

REHA-REPORT

Mitteilungen des Arbeitskreises Gesundheit e.V.

www.rehaklinik.com

Experten befürchten Qualitätsverluste

Reha-Kliniken in Osteuropa locken mit Billig-Angeboten

Kostenlose Werbung machte das ARD-Magazin „Plusminus“ am 29. März für eine „Auslandskur“, wie es in dem Beitrag hieß. Gezeigt wurde die Delegation einer Krankenkasse, die eine Reha-Einrichtung in einem osteuropäischen Nachbarland besichtigte, alles für „tip top“ erklärte – und nun plant, ihre Versicherten dorthin in die Reha zu schicken.

Das war keine Ausnahme, sondern der Beginn einer breitflächigeren Entwicklung: Inzwischen haben Krankenkassen bereits Verträge mit Reha-Kliniken in Ungarn, Tschechien und Polen abgeschlossen. Natürlich mit dem Ziel, dabei Geld zu sparen. Die Einrichtungen bieten ihre Leistungen deutlich günstiger an.

Die Hanseatische Krankenkasse (HEK) versicherte zwar, es gehe nicht darum, den Versicherten Billig-Leistungen anzubieten. Dies sei viel mehr ein Service, den sich die Versicherten gewünscht hätten. Laut HEK liegt die Ersparnis bei maximal 15 Prozent im Vergleich zu den hiesigen Kosten.

Diese Spanne scheint jedoch Anreiz genug zu sein auch für andere Krankenkassen. Einige Betriebs-

Krankenkassen haben bereits Verträge mit osteuropäischen Einrichtungen abgeschlossen oder planen dies für die zweite Hälfte dieses Jahres. Eine Reihe von Versicherungen lassen zur Zeit kalkulieren, ob ihnen die Schnäppchen-Reha im Ausland erhebliche Kostenvorteile bringt.

Sie wären zur Kostenübernahme sogar verpflichtet (laut einem Urteil des Europäischen Gerichtshofes), wenn eine Klinik in einem EU-Land Leistungen gleicher Qualität anbieten würde und dies nachweisen könnte. Von diesem Therapie-Niveau, für das Kliniken in Deutschland entsprechend zertifiziert werden, scheinen die allermeisten Einrichtungen in Osteuropa allerdings weit entfernt zu sein. „Innerhalb der Europäischen Union liegen deutsche Reha-Kliniken bei den Qualitätsstandards eindeutig an der Spitze“, sagt Wolfram Boschke, Geschäftsführer des Arbeitskreises Gesundheit e.V. in Bonn.

Sachsens Gesundheitsministerin Helma Orosz hat inzwischen klargestellt, dass sächsische Krankenkassen und die sächsische Landesversicherungsanstalt (LVA) nicht vorhaben, Einrichtungen etwa im nahe ge-

legenen Marienbad auf tschechischer Seite mit ihren Patienten zu belegen. Die Qualitätsunterschiede zu deutschen Einrichtungen seien zu groß. „Außerdem sollten Reha-Leistungen nur dort in Anspruch genommen werden, wo eine hinreichende Verzahnung mit der hausärztlichen Versorgung gewährleistet ist“, so die Ministerin.

Helma Orosz plädiert zudem dafür, aus grundsätzlichen Erwägungen keinen Patienten-Tourismus ins Ausland zu initiieren. Die in Deutschland erwirtschafteten Beiträge der Ver-



Billig-Angebote contra Qualität: Deutsche Reha-Kliniken haben europaweit den höchsten medizinischen Standard

cherten sollten auch den hiesigen Kliniken und damit der hiesigen Wirtschaft zugute kommen.

Dr. Christian Kirchner wiederum, Geschäftsführer der sächsischen Staatsbäder GmbH, will sein Engagement für deutsche Reha-Einrichtungen nicht als Abschottungspolitik gegen ausländische Kliniken sehen. „Es müssen aber gleiche Standards angewendet werden, und das ist im Moment nicht der Fall“, sagt er.



Friedel Mägdefrau

Der 2. Deutsche Reha-Tag nähert sich mit großen Schritten, und ich bin auch ein wenig stolz darauf: dass wir es gemeinsam mit unseren Partnern geschafft haben, eine solch bedeutende Veranstaltung in so kurzer Zeit zu etablieren.

