

Zielgruppenspezifische Empfehlungen zur verstärkten Umsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“

erarbeitet im Rahmen des DVfR-Projekts

„Rehabilitation vor Pflege - Lösungshilfen für ein Strukturproblem in Deutschland“

Inhalt

Seite

- 2 - 4 Empfehlung für den **Medizinischen Dienst der Krankenkassen**
- 5 - 7 Empfehlung für die **trägerübergreifenden Servicestellen**
- 8 - 11 Empfehlung für die **begleitenden Dienste**
- 12 - 16 Empfehlung für das Handlungsfeld **„Akutmedizin“**
- 17 - 31 Empfehlung für die **Sozialgerichtsbarkeit**

Verfasser:

Deutscher Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e. V.

(DVfR)

Friedrich-Ebert-Anlage 9, 69117 Heidelberg

Tel: 06221 / 2 54 85

Fax: 06221 / 16 60 09

E-Mail: info@dvfr.de

Empfehlung für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen zur verstärkten Umsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“

der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e.V. (DVfR), Heidelberg, erarbeitet im Rahmen des Projekts „Rehabilitation vor Pflege“, im Oktober 2002

Rehabilitationspotenziale frühzeitig zu erkennen und zu erschließen ist in vielen Fällen, z. B. bei Demenzerkrankungen oder der Parkinsonkrankheit, notwendig, um den Krankheitsverlauf und damit eine drohende Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern oder abzumildern.

Kontaktpersonen der betroffenen Menschen, vor allem die Angehörigen, anderweitige Betreuungspersonen und die behandelnden Ärzte, können in diesem Zusammenhang ein „Frühwarnsystem“ bilden, wenn sie über Methodik und Zweckrichtung von Rehabilitationsscreening und Rehabilitationsassessment hinreichend informiert sind und ihnen Ansprechpartner zur kompetenten Beratung und Durchführung rehabilitationsvorbereitender Maßnahmen zur Verfügung stehen.

Bundesweit werden jährlich ca. 700.000 Erstanträge auf Leistungen nach dem SGB XI gestellt¹. Ein Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung ist ein Zeichen dafür, dass eine bewusste Auseinandersetzung mit der Alltagsbewältigungskompetenz bei der antragstellenden Person und/oder ihrem Umfeld eingesetzt hat.

Hierin wird eine Chance für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) gesehen, eine Weichenstellungsfunktion² einzunehmen.

Im Rahmen der Begutachtung nach SGB XI wird bereits ein wenn auch auf wenige Verrichtungen beschränktes³ Fähigkeitsprofil der Antragsteller/-innen erstellt.

Würde diese Erhebung im Sinne eines rehabilitationswissenschaftlichen Assessments weiterentwickelt⁴, könnten Rehabilitationsbedarfe und Rehabilitationspotenziale mit geringem organisatorischem Aufwand zuverlässig abgeklärt werden und, aufgrund der Nähe von Rehabilitationswissenschaft und Pflegewissenschaft, auch systematisch wichtige Erkenntnisse gewonnen werden, die eine Verbesserung der Pflegeplanung ermöglichen.

¹ Leistner, K., Ergebnisbericht Arbeitsgruppe 6, Düsseldorf 2001 (2002).

² Leistner, K., Ergebnisbericht Arbeitsgruppe 6, Düsseldorf 2001 (2002).

³ Fuchs, H., Düsseldorf 2001 (2002), S. 53 (55) : „Der pflegerische Bedarf, der nicht durch das Pflegeversicherungsgesetz, wohl aber durch andere Rechtsgrundlagen (z. B. SGB VIII, BSHG) definiert ist, wird derzeit ... weder vollständig erfasst, noch für die Leistungserbringung gewürdigt.“

⁴ Wingenfeld, K., Stellungnahme gegenüber der DVfR, 2002 (Expertenbefragung): „Der Einschätzung von Rehabilitationspotenzialen im Rahmen der Begutachtung nach SGB XI kommt heute ... noch nicht die Bedeutung zu, die sie haben könnte und sollte. Es wäre wünschenswert, diese Einschätzung stärker zu qualifizieren ... und die Verfahrensweisen zu optimieren, mit denen die Empfehlungen des Gutachters praktisch wirksam werden können.“

Eine naheliegende Weiterentwicklungsmöglichkeit der bislang für das Begutachtungsfeld Rehabilitation noch wenig ausführlichen „Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen für die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches“ besteht darin, die vom MDK bereits im Bereich der medizinischen Rehabilitation angewandten Begutachtungs-Richtlinien „Vorsorge und Rehabilitation“ zu integrieren.

Die Begutachtungs-Richtlinien „Vorsorge und Rehabilitation“ sind bereits in der gutachterlichen Tätigkeit des MDK erprobt und stellen aus unserer Sicht auch fachlich eine brauchbare Entwicklungsgrundlage für ein umfassenderes Rehabilitationsassessment dar: Ihnen liegt bereits das international erarbeitete bio-psycho-soziale Modell von Behinderung zu Grunde⁵. Dieser Umstand erleichtert die Einarbeitung weiterer Elemente zeitgemäßer Assessmentinstrumente.

Schon die Implementierung der Rehabilitationsbegutachtung in das reguläre Begutachtungsverfahren nach Antragstellung auf Leistungen aus den Pflegekassen verspricht hingegen eine zielgenauere Steuerung von Rehabilitationsleistungen bei Menschen, die pflegebedürftig oder von Pflegebedürftigkeit bedroht sind.

Darüber hinaus ist eine gezielte und konsequente Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gutachter des MDK zu Fachkräften für Rehabilitationsassessment sachgerecht, um sie zu befähigen, zwischen den im Einzelfall geeignetsten Assessmentinstrumenten zu wählen. Für eine zutreffende Situationsanalyse hinsichtlich Antragsteller und Patienten ist es unerlässlich, sowohl bei der Erhebung der medizinischen Daten als auch bei Kontextfaktoren das Team der bislang für den Betroffenen tätigen Personen zu den Beratungen hinzuzuziehen und unter diesen eine bewusste Vernetzung zu initiieren, wo eine solche noch nicht eingetreten ist⁶. Dies ist darüber hinaus eine ressourcenorientierte Herangehensweise an die Aufgabe des Medizinischen Dienstes, gemäß § 80 SGB XI die Qualitätsentwicklung der Pflegeleistungsanbieter zu begleiten. Ein bewusst netzwerkorientierter Ansatz des Medizinischen Dienstes hilft zu vermeiden, Qualität lediglich „in die Einrichtung hineinzuprüfen“⁷.

Eine weitgehende Integrationschance bei der Zugangssteuerung zu pflegepräventiver Rehabilitation besteht in einer engen Zusammenarbeit des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) mit den trägerübergreifenden Servicestellen. Vorbehaltlich einer datenschutzrechtlichen Überprüfung liegen die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür bereits vor, da die Pflegeversicherung gemäß § 31 SGB XI zur Einzelfallprüfung hinsichtlich des Rehabilitationsbedarfes und zur engen Zusammenarbeit mit den Trägern der Rehabilitation verpflichtet ist. Auch die Servicestellen sind zu einer Zusammenarbeit mit den Pflegekassen gemäß § 22 Absatz 1 Satz 4 SGB IX bei drohender oder eingetretener Pflegebedürftigkeit verpflichtet.

⁵ ICF, deutsche Fassung, Stand 07/2002, S. 16 ff. und 25 f.

⁶ Ausführlich zu Vernetzungsmethoden: Pfeffer, J., Seibt, G., Düsseldorf 2001 (2002), S. 290 ff.

⁷ Brucker, U., Düsseldorf 2001 (2002), S. 173 (176).

Die DVfR sieht es als sachgerecht an, dass der Medizinische Dienst der Krankenkassen mit den Servicestellen Kontakt aufnimmt, wenn ein Pflegeantrag gestellt wird und auf diese Weise ein Rehabedarf abzuklären ist. Eine Vernetzung des Medizinischen Dienstes mit den Servicestellen ist auch geeignet, den Vorteil der ambulanten Struktur des MDK für die Arbeit der Servicestellen nutzbar zu machen und so die Schwelle zur Inanspruchnahme der Beratungsleistung zu senken.

Literatur

Brucker, Uwe: Erwartungen an das Gesetz zur Sicherung der Qualität in der Pflege, in: Pflegebedürftigkeit – Herausforderung für die Rehabilitation: europäische Fachtagung, 3. bis 5. Oktober 2001 in Düsseldorf, Ulm 2002, S. 173–177

Fuchs, Harry: Weiterentwicklung der Pflegeversicherung – Ein ordnungs- und strukturpolitischer Ansatz zur Lösung des Problems „Rehabilitation vor Pflege“, in: Pflegebedürftigkeit – Herausforderung für die Rehabilitation: europäische Fachtagung, 3. bis 5. Oktober 2001 in Düsseldorf, Ulm 2002, S. 53–65

Leistner, Klaus: Ergebnisbericht Arbeitsgruppe 6 „Rehabilitation und Pflege bei älteren Menschen“, in: Pflegebedürftigkeit – Herausforderung für die Rehabilitation: europäische Fachtagung, 3. bis 5. Oktober 2001 in Düsseldorf, Ulm 2002, S. 297–298

Pfeffer, Juliane, und Seibt, Gabriele: Das „Netzwerk im Alter“ – Verbindlichkeit und Steuerung eines Altenhilfenetzwerkes in Berlin-Pankow, in: Pflegebedürftigkeit – Herausforderung für die Rehabilitation: europäische Fachtagung, 3. bis 5. Oktober 2001 in Düsseldorf, Ulm 2002, S. 290–293

Empfehlung für die trägerübergreifenden Servicestellen zur verstärkten Umsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“

der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e.V. (DVfR), Heidelberg, erarbeitet im Rahmen des Projekts „Rehabilitation vor Pflege“, im Oktober 2002

Zur Verbesserung der Zugangssteuerung errichten die Leistungsträger der Rehabilitation nach § 22 ff. SGB IX derzeit trägerübergreifende regionale Servicestellen⁸. Grund dafür ist, dass eine erfolgreiche Rehabilitation in vielen Fällen Leistungen verschiedener Leistungsgruppen umfasst und schon beim Zugang zur Rehabilitation Vorentscheidungen fallen, die über Verlauf und Erfolg der Gesamtmaßnahme und ihrer einzelnen Phasen mitentscheiden⁹. Ziel ist es, dass die Klärung des Rehabilitationsbedarfs und die sozialrechtliche Klärung parallel verlaufen und zu einem raschen Abschluss gebracht werden¹⁰. Positiv ist hierbei zu vermerken, dass das Gesetz einen umfassenden Beratungsansatz verfolgt, der sich vom Abklären der Leistungsvoraussetzungen über Bedarfsklärung und Zuständigkeitsfragen bis in die Bewilligungs- und sogar in die Leistungsphase hinein erstreckt. Die Servicestellen sind darüber hinaus herausgefordert, die Entscheidungen der Leistungsträger so umfassend vorzubereiten, dass trotz unverändert bestehender Trägerautonomie Sachentscheidungen nur noch im Ausnahmefall trägerseitigen Bearbeitungsaufwand erfordern. Beließen es die Servicestellen aus Scheu, Trägerentscheidungen vorzugreifen, bei einer schlichten Klärung der Zuständigkeiten, liefen sie Gefahr, Sinn und Zweck des Gesetzes zu unterminieren.

Die gemeinsamen Servicestellen können als Mitgestalter der Rehabilitationssteuerung gestärkt werden, wenn sie personell und sachlich so ausgestattet werden, dass sie in die Lage versetzt sind, bei der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen in Konfliktfällen auch dann einbezogen zu werden, wenn der Beratung suchende oder einen Antrag auf Rehabilitation stellende Mensch sich direkt an den seiner Auffassung nach zuständigen Rehabilitationsträger gewandt hat. Dies betrifft insbesondere den Fall, dass sich Überschneidungen zu den Zuständigkeitsbereichen anderer Träger ergeben¹¹.

⁸ Siehe Rahmenempfehlungen, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2001.

⁹ Regierungsentwurf SGB IX, BT-Drucks. 14/5074, S. 105.

