerbsalter wird von der Schrumpfung besonders stark betroffen sein. Die Abnahme der Zahl der erwerbsfähigen Bevölkerung geht aber einher mit einer Verschiebung hin zu den Älteren im Erwerbsalter. Das Erwerbspersonenpotential der Zukunft wird zu einem erheblichen Teil aus Menschen bestehen, die älter als 50 Jahre sind. Ein Alter, in dem chronische Erkrankungen und ein damit verbundener Rehabilitationsbedarf deutlich zunehmen. Die Belegschaften in den Unternehmen werden somit deutlich älter. Dieser Prozess hat bereits begonnen. Vor diesem Hintergrund und mit Blick auf den späteren Renteneintritt (Rente mit 67) müssen die Anstrengungen erhöht werden, die Beschäftigten im Erwerbsprozess zu halten.

In dieser Lage ist es ausgesprochen problematisch, den Betrag, der der gesetzlichen Rentenversicherung für die Leistungen zur Teilhabe zur Verfügung steht, nicht an die sich entwickelnden Bedarfe, sondern an die Grundlohnsammensteigerung anzuknüpfen. Das Problem zeigt sich an der Entwicklung der vergangenen sechs Jahre. Einer Budgetanpassung von rund 6,2 % steht eine Antragssteigerung um 22,7 % gegenüber. Eine angemessene Anhebung dieses sogenannten Ausgabendeckels ist somit sachlich zwingend geboten. Ein wichtiger Faktor im Rahmen einer gesetzlichen Anpassung muss dabei die demographische Entwicklung sein. Ein derartiger „Demographiefaktor“ wäre eine dringend gebotene Ergänzung einer reinen lohnentwicklungsbezogenen Dynamik.

Daneben sollte im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung der mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführte morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich weiterentwickelt werden. Er gewährleistet eine Mittelzuweisung aus dem Gesundheitsfonds an die Kassen, die sich an der Morbidität ihrer Versicherten orientiert. Es muss verhindert werden, dass Mittel für Präventionsmaßnahmen gekürzt werden, die zur Reduktion von Morbidität führen.

¹⁷ ebd.

4.6 Handlungsfeld 6: „Ergebnisqualität muss im Fokus von Qualitätssicherung und Forschung stehen“

Die Qualitätssicherung ist in der Rehabilitation eine gesetzlich vorgeschriebene Aufgabe sowohl der Rehabilitationseinrichtungen als auch der Rehabilitationsträger. Die Rehabilitationseinrichtungen müssen ein klinikinternes Qualitätsmanagement gewährleisten und eine entsprechende Zertifizierung nach § 20 Abs. 2a SGB IX vorweisen. Darüber hinaus gibt es ein externes Qualitätssicherungsverfahren der Rehabilitationsträger. Das Ziel der Qualitätssicherung ist es „durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die Qualität der Versorgung“ zu gewährleisten und kontinuierlich zu verbessern (§ 20 Abs. 2 SGB IX). Die administrativen Instrumente für das klinikinterne Qualitätsmanagement und die externe Qualitätssicherung durch die Rehabilitationsträger wurden in den vergangenen Jahren ständig weiterentwickelt und haben ein hohes Niveau erreicht, was die Struktur und den Prozess der Rehabilitation betrifft.

Viele Rehabilitationskliniken und Klinikträger haben in den vergangenen Jahren darüber hinaus ein gut funktionierendes internes Qualitätsmonitoring (zum Beispiel kontinuierliche Patientenbefragungen, wiederholte Mitarbeiterbefragungen etc.) aufgebaut¹⁸, das die externen Instrumente ergänzt.¹⁹

Über die Routinemaßnahmen im Rahmen der externen und internen Qualitätssicherung hinaus sollte die Ergebnisqualität der Rehabilitation auch fortlaufend im Rahmen umfassender und punktueller Forschungsprojekte überprüft und verbessert werden. Hierfür wurde unter anderem aus dem Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften eine Vielzahl von Instrumenten zur kurz-, mittel- und langfristigen Erfassung der Ergebnisqualität entwickelt. Noch stärker als bislang sollten künftig die Outcomes, also die Ergebnisqualitäten der Rehabilitation in den Fokus gestellt werden. Eine in diesem Zusammenhang besonders relevante Fragestellung ist aktuell und auch künftig die nach dem gesundheitsökonomischen bzw. volkswirtschaftlichen Nutzen der Rehabilitation. Hier müssen verstärkt Kosten-Nutzen-Analysen durchgeführt werden.²⁰

Einen wichtigen Beitrag hierzu kann die Rehabilitationsforschung liefern, die in den letzten Jahren einen starken Schub erhalten hat. An den Universitäten, privaten Forschungsinstituten und den Rehabilitationseinrichtungen ist die rehabilitationswissenschaftliche Forschung heute wesentlich stärker verankert als noch vor 20 Jahren. Es wird immer wieder kritisiert, dass die seither entwickelte Rehabilitationsforschung sich zu sehr auf den Bereich der Anwendungs- und Versorgungsforschung beziehe. Ihre Versorgungsnähe ist aber eine ihrer besonderen Stärken. Innerhalb der noch jungen Versorgungsforschung wird die Rehabilitation als ein „Best-Practice-Modell“ betrachtet. Die

¹⁸ Nübling et al., 2004. Kontinuierliche Patientenbefragung als Instrument für das interne Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 12, 44-50.; Schmidt et al., 2011. Patienten-, Bewohner- und Angehörigenbefragungen. In B. Reuschenbach & C. Mahler (Hrsg.), *Handbuch pflegebezogener Assessment-Methoden* (S. 459-482). Bern, Huber.

¹⁹ Nübling et al. 2011. Externe vs. interne Patientenbefragung – Zusammenhänge und Nutzen für das interne QM. *DRV-Schriften*, Band 93 (S. 115-117). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

²⁰ z.B. Steffanowski et al. 2007. Metaanalyse der Effekte psychosomatischer Rehabilitation. Bern, Huber., Zielke, 2007. Stationäre Psychotherapie und medizinische Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen aus gesundheitsökonomischer Perspektive. In: Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) (Hrsg.), *Stand und Perspektiven der psychotherapeutischen Versorgung* (S. 41-99). Tagungsdokumentation. ver.di Fachtagung vom 29.11.2006. Berlin, ver.di., Wittmann et al. 2002. Evaluationsforschung und Programmevaluation im Gesundheitswesen. *Zeitschrift für Evaluation*, 1, 39-60.

Bemühungen um den Nachweis der Effizienz und Effektivität der Rehabilitation sollten künftig verstärkt werden, wie dies zum Beispiel seit mehr als zwei Jahrzehnten aus der Psychosomatischen Rehabilitation bekannt ist. Gute Qualitätssicherung ist wichtig, aber auch aufwendig. Die Rehabilitationsträger müssen sich deshalb im Grundsatz auf ein Programm verständigen. Dadurch werden auch sektorenübergreifende Verlaufsbeobachtungen möglich.

4.7 Handlungsfeld 7: „Selbsthilfe und Selbstverantwortung sind integrale Bestandteile von Prävention und Rehabilitation“

Bereits seit vielen Jahren ist die Selbsthilfe in verschiedenen Indikationsbereichen ein wichtiger Baustein in der stationären und ambulanten medizinischen Rehabilitation.

Es entspricht dem Selbstverständnis der Selbsthilfe, dass sich betroffene Menschen oder deren Angehörige zum Austausch, zur gegenseitigen Unterstützung und zur besseren Bewältigung der gegenwärtigen Situation zusammenfinden. Durch diese Zusammenarbeit und die Kommunikation entsteht „Erfahrungswissen“, das immer weiter vertieft und zum gegenseitigen Nutzen ausgetauscht werden kann. Die Betroffenen werden zu „Experten in der eigenen Sache“. Ziel ist, dieses „Erfahrungswissen“ im Rahmen eines organisierten Dialogs und Austauschs mit dem „Expertenwissen“ der Vertreter des „professionellen Hilfesystems“ zum Wohle des Einzelnen zu verbinden und zu vernetzen. Insofern geht es darum, die Vertreter der Selbsthilfe je nach Indikation und dort wo immer möglich am Rehabilitationsprozess zu beteiligen und sie zu vernetzen. Keine Seite kann die Arbeit der anderen ersetzen, aber beide können sich gegenseitig positiv ergänzen. Insofern kann die Selbsthilfe eine wichtige „Brückenfunktion“ zwischen der Rehabilitation und der Lebens- und Arbeitswelt der betroffenen Menschen darstellen. Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen tragen anerkanntermaßen dazu bei, Bürgerinnen und Bürgern Hilfestellungen zum selbstverantwortlichen, eigenständigen Leben im Umgang mit ihrer (meist chronischen) Erkrankung oder Behinderung zu geben. Die erfolgreiche Integration der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in das Arbeitsleben, das bedeutendste Ziel der Rehabilitation, ist mit diesem Anliegen eng verknüpft. Denn hier bedingt das eine das andere: Mit der Wiederherstellung bzw. der wesentlichen Besserung der Leistungsfähigkeit im Beruf werden die Versicherten gleichzeitig befähigt, auch wieder ihre Rolle in der Familie und der Gesellschaft besser auszufüllen und vice versa.

Während im Bereich der Sucht- und Krebserkrankungen die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen weitgehend etabliert ist, bestehen für andere Indikationsbereiche wie chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Diabetes mellitus, Rheuma und Herz-Kreislauf-Krankheiten teils noch erhebliche Entwicklungspotenziale. Zu nennen sind auch Menschen mit Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes sowie mit psychischen Erkrankungen.

Bei der Vermittlung und Initiierung von Selbsthilfegruppen kommt den örtlichen Selbsthilfekontaktstellen und den Landesverbänden der Selbsthilfe eine unverzichtbare Rolle zu.

Hauptgründe für mangelnde direkte Formen der Zusammenarbeit sind insbesondere fehlende Informationen und fehlende strukturelle Rahmenbedingungen wie Zeitmangel und mangelnde Unterstützungsmöglichkeiten sowie finanzielle Grenzen. Ziel ist die Etablierung von Selbsthilfebeauftragten in Reha-Einrichtungen.

Ansätze zur Verbesserung der Situation – insbesondere zur Schaffung von „selbsthilfefreundlichen Rehabilitations-Prozessen“ – werden in folgenden Punkten gesehen:

- Den Rehabilitanden muss die Möglichkeit gegeben werden, die Arbeit von Selbsthilfegruppen kennenzulernen.
- Die Anbahnung von Kontakten zwischen Rehabilitanden und Selbsthilfegruppen am Heimatort sollte in der Reha-Einrichtung beginnen. Informationen und Hinweise zu Selbsthilfegruppen am Wohnort der Rehabilitanden können über das bundesweite Netz der lokalen Selbsthilfekontaktstellen sowie der gesundheitsbezogenen Selbsthilfeorganisationen zur Verfügung gestellt werden.
- Auch die ergänzende Nutzung der Gesundheitsselbsthilfe in den modernen Medien sollte diesbezüglich weiterentwickelt werden.
- Selbsthilfe-Informationen müssen im Rahmen eines organisierten Dialogs in stärkerem Maße als heute an die Einrichtungsmitarbeiter gegeben werden, damit diese als gut informierte Multiplikatoren wirken können zum Beispiel über regelmäßige Informationen oder über Treffen und gemeinsame Veranstaltungen von Selbsthilfekontaktstellen und Rehabilitationseinrichtungen vor Ort.
- Selbsthilfefreundlichkeit sollte als Qualitätsmerkmal in der Qualitätssicherung der Rehabilitationseinrichtungen als wesentliches Element etabliert und eingefordert werden.
- „Selbsthilfe ist günstig, aber nicht umsonst zu haben“. Gefordert sind alle.

4.8 Handlungsfeld 8: „Beratungsstrukturen zwischen Rehabilitationsträgern und der Selbsthilfe vernetzen“

Die Rehabilitationsträger haben eine umfassende Auskunftspflicht und Beratungsverpflichtung gegenüber dem bei ihnen versicherten Personenkreis. Durch das SGB IX erstreckt sich diese Auskunftspflicht und Beratungsverpflichtung auf den gesamten Teilhabebedarf von Menschen mit Behinderungen. Um dieser Aufgabe nachzukommen, unterhalten die Rehabilitationsträger ein dicht geknüpftes Netz an Auskunfts- und Beratungsstellen. Im Mittelpunkt der Beratung stehen die Betroffenen mit ihren gesetzlichen Ansprüchen. Was dabei zu kurz kommt, sind die Sichtweisen der Betroffenen und ihre psycho-sozialen Belastungen, die aus einer Teilhabestörung resultieren und über diese hinausreichen.

