

KLEINES
„REHA-LEXIKON“
für den
behandelnden Arzt



Autoren

Harry Fuchs, Sozialexperte, Düsseldorf
PD Dr. Felix Welti, Kiel
Prof. Dr. Greitemann, Bad Rothenfelde

Herausgeber

Arbeitskreis Gesundheit e.V.
Am Römerlager 2
53117 Bonn

Layout und Druck

D+L Reichenberg GmbH, Bocholt

Stand

2. Auflage, August 2006

© 2006

INHALTSÜBERSICHT

Zum Zusammenhang von Gesundheit, Krankheit und Teilhabe	4
Wer kann Leistungen zur Rehabilitation erhalten?	5
Wer ist Rehabilitationsträger?	6
Medizinische Rehabilitation - Inhalt des therapeutischen Konzepts des behandelnden Arztes	7
Wann sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erforderlich?	8
Wann sollte der behandelnde Arzt medizinische Rehabilitationsleistungen einleiten?	10
Wie kann der behandelnde Arzt medizinische Rehabilitation einleiten?	12
Kleine Rechtskunde	13

ZUM ZUSAMMENHANG VON GESUNDHEIT, KRANKHEIT UND TEILHABE

Immer mehr Menschen sind chronisch krank und suchen deshalb ihren Arzt auf. Viele von ihnen sind auch behindert oder von einer Behinderung oder sogar von Pflegebedürftigkeit bedroht. Ihre Teilhabe am Arbeitsleben und an der Gesellschaft ist durch ihre Gesundheitsstörung gefährdet oder gar schon beeinträchtigt. Sie sind in Gefahr, von Sozialleistungen wie Erwerbsminderungsrenten, Arbeitslosengeld oder Grundversicherung abhängig zu werden, weil ihr konkreter Arbeitsplatz oder ihre Erwerbsfähigkeit bedroht sind. Das folgt nicht alleine aus der Gesundheitsstörung, sondern auch aus anderen individuellen und gesellschaftlichen Faktoren wie Lebensstil, Bildungsgrad, Arbeitsmarkt und Familiensituation. Dadurch ist nicht mehr alleine ärztliche Heilungskunst gefragt. Auch **psychische, soziale und pädagogische Hilfen** werden gebraucht.

Auch viele arbeitslose Menschen haben ernsthafte gesundheitliche Probleme, die ihre Vermittlungschancen auf dem Arbeitsmarkt einschränken. Auch bei Arbeitslosigkeit wird die Lebenssituation der Betroffenen entscheidend von der Erwerbsfähigkeit geprägt. Davon hängt nicht nur ab, ob man Arbeitslosengeld II oder Sozialhilfe erhält, sondern auch, welche Arbeit einem Arbeitslosen zugemutet werden kann. Den Beziehern der Grundsicherung für Arbeitsuchende **dürfen** nämlich die Arbeiten **nicht zugemutet** werden, die sie z.B. wegen einer chronischen Erkrankung oder einer Behinderung objektiv nicht leisten können. Die Klärung dieser Frage – z.B. im Rahmen einer medizinischen Leistung zur Rehabilitation – dürfte aus vielfältigen Gründen für die Betroffenen noch bedeutsamer sein als die Frage der Erwerbsfähigkeit an sich.

Ärztinnen und Ärzte sind in der Verantwortung, ihre Patientinnen und Patienten schon während der Krankenbehandlung hinsichtlich ihrer Teilhabe zu unterstützen und ihnen den Zugang zu Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe zu öffnen. Dies geht über die Verordnung von medizinischer Rehabilitation hinaus.

Ärztinnen und Ärzte können eine gute Versorgung und hohe Zufriedenheit ihrer chronisch kranken Patientinnen und Patienten nur erreichen, wenn sie für diese auch **Lotsen im Sozial- und Gesundheitswesen** sind. Von funktionierenden Netzwerken profitieren alle.

Zudem ist jeder Arzt gesetzlich verpflichtet, chronisch kranke und behinderte Menschen über die geeigneten Leistungen zur Teilhabe zu beraten und auf die Möglichkeit der Beratung durch eine gemeinsame Servicestelle oder eine sonstige Beratungsstelle für Rehabilitation hinzuweisen (§ 61 Abs. 1 SGB IX).

