



Rehabilitation

bei rheumatischen Erkrankungen

Überarbeitete Auflage 2017

Das gesetzlich verankerte **Ziel der Rehabilitation** ist, »körperlich, geistig oder seelisch Behinderte möglichst auf Dauer in Arbeit, Beruf und Gesellschaft einzugliedern, wobei bereits Behinderte denjenigen gleichgesetzt werden, denen eine Behinderung droht.« Unterschieden werden Leistungen zur medizinischen und sozialen Rehabilitation und zur Teilhabe am Erwerbsleben, wobei in diesem Merkblatt vorrangig auf die medizinische Rehabilitation für rheumakranke Menschen eingegangen wird.

Dabei steht die Erkrankung mit behindernden Funktionsstörungen im Vordergrund. Bei Reha-Maßnahmen durch den Rentenversicherungsträger ist in den letzten Jahren unter dem Begriff der **medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR)** ein besonderer Schwerpunkt auf die berufliche Ertüchtigung gesetzt worden. Eine Rehabilitationsmaßnahme kann alle vier Jahre in Anspruch genommen werden, wenn es medizinisch notwendig ist, bei schweren Funktionsstörungen auch öfter. In der Regel dauert die Maßnahme drei Wochen, in begründeten Fällen kann verlängert werden.

Zu den Aufgaben der medizinischen Rehabilitation gehören die Diagnostik mit ergänzenden Untersuchungen zur Krankheitseinordnung, zum Ausmaß der Krankheit und zur Aktivität der Erkrankung. Je nachdem, welche Fähigkeiten und Möglichkeiten der einzelne Patient trotz der Erkrankung noch besitzt und welche Anforderungen Beruf und Alltag stellen, werden individuelle Rehabilitationsziele mit ihm erarbeitet.

gehören neben der medikamentösen und physiotherapeutischen Behandlung auch selbstständige Übungen und leichte sportliche Betätigung sowie Hinweise auf Selbsthilfegruppen und Nachsorgeprogramme.

Stationäre Rehabilitation

Vor einer stationären Reha-Maßnahme (Unterbringung in einer Reha-Klinik) müssen rein rechtlich die ambulanten Maßnahmen ausgeschöpft sein. Der Vorteil eines stationären Aufenthaltes liegt u. a. darin, dass alle Leistungen unter einem Dach erbracht werden. Neben breiten Therapiemöglichkeiten kann auch ergänzende Diagnostik durchgeführt werden. Ärztliche Betreuung und Hilfe durch Pflegepersonal ist jederzeit präsent. Die stationäre Rehabilitation gewährleistet, dass das gesamte Reha-Team krankheitsspezifisch und problemorientiert ausgerichtet ist.

Ein ganz wichtiger Punkt: Der Patient hat ganztägig Zeit für die therapeutischen Anwendungen und Maßnahmen, d. h. er kann sich bei Erschöpfung und schlechtem Gesundheitszustand zwischen den Therapien ein oder zwei Stunden ausruhen. Ein stationärer und nicht unbedingt ganz wohnortnaher Rehabilitationsaufenthalt ist notwendig bei belastenden Alltagssituationen sowohl des beruflichen als auch des privaten Umfeldes. Ein weiterer Pluspunkt ist die Entlastung von der gesamten Alltagsarbeit, was vor allem Frauen zugute kommt.

Teilstationäre / Ambulante Rehabilitation

Sie kommt in Frage, wenn wohnortnah indikationsgerechte, breite Therapiemöglichkeiten durch ein Reha- Team unter ärztlicher Betreuung zur Verfügung stehen und die geschilderten stationären Maßnahmen nicht erforderlich oder aus beruflichen oder sozialen Gründen nicht möglich sind. Es muß jedoch genügend Restgesundheit, Stabilität und ausreichende Belastbarkeit des Patienten vorhanden sein; denn die Therapiemöglichkeiten, aber auch deren Umfang sollten sich nicht wesentlich von denen der stationären Rehabilitation unterscheiden. Die Gesamttherapiezeit wird jedoch auf gut einen halben Tag komprimiert. Die Rentenversicherungen nennen dieses Verfahren, bei dem die Versicherten von zu Hause und täglich anreisen, »Teilstationäre Rehabilitation«, während die Gesetzlichen Krankenkassen hierfür den Begriff »Ambulante Rehabilitation« verwenden.