¹⁰ Knittel, B., SGB IX § 22 Rn. 11.

¹¹ Münzberg, P., Stellungnahme gegenüber der DVfR 2002 (Expertenbefragung): „Bisher ist ... nicht absehbar, ob und ab wann die Servicestellen zu einer Beschleunigung und Verbesserung der erforderlichen Entscheidungen führen. Aus unserer Sicht wird nach wie vor versucht, Leistungen immer dem anderen Leistungsträger zuzuordnen.“

Bereits vorhandene kommunale oder regionale Beratungsstellen¹², sozialpädiatrische Zentren¹³ sowie Behindertenverbände und Selbsthilfegruppen können die regionalen Servicestellen unterstützen und zur Verringerung der Schnittstellenproblematik beitragen. „In den nach § 22 SGB IX einzurichtenden ‚Gemeinsamen Servicestellen‘ ist umfassendes Wissen über das Krankheitsbild der Demenz und das Rehabilitationspotenzial ebenso notwendig wie Informationen über alle ‚gemeindenahen‘ Interventionsmöglichkeiten.“¹⁴ So sehen es z.B. Fachleute der Gerontopsychiatrie, und nicht nur diese.

Einen positiven Beitrag zum „Case-Management“ leisten die Gemeinsamen Servicestellen, wenn sie darauf hinwirken¹⁵, dass

- alle an der Rehabilitation Beteiligten in den Problemlösungsprozess nach ihrer jeweiligen Kompetenz mit wechselnder Intensität und Verantwortlichkeit aktiv eingebunden werden,
- strukturierte, konsensorientierte Vorgehensweisen unter allen in Frage kommenden Leistungsträgern abgesprochen und umgesetzt werden,
- Zielvereinbarungen mit messbaren Ergebnisvorgaben für Rehabilitation und Pflege getroffen werden,
- die Prozesssteuerung an Vorgaben der „good practice“ für die einzelnen Bereiche ausgerichtet wird,
- alle Prozessbeteiligten in einen übergreifenden Kommunikationsprozess auf der Basis internationaler Standards (ICF) eingebunden werden und sich über die jeweiligen Wahrnehmungen und Interventionen gegenseitig in Kenntnis halten.

Eine weitgehende Integrationschance bei der Zugangssteuerung zu pflegepräventiver Rehabilitation besteht in einer engen Zusammenarbeit des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) mit den trägerübergreifenden Servicestellen. Vorbehaltlich einer datenschutzrechtlichen Überprüfung liegen die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür bereits vor, da die Pflegeversicherung gemäß § 31 SGB XI zur Einzelfallprüfung hinsichtlich des Rehabilitationsbedarfes und zur engen Zusammenarbeit mit den Trägern der Rehabilitation verpflichtet ist. Auch die Servicestellen sind zu einer Zusammenarbeit mit den Pflegekassen gemäß § 22 Absatz 1 Satz 4 SGB IX bei drohender oder eingetretener Pflegebedürftigkeit verpflichtet.

Die DVfR sieht es als sachgerecht an, dass der Medizinische Dienst der Krankenkassen mit den Servicestellen Kontakt aufnimmt, wenn ein Pflegeantrag gestellt und auf diese Weise seitens der Antragstellerin bzw. des Antragstellers implizit ein Rehabilitationsbedürfnis signalisiert wurde. Eine Vernetzung des Medizinischen Dienstes mit den Servicestellen ist auch

¹² Grunwald, G., Düsseldorf 2001 (2002), S. 210: „... die Kommune [trägt] Verantwortung für effektive Versorgungsstrukturen und [muss] dabei eine koordinierende Funktion wahrnehmen Diese ist darauf gerichtet, die Kommunikation zwischen sozialen Anbietern zu fördern und verbindliche Verfahrensweisen zu vereinbaren.“

¹³ Hollmann, H., Düsseldorf 2001 (2002), S. 229.

¹⁴ Höft, B., Paulus, H. J., Ergebnisbericht Arbeitsgruppe 9, Düsseldorf 2001 (2002), S. 419 (420).

¹⁵ Nach Lürken, L., Ergebnisbericht Arbeitsgruppe 4, Düsseldorf 2001 (2002), S. 220 (221).

geeignet, den Vorteil der ambulanten Struktur des MDK für die Arbeit der Servicestellen nutzbar zu machen und so die Schwelle zur Inanspruchnahme der Beratungsleistung zu senken.

Literatur

Grunwald, Gisela: Berliner „Netzwerk im Alter“ zur Optimierung der Versorgung und Rehabilitation älterer Bürgerinnen und Bürger, in: Pflegebedürftigkeit – Herausforderung für die Rehabilitation: europäische Fachtagung, 3. bis 5. Oktober 2001 in Düsseldorf, Ulm 2002, S. 210–213

Höft, Barbara, und Paulus, Hermann J.: Empfehlungen für Leistungsstandards in der gerontopsychiatrischen Pflege – Eine Option für die Qualitätssicherung in der Rehabilitation Demenzkranker, in: Pflegebedürftigkeit – Herausforderung für die Rehabilitation: europäische Fachtagung, 3. bis 5. Oktober 2001 in Düsseldorf, Ulm 2002, S. 391–394

Hollmann, Helmut: Sozialpädiatrische Zentren – Möglichkeit der Habilitation und Rehabilitation von entwicklungsgestörten, behinderten und chronisch kranken Kindern und Jugendlichen, in: Pflegebedürftigkeit – Herausforderung für die Rehabilitation: europäische Fachtagung, 3. bis 5. Oktober 2001 in Düsseldorf, Ulm 2002, S. 229–232

Knittel, Bernhard: SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, Kommentar und Rechtssammlung, Starnberg 2001

Lürken, Lothar: Ergebnisbericht Arbeitsgruppe 4 „Case-Management im Spannungsfeld zwischen Rehabilitation und Pflegebedürftigkeit, in: Pflegebedürftigkeit – Herausforderung für die Rehabilitation: europäische Fachtagung, 3. bis 5. Oktober 2001 in Düsseldorf, Ulm 2002, S. 220–221

Empfehlung für die begleitenden Dienste zur verstärkten Umsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“

der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e.V. (DVfR), Heidelberg, erarbeitet im Rahmen des Projekts „Rehabilitation vor Pflege“, im Oktober 2002

Begleitende Dienste im Sinne dieses Kapitels sind nichttherapeutische Angebote, die Orientierungshilfe für Menschen anbieten, die von einer akuten Krankheit betroffen sind: Krankenhaussozialdienst, ambulante begleitende Dienste und Krankenhausseelsorge.

Der Arbeit der Krankenhaussozialarbeit liegt ein Konzept des Casemanagements zu Grunde, das sich wie folgt zusammenfassen lässt: „Verknüpfung der individuellen Lebenssituation und dem subjektiven Erleben der Krankheit und deren Folgen, zum einen mit medizinischen Fakten, vorhandenen Funktionsstörungen und sozialen Beeinträchtigungen, zum anderen mit dem Leistungsangebot der Rehabilitation und Nachsorge.“¹⁶

Bei der Beratung von Menschen, die bei Entlassung aus einer stationären akutmedizinischen Behandlung an der Schwelle zur Pflegebedürftigkeit stehen, kann ein Krankenhaussozialdienst mit Patientinnen und Patienten ressourcenorientiert Alltagsperspektiven entwickeln, Kontakte zu ihren oder seinen Kontaktpersonen knüpfen und aktivierend auf das Umfeld einwirken¹⁷. Die so gewonnenen Erkenntnisse kann er im Rahmen des Unterstützungsteams fachkundig kommunizieren und darauf hinwirken, dass das weitere Vorgehen mit allen Beteiligten einschließlich der Leistungsträger vernetzt wird. In Zusammenarbeit mit den Klientinnen und Klienten und allen an der Unterstützung und Förderung beteiligten Personen kann er Hilfepläne erstellen. Krankenhaussozialarbeit versteht sich dezidiert ganzheitlich¹⁸. Sie nimmt gezielt personale, soziale und familiäre Ressourcen der Patienten in den Blick¹⁹. Damit erlangt sie wichtige Informationen im Bereich der sogenannten Kontextfaktoren, die bei der Ermittlung von Rehabilitationspotenzial und Rehabilitationsbedarf von Bedeutung sind.

¹⁶ Nau, H., Düsseldorf 2001 (2002), S. 193.

¹⁷ Nau, H., Düsseldorf 2001 (2002), S. 193 (194): „Beratung und Unterstützung im Kontext der Frage der Erfolgsaussichten von Rehamaßnahmen zur Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit schließt Angehörige ... grundsätzlich ein. Auch ihnen muss zunächst Gelegenheit eingeräumt werden, sich zu orientieren und Gedanken zu äußern, die mit den für Familiensysteme oft sehr einschneidenden Veränderungen in Zusammenhang stehen. Sofern eine Aktivierung der Angehörigen möglich ist, kann dies erheblich zum Gelingen von Rehamaßnahmen beitragen.“

¹⁸ Hegeler, H., Düsseldorf 2001 (2002), S. 214: „... die medizinorientierten Dimensionen müssen um klinikexterne Kriterien erweitert werden, die die soziale Situation des Patienten und sein individuelles Erleben qualitativ erfassen. Für den Betroffenen stehen der individuelle Bedeutungszusammenhang seines Krankseins mit den Auswirkungen auf die Bewältigung des Alltags und die damit verbundenen psychischen und sozialen Veränderungen im Zentrum eines alltags- und lebensorientierten Handlungsansatzes.“

¹⁹ Ulrich, H., Düsseldorf 2001 (2002), beschreibt fünf Leistungsbereiche von Krankenhaussozialarbeit: *psychosoziale Intervention, soziale Intervention, wirtschaftliche Intervention, Nachsorge und Rehabilitation.*

Durch die Entwicklung von Hilfeplänen, gemeinsam mit Behandlungsteam, Angehörigen, Patienten und in Abstimmung mit den Leistungsträgern, können medizinische, pflegerische und rehabilitative Aspekte integriert werden²⁰.

Bei der Überleitung von Patienten in die häusliche Pflege oder ambulante Rehabilitation kann es sinnvoll sein, pflegerische und rehabilitativ geschulte Fachkräfte als Ansprechpartner für die ambulanten Pflegedienste, Altenheime und Angehörigen bereitzustellen, die Informationsdefizite bei der Pflege- oder Rehabilitationsüberleitung aus dem Krankenhaus überbrücken können²¹.

Die im Bereich der Krankenhaussozialarbeit gesammelten positiven Erfahrungen im Bereich des Schnittstellenmanagements ermutigen, eine dezentrale, mobile Begleitstruktur nach schwerer Erkrankung auch für ambulant behandelte Patientinnen und Patienten anzudenken. Sachgerecht wäre eine Anbindung an die entstehenden regionalen Servicestellen, die, anders als „Versorgungsmanager²²“ einer Krankenkasse, einen trägerübergreifenden Ansatz verfolgen.

Krankenhauseelsorge verfolgt ein Konzept der Parteilichkeit für den Patienten als „schwächstes Glied“ der Organisationseinheit Krankenhaus²³. Mit ihrem Ziel, Ungleichheiten und strukturelle Asymmetrien in den Beziehungen der Patientinnen und Patienten zum professionellen Klinikpersonal zu überbrücken²⁴, kann sie eine wichtige Kommunikationsinstanz für die Sorgen und Bedürfnisse ihrer Klient(inn)en und für deren soziale Umfeld sein.

Förderliche Selbststeuerungsprozesse²⁵ und eine Zukunftsorientierung im Bereich der „Mitbetroffenen“, die auch Umfeld und Kontext der Rehabilitandin oder des Rehabilitanden bilden, können initiiert werden, indem Krankenhauseelsorge aus einer unabhängigen und patientensolidarischen Position (die auch eine kritische Distanz zu Krankenhausstrukturen und Mitarbeitenden beinhalten kann) zur Berücksichtigung der seitens der Patient(inn)en geäußerten Bedürfnisse beiträgt, indem sie in das der Patientin oder dem Patienten zugeordnete Team hinein wirkt²⁶. Durch eine mit der Patientin oder dem Patienten rückgekoppelte, parteiliche Beteiligung an den Beratungen in den Teams fördert Krankenhauseelsorge den für Heilung und Rehabilitation unerlässlichen Selbstbestimmungsaspekt. Sie stärkt die betroffenen Menschen durch umfassende Begleitung, die leichter als andere Berufsgruppen auch das Umfeld einbeziehen kann²⁷. So wirkt Krankenhauseelsorge dem entgegen, dass die

²⁰ Nau, H., Stellungnahme gegenüber der DVfR, 2002 (Expertenbefragung).