Um auch diese Aspekte von Kranksein und Behinderung abzudecken, haben die Selbsthilfeorganisationen und -gruppen ein ebenso dicht geknüpftes Netz

von Anlaufstellen eingerichtet. Beide Strukturen arbeiten derzeit noch weitgehend parallel. Im Sinne einer umfassenden Beratung gilt es diese beiden Strukturen verstärkt miteinander zu vernetzen. Die Selbsthilfeangebote und die professionellen Angebote der Rehabilitationsträger sind keine Alternativen, sie ergänzen sich. Mitarbeiter von Selbsthilfeorganisationen und professionelle Berater der Rehabilitationsträger sind keine Konkurrenten, sondern Partner, die gemeinsam nach Lösungen für die Menschen mit Behinderungen suchen. Die Strukturen und Angebote müssen gegenseitig bekannt gemacht und auch genutzt werden. Die Zusammenarbeit von Rehabilitationsträgern und Selbsthilfeorganisationen während des Rehabilitationsprozesses sollte als Qualitätsmerkmal verstanden werden.

5. Handlungsempfehlungen

5.1 Zielgruppe Rehabilitationsträger

- **Weiterentwicklung der Kooperation zwischen Rehabilitationsträgern und Selbsthilfe**

Die haupt- und ehrenamtlich Tätigen der Rehabilitationsträger und der organisierten Selbsthilfe ergänzen sich auf vielfältige Weise und sollten deshalb verstärkt zusammenarbeiten. Unser Gesundheitswesen braucht die Kompetenz sowohl der hauptamtlichen als auch der ehrenamtlichen Kräfte. Beide bringen aus unterschiedlichen Blickwinkeln ihre Erfahrungen, ihre Kenntnisse und ihr Wissen in den Rehabilitationsprozess ein. Beide sollten die jeweiligen Stärken und Kompetenzen gegenseitig respektieren und aber auch nutzen sowie voneinander lernen.

Beide Seiten profitieren voneinander. Gegenseitiges Verständnis und Interesse an der Arbeit des jeweils Anderen sind wichtig. Die Vertreter des „professionellen Hilfesystems“ sollten die Selbsthilfevertreter und deren Erfahrungswissen als Experten in eigener Sache anerkennen. In einer solchen partnerschaftlichen Zusammenarbeit, wird die Arbeit der Selbsthilfe als Ergänzung des professionellen Hilfesystems betrachtet werden. Damit wird neben dem eigentlichen Fachwissen auch „Bewältigungswissen“ integriert.

Die Rehabilitationsträger sollen deshalb mit Selbsthilfeverbänden und Selbsthilfegruppen eng zusammenarbeiten. Bei gemeinsamen Tagungen können Informationen über die Selbsthilfe ausgetauscht, Beispiele für gute Zusammenarbeit vorgestellt und Pläne über die weitere Zusammenarbeit vor Ort entwickelt werden. Darüber hinaus sollen die Rehabilitationsträger in ihren Veröffentlichungen über die Rolle der Selbsthilfegruppen vor, während und nach der Rehabilitation informieren.

Auch in den Rehabilitationseinrichtungen sollen gemeinsame Veranstaltungen zur Information der Patientinnen und Patienten durchgeführt werden. Bei diesen stellen die Selbsthilfegruppen unter anderem ihre Arbeit vor. Sie besteht vor allem in der Unterstützung der Rehabilitanden und ihrer Angehörigen im Alltag nach Beendigung der Rehabilitation. Die Rehabilitanden sollen bereits in den Rehabilitationseinrichtungen die entsprechenden Kontaktadressen der Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen in der Nähe ihres Wohnortes erhalten. Auf Wunsch der Rehabilitanden werden Mitglieder von Selbsthilfegruppen soweit wie möglich in die Beratungsgespräche mit einbezogen.

In der Suchtbehandlung und der Krebsnachsorge existiert die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe schon seit Langem. Inzwischen ist sie auch auf andere Krankheitsbilder ausgedehnt. Eine Verbesserung der Zusammenarbeit in weiteren Indikationsbereichen ist allerdings noch notwendig.

Die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe muss Bestandteil des Qualitätsmanagements in den Rehabilitationseinrichtungen werden. Ein hilfreiches Instrument ist dafür die Schaffung einer Stabstelle für die Funktion eines Selbsthilfebeauftragten in der Einrichtung.

Der Selbsthilfebeauftragte muss insbesondere folgende Aufgaben wahrnehmen:

1. Er ist Ansprechpartner in der Einrichtung für alle Mitarbeiter und Patienten.
2. Er ist Ansprechpartner für alle Selbsthilfegruppen.
3. Er kümmert sich aktiv um Kontakte und Informationen zwischen Einrichtung und Selbsthilfe.

Und last but not least sollten die Rehabilitationsträger diese Arbeit der Selbsthilfe entsprechend ihrem gesetzlichen Auftrag ideell, sachlich und finanziell fördern.

- ***Rehabilitationsangebote individualisieren und flexibilisieren***

Für eine Rehabilitationsmaßnahme – ambulant oder stationär – sieht das Gesetz eine Regeldauer von 21 Tagen vor. Diese Regelung und weitere, historisch gewachsene Strukturen im Rehabilitationswesen in Deutschland (insbesondere Lage, Struktur und therapeutische Konzepte der Rehabilitationskliniken) haben dazu geführt, dass unter Rehabilitation vielfach eine kurähnliche, mehrwöchige Maßnahme mit deutlich intensiveren medizinischen Inhalten verstanden wird.

Dies wird dem Auftrag der Rehabilitation aber nicht gerecht. Die Rehabilitation beschäftigt sich nicht nur mit der Behandlung des Körpers, sondern schließt immer auch die Psyche und das berufliche und soziale Umfeld mit ein (umfassende Teilhabe). Diesem integrativen Ansatz der Rehabilitation müssen Form und Inhalt einer Rehabilitationsmaßnahme Rechnung tragen. Es sind sowohl die individuellen Bedingungen und Anforderungen des Einzelfalles als auch die Komplexität des zu behandelnden Krankheitsbildes zu beachten.

Die derzeitige Regelverweildauer von 21 Tagen ist in vielen Bereichen durchaus berechtigt, erlaubt jedoch nur bedingt eine individuelle Ausrichtung der Maßnahmen. In der Anschlussrehabilitation älterer Menschen, deren Träger zumeist die gesetzlichen Krankenversicherung ist, dürfte – auch angesichts gesunkener Verweildauern im Akutbereich und steigender Fallschweren – eine 21-tägige und im Einzelfall sogar darüber hinaus gehende Verweildauer in der Regel durchaus sinnvoll sein. Dem gegenüber können entsprechend starre Regeldauern in der Rehabilitation Erwerbstätiger eine rasche Eingliederung in das berufliche Umfeld beeinflussen und durch lange Abwesenheitszeiten auch die Akzeptanz und Inanspruchnahme rehabilitativer Maßnahmen bei Arbeitgebern bzw. Arbeitnehmern.

Andererseits kann es auch sinnvoll sein, unmittelbar im Anschluss/im Zusammenhang mit der medizinischen Rehabilitation eine medizinisch-berufliche Orientierungsphase anzuschließen.

Eine Flexibilisierung des derzeit überwiegend praktizierten starren 3-Wochen-Schemas in der überwiegend stationären oder ambulanten Form ist daher in vielen Bereichen sinnvoll. Je nach Krankheitsbild kann

Rehabilitation in Etappen erbracht werden, in Kombination mit ergänzenden Angeboten anderer Gesundheitsdienstleister, im Wechsel von stationär und ambulant. Gelungene Beispiele finden sich unter Punkt 6. Ausschlaggebend für die Ausgestaltung der Rehabilitationsmaßnahme muss jedoch immer der Einzelfall bleiben.

- ***Mehr Patientenorientierung***

Eine Individualisierung und Flexibilisierung der Rehabilitation gelingt nur, wenn bei der Planung, Entscheidung und Durchführung verstärkt die Sichtweise der Patienten berücksichtigt wird. Derzeit findet die Bearbeitung eines Antrages auf eine Rehabilitationsmaßnahme im Rahmen des „klassischen“ Verwaltungsverfahrens mit dem Verwaltungsakt als Abschluss statt. Die Berücksichtigung der Sichtweise des Patienten findet dabei mehr oder weniger nur zufällig statt; wenn er sich ausdrücklich und explizit meldet. Zum Beispiel wenn er von seinem Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 SGB IX Gebrauch macht. Solche Äußerungen sollten die Rehabilitationsträger aber nicht als „Störung“ ihres Verwaltungshandels und Arbeitsablaufes betrachten, sondern als Anregung, den Rehabilitationsprozess gemeinsam auf ein bestimmtes Ziel hin zu gestalten.

Die Vorstellungen des Patienten über die Art, Form, Inhalt und Ziel der Rehabilitation sollten über entsprechende Selbsteinschätzungsverfahren erfragt werden. Ein solches Verfahren wird in der Rentenversicherung bereits jetzt eingesetzt, allerdings nur zur Abfrage der Selbsteinschätzung des Leistungsvermögens und der Belastungen am konkreten Arbeitsplatz. Dieses Verfahren muss mit Fragen zu Art, Form, Inhalt und Ziel der Rehabilitation ergänzt werden. Gelingt es dadurch, die Vorstellungen der Patienten in die Rehabilitation zu integrieren, würde dies die Compliance und damit auch die Effektivität und letztlich auch die Effizienz der Rehabilitation erhöhen. Ergänzend können für die Abschätzung der Rehabilitationsfähigkeit Verfahren zur Erfassung der Rehabilitationsmotivation²¹ eingesetzt werden. Eine abklärende Kommunikation zwischen dem Sozialmedizinischen Dienst oder MDK-Arzt mit dem behandelnden Arzt sollte nicht die Ausnahme, sondern die Regel sein.

- ***Zielgruppenspezifische, auf die Lebenswelt der Patienten abzielende Angebote entwickeln***

Das Teilhabeziel der gesetzlichen Rentenversicherung ist die Rückkehr der Patienten in Beruf und Arbeit; das Ziel in der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Befähigung zur Alltagsbewältigung. Diese unterschiedlichen Teilhabezielrichtungen werden bei der Planung und Durchführung einer Rehabilitation noch zu wenig berücksichtigt. Derzeit ist es so, dass Auslöser einer Rehabilitationsmaßnahme eine Indikation ist, die in der Rehabilitationsmaßnahme – kostenträgerübergreifend – nach denselben Konzepten medizinisch/therapeutisch behandelt wird.

²¹ z. B. PAREMO; Nübling et al., 2004. Normierung des Patientenfragebogens zur Erfassung der Reha-Motivation PAREMO. Abschlussbericht. Download unter http://www.gfgg.de/assessment_paremo_b.pdf, Kriz et al., 2006 Kriz, D., Wirtz, M., Herwig, J., Töns, N., Hafen, K., Nübling, R & Bengel, J. (2006): Weiterentwicklung und Normierung des PAREMO. In Nübling, et al. (Hrsg.), Reha-Motivation und Behandlungserwartung (S. 161-178). Bern, Huber; Hafen et al. (2001). Entwicklung eines Patientenfragebogens zur Erfassung der Reha-Motivation (PAREMO). Die Rehabilitation, 40, 3-11.

Es gibt aber erste Ansätze dies zu ändern, so zum Beispiel in der Rentenversicherung durch das Konzept MBOR (Medizinisch berufliche Orientierung in der Rehabilitation). Patienten mit besonderen beruflichen Problemlagen werden während bzw. unmittelbar im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation mit speziellen diagnostischen Verfahren im Hinblick auf ihre verbleibende Restleistungsfähigkeit diagnostiziert und – falls nötig – werden die nächsten Schritte bereits eingeleitet.²² Ähnliche Ansätze gibt es in der Krankenversicherung bei der geriatrischen Rehabilitation.

Zielgruppenspezifische Weiterentwicklungen müssen in ihrem ganzheitlichen Ansatz auch die zum Teil hohe psychische Komorbidität bei primär körperlichen chronischen Erkrankungen berücksichtigen, in künftige Anforderungsprofile und Rahmenkonzepte integrieren und in der Rehabilitationspraxis umsetzen. Behandlungskonzepte müssen neben den medizinischen Aspekten auch die komplexen Lebens- und Problemlagen der Patienten berücksichtigen. Da die Bewältigung der chronischen Erkrankungen immer auch Verhaltens- und Lebensstiländerungen notwendig macht, sind stärker als bislang pädagogische und psychologische (psychotherapeutische) Ansätze in den Rehabilitationsgesamtprozess zu integrieren.

