

I

Grundlagen

Versorgungsstrukturelle Voraussetzungen der Rehabilitation

Hartmut Weber-Falkensammer und Heiner Vogel

1 Einleitung

Die medizinische Rehabilitation stellt in Deutschland einen verhältnismäßig gut ausgebauten, gesetzlich sorgfältig definierten Bereich des Gesundheitsversorgungssystems dar. Sie steht neben der stationären und ambulanten kurativen Versorgung und hat sich zum Teil unabhängig davon entwickelt. Es muß jedoch darauf hingewiesen werden, daß das System der rehabilitativen Versorgung, wie es sich in Deutschland entwickelt hat, relativ einzigartig in der westlichen Welt ist (Jahn, 1992). Die bedingte Eigenständigkeit des Rehabilitationssektors in Deutschland ermöglichte es unter anderem, daß sich hier relativ eigenständige bedarfsgerechte Behandlungskonzepte entwickeln konnten, die sich - was den Grad an interdisziplinärer Kooperation und die Betonung integrativer ("ganzheitlicher") Sichtweisen angeht - zum Teil deutlich von den Behandlungsansätzen in der kurativen Medizin unterscheiden und von manchen Autoren als vorbildlich für die übrigen Bereiche des Gesundheitswesens angesehen werden (Badura, 1991).

Die Kritik an der gegenwärtig praktizierten medizinischen Rehabilitation (Koch & Barth, 1992; Schmidt, 1988) weist auf eine noch zu starke Zentralisierung und Institutionalisierung der Rehabilitation in überörtlichen Einrichtungen hin. Darüber hinaus wird das Fehlen nicht-stationärer rehabilitativer Einrichtungen kritisiert. Probleme werden bei der Koordination zwischen Rehabilitationseinrichtungen und niedergelassenen Ärzten gesehen sowie im Verhältnis zwischen Akutkrankenhaus und Rehabilitationseinrichtungen. In die stationäre kurative Versorgung sei die Rehabilitation allenfalls ansatzweise integriert, die Verzahnung beider Bereiche sei unzureichend. Die bestehende Trennung von Akutkrankenhaus und Rehabilitationseinrichtung laufe dem internationalen Trend entgegen, die Rehabilitation als Bestandteil der Krankenhausbehandlung auszubauen (VDR, 1992).

Für den Sachverständigenrat (1988) liegen die Gründe für bestehende Defizite an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer kurativer Versorgung einerseits und rehabilitativer Versorgung andererseits im gegliederten System der sozialen Sicherung. Das heißt, aufgrund der unterschiedlich zuständigen

Sozialversicherungsträger werde eine nahtlos eingeleitete, umfassende Rehabilitation wegen unzureichender Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger nicht gewährleistet. Eine Ausnahme sei das Verfahren der Anschlußheilbehandlung (AHB). Andere Autoren heben die unzureichende theoretische Fundierung und die mangelnde konzeptionelle Ausarbeitung der Rehabilitation hervor (z.B. Fliedner & Gerdes, 1988; Badura, 1991).

Ein aktueller Trend, der im Rahmen des kürzlich verabschiedeten Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) Bedeutung erlangt hat, ist der Auf- und Ausbau der geriatrischen Rehabilitation. Die Bevölkerungsentwicklung zeigt, daß in Zukunft mit einem stark wachsenden Anteil von Menschen über 60 Jahren, insbesondere Hochbetagten, gerechnet werden muß (siehe Haag & Bayen in diesem Buch). Der Anteil multimorbider Patienten, die einer medizinischen Rehabilitation bedürfen, wird zunehmen. Bislang liegen erst sehr wenig Erfahrungen und strukturelle Vorgaben vor, jedoch eine Reihe von modellhaften Entwicklungen, die durchaus vielversprechend sind.

Um die Rahmenbedingungen und Entwicklungsperspektiven verhaltensmedizinischer Behandlungskonzepte der rehabilitativen Versorgung besser abschätzen zu können, soll im folgenden näher auf die strukturellen Gegebenheiten der medizinischen Rehabilitation, aktuelle Problemlagen und einige aktuelle Entwicklungen eingegangen werden.

2 Rehabilitation als Bestandteil des Gesundheitsversorgungssystems

2.1 Ziele und Aufgaben der Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation orientiert sich einerseits an Menschen, die im Anschluß an akute Ereignisse, deren einschränkende Folgen prinzipiell reversibel sind (z.B. Unfälle oder Operationen), einer umfassenden Behandlung bedürfen, um das gewohnte Funktionsniveau wiederzuerlangen. Andererseits befaßt sie sich seit einigen Jahrzehnten immer stärker mit Menschen, die mit bleibenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen leben müssen. Ihnen soll geholfen werden, trotz gesundheitlicher Defizite und Funktionseinschränkungen durch die Förderung noch vorhandener Kräfte, den Aufbau kompensatorischer Fähigkeiten oder durch "Gewährung zusätzlicher Hilfen" (Sachleistungen, technische Hilfen, Dienstleistungen) ein möglichst normales Leben zu führen.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat, auf dem Modell der Krankheitsfolgen aufbauend, 1980 eine umfassende Definition des Rehabilitationsbegriffs

vorgelegt, die bis heute als wegweisend gilt: "Rehabilitation umfaßt alle Maßnahmen, die das Ziel haben, das Einwirken jener Bedingungen, die zu Einschränkungen oder Benachteiligungen führen, abzuschwächen und die eingeschränkten und benachteiligten Personen zu befähigen, soziale Integration zu erreichen. Rehabilitation zielt nicht nur darauf ab, eingeschränkte und benachteiligte Personen zu befähigen, ihr Leben auf ihre Umwelt abzustimmen, sondern auch auf Intervention und Vermittlung innerhalb ihrer unmittelbaren Umgebung sowie innerhalb der Gesellschaft insgesamt, um ihre soziale Integration zu erleichtern und zu fördern" (VDR, 1991, Bd. III, S. 8).

Dieses umfassende Rehabilitationsverständnis schließt Maßnahmen ein, die sich auf die Umwelt beziehen und dazu beitragen, die Integration des Rehabilitanden zu erleichtern. Ihnen kommt ohne Zweifel eine grundlegende Bedeutung für die Festlegung des Rahmens zu, in dem individuumsbezogene Leistungen erfolgen können. Es handelt sich dabei um gesellschaftliche Aufgaben, die vor allem auf der politischen Ebene zu lösen sind (vgl. Fuchs, 1993).

Leistungen zur Rehabilitation zielen in erster Linie auf die individuelle Ebene ab. Neben der Besserung des Gesundheitszustands geht es auch darum, ein Fortschreiten des Krankheitsprozesses zu vermeiden. Darüber hinaus sollen Betroffene befähigt werden, mit ihrer Krankheit angemessen umzugehen, trotz Einschränkungen in Funktionen des täglichen Lebens und Behinderungen zum Beispiel in der Berufsausübung. Die erforderlichen Maßnahmen ergeben sich aus dem individuell zu erstellenden Rehabilitationsplan, der gemeinsam mit dem Betroffenen im Anschluß an die Erhebung des Rehabilitationsstatus und die Formulierung der Therapieziele festgelegt wird. Die einzelnen Behandlungsmaßnahmen sind eng aufeinander abgestimmt und erfordern eine aktive Mitarbeit der Patienten (Weber-Falkensammer, 1992; vgl. auch die verschiedenen indikationsbezogenen Beiträge dieses Buches). Im einzelnen werden für die medizinische Rehabilitation die in Tabelle 1 aufgeführten Aufgaben genannt.

Die rehabilitative Behandlung zielt unter anderem auf eine intensive Anleitung zum Handeln ab. Sie soll den Patienten zur aktiven Bewältigung der Beschwerden, Funktionseinschränkungen und deren Folgen befähigen beziehungsweise bei bleibender Behinderung die Anpassung an das veränderte Alltagsleben erleichtern (Prinzip "Hilfe zur Selbsthilfe"; VDR, 1991, Bd. III).

Tabelle 1: Aufgaben der medizinischen Rehabilitation (vgl. VDR, 1991, Bd. III).

- Durchführung rehabilitationsbezogener Diagnostik
- Erstellung eines Rehabilitationsplans
- Information und Beratung (des Patienten und der Angehörigen)
- Optimierung der medizinischen Therapie und Durchführung von physikalischen, psychologischen und anderen Therapiemaßnahmen
- Förderung einer angemessenen Einstellung zur Erkrankung und eines angemessenen Umgangs mit der Erkrankung
- Verhaltensmodifikation mit dem Ziel der Ausbildung eines krankheitsangemessenen Ernährungs-, Bewegungs- und Freizeitverhaltens (Lebensstiländerung)
- Sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden sowie Planung weiterer Maßnahmen.

Rehabilitationsbedürftigkeit ist ein medizinischer Begriff, der aus rechtlicher, rehabilitationswissenschaftlicher, sozial- oder rehabilitationsmedizinischer Sicht unterschiedlich betrachtet wird. Die nähere Bestimmung hängt unter anderem davon ab, was innerhalb der Gesellschaft als bedarfsgerecht angesehen wird, im Rahmen des Gesundheitssystems an Rehabilitationsleistungen angeboten werden soll, durch die medizinische Rehabilitation als behandelbar gilt und was der einzelne in der Regel selber bewältigen kann (VDR, 1992). Vermutlich sind aufgrund dieser verschiedenen, nur begrenzt medizinisch definierbaren Größen, keine allgemeingültigen und leicht vermittelbaren Kriterien für Rehabilitationsbedürftigkeit anzugeben (vgl. VDR, 1995a). Diese ergeben sich vielmehr daraus, welcher Träger die Prüfung der Bedürftigkeit vornimmt.

Grundsätzlich bedeutet Reha-Bedürftigkeit, daß der Patient durch geeignete Maßnahmen Rehabilitationsziele erreichen kann. Da diese für die verschiedenen Träger ungleich definiert sind, ergeben sich unterschiedliche Operationalisierungen der Reha-Bedürftigkeit. So wird sie im Bereich der Rentenversicherung - entsprechend der gesetzlichen Voraussetzungen - regelhaft nur dann angenommen, wenn eine bestehende Minderung der Erwerbsfähigkeit durch Rehabilitation voraussichtlich abgebaut oder eine vorliegende erhebliche Bedrohung reduziert werden kann. Nach dem Recht der Krankenversicherung wird Reha-Bedürftigkeit dagegen - unabhängig von der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben - angenommen, wenn einer Behinderung vorgebeugt werden kann oder bei bereits vorliegender Behinderung eine Verschlimmerung oder Pflegebedürftigkeit voraussichtlich vermieden werden kann (VDR, 1991, Bd. 1). Demnach gibt es durchaus Fälle, in denen der zuständige Rentenversicherungsträger das Vorliegen von Reha-Bedürftigkeit (mit Blick auf seine Zuständigkeit) begründet verneint (z.B. bei drohender Pflegebedürftigkeit oder bereits aufgehobener Erwerbsfähigkeit), während diese für die Krankenversicherung ebenso begründet bestehen kann. Die Transparenz des Reha-Systems kann durch die

Uneinheitlichkeit und gegebenenfalls ungenügende Abstimmung der Zugangswege zur Rehabilitation bei den verschiedenen Trägern eingeschränkt werden.

