

**Moderne Physiotherapie als komplexe
gesundheitsorientierte Dienstleistung –
dargestellt unter besonderer Berücksichtigung des
sportwissenschaftlichen Erkenntnisstands sowie
gesetzlicher und gesundheitspolitischer Anforderungen**

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie
an der Fakultät für
Human- und Sozialwissenschaften
der Bergischen Universität Wuppertal

vorgelegt von

Dieter Welsink

aus

Neuss

Wuppertal, im Juni 2018

Die Dissertation kann wie folgt zitiert werden:

urn:nbn:de:hbz:468-20181205-142123-0

[<http://nbn-resolving.de/urn/resolver.pl?urn=urn%3Anbn%3Ade%3Ahbz%3A468-20181205-142123-0>]

Gutachter

1. Prof. Dr. Theodor Stemper
Bergische Universität Wuppertal

2. Prof. Dr. Michael Kunz
Hochschule für angewandte Wissenschaften Bamberg

Danksagung

An erster Stelle gebührt mein Dank meinem Doktorvater Prof. Dr. Theo Stemper. Er hat mich von Beginn an motiviert, diese Dissertation zu verfassen und mich jederzeit engagiert begleitet.

Danken möchte ich allen Mitarbeitern der medicoreha, die mich seit Jahren darin unterstützen, eine bestmögliche Versorgung der uns anvertrauten Patienten zu organisieren und zu ermöglichen. Hier gilt mein besonderer Dank Dr. med. Wolfgang Lemken, der bereits als junger Assistenzarzt den Stellenwert der Physiotherapie erkannt und gemeinsam mit mir und meinen langjährigen Kollegen Horst Schuhmacher, Philipp Hemmrich sowie Manuela Glustin bis heute weiterentwickelt hat.

Als wichtiger Partner auf Seiten der Kostenträger hat Ulrich Theißen, Fachbereichsleiter Reha-Management der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, die Leistungsentwicklung hin zur multimedialen, interdisziplinären Physiotherapie in der ambulanten Versorgung geprägt. Für seinen Sinn für Innovation und sein Engagement in der Umsetzung auch in der medicoreha Unternehmensgruppe möchte ich ihm ganz herzlich danken.

Ein ganz besonderer Dank geht an meine Ehefrau Anne und unsere Familie für die emotionale und fachliche Begleitung sowie für die Schaffung von Freiräumen zur Anfertigung dieser Dissertation.

INHALTSVERZEICHNIS

1 EINLEITUNG	6
2 GESELLSCHAFTLICHE ENTWICKLUNGEN	9
2.1 Entwicklung der Physiotherapie in Deutschland	10
2.2 Einfluss der Sportwissenschaft und relevanter Bezugswissenschaften auf die Physiotherapie	19
2.2.1 Einfluss der Sportwissenschaft	20
2.2.2 Einfluss weiterer Bezugswissenschaften	29
2.3 Bewegungsverhalten und Gesundheit	35
2.3.1 Körperliche Inaktivität	35
2.3.2 Körperliche Aktivität	37
2.3.3 Übergewicht / Adipositas	43
2.4 Arbeitswelt und Gesundheit	47
2.5 Soziodemografischer Wandel	52
2.5.1 Demografische Alterung der Gesellschaft	52
2.5.2 Steigende Lebenserwartung	54
2.5.3 Sinkende Geburtenraten und Bevölkerungsrückgang	55
2.6 Epidemiologische Veränderungen	57
2.6.1 Zunahme chronischer Erkrankungen	58
2.6.2 Multimorbidität	60
2.7 Medizinisch-technologischer Fortschritt	61
2.7.1 Medizinische Innovationen	62
2.7.2 Technologischer Fortschritt	66
2.7.3 Evidenzbasierung und Leitlinien	69
2.8 Gesundheitsökonomische Veränderungen	73
2.8.1 Gesundheitswirtschaft	74
2.8.2 Erhöhter Versorgungsbedarf	76

2.9 Sozial- und gesundheitspolitische Folgen und Forderungen.....	82
2.10 Erkenntnisse und Schwerpunkte für die moderne Physiotherapie	87
2.10.1 Evidenzbasierte Praxis in der Physiotherapie.....	87
2.10.2 Konsequenzen und Folgerungen für die moderne Physiotherapie	90
3 VERSORGUNGSLEISTUNGEN IN DER GESUNDHEITSBEZOGENEN DIENSTLEISTUNG	94
3.1 Physiotherapie in der stationären Akutversorgung	95
3.2 Physiotherapie in der ambulanten Heilmittelversorgung.....	97
3.2.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen.....	97
3.2.2 Rahmenempfehlungen der gesetzlichen Krankenkassen.....	102
3.2.3 Verordnung von Heilmitteln.....	103
3.2.4 Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen	104
3.3 Ambulante medizinische Rehabilitation.....	107
3.3.1 Gesetzliche Vorgaben und Richtlinien	110
3.3.2 Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe	112
3.3.3 Bio-psycho-soziale Konzeption der Reha nach ICF.....	114
3.3.4 Vorgaben der Kostenträger und der BAR	125
3.3.5 Ambulante muskuloskeletale Rehabilitation	142
3.3.6 Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation.....	151
3.3.7 Ambulante onkologische Rehabilitation.....	161
3.3.8 Rehabilitationsnachsorge.....	171
3.3.9 Rehabilitationssport und Funktionstraining.....	171
3.3.10 Externe Qualitätssicherung.....	173
3.4 Besondere Versorgung / Integrierte Versorgung.....	181
3.5 Prävention und Gesundheitsförderung.....	182
3.5.1 Rahmenbedingungen und gesetzliche Vorgaben.....	182
3.5.2 Gesundheitswissenschaftlicher Hintergrund	188

3.6 Ausbildung in den Therapieberufen Physio- und Ergotherapie	192
4 MODERNE PHYSIOTHERAPIE – DARGESTELLT ALS MODELL EINER FACHKLINIK FÜR AMBULANTE REHABILITATION AM BEISPIEL DER MEDICOREHA® WELSINK UNTERNEHMENSGRUPPE.....	194
4.1 Zentrales Management	194
4.2 Qualitätssicherung.....	200
4.2.1 Strukturqualität	206
4.2.2 Prozessqualität	209
4.2.3 Ergebnisqualität	213
4.2.4 Kernprozesse.....	214
4.2.5 DRV-Qualitätssicherungsberichte	221
4.3 Fachkliniken für ambulante medizinische Rehabilitation	222
4.3.1 Physiotherapeutisches Aufbautraining	228
4.3.2 Physiotherapie in der stationären Akutversorgung.....	234
4.3.3 Ambulante medizinische Rehabilitation.....	238
4.3.4 Heilmittelversorgung	279
4.3.5 Besondere Versorgung/Integrierte Versorgungsmodelle	280
4.3.6 Prävention und Gesundheitsförderung	282
4.3.7 Ausbildung an der medicoreha Akademie für Gesundheitsberufe	285
5 REFLEXION	288
5.1 Ausrichtung nach dem medizinisch-technologischen Fortschritt	289
5.2 Aktuelle Problemfelder und Potenziale der Heilmittelversorgung.....	292
5.2.1 Steigende Ausgaben der GKV für Heilmittel.....	293
5.2.2 Steuerung der Verordnungen.....	295
5.2.3 Einkommenssituation der Physiotherapeuten.....	297
5.2.4 Abrechnung mit Privatpatienten	299
5.2.5 Fort- und Weiterbildungen	300
5.2.6 Forderung der Kostenträger nach Evidenzbasierung.....	302

5.3 Forderung nach sektorenübergreifenden Versorgungsmodellen.....	305
5.4 Herausforderungen und Chancen der medizinischen Rehabilitation	307
5.4.1 Zugangswege	307
5.4.2 Effektivität und Effizienz der medizinischen Rehabilitation.....	309
5.5 Handlungsbedarf bezüglich Fachkräftemangel	313
5.6 Umsetzung gesundheitspolitischer Ziele.....	317
5.7 OP vermeidende konservative Versorgung.....	320
5.8 Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategien	322
6 FAZIT UND AUSBLICK.....	324
7 VERZEICHNISSE	330
7.1 Literaturverzeichnis	330
7.2 Tabellenverzeichnis	393
7.3 Abbildungsverzeichnis	395
7.4 Abkürzungsverzeichnis	397
7.5 Anhangsverzeichnis	401
8 LEBENSLAUF.....	402
9 ABSTRACT	404

1 Einleitung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Aufarbeitung der aktuellen kurativen, rehabilitativen und präventiven Versorgung aus Sicht der Physiotherapie, weil sich gesetzliche Anforderungen und Einschränkungen einerseits und das Leistungsrecht der gesetzlichen Kostenträger im Gesundheitswesen andererseits gegenüberstehen und somit unmittelbare Auswirkungen auf Physiotherapeuten als Leistungserbringer und Patienten als Leistungsempfänger haben. Politische Entscheidungen, die als Gesetze und Richtlinien den komplexen Gesundheitsmarkt regulieren, haben Folgen für die Entwicklung des therapeutischen Berufsfeldes und die daraus resultierende Versorgung.

Wissenschaftliche Zielstellung dieser Arbeit ist es, hermeneutisch zu überprüfen, wie gesundheitsbezogene Dienstleister als komplexe Unternehmen auf gesellschaftlichen Veränderungsdruck reagieren, ihre strategischen Entscheidungen und organisatorischen Prozesse permanent und schnell anpassen und ihre bewegungsbezogenen präventiven, kurativen und rehabilitativen Leistungen nach dem geforderten Versorgungsbedarf ausrichten.

Der Fokus dieser Arbeit liegt nicht in einer differenzierten Auseinandersetzung mit den Einflüssen der einzelnen gesellschaftlichen Entwicklungen auf die Versorgungsleistungen. Vielmehr müssen diese einzelnen vorgegebenen Komponenten für ein Unternehmen in der Gesundheitsdienstleistung gebündelt und miteinander verknüpft werden, um praxistaugliche und effiziente Versorgungsstandards zum Nutzen der Patienten zu generieren. Es erfolgt eine narrative Darstellung des sozialrechtlichen Rahmens über Richtlinien und Vorgaben der Kostenträger auf der Basis einer Literaturanalyse. In einer kritischen Reflexion werden aktuelle Problemlagen konkretisiert und es werden Handlungsempfehlungen formuliert.

Die vorliegende Arbeit umfasst insgesamt sechs Kapitel. Die Grundgedanken der Arbeit sind wie folgt aufgebaut.

Nachdem die Einleitung in das Thema einführt und die Zielstellung der Arbeit herausarbeitet, richtet der zweite Teil der Arbeit den Blick auf die gesellschaftlichen Entwicklungen

in Deutschland. Er beginnt mit einem kurzen Überblick über die rund achtzigjährige Geschichte der Physiotherapie in der Bundesrepublik Deutschland, um anschließend vertiefend auf den Einfluss der Sportwissenschaft, hier insbesondere der Trainingswissenschaft als Treiber für eine „Moderne Physiotherapie“, einzugehen.

Anschließend wird der Zusammenhang bekannter Einflussfaktoren auf die Gesundheit, hier explizit das Bewegungsverhalten und die Arbeitswelt, in Unterkapiteln beschrieben. Zwei weitere Schwerpunkte bilden der soziodemografische Wandel und seine Auswirkungen auf epidemiologische Veränderungen bei den versorgungsrelevanten Erkrankungen. Die Dynamik des medizinisch-technologischen Fortschritts als Antwort auf diese gesellschaftlichen Herausforderungen wird anschließend geschildert. Ein fachlich-orientierender Blick gilt der Forderung nach Evidenzbasierung und leitliniengerechter Versorgung. Neue Standards nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen lösen oft Veränderungen in der Therapie und Organisation, zusätzliche Ressourcen und damit das Erfordernis der gesundheitsökonomischen Wirtschaftlichkeit aus. Das letzte Unterkapitel über die resultierenden sozial- und gesundheitspolitischen Folgen und Forderungen beziehen den erhöhten Versorgungsbedarf mit ein und schließen den zweiten Teil der Arbeit mit den Folgerungen und Konsequenzen für die „Moderne Physiotherapie“ ab.

Teil 3 stellt die Versorgungsleistungen nach den geltenden rechtlichen Vorgaben und den aktuellen Rahmenbedingungen der Kostenträger dar. Hier wird Bezug genommen auf Leitlinien, Rahmenempfehlungen und Leistungsbeschreibungen, welche die einzelnen Maßnahmen nach dem in Teil 2 beschriebenen Bedarf an Gesundheitsversorgung festlegen. Danach werden Konzepte nach medizinischen Standards für den kurativen Sektor mit den stationären physiotherapeutischen Leistungen und dem Bereich der ambulanten Heilmittelversorgung erläutert. Die ambulante medizinische Rehabilitation in ausgewählten Indikationsgebieten bildet den Schwerpunkt dieses Teils. Nachsorge sowie Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung runden das Kapitel mit Informationen zur Gesundheit und Maßnahmen zur Gesunderhaltung ab.

Teil 4 befasst sich systematisch und vertiefend mit den aktuellen Versorgungsleistungen am Modell der Fachkliniken für ambulante Rehabilitation der medicoreha® Welsink Unternehmensgruppe. Analytische Konzepte, reale Praxisbeispiele und Organisations-

abläufe verdeutlichen die gesundheitsbezogenen Interventionen einer komplexen und umfassenden Leistungserbringung. Dabei wird die aktuelle wissenschaftliche Studienlage zu den bewegungsbezogenen Interventionen an Indikationsbeispielen thematisiert.

In Teil 5 werden aus der Bandbreite der Thematik verschiedene Fragestellungen herausgegriffen und kritisch reflektiert. Ein besonderer Blick gilt der Heilmittelerbringung, der ambulanten medizinischen Rehabilitation, der integrierten Versorgung, der konservativen OP vermeidenden Therapie sowie der Fachkräftesicherung.

Abschließend fasst Teil 6 die wichtigsten Ergebnisse der Arbeit zusammen, formuliert Empfehlungen und Forderungen und gibt einen Ausblick auf zukünftige Weiterentwicklungen.

Aus Gründen der einfachen Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Selbstverständlich gelten sämtliche Personenbezeichnungen im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für beide Geschlechter.

medicoreha® ist eine geschützte Wortbildmarke aus den Begriffen ‚Medizin‘ und ‚Rehabilitation‘. Im Folgenden wird die Wortbildmarke in Überschriften genutzt, im Text wird der Firmenname ‚medicoreha‘ für die medicoreha Welsink Unternehmensgruppe verwendet.

2 Gesellschaftliche Entwicklungen

Das folgende Kapitel beginnt mit einem kurzen Überblick über die aktuelle Lage der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Danach betrachtet das erste Unterkapitel die historische Entwicklung der Physiotherapie in Deutschland auf dem Weg von vorwiegend passiven zu aktivierenden Therapiestrategien. Das Kapitel Bewegungsverhalten und Gesundheit stellt die Risiken für Menschen, die einen sitzenden Lebensstil führen, dem gesundheitlichen Nutzen der körperlichen Aktivität gegenüber, um die wissenschaftlich nachgewiesenen positiven Gesundheitseffekte zu verdeutlichen. Danach wird ein orientierender Blick auf die Arbeitswelt als weiterer gesundheitsbeeinflussender und umweltbezogener Faktor gerichtet. Es folgen Kapitel über die aktuellen und zukünftigen sozio-demografischen Herausforderungen und epidemiologischen Entwicklungen in Deutschland, welche für die Konzeption und Ausrichtung von Rehabilitations- und Präventionskonzepten bedeutsam sind. Der thematische Schwerpunkt ‚Medizinisch-technologischer Fortschritt‘ befasst sich mit Innovationen, die bereits Auswirkungen auf die Physiotherapie haben oder zukünftig haben werden. Die beschriebenen Veränderungsprozesse lösen einerseits Wachstumsprozesse in der Gesundheitswirtschaft aus, andererseits entstehen gesundheitsökonomische Forderungen nach Kosteneinsparungen. Den Abschluss dieses Kapitels bilden gesundheitspolitische Forderungen und die daraus resultierenden Folgen für die Anbieter von Gesundheitsleistungen.

Der vom Robert Koch-Institut (RKI) als Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit veröffentlichte Bericht „Gesundheit in Deutschland“ gibt einen umfassenden und aktuellen Überblick „zum Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und zur Gesundheitsversorgung in Deutschland“ (vgl. RKI, 2015a, S. 14). Nach statistischen Erhebungen des RKI (2015a, S. 1) bewerten „etwa drei Viertel der Frauen und Männer (...) in Deutschland ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut“.

Aus dem Blickwinkel der Versorgung prägen vor allem die Veränderungen der Altersstruktur und des Krankheitsspektrums die gesellschaftlichen und epidemiologischen Entwicklungen in Deutschland. Chronische Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 2, abdominale Adipositas, arterielle Hypertonie und Hyperlipidämie laufen oft in den ersten Jahren symptomfrei ab und bleiben ohne Konsultation eines Arztes lange Zeit unerkannt. Die vier

genannten Krankheiten werden in der Medizin als ‚*Metabolisches Syndrom*‘ zusammengefasst und dominieren die epidemiologischen Entwicklungen in den ersten Jahrzehnten des 21. Jahrhunderts (vgl. Alberti, Zimmet & Shaw, 2005, p. 475). Langfristige Auswirkungen sind „vielschichtige Beeinträchtigungen, z. B. im Hinblick auf Mobilität, Kommunikation, Erwerbstätigkeit oder Selbstversorgung unter Berücksichtigung des gesamten Lebenshintergrundes“ (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. [BAR], 2015, S. 8), die erhebliche Versorgungsleistungen nach sich ziehen.

2.1 Entwicklung der Physiotherapie in Deutschland

Dieses Kapitel gibt einen komprimierten Überblick über die Entwicklung der Krankengymnastik und Physikalischen Therapie zur Physiotherapie bis zur angewandten Therapiewissenschaft in den Jahren von 1948 bis 2016. Damit soll der Weg zur „Modernen Physiotherapie“ vorgespurt werden.

40er bis 50er Jahre

„Die WHO wurde 1948 mit dem Ziel gegründet, für alle Völker das höchstmögliche Gesundheitsniveau zu erreichen“ (WHO, 2017). Als autonome internationale Gesundheitsorganisation ist sie heute federführend

- in „der Gestaltung der Forschungsagenda für Gesundheit“,
- im „Aufstellen von Normen und Standards“,
- in der „Formulierung evidenzbasierter Grundsatzoptionen“ (a. a. O.).

Aufgrund dieser Ausrichtung bildet die WHO bis heute auf der Metaebene eine wichtige Informationsgrundlage für die Weiterentwicklung der Therapieberufe.

Am 15.11.1949 wird der Zentralverband für Krankengymnasten (ZVK)¹ als erster eigenständiger Berufsverband gegenüber den Berufsverbänden der Masseure und medizinischen Bademeister gegründet (Hüter-Becker, 2004a, S. 17).

Mit dem ersten Ausbildungs- und Berufsgesetz „über die Ausübung der Berufe des Masseurs, des Masseurs und medizinischen Bademeisters und des Krankengymnasten“ (Bundesgesetzblatt, 1958) gelingt mit ärztlicher Unterstützung die Abgrenzung vom Beruf des

¹ Die Gründung erfolgt unter dem Namen „Zentralverband der krankengymnastischen Landesverbände im westdeutschen Bundesgebiet“ (Hüter-Becker, 2004, S. 34).

Masseurs. Die deutschen Krankengymnastinnen und Krankengymnasten werden einheitlich durch einen zweijährigen Lehrgang an einer staatlich anerkannten Lehranstalt ausgebildet, dem ein ein-jähriges Anerkennungsjahr im angeschlossenen Krankenhaus folgt (vgl. Hüter-Becker, 2004a, S. 20). Dieses Gesetz wird 36 Jahre bestehen bleiben und in Bezug auf die ‚nicht-akademische‘ Ausbildung – im Unterschied zu den anderen europäischen Ländern – durch das Masseur- und Physiotherapeutengesetz (MPhG) von 1994 bis heute Bestand haben.

Krankengymnastische Leistungen können in Abhängigkeit von der ärztlichen Diagnose und Verordnung erbracht werden.

1960er Jahre

Zu Beginn der 60er Jahre gilt Krankengymnastik als Beruf für „höhere Töchter“ (Hüter-Becker, 2004b, S. 34) an den deutschlandweit 16 ausbildenden Universitäts- und großen Unfall- und Rehabilitationskliniken (vgl. Hüter-Becker, 2004a, S. 21) und wird im Zuge der Emanzipation fast ausschließlich von Frauen ausgeübt. Die Krankengymnastinnen orientieren sich ähnlich wie die ‚Schwester‘ als „Helferin des Arztes“² (Hüter-Becker, 2001, S. 271) eng an der Medizin als Hauptbezugswissenschaft. Ärztliche Leiter der Lehranstalten für Krankengymnastik bestimmen die Lehrinhalte nach der ersten Ausbildungs- und Prüfungsordnung (vgl. Hüter-Becker, 1993, S. 1467). Die soziale Anerkennung als ‚Heil- und Hilfsberuf‘ des Arztes finden Krankengymnastinnen in den Beziehungen zu den Patienten während des Anerkennungsjahrs an den ausbildenden Kliniken mit vorwiegend orthopädisch-chirurgischer, später auch neurologischer, pädiatrischer und psychiatrischer Ausrichtung (vgl. Hüter-Becker, 2004a, S. 19). Aus heutiger Sicht versucht sich die Physiotherapie – seit etwa 25 Jahren – auf dem Weg zur eigenständigen Professionalisierung gerade von der Begründung ihres therapeutischen Handelns durch die ärztliche Medizin zu befreien (vgl. Richter, 2016, S. 5).

Neue Behandlungsmethoden kommen bereits in den 60er Jahren aus dem Ausland, z. B. die Komplexbewegungen von Kabat und Knott aus den USA oder das Behandlungskonzept nach Berta und Dr. med. Karel Bobath aus England. In den USA entwickelt sich nach dem

² Analog ist das ‚Arzt-Schwester‘-Verhältnis bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts geprägt durch eine statusmäßige Asymmetrie zwischen dem (männlichen) Arzt und der (weiblichen) Schwester (vgl. Streckeißen, 2015, S. 57).

Neurologen Herman Kabat und der Physiotherapeutin Margaret Knott die „proprioceptive facilitation“ (Knott & Voss, 1956). In Deutschland wird dieses Konzept als ‚Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation‘ (PNF) zunächst als Behandlungsverfahren für Patienten aus dem medizinischen Fachgebiet der Neurologie³ anerkannt. Ebenso wichtig ist der Einfluss des Ehepaars Bobath für die Entwicklung der Krankengymnastik in Deutschland. 1968 erscheint die deutsche Übersetzung des Buchs „Abnorme Haltungsreflexe bei Gehirnschäden“ von Berta Bobath (Bobath, 1968). Sowohl PNF als auch Bobath unterscheiden sich als komplexe Therapiekonzepte von den bisher durchgeführten einachsigen Bewegungen, indem sie dreidimensionale Muskel- und Funktionsketten miteinbeziehen und dem „Rumpf in Verbindung mit Kopf und Extremitäten eine ganz neue Bedeutung“ beimessen (Hüter-Becker, 1993, S. 1467). Durch die Zusammenarbeit von Arzt und Krankengymnastin entwickeln sich diese und andere Behandlungsmethoden empirisch weiter und werden durch theoretische (explizit neurophysiologische) Modelle begründet (vgl., a. a. O., S. 1468). Beide Konzepte – PNF und Bobath – können heute noch als sogenannte ‚Zertifikatspositionen‘ unter der Bezeichnung „Krankengymnastische Behandlung, auch auf neurophysiologischer Grundlage als Einzelbehandlung“ (§ 125 SGB V Anlage 1a, S. 13) zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ärztlich verordnet werden.

1970er Jahre

In der physikalischen Therapie überwiegen seit der Patientenversorgung der 50er Jahre die passiven Maßnahmen der Massage, Elektrotherapie, Kälte- und Wärmetherapie, Balneo- und Hydrotherapie und Verbände neben der Übungsbehandlung als aktive Behandlungsform.

Über den erstmaligen Zugang zu den Olympischen Spielen in München im Jahr 1972 dringt die Krankengymnastik in die bis dahin von Masseuren dominierte Betreuung und Versorgung von Spitzensportlern im Wettkampf ein. Die ersten männlichen Schüler melden sich in den überwiegend von Frauen besuchten Fachschulen an (vgl. Hüter-Becker, 2004a, S. 24).

Ausgelöst durch medizinische Innovationen, wie z. B. die operative Behandlung nach einer Fraktur durch übungstabile, osteosynthetische Verfahren oder der endoprothetische Ersatz des Hüftgelenks, erfolgt ein Umdenken in der Medizin von der postoperativen Ru-

³ Die Zielgruppe bilden zuerst vorwiegend Patienten mit Polio oder Hemiplegie.

higstellung zur Frühmobilisation nach ärztlich vorgegebenen Nachbehandlungsschemata (vgl. Hüter-Becker, 1993, S. 1468). Eine Dokumentation der Therapie-verläufe und -ergebnisse, etwa durch Gelenkmobilisation nach der Manuellen Therapie, wird notwendig. Es entstehen neue krankengymnastische Techniken wie z. B. die „Funktionelle Bewegungslehre“ nach Klein-Vogelbach (1976) mit hohen aktivierenden Bewegungsanteilen. Ab 1977 wird von der WHO das Behandlungsprinzip nach einem Herzinfarkt von einer mehrwöchigen Bettruhe in die drei Therapiestrategien Frühmobilisation, Bewegungstherapie und Rehabilitation umgewandelt (vgl. Hollmann, 2006, S. 3). Die wesentlichen physiologischen Auswirkungen von Ausdauertraining und Krafttraining werden bereits in der Sportmedizin und Trainingslehre dargestellt (vgl. a. a. O).

An den Ausbildungsstätten der Universitätskliniken eröffnen sich für die Krankengymnastik neben der Sportmedizin – als Teil der Inneren Medizin – weitere medizinische Fachbereiche wie die Rheumatologie und die Gynäkologie (vgl. Hüter-Becker, 2004a, S. 21). Die fortschreitende Ausdifferenzierung des Berufsbildes in einzelne medizinische Fachbereiche lässt den Versorgungsbedarf der Patienten in den stationären Kliniken und ambulanten Krankengymnastikpraxen anwachsen.

Ende der 70er Jahre erscheinen erste nichtärztliche, von Krankengymnastinnen autorisierte Lehrbücher wie beispielsweise das Buch „Krankengymnastische Behandlungen in der Traumatologie“ von Margrit List (List, 1978). Therapieziele und -maßnahmen nach List (1978) werden nach den Wundheilungsstadien auf der Basis einer Befundung festgelegt, nach dem tagesaktuellen Befund dosiert und entsprechend dem Heilungsverlauf angepasst. Die Therapie erfolgt durch manuelle Führung und verbale Anleitung der Bewegung.

Die Ursprünge der ‚*gerätegestützten Krankengymnastik*‘ in Deutschland, die sogenannte ‚medico-mechanische Therapie‘ nach dem schwedischen Arzt Gustaf Zander (1835-1920) wurden in Deutschland bereits im beginnenden 20. Jahrhundert in der ‚medizinischen Heilgymnastik‘ eingesetzt (vgl. Kreck, 1988). Zander hatte die Idee über die Mechanik, ‚Kranken durch dosierte und isolierte Muskelübungen, die Gesundung ihrer Organe, Muskeln oder Gelenke zu erleichtern‘ (Dinçkal, 2007, S. 227) und legte damit wichtige Grundlagen für die moderne apparategestützte Physiotherapie und für die Sportwissenschaft. In der Krankengymnastik der 50er bis frühen 80er Jahre wird Zanders Konzept der ‚Maschinengymnastik‘ (vgl. a. a. O.) in Deutschland nicht mehr eingesetzt.

Im Jahr 1977 beginnt, ausgelöst durch den Rückgang der deutschen Wirtschaft, die Kostendämpfungspolitik mit strukturellen Veränderungen, z. B. der Einführung der Eigenbeteiligung für volljährige Versicherte von 10 % der Kosten je Heilmittelverordnung nach § 32 Abs.2 SGB V. Während 1970 von den gesetzlichen Krankenkassen noch 25 Milliarden aufgewendet wurden, sind es „fünf Jahre später – Mitte der 70er Jahre – dann schon 61 Milliarden DM“ (Maus, 1999, S. 42). Bei der Gesundheitspolitik und den Kostenträgern beginnt zu dieser Zeit das ökonomische Umdenken bis zum Grundsatz der Beitragssatzstabilität⁴ seit Anfang der 90er Jahre (vgl. a. a. O., S. 45).

1980er Jahre

Norwegische (vgl. Kaltenborn & Evjenth⁵, 1981) und schwedische Manualtherapeuten (vgl. Gustavsen & Streeck, 1991) legen den therapeutischen Schwerpunkt u. a. auf die muskulären Strukturen der Funktionseinheit eines Gelenks und importieren die ‚Medizinische Trainingstherapie‘ auf dem sich etablierenden Fort- und Weiterbildungsmarkt, den sich Berufsverbände in ihren Arbeitsgemeinschaften und private Fortbildungsanbieter teilen.

Die *funktionell-biomedizinische Sichtweise* auf Erkrankungen oder Verletzungen des Bewegungssystems steht in der Manuellen Therapie/Medizin im Vordergrund der Gelenkuntersuchung und -behandlung. Zur Steuerung der Belastung bei der Anleitung zu aktiven Bewegungen des Patienten werden Zugapparate und Hanteln als Hilfsmittel eingesetzt. Aufgrund des höheren gesellschaftlichen Status von Physiotherapeuten, Chiropraktikern oder Osteopathen in den skandinavischen Ländern, in England oder den USA konnte sich beispielsweise das OMT Nordic System bereits ab dem 20. Jahrhundert in den nordischen Ländern entwickeln und wird seit den 80er Jahren auch in Deutschland angeboten. Fortbildungen und Kongresse werden in den 80er Jahren bereits von Krankengymnasten selbstständig, d. h. unabhängig von der ärztlichen Leitung, organisiert. Fort- und Weiterbildungen bieten krankengymnastische Behandlungstechniken wie die Manuelle Therapie, Behandlungskonzepte nach Bobath oder Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazili-

⁴ Wirtschafts- und finanzpolitische Zielsetzung ist, die Arbeitskosten (u. a. Lohnnebenkosten) zu begrenzen.

⁵ Freddy Kaltenborn, Olaf Eventh und Rolf Gustavsen hatten ihre Ausbildung sowohl als Physiotherapeut und als Sportwissenschaftler absolviert.

tation (PNF) und die funktionelle Bewegungslehre (FBL) zu spezifischen Untersuchungs- und Behandlungsstrategien an. Die Komplexität der menschlichen Bewegung und die Vielzahl an Indikationen aus den medizinischen Fachbereichen haben eine zunehmende Spezialisierung der krankengymnastischen Techniken zur Folge. Nach Hüter-Becker (2004a, S. 22) verlieren die Krankengymnasten zu dieser Zeit den Blick auf „die Gymnastik, als sich bewegen mit und ohne Gerät“, indem sie sich differenzierte Kenntnisse und praktische Fertigkeiten in der Gelenkmechanik (Arthrokinematik) und neurophysiologischen Bewegungssteuerung aneignen. Alltägliche Bewegungsfunktionen oder psychische und teilhabebezogene Belange des Patienten drohen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung im Vergleich zu der gelenkbezogenen Körperstruktur an Bedeutung zu verlieren. Abgesehen von der Medizin fehlt es der Physiotherapie an weiteren Bezugswissenschaften wie der Pädagogik und Psychologie oder der Sportwissenschaft, die als Treiber der Berufsentwicklung das therapeutische Selbstverständnis entwickeln und erweitern könnten.

1990er Jahre

Im Zuge der Wiedervereinigung Deutschlands wird nach dem Masseur- und Physiotherapeutengesetz (MPhG) von 1994 (vgl. Bundesministerium der Justiz, 1994a) festgelegt, dass die bereits in Ostdeutschland geltende und international bekannte Berufsbezeichnung ‚Physiotherapie‘ bundesweit übernommen wird. Masseure und medizinische Bademeister müssen sich für die Zulassung zur Erbringung von Leistungen in der Physiotherapie in fehlenden Ausbildungsinhalten nachqualifizieren. Angesichts der Spezialisierung und Differenzierung der zahlreichen Untersuchungs- und Behandlungstechniken in „nahezu allen klinischen Fachgebieten der Medizin“ (Hüter-Becker, 2004a, S. 26) sollen nach dem Modell der ostdeutschen Bundesländer Fachphysiotherapeuten für die Pädiatrie, Orthopädie/Traumatologie und Neurologie ausgebildet werden. Diese Weiterbildungsstrategie wird aber nach kontroverser Diskussion in den Berufsverbänden nicht umgesetzt.

Als Leistungen zur *verhaltensbezogenen Prävention* bieten viele Physiotherapie-Praxen Rückenschulen ohne ärztliche Verordnung an. Der Aufbau und die Funktion der Wirbelsäule inklusive der Bandscheiben, muskulären und nervalen Strukturen wird beschrieben, über rückerkrankendes Verhalten wird aufgeklärt und das „rückengerechte“ Verhalten geschult und eingeübt. Aus heutiger Sicht war diese Verhaltensschulung sehr dogmatisch

und eingrenzend und deshalb für die meisten Teilnehmer in Bezug auf ihren Alltag kaum umsetzbar. Die psychischen, emotionalen und sozialen Aspekte einer Bewegungsgruppe (vgl. Pfeifer, 2007) werden bei diesen Schulungen oft noch nicht einbezogen.

Im Zuge der Kostendämpfungs- und Gesundheitsreformgesetze wird von den Kostenträgern gefordert, den ‚therapeutischen Nutzen‘ und die ‚Wirtschaftlichkeit‘ von Heilmitteln nachzuweisen. Für die Physiotherapie besteht großer Handlungsbedarf, die Effektivität und Effizienz zu belegen; hierzu fehlt es bis heute an Daten, die in der Heilmittelversorgung erhoben und evaluiert werden.

2000er Jahre

Im Jahr 2001 erscheint die ‚International classification of functioning, disability and health‘ (ICF) in englischer Sprache (WHO, 2001). Seit 2005 steht sie auch in deutscher Sprache zur Verfügung. Der Teilhabebegriff (Partizipation) wird im Jahr 2001 durch das Inkrafttreten des Sozialgesetzbuchs IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – in Anlehnung an die ICF übernommen (vgl. BAR, 2015, S. 11).

Im gleichen Jahr werden die Heilmittel-Richtlinien von 1992 und 1998 umfangreich neu verfasst und durch den Heilmittelkatalog ergänzt. In den Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Abs. 1 SGB V wird festgelegt, dass Physiotherapie als Oberbegriff gilt, der die Krankengymnastik und die physikalische Therapie umfasst (vgl. GKV Spitzenverband, 2006a). An den Fachhochschulen Hildesheim, Fulda und Osnabrück werden 2001 die ersten berufsbegleitenden Bachelor-Studiengänge für Physio- und Ergotherapeuten eröffnet. Seitdem besteht die Möglichkeit einen Bachelor- und darauf aufbauend seit 2004 einen Masterabschluss in den Therapieberufen zu erlangen.

Zielsetzung des im Jahr 2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetzes ist, die Qualität und Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens zu steigern.

Im Jahr 2009 wird mit der „Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der nicht-ärztlichen Heilberufe“ neben Hebammen, Rettungsassistenten, Logopäden, Ergotherapeuten auch den Physiotherapeuten eine grundständige (primär- oder berufsqualifizierende) Ausbildung an Hochschulen ermöglicht (Gesetz zur Einführung einer Modellklausel, 2009 § 64d SGB). Mit dem Zugang zu deutschen Hochschulen beginnt für die Phy-

siotherapie der Prozess der Akademisierung und Professionalisierung in Deutschland. Vorher war dies ausschließlich über Weiterbildungsangebote möglich.

2010er Jahre

Durch die Einführung der kompetenzorientierten Physiotherapieausbildung in Nordrhein-Westfalen stellt sich heraus, wie schwierig es in Ermangelung von Daten ist, „physiotherapeutisches Handeln“ im Berufsfeld zu beschreiben (vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales [MAGS], 2005, S. 6). Eine dezidierte Beschreibung des physiotherapeutischen Berufsprofils oder des beruflichen Selbstverständnisses liegt bis 2012 in der Literatur nach Klemme (vgl., 2012, S. 181) nicht vor. Auch Richter ist der Auffassung, dass der Nachweis einer klaren Gegenstandsbestimmung und eines gemeinsamen Rollenverständnisses in den jungen Jahren physiotherapeutischer Wissenschaft noch nicht erbracht wurde (vgl. Richter, 2016, S. 249). In der deutschen Physiotherapie existiert bislang mangels gezielter und nachhaltiger Förderungsmittel kaum eigene Forschung zur Weiterentwicklung des Berufs (vgl. Ewers, 2015, S. 446).

Angesichts der Herausforderungen gesundheitlicher Versorgung im 21. Jahrhundert (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen [SVR], 2014, S. 96) empfiehlt der Wissenschaftsrat (vgl. 2012, S. 85) 10 bis 20 % eines Jahrgangs in den Therapieberufen akademisch zu qualifizieren. Die Quote in Deutschland akademisierter Physiotherapeuten wird vom Deutschen Verband für Physiotherapie (ZVK) (vgl. 2014, S. 4) mit 2 bis 3 % (Stand Juli 2013) angegeben.

2016

Die World Confederation for Physical Therapy (WCPT, 2016) repräsentiert weltweit die Physiotherapie unter dem Begriff ‚Physical Therapy‘. Das aktuelle Verständnis der Fachgesellschaften zum Berufsbild des Physiotherapeuten ist sehr weit und umfasst neben den kurativen und rehabilitativen auch präventive Aspekte. So beschreibt die WCPT das Berufsprofil von Physiotherapeuten unter dem Begriff ‚Physical Therapist‘ wie folgt:

Physical therapists provide services that develop, maintain and restore people’s maximum movement and functional ability. They can help people at any stage of life, when movement and function are threatened by ageing, injury, diseases, disorders, conditions or environmental factors.

Physical therapists help people maximise their quality of life, looking at physical, psychological, emotional and social wellbeing. They work in the

health spheres of promotion, prevention, treatment/intervention, habilitation and rehabilitation.

Physical therapists are qualified and professionally required to:

- undertake a comprehensive examination/assessment of the patient/client⁶ or needs of a client group
- evaluate the findings from the examination/assessment to make clinical judgments regarding patients/clients
- formulate a diagnosis, prognosis and plan
- provide consultation within their expertise and determine when patients/clients need to be referred to another healthcare professional
- implement a physical therapist intervention/treatment programme
- determine the outcomes of any interventions/treatments
- make recommendations for self-management.

Der Deutsche Verband für Physiotherapie (ZVK) e. V. (2016) hingegen vertritt die Auffassung, die Begriffe ‚Physiotherapie‘ und ‚Physikalische Therapie‘ gemäß der gesetzlichen Richtlinien des MPhG (Bundesministerium der Justiz, 1994a) nach §§ 3 und 8 zu ordnen und zu definieren:

Bei dem Begriff "Physiotherapie" handelt es sich um den Oberbegriff, der alle aktiven und passiven Therapieformen umfasst. (...)

Physiotherapie (engl. physiotherapy) umfasst die physiotherapeutischen Verfahren der Bewegungstherapie (engl. kinesitherapy; therapeutic exercises) sowie die physikalische Therapie (physical therapy). Physiotherapie nutzt als natürliches Heilverfahren die passive - z. B. durch den Therapeuten geführte - und die aktive, selbstständig ausgeführte Bewegung des Menschen sowie den Einsatz physikalischer Maßnahmen zur Heilung und Vorbeugung von Erkrankungen. Physiotherapie findet Anwendung in vielfältigen Bereichen von Prävention, Therapie und Rehabilitation sowohl in der ambulanten Versorgung als auch in teilstationären und stationären Einrichtungen. Damit ist die Physiotherapie eine Alternative oder sinnvolle Ergänzung zur medikamentösen oder operativen Therapie. (...)

Inzwischen hat sich das Berufsfeld weiterentwickelt, das erweiterte Verständnis lässt sich in der Bewegungstherapie zum Ausdruck bringen. Bewegungstherapie bildet die Hauptaufgabe der Physiotherapie. Sie ist ein dynamischer Prozess, der sich an die Steigerung der Belastbarkeit im Verlauf des Heilungsprozesses anpasst.

Die geltende PhysTh-APrV sieht weder eine Beschreibung der beruflichen Identität und Rolle⁷ noch eine Festlegung der Ausbildungsziele oder Kernkompetenzen vor (vgl. Bundesministerium für Justiz, 1994b).

⁶ Der deutschsprachige Begriff ‚Patient‘ wird im Folgenden synonym für ‚Klient‘ verwendet.

⁷ Wie in der aktuellen Definition der WCPT (2016) beschrieben.

Trotz positiver Evaluationen der primärqualifizierenden Modellstudiengänge in den Gesundheitsfachberufen beschließt der Deutsche Bundestag lediglich eine Verlängerung der Erprobung von Studiengängen (Modellphase) um weitere vier Jahre (vgl. Deutscher Bundestag, 2016, S. 85ff). Statt die hochschulische Ausbildung der Therapieberufe durch eine Überarbeitung der veralteten Berufsgesetze als Regelausbildung zu verstetigen (vgl. Höppner, 2016, S. 165), wird die Weiterentwicklung der Therapieberufe bis Ende 2021 hinausgezögert (vgl. Höppner in einem Interview nach Staeck, 2017). Bis dahin wird die überwiegende Mehrheit der Auszubildenden hochschulfern an Fachschulen⁸ ausgebildet.