- ***Dauerhafte berufliche Integration anstreben***

Erst wenn behinderte Menschen dauerhaft in das Erwerbsleben eingegliedert sind, ist der rehabilitative Auftrag für die Reha-Träger erfüllt. Von einer beruflichen Eingliederung kann nur dann ausgegangen werden, wenn die Erwerbstätigkeit auf einem Dauerarbeitsplatz aufgenommen wird. Bereits 1994 hat das Bundessozialgericht die Gesamtverantwortung der Rehabilitationsträger für das Gelingen der Rehabilitation festgestellt. Dies wird in § 4 Abs. 2 SGB IX bestätigt, wonach jeder Träger im Rahmen seiner Zuständigkeit je nach Lage des Einzelfalles die erforderlichen Leistungen so vollständig und umfassend zu erbringen hat, dass Leistungen eines anderen Trägers nicht erforderlich werden. Vielversprechend sind Modelle, die den dauerhaften Integrationserfolg honorieren. Ein richtungweisendes Beispiel dafür ist das Modell BISS (Berufliche Integration nach stationärer Suchtbehandlung), das ehemals abhängig Menschen bei der Arbeitsaufnahme unterstützt.²³

- ***Nachsorge systematisch einleiten***

Die Notwendigkeit der Nachsorge als wesentliches Element für den Langzeiterfolg einer Rehabilitationsmaßnahme ist heute unumstritten. Während der Rehabilitationsmaßnahme können zwar Verhaltens- und Lebensstiländerungen angegangen werden, diese können sich aber oftmals nicht auf Dauer festigen. Deshalb ist eine Rehabilitationsnachsorge wichtig. Sie setzt bestimmte Elemente der Rehabilitation fort, meistens in Betriebsgruppen oder in Wohnortnähe. Dennoch wird die Nachsorge noch viel zu wenig in Anspruch genommen. Die Nachsorge muss als unverzichtbarer Bestandteil des Rehabilitationsprozesses im Konzept der Rehabilitationseinrichtung verankert werden. Die Einleitung von Nachsorge

²² Anforderungsprofil zur Durchführung der MBOR, DRV Bund 2011

²³ Spektrum der DRV Baden-Württemberg 2/2011, Seite 53 ff

maßnahmen durch die Rehabilitationsklinik muss zum Qualitätsmerkmal werden. Die Rehabilitationseinrichtung soll die Rehabilitanden zur Teilnahme an Nachsorgemaßnahmen motivieren. Um flächendeckend Nachsorge gewährleisten zu können, müssen in manchen Regionen noch entsprechende Angebote aufgebaut werden. Neben den Vereinen, die flächendeckend vorhanden sind und von denen viele bereits jetzt präventions- und rehabilitationsorientierte Angebote vorhalten, sollten als mögliche Partner auch die Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen als Partner in der Nachsorge mit einbezogen werden. Ein weiterer Partner als Anbieter von Leistungen können vorhandene Rehabilitationseinrichtungen am Wohnort der Patienten sein. Nachsorgeleistungen sollten zukünftig auch besser dokumentiert werden, damit sie wirksamer in die Qualitätssicherung einbezogen werden können. Allerdings muss darauf geachtet werden, dass die eigentliche Rehabilitationsleistung getrennt von der Nachsorgeleistung betrachtet wird; es müssen unterschiedliche Qualitätsmerkmale und -kriterien zur Anwendung kommen. Auch in der Nachsorgephase kommt dem behandelnden Arzt eine zentrale, koordinierende Rolle zu. Nach der Rehabilitationsleistung „übernimmt“ er die Patienten wieder in seine Regie und legt – aufbauend auf den Ergebnissen der Rehabilitationsmaßnahme – die notwendigen Nachsorgeleistungen fest. Wichtig ist es auch, dass die Klinik in der Nachsorgephase Kontakt zu den Patienten hält. Hierbei kann die Telemedizin zukünftig eine entscheidende Rolle spielen. Eine bundesweite Datenbank für Nachsorgeangebote ist derzeit im Aufbau.²⁴

- ***Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets fördern***

Menschen mit Behinderungen haben einen Rechtsanspruch auf ein Persönliches Budget. Sie erhalten auf Antrag von dem Rehabilitationsträger anstelle von Dienst- oder Sachleistungen einen Geldbetrag, mit dem Sie die Aufwendungen für die notwendigen Teilhabeleistungen selbst bezahlen.

Durch das Persönliche Budget können Menschen mit Behinderungen den „Einkauf“ von Leistungen eigenverantwortlich regeln. Dies soll ihnen die Möglichkeit eröffnen, selbst bedarfsgerechte Leistungen einzukaufen und so die individuell bestmögliche Unterstützung zu erhalten.

Die Nachfrage nach dem Persönlichen Budget ist jedoch gering. Vor diesem Hintergrund sieht die Projektgruppe die Notwendigkeit, Menschen mit Behinderungen eingehend zu beraten, um so auf eine stärkere Inanspruchnahme dieses neuen Instrumentes hinzuwirken. Die Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation sind prädestiniert, um dazu trägerübergreifende Fall-Lösungen zu moderieren.

- ***Kooperation der Rehabilitationsträger durch Verzahnung der Angebote***

Die Rehabilitation ist kein singuläres Ereignis. Chronische Erkrankungen haben eine lange Vorlaufzeit, multifaktorielle Ursachen, benötigen einen komplexen Behandlungsansatz und die Behandlung verfolgt differenzierte und vielschichtige Teilhabeziele. Regelmäßig ist es so, dass die einzelnen

²⁴ www.nachderreha.de

Leistungen der verschiedenen Träger im Gesundheitssystem aufeinanderfolgen und/oder inhaltlich auch aufeinander aufbauen. Aufgrund der sektoralen Zuständigkeit werden diese Teilleistungen aber kaum aufeinander abgestimmt geplant oder bewilligt. So gehen wertvolle Synergieeffekte verloren. Dies gilt insbesondere im Bereich der Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung. Die gesetzliche Krankenversicherung und die gesetzliche Rentenversicherung haben auf diesen Gebieten jeweils ihre eigenen Zuständigkeiten mit entsprechenden Angeboten, jedoch in Art und Form unterschiedlich. Wenn es gelingt, diese unterschiedlichen Leistungen bedarfsgerecht und aufeinander abgestimmt zu erbringen, sodass die einzelnen Teilmodule wie eine Gesamtmaßnahme erscheinen und wirken, dann würde dies die Effektivität der Gesamtmaßnahme erhöhen und auch zu einer Effizienzsteigerung bei den einzelnen Trägern beitragen. Dies ist möglich und es bedarf dazu nur einer konsequenten Umsetzung der durch das SGB IX ermöglichten Spielräume. Das SGB IX bietet die rechtliche Basis dafür, dass die Rehabilitationsträger untereinander aber auch gemeinsam mit den Betroffenen und anderen Leistungserbringern und auch mit den Betrieben verstärkt kooperieren und die Leistungen koordinieren.

- ***Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und Betriebsärzten verstärken***

Der entscheidende Faktor dafür, ob überhaupt eine Rehabilitationsmaßnahme beantragt wird, sind die niedergelassenen Ärzte und die Betriebsärzte. Der Patient/Mitarbeiter ist bei ihnen zur Behandlung oder in deren werksärztlicher Betreuung. Um für bedarfsgerechte Rehabilitationsanträge zu sorgen, muss deshalb der Kontakt zu diesen beiden Berufsgruppen intensiviert werden. Eine verbesserte Einbindung dieser beiden Berufsgruppen sollte sich aber nicht nur auf die Antragstellung beziehen, sondern den gesamten Rehabilitationsprozess umfassen. Der die Rehabilitation veranlassende Arzt sollte seine – mit dem Patienten/Mitarbeiter bzw. dem Betrieb abgestimmten – Rehabilitationsziele äußern können. Sofern der Wunsch nach einer Kommunikation mit dem Arzt des Sozialmedizinischen Dienstes bzw. mit dem Arzt der Rehabilitationsklinik geäußert wird, muss dies ermöglicht werden. Gleichmaßen ist in der Regel eine Rücksprache zu suchen, wenn der SMD-Arzt nach Aktenlage vom Vorschlag des behandelnden Arztes abweichen will. Und last but not least sollte der niedergelassene Arzt/Werksarzt auch in die Planung der Rehabilitation und der Nachsorgephase mit einbezogen werden. Dies kann durch individuelle (betriebliche) Absprachen oder durch vertragliche Vereinbarungen mit entsprechenden Dachverbänden geschehen.

- ***Zuständigkeiten und Angebote bekannter machen***

Das gegliederte System der Rehabilitation hat zur Folge, dass es sehr viele Anbieter gesundheitsfördernder Maßnahmen mit einem ebenso großen Katalog an unterschiedlichen Leistungen gibt. Wer wann für was zuständig ist, ist für den einzelnen oder den Betrieb oftmals schwer zu durchschauen. Auch die Informations- und Beratungsangebote der verschiedenen Träger spiegeln naturgemäß diese Träger- und Angebotsvielfalt wider. Dadurch entsteht eine schwer zu überblickende Situation für die einzelnen Patienten oder die Betriebe, die dazu führt, im Zweifel eher eine Leistung nicht in Anspruch zu nehmen als sich mühsam im Informa-

tionsdschungel mit ungewissem Ausgang zu bewegen. Das Ziel kann allerdings nicht darin liegen, jetzt noch mehr Informationsbroschüren, Flyer etc. zu Teilbereichen der Rehabilitation zu produzieren und damit die Informationsunübersichtlichkeit noch zu erhöhen.

Der richtige Weg – so das SGB IX – besteht darin, die bestehende Komplexität zu reduzieren. Sinnvoll wäre eine gute und umfassende Informationsbroschüre, die von einer neutralen Stelle herausgegeben werden könnte (zum Beispiel von den Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation). Darin sollten alle Voraussetzungen und Zugangswege zu Prävention, Vorsorge und Rehabilitation aufgezeigt und die Zuständigkeiten beschrieben werden. In Verbindung hiermit erscheint es sinnvoll, die Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation als die Anlaufstelle für Fragen zum Themenbereich Rehabilitation darzustellen. Die Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation sind bereits jetzt die Einrichtung, in der sich die Vielfalt der Rehabilitationsträger widerspiegelt und konzentriert zum Ausdruck kommt. Diese vorhandene Struktur ist zu nutzen, um die beschriebene Situation des Überangebots an Informationen zu bewältigen. Die Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation müssen sich in der Region als der zentrale Ansprechpartner in Sachen Prävention, Rehabilitation und betriebliche Gesundheitsförderung bekannt machen und sich den Betrieben anbieten. Hierbei müssen sie von den Rehabilitationsträgern, gleich ob im Front- oder im Back-Office der Servicestellen aktiv, entsprechend unterstützt werden.

- ***Einheitlicher Rehabilitationsantrag***

Für die Beantragung von Rehabilitationsmaßnahmen gibt es jeweils eigene Vordrucke der gesetzlichen Krankenversicherung und der gesetzlichen Rentenversicherung. Da es für den Arzt, der die Rehabilitation anregt, in seinem Praxisalltag oftmals schwer zu erkennen ist, ob die gesetzliche Rentenversicherung oder die gesetzliche Krankenversicherung der zuständige Rehabilitationsträger ist, sollte für den Antrag ein gemeinsamer Vordruck der Renten- und Krankenversicherung entwickelt werden. Auch der Rehabilitationsplan der Rehabilitationsträger sollte auf einem einheitlichen Vordruck erstellt werden. Dies entspricht der Intention des SGB IX.

- ***Verwaltungsabläufe und -prozesse ganzheitlich ausrichten***

Die Bearbeitung eines Antrags auf Leistungen zur Teilhabe verlangt den Blick auf das Ganze. Der konzeptionelle Bezugsrahmen der Rehabilitation in Deutschland – die ICF – verlangt eine ganzheitliche Betrachtungsweise. Im Übrigen erwartet dies auch das SGB IX. Egal, bei welchem Rehabilitationsträger ein Antrag eingeht: Dieser Rehabilitationsträger hat die Verpflichtung, den Rehabilitationsbedarf umfassend zu prüfen und allein oder in Abstimmung mit weiteren Rehabilitationsträgern die notwendigen Teilhabeleistungen festzustellen und zu erbringen.

Die Organisation von Verwaltungsabläufen und -prozessen ist je nach den individuellen und örtlichen Gegebenheiten (zum Beispiel die Größe einer Verwaltung, räumliche Bedingungen etc.) unterschiedlich gestaltet. Vorherrschend ist jedoch der Typus der vorgangsbezogenen Sachbearbeitung. Erst das Stellen eines Antrags auf Leistungen zur Teilhabe löst ein behördliches Handeln aus und dies wiederum zentriert sich auf den

jeweils eigenen Rehabilitationsauftrag. Notwendig wäre zum einen aber eine Abkehr vom rein reaktiven Handeln eines Rehabilitationsträgers hin zu einem präventiv ausgerichteten und den individuellen Bedarf frühzeitig erkennenden aktiven Handeln („aufsuchende Reha“). Zum anderen muss sich aus dem heutigen Typ des Sachbearbeiters ein Rehabilitationsbetreuer entwickeln, der sich überwiegend mit der Frage des tatsächlich im Einzelfall bestehenden Rehabilitationsbedarfes, der Bereitstellung des dazu passenden optimalen Rehabilitationsangebotes, der notwendigen Vorbereitung und Nachsorge wie auch der Verzahnung mit den übrigen Akteuren des Gesundheitswesens beschäftigt.

