



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

MEDIZINISCHE REHABILITATION: GRUNDSÄTZE UND RAHMENBEDINGUNGEN

CME-FORTBILDUNG




Erklärung zu Interessenkonflikten

Die Autoren und Mitwirkenden dieser Fortbildung erklären nach bestem Wissen und Gewissen, dass kein persönlicher Interessenkonflikt vorliegt.

Jede Veränderung dieser Umstände wird unverzüglich durch eine ergänzende Erklärung aktualisiert.

Hinweis

Aus Gründen der Lesbarkeit wird in dieser Fortbildung nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint.

- **RAHMENBEDINGUNGEN DER MEDIZINISCHEN REHABILITATION**
 - **INTERNATIONALE KLASSIFIKATION DER FUNKTIONSFÄHIGKEIT, BEHINDERUNG UND GESUNDHEIT (ICF)**
 - **TEILHABE, BEHINDERUNG UND INKLUSION**
 - **LITERATUR**
- 

➤ RAHMENBEDINGUNGEN DER MEDIZINISCHEN REHABILITATION

- INTERNATIONALE KLASSIFIKATION DER FUNKTIONSFÄHIGKEIT, BEHINDERUNG UND GESUNDHEIT (ICF)
- TEILHABE, BEHINDERUNG UND INKLUSION
- LITERATUR



Definition der medizinischen Rehabilitation

Medizinische Rehabilitation als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ist eine komplexe Leistung nach §§ 40 bzw. 41 SGB V. Sie verfolgt einen interdisziplinären (berufsgruppenübergreifend) und mehrdimensionalen Ansatz (Kombination von unterschiedlichen, aufeinander abgestimmten Therapien).

Die Vorschriften zur Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung sind im Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) verankert. Nach § 42 SGB IX umfassen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation insbesondere:

- › **Behandlung sowie Beratung, Anleitung und Unterstützung durch Ärzte und Angehörige anderer Heil- und Gesundheitsberufe**

- › **Arznei- und Verbandmittel**

- › **Heilmittel (Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie)**

- › **Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung**

- › **Hilfsmittel**

Abgrenzung zu Vorsorgeleistungen

Vorsorge (§§ 23, 24 SGB V)

- › Leistungen zur Vorsorge dienen dazu, Krankheiten zu verhüten oder die bereits **geschwächte Gesundheit** zu verbessern und dadurch eine in absehbarer Zeit **drohende Krankheit** zu verhindern.
- › Sie soll Hilfe zur Selbsthilfe sein und in die Lage versetzen, eigenverantwortlich die Gesundheit zu stärken.
- › Aktivitätsbeeinträchtigung < **6 Monate**

Rehabilitation (§§ 40, 41 SGB V)

- › Leistungen der Rehabilitation sollen **nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Einschränkungen** der Funktionsfähigkeit und eine **Verschlimmerung oder Chronifizierung** von Erkrankungen vermeiden.
- › Ziel ist es, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern.
- › Aktivitätsbeeinträchtigung > **6 Monate**

Nachrangigkeit der Leistungsträgerschaft der GKV

Nach § 40 (4) SGB V erbringt die gesetzliche Krankenversicherung ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nur dann, wenn nach den für andere Sozialversicherungsträger geltenden Vorschriften solche Leistungen nicht erbracht werden können (Subsidiaritätsprinzip).

Ausnahme: Ambulante und stationäre Leistungen zur Kinder-Rehabilitation nach § 15a SGB VI sowie onkologische Rehabilitation für Altersrentner nach § 31 SGB VI können gleichrangig zulasten der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zulasten der GKV

Die gesetzliche Krankenversicherung erbringt nach § 11 (2) SGB V i. V. m. §§ 40 und 41 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in folgenden Fällen:

1. Wenn die kurativen Maßnahmen der ambulanten Krankenbehandlung nicht ausreichen.

Ausnahme: Die Krankenkasse erbringt für pflegende Angehörige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in stationärer Form auch dann, wenn Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation ausreichend sind (§ 40 Abs. 2 Satz 2 SGB V).

2. Wenn eine komplexe Leistung zur medizinischen Rehabilitation indiziert ist, um eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“).

3. Wenn kein anderer Rehabilitationsträger vorrangig zuständig ist.

Anpassung an das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz

Seit 1. Januar 2019 haben pflegende Angehörige einen erweiterten gesetzlichen Leistungsanspruch bei der Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation.

Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in der Rehabilitations-Richtlinie. Der Beschluss trat am 18. März 2020 in Kraft. Damit wurde der gesetzliche Auftrag aus dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz umgesetzt.

ERWEITERUNG VON § 40 SGB V

- › Anspruch auf stationäre Rehabilitation für pflegende Angehörige
- › Grundsatz „ambulant vor stationär“ entfällt für diese Personengruppe
- › Unterbringung pflegebedürftiger Angehörige in der Rehaklinik des Versicherten
- › Alternative Versorgung des Pflegebedürftigen (Koordination durch die Krankenkasse)

Weitere Rehabilitationsträger

1. Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI)

Nach § 9 SGB VI erbringt die gesetzliche Rentenversicherung Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen, um

- › den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und
- › dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederenzugliedern (Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“).

2. Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII)

Die Heilbehandlung als Leistung der Unfallversicherungsträger umfasst Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft sowie ergänzende Leistungen, Leistungen bei Pflegebedürftigkeit und Geldleistungen.

Weitere Rehabilitationsträger

3. Bundesagentur für Arbeit (SGB III)

Die Bundesagentur für Arbeit erbringt Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen.