Inhalte der medizinischen Rehabilitation

Die Therapie im Rahmen von Reha-Maßnahmen umfasst ein breites Spektrum von Physio- und Bewegungstherapie einschließlich Geräte gestütztem Training, Physikalischer Therapie, Gangschulung, balneologischen Maßnahmen und Ergotherapie. Bei den medikamentösen Behandlungen geht es um Einleitung, Umstellung, Weiterführung, Überwachung oder Pausierung eines Medikaments. Qualitätsmerkmal einer guten Rehabilitation ist die psychologische Gruppen- und Einzeltherapie, insbesondere Schmerzbewältigung und das Muskelentspannungstraining.

Am Ende einer Rehabilitation durch die Rentenversicherung steht die sozialmedizinische Beurteilung einschließlich der Einleitung oder Empfehlung von berufsfördernden Maßnahmen. Zu den Therapieempfehlungen

Kostenträger der Rehabilitation können sein :

- Rentenversicherungsträger
- Krankenkassen und Ersatzkassen
- Unfallversicherungen
- Versorgungsämter
- Träger der Sozialen Entschädigung

Die unterschiedliche Zuständigkeit der Rehabilitationsträger ist historisch gewachsen und wurde bewusst belassen, um dem jeweils zuständigen Kostenträger einen Anreiz zur optimalen Rehabilitation zu geben. Er muss nämlich im Fall eines Scheiterns der Rehabilitation die finanziellen Konsequenzen, z.B. in Form einer Rente, tragen. Sofern die Rehabilitation der Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit dient, ist die Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers gegenüber der Krankenkasse vorrangig. **Bezieher einer Erwerbsminderungsrente** erfüllen daher ebenfalls die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Reha-Leistung durch den Rentenversicherungsträger, es sei denn es handelt sich um eine volle und unbefristete Rente.

Reha-Maßnahmen durch den Rentenversicherungsträger

Voraussetzungen:

- Erfüllung der Wartezeit von 15 Jahren **oder** 6 Monate lang geleistete Pflichtbeiträge in den letzten 2 Jahren
- Verminderte Erwerbsfähigkeit; es genügt auch, wenn diese in absehbarer Zeit zu erwarten ist und die allgemeine Wartezeit (von 5 Jahren) erfüllt wurde
- Erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit, wenn die Gefährdung durch die Reha-Maßnahme vermindert werden kann
- Geminderte Erwerbsfähigkeit, sofern diese wesentlich gebessert oder wieder hergestellt werden kann
- Wenn der Eintritt einer Erwerbsminderung oder Berufsunfähigkeit abgewendet werden kann (Wegfall seit 1.1.2001, aber Bestandsrecht noch für vor dem 2.1.1961 Geborene)

Die Rentenversicherung tritt nicht ein,

- wenn ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit vorliegt (denn da ist die Unfall-Versicherung oder Berufsgenossenschaft zuständig)
- bei Bezug oder Antrag der Altersrente in Höhe von mindestens 2/3 (hier ist die Gesetzliche Krankenkasse (KK) zuständig)

- bei akuter Behandlungsbedürftigkeit (Zuständigkeit der Gesetzliche Krankenkasse (KK))
- bei fehlendem Abstand von 4 Jahren zur letzten Reha-Maßnahme, es sei denn, »die Leistung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich«

Antrag

Der Antrag muss vom Versicherten gestellt werden mit einer Bescheinigung der Krankenkasse über Arbeitsunfähigkeitszeiten (AU) und AU-Diagnosen sowie dem Rentenversicherungsnachweis. Später folgt der Befundbericht des behandelnden Arztes oder eines Gutachters der Rentenversicherung.