- ***Gemeinsame Servicestellen leistungsfähiger gestalten***

Mit dem SGB IX hat der Gesetzgeber nicht nur ein Bekenntnis zum gegliederten System der Rehabilitation abgegeben, sondern er hat mit den Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation auch den Ort geschaffen, an dem die Schnittstellenprobleme des gegliederten Systems ausgetragen und gelöst werden. Dazu hält das SGB IX in § 22 einen umfassenden Aufgaben- und Kompetenzkatalog der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation vor. Im Zentrum dieser Aktivitäten der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation steht der einzelne behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch. Dieser kann sich mit seinen Problemen an die Gemeinsame Servicestelle für Rehabilitation wenden. Dies ist in dem jeweiligen Einzelfall auch richtig, wenn man die Gemeinsame Servicestelle für Rehabilitation als „Advokat“ für den einzelnen behinderten Menschen betrachtet.

In die Beratungstätigkeit der Arbeit der Gemeinsamen Servicestelle sollte – wenn es der Betroffene wünscht – die Selbsthilfe einbezogen werden und die Kosten hierfür sollten von der Gemeinsamen Servicestelle getragen werden.

Das SGB IX und vor allem die seit kurzem in der Bundesrepublik Deutschland geltende UN-Behindertenrechtskonvention gehen aber von einem Anspruch des behinderten Menschen auf eine umfassende Teilhabe aus. So sind Teilhabeleistungen immer unter Berücksichtigung des persönlichen Umfeldes umfassend zu prüfen. Im Falle erwerbstätiger Menschen mit Behinderungen ist dies die betriebliche Sphäre. Somit rückt in den Fokus der Aufgabenstellung der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation der Betrieb und damit Aufgaben im Zusammenhang mit der betrieblichen Gesundheitsförderung. Insbesondere kleine und mittlere Unternehmen haben Schwierigkeiten, sich in der Angebotsvielfalt der gesetzlichen Träger und Dienstleister zurecht zu finden. Aufgabe der Gemeinsamen Servicestelle für Rehabilitation – als Ort trägerübergreifender Vernetzung aller Rehabilitationsakteure – muss es sein, diese Betriebe durch diese Angebotsvielfalt zu lotsen und den Betrieben maßgeschneiderte Angebote zu unterbreiten.

- ***Ergebnisqualität der Rehabilitation besser dokumentieren***

Vor dem Hintergrund knapper Ressourcen und steigendem Rehabilitationsbedarf steigt die Bedeutung für Belege der Ergebnisqualität medizinischer Rehabilitationsleistungen. Das Schlaglicht fällt dabei insbesondere auf die stationäre Rehabilitation. Es gibt zahlreiche Belege für die Effekti-

vität und Effizienz medizinischer Rehabilitationsleistungen im Hinblick auf die Besserung klinischer Symptomatik und verschiedener Kontextfaktoren (zum Beispiel Reduktion von Arbeitsunfähigkeitszeiten, familiäre Unterstützung). Auch Belege für die wirtschaftliche Erreichung der Zielsetzung der medizinischen Rehabilitationsleistungen und Nachsorge im Sinne von gesundheitsökonomischen Analysen (vor allem Kosten-Nutzen-Analysen, Kosten-Ergebnis-Analysen) existieren inzwischen, allerdings noch nicht in einem substantiellen Umfang und teilweise uneinheitlich hinsichtlich der Zielkriterien und Untersuchungsverfahren.

Die Ergebnisqualität orientiert sich am gesetzlichen Auftrag der Rehabilitation:

- Die möglichst weitgehende Wiederherstellung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit.
- Die Sicherstellung der beruflichen Teilhabe, in der Regel die erfolgreiche Wiedereingliederung in den Beruf, wo nötig auch mit Hilfe technischer Unterstützung oder persönlicher Assistenz.
- Die Sicherstellung der Teilhabe generell.

Zu beachten ist zudem die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung im Sinne einer positiven Kosten-, Nutzenrelation.

Komponenten einer verstärkt gesundheitsökonomischen Betrachtung der Ergebnisqualität von Rehabilitationsmaßnahmen sind unter anderem:

- Nahtlosigkeit der Rehabilitationsphasen
- Geringe Arbeitsunfähigkeitsdauer
- Erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung (Quote)
- Angemessene Leistungsausgaben
- Angemessene Verwaltungsausgaben
- Schnelle Versicherungsfallentscheidung
- Zeitnaher persönlicher Erstkontakt
- Geringer Zeitbedarf bis zur beruflichen Wiedereingliederung
- Externe Kundenzufriedenheit (Versicherte, gegebenenfalls Angehörige, Arbeitgeber, Werks- oder Betriebsarzt, behandelnder Arzt)

Hierzu werden der Aufbau einer fortlaufenden Routinekatamnese entsprechend der genannten Kriterien mit dem Ziel eines Klinikvergleichs (Benchmarkings) sowie weitere punktuelle, möglichst multizentrische und mehrere Messzeitpunkte umfassende Outcome-Studien mit dem Schwerpunkt Gesundheitsökonomie zur differenzierten Abschätzung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses bzw. der Effizienz rehabilitativer Maßnahmen vorgeschlagen.

- ***Kinder- bzw. Familienorientierte Rehabilitation stärken***

Die Bevölkerung in Deutschland wird weniger und älter. Für die Zukunftsfähigkeit unseres Landes sind also gesunde Kinder und Jugendliche von existenzieller Bedeutung. Ein wesentlicher Beitrag zum Erhalt der Gesundheit der Kinder ist die Kinderrehabilitation bzw. unter Einbeziehung der Familie die familienorientierte Rehabilitation. Ausgaben der Rehabilitationsträger für solche Leistungen sind deshalb immer eine Investition in

die Zukunft – für die Kinder und Jugendlichen, ihre Familien und die Gesellschaft. Die Rehabilitationsträger sollten deshalb – selbst in Zeiten knapper Budgets – diesen Leistungen einen hohen Stellenwert einräumen. Da die gesetzliche Krankenversicherung und die gesetzliche Rentenversicherung gleichrangig für die Kinder- bzw. Familienorientierte Rehabilitation zuständig sind, bietet es sich an, trägerübergreifend die Ressourcen zu bündeln und gemeinsame Angebote zu entwickeln. Aufeinander abgestimmte und gebündelte Leistungen im Sinne einer Gesamtmaßnahme sind effektiver und effizienter als viele Einzelmaßnahmen, sie sind damit auch ökonomischer und erhöhen letztlich auch die Compliance bei den Betroffenen. Eine finanzielle Deckelung dieser Maßnahmen oder sogar – wie in jüngster Vergangenheit diskutiert – eine Reduktion ist gesundheitsökonomisch und volkswirtschaftlich nicht zu vertreten, da die heute vermeintlich gesparten Ausgaben bei Ausbildung einer chronischen Erkrankung im späteren Erwachsenen- und Berufsleben dieser Kinder und Jugendlichen um ein Vielfaches erhöht sein werden. Gemeinsames Ziel muss es sein, die Schul-, Ausbildungs- und damit die künftige Erwerbsfähigkeit gesundheitlich angeschlagener Kinder und Jugendlicher nachhaltig zu verbessern.

5.2 Zielgruppen Arbeitgeber/Arbeitnehmer

- ***Betriebliche Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation im Rahmen betrieblicher Maßnahmen unterstützen***

Jeder Arbeitgeber ist daran interessiert, dass seine Mitarbeiter gesundheitlich fit, leistungsfähig und leistungsbereit sind und ohne Einschränkungen bis ins Rentenalter arbeiten können: Einen wesentlichen Beitrag leisten die Arbeitgeber bereits im Bereich des gesetzlich verpflichtenden Arbeits- und Gesundheitsschutzes, der der Bekämpfung betrieblich bedingter Ursachen von Krankheiten und Unfällen dient. Auch aus einem Anstieg der Arbeitsunfälle in 2010 lässt sich keine Umkehr des langjährigen Trends mit abnehmenden Unfallzahlen entnehmen.

„Die Entwicklung der Arbeits- und Wegeunfälle zeigt aber auch, dass weiter verstärkte Anstrengungen unternommen werden müssen, um das bestehende hohe Niveau von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit in Deutschland zu halten und zu verbessern.“²⁵

Eine darüber hinaus gehende freiwillige betriebliche Gesundheitsförderung kann einen weiteren Beitrag zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit leisten und ist heute wichtiger denn je. Denn die täglichen Kosten durch Fehlzeiten pro Mitarbeiter betragen je nach Unternehmen und Position zwischen 150 und 500 €²⁶. Insgesamt werden durch Arbeitsunfähigkeit bundesweit jährlich rund 75 Mio. Ausfalltage verursacht.

Allein diese Zahl ist enorm, spiegelt jedoch nicht das gesamte Ausmaß der arbeitsbedingt verursachten Kosten wider, die durch vorübergehende Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung entstehen.²⁷

²⁵ Bericht der Bundesregierung über Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, 2010, S. 6 ff.

²⁶ IKK-Gesundheitsbericht 2005

²⁷ Insgesamt belaufen sich Kosten für arbeitsbedingte Erkrankungen und Frühberentungen auf 43,9 Mrd. Euro im Jahr. Davon entfallen 33,4 Mrd. auf arbeitsbedingte vorübergehende Krankheiten und 10,5 Mrd. auf die arbeitsbedingte Frühberentung (Quelle: Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen und Frühberentungen in Deutschland, BKK Bundesverband, Juli 2008, Essen, S. 6).

Außerdem sind die ökonomischen Aspekte von Prävention und Rehabilitation gut belegt. Der return on investment soll in Deutschland zwischen 1 zu 3 und 1 zu 5 betragen.²⁸

Die Gesundheit der Mitarbeiter sollte deshalb als Unternehmensziel verstanden werden. Betriebliche Gesundheitsförderung ist dann erfolgreich, wenn:

- die Unternehmensleitung und die Beschäftigten den Prozess aktiv unterstützen,
- das Erfahrungswissen der Beschäftigten in den Prozess eingebunden wird,
- Unternehmensleitung, die Schwerbehinderten- und Arbeitnehmersvertretung gut kooperieren,
- das Programm nicht isoliert als „Insellösung“ organisiert wird, sondern dauerhaft an betriebliche Prozesse „andockt“,
- das Angebot ganzheitlich orientiert ist, also die betrieblichen Rahmenbedingungen und das Verhalten der Arbeitnehmer in die Analyse und Umsetzung einbezogen werden,
- ein angemessenes Kosten-/ Nutzenverhältnis besteht.

Einem funktionierenden betrieblichen Gesundheitsmanagement kommt somit eine besondere Rolle zu. Dabei sind die besonderen Bedürfnisse insbesondere von kleinen und mittelständischen Unternehmen zu beachten. Betriebliche Gesundheitsförderung hilft wertvolle Fachkräfte im Betrieb zu halten und dient damit als Wettbewerbsvorteil.

Um diese positiven Effekte zu verstärken und damit einen Beitrag zur Sicherung des Fachkräftebedarfs zu leisten, sind betriebliche Regelungen zur Gesundheitsförderung und zur Prävention zu empfehlen. Insbesondere die Kombination von gesundheitlicher Bildung und beruflicher Fortbildung wird in Zukunft an Bedeutung gewinnen.

Die Projektgruppe war sich einig, dass der Prävention und Rehabilitation im betrieblichen Setting mehr Bedeutung zukommen muss. Einig war sich die Gruppe auch darin, dass bei der Realisierung betriebsbezogener Modelle neue Wege beschritten werden müssen und neue Formen der Kooperation aller am betrieblichen Setting Beteiligten gefunden werden müssen (Arbeitgeber/Arbeitnehmer/Rehabilitationsträger). Die Selbstverwaltung der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg hat in einem Positionspapier „Prävention und Rehabilitation stärken“ Überlegungen zu bedarfsgerechten Budgetlösungen vorgelegt.

- **Betriebliches Eingliederungsmanagement**

Nach § 84 Abs. 3 SGB IX können Rehabilitationsträger die Einführung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements mit Prämien unterstützen. Diese Vorschrift spielt in der Praxis derzeit keine Rolle. Betriebe, die entsprechende Regelungen einführen, sollten von den Rehabilitationsträgern

²⁸ Berewinkel et. al 2011a.a.O., Bonitz, Eberle, Lück (2007) Wirtschaftlicher Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung aus Sicht von Unternehmen

unterstützt werden. Die Rehabilitationsträger sollten deshalb verbindliche Vereinbarungen über die gemeinsame Förderung von Betrieben treffen, die in vorbildlicher Art und Weise ein Betriebliches Eingliederungsmanagement eingeführt haben.