2.2 Einfluss der Sportwissenschaft und relevanter Bezugswissenschaften auf die Physiotherapie

Verglichen mit anderen europäischen und außereuropäischen Ländern befindet sich die Physiotherapie in Deutschland noch am Anfang der Entwicklung zu einer akademischen Professionalisierung, was ihre „theoretische Fundierung und wissenschaftliche Konstituierung“ anbelangt (Bollert, Borgetto, Geuter, Höppner, Hurrelmann & Probst, 2009, S. 182). Mangels eines zugrundeliegenden Theoriegebäudes für die deutsche Physiotherapie sind Bollert, Erhardt, Geuter, Hucklenbroich, Willimczik et al. (2009, S. 77) der Ansicht, dass „durchaus der Eindruck entstehen [kann], dass die Physiotherapie zwar praktisch viel will, theoretisch allerdings zu wenig erklärt“. Auch Walkenhorst ist nach Bollert der Auffassung, dass „systematisiertes wissenschaftliches Wissen [...] eine grundlegende Voraussetzung für die Begründung von Interventionen, Entscheidungen und Vorgehensweisen gegenüber den [Patienten], angrenzenden Berufsgruppen und der Gesellschaft“ ist (Walkenhorst zitiert nach Bollert & Erhardt et al., a. a. O).

Wie aus dem Kapitel 2.1 deutlich wurde, schöpfte die Physiotherapie die Begründung ihrer therapeutischen Arbeit in der Vergangenheit vorbehaltlos aus der Medizin (vgl. Hüter-Becker, 2000, S. 277-282), begleitet von weiteren vorwiegend naturwissenschaftlichen Disziplinen. Sozialwissenschaftliche Aspekte wie die Psychologie, Pädagogik, Soziologie, Gesundheitswissenschaften oder Betriebswirtschaft spielten mit Ausnahme der Anleh-

⁸ Ca. 22.000 Physiotherapieschüler werden an Fachschulen (vgl. Deutscher Verband für Physiotherapie, 2017b, S. 1) gegenüber ca. 560 Bachelorstudierenden (vgl. Deutscher Verband für Physiotherapie, 2014, S. 3) ausgebildet.

nungen aus der Sportwissenschaft eine untergeordnete Rolle. So definiert die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten (PhysTh-APrV) in der Anlage 1 zu § 1 Abs. 1 lediglich ein Stundenkontingent von insgesamt 60 Unterrichtseinheiten für die Fächer „Psychologie/Pädagogik/Soziologie“, ohne die Inhalte genauer zu beschreiben (Bundesministerium der Justiz, 1994b, Anlage 1 zu § 1 Abs. 1).

Eine für die Entwicklung der Physiotherapiewissenschaft notwendige theoretische Auseinandersetzung und Analyse zur „Beschreibung des Gegenstands der Physiotherapie“, welche als wissenschaftliches Fundament für die Beschreibung eines definierten Berufsbildes dienen könnte, ist in Deutschland noch nicht erfolgt (Klemme, 2012, S. 187). In Anbetracht der Komplexität der heutigen beruflichen Tätigkeit sollen deshalb nach dem ausführlicheren Bezug zur Sportwissenschaft in diesem Kapitel auch weitere relevante Bezugswissenschaften in einer kurzen Übersicht dargestellt werden.

2.2.1 Einfluss der Sportwissenschaft

Die Sportwissenschaft beschäftigt sich in Forschung und Lehre mit dem Themenfeld des Sports aus unterschiedlichen gesellschaftlich-kulturellen Perspektiven. Nach dem Sportwissenschaftlichen Lexikon von Röthig und Prohl (2003, S. 493-495) hat sich ‚Sport‘ „seit Beginn des 20. Jahrhunderts (...) zu einem umgangssprachlichen, weltweit gebrauchten Begriff entwickelt“, sodass eine eindeutige begriffliche Abgrenzung heute schwerfällt.

Grundlegende Begriffe zur Einordnung sind Bewegung, Sportarten, Training, Leistung, Fitness, Regeln, Taktik, Wettkampf, Herausforderung, Sporterlebnis und Vergnügen. Wichtige, im Sporterlebnis enthaltene Inhalte sind darüber hinaus positive Emotionen, wie Spaß, Freude und Vergnügen. Menschen gelingt es nach Vanden-Abeele und Schüle (2012, S. 28) selten, Bewegungen aus rein „gesundheitlichen Gründen“ nachhaltig und über lange Zeit weiterzuführen. Als Folge sollte im Zeitalter der Digitalisierung „die Wiederentdeckung des Vergnügens einer körperlichen Tätigkeit eines der Hauptziele“ therapeutischer Bewegungsprogramme sein (a. a. O.). Beide Autoren betonen dabei, dass für die Umsetzung dieser personenzentrierten Sicht eine dreifache Forderung nötig sei:

- a. Die Person ist nicht mehr bloß Objekt, sondern auch Subjekt der Maßnahmen.

- b. Der Zweck ist nicht mehr, Krankheiten zu bekämpfen, sondern die Gesundheit zu fördern.
- c. Die Methode der Verordnung wird durch eine erzieherische Annäherung ersetzt („Educational approach“) (a. a. O).

Die weitere innere Strukturierung der Sportwissenschaft erfolgt durch die Zusammenführung von Teildisziplinen wie Sportgeschichte, Sportsoziologie, Sportpädagogik, Sportpsychologie, Sportmedizin, Biomechanik, Bewegungswissenschaft und Trainingswissenschaft (vgl. Bollert, Erhardt et al., 2009, S. 82).

Die gemeinsame Schnittmenge zwischen Physiotherapie und Sportwissenschaft liegt in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Feld der körperlichen Bewegung⁹ und Aktivität als zentraler Gegenstand beider Berufe. Unter der Federführung von Sportmedizinern wurde aus einer beschreibenden Anatomie eine sportbezogene funktionelle Anatomie (vgl. Tittel, 2003) oder aus der „Physiologie des Menschen“ (vgl. Schmidt & Thews, 1995) die Leistungsphysiologie des Sport treibenden oder arbeitenden Menschen entwickelt. Vor allem die sportwissenschaftliche Grundlagenforschung in den Bereichen der Leistungsphysiologie und Trainingssteuerung konnte der deutschen Physiotherapie eine systematische Orientierung und theoretische Fundierung für den Gegenstandsbe- reich der menschlichen Bewegung geben (vgl. Bollert, Erhardt, Geuter et al., 2009, S. 77). Diese wichtigen Impulse werden heute an der thematischen Ausgestaltung und Intention der empfehlenden Ausbildungsrichtlinien für staatlich anerkannte Physiotherapieschulen in Nordrhein-Westfalen deutlich, wenn unter den physiotherapeutischen Kernaufgaben zur Analyse und Beeinflussung von Körperfunktionen und Aktivitäten die motorischen Fähigkeiten¹⁰ aus der Sportwissenschaft mit einem Umfang von insgesamt 316 Stunden für den Unterricht ausgewiesen werden (vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und So- ziales des Landes Nordrhein-Westfalen, 2005, S. 115).

Physiotherapeuten in Deutschland werden nach der PhysTh-APrV (Bundesministerium für Justiz, 1994b Anlage 1 zu § 1 Abs. 1) mit 120 Stunden „Bewegungserziehung“ zur Anlei- tung einer „krankengymnastischen Gruppenbehandlung“ (a. a. O., S. 5) ausgebildet. In Ermangelung eigener fachwissenschaftlicher Inhalte zum beruflichen Handlungsfeld der

⁹ Bewegung und körperliche Aktivität werden nachfolgend synonym verwendet.

¹⁰ Unter Motorischen Fähigkeiten (Synonym: Motorische Hauptbeanspruchungsformen) werden in der Sportwissenschaft folgende physische Funktionen verstanden: Beweglichkeit, Kraft, Koordination, Ausdauer und Schnelligkeit (vgl. Hollmann & Hettinger, 2000, S. 131).

Gruppentherapie werden die methodisch-didaktischen Modelle zur Gestaltung von Lehr- und Lernsituationen aus der Sportpädagogik entlehnt. Zu nennen sind wesentliche Strukturelemente einer Gruppenstunde, wie die Phaseneinteilung in Einstimmung – Hauptteil – Schluss, induktive oder deduktive Lehr- und Lernverfahren, motorische, kognitive, emotionale und soziale Dimensionen von Unterricht, verbales und nonverbales Verhalten in der Rolle des Lehrenden und viele weitere Planungs-, Durchführungs- und Reflexionselemente.

Innerhalb der Anwendung von Assessmentverfahren leistet die Sportwissenschaft einen wichtigen Beitrag zur therapeutischen Prozessqualität, explizit in der physiotherapeutischen Befundaufnahme, der Therapieplanung und Zielbestimmung, der Therapiedurchführung und begleitenden Dokumentation sowie der abschließenden Ergebnissicherung.

Damit Physiotherapeuten sportwissenschaftliche Erkenntnisse als „Handlungsorientierung“ (Hohmann, Lames & Letzelter et al., 2014, S. 23) verstehen und in der Therapie anwenden können, ist sowohl eine eigene sportpraktische Affinität als auch ein Grundverständnis der Sportwissenschaft von großem Vorteil. Dies erscheint notwendig, weil das praktische Handeln vieler Physiotherapeuten in Deutschland immer noch auf der erfahrungsbasierten Anwendung erlernter und tradierter Befund- und Behandlungstechniken (z. B. PNF, Bobath, Manuelle Therapie oder FBL) statt auf analytisch-strukturierter Ergebnismessung beruht.

Die Tabelle 2-1 gibt einen Überblick, welche sportwissenschaftlichen Fachgebiete in physiotherapeutischen Anwendungsfeldern eine hohe Relevanz aufweisen.

Tabelle 2-1: Fachgebiete der Sportwissenschaft mit Relevanz für die Physiotherapie (eigene Darstellung)

Fachgebiete der Sportwissenschaft	Anwendungsfelder
Trainingswissenschaft	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse und Beurteilung der Leistungsfähigkeit (Ausdauer, Kraft, Beweglichkeit, Koordination und Schnelligkeit und deren Erscheinungsformen) • Belastungsdosierung im Ausdauer-, Kraft-, Beweglichkeits-, Koordinations- und Schnelligkeitstraining und Überprüfung der

	<p>Trainingswirksamkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trainingssteuerung für die Bereiche <ul style="list-style-type: none"> ○ Energiestoffwechsel (aerobe, anaerob-alkalazide und -laktazide Trainingsbelastungen) ○ Muskel- und Neurophysiologie
Bewegungswissenschaft	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse von Körperhaltung und Bewegung nach qualitativen und quantitativen Bewegungsmerkmalen • Sensomotorik (Bewegungssteuerung und -kontrolle) • Motorische Lernprozesse und motorische Entwicklung
Sportpädagogik	<ul style="list-style-type: none"> • Didaktische und methodische Analyse zur Steuerung von Lehr- und Lernprozessen (Planung, Organisation, Durchführung und Auswertung von Unterricht) • Professionelle Kommunikations- und Beratungskompetenz in Anleitungs- und Schulungssituationen
Sportdidaktik, -methodik und Motorisches Lernen	<ul style="list-style-type: none"> • Schulung, Beratung und Anleitung von Bewegungen im Training • Zielgruppen- und Indikationsorientierung von Klientengruppen

Unter der Prämisse, dass die Anwendung der Trainingswissenschaft in der kurativen, rehabilitativen und präventiven Versorgung sich nicht grundlegend von Training im Sport unterscheidet, werden im Folgenden prägende Kernbegriffe aus der Trainingswissenschaft mit ihren Transfermöglichkeiten in die präventive, rehabilitative und kurative Physiotherapie skizziert. Hierbei überlagern sich die Grenzen zwischen dem trainingswissenschaftlich etablierten Hintergrundwissen und dem praktischen Anwendungsbereich bei der therapeutischen Arbeit mit dem Patienten. Exemplarisch soll aus den in Tabelle 2-1 genannten Fachgebieten der Einfluss der Trainingswissenschaft auf die Physiotherapie herausgearbeitet werden.

Wichtige und den Gegenstand Trainingswissenschaft eingrenzende Kernbegriffe wie Leistungsdiagnostik/Befunderhebung, Adaptation, Dosis-Wirkungs-Beziehung, Belastungsdosierung/Belastungsnormative und Trainingsprinzipien werden im Folgenden erläutert.

Trainingswissenschaft

„Training“ wird von Hohmann et al. (2014, S. 14) als „planmäßige und systematische Realisation von Maßnahmen (Trainingsinhalte und Trainingsmethoden) zur nachhaltigen Erreichung von Zielen (Trainingsziele) im und durch Sport“ definiert. Die „Trainingswissenschaft“ beschäftigt sich nach Hohmann et al. (2014, S. 17) „als Disziplin der Sportwissenschaft“ (...) „aus einer ganzheitlichen und angewandten Perspektive mit der wissenschaft-

lichen Fundierung von Training und Wettkampf auf den Anwendungsfeldern des Sports“. Für die aktivierende Physiotherapie leistet die Trainingswissenschaft wertvolle Beiträge, indem sie die Anpassungsprozesse durch Training und die Zusammenhänge zur Steigerung der Leistungsfähigkeit analysiert und ableitet.

Trainingsziele

Froböse und Wilke (2012, S. 241) übertragen die Begriffe ‚Leistungsfähigkeit‘ und ‚Training‘ in die Rahmenbedingungen der präventiven und rehabilitativen Versorgung. Ziel des Trainings nach Froböse und Wilke (a. a. O.) ist,

unter Einbeziehung der Ressourcen des Patienten, durch gezielte und systematische Setzung von Trainingsreizen (Aufgaben und Anforderungen) eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit und Handlungsfähigkeit zu bewirken oder einem krankheitsbedingten Abfall der Leistungs- und Handlungsfähigkeit entgegenzuwirken. Diese Reizsetzungen erfolgen dabei auf unterschiedlichen Ebenen – das Training kann sich auf die Verbesserung von Körperfunktionen (...) oder auf die Durchführung oder die Umsetzung komplexer Aufgaben und Aktivitäten in unterschiedlichen Kontexten (...) ausrichten.

Diese Definition entspricht den Zielsetzungen eines physiotherapeutischen Trainings. Ergänzend bildet die ärztliche Diagnose¹¹ mit der damit zusammenhängenden Symptomatik und den individuell unterschiedlich verlaufenden Heilungsprozessen und Krankheitsstadien eine grundlegende Orientierung zur Formulierung von Trainingszielen. Insbesondere in der medizinischen Rehabilitation ergeben sich neben den indikations-spezifischen¹² Vorgaben die Therapieziele aus der Anwendung des bio-psycho-sozialen ICF-Modells (WHO, 2001) unter physiologischen, psychischen, aktivitätsbezogenen und sozialteilhabebezogenen Aspekten. An dieser Stelle zu nennen sind struktur- und funktionsorientierte, aktivitäts- und teilhabeorientierte sowie umwelt- und personenbezogene Zielsetzungen, wie sie in Kapitel 3.3.3. näher erläutert und in Kapitel 4.4.3 als Anwendungsbeispiel für die Indikation Brustkrebs in der ambulanten onkologischen Rehabilitation dargestellt werden.

¹¹ Die Diagnose wird nach der ICD (engl.: International classification of diseases and related health problems) klassifiziert, siehe Kapitel 3.3.2-ICD.

¹² Indikation: „Grund für die Durchführung einer medizinischen Untersuchung oder Behandlungsmaßnahme“ (RKI, 2017c).

Unter dem Aspekt einer Trainingsplanung zählt ein analytisches Denken in komplexen Zusammenhängen der Trainings- und Bewegungswissenschaft und Medizin vor dem Hintergrund des bio-psycho-sozialen Modells der ICF zu den Kompetenzanforderungen einer modernen physiotherapeutischen Arbeit.

Leistungsdiagnostik / Befunderhebung

Zu den Kernaufgaben einer Befundaufnahme gehört die Analyse und Erfassung der Körperstrukturen und -funktionen im Hinblick auf das Ausmaß möglicher struktureller und funktioneller Veränderungen sowie den daraus resultierenden Einschränkungen der Bewegungsaktivitäten. Die initiale physiotherapeutische Befunderhebung wird in der Trainingswissenschaft als „Bestimmung des Ist-Zustandes“ (Froböse und Wilke, 2012, S. 259) bezeichnet. Erst die Festlegung des Ausgangsniveaus einer körperlichen Leistung anhand von Messdaten zu Beginn einer Trainingsintervention ermöglicht es, unter Beteiligung der subjektiven Wünsche des Patienten einen realistischen „Sollwert“ als Therapieziel festzulegen, vgl. das Beispiel zur Laufbandergometrie unter ‚Belastungs- und Beanspruchungskonzept‘ in diesem Kapitel auf Seite 27.

Für jede motorische Fähigkeit wurden im Rahmen der Leistungsdiagnostik von der Sportmedizin und Trainingswissenschaft valide, objektive und reliable Analyseverfahren zur Erfassung leistungsrelevanter physiologischer oder motorischer Parameter entwickelt. Diese lassen sich nach kritischer Prüfung der testbedingt geforderten Belastungsverträglichkeit und dem Bezug zu alltagsorientierten motorischen Handlungen als standardisierte Messverfahren innerhalb der physiotherapeutischen Befundung nutzen.

Adaptation

‚Adaptation‘ beschreibt die mittel- bis langfristige Reaktion des Organismus auf körperlich-sportliche Aktivität oder planvolles und systematisches Training durch Belastungsreize. Innerhalb eines bestimmten Zeitraumes erfolgt eine Anpassung der Körperfunktionen und Körperstrukturen durch Funktionssteigerung und Strukturaufbau entsprechend der gestellten Belastungsanforderung (vgl. Hollmann & Hettinger, 2000). Nach den Leitlinien des U.S. Department of Health and Human Service (2008) findet dieser biologische Prozess jedes Mal statt, wenn die Aktivität mit einer höheren Intensität oder einem größeren Umfang durchgeführt wird, als es die Person in ihrem alltäglichen Leben gewohnt ist. Die-

se Anpassung bildet die biologische Basis für die Erhaltung und Wiedergewinnung der körperlichen Leistungsfähigkeit (vgl. a. a. O.). Bei der Trainingssteuerung ist zu beachten, dass zu starke Reize den Organismus überfordern können, während zu schwache Reize zur Unterforderung führen (vgl. Froböse & Wilke, 2012, S. 245) und nach Belastungsphasen grundsätzlich Regenerationsprozesse einzuplanen sind (a. a. O., S. 251).

Dosis-Wirkungs-Beziehung

Das Verhältnis zwischen der Dosis an körperlich-sportlicher Aktivität und dem Gesundheitseffekt wird aus trainingswissenschaftlicher Perspektive wie eine Medizin betrachtet und als ‚Dosis-Wirkungs¹³-Beziehung‘ definiert (vgl. U.S. Department of Health and Human Service, 2008). Die Dosis der Belastung, beispielsweise die Art der Aktivität, die Intensität und die Häufigkeit der Trainingseinheiten in der Woche, kann gemessen oder als Gesamtumfang nach den Empfehlungen der WHO (2010) vorgegeben werden (vgl. Kapitel 2.3.2). Diese medizinisch-trainingswissenschaftliche Perspektive lässt sich für das neuromuskuläre, das kardiovaskuläre, das Atmungs-, Stoffwechsel-, Hormon- und Urogenitalsystem anwenden (vgl. Pfeifer, Sudeck, Brüggemann & Huber, 2012, S. 55). Die Dosis-Wirkungs-Beziehung kann nach dem U.S. Department of Health and Human Service (2008) linear, exponential oder hyperbolisch ausgeprägt sein.

Belastungs- und Beanspruchungskonzept

Besondere Relevanz für die Therapie-/Trainingsplanung und -steuerung sowie Ergebnis-sicherung hat das aus der Arbeitsphysiologie entwickelte ‚Belastungs- und Beanspruchungskonzept‘ nach Rohmert und Rutenfranz (1975). In den Arbeits- und Sozialwissenschaften hat sich dieses Konstrukt mit den Einflüssen einer Über- und Unterforderung durchgesetzt, sodass es als theoretische Grundlage für die Erstellung eines sozialmedizinischen Gutachtens dienen kann.

Arbeitsphysiologisch wird unterschieden zwischen „objektiv erfassbaren Belastungen in der Arbeit und dessen Wirkungen auf den Menschen (Beanspruchung)“ (DRV B, 2013a, S. 32).

¹³ Engl.: Dose-Response Effect.

Unter „Belastung“ wird die Gesamtheit aller objektiv erfassbaren Einflüsse verstanden, die von außen auf den Menschen zukommen und physisch und/oder psychisch auf ihn einwirken. Im Arbeitsprozess können solche Einflüsse beispielsweise Anforderungen aus der Arbeitsaufgabe sowie den organisatorischen, sozialen und physikalischen Arbeitsbedingungen sein. (a. a. O.).

Grundsätzlich ist der Begriff wertneutral, d. h. Belastungen sind in diesem Sinne, anders als im umgangssprachlichen Gebrauch, nicht negativ besetzt und sagen allein noch nichts über eine gesundheitliche Gefährdung aus. Eine Belastung wirkt sich nicht bei allen Menschen gleich aus. Verschiedene Menschen können durch die gleiche Belastung verschiedenen beansprucht werden (vgl. DRV B, 2013a, S. 32).

„Beanspruchung“ ist die zeitlich unmittelbare Reaktion eines Individuums auf eine einwirkende Belastung. Im Unterschied zur Belastung ist die Beanspruchung immer an eine konkrete Person gebunden, d. h. sie ist abhängig von den individuellen Voraussetzungen der Person, einschließlich ihrer Bewältigungsstrategien. In diesem Sinn kann ein und dieselbe objektiv erfasste Belastung je nach Person zu einer unterschiedlichen Beanspruchung führen (DRV B, 2013a, S. 31).

Eine Laufbandergometrie misst beispielsweise die Aktivität Gehen eines in der Mobilität eingeschränkten Menschen nach physikalischen Messgrößen der Belastungsdauer, der Geschwindigkeit und der Schrittfrequenz und kann diese Daten für eine objektive Belastungssteuerung des Trainings vorgeben. Gleichzeitig kann der Grad der individuellen Beanspruchung über leistungsphysiologische Parameter, wie z. B. die Pulsfrequenz oder metabolische Werte wie die Laktatausschüttung oder das maximale Sauerstoffaufnahmevermögen ($VO_2\text{max}$) gemessen werden. Die Belastung während des Trainings kann genau dosiert, über den Therapieverlauf mit zunehmender Beanspruchbarkeit gesteigert¹⁴ und über standardisierte Messungen der Belastungsparameter kontrolliert werden. Zur Ergebnissicherung von Trainingsinterventionen erfolgt ein Nachweis der Wirksamkeit anhand der erhobenen Zielgrößen im Vergleich zu den Eingangsdaten.

Belastungsdosierung/Belastungsnormative

¹⁴ Nach dem Prinzip der progressiven Belastungssteigerung.

Nach Froböse und Wilke (2012, S. 247) wird die Dosis der ‚Trainingsbelastung‘ durch sogenannte Belastungsnormative gesteuert:

- Trainingsinhalte: Sie beschreiben die gewählte Bewegungs- bzw. Übungsform mit dem entsprechenden Schwierigkeitsgrad.
- Trainingsfrequenz: Sie gibt die Häufigkeit/Anzahl der Trainingseinheiten pro Woche wieder und bestimmt somit gleichzeitig die Regenerationsphasen.
- Trainingsumfang¹⁵: Mit ihm wird die Menge des Trainings (gemessen in gelaufenen Kilometern bzw. bewegtem Gewicht in Kilogramm) beschrieben.
- Trainingsdichte: Diese gibt das Verhältnis von Belastungs- und Pausendauer innerhalb einer Einheit bzw. die Trainingstage im Verhältnis zu den Regenerationstagen wieder.
- Trainingsintensität: Sie charakterisiert die prozentuale Belastung einer Trainingsübung in Bezug auf das individuelle Maximum.
- Trainingsdauer: Mit ihr wird die gesamte zeitliche Dauer entweder einer Trainingseinheit oder des Trainings in der Woche bestimmt.

Neben diesen objektiv messbaren Vorgaben zur Bestimmung der Belastung im Training wird auch das subjektive Befinden des Klienten in die Trainingssteuerung einbezogen. So hat das Ausmaß der subjektiv erlebten Beeinträchtigung durch Funktionseinschränkungen oder Aktivitätsverlust, der empfundene Schmerz oder die Selbsteinschätzung der Anstrengung großen Einfluss auf die Trainingssteuerung (vgl. Kapitel 4.3.1).

Trainingsprinzipien

Um die Anpassungsvorgänge durch Training auszulösen, sie zu sichern und zu stabilisieren beachten Therapeuten grundlegende Gesetzmäßigkeiten, sogenannte Trainingsprinzipien, welche dem Klienten im Training vermittelt werden (vgl. Kapitel 4.3.3.2 – Selbstmanagement).

Zu den „Prinzipien, die eine Anpassung auslösen [gehören] „das Prinzip des wirksamen Belastungsreizes, das Prinzip der progressiven Belastungssteigerung und das Prinzip der Variation der Trainingsbelastung“ (Froböse et al., 2012, S. 249). Zur Sicherung und Stabilisierung der Adaptation „zählen das Prinzip der optimalen Gestaltung von Belastung und Erholung, das Prinzip der Wiederholung und Kontinuität und das Prinzip der Periodisierung und Zyklisierung“ (a. a. O., S. 250). Zu den Prinzipien, die eine spezifische Anpassung bewirken, sind nach Froböse et al. (a. a. O.) noch das Prinzip der Altersgemäßheit, der

¹⁵ Der Trainingsumfang wird auch als Produkt von Trainingsdauer, -intensität und -häufigkeit definiert.

Individualität, der Indikationsspezifität und Teilhabeorientierung relevant für Trainingsinterventionen. Auf die den Trainingsprinzipien zugrundeliegenden Hintergründe soll an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden. Es wird auf die einschlägige Literatur verwiesen (Froböse, 2010, S. 20; Weineck, 2010, S. 45-67; u. a.).

Zusammengefasst bilden die wissenschaftlichen Erkenntnisse und praktischen Erfahrungen der Trainingswissenschaft starke Innovationstreiber für die Entwicklung der Physiotherapie mit wichtigen Impulsen für die Trainingssteuerung und Dokumentation der Belastung in der körperlich aktivierenden Versorgung kranker und gesunder Menschen. Grundsätzlich sollte die Gültigkeit der Handlungsprinzipien aus der Trainingswissenschaft im praktischen Behandlungskontext der medizinischen Versorgung überprüft werden, sodass Physiotherapeuten sie dem individuellen Bedarf des Klienten anpassen (vgl. Kapitel 3.3.4.3 – Patientenzentrierung).

Der technologische Fortschritt in der gerätegestützten Testung und im Training eröffnet neue Perspektiven für die Physiotherapie und steigert die Attraktivität für die berufliche Bildung und das berufliche Tätigkeitsfeld (vgl. Alscher & Hopfeld, 2013, S. 79). Dazu braucht es eine den aktuellen Anforderungen an digitale Technologiekompetenz entsprechend angepasste Aus- und Weiterbildung. Die Basis für die Nutzung innovativer Technologien zur Versorgung von Patienten liegt eher in der Anwendung kritisch-analytischer Kompetenzen, wie sie ein Studium der angewandten Therapiewissenschaft vermittelt.

2.2.2 Einfluss weiterer Bezugswissenschaften

Als weitere Bezugswissenschaften für die Physiotherapie sind die Medizin, die Rehabilitationswissenschaften, die Psychologie, die Pädagogik und die Gesundheitswissenschaften zu nennen.

Medizin

Die Medizin als Wissenschaft „vom gesunden und kranken Menschen, von den Ursachen, Wirkungen u. der Vorbereitung u. Heilung der Krankheiten“ (Pschyrembel, 2007, S. 1192) hat eine zentrale und herausragende Bedeutung für die physiotherapeutische Ausbildung, die Berufspraxis und die theoretische Weiterentwicklung der Physiotherapie, da sie durch

ihre jahrzehntelange Erfahrung¹⁶ die Begründung für physiotherapeutisches Handeln als nichtärztlicher Heil- und Hilfsberuf liefert (vgl. Kapitel 2.1 – 60er bis 80er Jahre). Dazu gehören Verfahren zur Diagnostik, Therapie, Rehabilitation, Prävention und Palliation von Krankheiten des Menschen.

Mit Blick auf die PhysTh-APrV (Bundesministerium für Justiz, 1994b, Anlage 1 zu § 1 Abs. 1) nimmt die medizinische Bezugswissenschaft mit 830 Stunden den größten Umfang im Fächerkanon von insgesamt 2900 Stunden theoretisch-praktischen Unterrichts ein, zumal auch die Methodischen Anwendungen der Physiotherapie (700 Stunden) und die Einteilung der praktischen Ausbildung nach klinischen Fachgebieten (1600 Stunden) eng an der ärztlichen Medizin ausgerichtet sind (siehe Tabelle 2-2).

Tabelle 2-2: Medizinische Anteile der Physiotherapieausbildung (eigene Darstellung)

Fächergruppen	Stunden
Anatomie	240
Physiologie	140
Allgemeine Krankheitslehre	30
Spezielle Krankheitslehre (Innere Medizin, Orthopädie/Traumatologie, Chirurgie/Traumatologie, Neurologie, Psychiatrie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Dermatologie, Geriatrie, Rheumatologie, Arbeitsmedizin, Sportmedizin)	360
Hygiene	30
Erste Hilfe und Verbandtechnik	30
Zwischensumme medizinische Unterrichtsfächer	830
Methodische Anwendung der Physiotherapie in den medizinischen Fachgebieten: Innere Medizin, Orthopädie/Traumatologie, Chirurgie/Traumatologie, Neurologie/ Neurochirurgie, Psychiatrie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Geriatrie, Rheumatologie, Arbeitsmedizin, Sportmedizin, Sonstige	700
Praktische Ausbildung in Krankenhäusern oder anderen geeigneten medizinischen Einrichtungen in den medizinischen Fachgebieten: Chirurgie, Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie, Pädiatrie, Psychiatrie, Gynäkologie, sonstigen Einrichtungen, Exkursionen	1.600
Gesamtsumme medizinisch orientierter Anteile	3130

¹⁶ Erst seit 2000 erfolgt der Erkenntnisgewinn in der Medizin zunehmend durch evidenzbasierte Nachweise.

Ähnlichkeiten und Schnittmengen des beruflichen Handelns zur Medizin sehen Bollert, Erhardt et al. (2009, S. 79-80) in

- „der Suche nach dem individuellen Problem des Patienten“ in der physiotherapeutischen Befunderhebung, (...)
- „der Therapie und Versorgung Frühgeborener, Kinder und Jugendlicher als auch [...] von Erwachsenen, alten und hochaltrigen Menschen [...] mit dem besonderen Fokus auf das Bewegungslernen, den Bewegungsvollzug und die Behandlung von Bewegungsstörung[en]“, (...)
- „der Abkehr von einseitig defizitorientierten Modellen und Erklärungsansätzen von Gesundheit und Krankheit“, (...)
- der „Verbesserung der Lebensqualität der Patienten und
- [dem] Aufbauen gesundheitsrelevanter Ressourcen mit dem Patienten“.

Neben den Gemeinsamkeiten zur Medizin bestehen nach Bollert, Erhardt et al. (vgl. 2009, S. 80) wichtige Unterschiede zur ärztlichen Profession in

- der Methodik (keine invasiven Vorgehensweisen in Diagnostik und Therapie, keine Pharmakotherapie),
- der Interventionsdauer (Ärzte haben kürzere Kontaktzeiten zum Patienten),
- der Handlungsautonomie (Physiotherapeuten arbeiten mit Ausnahme der primärpräventiven Maßnahmen weisungsgebunden über die ärztliche Delegation/Verordnung).

Die medizinischen und technologischen Fortschritte, auf die in den Kapiteln 2.7.1 und 2.7.2 näher eingegangen wird, bergen große Potenziale für die zukünftige Weiterentwicklung der Physiotherapie. Ebenso wird die Versorgungsforschung zur zunehmenden „Qualität, Therapiesicherheit, Nutzen und Nachhaltigkeit der Versorgung“ (vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung [BMBF], 2016, S. 29) und damit zu verbesserten Behandlungsmöglichkeiten und beruflichen Perspektiven in der Physiotherapie beitragen.

Rehabilitationswissenschaften

Nach der Deutschen Rentenversicherung (DRV B, 2016a) erarbeiten die Rehabilitationswissenschaften „die konzeptionellen Grundlagen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation“. Dabei bilden „die arbeitsbezogenen Auswirkungen von chronischer Krankheit und Behinderung sowie deren Bewältigung“ (a. a. O.) den Schwerpunkt der For-

schung. Kennzeichnend ist ein „hoher Grad an Interdisziplinarität von Gesundheitswissenschaften und Sozialwissenschaften“ (a. a. O.). Beispiele wichtiger Themen sind

„Entstehung, Verlauf und Prognose von Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit und Teilhabe in Gesellschaft und Beruf, die Entwicklung und Evaluation von Assessments und rehabilitativen Interventionen sowie die Weiterentwicklung des Rehabilitationssystems unter sich verändernden gesellschaftlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen“ (Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e. V., 2016).

Forschung in der Rehabilitationswissenschaft zielt auf der Basis eines bio-psycho-sozialen Modells von Gesundheit und Krankheit auf ein besseres Verständnis der Funktionsfähigkeit und Behinderung ab. Durch eine grundlegende Theoriebildung der Rehabilitation zur Überwindung der Disziplingrenzen der an der Rehabilitation beteiligten Berufe tragen die Rehabilitationswissenschaften zu einer Erweiterung des physiotherapeutischen Tätigkeitsfeldes bei. In der Anwendung werden unter Einbeziehung der Rehabilitanden klinische Studien zur Wirksamkeit rehabilitativer Programme durchgeführt, wie beispielsweise Strategien zur Förderung der körperlichen Aktivität, der Einsatz von Assessments zur Optimierung der Prozesssteuerung oder der Wirksamkeitsnachweis modularer Patientenschulungen (vgl. Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Rehabilitationsmedizin, 2016).

Pädagogik

Physiotherapie ist eng verbunden mit der Gestaltung von Lehr- und Lernprozessen in der Therapeut-Patient-Interaktion (vgl. Bollert, Dick, Geuter, Klemme, Schmidt & Walkenhorst, 2009, S. 126). Abgesehen von den passiven Dienstleistungen durchlaufen Patienten in therapeutischen Behandlungspositionen Lernprozesse, wenn es um das Anleiten zur Bewegung, die Beratung und Aufklärung (Patientenedukation) sowie um die Schulung (Üben in Gruppen) motorischer Handlungen geht (a. a. O.S. 127). Beeinflussende Faktoren für das Lernen sind nach Bollert, Dick et al. (vgl. 2009, S. 128) die Einstellung des Lernenden zum Lernprozess (Motivation, Frustration), zum eigenen Körper sowie zur Bewegung und weiteren Faktoren.

Psychologie

Gegenstand der Psychologie ist nach Stangl (2016) „die Beschreibung, Erklärung und Vorhersage des Erlebens und Verhaltens von Menschen als Individuen sowie in der sozialen Interaktion“. Die Psychosomatik hat „ein umfassendes, bio-psycho-soziales Erkenntnis- und Behandlungsmodell entwickelt“ (Franzkowiak, 2015c), welches spätestens mit Einführung der ICF (WHO, 2001) an Bedeutung innerhalb der Physiotherapie gewonnen hat (vgl. Bollert, Dick et al., 2009, S. 130). Wertvolle Perspektiven zur theoretischen Fundierung und praktischen Anwendung der Physiotherapie sind psychologische Einflussgrößen wie Wahrnehmungsprozesse (z. B. Aufmerksamkeitsprozesse), Lernvorgänge (z. B. klassisches oder operantes Konditionieren, Lernen am Modell), Gedächtnis (z. B. Kurzzeit- und Langzeitgedächtnis), Motivation (z. B. Erwartung und Leistungsmotivation) und soziale Prozesse und Kommunikation.

Gesundheitswissenschaften

Die Gesundheitswissenschaften (engl.: Public Health) befassen sich

mit den körperlichen, psychischen und gesellschaftlichen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit, der systematischen Erfassung der Verbreitung von gesundheitlichen Störungen in der Bevölkerung und den Konsequenzen für Organisation und Struktur des medizinischen und psychosozialen Versorgungssystems. (Hurrelmann & Laaser, 2003, S. 17).

Aufgaben sind der Nachweis der „Bedarfsgerechtigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung, Behandlung, Rehabilitation und Pflege als Bestandteile der Versorgung“ (Bollert, Borgetto et al., 2009, S. 178). Aus physiotherapeutischer Perspektive stehen die „psychosomatischen, soziosomatischen und ökosomatischen Hintergründe von chronisch-degenerativen Erkrankungen“ sowie „Gesundheitsbeeinträchtigungen durch Fehlernährung, Bewegungsmangel, psychische Belastungen und Umweltbelastungen“ im Vordergrund (Bollert, Borgetto et al., 2009, S. 179). Wesentliche Ziele der interprofessionell ausgerichteten Gesundheitswissenschaften sind die Steigerung der Lebenserwartung und der Lebensqualität in der Bevölkerung. Im Gesundheitsbewusstsein der Menschen spielt die erreichbare Lebensqualität als sehr persönliche Frage nach dem, was wichtig im Leben ist, eine zentrale Rolle. Nach der OECD (2016) bilden folgende Indikatoren die *Lebensqualität* als Aspekte des Lebens ab: Ge-

sundheitszustand, Work-Life-Balance, zivilgesellschaftliches Engagement, Bildung, Gemeinsinn, Beschäftigung, Wohnverhältnisse, Umwelt, Einkommen, Lebenszufriedenheit und Sicherheit (vgl. Organisation for Economic Cooperation and Development [OECD], 2016).

Nach der WHO-Forschungsgruppe Quality of Life ist Lebensqualität „die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems und in Bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen“ (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000, S. 10). Die Definition der WHO betont die Subjektivität der wahrgenommenen Lebensqualität. Im Rahmen des WHO-Projektes zur wissenschaftlichen Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität¹⁷ bilden sechs Bereiche (Domänen), die in Facetten gegliedert sind, die Systematik mit insgesamt 100 Merkmalen ab (siehe Tabelle 2-3).

Tabelle 2-3: Domänen und Facetten von gesundheitsbezogener Lebensqualität nach Angermeyer et al. (2000)

Domänen	Facetten
Physisch	Schmerz, Energie, Schlaf, u. a.
Psychisch	Positive Gefühle, Denken, Selbstwert, Körper, Negative Gefühle, u. a.
Unabhängigkeit	Mobilität, Aktivität, Medikation, Arbeitsfähigkeit, u. a.
Soziale Beziehungen	Soziale Beziehungen, Soziale Unterstützung, Sexualität, u. a.
Umwelt	Sicherheit, Wohnung, Finanzielle Ressourcen, Gesundheitsversorgung, Information, Freizeit, Umwelt, Transport, u. a.
Spiritualität	Spiritualität

Die Autoren nennen als Anwendungsbereiche des Erfassungsinstrumentes sowohl die klinische Praxis unter Einbezug des subjektiven Erlebens des Patienten, die Versorgungsforschung zur Evaluation von Interventionen, die epidemiologische Forschung und die Qualitätssicherung medizinischer Versorgungsleistungen (vgl. Angermeyer et al., 2000).

Im Unterschied zur Ätiologie, der „Lehre von den Krankheitsursachen“ (Bleyl, Höpker, Hofmann & Döhnert, 1976, S. 1) und zur Pathogenese, der Lehre von den „Veränderungen während des Krankheitsablaufes“ (a. a. O.) untersuchen die Gesundheitswissenschaftler in Ergänzung hierzu die Entstehung und Förderung von Gesundheit. Dieser Paradig-

¹⁷ Engl.: Health-Related Quality of Life (HRQOL).

menwechsel wurde von dem Medizinsoziologen Aaron Antonovsky vorangetrieben, der in seinem salutogenetischen Ansatz biologische, psychologische, soziale und ökologische Schutzfaktoren als Ressourcen¹⁸ fokussierte, auf die ein Mensch bei der Bewältigung von Belastungen zurückgreifen kann (vgl. Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001, S. 34).

Potenziale aus den Erkenntnissen der Gesundheitswissenschaften liegen für die Physiotherapie darin, ihre Kompetenz in der medizinischen Versorgung gegenüber der Gesellschaft, dem Gesundheitswesen und dem individuellen Patienten aktiv einzubringen und sie weiterzuentwickeln (vgl., Bollert, Erhardt et al, S. 175). Für die medizinische Rehabilitation, aber auch die Prävention und Gesundheitsförderung ist das bio-psycho-soziale Modell der ICF in ihrer mehrdimensionalen Klassifikation von Gesundheit und Krankheit ein grundlegendes Werkzeug zur Steuerung physiotherapeutischer Therapie- und Präventionskonzepte.

2.3 Bewegungsverhalten und Gesundheit

Gesundheit wird von vielfältigen verhaltens- und lebensstilbedingten Faktoren wie beispielsweise Stress, Tabak- und Alkoholkonsum oder Ernährung beeinträchtigt, die an dieser Stelle nicht thematisiert werden sollen. Entsprechend dem Berufsfeld der Physiotherapie soll in diesem Kapitel stattdessen vorwiegend das Bewegungsverhalten hinsichtlich der körperlich-sportlichen Aktivität den gesundheitlichen Folgen von körperlicher Inaktivität, oft begleitet durch Übergewicht und Adipositas, gegenübergestellt werden.