Bereits der 1. Deutsche Reha-Tag im letzten Jahr war ein wichtiges Signal und fand bundesweite Be-

dinge nur schwer zu erreichen.

Die Zahl der Reha-Anträge ist in bestimmten Bereichen in letzter Zeit deutlich zurückgegangen. Der Grund dafür ist die Angst der Versicherten um ihren Arbeitsplatz. Eine sehr bedenkliche Entwicklung. Wenn sich dieser Trend nicht umkehren lässt, wird sie dazu führen, dass die Gesundheitskosten schon in naher Zukunft erheblich steigen werden. Denn die Behandlung einer bereits fortgeschrittenen Erkrankung ist erheblich teurer, als wenn solche Arbeitnehmer rechtzeitig in eine Reha gekommen wären.

Reha-Maßnahmen sind und bleiben unverzichtbar – auch weil sie auf lange Sicht die Gesundheits-

Wichtiges Signal für die Zukunft der Reha

achtung. In diesem September wird er um vieles größer sein, weil sich weit aus mehr Veranstalter daran beteiligen.

Die Reha-Branche präsentiert sich nun vereint, gemeinsam mit ihren Gesundheits-Partnern, etwa der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte. Eines meiner wichtigsten Anliegen wird auch in diesem Jahr zentrales Thema sein: die medizinische Rehabilitation als zweite Säule der Gesundheitsversorgung zu bewahren und auszubauen. Angesichts knapper Kassen und einer immer mehr spürbaren gesellschaftlichen Verunsicherung ist dies aller-

kosten erheblich senken. Gerade dem niedergelassenen Arzt kommt hier die Aufgabe zu, auf solche Patienten einzuwirken und ihnen die gesundheitlichen Folgen ihrer Angst um den Jobverlust klar zu machen. Arbeitgeber möchten zudem gesunde Mitarbeiter und sind meist gern bereit, dafür einige Wochen auf deren Anwesenheit zu verzichten.

Viel Spaß beim Lesen dieser neuen Ausgabe wünscht Ihr

Friedel Mägdefrau

Vorstandsvorsitzender des Arbeitskreises Gesundheit e.V.

Mehr Veranstalter, mehr Teilnehmer ...

2. Deutscher Reha-Tag am 23. und 24. September

Nach seiner erfolgreichen Premiere im Herbst 2004 wird der 2. Deutsche Reha-Tag am 23. und 24. September 2005 deutlich erweitert an den Start gehen.

Unter dem Motto **„REchtzeitig Handeln – Durch REHA mitten im Leben“** rufen unter anderen die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA), der Arbeitskreis Gesundheit e.V. (AK-GES), der Bundesverband der Privatkrankenkassen e.V. (BDPK), die Deutsche Gesellschaft für medizinische Rehabilitation (DEGE-MED) und der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) alle Einrichtungen, Organisationen und Verbände der Rehabilitation in Deutschland dazu auf, sich mit Aktionen und Tagen der offenen Tür zu beteiligen.

Ziel des 2. Deutschen Reha-Tages ist es, die Rehabilitation in der Öffentlichkeit als leistungsfähiges und zukunftsorientiertes System vorzustellen, das betroffenen Menschen und ihren Angehörigen Chancengleichheit, Selbst-

Reha vor Rente, Reha vor Pflege

bestimmung sowie die Teilhabe am Arbeitsleben und in der Gesellschaft bestmöglich sichert. Insbesondere wollen die beteiligten Organisationen ins Bewusstsein rufen, dass Rehabilitation im sozialen Sicherungssystem unverzichtbar ist und mit ihren individuellen Ansätzen verschiedenste Formen von Behinderung, Erwerbsunfähigkeit oder Pflegebe-

dürftigkeit abwenden oder ausgleichen kann. „Reha vor Rente“ und „Reha vor Pflege“: Diese wichtigen Anliegen werden im Fokus der Diskussionen stehen. Reha-Maßnahmen



Information und Aktion – beim Tag der offenen Tür, der in zahlreichen Rehakliniken stattfindet

sind unverzichtbar, um schwer erkrankte und behinderte Menschen wieder in ein weitgehend selbständiges Leben zu integrieren. Untersuchungen zeigen, dass rund 80 Prozent der Patienten nach der Reha im Berufsleben verbleiben. Dies ist auch ein wesentlicher wirtschaftlicher Faktor: Reha-Maßnahmen und Anschlussheilbehandlungen (AHB) entlasten die Solidarkassen dauerhaft, was langfristig Einsparungen in Milliardenhöhe ergibt.