WER KANN LEISTUNGEN ZUR REHABILITATION ERHALTEN?

Aus den gesetzlichen Zielen der Rehabilitation im SGB V und SGB IX geht hervor, dass Leistungen nicht nur für bereits behinderte Menschen erbracht werden. Rehabilitation soll auch und gerade verhindern, dass Menschen überhaupt behindert, erwerbsgemindert oder pflegebedürftig werden. **Rehabilitation ist auch Prävention. Chronisch Kranke sind von Behinderung bedroht.**

Ob Diabetes, Herz-Kreislauf-Krankheiten, rheumatische Erkrankungen oder Rücken- und Skelettprobleme: Praxis und Wissenschaft der Rehabilitation sind sich einig, dass Leistungen **möglichst frühzeitig** einsetzen müssen, um ihre Ziele zu erreichen. Auch Ärztinnen und Ärzte können dazu beitragen, indem sie frühzeitiger auf Rehabilitation hinweisen und helfen, dass ihre Patientinnen und Patienten solche Leistungen beantragen.

Im Kranken- und Rentenversicherungsrecht wird durch den Gesetzgeber unterstellt, dass stationäre Rehabilitationsleistungen **nur alle vier Jahre** und **nur für drei Wochen** erforderlich sind. Dies sind jedoch **nur Richtwerte**. Wenn die gesundheitliche Situation der Patientinnen und Patienten es erfordert – weil z.B. eine Verschlimmerung der Erkrankung eingetreten ist oder sich als Folge der Krankheit die Teilhabe der Berechtigten im Arbeitsleben wider Erwarten verschlechtert hat – ist eine medizinische Rehabilitation auch vorzeitig, d.h., vor Ablauf der Vier-Jahresfrist medizinisch indiziert und kann abweichend von der Vier-Jahresfrist vorzeitig durchgeführt werden.

Bei Beziehern von Leistungen der Grundsicherung (sogen. Arbeitslosengeld II) kommen die Träger der Grundsicherung in vielen Fällen ihrer Verpflichtung zur Prüfung und Anregung einer Rehabilitationsleistung beim zuständigen Rehabilitations-träger nicht nach, sodass der behandelnde Arzt auch bei Arbeitslosigkeit aufgerufen ist, den Berechtigten auf die Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation aufmerksam zu machen.

WER IST REHABILITATIONSTRÄGER?

Träger der medizinischen Rehabilitation ist für Patientinnen und Patienten, die einen Arbeitsplatz haben, meistens die *Deutsche Rentenversicherung*, wenn die Erwerbsfähigkeit bedroht ist. Auch für Bezieher von Leistungen der Grundsicherung (Arbeitslosengeld II) werden Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet, sodass diese auch für arbeitslose Menschen mit Rehabilitationsbedarf Leistungen erbringen kann.

Die *Krankenkassen* sind zuständig, wenn Menschen nicht erwerbstätig sind, d.h. insbesondere für lebensältere Menschen sowie krankenversicherte Selbständige und/oder wenn Pflegebedürftigkeit droht.

Kinder und Jugendliche können medizinische Leistungen zur Rehabilitation sowohl von den Trägern der Rentenversicherung wie auch von den Krankenkassen erhalten. Zuständig ist der Träger, bei dem der Antrag zuerst gestellt wird.

Für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind die Rentenversicherung und die Bundesagentur für Arbeit zuständig. Oft sind ärztliche Behandlung und medizinische Rehabilitation nicht alleine geeignet, die Probleme zu lösen, die durch ein Gesundheitsproblem im Arbeitsleben ausgelöst werden. Insbesondere, wenn Arbeitnehmer längere Zeit arbeitsunfähig krank sind oder häufig kurze Zeit fehlen, ist auch ihr Arbeitsplatz gefährdet. Es kann dann hilfreich sein, **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben** zu beantragen. Dies sind nicht nur außerbetriebliche Umschulungen, sondern auch betriebliche Hilfen an Beschäftigte und Arbeitgeber, um Arbeitsplätze anzupassen oder innerbetrieblich eine neue Tätigkeit zu erschließen. Die Rehabilitationsträger sind zur Kooperation verpflichtet, damit medizinische Rehabilitation und Teilhabeleistungen am

Arbeitsplatz möglichst nahtlos zusammenwirken. Für Erwerbstätige ist primär die Rentenversicherung zuständig.