²¹ Joosten, M., Düsseldorf 2001 (2002), S. 198 (200).

²² Schmitz, Ch., Düsseldorf 2001 (2002), S. 193 f.

²³ Kircher, M., 1994, S. 90.

²⁴ Siegrist, J., 1996, S. 28 (31, 36–39).

²⁵ Hészer, G., 1996, S. 161 ff.

²⁶ Klessmann, M., 1996, S. 13 (16 ff.).

²⁷ Einen systemischen Ansatz verfolgt hierbei Hészer, G., 1996, S. 161 (163): „Leitfrage: Für wen und für welche Beziehungen soll ich Unterstützung leisten, damit die familiären Ressourcen dem Kranken und allen Mitbetroffenen hilfreicher werden können.“

„funktionalisierte“, entfremdend wahrgenommene Kehrseite eines effektiven (Notfall-) Medizinbetriebes zu einer Distanzierung zwischen der Patientin oder dem Patienten und wichtigen Umfeldpersonen führt²⁸. Durch eine bewusste Wahrnehmung der einschneidenden Brüche, die schwere akute Erkrankungen und stationäre Krankenhausaufenthalte in den Biographien der Klientinnen und Klienten bewirken, werden für das Leben „nach“ einer akutmedizinischen Phase wichtige Grundlagen gelegt und Ressourcen erhalten oder mobilisiert. Wünschenswert wären bei der Angehörigen- und Mitbetroffenenarbeit im Krankenhaus bereits eine gezielte Auseinandersetzung mit der rehabilitativen Situation nach einer akutmedizinischen Phase und gegebenenfalls eine Vorbereitung der nachrehabilitativen Phase einer Rückkehr in das „alltägliche“ Umfeld durch kompetent unterstützte Entwicklung von Perspektiven sowie die verstärkte Nutzung der flächendeckenden Strukturen der Kirchen zur Vermittlung von hilfreichen lokalen Kontakten.

Literatur:

Hegeler, Hildegard: Case-Management im Netzwerk der integrierten Versorgung – Möglichkeiten der interdisziplinären Zusammenarbeit, in: Pflegebedürftigkeit – Herausforderung für die Rehabilitation: europäische Fachtagung, 3. bis 5. Oktober 2001 in Düsseldorf, Ulm 2002, S. 214–217

Hészer, G.: Seelsorge mit Angehörigen und Mitbetroffenen, in: Klessmann, M. (Hrsg.): Handbuch der Krankenhauseelsorge, Göttingen 1996, S. 161–170

Joosten, Marly: Vorstellung des Verzahnungsmodells: Pflege-Überleitung „Die Brücke nach Hause“ – Modell einer erfolgreichen Vernetzung: „Die Brücke“ am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke, in: Pflegebedürftigkeit – Herausforderung für die Rehabilitation: europäische Fachtagung, 3. bis 5. Oktober 2001 in Düsseldorf, Ulm 2002, S. 198–204

²⁸ Streit, G., Düsseldorf 2001 (2002), S. 246: „Wir hatten vom ersten Moment des Unfalls an eine hohe Motivation, unsere Kinder im Leben wie im Sterben zu begleiten. Mit dem Feuerwehreinsatz war für uns gleichzeitig ein Notfallseelsorger angefordert worden, der diesen Wunsch nach Begleitung für uns in den beiden verschiedenen Krankenhäusern organisierte. Er begleitete mich nach dem Unfall 6 Stunden lang und sorgte dafür, dass wir unsere Kinder sehen konnten. Im Kinderkrankenhaus kam täglich eine Seelsorgeschwester, die sich um Essen für uns kümmerte und uns eine Liege in Oskars Zimmer stellen ließ. Sie hieß auch unseren älteren Sohn mit Saft und Salzstangen am Intensivbett seines Bruders willkommen. Dieses Willkommensein, der Platz am Intensivbett war für uns – Eltern und Großeltern – in allen drei Krankenhäusern spürbar. Als Oskar und Lisa weniger Apparate brauchten, wurden wir ermuntert, mehr und mehr Betreuung und Pflege zu übernehmen. Dadurch gab es trotz Oskars ernstem Zustand keine Entfremdung oder Berührungsangst.“

<p>Kircher, Matthias: Seelsorge unter den Bedingungen des modernen Krankenhauses unter besonderer Berücksichtigung des Krankenhauses Bethanien, Beiträge zur Diakoniewissenschaft – neue Folge, Band 20, 1994</p>
<p>Klessmann, M.: Einleitung: Seelsorge in der Institution Krankenhaus, in: ders. (Hrsg.): Handbuch der Krankenhauseelsorge, Göttingen 1996, S. 13–27</p>
<p>Nau, Hans: Anfangssteuerung – der Schlüssel zum Erfolg der Rehabilitation von Menschen an der Schwelle zur Pflegebedürftigkeit, in: Pflegebedürftigkeit – Herausforderung für die Rehabilitation: europäische Fachtagung, 3. bis 5. Oktober 2001 in Düsseldorf, Ulm 2002, S. 193-195</p>
<p>Schmitz, Christian: Konzepte der Fallsteuerung bei den Leistungsträgern unter besonderer Berücksichtigung pflegebedürftiger Menschen – aus Sicht der Krankenkassen, in: Pflegebedürftigkeit – Herausforderung für die Rehabilitation: europäische Fachtagung, 3. bis 5. Oktober 2001 in Düsseldorf, Ulm 2002, S. 193–195</p>
<p>Siegrist, J.: Seelsorge im Krankenhaus – aus der Sicht der Krankenhaussoziologie, in: Klessmann, M. (Hrsg.): Handbuch der Krankenhauseelsorge, Göttingen 1996, S. 28–39</p>
<p>Streit, Gudrun: Stationäre und ambulante Versorgung in der Rehabilitation pflegebedürftiger junger Menschen aus Sicht einer betroffenen Mutter, in: Pflegebedürftigkeit – Herausforderung für die Rehabilitation: europäische Fachtagung, 3. bis 5. Oktober 2001 in Düsseldorf, Ulm 2002, S. 246–248</p>
<p>Ulrich, Heike: Prozessqualität als zentraler Faktor: Manual zur Qualitätsentwicklung – Beispiel aus der Sozialarbeit im Krankenhaus, in: Pflegebedürftigkeit – Herausforderung für die Rehabilitation: europäische Fachtagung, 3. bis 5. Oktober 2001 in Düsseldorf, Ulm 2002, S. 154–157</p>

Empfehlung für das Handlungsfeld „Akutmedizin“ zur verstärkten Umsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“

der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e.V. (DVfR), Heidelberg, erarbeitet im Rahmen des Projekts „Rehabilitation vor Pflege“, im Oktober 2002

Rehabilitationsmaßnahmen werden regelmäßig auf Initiative einer behandelnden Ärztin oder eines behandelnden Arztes in die Wege geleitet und stets ärztlich betreut. Als Anlässe für die Verordnung einer Rehabilitationsmaßnahme kommen typischerweise in Frage:

- die Diagnose des Krankheitsbildes des Patienten indiziert Rehabilitation,
- ein(e) Patient(in) oder dessen Angehörige spricht seinen Arzt, meist den Hausarzt, auf eine Rehabilitationsmaßnahme („Kur“) an,
- es wird nach einer poststationären Maßnahme gesucht, welche die nachstationäre Versorgung sicherstellt.

Damit Ärztinnen und Ärzten Kriterien und Indikationen für Rehabilitation hinreichend bekannt sind, ist es wichtig, Wissen über Inhalte, Strukturen und Funktionen der Rehabilitation, insbesondere der ambulanten und mobilen Rehabilitation, weithin verfügbar zu machen, so dass insbesondere Hausärzte, aber auch Fach- und Krankenhausärzte gezielt in die Lage versetzt werden, routinemäßig ein Reha-Screening durchzuführen und, gegebenenfalls konziliarisch, ein Reha-Assessment anzuschließen, durch das Rehabilitationspotenziale erkannt und die rehabilitationsbedürftigen Menschen konsequenter als bisher einer bedarfsgerechten Rehabilitation zugewiesen werden können.

Eine Schlüsselfunktion kann hierbei eine Schwerpunktsetzung in der Ausbildung der Ärzte einnehmen, die dem Umstand gerecht wird, dass der weit überwiegende Teil pflegebedürftiger oder von Pflegebedürftigkeit bedrohter Menschen von niedergelassenen Ärzten betreut wird. Eine trennscharfe Abgrenzung von Akutmedizin und Rehabilitationsmedizin ist daher nicht angebracht²⁹. Positiv ist zu vermelden, dass schon jetzt rehabilitationsspezifische Fachkunde von Ärztinnen und Ärzten über Zusatzqualifikationen erworben werden kann.

Das Angebot an Zusatzqualifikationen – neben dem Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin – umfasst beispielsweise

- Betriebsmedizin,
- Fachkunde in der Arbeitsmedizin,
- physikalische Therapie,
- Rehabilitationswesen,

²⁹ Nau, H., Stellungnahme gegenüber der DVfR, 2002 (Expertenbefragung).

– Sozialmedizin.

Diese exemplarische Aufstellung zeigt, dass das Bildungsangebot zwar hoch diversifiziert ist, dabei jedoch den Schwerpunkt auf nachträglich zu erwerbende, eng eingegrenzte Befähigungsprofile setzt.

Wenn auch künftig ca. 80 % aller alten Menschen vom Hausarzt betreut werden³⁰, werden rehabilitationsspezifische Kenntnisse bei Allgemeinmedizinern zunehmend an Bedeutung gewinnen, so lange alte Patienten stärker von der Chronifizierung ihrer Erkrankungen bedroht sind als andere Bevölkerungsgruppen.

Wünschenswert ist daher eine noch stärkere Einbindung rehabilitativer Aspekte in die allgemeinmedizinische Ausbildung³¹. Umfassendes Überblickswissen über Ziele und Mittel der Rehabilitation, über Grundlagen des Reha-Screening und Reha-Assessment können zu einer entscheidenden Verbesserung der Integration rehabilitativer Maßnahmen in die akutmedizinische Versorgung beitragen³².

Zu einer Vernetzung der fachlichen Betreuung durch die niedergelassene Ärzteschaft mit der rehabilitativen und pflegerischen Versorgung kann jedenfalls aber eine enge Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste mit den behandelnden Ärzten beitragen. Gegenseitige konsiliarische Heranziehung ist hierbei als Regelverfahren zu etablieren, so dass zum einen die Gutachten auf die Erfahrungen der behandelnden Ärzte aus der Langzeit-Beobachtung zurückgreifen können, zum anderen aber auch eine Verschränkung der an die Begutachtung anschließenden rehabilitativen oder pflegerischen Behandlung mit der ärztlichen Betreuung stattfinden kann.

Bereits aufgrund der aktuell veränderten Lage sind Fortbildungen im Bereich der geriatrischen Rehabilitation für eine kompetente haus- und krankenhausesärztliche Versorgung unerlässlich³³. Die Etablierung einer eigenständigen Facharzttrichtung „Geriatler“ wird diskutiert³⁴.

³⁰ Plaut, G., 2001, S. 142.