4. Träger im Rahmen der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden, u.a. Kriegsopferversorgung (SGB I)

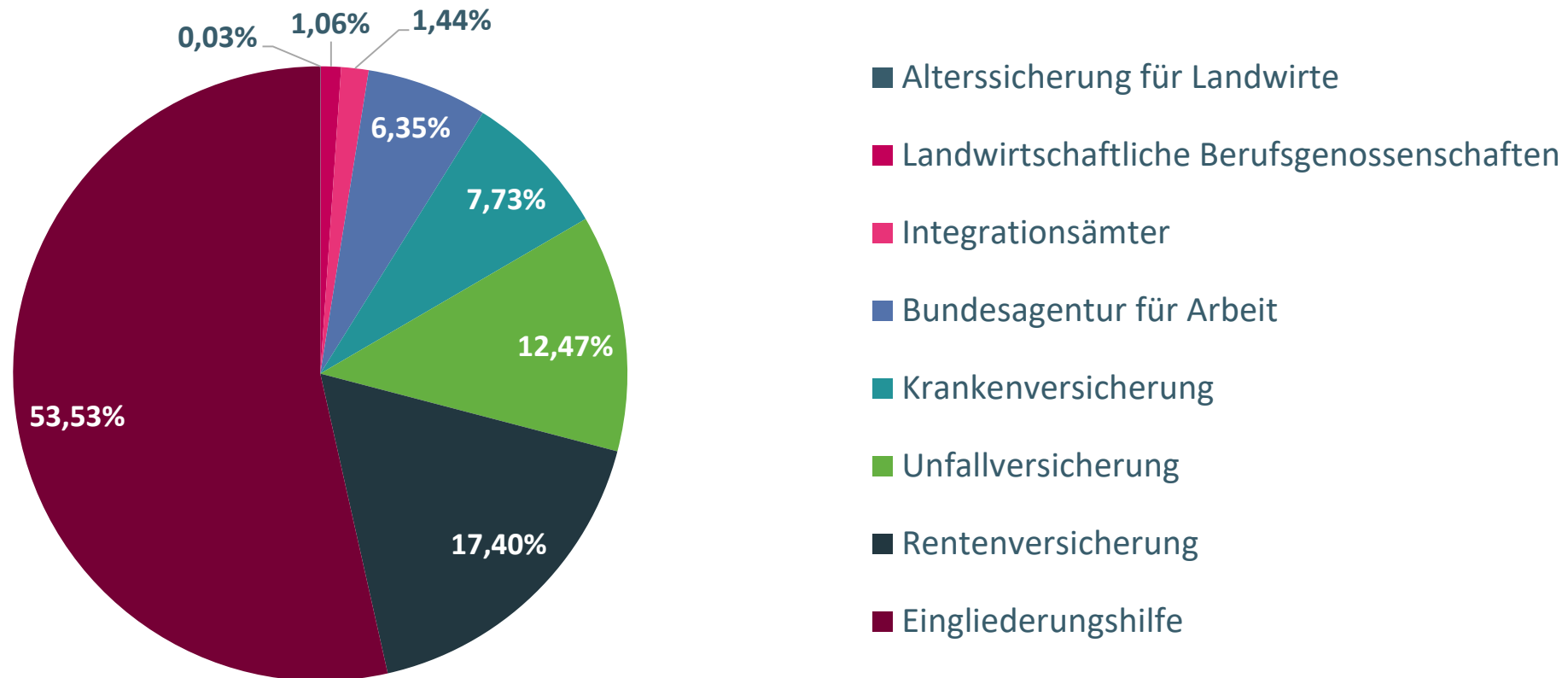
Die Träger im Rahmen der sozialen Entschädigung erbringen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen zur sozialen Teilhabe sowie Leistungen zur Teilhabe an Bildung. Darüber hinaus werden unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen erbracht.

5. Träger der Sozialhilfe (SGB IX, Teil 2) und öffentliche Jugendhilfe (SGB VIII)

Die Träger der Eingliederungshilfe und die öffentliche Jugendhilfe erbringen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie am Leben in der Gemeinschaft.

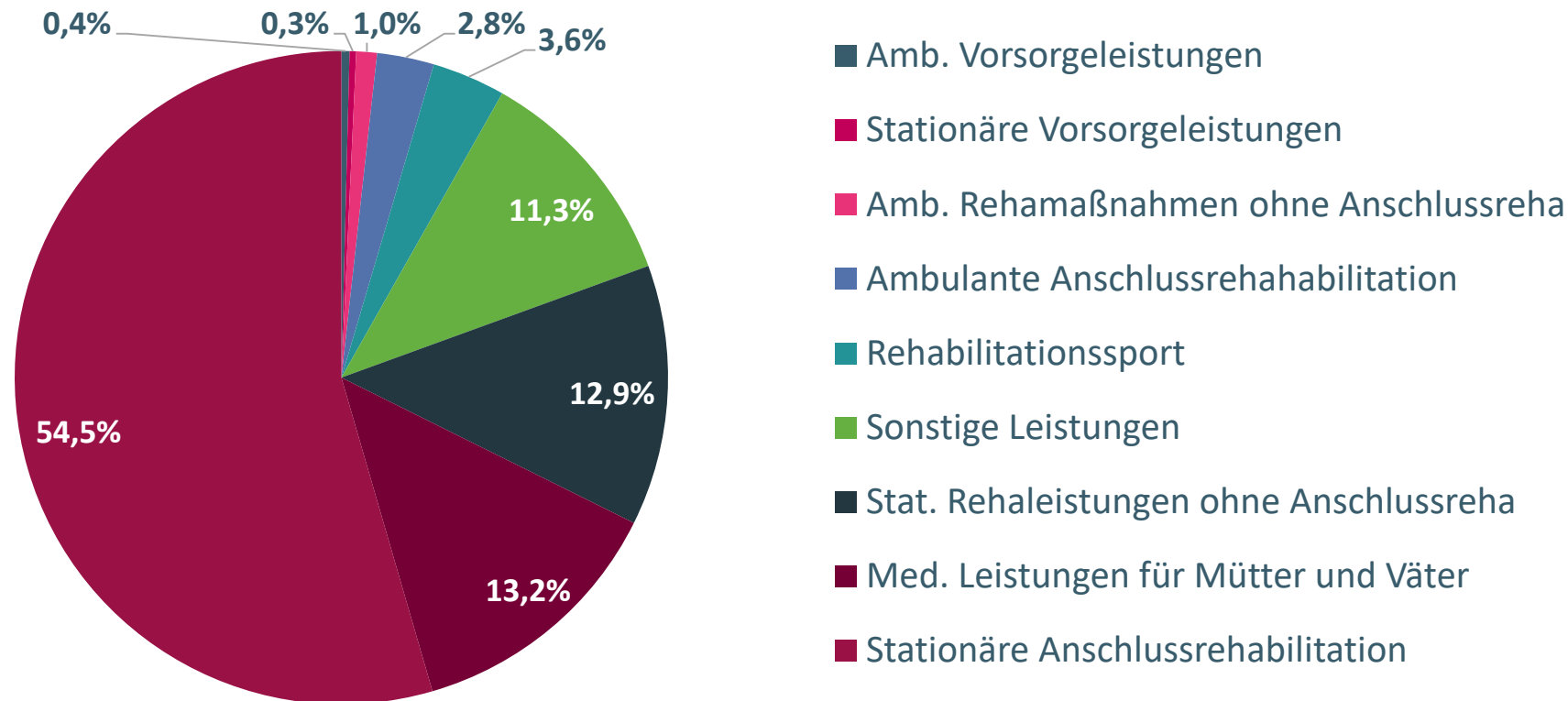
Gesamtausgaben für Rehabilitation und Teilhabe nach Träger

2021 betrugten die Gesamtausgaben für Rehabilitationsleistungen und Teilhabe ca. 40,4 Milliarden Euro.