2.3.1 Körperliche Inaktivität

Verhaltensrisiken wie sitzender Lebensstil (sedentäres Verhalten) und Bewegungsmangel werden in der internationalen Literatur als ‚physical inactivity‘ bzw. ‚insufficient physical activity‘ bezeichnet (Martinez-Gonzalez, Martinez, Hu, Gibney & Kearney, 1999; Owen, Healy, Matthews & Dunstan, 2010; WHO, 2002; WHO, 2015).

¹⁸ Antonowski bezeichnet Ressourcen als „generalisierte Widerstandsressourcen“ (Bengel et al., 2001, S. 28).

Katzmarczyk, Church, Craig und Bouchard (vgl. 2009, pp. 998-1005) zeigten in einer kanadischen Langzeitstudie über durchschnittlich 12 Jahre an 17.013 Erwachsenen den Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der täglichen Sitzzeit in der Freizeit und einem vorzeitigen Tod in altersstandardisierten Gruppen. Als Kategorien für die tägliche Sitzzeit galten ‚überwiegend keine Zeit‘, ‚ein Viertel der Zeit‘, ‚die Hälfte der Zeit‘, ‚drei Viertel der Zeit‘ und ‚überwiegend die ganze Zeit‘. Die Wissenschaftler trennten in Ihrer Untersuchung die Versuchspersonen in aktive ($\geq 7,5$ MET-hr/wk) und inaktive Personen ($<7,5$ MET-hr/wk). In beiden Gruppen zeigte sich ein signifikanter stufenweiser Anstieg der Mortalität¹⁹ in Abhängigkeit von der zunehmenden Sitzzeit. Im Vergleich zur aktiveren Gruppe war in der inaktiven Gruppe die Mortalitätsrate über dem Untersuchungszeitraum statistisch signifikant höher (vgl. a. a. O.). Die Abkürzung ‚MET‘ (Metabolisches Äquivalent einer Tätigkeit²⁰) ist eine Verrechnungseinheit für den Energieverbrauch. Ein MET entspricht einem Kalorienverbrauch von 1 kcal pro Körpergewicht (kg) innerhalb einer Stunde (hr). Der Energieverbrauch von einer Stunde in Ruhe sitzend beträgt 1 MET (vgl. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report, 2008, p. C-4).

In der ‚European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition Study‘ untersuchten Ekelund, Ward, Norat, May, Weiderpass und Mitarbeiter (2015, p. 6) von der Universität Cambridge bei 519.978 inkludierten Teilnehmern primär den Einfluss der Ernährung auf das Krebsrisiko. Zu Beginn der Langzeitstudie wurden die Teilnehmer u. a. auch nach ihren täglichen Aktivitäten in Beruf und Freizeit befragt. Das Merkmal der ‚körperlichen Aktivität‘ konnte von den Teilnehmern nach vier Kategorien (inaktiv, mäßig inaktiv, mäßig aktiv, aktiv) angegeben werden. Als Ergebnis war nach den Berechnungen von Ekelund et al. (2015, p. 6) die körperliche Inaktivität verantwortlich für die doppelte Anzahl an vorzeitigen Todesfällen im Vergleich zu den Todesfällen, die durch Adipositas (BMI > 30) verursacht wurden.

Körperliche Inaktivität ist von der WHO als alleinstehender gesundheitlicher Risikofaktor anerkannt, steht weltweit an vierter Stelle der zehn Hauptrisikofaktoren eines frühzeitigen Todes (engl. global mortality) zu sterben und wird von der WHO für 6 % aller Todes-

¹⁹ Zahl der Todesfälle im Untersuchungszeitraum.

²⁰ Englisch: Metabolic Equivalent of Task.

fälle verantwortlich gemacht (vgl. WHO, 2010; WHO, 2016a). Körperliche Inaktivität ist weltweit verantwortlich für 6 % der Krankheitslast (engl. burden of disease) der koronaren Herzerkrankungen, 7 % der Diabetes mellitus Typ 2 Erkrankungen, 10 % der Erkrankungen an Brustkrebs und Kolonkrebs sowie zu 9 %, einen vorzeitigen Tod zu sterben (vgl. I-Min, Shiroma, Lobelo, Puska, Blair et al., 2012, pp. 219-229).

Mehr als 80 % der erwachsenen Weltbevölkerung werden von der WHO (2016a) als „insufficiently physically active“ eingeschätzt. Für die Verbreitung in der Bevölkerung ist das spezifische Verhalten des einzelnen Individuums entscheidend.

Eine nachhaltige Bindung an körperlich-sportliche Aktivität gilt nach Pfeifer, Sudeck, Brüggemann und Huber (2012, S. 50) als Schlüsselfaktor zur positiven Beeinflussung der individuellen Gesundheit. Statt eines dauerhaft sitzenden Lebensstils in der Wachzeit, der bionegative Adaptationen in der anatomischen, physiologischen und biochemischen Konstitution des Menschen bewirkt (vgl. LaMonte & Blair, 2012, p.181), geht es für die Mehrzahl der Klienten in der medizinischen Versorgung darum, mehr körperliche Aktivität in ihr alltägliches Leben zu integrieren.

2.3.2 Körperliche Aktivität

Der Begriff ‚Körperliche Aktivität‘ ist definiert als „jegliche durch die Skelettmuskulatur hervorbrachte körperliche Bewegung, die den Energieverbrauch über den Grundumsatz anhebt“ (Caspersen et al., 1985, zitiert nach RKI, 2015a, S. 190).

Sport oder ‚Sportliche Aktivität‘ wird nach dem RKI in Übereinstimmung mit dem U.S. Department of Health and Human Services als eine historisch-kulturelle Untergruppe von körperlicher Aktivität definiert, „für die traditionell insbesondere Spaß an der Bewegung, körperliche Leistung und Wettkampf typisch sind“ (RKI, 2005, S. 8). Während beruflich-körperliche Arbeit, Gartenarbeit, mit dem Fahrrad zum Einkauf fahren oder Zufußgehen körperliche Aktivitäten sind, ist Krafttraining im Verein ebenfalls eine körperliche Aktivität, die zudem einer sportlichen Aktivität zugeordnet werden kann (vgl. RKI, 2015a, S. 190). Sport ist ein „zentraler Bestandteil unseres gesellschaftlichen Zusammenlebens“ (Deutscher Bundestag, 2014, S. 13) und leistet neben seiner „integrativen Wirkung“

(a. a. O, S. 11) für einen großen Teil der Bevölkerung einen wichtigen Beitrag „zu einer gesundheitsbewussten Lebensgestaltung“ (a. a. O., S. 13).

Nach den Bewegungsempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation aus dem Jahr 2010 (WHO, 2010, S. 7-8), denen sich auch das Robert Koch-Institut (RKI) als Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) anschließt,

sollten Erwachsene wöchentlich mindestens 2,5 Stunden mäßig anstrengend körperlich aktiv sein – alternativ können auch 75 Minuten sehr anstrengende Aktivitäten ausgeübt werden. Darüber hinaus wird eine Kräftigung der großen Muskelgruppen an mindestens zwei Tagen der Woche empfohlen. Kinder und Jugendliche sollten laut WHO-Empfehlung jeden Tag mindestens 60 Minuten mit einer mäßigen bis anstrengenden Intensität körperlich aktiv sein und an mindestens drei Tagen der Woche Übungen zur Kräftigung der Muskulatur ausführen. (RKI, 2015a, S. 190)

Die von der WHO für einen gesundheitlichen Nutzen empfohlene Mindestaktivitätszeit von 2,5 Stunden pro Woche mit mäßig anstrengender Intensität, sodass man dabei ins Schwitzen oder außer Atem gerät, wird jedoch nach einer repräsentativen Studie des Robert Koch-Instituts aus dem Jahr 2013 von etwa vier Fünfteln der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland nicht erreicht (vgl. Krug, Jordan, Mensink, Müters, Finger & Lampert, 2013, S. 767). Nur ein Viertel der Kinder und Jugendlichen erfüllt die Bewegungsempfehlungen der WHO (vgl. RKI, 2015a, S. 189). Weitere Kernaussagen des Robert Koch-Instituts sind, dass Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit einem niedrigen sozioökonomischen Status deutlich seltener sportlich aktiv sind als Personen mit einem hohen sozialen Status (vgl. RKI, 2015a, S. 189). Erfreulich ist, dass sich bei älteren Menschen seit 1998 die sportliche Aktivität deutlich erhöht hat, wobei nach wie vor der Anteil sportlich inaktiver Personen im Alter deutlich höher ist als bei jüngeren Erwachsenen (vgl. RKI, 2015a, S. 189).

Gesundes Altern durch Körperliche Aktivität und Training

In der Trainingsintervention für die Zielgruppe älterer Menschen erfolgt die Erhöhung der Belastung in kleinen Stufen, möglichst bis die Alltagskompetenz (vgl. Kapitel 4.3.1) zur selbstständigen Teilhabe wiederhergestellt ist. Selbst bei älteren Menschen ist zur Vermeidung von Pflegeabhängigkeit eine „Verlangsamung der Reduktion [der] körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit“ (Froböse et al., 2012, S. 244), eine Stabilisierung in

der Nachsorge oder eine Steigerung der Leistungsfähigkeit in der Tertiärprävention möglich.

Aufgrund der verbreitet niedrigen körperlichen Leistungsfähigkeit älterer Menschen (vgl. Krug et al., 2013, S. 767) profitiert die Zielgruppe der über 65-Jährigen generell davon, dass degenerative Alterungsprozesse durch die Adaptationsfähigkeit der Muskulatur aufgehalten oder hinausgezögert werden können, solange die Skelettmuskulatur durch körperliches Training stimuliert wird (Phillips, 2007, pp. 1198-1205; Phillips & Winett, 2010, pp. 208-213).

In an elderly person suffering from sarcopenia and health conditions such as central adiposity, vascular disease, impaired glucose tolerance, and osteoarthritis, a program of RT²¹ could address all of these diseases directly and not simply treat symptoms as many medicines would (McCartney & Phillips, 2012, p. 265).

Für ältere Menschen über dem 65. Lebensjahr bis in die 8. bis 10. Lebensdekade zeigt ein regelmäßiges und individuell dosiertes Kraft-, Ausdauer- und Gleichgewichtstraining Wirkung und kann die negativen physiologischen Effekte eines sitzenden Lebensstils mit den im Kapitel 2.3. geschilderten vielfältigen Krankheitsrisiken und verkürzter Lebenserwartung begrenzen (American College of Sports Medicine, 2009, p. 1522; Green, 2012, p. 145). Ältere Menschen profitieren von Krafttraining durch eine Reduktion von Gebrechlichkeit (engl.: frailty) und Erhaltung der Lebensqualität (Bouchard et al., 2012, pp. 270-271). Ziel ist es, eine Abnahme körperlicher Aktivitäten und einen Rückgang der Alltagskompetenz zu vermeiden. Die altersbedingte (Multi-)Morbidity soll auf eine möglichst kurze Zeitspanne vor dem Lebensende komprimiert werden (vgl. DiPietro, 2012, p. 305).

Für Menschen im höheren Lebensalter erhält ein hoher Grad an körperlicher Aktivität die Selbstständigkeit im persönlichen Lebensbereich (vgl. Paterson & Warburton, 2010, pp. 7-38). Standardisierte Trainingsprogramme in Gruppen konnten darüber hinaus nach einer klinischen Studie den Nachweis erbringen, das Risiko von Stürzen zu reduzieren und die jährliche Sturzrate von über 65-jährigen Menschen zu senken (vgl. Gillespie, Robertson, Gillespie, Sherrington, Gates et al., 2012, CD007146).

²¹ Englisch: resistance training.

Interventionen zur Rehabilitation und Tertiärprävention, die die körperlich-sportliche Aktivität über die gesamte Lebensspanne fördern, setzen an den veränderten Bewegungsgewohnheiten auf der verhaltenspräventiven Ebene an (vgl. Kapitel 3.5.2).

Körperliche Aktivität, Ernährung und genetische Disposition bestimmen in wechselseitiger Wirkung die Entstehung von Übergewicht (vgl. Mensink, Schienkiewitz, Haftenberger, Lampert, Ziese & Scheidt-Nave, 2013, S. 786). Der individuelle Lebensstil vieler Menschen stellt sie vor die Herausforderung, „eine ausgewogene Bilanz von Energiebedarf und Energieaufnahme [in ihrem Leben] herzustellen“ (Mensink et al., 2013, S. 786).

Das AMA-Consortium der Berliner Charité (AMA: Autonomie trotz Multimorbidität im Alter) erforscht, wie bei älteren und hochbetagten Menschen das Gesundheitsverhalten gestärkt werden kann, indem die körperliche Aktivität bis ins hohe Alter erhalten bleiben soll und hierdurch die Autonomie aufrechterhalten oder sogar wiedergewonnen werden kann (vgl. Schüz, Dräger, Richter, Kummer, Kuhlmeier, & Tesch-Römer, 2011, S. 9-26). Auch für ältere und hochbetagte Menschen belegt umfangreiche empirische Evidenz, wie gesundheitsförderlich körperliche Aktivität bis ins hohe Alter ist (vgl. Nelson, Rejeski, Blair et al., 2006, p. 1099; WHO, 2006, pp. 5-7).

Epidemiologische Studien

Ein zentrales Thema von Public Health im Hinblick auf die nationale und globale Gesundheit ist, dass körperlich-sportliche Aktivität in dem obengenannten Umfang mit hoher Evidenz²² (auf der Basis von Metaanalysen²³ und Systematischen Reviews²⁴) vor einem vorzeitigen Tod schützen und die Risiken vieler Zivilisationserkrankungen mindern kann. (vgl. I-Min, Shiroma, Lobelo, Puska, Blair & Katzmarzyk, 2012, pp. 219-229; Owen et al, 2010; Rezende, Sá, Mielke, Viscondi, Rey-López & Garcia, 2016; Warburton, Nicol & Bre-

²² „Der Begriff „Evidenz“ im Kontext der Evidenzbasierten Medizin leitet sich vom englischen Wort „evidence“ = Nach- oder Beweis ab und bezieht sich auf die Informationen aus klinischen Studien, die einen Sachverhalt erhärten oder widerlegen“ (Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin, 2011).

²³ Statistisches oder Deskriptives Verfahren, welches die Ergebnisse mehrerer Studien zur gleichen Frage quantitativ zusammenfasst (vgl. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin [ÄZQ], 2016).

²⁴ Systematische Übersichtsarbeiten von Wirksamkeitsstudien zu einer klar formulierten Frage nach hohen forschungsmethodisch und transparent definierten Standards (vgl. Cochrane, 2016b).

din, 2006, pp. 801-809; WHO 2016b). Nach den Leitlinien des U.S. Department of Health and Human Service (2008, p. E-5) besteht hohe Evidenz, dass körperlich aktive Menschen ein um 30 % geringeres Risiko haben, einen frühzeitigen Tod zu erleiden im Vergleich zu gleichaltrigen Bevölkerungsgruppen mit am wenigsten aktiven Menschen.

Wissenschaftlich nachgewiesen wurden positive Effekte von körperlich-sportlicher Aktivität im Hinblick auf das Morbiditäts- und teilweise auch Mortalitätsrisiko für folgende Erkrankungen, wobei bei der folgenden Aufstellung als derzeitiger Goldstandard (vgl. Cochrane, 2016a) ausschließlich Metaanalysen oder systematische Reviews herangezogen werden und kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben wird:

- Herz-Kreislaufkrankungen wie koronare Herzerkrankung oder cerebrovaskuläre Erkrankungen, z. B. Schlaganfall (vgl. Anderson, Thompson, Oldridge, Zwisler & Rees et al., 2016; Jian & Siegrist, 2012, pp. 219-229; Paffenbarger, Wing & Hyde, 1978, pp. 161-175; Pedersen & Saltin, 2006, pp. 2-63; Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report, 2008, p E-5; Sofi, Capalbo, Cesari, Abbate & Gensini, 2008, pp. 247-257). Herz-Kreislaufkrankungen gelten als „häufigste Todesursache“ in Deutschland mit nahezu 39 % aller Sterbefälle im Jahr 2014 (Statistisches Bundesamt, 2016a, S. 3),
- Übergewicht und Adipositas (vgl. Lee & Paffenbarger Jr., 2000, pp. 293-299; Pedersen & Saltin, 2006, pp. 2-63; Sarma, Zaric, Campbell & Gilliland, 2014, pp. 1-21; Seo & Li, 2010, pp. 26-31),
- Diabetes mellitus Typ 2 (vgl. Bethany, Brancati, Chen, Coday, Jakicic et al., 2014, pp. 608-617; Lindström, Ilanne-Parikka, Peltonen, Aunola, Eriksson et al., 2006, pp. 1673-1679; Jeon, Lokken, Hu & van Dam, 2007, pp. 744-752; Pedersen & Saltin, 2006, pp. 2-63),
- Arterielle Hypertonie (vgl. Hu, JousiJahti, Antikainen & Tuomilehto, 2007, pp. 1242-1250; Katzmarzyk & Janssen, 2004, pp. 90-115; Kelley & Kelley, 2000, pp. 838-843; Whelton, Chin & Xin, 2002, pp. 493-503),
- Mammakarzinom (vgl. Holmes, Chen, Feskanich, Kroenke & Colditz, 2005, pp. 2479-2486; Steindorf, Ritte, Eomois, Pukanova, Tjonneland et al., 2013, pp. 1667-1678),
- Kolonkarzinom (vgl. Wolin, Yan, Colditz & Lee, 2009, pp. 611-616),

- Nicht-spezifischer Rückenschmerz (Non-Specific Chronic Low Back Pain) (vgl. Gordon & Bloxham, 2016; Oesch, Kool, Hagen & Bachmann, 2010, pp. 193-205),
- Hüft- und Kniearthrose (vgl. Brosseau, MacLeay, Robinson, Wells & Tugwell, 2003, CD004259; Fransen, McConnell & Bell, 2003, CD004286),
- Osteoporose im späten Erwachsenenalter (vgl. Kelley & Kelley, 2004, pp. 293-300; Howe, Shea, Dawson, Downie, Murray et al., 2011, CD000333; Kemmler, Engelke & von Stengel, 2015, pp. 215-222; Langsetmo, Hitchcock, Kingwell, Davison, Berger et al., 2012, pp. 401-408),
- Depression (vgl. Cooney, Dwan, Greig, Lawlor, Rimer, Waugh, McMurdo & Mead, 2013; Schulz, Meyer & Langguth, 2012, S. 55-65).

Weitere wissenschaftlich nachgewiesene Gesundheitseffekte durch körperlich-sportliche Aktivität sind:

- Gewichtsreduktion durch Kalorienmehrverbrauch (vgl. Green, 2012, p. 12; Warburton et al., 2006, pp. 801-809),
- Erhöhung des Anteils der fettfreien Körpermasse (engl.: lean body mass) (vgl. Warburton et al., 2006, pp. 801-809),
- Verbesserung der kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit (vgl. Blair, Kohl, Paffenbarger Jr., Clark, Cooper & Gibbons, 1989, pp. 2395-2401),
- Erhaltung und Aufbau der Skelettmuskulatur aus metabolischer Sicht, da sich eine hohe Muskelmasse durch den hohen Anteil an dem Glucose- und Lipidstoffwechsel auf die Höhe des täglichen Energieverbrauchs auswirkt (vgl. McCartney & Phillips, 2012, p. 263),
- Erhaltung und Steigerung der muskulären Kraft (vgl. Warburton et al., 2006, pp. 801-809),
- Erhöhung von Muskelkraft als Schutzfunktion in unfallträchtigen Situationen (vgl. Green, 2012, p. 122; Wieser & Haber, 2007, pp. 59-65),
- Erhaltung und Verbesserung der Muskelausdauer durch Erhöhung des maximalen Sauerstoffaufnahmevermögens (VO₂ max.) (vgl. Green, 2012, p. 143),
- Kräftigung des Myokards und Erhöhung der Sauerstoffversorgung der Herzmuskulatur (vgl. Warburton et al., 2006, pp. 801-809),

- Senkung der Blutfette durch erhöhte Stoffwechselftätigkeit während und nach der körperlich-sportlichen Aktivität (vgl. Hardman, 2012, p. 88; Warburton et al., 2006, pp. 801-809),
- Erhöhung der Abwehrkräfte gegen Infekte und chronische Entzündungsprozesse durch einen Anstieg von entzündungshemmenden regulatorischen T-Zellen (vgl. Weinhold, Shimabukuro-Vornhagen, Franke, Theurich, Wahl et al., 2015, pp. 1607-1610),
- Sturzvermeidung und Senkung des Frakturrisikos bei älteren Menschen (vgl. Gillespie, Robertson & Gillespie et al., 2012; Cameron, Gillespie & Robertson et al., 2012),
- Verbesserung kognitiver Hirnfunktionen und Funktionen der Bewegungssteuerung (vgl. Colcombe & Kramer, 2003, pp. 125-130, Colcombe, Erickson, Scalf, Kim, Prakash et al., 2006, pp. 1166-1170),
- Erhaltung der Selbstständigkeit bei älteren Menschen (vgl. Warburton et al., 2006, pp. 801-809),
- Aktiver Stressabbau und antidepressive Wirkung durch Endorphinausschüttung während der Bewegung (vgl. Warburton et al., 2006, pp. 801-809).

Aufgrund der Vielzahl an evidenzbasierten Effekten sollte eine „Moderne Physiotherapie“ grundsätzlich und indikationsübergreifend Interventionsinhalte zur Förderung eines körperlich aktiven Lebensstils beinhalten und Klienten Integrationsmöglichkeiten im Alltag aufzeigen (vgl. Rütten & Pfeifer, 2016, S. 19).

2.3.3 Übergewicht / Adipositas

Übergewicht und Adipositas werden nach Wirth und Hauner (2013, S. 2) als Vermehrung des Körperfettanteils definiert, die „über das Normalmaß hinausgeht und mit einer Gesundheitsgefährdung bzw. einem erhöhten Risiko einer Folgeerkrankung einhergeht“. In epidemiologischen Studien wird Übergewicht und Adipositas als einfach zu messender Standard anhand des Body-Mass-Index (BMI) klassifiziert. Der BMI wird errechnet, indem das Körpergewicht (in Kilogramm) durch das Quadrat der Körpergröße (in Metern) dividiert wird (vgl. WHO, 1999, S. 8).

Die Formel lautet:

$$\text{BMI} = \frac{\text{Körpergewicht}[\text{kg}]}{\text{Körpergröße}[\text{m}] * \text{Körpergröße}[\text{m}]}$$

Nach der WHO-Klassifikation in Tabelle 2-4 wird Übergewicht bei Erwachsenen durch einen BMI über 25 kg/m² und Adipositas ab einem Wert von 30 kg/m² und höher definiert.

Tabelle 2-4: Klassifikation des Untergewichts, Übergewichts und der Adipositas von Erwachsenen durch den Body-Mass-Index nach der WHO (1999, S. 9)

Klassifikation	Body-Mass-Index
Untergewicht	< 18.50 kg/m ²
Normalgewicht	18,5 - 24,99 kg/m ²
Übergewicht	25,00 - 29.99 kg/m ²
Adipositas (Grad I)	30 - 34,99 kg/m ² (moderate Adipositas)
Adipositas (Grad II)	35 - 39,99 kg/m ² (schwere Adipositas)
Adipositas (Grad III)	≥ 40 kg/m ² (sehr schwere Adipositas)

Ist das Verhältnis zwischen Energieaufnahme und Energieverbrauch dauerhaft positiv, so resultiert daraus Übergewicht und Adipositas. Nach Angaben des statistischen Bundesamtes aus der Mikrozensus-Zusatzbefragung der Bevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren im Jahr 2013 waren 52 % der erwachsenen Bevölkerung (62 % der Männer und 43 % der Frauen) übergewichtig oder adipös. Im Vergleich zum Jahr 1999 von insgesamt 48 % Menschen mit Übergewicht oder Adipositas (56 % der Männer, 40 % der Frauen) ist der Anteil von übergewichtigen oder adipösen Menschen weiter gestiegen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2014a, S. 1).

Zu berücksichtigen ist, dass bei Selbstangaben das Körpergewicht von den Befragten häufig unterschätzt, hingegen die Körpergröße eher überschätzt wird. Dadurch kann der BMI im Vergleich zu gemessenen Werten geringer ausfallen (vgl. RKI, 2014a, S. 24). Mensink und Mitarbeiter (2013, S. 786) erhöhten die Datenqualität, indem sie durch standardisierte anthropometrische Messungen des Körpergewichts und der Körpergröße in einer bundesweiten Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) in den Jahren 1990/92, 1998 und 2008/11 durchführten. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass die Prä-

valenz²⁵ von Übergewicht in der Erwachsenenbevölkerung über den angegebenen Zeitraum in Deutschland weiterhin auf einem hohen Niveau lag, während die Prävalenz von Adipositas weiter zugenommen hatte. Auffällig war insbesondere ein starker Anstieg der Prävalenzrate von Adipositas in den Altersgruppen der 25- bis 34-Jährigen (vgl. a. a. O., S.793).

Die Ergebnisse der DEGS1-Studie sind in Abbildung 2-1 zusammenfassend dargestellt. Der Anteil der Personen mit Übergewicht und Adipositas nimmt bei beiden Geschlechtern im Altersgang zu. Männer sind mit 67,1 % häufiger übergewichtig als Frauen mit 53,0 % (RKI, 2015a, S. 203). Hingegen unterscheidet sich

die Adipositasprävalenz - mit Blick auf die gesamte Altersspanne - kaum zwischen den Geschlechtern; sie liegt bei 23,9 % für Frauen und 23,3 % für Männer. Der Anteil der Personen mit Übergewicht und Adipositas nimmt im Altersgang zu (a. a. O., S. 203).

Adipositas ist ein „Risikofaktor für verschiedene Erkrankungen und geht bei Männern und Frauen mit einem erhöhten Risiko frühzeitiger Sterblichkeit einher“ (RKI, 2012, S. 24).

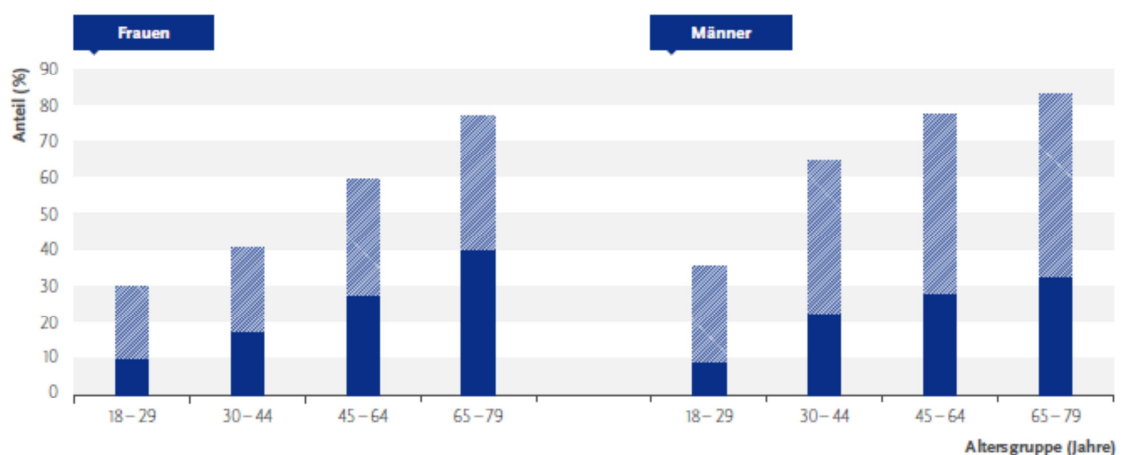


Abbildung 2-1: Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen (18 bis 79 Jahre), Datenbasis: DEGS nach RKI (2015a, S. 203).

Übergewicht: hellblau
Adipositas: dunkelblau

Die zunehmende Prävalenz begünstigt neben einer frühzeitigen Sterblichkeit (vgl. McGee, 2005, pp. 87–97) viele chronische Erkrankungen und Folgeerkrankungen, die hohe Krank-

²⁵ Krankheitsverbreitung, angegeben als prozentualer Anteil der Personen in der deutschen Bevölkerung.

heitskosten im Gesundheits- und Sozialsystem verursachen. Nach epidemiologischen Studien gilt der Nachweis einer erhöhten Morbiditätsrate für folgende Erkrankungen:

- Diabetes mellitus Typ II (vgl. Abdullah, Peeters, de Courten & Stoelwinder, 2010, pp. 309-319),
- Bluthochdruck (vgl. Fagard, 1999, pp. 624-630),
- Herz-Kreislauf-Krankheiten, (vgl. Emerging Risk Factors Collaboration, Wormser, D., Kaptoge, S., Di Angelantoni, Wood, Pennells et al., 2011, pp. 1085-1095),
- bestimmte Krebsarten wie Brustkrebs, Kolon-, Pankreas-, Nieren- und Gebärmutterkrebs (vgl. World Cancer Research Fund [WCRF]/American Institute for Cancer Research [AICR], 2010, pp. 198-199),
- Arthrosen in den gewichtstragenden Gelenken (vgl. Bliddal, Leeds & Christensen, 2014, pp. 578–586)
- und weitere Erkrankungen.

Adipositas kann auch in sozioökonomischer Hinsicht Auswirkungen auf das soziale Leben hinsichtlich Mobilität und Lebensqualität haben (vgl. Sarwer, Lavery & Spitzer, 2012, pp. 668-676; Sharma & Kushner, 2009, pp. 289-295).

Nach der WHO (2007, S. 1) sind jährlich 80 % aller Typ-2-Diabetes Fälle, 35 % der ischämischen, 55 % der hypertensiven Herzerkrankungen, eine Million Todesfälle und 12 Millionen krank verbrachter Lebensjahre auf Übergewicht und Adipositas zurückzuführen. Das Erkrankungsrisiko durch Gewichtszunahme, Übergewicht und Adipositas bei einigen Krebsarten sowie gegenüber Herz-Kreislauserkrankungen wird nach den Empfehlungen der WCRF und AICR (2010, pp. 208-209) unabhängig vom Erkrankungsrisiko durch körperliche Inaktivität bewertet.

Nach Smith, Eather, Morgan, Plotnikoff, Faigenbaum et al. (2014, p. 1209) besteht ein umgekehrter Zusammenhang zwischen muskulärer Fitness als Ergebnis körperlicher Aktivität und der Reduktion der bauchbetonten Adipositas und weiteren kardiologischen und metabolischen Risikofaktoren wie u. a. Diabetes mellitus Typ II, Bluthochdruck, koronare Herzkrankheiten und sowie Arthrose in den gewichtsbelasteten Gelenken.

Eine aktive Skelettmuskulatur wirkt sich auf die Höhe des täglichen Energieverbrauchs aus. Nimmt die Muskelmasse mit zunehmendem Alter oder durch dauerhafte Bewegungsarmut ab, resultiert daraus eine positive Energiebilanz mit Gewichtszunahme. Je höher der Anteil an Muskelmasse am Körpergewicht ist, desto höher fällt der Energieumsatz aus. Das gilt sowohl in Ruhe (Grundumsatz) als auch während einer körperlichen Leistung (Leistungsumsatz). Entsprechend werden sowohl rehabilitative als auch präventive Interventionen zur gesunden Ernährung und Gewichtsreduktion mit einer körperlichen Aktivierung kombiniert.

Lebensstilveränderung

Eine wichtige Schlussfolgerung für die „Moderne Physiotherapie“ ist, dass sowohl Gruppenschulungen als auch gerätegestützte Trainingsprogramme neben den bestehenden Indoor-Angeboten einer Rehabilitationseinrichtung Trainingsinhalte aus dem Alltag der Klienten in die Steuerung und Planung noch mehr einbeziehen sollten (vgl. Kapitel 2.2.1 – Belastungsdosierung). Die fortschreitende Digitalisierung ermöglicht es heute schon über app- und sensorbasierte, assistive Technologien (sogenannte Wearables) umfassende Körperfunktionen wie die Dauer der Aktivitäts- und Ruhezeiten, die Intensität der Aktivität, Schrittzahl und Herzfrequenz im Tagesverlauf oder im Wochenüberblick im Verhältnis zu individuell vorgegebenen Sollwerten konstant zu evaluieren und Trainingsziele nach den konkreten Versorgungszielen auszurichten (vgl. Kapitel 2.7.2). Eine Analyse der Daten kann das individuelle Bewegungs- und Essverhalten der Klienten nicht nur präzise auswerten, sondern sie auch individuell in ihrer Lebenswelt (vgl. Kapitel 3.5.2) durch Empfehlungen und Vorgaben der Leistungserbringer (Ärzte und Physiotherapeuten) fördern.

2.4 Arbeitswelt und Gesundheit

Arbeit ist für viele Menschen die wichtigste Einkommensquelle, sichert den Lebensunterhalt (vgl. Senghaas-Knobloch, 1999, S. 136-162) und leistet einen Beitrag zur Lebensqualität. Sie ermöglicht soziale Kontakte und Anerkennung, bildet einen wichtigen Teilaspekt der persönlichen Identität und gibt dem Tag eine Zeitstruktur (vgl. Semmer & Udris, 2007, S. 157-195).

In einer Zeit des technischen Fortschritts, der wirtschaftlichen Globalisierung und des zunehmenden Wettbewerbs steigen die Anforderungen der Arbeitswelt an die Mitarbeiter in vielen Unternehmen (vgl. Walter, Fischer, Hausmann, Klös, Lobinger et al., 2013, S. 8). Die deutsche Volkswirtschaft wird beeinflusst von „ökonomischen, technischen und gesellschaftlichen Megatrends (...)“, die im Zuge der wirtschaftlichen Globalisierung und des zunehmenden Wettbewerbs „zu einer Beschleunigung, Verdichtung und Wissensintensivierung von Prozessen“ führen (Walter et al., a. a. O). „Die Durchdringung wirtschaftlicher Prozesse mit Informations- und Kommunikationstechnologien (Walter et al., 2013, S. 8) bewirkt in Deutschland und weltweit eine „Zunahme von geistigen und interaktiven Tätigkeiten (...) mit steigenden emotionalen und kognitiven Anforderungen“ (Lohmann-Haislah, 2012, S. 11).

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung mit der steigenden Lebenserwartung und der Verknappung junger Nachwuchskräfte verlängert sich die Lebensarbeitszeit im Vergleich zu früheren Generationen durch die Erhöhung der Regelaltersgrenze von 65 auf 67 Lebensjahre (vgl. Walter et al, 2013, S. 26).

Grundsätzlich gilt es, die Leistungsfähigkeit der Erwerbstätigen über die gesamte Lebensarbeitszeit zu erhalten und eine Motivation zur Arbeit langfristig zu bewahren (vgl., Walter et al., 2013, S. 19). Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen und den resultierenden Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit haben, wie in Kapitel 3 ausführlich geschildert, Anspruch auf Unterstützung zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2016).

Einen repräsentativen Überblick über den Gesundheitszustand der mehr als 39 Mio. Erwerbstätigen in Deutschland (vgl. Statistisches Bundesamt, 2015c) gibt eine computergestützte telefonische Befragung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), bei der im Jahr 2012 über 20.000 Erwerbstätige ab dem 15. Lebensjahr mit einer Arbeitszeit von mindestens 10 Stunden pro Woche in Deutschland einbezogen wurden. Neben anderen Themen wurden Fragen zur subjektiv erlebten Beanspruchung am Arbeitsplatz und zu den gesundheitlichen Beeinträchtigungen gestellt. Frau Lohmann-Haislah von der BAuA skizziert als Ergebnis der Interviews den Wandel der Arbeitswelt nach den Schlagworten:

- Informatisierung (zunehmende Durchdringung mit modernen Kommunikationstechnologien),
- Subjektivierung (durch Entwicklung neuer Steuerungsformen mit zunehmender Eigenverantwortung für den Arbeitsprozess),
- Akzeleration (Beschleunigung der Produktions-, Dienstleistungs- und Kommunikationsprozesse),
- Komplexität (bei zunehmenden Lernanforderungen) und
- Neue Arbeitsformen (berufliche Unsicherheit als Ausdruck ständiger Veränderungsprozesse mit zunehmender Instabilität sozialer Beziehungen (vgl. Lohmann-Haislah, 2012, S. 11))

Dieser Wandel der ehemals vorwiegend industriell und landwirtschaftlich geprägten Arbeitswelt in Deutschland zur modernen Dienstleistung mit hohen emotional-kognitiven Anforderungen geht mit einem hohen Verlust an körperlicher Belastung infolge des sitzenden Verhaltens (vgl. Kapitel 2.3.1 – sedentäres Verhalten) einher (vgl. Hamilton & Neville, 2012, p. 54).

Insgesamt resultieren die Risiken der Erwerbstätigkeit aus hohen körperlichen oder psychischen Beanspruchungen infolge der Arbeitsbelastungen oder aus Unfall- und Verletzungsrisiken „auf dem Weg zur oder von der Arbeit“ (Deutsche gesetzliche Unfallversicherung [DGUV], 2017).

Aktuelle Erwerbstätigenbefragungen der BAuA zeigen, dass physische Belastungen bei der Arbeit auch aktuell noch häufig vorkommen. Als physisch belastende Tätigkeiten gelten nach der Arbeitsmedizinischen Regel (AMR) Nr. 13.2

die manuelle Lastenhandhabung (Heben und Tragen, Ziehen und Schieben), Arbeiten in erzwungenen Körperhaltungen (wie Rumpfbeuge, Knien), Arbeiten mit erhöhten Kraftanstrengungen (wie Hämmern) sowie hoch repetitive manuelle Tätigkeiten (BAuA, 2016, S. 11).

Körperliche Belastung

„Körperliche Anforderungen an das Muskel-Skelett-System sind notwendige Voraussetzungen zur Aufrechterhaltung der Gesundheit und deshalb auch bei beruflicher Arbeit nicht grundsätzlich als schädigend anzusehen“ (BAuA, 2016, S. 4). Hohe körperliche Belas-

tungen kommen nicht nur im Baugewerbe, sondern auch im Dienstleistungsbereich, z. B. in den Pflege- und Therapieberufen, vor. Gesundheitliche Beeinträchtigungen können nach der BAuA (2012c, S. 1) durch folgende Aktivitäten ausgelöst werden

- Im Stehen arbeiten,
- Mit den Händen arbeiten, d. h. die Hände mit viel Geschick, schnell oder mit größeren Kräften einzusetzen,
- Schwere Lasten tragen/heben, d. h. mindestens 20 kg bei Männern und mindestens 10 kg bei Frauen,
- Unter Zwangshaltungen arbeiten, d. h. in gebückter, hockender, kniender, liegender Stellung oder über Kopf arbeiten und
- Arbeiten mit starken Erschütterungen, Stößen, Schwingungen.

Psychische Belastung

Unter der ‚Psychischen Belastung‘ wird nach der DIN EN ISO 10075 die „Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken“ verstanden (BAuA, 2010, S. 9). Dauerhaft hohe psychische Anforderungen können die Gesundheit beeinträchtigen. Exemplarisch werden von der BAuA (2012b, S.1) aufgeführt

- Starker Termin- und Leistungsdruck bei der Arbeit,
- Verschiedenes gleichzeitig bearbeiten, also die Notwendigkeit, parallel verschiedene Aufgaben oder Vorgänge im Blick zu haben,
- Sehr schnell arbeiten müssen,
- Unterbrechungen und Störungen bei der Arbeit, zum Beispiel durch Kollegen, schlechtes Material, Maschinenstörungen oder Telefonate,
- Beim Arbeiten bis an die Grenze der Leistungsfähigkeit gehen.

Erholung und Pausen

Gesetze wie z. B. das Mindesturlaubsgesetz für Arbeitnehmer legen die Rahmenbedingungen für längere Erholungsphasen in der Erwerbstätigkeit fest. Die tägliche Erholung während der Arbeit wird durch das Arbeitszeitgesetz geregelt. Pausenausfälle kommen am häufigsten bei Beschäftigten in Gesundheitswesen (43 % der Befragten) und bei Führungskräften (31 % der Befragten) vor (vgl. BAuA, 2012d, S. 1). Bei der Organisation von Arbeitsprozessen werden Pausen oft nicht eingeplant, sie werden verkürzt oder fallen aus. Die im Umfang erhöhten Belastungsanforderungen bewirken einen Mangel an Erholung. Sie führen zur Ermüdung und bei langfristiger Beanspruchung zu gesundheitlichen Stressfolgen (vgl. Lohmann-Haislah, 2012, S. 27).

Restrukturierungen und Umorganisation

Unternehmen – vor allem in der Industrie und im öffentlichen Dienst – werden heute häufiger aufgrund der „Anpassung an neue Markt- und Wettbewerbsbedingungen“ (BAuA, 2012e, S. 1) zu Restrukturierungen veranlasst, beispielsweise durch „Standortverlagerungen, Abwanderung ins Ausland, Outsourcing, Insolvenzen [oder] Fusionen“ (a. a. O., S. 2). Maßnahmen, die die „Produktivität des Unternehmens stärken sollen“ (a. a. O., S.1), können sich auf die Technologie auswirken oder organisatorische Abläufe verändern. Mitarbeiter werden durch solche Umstrukturierungen mehr belastet, da sie „oft mit reduzierten Personalressourcen die gleiche oder sogar mehr und anspruchsvollere Arbeit“ bewältigen müssen (a. a. O.). Als Folge dieser Veränderungen waren in einer Erwerbstätigenbefragung im Jahr 2012 Beschäftigte, die von Umstrukturierungen betroffen im Vergleich zu Mitarbeitern, die nicht davon betroffen waren, häufiger psychischen Beeinträchtigungen wie Schlafstörungen, Erschöpfung oder Kopfschmerzen ausgesetzt (vgl. a. a. O, S.2).