Hochrangige Vertreter aus Politik, Ärzteschaft und Wirtschaft haben für den Reha-Tag ihre Teilnahme zugesagt. Am 23. September findet die Zentralveranstaltung in Berlin im Bundesministerium für Gesundheit statt, der bundesweite Tag der offenen Tür folgt am 24. September. Weitere Infos sind im Internet unter www.rehatag.de abrufbar.

Reha-Kliniken im Internet finden

Die richtige Reha-Klinik mit ein paar Klicks finden: Unter den Internet-Adressen www.arbeitskreis-gesundheit.de und www.rehaklinik.com stellen sich über 400 Mitgliedskliniken mit allen Fachgebieten und Leistungen vor. Abbildungen der Einrichtungen bieten zudem einen ersten optischen Eindruck. Ein schneller und professioneller Weg zum optimalen Angebot.

Inhalt

- Seite 1 • Intro • 2. Deutscher Reha-Tag ...
• Reha-Kliniken im Internet
- Seite 2 • Reha-Leistungen bei Sozialhilfe und Arbeitslosengeld II • Impressum
- Seite 3 • Blutdrucksenkung in der Reha
• Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen
- Seite 4 • Kliniken in Osteuropa werben
Patienten ab • Die Nachsorge fördern

Bessere Betreuung des Patienten in der Nachsorge gefordert

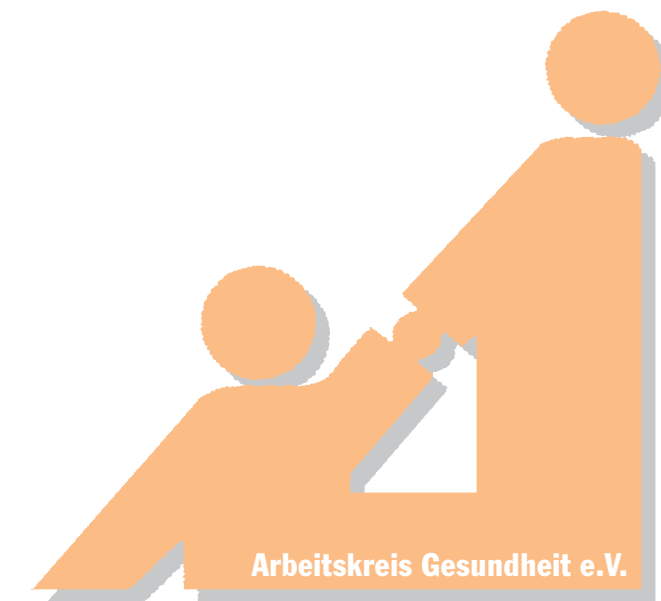
Ein Grund, weshalb der heilsame Effekt einer Akutkrankenhausbehandlung bei etlichen Patienten nicht allzu lange anhält, liegt auch in mangelnder Nachsorge.

Der Vorstand des BKK-Bundesverbandes, K. Dieter Voß, sagte bei einem Expertenforum des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen in Berlin, dass sich hier ein Feld eröffne, Reha-Einrichtungen und niedergelassene Ärzte enger zusammen zu bringen. Die medizinische Rehabilitation sei in den Köpfen mancher niedergelassener Mediziner noch nicht richtig veran-

kert. Wichtig sei daher, die Nachsorge in der Rehaklinik und Kassenarzt-Praxis zu fördern.

Stichwort integrierte Versorgung: Die Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus, Rehaklinik, Kassenarzt und Patient nach der Reha soll nun aktiver unterstützt werden. Die Einbindung der medizinischen Rehabilitation in die integrierte Versorgung war auch Thema eines Spitzengesprächs zwischen Krankenkassen und der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA). Die BfA kündigte an, sich in Zukunft an der integrierten Versorgung zu beteiligen.

Der REHA-REPORT wurde Ihnen freundlich überreicht von:



Arbeitskreis Gesundheit e.V.