Der Antrag geht an die zuständige Rentenversicherung oder einen anderen Sozialleistungsträger. Der Träger muss innerhalb von 3 Wochen über den Antrag entscheiden. Wird zwischendurch ein Gutachter eingeschaltet, wird diese Frist unterbrochen. Spätestens 14 Tage nach Erstellen des Gutachtens muss der Bescheid dem Antragsteller zugehen. Bei positivem Bescheid wird über Dauer, Umfang, Beginn, Ort und Art der Einrichtung entschieden. Das Sozialgesetzbuch IX stärkt die Verantwortlichkeit und Mitbestimmung der Betroffenen dadurch, dass bei Auswahl und Ausführung der Leistungen berechtigten Wünschen entsprochen wird. Eine Ablehnung des Reha-Antrages kann mit einem Widerspruch angefochten werden. Wird dieser auch abgelehnt, kann der Versicherte Klage beim Sozialgericht einreichen.

Eine Rehabilitation über die Rentenversicherung kann jedoch auch erfolgen:

- bei Antrag auf Erwerbsminderungsrente,
- durch Aufforderung von Seiten der Krankenkasse nach längerer AU-Zeit
- oder durch Aufforderung von Seiten der Agentur für Arbeit bei längerer Leistungsminderung.

Rehabilitation über die gesetzliche Krankenversicherung

Die medizinische Rehabilitation über die gesetzliche Krankenkasse kommt zum Zuge, wenn eine **stationäre Maßnahme** erforderlich ist, um die Krankheit zu heilen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Auch hier müssen versicherungsrechtliche Voraussetzungen erfüllt werden und Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsprognose und Rehabilitationsfähigkeit abgeklärt sein.

Nach der Bescheinigung der Notwendigkeit der Rehabilitation durch den behandelnden Arzt wird ein spezielles Rehabilitationsgutachten erstellt.



Kostenregelung

Bei stationärer Rehabilitation erfolgt ein Abzug für Aufwendungen des täglichen Lebensunterhaltes, die auch ohne Rehabilitation anfielen. Diese **Zuzahlung** beträgt in der Regel 10 Euro pro Tag für den Zeitraum von höchstens 42 Tagen Klinikaufenthalt pro Kalenderjahr. Bei AHB (s. unten) sind die Zuzahlungen auf 14 Tage begrenzt. Ein Antrag auf Reduzierung der Zuzahlung, die im Rahmen einer Härteregelung bei etwa einem Drittel der Versicherten Anwendung finden kann, muss bereits mit dem Reha-Antrag gestellt werden.

Der Arbeitnehmer hat bei einer stationären Rehabilitation grundsätzlich einen Entgeltfortzahlungsanspruch wie bei Arbeitsunfähigkeit von 6 Wochen Dauer. Falls die **Bezüge** von Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe oder Krankengeld während der Reha-Maßnahme ruhen, erfolgt die wirtschaftliche Sicherung durch die Zahlung eines Übergangsgeldes durch den RV-Träger. Keine Zuzahlung ist erforderlich bei teilstationärer Reha und vor Vollendung des 18. Lebensjahres.

Weitere medizinische Rehabilitationsleistungen

Anschlussheilbehandlung/ Anschlussrehabilitation (AHB/AR)

Hierbei handelt es sich um ein Eilverfahren zur stationären oder teilstationären Rehabilitation über die Rentenversicherungsträger bzw. die Krankenkassen. Es kommt nach bestimmten schweren Erkrankungen oder operativen Eingriffen, bei denen entsprechende Notwendigkeit zur **Nachbehandlung** besteht, zum Einsatz. Die in Frage kommenden Erkrankungen oder Operationen sind in einem speziellen **AHB-Indikationskatalog** festgelegt. Die Maßnahme muss kurzfristig (maximal 14 Tage) im Anschluss an die Akutbehandlung im Krankenhaus erfolgen und wird in der Regel in einer besonders qualifizierten Schwerpunkt- oder Fachklinik durchgeführt. Ein Teil der AHB erfolgt im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung (IV).