Reha-Bedürftigkeit setzt nach dem WHO-Verständnis allgemein voraus, daß der Betroffene in seiner Funktionsfähigkeit gemindert ist oder durch unterschiedliche Einwirkungen (z.B. Krankheits- oder Unfallfolgen) in der Ausübung bestimmter Fähigkeiten beeinträchtigt und dadurch in der Wahrnehmung sozialer Rollen beziehungsweise in seiner Integration ins soziale und berufliche Umfeld "behindert" ist. Rehabilitation bezieht sich also auf die Folgen von Krankheiten oder vergleichbare Einwirkungen, nicht primär und nicht unbedingt auf die Ursache der Einschränkung oder die "Grunderkrankung". Die Reha-Kommission hat deshalb zur weiteren theoretischen Analyse das Krankheitsfolgenmodell der WHO zugrundegelegt, da die alleinige Orientierung an Krankheitsdiagnosen nicht sachgerecht erschien (VDR, 1992). Eine deutsche Übersetzung dieses begrifflichen Rahmens dürfte zukünftig von beträchtlicher Bedeutung für die Strukturierung der Rehabilitation, teilweise auch für die Systematisierung von Behandlungskonzepten, sein (Matthesius et al., 1995).

Statistische Übersichten zur Rehabilitation orientieren sich bislang am ICD-Schlüssel. In der Verteilung der Krankheiten, die als Erstindikation genannt werden, nehmen die Erkrankungen der Haltungs- und Bewegungsorgane den ersten Rang ein (Tab. 2). An zweiter Stelle folgen für Männer Herz-Kreislauf-Erkrankungen und für Frauen psychische Erkrankungen.

Tabelle 2: Verteilung der Rehabilitationsmaßnahmen nach ausgewählten Indikationsgruppen 1992, am Beispiel der Rentenversicherung (nach: VDR, 1993; Kinderheilbehandlungen nicht berücksichtigt).

Indikationsbereich ("Diagnosegrundgruppe")	Männer	Frauen
Haltungs- und Bewegungsorgane	47,8%	46,8%
Herz-Kreislaufsystem	17,3%	7,3%
Psychische Erkrankungen (darunter: Suchterkrankungen)	10,8% (4,8%)	14,8% (1,6%)
Atmungsorgane	5,4%	5,2%
Neubildungen	6,5%	14,4%
Verdauungs- u. Stoffwechselorgane	6,6%	4,8%
übrige	5,6%	6,7%
Gesamtzahl der Reha-Maßnahmen	488.822	365.804
Summe	854.626	

2.2 **Beziehung zwischen kurativ-medizinischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation**

Trotz eines aufeinander abgestimmten Versorgungssystems zwischen ambulanter Versorgung, stationärer Versorgung im Krankenhaus und rehabilitativer Versorgung in Rehabilitationskliniken kommt es an den Schnittstellen der einzelnen Behandlungsbereiche immer wieder zu Problemen. Diese Probleme resultieren aus der häufig unterschiedlichen Zuständigkeit der Kostenträger für die Rehabilitationsmaßnahmen oder der nicht abgestimmten konzeptionellen und zeitlichen Therapieplanung. Teilweise sind auch sachbezogene Gründe dafür anzuführen, daß eine klare Abgrenzung schwerfällt.

Die kurative Medizin ist primär auf die Behandlung der Erkrankung und die Behebung des Gesundheitsschadens ausgerichtet; die Rehabilitation dagegen auf die Stärkung beziehungsweise bestmögliche Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit im Alltag und gegebenenfalls im Berufsleben. Der Rehabilitation liegt ein bio-psycho-soziales Modell von Krankheit und Behinderung zugrunde, demzufolge somatische, psychische und soziale Auswirkungen der Erkrankung und ihrer Folgen zu behandeln sind. Gesundheit und Krankheit werden als ein Ineinandergreifen physiologischer, psychischer und sozialer Vorgänge beschrieben. Die medizinisch-wissenschaftlichen Grundlagen der kurativen Medizin sind auch für die Rehabilitation bestimmend. In der Rehabilitation werden jedoch, entsprechend ihrem interdisziplinären Ansatz, viel stärker die Wissensbestände von Psychologie, Soziologie und Sozialarbeit/Sozialpädagogik genutzt.

Da die medizinische Rehabilitation neben der zur Erfüllung der rehabilitativen Aufgaben erforderlichen Diagnostik auch die Therapie von Gesundheitsschäden und, in ihrer Folge, die gezielte Verbesserung beeinträchtigter Funktionen umfaßt, ist der kurativ-medizinische Anteil Bestandteil des rehabilitativen Gesamtkonzepts. Dabei gibt es viele Maßnahmen, die sowohl der rehabilitativen als auch der kurativen Versorgung zugerechnet werden können. Vielfach gibt es fließende Übergänge, so daß eine Abgrenzung oder Unterscheidung im Einzelfall schwerfallen kann. Diese ist aber häufig unvermeidbar, weil sie im gegliederten System der sozialen Sicherung unterschiedliche Zuständigkeiten und Kostenträgerschaft impliziert. Zweckmäßig erscheint daher die Überlegung, anhand des jeweils "dominanten" Behandlungsziels zu entscheiden, ob eine kurative oder rehabilitative Behandlung vorliegt (VDR, 1991, Bd. III).

In bestimmten Bereichen, wo auch die vorgenannte Abgrenzung anhand idealtypischer Kriterien im Einzelfall regelmäßig zu Schwierigkeiten führt, bemühen sich die zuständigen Träger um eine pragmatische Lösung zur Vermeidung wiederkehrender Abgrenzungsprobleme, die letztlich nur zu Lasten des

Rehabilitanden ausgehen würden. So gilt für die Suchtentwöhnung seit der Empfehlungsvereinbarung "Sucht" die in der Regel zweiwöchige Entgiftungsbehandlung als Krankenhausbehandlung (zu Lasten der Krankenversicherung) und die im günstigsten Fall unmittelbar daran anschließende Entwöhnungsbehandlung als Rehabilitation (zu Lasten des jeweils zuständigen Rehabilitationsträgers) (vgl. VDR, 1991, Bd. 1).

Im Bereich der neurologischen Rehabilitation und Frührehabilitation, der durch die Fortschritte der akutmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten zunehmend bedeutsamer wird, werden gegenwärtig mögliche Formen der Zusammenarbeit und der Zuständigkeitsverteilung zwischen Kranken- und Rentenversicherungsträgern diskutiert (Arbeitsgruppe Neurologische Rehabilitation, 1994).

2.3 Strukturverantwortung in der Rehabilitation und Rehabilitationsplanung

Grundsätzlich haben die Rehabilitationsträger sicherzustellen, daß die erforderlichen Rehabilitationsangebote und -konzepte vorhanden sind und bedarfsgerecht weiterentwickelt werden. Diese Strukturverantwortung verteilt sich auf die unterschiedlichen Sozialleistungsträger (vgl. Petermann in diesem Buch). Die Zuständigkeit im Einzelfall ergibt sich aus den jeweiligen gesetzlichen Vorgaben. Die **Rentenversicherung** ist dabei für alle Personen im erwerbsfähigen Alter zuständig, die die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach §11 SGB VI (Mindestanzahl von gezahlten Beiträgen zur Rentenversicherung u.a.) erfüllen. Die **Krankenversicherung** ist für alle Krankenversicherten zuständig, das heißt insbesondere für jene Personengruppen, die bisher keine rentenversicherungspflichtige Tätigkeit ausgeübt haben (z.B. Kinder, Hausfrauen) oder bereits berentet sind. Die **Unfallversicherung** ist immer dann zuständig, wenn der Grund der Erkrankung oder Leistungseinschränkung auf berufsbedingte Einwirkungen zurückzuführen ist. Sie ist, und das ist eine Besonderheit im Recht der Unfallversicherung, im Falle einer berufsbedingten Erkrankung für die gesamte Behandlung zuständig - sowohl für die ambulante und stationäre kurative Behandlung als auch für die sich gegebenenfalls anschließende Rehabilitation und Nachsorge.

Rehabilitationsleistungen werden auf Antrag bewilligt; sie können nicht verordnet werden. Der Rehabilitationsbedürftige muß, eventuell aufgrund der Anregung durch andere, einen Antrag bei dem zuständigen Sozialleistungsträger stellen, der dann die Rehabilitationsbedürftigkeit und die eigene Zuständigkeit prüft. Falls beide Punkte bejaht werden, trifft der Träger die Auswahl einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung - wobei natürlich Vorschläge oder Wünsche der Versicherten berücksichtigt werden.

Es liegt im Interesse der Rehabilitanden, daß Regelungen für Fälle vorgesehen werden, in denen die Zuständigkeit unklar ist oder erst verzögert festgestellt werden kann. Diese wurden mit den Vorleistungsregelungen im Rehabilitationsangleichungsgesetz (RehaAnglG) von 1974 formuliert und später in das Sozialgesetzbuch übernommen. Komplizierend wirkt dabei die generelle Vorschrift (§6), daß die Zuständigkeit jedes Trägers sich nach den für ihn geltenden Vorschriften richtet, im Falle **medizinischer Leistungen** zur Rehabilitation die Rentenversicherung jedoch vorleistungspflichtig ist. Dies führt wegen unterschiedlicher Zugangsvoraussetzungen und abweichender Zielsetzungen der Rehabilitationsvorschriften von Renten- und Krankenversicherung häufig zu Abgrenzungsschwierigkeiten und Verzögerungen bei der Einleitung. Bei **beruflichen Rehabilitationsleistungen** ist die Bundesanstalt für Arbeit vorleistungspflichtig. Wenn die zu erbringenden Leistungen weder als berufliche noch medizinische Leistungen zur Rehabilitation gelten, ist der zuerst angegangene Rehabilitationsträger vorleistungspflichtig. Der Träger hat im Falle der Vorleistungen die Voraussetzungen dafür - aber nicht die eigene Zuständigkeit - zu prüfen. Der Leistungsumfang bestimmt sich nach dem Recht, das für den vorleistungspflichtigen Rehabilitationsträger gilt (VDR, 1991, Bd. 1).

Wenn keiner der in §2 RehaAnglG genannten Träger (gesetzliche Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung, Kriegsopferversorgung, Altershilfe für Landwirte, Bundesanstalt für Arbeit) zuständig ist, hat der Träger der **Sozialhilfe** unter den Voraussetzungen §44 BSHG vorläufige Leistungen zu erbringen, damit der Betroffene in jedem Fall die erforderliche Hilfe erhält. Um sicherzustellen, daß vorläufige Leistungen einheitlich gewährt werden, haben die Rehabilitationsträger eine Gesamtvereinbarung geschlossen (vgl. VDR, 1992).

Die häufigsten Anwendungsbereiche für die Vorleistungspflicht waren und sind Anschlußheilbehandlungen und Rehabilitationsleistungen im Zusammenhang mit sich zeitlich hinziehenden Anerkennungsverfahren von **Berufkrankheiten** und **Arbeitsunfällen** (vgl. VDR, 1992). Ein Beispiel: Zwischen einem Krankenversicherungsträger und einem anderen Rehabilitationsträger ist strittig, ob Krankenbehandlung oder Rehabilitation vorliegt. Für den Patienten ist dies ein unhaltbarer Zustand, weil dadurch therapeutische und rehabilitative Maßnahmen unterbleiben oder nur verzögert anlaufen und ihm daher möglicherweise ein weiterer gesundheitlicher Schaden droht. Die Entscheidung, ob Krankenhausbehandlung oder Rehabilitation indiziert ist, kann der Kostenträger durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) klären lassen.