So ermöglicht ein effizientes und wirksames Betriebliches Gesundheitsmanagement ein Bündel an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb leisten einen Beitrag, um unter anderem Frühverrentung zu vermeiden und Unfälle zu verhindern. Eine aktive betriebliche Gesundheitspolitik ist ein geeigneter Ansatz hierfür. Investitionen in die Gesundheit der Beschäftigten tragen zudem dazu bei, die Arbeitsproduktivität zu erhöhen und die sozialen Sicherungssysteme zu entlasten.²⁹

Es gilt gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen in den Betrieben zu schaffen und bestehende Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten (Betriebsvereinbarungen, Arbeitskreis Gesundheit, Budget bereitstellen) auszuschöpfen, um zur Förderung der Gesundheit der Beschäftigten beizutragen. Die gesetzliche Rentenversicherung sieht sich im Rahmen ihrer rechtlichen/finanziellen Möglichkeiten – neben Unfallversicherung/Krankenversicherung – hier gleichermaßen verpflichtet. Mit der Arbeitgeber- bzw. Firmenberatung „GeniAl“ liefert die Deutsche Rentenversicherung hierzu wertvolle Hilfestellung.

Die Thematik wird in der Projektgruppe „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ ausführlich bearbeitet.

- ***Eigenverantwortung und Eigeninitiative fördern und unterstützen***

Die Gesundheit von Mitarbeitern kann durch Arbeitsinhalte und Arbeitsbedingungen tangiert werden. Dies zeigt, dass man durch Verhältnisprävention und entsprechende Arbeitsbedingungen Einsparungen an den Krankheitskosten erzielen und die Gesundheit der Beschäftigten stärken kann.³⁰

Auf der anderen Seite wird die Gesundheit der Mitarbeiter aber auch durch das persönliche Gesundheitsverhalten geprägt. Neben der Verhältnisprävention ist der Blick deshalb auch auf die Verhaltensprävention zu richten. Die Entstehung von chronischen Krankheiten hat in den westlichen Industriestaaten viel mit dem dort etablierten Lebensstil zu tun. Herz-Kreislaufkrankungen, Adipositas, Diabetes, das Metabolische Syndrom um nur einige wenige zu nennen haben auch mit unserem Ernährungs- und Bewegungsverhalten zu tun. Der Einzelne kann somit zur Verhinderung chronischer Krankheiten auch selbst beitragen. Der betrieblichen Gesundheitsförderung kommt dabei eine unterstützende Rolle zu.

Gesundheitsförderndes Verhalten ist nicht nur während der Arbeitszeit, sondern selbstverständlich auch im Rahmen der Freizeitgestaltung förderlich.

²⁹ „Führungsaufgabe Gesundheitsmanagement – Ein Modellprojekt im öffentlichen Sektor“ (Eckard Münch/Uta Walter/Bernhard Badura, 2003)

³⁰ Der DGB weist in diesem Zusammenhang auf den DGB Index „Gute Arbeit“ hin, nach dem im Jahr 2009 nur 12 Prozent gute Arbeitsplätze in Deutschland gemessen werden. Von Seiten der Arbeitgeber Baden-Württemberg e. V. wird diese Aussage ausdrücklich bestritten.

Prävention kann dann zum Ziel führen, wenn auf der Seite des Unternehmens die Bereitschaft gegeben ist, Maßnahmen mitzutragen und auf der Seite der Beschäftigten erkannt wird, dass rechtzeitige Prävention der Gesundheitserhaltung dient.

5.3 Zielgruppe Rehabilitationseinrichtungen

- **Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Rehabilitation durch Kooperation steigern**

Die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme erfolgt überwiegend noch in Form der mehrwöchigen stationären Rehabilitation im Abstand von mindestens vier Jahren. Im Grunde trägt dies den Erfordernissen einer adäquaten Behandlung chronischer Krankheiten nur ungenügend Rechnung. Chronische Krankheiten bedürfen einer kontinuierlichen, abgestimmten Behandlung. Zwar sind die Patienten in der Zeit vor bzw. nach einer Rehabilitationsmaßnahme in der Regel in der ambulanten Betreuung ihres Arztes; diese Phasen – Rehabilitation und ambulante Behandlung – müssen jedoch noch besser aufeinander abgestimmt werden.

Patienten profitieren, wenn sowohl die Zielsetzungen und Möglichkeiten, aber auch die Grenzen der ambulanten und der stationären rehabilitativen Versorgung bekannt sind. Die Beantwortung der Frage, welcher Patient in welcher Situation von welchem Angebot besonderen Nutzen hat, führt zu einem effektiveren Einsatz des ambulanten, stationären und vernetzten rehabilitativen Versorgungsangebots. Die zurzeit noch unzureichende zielgerichtete Steuerung in die richtigen Angebote mittels relevanter Ausgangskriterien beim Patienten, zum Beispiel

- soziodemographische Variablen,
- Erwartungen und
- Motivationen

darf nicht durch kurzfristige Kostenorientierung konterkariert werden. Durch entsprechende differentielle Untersuchungen können sinnvolle Zuführungen der Patienten entwickelt werden.

Die ambulante Rehabilitation ist eine weitere Säule der medizinischen Rehabilitation. Sie kann die stationäre Rehabilitation nicht ersetzen, sondern lediglich sinnvoll ergänzen. Insbesondere liegt der Vorteil in einer vernünftigen Verlinkung der ambulanten Rehabilitation als Bindeglied zwischen der stationären rehabilitativen Versorgung und der (Wieder-) Eingliederung in den Betrieb im Rahmen der beruflichen Teilhabeleistungen.

Die stationäre Rehabilitation und die ambulante Behandlung am Wohnort bzw. im Betrieb müssen als eine Einheit verstanden werden. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob die stationäre Rehabilitation immer als ein zusammenhängender Block erbracht werden muss. Denkbar sind auch Durchführungsformen in der zum Beispiel die dreiwöchige Rehabilitation gesplittet wird auf jeweils drei einzelne Wochen verteilt über einen mehrmonatigen Zeitraum (sogenannte Etappenheilverfahren). In den Zwischenzeiten könnte ein abgestimmtes ambulantes Behandlungs-

programm durch die Krankenversicherung ablaufen. Mit solchen Maßnahmenformen wird Neuland betreten. Umso wichtiger ist es, solche neuen Rehabilitationsformen wissenschaftlich begleiten zu lassen. Ein vermuteter Zuwachs an Effektivität und Effizienz muss durch eine Evaluation belegt werden.

Auch die Indikation beruflicher Teilhabeleistungen bzw. pflegerischer Teilhabeleistungen in die medizinische Rehabilitation sollte stärker verfolgt werden. Hier sind in besonderem Maße die Rehabilitationseinrichtungen gefordert, entsprechende Überlegungen anzustellen und entsprechende Modelle zu konzipieren.

Interessante Ansätze gibt es im Suchtbereich, so zum Beispiel die landesweit vollzogene Bildung von Suchthilfenetzwerken. Auf Landkreisebene kooperieren die Anbieter der psychosozialen Suchthilfe, der Suchtméizin, des bürgerschaftlichen Engagements und der Rehabilitationsträger verbindlich miteinander, um die optimale Versorgung suchtkranker Menschen sicherzustellen. Aber auch Integration unterstützende Maßnahmen nach einer erfolgreichen Drogenentwöhnung sind sehr erfolgversprechend.

Darüber hinaus muss auch die Selbsthilfe mit ihrem Anliegen stärker in den Rehabilitationskliniken verankert sein (vgl. hierzu die nachfolgenden Ausführungen).

- ***Regelmäßige Kommunikation mit der Selbsthilfe***

Das SGB IX hat die Sichtweise der Patienten als neue Perspektive in die Rehabilitation eingeführt. Zahlreiche Vorschriften geben den Patienten eine andere, stärkere Stellung im Rehabilitationsprozess. Neben dieser individuellen Rechtsverbesserung hat das SGB IX aber auch die Stellung der Selbsthilfe und ihrer Organisationen stärker betont. Diesem anderen Verständnis der Rolle des Patienten und seiner Organisationen im Rehabilitationsprozess muss auch in den Rehabilitationseinrichtungen mehr Beachtung geschenkt werden. Die regelmäßige Kommunikation zwischen den Rehabilitationseinrichtungen und der Selbsthilfe sollte selbstverständlich sein. Die Nachsorgeangebote der Selbsthilfe sollten selbstverständlich in der Klinik präsent sein und bei Bedarf in den Rehabilitationsprozess integriert werden. Die Nachsorgeangebote der Selbsthilfe können die nachhaltige Wirkung der Rehabilitation noch verstärken. Die Kriterien für eine selbsthilfefreundliche Rehabilitationseinrichtung sollten sich an folgenden Merkmalen orientieren:

1. Schon vor, aber auch während und nach dem Aufenthalt in der Rehabilitationseinrichtung sollten Selbsthilfepotentiale aktiviert und die Rehabilitanden ermutigt werden, in Selbsthilfegruppen zu gehen.
2. Die Hemmschwelle, Kontakt mit einer Selbsthilfegruppe aufzunehmen, ist für die Rehabilitanden oft recht hoch. So sind die Vorstellungen über das Funktionieren der Gruppen oft eher vage, die Erwartungen diffus und die Berührungängste (zu) groß. Deswegen ist es von großer Bedeutung, den Rehabilitanden bereits während der Rehabilitationsmaßnahme Informationen über die Möglichkeiten und Chancen,

die Selbsthilfegruppen bieten, zu geben. Rehabilitanden sollten bei der Aufnahme von Kontakten mit Selbsthilfekontaktstellen an ihrem Heimatort aktiv unterstützt werden.

3. Es existieren in vielen Rehabilitationskliniken Wissenslücken und Schnittstellenproblematiken, so dass Selbsthilfebeauftragte als verlässliche Ansprechpartner notwendig sind.
4. Um die Arbeit von Selbsthilfegruppen zu erkunden, sind Begegnungsmöglichkeiten herzustellen. Wichtig ist dabei, Rehabilitanden an Ort und Stelle (der Rehabilitationsklinik) „abzuholen“, um ihnen bereits dort Chancen und Möglichkeiten der Selbsthilfe aufzuzeigen. Das gilt auch für die zunehmende ambulante Rehabilitation.
5. Der Verweis auf Selbsthilfegruppen und entsprechende Vermittlungsmöglichkeiten durch Selbsthilfekontaktstellen und landesweit arbeitende Selbsthilfeorganisationen für die Zeit nach der Entlassung sollte unter Berücksichtigung der jeweiligen Ausgangserkrankung erfolgen. Gerade im Bereich von psychosomatischen und psychischen Erkrankungen sowie bei Erkrankungen des Skeletts bieten Selbsthilfekontaktstellen gute Vermittlungsmöglichkeiten.
6. Die Entwicklung und Realisierung von Kriterien einer „Selbsthilfe-freundlichen Rehabilitationsklinik“ kann eine strukturierte Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und Kliniken auf örtlicher oder auch überregionaler Ebene maßgeblich unterstützen.

Im Ergebnis muss ein konstruktives Zusammenwirken zum Nutzen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erreicht werden, das nicht mehr nur vom Engagement einzelner Personen (in Rehabilitationseinrichtungen und/oder der Selbsthilfe) abhängt oder mehr oder weniger dem Zufall überlassen wird. Im Qualitätssicherungsprogramm der Rehabilitation müssen derartige Bemühungen herausragend bewertet und finanziert werden.

- **Organisierte Nachbetreuung sichert den Erfolg**
Präventions- und Rehabilitationsleistungen sind erfolgreich. Die für einen langfristigen Erfolg notwendigen Verhaltens- und Lebensstiländerungen sind Prozesse, die im Rahmen einer Präventions- oder Rehabilitationsleistung eingeleitet werden können, die aber oft noch nicht ausreichend verfestigt sind. Rehabilitationseinrichtungen müssen daher die Information und die Motivation des Rehabilitanden über qualifizierte Nachsorgeangebote als Kernaufgabe verstehen. Die Nachsorge garantiert die Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges insbesondere mit der langfristigen Sicherung der beruflichen Integration und der größtmöglichen Selbstständigkeit in der Alltagsbewältigung.
- **Psychische (Ko-)Morbidity in den Rehabilitationskonzepten berücksichtigen und „Medizinlastigkeit“ der Rehabilitation senken**
Für die zur Bewältigung der chronischen Erkrankung notwendigen Verhaltens- bzw. Lebensstiländerung müssen Rehabilitationskonzepte und -

Maßnahmen stärker pädagogische und vor allem psychologische/psychotherapeutische Behandlungsansätze gewichten. Hier muss sowohl von Seiten der Leistungs- als auch der Klinikträger über entsprechende Verschiebungen in der Strukturqualität nachgedacht werden. In der Umsetzung der ganzheitlichen Grundkonzeption im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells (siehe oben) ist die Rehabilitation nach wie vor zu „medizinlastig“. Der ganzheitliche Ansatz sollte sich in der Teamgestaltung und in der Leitungsverantwortung widerspiegeln. So sollte in Rehabilitationskliniken somatischer Indikationen ein deutlich höherer Anteil der Psychologen am Gesamtteam vorgehalten werden. Psychosomatische und Suchtrehabilitationskliniken sollten auch von einem Psychologischen Psychotherapeuten geführt werden können.