Bei der AHB erfolgt der **Antrag** durch den Patienten und den Krankenhausarzt. In der Regel organisiert der Stationsarzt oder der Sozialdienst der Akutklinik die Rehabilitation in einer geeigneten, nahe gelegenen **AHB-Klinik**. Bei der Kliniksuche ist die Rentenversicherung behilflich bzw. Krankenkassen und Unfallversicherungen arbeiten meist mit Vertragskliniken zusammen. Im Zweifelsfall tritt der Rentenversicherungsträger in Vorleistung, bis die Zuständigkeit des Leistungsträgers abgeklärt ist.

Mitsprache bei der Wahl der Reha-Einrichtung

Mit der Neuordnung des SGB IX wurden die Mitspracherechte der Betroffenen gestärkt. Bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen soll den berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen werden. Dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie und auf die religiösen Bedürfnisse der Betroffenen Rücksicht genommen.

Medizinische Rehabilitation (§ 41 SGB V)/ Vorsorgekuren für Mütter (§ 24 SGB V)

Beide Maßnahmen sind als Mutter-Kind- (und Vater-Kind-) Maßnahme möglich.

Medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V)

Diese Leistung kann bei Schwächung der Gesundheit genutzt werden, wenn diese in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde.

Ambulante Badekur

Sie kann nach ärztlicher Verordnung bei den Krankenkassen beantragt werden. Auch hier gilt eine Vierjahresfrist.

Kompaktkur

Hierbei wird ein strukturiertes Therapiekonzept für bestimmte Erkrankungen in geschlossenen Gruppen durchgeführt (z. B. Rücken-Kur, Osteoporose-Kur). Auch hier muß nach ärztlicher Verordnung die Genehmigung durch die Krankenkasse erfolgen.

Ambulanter Rehabilitationssport

Dieser kann im Anschluss an eine stationäre oder teilstationäre Rehabilitationsmaßnahme beim Rentenversicherungsträger beantragt werden. Neben den Kosten der Gruppentherapie werden auch Fahrtkosten (öffentliche Verkehrsmittel) übernommen.

Funktionstraining für Rheumakranke

Die Bewegungstherapie in Gruppen unter fachlicher Anleitung, das Funktionstraining, wird von den Krankenkassen genehmigt und bezahlt, wenn sie der Arzt verordnet. Vielerorts organisieren die Arbeitsgemeinschaften und Therapiegruppen der Deutschen Rheuma-Liga dieses Angebot.

Intensive Rehabilitationsnachsorge (IRENA)

Eine mehrwöchige ambulante Maßnahme für chronisch Kranke im Anschluss an eine stationäre oder teilstationäre Rehabilitation durch die Deutsche Rentenversicherung Bund.

Teilstationäre Therapiemaßnahmen

Sie entsprechen im Antrags- und Genehmigungsverfahren einer stationären Rehabilitation.

Einübung im Gebrauch technischer Hilfen

Diese Leistungen werden meist am Ende eines Rehabilitationsaufenthaltes verordnet und stellen ein weiteres Beispiel für Nachsorgeleistungen dar, die den Erfolg der Rehabilitation festigen und ergänzen sollen.

Bei den **Privatkrankenkassen (PKK)** sind Rehabilitationsleistungen meist nur bei ausdrücklicher Versicherung dieser Leistung (»Sanatoriumsbehandlung«) eingeschlossen. Eine Rehabilitation nach akutmedizinischer stationärer Behandlung wird meist analog der AHB durchgeführt. Eine ambulante Rehabilitation bedarf ebenfalls einer Kostenübernahmegenehmigung vor Inanspruchnahme der Leistung.