Trotz eines formal aufeinander abgestimmten Versorgungssystems zwischen ambulanter Krankenbehandlung und stationärer Versorgung im Krankenhaus auf der einen sowie rehabilitativer Versorgung in Rehabilitationskliniken auf der anderen Seite kommt es an den Schnittstellen der einzelnen Bereiche immer

wieder zu Problemen, die aus der häufig unterschiedlichen Zuständigkeit der Kostenträger für die Rehabilitationsmaßnahmen resultieren, beziehungsweise aus der nicht abgestimmten konzeptionellen und zeitlichen Therapieplanung. Diese für die Rehabilitationsbedürftigen und auch gesundheitsökonomisch bedenkliche Situation wurde in den vergangenen Jahren von verschiedenen Seiten immer wieder kritisiert (vgl. Sachverständigenrat, 1988).

So stellen Rehabilitationsbehandlungen für Patienten mit psychiatrischen Behinderungen einen besonderen Problembereich dar: Die Rehabilitation psychisch Kranker, insbesondere solcher mit psychotischen Störungen, findet kaum statt - zumindest nicht in der ausdrücklich so deklarierten Form. Die Ursachen sind versicherungsseitig in der unterschiedlichen Auffassung von Zuständigkeiten gegeben und vor allem an die Frage gebunden, ob psychisch Kranke überhaupt rehabilitierbar sind. Letzteres wurde durch die Psychiatrie-Enquete eindeutig bejaht. Die hier zweckmäßigen Rehabilitationsmaßnahmen (z.B. in Übergangseinrichtungen) werden von den **Krankenversicherungsträgern** jedoch nicht als Krankenhausbehandlungen angesehen; sie sehen die Verpflichtung zur Rehabilitationsleistung bei diesen Patienten in erster Linie bei dem Rehabilitations-träger. Die **Rentenversicherungsträger**, als in der Regel zuständige Träger, sahen sich entsprechend ihrem gesetzlichen Auftrag verpflichtet, die Frage der Rehabilitierbarkeit auf die Chance der Wiedereingliederung in den Erwerbsprozeß zu beziehen. Vor diesem Hintergrund wurde die Rehabilitierbarkeit chronisch psychisch Kranker lange Zeit bezweifelt. Modellentwicklungen wie die Einrichtungen zur "Rehabilitation Psychisch Kranker" (RPK) waren nur ein äußerst zögerlicher, allerdings erfolgreicher Versuch, die Rehabilitationschancen und -erfordernisse auch unter dem Blickwinkel der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben zu prüfen (Gerke, 1994). Zudem gab es immer wieder grundsätzliche Bedenken, ob die gerade bei diesem Personenkreis zweckmäßigen Rehabilitationsmaßnahmen als medizinische Leistungen im Sinne des Gesetzes anzusehen sind oder als soziale Leistungen, für die dann die Sozialhilfeträger zuständig wären (VDR, 1991, Bd. 1). Letztere sind aber nicht Rehabilitations-träger im Sinne von §2 RehaAnglG, so daß eine Vorleistungsverpflichtung seitens der Renten- oder Krankenversicherung, falls diese primär angegangen worden war, verneint wurde.

Rehabilitationsplanung. Planung soll in der gesundheitlichen Versorgung bedarfsorientiert die erforderlichen und notwendigen Leistungsangebote in allen Versorgungssektoren (ambulante und stationäre Krankenbehandlung, rehabilitative Versorgung) bereitstellen. Für die Rehabilitation stellen sich zwei Aufgaben, die miteinander in Wechselwirkung stehen. Einerseits geht es um **quantitative Planung**, das heißt darum, den einmal angenommenen Bedarf auf der Basis von Inanspruchnahmedaten fortzuschreiben und zu Annahmen über den Bedarf zu kommen (Fuchs, 1992). Andererseits geht es auch um **qualitati-**

ve Planung, also die ständige Weiterentwicklung bedarfsorientierter Angebote entsprechend den Behandlungsanforderungen.

Die Rehabilitationsplanung soll unter anderem Grundlagen schaffen, damit die Rehabilitationsträger nach dem Gebot der wirtschaftlichen Leistungserbringung so auf den Markt einwirken können, daß das Angebot quantitativ und qualitativ dem zu erwartenden Bedarf entspricht und die Sozialversicherungsträger nicht mit den Kosten unwirtschaftlicher Angebote belastet werden. Die Vertragspartner sollten demgemäß über Veränderungen der Bedarfsstruktur informiert und zur Weiterentwicklung ihrer Angebote angeregt werden. Die derzeitige Planung von Rehabilitationsbetten kann nicht mit einer öffentlichen Planung (z.B. Krankenhausplanung durch die Krankenhausplanungsausschüsse der Länder) verglichen werden. Sie ist am ehesten mit einer Angebotsplanung zu vergleichen, ohne jedoch den definierten Bedarf zu kennen (Moritz, 1992; Preiser, 1986; Schäfer & Wachtel, 1986).

Die **quantitative Planung** des Rehabilitationsangebotes erfolgt bisher vorwiegend durch die Fortschreibung der in der letzten Planungsperiode durchgeführten Maßnahmen. Für mittel- und langfristige Planungen ist es zukünftig erforderlich, zu erwartende Entwicklungen einzubeziehen. Dazu müssen, neben der Änderung gesetzlicher Rahmenbedingungen, die Entwicklung des Inanspruchnahmeverhaltens, die Veränderungen des Krankheitsaufkommens sowie die Bevölkerungsentwicklung beachtet werden.

Die bisherige **qualitative Bedarfsplanung** zur Rehabilitation erfolgte durch die Rentenversicherung auf der Basis einer globalen Kategorisierung medizinischer Rehabilitationseinrichtungen nach drei Leistungsstufen (Sanatorium, Fachklinik/Kurklinik, Schwerpunkt-klinik), von der die jeweilige Mindestausstattung im medizinischen Bereich abhängt. Diese Kategorisierung wurde vielfach von anderen Trägern übernommen. Die Kommission zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der Rentenversicherung (Reha-Kommission; VDR, 1992) hat sich eingehend mit diesem Thema befaßt und eine grundlegende Weiterentwicklung der qualitativen Planungsgrundlagen vorgeschlagen. Einerseits sollten, entsprechend den unterschiedlichen Anforderungen, bei Patienten verschiedener Krankheitsgruppen abweichende Abstufungsmöglichkeiten vorgesehen werden; andererseits wurde angeregt, sogenannte Standardleistungspakete vorzusehen, die Kliniken bereithalten sollten, die typische, häufig wiederkehrende Aufgaben zu erfüllen hatten (VDR, 1992). Zu berücksichtigen ist auch, daß die Entwicklungen in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung zu quantitativen und qualitativen Veränderungen im Rehabilitationsbedarf führen, die nur schwer voraussehbar sind. So wird gelegentlich erwartet, daß die Einführung von Fallpauschalen im Krankenhaus zur gehäuf-ten AHB-Einleitung führe und bei diesen AHB-Patienten neben dem Rehabilita-

tionsbedarf auch ausgeprägter Pflegebedarf vorliegen dürfte. Ebenso dürfte der vorgesehene Ausbau von ambulanten und teilstationären Rehabilitationsleistungen zu einer Verlagerung in den nicht-stationären Bereich führen.

Die **gesetzlichen Krankenkassen** dürfen gemäß §111 Abs. 1 SGB V medizinische Leistungen zur Rehabilitation einschließlich der Leistungen zur Anschlußheilbehandlung (AHB; §40 SGB V), die eine stationäre, aber keine Krankenhausbehandlung erfordern, nur in Rehabilitationseinrichtungen erbringen lassen, mit denen ein **Versorgungsvertrag** nach §111 Abs. 2 SGB V besteht. Die **Landesverbände der Krankenkassen** dürfen diese Versorgungsverträge nur mit Einrichtungen abschließen, die qualitative Anforderungen gemäß §107 Abs. 2 SGB V erfüllen, unter ärztlicher Verantwortung stehen und für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit Rehabilitationsmaßnahmen notwendig sind. Durch diesen gesetzlichen Auftrag sind die Krankenkassen seit dem Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes zur Rehabilitationsplanung verpflichtet.

Traditionell wurde die Abstimmung über neu zuzulassende Rehabilitationseinrichtungen, abgesehen von wenigen Ausnahmen in den alten Ländern, ausschließlich von den vorrangig leistungspflichtigen Rentenversicherungsträgern in eigener, nahezu uneingeschränkter Entscheidungspraxis durchgeführt. Qualitätssichernde Maßnahmen standen nicht zur Verfügung und trugen dadurch möglicherweise zu der unkoordinierten Entwicklung der stationären Angebote in Rehabilitationskliniken bei. Erst mit der Novellierung des SGB V im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) wurde den Ländern eine Beteiligung (über Einvernehmen) beim Abschluß neuer Versorgungsverträge für Rehabilitationseinrichtungen "eingeräumt" §111 Abs. 4 Satz 3 SGB V). Seit Inkrafttreten des GSG zum 1.1.1993 sind die Länder bei der Genehmigung neuer Rehabilitationseinrichtungen mit der zuständigen Behörde zu beteiligen. Daher wurden in einigen Ländern freiwillig Arbeitskreise der beteiligten Rehabilitationsträger als Koordinationsforum eingerichtet. Beteiligt sind die regionalen Landesversicherungsanstalten (LVA), die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA), die Bundesknappschaft, die Landesverbände beziehungsweise Landesvertretungen der gesetzlichen Krankenkassen und fallweise die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung durch ihre Landesverbände.

3 Medizinische Rehabilitation als gestuftes Angebot

Die medizinische Rehabilitation, so wie sie gerade von den Rehabilitationsträgern der gesetzlichen Rentenversicherung durchgeführt wird, wurde zunächst im stationären Bereich entwickelt (vgl. Gerdas, 1992). Regelleistungen

zur Rehabilitation werden bis heute - von wenigen Ausnahmen, zum Beispiel Suchtbehandlung, abgesehen - vor allem für stationäre Maßnahmen erbracht. Die überwiegend stationäre Durchführung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen erklärt sich aus §15, Abs. 2, Satz 1 SGB VI ("Die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation werden vor allem stationär (...) erbracht"). Die Frage, ob die Rehabilitation tatsächlich bevorzugt stationär und gegebenenfalls auch wohnortfern durchgeführt werden soll oder ob es in manchen Fällen nicht sinnvoll ist, eine nicht-stationäre Durchführung zu wählen, wurde in den vergangenen Jahren intensiv diskutiert, wobei neben fachlichen auch ökonomische Überlegungen ins Feld geführt wurden (Vogel & Zollmann, 1994).

Seit der Krankenversicherung mit dem Gesundheitsreformgesetz ein ausdrücklicher Rehabilitationsauftrag für die nicht von der Rentenversicherung erfaßten Patienten übertragen wurde, beginnen hier verschiedenartige Entwicklungen zur konzeptionellen Begründung und Ausarbeitung von Durchführungsformen der Rehabilitation. In der Krankenversicherung richtet sich die Entscheidung, welche Form der Rehabilitation durchgeführt wird, nach den medizinischen Erfordernissen. Der gesetzliche Rahmen möglicher Leistungen umfaßt ambulante und stationäre Rehabilitationsleistungen, wobei stationäre Leistungen nur erbracht werden können, wenn ambulante Leistungen nicht mehr ausreichen (§40 SGB V). Auch die Rentenversicherung ist nach der Formulierung des §15 Abs. 2 Satz 1 SGB VI durchaus in der Lage, andere als stationäre Leistungen zur Rehabilitation zu erbringen, wobei aber kein Vorrang für eine Leistungsart festgelegt ist.