GKV-Ausgaben für Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen

2021 betrug die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Reha- und Vorsorgeleistungen ca. 3,5 Milliarden Euro. Davon entfielen 55 % (ca. 1,9 Milliarden Euro) auf die stationäre Anschlussrehabilitation.



ZUSAMMENFASSUNG

Medizinische Rehabilitation = Komplexleistung

- › Das Ziel von medizinischer Reha als Komplexleistung der Krankenkassen ist, die nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten mit Blick auf das Erreichen einer möglichst selbstbestimmten und selbständigen Lebensführung (Sicherung der Alltagskompetenz) positiv zu beeinflussen.

Abgrenzung zur Vorsorge


- › Vorsorge dient dazu, die bereits geschwächte Gesundheit zu verbessern und dadurch drohende Krankheiten zu verhindern. Rehabilitationsleistungen sollen bleibende Einschränkungen, Verschlimmerung oder Chronifizierung einer Erkrankung vermeiden.

Subsidiaritätsprinzip

- › Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung werden nur erbracht, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger zuständig ist.

Gleichrangigkeit bei Kindern und Jugendlichen / onkologische Rehabilitation

- › Ambulante und stationäre Leistungen zur Kinder-Rehabilitation nach § 15a SGB VI sowie onkologische Rehabilitation für Altersrentner nach § 31 SGB VI können gleichrangig zulasten der gesetzlichen Rentenversicherung als auch der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden.

- 
- RAHMENBEDINGUNGEN DER MEDIZINISCHEN REHABILITATION
 - **INTERNATIONALE KLASSIFIKATION DER FUNKTIONSFÄHIGKEIT, BEHINDERUNG UND GESUNDHEIT (ICF)**
 - TEILHABE, BEHINDERUNG UND INKLUSION
 - LITERATUR

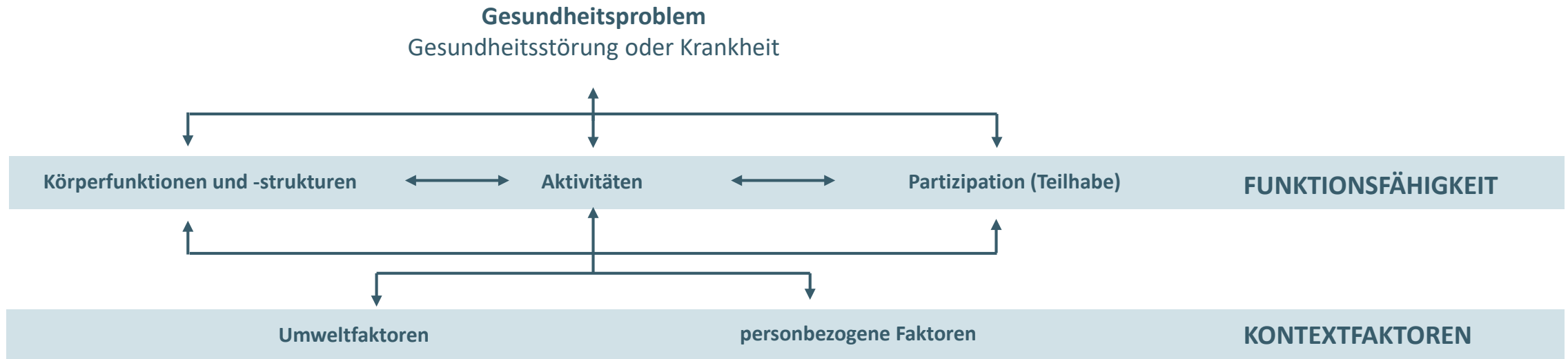
Einführung

- › Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation wurde 2001 von der UN-Vollversammlung verabschiedet und fand kurz darauf Eingang in die deutsche Sozialgesetzgebung.
- › Die ICF erweitert die bisherige reine Diagnosebezogenheit (ICD) um eine funktionelle und psychosoziale Betrachtung. Krankheitsauswirkungen lassen sich den einzelnen Komponenten der ICF zuordnen und mit ihren Begrifflichkeiten beschreiben.
- › Die ICF bedeutet kein zusätzliches Kodierungssystem. Sie ist das Bezugssystem für die Rehabilitation und stellt neben der Gliederung auf Basis des bio-psycho-sozialen Modells eine einheitliche Sprache zur Verfügung.
- › Diese Klassifikation wird aufgegriffen in der Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, bei der Verordnung medizinischer Rehabilitation auf Muster 61 sowie bei der Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter nach § 24 SGB V auf Muster 64.