Nicht zuletzt ist die zu starke inhaltliche und organisatorische Ausrichtung von Rehabilitationskliniken an Akutkliniken zu hinterfragen. Multimorbidität sowie der ganzheitliche Behandlungsansatz lassen vielfach eine primär „indikationsorientierte“ Fall- und Behandlungssteuerung fraglich erscheinen.

5.4 Zielgruppe Politik

- ***Bedarfsgerechte Rehabilitationsbudgets tragen dazu bei, Altersarmut vorzubeugen***

Das mit dem Konzept „Regierungsdiallog Rente“ angestrebte Ziel, Bedürftigkeit im Alter zu vermeiden, greift zu kurz. Die darin gemachten Vorschläge einer „Zuschussrente“ bzw. einer „Kombirente“ sind Maßnahmen, die davon ausgehen, dass Altersarmut bereits eingetreten ist. Wichtig ist daher, Altersarmut erst gar nicht entstehen zu lassen. Die beste Absicherung gegen Altersarmut ist ein möglichst lückenloser Versicherungsverlauf. Voraussetzung hierfür sind aber gesunde und qualifizierte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Um dies zu unterstützen, bedarf es eines aktiven Rehabilitationsverständnisses und einer Rehabilitationspraxis, die auf die Betroffenen zugeht, um eine Chronifizierung ihres Leidens gar nicht erst entstehen zu lassen. Im Gegenzug benötigt der Rehabilitationsträger die erforderlichen finanziellen Mittel und administrativen Instrumente.

Während zum Beispiel bei der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich keine Deckelung des Rehabilitationsbudgets besteht, orientiert sich die jährliche Anpassung des Budgets für Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung nicht am Bedarf, sondern an der Brutto-lohnentwicklung. Dies hat dazu geführt, dass die Schere zwischen dem Bedarf und den zur Verfügung stehenden Mitteln in den letzten Jahren immer weiter auseinander gegangen ist. Ein Lösungsweg könnte sein, den Budgetdeckel grundsätzlich aufzuheben und in die Verantwortung der Selbstverwaltung zu übergeben. Damit würden Gestaltungsspielräume bei der Leistungsgewährung (zum Beispiel Kombimodelle, abgestimmte Maßnahmen mit Krankenkassen und der Bundesagentur für Arbeit) entstehen. Um Mehrausgaben für die Rentenversicherung insgesamt zu vermeiden, könnte zum Beispiel ein einheitliches Budget für Prävention, Rehabilitation und Renten in der gesetzlichen Rentenversicherung geschaffen werden.

Mehrausgaben in der Rehabilitation müssten sich dabei durch Minderausgaben bei den Erwerbsminderungsrenten finanzieren.

Sollte am gedeckelten Budget grundsätzlich festgehalten werden, muss das Budget am belegten Bedarf bemessen und zum Beispiel mit einem demographischen Faktor versehen werden. Für „versicherungsfremde“ Aufgaben wie Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen und die stufenweise Wiedereingliederung müssten zusätzliche Finanzierungsmittel außerhalb des Budgetdeckels zur Verfügung gestellt werden.

- ***Korrektur von Fehlanreizen bei der GKV***

Eine umfassende Ausschöpfung des Rehabilitationspotenzials wird dadurch gefördert, dass der Maßnahmenträger auch von dem Ergebnis der Rehabilitations- oder Präventionsmaßnahme profitiert. Wenn sich der Erfolg einer Rehabilitationsmaßnahme zu Lasten der GKV in Kostenersparnissen der Pflegeversicherung realisiert, bestehen für die GKV nur bedingt Anreize zur Durchführung entsprechender Maßnahmen. Gleiches gilt für den Bereich der Prävention, wenn der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich dazu führt, dass mit höherer Morbidität der Versicherten auch höhere Zuweisungen verbunden sind.

Die Vertreter des DGB weisen darauf hin, dass der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich aus ihrer Sicht bewirkt, dass die Mittel zielgenauer verteilt werden. Während die Zuweisungen für gesunde Versicherte noch immer über den Kosten für ebendiese liegen, liegen die Zuweisungen für kranke Versicherte unterhalb der durchschnittlichen Kosten. Statt der „Jagd“ nach guten Risiken, ist es für eine Krankenkasse strategisch sinnvoller, sich auf eine wirtschaftliche, qualitativ hochwertige und effiziente Versorgung zu konzentrieren, um ihren Versorgungsauftrag gegenüber ihren Versicherten zu erfüllen und im Wettbewerb bestehen zu können. Dass gesunde Versicherte das beste Risiko darstellen, ist unbestritten, gerade daher ist es lohnend auch weiterhin in Prävention zu investieren. So werden bislang lediglich 80 Krankheiten für Zuweisungen berücksichtigt. Weitere kostenintensive Volkserkrankungen wie bspw. Rheuma, Asthma, Diabetes und Herzerkrankungen sind nicht oder nur unzureichend berücksichtigt.

- ***Aufhebung des „4-Jahresintervalls“***

Die Rehabilitationsträger bestimmen im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen, ob Teilhabeleistungen erforderlich und erfolgversprechend sind. Im Hinblick auf die demographische Entwicklung sind die Vorschriften, nach denen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der Regel nicht vor Ablauf von vier Jahren durchgeführt werden sollen, nicht mehr zeitgemäß (§ 40 Abs. 3 SGB V, § 15 Abs. 3 SGB VI).

Die Ausgestaltung und Umsetzung des volkswirtschaftlich sinnvollen Grundsatzes „Prävention vor Rehabilitation vor Rente/Pflege“ sollte verstärkt in die Hände der Selbstverwaltung gelegt werden.

- ***Ergänzung des Beihilferechtes***
Für den Bereich der Beamten bestehen im Beihilferecht derzeit keine Möglichkeiten für Präventionsleistungen. Das Beihilferecht sollte um entsprechende Vorschriften ergänzt werden, um auf die Zunahme älterer Beamter und die spätere Pensionierung dieser Gruppe adäquat reagieren zu können.

- ***Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation: auch ambulant***
Bislang kann die gesetzliche Rentenversicherung nach § 31 Abs. 1 Nr. 4 SGB VI nur stationäre Heilbehandlungen für Kinder finanzieren. Diese Einschränkung ist überholt. Eine wirksame Kinder-Rehabilitation muss immer das Lebensumfeld der Familie einbeziehen. Um die Nachhaltigkeit der Kinder-Rehabilitation zu erhöhen, sind daher insbesondere Kombi-Maßnahmen mit stationären und ambulanten, wohnortnahen Abschnitten zu empfehlen.
Auch Nachsorgeleistungen nach einer Kinderrehabilitation darf die gesetzliche Rentenversicherung derzeit nicht erbringen. Um die Nachhaltigkeit des Erfolgs einer Kinderrehabilitationsmaßnahme wirksam zu erhöhen ist es deshalb notwendig, dieses Leistungsverbot aufzuheben.


- ***Die Rehabilitation in die Ausbildung von Ärzten und Psychologen integrieren***
Die Rehabilitation hat sich als dritte Säule in der Gesundheitsversorgung etabliert. Bei der Ausbildung der Ärzte und Psychologen führt sie dagegen nach wie vor ein Schattendasein. Die Rehabilitation muss fester Bestandteil dieser Ausbildungen werden. Darüber hinaus muss bei der Facharzt-ausbildung die Rehabilitation für Mediziner attraktiver gestaltet werden. Durch die Gründung von Stiftungsprofessuren für Rehabilitationsmedizin, Rehabilitationspsychologie und auch Rehabilitationspflege kann das Ansehen der Rehabilitation in den jeweiligen Professionen weiter erhöht werden.

6. Beispiele, die überzeugen

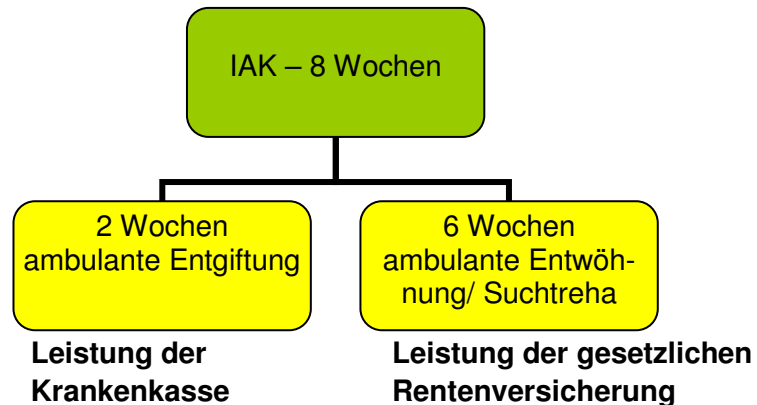
Name:	Betsi („1+12“)
Projektträger:	Modellprojekt der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, Bund und Westfalen (gegebenenfalls GKV)
Zielgruppe:	Arbeitnehmer mit gesundheitlichen Auffälligkeiten
Inhalt:	Ein Konzept zur frühzeitigen und teilhabeorientierten Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit von erwerbstätigen Versicherten. Diese Präventionsleistung wird in stationärer und ambulanter Form kombiniert durchgeführt und findet in Kooperation mit Arbeitgebern und Krankenkassen statt.
Weitere Informationen:	ulrich.hartschuh@drv-bw.de

Name:	Adipositas-Modell „Dicke Kinder“
Projektträger:	Stationärer Teil: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg Ambulante Nachsorge: AOK Baden-Württemberg
Zielgruppe:	Adipöse Kinder und Jugendliche
Inhalt:	Durch die Kombination von stationärer Kinderrehabilitation und ambulantem Patientenschulungsprogramm soll eine langfristige Gewichtsreduktion unter Einbeziehung des Lebensumfeldes bei adipösen Kindern und Jugendlichen erreicht werden.
Weitere Informationen:	regina.mannl@drv-bw.de

Name:	BISS – Berufliche Integration nach stationärer Suchtbehandlung
Projektträger:	Rehaklinik Freiolsheim, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
Zielgruppe:	Rehabilitanden nach regulär abgeschlossener Drogenrehabilitation
Inhalt:	Förderung der langfristigen beruflichen Integration in den ersten Arbeitsmarkt von ehemals Suchtmittelabhängigen nach regulärem Abschluss einer Drogen-Rehabilitation. Individuelles Fallmanagement in Kooperation mit Versicherten, Arbeitgebern und Klinik. Evaluation durch Uni Freiburg.
Weitere Informationen:	klaus.marhoffer@drv-bw.de

Name:	JUST – Jugend-Sucht-Therapie für abhängigkeitskranke Jugendliche
Projektträger:	Jugendhilfe, GKV, GRV
Zielgruppe:	Jugendliche Suchtkranke
Inhalt:	Ein qualifiziertes Hilfsangebot an jugendliche Suchtkranke, das strukturelle Probleme bei der Finanzierung von pädagogischer Förderung von suchtkranken jungen Menschen bei gleichzeitigem Bedarf an Rehabilitations- und Eingliederungsmaßnahmen überwinden soll. Daher wird JUST im Rahmen einer Komplexpauschale trägerübergreifend von der Jugendhilfe (60 %), der GKV (20 %) und der GRV (20 %) finanziert.
	 <pre> graph LR A[Entgiftungs- und Motivationsbehandlung] --> B[JUST 9 Monate Behandlungsdauer] B --> C[Therapeutische Jugendwohngemeinschaft] C --> D[Drogenfreie, berufliche / schulische und sozial integrierte Selbständigkeit] </pre>
Problem:	JUST wurde wegen Unterfinanzierung eingestellt. Nachfolgemodell geplant.
Weitere Informationen:	harald.kromer@drv-bw.de

Name: IAK – Integrierte Ambulante Kompakttherapie für alkoholabhängige Menschen
Projektträger: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg und AOK Baden-Württemberg
Zielgruppe: Alkoholabhängige Menschen, die einen Arbeitsplatz haben
Inhalt: Frühintervention aus einer Hand vor allem im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements mit einem niedrighschwelligem Zugang unter Einbeziehung des familiären Umfeldes.