Produktionsausfälle

Von volkswirtschaftlicher Bedeutung ist vor allem die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage, eine Invalidität, die daraus folgende Frühberentung und der vorzeitige Tod. Die BAuA (vgl. 2015, S. 1) geht in ihren Schätzungen für das Jahr 2015 von einer durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit von 15,2 Tagen je Arbeitnehmer aus, woraus sich insgesamt 587,4 Mio. Arbeitsunfähigkeitstage ergaben. Die volkswirtschaftlichen Produktionsausfälle betragen insgesamt 64 Mrd. Euro, was einem Ausfall an Bruttowertschöpfung von 113 Mrd. Euro entspricht (a. a. O., S. 2). Allein für die Diagnosegruppe der Krankheiten der Muskel-Skeletterkrankungen (vgl. Kapitel 3.3.5 und 4.3.3.1) betragen die Produktionsausfallkosten in diesem Jahr 14,1 Mrd. Euro und der Ausfall an Bruttowertschöpfung 24,9 Mrd. Euro (a. a. O.).

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass dauerhaft hohe Arbeitsbelastungen die Gesundheit nachhaltig beeinträchtigen können, wenn die Belastungsintensität oder der Be-

lastungsumfang die körperliche oder psychische Leistungsfähigkeit des arbeitenden Menschen übersteigt und weder durch Ressourcen noch durch organisatorische Maßnahmen ein Ausgleich erfolgen kann. Beispiele für Ressourcen sind eine gute Zusammenarbeit mit Kollegen, die eigene Arbeit selbst planen und einteilen oder (Bewegungs-)Pausen regelmäßig einhalten zu können. Potenziell schädigend sind nach Rothe (vgl. 2012, S. 9-10) psychische Belastungsfaktoren wie Multitasking, dauerhafter Termin- und Leistungsdruck, ständige Unterbrechungen, ständig wiederkehrende Arbeitsvorgänge (Monotonie) und fehlende Unterstützung und Anerkennung von Vorgesetzten.

Die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) (vgl. Kapitel 4.3.6 – Plan Gesundheit) und die Medizinisch beruflich orientierte Rehabilitation (vgl. Kapitel 4.3.3.2) können als bio-psycho-soziale Ansätze einen wichtigen Beitrag zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit leisten und Möglichkeiten zur Umsetzung in einer „Modernen Physiotherapie“ aufzeigen.

2.5 Soziodemografischer Wandel

Der soziodemografische Wandel beschreibt „Veränderungen in der Zusammensetzung von Gesellschaften, insbesondere der sog. Altersstruktur“ (Schubert & Klein, 2016). Gesellschaftliche Veränderungen haben langfristige Auswirkungen auf das Krankheitspektrum in der Bevölkerung, die sozialen Sicherungssysteme und damit auch auf die Behandlungsschwerpunkte der physiotherapeutischen flächendeckenden Gesundheitsversorgung.

2.5.1 Demografische Alterung der Gesellschaft

Schon lange weicht die Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland deutlich von der Form der klassischen Bevölkerungspyramide ab, die durch eine breite Basis junger Jahrgänge und eine Abnahme mit zunehmendem Lebensalter als Folge der Sterblichkeit gekennzeichnet ist (vgl. Statistisches Bundesamt, 2015a, S. 17). Nach der koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes wird es 2060 nur noch halb so viele Kinder und junge Menschen unter 20 Jahren geben wie Menschen, die über 65 Jahre alt sind (vgl. a. a. O., S. 19).

Deutlich wird die demografische Alterung der Gesellschaft auch an der Zahl der Hochbetagten (80-Jährige und älter), die überproportional zunehmen wird (vgl. RKI, 2009, S. 21).

Wurden im Jahr 2013 noch 4,4 Mio. Menschen 80 Jahre und älter (5,4 % der Bevölkerung), werden nach kontinuierlicher Steigerung im Jahr 2060 rund 9 Mio. Menschen (etwa 13 % der Bevölkerung) 80 Jahre und älter sein. 13 % der Bevölkerung bedeutet, dass dann jeder achte Mensch 80 Jahre und älter sein wird (vgl. Statistisches Bundesamt, 2015a, S. 19). Ein Vergleich zum Altersaufbau im Jahr der deutschen Wiedervereinigung 1990 mit dem Jahr 2013 in Abbildung 2-2 zeigt, dass Deutschland sich heute „bereits mitten im demografischen Wandel“ befindet (Statistisches Bundesamt, 2015a, S. 9).

Hinzu kommt, dass nach Angaben des statistischen Bundesamtes in den letzten beiden Jahrzehnten die Zahl der Geborenen nahezu stetig abgenommen hat. Gleichzeitig haben die geburtenstarken Jahrgänge der 1950er und 1960er Jahre im Jahr 2013 bereits das höhere Erwerbsalter erreicht (vgl. a. a. O., S.11). Zudem ist die Bevölkerungspyramide symmetrischer geworden, da in 2013 „nicht nur Frauen, sondern auch Männer ein höheres Lebensalter erreichen“ (a. a. O., S. 11). Weiter ist in der Abbildung 2-2 zu sehen, dass in der Gegenüberstellung zum Jahr 1990 der untere Teil der Bevölkerungsverteilung im Jahr 2013 im Vergleich zu den über 70-Jährigen bereits schmaler wird.

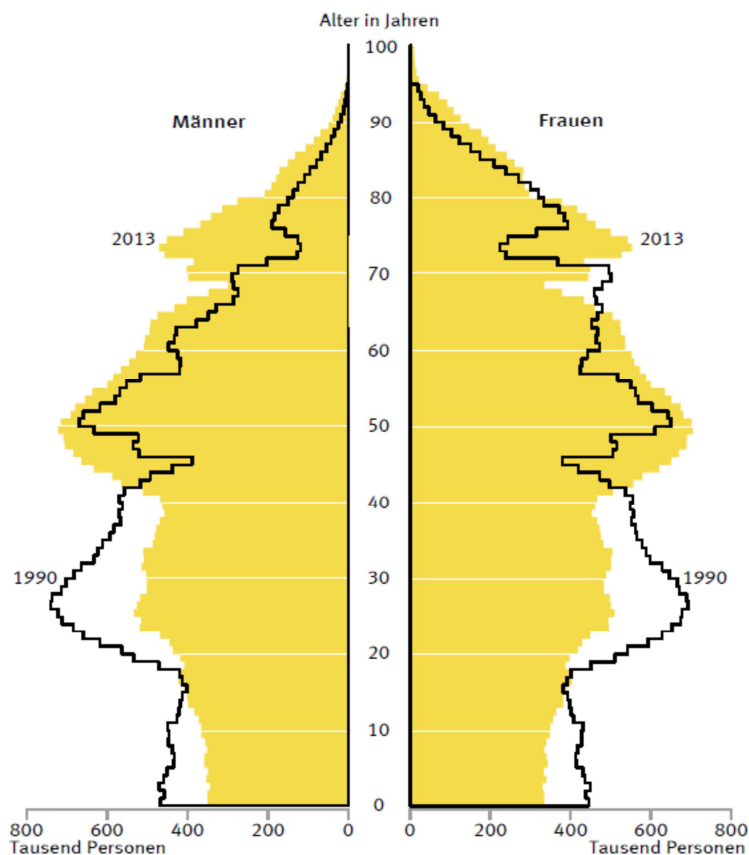


Abbildung 2-2: Altersaufbau der Bevölkerung 2013 im Vergleich zu 1990 nach dem Statistischen Bundesamt (2015a, S.11).

1990: in schwarz

2013: in gelb

Zusammengefasst wird die demografische Alterung durch zwei Hauptkomponenten verursacht: „ein nach wie vor niedriges Geburtenniveau und eine zunehmend längere Lebenserwartung“ (RKI, 2015a, S. 450). Nach den Vorausberechnungen des statistischen Bundesamtes kann die langfristige Bevölkerungsentwicklung weder durch die neueren Entwicklungen einer erhöhten Zuwanderung durch Migration noch durch eine höhere Geburtenrate in den nächsten Jahren ausgeglichen werden (vgl. Statistisches Bundesamt, 2015a, S. 11-12).

2.5.2 Steigende Lebenserwartung

Als eine der wichtigsten soziologischen Maßzahlen wird die Lebenserwartung als „die durchschnittliche Zahl von weiteren Jahren definiert, die ein Mensch in einem bestimmten Alter nach den Ergebnissen einer Sterbetafel noch leben könnte“ (RKI, 2015a, S. 58). Dabei wird vorausgesetzt, „dass die altersspezifischen Sterbewahrscheinlichkeiten des Geburtsjahres für das gesamte weitere Leben gelten“ (a. a. O., S. 22).

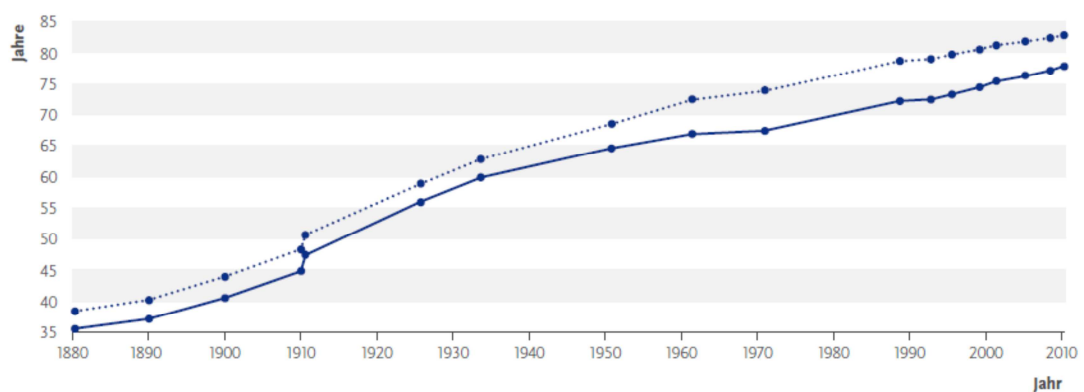


Abbildung 2-3: Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt seit 1880 Datenbasis: Periodensterbetafeln 1880 – 2011 nach RKI (2015a, S. 21).

———— Männer

..... Frauen

Die mittlere Lebenserwartung bei Geburt steigt nach Angaben des Statistischen Bundesamtes in Deutschland seit 1871 nahezu kontinuierlich, siehe Abbildung 2-3 (vgl. Statisti-

ches Bundesamt, 2012). Nach Informationen des RKI hat sich seit Beginn der Erfassung „alle zehn Jahre die Lebenserwartung von Frauen und Männern um durchschnittlich drei Jahre erhöht“ (RKI, 2015a, S. 21). Im Jahr 2012 geborene Mädchen haben eine mittlere Lebenserwartung von 82,7 Jahren und Jungen von 77,7 Jahren. In der Bevölkerungsprognose für das Jahr 2060 geht das Statistische Bundesamt davon aus, dass die mittlere Lebenserwartung von Mädchen auf mindestens 88,8 Jahre und bei Jungen auf 84,8 Jahre steigen wird (vgl. Statistisches Bundesamt, 2015a, S. 13).

Auch im Alter von 65 Jahren und älter hat sich die mittlere Lebenserwartung in den letzten 40 Jahren stark verbessert. So beträgt die Lebenserwartung nach der allgemeinen Sterbetafel 2010/2012 für 65-jährige Frauen durchschnittlich 20,7 Jahre und für Männer 17,5 Jahre (vgl. Statistisches Bundesamt, 2015a, S. 34).

Verantwortlich für die kontinuierlich steigende Lebenserwartung sind laut Robert Koch-Institut (vgl. 2015a, S. 21) die Folgen der guten Lebensbedingungen, des medizinischen und technischen Fortschritts sowie einer flächendeckenden Infrastruktur der Gesundheitsversorgung mit Verbesserungen der Ernährung und Hygiene sowie besseren Arbeitsbedingungen. Fortschritte in der medizinischen, rehabilitativen und pflegerischen Versorgung und bei der sozialen Absicherung von Krankheit, Arbeitslosigkeit und Erwerbsunfähigkeit werden als weitere wichtige Einflussfaktoren genannt (vgl. a. a. O.; BMG, 2016a).

Die steigende Lebenserwartung verlängert die Lebensarbeitszeit im Vergleich zu früheren Generationen und führt nach § 235 SGB VI zur sukzessiven Erhöhung der Regelaltersgrenze für die Rente von 65 auf 67 Lebensjahre. Allerdings erreichen viele Menschen wegen gesundheitlicher Beeinträchtigungen das reguläre Renteneintrittsalter nicht. Deshalb wird es für die Unternehmen immer wichtiger, die Arbeitsfähigkeit und Leistungsfähigkeit der Erwerbstätigen über die gesamte Lebensarbeitszeit zu erhalten und die Motivation zur Arbeit langfristig aufrechtzuerhalten (vgl. Walter, Fischer, Hausmann, Klös, Lobinger et al., 2013, S. 19) (vgl. Kapitel 4.3.6 – Plan Gesundheit).

2.5.3 Sinkende Geburtenraten und Bevölkerungsrückgang

Die Gesamtbevölkerung in Deutschland nimmt kontinuierlich ab, da die jährliche Geburtenzahl „seit über vier Jahrzehnten auf dem Niveau von 1,4 Kindern je Frau stagniert“ und

damit niedriger ist als die Zahl der Sterbefälle (Statistisches Bundesamt, 2015a, S. 15).

Laut Statistischem Bundesamt bleibt die niedrige jährliche Geburtenrate bis 2020 mit ca. „700 000 Neugeborenen“ (a. a. O., S. 15) relativ konstant.

Der „Bevölkerungsrückgang ist in Deutschland auf lange Sicht unvermeidbar“ (Statistisches Bundesamt, 2015b, S. 1), denn die Zahl der Gestorbenen wird zukünftig die Zahl der Geborenen immer stärker übersteigen. Der Rückgang des Bevölkerungsstandes von „80,8 Mio. Menschen im Jahr 2013“ (a. a. O.) wird zwar durch die Zuwanderung gemildert, kann jedoch nicht ausgeglichen werden. Die Bevölkerung in Deutschland sinkt bereits ab 2023 und wird im Jahr 2060 nach den Vorausberechnungen des Statistischen Bundesamts 73,1 Mio. Menschen bei stärkerer Zuwanderung betragen (vgl. a. a. O.).

Anhand des langfristigen Rückgangs der Geburtenzahl kann eine Prognose zu der sich entwickelnden Zahl der Menschen im arbeitsfähigen Alter erstellt werden. So ist die Zahl der Neugeborenen in Deutschland seit der deutschen Vereinigung nach den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder (2011, S. 10) „von 830 000 (1991) auf 683 000 (2008) um 18 % gesunken“. Ab 2020 „dürfte die Geburtenzahl um weitere 15 % auf 580 000 Geburten [...] bis zum Jahr 2030 abnehmen“ (a. a. O., 2011, S. 10). Im Jahr 2060 wird die Geburtenrate zwischen 500.000 und 550.000 betragen. Eine niedrige Geburtenrate, auch wenn sie stabil bleibt, führt tendenziell dazu, „dass die Anzahl potenzieller Mütter immer kleiner wird“ (Statistisches Bundesamt, 2015a, S. 5).

Die Stärke einzelner Geburtsjahrgänge unterliegt Schwankungen. So gehören die Geburtsjahrgänge von 1959 bis 1968 aus der Nachkriegszeit zu den zehn geburtenstärksten Jahrgängen und werden von Menning und Hoffmann als ‚Babyboomer‘ bezeichnet (vgl. Menning und Hoffmann, 2009, S. 10). Diese Generation wird ab 2025 in den Ruhestand gehen und ein Alter erreichen, in dem das Risiko einer Beeinträchtigung der Gesundheit durch chronische Erkrankungen deutlich zunehmen wird.

Ab 2020 wird „die Anzahl der 20- bis 64-Jährigen (2013: 49 Mio.) deutlich zurückgehen und 2060 je nach Stärke der Nettozuwanderung etwa 34 beziehungsweise 38 Mio. betragen“ (Statistisches Bundesamt, 2015b, S. 2).

Das Verhältnis der Zahl der Erwerbsfähigen in der Gesamtbevölkerung wird „von 61 % im Jahr 2013 auf etwa 51 % beziehungsweise 52 % im Jahr 2060 sinken“ (a. a. O.). Da im gleichen Zeitraum die Anzahl der Menschen im Alter ab 67 Jahren weiter steigen wird, folgen daraus große Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung und Alterssicherungssysteme.

Aktuell werden die demografischen Prognosen von der Bundesregierung relativiert. Nach der demografiepolitischen Bilanz der Bundesregierung sind allein im Jahr 2015 netto²⁶ 1,139 Mio. Personen zugewandert (Deutscher Bundestag Drucksache 18/11145, 2017, S. 4). Auch bei der Entwicklung der Geburtenrate deutet sich nach Vorausberechnungen an, dass die Geburtenrate²⁷ im Vergleich zu den in den 1970er Jahren geborenen Frauen leicht ansteigt (a. a. O.). Angesichts der jüngsten Entwicklungen der Migration ist bei einem geschätzten Wanderungssaldo von durchschnittlich 300.000 Menschen pro Jahr noch offen, „ob Deutschlands Einwohnerzahl bis 2060 zurückgehen wird“ (vgl. Bundesministerium des Innern, 2017, S. 6). Die in Kapitel 2.5.2 beschriebene Alterung der Gesellschaft wird jedoch hierdurch nicht beeinflusst (vgl. a. a. O.).

2.6 Epidemiologische Veränderungen

Die Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring im Robert Koch-Institut analysiert und dokumentiert die versorgungsrelevanten Entwicklungen und Trends im Gesundheitszustand, Krankheitsgeschehen sowie im Gesundheits- und Risikoverhalten der deutschen Bevölkerung (vgl. RKI, 2017a). Epidemiologische Studien sind nützlich, um die Prävalenz und Inzidenz²⁸ von Krankheiten zu ermitteln (vgl. RKI, 2015a, S.18). Weil sich die Lebensbedingungen verändern und die Lebenserwartung zunimmt, ändert sich das Krankheitsspektrum mit einer „Zunahme der Herz-Kreislauf-, Krebs- sowie neuronale[n] und metabolische[n] Erkrankungen“ und Krankheitsfolgen (BMBF, 2012, S. 4).

Entsprechend muss die Spezifität und der Umfang physiotherapeutischer, rehabilitativer und präventiver Maßnahmen nach der Krankheitsbelastung²⁹ in der deutschen Bevölkerung und der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems ausgerichtet

²⁶ „Zuzug von 2,137 Millionen und Wegzug von 998 000 Personen“ nach Deutscher Bundestag Drucksache 18/11145 (2017, S. 4).

²⁷ Geburtsjahrgang 1968: 1,49 Kinder; Geburtsjahrgang 1973: 1,56 Kinder; Geburtsjahrgang bis 1980 knapp 1,6 nach Deutscher Bundestag (a. a. O.)

²⁸ Häufigkeit von Neuerkrankungen in einem bestimmten Zeitraum.

²⁹ Engl.: „Burden of Disease“.

werden. Regionale Gesundheitsdienstleister müssen neben weiteren Einflussfaktoren ihre Ressourcen entsprechend den Volkskrankheiten von hoher gesellschaftlicher Bedeutung ausrichten und bündeln.

2.6.1 Zunahme chronischer Erkrankungen

Das heutige Krankheitsspektrum ist geprägt durch die „nicht übertragbaren, häufig chronischen Erkrankungen“ (RKI, 2015a, S. 439), die sowohl vom Lebenswandel als auch vom biologischen Alter abhängig sind. Die Zunahme chronischer Erkrankungen zählt heute zu den bedeutsamsten gesellschaftlichen Herausforderungen an die Gesundheitsversorgung wobei nach dem RKI (vgl. 2015a, S. 149) die Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken sozial ungleich verteilt sind.

Als chronische Krankheiten werden laut RKI (2014b, S. 1)

lang andauernde Krankheiten bezeichnet, die nicht vollständig geheilt werden können und eine andauernde oder wiederkehrend erhöhte Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems nach sich ziehen. Eine einheitliche Definition existiert nicht.

Herz-Kreislaufkrankungen wie koronare Herzkrankheiten und Schlaganfälle, Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus, Krebs, psychische Störungen, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems wie Arthrose oder Osteoporose und chronische Atemwegserkrankungen „dominieren die Krankheitslast³⁰ der Bevölkerung in Deutschland“ (RKI, 2015a, S. 271). Auf diese Krankheiten entfallen aufgrund der weiten Verbreitung drei Viertel der Todesfälle und rund ein Viertel der Krankheitskosten (vgl. RKI, 2014b, S. 1). Bei angemessener Prävention oder Therapie gilt zumindest ein Teil der Sterbefälle als vermeidbar oder der Schweregrad der Erkrankung könnte durch eine Lebensstiländerung des Betroffenen herabgestuft werden (vgl. WHO, 2005, S. 92). Zu den individuell unterschiedlich ausfallenden Krankheitsfolgen gehören Behinderung, Pflegebedürftigkeit sowie das Risiko einer verkürzten Lebenserwartung.

Angesichts einer ansteigenden Lebenserwartung „stellt sich die Frage, ob die hinzugewonnenen Lebensjahre auch in guter Gesundheit verbracht werden können“ (RKI, 2014,

³⁰ Um die Krankheitsbelastung in der deutschen Bevölkerung bei der gegebenen komplexen Datenlage zu ermitteln, werden Bevölkerungsstudien, die sogenannten Gesundheitssurveys, vom Robert Koch-Institut durchgeführt.

S. 1). Für einen Teil der Bevölkerung ist die gewonnene Lebenszeit in zunehmendem Maße mit „einem Zustand von reduzierter Gesundheit“ (RKI, 2014, S. 1) verbunden, die zum Teil jahrelange Begleitung erforderlich macht. Ein wichtiges Ziel der Gesundheitswissenschaften ist deshalb die ‚Kompression der Morbidität‘. Hierunter ist der Versuch zu verstehen, lebensbedrohliche und schwerwiegende Krankheitsereignisse der immer älter werdenden Menschen in den gewonnenen Lebensphasen möglichst auf einen Zeitpunkt kurz vor Eintritt des Todes zu verschieben (vgl. Franzkowiak, 2006, S. 98).

In der Global Burden of Disease (GBD)-Studie³¹ wurde zur Einschätzung von Krankheitslasten in Deutschland ein international verbreitetes Maß, die sogenannte „Disability-Adjusted Life Years“ (DALYs) genutzt (Plass, Vos, Hornberg Scheidt-Nave, Zeeb & Krämer 2014, S. 639). Der Begriff ‚Disability‘ entspricht hier nicht der deutschen Übersetzung (‚Behinderung‘) und der damit assoziativen Nebenbedeutung im Sinne einer Stigmatisierung, sondern wird „als jegliche quantifizierbare (prozentuale) Abweichung vom optimalen Gesundheitszustand verstanden“ (Plass et al. 2014, S. 13 – Anhang). Als Basisparameter zur Berechnung dienten sowohl die Anzahl der Verstorbenen im Vergleich zur Standard-Lebenserwartung als auch die Jahre in suboptimaler Gesundheit. International ist ‚DALYs‘ ein verbreitetes Maß, „das den Verlust an gesunden Lebensjahren durch Erkrankungen oder Todesursachen quantifizierbar und dadurch vergleichbar“ macht (RKI, 2015a, S. 139). Nach der von Plass et al. (2014) durchgeführten GBD-Studie waren im Untersuchungszeitraum von 1990 bis 2010 „ischämische Herzerkrankungen und nach wie vor Rückenschmerzen mit Abstand die bedeutendsten Ursachen für verlorene gesunde Lebensjahre“, gefolgt von Muskel-Skeletterkrankungen sowie psychischen und Verhaltensstörungen an dritter und vierter Stelle (RKI, 2015a, S. 139).

Mit Blick auf die Todesursachen nimmt die Bedeutung der Herz-Kreislaufkrankungen (ICD-10-GM: I00 – I99) in Deutschland in den vergangenen 20 Jahren durch Fortschritte in der Akutbehandlung und Sekundärprävention an Bedeutung ab (vgl. Gößwald, Schienkiewitz, Nowossadeck et al., 2013, S. 650; Busch, Schienkiewitz, Nowossadeck et al. 2013, S. 656). Dennoch bildeten sie im Jahr 2014 noch mit rund 39 % aller Todesfälle die häufigste

³¹ GBD steht für ‚Global Burden of Disease‘.

Diese epidemiologischen Studien wurden erstmalig 1992 im Auftrag der WHO an der Harvard University durchgeführt. Sie dienen der weltweiten Quantifizierung von Geburten, Todesfällen, spezifischen Ursachen von Todesfällen, Behinderungen und Risikofaktoren in der Bevölkerung eines Landes (vgl. WHO, 2016c).

Todesursache in Deutschland, vor Krebserkrankungen (ICD-10-GM: C00 – C97) mit 26 % (vgl. Statistisches Bundesamt, 2016b, S. 2).

2.6.2 Multimorbidität

Im hohen Alter besteht das Risiko, dass Fehlfunktionen von mehreren Organen oder Organsystemen nicht mehr kompensiert werden können und zu irreversiblen Erkrankungen führen (vgl. RKI, 2017d). Die Krankheitsfolgen und multiplen Funktionseinschränkungen sowie die gleichzeitige und dauerhafte Verordnung von mehreren Arzneimitteln (Polypharmazie) greifen bei älteren Menschen in komplexer Weise ineinander.

Die Häufigkeit mehrerer, gleichzeitig auftretender chronischer Erkrankungen („Multimorbidität“) nimmt nach Befragungen des RKI bei beiden Geschlechtern mit steigendem Alter zu, wie man in Abbildung 2-4 erkennen kann. Geben in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen mehr als 12 % an, fünf und mehr chronische Krankheiten zu haben, so steigt der Anteil bei den über 75-jährigen Befragten bereits auf 25 % an.

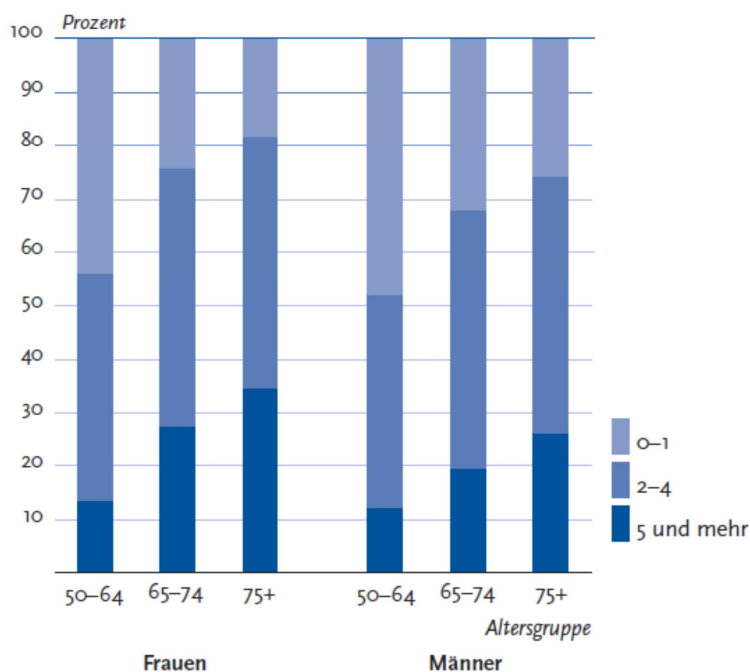


Abbildung 2-4: Anteil von Personen mit mehreren gleichzeitig vorliegenden Erkrankungen/Beschwerden nach Geschlecht und Alter nach Fuchs et al. (2012, zitiert nach Nowosadeck, 2012a, S. 3).

Leitfrage des Berliner Forschungsverbunds „Autonomie trotz Multimorbidität im Alter“ (AMA, 2016b) ist es, herauszufinden, durch welche Interventionen die Selbstständigkeit

und Selbstbestimmung mehrfach erkrankter Menschen in Privathaushalten und Pflegeheimen möglichst lange erhalten werden kann. Statt Gesundheit durch bio-medizinische Krankheitsbehandlung rückt dabei das bio-psycho-soziale Modell der ICF (vgl. Kapitel 3.3.3) mit ressourcen-³² und empowermentorientierten³³ Denk- und Handlungsweisen in den Vordergrund.

Nach Klapper und Schirlo (2016, S. 3) wird für diese Zielgruppe eine interprofessionell abgestimmte Versorgung immer wichtiger. Kenntnisse „über die Kompetenzen und Zuständigkeiten der jeweils anderen Berufsgruppen“ in komplexen Versorgungslagen sind bei der Ausrichtung der Behandlung am Patientennutzen und der Patientensicherheit eine grundlegende Basis für eine arbeitsteilige und qualitativ hochwertige Behandlung der Patienten (a. a. O., S. 3).

Multi- und Komorbiditäten als Begleiterkrankungen wie Stoffwechsel- und Herz-Kreislauf-, psychische oder neurodegenerative Erkrankungen treten nicht nur im Alter, sondern auch bei jüngeren Menschen auf. In diesem Fall haben sie weitreichende und dauerhafte Auswirkungen auf die Lebensqualität, den funktionalen Status und die Lebenserwartung.

2.7 Medizinisch-technologischer Fortschritt

Die Informationsfülle und die Geschwindigkeit der Forschung in der Medizin und Medizintechnologie ist für den einzelnen Patienten oder Therapeuten nicht mehr überschaubar. Es bedarf einer hohen Methodenkompetenz, um wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse im physiotherapeutischen Versorgungsalltag anzuwenden.

Neue Verfahren der Genetik, Neurowissenschaften, Robotik, Nanotechnologie und digitale Diagnose- und Dokumentationssysteme verändern den diagnostischen und therapeutischen Blick auf den Menschen (vgl. Sottas, Höppner, Kickbusch, Pelikan & Josef Probst, 2013, S. 8).

³² Die noch vorhandenen Kompetenzen des älteren Menschen stärken.

³³ Den Menschen befähigen, autonom sein größtmögliches Gesundheitspotenzial zu verwirklichen (WHO, 1986, S. 2).

2.7.1 Medizinische Innovationen

Innovationen aus der Gesundheitsforschung ermöglichen eine gezieltere Prävention, differenziertere und schnellere Diagnosen, optimierte Therapieplanung und individuellere Behandlungsstrategien nach dem Bedarf des Patienten (vgl. BMBF, 2017a).

Durch systemmedizinische Forschung, die auf der gezielten Verknüpfung von Mathematik und Informatik mit klinischen Disziplinen und Lebenswissenschaften beruht, sollen Erkenntnisse mit Relevanz für die medizinische Versorgung gewonnen und Voraussetzungen für deren Überführung in die klinische Praxis geschaffen werden. (vgl. BMBF, 2012)

Ein Beispiel für die medizinisch-technologischen Fortschritte der Vergangenheit ist, dass viele operative Eingriffe heute keine längeren Krankenhausaufenthalte mehr erfordern, sondern zunehmend auch ambulant³⁴ durchgeführt werden können (vgl. Städtische Kliniken Neuss - Lukaskrankenhaus - GmbH, 2017).

Medizinische Innovationen mit Relevanz für die „Moderne Physiotherapie“ sind vor allem

- die individualisierte Medizin,
- die Medizininformatik verbunden mit e-Health und Telematik,
- der medizin-technologische Fortschritt und
- die evidenzbasierte und leitliniengestützte Medizin.

Individualisierte Medizin

Nach Angaben des BMBF (2012, S. 4) wirken auch heute „die besten Medikamente - in Abhängigkeit von der Art der Erkrankung - nur bei etwa 30 bis 70 Prozent der Patienten“. Individuelle Faktoren wie die genetische Disposition, Geschlecht, Lebensalter, Persönlichkeit, Lebensstil und Umwelteinflüsse beeinflussen die Gesundheit und mögliche Krankheitsverläufe in hohem Maße (vgl. BMBF, 2013, S. 3). „Das Zusammenspiel all dieser Faktoren führt dazu, dass eine bestimmte Krankheit bei verschiedenen Menschen ganz unterschiedlich verlaufen kann“ (vgl. BMBF, 2015, S. 5). Weil die Entstehungsfaktoren von Krankheiten so vielfältig sind, „greifen Therapien, die einzelne Ursachen oder Symptome zu bekämpfen suchen, (..) oft zu kurz“ (vgl. BMBF, 2012, S. 4).

³⁴ Als ambulante Versorgungsleistungen werden in dieser Arbeit Leistungen bezeichnet, die außerhalb von Kliniken geleistet werden.

Die molekularbiologische Erforschung von „Patientengruppen mit gleichen oder ähnlichen genetischen Ausprägungen“ gilt als „Innovationstreiber“ für das Gesundheitssystem und die Gesundheitswirtschaft (vgl. BMBF, 2013, S. 3).

Die individualisierte Medizin erfasst biologische Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit zu erkranken, den Verlauf und die Heilung von Krankheiten sowie auch die Wirkung von Therapien bei jedem Menschen in einer einzigartigen und damit charakteristischen Weise bestimmen. (BMBF, 2013, S. 4)

Sogenannte „validierte Biomarker“ aus der Genomforschung sollen diejenigen Patienten oder Patientengruppen identifizieren, für die eine bestimmte Präventions- oder Behandlungsstrategie Erfolg versprechend sein könnte (vgl. BMBF, 2013, S. 11). Dabei sollen neben einer zielgenaueren Wirkung so wenig Nebenwirkungen wie möglich hervorgerufen werden (vgl. a. a. O., S. 4).

Die Forschungsvision des BMBF ist, dass Ursachen komplexer Erkrankungen wie Alzheimer, Parkinson oder Rheuma durch molekulare Parameter des Erbguts genauer definiert werden können, sodass dieses Wissen schneller und differenzierter in der Versorgung für die ärztliche Diagnose eingesetzt und die Erkrankung in möglichst frühen, oft noch symptomarmen Stadien behandelt werden kann (vgl. a. a. O., S. 5). Relevanz für die Physiotherapie haben solche Behandlungsansätze neben der Behandlung neurologischer Erkrankungen vor allem in der Onkologie, der kardiovaskulären Medizin und bei metabolischen Erkrankungen. Unabdingbare Voraussetzungen zur Nutzung der individualisierten Medizin bildet die computergestützte Archivierung von genetischen, zellbiologischen und physiologischen Daten und die digitale Kommunizierbarkeit innerhalb der medizinischen Versorgungskette (vgl. a. a. O., S. 10).

Eine solch innovative und hochtechnisierte Medizin führt zu einer besseren Patientenversorgung, löst aber i. d. R. zusätzliche Kosten aus. Laut BMBF kann sie aber zugleich die Kosten senken, weil unwirksame Behandlungen reduziert oder vermieden und Krankheitszeiten durch eine engere Verzahnung zwischen Diagnostik und Therapie – „Theragnostik“ genannt – verkürzt werden könnten (vgl. BMBF, 2014, S. 5-6).

Medizininformatik

Nach dem BMBF (vgl. 2015, S. 3) speichert, verknüpft, verarbeitet und archiviert die Medizininformatik, Informationen und Wissen im Gesundheitswesen durch innovative IT-Lösungen, sodass medizinische Daten wie Blutwerte, Röntgenbilder, genetische Informationen oder die Dokumentation des Krankheitsverlaufs eines Patienten schnell elektronisch verfügbar werden. Bei der computergestützten Archivierung müssen die strengen, gesetzlich geregelten datenschutzrechtlichen Standards eingehalten werden. Fernziel der Forschung ist, dass ein Leistungserbringer unabhängig vom Ort der Leistungserbringung auf alle relevanten medizinischen Daten Zugriff hat und zusammen mit dem Patienten auf der Basis seiner individuellen Daten gesundheitsbezogene Entscheidungen treffen kann (vgl. a. a. O.). Schon heute werden umfangreiche Daten unterschiedlichen Formats (z. B. Röntgenbilder, Arztbriefe, Laborwerte) an unterschiedlichen Stellen der Versorgung (z. B. Hausarzt- oder Facharztpraxis, Krankenhaus oder Rehaklinik) gespeichert (vgl. a. a. O., S. 6). Diskutiert wird auch, wem die Daten gehören und wieso und mit wem die Daten geteilt werden sollten. Ziel der Medizininformatik ist, „die heute noch stark getrennten Informationswelten der biomedizinischen Grundlagenforschung, klinischen Forschung und Versorgung zusammen[zuf]ühren“ (a. a. O., S. 6). Herausforderungen für den geplanten Datenaustausch liegen in der systematischen Bereitstellung technischer und organisatorischer Voraussetzungen, um große Datenmengen bei gleichzeitiger Heterogenität der Datentypen „über die Grenzen von Institutionen und Standorten hinweg“ aufzubewahren und für die Patientenversorgung nutzbar zu machen (a. a. O., S. 8).

Digitalisierung

Für die „Moderne Physiotherapie“ ergibt sich insbesondere für eine sektorübergreifende oder interprofessionelle Versorgung die Notwendigkeit der Einführung eines digitalen Datenmanagements

- auf der Grundlage der Leistungsbeschreibung Physiotherapie (vgl. § 125 SGB V Anlage1a, S. 2),
- der Verpflichtung der Leistungserbringer zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen nach § 135a SGB V (vgl. Kapitel 3.2.1) und

- dem seit 26.2.2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz (PatRG) (vgl. §§ 630 a-h BGB).

In Bezug auf die Leistungsbeschreibung nach § 125 SGB V Anlage1a sind Daten aus folgenden Bereichen zu erfassen und zu dokumentieren:

- der „Befunderhebung“ mit dem Fokus auf die Patientensicherheit und der Teilhabe an Lebensbereichen,
- dem „Aufstellen des individuellen Behandlungsplanes“ mit der Festlegung von mit den Patienten abgestimmten Therapiezielen (vgl. Kapitel 3.3.4.3 – SMART-Ziele),
- der „Durchführung der therapeutischen Maßnahmen“,
- sowie der „Verlaufsdokumentation/Mitteilung an den verordnenden Arzt“ jeder Behandlungseinheit mit der Zielsetzung des Datenaustauschs.

Aus dem Qualitätssicherungsaspekt bildet die datenbasierte Prozess - und Ergebnisdokumentation der Versorgung einen wesentlichen Teil der Leistungsdokumentation.

Nach dem PatRG ergibt sich die Dokumentationspflicht aus den „allgemein anerkannten fachlichen Standards“ und aus dem Behandlungsvertrag, der zwischen dem Patienten und dem Therapeuten besteht (vgl. § 630a BGB), der Informationspflicht (vgl. § 630c BGB), der Einwilligung des Patienten (vgl. § 630d BGB), der Aufklärungspflicht (vgl. § 630e BGB) und der Dokumentation der Behandlung in der Patientenakte (vgl. § 630f BGB).

Für eine Umstellung der papierbasierten Dokumentation auf elektronische Verfahren fehlt es noch an konsensbasierten, strukturierten und standardisierten Prozess- und Ergebnisbeschreibungen in der Physiotherapie, wie sie von einem Berufsverband entwickelt und in der Praxis erprobt und anschließend als digitale Vorlage implementiert werden könnten. Weitere Herausforderungen der Informationstechnologie und des digitalen Datenaustauschs liegen in den Kosten für die Investitionen in die Hard- und Software und die Schulungen der Mitarbeiter, wobei lebenslanges Lernen seitens der Mitarbeiter die Voraussetzung ist, um sich beschäftigungsfähig zu halten (vgl. Kauffeld, S. 155).

2.7.2 Technologischer Fortschritt

Der dynamisch wachsende medizinisch-technische Fortschritt führt ständig zu neuen Erkenntnissen in Diagnose-, Therapie- sowie Rehabilitations- und Präventionsverfahren und bewirkt eine vermehrte Nachfrage nach technisch unterstützenden Versorgungsleistungen (vgl. Ehrhard, Ostwald und Franz, 2011). Mobile Technologien, verantwortungsvoll eingesetzt, haben in der Medizin das „Potenzial, zur Steigerung der Leistungs- und Versorgungsqualität beizutragen“ (Albrecht, 2016, S. 14). Im Bereich der Diagnostik und Therapie kann der Nutzen darin bestehen, dass sie orts- und zeitunabhängig Parameter für physiologische Funktionen über den Krankheitsverlauf erfassen und visualisieren und hierdurch einen Beitrag zur Kommunikation zwischen Patienten und den Versorgern leisten können (vgl. Albrecht, S. 22). Andererseits steht der Datenschutz mit dem rechtlichen und ethischen Schutz der Autonomie und Privatsphäre einer Person einer Nutzung, Weiterverarbeitung und Speicherung sensibler Gesundheitsdaten entgegen (vgl. § 3 Abs. 1, Abs. 9 BDSG). Die Bandbreite und der Fortschritt der Medizintechniksysteme sind groß. Die Relevanz für die Physiotherapie verdeutlichen folgende Beispiele.

Robotik in der Medizin

Unter den Medizingeräten, die „unmittelbar oder nah am Körper getragen werden“ und „in direkter Interaktion mit dem Nutzer stehen“ sei exemplarisch auf robotergestützte Hilfsmittel bei Menschen mit Rückenmarkverletzungen verwiesen. Die Chancen eines durch die Nervenimpulse des Patienten gesteuerten HAL-Systems liegen im sogenannten ‚Exoskelett‘ (vgl. Cruciger, Tegenthoff, Schwenkreis, Schildhauer & Aach, 2014, p. 474). Im Wesentlichen verleiht es dem Körper von außen eine zusätzliche Stabilitätsfunktion. Diese digitale Mensch-Technik-Interaktion unterstützt Menschen mit Lähmungen oder Bewegungseinschränkungen dabei, einen Teil ihrer Mobilität zurückzugewinnen. Dabei werden efferente motorische Impulse nach Cruciger et al. (2014, p. 474) von Sensoren des nur 14 kg schweren Exoskeletts auf der Haut des Patienten registriert, durch das System interpretiert und in eine Bewegungsunterstützung durch die integrierten Elektromotoren umgesetzt. Am Zentrum für Neurorobotales Bewegungstraining des Klinikums Bergmannsheil in Bochum wird das Exoskelett HAL-System bereits für rückenmarkverletzte Patienten zum aktiven Training eingesetzt (vgl. Schlingensiepen, 2017). Die Patienten trainieren drei Monate lang an fünf Tagen in der Woche mit dem Exoskelett, wobei eine

Trainingseinheit 500 Euro inklusive der wissenschaftlichen Evaluation kostet (a. a. O.). Solche roboter-gestützten Verfahren erfordern aufgrund der erhöhten Komplexität und Vernetzung zwischen Mensch und Technik ein breiteres und spezielles Anwenderwissen und Technikverständnis der an der Behandlung beteiligten Physiotherapeuten.