Neues aus der Reha

Endoprothetik: Wartezeit sinkt auf acht Wochen

Bei knie- und hüftendoprothetischen Operationen profitieren Versicherte der BKK in Sachsen sowie der Techniker-Krankenkasse jetzt von einem Vertrag zur integrierten Versorgung. Vertragspartner sind Einrichtungen der Mediclin-Gruppe und des BKK-Landesverbandes Ost. Die Häuser kooperieren mit Reha-Einrichtungen und niedergelassenen Ärzten. Der Vorteil für Patienten: Die Wartezeit bis zur Operation sinkt auf höchstens acht Wochen. Das Krankenhaus als zentrale Schaltstelle organisiert die Abstimmung der einzelnen Therapien und leistet eine zehnjährige Garantie auf die erbrachten Leistungen.

Neuer Reha-Lehrstuhl

Die Dortmunder Fakultät für Rehabilitations-Wissenschaften an der dortigen Universität hat als bundesweit erste einen Lehrstuhl für Rehabilitationstechnik eingerichtet. „Mit diesem neuen Lehrstuhl unterstreicht die Universität Dortmund den interdisziplinären Charakter der Rehabilitationswissenschaften und die wichtige Funktion unterstützender Technologie für Menschen mit Behinderungen“, heißt es in einer Mitteilung der Hochschule.

Professor Christian Bühler hat den Lehrstuhl übernommen. Er ist außerdem Leiter des Forschungsinstituts Technologie Behindertenhilfe (FTB).

Impressum

Der **Reha-Report** erscheint vierteljährlich und wird herausgegeben vom Arbeitskreis Gesundheit e.V., Bundeskanzlerplatz 2-10, 53113 Bonn.

Tel.: 02 28/21 21 00
Fax: 02 28/21 22 11

Redaktionsleitung: Yvonne Gabor

Redaktion und Realisation:
Die Medienpartner
Annette Westhoff, Rainer Stahlhacke
Simmerer Str. 7a
50935 Köln
Tel.: 02 21/3403 256

V.i.S.d.P.: Wolfram L. Boschke

Anzeigen: Annette Westhoff
Layout: D+L Reichenberg

Sozialexperte Harry Fuchs

Anspruch auf Reha-Leistungen auch bei Arbeitslosengeld II und Sozialhilfe!

Durch die sogenannten Hartz-Gesetze, insbesondere das Sozialgesetzbuch, Teil II, sowie das Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch (SGB XII) sind die Bezieher von Arbeitslosengeld II und Sozialhilfe in den Mittelpunkt gesetzgeberischen Handelns, aber auch der öffentlichen Diskussion gerückt. Im Vordergrund stehen dabei Fragen der finanziellen Leistungen oder der Angemessenheit des Wohnraumes. Diese Gesetze haben jedoch auch Auswirkungen darauf, ob und unter welchen Voraussetzungen Bezieher von Arbeitslosengeld II oder Sozialhilfe Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten können.

1. Bezieher von Arbeitslosengeld II. Durch das Sozialgesetzbuch II, das den Berechtigten als Barleistung Arbeitslosengeld II gewährt, werden alle Personen zwischen 15 und 65 Jahren erfasst, die erwerbsfähig und hilfebedürftig sind (§ 7 Abs. 1 Satz 1 SGB II). Soweit diese Betroffenen bis 31.12.2004 Sozialhilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz erhielten, sind sie ab 1.1.2005 aus der Sozialhilfe ausgeschieden und erhalten ihre Leistungen nunmehr ausschließlich nach den Regeln des Sozialgesetzbuches II. Dies erklärt die erhebliche Zunahme der Arbeitslosenzahlen ab 1.1.2005 bei gleichzeitigem drastischem Rückgang der Zahl der von den Kommunen zu betreuenden Sozialhilfeempfänger.

Die Bezieher von Arbeitslosengeld II sind – anders als die Empfänger von Sozialhilfe – in der gesetzlichen Krankenversicherung (soweit sie nicht Familienmitglieder sind; § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V) und in der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 3 Abs. 1 Nr. 3a SGB VI) pflichtversichert.