Weitere Informationen: klaus.marhoffer@drv-bw.de

Name: GeniAL – Generationenmanagement im Arbeitsleben
Projektträger: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
Zielgruppe: Kleine und mittlere Unternehmen (KMU)
Inhalt: Erläuterung der regionalen Demographie und der Rahmenbedingungen.
Aufzeigen von Handlungsfeldern und Handlungsinstrumenten.
Vermittlung von teilhabeorientierten Unterstützungsmöglichkeiten durch die Deutsche Rentenversicherung und Leistungen von Netzwerkpartnern.

Weitere Informationen: elisabeth.benoehr@drv-bw.de

Name: Kombinierte Rehabilitation – gemeinsame Rehabilitation für demenzkranke Menschen und ihre pflegenden Angehörigen

Projektträger: Krankenkasse (bzw. Pflegekasse) für demenzkranke Menschen

Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg für erwerbstätige, pflegende Angehörige

Zielgruppe: Erwerbstätige Versicherte, die ein an Demenz erkranktes Familienmitglied pflegen

Inhalt: Um die Erwerbstätigkeit von pflegenden Angehörigen möglichst langfristig zu erhalten, wird diesem Personenkreis in der Rehaklinik Klausenbach eine medizinische Rehabilitation ermöglicht bei gleichzeitiger Versorgung des pflegebedürftigen demenziell Erkrankten.



Weitere Informationen: michael.gross@drv-bw.de

Name: Konflikt-Hotline

Projektträger: RehaZentren der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg gGmbH

Zielgruppe: Menschen, die an ihrem Arbeitsplatz von Konflikten oder Mobbing betroffen sind

Inhalt: Die betroffenen Menschen bekommen die Möglichkeit ihre Probleme darzustellen, erste Einschätzungen zur vorgetragenen Konfliktsituation sowie Hinweise für das mögliche weitere Vorgehen zu bekommen.
Auf Wunsch können Adressen von regionalen Beratern, Therapeuten und anderen Experten bezogen werden. Ferner werden Fortbildungen für Experten (zum Beispiel Betriebsärzte und Unternehmen) durchgeführt.



Die Konflikt-Hotline Baden Württemberg Die drei Säulen

Angebote für Ratsuchende bei Konflikten und Mobbing Angebote für Ratsuchende bei Konflikten und Mobbing Aufbau und Betreuung des Mobbing-Netzwerkes BW Fortbildung und Supervision von ehrenamtlichen MobbingberaterInnen Öffentlichkeitsarbeit Beteiligung an Kongressen	Angebote für ExpertInnen Fortbildungen, Workshops und Fachtagungen <ul style="list-style-type: none"> • Betriebs- und Werksärzte • Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Arbeitsschutz • Sozialarbeiter und Mitarbeiter von Integrationsfachdiensten • Betriebs- + Personalräte • Psychiater, Psychotherapeuten und Psychologen, Ärzte und Rechtsanwälte • Mediatoren Kooperationsprojekte mit • Unfall- und Krankenkassen	Angebote für Unternehmen + Verwaltungen im Rahmen des betrieblichen Gesundheits- und Konfliktmanagements <ul style="list-style-type: none"> • Seminare, Workshops und Vorträge zum Thema Konflikte und Mobbing für Mitarbeiter, Führungskräfte und betriebliche Interessenvertretungen • Beratung von Unternehmen und Verwaltungen bei der Entwicklung und Implementierung einer neuen konstruktiven Konfliktkultur • Krisenintervention und Mediation zur Lösung hochskalierter Konflikte • Hotline für Führungskräfte • (in Planung)
---	---	--

Evaluation der verschiedenen Angebote und Aktivitäten der Mobbing-Hotline

Weitere Informationen: www.mobbing-hotline-bw.de

Name:	Aktion 1000plus
Projektträger:	Kommunalverband für Jugend und Soziales (KVJS)
Zielgruppe:	Geistig behinderte oder lernbehinderte Menschen
Inhalt:	<p>Der KVJS, die Regionaldirektion Baden-Württemberg der Bundesagentur für Arbeit und das Ministerium für Kultus, Jugend und Sport haben zur Förderung der beruflichen Teilhabe junger Menschen mit wesentlichen Behinderungen beim Übergang von der Schule in den allgemeinen Arbeitsmarkt eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen. Dadurch wird es dem KVJS ermöglicht, diesem Personenkreis eine berufliche Perspektive auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu eröffnen durch</p> <ul style="list-style-type: none"> ↪ Verzahnung von Berufsvorbereitung und beruflicher Bildung ↪ Vorbereitung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt ↪ Zusammenarbeit von Bundesagentur für Arbeit und Integrationsamt mit dem Ziel bis Ende 2013 eine flächendeckende Angebotsstruktur in Baden-Württemberg aufzubauen.
Weitere Informationen:	www.kvjs.de

Name:	Patientenschulungen und Selbsthilfe MediClin Bad Rappenau
Projektträger:	MediClin Kraichgau Klinik Bad Rappenau sowie verschiedene Selbsthilfegruppen
Zielgruppe:	Patienten der Klinik Bad Rappenau
Inhalt:	Durch Seminare und Schulungen soll das während der Rehabilitation Erlernte und Erfahrene in die Lebensweise nach dem Aufenthalt in der Klinik einbezogen und aktiv umgesetzt werden. Es besteht eine enge Kooperation mit zahlreichen Selbsthilfegruppen wie zum Beispiel der Männergruppe Bad Rappenau oder der Frauenselbsthilfegruppe nach Krebs.
Weitere Informationen:	www.mediclin.de/kraichgauklinik

Name:	Patienten-Selbsthilfe
Projektträger:	Rehaklinik Ob der Tauber Bad Mergentheim
Zielgruppe:	Stoma-Träger und von Darmkrebs Betroffene
Inhalt:	Die Rehaklinik Ob der Tauber sieht Patienten-Selbsthilfegruppen nicht als Konkurrenz, sondern vielmehr als wertvolle Hilfe und Unterstützung ihrer Arbeit. Der Besuch von Selbsthilfegruppen wird den Patienten empfohlen. Die Deutsche ILCO hat mit der Klinik Ob der Tauber eine kontinuierliche Zusammenarbeit entwickelt. Regelmäßig werden Vorträge gehalten unter anderem zum Thema „Darmkrebs und seine Folgen“.
Weitere Informationen:	www.reha-klinik-odt.de www.ilco.de

Name:	Psychosoziale Onkologie
Projektträger:	Parksanatorium Aulendorf und verschiedene Selbsthilfegruppen
Zielgruppe:	Patienten mit Tumorerkrankungen
Inhalt:	Professionelle Hilfe bei der Krankheitsverarbeitung. Dazu gehört auch die Vermittlung von professionellen und ehrenamtlichen Hilfsangeboten in Wohnortnähe sowie die Durchführung von kostenfreien Workshops
Weitere Informationen:	www.parksanatorium-aulendorf.de

Name:	Kooperation mit Patientenorganisationen
Projektträger:	Rehaklinik Quellenhof Bad Wildbad und die AMSEL (Aktion Multiple Sklerose Erkrankter)
Zielgruppe:	Menschen mit neurologischen Erkrankungen
Inhalt:	Die Rehaklinik Quellenhof als anerkanntes MS-Zentrum der Deutschen Multiplen Sklerose Gesellschaft arbeitet seit Jahren eng mit der Selbsthilfeorganisation AMSEL zusammen. Sie liefert wertvolle Informationen und Anregungen über die Bedürfnisse von Menschen mit neurologischen Erkrankungen, die in der konzeptionellen und inhaltlichen Weiterentwicklung der Klinik ständig Berücksichtigung finden.
Weitere Informationen:	www.quellenhof.de www.amsel.de

Name:	Selbsthilfe im Haus Renchtal – Fachklinik für suchtkranke Männer
Projektträger:	Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation (bwlv)
Zielgruppe:	Suchtkranke Männer
Inhalt:	Bereits während der Rehabilitationsmaßnahme wird für die Mitarbeit in einer Selbsthilfegruppe geworben und die Patienten werden dazu angehalten einen Termin mit der Suchtberatungsstelle zu vereinbaren. In den Behandlungsgruppen gehört die Thematisierung der Bedeutung der Selbsthilfegruppe für die Stabilisierung des Behandlungserfolges zum Therapieprogramm.
Weitere Informationen:	www.bw-lv.de www.bw-lv.de/fk-hausrenchtal

Name:	Psychosomatische Rehabilitation unter besonderer Berücksichtigung der Selbsthilfe
Projektträger:	Celenus Klinik Bad Herrenalb
Zielgruppe:	Patienten mit seelischen Leidenszuständen und komorbiden Suchterkrankungen
Inhalt:	Bereits während des Klinikaufenthaltes kann eine Empfehlung für eine der zehn täglich stattfindenden Selbsthilfegruppen ausgesprochen werden. Ferner finden für alle Patienten regelmäßige Gesundheitsinformationen zu Selbsthilfegruppen statt. Auch werden Info-Meetings durch externe Mitglieder spezifischer Selbsthilfegruppen angeboten. Des Weiteren erfolgt die Vorbereitung und Unterstützung der Patienten hinsichtlich nachstationärer Selbsthilfe- und Kontaktmöglichkeiten vor Ort innerhalb bestehender Netzwerke.
Weitere Informationen:	www.celenus-kliniken.de


Name:	Ein Netzwerk für das Leben in Abstinenz
Projektträger:	Zieglersche Anstalten
Zielgruppe:	Menschen mit Alkohol-, Drogen-, Medikamenten- oder anderen Abhängigkeiten sowie Ess- und psychosomatischen Störungen
Inhalt:	<p>Die Zieglerschen Anstalten bieten in enger Zusammenarbeit mit ihren Kooperationspartnern umfassende Hilfe für die Zeit nach dem Klinikaufenthalt mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hilfe bei der Suche nach einer Selbsthilfegruppe am Wohnort • Unterstützung bei der Wiedereingliederung in den Beruf durch Zusammenarbeit mit betrieblichen Sozialdiensten • Empfehlen passender Beratungsstellen • Vermitteln geeigneter Ärzte und Ärztinnen am Heimatort • Stellen Kontakt zu Leistungsträgern her • Organisieren ggf. einen Platz in einer Adaptionseinrichtung • Sorgen für Kontakt und Austausch mit Ehemaligen
Weitere Informationen:	www.zieglersche.de

Name:	Die Selbsthilfe als ganzheitlicher Ansatz
Projektträger:	Schmieder Kliniken
Zielgruppe:	Menschen mit neurologischen Erkrankungen
Inhalt:	<p>An allen sechs Standorten engagiert sich der Baden-Württembergische Klinikverbund im Selbsthilfebereich mit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gründung, Betreuung und Beratung neurologischer Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeverbände • Ausrichtung von Veranstaltungen • Wissenschaftliche Kooperation • Kostenlose Bereitstellung von Räumlichkeiten und Sporteinrichtungen sowie Fachexperten als Vortragsreferenten
Weitere Informationen:	www.kliniken-schmieder.de www.aphasie-schlaganfall-bw.de

Name:	Zentrum Reha-Nachsorge
Projektträger:	Deutsche Rentenversicherung Bund
Zielgruppe:	Nachsorgepatienten und nachsorgende Institutionen
Inhalt:	Verankerung der Rehabilitationsnachsorge im Alltag durch den Aufbau einer bundesweiten Datenbank in der die breit gestreuten Aktivitäten für alle Beteiligten übersichtlicher und damit besser zugänglich gemacht werden. Über das Internetportal sollen sich nachsorgende Institutionen – wie Arztpraxen, Kliniken, Reha-zentren, Sozialdienste, Selbsthilfegruppen – enger vernetzen und Patienten leichter wohnortnahe Ansprechpartner und Leistungsträger finden.
Weitere Informationen:	www.nachderreha.de

Name:	KIRA (Kissinger Individualisierung in der Rehabilitation und Aktivität)
Projektträger:	Rehaklinik Am Kurpark, Bad Kissingen
Zielgruppe:	Patientinnen mit Mammakarzinom
Inhalt:	Im Rahmen eines Etappenheilverfahrens wird die Prognose von Patientinnen mit Mammakarzinom durch körperliches Training verbessert. Für die Rehabilitandinnen wird für die Rehabilitation und für die Zeit danach ein individuelles Trainingsprogramm erstellt. In der Zeit nach der Rehabilitation betreut der Physiotherapeut die Patientinnen telefonisch. Nach vier und nach acht Monaten erfolgt ein einwöchiger stationärer Aufenthalt in der Klinik. Dadurch wird eine nachhaltige Verbesserung des Lebensstils bewirkt.
Weitere Informationen:	www.rehaklinik-am-kurpark.de www.frauenselbsthilfe

Name:	Betriebsärztlich begleitete Rehabilitation (BÄR)
Projektträger:	Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
Zielgruppe:	Betriebs- und Werksärzte
Inhalt:	Betriebsärzte sollen den Rehabilitationsbedarf von einzelnen Beschäftigten rechtzeitig erkennen und die Mitarbeiter zur Rehabilitationsantragsstellung motivieren. Durch BÄR werden der Prozess und die Ergebnisqualität der Rehabilitation wesentlich verbessert, insbesondere durch die Beschreibung der Anforderungen des konkreten Arbeitsplatzes und die verbesserte Nachbetreuung durch den Betriebsarzt.
Weitere Informationen:	ulrich.hartschuh@drv-bw.de

Name:	2 + 1
Projektträger:	Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
Zielgruppe:	Arbeitnehmer mit gesundheitlichen Auffälligkeiten
Inhalt:	Arbeitnehmer erhalten zur Versicherung ihrer Beschäftigungsfähigkeit ein dreiwöchiges stationäres Präventionsprogramm. Diese Präventionsleistung wird durch zwei Wochen Lohnfortzahlung des Arbeitgebers und die freiwillige Einbringung von einer Woche Freizeitausgleich durch den Arbeitnehmer finanziert.
	