Mobile Health

Das übergeordnete Ziel physiotherapeutischer Interventionen ist, die Menschen in ihrem körperlich aktiven Lebensstil innerhalb und außerhalb der Therapieeinrichtung zu unterstützen (vgl. Kapitel 2.3). Inzwischen ermöglichen web- und sensorbasierte assistive Technologien ein Online-Monitoring der körperlichen Inaktivität (Ruhezeiten) und Alltagsaktivitäten von Patienten und Kunden über Smartphones, Tablets oder Wearables. Accelerometer³⁵ messen die Dauer und Intensität verschiedener Aktivitäten im Alltagsleben und werden über eine mobile Applikation (App) verschlüsselt. Die Daten werden an einen Cloud-Server gesendet und können mit den Bewegungsdaten der Indoor-Trainingsprogramme verrechnet werden. So geben sie dem Nutzer eine motivationsunterstützende Rückmeldung, ob vorgegebene Trainingsziele (Sollwerte) durch Indoortraining, Alltags- oder Outdooraktivitäten erreicht wurden. Der Patient wird als aktiver Partner betrachtet, der im Sinne der Adhärenz³⁶ seine Zustimmung zur Umstellung des Lebensstils gegeben hat und die therapeutischen Empfehlungen befolgt. Der Therapeut erhält eine tabellarische und grafische Aufstellung der Bewegungsdaten, kann die Trainingsziele individuell innerhalb des teilhabeorientierten Aktivierungskonzepts anpassen und den Informationsaustausch über die Belastungssteuerung mit dem Patienten effizienter gestalten. Über webbasierte Apps werden Trainingsprogramme aus videobasierten Musterübungen erstellt, an den Nutzer versandt und IT-gestützt kommuniziert. Positive Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten, z. B. die Zunahme der körperlichen Aktivität, die Anpassung der Ernährung und die Gewichtskontrolle, wurden inzwischen durch Studien belegt (vgl. Lubans, Smith, Skinner & Morgan, 2014; Glynn L., Hayes, Casey, Glynn F., Alvarez-Iglesias et al., 2014; Nollen, Mayo, Carlson, Rapoff, Goggin et al. 2014). Allerdings bleiben die Reviews nach Rütten und Pfeifer (2016, S. 80) durch den Mangel an qualitativ hochwertigen Studien und widersprüchlichen Ergebnissen noch umstritten. Des Weiteren besteht ohne

³⁵ Beschleunigungssensoren, inzwischen als Pflaster erhältlich, die auf den Oberschenkel geklebt werden.

³⁶ Engl. adherence: einhalten, befolgen.

qualitätsorientierte Prüfung durch eine unabhängige Stelle auch die Gefahr, dass kommerzielle Anbieter den Nutzer hinsichtlich sensibler Gesundheitsdaten fehlinformieren, verunsichern oder überwachen.

Beide in diesem Kapitel beispielhaft genannten technologischen Verfahren unterliegen in Deutschland dem Medizinproduktegesetz, sobald es um die „Erkennung, Verhütung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten (...)“ oder „Verletzungen oder Behinderungen“ geht (vgl. § 3 Gesetz über Medizinprodukte). Nach der vom BMG beauftragten Studie „Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps“ sind unter der Vielzahl und Vielfalt an Gesundheits-Apps solche mit diagnostischem oder therapeutischem Anspruch, „die möglicherweise den Medizinproduktebereich berühren“, noch selten (Albrecht, 2016, S. 17). In diesen wenigen Fällen entscheidet der Gemeinsame Bundes-ausschuss (G-BA), welche medizinisch-technische Untersuchungs- und Behandlungsmethode oder Dienstleistungen die Qualitätsanforderungen zu einem bestimmten Zweck zuverlässig erfüllen, um Eingang in die gesetzliche Patientenversorgung zu erhalten (vgl. G-BA, 2017a).

Im Rahmen eines Bewertungsverfahrens überprüft der G-BA deshalb, ob Methoden oder Leistungen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Stands der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind. Dem medizinischen Fortschritt sowie den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen soll der G-BA dabei Rechnung tragen (a. a. O).

Der G-BA muss bei seinen Entscheidungen über Zulassungen einerseits Megatrends wie den erhöhten Bedarf infolge des demografischen Wandels und die Chancen der Digitalisierung in der Diagnostik, Therapie und Pflege berücksichtigen, andererseits neben dem nachweisbaren Nutzen sowohl den Schutz des Patienten als staatliche Aufgabe als auch die Finanzierung im Blick haben (vgl. Kapitel 2.7.3 – Health Technology Assessments).

Der Nutzen von *Mobile Health* für die „Moderne Physiotherapie“ liegt darin, die Patientenversorgung außerhalb der Physiotherapiepraxis oder der Rehabilitationsklinik zu verbessern. Die Nachhaltigkeit von Training und die Verstetigung und Übernahme der in der Therapie gelernten Übungen in die eigenen Lebensgewohnheiten des Klienten kann so besser umgesetzt und therapeutisch begleitet werden (vgl. Kapitel 5.1).

2.7.3 Evidenzbasierung und Leitlinien

Die gesetzlichen Vorgaben von Politik und Kostenträgern nach einer notwendigen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung (vgl. § 12 SGB V) werden seit den 90er Jahren zunehmend durch die Forderung nach Umsetzung der „besten verfügbaren Evidenz“ ergänzt (Sackett, Rosenberg, Gray et al., 1996). Soll Medizin wirken, ist sie darauf angewiesen, Leitlinien anzuwenden, denn „ohne das Einbeziehen aktueller externer Evidenz [kann] die ärztliche Praxis zum Nachteil des Patienten leicht veraltetem Wissen folgen“ (a. a. O.).

Die Halbwertszeit medizinischen Wissens wurde bereits von Ramsey, Carline Larson, Lodergero, Norcini et al. im Jahr 1991 auf 4-5 Jahre geschätzt (Ramsey et al., 1991, pp. 1103-1107).

Der Begriff der *Evidenzbasierten Medizin* (engl.: *Evidence based Medicine, EbM*) „leitet sich vom englischen Wort „evidence“ = Nach- oder Beweis ab und bezieht sich auf die Informationen aus *klinischen Studien*, die einen Sachverhalt erhärten oder widerlegen“. (Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin, 2011, S. 15)

Unter Evidenzbasierter Medizin (..) oder evidenzbasierter Praxis im engeren Sinne versteht man eine Vorgehensweise des medizinischen Handelns, individuelle Patienten auf der Basis der besten zur Verfügung stehenden Daten zu versorgen. Diese Technik umfasst die systematische Suche nach der relevanten Evidenz in der medizinischen Literatur für ein konkretes klinisches Problem, die kritischen[sic!] Beurteilung der Validität der Evidenz nach klinisch-epidemiologischen Gesichtspunkten; die Bewertung der Größe des beobachteten Effekts sowie die Anwendung dieser Evidenz auf den konkreten Patienten mit Hilfe der klinischen Erfahrung und der Vorstellungen der Patienten. Ein verwandter Begriff ist die evidenzbasierte Gesundheitsversorgung („Evidence-Based Health Care“), bei der die Prinzipien der EbM auf alle Gesundheitsberufe und alle Bereiche der Gesundheitsversorgung, einschließlich Entscheidungen zur Steuerung des Gesundheitssystems, angewandt werden. (Deutsches Netzwerk Evidenz-basierte Medizin, 2011, S. 16)

Die EbM verfolgt den Ansatz, aus den bereits erforschten Behandlungsinterventionen, der sogenannten externen Evidenz, diejenige auszuwählen, „die das vorliegende Gesundheitsproblem am besten löst und am besten zu den Bedürfnissen und Wertvorstellungen des Klienten passt“ (Voigt-Radloff, Stemmer & Korporal et al., 2016, S.1). Allerdings ist in

vielen Behandlungsfeldern der therapeutischen Versorgung die Wirksamkeit noch nicht durch Studien belegt.

Die externe Evidenz lässt sich nach fünf Stufen von niedriger bis hoher Evidenz ordnen (siehe Tabelle 2-5).

Tabelle 2-5: Evidenzlevel nach der Agency for Health Care Policy and Research, Department of Health and Human Services (1992; pp. 100-107)

Stufe	Evidenz-Typ
Ia ³⁷	wenigstens ein systematischer Review auf der Basis methodisch hochwertiger kontrollierter, randomisierter ³⁸ Studien (RCTs)
Ib	wenigstens ein ausreichend großer, methodisch hochwertiger RCT
IIa	wenigstens eine hochwertige Studie ohne Randomisierung
IIb	wenigstens eine hochwertige Studie eines anderen Typs quasi-experimenteller Studien
III	Meinungen und Überzeugungen von angesehenen Autoritäten (aus klinischer Erfahrung); Expertenkommissionen; beschreibende Studien
IV	Meinungen und Überzeugungen von angesehenen Autoritäten (aus klinischer Erfahrung); Expertenkommissionen; beschreibende Studien

Nach Witt, Treszl und Wegscheider (2011, S. 2468) sind die Ergebnisse vieler klinischer Studien nur eingeschränkt auf die Routineversorgung von Patienten in einem komplexen Kontext der medizinischen Gesundheitsversorgung übertragbar. Aus diesem Grund wird in der englischsprachigen Literatur zu Wirksamkeitsstudien für Interventionen zwischen ‚efficacy‘, ‚effectiveness‘ und ‚efficiency‘ unterschieden.

‚Efficacy‘ beschreibt das Ausmaß der Wirksamkeit unter idealtypischen und maximal kontrollierbaren Umgebungsbedingungen zur Messung des Effekts einer Intervention (a. a. O, S. 2468). Solche Behandlungen unter Idealbedingungen „zeichnen sich durch eine hohe

³⁷ Die Stufe Ia entspricht den Kriterien „starke Evidenz“ als höchste Stufe des GRADE-Systems.

³⁸ „Verfahren, das eine zufällige Verteilung der Patienten auf eine Therapie- und eine Kontrollgruppe bewirkt“ (Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V., 2011).

innere Validität aus. Die erzielten Studienergebnisse sind jedoch möglicherweise nur bedingt auf die Routineversorgung übertragbar“ (Deutsches Netzwerk, 2011, S. 11). So sind die Bedingungen einer multimodalen³⁹ Rehabilitation so komplex, dass alle relevanten Einflussfaktoren kaum kontrollierbar erscheinen.

Hingegen beschreibt der Begriff „effectiveness“ das Ausmaß an Wirksamkeit bezogen auf eine Intervention in der Normalversorgung für eine entsprechende Population (Witt et al., S. 2468). Hier lautet die wissenschaftliche Fragestellung: „Wirkt die Maßnahme unter den Bedingungen der Routineversorgung?“ (Deutsches Netzwerk, 2011, a. a. O, S. 60).

Effizienz, englisch: ‚efficiency‘, „beschreibt in der EbM das Verhältnis zwischen dem Aufwand einer spezifischen Intervention (den benötigten Ressourcen, z. B. finanzieller, personeller, zeitlicher Aufwand) und ihrem Ergebnis“ (a. a. O, S. 60). Hier wird aus gesundheitsökonomischer Perspektive die Frage aufgeworfen, ob sich das Ergebnis einer Intervention unter Kosten-/Nutzenaspekten lohnt.

Angesichts der vielfältigen Einflüsse für den Erfolg einer Rehabilitation beschrieb Wade schon 2001 die Rehabilitation als eine Black Box.

Successful rehabilitation depends upon the co-ordinated [sic!] work of an expert multidisciplinary team, and can be considered as a network involving a whole system. Demonstrating that one part of that system looked at in isolation does not have the expected effect does not prove that the specific part is not necessary to the success of the whole system. The isolated intervention may still have an important effect when interacting with other variables or interventions. (Wade, 2001, p. 1)

Leitlinien

Leitlinien (guidelines) sind systematisch entwickelte Aussagen zur Unterstützung der Entscheidungsfindung von Ärzten, anderen im Gesundheitssystem tätigen Personen und Patienten. Das Ziel ist eine angemessene gesundheitsbezogene Versorgung in spezifischen klinischen Situationen. (Cochrane Deutschland, 2016a)

Leitlinien beschreiben den aktuellen Stand der „klinischen Forschung und ihrer Anwendbarkeit in der Patientenversorgung“ (Deutsches Cochrane-Zentrum, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften-Institut für Medizinisches Wissensmanagement, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, 2013, S. 8). Sie bilden

³⁹ Als ‚multimodal‘ werden Behandlungsprogramme bezeichnet, die sich aus verschiedenen Behandlungselementen (synonym: Behandlungsmodulen) zusammensetzen.

„wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Entscheidungshilfen“ (Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin, 2011, S. 28) zur Diagnostik und Behandlung eines Krankheitsbildes (vgl. Deutsches Cochrane-Zentrum et al., 2013, S. 9) und erhöhen die Transparenz medizinischer Entscheidungen durch den Einbezug der konkreten Problemlage des Patienten. Leitlinien werden unter Einbezug von Patientenvertretern mit einem qualitativ hochwertigen methodischen Aufwand erstellt und sind deshalb auch gleichzeitig Indikatoren für Gesundheitsprobleme mit hoher gesellschaftlicher Relevanz. „Systematisch entwickelte medizinische Leitlinien von bester Qualität, d. h. evidenz-basierte Leitlinien“ gelten als Goldstandard für die Patientenversorgung (Petrie, Mäkelä, Mierzewski et al., 2002, zitiert nach Deutsches Cochrane-Zentrum et al., 2013, S. 8.). Bei den von der Arbeitsgemeinschaft für medizinische Fachgesellschaften (AWMF) festgelegten drei Stufen (von niedrig zu hoch: S1, S2k und S2e, S3) sind lediglich die Stufe der S3- und S2e-Leitlinien als evidenzbasiert zu bezeichnen (vgl. Cochrane Deutschland, 2016a). Ein Beispiel für eine S3-Leitlinie von hoher Relevanz für die Physiotherapie ist die Nationale Versorgungs-Leitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz (vgl. Kapitel 3.3.5).

Health Technology Assessment (HTA)

HTA ist definiert als

systematische Analyse und Bewertung von Eigenschaften, Effekten oder anderen Einflüssen einer Technologie mit Gesundheitsbezug um Entscheidungsträger zu informieren und die Anwendung von Technologien zu verbessern. Der Begriff Technologie ist im weiten Sinne gemeint und umfasst Produkte der Medizintechnik, Pharmazeutika, Prozeduren und Verfahren, in Therapie, Diagnostik, Prävention, Rehabilitation und Pflege. (DIMDI, 2013, S. 7)

Health Technology Assessments verfolgen das Ziel, „die beste Lösung für eine Entscheidung in der Gesundheitsversorgung wissenschaftlich zu unterstützen“ (a. a. O., S. 8). Gesundheitspolitische Entscheidungen, beispielsweise des G-BA, müssen heute wissenschaftlich belegt (evidenzbasiert) sein und dabei gleichzeitig „medizinische, gesundheitsökonomische, rechtliche, soziale, ethische und organisatorische Aspekte“ umfassen (a. a. O., S. 7), damit Medizin zu Lasten der Solidargemeinschaft⁴⁰ kosteneffektiv und be-

⁴⁰ Das Solidaritätsprinzip des GKV-Systems bezieht sich auf die Lastenverteilung von Gesunden zu Kranken (Risikoausgleich), von jungen zu alten Versicherten (Generationsausgleich), von Alleinstehenden zu Familien

darfsgerecht bleibt (vgl. SVR, 2014, S. 28). Die Analyse der genannten Wissenschaftsaspekte bildet den Unterschied zu den Reviews und Metaanalysen der rein medizinisch orientierten *EbM* (vgl. a. a. O., S. 9).

Wissenschaftlich abgesicherte Informationen über Krankheiten und deren Behandlungsverfahren sollen „digital gebündelt und verständlich aufbereitet werden (...) [,] gerade auch für Patientengruppen mit geringem Gesundheitswissen“, damit sie als Grundlage für selbstbestimmte Entscheidungen dienen können (BMG, 2017g, S. 5).

Aus der physiotherapeutischen Routineversorgung waren bisher lediglich die Auswirkungen von geleiteten Übungs- und Trainingsprogrammen zur „Sturzprophylaxe bei älteren Menschen in ihrer persönlichen Wohnumgebung“ Gegenstand der HTA-Berichte (DIMDI, 2012). Für Trainingsangebote, die multidimensional⁴¹ und über einen längeren Zeitraum angelegt sind, oder komplexere Bewegungsfähigkeiten⁴² beinhalten, konnten „bei rüstigen Senioren mit einem Mindestmaß an funktionellen Fähigkeiten“ (a. a. O., S. 259) unter dem Vorbehalt methodischer Einschränkungen des Studienmaterials ein positiver Effekt auf das Sturzrisiko nachgewiesen werden. Hierdurch wird die positive Bedeutung von körperlicher Aktivität für die Gesundheit älterer Menschen unterstützt und wissenschaftlich belegt (vgl. a. a. O., S. 278). „Für ältere Menschen mit fortgeschrittener Gebrechlichkeit [mit] sturzprädisponierenden Faktoren [konnte hingegen] eine Erhöhung des Sturzrisikos durch das Training motorischer Funktionen nicht sicher ausgeschlossen werden“ (a. a. O.).

2.8 Gesundheitsökonomische Veränderungen

In Zeiten des Kostendrucks im Gesundheitswesen unter den Bedingungen des demografischen Wandels und der Zunahme chronischer Erkrankungen hat die Gesundheitspolitik⁴³ u. a. die Aufgabe, die knapper werdenden Ressourcen effizienter einzusetzen.

mit Kindern (Familienausgleich) und von hohem zum geringen Einkommen (Einkommensausgleich) (vgl. Bundeszentrale für politische Bildung, 2017).

⁴¹ Unter ‚multidimensional‘ verstehen die Autoren funktionales Training, z. B. Training des Gleichgewichts, der Kraft, der Ausdauer und Beweglichkeit.

⁴² Förderung komplexer Bewegungen im dreidimensionalen Raum, wie z. B. Tai-Chi Chuan oder Tanzen.

⁴³ „Gesundheitspolitik (G.) bezeichnet die Institutionen, Prozesse und Entscheidungen zur Gestaltung und Finanzierung von Maßnahmen zur Verhinderung, Abwehr und Linderung von Krankheiten. Der wichtigste

2.8.1 Gesundheitswirtschaft

Der Gesundheitssektor gehört in Deutschland zu den wichtigsten Wirtschaftsbereichen mit Expansionskurs (vgl. BMG, 2017a). Im Zeitraum von 2007 bis 2013 ist die Bruttowertschöpfung der Gesundheitswirtschaft „jährlich im Schnitt um 3,5 Prozent gestiegen – deutlich schneller als die Gesamtwirtschaft mit 2,4 Prozent Wachstum“ (a. a. O).

Die Gesundheitsausgaben⁴⁴ beliefen sich nach Angaben des Statistischen Bundesamtes „im Jahr 2015 auf 344,2 Milliarden Euro oder 4 213 Euro je Einwohner“ (Statistisches Bundesamt, 2017a, S. 1). Diese Summe entspricht 11,3 % des Bruttoinlandprodukts. „Im Vergleich zu 2014 stiegen die Gesundheitsausgaben um 15,0 Milliarden Euro oder 4,5 %“ (a. a. O).

Das Gesundheitssystem verursacht aus gesundheitsökonomischer Perspektive nicht nur Kosten, sondern

trägt wesentlich dazu bei, dass die Erwerbsfähigkeit und Produktivität der Erwerbstätigen erhalten bleibt (...). Investitionen in die Gesundheit der Menschen sind deshalb ein wichtiger Beitrag zu Wachstum, Beschäftigung und Wohlstand. (BMG, 2017a)

Die Gesundheitswirtschaft setzt sich aus zwei Bereichen zusammen.

Der erste Gesundheitsmarkt

umfasst den Bereich der "klassischen" Gesundheitsversorgung, die größtenteils durch Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und Private Krankenversicherung (PKV), den Staat und weitere Sozialversicherungsträger geprägt ist. (BMG, 2017b)

Im ersten Gesundheitsmarkt arbeiteten Ende 2015 rund 5,3 Mio. Menschen⁴⁵. Das entspricht jedem achten Erwerbstätigen und zeigt durch jährliche Zuwachsraten (+ 2,2% im Jahr 2015 im Vergleich zum Jahr 2014, vgl. Statistisches Bundesamt, 2017, S. 1) die hohe ökonomische Bedeutung der Gesundheitswirtschaft (vgl. BMG, 2017a) und die konjunkturunabhängige Nachfrage nach Leistungen. Risiken des personalintensiven ersten Ge-

Bereich der staatlichen G. ist die Regulierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Sozialgesetzbuch V (SGB V)“ (Andersen & Woyke, 2013).

⁴⁴ Gemäß dem „System of Health Accounts“ der OECD „umfassen die Gesundheitsausgaben sämtliche Güter und Leistungen mit dem Ziel der Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege, die Kosten der Verwaltung sowie Investitionen der Einrichtungen des Gesundheitswesens“ (Statistisches Bundesamt, 2017, S. 2).

⁴⁵ Davon nach Schätzungen des Deutschen Verbandes für Physiotherapie 136.000 Physiotherapeuten im Jahr 2011.

sundheitsmarkts sind Stellenengpässe und hohe Arbeitskosten (vgl. Kapitel 5.5 – Fachkräftemangel).

Als *zweiter Gesundheitsmarkt* werden alle privat finanzierten Produkte und Dienstleistungen rund um die Gesundheit bezeichnet (...) z. B. freiverkäufliche Arzneimittel und individuelle Gesundheitsleistungen, Fitness und Wellness, Gesundheitstourismus sowie – zum Teil – die Bereiche Sport/Freizeit, Ernährung und Wohnen. (BMG, 2017h).

Im zweiten Gesundheitsmarkt definiert der Verbraucher als Selbstzahler die Nachfrage. Hier ist der Bezug zur Gesundheit von Produkten und Dienstleistungen teilweise umstritten.

Nach Angaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sind „etwa 70 Millionen Menschen (...) in Deutschland in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert“; das entspricht etwa 86 % der Bevölkerung (G-BA, 2014a, S. 5), die mit flächendeckenden medizinischen Kernleistungen versorgt wird. Die Zahl der Versicherten (Krankheitsvollversicherte) in der privaten Krankenversicherung (PKV) beträgt etwa 8,9 Mio. (11 % der Bevölkerung) (vgl. Verband der Ersatzkassen, 2011).

Der G-BA legt für den ersten Gesundheitsmarkt „als oberste(s) Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen in Deutschland (...) rechtsverbindlich den Leistungsanspruch der gesetzlich Krankenversicherten fest“ (G-BA, 2014a, S. 6). „Er hat die Kompetenz, Richtlinien zu erlassen, die für Anbieter von Gesundheitsleistungen, Krankenkassen und Patienten in Deutschland gleichermaßen bindend sind“ (G-BA, 2014a, S. 7). Rechtsgrundlage seiner Arbeit ist das Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) (vgl. a. a. O). Seine Richtlinienkompetenz erstreckt sich über vielseitige Bereiche der Leistungserbringer mit vielschichtigen Interessenslagen.

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürfen erst dann durch die GKV erstattet werden, wenn der G-BA sie im Auftrag des Gesetzgebers durch ein systematisches Verfahren der Methodenbewertung geprüft hat und zu dem Ergebnis kommt, dass ihr Einsatz für Patienten „nutzbringend, notwendig und wirtschaftlich ist“ (G-BA, 2014a, S. 25). Dies gilt für alle ärztlichen und nichtärztlichen Heilmittelerbringer, wobei die nicht-

ärztlichen Heilberufe wie die Physiotherapeuten in diesem Entscheidungsgremium lediglich Anhörungsrecht haben und nicht mitbestimmungsberechtigt sind.

Der G-BA verfolgt das Ziel, die finanziellen Mittel der GKV zum Nutzen der Patienten mit Blick auf die Kosten einzusetzen. Der ‚Patientennutzen‘ wird nach den Behandlungsergebnissen beurteilt, hierzu zählen Faktoren „wie Heilung, Linderung von Schmerzen und anderen Beschwerden, Verbesserung der Lebensqualität, Vermeidung von Todesfällen oder Verringerung von Nebenwirkungen“ (G-BA, 2014a, S. 55).

Unter dem Kostenaspekt werden in der Gesundheitsökonomie ‚direkte‘ und ‚indirekte‘ Kosten unterschieden.

Direkte Kosten

„Die direkten Kosten beschreiben den unmittelbar mit einer medizinischen Heilbehandlung, einer Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahme verbundenen monetären Ressourcenverbrauch im Gesundheitswesen“ (Statistisches Bundesamt, 2010, S. 3), z. B. Arzneimittelkosten, Arztkonsultationen, stationäre und ambulante Krankenhaus- und Rehabilitationskosten.

Indirekte Kosten

„Indirekte Krankheitskosten messen den mittelbar mit einer Erkrankung im Zusammenhang stehenden Ressourcenverlust (...) durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und vorzeitigem Tod der erwerbstätigen Bevölkerung hervorgerufenen potenziellen volkswirtschaftlichen Verlust“ (Statistisches Bundesamt, 2010, S. 3).

2.8.2 Erhöhter Versorgungsbedarf

Die Innovationskraft der Medizinforschung folgt dem steigenden Bedarf an gesundheitsbezogenen Gütern und Dienstleistungen, um eine wachsende Patientenzahl möglichst kostengünstig zu versorgen (vgl. BMBF, 2017b). „Zugleich steigt das Gesundheitsbewusstsein der Menschen und ihre Erwartungen an die Gesundheitsversorgung“ (BMBF, 2017c).

Nach Haubrock (vgl. 2013, S. 120) dominiert im deutschen Gesundheitssystem (noch) das System der solidarisch⁴⁶ organisierten Sozialversicherungen zur Finanzierung von Gesundheitsleistungen. Der Stellenwert der Gesundheit gewinnt in allen Lebensbereichen an Bedeutung, sodass durch die steigende Nachfrage sowohl der erste als auch der zweite Gesundheitsmarkt wachsen (vgl. a. a. O.). Der zweite Gesundheitsmarkt beginnt sich laut Haubrock (2013, S. 122) als Selbstzahlermarkt zu etablieren und ist im Vergleich zum „staatlichem Sicherungs- bzw. Versorgungsauftrag“ einem privatwirtschaftlichen Marktwettbewerb ausgesetzt.

Dieser Paradigmenwechsel, der durch einen steigenden Bedarf an gesundheitsbezogenen Sachgütern und Dienstleistungen auf der einen Seite und einer finanziellen Engpasssituation der Sozialversicherungen und der öffentlichen Hände auf der anderen Seite ausgelöst worden ist, verdeutlicht den Wandel von dem Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft. (Haubrock, 2013, S. 122)

Wachsende Versorgungsansprüche entstehen auch durch den leichteren Zugang zu gesundheitsbezogenem Wissen infolge der Digitalisierung in der modernen Wissensgesellschaft (vgl. BMG, 2017a). Hierdurch nehmen der fachliche Wissensvorsprung und das Informationsgefälle zwischen den Leistungserbringern und den Klienten ab. Souveräne Bürger verändern als gesundheitskompetente Nutzer ihre Rollen, indem sie selbst ihre Gesundheit definieren (vgl. Sottas et al., 2013, S. 15). Sie lassen sich immer weniger über ‚Einweisung‘, ‚Zuweisung‘ und ‚Überweisung‘ steuern. Souveräne Patienten recherchieren im Internet nach Qualitätsberichten und entwickeln Ansprüche an die heterogenen Leistungen der medizinischen Versorger⁴⁷, indem sie beispielsweise Befunde und OP-Indikationen kritisch hinterfragen oder nach dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (vgl. Deutscher Bundestag, 2015) eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung vor medizinischen Eingriffen einholen (vgl. Kapitel 5.7 – OP vermeidende konservative Versorgung).

Daten der Bertelsmann-Studie über die *Gesundheitskompetenz*⁴⁸ der deutschen Bevölkerung (vgl. Schaeffer, Vogt, Berens & Hurrelmann, 2016, S. 100) deuten jedoch darauf hin,

⁴⁶ Das Solidaritätsprinzip beinhaltet z. B. einen Risikoausgleich von Gesunden zu Kranken oder zwischen Erwerbstätigen zu Familienangehörigen oder Rentnern.

⁴⁷ Mit dem Begriff ‚Versorger‘ sind im Folgenden Einrichtungen gemeint, die an der Patientenversorgung teilnehmen.

⁴⁸ „Unter Gesundheitskompetenz wird das Wissen, die Motivation und die Fähigkeit verstanden, gesundheitsrelevante Informationen ausfindig zu machen, zu verstehen, zu beurteilen und zu nutzen, um die Gesundheit erhalten, sich bei Krankheiten die nötige Unterstützung durch das Gesundheitssystem sichern oder

dass nicht alle Menschen diesen Anforderungen an die gewandelte Patientenrolle entsprechen können.

Von ehemaligen Bundesgesundheitsminister Herrmann Gröhe wurden deshalb „dringend mehr verständliche Gesundheitsinformationen⁴⁹“ eingefordert. „Denn nur wer gut informiert ist, kann Gesundheitsrisiken vermeiden und im Krankheitsfall durch eigenes Verhalten zu einer erfolgreichen Behandlung beitragen“ (Gröhe, 2017, S. 1). Bei der steigenden Vielfalt an Informationen über Gesundheit ist es besonders für Menschen im hohen Lebensalter, mit chronischen Erkrankungen oder mit Migrationshintergrund eine große Herausforderung, selbstbestimmte Entscheidungen für eine gesunde Lebensweise oder eine angemessene ärztliche, pflegerische oder therapeutische Versorgung zu treffen (vgl. BMG, 2017g, S. 3).

Die Stärkung des Gesundheitswissens mit der Zielsetzung, Patienten informierte Entscheidungen zu ermöglichen, ist in Deutschland mit dem am 26. Februar 2013 in Kraft getretene „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ (Patientenrechtegesetz) verankert (Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, 2013).

Um wirtschaftliche Fehlanreize zu verhindern, sieht das Gesetz verschiedene Schutzmaßnahmen vor. Es greift zum Beispiel dann ein, wenn ein Krankenhaus überdurchschnittlich viel operiert oder wenn etwaige Bonusregelungen in Chefarztverträgen zu vermeidbaren Behandlungen verleiten. (BMG, 2017e)

Besonders in der Gesundheitswirtschaft kommt es darauf an, dass eine verständlichere Beratung und Kommunikation des medizinischen Laien stattfindet. Hintergrund bilden die vier Säulen der Medizinethik: „Respekt vor dem Selbstbestimmungsrecht des Menschen, Nicht-Schaden, Fürsorge, Gleichheit“ (BMG, 2017g, S. 3).

sich kooperativ an der Behandlung und Versorgung beteiligen und die dazu nötigen Entscheidung treffen zu können“ (Schaeffer, Vogt & Hurrelmann, 2016, Einleitung, ohne Seitenangabe). Der internationale Begriff ist ‚Health Literacy‘.

⁴⁹ „Gesundheitsinformationen sind Informationen, die sich insbesondere beziehen auf das allgemeine Wissen über Gesundheit, Erkrankungen, ihre Auswirkungen und ihren Verlauf, Maßnahmen zur Gesunderhaltung (Prävention und Gesundheitsförderung), Früherkennung, Diagnostik, Behandlung, Palliation, Rehabilitation und Nachsorge von Krankheiten und damit im Zusammenhang stehenden medizinischen Entscheidungen (...)“ (Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V., 2016, S. 6).

Über-, Unter- und Fehlversorgung sind im deutschen Gesundheitswesen in Fachkreisen seit dem Gutachten des SVR (vgl. 2001, S. 31) bekannt. Medizinische ‚Übersorgung‘ liegt gemäß dem SVR vor, wenn Leistungen nur einen geringen Nutzen oder ineffizient (als ‚ökonomische Übersorgung‘ bezeichnet) erbracht werden (vgl. SVR, 2001, S. 32). Eine Überschneidung zur ‚Fehlversorgung‘ ergibt sich, wenn „Leistungen (...) einen vermeidbaren Schaden bewirken“ (SVR, a. a. O.).

Inzwischen liegen umfangreiche Bemühungen vor, die Versorgung evidenzbasiert und nach aktuellen Leitlinien starker Evidenz auszurichten (vgl. Kapitel 2.7.3). Im folgenden Exkurs werden ökonomische Aspekte am Beispiel des *Versorgungsbedarfs von Rückenschmerzpatienten in Deutschland* thematisiert.

Nach Wenig, Schmidt, Kohlmann & Schweikert (2009) betragen die Kosten für Gesundheitsleistungen aufgrund von Rückenschmerzen 2,2 % des Bruttosozialprodukts; das entsprach durchschnittlichen Kosten von 1.322 Euro pro Patienten. Mit 46,3 % stellten dabei die direkten Kosten für Arztbehandlungen, Krankenhausaufenthalte, Physiotherapie, orthopädische Hilfsmittel, Rehabilitationen und Nachsorgeprogramme den kleineren Anteil dar. Die indirekten Kosten für die Gesellschaft, die sich insbesondere aus den Folgekosten der Arbeitsunfähigkeit ergaben, lagen mit einem Anteil von 53,7 % wesentlich höher (vgl. a. a. O.).

Die *direkten Krankheitskosten* für spezifische Rückenschmerzen (ICD-10-GM: M40 – M54) wurden von Raspe in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (vgl. Raspe, 2012, S. 16) für das Jahr 2008 in Deutschland auf 9 Mrd. Euro geschätzt und die für nicht-spezifische Rückenschmerzen (ICD-10-GM: M54) auf 3,6 Mrd. Euro. Die verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre⁵⁰ aufgrund von nicht-spezifischen Rückenschmerzen (ICD-10-GM: M54) beliefen sich auf Grundlage der Datenbasis auf ca. 135.000 Jahre (a. a. O., S. 16).

In Bezug auf die degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule hatten sich im Zeitraum der Jahre 2005 bis 2010 die Operationen bei stationären Patienten mit lumbaler Spinalkanalstenose von ca. 300.000 auf über 600.000 mehr als verdoppelt (vgl. Kalff, Ewald, Wasch-

⁵⁰ Die Anzahl der verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre wird häufig als Kennzahl zur Ermittlung der indirekten Kosten einer Krankheit herangezogen. Sie resultieren aus wirtschaftlichen „Ausfällen, die aus Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und vorzeitigem Tod der (potenziell) erwerbstätigen Bevölkerung resultieren“ (Statistisches Bundesamt, 2010, S. 3).

ke, Gobisch & Hopf, 2013, pp. 613-623). Der Zuwachs an Operationen entsprach einem Anstieg von 105 %. Bei Menschen im Alter über 65 Jahre lag der Anstieg sogar bei 162 % (von ca. 100.000 auf über 250.000 Operationen) (vgl. a. a. O.).

Die OP-Zahlen im Fachbereich der Orthopädie steigen durch den ökonomischen Druck in den stationären Akutkliniken stetig. Professor Jürgen Wasem von der Universität Duisburg-Essen hatte in einer Befragung von 1.400 Chefärzten von fast jedem zweiten Arzt die Antwort erhalten, dass „ökonomische Anreize“ auch eine Rolle für die OP-Indikation spielen (Wasem, 2015).

Die stationären Fallzahlen in deutschen Krankenhäusern sind nach Busse (2016, S. 1) in den Jahren von 2005 bis 2012 besonders im Bereich der Diagnose ‚Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens‘ (ICD-10-GM: M40–M54) bei planbaren operativen Eingriffen⁵¹ stark gestiegen. Krankenhäuser, die die Verweildauer der Patienten im Untersuchungszeitraum besonders stark in Folge der DRGs⁵² senkten (vgl. Kapitel 3.1), steigerten ihre Fallzahlen bei planbaren Aufnahmen überdurchschnittlich (Busse, 2016, S. 26).

Nach einer aktuellen Studie von Bäuml, Kifmann, Krämer und Schreyögg (2016, S. 187-195) wird bei einem Drittel der mehr als 6.000 befragten Patienten mit Bandscheiben-OP trotz Aufklärung über konservative Behandlungsmethoden vorschnell operiert. Vor allem männliche, im Beruf stehende Patienten aus der mittleren Altersgruppe unterziehen sich entgegen den aktuellen Versorgungsleitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) eher einer Operation, als konservative Behandlungsmethoden auszuschöpfen (vgl. DGN, 2012, S. 10).

Eine am 19. Juni 2017 veröffentlichte Studie der Bertelsmann Stiftung kommt zu dem Ergebnis, dass trotz bestehender Leitlinien Patienten mit Rückenschmerz in Deutschland sehr unterschiedlich behandelt werden. Nach Auswertung von Routinedaten des Statistischen Bundesamtes und der DRG-Statistik bestimmt laut „Faktencheck Rücken“ der Wohnort darüber, ob die Patienten stationär in ein Krankenhaus eingewiesen werden, konservativ behandelt oder operiert werden. Weitere zentrale Ergebnisse der Studie sind:

⁵¹ Ohne Einweisung als sogenannte ‚Notfälle‘.

⁵² DRG steht für englisch: Diagnosis Related Groups.

- Die Zahl der vollstationär im Krankenhaus versorgten Fälle mit einer Hauptdiagnose aus der ICD-Gruppe M40 bis M54 (Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens) hat sich zwischen 2007 und 2015 um etwa 154.000 auf 611.000 Fälle erhöht (+ 34 %) (Zich & Tisch, 2017, S. 7).
- Die Hauptdiagnose M54 (Rückenschmerzen) stellt mit etwa 200.000 Fällen im Jahr 2015 hinsichtlich des Fallvolumens die mit Abstand wichtigste unter den betrachteten Diagnosen dar. Der Mengenzuwachs lag zwischen 2007 und 2015 bei etwa 84.000 Fällen (+ 73 %) (Zich & Tisch, 2017, S. 91).
- Die Anzahl der dokumentierten Prozeduren aus der OPS-Gruppe 5-83⁵³ (Operationen an der Wirbelsäule) haben sich zwischen 2007 und 2015 von 452.000 auf 772.000 (+ 71 %) erhöht⁵⁴ (Zich & Tisch, 2017, S. 97).
- Die Bevölkerung, die im Kreis mit der höchsten Krankenhaushäufigkeit (Fulda) lebt, wurde etwa siebenmal häufiger wegen sonstiger Spondylopathien (bzw. Spinal(kanal)stenose) in einem Krankenhaus behandelt als die Bevölkerung im Kreis mit der geringsten Krankenhaushäufigkeit (Stadt Oldenburg)⁵⁵ (Zich & Tisch, 2017, S. 42).

Auffallend sind die großen und im Zeitverlauf zunehmenden regionalen Unterschiede im Bedarf einer vollstationären Versorgung zwischen den Wohnorten. Stationäre Klinikaufenthalte bei der Diagnose ICD-10-GM: M54 (Rückenschmerzen) sind häufig vermeidbar, zumal Patienten im Krankenhaus häufig keine spezifische Schmerztherapie erhalten, sondern überwiegend diagnostische Leistungen, wie eine MRT-Diagnostik, die auch ambulant erfolgen kann (vgl. Zich & Tisch, 2017, S. 91). Auch die Zahl der Rücken-Operationen ist im Zeitvergleich stark gestiegen, zum Teil mit gravierenden regionalen Unterschieden. Die Ergebnisse der Studie der Bertelsmann Stiftung (vgl. Kapitel 2.8.2) zeigen, dass in der Bevölkerung die Erwartung, dass sich bei Rückenschmerzen meist schnelle Behandlungserfolge durch Operationen einstellen, noch immer beträchtlich ausgeprägt ist (vgl. Zich & Tisch, 2017, S. 101-102).

Die signifikanten Differenzen zwischen den Wohnortregionen sprechen dafür, dass bei einzelnen OP-Prozeduren ökonomische Anreize eine wichtige Rolle für die Wahl der Therapie spielen. Ab 2017 werden Vergütungsabschläge und Vergütungsabstufungen für

⁵³ OPS ist die Abkürzung für den Operationenschlüssel zugelassener Krankenhäuser nach § 301 SGB-V. Der Code 5-83 bezieht sich auf Operationen an der Wirbelsäule

⁵⁴ „Die demographische Veränderung der Bevölkerung erklärt in diesem Zeitraum lediglich sieben Prozent des Mengenwachstums“ (Zich & Tisch, 2017, S. 91).

⁵⁵ „Je 100.000 Einwohner nach Kreisen; direkt standardisiert an der Bevölkerung des Jahres 2014 nach Altersgruppen und Geschlecht“ (Zich & Tisch, 2017, S. 42).

Krankenhausleistungen erfolgen, „bei denen Anhaltspunkte für im erhöhten Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen“ vorliegen (Zich & Tisch, 2017, S. 99).

2.9 Sozial- und gesundheitspolitische Folgen und Forderungen

Als Folge der erfolgreichen Bekämpfung der Infektionskrankheiten in den letzten 150 Jahren hat sich das Krankheitsspektrum in Deutschland stark gewandelt (vgl. RKI, 2015a, S. 439). Aktuell gehören folgende Erkrankungen zu den häufigsten, mit Fortschreiten des Alters zunehmenden Gesundheitsproblemen: Bluthochdruck, Hypercholesterinämie, Chronische Rückenschmerzen, Adipositas und Arthrose (vgl. a. a. O.).