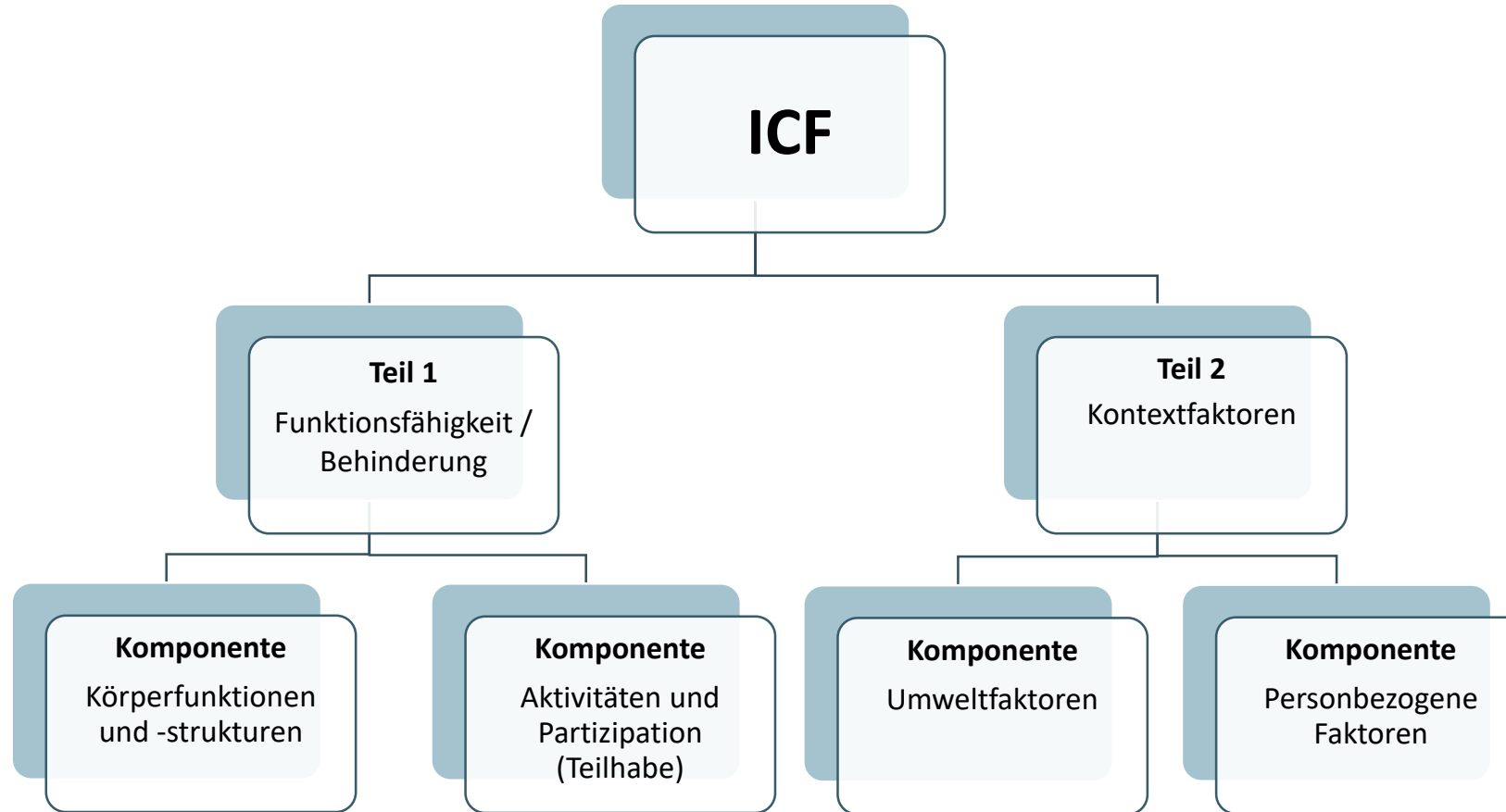
Das bio-psycho-soziale Modell der ICF

- › Das bio-psycho-soziale Modell der ICF ist eine Erweiterung des biomedizinischen Krankheitsmodells (weg von der kausalen Betrachtungskette: Krankheit → Aktivierungseinschränkung → Behinderung) um die Komponente der Kontextfaktoren (Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren).
- › Das bio-psycho-soziale Modell verdeutlicht Wechselwirkungen zwischen Gesundheitsproblem, Funktionsfähigkeit und Kontextfaktoren (s. folgende Abbildung).
- › Behinderung im Sinne einer Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit ist demnach kein statisches Merkmal, sondern ein dynamischer Prozess.
- › Zudem besteht mit dem ICF die Möglichkeit, individuelle spezifische Teilhabeprobleme in einen standardisierten Gesamtkontext einzuordnen.

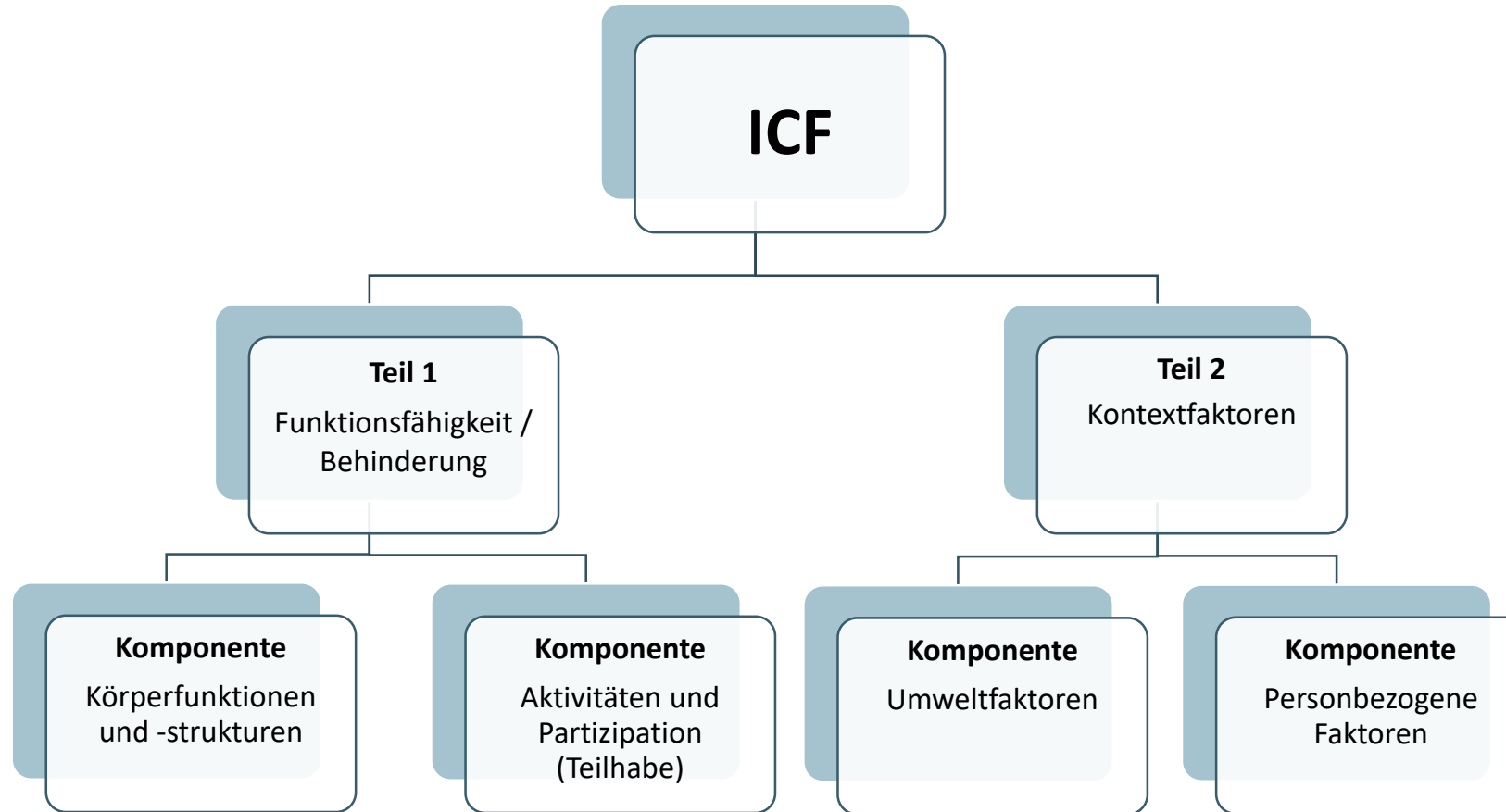
Das bio-psycho-soziale Modell der ICF



Übersicht: die Struktur der ICF



Übersicht: die Struktur der ICF



Im Einzelnen: die Struktur der ICF

TEIL 1: FUNKTIONSFÄHIGKEIT/BEHINDERUNG

- › Die Perspektive der Funktionsfähigkeit rückt primär die positiven, nicht-problematischen Aspekte des mit dem Gesundheitsproblem zusammenhängenden Zustands in den Mittelpunkt (z.B. trotz einer Unterschenkel-Amputation noch laufen können wie ein Gesunder).
- › Die Perspektive der Behinderung fokussiert auf Probleme infolge eines Gesundheitsproblems (z.B. Schädigungen von Funktionen/Strukturen oder Beeinträchtigung der Aktivität/Teilhabe).