³¹ Gutzmann, H., Düsseldorf 2001 (2002), S. 410 (411): „In einer Untersuchung der Medizinischen Hochschule Hannover wurde deutlich, dass den Hausärzten bei mehr als 80% ihrer Demenzpatienten, immerhin ein Fünftel ihrer älteren Patienten, die Diagnose nicht bekannt war (Junius et al. 1996).“

³² Stamm, Th., Heusinger von Waldegg, G., Düsseldorf 2001 (2002), S. 280 (281): „Schwerpunkt der hausärztlichen Arbeit werden rehabilitative und präventive Versorgungsansätze sein müssen, die im bisherigen Vergütungssystem der hausärztlichen Versorgung nicht abgebildet werden. Neben dem geriatrisch qualifizierten Hausarzt wird in der Versorgung Älterer geriatrischer Sachverstand in der Krankenhausversorgung notwendig sein. Dabei steht der rehabilitative und präventive Ansatz auch in der stationären Versorgung im Vordergrund, um das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit zu begrenzen und die Selbstversorgungsfähigkeit und Unabhängigkeit der älteren Menschen zu erhalten.“

Leistner, K., Düsseldorf 2001 (2002), S. 297 (298) : „Die Funktion des Hausarztes als Koordinator und Weichensteller der medizinischen Versorgung seiner Patienten muss auch die Rehabilitation und Nachsorge nach Rehaleistungen einschließen. Es ist notwendig, den Hausarzt in die Umsetzung des Grundsatzes ‚Reha vor Pflege‘, insbesondere auch im Zusammenhang mit der Begutachtung von Anträgen auf Leistungen der Pflegeversicherung, einzubeziehen.“

³³ Stamm, Th., Heusinger von Waldegg, G., Düsseldorf 2001 (2002), S. 280: „Die Zunahme älterer und hochbetagter Patienten im Krankenhaus liegt um ca. das 13fache höher, als es die demographische Entwicklung in der Bundesrepublik erwarten lässt.“

³⁴ Neubart, R., Berlin 13.09.2002.

In den übrigen fachärztlichen Ausbildungszweigen hält die DVfR eine vermehrte Berücksichtigung der fachspezifischen Zugängen zu Rehabilitation in der Ausbildung für ebenso wichtig wie die Stärkung der fachgebietsübergreifenden und interdisziplinären Kommunikationsfähigkeit sowie die Anleitung zur Bildung multidisziplinärer Teams.

Teamarbeit bei Verfahrenseinleitung, Therapie und Begleitmaßnahmen trägt wesentlich zum Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen bei³⁵. Hierbei ist es erforderlich, so unterschiedliche Leistungsbereiche wie z. B. akutmedizinische Versorgung mit Physio-, Ergo- oder Logotherapie oder aber pflegerische Leistungen mit dem sozialen und psychologischen Dienst zu verknüpfen. Die am betroffenen Menschen vorgenommenen Leistungen müssen im Bereich der Komplexversorgung gemeinsam geplant, strukturiert und koordiniert werden, um eine möglichst effektive (d. h. zielerreichende) und effiziente (d. h. ressourcenschonende) Leistungserbringung sicherzustellen. Dies setzt bei den Teammitgliedern eine Gesamtschau auf den Versorgungsprozess als Ganzes voraus und eine Aufhebung der Fokussierung auf die jeweiligen professionsbezogenen Leistungsbestandteile. An die Stelle des Bildes der „Versorgungskette“ kann das Bild des „Versorgungsnetzwerks“ treten³⁶, zur Verdeutlichung sind mehrdimensionale Interaktionsanalysen linear angelegten Prozessanalysen vorzuziehen. Ein ständiger, bewusst gestalteter Austausch der Leistungsbeteiligten untereinander, die als Kompetenzteam dem betroffenen Menschen und seinen Angehörigen zugeordnet sind, erleichtert die zeitnahe individuelle Anpassung des Leistungsgeschehens an die im Laufe des Rehabilitationsprozesses wechselnden Bedarfe der Rehabilitanden.

Hierzu hat es sich als hilfreich erwiesen, regelmäßige Kommunikationsstrukturen zum Austausch zwischen den Mitgliedern des Rehabilitationsteams zu etablieren. Die hierzu eingesetzten formalen Methoden (z. B. Team- und Fallbesprechungen, Assessment, Dokumentation) sind hierbei Mittel zum Zweck und müssen sich ihrerseits regelmäßig einer Überprüfung ihrer Wirksamkeit stellen. Als wichtige Basis für die Etablierung einer einheitlichen, einrichtungsübergreifenden Sprache ist die Klassifizierung nach ICF in allen Leistungsbereichen des Gesundheitswesens nach Möglichkeit zu implementieren.

Auch die Einbindung von Angehörigen und weiteren Umfeldpersonen in den Rehabilitationsprozess ist wichtig: „Umfeldexperten“ sind für eine Kontextanalyse unerlässlich. Ihnen ist auch Hilfestellung anzubieten, die Fähigkeitsstruktur des Rehabilitanden oder der Rehabilitandin realistisch einzuschätzen, um den Alltag im Anschluss an eine Rehabilitationsphase angemessen gestalten zu können. Angehörige und Umfeldpersonen sind zu befähigen, ab-

³⁵ Wiedemann, Baunatal 1991 (1992), S. 206–211.

³⁶ Dieser Ansatz wird auch auf der 8. Europäische Regionalkonferenz von Rehabilitation International „Networking in Practice: Connecting Partners in Rehabilitation“ 11.–15.11.2002 in Aachen diskutiert, insbesondere in der Fachgruppe XI, Leben in der Gemeinde, Unterstützung behinderter Menschen vor Ort, unter den Stichworten Entwicklung informeller Netzwerke, familienentlastende Maßnahmen und professionelle Dienste.

hängigkeitsfördernde Strukturen zu vermeiden und selbstständigkeitsfördernde Strukturen aufzubauen.

Zeitgemäße Rehabilitation erfordert, dass Rehabilitationsziele unter allen Beteiligten, das heißt beim Rehabilitationsteam einschließlich des betroffenen Menschen, sowie den bei Umfeldpersonen und Leistungsträgern auszuhandeln und Erfolge wie Rückschläge zeitnah zu kommunizieren sind, so dass eine optimierte Zusammenarbeit erzielt wird³⁷.

Die ganzheitliche Sicht der Rehabilitation findet ihren Niederschlag in der Bildung von Rehabilitationsteams, in denen der Anteil der Mitgestaltung der Beteiligten flexibel dem Fortgang der Entwicklung des betroffenen Menschen angepasst wird³⁸. Ziel ist hierbei auch eine fortschreitende Unabhängigwerdung von behinderungsbedingter Fremdgestaltung. Daher sind nicht nur Fachkräfte, sondern zuvörderst auch der betroffene Mensch und sein Umfeld als wichtige Mitglieder des „Teams“ einzubeziehen.

Rehabilitation bedeutet seitens der Klienten immer auch eine fortschreitende Emanzipation vom Rehabilitationsprozess und seinen spezifischen Strukturen zurück in einen Alltag, der nötigenfalls auch die möglichst selbständige Inanspruchnahme von Assistenz beinhaltet³⁹.

Offen bleibt, ob eine solche Teamarbeit durch das Zusammenwirken sämtlicher Akteure (mehrere Hausärzte kommunizieren mit vielen niedergelassenen Therapeuten) im ambulanten Bereich im Rahmen bestehender Strukturen möglich ist oder ob dann eigene Teams – z. B. „Mobile Rehabilitationsteams“ – gebildet werden müssen. Auch ist ungeklärt, ob der Hausarzt, der unbestritten mehr geriatrische Kompetenz und eine Lotsenfunktion erhalten sollte, auch hinreichend in der Lage ist, schwierige Probleme der Rehabilitation zu lösen. Hier wird derzeit die Rolle der Fachärzte für physikalische und rehabilitative Medizin mit Recht neu diskutiert.

³⁷ Metzler, H., 2000, S. 40.

³⁸ Jentschura, G., 1975, S. 2; Wiedemann, E., Baunatal 1991 (1992) führt dazu aus: „Die ... Integration erfordert eine allen Team-Mitgliedern gemeinsame Ebene des Verständnisses, der Erfahrung, des Wissens und nicht zuletzt des Jargons. Jeder muss also vom Fachgebiet des anderen Vorstellungen haben, die ausreichen, um den eigenen Beitrag gewissermaßen nahtlos demjenigen der anderen anfügen zu können. Kurz gesagt handelt es sich hier um ein Grundwissen um die Systematik der Rehabilitation, ihr praktisches und rechtliches Instrumentarium, ihre Institutionen, ihre Position im gesellschaftlichen Kontext, die wissenschaftlichen Grundlagen ihrer Methoden und Techniken – und auch ihrer Möglichkeiten und Grenzen.“

³⁹ Bartz, E., Düsseldorf 2001 (2002), S. 258–259.

Profazi, Th., Düsseldorf 2001 (2002), S. 329 (331 f.): „§ 17 [SGB IX sieht ausdrücklich die] Einführung persönlicher Budgets vor ... Es gilt, Modellansätze zum persönlichen Budget zu erproben, die nicht auf sehr eng begrenzte Zielgruppen, Angebotsformen und auch Leistungsrechte beschränkt werden. ... Vielleicht sind in Zukunft ja persönliche Budgets möglich, bei denen unterschiedliche Rehabilitationsträger ihre jeweiligen Beiträge in einen gemeinsamen Rucksack stecken.“

Literatur:

<p>Gutzmann, Hans: Möglichkeiten eines Versorgungskrankenhauses zur Hilfe für Betroffene und ihre Angehörigen in einem Bezirk, in: Pflegebedürftigkeit – Herausforderung für die Rehabilitation: europäische Fachtagung, 3. bis 5. Oktober 2001 in Düsseldorf, Ulm 2002, S. 410–415</p>
<p>Leistner, Klaus: Ergebnisbericht Arbeitsgruppe 6 „Rehabilitation und Pflege bei älteren Menschen“, in: Pflegebedürftigkeit – Herausforderung für die Rehabilitation: europäische Fachtagung, 3. bis 5. Oktober 2001 in Düsseldorf, Ulm 2002, S. 297–298</p>
<p>Neubart, Rainer: Geriatriisches Gesundheitsmanagement als Investition in die Selbständigkeit älterer Menschen in einem vernetzten Versorgungssystem, in: Pflegebedürftigkeit – Herausforderung für die Rehabilitation: europäische Fachtagung, 3. bis 5. Oktober 2001 in Düsseldorf, Ulm 2002, S. 265–276</p>
<p>Plaut, Gabriele: Psychische Erkrankungen und Alter. In: Hessisches Sozialministerium, Landeswohlfahrtsverband Hessen und Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen, mit geistiger Behinderung e. V. (Hrsg.), Lebensräume älterer Menschen mit Behinderung – Hessische Erfahrungen, Marburg 2001, S. 141–156</p>
<p>Stamm, Thomas, und Heusinger von Waldegg, Gernot: Krankheitsspektren in Praxis und Klinik im raschen Wandel – Neue Anforderungsprofile für Ärzte, in: Pflegebedürftigkeit – Herausforderung für die Rehabilitation: europäische Fachtagung, 3. bis 5. Oktober 2001 in Düsseldorf, Ulm 2002, S. 280–282</p>
<p>Wiedemann, E.: Voraussetzungen berufsübergreifender Teamarbeit in der Rehabilitation, in: Die Aus- Weiter- und Fortbildung für die Aufgaben der Rehabilitation, 30. Kongress der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e.V., Baunatal/Nordhessen 1991, Ulm, 1992, S. 206–211</p>

Empfehlung für die Sozialgerichtsbarkeit zum Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“

der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e.V. (DVfR), Heidelberg,
erarbeitet im Rahmen des Projekts „Rehabilitation vor Pflege“, im Oktober 2002

Die Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation (DVfR) hat im Rahmen ihres vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (heute: Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung) geförderten, eineinhalbjährigen Projektes ‚Rehabilitation vor Pflege – Lösungshilfen für ein Strukturproblem in Deutschland‘ eine Definitionensammlung von Grundbegriffen der Rehabilitation und zur Pflegebedürftigkeit aus Sicht der Rehabilitation entwickelt, die sie als Angebot für eine gemeinsame Verständigungsbasis aller an der Rehabilitation im deutschsprachigen Raum beteiligten Leistungsträger, Leistungserbringer und Betroffenenorganisationen vorschlägt.

Diese zunächst interne ‚Sprachregelung‘ möchte die DVfR der Sozialgerichtsbarkeit zur Kenntnis geben.