	2 Wochen Entgeltfortzahlung + 1 Woche Freizeitausgleich
Weitere Informationen:	ulrich.hartschuh@drv-bw.de

Name:	Hausärztevertrag / Kinderärztevertrag
Projektträger:	Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
Zielgruppe:	Hausärzte/Kinderärzte
Inhalt:	Hausärzte/Kinderärzte erkennen den Rehabilitationsbedarf und motivieren zur Rehabilitationsantragstellung. Nach der der Rehabilitationsmaßnahme findet ein Rückkehrgespräch und nach 12 Monaten eine Nachbetrachtung statt.
Weitere Informationen:	ulrich.hartschuh@drv-bw.de

Name:	Etappenheilverfahren „3+1+1“
Projektträger:	Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
Zielgruppe:	Rehabilitanden mit Adipositas oder Typ-2 Diabetiker mit Übergewicht ohne schwerwiegende Spät komplikationen
Inhalt:	Initial 3-wöchige stationäre Rehabilitation mit strukt. Schulungsprogrammen, ausgerichtet auf krankheitsspezifische Bewegung; Ernährung, therapeutische und psychologische Beratung. Erneute Aufnahme für jeweils eine Woche nach 6 und 12 Monaten.
	Ziel:
	Konsolidierung des erworbenen Wissens zur Erzielung von Nachhaltigkeit.
	<ul style="list-style-type: none"> - bisher Erreichtes aufzeigen - bei bestehenden Problemen Lösungsmöglichkeiten erarbeiten - Motivation zur Fortführung des veränderten Lebensstils - Eigenverantwortung stärken
	Tools:
	<ul style="list-style-type: none"> - Ärztliche Untersuchung - Laborparameter - Ärztliche Vorträge - Diabetes-/Ernährungsberatung - Sport-/Bewegungsprogramm - Psychologische Unterstützung.
Weitere Informationen:	zipse@reha-klinik-odt.de www.diabetikerbund.de

Name:	Rehabilitation erwerbsloser Kranker (REK)
Projektträger:	Bundesagentur für Arbeit, Deutsche Rentenversicherung, gesetzliche Krankenkassen
Zielgruppe:	Langzeitarbeitslose / von Langzeitarbeitslosigkeit bedrohte Menschen
Inhalt:	In den Modellregionen Freudenstadt/Calw und Heilbronn werden geeignete Personen von den Reha-Trägern identifiziert. Über die Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation wird in Fallkonferenzen ggf. unter Inanspruchnahme von Assessments ein Rehabilitationsplan entwickelt, um die berufliche Wiedereingliederung zu ermöglichen.
Weitere Informationen:	elisabeth.benoehr@drv-bw.de

Name:	Wiedereingliederung erwerbsgeminderter Rentner ins Arbeitsleben (WeRA)
Projektträger:	Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
Zielgruppe:	Zeitrentner bzw. Rentenantragsteller wegen Erwerbsminderung
Inhalt:	Durch Assessmentmaßnahmen wird ein individuelles Integrationsprofil erstellt und mit geeigneten Teilhabeleistungen wird die berufliche Wiedereingliederung ermöglicht.
Weitere Informationen:	elisabeth.benoehr@drv-bw.de

Name:	Behindertensport macht Schule
Projektträger:	Badischer Behinderten- und Rehabilitationssportverband (BBS)
Zielgruppe:	Kindern und Jugendlichen werden die vielfältigen Sportmöglichkeiten von Menschen mit Behinderung näher gebracht.
Inhalt:	<p>Behindertensport macht Schule ist grundsätzlich für alle Alters- und Klassenstufen konzipiert und soll im Sportunterricht oder anlässlich von Projekttagen umgesetzt werden. Im Vordergrund stehen das Miteinander und natürlich der Spaß am Spiel und an der Bewegung.</p> <p>Neue Erfahrungen im Umgang mit dem Rollstuhl beim Rollstuhlbasketball und – rugby, beim Blinden-Torballspiel oder -Biathlon, sensibilisieren für unterschiedliche Lebenssituationen und rücken das gegenseitige Verständnis in den Blickpunkt. Sport und Spiel sollen auf ein Miteinander ohne Hemmschwellen und Barrieren vorbereiten. Behindertensport macht Schule spricht sportliche Bewegung, soziale Kompetenz, koordinative Fähigkeiten und Kreativität gleichermaßen an.</p>
Weitere Informationen:	michael.eisele@bbrbaden.de

7. Kernbotschaften

„Die Akutversorgung wird der Behandlung chronisch Kranker allein nicht gerecht. Die Rehabilitation und die Selbsthilfe müssen zur Vermeidung von Frühberentung und Pflege fester Bestandteil in einer Versorgungskette werden. Rehabilitation ist günstig, aber nicht umsonst zu haben.“

Hubert Seiter

„Bei der Weiterentwicklung der Rehabilitation und der Stärkung der Selbsthilfe geht es darum den betroffenen Menschen in den Mittelpunkt zu stellen. Die Verwirklichung einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen den am Rehabilitationsprozess Beteiligten und der Selbsthilfe wird ein Gewinn für alle sein. Dazu müssen sich die Prozessbeteiligten jedoch aktiv dafür einsetzen, dass Insellösungen überwunden sowie die Fragmentierung der Zuständigkeiten und der Finanzierung aufgehoben werden.“

Frank Kissling

„Wo Auftrag und Beitrag der Hauptamtlichen endet, sind die Betroffenen herausgefordert, das in der Rehabilitation Erlernte eigenverantwortlich im Alltag umzusetzen - und genau hier greift die Unterstützung und Ermutigung durch die Solidargemeinschaft Gleichgesinnter in den Selbsthilfegruppen.“

Rainer Breuninger

„Gute Arbeitsbedingungen sind die beste Prävention für die Gesundheit der Beschäftigten.“

Dr. Verena Di Pasquale

„Um sich auch zukünftig den Herausforderungen einer älter werdenden Gesellschaft erfolgreich zu stellen, ist die intelligente Vernetzung von Selbsthilfe und institutionellen Anbietern von Rehabilitationsleistungen notwendig.“

Lothar Daake

„Rehabilitation mit allen geeigneten Mitteln, um die Gesundheit der Versicherten möglichst vollständig wieder herzustellen.“

Karl Wirth

„Gesundheit ... das wichtigste Gut im Leben!“

Klaus-Michael Kalkbrenner

„Von einer erfolgreichen Rehabilitation profitiert nicht nur der einzelne Versicherte, sondern auch die Versichertengemeinschaft.“

Viktor Hartl

„Prävention und Rehabilitation helfen, Gesundheit und damit längere Beschäftigungsfähigkeit zu sichern – Unternehmen können hierbei unterstützen, aber nicht ohne die Mitwirkung der Beschäftigten.“

Karoline Bauer

„Prävention, Vorsorge und Rehabilitation helfen nicht nur den betroffenen Patienten, sondern entlasten auch unmittelbar die Systeme der sozialen Sicherung.“

Dr. Alexander M. Würfel

„Die Stärkung und Weiterentwicklung von Rehabilitation und Selbsthilfe ist eine wichtige Voraussetzung für die Umsetzung der Ziele und Schlüsselbotschaften der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg – und das nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Prognos-Studie, wonach jeder in der medizinischen Rehabilitation investierte Euro der Gesellschaft 5 Euro zurückbringt.“

Manfred Votteler

„Das Gesundheitswesen braucht den mündigen, eigenverantwortlichen und aufgeklärten Patienten und eine starke Patientenvertretung. Deshalb ist die Stärkung der Selbsthilfe und Rehabilitation ein zentrales Anliegen.“

Regina Steinkemper

„Auf dem Weg zum selbsthilfefreundlichen Rehabilitationswesen brauchen wir eine partnerschaftliche und systematische Kooperation, die die Selbsthilfegruppen in ihrer ehrenamtlich getragenen Autonomie gleichzeitig respektiert und stärkt.“

Dr. Ulrich Biechele

„Ganzheitliche Prävention und Rehabilitation im Heilbad oder Kurort stärken Körper, Geist und Seele, entlasten die Solidargemeinschaft, sichern Lebensqualität“

Prof. Rudolf Forcher

„Lebensgewinn durch erfolgreiche Rehabilitation/Gesundheitsförderung und Eigenverantwortlichkeit mit Unterstützung der Selbsthilfe“

Dr. Uwe Hoffmann

„Die Weiterentwicklung der Rehabilitation sowie des gesamten Gesundheitswesens kann nur unter Beteiligung der Patienten und ihrer Angehörigen erfolgreich angegangen werden, daher ist deren Beteiligung an den Planungs- und Entscheidungsprozessen und die notwendige Qualifizierung ihrer Vertreter sicherzustellen.“

„Rehabilitation ist unverzichtbar – damit der chronisch kranke Mensch nicht nur am, sondern im Leben bleibt“

Prof. Dr. Monika Reuss-Borst

„Das Gesundheitswesen steht vor einer massiven Umstrukturierung. Chronische multimorbide und psychische Erkrankungen werden dabei eine herausragende Rolle spielen. Die Rehabilitation mit ihrem ganzheitlichen Ansatz, die Prävention und die Selbsthilfe, sowie für die psychischen Erkrankungen die psychotherapeutische Versorgung, werden zentrale Säulen für deren Behandlung bzw. Bewältigung. Dies erfordert zwingend eine Umverteilung der verfügbaren finanziellen Ressourcen im Sinne eines höheren Anteils von Prävention und Rehabilitation an den Gesamtkosten für Gesundheit.“

Dr. Rüdiger Nübling

„Menschen mit Behinderungen gleichen eventuelle Einschränkungen in der Leistungsfähigkeit durch überdurchschnittliche Motivation, Engagement und Zuverlässigkeit mehr als aus. Gerade Ältere können aufgrund Ihrer Qualifikation zur Fachkräftesicherung beitragen. Unsere Aufgabe ist es, Menschen und Arbeit zusammenzubringen und die selbstbestimmte Teilhabe am Arbeitsleben zu unterstützen.“

Mike Paulsen

„Inklusion statt Barrieren: Wesentliche Wege zur gleichberechtigten Teilhabe an allen Lebenswelten von Anfang an führen über den Sport. Dies ist seit über 60 Jahren eine der Kernkompetenzen des Behinderten- und Rehabilitationssports.“

Dr. med. Erwin Grom

„Rehabilitation führt zu mehr Beitragszahlungen und weniger Renten wegen Erwerbsunfähigkeit. Dies funktioniert aber nur, wenn ein ausreichendes Budget zur Verfügung steht, das die demografische Entwicklung berücksichtigt.“

Christian Heise

„Rehabilitation ist unter dem Aspekt des demografischen Wandels unverzichtbar. Aus rechtlichen Gründen ist ein Reha-Deckel nicht haltbar und im konkreten Einzelfall auch rechtlich nicht relevant. Daher die glasklare VdK- Forderung: Der Reha-Deckel muss weg!“

Roland Sing

„Wichtig ist die richtige Hilfe zur rechten Zeit. Hier ist der neutrale Lotse unverzichtbar, der vor Ort leicht erreichbar und unkompliziert den effektiven Einstieg in das Hilfesystem vermittelt: Die Gemeinsame Servicestelle für Rehabilitation.“

Helmut Hellstern

„Unser Gesundheitssystem bleibt nur leistungsfähig, wenn wir uns alle aktiv dafür engagieren. Die Selbsthilfe stärkt die Menschen bei der Übernahme von Eigenverantwortung und unterstützt sie auf dem oft langen und beschwerlichen Weg zu einer gesunden Lebensführung und einer positiven Lebenseinstellung.“

Gundi Boller