Der generelle Vorteil eines abgestuften Rehabilitationssystems, wie es von der Reha-Kommission als Ziel formuliert wurde (VDR, 1992), liegt darin, daß je nach Schweregrad der Erkrankung, Mobilität und regionaler Situation die verschiedenen rehabilitativen Versorgungsangebote entsprechend dem individuellen Bedarf zur Geltung kommen können. Zu den verschiedenen Rehabilitationsformen werden auf der Angebotsebene neben der stationären Rehabilitation auch ambulante und teilstationäre Rehabilitationsleistungen sowie Nachsorgeleistungen gezählt. Die einzelnen Leistungen sind dabei teils als Alternativen, teils als ergänzende Maßnahmen zu verstehen. Die "Abstufung" ist je nach Fall entweder so zu verstehen, daß Leistungen mit unterschiedlicher Intensität oder unterschiedlicher qualitativer Ausrichtung vorgesehen werden, oder, je nach Phase des Rehabilitationsprozesses, andere Leistungsformen möglich sind.

Eine Reihe fachlicher, gerade auch verhaltensmedizinischer Gründe sprechen dafür, ein in dieser Form abgestuftes Reha-System zu entwickeln. Eine besondere Herausforderung ergibt sich dabei - neben der Frage der ökonomisch sinnvollen Rehabilitationsdurchführung in einem solchen abgestuften Ange-

botssystem - durch die Notwendigkeit, gezielte differentielle Indikationskriterien für die verschiedenen Maßnahmen zu entwickeln.

3.1 Stationäre Rehabilitation

Die Hauptdomäne der medizinischen Rehabilitation stellt bis heute die stationäre Rehabilitation dar. Hier liegen umfangreiche Erfahrungen und differenzierte Behandlungskonzepte vor (vgl. VDR, 1991, Bd. III). Die überwiegend privat geführten, von der Rentenversicherung belegten Kliniken haben mit dem jeweiligen "federführenden Hauptbeleger" einen Vertrag, der, je nach Ausgestaltung, Art und Umfang der Belegung, die strukturellen Anforderungen an die Einrichtung regelt und eine Tagessatzvergütung festlegt. Falls weitere Rehabilitationsträger Patienten in diesen Kliniken behandeln lassen, so gelten meist die Regelungen des Belegungsvertrags in gleicher Form.

Die Reha-Einrichtungen sind, entsprechend der Verteilung der behandlungsrelevanten Erkrankungen (vgl. Tab. 3), bedarfsgerecht jeweils auf eine oder mehrere Haupteinweisungsindikationen ausgerichtet. Wegen der längeren Behandlungszeiten bei psychischen/psychosomatischen und Suchterkrankungen und der, vor allem im Suchtbereich üblichen, kleineren Einrichtungstypen, stellen diese Rehabilitationseinrichtungen die größte Gruppe dar (1989: ca. 50%; VDR, 1992). Es folgen in der Häufigkeit Reha-Kliniken, die sich auf Patienten mit Krankheiten der Haltungs- und Bewegungsorgane spezialisiert haben. Die weit überwiegende Mehrzahl der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen befinden sich aus historischen Gründen in Kurorten, so daß aus diesem Grund in vielen Fällen eine wohnortferne Rehabilitation erfolgt.

Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen dauern in der Regel vier Wochen (längere Regeldauer vor allem bei neurologischen und psychischen/psychosomatischen Erkrankungen einschließlich Suchterkrankungen), wobei in besonderen Fällen Verlängerungen möglich sind. Im Anschluß an die Eingangsuntersuchung werden Behandlungen aus den Bereichen Physiotherapie, Gesundheitsbildung, krankheitsbezogene Schulung, Ernährungsberatung, psychologische Einzel- und Gruppenbehandlung, Sozialberatung, Ergo- und Logopädie durchgeführt, die im Behandlungsplan aufeinander bezogen sind. Je nach Indikation und besonderer Situation ergeben sich hier unterschiedliche Schwerpunkte.

Die historisch gewachsene Form der stationären Rehabilitation und ihre gelegentliche Nähe zu den wissenschaftlich weniger fundierten Konzepten der Kurbehandlung, führte in den vergangenen Jahren zunehmend zur Kritik der Fachöffentlichkeit. Die Rentenversicherungsträger haben auch aus diesem Grund 1989 die bereits erwähnte Reha-Kommission eingesetzt, die Perspektiven zur

Weiterentwicklung der Rehabilitation ausarbeiten sollte. Ihre Empfehlungen bezüglich der stationären Rehabilitation forderten unter anderem:

- Stärkere Flexibilisierung der Durchführungsformen,
- stärkere wissenschaftliche Fundierung und
- differenziertere Berücksichtigung des psychosozialen Rehabilitationsbedarfs (vgl. VDR, 1992).

Ausdrücklich wurde hervorgehoben, daß die Verhaltensmedizin eine zentrale Position bei der konzeptionellen Ausgestaltung der Rehabilitationskonzepte, gerade bei körperlichen Krankheiten, einnehmen sollte (VDR, 1992). Dies wurde insbesondere für jene Patientengruppen angeregt, bei denen in der Rehabilitation die Verhaltensmodifikation (d.h. Erlernen krankheitsbezogener Einstellungen und Verhaltensweisen, Abbau von Risikofaktoren, Aufbau von Gesundheitsverhalten sowie Erreichen angemessener Formen der Krankheitsbewältigung) im Vordergrund stehen. Für diese Rehabilitanden, auf die nach Einschätzung der Reha-Kommission ein relativ großer Anteil der Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherungsträger entfällt, wurde ein eigenständiges verhaltensmedizinisches Rehabilitationskonzept entwickelt (VDR, 1991, Bd. III).

Eine weitere Entwicklung, die eine beträchtliche Auswirkung auf die weitere Gestaltung der stationären Rehabilitation haben dürfte, stellen die Initiativen zur Qualitätssicherung dar, die ebenfalls von der Reha-Kommission ausgingen (VDR, 1992). Sie beziehen sich inhaltlich insbesondere auf die Ausgestaltung und Umsetzung der stationären Behandlungskonzepte und streben eine stärkere Konkretisierung und Realisierung der zum Teil recht allgemein beschriebenen Rehabilitationskonzepte an (Schaub & Schliehe, 1994).

Anschlußheilbehandlung (AHB). Anschlußheilbehandlungen, die eine besondere Einleitungsform der stationären Rehabilitation im Anschluß an Krankenhausbehandlungen wegen akuter Ereignisse (z.B. Herzinfarkt, Operationen) darstellen, waren überwiegend von der Kritik an der medizinischen Rehabilitation ausgenommen und oft als besonders gelungenes Beispiel einer engen Zusammenarbeit unterschiedlicher Sozialleistungsträger hervorgehoben worden (Deutscher Bundestag, 1990; Sachverständigenrat, 1988). Sie hatten 1992 einen Anteil von 10,5% an der Gesamtzahl der Reha-Maßnahmen bei Erwachsenen und wurden insbesondere bei Patienten mit koronaren Herzerkrankungen, vor allem nach Herzinfarkt, durchgeführt (VDR, 1993; vgl. Tab. 2; siehe Rüdell in diesem Buch).

Die Anschlußheilbehandlung ist den gleichen sozialrechtlichen und sozialmedizinischen Voraussetzungen unterworfen wie die allgemeine Rehabilitations-

behandlung. Unterschiede bestehen hinsichtlich der Zuweisungssteuerung. AHB-Patienten werden meist unmittelbar aus dem Krankenhaus nach einer akuten Behandlung übernommen oder spätestens zwei Wochen nach Krankenhausentlassung in die AHB-Klinik aufgenommen. Daraus ergeben sich besondere Anforderungen an die Klinik: Besonders hinsichtlich apparativer Diagnostik und personeller Ausstattung unterscheiden sich AHB-Kliniken von den Kliniken für allgemeine Rehabilitationsmaßnahmen.

Obwohl die Aufnahme oder Verlegung des Patienten in die AHB-Klinik so früh wie möglich erfolgen sollte, erschien es bei der Formulierung der AHB-Vereinbarung dem Träger dennoch zweckmäßig festzulegen, daß die Patienten zuvor bestimmte Mindestanforderungen erfüllen müssen. Diese mit "Frühmobilisation" umschriebenen Anforderungen besagen unter anderem, daß ein Patient erst zur Anschlußheilbehandlung verlegt werden kann, wenn er ohne sich zu gefährden gehfähig ist und sich selbständig versorgen kann.

Bei einigen neurologischen oder orthopädischen Krankheitsbildern zeigt sich in der Praxis, daß die Verlegung schon vor Abschluß der Frühmobilisation erfolgen sollte, um den Rehabilitationsprozeß zu beschleunigen. Die vor diesem Hintergrund wünschenswerte Veränderung der AHB-Kriterien, die für den neurologischen Bereich bereits erfolgt ist, bedeutet jedoch, daß die Patienten einen beträchtlich höheren Pflegeaufwand in der Reha-Einrichtung erfordern, der sich in der Ausstattung der Klinik niederschlagen muß (VDR, 1991, Bd. III).

3.2 Ambulante und teilstationäre Rehabilitation

3.2.1 Grundlagen

Ein wichtiges aktuelles Entwicklungsfeld im Rehabilitationssektor ist gegenwärtig die nicht-stationäre Rehabilitation. Dabei geht es darum, stationäre Rehabilitation durch nachgehende, nicht-stationäre Leistungen zu **ergänzen**. Neben der Vertiefung und Stabilisierung der Rehabilitationseffekte könnte sich die Chance bieten, die erforderliche stationäre Behandlungsdauer zu verkürzen. Darüber hinaus stellt sich auch die Frage, ob und in welchem Umfang ambulante oder teilstationäre Reha-Leistungen die stationären Maßnahmen **ersetzen** können.

Während die Berufsgenossenschaften relativ früh Erfahrungen mit nicht-stationären Behandlungsformen in der Rehabilitation bei Unfallverletzungen nach dem Konzept der "Besonders indizierten Therapie" sammelten (Gesetzliche Unfallversicherung, 1989), entstand bald die Frage, ob vergleichbare Leistungen nicht auch von anderen Rehabilitationsträgern erbracht werden könnten.

Im Rahmen der Beratungen der Reha-Kommission wurden erste Kriterien für die Durchführung nicht-stationärer Rehabilitationsmaßnahmen aus der Sicht der Rentenversicherung formuliert (VDR, 1991, Bd. III; Vogel & Zollmann 1994):

- Betrieb der Einrichtung unter ständiger ärztlicher Verantwortung mit sozialmedizinischer Kompetenz,
- Bezugsarzt/-therapeut als ständiger Ansprechpartner,
- ausreichende Häufigkeit und Intensität der Behandlungseinheiten,
- psychologische und soziale Betreuung sowie Gesundheitsbildung,
- Verlaufskontrolle und Dokumentation der Therapie (Evaluation),
- Konzentration der Angebote an einem Ort (nicht an verschiedenen Einrichtungen der Region) in Wohnortnähe,
- kein Risikopatient (geringes Verschlechterungsrisiko),
- Mobilität des Patienten und ausreichende psychophysische Belastbarkeit sowie Motivation beziehungsweise Compliance,
- intaktes soziales Umfeld und gute berufliche Perspektive des Patienten,
- Wiederholungsbehandlung (zur Auffrischung anstelle einer erneuten stationären Rehabilitationsmaßnahme) und
- stationäre Behandlung ist aus bestimmten Gründen nicht möglich.

Diese Punkte sind nicht als Zugangs- oder Auswahlkriterien gedacht. Sie stellen vielmehr jene Aspekte dar, die bei der Frage einer möglichen Indikationsstellung zur nicht-stationären Rehabilitation berücksichtigt werden sollten.