1 Behinderung

In der Vergangenheit wurde eine Vielfalt von Konzepten und Paradigmen zum Verständnis und zur Erklärung von Funktionsfähigkeit und Behinderung entwickelt. Der Entwurf der deutschsprachigen Fassung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation vom Juli 2002 schreibt dazu: „Diese [Konzepte] können in einer Dialektik von medizinischem Modell und sozialem Modell ausgedrückt werden. Das *medizinische Modell* betrachtet ‚Behinderung‘ als ein Problem einer Person, welches unmittelbar von einer Krankheit, einem Trauma oder einem anderen Gesundheitsproblem verursacht wird, das der medizinischen Versorgung bedarf, etwa in Form individueller Behandlung durch Fachleute. Das Management von Behinderung zielt auf Heilung, Anpassung oder Verhaltensänderung des Menschen ab. Der zentrale Anknüpfungspunkt ist die medizinische Versorgung, und vom politischen Standpunkt aus gesehen geht es grundsätzlich darum, die Gesundheitspolitik zu ändern oder zu reformieren. Das *soziale Modell* der Behinderung hingegen betrachtet Behinderung hauptsächlich als ein gesellschaftlich verursachtes Problem und im Wesentlichen als eine Frage der vollen Integration Betroffener in die Gesellschaft. Hierbei ist ‚Behinderung‘ kein Merkmal einer Person, sondern ein komplexes Geflecht von Bedingungen, von denen viele vom gesellschaftlichen Umfeld geschaffen werden. Daher erfordert die Handhabung dieses Problems soziales Handeln, und es gehört zu der gemeinschaftlichen Verantwortung der Gesellschaft in ihrer Ge-

samtheit, die Umwelt so zu gestalten, wie es für eine volle Partizipation [Teilhabe] der Menschen mit Behinderung an allen Bereichen des sozialen Lebens erforderlich ist. Das zentrale Thema ist daher ein einstellungsbezogenes oder weltanschauliches, welches soziale Veränderungen erfordert. Vom politischen Standpunkt aus gesehen wird dieses Thema zu einer Frage der Menschenrechte. Für dieses Modell ist Behinderung ein politisches Thema. Das Konzept der ICF basiert auf einer Integration dieser beiden gegensätzlichen Modelle. Um die verschiedenen Perspektiven der Funktionsfähigkeit zu integrieren, wird ein ‚biopsychosozialer‘ Ansatz verwendet. Die ICF versucht eine Synthese zu erreichen, die eine kohärente Sicht der verschiedenen Perspektiven von Gesundheit auf biologischer, individueller und sozialer Ebene ermöglicht.⁴⁰ Die deutsche Rezeption dieses integrativen, teilhabeorientierten Konzepts findet in § 2 SGB IX ihren Niederschlag: Menschen sind demnach behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe⁴¹ am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist⁴². Weitergehende, ganzheitliche Konzepte verstehen Gesundheit auf dem Hintergrund eines Einschränkungen und Brüche gleichberechtigt mitumfassenden Verständnisses von Menschenwürde nicht mehr als Abwesenheit von Krankheit oder (sozialen) Einschränkungen, sondern

⁴⁰ Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) – Entwurf der deutschsprachigen Fassung – Juli 2002, Punkt 5.2, S. 25 f.

Vgl. zum menschenrechtlichen Aspekt des Umgangs mit Behinderung aus der Charta von Rehabilitation International für das Dritte Jahrtausend: „All disabled people should have access to treatment, information about self-help techniques and, if needed, provision of adaptive and appropriate technologies. Every person with an impairment, and every family with a disabled member, should receive the rehabilitation services necessary to optimize mental, physical and functional well-being, thus ensuring the capacity of the disabled individual to manage life as independently as any other citizen” (URL: <http://www.rehab-international.org/charter/main.html>).

⁴¹ Praktische Beispiele für die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft aus der Sicht einer Tagesförderstätte schildert Müller, R., Düsseldorf 2001 (2002), S. 342 (345): „Morgens in den Einkaufsmarkt fahren und die Lebensmittel für das Frühstück einkaufen. Dabei begegnet man anderen Menschen. Spazieren gehen, in Kontakt kommen mit den Menschen im Dorf, Ausflüge, Cafébesuch, einen Zoo besuchen, ... wann immer es möglich ist, zur Therapie hinfahren (KG, Ergotherapie), nicht die Therapeuten in die Einrichtung kommen lassen, ...“

⁴² Zur dänischen Rezeption: Trampe, J. P., Düsseldorf 2001 (2002), S. 242 f. “Handicap is considered a dynamic concept. This indicates that the limit which a handicap sets to the handicapped person’s living a normal life – integrated in the society – is expanded concurrently with the development of society. An example: a blind person has a handicap if information has to be seen but no handicap if the information can be heard. Handicap has often been identified by means of a medical diagnosis, which focuses on deviations from what is supposed to be normal. In order to abandon the term „handicap“ as being exclusively connected with diagnoses the Danish legislation extends the UN Standard Rules using a new handicap concept, namely „reduced functioning“. This is to indicate the relationship between the reduced physical and cognitive functions of an individual and the possibilities in her or his environment. The cause of the reduced functioning is likely to be a disorder determined by a medical diagnosis, but the change of target group name means that weight is attached to the actual conditions – of the individual and the society – which determine the reduced functioning, and not to the diagnosis. Thus it is not the diagnosis as such but the degree of reduced functioning which is decisive for the right to provisions that compensate for the handicap.“ (n. b.: Dieser Ansatz stellt diagnoseorientierte Refinanzierungssysteme für den Bereich der Rehabilitation grundsätzlich in Frage.)

als die Fähigkeit, mit den Einschränkungen des notwendigerweise „fragmentarischen“ Menschenlebens kompetent umzugehen⁴³.

Solche Ansätze lassen sich zwar für die Förderung der psychischen und sozialen Integration und Bewältigung von Behinderungen und Krankheitsfolgen fruchtbar machen, scheinen aber als Tatbestandsmerkmale für die Begründung oder Versagung sozialrechtlicher Ansprüche auf Rehabilitationsleistungen wenig geeignet. Dies rechtfertigt es, sie bei der Bildung einer gemeinsamen Sprache und Arbeitsgrundlage aller am Rehabilitationsgeschehen Beteiligten unberücksichtigt zu lassen und sich auf den im Folgenden favorisierten Behinderungsbegriff der ICF zu beschränken.

2 Rehabilitation

Rehabilitation ist die Förderung der Selbstbestimmung und der gleichberechtigten Teilhabe von Menschen mit Behinderungen und solchen, die von Behinderung bedroht sind, am Leben in der Gesellschaft und zielt auf die Vermeidung und Verminderung behinderungsbedingter Benachteiligungen.

Menschen, die körperlich, geistig oder seelisch behindert sind oder denen eine solche Behinderung droht, haben gemäß § 10 SGB I unabhängig von der Ursache der Behinderung zur Förderung ihrer Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe ein Recht auf Hilfe, die notwendig ist, um

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
3. ihnen einen ihren Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz im Arbeitsleben zu sichern,
4. ihre Entwicklung zu fördern und ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern sowie
5. Benachteiligungen auf Grund der Behinderung entgegenzuwirken.

⁴³ Kircher, M., 1994, S. 4, siehe auch Bochnik, H. J., Düsseldorf 2001 (2002), S. 400 (405).

3 Rehabilitationsziele

Übergeordnetes Rehabilitationsziel ist die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (§ 1 SGB IX)⁴⁴.

Rehabilitation hat das Ziel, verbliebene Leistungsfähigkeit und Leistungsreserven so erfolgreich und nutzbringend zu entwickeln, dass für den Menschen mit Behinderung eine optimale Lebensbilanz und für die Gesellschaft ein Gewinn resultiert⁴⁵.

Allgemeine, trägerspezifische Rehabilitationsziele können sein: Erwerbsfähigkeit (insbesondere im Bereich der Renten- und Unfallversicherung), ein zufriedenstellender Gesundheitszustand (insbesondere im Bereich der Krankenversicherung), gesellschaftliche Integration (insbesondere im Bereich der Sozialhilfe)⁴⁶.

Rehabilitationsziele werden konkretisiert – und damit operationalisierbar –, indem die individuellen gegenwärtigen Fähigkeits- und Aktivitätsprofile der Rehabilitanden Profilen gegenübergestellt werden, die nach Abschluss der veranschlagten Rehabilitationsmaßnahmen erreicht sein oder über einen definierten Zeitraum hinweg erhalten bleiben sollen. Dieser exakte Zeitbezug schließt eine Dynamik im Umgang mit Zielen nicht aus, sondern ermöglicht erst eine bewusste Anpassung: „Im Verlauf des Rehabilitationsprozesses ist eine regelmäßige, in der Praxis meist wöchentliche Abgleichung der Ziele und daraus abgeleiteten Maßnahmen notwendig“⁴⁷.

Rehabilitationsziele sind im Rehabilitationsteam gemeinsam mit dem Klienten zu erarbeiten und auszuhandeln⁴⁸.

Erhaltende Rehabilitation dient der Unterstützung solcher Fähigkeiten oder Aktivitäts- und Teilhabemöglichkeiten, die ohne Förderung verloren gingen bzw. nicht (mehr) wahrgenommen werden könnten, und umfasst damit auch die soziale⁴⁹ und gesundheitliche Unterstüt-

⁴⁴ Zieger, A., Ergebnisbericht Arbeitsgruppe 2, Düsseldorf 2001 (2002), S. 137 (138): „Ausgangspunkt in Rehabilitation und Pflege hat dabei nicht die vermutete positive Erwerbsprognose oder der drohende ‚Pflegefall‘ zu sein, sondern die Tatsache, dass Menschen im Laufe ihres Lebens durch eine schwere Krankheit in eine Lebenssituation geraten können, in der sie von der pflegerischen und rehabilitativen Hilfe anderer Menschen abhängig geworden sind. Pflege und Rehabilitation haben dann die Aufgabe, diesen Menschen trotz erlittener Schädigung zu möglichst guten alltagspraktischen Fähigkeiten und zu einer möglichst selbständigen Lebensführung in der Gemeinschaft mit anderen Menschen zu befähigen. Dazu gehört es, ihre Selbstbewertungswahrnehmung, Zufriedenheit und Lebensqualität aktiv zu fördern und die vorhandenen individuellen Entwicklungs- und Rehapotentiale konsequent zu unterstützen.“

⁴⁵ Wiedemann, E., Baunatal 1991 (1992), S. 206.

⁴⁶ Welti, F., Düsseldorf 2001 (2002), S. 22 (27).

⁴⁷ Elkeles, B., Düsseldorf 2001 (2002), S. 162 (163). Weiterführend Kollaks Konzept eines dynamisierender Normalitätsbegriffs und einer dynamisch-flexiblen Normalisierungsstrategie. Ziele sind hier tagesformentsprechend anzuknüpfen (z. B.: „besser als gestern“), Berlin 13.09.2002.

⁴⁸ Neubart, R., Berlin 13.09.2002: „Sonst gleicht Rehabilitation dem Pfadfinder, der das Mütterchen über die Straße zieht, obwohl sie diese nicht oder noch nicht überqueren wollte.“

⁴⁹ Bartelt, H., Düsseldorf 2001 (2002), S. 309 (312): „Die Entwicklung einer eigenen Identität ohne Beziehung ist schlicht nicht möglich. Martin Buber hat dies mit den Worten ‚Der Mensch wird am Du zum Ich‘ treffend beschrieben. Wir sind davon überzeugt, dass grundsätzlich jeder Mensch, unabhängig von Art und Schwere seiner Behinderung, auf Beziehung angewiesen ist.“

zung von Menschen, deren prognostizierter Gesundheitsverlauf keine medizinische Besserung erwarten lässt. Gerät dies aus dem Blick, besteht die Gefahr, dass Menschen mit dauerhaften Einschränkungen und Behinderungen sich dem menschenwürdevidrigen „Erfolgsdruck“ eines auf Vollkommenheit gerichteten Heilungsmythos ausgesetzt fühlen⁵⁰.