1.1. Nachweis der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen. Die Rentenversicherungsträger erbringen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, wenn ein Versicherter unter anderem in den letzten zwei Jah-

ren vor der Antragstellung sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit hat (§ 11 Abs. 2 Nr. 1 SGB VI). Dabei zählen nach § 55 Abs. 2 SGB VI nicht nur Pflichtbeiträge aus

Auch langjährige Sozialhilfe-Empfänger leistungsberechtigt

einer ausgeübten Beschäftigung, sondern auch Pflichtbeiträge nach besonderen Vorschriften, zum Beispiel die wegen des Bezuges von Arbeitslosengeld II entrichteten Pflichtbeiträge mit.

Damit erfüllen auch langjährige Bezieher von Sozialhilfe, die mangels Entrichtung von laufenden Beiträgen bzw. Erfüllung der Wartezeit von 15 Jahren oftmals schon viele Jahre keine Rehabilitationsleistungen von den Rentenversicherungsträgern mehr beanspruchen konnten, nunmehr wieder die Leistungsvoraussetzungen der Rentenversicherungsträger, wenn für sie wegen des Bezuges von Arbeitslosengeld II für mindestens sechs Monate Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung entrichtet wurden. Das heißt, alle diejenigen, die in der Zeit vom 1.1.2005 bis 30.6.2005 und darüber hinaus Arbeitslosengeld II erhalten haben, können ab 1.7.2005 medizinische und andere Leistungen zur Rehabilitation bei den Rentenversicherungsträgern beantragen.

Nur der Vollständigkeit halber sei darauf hingewiesen, dass aufgrund der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung bereits vom ersten Tage der Versicherung an (gegebenenfalls bereits seit dem 1.1.2005) ein Anspruch auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation gemäß § 40 SGB V entstanden ist, der allerdings mit dem Entstehen der An-



Harry Fuchs

sprüche gegen den Rentenversicherungsträger (im genannten Beispiel ab 1.7.2005) hinter diesen zurücktritt.

1.2. Erfüllung der medizinischen Voraussetzungen. Die berufliche, familiäre und gesellschaftliche Entwicklung von Langzeitarbeitslosen und Sozialhilfeempfängern ist in der Regel mit erheblichen Beeinträchtigungen der Gesundheit und der Erwerbsfähigkeit verbunden. Der Zusammenhang von negativer gesundheitlicher Entwicklung und Langzeitarbeitslosigkeit sowie sonstigen Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ist wissenschaftlich hinreichend belegt. Deswegen dürften bei einer nicht geringen Zahl der Bezieher von Arbeitslosengeld II die medizinischen Voraussetzungen der Rehabilitationsträger für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation vorliegen.

1.3. Besondere Bedingungen des Sozialgesetzbuches Teil II. Das Sozialgesetzbuch, Teil II, findet nur für die 15- bis 65-Jährigen Anwendung, die erwerbsfähig sind. Erwerbsfähig ist nach § 8 SGB II, wer nicht wegen Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit außerstande ist, mit den

üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden tätig zu sein. Diese Regelung ist wortgleich mit der des § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI, der Vorschrift über die Rente wegen voller Erwerbsminderung. Während die Rentenversicherungsträger über eine jahrzehntelange Erfahrung bei der Durchführung

Arbeitsagenturen müssen erst Erfahrung sammeln

dieser Regelung verfügen, müssen die Dienststellen der Bundesagentur für Arbeit, denen die alleinige Feststellungsbefugnis zur Erwerbsfähigkeit im Rahmen der Durchführung des SGB II zugeordnet ist (§ 44a SGB II), nicht nur diese Erfahrungen noch sammeln, sondern auch die Instrumente zur Prüfung der Erwerbsfähigkeit erst entwickeln.

Es ist zu befürchten, dass es eine geraume Zeit benötigt, bis der gleiche Sachverhalt von den Trägern der Rentenversicherung und den Dienststellen der Bundesagentur für Arbeit in etwa einheitlich beurteilt wird.

Die Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und die in den Entlassungsberichten zur Erwerbsfähigkeit enthaltenen fundierten Feststellungen könnten eine gemeinsame und tragfähige Grundlage für die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit sein, die auch den Betroffenen ohne langfristige Auseinandersetzungen ein zutreffendes Ergebnis gewährleistet.