Das Spezifikum der ambulanten und teilstationären Rehabilitation im Unterschied zu anderen Behandlungsformen ist neben der besonderen rehabilitativen Zielsetzung auch darin zu sehen, daß durch das Zusammenwirken verschiedener Therapieelemente und Mitglieder des Reha-Teams Therapieverluste durch lange Wege und Wartezeiten vermieden werden können. Nähere Definitionen für den zeitlichen Umfang und ausdifferenzierte erprobte Konzepte für die Inhalte einer "ambulanten Rehabilitation" oder einer "teilstationären Rehabilitation" liegen erst in Umrissen für einige Bereiche vor.

Über die Abgrenzung von teilstationärer und ambulanter Rehabilitation besteht kein Konsens. Eine pragmatische, wenngleich nicht generell übliche Unterscheidung bezieht sich auf die Intensität beziehungsweise den Umfang der Behandlungsleistungen. Unter **ambulanter Rehabilitation** im engeren Sinne werden Konzepte verstanden, die den Patienten zwar über einen längeren Zeitraum beanspruchen, pro Tag jedoch nur in einem begrenzten Umfang (bis zu vier Stunden) und gegebenenfalls nicht jeden Wochentag. Der Rehabilitand sollte, sofern nicht Arbeitsunfähigkeit vorliegt, in der Lage sein, gleichzeitig einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. **Teilstationäre Rehabilitation** schließt dieses aus. Sie setzt Behandlungsangebote voraus, die auch in einer stationären

Rehabilitationseinrichtung erbracht werden können, mit dem Unterschied, daß der Patient zur Übernachtung nach Hause fährt. Die tagesstrukturierende Reha-Behandlung erfordert eine sechs- bis achtstündige Behandlungsdauer in einer tagesstationären Einrichtung. In diesem Behandlungskontext sind Ruhezeiten berücksichtigt, die für die individuelle Rehabilitationssituation erforderlich sind. Die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der teilstationären Rehabilitation sollten durchaus mit denen einer stationären Rehabilitation vergleichbar sein. Für die Krankenkassen und Berufsgenossenschaften scheint es nicht notwendig, zwischen ambulanter und teilstationärer Rehabilitation zu unterscheiden. Aus Sicht der Rentenversicherung ist dies jedoch zweckmäßig, weil sich leistungsrechtliche Konsequenzen (z.B. wirtschaftliche Absicherung des Rehabilitanden durch Übergangsgeld, Krankengeld etc.) ergeben.

In der medizinischen Rehabilitation von Erwerbstätigen liegt die Zuständigkeit für die **ambulante Rehabilitation**, wenn die Reha-Leistung den inhaltlichen Anforderungen der Rentenversicherung entspricht, aufgrund des Vorrangigkeitsgrundsatzes bei der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Krankenversicherung ist dagegen subsidiär für ihre Versicherten zuständig (z.B. in der geriatrischen Rehabilitation). Problematisch ist, daß die gesetzlich vorgegebenen Ziele für die ambulante Rehabilitation (im SGB V "Rehabilitationskur" genannt) bei der Krankenversicherung von denen der Krankenbehandlung abgeleitet sind und somit die ausdrücklich rehabilitative Zielsetzung hier vernachlässigt scheint (vgl. VDR, 1991, Bd. 1). Ob sich daraus unterschiedliche Sichtweisen und Anforderungen für die konkrete Durchführung nicht-stationärer Reha-Maßnahmen ergeben müssen, die nicht im Rahmen gemeinsamer Vereinbarungen gelöst werden können, darf jedoch bezweifelt werden.

Infolge des Wettbewerbs der gesetzlichen Krankenkassen ist derzeit die Situation anzutreffen, daß die verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen differenzierte Konzepte zur ambulanten Rehabilitation erstellt haben und seit Juli 1994 entsprechende Leistungen von einigen Ersatzkassen und Betriebskrankenkassen erbracht werden. Die vorliegenden Konzeptentwürfe sind allerdings inhomogen und teilweise widersprüchlich, was zu einem unübersichtlichen Bild führt und für die Verordner (niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte) den Überblick und damit auch den Zugang erschwert. Diese Situation läßt es wichtig erscheinen, daß neben einheitlichen Anforderungen an die ambulante und teilstationäre Rehabilitation auch ein gemeinsames Verfahren des Zugangs zur nicht-stationären Rehabilitation zwischen den Trägern, unter Beteiligung der Rentenversicherung und gegebenenfalls auch der Unfallversicherung, vereinbart wird. Diese Vereinbarung könnte sich an vergleichbare Vereinbarungen im Suchtbereich anlehnen und Grundlage für gemeinsame Modellprojekte sein (VDR, 1991, Bd. 1; VDR, 1995b).

3.2.2 Behandlungsmodelle zur ambulanten und teilstationären Rehabilitation

Nicht-stationäre Rehabilitationsleistungen der Kranken- oder Rentenversicherungsträger in spezifischen Zentren gab es, bis auf die Suchtbehandlung, vor 1994 in Deutschland kaum - wenn man von Nachsorgeleistungen nach stationärer Rehabilitation absieht. Im folgenden wird ein Abriss über ausgewählte Modelle für die ambulante/teilstationäre Rehabilitation gegeben:

- **Ambulante Rehabilitation Suchtkranker.** Seit dem 1.4.1991 wird die Rehabilitation Suchtkranker von den Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern auf der Basis der gemeinsamen Empfehlungsvereinbarung "Ambulante Rehabilitation Sucht" auch ambulant in circa 250 zugelassenen Einrichtungen durchgeführt. Die ambulante Rehabilitation kann bis zu 18 Monate dauern mit 120 einzel- oder gruppentherapeutischen Maßnahmen (Belusa, 1991).
- **Teilstationäre Rehabilitation von Herzinfarkt-Patienten.** Gesetzliche Rentenversicherung und Krankenversicherung führen gemeinsam ein Modellvorhaben an der Deutschen Sporthochschule in Köln durch (Kölner Modell; Bjarnason-Wehrens & Rost, 1993). Zielgruppe sind Herzinfarkt-Patienten mit einer Herzkranzgefäß-Ballon-Dilatation mit komplikationslosem Verlauf. Anstelle einer stationären Rehabilitationsmaßnahme wird ein vierwöchiges, 80stündiges nicht-stationäres Rehabilitationsprogramm (von den Beteiligten ambulante Rehabilitation genannt) in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Kardiologen und unter ärztlicher Begleitung/Aufsicht in der Sporthochschule durchgeführt.
- **Behandlungskonzept der Unfallversicherungsträger. Besondere** Aufmerksamkeit fand das Behandlungskonzept der Berufsgenossenschaften ("Besonders Indizierte Therapie", seit 1994: "Erweiterte Ambulante Physiotherapie"). Mit den ambulant zu erbringenden Leistungen, besonders im Rahmen der physikalischen Therapie, soll die stationär begonnene Rehabilitation fortgesetzt oder gegebenenfalls ersetzt werden (Bauers, 1993).
- **Ambulante/teilstationäre Rehabilitation in orthopädisch/traumatologischen Einrichtungen.** Dieses Rehabilitationskonzept wurde vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände sowie den Ersatzkassen mit ihren Verbänden für orthopädische Patienten entwickelt, die sowohl nach konservativer Vorbehandlung bei Praxis- und Krankenhausärzten als auch nach Operationen ambulant rehabilitiert werden (MDS, 1993). Der Schwerpunkt liegt auf der physikalischen Therapie. Etwa 100 Einrichtungen haben Verträge mit dem Verband der Angestellten- sowie den Arbeiter-Ersatzkassen abgeschlossen (Stand Mai 1995). Die Patienten werden über sechs bis acht Wochen mit 20-30 Rehabilitationseinheiten (zwei bis fünf Stunden täglich) von Krankengymnasten, Ergotherapeuten und medizinischen Bademeistern betreut.

- **Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker.** Während lange Zeit in diesem Bereich keine Entwicklungen zu verzeichnen waren, wird seit 1.1.1995 ein fünfjähriger Modellversuch der Spitzenverbände der Krankenversicherung durchgeführt, der danach in die Regelversorgung gehen soll. In Anlehnung an die Regelungen zur ambulanten Rehabilitation ist der Leistungsumfang für einen Zeitraum von drei Jahren auf zunächst 60 soziotherapeutische Behandlungseinheiten (mit einer Verlängerungsmöglichkeit um bis zu 60 Einheiten) und zwölf Gruppenmaßnahmen festgelegt (Brill, 1994). Sie sind als Ergänzung zu den laufenden kurativen Leistungen im ärztlichen, ergo-, psychotherapeutischen und psychiatrischen Bereich gedacht.
- **Ambulante Rehabilitation von Rückenschmerzpatienten.** Ein Modellprojekt der Schmerzambulanz der Universitätsklinik Göttingen widmete sich der großen Gruppe chronischer Rückenschmerzpatienten. In einem achtwöchigen ambulanten Rehabilitationskonzept mit Bausteinen zur Streßbewältigung, Informationsvermittlung, Haltungsschulung und einem Entspannungstraining wurden die Teilnehmer dazu angeleitet, körperliche Defizite im Bereich Koordination, Beweglichkeit und Ausdauer auszugleichen und psychische Beeinträchtigungen (z.B. Lebensunzufriedenheit, Depressivität) besser zu bewältigen. Die Evaluationsergebnisse lassen dabei auf gute langfristige Erfolge schließen (Hildebrandt et al., 1994; vgl. auch Pfungsten & Hildebrandt in diesem Buch).
- **Verhaltensmedizinische Ambulanz Stuttgart.** Die verhaltensmedizinische Ambulanz der Gerhard-Alber-Stiftung strebt im Rahmen eines Modellprojekts an, zur Anlaufstelle für Menschen mit chronischen Schmerzzuständen sowie anderen somatoformen Störungen zu werden. Das interdisziplinäre Behandlungsteam ermöglicht nach der Aufnahmeuntersuchung bedarfsgerecht unterschiedliche Einzelbehandlungen (z.B. sport- und physiotherapeutische Maßnahmen, Muskelrelaxation, Schmerzbewältigung, ärztliche Beratung, Beratung zum Gesundheitsverhalten, medizinische Maßnahmen zur Schmerzlinderung), die in einen verhaltensmedizinischen Gesamtbehandlungsplan münden. Die Begleituntersuchung weist auf ermutigende Ergebnisse hin (Dietrich, 1993).
- **Geriatrisches Rehabilitationskonzept der Krankenversicherung.** Die Spitzenverbände der Krankenkassen entwickeln mit Unterstützung ihres Medizinischen Dienstes (MDS) vor dem Hintergrund des Rehabilitationsauftrags der Kranken- und Pflegeversicherung ein Rehabilitationskonzept für die geriatrische Rehabilitation. Aufbauend auf einem Konzept Baden-Württembergs sollen Indikationen, Zugangsvoraussetzungen, Dauer sowie das Verhältnis ambulanter, teilstationärer und stationärer Rehabilitationsleistungen näher definiert werden (Stand Dezember 1994; Grigoleit et al., 1994).
- **Ambulante Rehabilitation in der Onkologie.** Im Rahmen eines umfassenden Versorgungskonzepts wird auf Grundlage der Onkologievereinbarung der Ersatzkassenverbände und Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine ambu-

lante vertragsärztliche Versorgung durchgeführt, die rehabilitative Therapieelemente enthält und von besonders qualifizierten Ärzten, häuslicher Krankenpflege, psychosozialen Diensten und Selbsthilfegruppen koordiniert und praktiziert wird. Dieses - noch nicht überall realisierte - vernetzte Angebot, das die laufende kurative Therapie ergänzt, stellt den ersten Schritt zur stärkeren Integration der Rehabilitation in den ambulanten vertragsärztlichen Bereich dar.