Im Einzelnen: die Struktur der ICF

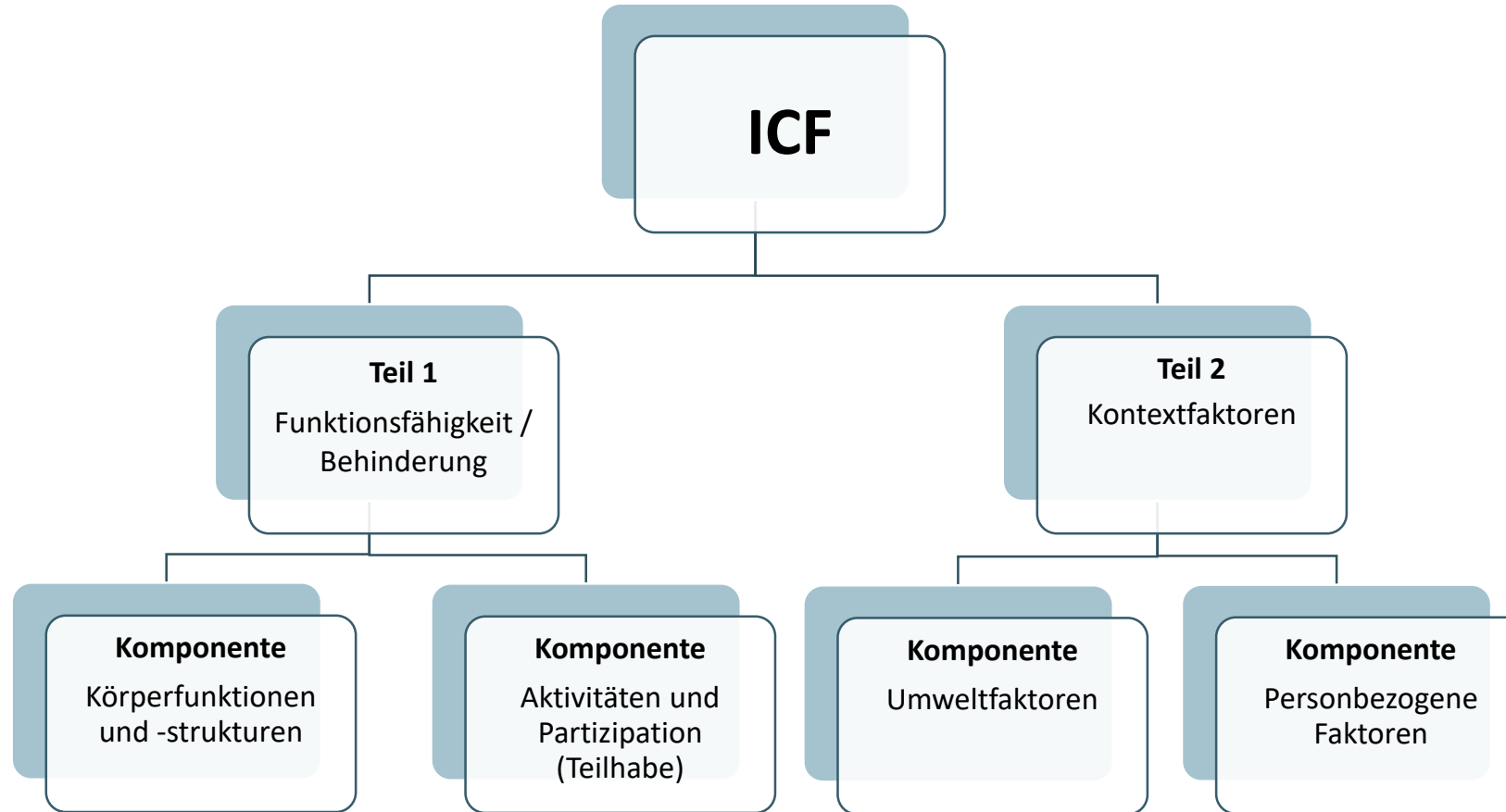
Komponente „Körperfunktionen und -strukturen“

- › Körperfunktionen sind die einzelnen physiologischen und psychischen Funktionen von Körpersystemen, z.B. mentale, neuromuskuloskelettale und bewegungsbezogene Funktionen.
- › Körperstrukturen sind die anatomischen Teile des Körpers, z.B. Strukturen des Nervensystems und mit Bewegung in Zusammenhang stehende Strukturen.

Komponente „Aktivitäten und Partizipation“

- › Eine Aktivität stellt die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung durch einen Menschen in einer bestimmten Situation dar (z.B. Lernen und Wissensanwendung, Mobilität und Selbstversorgung).
 - › Eine Beeinträchtigung der Aktivität ist eine Schwierigkeit oder die Unmöglichkeit, die ein Mensch haben kann, die Aktivität durchzuführen.
- › Partizipation (Teilhabe) kennzeichnet das Einbezogensein in eine Lebenssituation.
 - › Eine Beeinträchtigung der Partizipation (Teilhabe) ist ein Problem, das ein Mensch in Hinblick auf sein Einbezogensein in Lebenssituationen erleben kann.

Übersicht: die Struktur der ICF



Im Einzelnen: die Struktur der ICF

TEIL 2: KONTEXTFAKTOREN

- › Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar. Sie können auf die Funktionsfähigkeit positiv und negativ einwirken, je nach Fragestellung also einen Förderfaktor oder eine Barriere darstellen.

Komponente „Umweltfaktoren“

- › Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten:
 - › Unterstützung und Beziehungen
 - › Einstellungen von Anderen (z.B. Sitten, Bräuche, Weltanschauungen, Werte und Normen)
 - › Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens (z.B. Hilfsmittel und Sanitätshäuser)
 - › Umweltfaktoren können aufgrund ihres positiven oder negativen Einflusses als Förderfaktoren oder Barrieren wirken.