Die Gruppe der Herz-Kreislaufkrankungen und muskuloskelettalen Erkrankungen nehmen die vorderen Plätze in den Statistiken zur *Krankheitslast* in Deutschland ein (siehe Tabelle 2-6).

Tabelle 2-6: Krankheitslast der fünf wichtigsten Erkrankungen für Frauen und Männer in Deutschland nach RKI (2015a, S. 140)

	Frauen		Männer	
	DALY*	Rang	DALY*	Rang
Muskuloskelettale Erkrankungen	2.092.654	1	1.679.000	3
Herz-Kreislaufkrankungen	2.072.319	2	2.551.248	1
Krebs	1.807.685	3	2.452.880	2
Psychische und Verhaltensstörungen	1.460.018	4	1.305.863	4
Diabetes, urogenitale, blutassoziierte und endokrine Störungen	737.065	5	733.326	5

* DALY = Disability-Adjusted Life Years.

Die Tabelle 2-6 verdeutlicht die Notwendigkeit der Umsetzung der gesundheitspolitischen Forderung der DRV nach ‚Prävention vor Reha vor Pflege‘ schon allein aus ökonomischen Gründen bezüglich des bestehenden Effizienz- und Kostendrucks (vgl. Kapitel 2.8.2 – Faktencheck Rücken).

Nach den Prognosen auf der Basis von Prävalenz- und Inzidenzraten ist unter der Berücksichtigung der Daten über die künftigen demografischen Entwicklungen „mit einer Zu-

nahme nichtübertragbarer Erkrankungen wie Diabetes, Krebs und Demenz und der damit verbundenen Kosten zu rechnen“. So wird „die Zahl der Menschen mit einer demenziellen Erkrankung (...) in den kommenden Jahrzehnten auf 2 bis 3 Millionen steigen“ (RKI, 2015a, S. 434).

Auch die chronisch-degenerativen Gelenkerkrankungen (insbesondere Hüft- und Kniegelenksarthrosen) gehören mit zu den häufigsten Krankenhausdiagnosen im höheren Lebensalter (vgl. BMG, 2012, S. 14). Sie werden demografiebedingt einen erhöhten medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Versorgungsbedarf mit den damit verbundenen Kosten auslösen (vgl. RKI, 2015a, S. 434; BAR, 2015, S. 8).

Die steigende Lebenserwartung bei gleichzeitig zunehmend stärkerem Rückgang der Anzahl der Erwerbspersonen stellt die sozialen Sicherungssysteme vor große Herausforderungen (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, 2011, Vorwort, S. III). Ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel sollte demzufolge sein, Voraussetzungen zu schaffen, dass Menschen sich bis ins hohe Alter ihre Gesundheit erhalten und hierdurch auch eine hohe Lebensqualität bewahren können (vgl. RKI, 2014, S. 1). Nach § 1 SGB V hat die GKV als Solidargemeinschaft die Aufgabe, die „gesundheitliche Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten“ für ihre Gesundheit zu fördern (vgl. § 1 SGBV).

Die Versicherten sollen (...) an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden (§ 1 SGB V).

Die „Moderne Physiotherapie“ kann sich unter der Perspektive der soziodemografischen Faktoren und der Krankheitslast zu einem wichtigen und integralen Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung entwickeln. Die gesetzlichen und politischen Grundlagen mit den dazugehörigen Rahmenbedingungen für eine aktivierende Prävention, Gesundheitsförderung, Kuration und Rehabilitation werden in Kapitel 3 erläutert.

Nach einer Studie von Schaeffer, Vogt, Berens und Hurrelmann (vgl. 2016, S. 96) verfügt ein großer Teil der deutschen Bevölkerung, konkret 54,3 %, über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz. Die Autoren folgern aus ihrer repräsentativen Befragung, dass mehr als die Hälfte der Menschen in Deutschland Schwierigkeiten hat, gesundheits-bezogene

Informationen zu finden und sie zu verstehen, um die richtigen Entscheidungen zur gesunden Lebensweise oder zur Krankheitsbewältigung zu treffen (vgl. Schaeffer et al., 2016, S. 96). Das bedeutet auch Schwierigkeiten zu haben, sich im deutschen Gesundheitssystem zu orientieren, inklusive der Nutzung gesundheitlicher Dienstleistungen (vgl. a. a. O., S. 71-72). Unzureichende Gesundheitskompetenz verursacht hohe Kosten bei den Gesundheitsausgaben, vor allem bei den nicht-übertragbaren Erkrankungen (vgl. Kapitel 2.6.1).

Ein wichtiger Aspekt im Zusammenhang mit der Stärkung der Gesundheitskompetenz ist die Forderung von Gesundheitspolitik, Kostenträgern und Patientenvertretern, die *Patientensicherheit* in Arztpraxen, Kliniken und Therapieeinrichtungen zu verbessern. Sie wird vom Aktionsbündnis Patientensicherheit (2014) definiert als „Abwesenheit unerwünschter Ereignisse“⁵⁶. Ein unerwünschtes Ereignis „ist ein schädliches Vorkommnis, das eher auf der Behandlung denn auf der Erkrankung beruht. Es kann vermeidbar oder unvermeidbar sein“ (a. a. O.). Kritische Ereignisse⁵⁷ sind Situationen, „die zu einem unerwünschten Ereignis führen könnte(n) oder dessen Wahrscheinlichkeit deutlich erhöhen“. Solche Risiken können auch haftungsrechtliche Konsequenzen auslösen, die an dieser Stelle nicht weiterverfolgt werden. Nach Klakow-Franck (vgl. G-BA, 2014b, S. 1) wird es infolge der zunehmenden Komplexität und Arbeitsdichte in den Kliniken und Praxen immer wichtiger, vermeidbare Fehler und Komplikationen zu verhindern. Kritische Zwischenfälle seien nicht zu verschweigen, sondern im Hinblick auf fehlerbegünstigende Faktoren zu analysieren und Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten (a. a. O.). Fehler können sich auf organisatorische Fragen und Abläufe beziehen, wie in Kapitel 4.2.4 am Beispiel des *Notfallmanagements* konkret erläutert.

Für das berufliche Selbstverständnis der „Modernen Physiotherapie“ bedeutet dies, dass die Patientensicherheit bei Untersuchungen und Behandlungen grundsätzlich eine hohe Priorität hat. Behandlungsfehler können alle therapeutischen Bereiche betreffen. Auch eine „fehlende, unrichtige, unverständliche, unvollständige oder nicht rechtzeitige Auf-

⁵⁶ Engl.: adverse event.

⁵⁷ Engl.: critical incident.

klärung“, z. B. bei einer Manipulation der Wirbelsäule oder dem Einsatz des Laufbandes in der gerätegestützten Therapie, gilt als Behandlungsfehler (RKI, 2001, S. 355).

Aus der Perspektive der Patientensicherheit bildet das Thema Hygiene, z. B. die Vermeidung von Infektionen nach operativen Eingriffen, eine wichtige Aufgabe der Qualitätssicherung. Für Hygiene gibt es eine Vielzahl von Regelungen, die sowohl „bauliche, technische oder organisatorische Maßnahmen“ medizinischer Einrichtungen, die „Desinfektions- und Sterilisationsvorschriften, die bis zum Hygienemanagement reichen“, miteinbeziehen (G-BA, 2017b). Maßnahmen zur Händehygiene „gehören zu den wichtigsten Infektionspräventionsmaßnahmen“ (RKI, 2013a, S. 142). Neben Gesetzen zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten gibt das Robert Koch-Institut „regelmäßig aktualisierte Leitlinien“ zur Krankenhaushygiene und Infektionsprävention heraus (RKI, 2011). Sie gelten „(...) als verbindliche Grundlage und Standard für die erforderlichen Präventionsmaßnahmen (...) in allen (...) Einrichtungen des Gesundheitswesens“ (a. a. O.).

Im Gesundheitswesen sollten Leistungen so geregelt werden, „dass der Wettbewerb zwischen Anbietern von Gesundheitsleistungen ein qualitativ und quantitativ anspruchsvolles Versorgungsniveau möglichst kostengünstig sicherstellt“ (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, 2011, Vorwort, S. III). Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (vgl. 2007, S. 19) fordert eine engere Zusammenarbeit aller bundesgesetzlich geregelten Berufe im Gesundheitswesen⁵⁸ zur „Versorgung einer älter werdenden, vermehrt an chronischen und multiplen Erkrankungen leidenden Bevölkerung“. Er regt eine Ausrichtung des Gesundheitssystems auf eine aktivierende und präventive Versorgung an und weist darauf hin, dass dies vor allem durch die Zusammenarbeit ambulanter und multiprofessioneller Teams geleistet werden kann (vgl. SVR, 2007, S. 22-25; SVR, 2009, S. 135; SVR, 2014, S. 10-14). Als sogenannte ‚Heilmittelerbringer‘ spielen hierbei – neben den Ergotherapeuten, den Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeuten und den Podologen – die Therapeuten im Bereich der Physiotherapie und Physikalischen Therapie eine wichtige Rolle (vgl. Deutscher Bundestag, 2016a, S. 1).

⁵⁸ Gemeint sind neben den ärztlichen auch die 16 nicht-ärztlichen Heilberufe auf der Grundlage eines Berufszulassungsgesetzes.

Der SVR regt zur Entwicklung innovativer, sektorübergreifender Versorgungsprogramme an und empfiehlt die stärkere Einbeziehung nichtärztlicher⁵⁹ Gesundheitsberufe zur effektiveren und effizienteren, am Bedarf und den Bedürfnissen der Patienten ausgerichteten Gesundheitsversorgung zu nutzen (vgl. SVR, 2007, S. 11). Dem schließt sich der G-BA an, indem er Projekte zur „Weiterentwicklung einer bedarfsorientierten, wohnortnahen und sektorenübergreifenden geriatrischen und gerontopsychiatrischen Versorgung (...) insbesondere mit dem Ziel der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und Gebrechlichkeit“ fordert (G-BA, 2016, S. 2). Bei einer Überweisung der Patienten, beispielsweise vom Arzt zum stationären Krankenhaus und nach der Entlassung in eine andere Einrichtung (z. B. Physiotherapiepraxis oder Rehaklinik), sind nahtlose Übergänge für den Behandlungserfolg wichtig (vgl. Kapitel 3.4 und 4.3.5 – Besondere Versorgung/Integrierte Versorgung).

In den medizinischen Pflegeeinrichtungen sieht das Sozialgesetzbuch auch nach dem Eintritt von Pflegebedürftigkeit den Vorrang von Prävention vor Pflege gemäß § 5 SGB XI und nach § 31 SGB XI den Vorrang der Rehabilitation vor Pflege vor. In diesem Zusammenhang forderte die ehemalige Ministerin Barbara Steffens (vormals Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen) vor dem Hintergrund, dass jedes Jahr in Nordrhein-Westfalen rund 100.000 Menschen neu in die Pflegestufe 1 eingruppiert werden:

Wenn es uns gelingen würde, durch Prävention dies um nur einen Monat nach hinten zu verschieben, könnten jährlich rund 50 Millionen Euro an Pflegekosten gespart und stattdessen zusätzlich in Prävention investiert werden. (Techniker Krankenkasse Landesvertretung Nordrhein-Westfalen, 2016)

Hierbei gehört die Erhaltung der Selbstständigkeit und Alltagskompetenz von pflegebedürftigen Menschen, insbesondere durch körperliche Bewegung, zu den wichtigsten präventiven und rehabilitativen Maßnahmen (vgl. BMG, 2016d, S. 82).

Insgesamt wird der Bedarf an medizinischen Rehabilitationsleistungen und Heilmitteln für die Gesundheitsversorgung aufgrund der beschriebenen gesellschaftlichen und epidemiologischen Entwicklungen in den nächsten Jahren deutlich steigen. Die alleinige Ausrichtung an den drei Sektoren des Gesundheitswesens (Kuration, Rehabilitation und Pflege)

⁵⁹ Der Begriff ‚nicht-ärztlich‘ ist in der englischsprachigen Literatur nicht zu finden, hingegen findet sich häufig der Begriff: ‚Allied Health Professional‘.

kann jedoch die zukünftige Versorgung nicht abdecken. Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention vom 25. Juli 2015 eröffnet zusätzliche und im Vergleich zu den drei genannten Versorgungsbereichen deutlich kostengünstigere Möglichkeiten, den Leitspruch der Deutschen Rentenversicherung nach „Prävention vor Reha vor Pflege“ (Roßbach, 2016) umzusetzen. Die mehr oder weniger strikte Trennung zwischen den Kostenträgern für Kuration, Rehabilitation und Pflege hemmt den Übergang zwischen den Sektoren, der zum Nutzen des Patienten jedoch nahtlos erfolgen sollte.

Nach § 3 SGB IX verpflichtet der Vorrang des Prinzips ‚Prävention vor Reha‘ die Kostenträger und Leistungserbringer dazu, präventive Maßnahmen einzuleiten, damit Menschen nicht erst Leistungen erhalten, wenn aufgrund einer schweren, oft chronischen Krankheit ein Rehabilitationsbedarf vorliegt. Präventionsleistungen sollen bereits dann angeboten werden, wenn Menschen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind oder gesundheitliche Einschränkungen erkennbar sind.

2.10 Erkenntnisse und Schwerpunkte für die moderne Physiotherapie

Die tiefgreifenden Veränderungen in der Gesellschaft und im Gesundheitswesen bewirken eine zunehmende Komplexität physiotherapeutischer Versorgungsaufträge. Eine klientenzentrierte, evidenzbasierte und interprofessionelle Arbeitsweise ist erforderlich.

2.10.1 Evidenzbasierte Praxis in der Physiotherapie

Ausgelöst durch den erhöhten Versorgungsbedarf chronischer Krankheitsverläufe einer älter werdenden Bevölkerung (vgl. Kapitel 2.8.2) hat die forschende Medizin und Medizintechnik eine dynamische Entwicklung vorzuweisen. Trotz des damit verbundenen erhöhten Anforderungsaufwands findet die Ausbildung zur Physiotherapie in Deutschland traditionell immer noch an berufsbildenden Schulen statt (vgl. Ewers, 2015, S. 431). Schon lange fordern Wissenschaftsgremien wie der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) unter dem Titel „Kooperation und Verantwortung als Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“ den Ausbau von Forschung und Wissenschaft in den nichtärztlichen Gesundheitsberufen (vgl. SVR, 2007, S. 26). „Angesichts des absehbaren Versorgungsbedarfs und des Komplexitätszuwachses“

schlägt der Wissenschaftsrat (2012, S. 85) eine „Akademisierungsquote zwischen 10 und 20 % eines Jahrgangs in den Pflege- und Therapieberufen und im Hebammenwesen“ vor (a. a. O., S. 85). Der Wissenschaftsrat begründet seine Empfehlung mit den in den Kapiteln 2.5, 2.6 und 2.7 beschriebenen „Veränderungen der Versorgungsbedarfe“ und den „weit reichende[n] Konsequenzen für die zukünftigen Qualifikationserfordernisse und Qualifizierungswege“ (Wissenschaftsrat, 2012, S. 78).

Mehrdimensionale und komplexe Aufgabenbereiche in der alltäglichen Versorgungspraxis bestehen bei der Befundung, der Therapieplanung, den Zielgesprächen, der klientenzentrierten Entscheidung über die Auswahl der Assessment- und Behandlungsverfahren sowie der Dokumentation des Therapieverlaufs und des erreichten Therapieergebnisses.

Vor diesem Hintergrund hält es der Wissenschaftsrat für erforderlich, dass künftig auch ein Teil der Angehörigen der Gesundheitsfachberufe in die Lage versetzt wird, ihr eigenes pflegerisches, therapeutisches oder geburts helferisches Handeln auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnis zu reflektieren, die zur Verfügung stehenden Versorgungsmöglichkeiten hinsichtlich ihrer Evidenzbasierung kritisch zu prüfen und das eigene Handeln entsprechend anzupassen. (Wissenschaftsrat, 2012, S. 85)

Die Evidenzbasierte Praxis fängt mit der systematischen Literaturrecherche an. Um evidenzbasierte und versorgungsrelevante Interventionen in den Datenbanken Cochrane Library, PEDro, MEDLINE und EMBASE zu identifizieren, hat sich das PICOS-System für die Formulierung einer klinischen Frage bewährt (siehe Tabelle 2-7).

Tabelle 2-7: PICOS-System nach Voigt-Radloff et al. (2016, S. 13-16)

Bezeichnung	Übersetzung	Beispielhafte Beschreibung
P atients	Patienten mit einem definierten Gesundheitsproblem	[z. B.] soziodemographische Daten, Daten zur Lebenssituation sowie Art und Schweregrad des Gesundheitsproblems sowie damit verbundene Einschränkungen von Aktivitäten und Teilhabe
I ntervention	(komplexe) Maßnahme der Gesundheitsfachberufe ⁶⁰	[z. B.] Rahmenbedingungen des Versorgungsektors (z. B. Prävention versus Rehabilitation) oder des Settings (ambulant versus stationär)
C omparison	Kontrollintervention	[z. B.] Unterschiede in den Versorgungsstrukturen zwischen dem <i>Originalkontext</i> [der Studie] und dem <i>Zielkontext</i> der Routineversorgung (...) beurteilen

⁶⁰ Beispiele für eine zunehmende Komplexität sind die sich durch wissenschaftliche Erkenntnisse verändernde Arbeitsinhalte und Arbeitsmethoden einer evidenzbasierten Behandlung in der Routineversorgung der Physiotherapie.

O utcome	Zielgrößen	[Zielgrößen umfassen die Bereiche:] (1) klientenzentrierter Nutzen, (2) mögliche Schäden, (3) Langzeitwirkung und (4) Kosten
S tudydesign	Studiendesign	Als wissenschaftlich fundierter Beleg für die <i>Wirksamkeit</i> gelten wiederholte Nachweise konsistent positiver Effekte in unterschiedlichen randomisiert kontrollierten Untersuchungen.

Zur Übertragung der Ergebnisse von Metaanalysen und systematischen Reviews in die Versorgungsroutine eignet sich das international anerkannte GRADE-Verfahren (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation), welches von einer Cochrane-Gruppe entwickelt wurde (vgl. Schönemann, 2012, S. 354-356). Bezogen auf einzelne Zielgrößen wird die „*Qualität der Evidenz*“ wissenschaftlicher Studien nach dem Nutzen und möglichen Schaden einer Intervention sowie weiteren Faktoren der Intervention wie zu erzielende Langzeiteffekte und auslösende Kosten studienübergreifend beurteilt (vgl. Voigt Radloff, 2016, S. 19). Die Qualität der Evidenz von randomisierten kontrollierten Studien wird grundsätzlich als hoch und die Qualität von Fall- oder Beobachtungsstudien als niedrig eingestuft. Die Gradeinteilung der Evidenz erfolgt nach vier Stufen von (1) hoch, (2) mäßig, (3) niedrig, oder (4) sehr niedrig (a. a. O., S. 19).

Die „*Stärke der Empfehlung*“ für oder gegen eine Behandlung wird nach zwei Kategorien ausgedrückt (schwach/bedingt und stark) (vgl. Cochrane Deutschland, 2016b).

Der Leitfaden „Forschung zu komplexen Interventionen“ von Voigt-Radloff et al. (2016, S. 1-2) verweist auf Hindernisse, Behandlungsverfahren mit bereits bestehender starker externer Evidenz in der Routineversorgung umzusetzen. Als Barrieren für die Anwendung neuer evidenzgesicherter Behandlungsverfahren werden u. a. beschrieben:

- die (mangelnde) Anwenderfreundlichkeit neuer Interventionen⁶¹,
- die hohe Komplexität einer therapeutischen Behandlung im Gegensatz zur Arzneimitteltherapie, bei der der Patient lediglich nach ärztlichen Vorgaben den pharmazeutischen Wirkstoff einnimmt,
- der (oft) kostenpflichtige Zugang zu internationalen Fachzeitschriften,

⁶¹ Erfahrungen aus der Ausbildung zeigen, dass die Verwendung der englischen Sprache in der internationalen Fachliteratur für die Mehrheit der deutschen Physiotherapeuten eine Hürde darstellen kann.

- der geringe Umfang an öffentlichen Förderprogrammen für Forschungsstudien im Berufsfeld der Physiotherapie,
- die Investition in den personengebundenen Kompetenzerwerb der Therapeuten durch notwendige Schulungen oder Fortbildungen, um die neuen evidenzbasierten Verfahren nach wissenschaftlichen Vorgaben anwenden zu können,
- die mangelnde Veränderungsbereitschaft von Entscheidungsträgern (Praxisinhabern) und Therapeuten als Anwendern (vgl. Bernhardsson, Johansson, Nilsson et al., 2014; Voigt-Radloff et al., 2016, S. 1-2).

Im Leitfaden von Voigt Radloff et al. (2016, S. 3) wird die Implementierung neuer Verfahren in den Arbeitsalltag der Therapeuten von der formalen Entscheidung bis zur routinemäßigen Umsetzung nach fünf stufenförmig aufbauenden Kernprozessen erläutert:

1. Ermittlung von versorgungsrelevanten *Gesundheitsproblemen*.
2. Ermittlung von vielversprechenden *Interventionen*.
Die Überprüfung übertragbarer *Interventionen* durch Studien zur
3. *Machbarkeit*,
4. *Wirksamkeit* und
5. *Implementation*. (Voigt et al. 2006, S. 3)

Die Versorgung der Patienten könnte im Praxisalltag von ambitionierten Physiotherapeuten kontinuierlich verbessert werden (vgl. Kapitel 4.2 – Kontinuierlicher Verbesserungsprozess). Der Weg von neuen Forschungserkenntnissen zur nachhaltigen und routinemäßigen Umsetzung neuer und evidenzbasierter Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen ist für gesundheitsbezogene Dienstleister jedoch ein herausfordernder und langwieriger Prozess.

2.10.2 Konsequenzen und Folgerungen für die moderne Physiotherapie

Aus den Ausführungen des Kapitels 2 ergeben sich folgende Erkenntnisse als Zwischenfazit für die „Moderne Physiotherapie“.

Wie in Kapitel 2.1 dargestellt, entwickelte sich die Physiotherapie in Deutschland historisch betrachtet aus einer Hilfs- bzw. Assistenz Tätigkeit zum ärztlichen Beruf. In den 70er bis 80er Jahren emanzipierte sich die Physiotherapie, gestärkt durch spezifische Behandlungskonzepte aus dem Ausland. Der noch junge Akademisierungsprozess stellt die kritische Reflexionsfähigkeit in einer evidenzbasierten Pati-

ent-Therapeut-Interaktion als wichtigen Schritt zur eigenständigen Profession in den Vordergrund (vgl. Kapitel 2.1).

Die Sportwissenschaft, explizit die Trainingswissenschaft, ist ein wichtiger Innovationstreiber für die Analyse der Bewegungsfunktionen und die Erhaltung und Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit. Die „Moderne Physiotherapie“ nutzt apparative und EDV-gestützte Untersuchungsverfahren für die Planung, Trainingssteuerung und Ergebnismessung von Interventionen, die auf einer validen Datenbasis beruhen (vgl. Kapitel 2.2.).

Sedentäres Verhalten als Risikofaktor und körperliche Aktivität als Schutzfaktor für viele chronische Erkrankungen sind starke Einflussfaktoren auf die persönliche Gesundheit. Physiotherapeuten sollten die Bewegungsempfehlungen der WHO (2010, S. 7-8) und die Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung (vgl. Rütten & Pfeifer, 2016, S. 48-49) in ihrer Beratung für Erwachsene mit chronischen Erkrankungen einbeziehen. Dabei sollte die Belastungsdosierung der körperlichen Aktivität – auch außerhalb der Therapieeinrichtung – im Leben des Patienten individuell angepasst werden (vgl. Kapitel 2.3).

Aus dem Kapitel 2.4 ergibt sich als Konsequenz, dass eine zeitgemäße Physiotherapie auch teilhabeorientierte Ziele verfolgt, um die Leistungsfähigkeit der Erwerbstätigen bei arbeitsplatzbezogenen Risikofaktoren wiederherzustellen, zu erhalten und indirekte volkswirtschaftliche Kosten durch Krankheit zu vermeiden. Zur Veränderung der Lebensstile in der Arbeitswelt sollten Physiotherapeuten darüber hinaus gute sozial-kommunikative und fachliche Kompetenzen in den Tätigkeitsfeldern der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF), des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) und der Medizinisch beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) aufweisen.

Tiefgreifende Veränderungen der Gesellschaft (vgl. Kapitel 2.5) erfordern, dass Physiotherapeuten sich mehr mit der Situation und den Bedürfnissen alter und hochaltriger Menschen sowie den gesetzlichen Rahmenbedingungen der Pflegebedürftigkeit auseinandersetzen. Der Mangel an Pflegekräften ist eine Chance für Physiotherapeuten, indem sie ihre qualifizierten Leistungen – z. B. Krafttraining in

Kombination mit Gleichgewichtstraining – für Bewohner in Pflegeeinrichtungen und ambulant versorgten Menschen anbieten.

Epidemiologische Forschung hilft, die versorgungsrelevanten Gesundheitsprobleme zu erkennen und die Folgen für die Gesellschaft und die Betroffenen zu beschreiben (vgl. Voigt-Radloff et. al., S. 7). Beispielsweise hat Autonomie trotz Multimorbidität eine hohe gesellschaftliche Bedeutung (vgl. Kapitel 2.3.2). Frühestmögliche Prävention des Verlusts an Selbstständigkeit vor und in der Pflege kann Immobilität im hohen Alter vermeiden oder verzögern. Die „Moderne Physiotherapie“ in der Geriatrie setzt die Mobilität als Ziel im bio-psycho-sozialen Bezugsrahmen mit den klientenzentrierten Therapiestrategien zur Erhaltung der Aktivität und Teilhabe (vgl. Kapitel 3.3.3 – ICF) um.

Der medizinisch-technologische Fortschritt (vgl. Kapitel 2.7.1 und 2.7.2) ist rasant und wird bereits schwerpunktmäßig in den Analyse- und Trainingssystemen der medizinischen Trainingstherapie umgesetzt, wobei die Anwendung und Auswertung der Messtechnik von den spezifischen Zusatzqualifikationen des Therapeuten abhängt. Die Möglichkeiten der Digitalisierung könnten jedoch besser genutzt werden, wenn der Haus- oder Facharzt als Casemanager die erhobenen Gesundheitsdaten direkt von der Reha-Einrichtung oder Physiotherapiepraxis abrufen könnte. Durch gegenseitigen digitalen Datenaustausch könnte die Komplexität einer Krankheit und deren individueller Verlauf im Verlauf der Intervention viel genauer dokumentiert werden. E-Health und Telematik ermöglichen neue technologische Versorgungsformen, welche die Interaktion mit den Patienten und zwischen den Berufen im Gesundheitswesen ändern werden. Es gilt, diese neuen Tätigkeitsfelder zu erkennen und mitzugestalten, um die Physiotherapie dank technischer Unterstützung zu erneuern und stärker zu professionalisieren.

Die Fortschritte der evidenzbasierten Medizin durch aktuelle Leitlinien und Health Technology Assessments bilden die wissenschaftsorientierte Basis einer qualitativ hochwertigen und effizienten Arbeitsweise in der Physiotherapie (vgl. Kapitel 2.7.3). Wissenschaftlich hochwertige Ressourcen liefern nicht nur den von der Gesundheitspolitik und Kostenträgern geforderten Wirksamkeitsnachweis, sondern

dienen dazu, die eigene Tätigkeit kritisch zu reflektieren. Hierzu ist für einen Teil der Physiotherapeuten eine hochschulische Ausbildung erforderlich. Die wissenschaftlichen, technologischen und gesellschaftlichen Entwicklungen bieten dem beruflichen Nachwuchs attraktive Perspektiven.

Trotz bestehender Leitlinien und evidenzbasierter Versorgung kommt es im Gesundheitswesen zur Über-, Unter- und Fehlversorgung (vgl. SVR, 2001, S. 31) durch ökonomische Fehlanreize in der vollstationären Versorgung. Während sich in den vergangenen zehn Jahren die Zahl der Wirbelsäulenoperationen verdoppelte (vgl. G-BA, 2017c), werden zu wenig leitliniengerechte aktivierende und teilhabeorientierte Interventionen von den einweisenden Ärzten vor der OP verordnet (vgl. Kapitel 2.8.2). Jeder Patient mit degenerativen Gelenkerkrankungen sollte entsprechend dem Stadium seiner Erkrankung eine bedarfsgerechte und effiziente Versorgung erhalten.

3 Versorgungsleistungen in der gesundheitsbezogenen Dienstleistung

Unter Berücksichtigung der in Kapitel 2 dargestellten gesellschaftlichen Veränderungen mit epidemiologischer Relevanz bilden die Auswirkungen auf die Krankheitslast der Bevölkerung, insbesondere der Verlust an Lebensqualität und sozialer Teilhabe, die wissenschaftliche Basis für strategische Entscheidungen zur Entwicklung eines regionalen medizinischen Gesundheitsdienstleiters. Notwendige Innovationen zur Ausrichtung der Versorgung an den Bedarf sind oft zurückzuführen auf gesellschaftliche Herausforderungen, den technischen Fortschritt, neue Erkenntnisse in der Medizin, neue gesetzliche Anforderungen oder gesundheitsökonomische Zwänge. Gefordert wird eine permanente Anpassung der Leistungserbringung an externe Vorgaben unter marktwirtschaftlichen Steuerungsmechanismen. Beispiele hierfür sind die durch Gesundheitsreformen ausgelöste Gesetzgebung und Richtlinien sowie die Vorgaben medizinischer Leitlinien und Standards, die zu einer Veränderung überholter Routinen und Rollen führen sollen (vgl. SVR, 2007, S. 16; Kuhlmeier, 2013, S. 8).

Dieses Kapitel stellt die rechtlichen Regelungen, die Rahmenempfehlungen und Leistungsbeschreibungen der physiotherapeutischen Versorgungsleistungen vor. Insbesondere der Leistungskatalog unterliegt gesetzlichen Bestimmungen zur Festsetzung erstattungsfähiger Leistungen, die vom Staat als Regulierungsfunktionen an Verbände und andere Organisationen delegiert werden. Wichtige Gremien sind der bereits erwähnte Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), die Kostenträger, die Bundesärztekammer (BÄK) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. und andere Institutionen.

Die Vorgaben für die ambulante medizinische Rehabilitation und Nachsorge bilden einen Schwerpunkt, da hierin die interprofessionellen und multimodalen Leistungen in einem bio-psycho-sozialen Bezugssystem nach qualitativen Vorgaben der Kostenträger abgebildet sind.

Ein komplexes Versorgungsmanagement beinhaltet den Sektor der Primärversorgung (ambulante Behandlung durch niedergelassene Ärzte), den stationären Sektor der Akutversorgung im Krankenhaus, die Rehabilitation sowie die Prävention und Gesundheitsför-

derung (vgl. BMG, 2016h), wobei die Grenzen zwischen den Sektoren für den Patienten/Klienten zunehmend verschwimmen. In den folgenden Kapiteln werden diese Sektoren des Gesundheitssystems einschließlich der Übergänge und Schnittstellen aus dem Blickwinkel der Physiotherapie beschrieben, um auszuloten, wie diese in eine „Moderne Physiotherapie“ Eingang finden können bzw. sollen.

3.1 Physiotherapie in der stationären Akutversorgung

Die physiotherapeutische Behandlung der Patienten im Rahmen der stationären Versorgung in Krankenhäusern wird über tagesbezogene Pflegesätze bzw. über das DRG-System nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgerechnet. Die Einzelheiten der Vergütung werden im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) geregelt, auf die nicht eingegangen wird. Ziel dieser pauschalierten Vergütung⁶² ist es, den Krankenhäusern einen Anreiz zu bieten, die Verweildauer der Patienten zu senken (RKI, 2015a, S. 312).

Mit der Fallpauschale wird die Vergütung einer definierten Erkrankung und deren Behandlung in einer bestimmten Bandbreite der Verweildauer kalkuliert. Innerhalb dieser Bandbreite wird die gleiche Pauschale unabhängig von der tatsächlichen Verweildauer des Patienten gezahlt. (BMG, 2017c)

Dieser gesundheitsökonomische Ansatz hat dazu geführt, dass die durchschnittliche Verweildauer in den Krankenhäusern von 9,2 Tagen im Jahr 2000 bis zum Jahr 2014 auf 6,8 Tage verkürzt werden konnte (vgl. BMG, 2017c). Aus ökonomischer Perspektive ist jede physiotherapeutische Mobilisationsbehandlung nicht nur ein Beitrag zum Heilungsverlauf, sondern gleichermaßen zur Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses. Im Zuge der früheren Entlassungen⁶³ erhöht sich durch die frühere Aufnahme der Patienten in die medizinische Rehabilitation der Behandlungsaufwand zur Erreichung der Therapieziele bei begrenzten Ressourcen der Rehabilitationsklinik (vgl. von Eiff, Schüring, Greitemann & Karoff, 2011).

⁶² Abhängig von den Faktoren der Haupt- und Nebendiagnosen, dem Schweregrad der Erkrankung, Alter, Geschlecht sowie den erbrachten Leistungen (Untersuchungen, Operationen und Behandlungen), u. a.

⁶³ Schlagwort: ‚Blutige Entlassung‘.

Entlassmanagement

Bis 2015 waren die Verordnung von Arzneimitteln oder Heilmitteln und das Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen niedergelassenen Vertragsärzten vorbehalten, sodass es nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zu Versorgungslücken kommen konnte (vgl. G-BA, 2015b, S. 1). Im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Versorgungsstärkungsgesetz) wurde im Mai 2016 vom G-BA beschlossen, das Krankenhaus-Entlassmanagement zu verbessern.

Der Übergang von der stationären Krankenhausversorgung in eine weitergehende medizinische, rehabilitative oder pflegerische Versorgung stellt eine besonders kritische Phase der Behandlungs- und Versorgungskette für die betroffenen Patientinnen und Patienten dar. (BMG, 2016e)

Der Erfolg und die Nachhaltigkeit stationär erbrachter Leistungen sollen durch eine abgestimmte und koordinierte Versorgungskette⁶⁴, erforderlichenfalls über mehrere Professionen und Institutionen hinweg, gesichert werden (vgl. BMG, 2016e). Vor allem Patienten mit komplexen chronischen Erkrankungen haben im Zuge der Entlassung wahlweise Anspruch auf

- eine nahtlos anschließende, aktivierende und teilhabeorientierte Rehabilitation (vgl. § 21 SGB IX; § 111 c SGB V; § 11 Abs. 2 SGB V),
- eine einzelne medizinische Versorgungsbereiche (Krankenhaus, Rehabilitation, Pflege, Hausärzte, Fachärzte) übergreifende Integrierte Versorgung (IV) (vgl. §§ 140 a-d, SGB V) oder
- Maßnahmen der regionalen Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V.

Ebenso sieht die Gesetzgebung im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes nach § 39 SGB V vor, Versorgungsbrüche an den Schnittstellen zu vermeiden, indem der Arzt im Krankenhaus, soweit erforderlich „für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen“ (G-BA 2015a, S. 1) entsprechend den Richtlinien des G-BA Heilmittel verordnen kann.

⁶⁴ Im Sinne einer Versorgungskette haben Versicherte nach § 11 Abs. 4 SGB V „(...) Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche (...)“.

Die stationäre Physiotherapie steht neben anderen stationären Leistungen am Anfang der teilhabebezogenen Versorgungskette. Zukünftig gilt es zu analysieren, ob das Entlassmanagement der Krankenhäuser, welches erst seit Oktober 2017 verpflichtend ist, bestehende Barrieren zur Heilmittel- und Rehavversorgung abbauen kann.

3.2 Physiotherapie in der ambulanten Heilmittelversorgung

Die Mehrzahl der deutschen Physiotherapeuten – 161.000 Vollzeitäquivalente Beschäftigte, davon 115.000 Frauen (rund 71 %) – arbeiteten nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2017c, S. 11) im Jahr 2015 in ambulanten Heilmittelpraxen.

Der weitaus größte Teil physiotherapeutischer Interventionen (nahezu 47 %) erfolgte in diesem Jahr nach dem Heilmittelreport der AOK (vgl. Waltersbacher, 2015, S. 8) aufgrund der Indikation „*Wirbelsäulenerkrankungen*“. Die weiteren Verordnungen nach Indikationen verteilten sich auf „Erkrankungen von Becken und Extremitäten“ (36 %), „ZNS-Erkrankungen nach dem 18. Lebensjahr“ (13,5 %) und sonstigen Indikationen. Bei den Patienten mit Wirbelsäulenerkrankungen wurden 12 % mit Massagen, 21 % mit Manueller Therapie und 20 Prozent mit unterstützender Kälte- oder Wärmebehandlung versorgt (vgl. a. a. O., S. 42).

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen hierzu werden durch den G-BA vorgegeben.

3.2.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen

Der G-BA definiert in seiner Richtlinie „über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung“ Heilmittel als „persönlich zu erbringende medizinische Leistungen“ (G-BA, 2017d, S. 5).

Heilmittel sind

- die einzelnen Maßnahmen der Physikalischen Therapie (§§ 18 bis 25),
- die einzelnen Maßnahmen der Podologischen Therapie (§ 28 Absatz 4 Nummer 1 bis 4),
- die einzelnen Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (§§ 31 bis 33),
- die einzelnen Maßnahmen der Ergotherapie (§§ 36 bis 40). (a. a. O.)

Die Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) wird vom G-BA gemäß § 91 Abs. 5 SGB V erstellt. Sie regelt die Versorgung kranker Menschen mit Heilmitteln und das Überprüfungsverfahren zur Anerkennung neuer Heilmittel in Bezug auf den therapeutischen Nutzen nach § 138 SGB V.

Insbesondere regelt der G-BA über Richtlinien

- [den] „Katalog verordnungsfähiger Heilmittel,
- die Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen,
- die Besonderheiten bei Wiederholungsverordnungen und
- den Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Vertragsarztes mit dem jeweiligen Heilmittelerbringer. (SGB V, § 92)

In den Heilmittelrichtlinien gibt es keine gesetzlichen Vorgaben für die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den Heilmittelerbringern, um komplexe Versorgungsbedarfe zu koordinieren.

Nach § 12 SGB V wird die Grundlage für die Festlegung der Qualität der ambulanten Heilmittelversorgung unter der Prämisse des ‚Wirtschaftlichkeitsgebots‘ durch den Gesetzgeber festgelegt:

Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen. (SGB V, § 12)

„Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln, soweit sie nicht nach § 34 ausgeschlossen sind“ (SGB V § 32). Die rechtlichen Rahmenbedingungen zur Qualität der Leistungserbringung sind in § 135a SGB V formuliert:

Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. (a. a. O.)

Die Umsetzung dieser Qualitätsansprüche nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen ist unter den gegebenen Rahmenbedingungen des Heilmittelbereichs kaum leistbar (vgl. dazu weiter Kapitel 5.2.6 – Forderung der Kostenträger nach Evi-

denzbasierung), muss aber in der „Modernen Physiotherapie“ dennoch realisiert werden.

Die Beziehungen zwischen der GKV zu Leistungserbringern von Heilmitteln werden über die Zulassung nach § 124 SGB V geregelt:

(1) Heilmittel, die als Dienstleistungen abgegeben werden, insbesondere Leistungen der physikalischen Therapie, der Sprachtherapie oder der Ergotherapie, dürfen an Versicherte nur von zugelassenen Leistungserbringern abgegeben werden.

(2) Zuzulassen ist, wer

1. die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis besitzt,
2. über eine Praxisausstattung verfügt, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleistet, und
3. die für die Versorgung der Versicherten geltenden Vereinbarungen anerkennt.

Personale Anforderungen

Maßnahmen der Physiotherapie werden nach § 124 SGB V als „persönlich erbrachte medizinische Leistungen“ definiert. Die Zulassung als Heilmittelerbringer bedarf nach dem Masseur- und Physiotherapeutengesetz (MPhG, Abschnitt 1) der Erlaubnis, die nach der bestandenen Abschlussprüfung einer dreijährigen staatlich anerkannten Ausbildung erteilt wird (vgl. Kapitel 3.6). Für besondere Maßnahmen der Physiotherapie, sogenannte Zertifikatspositionen, bedarf es einer „erfolgreich abgeschlossene(n) spezielle(n) Weiterbildung“ (GKV-Spitzenverband, 2006b, S. 7).

Räumliche und apparative Anforderungen

Gemäß § 124 Abs. 4 SGB V der Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes (2016a, S. 11) gelten u. a. folgende räumliche Mindestvoraussetzungen für eine Zulassung: Nutzfläche von mindestens 50 qm, Therapiefläche von 32 qm, davon ein Behandlungsraum mit mindestens 20 qm Fläche, zwei zusätzliche Behandlungsräume von mindestens 6 qm Fläche mit Behandlungsbänken. Diese Voraussetzungen gelten für den Zugelassenen und eine Vollzeit-Fachkraft.

Für die Leistung *gerätegestützte Krankengymnastik* „ist innerhalb der Praxis ein zusätzlicher Raum von mindestens 30 qm vorzuhalten“ (GKV-Spitzenverband, 2016a, S. 12). Die apparative Mindestausstattung hierfür sieht zwei Universalzugapparate, eine Trainingsbank, eine Funktionsstemma (Beinpresse), einen ‚hinteren Rumpfhheber‘ (Rumpfextension gegen die Schwerkraft) und einen Vertikalzugapparat vor (GKV-Spitzenverbandes, 2016a, S. 13).