- **Ambulante therapeutische Gemeinschaftseinrichtung (ATG) für Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation.** Die ambulante Rehabilitation in der Onkologie dient als Muster für Überlegungen niedergelassener Ärzte, wenn es darum geht, sich verstärkt am "Markt" der ambulanten Rehabilitation zu beteiligen. So hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung das Konzept für eine "Ambulante therapeutische Gemeinschaftseinrichtung (ATG) zur Prävention und Rehabilitation" vorgestellt. Kern dieses Konzepts ist die enge Verflechtung verschiedener Maßnahmen durch das therapeutische Team unter einem Dach. Ein leitender Arzt hat die Steuerungsfunktion; Diagnostik und Therapie liegen in der Verantwortung des niedergelassenen Arztes. Das Konzept der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns sieht vor, daß nach einer Erprobungsphase als Organisationsform eine GmbH oder ein Verein möglich ist, an denen die beteiligten Ärzte Mit-Gesellschafter oder Vereinsmitglieder sein können (Wittek, 1994). Die Rehabilitation durch das interdisziplinäre Team soll nach Überweisung niedergelassener Ärzte erfolgen. Derzeit finden Abstimmungen zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über dieses Konzept statt (Stand Dezember 1994). Insbesondere sind Dauer, Intensität und Kosten der Rehabilitation zu klären.

3.2.3 Schlußfolgerungen

Erste Erfahrungsberichte zur ambulanten und teilstationären Rehabilitation liegen sowohl für die seitens der Berufsgenossenschaften geförderte "Erweiterte Ambulante Physiotherapie" - die häufig unter dem Begriff Rehabilitation subsumiert wird (Brand, 1995) - als auch für die teilstationäre kardiologische Rehabilitation vor. Badura et al. (1994) vergleichen nicht-stationäre mit stationärer Rehabilitation unter struktur- und prozessevaluativen Gesichtspunkten. Klempt et al. (1995) berichten über zweijährige Erfahrungen im ländlichen Raum mit der nicht-stationären kardiologischen Rehabilitation. Die vorliegenden Studien zeigen, daß die Betrachtung der Kostenersparnis zwischen den verschiedenen Rehabilitationsformen (ambulant, teilstationär, stationär) bei weitem nicht ausreicht, die Wirksamkeit und Qualität rehabilitativer Leistungen zu bewerten. Sorgfältige evaluative Vergleichsuntersuchungen, die bei vergleichbaren Stichproben die Behandlungsergebnisse überprüfen und bewerten, stehen noch aus. Sie erfordern einen hohen organisatorischen und methodischen Aufwand, da sie

sich auf die Reha-Ziele der psychosozialen Wiedereingliederung oder des Eingliederungserhalts und der Sicherung der Leistungsfähigkeit richten und dabei die langfristige Perspektive im Blick haben müssen.

3.3 Nachsorge

Die Rehabilitation chronisch Kranker und Behinderter ist eine kontinuierliche Aufgabe, die nicht mit dem Abschluß einer intensiven Rehabilitationsbehandlung (z.B. stationäre Rehabilitation oder AHB) beendet sein kann. Wichtige Aufgaben, zum Beispiel die Umsetzung veränderter Einstellungen und Lebensgewohnheiten in den Alltag, beginnen erst danach. Die zuständigen Rehabilitationsträger haben sich deshalb schon sehr früh darüber verständigt, welche Maßnahmen - wenigstens bei ausgewählten Indikationen - geeignet und vertretbar sind, um den Rehabilitationserfolg zu stabilisieren und Rückfälle zu verhüten. Für drei Bereiche bestehen seit längerem etablierte Nachsorgekonzepte, die unter Experten ungeteilte Anerkennung finden: Einerseits sind sie als angeleitete Übungsgruppen ausgebaut, wie ambulante Herzgruppen (Koronarsportgruppen) und das Rheumafunktionstraining. Andererseits gibt es bei Suchtpatienten die Möglichkeit, zur nachgehenden Betreuung und Stabilisierung einzeltherapeutische Maßnahmen in Suchtberatungsstellen durchzuführen. Diese Leistungen, die sich im weiteren Sinne auch der ambulanten Rehabilitation zurechnen lassen, sollen die ambulante Weiterbehandlung durch den Arzt ergänzen und insbesondere dazu dienen, zentrale Behandlungselemente der stationären Rehabilitation über einen längeren Zeitraum fortzuführen.

Da in der Qualifizierung von nachgehenden Maßnahmen auch eine Möglichkeit gesehen wurde, den häufig kritisierten punktuellen Charakter stationärer Rehabilitationsmaßnahmen in Richtung längere rehabilitative Betreuung zu verändern, hat die Reha-Kommission empfohlen, die Angebote zur Nachsorge deutlich auszuweiten (VDR, 1992). Dies wurde für jene Patienten und Indikationen vorgeschlagen, bei denen das Gesundheits- und Krankheitsverhalten von besonderer Bedeutung für den weiteren Krankheitsverlauf zu sein scheint. Die Rentenversicherungsträger haben diese Anregung aufgegriffen und die entsprechenden "Nachsorgerichtlinien" so verändert und erweitert, daß eine Vielzahl weiterer nachgehender Leistungen zur Rehabilitation möglich sind (VDR, 1994). Einige Modellprojekte zur Umsetzung dieser Richtlinien sind bereits angelaufen.

4 Exkurs: Rehabilitation in der geriatrischen Behandlungskette

Vor dem Hintergrund einer älter werdenden Bevölkerung wurde in den letzten Jahren immer nachdrücklicher die Frage gestellt, welchen Beitrag Rehabilitationsmaßnahmen in der gesundheitlichen Versorgung der älteren Bevölkerung leisten können. Gerade bei älteren Menschen besteht aufgrund einer mit dem Lebensalter zunehmenden Häufigkeit an Krankheiten und insbesondere chronischen Krankheiten ein erhöhter Bedarf an Rehabilitationsmaßnahmen.

Rehabilitation in der Geriatrie muß im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen gesehen werden. Eine integrierte geriatrische Versorgung ist vor allem für Patienten, die die üblichen Reha-Kriterien nicht erfüllen, im Kontext des geriatrischen Versorgungskonzeptes geplant. Im Rahmen dieser "Versorgungskette" wird ein Verbund zwischen medizinischen und nicht-medizinischen Behandlungs- und Versorgungsinstitutionen hergestellt. Die Maßnahmen, die - je nach Bedarf - zur geriatrischen Versorgungskette gehören können, sind in Tabelle 3 aufgeführt.

Tabelle 3: Mögliche Maßnahmen der geriatrischen Versorgungskette.

- Krankenhausbehandlung - eventuell auf geriatrischen Abteilungen - einschließlich der dazuzählenden Früh(est)rehabilitation.
- Stationäre Rehabilitation in einer Reha-Klinik, entweder als Anschlußheilbehandlung (AHB) oder als Geriatrische Rehabilitationsbehandlung (GRB) im unmittelbaren Anschluß an die Krankenhausbehandlung oder
- stationäre Rehabilitation in einer (geriatrischen) Reha-Abteilung im Krankenhaus oder in einer geriatrischen Klinik für Rehabilitation.
- Nicht-stationäre Rehabilitation aufgrund zu erstellender oder bereits für ausgewählte Indikationen (z.B. orthopädisch/traumatologische) bestehender Auswahlkriterien in entsprechenden Einrichtungen. Dies schließt sowohl die teilstationäre als auch die ambulante Rehabilitation ein.
- Für Patienten, die in ambulanter ärztlicher Behandlung stehen und rehabilitationsbedürftig sind, kommt entweder stationäre oder nicht-stationäre Rehabilitation in den genannten Einrichtungen in Frage.
- Krankenhausentlastende Maßnahmen bei nicht-rehabilitationsfähigen Patienten:
 - Entlassung nach Hause unter Einschaltung ambulanter Dienste bei ständiger Prüfung der Rehabilitationsmöglichkeiten und Einleitung ambulanter, teilstationärer oder stationärer Rehabilitationsmaßnahmen oder einübender Krankengymnastik, Ergotherapie zu Hause oder in Praxen der entsprechenden Therapeuten.
 - Entlassung in Pflegeeinrichtung oder Altenheim. Auch hier sind die Rehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit ständig zu prüfen und gegebenenfalls Maßnahmen wie zuvor beschrieben durchzuführen.

Unabhängig vom Ort der Anbindung müssen alle Möglichkeiten der Rehabilitationstherapie geprüft und ausgeschöpft werden. Dies ist besonders wichtig, da

die Verordnung und Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen zwischen dem 65. und 75. Lebensjahr stark zurtickgeht und über 75jährige Patienten nur zu etwa fünf Prozent Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch nehmen. Nach Oldiges (1994) ist geriatrische Rehabilitation vorrangig Versorgung am Wohnort und - bei entsprechendem Schweregrad - in der Wohnung. Die Aufnahme in Pflegeheime kann nur dann vermieden oder hinausgezögert werden, wenn die ambulante Behandlung von mobilen Teams (z.B. Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Logopäden, Altenpfleger und Sozialarbeiter) übernommen wird, nötigenfalls durch geriatrisch tätige Ärzte koordiniert und gesteuert.

Die Expertenkommission der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie stellte fest, daß die geriatrische Medizin die Wiederherstellung, Verbesserung und Erhaltung von Funktionen (Rehabilitation) beinhaltet. Das weitestgehende Rehabilitationsziel sei die Normalisierung und Erhaltung von Funktionen. "Während sie sich bei jüngeren Menschen in der Regel an die Phase der Akutmedizin anschließt, stellt sie beim geriatrischen Patienten von Anfang an einen integralen Bestand der geriatrischen Behandlung dar. (. . .) Die Frührehabilitation erfolgt zumeist im Akutkrankenhaus oder - wenn vorhanden - in einer Rehabilitationsklinik im unmittelbaren Anschluß an die Behandlung im Akutkrankenhaus. Für das hohe Lebensalter ist allerdings die Langzeitrehabilitation typischer. Sie widmet sich besonders den Patienten mit Defektheilungen (z.B. nach Schlaganfällen oder Amputationen), bei denen ein lebenslanger Kampf gegen die fortschreitende Behinderung notwendig wird." (Füssgen & Naurath, 1989; vgl. auch Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1990; BMA, 1987, 1994; Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg, 1992). Spezifische verhaltensmedizinische Ansätze in der geriatrischen Rehabilitation finden sich im Beitrag von Haag und Bayen in diesem Buch.

Einleitung von geriatrischen Rehabilitationsmaßnahmen. Mit Beginn der 60er Jahre wurde die allgemeine medizinische Rehabilitation in der Zuständigkeit der gesetzlichen Rentenversicherung kontinuierlich aufgebaut. Es folgte Mitte der 70er Jahre die Einführung der Anschlußheilbehandlung (AHB) für Herzinfarktpatienten, die im Erwerbsleben standen. Unter medizinischen Gesichtspunkten wurde diskutiert, warum nicht auch ältere Menschen, für die die Rentenversicherung als Kostenträger nicht mehr zuständig ist, rehabilitiert werden sollten. Hieraus folgte, daß die Krankenversicherung ihre Versicherten in den von der Rentenversicherung belegten Rehabilitationseinrichtungen unterbringen konnte, wenn sie nach einer Krankenhausbehandlung einer Anschlußheilbehandlung bedurften. Dabei verdeutlichte sich zunehmend, daß geriatrische Patienten einer Form der Rehabilitation bedürfen, die von den üblichen Reha-Kliniken nicht ohne weiteres zu leisten ist. Besondere Anforderungen ergeben sich aus der häufig vorliegenden Multimorbidität, der oft noch be-

grenzten Selbständigkeit, verlangsamten Rekonvaleszenz und begrenzteren psychophysischen und konstitutionellen Belastbarkeit.