Sinnvoll kann es auch sein, die Anerkennung als „Schwerbehinderter“ bei der Versorgungsverwaltung zu betreiben, um Leistungen des Integrationsamts zu erhalten. Beratung und Service aus einer Hand leisten die **gemeinsamen Servicestellen** der Rehabilitationsträger, die es in allen Kreisen und kreisfreien Städten gibt.

MEDIZINISCHE REHABILITATION – INHALT DES THERAPEUTISCHEN KONZEPTS DES BEHANDELNDEN ARZTES

Der Erfolg der Krankenbehandlung durch den niedergelassenen Arzt findet seine Grenzen häufig in den familiären, gesellschaftlichen und beruflichen Verhältnissen des Patienten, d.h. den Bedingungen, unter denen der Patient am Leben in der Gesellschaft teilnimmt.

Die Leistungen der medizinischen Rehabilitation setzen sich mit der Teilhabe des Patienten sowie deren Rahmenbedingungen auseinander und intervenieren in Bereichen, die der behandelnde Arzt mit den Mitteln der Krankenbehandlung nicht erreichen und beeinflussen kann. Die medizinische Rehabilitation ist deswegen auch ein wichtiges Instrument für den behandelnden Arzt zur Intervention in den Bereich der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, mit dem er sein therapeutisches Konzept wirksam ergänzen kann.

Häufig lassen sich während einer medizinischen Leistung zur Rehabilitation diagnostische Abklärungen insbesondere auch zu Fragen der Teilhabe erreichen, die im Rahmen der Versorgung durch den behandelnden Arzt nicht möglich sind oder sein Budget überfordern.

Der behandelnde Arzt sollte deshalb für die Ärzte und Therapeuten in den Rehabilitationseinrichtungen bei der Einleitung von medizinischen Rehabilitationsleistungen entweder in dem Befundbericht der Rehabilitationsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses oder dem Attest für den Rentenversicherungsträger immer auch die realistischen Ziele beschreiben, die nach seiner Beurteilung durch die Rehabilitationsleistungen angestrebt und erreicht werden

sollten. Die Rehabilitationseinrichtungen werden dies bei der Ausführung der Leistungen berücksichtigen und ihm dazu die Ergebnisse im Entlassungsbericht mitteilen.

WANN SIND LEISTUNGEN ZUR MEDIZINISCHEN REHABILITATION ERFORDERLICH?

Die Träger der medizinischen Rehabilitation dürfen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nur bewilligen (§ 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX), wenn damit voraussichtlich folgende, gesetzlich vorgegebene Ziele erreicht werden können:

- Abwendung, Beseitigung, Minderung oder Ausgleich einer Behinderung oder chronischen Erkrankung bzw. Vermeidung ihrer Verschlimmerung
- Vermeidung, Überwindung oder Minderung einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder von Pflegebedürftigkeit bzw. Verhütung ihrer Verschlimmerung
- Vermeidung des Bezuges von laufenden Sozialleistungen oder Minderung einer bereits laufenden Sozialleistung (§ 26 Abs. 1 SGB IX)
- ganzheitliche Förderung der persönlichen Entwicklung, Ermöglichung oder Erleichterung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie einer möglichst selbständigen und selbstbestimmten Lebensführung (§ 4 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX).

Diese Zielbeschreibungen reflektieren Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, die ein Patient als Folge einer chronischen Erkrankung oder Behinderung erleiden kann. **Wenn der behandelnde Arzt solche Krankheitsfolgen bei einem Patienten wahrnimmt, soll er ihn über die geeigneten Leistungen zur Teilhabe beraten und medizinische Leistungen zur Rehabilitation einleiten.** Diese Einleitung verpflichtet die Rehabilitationsträger, den bei dem Patienten bestehenden individuellen Leistungsbedarf funktionsbezogen festzustellen (§ 10 Abs. 1 Satz 2 SGB IX) und dazu ggfs. ein ergänzendes Sachverständigengutachten (§14 Abs. 5 Satz 2 SGB IX) einzuholen.

