

## Rehabilitation bei rheumatischen Erkrankungen

**D**as 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 und nicht die allgemeine Erholung und Regeneration im Rahmen eines Kuraufenthaltes.

### Medizinische Rehabilitation

**Z**u den Aufgaben der medizinischen Rehabilitation gehören die Diagnostik mit ergänzenden Untersuchungen zur Krankheitseinordnung, zum Ausmaß des Krankheitsbefalls 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 für ihn erarbeitet. **Grundlage der Therapie** ist die Information des Patienten über seine Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten, z. B. in Form von Patientenschulungen, in denen Bewältigungsstrategien für den Alltag im Leben mit Rheuma erarbeitet werden.

### Therapie und Beratung

Die Therapie umfaßt ein breites Spektrum von Physiotherapie, physikalischen Maßnahmen einschließlich Heilbädern, Funktionstraining, Gangschulung und Ergotherapie. Bei den medikamentösen Behandlungen geht es um Einleitung, Umstellung und Überwachung der Medikamentengabe. Qualitätsmerkmal einer guten Rehabili-

tation ist die psychologische Gruppen- und Einzeltherapie, insbesondere Schmerzbewältigung und das Muskelentspannungstraining, sowie die soziale Beratung. Am Ende einer Rehabilitationsbehandlung steht die sozialmedizinische Beurteilung einschließlich der Einleitung oder Empfehlung von berufsfördernden Maßnahmen oder ggf. pflegerische oder Haushaltshilfe. Zu den Therapieempfehlungen gehören auch die Nachsorgeplanung sowie Hinweise auf Selbsthilfegruppen.

### Stationäre Rehabilitation

Vor einer stationären Reha-Maßnahme (Unterbringung in einer Rehaklinik) müssen rein rechtlich die ambulanten Maßnahmen ausgeschöpft sein. Der Vorteil eines stationären Aufenthaltes liegt u.a. darin, daß alle Leistungen unter einem Dach geboten 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 Rehabilitation

Sie kommt in Frage, wenn wohnortnah indikationsgerechte, breite Therapiemöglichkeiten durch ein Reha-Team unter ärztlicher Betreuung zur Verfügung stehen

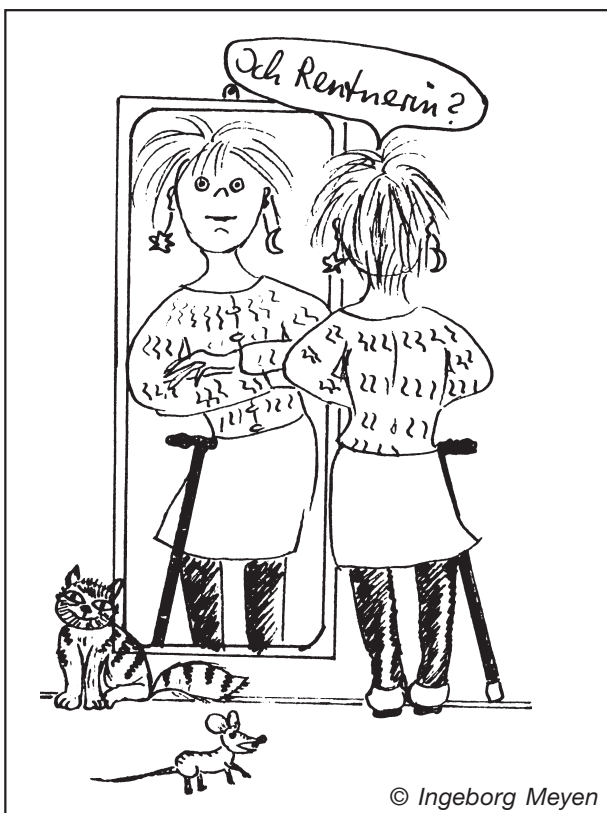
und die geschilderten stationären Maßnahmen nicht erforderlich oder aus beruflichen oder sozialen Gründen nicht möglich sind. Es muß jedoch genügend Restgesundheit, Stabilität und ausreichende Belastbarkeit des Patienten vorhanden sein; denn die Therapiemöglichkeiten, aber auch deren Umfang sollten sich nicht wesentlich von denen der stationären Rehabilitation unterscheiden, die Gesamttherapiezeit wird jedoch auf etwa einen halben Tag komprimiert.