Im Rahmen der Geriatrischen Rehabilitationsbehandlung - die in Anlehnung an die AHB-Regelungen konzipiert wurde - besteht eine Ergänzungsvereinbarung zwischen der Bayerischen Krankenhausgesellschaft und den gesetzlichen Krankenkassen, die den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur geriatrischen Rehabilitation betrifft. Das entlassende Krankenhaus hat danach für multimorbide Patienten die Einleitung geriatrischer Reha-Maßnahmen bei folgenden Hauptindikationen rechtzeitig sicherzustellen:

- Operativ versorgte Frakturen und Gelenkschäden (z.B. Frakturen am Arm, Bein, Hüftgelenk oder Becken, Gelenkersatz, Oberschenkelhalsbruch)
- Zustand nach gefäßbedingten Gehirnfunktionsstörungen, insbesondere Schlaganfall,
- ischämische Herzkrankheiten (z.B. akuter Myokardinfarkt),
- sonstige Herzkrankheiten (z.B. Herzinsuffizienz, Orthostase-Syndrom, Thrombosen),
- neurologische Erkrankungen (z.B. Morbus Parkinson, Polyneuropathie),
- Stoffwechselerkrankungen, insbesondere Diabetes mellitus
- Ernährungsmangelkrankheiten,
- spezifische geriatrische Funktionsstörungen (z.B. Blasen- und Mastdarmentstörungen, Sturz-Syndrom, Pneumonie, Dekubitus)
- Zustand nach schweren chirurgischen Eingriffen,
- periphere arterielle Verschlusskrankheiten und Zustand nach Amputationen sowie
- entzündliche und degenerative Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates (z.B. Arthrose, Osteoporose).

Auf dem Antragsformular hat der Krankenhausarzt die Gesamtsituation des Patienten zu bewerten und soll Stellung nehmen zur:

- Reha-Notwendigkeit,
- Reha-Fähigkeit und
- Reha-Willigkeit.

Der Krankenhausarzt ermittelt eine anerkannte Geriatrieklinik unter Berücksichtigung der Wohnortnähe. Mit dieser Klinik stimmt er die Verlegung ab und sendet an sie das Antragsformular. Stellt die geriatrische Reha-Einrichtung fest, daß die Voraussetzung einer erfolversprechenden Behandlung offensichtlich nicht gegeben ist, kann sie den Patienten innerhalb von 48 Stunden in das Akutkrankenhaus zurückverlegen. Die Krankenkasse ist über den Grund der Verlegung zu informieren. "Interkurrente" stationäre Akutbehandlung muß

nicht zwangsläufig zum Abbruch der geriatrischen Rehabilitation führen. Die Reha-Einrichtung und das Akutkrankenhaus verständigen sich gegenseitig über die Wiederaufnahmemöglichkeit und gegebenenfalls den Zeitpunkt der Rückverlegung in die Reha-Einrichtung.

“Reha vor Pflege” - Vermeidung der Pflegebedürftigkeit. Insbesondere vor dem Hintergrund des Pflege-Versicherungsgesetzes kommt dem Grundsatz “Rehabilitation vor Pflege” eine besondere Bedeutung zu. Zum einen soll mit rechtzeitig eingeleiteten Maßnahmen die Entstehung von Pflegebedürftigkeit vermieden werden, zum anderen soll - falls Pflegebedürftigkeit besteht - geprüft werden, ob diese durch Rehabilitationsmaßnahmen abgebaut oder wenigstens reduziert werden kann. Zur **Vermeidung der Pflegebedürftigkeit** ist häufig eine qualifizierte geriatrisch-rehabilitative Behandlung notwendig. Ziel ist die Erhaltung der Selbständigkeit in der eigenen Haushaltsführung, auch unter Verwendung von Hilfsmitteln - sei es als Dienstleistungen oder Geräte im weitesten Sinn. Zur Realisierung dieses gesetzlich verankerten Grundsatzes ist - neben einer starker rehabilitationsorientierten Gestaltung der allgemeinen ambulanten und stationären medizinischen Versorgung und der stationären Altenhilfe - ein dreigliedriges System rehabilitativer Einrichtungen im Aufbau (Begründung zum Referenten-Entwurf SGB XI vom 15.11.1993):

- Geriatrische Ambulanzen an Krankenhäusern und Sozialstationen mit mobilen krankengymnastischen und ergotherapeutischen Diensten, auch zur intensiven rehabilitativen Weiterbehandlung nach einem Aufenthalt in einer stationären Einrichtung,
- Tageskliniken als teilstationäre Einrichtungen für Patienten, für die eine ambulante rehabilitative Betreuung nicht ausreicht, eine stationäre Durchführung jedoch nicht oder nicht mehr erforderlich ist,
- Einrichtungen für eine angemessene Versorgung von Alters- und Langzeitkranken, die Hautpflege, Blasentraining, Ergotherapie mit Selbsthilfetrainingsprogrammen, psychologische Betreuung und Sprachtherapie anbieten.

5 **Schlußfolgerungen**

Die Rehabilitation befindet sich in einer Neuorientierungsphase. Dies bezieht sich auf die:

- Konzeptionelle Fundierung,
- Zielgruppen,
- erweiterte Durchführungsformen und

- die damit zusammenhängenden Notwendigkeiten einer verbesserten Koordination und Planung durch die zuständigen Träger.

Zu diesen Entwicklungen haben neben demographischen Veränderungen und dem wachsenden Bewußtsein für die Notwendigkeit sinnvoller Kostenbegrenzungen im Gesundheitswesen auch die Träger selbst beigetragen - einerseits die Krankenkassen mit verschiedenen Einzelinitiativen (vgl. Schulz, 1993; Voß, 1993), andererseits die Rentenversicherung mit der Öffnung der Möglichkeiten zur teilstationären und ambulanten Rehabilitation. Inzwischen finden sich auch Ansätze, hinsichtlich der Planung von Reha-Angeboten die regionale Rehabilitationsplanung abzustimmen und nach Möglichkeit mit den beteiligten Trägern zu realisieren (Fuchs, 1992).

Um einen möglichst umfassenden Erfolg zu bewirken, müssen Rehabilitationsmaßnahmen frühzeitig einsetzen. Nach Auffassung der Bundesregierung muß der Rehabilitationsprozeß nach dem Prinzip der "Rehabilitation des ersten Tages" in Gang gesetzt werden, sobald eine Behinderung droht oder manifest wird. Deswegen wird im Behindertenbericht der Bundesregierung eine entsprechende personelle und apparative Ausstattung für die Frührehabilitation im Krankenhaus gefordert (BMA, 1994).

Ein weiterer Entwicklungsbereich ist die rehabilitative Betreuung, die bereits Bestandteil der ambulanten kurativen Behandlung (z.B. bei chronisch Kranken) sein sollte. Die Vorgaben des Kassenarztrecht, umgesetzt in der Berufsordnung für Ärzte, haben über lange Zeit eine Zusammenarbeit von Ärzten mit anderen Berufsgruppen verhindert, die über die Verordnung einer begrenzten Anzahl von Einzelbehandlungen hinausgeht. Die Erfahrungen mit alternativen, in diesem Fall integrativen Behandlungskonzepten, die aus Gesundheitseinrichtungen der ehemaligen DDR stammen, haben zu einem Umdenken geführt. Seit einiger Zeit sind integrierte Behandlungsleistungen unter Einbeziehung unterschiedlicher Therapeuten für bestimmte Patientengruppen im Rahmen von Einzelprojekten oder -verträgen zulässig (z.B. im Rahmen der "Vereinbarung über die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten", ähnlicher Regelungen für Diabetespatienten in den neuen Bundesländern oder die Behandlung von Krebspatienten).

Eine neue Form von Kooperation ist seit dem 1.7.1995 möglich: Durch die Änderung der Musterberufsordnung des Deutschen Ärztetages können sich Ärzte zu einer Berufsausübungsgemeinschaft mit Angehörigen anderer Berufsgruppen zusammenschließen (z.B. Psychologen, Sozialarbeiter, Ernährungsberater, Physiotherapeuten). Dies kann in Praxisgemeinschaften, Gemeinschaftspraxen und in Form von Partnerschaften an einem gemeinsamen Praxis-sitz erfolgen. Diese medizinischen Kooperationsgemeinschaften sollen einen

gleichgerichteten oder integrierenden diagnostischen/therapeutischen Zweck bei der Heilbehandlung, auch in der Prävention und Rehabilitation, durch räumlich nahes und koordiniertes Zusammenwirken aller beteiligten Berufsangehörigen ermöglichen (vgl. Musterberufsordnung).

Für die Entwicklung der Verhaltensmedizin waren in der stationären Rehabilitation bis heute verhältnismäßig günstige Gelegenheiten gegeben, weil hier interdisziplinäres Arbeiten üblicherweise etabliert war. Offen bleibt noch, inwieweit es gelingt, dieses Qualitätsmerkmal der stationären Rehabilitation auch im nicht-stationären Bereich zu standardisieren. Die häufig kleineren Behandlungseinheiten in ambulanten/teilstationären Reha-Einrichtungen, die noch dazu durch eine überwiegend physiotherapeutische Ausrichtung gekennzeichnet sind, haben nur selten ausreichende Mittel, um ein interdisziplinäres Team zu beschäftigen. Die konsiliarische, das heißt bedarfsmäßige Beteiligung von extern tätigen Psychologen, Ergotherapeuten oder Sozialarbeitern, ersetzt noch keine Teamarbeit (Weber, 1995). Die akuten Bemühungen um Qualitätssicherung und vorgeschriebene Evaluation dieser Einrichtungen, die bislang meist ausdrücklich auf Behandlungselemente wie psychosoziale Unterstützung, Patientenschulung und Gesundheitsbildung verzichten, dürfte dazu führen, daß auch für die nicht-stationären Leistungen zur Rehabilitation langfristig bedarfsgerechte interdisziplinäre Konzepte entwickelt und umgesetzt werden.

Gerade aus ökonomischem Blickwinkel erscheinen psychosoziale Maßnahmen, Schulungs- und Beratungsangebote in der Rehabilitation wenig effizient und deshalb (teilweise) verzichtbar. Einerseits sind deren Effekte nicht leicht nachweisbar, andererseits stehen sie in den Erwartungen und im Ansehen der Rehabilitanden nur selten an erster Stelle. Dabei wird leicht übersehen, daß die Ziele der Rehabilitation (z.B. Leistungsfähigkeit, Selbständigkeit, berufliche und soziale Integration) nicht unwesentlich von der psychischen und sozialen Situation des Rehabilitanden, seiner Selbsteinschätzung, seinen Erwartungen und Lebenseinstellungen abhängen und eine Vernachlässigung dieser Ebene der Rehabilitation den langfristigen Erfolg gefährden muß. Eine fachlich fundierte Evaluation, die auch Routinebestandteil von Programmen zur Qualitätssicherung sein wird, bietet deshalb die Chance, die Notwendigkeiten umfassender Rehabilitationskonzepte zu belegen, die alle Ebenen des biopsychosozialen Ansatzes der Verhaltensmedizin berücksichtigen.