Im Einzelnen: die Struktur der ICF

Komponente „Personbezogene Faktoren“

- › Unter personbezogene Faktoren fallen beispielsweise
 - › allgemeine Merkmale einer Person wie Alter, Geschlecht und genetische Faktoren
 - › physische Faktoren, die insbesondere das körperliche Leistungsvermögen beeinflussen können (z.B. Körperbau, Muskelkraft, Herz-Kreislauf-Faktoren)
 - › mentale Faktoren im Sinne von Faktoren der Persönlichkeit und kognitiv-mnestische Faktoren (z.B. Konzentration, Merkfähigkeit, Problemlösung)
 - › Einstellungen, Grundkompetenzen und Verhaltensgewohnheiten dieser Person
 - › Lebenslage und sozioökonomischen/kulturellen Faktoren
- › Personbezogene Faktoren wurden von der Weltgesundheitsorganisation wegen der mit ihnen einhergehenden großen soziokulturellen Unterschiede der Nationen in der ICF bislang nicht systematisch klassifiziert.

Anwendungsbeispiel: Psychophysische Erschöpfung

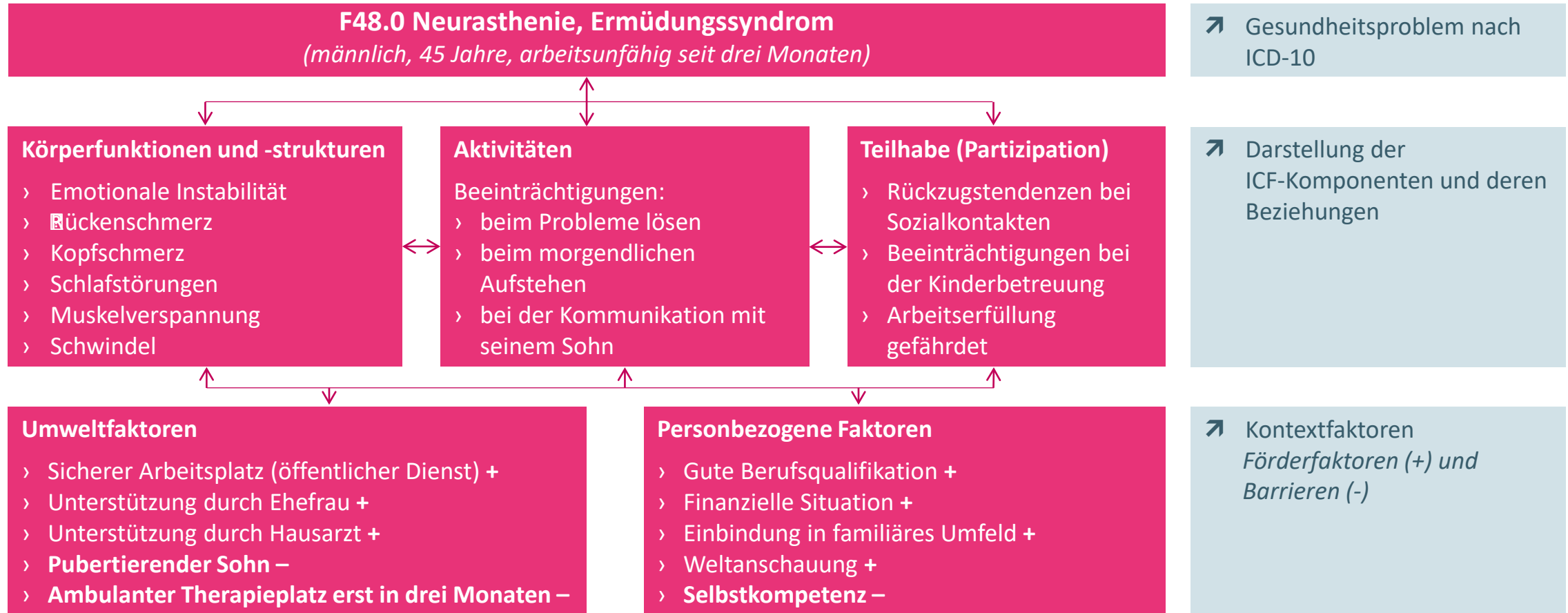
Ein 45-jähriger Bauingenieur klagt seit sieben Monaten über vermehrte Müdigkeit nach geistigen Anstrengungen, häufig verbunden mit abnehmender Arbeitsleistung oder Effektivität bei der Bewältigung täglicher Aufgaben. Die geistige Ermüdbarkeit wird als unangenehmes Eindringen ablenkender Assoziationen oder Erinnerungen beschrieben, als Konzentrationsschwäche und allgemein ineffektives Denken. Zudem berichtet er über aktuell auftretende andere unangenehme körperliche Empfindungen wie Schwindelgefühl, Spannungskopfschmerz und allgemeine Unsicherheit.

Der Kontakt mit seinem 15-jährigen Sohn fällt ihm zunehmend schwerer. Die Sorge über abnehmendes geistiges und körperliches Wohlbefinden, Reizbarkeit, Freudlosigkeit, Schlafstörungen, Depression und Angst haben ihn auf Anregung seiner Ehefrau endlich zu einem Hausarzt geführt, der eine rezidivierende depressive Episode (F33.0) diagnostiziert. Bei bisheriger medikamentöser Therapie keine wesentliche Verbesserung.

Durch Erbschaft derzeit keine Geldsorgen, Ehefrau unterstützt ihn, beruflich nicht überfordert. Die Freunde und Kollegen „nerven“ ihn derzeit. Der sonntägliche Kirchgang ist nur noch mit Mühe möglich. Das „Leben“ macht ihm keinen Spaß mehr. Eine ambulante Psychotherapie ist erst in drei Monaten möglich.

Wegen der Gesamtproblematik: Antragstellung auf eine psychotherapeutisch-psychosomatische Reha-Maßnahme.

Anwendungsbeispiel: Psychophysische Erschöpfung



Quelle: Eigene Darstellung nach BAR 2016

ZUSAMMENFASSUNG

Weltgesundheitsorganisation

- › Die ICF der Weltgesundheitsorganisation wurde 2001 von der UN-Vollversammlung verabschiedet.