4 Rehabilitationsleistung

Eine Rehabilitationsleistung ist eine zur Erfüllung von Rehabilitationszielen vorgenommene Behandlung durch ein dem Rehabilitanden oder der Rehabilitandin zugeordnetes Team. Eine Rehabilitationsmaßnahme umfasst typischerweise eine Mehrzahl von aufeinander abgestimmten Rehabilitationsleistungen. Man spricht daher auch von Rehabilitation als Komplexleistung.

Der Hauptanteil an Rehabilitationsleistungen wird derzeit stationär erbracht. Das ehrgeizige Ziel einer flächendeckenden, wohnortnahen und ambulanten Rehabilitationsversorgung ist noch nicht erreicht, vor allem im Bereich indikationsübergreifender (Betreuungs-)Konzepte ist nach einer bei Mitgliedern der DVfR verbreiteten Auffassung Ausbaubedarf zu verzeichnen. Eine breitere Palette indikationsübergreifender ambulanter Strukturen wird nach unserem Kenntnisstand bislang nur an wenigen Standorten angeboten⁵¹. Ambulante Strukturen zur Rehabilitation im Alter und zur Prävention einer drohenden Pflegeabhängigkeit sind aufgrund der eingeschränkten Mobilität insbesondere der geriatrischen Klientinnen und Klienten in der Entwicklung⁵². Auslastungsprobleme im stationären Bereich können Leistungsanbieter motivieren, ihr Engagement verstärkt auf ambulante Alternativangebote zu richten. Eine generelle Tendenz zur Überinanspruchnahme ambulanter Leistungen konnte die DVfR bislang nicht feststellen, gleichwohl kann es beim Ausbau ambulanter Strukturen zu einer stärkeren Inanspruchnahme von Leistungsträgern kommen, da sie Menschen erreicht, die andere Leistungsformen nicht in Anspruch nehmen können und weil gemeindenahere Rehabilitation Zugangsprobleme der ländlichen Bevölkerung verringern hilft.

⁵⁰ Bartz, E., Düsseldorf 2001 (2002), S. 258: „... häufig sind der Rehabilitation Grenzen gesetzt, die es zu akzeptieren gilt. Nicht selten berichten behinderte und chronisch kranke Menschen, dass sie sich als Versager fühlen. Versager, weil sie die in sie gesetzten Erwartungen und Hoffnungen von Ärzten, Therapeuten, aber auch Angehörigen auf (weitestgehende) Heilung und die damit verbundene Selbständigkeit nicht erfüllen können. Trotz bestmöglicher Rehabilitation wird es immer eine Anzahl von Menschen geben, die ihr Leben lang auf personelle Hilfeleistungen angewiesen sind. Für diese Menschen, gleich mit welcher Art der Behinderung lebend, bedeutet das, sich irgendwann nicht mehr als ‚Patient‘ zu fühlen. Die Behinderung oder chronische Krankheit bedeuten normales Alltagsleben – nur eben verbunden mit der Notwendigkeit von Hilfeleistungen zur Bewältigung dessen.“

Luther, H., WzM 1991, S. 262 (270): „Die Würde ... [des Menschen] besteht nicht in seiner ... Ganzheit und Vollkommenheit, sondern gerade in seiner Unvollkommenheit, Schwäche und Verletzlichkeit.“

⁵¹ Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation (URL: <http://www.bag-more.de> am 16.09.02): „Die Mobile Rehabilitation ist als Versorgungsform für rehabilitationsbedürftige Patienten anstatt oder nach dem stationären Aufenthalt an 10 Standorten in Deutschland etabliert.“

⁵² Troester, A., Düsseldorf 2001 (2002), S. 207.

5 Rehabilitationsfähigkeit

Unter Rehabilitationsfähigkeit wird die Fähigkeit eines Menschen verstanden, ein zuvor definiertes Rehabilitationsziel zu erreichen. Wird ein Mangel an „Rehabilitationsfähigkeit“ festgestellt⁵³, so stellt dies oft genug nicht zuerst den Rehabilitanden bzw. die Rehabilitandin, sondern vielmehr die Art der Konkretisierung der individuellen Rehabilitationsziele in Frage. Un erreichbarkeit eines Rehabilitationsziels ist zumeist die Folge unsachgemäßer, an den Fähigkeiten und/oder Bedürfnissen des Betroffenen vorbeigehender Potenzialbestimmungen⁵⁴. Für die Rehabilitation sind sowohl realistische und alltagsrelevante als auch messbare Zielvereinbarungen und Ergebnisvorgaben erforderlich. Rehabilitationsplanung und Pflegeplanung sind gemeinsam mit dem betroffenen Menschen, evtl. unter Einbeziehung der Angehörigen, zu erarbeiten. „Die Zielsetzungen der Rehabilitation und das Potenzial, diese Ziele zu erreichen, sind daher immer individuell. Sie orientieren sich an den Gegebenheiten des einzelnen Patienten, an seinen oft biografisch gewachsenen Wertbezügen, Lebensplänen, physischen, emotionalen und sozialen Möglichkeiten.“⁵⁵ Dies ist darüber hinaus nicht statisch, sondern prozesshaft zu verstehen: „Im Zusammenhang mit einer Krankheit oder einem Schaden ist der Rehabilitationsprozess ein dynamischer Prozess, der sich über Zeit und Raum erstreckt. Im Mittelpunkt steht die Ressourcenmobilisierung auf individueller, organisatorischer und gesellschaftlicher Basis.“⁵⁶

Die gesellschaftliche und technische Entwicklung erfordert immer wieder eine Anpassung der Maßstäbe, nach denen Rehabilitationsziele als realisierbar oder nicht realisierbar eingestuft werden.

Eine trennscharfe Abgrenzung in dem Sinne, dass Pflege diejenige Hilfe ist, die Personen erhalten, bei denen kein Rehabilitationsziel erreichbar ist⁵⁷, widerspricht hingegen fundamental der fachlichen Verschränkung von Rehabilitation und Pflege, nicht nur im Bereich der Selbstpflegekompetenzen: Eine solche Sicht würde ein Menschenbild implizieren, bei dem

⁵³ Welti, F., Düsseldorf 2001 (2002), S. 27: „In der Rechtsprechung zur Renten- und Krankenversicherung und zur Abgrenzung zwischen Eingliederungshilfe und Pflege wird bisher zur Unterscheidung von Rehabilitation und Pflege auf die Rehabilitationsfähigkeit abgestellt. Darunter wird die Fähigkeit zur Erreichung eines spezifischen Rehabilitationsziels verstanden, also der Erwerbsfähigkeit in der Rentenversicherung, der gesundheitlichen Besserung in der Krankenversicherung oder der Eingliederung im Sozialhilferecht.“

⁵⁴ Nentwig, A., Stellungnahme gegenüber der DVfR, 2002 (Expertenbefragung): „Wir betreuen Patienten im Koma und Wachkoma. Bei fast allen Patienten ist nach Wochen, Monaten und Jahren noch Rehabilitationspotenzial vorhanden.“

Hoyer, H.-D., Stellungnahme gegenüber der DVfR, 2002 (Expertenbefragung): „Bei welchen Personen lohnt sich eine Rehabilitation? Das ist eine äußerst brisante Frage, die man keinesfalls so stehen lassen sollte. Kosten-Nutzen-Betrachtungen in humanen Sphären sind in Deutschland historisch sehr belastet. Die Frage sollte deshalb so lauten: Bei welchen Menschen/Personengruppen ist welche rehabilitative Leistung empfehlenswert?“

⁵⁵ Elkeles, B., Düsseldorf 2001 (2002), S. 162.

⁵⁶ Jäger, W., Düsseldorf 2001 (2002), S. 169.

⁵⁷ Welti, F., Düsseldorf 2001 (2002), S. 22 (27) zu den Entscheidungen BVerwG vom 18. Februar 1994, RdL 3/1994, S. 27, und BSG vom 26. April 2001, S. 118 f.

Menschen als „nicht-rehabilitierbar“ abgeschrieben und ihnen auf diese Weise jegliche Entwicklungsmöglichkeiten abgesprochen werden könnten. Dies ist nach Auffassung der DVfR hinsichtlich des Menschenwürdeaspekts verfassungsrechtlich bedenklich und nicht nur hinsichtlich übergeordneter Rehabilitationsziele sachwidrig. Gerade im Bereich der trägerspezifischen Konkretionen zeigt sich immer wieder, dass jeder Einzelfall einer genauen Überprüfung bedarf. Beispielsweise schließen sich Pflegebedürftigkeit und die Fähigkeit, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, nach unseren Erfahrungen nicht aus⁵⁸.

Liegen in einem Einzelfall Umstände vor, die einer Rehabilitation entgegenstehen, so ist die Begrifflichkeit „Grenzen der Rehabilitation“⁵⁹ dem Begriff der „fehlenden Rehabilitationsfähigkeit“ vorzuziehen, da letzterer geeignet ist, äußere und gegebenenfalls überwindbare Umstände aus dem Blick zu nehmen und die Komplexität und Sozialbezogenheit auch solcher „Probleme“ unzulässig zu verkürzen, für die Ursachen in der Person von Klientinnen und Klienten wahrgenommen werden.

6 Rehabilitationsbedürfnis

Rehabilitationsbedürfnis ist der subjektiv eingeschätzte individuelle Rehabilitationsbedarf einer Person. Dieser ist abhängig von mehreren Faktoren⁶⁰:

1. Wahrnehmung des Krankheitsverlaufs oder, bei Multimorbidität, die Einschätzung der Verläufe verschiedener, gleichzeitig bestehender Krankheiten, als positiv beeinflussbar im Sinne einer Verbesserung oder im Sinne einer Verlangsamung von Verschlechterungsentwicklungen,
2. Kenntnisse hinsichtlich bestehender Maßnahmen der Rehabilitation,
3. Erwartung der Wirksamkeit in Frage kommender Rehabilitationsmaßnahmen sowie
4. der Bereitschaft, an diesen Maßnahmen mitzuwirken.

Nur beim Zusammentreffen aller genannten Faktoren wird eine Person ein Rehabilitationsbedürfnis wahrnehmen und äußern.

⁵⁸ Dickneite, K., Düsseldorf 2001 (2002), S. 325 (326): „[ein] Beispiel ist ein sehr schwer behinderter Mann, der im Elektro-Rollstuhl sitzt und u. a. künstliche Beatmung benötigt. Er ist ... für seine Versorgung vollständig auf fremde Hilfe angewiesen. Mit Hilfe eines mobilen Beatmungsgerätes und eines eigenen, für ihn umgebauten Autos, das auch von seiner Assistenz gefahren wird, ist er in der Lage, als Dozent in einer Fachhochschule zu arbeiten. Er ist auch ehrenamtlich für die Interessen behinderter Menschen tätig.“

⁵⁹ Für die Mobile Rehabilitation hat die Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation folgende Grenzen definiert (URL: <http://www.bag-more.de> am 16.09.02):

- eine fortgeschrittene Demenz der Patienten,
- eine komplexe Suchtproblematik,
- äußere Umstände, die die Behandlung unter häuslichen Bedingungen massiv behindern (z. B. eine völlig inadäquate Wohnungseinrichtung),
- das Fehlen der Motivation des Patienten oder seiner Angehörigen, die in einigen Fällen nicht zu überwinden sind, sowie
- die nicht zu bewältigende Verwahrlosung des Patienten und seiner häuslichen Umgebung.“

⁶⁰ Jelitte, M., Düsseldorf 2001 (2002), S. 119 (120).

Die Stärkung von Wunsch- und Wahlrechten behinderter Menschen im SGB IX und die damit einhergehende Ausweitung ihrer Mitwirkungsmöglichkeiten begrüßt die DVfR als Hinwendung des Gesetzgebers zu einer Befähigung der betroffenen Menschen und ihres Umfeldes zu einer bewussten Gestaltung von Hilfen, die eine zielgenaue und damit effiziente Förderung ermöglichen.