Dies gilt umso mehr für die Durchführung der Zumutbarkeitsregelungen. Die Bezieher von Arbeitslosengeld II sind nämlich verpflichtet, jedwede Arbeit anzunehmen, die zumutbar ist. Zumutbar ist nach § 10 Abs. 1 Nr. 1 SGB II jede Arbeit, es sei denn, dass der Betroffene zu bestimmten Arbeiten körperlich, geistig oder seelisch nicht in der Lage ist. Die Klärung dieser Frage dürfte aus vielfältigen Gründen für die Betroffenen (Beispiel: Spargelstechen) noch strittiger sein als die Frage der Erwerbsfähigkeit.

Es ist nach dem Sozialgesetzbuch, Teil IX, Aufgabe der Rehabilitationsträger, Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft unter anderem durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu beseitigen, zu adaptieren oder zu kompensieren. In diesem Zusammenhang ist nicht nur der Rehabilitationsbedarf funktionsbezogen festzustellen (§ 10 Abs. 1 SGB IX). Das Ergebnis dieser Feststellungen beinhaltet insbesondere die Klärung, zu welchen Arbeiten jemand körperlich, geistig oder seelisch nicht in der Lage ist und mit welchen Rehabilitationsleistungen diese Beeinträchtigungen beseitigt werden können. Den Betroffenen ist deshalb zielgerichtet und wirksam zu helfen, wenn man Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einleitet.

Die Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist durch das Inkrafttreten des Sozialgesetzbuches, Teil II, kräftig gesunken, dennoch erhalten auch weiterhin zum Teil ganze Bevölkerungsgruppen Sozialhilfe, die einen beachtlichen Rehabilitationsbedarf, häufig aber keinen direkten Zugang zu den Leistungen eines Sozialversicherungsträgers haben, weil dort kein Versicherungsverhältnis besteht oder die dort geforderten Voraussetzungen für die Leistungsgewährung noch nicht oder nicht mehr erfüllt werden können. Dabei handelt es sich insbesondere um Kinder und Jugendliche, aber auch um Rentenbezieher und andere ältere Menschen.

Die Sozialhilfeträger konnten bereits vor dem Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) wie

die Träger der medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Hilfen zur Gesundheit bzw. Eingliederungshilfen bei behinderten Menschen (heute §§ 47ff SGB XII) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringen – wobei sich die Leistungen inhaltlich an den Vorschriften des SGB IX zu orientieren hatten und damit den Leistungen der Rehabilitationsträger entsprachen. Davon ist jedoch nicht

bedarfsgerecht Gebrauch gemacht worden. Seit dem 1.1.2004 übernehmen die Krankenkassen nach § 264 Abs. 2 SGB V die Krankenbehandlung der Empfänger von Sozialhilfe. Sie führen damit nach § 11 Abs. 1 i.V.m. § 27 Abs. 1 Nr. 6 SGB V auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen für Sozialhilfeempfänger durch. Für Sozialhilfeempfänger, die nach § 264 Abs. 4 Satz 2 SGB V im Besitz einer Krankenversicherungskarte sind, können deshalb Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entsprechend der Rehabilitationsrichtlinie nach § 92 Abs. 1 Nr. 8 SGB V verordnet werden.

3. Einleitung von medizinischen Leistungen zur Rehabilitation durch den niedergelassenen Arzt. Die

Gesetzliche Verpflichtung selten beachtet

bedarfsgerecht Gebrauch gemacht worden.

Seit dem 1.1.2004 übernehmen die Krankenkassen nach § 264 Abs. 2 SGB V die Krankenbehandlung der Empfänger von Sozialhilfe. Sie führen damit nach § 11 Abs. 1 i.V.m. § 27 Abs. 1 Nr. 6 SGB V auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen für Sozialhilfeempfänger durch. Für Sozialhilfeempfänger, die nach § 264 Abs. 4 Satz 2 SGB V im Besitz einer Krankenversicherungskarte sind, können deshalb Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entsprechend der Rehabilitationsrichtlinie nach § 92 Abs. 1 Nr. 8 SGB V verordnet werden.