Die funktionsbezogene Feststellung des individuellen Leistungsbedarfs orientiert sich seit Inkrafttreten des Neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX) an der Internationalen Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO), mit der die funktionale Gesundheit und deren Beeinträchtigung abgebildet werden kann.

Danach gilt ein Patient nicht als funktional gesund – und deswegen in seiner Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt – wenn:

- seine körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen nicht denen eines gesunden Menschen entsprechen
- er nicht all das tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsprobleme erwartet wird
- er sein Dasein nicht in allen Lebensbereichen, die ihm wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigungen der Körperfunktionen oder -strukturen erwartet wird.

Aufgabe der medizinischen Rehabilitation ist danach nicht etwa allein die Behandlung einer Krankheit, sondern die Sicherung, Wiederherstellung oder Verbesserung dieser funktionalen Gesundheit bei gefährdeter oder beeinträchtigter Teilhabe an den verschiedenen Bereichen des Lebens in der Gesellschaft. Sie umfasst einen ganzheitlichen Ansatz, der über das Erkennen, Behandeln und Heilen einer Erkrankung hinaus die wechselseitigen Beziehungen zwischen den Gesundheitsproblemen eines Patienten – beschrieben in Form von Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten sowie der Teilhabe und ihren Kontextfaktoren – berücksichtigt, um den angestrebten Rehabilitationserfolg im Sinne der Teilhabe an Gesellschaft, Arbeit und Beruf zu erreichen.

Die Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit wird in der Regel durch eine chronische Krankheit hervorgerufen. Eine funktionale Problematik ist jedoch nicht gleichzusetzen mit Krankheit. Der Bedarf für eine medizinische Leistung zur Rehabilitation ist deshalb nicht gekennzeichnet durch den Schweregrad einer Erkrankung, sondern durch Art und Ausprägung der bereits eingetretenen oder drohenden Teilhabebeeinträchtigung. Ein Patient kann funktional

erheblich schwerwiegender beeinträchtigt sein als es die zugrunde liegende Krankheit erwarten lässt. In Abhängigkeit von der jeweiligen individuellen Situation besteht dann ein rehabilitativer Interventionsbedarf.

Ein Rehabilitationsbedarf besteht demnach immer dann, wenn bei einer gesundheitlich bedingten drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigung der Teilhabe über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist, der über die medizinische Intervention hinaus auch die beruflichen, gesellschaftlichen, privaten und kontextbezogenen Faktoren erfasst.

WANN SOLLTE DER BEHANDLUNDE ARZT MEDIZINISCHE REHABILITATIONSLEISTUNGEN EINLEITEN?

Die Spitzenverbände der Rehabilitationsträger haben in einer gemeinsamen Empfehlung zur frühzeitigen Erkennung eines Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe Anhaltspunkte für einen Bedarf an Leistungen zur Teilhabe, insbesondere der medizinischen Rehabilitation formuliert.

Ergibt sich aus der Wahrnehmung des behandelnden Arztes oder aus dem Gespräch mit dem betroffenen Patienten, dass bei diesem offensichtlich als Folge von Krankheit Beeinträchtigungen seiner Aktivitäten und seiner Teilhabe in für ihn wichtigen Lebensbereichen vorliegen oder drohen, sollte die Einleitung medizinischer Leistungen zur Rehabilitation immer erfolgen. Solche krankheitsbedingten Beeinträchtigungen können sich darstellen

1. auf der Ebene der Aktivitäten, z.B.:

- in der Fortbewegung, der allgemeinen körperlichen Beweglichkeit und Geschicklichkeit,
- im Verhalten,
- in der Kommunikation,
- in der Haushaltsführung und Kinderbetreuung,
- in der Bewältigung von psychischen und sozialen Belastungen,
- in der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben;

und

2. auf der Ebene der Teilhabe, z.B. in Einschränkungen der Möglichkeiten der:

- Bildung und Ausbildung,
- Selbstversorgung,
- Mobilität (Fortbewegung in der Umgebung, Reisen),
- Beschäftigung (Erwerbstätigkeit, Freizeit),
- Bewältigung familiärer Aufgaben,
- sozialen Integration oder
- ökonomischen Eigenständigkeit (in Bezug auf die Sicherung des Lebensunterhalts).