7 Rehabilitationsbedarf

Rehabilitationsbedarf ist abhängig von den beim betroffenen Menschen festgestellten Einschränkungen der Leistungsfähigkeit, den Rehabilitationspotenzialen und den zur Verfügung stehenden rehabilitativen und infrastrukturellen Mitteln. Zur objektiven Bestimmung des individuellen Rehabilitationsbedarfs eines Menschen ist es erforderlich, dessen Verbesserungsmöglichkeiten differenziert und möglichst in dessen räumlichen Wohnumfeld zu erfassen. Ausgehend von den individuellen Bedürfnissen des Betroffenen erfolgt die Entwicklung individueller Rehabilitationsziele. Die Begrenztheit der zur Verfügung stehenden fachlichen und finanziellen Mittel macht es erforderlich, den Zugang zu Rehabilitationsleistungen nach objektivierbaren Kriterien zu steuern.

Bedarfsgerechte Rehabilitation bedeutet jedoch auch, dass Rehabilitation zum richtigen, und das bedeutet oftmals: zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzt. Erfolgt eine Beurteilung des Rehabilitationsbedarfs rechtzeitig, können niedrigschwelligere, kostengünstigere, möglicherweise lediglich ambulante Rehabilitationsmaßnahmen eingeleitet werden, weil so vermieden wird, dass der Zustand des Klienten sich durch eine Entwöhnung von täglichen Aktivitäten so weit verschlechtert, bis nur noch hochkomplexe stationäre Rehabilitation bedarfsgerecht ist. Zur richtigen Klientenzuordnung ist es notwendig, Bedarf und Angebot zur Deckung zu bringen, das heißt, unter den verfügbaren geeigneten Maßnahmen diejenige auszuwählen, die im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten dem aus dem Rehabilitationspotenzial abgeleiteten Anforderungsprofil des Betroffenen am besten gerecht wird.

8 Rehabilitationspotenzial

Rehabilitationspotenzial ist zunächst die Differenz zwischen einem gegenwärtigen Fähigkeitsprofil und einem Fähigkeitsprofil, das beim selben Menschen durch rehabilitative Maßnahmen erreichbar ist.

Rehabilitationspotenziale sind damit die beim individuellen Klienten mit Methoden der Rehabilitation erzielbaren Verbesserungsmöglichkeiten seiner Alltagskompetenz, seiner Gesundheit, seiner sozialen oder beruflichen Eingliederung.

Für den Bereich der erhaltenden Rehabilitation ist der Begriff des Rehabilitationspotenzials dahingehend zu präzisieren, dass nicht das gegenwärtige Fähigkeitsprofil mit einem prognostizierten Fähigkeitsprofil verglichen, sondern zwei Prognosen einander gegenübergestellt

werden. Dem (negativ entwickelten) Fähigkeitsprofil, das „ohne Maßnahmen der Rehabilitation“ nach einem zuvor definierten Zeitraum erwartet wird, ist dann das Fähigkeitsprofil gegenüberzustellen, das in dem veranschlagten Zeitraum „mit Rehabilitation“ erreicht werden oder erhalten bleiben kann.

9 Rehabilitations-Screening

Das Rehabilitations-Screening ist die erste Stufe der Zugangssteuerung zur Rehabilitation: Für einen zweckgerichteten Mitteleinsatz ist es erforderlich, in der Bevölkerung zunächst diejenigen Menschen zu identifizieren, bei denen es sinnvoll ist, gründlich abzuklären, ob und mit welchen rehabilitativen Mitteln eine Besserung ihrer gesundheitlichen oder sozialen Situation zu erreichen ist.

Rehabilitations-Screening ist die Gesamtheit der Indizien, die ein Rehabilitations-Assessment angezeigt erscheinen lassen, sowie deren systematische Erhebung.

10 Rehabilitations-Assessment

Der Begriff Assessment bedeutet Bewertung oder Einschätzung. Das Rehabilitations-Assessment ist ein mehrdimensionaler prognostisch orientierter Prozess, welcher sowohl der Eingangsbeurteilung dient als auch Basis für die Rehabilitationsplanung ist. Assessment ist eine multidisziplinäre Situationsanalyse⁶¹. Im Rahmen des Rehabilitations-Assessment sind die Fähigkeiten und Entwicklungsmöglichkeiten eines Klienten möglichst vollständig und nach einheitlich definierten und überprüfbaren Kriterien zu erfassen.

Eine effiziente Rehabilitation setzt voraus, dass rehabilitationsbedürftige Klienten im Rahmen ihrer Möglichkeiten behandelt werden⁶².

Arbeitsschritte des Rehabilitations-Assessment sind:

1. Ermittlung des Ist-Zustandes (Fähigkeitsprofil) und der Prognose bei unbeeinflusstem weiterem Verlauf unter Zugrundelegung von Körperstrukturen und -funktionen und deren Beeinträchtigungen, Aktivitäten und deren Beeinträchtigungen, der Partizipation und ihrer Beeinträchtigungen, Kontextfaktoren, Risikofaktoren und Bewältigungsstrategien unter Zugrundelegung internationaler Standards⁶³,

⁶¹ Schian, H.-M., Düsseldorf 2001 (2002), S. 431 (434).

⁶² Buschmann-Steinhage, R., 1996, S. 104.

⁶³ Ziffer 4 ICF, deutsche Fassung, Stand 07/2002, S. 16.

„Im Zusammenhang mit Gesundheit gelten folgende Definitionen:

Körperfunktionen sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychologische Funktionen).

Körperstrukturen sind anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile.

Schädigungen sind Beeinträchtigungen einer Körperfunktion oder -struktur wie z. B. eine wesentliche Abweichung oder ein Verlust.

2. Rehabilitations-Prognose,
3. Ableitung des Reha-Potenzials (= Differenz des zuvor genannten),
4. Ermittlung des Reha-Bedarfs und Entwicklung eines individuellen Interventionsplans unter Berücksichtigung der Bedürfnislage des betroffenen Menschen.

Ziel ist es, zu verdeutlichen, welche Optionen beim Betroffenen selbst und bei dessen Umfeld bestehen und welche Gestaltungschancen und Aufgaben sich hieraus für die Zukunft ergeben.

Die Erhebungen des Rehabilitations-Assessments sind so zu gestalten, dass sie während und nach der Rehabilitationsmaßnahme in vergleichbarer Weise wiederholt werden können und so zur Therapie- und Erfolgskontrolle beitragen und der Dokumentation der Ergebnisqualität dienen.

Ein prozesshaft gestaltetes Assessment⁶⁴ kann als wichtiges Instrument zur Entwicklung und Sicherstellung von Standards in der Prozessqualität darstellen, indem es eine gemeinsame Sprache und eine verbindende Struktur für die interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit aller am Rehabilitationsprozess Beteiligter bietet.

Gerade im Bereich der pflegepräventiven und pflegebegleitenden Rehabilitation ist eine enge Abstimmung von Rehabilitationsplanung und Pflegeplanung unerlässlich.

Eine weitere Verbreitung von Rehabilitations-Assessmenttechniken ist angezeigt, so lange in der Fachwelt Einigkeit besteht, dass zu viele Menschen, ungeachtet ihres Rehabilitationspotenzials, aus einer akutmedizinischen Behandlung in ein Alten- oder Pflegeheim entlassen werden⁶⁵, gleichzeitig aber Ärztinnen und Ärzten vorgeworfen wird, Reha-Anträge zu oft, trotz einer zweifelhaften medizinischen Indikation, zu unterstützen⁶⁶. Der durch Assessment-techniken erreichbare, höhere Objektivierungsgrad dient der Transparenz der Maßstäbe, nach denen Rehabilitationsbedarf und Rehabilitationspotenziale eines Antragstellers beschrieben werden und dient damit sowohl den Interessen aller Beteiligter, als auch der Versachlichung rehabilitationspolitischer Debatten.

Eine **Aktivität** bezeichnet die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung (Aktion) durch einen Menschen.

Partizipation [Teilhabe] ist das Einbezogenensein in eine Lebenssituation.

Beeinträchtigungen der Aktivität sind Schwierigkeiten, die ein Mensch bei der Durchführung einer Aktivität haben kann.

Beeinträchtigungen der Partizipation [Teilhabe] sind Probleme, die ein Mensch beim Einbezogenensein in eine Lebenssituation erlebt.

Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten.“

⁶⁴ Bundesverband Evangelischer Behindertenhilfe e. V. (BEB), 2001, S. 26.

⁶⁵ Nakielski, H., et al., 2001, S. 17.

⁶⁶ Winge, S., et al., 2002, S. 41.

11 Pflegebedürftigkeit

Kennzeichen von Pflegebedürftigkeit ist, dass ein Mensch altersbedingt, durch Krankheit, durch Funktionseinschränkungen oder aufgrund einer Behinderung nicht nur kurzfristig einer Hilfe zur Erhaltung von Grundfunktionen in seinem Leben bedarf⁶⁷.

Pflegebedürftigkeit steht schon am Beginn jeder Biographie, begleitet viele Menschen über längere Zeiträume und ist insbesondere zum Ende der Lebensspanne für viele von besonderer Bedeutung.

Das statistische Risiko, krank und pflegebedürftig zu werden, steigt mit zunehmendem Alter stark an. Herausforderungen, vor denen die Pflege derzeit steht, sind zum einen ein Strukturwandel der Einrichtungen, um zunehmender Hochaltrigkeit, Multimorbidität und chronischen Erkrankungen der Bewohnerinnen und Bewohner gerecht zu werden, zum anderen der Bereich der Qualitätssicherung in der Pflege⁶⁸. Gerade im Bereich der Pflege älterer Menschen ist es wichtig, sich bei der Suche nach Ursachen und Bedingungen der Pflegebedürftigkeit nicht auf den Alterungsprozess an sich zu beschränken, sondern die den Alterungsprozess begleitenden und in zunehmendem Alter immer schwieriger beherrschbaren Erkrankungen und Beschwerden differenziert in den Blick zu nehmen⁶⁹. Pflegebedürftigkeit ist auch im Alter grundsätzlich als krankheitsbedingt anzusehen⁷⁰ und stellt eine Behinderung dar, weil sie nur am Beginn des Lebens und zu keinem anderen Zeitpunkt als ein „für das Lebensalter typischer Zustand“ im Sinne des SGB IX angesehen werden kann⁷¹.

⁶⁷ Sachverständigenkommission für den Dritten Altenbericht, 2000, S. 63.

⁶⁸ Schnabel, E., Ergebnisbericht Arbeitsgruppe 3, Düsseldorf 2001 (2002), S. 178.

⁶⁹ Hahn, K., Düsseldorf 2001 (2002), S. 49.

⁷⁰ Hahn, K., Düsseldorf 2001 (2002), S. 49: „Ursache von Pflegeabhängigkeit sind zumeist physische oder psychische Erkrankungen, weniger die Folge eines nur durch Alterung einsetzenden Prozesses. So findet sich Pflegebedürftigkeit häufig als Folge allmählich fortschreitender chronischer Krankheiten, wie z. B. bei Herzerkrankungen oder bei degenerativen Skeletterkrankungen (Statistik Hufeland-Haus), oder nach akuten Krankheiten aus relativem Wohlbefinden heraus, wie etwa bei zerebralen Insulten. Mit dem Begriff Pflegebedürftigkeit ist fast immer eine kausale Diagnose verbunden, daneben bestehen häufig andere Erkrankungen, die zu dem Begriff „Multimorbidität“ führen.“

⁷¹ Behrens, J., Düsseldorf 2001 (2002), S. 69 (70): „Alle Pflegebedürftigen nach § 14 SGB XI können ... als Behinderte nach § 2 SGB IX gesehen werden. Gerade, nachdem man pflegeabhängig geworden ist, ist eine Rehabilitation im Sinne des SGB IX und der ICF der WHO dringend. Bis zu unserem letzten Atemzug geht es um Teilhabe an den für uns biographisch wichtig gewordenen Bereichen des sozialen Lebens. Leistungen zur Teilhabe, die das SGB IX für Personen vorsieht, deren Partizipation bedroht bzw. bereits eingeschränkt und aufgehoben ist (vgl. z. B. SGB IX § 4 in Verbindung mit § 1), hören bei Pflegebedürftigkeit keineswegs auf, notwendig zu sein. Noch für die Pflege Sterbender lässt sich als Ziel eindeutig erkennen, dass sie Teilhabe im Sinne des SGB IX und der ICF auch da unterstützen soll, wo von einer Unterstützung der Heilung keine Rede mehr sein kann.“

Kröl, C., Düsseldorf 2001 (2002), S. 95 (96): „Die Genehmigung eines Platzes in einer Rehaeinrichtung sollte nicht abhängig sein von einer Nichtbeantragung der Pflegeeinstufung, denn auch nach erfolgreich durchgeführter Rehabilitation kann eine Hilfsbedürftigkeit bleiben, die eine Pflegeeinstufung und einen Pflegeheimaufenthalt notwendig macht.“

Schmidt-Ohlemann, M., Düsseldorf 2001 (2002), S. 225: „Kinder und Jugendliche bedürfen in Abhängigkeit vom Alter und ihrer Entwicklung auch ohne Behinderung der Pflege. Die Pflege gestaltet sich

Zur Verdeutlichung mag dienen, dass Klienten der Geriatrischen Klinik im Hufeland-Haus, Frankfurt am Main, im Mittel 4,3 behandlungsbedürftige Diagnosen aufweisen, die Bewohner des angeschlossenen Altenwohnheims hingegen mit einem Mittel von 4,2 keine signifikant geringere Anzahl Krankheiten aufweisen⁷². Zu einem ähnlichen Ergebnis führt eine Auswertung der von Infratest für den 3. Altenbericht der Bundesregierung erhobenen Daten, wonach jeder zweite pflegebedürftige Mensch vier oder mehr Krankheiten hat⁷³.