3. Einleitung von medizinischen Leistungen zur Rehabilitation durch den niedergelassenen Arzt. Die

Dienststellen der Bundesagentur für Arbeit, die Arbeitsgemeinschaften und die Kommunen, die vom Optionsrecht Gebrauch gemacht haben, das heißt alle Stellen, die das Sozialgesetzbuch II durchführen, sind zwar nach § 8 SGB IX zur Prüfung verpflichtet, ob Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erfolgreich sein könnten. Bisher wird diese gesetzliche Verpflichtung selten beachtet.

Die niedergelassenen Ärzte sollten deshalb ihre Möglichkeit ausschöpfen, ihren Patienten, die Arbeitslosengeld II oder Sozialhilfe beziehen und häufig unter erheblichen Beeinträchtigungen ihrer gesellschaftlichen Teilhabe leiden, zu helfen. Sie sollten Patienten, die Arbeitslosengeld II beziehen, empfehlen, über die nächstgelegene gemeinsame Service-Stelle (siehe Reha-Report 4/2003) oder unmittelbar einen Antrag auf medizinische Rehabilitationsleistungen beim zuständigen Rentenversicherungsträger zu stellen, wenn sie solche Leistungen aus ärztlicher Sicht für geboten halten oder über die Frage der Leistungsfähigkeit im Rahmen der Zumutbarkeitsregelungen oder gar über die Frage der Erwerbsfähigkeit Dissens zwischen ihrem Patienten und den das Sozialgesetzbuch II durchführenden Dienststellen besteht.

Für Bezieher von Sozialhilfe, das heißt in der Regel Kinder und Jugendliche oder ältere Menschen (etwa Rehabilitation vor Pflege) sollten sie medizinische Leistungen zur Rehabilitation nach der Rehabilitationsrichtlinie (vergleiche Reha-Report 1/2004) verordnen.

Studie mit fast 1000 Teilnehmern

Blutdrucksenker Reha ...

Eine mehrwöchige Reha kann das kardiovaskuläre Risiko um bis zu 50 Prozent senken. Das hat eine Studie an einer Rehaklinik in Todtmoos ergeben. Die Probanden litten unter Bluthochdruck und unterzogen sich einem 25-tägigen kardiologischen Reha-Programm.

Im Vordergrund stand eine grundlegende Veränderung des Lebensstils mit viel Bewegung, gesünder Ernährung und der Vermeidung von Risikofaktoren wie Rauchen und Alkohol. Zu Beginn der Re-

ha wurde der Blutdruck mit Gelegenheitsmessung, 24-Stunden-Blutdruckmessung und Ergometrie geprüft. Zudem bestimmten die Mediziner das individuelle kardiovaskuläre Risiko anhand eines entsprechenden Scores.

Die Resultate nach der Reha: Das kardiovaskuläre Risiko sank im Mittel von 3,8 auf 2,1 Punkte. Neben dem Blutdruck gingen die Cholesterinwerte (LDL) um rund 20 Prozent sowie der Body-Mass-Index (um sieben Prozent) zurück.



Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen

Hoher langfristiger Effekt

Eine Auswertung von Erhebungen zur Ergebnisqualität von Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen zeigt, dass diese sehr effektiv sind. Schon sechs Monate nach einer solchen Maßnahme ist die Anzahl der Hausarztbesuche im Durchschnitt um die Hälfte zurückgegangen. Dieser Effekt ist auch noch nach einem Jahr konstant festzustellen. Im selben Umfang nimmt die Zufriedenheit mit der Gesundheit zu. Darüber hinaus geht der Medikamenten-Verbrauch deutlich zurück.

Dieses Ergebnis spricht für eine hohe Effizienz der Maßnahmen. Bei der Mehrheit der Patienten führen

die Reha-Maßnahmen zu einer größeren Selbstverantwortung und verbessertem Gesundheitsbewusstsein.

Je positiver die Veränderung von gesundheitsrelevanten Lebensbereichen und Verhaltensweisen beurteilt wird, desto größer sind auch die Effekte hinsichtlich der Reduktion von psychosozialen Belastungen und körperlichen Beschwerden. Bei den Aktivitäts- und Partizipationsstörungen kann die Erziehungskompetenz der Patienten nachhaltig verbessert werden.

Die positiven Effekte besonders im Bereich der Mutter-Kind-Interaktion wirken sich nachhaltig auf die Entwicklung der Kinder aus.