Bio-psycho-soziales Modell

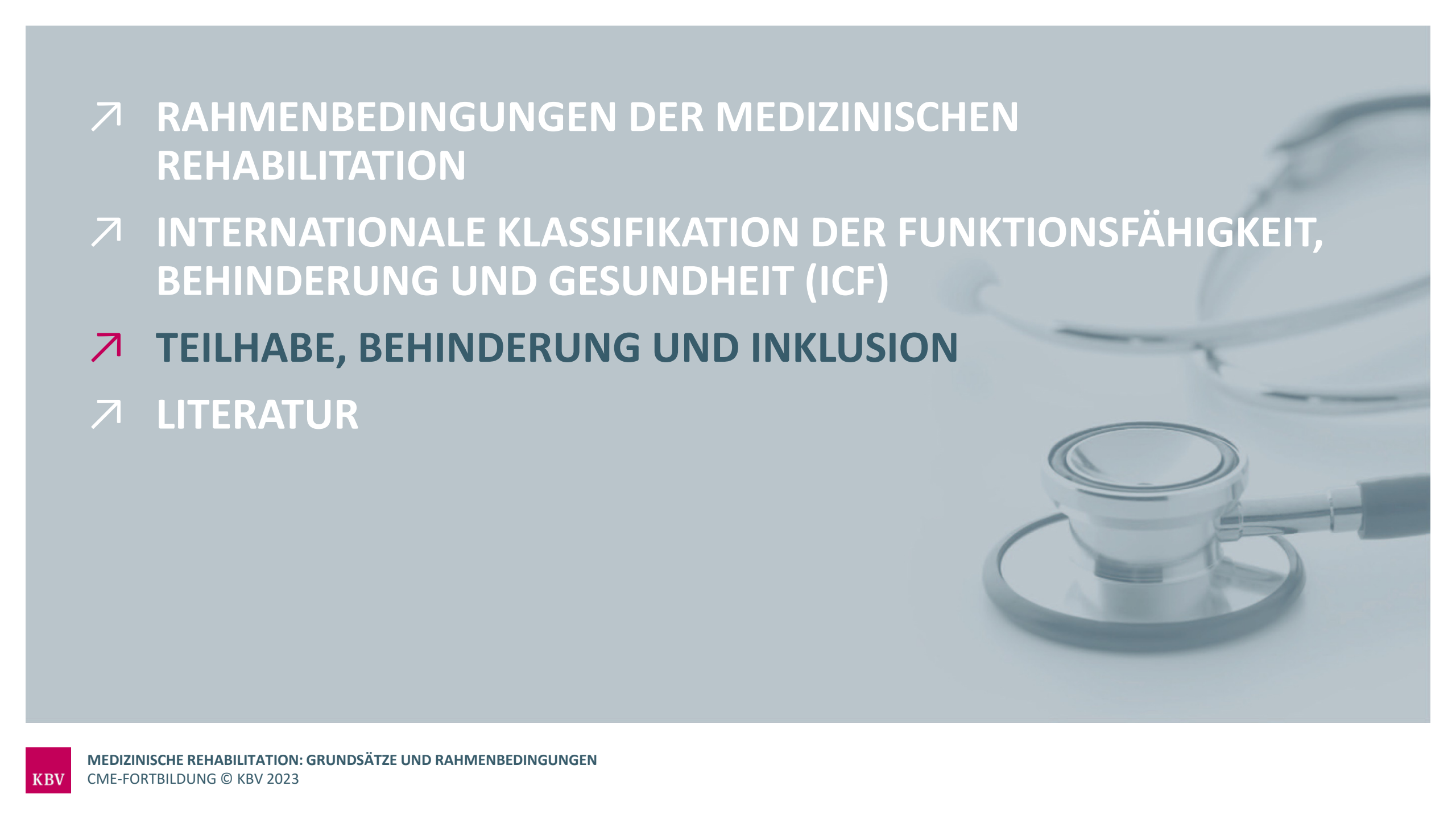
- › Grundlage der ICF ist das bio-psycho-soziale Modell. Es beschreibt die Funktionsfähigkeit als dynamischen Prozess und ergänzt das bio-medizinische Krankheitsmodell um die Einflüsse aus dem Lebenshintergrund (Umwelt- und personbezogene Faktoren).

Keine Kodierung

- › Die ICF bedeutet kein zusätzliches Kodierungssystem.

Bezug zur Verordnung von Rehabilitation

- › Die ICF bietet das Bezugssystem und eine einheitliche sprachliche Grundlage für die Belange der Rehabilitation beispielsweise für:
 - › die Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses
 - › Muster 61 – Verordnung medizinischer Rehabilitation
 - › Muster 64 – Verordnung von Vorsorge für Mütter und Väter

- 
- RAHMENBEDINGUNGEN DER MEDIZINISCHEN REHABILITATION
 - INTERNATIONALE KLASSIFIKATION DER FUNKTIONSFÄHIGKEIT, BEHINDERUNG UND GESUNDHEIT (ICF)
 - **TEILHABE, BEHINDERUNG UND INKLUSION**
 - LITERATUR

Zusammenhang von Teilhabe und Rehabilitation

- › Die Sicherung der Alltagskompetenz und somit das Erreichen einer selbstbestimmten und selbständigen Lebensführung ist das übergeordnete Ziel von Leistungen der medizinischen Rehabilitation (vgl. § 1 SGB IX).
- › Alle Leistungen der Teilhabe und Rehabilitation sollen die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft fördern, um Benachteiligungen durch Funktionsstörungen oder Behinderung zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.

➤ WAS IST TEILHABE?

Teilhabe meint das Einbezogensein einer Person in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich. Beeinträchtigungen der Teilhabe sind Probleme, die eine Person beim Einbezogensein in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich hat.

Quelle: ICF 2004

Der „neue“ Begriff der Behinderung

- › Mit der Neudefinition des Behinderungsbegriffs im Bundesteilhabegesetz zum 1. Januar 2018 wird ausgedrückt, dass sich die Behinderung erst durch negative Wechselwirkungen zwischen der Person mit einem Gesundheitsproblem und seinem individuellen Lebenshintergrund manifestiert. Behinderung wird nicht mehr als Eigenschaft und Defizit einer Person beschrieben, sondern wird im Zusammenspiel mit den jeweiligen Kontextfaktoren betrachtet (Umwelt- und personbezogene Faktoren).

NEU: § 2 SGB IX

„Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, **die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren** an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können.“

ALT: § 2 SGB IX

„Menschen sind behindert, 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.“

Der „neue“ Begriff der Behinderung

- › Die geänderte Begrifflichkeit drückt eine wertschätzende Haltung dem anderen Menschen gegenüber aus, die ihn so annimmt, wie er ist. Demnach ist ein Mensch aufgrund seines Wechselverhältnisses mit seiner Umwelt behindert, nicht allein aufgrund einer Sinnesbeeinträchtigung oder Beeinträchtigung in körperlicher, seelischer oder geistiger Hinsicht.
- › Da er sich durch seine Beeinträchtigungen Barrieren gegenübersieht, die ihn langfristig daran hindern, wie ein nicht beeinträchtigter Mensch am allgemeinen gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, wird er erst zu einem Menschen mit Behinderung.