Die Strukturvorgaben des GKV-Spitzenverbandes schränken die Bewegungsfreiheit bei einer gleichzeitigen Behandlung von maximal 3 Patienten (vgl. § 125 SGB V Anlage 1a, S. 18) sehr ein, zumal keine weiteren Geräte für ein Herz-Kreislauftraining oder eine Erwärmung als Grundausstattung für ein umfassendes Training gefordert werden.

Neue oder langfristige Heilmittel können in der ambulanten Versorgung zum Schutz der Patienten nur dann zu Lasten der GKV verordnet werden, wenn der G-BA zuvor ihren therapeutischen Nutzen nach § 138 SGB V anerkannt hat. Ein konkretes Beispiel für langwierige gesetzliche Umsetzungen ist der Zugang von Patienten mit der Erkrankung Schiefhals (*Torticollis spasmodicus*⁶⁵) in die Indikationsliste für langfristigen physiotherapeutischen Heilmittelbedarf. Erst nach jahrelangen Gesprächen und Schriftwechseln mit ärztlichen Vertretern der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) und Patientenvertretern⁶⁶ hat der G-BA laut Beschluss vom 19. Mai 2016 diese Erkrankung in die Indikationsliste aufgenommen (vgl. DGN, 2016). Patienten mit langfristigen schweren „funktionalen/strukturellen Schädigungen“ und daraus folgenden „Beeinträchtigungen der Aktivitäten“ benötigen dauerhaft Heilmittel und haben Anspruch auf „langfristigen Heilmittelbedarf“ (G-BA, 2016b, S. 5).

Das Mitte 2015 in Kraft getretene Versorgungsstärkungsgesetz regelt, dass die formalen Anforderungen an eine Heilmittelverordnung nicht mehr einseitig von jeder Krankenkasse selbst festgelegt, sondern zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) e. V. verhandelt werden. Es wird ein Schiedsverfahren bei

⁶⁵ „(...) einer schmerzhaften und stigmatisierenden neurologisch bedingten Fehlhaltung des Halses“ (DGN, 2016, S.1).

⁶⁶ Physiotherapeuten sind im G-BA nicht stimmberechtigt.

Preisverhandlungen eingeführt. Die ärztlichen Regresse werden künftig nicht mehr auf Bundesebene festgelegt, sondern auf der Landesebene verhandelt. Bonusregelungen, bei denen Ärzte finanziell davon profitieren, wenn sie auf Heilmittelverordnungen verzichten, darf es nicht mehr geben (vgl. SHV, 2014).

Am 31. August 2016 wurde vom Bundeskabinett ein Gesetzentwurf zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung beschlossen. Der ehemalige Bundesminister für Gesundheit Hermann Gröhe erklärte hierzu „angesichts der steigenden Zahl älterer, chronisch und mehrfach erkrankter Patienten“ sei es erforderlich „stärker auf Prävention und Rehabilitation [zu] setzen“ (BMG, 2016j).

Am 16. Februar 2017 hat der Deutsche Bundestag das *Heil- und Hilfsmittelverstärkungsgesetz (HHVG)* verabschiedet, welches überwiegend zum 1. März 2017 in Kraft getreten ist. Neben einer Anpassung der Qualitätskriterien in der Hilfsmittelversorgung und Stärkung der Patientenrechte geht es in der Heilmittelversorgung um die Entkopplung von der Grundlohnsumme⁶⁷, die seit 2004 bei den ambulanten Heilmittelerbringern zu einem Sinken der Reallöhne geführt hat, wie das Diagramm der Abbildung 3-1 nach Staeck (2016) zeigt.

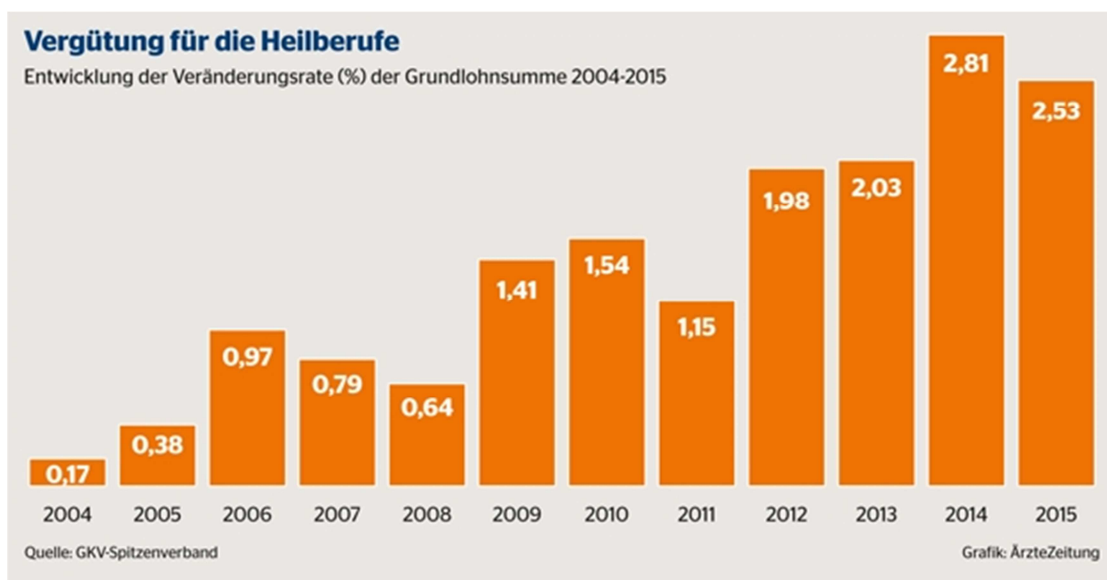


Abbildung 3-1: Vergütung für die Heilberufe nach Staeck (2014).

⁶⁷ Seit dem Jahr 2004 sind nach § 71 SGB V die Vergütungen für Leistungen der Heilmittelerbringer zu Lasten der GKV an die Entwicklung der Grundlohnsumme gebunden, um eine Beitragssatzstabilität zu erhalten. Die Grundlohnsumme ist das zentrale Bemessungsinstrument für die Lohnentwicklung eines Jahres. Sie ist von der Gesamtsumme aller beitragspflichtigen Einkommen der Mitglieder der Sozialversicherung abhängig (vgl. GKV-Spitzenverband, 2016a).

Die Deckelung der Vergütungserhöhungen für Heilmittelleistungen durch die Grundlohnsummenbindung als Haupteinnahmequelle des Gesundheitsfonds wird nach dem HHVG für die Jahre 2017 bis 2019 ausgesetzt (vgl. BMG, 2017d, S. 4). „Nachdem Ärzte und Psychotherapeuten schon länger von dieser Koppelung befreit sind, sollen künftig auch Heilmittelerbringer von einer Entkopplung profitieren“ (Kühne, 2017). Ziele des HHVG nach dem BMG (vgl. 2017c, S. 4) sind, den wachsenden Anforderungen an die Heilmittelerbringer besser gerecht zu werden, eine angemessene Vergütung der Leistungen in den Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Verbänden der Heilmittelleistungserbringer zu ermöglichen und hierdurch die Attraktivität der Therapieberufe zu steigern.

Ein weiterer Kernpunkt des HHVG ist die Zuweisung einer stärkeren Versorgungsverantwortung für die Therapieberufe, indem die Krankenkassen verpflichtet werden,

mit den Verbänden der Heilmittelerbringer Verträge über Modellvorhaben zur sogenannten „Blankoverordnung“ von Heilmitteln abzuschließen. Bei dieser Versorgungsform erfolgt die Verordnung eines Heilmittels weiterhin durch den Arzt, der Heilmittelerbringer bestimmt aber die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten. (BMG, 2017d, S. 4)

Diese Modellvorhaben sollen in jedem Bundesland durchgeführt werden (vgl. Deutscher Bundestag, 2016b, S. 3). Nach einer wissenschaftlichen Evaluation soll entschieden werden, ob diese Versorgungsform in die Regelversorgung übergeführt wird (vgl. a. a. O., S. 29). In der Gesundheitsministerkonferenz der Länder im Juni 2016 wurde das BMG gebeten den „Direktzugang“⁶⁸ für die Heilmittelerbringer in Modellvorhaben zu prüfen, „so weit sie hierzu aufgrund ihrer Ausbildung qualifiziert sind“ (Gesundheitsministerkonferenz, 2016, S. 41). Diese Empfehlung wird bis auf weiteres noch nicht umgesetzt.

3.2.2 Rahmenempfehlungen der gesetzlichen Krankenkassen

Gemeinsame Rahmenempfehlungen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und „den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer“ auf Bundesebene regeln gemäß § 125 Abs. 1 SGB V das Verhältnis der Heilmittelerbringer zu den gesetzlichen Krankenversicherungen zur Sicherstellung einer einheitlichen „wirksamen und wirt-

⁶⁸ Der Direktzugang ersetzt den Arzt (Substitution) durch die Übertragung der Durchführungsverantwortung und der Indikationsstellung an den Physiotherapeuten.

schaftlichen ambulanten Versorgung“ (GKV-Spitzenverband, 2006a, S. 5). Insbesondere wird Folgendes gesetzlich geregelt:

1. Inhalt der einzelnen Heilmittel einschließlich Umfang und Häufigkeit ihrer Anwendungen im Regelfall sowie deren Regelbehandlungszeit,
2. Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung, die die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse umfassen,
3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Heilmittelerbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt,
- 3a. Vorgaben für die notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung sowie einheitliche Regelungen zur Abrechnung,
4. Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung und
5. Vorgaben für Vergütungsstrukturen. (SGB V, § 125)

Nach der HeilM-RL „bedarf es für bestimmte Maßnahmen der physikalischen Therapie (...) spezieller Qualifikationen, die über die im Rahmen der Berufsausbildung erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten hinausgehen“ (G-BA, 2017d, S. 16).

3.2.3 Verordnung von Heilmitteln

Physiotherapeuten sind als Heilmittelerbringer verpflichtet, die ärztliche Verordnung nach der Heilmittelverordnung Muster 13 auf Richtigkeit, Plausibilität und Vollständigkeit zu prüfen, bevor die Behandlung beginnt (vgl. KV Nordrhein, 2017). Sind dem Arzt Fehler bei der Verordnung nach den komplexen Regelungen des Heilmittelkatalogs unterlaufen und wurde die Prüfpflicht des Leistungserbringers nicht wahrgenommen, können die Kostenträger die Leistungen nicht vergüten. Da es sich um eine Urkunde handelt, „die nur der verordnende Arzt ändern darf“, werden von Heilmittelpraxen häufig Rückfragen bzw. Änderungswünsche an den Arzt gestellt, die für beide Seiten einen bürokratischen Mehraufwand auslösen (a. a. O).

Vertragsärzte der GKV sind verpflichtet, auf jeder Heilmittelverordnung den therapie relevanten ICD-10-GM-Code als Diagnose einzutragen (vgl. Kapitel 3.3.3). Darüber hinaus muss der Arzt diese Diagnose zusätzlich über einen ausschließlich für Heilmittel erforderlichen „Indikationsschlüssel“⁶⁹ beziffern und außerdem in Textform angeben. Eine Diagnose per se, wie beispielsweise ‚Z. n. Bandscheiben-OP‘, ist nicht ausreichend, denn zu-

⁶⁹ Der Indikationsschlüssel für Heilmittel nach Diagnosegruppe gilt nur für Deutschland und entspricht nicht der internationalen Systematik des ICD-10-GM-Codes.

sätzlich ist noch die Leitsymptomatik, z. B. ‚Fußheberschwäche‘, ärztlich zu bestimmen. Insgesamt muss der Arzt an 13 Pflichtfeldern (ohne Patientendaten, Angabe der Krankenversicherung, Arzt-Nr. und Verordnungsdatum) Entscheidungen treffen und in der Verordnung dokumentieren. Neben der Art des Heilmittels, z. B. Manuelle Lymphdrainage, Gerätegestützte Krankengymnastik oder Manuelle Therapie, soll er auch die Behandlungsfrequenz pro Woche vorgeben. Im Feld „Verordnung nach Maßgabe des Katalogs“ hat der Arzt je nach Therapieziel auszuwählen zwischen:

- vorrangiges Heilmittel (1. Wahl, soll vorrangig verordnet werden) optionales Heilmittel (alternativ statt vorrangigem Heilmittel) [,]
- ergänzendes Heilmittel (zusätzlich zum vorrangigen/optionalen Heilmittel verordnungsfähig) [und]
- standardisierte Heilmittelkombination (D1, bei komplexen Schädigungen, wenn die Kombination von drei oder mehr Maßnahmen synergistisch sinnvoll ist). (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2016)

Verglichen mit dem Ausfüllen einer Arzneimittelverordnung ist die Erstellung der Heilmittelverordnung so aufwendig, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen in Form von Ausfüllhilfen Unterstützung anbieten (siehe Anhang I Ausfüllanleitung Heilmittel Physikalische Therapie). Qualitätsreserven zur Überwindung der Schnittstellenproblematik zwischen Arzt, Patient und Heilmittelerbringer werden in Kapitel 5.2.2 unter dem Stichwort ‚Blankoverordnung‘ diskutiert.

Die Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) erfolgt als Sondermodell über die Zulassung durch die Deutsche gesetzliche Unfallversicherung (DGUV). Darüber hinaus können privat- und beihilfeberechtigte Patienten nach diesem Modell versorgt werden. Auf Basis einer ärztlichen Verordnung erfolgt die Therapie, bestehend aus einer Befundaufnahme, Leistungsdiagnostik, Physiotherapie, Medizinischen Trainingstherapie und physikalischen Maßnahmen.

3.2.4 Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen

Hinweise auf die Ausgaben für Heilmittelleistungen im ambulanten Bereich geben die Daten der jährlichen Heilmittelberichte des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO). Die gesamten Leistungsausgaben der GKV sind von 165 Mrd. Euro im Jahr 2010 bis zum

Jahr 2014 auf nahezu 194 Mrd. Euro angestiegen. Das entspricht einer Steigerung um 17,6 %. Im Vergleich hierzu sind die Ausgaben für Heilmittel im gleichen Zeitraum von 4,61 Mrd. Euro auf 5,69 Mrd. Euro um 23,4 % überproportional angestiegen (vgl. Deutscher Bundestag, 2016a, S. 2). Im Jahr 2014 hatten bei den ärztlichen Verordnungen physiotherapeutische Leistungen mit 72,1 % an allen Heilmittelverordnungen den größten Anteil, neben Maßnahmen der Ergotherapie, Logopädie und Podologie (Waltersbacher, 2015, S. 38).

Die Einzelbehandlung ‚Krankengymnastik‘ ist in den vergangenen zehn Jahren durchgängig die umsatzstärkste Heilmittelleistung mit zuletzt einem Umsatzanteil von 28 % (vgl. GKV Spitzenverband, 2015).

Die Abbildung 3-2 verdeutlicht das Verhältnis der Ausgaben der GKV für die Inanspruchnahme von Heilmitteln sowie von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen im Wert von etwa 3,2 Mrd. Euro zu den gesamten Leistungsausgaben der GKV in 2014 (vgl. GKV-Spitzenverband, 2016b, S. 4). Der Gesamtanteil der Ausgaben für Heilmittel-, Vorsorge und Rehabilitationsleistungen betrug im Jahr 2014 lediglich 4,57 Prozent der gesamten Ausgaben der GKV.

Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche der GKV 2014 in Mrd. Euro

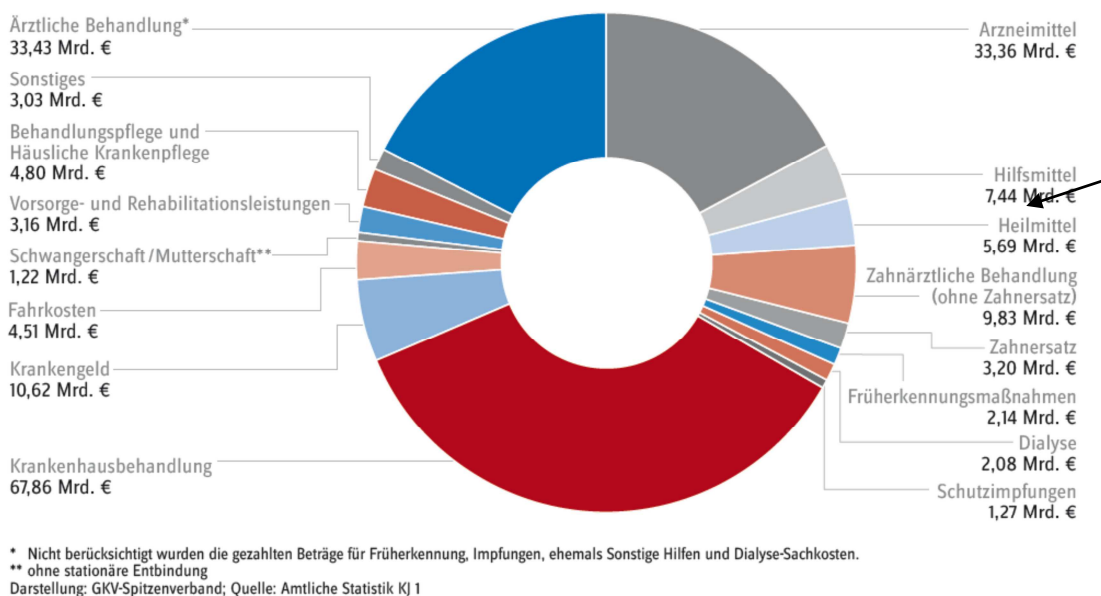


Abbildung 3-2: Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche der GKV im Jahr 2014 in Mrd. Euro nach dem GKV-Spitzenverband (2016b, S. 4).

3.2.5 Soziodemografische Merkmale der Empfänger von Heilmitteln

Aus der Grafik des Heilmittelberichts des wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) in Abbildung 3-3 wird ersichtlich, dass Kinder im Vergleich zu älteren Menschen im Jahr 2014 deutlich seltener physiotherapeutische Leistungen erhielten (vgl. Waltersbacher, 2015, S. 44); hingegen nahm die Inanspruchnahme von Leistungen ab dem 75. Lebensjahr im Vergleich zu vergangenen Jahren überproportional zu (vgl. Waltersbacher, 2015, S. 47). Die Bevölkerungsgruppe der Frauen zwischen 70 und 89 Jahren und der Männer ab dem 65. Lebensjahr erhielt die höchsten Behandlungsraten (Leistungen je 1.000 Versicherte). Ab dem 10. Lebensjahr nahmen Frauen nach den Daten der AOK deutlich mehr Heilmittel in Anspruch als Männer.

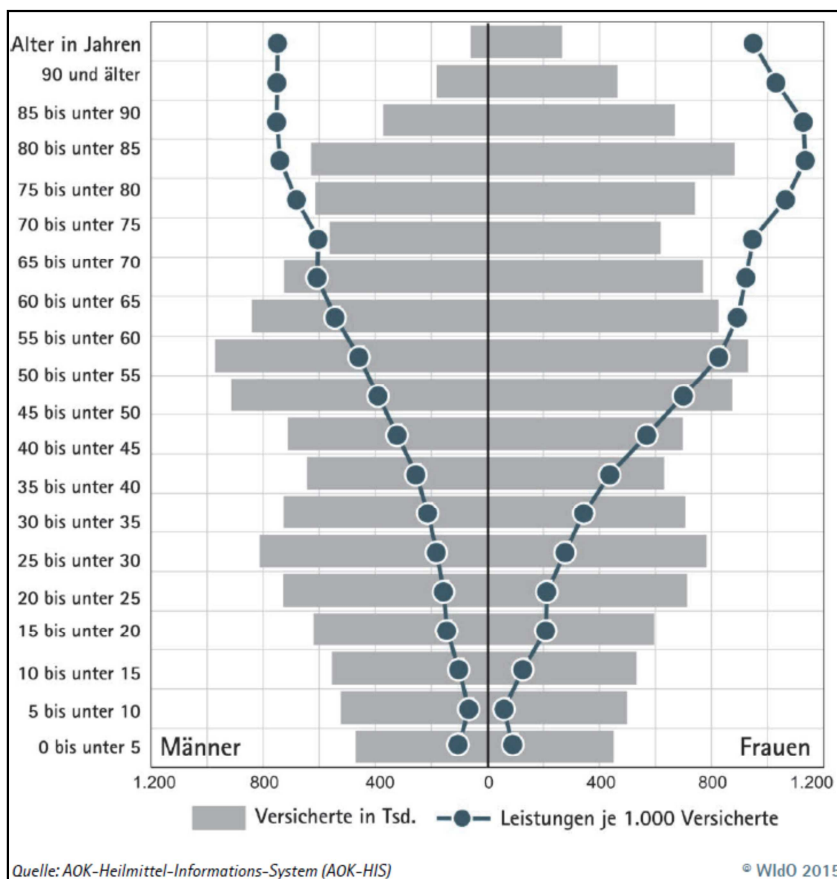


Abbildung 3-3: Physiotherapeutische Leistungen für Versicherte der AOK 2014 dargestellt nach Alter und Geschlecht nach Waltersbacher (2015, S. 44).

3.3 Ambulante medizinische Rehabilitation

„Rehabilitation muss das Leben im Kranksein stärken“ und „den sozialen Rückzug verhindern“ – so erklärte Prof. Giovanni Maio (2016) in seinem Eröffnungsvortrag zum 25. Reha-Kolloquium in Aachen den Auftrag der Rehabilitation. Kernaufgabe der Rehabilitation sei die Frage zu klären, was die Behinderung oder chronische Krankheit für den Betroffenen bedeute, wenn sie die Selbstverständlichkeit der bisher gewonnenen Lebensqualität unterbricht, die Sicherheit und Normalität des Lebens verlorengelassen, und die eigene Identität hierdurch infrage gestellt wird. Maio sieht die Krankheit als traumatisierendes Lebensereignis, welches den Beginn einer Metamorphose zur Folge habe. In der Krise bestehe der Zwang, sich neu zu orientieren. Hierbei sei die Krankheit als Entwicklungsaufgabe zu sehen, aus der der Rehabilitand neue Kräfte schöpfen könne, statt ihr ausgeliefert zu sein. Das erfordere Zeit, Zuwendung und Behutsamkeit in der Therapie. Eine Aussage, die im Spannungsfeld zur Ökonomisierung der Rehabilitation nach starren Regeln stehe (Maio, 2016).

Die Rehabilitation unterliegt aufgrund der in Kapitel 2 dargestellten gesellschaftlichen und epidemiologischen Entwicklungen einem Wandlungsprozess hin zu chronischen und oft mehrfach erkrankten Menschen. Entsprechend „entwickeln sich auch die von Politik und Gesetzgebung vorgegebenen Rahmenbedingungen im Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen (...) weiter“ (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. [MDS], 2012, S. 3).

Das am 1.7.2001 in Kraft getretene SGB IX zielt für Menschen mit Behinderung darauf ab „behinderungsbedingte Nachteile auszugleichen und die Selbstbestimmung (...) [und] Teilhabe am Leben in der Gesellschaft durch besondere Sozialleistungen (Leistungen zur Teilhabe) zu fördern“ (BMAS, 2016, S. 6 gemäß SGB IX, §1).

Der Begriff der Rehabilitation (lateinisch: rehabilitare) bedeutet wiederbefähigen/wiederherstellen und umfasst nach Angaben des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) (2016, S. 38) drei Leistungsgruppen:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) und
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Die Leistungen unterscheiden sich nach ihren Ansätzen:

- Die *medizinische Rehabilitation* zielt darauf ab, „Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten“ mit daraus resultierenden „Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden“ (SGB IX, § 26).
- Die berufliche Rehabilitation verfolgt das Ziel, die von Erwerbsminderung bedrohten Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen durch die selbstbestimmte Teilhabe und dauerhafte Eingliederung in das Arbeitsleben zu fördern (vgl. DRV B, 2009, S. 8; Roßbach, 2016).
- Die soziale Rehabilitation soll die Teilhabe am Leben im sozialen Umfeld mit seinen alltäglichen Anforderungen ermöglichen (Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach § 33 und § 55 SGB IX).

Obwohl seit dem 1. Januar 1996 die ambulanten und stationären Reha-Maßnahmen gleichgestellt sind (vgl. RKI, 2015a, S. 319) und die ambulante Reha sich nach statistischen Auswertungen der DRV B im Jahr 2015 „von rund 25.000 im Jahr 2000 auf rund 148.000 Leistungen mehr als verfünffacht“ hat (DRV B, 2016g, S. 25), findet die medizinische Rehabilitation immer noch vorwiegend stationär statt (vgl. SVR 2014, S. 73). Die ambulante Reha machte im Jahr 2015 nur 14 % aller medizinischen Reha-Leistungen aus (vgl. DRV B, 2016g, S. 25).

Ambulante Leistungen der medizinischen Rehabilitation orientieren sich am Bedarf der regionalen Bevölkerung nach wohnortnahen Angeboten zur Wiederherstellung und Wiederbefähigung verlorengangener Fähigkeiten. Die Vorteile gegenüber der stationären Rehabilitation liegen in der Beibehaltung und Berücksichtigung der Alltagsbedingungen während der Intervention durch eine auf die regionale Vernetzung mit Ärzten, Krankenhäusern, Betrieben, Betriebsärzten und Selbsthilfegruppen ausgerichtete Versorgungsstruktur (vgl. BAR, 2005, S. 21). Hinzu kommen ökonomische Vorteile des ambulanten Versorgungssettings, welches indikationsübergreifend bei durchschnittlich 95 Euro pro Tag liegt, im Vergleich zur stationären Reha, deren Kosten rund 125 Euro pro Tag betragen. Dabei muss die ambulante Versorgungsqualität die gleichen Standards erfüllen wie die bewährte stationäre Rehabilitation (vgl. DRV B, 2014a, S. 23).

Generell gilt für Versicherte die Zuzahlungspflicht von zehn Euro als Selbstkostenanteil pro Kalendertag der Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation, was für sozial schlechter gestellte Personen eine finanzielle Hürde darstellt.

Die weiteren Ausführungen beschränken sich auf die medizinische Rehabilitation.

Neben der Akutversorgung durch niedergelassene Haus- oder Fachärzte und der stationären Versorgung im Krankenhaus bildet die medizinische Rehabilitation einen festen Bestandteil innerhalb der Versorgungskette (vgl. BMG, 2016b). Die Tabelle 3-1 stellt die unterschiedlichen Versorgungssysteme nach der Konzeption, den Zielsetzungen und den Inhalten zusammenfassend gegenüber. Gesundheitspolitisches Ziel ist es, eine gute Verzahnung und bessere Zusammenarbeit zwischen der Akutversorgung und der medizinischen Rehabilitation einschließlich der Nachsorge und Tertiärprävention herzustellen.

Tabelle 3-1: Aufgabenstellungen und Zielsetzungen in der Akutversorgung und medizinischen Rehabilitation (eigene Darstellung)

	Akutversorgung (SGB V)	Medizinische Rehabilitation (SGB IX)
Modelle	Bezugssystem ist i. d. R. das bio-medizinische Krankheitsmodell.	Zugrunde gelegt wird das bio-psycho-soziale Modell von Krankheit und Behinderung.
Zielsetzungen	Vorrangige Ziele sind Diagnose und Linderung bzw. Heilung einer Erkrankung, woraus sich eine primär kurzfristige Zielperspektive ergibt.	Die mittel- bis langfristige Zielperspektive ist neben der Wiederherstellung der bestmöglichen Gesundheit ausgerichtet auf die Wiedereingliederung in Beruf, Familie und Gesellschaft.
Inhalte	Auf Grundlage der diagnostischen Maßnahmen orientieren sich die medikamentösen und chirurgischen Interventionen sowie die Krankenpflege und Therapie am Krankheitsbild.	Auf Grundlage der Diagnose erfolgt eine teilhabeorientierte Untersuchung und Behandlung mit übenden und trainierenden Verfahren wie gerätegestütztes körperliches Training, Beratung, Einsatz psychologischer Verfahren, edukativer Gesundheitsbildung und Patientenschulung sowie die Medikamentenvergabe und die Versorgung mit Hilfsmitteln.

Bevor auf die indikationsspezifischen Rehabilitationskonzepte eingegangen wird, werden die rechtlichen Vorgaben und der übergreifende Rahmen dargestellt.

3.3.1 Gesetzliche Vorgaben und Richtlinien

In Deutschland wird das Sozialrecht nach zwölf Sozialgesetzbüchern (SGB I – XII) gegliedert. Hierdurch werden die Sozialleistungen des Staates – das sind neben Arbeit, Sozialversicherungen, Kinder- und Jugendhilfe auch die ‚Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen‘ – nach umfassenden rechtlichen Rahmenbedingungen geregelt (vgl. BMAS, 2017).

Das SGB IX enthält die gesetzlichen Regelungen für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Diese werden durch die Richtlinie des G-BA (2015c) für die Inanspruchnahme rehabilitativer Maßnahmen durch die GKV ergänzt. Die medizinische Rehabilitation setzt dort an, wo nach SGB IX § 1 die „Selbstbestimmung und Teilhabe des Menschen am Leben in der Gesellschaft“ aufgrund von Krankheit, Unfall oder psychischer Störung gefährdet oder verlorengegangen ist (vgl. DRV B, 2016b, S. 3).

Komplexe Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden gemäß § 26 SGB IX für Menschen mit Behinderung „oder von Behinderung bedrohter Menschen“ als Aufgabe der Sozialleistungsträger 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 mindern.

In § 26 SGB IX ist der Vorrang von Rehabilitation vor Rente und Pflege (Grundsatz: ‚Reha vor Pflege‘) verortet.

Auf der Grundlage vor allem der Artikel 24 bis 27 der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)⁷⁰, soll der Rehabilitationsprozess effektiv und effizient gestaltet werden,

um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Selbstbestimmung, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens

⁷⁰ Die UN-Behindertenrechtskonvention von 2001 wurde als Übereinkommen der Vereinten Nationen über die universellen Rechte von Menschen mit Behinderungen von Deutschland als eines der ersten Länder unterzeichnet und ist am 26. März 2009 in Kraft getreten. Der Artikel 24 geht ein auf ‚Bildung‘, der Artikel 25 befasst sich mit ‚Gesundheit‘, der Artikel 26 thematisiert Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme und Artikel 27 beschreibt ‚Arbeit und Beschäftigung‘ (vgl. Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, 2017).

und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren. (UN-BRK, 2015, S. 46)

Der Behinderungsbegriff gemäß § 2 SGB IX rückt den Teilhabebegriff „anstelle von Fürsorge und Versorgung“ (BMAS, 2016, S.8) als Leitgedanken der Rehabilitation in den Vordergrund, indem er Menschen als behindert bezeichnet,

wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist. (SGB IX, § 2)

Zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation gehören gemäß § 26 SGB IX, neben den ärztlichen und pflegerischen Behandlungen, insbesondere die Physiotherapie, physikalische Therapien, Sport- und Bewegungstherapie, Ergotherapie, Psychologie, Psychotherapie, soziale Beratung, Ernährungsberatung, Gesundheitsbildung und weitere Leistungen (vgl. DRV B, 2015a). Durch die multiprofessionelle Zusammenarbeit aller beteiligten Gesundheitsfachberufe, die im direkten Patientenkontakt tätig sind, verfolgt die medizinische Rehabilitation einen ganzheitlichen Ansatz nach der ICF-Klassifikation (siehe Kapitel 3.3.3).

Als Vertragspartner sind Anbieter der medizinischen Rehabilitation gemäß § 21 SGB IX an folgende Basisregelungen gebunden:

1. Qualitätsanforderungen an die Ausführung der Leistungen, das beteiligte Personal und die begleitenden Fachdienste,
2. Übernahme von Grundsätzen der Rehabilitationsträger zur Vereinbarung von Vergütungen,
3. Rechte und Pflichten der Teilnehmer, soweit sich diese nicht bereits aus dem Rechtsverhältnis ergeben, das zwischen ihnen und dem Rehabilitationsträger besteht,
4. angemessene Mitwirkungsmöglichkeiten der Teilnehmer an der Ausführung der Leistungen,
5. Geheimhaltung personenbezogener Daten sowie
6. die Beschäftigung eines angemessenen Anteils behinderter, insbesondere schwerbehinderter Frauen,
7. das Angebot, Beratung durch den Träger der öffentlichen Jugendhilfe bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung in Anspruch zu nehmen.

Die personelle, apparative und räumliche Ausstattung der Rehabilitationseinrichtungen richtet sich nach den Anforderungen „im jeweiligen Indikationsbereich unter Berücksichtigung der Multimorbidität“ (DRV B, 2009, S. 23) (vgl. Kapitel 3.3.5).

Durch den § 21 SGB IX wird eine Einheitlichkeit der Leistungen hinsichtlich der Mindestanforderungen garantiert und über die Verfahren zur Qualitätssicherung von der DRV geprüft (siehe Kapitel 3.3.10 – Externe Qualitätssicherung).

Die größten Rehabilitationsträger unter den sieben verschiedenen Sozialversicherungen sind die Deutsche Rentenversicherung (DRV), die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) und die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) (vgl. SGB IX, § 6).

Für die gesetzlichen Krankenversicherungen legt § 11 Abs. 2 SGB V fest, dass Versicherte Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben, „die [aus ärztlicher Sicht, Anm. d. Verf.] notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern“. Zu diesem Zweck schließen die GKVen gemäß § 111c SGB V Versorgungsverträge mit den Reha-Einrichtungen über ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlussheilbehandlung ab.

Der seit Jahren im § 31 SGB V verankerte Grundsatz ‚Vorrang der Rehabilitation vor Pflege‘ könnte helfen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder hinauszuzögern. Er wird aber in der Realität viel zu selten umgesetzt.

3.3.2 Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe

Im Zeitraum 2005 bis 2013 stieg nach Angaben der BAR (2017a)

die Anzahl der Menschen mit Behinderungen von 10,99 Mio. auf 12,77 Mio. an. Das entspricht einem Zuwachs von 16 %. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung ist in diesem Zeitraum der Anteil von Menschen mit Behinderungen von 13,3 % auf 15,8 % angewachsen.

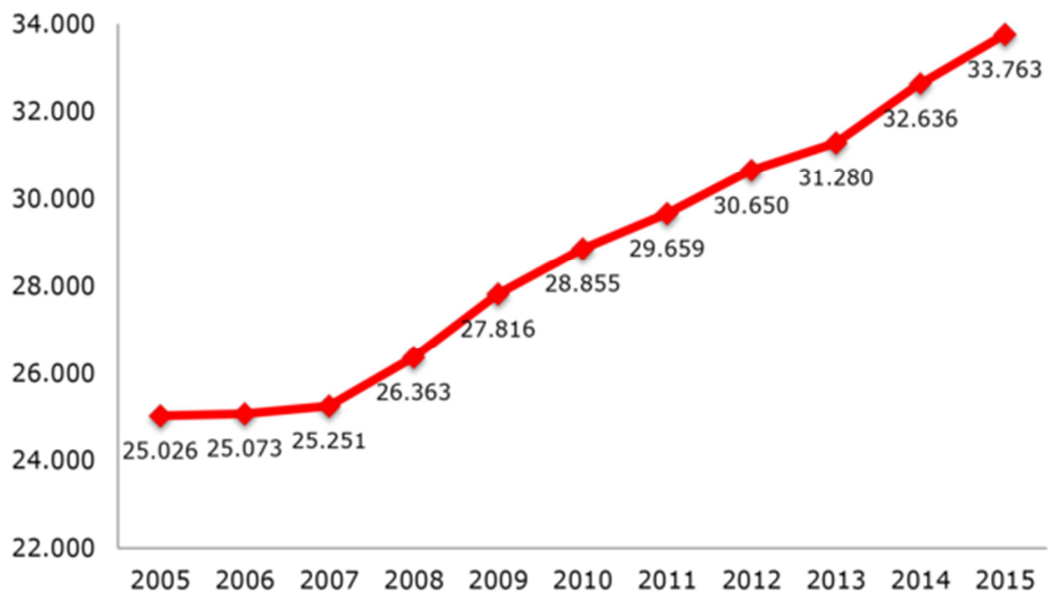


Abbildung 3-4: Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe von 2005 bis 2015 (in Mio. EUR) nach BAR (2017b).

Trägerübergreifend sind die jährlichen Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe von nahezu 25,3 Mrd. Euro im Jahr 2005 kontinuierlich bis auf 33,8 Mrd. Euro im Jahr 2015 angestiegen (siehe Abbildung 3-4).

Auf die einzelnen Trägerbereiche bezogen trägt die Eingliederungshilfe⁷¹ für Menschen mit Behinderung im Jahr 2015 mit 17 Mrd. Euro den größten Teil (ca. 50 %) der Aufwendungen für die Rehabilitation und Teilhabe, gefolgt von der gesetzlichen Rentenversicherung mit 6,2 Mrd. Euro, der DGUV⁷² und der gesetzlichen Krankenversicherung mit 3 Mrd. Euro sowie weiterer Sozialversicherungsträger (vgl. BAR, 2017b).

Bei der DRV ergibt sich im 10-Jahresvergleich eine Steigerung von 34,9 %, was einem Zuwachs an Ausgaben von 8,7 Mrd. Euro gegenüber 2005 entspricht. Bei der GKV nimmt der Anteil der ambulanten Rehabilitation um 60,5 % zu (2005: 76 Mio. Euro, gegenüber 2015: 122 Mio. Euro) (vgl. a. a. O.).

⁷¹ „Die im 6. Kapitel des SGB XII "Sozialhilfe" geregelte Eingliederungshilfe für behinderte Menschen hat die Aufgabe, eine drohende Behinderung zu verhüten, eine vorhandene Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen bzw. zu mildern und die Menschen mit Behinderungen in die Gesellschaft einzugliedern“ (Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen von Robert Koch-Institut und Statistisches Bundesamt, 2017b). Die häufigsten Hilfearten der Eingliederungshilfe sind z. B. Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen, in betreuten Wohnformen oder Heilpädagogische Leistungen für Kinder.

⁷² „Zu beachten ist, dass nach den Geschäfts- und Rechnungsergebnissen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) medizinische Reha-Maßnahmen unter Heilbehandlungen geführt werden und eine gesonderte Darstellung [der jährlichen Ausgaben] nicht vorgenommen wird“ (BAR, 2017b).

An Aufwendungen für Rehabilitation gab die DRV im Jahr 2015 6,21 Mrd. Euro für Rehabilitation aus (vgl. DRV B, 2016g, S. 55). Fallbezogen betragen die direkten Behandlungskosten⁷³ für eine stationäre medizinische Rehabilitation bei muskuloskelettalen Erkrankungen im Jahr 2015 im Schnitt 2.752 Euro, ambulant erbrachte Reha-Leistungen kosteten hingegen durchschnittlich 1.786 Euro.

3.3.3 Bio-psycho-soziale Konzeption der Reha nach ICF

Bei der Leistungserbringung zur medizinischen Rehabilitation ist die alleinige biomedizinische Erfassung einer Erkrankung durch Befunde und Diagnosestellung nach der ICD nicht ausreichend.

Die relativ neue Internationale Klassifikation der ‚ICF‘ (engl.: International classification of functioning, disability and health) ergänzt in deutscher Sprache seit 2005 die bestehende Klassifikation der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ‚ICD‘ (engl.: International classification of diseases and related health problems) der Weltgesundheitsorganisation (vgl. WHO, 2016c). In Deutschland bildet sie in der Version ‚ICD-10-GM 2016‘⁷⁴ die amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der stationären und ambulanten Versorgung. Die Kodierung über die ICD wird als Grundlage für die in Gruppen geordneten Krankheitsbezeichnungen verwendet (vgl. DIMDI, 2010, S. 5) und dient beispielsweise für die Gesundheitsberichterstattung des Robert Koch-Instituts und Statistischen Bundesamts in Deutschland (siehe Kapitel 2.5 und 2.6). Sie ermöglicht ein pauschalierendes Entgeltsystem in Deutschland (vgl. DIMDI, 2016a) und wird „weltweit als Basis für eine vergleichbare Todesursachenstatistik“ (DRV B, 2013a, S. 48) verwendet. Die Systematik der ICD besteht aus 22 Kapiteln, die thematisch den Bereich aller Krankheiten abdecken (siehe Tabelle 3-2). Adipositas (vgl. Kapitel 3.2.1) wird beispielsweise unter Kapitel IV mit dem Code ‚E00-E90‘ als endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheit bezeichnet. Den Kernbereich bilden die Neubildungen (Kapitel II sowie die sog. organspezifischen Kapitel III bis XIV).

⁷³ „(...) Ohne ergänzende Leistungen wie Übergangsgeld oder Reisekosten (...)“ (DRV B, 2016g, S. 55).

⁷⁴ GM steht für die deutsche Ausgabe (German Modification).

Tabelle 3-2: Krankheitsgruppen der ICD 10 nach DIMDI (2016b)

Kapitel-Nr.	Bezeichnung
I	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten
II	Neubildungen
III	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
IV	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
V	Psychische und Verhaltensstörungen
VI	Krankheiten des Nervensystems
VII	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
VIII	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes
IX	Krankheiten des Kreislaufsystems
X	Krankheiten des Atmungssystems
XI	Krankheiten des Verdauungssystems
XII	Krankheiten der Haut und der Unterhaut
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
XIV	Krankheiten des Urogenitalsystems
XV	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
XVI	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
XVII	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
XVIII	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind
XIX	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen
XX	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität
XXI	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen
XXII	Schlüsselnummern für besondere Zwecke

Um den Gesundheitszustand und den Bedarf an Rehabilitation umfassend und standardisiert zu beschreiben, bedarf es einer Ergänzung der ICD durch die ICF. Ziel der 11. Revision

der ICD ist eine Vernetzung der Terminologie zwischen den Klassifikationssystemen ICD und ICF (DIMDI, 2016c).