Solche Anhaltspunkte können sich zum Beispiel ergeben

- bei Patienten, die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt wegen Krankheit behandlungsbedürftig sind,
- bei multimorbiden oder chronisch kranken Menschen jeden Alters,
- bei Menschen mit mehrfachen oder lang andauernden stationären Behandlungen wegen der selben Erkrankung insbesondere dann, wenn durch eine Chronifizierung der Erkrankung eine Behinderung oder eine Gefährdung oder Minderung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben droht,
- bei Menschen, die wegen der Krankheit und ihrer Folgen erkennbar mit erheblichen familiären Problemen belastet sind oder Belastungen ihres gesellschaftlichen Umfeldes erfahren,
- bei Menschen nach traumatischen Erlebnissen, insbesondere bei Eingriffen in die körperliche Unversehrtheit,
- bei Menschen mit besonders belastenden Arbeits- und Lebensbedingungen,
- bei Menschen, die eine Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung beziehen,
- bei Menschen, die bereits Leistungen zur Teilhabe erhalten oder erhalten haben, wenn sich eine Verschlimmerung

anbahnt oder sich neue Aspekte für eine mögliche Verbesserung des Leistungs- und Teilhabevermögens ergeben,

- bei Menschen, bei denen der Gesundheitsschädigung vermutlich eine Abhängigkeit oder psychosomatische Reaktion zugrunde liegt,
- bei Menschen, bei denen ohne weitere Interventionen Pflegebedürftigkeit droht,
- bei pflegebedürftigen Menschen, bei denen durch rehabilitative Interventionen eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit vermieden oder das Ausmaß einer schon vorhandenen Pflegebedürftigkeit verändert werden könnte.

WIE KANN DER BEHANDELNDE ARZT MEDIZINISCHE REHABILITATION EINLEITEN?

Für die Einleitung von medizinischen Leistungen zur Rehabilitation durch die **Rentenversicherungsträger** – die für ca. 70 v.H. aller Leistungen zuständig sind – existiert **kein förmliches bzw. bürokratisches Einleitungsverfahren**. Es reicht aus, wenn der behandelnde Arzt dem Patienten – ggfls unterstützt durch ein Attest – empfiehlt, einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation unmittelbar beim zuständigen Rentenversicherungsträger oder einer gemeinsamen Servicestelle zu stellen.

Soweit medizinische Leistungen zur Rehabilitation durch die **Krankenkassen** erbracht werden sollen, ist das Einleitungsverfahren als Bestandteil der Vertragsärztlichen Versorgung (Verordnung der Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung – § 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V) geregelt. Dieses Ordnungsverfahren ist den behandelnden Ärzten bekannt und kann im Einzelnen in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von im Einzelfall gebotenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (vergl. Reha-Report Nr. 1/2004; Rehabilitations-Richtlinien: § 92 Abs. 1 Nr. 8 SGB V) nachvollzogen werden, sodass an dieser Stelle auf eine Wiederholung verzichtet wird.

Führt ein Arzt **Disease-Management-Programme (DMP)** durch, soll er insbesondere bei Vorliegen von Komplikationen und/oder Begleiterkrankungen prüfen, ob sein Patient von einer Rehabilitationsleistung profitieren kann (vergl. z.B. Ziffer 1.8.4 der Anlage 7 zu §§ 28b bis 28g der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung). Nach der Begründung zu den DMP soll eine Leistung zur Rehabilitation insbesondere erwogen werden, um die Erwerbsfähigkeit, die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe der Patientin oder des Patienten am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen durch die Krankheit und/oder ihre Begleit- und Folgeerkrankung zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.