### Ambulante Rehabilitation

Sie kommt immer dann in Frage, wenn die geschilderten stationären und teilstationären Maßnahmen nicht erforderlich sind. Der Patient kommt nur für Stunden zu Therapiemaßnahmen in die Reha-Einrichtung, z. B. weil die Erkrankung eher leicht ist und nur ein Gelenk oder die Wirbelsäule betroffen ist. Auch psychosozial sollten keine großen Probleme vorliegen.

#### 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.
- 6 Monate lang geleistete Pflichtbeitragszahlungen in den letzten 2 Jahren.
- Beginn der versicherten Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit innerhalb von 2 Jahren nach Ausbildungsende und Ausübung bis zum Reha-Antrag bzw. Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit nach einer solchen Beschäftigung,
- oder 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. 01, aber Bestandsrecht noch für vor dem 2. 1. 61 Geborene).

#### Die Rentenversicherung tritt **n i c h t** 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 Ges. Krankenkasse (KK) zuständig).
- bei akuter Behandlungsbedürftigkeit (Zuständigkeit der Ges. 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 unterschieden. 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

- bei Antrag auf Erwerbsminderungsrente,
- durch Aufforderung von Seiten der Krankenkasse nach längerer AU-Zeit oder
- durch Aufforderung von Seiten des Arbeitsamtes bei längerer Leistungsminderung erfolgen.

## 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.

### Kostenregelung

Bei stationärer Rehabilitation erfolgt ein Abzug für Aufwendungen des täglichen Lebensunterhaltes, die auch ohne Rehabilitation anfielen. Diese **Zuzahlung** beträgt 9 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.

## 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.

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, nahegelegenen **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 ver-

ordnet. 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. Das Verfahren wurde von der BfA entwickelt.

### **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 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.

## **Leistungen zur Teilhabe am Erwerbsleben (Berufliche Rehabilitation)**

**D**iese 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 wegen verminderter Erwerbsfähigkeit
- wenn im Anschluß an eine medizinische Rehabilitation des RV-Trägers eine berufliche Reha notwendig ist
- 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 Arbeits-Kleidung 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 dem Arbeitsamt hilfreich ist.

### **Service-Stellen**

Mit der Neufassung des SGB IX soll die Beratung der Betroffenen durch die Einrichtung übergeordneter Service-Stellen verbessert werden, so dass die Antragsteller nicht gezwungen sind von Pontius zu Pilatus zu laufen. Bis Ende 2002 soll es in jedem Landkreis eine solche Service-Stelle geben, in der Interessenten umfassend und übergreifend zu Fragen der Rehabilitation beraten werden und alle notwendigen Maßnahmen eingeleitet werden.

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. med. Wolfgang Brückle,  
Chefarzt der rheumatologischen Abteilung,  
Rheumaklinik Bad Nenndorf, 31542 Bad Nenndorf  
Redaktion: Susanne Walia*

Wenn Sie weitere Informationen benötigen oder Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe suchen, wenden Sie sich an:

**Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V.**  
Maximilianstr. 14, 53111 Bonn,  
Tel.: 02 28/7 66 06-0, Fax: 02 28/7 66 06-20  
e-Mail [bv@rheuma-liga.de](mailto:bv@rheuma-liga.de) [www.rheuma-liga.de](http://www.rheuma-liga.de)

Gefördert durch die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA)

Herausgeber:  
Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.  
unveränderter Nachdruck 2002 – 10.000 Exemplare  
Drucknummer: MB 6.4/BV/08/02