Dies zeigt, dass für den Erhalt von Selbständigkeit und Selbstbestimmungsmöglichkeiten die Anzahl der behandlungsbedürftigen Krankheiten weniger entscheidend ist als die Frage, ob Menschen gelernt haben, mit ihren Krankheiten und Einschränkungen zu leben.

Einen Gegensatz zwischen Rehabilitationsbedürftigkeit und Pflegebedürftigkeit gibt es folglich nicht, vielmehr kann von Pflegebedürftigkeit als einem bereichsspezifischen Behinderungsbegriff gesprochen werden⁷⁴, der besonderer Aufmerksamkeit aller bedarf.

Literatur

Bartelt, Heiner: Was uns wichtig ist... Ermöglichung von Identitätsbildung und Selbstbestimmung bei Kindern mit einer geistigen und mehrfachen Behinderung – Der Versuch einer Annäherung an die Persönlichkeit eines Kindes im professionellen Kontext, in: Pflegebedürftigkeit – Herausforderung für die Rehabilitation: europäische Fachtagung, 3. bis 5. Oktober 2001 in Düsseldorf, Ulm 2002, S. 309–314

Bartz, Elke: Assistenz für behinderte Menschen – Chancen zur Selbstbestimmung, in: Pflegebedürftigkeit – Herausforderung für die Rehabilitation: europäische Fachtagung, 3. bis 5. Oktober 2001 in Düsseldorf, Ulm 2002, S. 258–259

bei Kindern und Jugendlichen aber in Art und Umfang anders, wenn zusätzlich chronische Krankheiten und/oder Behinderungen hinzukommen. Ausdruck der Behinderung, die auf Grund von körperlichen, geistigen, seelischen oder Sinnesschädigungen entstehen kann, kann ein erhöhter Pflegebedarf sein. Pflege kann umfassend als die Bereitstellung von persönlicher Hilfe verstanden werden, die im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens benötigt wird, um Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen und Leiden zu lindern.“

Kuhle, D., Düsseldorf 2001 (2002), S. 249: „Ausgangspunkt ist die Betrachtung des Menschen mit Behinderung bzw. des von Behinderung bedrohten in seinem Gesamt von Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten, Umweltfaktoren und seinen Möglichkeiten der Partizipation (Schuntermann 1999). Dabei ist auch die Spezifik der Altersgruppe zu beachten. Für die Kinder und Jugendlichen ist dieser Ansatz wichtig, da sich hier Schwerpunkte anders gewichten. Im Kinder- und Jugendalter sind dies Diagnostik, Frühförderung und Lernen, also medizinische, pädagogische und soziale Faktoren.“

⁷² Hahn, K., Düsseldorf 2001 (2002), S. 49.

⁷³ Sachverständigenkommission für den Dritten Altenbericht, 2000, S. 70.

⁷⁴ Haines, H., Düsseldorf 2001 (2002), S. 98.

Behrens, Johann: Rehabilitation vor Pflege? Pflege als Rehabilitation! Eine kritische Anmerkung aus der Sicht der ICF und des SGB IX, in: Pflegebedürftigkeit – Herausforderung für die Rehabilitation: europäische Fachtagung, 3. bis 5. Oktober 2001 in Düsseldorf, Ulm 2002, S. 69–83
Bochnik, Hans Joachim: Erweiterte Reha-Indikationen erfordern diagnostische Vorleistungen und politischen Willen – Ziel: Lebensqualität auch des zufriedenen Rentners und „Pflegefals“ in: Pflegebedürftigkeit – Herausforderung für die Rehabilitation: europäische Fachtagung, 3. bis 5. Oktober 2001 in Düsseldorf, Ulm 2002, S. 400–406
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Alter und Gesellschaft, Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland, Bericht der Sachverständigenkommission, Berlin, 2000
Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe e. V. (Hrsg.), Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V., Verband Katholischer Einrichtungen für lern- und geistigbehinderte Kinder e. V., Verband für Anthroposophische Heilpädagogik, Sozialtherapie und Soziale Arbeit e. V.: Gesundheit und Behinderung, Expertise zu bedarfsgerechten gesundheitsbezogenen Leistungen für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung als notwendiger Beitrag zur Verbesserung ihrer Lebensqualität und zur Förderung ihrer Partizipationschancen, Reutlingen, 2001
Buschmann-Steinhage, Rolf: Überlegungen zur Kosten-Nutzen-Analyse. In: Z Gastroenterol (Suppl. 2), 1996, S. 102–105
Dickneite, Klaus: Selbständig Wohnen und beruflich tätig sein bei Pflegebedürftigkeit und Mehrfachbehinderung – Utopisch oder realisierbar? in: Pflegebedürftigkeit – Herausforderung für die Rehabilitation: europäische Fachtagung, 3. bis 5. Oktober 2001 in Düsseldorf, Ulm 2002, S. 325–327
Elkeles, Barbara: Assessment des Reha-Potenzials als Mittel der Qualitätssicherung, in: Pflegebedürftigkeit – Herausforderung für die Rehabilitation: europäische Fachtagung, 3. bis 5. Oktober 2001 in Düsseldorf, Ulm 2002, S. 162–168
Hahn, Kristian: Vorgehen der deutschen Sozialleistungsträger bei drohender Pflegebedürftigkeit – Eine Kritik der Verfahrensweise, in: Pflegebedürftigkeit – Herausforderung für die Rehabilitation: europäische Fachtagung, 3. bis 5. Oktober 2001 in Düsseldorf, Ulm 2002, S. 49–52

Haines, Hartmut: Das neue SGB IX: Ansatzpunkte für verbesserte Umsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“, in: Pflegebedürftigkeit – Herausforderung für die Rehabilitation: europäische Fachtagung, 3. bis 5. Oktober 2001 in Düsseldorf, Ulm 2002, S. 98–112
Jäger, Werner: Der Rehabilitationsprozess und seine Prozessfaktoren – Qualitätssicherung für schwer behinderte Menschen in Schweden, in: Pflegebedürftigkeit – Herausforderung für die Rehabilitation: europäische Fachtagung, 3. bis 5. Oktober 2001 in Düsseldorf, Ulm 2002, S. 169–172
Jelitte, Matthias: Reha-Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen – Anspruch und Wirklichkeit, in: Pflegebedürftigkeit – Herausforderung für die Rehabilitation: europäische Fachtagung, 3. bis 5. Oktober 2001 in Düsseldorf, Ulm 2002, S. 119–123
Kircher, Matthias: Seelsorge unter den Bedingungen des modernen Krankenhauses unter besonderer Berücksichtigung des Krankenhauses Bethanien, Beiträge zur Diakoniewissenschaft – neue Folge, Band 20, 1994
Kröl, Claudia: Qualität der Versorgung im Anbieterwettbewerb an der Schnittstelle Reha/Pflege – aus Sicht der Pflege, in: Pflegebedürftigkeit – Herausforderung für die Rehabilitation: europäische Fachtagung, 3. bis 5. Oktober 2001 in Düsseldorf, Ulm 2002, S. 95–97
Kuhle, Dagmar: „Reha vor Pflege“ aus Sicht der Behindertenpädagogik, in: Pflegebedürftigkeit – Herausforderung für die Rehabilitation: europäische Fachtagung, 3. bis 5. Oktober 2001 in Düsseldorf, Ulm 2002, S. 249–251
Luther, H: Leben als Fragment, der Mythos von der Ganzheit, in: Wege zum Menschen, 43. Jahrgang 1991, S. 262–273
Nakielski, Hans, Jonas, Ines, und Raabe, Harald: Geriatrische Rehabilitation in Deutschland: Grundsätze, Organisation und Effektivität; Das Prinzip „Reha vor Pflege“ ist nicht verwirklicht. In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.), pro Alter, Heft 1, 2001, S. 16–24
Neubart, Rainer: Praktische Forderungen an die geriatrische Rehabilitation und Pflege; Vortrag auf der Fachtagung „Rehabilitation und Pflege im Spannungsfeld des demographischen Wandels“ der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGEMED), Berlin, 13. September 2002

<p>Schian, Hans-Martin: Rehabilitationssteuerung auf Assessmentbasis – Eine Antwort auf DRGs im Akutkrankenhaus zur Vermeidung von Nachteilen Betroffener, in: Pflegebedürftigkeit – Herausforderung für die Rehabilitation: europäische Fachtagung, 3. bis 5. Oktober 2001 in Düsseldorf, Ulm 2002, S. 431–438</p>
<p>Schnabel, Eckart: Ergebnisbericht Arbeitsgruppe 3 „Sicherstellung der erforderlichen Struktur- und Prozessqualität in Rehabilitation und Pflege“, in: Pflegebedürftigkeit – Herausforderung für die Rehabilitation: europäische Fachtagung, 3. bis 5. Oktober 2001 in Düsseldorf, Ulm 2002, S. 178–179</p>
<p>Trampe, Jette Pio: The Danish Policy on Support for Families with Children and Young People with Seriously Reduced Physical and Mental Functioning, in: Pflegebedürftigkeit – Herausforderung für die Rehabilitation: europäische Fachtagung, 3. bis 5. Oktober 2001 in Düsseldorf, Ulm 2002, S. 242–245</p>
<p>Troester, Anne: Mobile Dienste als Partner des Case-Managements in der ambulanten Rehabilitation, in: Pflegebedürftigkeit – Herausforderung für die Rehabilitation: europäische Fachtagung, 3. bis 5. Oktober 2001 in Düsseldorf, Ulm 2002, S. 207–209</p>
<p>Welti, Felix: Das neue SGB IX – Recht der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, Neue Juristische Wochenschrift (NJW), 2001, S. 2210 ff.</p>
<p>Wiedemann, E.: Voraussetzungen berufsübergreifender Teamarbeit in der Rehabilitation, in: Die Aus- Weiter- und Fortbildung für die Aufgaben der Rehabilitation, 30. Kongress der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e.V., Baunatal/Nordhessen 1991, Ulm, 1992, S. 206–211</p>
<p>Winge, S., Mohs, A., Nörenberg, L., Pannicke, L., und Robra, B.-P.: Schnittstellen in der Rehabilitation – Drei Modelle. In: Die Rehabilitation, 41. Jg. (2002), Heft 1, S. 40–47</p>
<p>Zieger, Andreas: Ergebnisbericht Arbeitsgruppe 2 „Patientenrechte und Rehabilitationsbedürfnisse bei (drohender) Pflegebedürftigkeit“, in: Pflegebedürftigkeit – Herausforderung für die Rehabilitation: europäische Fachtagung, 3. bis 5. Oktober 2001 in Düsseldorf, Ulm 2002, S. 137–140</p>