Ist einmal unklar, wer verantwortlich ist, sollen die gemeinsamen Servicestellen weiterhelfen. Die Rehabilitationsträger sind verpflichtet, einen beim unzuständigen Träger gestellten Antrag sofort an den zuständigen Träger weiterzuleiten.

Daher schadet es nicht, im Zweifel bei Erwerbstätigen den Antrag **immer zuerst bei der Rentenversicherung** zu stellen. Jeder Antrag bei einem Rehabilitationsträger verpflichtet diesen, den Bedarf für alle Rehabilitationsträger festzustellen und im Zweifel ein ergänzendes Gutachten einzuholen.

KLEINE RECHTSKUNDE

KRANKENVERSICHERUNG

§ 2a SGB V

Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen

§ 11 (2) SGB V

Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern.

§ 40 SGB V

(1) Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, kann die Krankenkasse aus medizinischen

Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen oder (...) in wohnortnahen Einrichtungen erbringen.

- (2) Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, kann die Krankenkasse stationäre Rehabilitation (...) in einer Rehabilitationseinrichtung erbringen (...).

§ 73 SGB V

- (2) Die vertragsärztliche Versorgung umfasst die (...)
7. Verordnung von (...) Behandlung in (...) Rehabilitationseinrichtungen.

REHABILITATION UND TEILHABE

§ 10 (1) 1 SGB IX

Soweit Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind, ist der (...) leistende Rehabilitationsträger dafür verantwortlich, dass die beteiligten Rehabilitationsträger im Benehmen miteinander und in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen funktionsbezogen feststellen und schriftlich so zusammenstellen, dass sie nahtlos ineinander greifen.

§ 11 SGB IX

- (1) Soweit es im Einzelfall geboten ist, prüft der zuständige Rehabilitationsträger gleichzeitig mit der Einleitung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation, während ihrer Ausführung und nach ihrem Abschluss, ob durch geeignete Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Erwerbsfähigkeit des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen erhalten, gebessert oder wiederhergestellt werden kann. Er beteiligt die Bundesagentur für Arbeit nach § 38.
- (2) Wird während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation erkennbar, dass der bisherige Arbeitsplatz gefährdet ist, wird mit den Betroffenen sowie dem zuständigen Rehabilitationsträger unverzüglich geklärt, ob Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind.

§ 22 (1) 1 SGB IX

- (1) **Gemeinsame örtliche Servicestellen** der Rehabilitationsträger bieten behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen, ihren Vertrauenspersonen und Personensorgeberechtigten (...) Beratung und Unterstützung an.

§ 26 (1) SGB IX

Zur **medizinischen Rehabilitation** behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um

1. **Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten** abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder
2. **Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit** zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den **vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen** zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu vermindern.

§ 27 SGB IX

Die in § 26 Abs. 1 genannten Ziele sowie § 10 gelten auch bei **Leistungen der Krankenbehandlung**.

§ 60 SGB IX

Eltern, Vormünder, Pfleger und Betreuer, die bei ihrer Personensorge anvertrauten Menschen Behinderungen wahrnehmen (...) sollen im Rahmen ihres Erziehungs- und Betreuungsauftrags die **behinderten Menschen** einer gemeinsamen Servicestelle oder einer sonstigen Beratungsstelle für Rehabilitation oder **einem Arzt zur Beratung über die geeigneten Leistungen zur Teilhabe** vorstellen.

§ 61 SGB IX

- (1) Die **Beratung der Ärzte**, denen eine Person nach § 60 vorgestellt wird, erstreckt sich auf die geeigneten Leistungen zur Teilhabe. Dabei weisen sie auf die Möglichkeit der Beratung durch eine gemeinsame Servicestelle oder eine sonstige Beratungsstelle für Rehabilitation hin. Bei Menschen, bei denen der **Eintritt der Behinderung nach allgemeiner ärztlicher Erkenntnis zu erwarten ist**, wird entsprechend verfahren. (...)

**Am Römerlager 2
53117 Bonn**

Telefon **02 28 – 21 21 00**

Telefax **02 28 – 21 22 11**

e-mail **reha@bonn-online.com**

Internet **www.rehaklinik.com**