Beihilfeberechtigte müssen die Beihilfeleistung ebenfalls vorher beantragen. Bei Kostenübernahmezusage durch eine private Zusatzversicherung, schließt sich die Beihilfestelle in der Regel an.

- Leistungsausschluss bei Berufskrankheit oder Arbeitsunfall und damit Leistungspflichten der Unfallversicherung

Leistungen

- Vermittlung einer entsprechenden Arbeitsstelle, ggf. im Zusammenhang mit Leistungen zur Ausrüstung des Arbeitsplatzes und Eingliederungshilfen
- Berufliche Weiterbildung und Anpassung
- Berufliche Erstausbildung
- Ergänzende Leistungen, wie Finanzierung von Lebensunterhalt, Lernmittel, Unterbringungskosten und Arbeitskleidung oder -geräte
- Kraftfahrzeughilfe, wenn der Arbeitsplatz aus gesundheitlichen Gründen nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar ist

Wie alle Sozialleistungen wird diese Rehabilitationsleistung nur auf Antrag gewährt, wobei von Anfang an der Kontakt und die Zusammenarbeit mit der Agentur für Arbeit hilfreich ist.

Servicestellen

Mit der Neufassung des SGB IX ist die Beratung der Betroffenen durch die Einrichtung übergeordneter Servicestellen verbessert worden, so dass die Antragsteller nicht mehr gezwungen sind von Pontius zu Pilatus zu laufen. Heute sollte es in jedem Landkreis eine solche Servicestelle geben, in der Interessenten umfassend und übergreifend zu Fragen der Rehabilitation beraten und alle notwendigen Maßnahmen eingeleitet werden.

Leistungen zur Teilhabe am Erwerbsleben (Berufliche Rehabilitation)

Diese Rehabilitationsleistungen dienen der möglichst dauerhaften beruflichen Eingliederung bzw. Wiedereingliederung. Kostenträger sind die Rentenversicherungsträger (RV), die gesetzlichen Unfallversicherungsträger (z. B. Berufsgenossenschaften) und die Arbeitsämter.

Die RV-Träger sind zuständig, wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet ist und folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Wartezeit von 15 Jahren erfüllt
- Bezug einer Rente wg. verminderter Erwerbsfähigkeit
- wenn im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation des RV-Trägers eine berufliche Reha notwendig ist

Da sich alle Bestimmungen, Fristen und Zuzahlungen in den letzten Jahren häufig geändert haben, empfiehlt sich ggf. die neuesten Bestimmungen der entsprechenden Kostenträger zu erfragen.

Autor:

Dr. Wolfgang Brückle,
Bad Pyrmont und Hannover

Redaktion:

Susanne Walia

Die Rheuma-Liga ist die größte Gemeinschaft und Interessenvertretung rheumakranker Menschen in Deutschland. Wir informieren und beraten fachkompetent und frei von kommerziellen Interessen. Weitere Informationen:

Info-Hotline 01804 – 60 00 00

(20 ct. pro Anruf aus dem deutschen Festnetz, max. 42 ct. pro Anruf aus den Mobilfunknetzen)

Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V.
www.bechterew.de • Telefon 09721 – 2 20 33

Lupus Erythematodes Selbsthilfegemeinschaft e.V.
www.lupus.rheumanet.org • Telefon 0202 – 4 96 87 97

Sklerodermie Selbsthilfe e.V.
www.sklerodermie-sh.de • Telefon 07131 – 3 90 24 25

Herausgeber:

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.

Maximilianstr. 14 • 53111 Bonn

www.rheuma-liga.de • E-Mail: bv@rheuma-liga.de

Überarbeitete Auflage 2017 – 10.000 Exemplare
Drucknummer: MB 6.4/BV/10/2017

Mit finanzieller Unterstützung der
Deutschen Rentenversicherung Bund