NEU:

Nach dem „neuen“ Begriff handelt es sich um eine Behinderung, wenn es für den Rollstuhlfahrer keine Rampe gibt, um die Treppe zu überwinden.

ALT:

Der alte Begriff der Behinderung drückt aus, dass man zum Beispiel behindert ist, wenn man schlechter laufen kann, im Rollstuhl sitzt und die Treppe nicht laufen kann.

Der Begriff der Inklusion

- › Inklusion bedeutet, dass Menschen mit und ohne Behinderungen selbstbestimmt leben und gemeinsam mit anderen Menschen Zugang zu allen Teilhabebereichen der Gesellschaft haben.
- › Inklusion wird von der UN-Behindertenrechtskonvention als Menschenrecht für Menschen mit Behinderungen verstanden.
- › Ziel ist die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.



Inklusion/Abgrenzung

- › **Exklusion** beschreibt den Ausschluss bzw. die Ausgrenzung einzelner sozialer Akteure oder ganzer Gruppierungen aus der Gesellschaft.
- › **Integration** beschreibt den allgemeinen Einbezug von bisher aus gewissen sozialen Aspekten ausgeschlossenen Menschen und Gruppen.
- › **Inklusion** beschreibt den Einschluss beziehungsweise die Einbeziehung von Menschen in die Gesellschaft, komplementär zur Exklusion.

↗ INTEGRATION VS. INKLUSION

Während die Integration davon ausgeht, dass die Gesellschaft aus einer relativ homogenen Mehrheitsgruppe und einer kleineren Außengruppe besteht, die in das bestehende System integriert werden muss, stellt die Inklusion eine Abkehr von dieser Zwei-Gruppen-Theorie dar und betrachtet alle Menschen als gleichberechtigte Individuen, die von vornherein und unabhängig von persönlichen Merkmalen oder Voraussetzungen Teil des Ganzen sind.

Quelle: VDK 2018

Frühzeitige Bedarfserkennung

- › Rehabilitationsträger sollen möglichst frühzeitig potentiellen Bedarf an Leistungen zur Teilhabe erkennen und ggf. darauf hinwirken, dass die von Behinderung betroffenen und bedrohten Menschen einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe stellen. Hierzu sind vom Gesetzgeber allgemeine Aufklärungs- und Beratungspflichten der Rehabilitationsträger vorgesehen.

Quelle: BAR 2018

- › Diese trägerspezifische Beratung zu Teilhabeleistungen wird durch weitere Informationsangebote der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB) erweitert. Die EUTB steht bereits im Vorfeld der Beantragung von Leistungen zur Verfügung und informiert/berät über Teilhabeleistungen nach dem SGB IX. Die Beratung in den EUTB soll durch Betroffene für Betroffene erfolgen (Peer-to-Peer-Prinzip). Bundesweit gibt es bereits über 500 Angebote.

Quelle: EUTB 2018

Frühzeitige Bedarfserkennung

Umsetzung in der Arztpraxis

- › Ärzte/psychologische Psychotherapeuten sind angehalten, ihre Patienten auf die Möglichkeit der Beratung seitens der Rehabilitationsträger und auf die Angebote der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung hinzuweisen.

- › Auf Muster 61 Teile A und D kann auf weitere oder andere Teilhabebedarfe hingewiesen werden:

„Sofern Anhaltspunkte erkennbar sind, dass andere oder weitere Bedarfe an Leistungen zur Teilhabe (z.B. Leistungen zur sozialen Teilhabe oder Teilhabe am Arbeitsleben) beim Versicherten bestehen, können diese hier benannt werden. Die Krankenkasse greift diese zur frühzeitigen Bedarfserkennung auf.“

Auszug aus der Vordruckerläuterung Muster 61

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

61 Teil A

Hinweis an den Arzt zur Zuständigkeit der Krankenkasse

Ist eine medizinische Rehabilitation erforderlich, weil krankheits-/behinderungsbedingt nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bestehen oder drohen, kann die Zuständigkeit der Krankenkasse bestehen (z. B. bei Altersrentnern, spezifischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter/Väter). Ist eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit gegeben, besteht grundsätzlich die Zuständigkeit der Rentenversicherung. Handelt es sich um die Folge eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit, ist grundsätzlich die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung gegeben.

Bei Zuständigkeit der Krankenkasse bitte NUR Muster 61 Teil B-D ausfüllen.

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *
1. <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
2. <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
3. <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

*** Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)**

1 = Arbeitsunfall einschl. Berufskrankheit

- RAHMENBEDINGUNGEN DER MEDIZINISCHEN REHABILITATION
- INTERNATIONALE KLASSIFIKATION DER FUNKTIONSFÄHIGKEIT, BEHINDERUNG UND GESUNDHEIT (ICF)
- TEILHABE, BEHINDERUNG UND INKLUSION
- **LITERATUR**



Literatur

- › Aktion Mensch e.V. (2018). Info-Grafik „Exklusion – Integration – Inklusion“. Online abrufbar unter https://www.aktion-mensch.de/dam/jcr:993f17d2-7518-42b8-bdda-c564eecd0900/AM_Inklusion_RGB.jpg
- › BAR - Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) (2015). ICF-Praxisleitfaden 1 – Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) beim Zugang zur Rehabilitation. Online abrufbar unter <http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/icf-praxisleitfaeden/downloads/PLICF1.web.pdf>
- › BAR - Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2021). Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation (I. Allgemeiner Teil). Online abrufbar unter https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_publikationen/reha_vereinbarungen/pdfs/MedRehaAllgemein.web.pdf
- › BAR - Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2023). Ausgaben für Reha und Teilhabe. Online abrufbar unter <https://www.bar-frankfurt.de/themen/zahlen-daten-und-fakten/ausgaben-fuer-reha-und-teilhabe/traegeruebergreifende-ausgabenstatistik-2023.html>

Literatur

- › BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2020). Gesetzliche Krankenversicherung – Endgültige Rechnungsergebnisse 2019, Online abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KJ1_2019_Internet.pdf
- › EUTB - Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (2018). Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung. Online abrufbar unter <https://www.teilhabeberatung.de/node/37>
- › MDS - Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (Hrsg.) (2016). Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation. Online abrufbar unter https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/18-07-02_BGA_Vorsorge-Reha.pdf
- › VDK - Sozialverband Bayern (2018). Inklusion und Integration – Miteinander leben, statt getrennt!. Online abrufbar unter https://www.vdk.de/bayern/pages/26741/inklusion_und_integration
- › WHO - World Health Organization (2005). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Online abrufbar unter <https://www.dimdi.de/dynamic/.downloads/klassifikationen/icf/icfbp2005.zip>