Literatur

Arbeitsgruppe Neurologische Rehabilitation (1994). Weiterentwicklung der neurologischen Rehabilitation. Deutsche Rentenversicherung, 2, 111-127.

- Badura, B. (1991). Rehabilitation - eine krankheitsübergreifende Aufgabe. Deutsche Rentenversicherung, 2-3, 115-120.
- Badura, B., Grande, G., Janßen, H. & Schott, T. (1994). Evaluation kardiologischer Rehabilitation. Betriebskrankenkasse, 82, 500-512.
- Bauers, G. (1993). Ambulante tagesklinische Rehabilitation. Besonders indizierte Therapie oder Erweiterte ambulante Physiotherapie. ZAT Journal, 1, 7-15.
- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.)(1990). Grundsätze zur geriatrischen Versorgung in Bayern. München: Selbstverlag.
- Belusa, J. (1991). Ambulante medizinische Rehabilitation Suchtkranker durch die Renten- und Krankenversicherung. Die Angestelltenversicherung, 38, 189-197.
- Bjarnason-Wehrens, B. & Rost, R. (1993). Ambulante Rehabilitation nach Herzinfarktphase II: "Das Kölner Modell". Deutsche Rentenversicherung, 4-5, 244-253.
- Brand, W. (1995). Ambulante Rehabilitationen - Nutzen und Kostenersparnis. Versicherungsmedizin, 47, 95-96.
- Brill, K.-E. (1994). Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker. Psychosoziale Umschau, 4, 6-7.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung/BMA (Hrsg.)(1994). Die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation. Dritter Bericht der Bundesregierung. Bonn: Selbstverlag.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung/BMA (Hrsg.)(1987). Adäquate stationäre Versorgung von Alters- und Langzeitkranken. Bonn: Selbstverlag.
- Buschmann-Steinhage, R. (1995). Einrichtungen der Rehabilitation und ihre Aufgaben. In H. Delbrück & E. Haupt (Hrsg.), Chronische Krankheiten - Rehabilitationsmedizin. München: Urban & Schwarzenberg (im Druck).
- Deutscher Bundestag (Hrsg.) (1990). Endbericht der Enquete-Kommission "Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung". Bonn.
- Dietrich, M. (1993). Verhaltensmedizinische Ambulanz: Ergebnisse eines Modellprojektes. In F. Christmann, M. Dietrich & W. Larbig (Hrsg.), Ambulante Verhaltensmedizin und Psychotherapie. Der Blick über den Zaun (24-34). München: Quintessenz.
- Fliedner, T. M. & Gerdes, N. (1988). Wissenschaftliche Grundlagen der Rehabilitation bei chronischen Krankheiten. Situationsanalyse und Zukunftsperspektiven. Deutsche Rentenversicherung, 4-5, 227-237.
- Fuchs, H. (1993). Möglichkeiten und Grenzen der Politik bei der Entwicklung von Gesundheitsstrukturen. In H. Vogel, U. Sonntag & W. Deubert (Hrsg.), Strukturen der Gesundheitsversorgung in den neuen Bundesländern - Meinungen, Hintergründe, Perspektiven (82-90). Tübingen: DGVT.
- Fuchs, H. (1992). Zur regionalen Planung der Rehabilitationsträger in Arbeitsgemeinschaften In R. Müller & M.F. Sehuntermann (Hrsg.), Sozialpolitik als Gestaltungsauftrag (223-236). Köln: Bund-Verlag.
- Füsgen, I. & Naurath, H. (1989). Geriatrie im Akutkrankenhaus. Zeitschrift für Gerontologie, 22, 180-183.
- Gerdes, N. (1992). Kur und Rehabilitation - eine kritische Bestandsaufnahme aus soziologischer Sicht. In VDR (Hrsg.), Modelle der Rehabilitation - psychologischer und gesellschaftlicher Kontext (11-22). Frankfurt: Selbstverlag.
- Gerke, U. (1994). Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte (RPKs) - Gegenwärtiges Leistungsangebot nach erfolgreich abgeschlossener Erprobungsphase. Rehabilitation, 33, XIII-XX.
- Gesetzliche Unfallversicherung/Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (Hrsg.) (1989). Merkblatt über besonders indizierte Therapie, Stand 1.10.1989. Manuskript.

- Grigoleit, H.-P. & Gerkens, K. (1994). Ambulante Rehabilitation aus der Sicht der Gesetzlichen Krankenversicherung - Zielgruppen, Qualitäten, Modelle, Verfahren. Referat am 13.12.1994. Seminar Ambulante, wohnortnahe medizinische Rehabilitation - Herausforderung oder Irrweg? Bundesverband der Privatkanneanstalten. Bonn: Selbstverlag.
- Hildebrandt, J., Pflingsten, M., Ensink, F.B., Franz, C., Padur, I., Reiche, A., Saur, P., Seeger, D., Steinmetz, U., & Straub, A. (1994). Die Behandlung chronischer Rückenschmerzen durch ein ambulantes Rehabilitationsprogramm. Erste Ergebnisse einer prospektiven Studie. *Physikalische Therapie Rehabilitation Kurmedizin*, 4, 161-168.
- Jahn, E. (1992). Therapie und Rehabilitation bei chronischen Krankheiten. In R. Müller & M.F. Schuntermann (Hrsg.), *Sozialpolitik als Gestaltungsauftrag (192-206)*. Köln: Bund-Verlag.
- Klempt, H.-W., Roman, R., Rikus-Dee, E., Stoll, A., Wolf, F. & Hecht, B. (1995). Die teilstationäre kardiologische Anschlußheilbehandlung. *Herz/Kreislauf*, 27, 203-205.
- Koch, U. & Barth, M. (1992) Kritische Übersicht über das System der medizinischen Rehabilitation. *Psychomed*, 4, 217-221.
- Matthesius, R.-G., Jochheim, K.-A., Barolin, S. & Heinz, C. (Hrsg.)(1995). Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen. Ein Handbuch zur Klassifikation der Folgeerscheinungen der Erkrankung. Berlin: Ullstein Mosby.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen/MDS (1993). Inhalte und Rahmenbedingungen teilstationärer Rehabilitationszentren mit dem Schwerpunkt orthopädisch/traumatologischer sowie degenerativer Erkrankungen am Stütz- und Bewegungsapparat. Unveröffentlichtes Konzeptpapier, Stand 1.3.1993. Essen.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg (1992). Geriatriisches Konzil. Eine Anleitung. Stuttgart: Selbstverlag.
- Moritz, M. (1992). Morbiditätsorientierte Krankenhaus- und Gesundheitsplanung. In W. Roesner, F. Labryga & R. Wischer (Hrsg.), *Das Krankenhaus zwischen Wunsch und Wirklichkeit*. 14. Internationales Krankenhaussymposium. Tagungsbericht (169-178). Berlin: Selbstverlag.
- Oldiges, J. (1994). Geriatriische Rehabilitation - ein neuer Schwerpunkt. *Die Ortskrankenkasse*, 15-16, 494-498.
- Preiser, K. (1986). Planung für Morgen mit Instrumenten von Gestern? Kritik der derzeitigen Bedarfsplanung und Einordnung von Ansatzpunkten für ein neues Instrumentarium. In B. Behrends, K. Hölzer & H. Lohmann (Hrsg.), *Morbiditätsorientierte Krankenhausbedarfsplanung, Möglichkeiten und Grenzen*. Lübeck: Selbstverlag.
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1988). Jahresgutachten 1988. Medizinische und ökonomische Orientierung. Baden-Baden: Nomos.
- Salzl, K. (1993). Ambulante Rehabilitation. *Die Betriebskrankenkasse*, 5, 263-268.
- Schäfer, T. & Wachtel, H.-W. (1986). Die Ermittlung der Bedarfsdeterminanten für die Krankenhausbedarfsplanung in Baden-Württemberg. In B. Behrends, K. Hölzer & H. Lohmann (Hrsg.), *Morbiditätsorientierte Krankenhausbedarfsplanung, Möglichkeiten und Grenzen (62-95)*. Lübeck: Selbstverlag.
- Schaub, E. & Schliehe, F. (1994). Ergebnisse der Reha-Kommission und ihre Bedeutung für das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung. *Deutsche Rentenversicherung*, 2, 101-110.
- Schliehe, F. & Weber-Falkensammer, H. (1992). Strukturfragen zur Rehabilitation im gegliederten System. In R. Müller & M.F. Schuntermann (Hrsg.), *Sozialpolitik als Gestaltungsauftrag (207-222)*. Köln: Bund-Verlag.

- Schmidt, A. (1988). Die Rehabilitation in der Rentenversicherung - Gedanken zur Weiterentwicklung. Deutsche Rentenversicherung, 9, 519-563.
- Schulz, B. (1993). Integrierte Versorgungsstrukturen am Beispiel des Zentrums für ambulante Rehabilitation Berlin-Gartenstraße (ZAR). In H. Vogel, U. Sonntag & W. Deubert (Hrsg.), Strukturen der Gesundheitsversorgung in den neuen Bundesländern - Meinungen, Hintergründe, Perspektiven (91-102). Tübingen: DGVT.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1993). Statistik der Rehabilitationsmaßnahmen 1991, VII D-S, Tab. 1, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt und Statistische Landesämter (1994). Systematisches Verzeichnis der Krankenhäuser und der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland. Stand: 31.12.1992. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- VDR (Hrsg.)(1995a). Sozialmedizinische Begutachtung in der gesetzlichen Rentenversicherung. Stuttgart: Fischer.
- VDR (1995b). Anforderungen der gesetzlichen Rentenversicherung für Erprobungsmodelle ambulanter/teilstationärer Rehabilitation. Deutsche Rentenversicherung, 5-6, 381-391.
- VDR (1994). Anwendungsempfehlungen zu den Gemeinsamen Richtlinien der Träger der Rentenversicherung nach §31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI und zu §15 SGB VI. Deutsche Rentenversicherung, 2, 195-196.
- VDR (1993). VDR Statistik Rehabilitation des Jahres 1992. Frankfurt: Selbstverlag.
- VDR (1992). Empfehlungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Bericht der Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger. Frankfurt: Selbstverlag.
- VDR (1991) (Hrsg.). Kommission zur Weiterentwicklung in der gesetzlichen Rentenversicherung. Abschlußberichte der Arbeitsbereiche, Band I-VII. Frankfurt: Selbstverlag.
- Vogel, H. & Zollmann, P. (1994). Perspektiven ambulanter und teilstationärer Rehabilitation - Empfehlungen der Reha-Kommission. Deutsche Rentenversicherung, 2, 180-190.
- Voß, K.-D. (1993). Die Rolle der Krankenkassen bei der Entwicklung von Strukturen der Gesundheitsversorgung. In H. Vogel, U. Sonntag & W. Deubert (Hrsg.), Strukturen der Gesundheitsversorgung in den neuen Bundesländern - Meinungen, Hintergründe, Perspektiven (54-68). Tübingen: DGVT.
- Weber, R. (1995). Interdisziplinäre Teamarbeit in der kardiologischen Rehabilitation. Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis, 27, 197-215.
- Weber-Falkensammer, H. (1992). Psychologische Interventionen in der Rehabilitation. In H. Weber-Falkensammer (Hrsg.), Psychologische Therapieansätze in der Rehabilitation (11-22). Stuttgart: Fischer.
- Wittek, L. (1994). Ambulante Rehabilitation: KV Bayerns engagiert sich für ein eigenes Pilotprojekt. Deutsches Ärzteblatt, 91, B-1673-1674.