Der Leistungsanspruch für eine rehabilitative Versorgung ist eng mit dem Aktivitäts- und Teilhabekonzept der ICF verbunden (vgl. BAR, 2015, S. 8). Das komplexe Bezugssystem der ICF rückt den Blick stärker auf das, was die Menschen trotz gesundheitlicher Funktionseinschränkungen und Beeinträchtigungen können und nicht nur auf das, was sie nicht (mehr) können. Die ICF ist im Unterschied zur ICD nicht primär defizitorientiert, indem sie die Krankheiten und Krankheitsfolgen beschreibt, sondern ressourcenorientiert, indem sie Ärzte und Therapeuten motiviert, den Patienten zu fragen, worum es ihm in seinem Leben trotz gesundheitlicher Störungen noch geht (siehe Kapitel 3.3.4.3 – Patientenzentrierung).

Nach SGB IX können medizinische Leistungen der Rehabilitation nur für Menschen erbracht werden, „wenn deren Teilhabe an Lebensbereichen (z. B. Erwerbsleben, Selbstversorgung) erheblich gefährdet oder bereits gemindert ist“ (vgl. BAR, 2015, S. 8). Die ICF ermöglicht durch ihren ganzheitlichen, bio-psycho-sozialen Ansatz von Gesundheit und Gesundheitsstörungen eine systematische Beschreibung der Funktionsfähigkeit und Behinderung eines Menschen vor dem Hintergrund seiner Lebenswelt (vgl. BAR, 2015, S. 9). Sie unterstützt Ärzte und Therapeuten darin, die Auswirkungen eines Gesundheitsproblems (engl.: ‚Health-Condition‘) auf unterschiedlichen Ebenen in einer standardisierten Form und in eine gesundheitsberufliche Disziplinen übergreifenden Sprache zu analysieren. Das Gesundheitsproblem wird durch den Arzt als Krankheitsdiagnose anhand der vorliegenden Symptomatik des Patienten über die ICD 10 klassifiziert. Die ICF klassifiziert Gesundheit und Krankheit/Behinderung als „Ergebnis eines Zusammenspiels und/oder gegenseitiger Beeinflussung körperlicher, psychischer und sozialer Faktoren“ (DRV B, 2013a, S.36) und ist damit auch ein mehrdimensionales Erklärungsmodell für Krankheit und Gesundheit.

Die wissenschaftstheoretische Fundierung der ICF ist krankheitsunabhängig angelegt und besteht wie in Abbildung 3-5 dargestellt aus zwei Teilen (Teil 1: ‚Funktionsfähigkeit / Behinderung‘ und Teil 2: ‚Kontextfaktoren‘) mit jeweils zwei Komponenten.

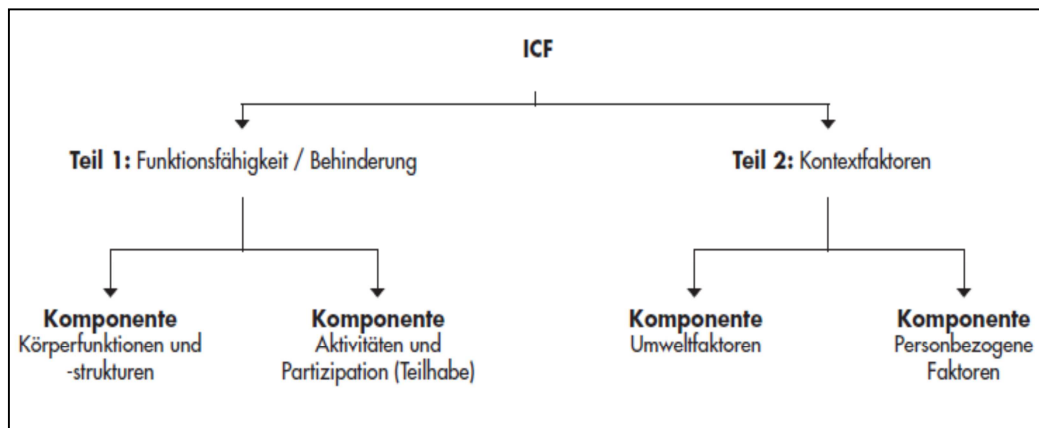


Abbildung 3-5: Struktur der ICF nach BAR (2015, S. 12).

Der Teil 1 Funktionsfähigkeit/Behinderung ist weiter untergliedert in die Komponente ‚Körperfunktionen und -strukturen‘ sowie die Komponente ‚Aktivitäten und Partizipation‘. Die Kontextfaktoren aus Teil 2 bestehen aus den Komponenten ‚Umweltfaktoren‘ und ‚Personbezogene Faktoren‘.

Die Grundbegriffe ‚Funktionsfähigkeit‘ und ‚Behinderung‘ in der ICF sind sehr wichtige Begriffe und sollen differenzierter beschrieben werden.

Funktionsfähigkeit gemäß der ICF (WHO, 2001) ist ein sehr umfassender Begriff, weil er alle Körperfunktionen und -Strukturen, alles was Menschen tun (Aktivitäten und Handlungen) und alle sozialen Rollen in der Gesellschaft (z. B. Mutter sein, berufstätig sein) zusammenfasst. Ist bei einer Person die Funktionsfähigkeit zu einem gewissen Grad beeinträchtigt, liegt nach der Konzeption der ICF eine *Behinderung* vor (vgl. BAR, 2015, S.19), wobei der Grenzwert zur Behinderung von der WHO wegen der Diversität der beteiligten Mitgliedsländer nicht definiert werden kann (vgl. Bickenbach, Cieza, Rauch und Stucki, 2012, S. 5-6).

Das Konzept der Funktionsfähigkeit in der ICF kann als ein Kontinuum beschrieben werden, das von der vollständigen Funktionsfähigkeit bis zum vollständigen Fehlen der Funktionsfähigkeit reicht (vgl. Bickenbach et al., 2012, S. 5). Behinderung als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit ist wie in Abbildung 3-6 skizziert kein statisches Merkmal, welches einer Person zugeschrieben wird, sondern ein dynamischer Prozess zwischen Gesundheit und Krankheit (vgl. BAR, 2015, S. 18).

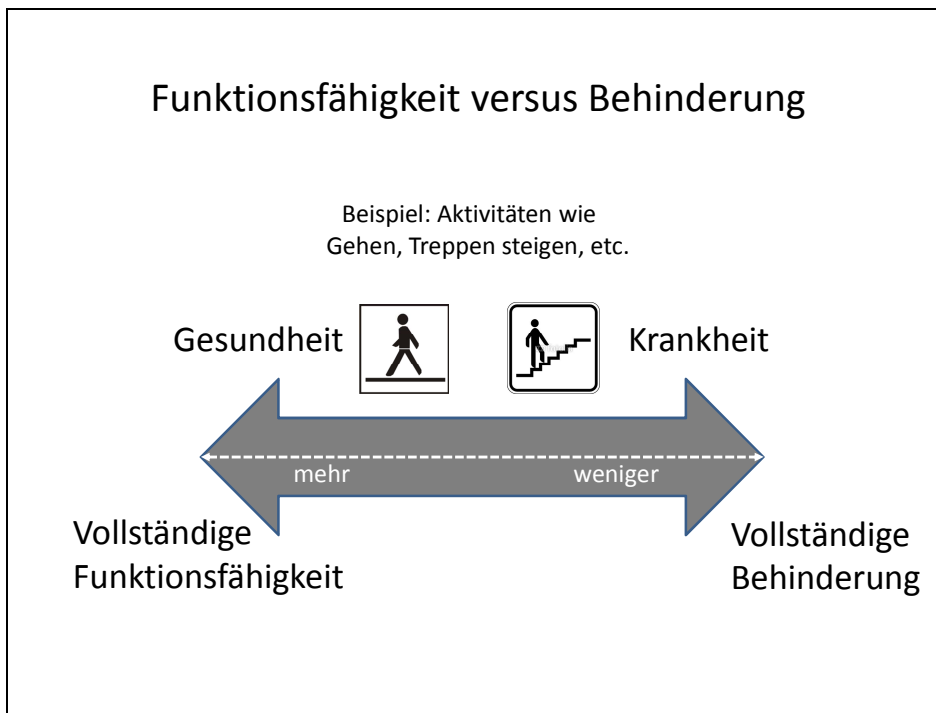


Abbildung 3-6: Funktionsfähigkeit versus Behinderung in der ICF modifiziert nach Bickenbach et al. (2012, S. 6).

Der wichtigste Beitrag der ICF zur Rehabilitation und Prävention ist die Klassifikation der ‚Funktionalen Gesundheit‘ über die Komponenten von Gesundheit. Eine Person gilt nach der ICF als funktional gesund, wenn vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Konzept der Kontextfaktoren)

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des geistigen und seelischen Bereichs) und ihre Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen
[Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen],
2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (Gesundheitsproblem im Sinn der ICD) erwartet wird
[Konzept der Aktivitäten] und
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird.
[Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen]. (DRV B, 2009, S. 4; WHO, 2001, S. 4)

Als Beispiel können im höheren Lebensalter chronische Erkrankungen und Multimorbidität die Funktionale Gesundheit im persönlichen Lebensbereich beeinträchtigen, sodass die Selbstständigkeit bei Aktivitäten der Selbstversorgung wie Körperpflege, Kleidung an-

ziehen, Wohnung reinigen, oder Mahlzeiten vorbereiten eingeschränkt sein kann (vgl. WHO, 2001, S. 109-101).

Aus wissenschaftlicher Perspektive besteht die wesentliche Bedeutung der ICF in der weltweiten Vergleichbarkeit durch den Gebrauch einer standardisierten und interdisziplinären⁷⁵ Sprache zur Begutachtung des Gesundheitszustandes, beispielsweise im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung auf der Basis von Datenbanken und Statistiken. Sie bietet damit auch den konzeptionellen Informationsrahmen zu den gesundheitlichen Versorgungsbereichen der Rehabilitation und der Prävention bzw. der Gesundheitsförderung.

Die nachfolgenden tabellarischen Aufstellungen 3-3 und 3-4 enthalten einen Überblick über wesentliche Schlüsselbegriffe, welche der ICF entnommen sind.

Tabelle 3-3: Definitionen der ICF zur Funktionsfähigkeit und Behinderung nach BAR (2015, S. 11, S. 38-39)

Begriffe	Definitionen
Gesundheitsproblem (engl.: health condition)	Als Gesundheitsproblem werden z. B. bezeichnet: Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen oder Vergiftungen und andere Umstände wie Schwangerschaft oder Rekonvaleszenz. Das Gesundheitsproblem wird typischerweise als Krankheitsdiagnose oder -symptomatik mit der ICD 10 erfasst bzw. klassifiziert (BAR, 2015, S. 11).
Körperstrukturen	sind anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile (BAR, 2015, S. 39).
Körperfunktionen	sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschließlich der psychischen Funktionen) (BAR, 2015, S. 39).
Aktivität	ist die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung (Aktion) durch eine Person. Siehe auch Leistungsfähigkeit, Leistung (BAR, 2015, S. 38).
Partizipation (Teilhabe)	ist das Einbezogensein in eine Lebenssituation. Sie repräsentiert die gesellschaftliche Perspektive der Funktionsfähigkeit (BAR, 2015, S. 39)

Eine Differenzierung zwischen Aktivität und Teilhabe ist oft nicht möglich, sodass sie in der ICF in einem gemeinsamen Kapitel aufgeführt werden (BAR, 2015, S. 14).

⁷⁵ „Interdisziplinär“ bezieht sich in dieser Arbeit auf die Zusammenarbeit mehrerer wissenschaftlicher Disziplinen.

Tabelle 3-4: Definitionen der ICF zu den Kontextfaktoren nach BAR (2015, S. 39-40)

Begriffe	Definitionen
Kontextfaktoren	sind alle Gegebenheiten des Lebenshintergrundes einer Person. Sie sind in Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren gegliedert (BAR, 2015, S. 39).
Umweltfaktoren	sind eine Komponente der ICF und beziehen sich auf alle Aspekte der externen oder extrinsischen Welt, die den Kontext des Lebens einer Person bilden und als solche einen Einfluss auf die Funktionsfähigkeit der Person haben (BAR, 2015, S. 40).
Personbezogene Faktoren	sind Kontextfaktoren, die sich auf die betrachtete Person beziehen, wie der besondere Hintergrund des Lebens und der Lebensführung einer Person (ihre Eigenschaften und Attribute), z. B. Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, Ernährungsgewohnheiten, Weltanschauung, Einstellung zur Arbeit (BAR, 2015, S. 39).

Alle in den Tabellen 3-3 und 3-4 aufgelisteten ICF-Begriffe stehen in Wechselwirkung miteinander und werden in Bezug zum persönlichen Lebenshintergrund des Rehabilitanden betrachtet (siehe Abbildung 3-7).

Kontextfaktoren können sich sowohl positiv wie negativ auf die funktionale Gesundheit auswirken, „d. h. sie können für eine betroffene Person einen Förderfaktor oder eine Barriere darstellen“ (BAR, 2015, S. 12). Sie haben als die besonderen Umstände, unter denen ein bestimmter Mensch lebt, eine hohe Bedeutung für eine erfolgreiche Rehabilitation.

In der Abbildung 3-7 ist die *Funktionale Gesundheit* eines Menschen in ihren ‚wechselseitigen und komplexen Beziehungen‘ zwischen den einzelnen Komponenten als besonderes Merkmal der ICF dargestellt. In der Rehabilitation und Sekundär-/Tertiärprävention müssen diese Wechselwirkungen mit der Zielsetzung, die funktionale Gesundheit eines Menschen aus der Patientenperspektive zu fördern, berücksichtigt werden.

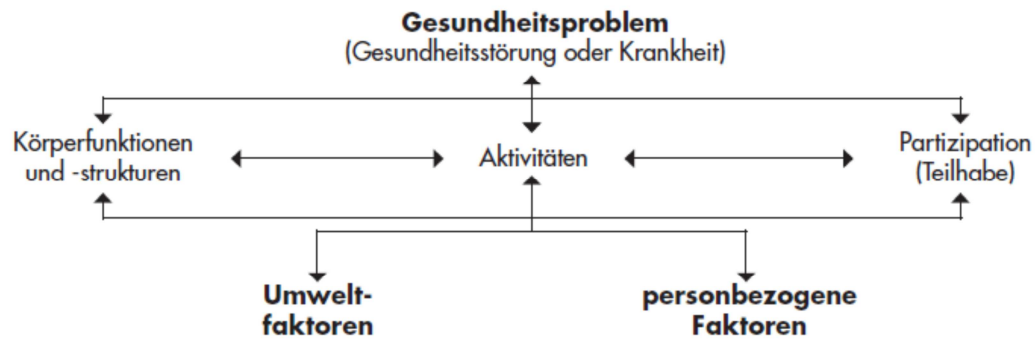


Abbildung 3-7: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF nach WHO (2001, S. 23).

Mit dem Fokus auf die Körperfunktionen und -strukturen wird in der physiotherapeutischen Befundaufnahme analysiert, wie groß das Ausmaß der Schädigung in den anatomischen Teilen des Körpers, z. B. des Nervensystems, des Atmungssystems, des Bewegungssystems oder des Urogenitalsystems ist, bzw. welche Abweichungen physiologischer Funktionen von Körpersystemen, wie z. B. mentaler Funktionen, Schmerz oder muskuloskeletale Funktionen bestehen.

In der Dokumentation wird nach dem ICF Research Branch (2016) unterschieden zwischen

- Keine Schädigung
- Leichte Schädigung
- Mäßige Schädigung
- Erhebliche Schädigung
- Volle Schädigung

Aktivitäten

„Das Konzept der Aktivitäten bezieht sich auf den Menschen als handelndes Subjekt“, indem es konkrete Alltagsaktivitäten miteinbezieht (vgl. DRV B, 2009, S. 7). Es bildet die Grundlage für alle den Rehabilitanden aktivierende Therapie- und Trainingsformen (vgl. Kapitel 4.3.1 – PAT) und umfasst in seiner Wechselwirkung zur sozialen Partizipation die ICF-Beurteilungsmerkmale der ‚Leistung‘ und ‚Leistungsfähigkeit‘.

Leistungsfähigkeit (engl.: Capacity)

ist ein Konstrukt, das als Beurteilungsmerkmal das höchstmögliche Niveau der Funktionsfähigkeit einer Person in einer Domäne der Aktivitäten- und Partizipationsliste zu einem gegebenen Zeitpunkt angibt. Sie ist das maximale Leistungsniveau einer Person bezüglich einer Aufgabe oder Handlung unter Test-, Standard- oder hypothetischen Bedingungen (BAR, 2015, S. 39).

Leistung (engl.: Performance)

ist ein Konstrukt, das als Beurteilungsmerkmal angibt, was eine Person in ihrer gegenwärtigen, realen Umwelt tut, und deshalb den Gesichtspunkt des Einbezogeneins einer Person in Lebensbereiche berücksichtigt. Die Leistung beschreibt die tatsächliche Durchführung einer Aufgabe oder Handlung durch eine Person in ihrem gegenwärtigen Lebenskontext (BAR, 2015, S. 39).

Physiotherapeuten analysieren menschliche Bewegung, um die auftretenden Belastungen auf die Körperstrukturen einschätzen können. Nur so ist eine dosierte Belastungssteuerung möglich. Zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit werden deshalb oft physikalische Messgrößen unter möglichst standardisierten Bedingungen herangezogen. Hierdurch wird die Leistungsfähigkeit quantifizierbar, z. B. durch die physikalische Messgröße der Leistung in Watt. Fraglich ist, ob standardisierte Messungen, die in der Rehabilitation unter Idealbedingungen erhoben werden, auch den Lebensalltag des Patienten abbilden. Tests, die die körperliche Leistungsfähigkeit unter standardisierten Umweltbedingungen messen, lassen kaum Aussagen über die *Performanz* im Alltag zu (vgl. Voigt-Radloff et. al., S. 15).

Die Leistung ist im Unterschied zur Leistungsfähigkeit von der Verschiedenartigkeit der Umwelt und dem Grad des Einbezogeneins einer Person in der Situation abhängig, wie z. B. durch personbezogene Faktoren wie die aktuelle Motivation oder Angst. Leistungsfähigkeit per se reicht nicht aus, sondern ist lediglich eine Voraussetzung, um die Leistung in einer gegebenen Situation abrufen zu können. Die Qualität einer Performanz lässt sich nicht ausschließlich über die Quantität physikalischer Daten messen. Daraus folgt, dass der Grad der Leistung von den positiven und negativen Einflussfaktoren⁷⁶ des realen persönlichen Lebensbereichs abhängig ist und variiert. „So verbessert sich z. B. das Leistungsvermögen eines in der Fortbewegung eingeschränkten Menschen durch die Benutzung eines Rollators“ (Voigt-Radloff et. al., S. 5).

⁷⁶ In der ICF wird ein positiver Einflussfaktor auf die Leistung als ‚Förderfaktor‘ und ein negativer Einflussfaktor als ‚Barriere‘ bezeichnet.

Die Erhöhung der Eigenaktivierung und Leistungsfähigkeit eines Rehabilitanden gehört zu den wichtigsten Aufgaben der Rehabilitation, da sie – ein entsprechender Wille für die Ingangsetzung der Handlung vorausgesetzt (vgl. Nordenfelt, 2003) – eine grundlegende Voraussetzung für die Wiederherstellung der Berufsfähigkeit oder die Wiedergewinnung der Selbstständigkeit bildet.

Unter der Komponente *Teilhabe* wird analysiert, welche Auswirkungen Aktivitätsverluste auf die Partizipation, z. B. auf sozialen Beziehungen innerhalb der beruflichen Tätigkeit oder der Familie, haben. Diese Einschränkungen können verschiedene Facetten der Lebensqualität beeinflussen.

In der ICF werden Aktivitäten und Teilhabe nach dem ICF Research Branch (2016) nachfolgenden Kategorien eingestuft:

- Keine Beeinträchtigung
- Leichte Beeinträchtigung
- Mäßige Beeinträchtigung
- Erhebliche Beeinträchtigung
- Volle Beeinträchtigung

Innerhalb der *Kontextfaktoren* (vgl. Abbildung 3-5, S. 117) wird unter Berücksichtigung der Wechselbezüge überprüft, in welchem Ausmaß eine Person einen Förderfaktor oder eine Barriere erlebt, beispielsweise die räumlichen Bedingungen am Arbeitsplatz, oder die Einstellungen von Kollegen oder Vorgesetzten im Umgang mit einem erkrankten Mitarbeiter oder Menschen mit Behinderung. Mögliche Förderfaktoren einer Person können gesunde Ernährung oder körperlich-sportliche Aktivität sein. Ein Beispiel für umweltbezogene Barrieren sind Bedingungen, die risikoreiche Verhaltensgewohnheiten, wie z. B. sitzende Zwangshaltung am Bildschirmarbeitsplatz, zulassen oder erforderlich machen.

Nach dem ICF Research Branch (2016) werden die Kontextfaktoren nachfolgenden Beurteilungsmerkmalen überprüft:

- + 4 Förderfaktor voll ausgeprägt
- + 3 Förderfaktor erheblich ausgeprägt
- + 2 Förderfaktor mäßig ausgeprägt
- + 1 Förderfaktor leicht ausgeprägt
- 0 Förderfaktor/Barriere nicht vorhanden
- 1 Barriere leicht ausgeprägt
- 2 Barriere mäßig ausgeprägt
- 3 Barriere erheblich ausgeprägt
- 4 Barriere voll ausgeprägt

Die ICF ist für folgende Kernelemente der medizinischen Rehabilitation nutzbar:

- Bedarfserkennung⁷⁷,
- funktionale Diagnostik,
- Vereinbarung von Reha-Zielen aufgrund der Veränderungswünsche der Betroffenen,
- Reha-Planung⁷⁸,
- Durchführung der den Reha-Prozess begleitenden Dokumentation und
- abschließende Evaluation der Reha-Ergebnisse. (vgl. DRV B, 2009, S. 11)

Für die „Moderne Physiotherapie“ eröffnet die ICF neben der wissenschaftlichen Perspektive den Zugang zu einem komplexen Verständnis der ‚Funktionalen Gesundheit‘, der auch in der kurativen Therapie eine wichtige Grundlage für einen klientenzentrierten Nutzen der Therapie (vgl. Kapitel 3.3.4.3) bildet. Da die ICF in verständlicher Sprache verfasst ist, fördert sie nicht nur das bio-psycho-soziale Krankheitsverständnis bei Patienten, sondern auch die Kommunikation zwischen Ärzten und Therapeuten mit dem Patienten bei Beratungsaufgaben (vgl. BAR, 2015, S. 9). Physiotherapeutische und patientenbezogene Ziele sollten für die steuernden Ärzte und die Patienten transparenter werden, als es bisher bei der Heilmittelversorgung in der Praxis üblich ist.

⁷⁷ Ärztliche Feststellung des Rehabilitationsbedarfs.

⁷⁸ Interventionsplanung der Maßnahmen.

3.3.4 Vorgaben der Kostenträger und der BAR

Die medizinische Rehabilitation ist eine *komplexe Intervention*, welche

- die Diversität von den angestellten Ärzten, Therapeuten und Servicekräften sowie der Rehabilitanden mit einbezieht,
- die Interaktion zwischen den unterschiedlichen Behandlungselementen berücksichtigt,
- offen ist für eine Ausrichtung der Therapieprogramme auf den individuellen Fall des Rehabilitanden und
- eine Bandbreite unterschiedlicher Zielgrößen abbildet. (vgl. Voigt-Radloff et al., 2016, S. 5)

Die drei wesentlichen Sozialversicherungssysteme der medizinischen Rehabilitation werden in Tabelle 3-5 nach ihren gesetzlich festgelegten übergeordneten Zielsetzungen unterschieden.

Tabelle: 3-5: Rehabilitationsträger für Leistungen der medizinischen Rehabilitation (eigene Darstellung)

Sozialversicherungsträger der medizinischen Rehabilitation	Ziele und Grundsätze
Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV B)	Ein vorzeitiges Ausscheiden der Versicherten (Frühverrentung) aus dem Erwerbsleben vermeiden oder verzögern. Gesundheitspolitischer Grundsatz ist: ‚Reha vor Rente‘.
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)	Wiedereingliederung nach Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten. Gesundheitspolitischer Grundsatz ist: ‚Reha vor Rente‘.
Gesetzliche Kranken- und Pflegekassen (vertreten durch den Spitzenverband der GKV)	Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abwenden, mindern oder ausgleichen. Gesundheitspolitischer Grundsatz ist: ‚Reha vor Pflege‘.

Weitere Träger sind die Bundesagentur für Arbeit, die Sozialhilfe, die öffentliche Jugendhilfe und die Träger der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden (beispielsweise Landesversorgungsämter), welche im Folgenden nicht berücksichtigt werden.

Aufbauend auf den rechtlichen Vorgaben werden die krankheitsübergreifenden Ziele und Aufgaben der medizinischen Rehabilitation beschrieben. Ergänzend zum Anspruch „eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (§ 27 Abs. 1 SGB V), geht es in der Rehabilitation um die Auseinandersetzung mit den Auswirkungen einer Erkrankung oder Behinderung auf das Leben des Rehabilitanden, wie sie in der ICF (WHO, 2001) beschrieben werden.

Deutsche Rentenversicherung Bund

„Die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV B) ist direkter Partner von rund 24 Millionen Versicherten, 9 Mio. Rentnern und 3,5 Mio. Arbeitgebern“ (Bundesverwaltungsamt, 2016). Neben der Zahlung von Renten hat die DRV B 2,5 Mrd. Euro im Jahr 2013 für Leistungen der stationären und ambulanten medizinischen Rehabilitation ausgegeben und ist damit der größte Kostenträger unter den verschiedenen Rehabilitationsträgern (vgl. DRV B, 2016d).

Die DRV B sieht eine ihrer Kernaufgaben darin, Versicherten die Chance zu geben, „ihre gesundheitlichen oder behinderungsbedingten Einschränkungen möglichst dauerhaft zu überwinden und damit einem frühen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben entgegenzuwirken“ (DRV B, 2016d). Die DRV erbringt nach § 9 SGB VI Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, wenn wegen den „Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung“ eine Erwerbsminderung droht.

Da der höchste Umfang an medizinisch rehabilitativen Leistungen in einer „Modernen Physiotherapie“ für die DRV B erbracht wird, werden die Zulassungsbedingungen exemplarisch für diesen Kostenträger vorgestellt. Die DRV B stellt den Rehabilitationseinrichtungen, mit denen eine Belegungsvereinbarung abgeschlossen wurde, ein Behandlungstagebudget zur Verfügung. Für die durchschnittliche Verweildauer sollten die indikations-spezifischen Richtwerte (in Tagen oder Wochen) eingehalten werden. Die durchschnittliche Behandlungsdauer der Leistungen einer Fachabteilung in einem Jahr soll diesen Richtwert nicht überschreiten. Die medizinische Einrichtung kann in eigener Zuständigkeit über die individuelle Verweildauer (Verlängerung oder Verkürzung) entscheiden.

Als Richtwerte für die mittlere Verweildauer in der ganztägig ambulanten Rehabilitation gelten:

- Ambulante muskuloskeletale Rehabilitation (AMR): 17 Tage
- Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR): 17 Tage
- Ambulante psychosomat. u. psychische Rehabilitation: 28 Tage
- Ambulante onkologische Rehabilitation (AOR): 15 Tage

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung

„Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) ist der Spitzenverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Unfallkassen“ (Bundesverwaltungsamt, 2016). Unter dem Dach der DGUV erhalten die Versicherten Leistungen zur Prävention (Unfallverhütung), zur Wiederherstellung von Gesundheit und Arbeitskraft (Rehabilitation) sowie Renten und Entschädigungen (Kompensation) (a. a. O.). Nach einem Arbeitsunfall oder bei einer Berufskrankheit werden Versicherte der DGUV nach dem Leistungsgrundsatz ‚Reha vor Rente‘ versorgt. Die Rehabilitation wird eingesetzt, um „die Gesundheit der Versicherten (...) wiederherzustellen und die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft zu sichern bzw. wieder zu ermöglichen“ (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, 2016).

Gesetzliche Kranken- und Pflegekassen

Die Interessen der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen werden durch den GKV-Spitzenverband mit rund 70 Mio. Versicherten vertreten. Die medizinische Rehabilitation der GKV zielt nach § 11 Abs. 2 SGB V darauf ab, „eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden [oder] zu beseitigen“. Hierdurch sollen Versicherte auch nach der Erwerbstätigkeit die Chance erhalten, trotz chronischer Erkrankung so lange wie möglich in gewohnter Umgebung aktiv am Leben teilhaben zu können (vgl. BMG, 2016i, S. 65). Vertragsärzte der GKV können mit Versicherten eine „Beratung zu medizinischer Rehabilitation/Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers“ durchführen, oder den zuständigen Rehabilitationsträger durch die Krankenkasse ermitteln lassen. Die vollständige Verordnung einer medizinischen Rehabilitation zeigt Anhang II Muster 61.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)

Die BAR versteht sich als gemeinsame Kommunikationsplattform und Interessenvertretung der obengenannten Rehabilitationsträger für das gesamte Themenspektrum der

Rehabilitation (vgl. Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V., 2016). Entsprechend komplex sind die Aufgaben der BAR. Sie gibt gemäß § 13 SGB IX durch „gemeinsame Empfehlungen“ Orientierung für die Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe, indem sie „darauf hinwirkt, dass diese Leistungen (...) nach einheitlichen Grundsätzen“ in den Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt werden (vgl. BAR, 2016a, S. 6). Die Anforderungen an die Rehabilitation ergeben sich aus

- den in der UN-Behindertenrechtskonvention formulierten menschenrechtlichen Ansprüchen von Menschen mit Behinderungen zur „volle(n) und wirksame(n) Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft“ (Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung, Artikel 3),
- den im SGB IX festgelegten gesetzlichen Vorgaben sowie
- den gesellschaftlichen Entwicklungen. (vgl. BAR, 2016a, S. 6-7)

Ggf. sind andere oder neue Anforderungen, z. B. durch das neue Bundesteilhabegesetz entsprechend zu berücksichtigen (vgl. a. a. O., S. 9).

Mit Blick auf eine effiziente Nutzung der Möglichkeiten des gegliederten Sozialleistungssystems sind die einzelnen Verbindungen von „Prävention vor Rehabilitation“ – „Rehabilitation vor Pflege“ – „Rehabilitation und Pflege“ zusammenzudenken. (BAR, 2016a, S.7)

Trägerübergreifend verfolgt die Rehabilitation ein *prozessorientiertes Modell*. In dieser Arbeit werden die unterschiedlichen Prozesse der einzelnen Hauptkostenträger (DRV, DGUV, GKV) zu einem idealtypischen Modell vereint, welches in Anlehnung an die DRV in fünf Phasen abläuft und im weiteren Text beschrieben wird.

1. Bedarfserkennung, Antragsverfahren und Zuweisung
2. Diagnostik und Funktionsanalyse
3. Zielvereinbarung und Therapieplan
4. Durchführung und prozessbegleitende Dokumentation
5. Evaluation der Reha-Ergebnisse

Damit sind die allgemeinen Vorgaben des wesentlichen Sozialversicherungsträger für den Rahmen der ambulanten medizinischen Rehabilitation beschrieben. Im Folgenden werden die einzelnen Phasen des prozessorientierten Modells erläutert.

3.3.4.1 Bedarfserkennung, Antragsverfahren und Zuweisung

Der Rehabedarf sollte möglichst frühzeitig durch den Arzt erkannt werden. Die medizinischen Voraussetzungen zur Indikation einer medizinischen Rehabilitation werden nach sozialmedizinischen Kriterien der Rehabilitationsbedürftigkeit und Rehabilitationsfähigkeit sowie durch eine positive Rehabilitationsprognose geprüft (vgl. DRV B, 2009, S. 20).

Eine *Rehabedürftigkeit* ergibt sich nach BAR (vgl. 2005, S. 18) aus der zusammenfassenden ärztlichen Bewertung verschiedener Faktoren des Einzelfalls, hierzu zählen (vgl. DRV B 2015d, S. 5):

- vorliegende Funktionseinschränkungen,
- Beeinträchtigungen der Fähigkeiten,
- die personbezogene Risikokonstellation,
- eine Kombination von Gesundheitsstörungen und Multimorbidität,
- die Arbeitsunfähigkeitszeiten,
- die bisherige Therapie und die sich daraus ergebenden Therapieoptionen,
- das Erfordernis mehrerer Therapieformen miteinander zu koordinieren,
- das Erfordernis eines hohen Schulungsbedarfs oder
- Probleme bei der Krankheitsbewältigung.

Sozialmedizinisch ergibt sich eine *Rehabilitationsbedürftigkeit*,

wenn krankheits- oder behinderungsbedingt eine Beeinträchtigung der Teilhabe droht oder bereits besteht, sodass über die kurative Versorgung hinaus, der mehrdimensionale und interdisziplinäre⁷⁹ Ansatz von Leistungen zur Teilhabe erforderlich ist, um diese Beeinträchtigung zu vermeiden, zu beseitigen, zu verbessern, auszugleichen, oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Die Auswirkungen des Gesundheitsproblems werden dabei auf den Ebenen der Körperfunktionen und Körperstrukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren betrachtet. (BAR, 2016b, S. 20)

Eine weitere Voraussetzung zur Antragstellung ist die ärztlich bescheinigte *Rehabilitationsfähigkeit* im Hinblick auf eine ausreichende körperliche Belastbarkeit und psychische

⁷⁹ Die BAR und die DRV nutzen den Begriff ‚interdisziplinär‘ für die Zusammenarbeit mehrerer Berufsgruppen. In der Literatur überwiegt hierfür der Begriff ‚interprofessionell‘.

Verfassung des Rehabilitanden, z. B. die Motivation oder Motivierbarkeit zur aktiven Mitwirkung an der Rehabilitation (vgl. a. a. O.).

Die persönlichen Voraussetzungen für den Rehabilitationsbedarf sind erfüllt, wenn nach § 10 SGB VI die Erwerbsfähigkeit des Versicherten aus medizinischen Gründen „erheblich gefährdet oder gemindert ist“ und „eine Minderung der Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ abgewendet werden können.

Für die Bewilligung einer medizinischen Rehabilitation ist eine positive *Rehaprognose* durch eine „medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für das Erreichen der Rehabilitationsziele“ auf der Basis des Krankheitsverlaufs vor dem „Hintergrund der individuell relevanten Umwelt und personbezogenen Faktoren“ notwendig (BAR, 2016b, S. 20).

Patienten, die eine medizinische Rehabilitation in Anspruch nehmen möchten, müssen vor Inanspruchnahme i. d. R. selbst die Initiative ergreifen und zunächst über ihren Arzt einen Antrag an die verschiedenen Leistungsträger der medizinischen Rehabilitation stellen (vgl. DRV B, 2015c, S. 22). Dabei greifen verschiedene sozialleistungsrechtliche Arbeitsschritte unterschiedlicher Institutionen ineinander, sodass die betroffenen Patienten und ihre Ärzte oft Schwierigkeiten haben, im Verfahrensweg den Überblick zu behalten (siehe Anhang III – Der Weg zu ihrer Rehabilitation).

Seit April 2016 darf jeder Arzt ohne bis dahin verpflichtende Weiterbildungsqualifikation eine medizinische Rehabilitation verordnen, sodass es zu einer Reduzierung des nach wie vor erheblichen ärztlichen Aufwands für den Antragsprozess gekommen ist.

Anschlussrehabilitation/Anschlussheilbehandlung

Rehabilitationsmaßnahmen, die unmittelbar im Anschluss an eine akute stationäre Krankenhausbehandlung, jedoch spätestens innerhalb von 14 Tagen erfolgen, werden als Anschlussrehabilitation (AR) bezeichnet (vgl. DRV B, 2013a, S. 20). Für die AR gilt bei der DRV ein vereinfachtes und beschleunigtes Antragsverfahren durch die Krankenhäuser als Einweiser (vgl. SVR 2014, S. 82). Im Jahr 2015 hatten Anschlussrehabilitationen in der DRV einen Anteil von 35 %.

3.3.4.2 Reha-Diagnostik und Funktionsanalyse

Nach der Genehmigung des Reha-Antrags und Belegung durch den Rehabilitationsträger beginnt die Rehabilitation in der Einrichtung mit der Reha-Diagnostik. Unterstützt durch das Therapeutenteam analysiert der Arzt auf Basis der vorliegenden Befunde und früheren Arztberichte das Ausmaß und den Schweregrad der Schädigungen in Bezug auf die beeinträchtigten Körperstrukturen und -funktionen. Er erfasst die Einschränkungen der Aktivitäten und Teilhabe in Beruf und Alltag durch die Anamnese anhand von Fragebögen und Funktionsanalysen (vgl. Kapitel 3.3.3 – Leistungsfähigkeit) und durch die psychosoziale Diagnostik unter Einbeziehung relevanter Kontextfaktoren (vgl. Kapitel 3.3.3 – Person- oder Umweltfaktoren) (vgl. DRV B, 2009, S. 28). Komorbidität, Begleit-, Neben- oder Folgekrankheiten müssen ebenfalls erhoben und in die Therapie einbezogen werden.

Die ärztlichen Aufgaben im Verlauf des Reha-Prozesses werden ergänzt durch die Erstellung des Therapieplanes, Leitung des Rehateams, Durchführung regelmäßiger patientenbezogener Teambesprechungen, Durchführung von Verlaufskontrollen und Anpassungen des Therapieplans, Abschlussuntersuchung und die abschließende sozialmedizinische Leistungsbeurteilung (vgl. a. a. O., S. 29).

3.3.4.3 Patientenzentrierung, Zielvereinbarung und Rehabilitationsplan

Übergeordnete Zielsetzungen der medizinischen Rehabilitation bestehen darin,

- „einer (drohenden oder eingetretenen) Minderung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben zu begegnen, um damit die Teilhabe zu sichern“ (DRV B, 2009, S. 31),
- eine drohende Pflegebedürftigkeit abzuwenden oder zu mindern (Rehabilitation vor und in der Pflege) nach § 11 Abs. 2 SGB V und nach § 26 Abs. 1 SGB IX,
- Folgen von chronischen Krankheiten oder Behinderungen für Alltag und Beruf zu verringern (vgl. DRV B, 2009, S. 11).

Entsprechend den besonderen Anforderungen im Beruf, im Alltag oder zur Vermeidung der Pflegebedürftigkeit gilt es, für die individuellen Rollen und Lebensumständen der Rehabilitanden die Relevanz der Rehabilitation herauszustellen. Deshalb ist Ausgangspunkt jeder Rehabilitation der Betroffene in seiner Krankheitsverarbeitung und Motivation. Die Vereinbarung von ‚Reha-Zielen‘ ist der zentrale Baustein zur professionellen Begleitung

der Rehabilitanden (vgl. DRV B, 2009, S. 31; Glattacker, Farin-Glattacker und Dibbelt, 2015, S. 5). Das Einbeziehen der *Patientenperspektive* steuert die Orientierung für die fachlich-inhaltlichen Ausrichtung aller Interventionen der beteiligten Professionen am Kontext und an der Teilhabe des Betroffenen (vgl. Glattacker, Dudeck, Dibbelt, Quatmann, Greitemann und Jäckel, 2013, S. 29). Gleichzeitig dient die Patientenzentrierung als Messgröße zur Überprüfung der Zielerreichung zum Abschluss der Rehabilitation (vgl. Kapitel 3.3.10 – Bewertung der Ergebnisqualität).

Die Reha-Ziele werden aus den Erkenntnissen der Diagnostik abgeleitet und unter Einbeziehung des subjektiven Krankheitsverständnisses und der individuellen Patientenpräferenzen mit einem möglichst realitätsnahen Bezug zu seinem Lebensalltag definiert. Reha-Zielgespräche bieten Patienten die Möglichkeit, ihre subjektiven Anliegen und Sichtweisen einzubringen. Sie sollten zusammen mit dem Rehabilitanden als partizipative und gleichberechtigte Entscheidungsfindung⁸⁰ unter Berücksichtigung seiner persönlichen und subjektiven Erfahrung von Krankheit (Mead und Bower, 2000) abgestimmt werden (vgl. Lukaszczik, Gerlich und & Neuderth, 2011, S. 155).

Damit Patienten im Behandlungsprozess mündige Entscheidungen über ihre Gesundheit treffen können, brauchen sie auf Beweisen beruhende Informationen (vgl. Ovreit, 2002) und eine verständliche Beratung über die Wirkungsweise der zur Auswahl stehenden Interventionen. Ärzte sollen Patienten in ihrer aktuellen körperlichen und emotionalen Verfassung wahrnehmen, damit ihre persönlichen Bedürfnisse und Perspektiven berücksichtigt und ihre Selbstkompetenz, Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit in der Reha gefördert werden können (vgl. Deutsche Krebsgesellschaft e. V. [DKG], Deutsche Krebshilfe, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen-Fachgesellschaften e.V. [AWMF] e.V., 2016, S. 26).

Individuelle Reha-Ziele werden mit dem Rehabilitanden und dem Rehabilitationsteam abgestimmt und zu Beginn der Rehabilitation als kurzfristige (innerhalb von drei Wochen) und als mittel- bis langfristige Ziele für die Zeit nach der Entlassung formuliert (vgl. a. a. O.). Die Tabelle 3-6 enthält grundlegende Fragen zur patientenzentrierten Zielformulierung.

⁸⁰ Engl. shared decision making

Tabelle 3-6: Fragen zur Zielformulierung mit Bezug zur ICF nach BAR (2008, S. 24), Auszug nach Glattacker et al. (2015, S. 60)

Begriffe	Fragebeispiele
Person und Lebensumfeld	<ul style="list-style-type: none"> • Was hat Ihnen vor dem Ereignis besondere Freude gemacht? • Sie haben gesagt, dass Sie wieder gesund werden wollen. Was bedeutet gesund werden für Sie?
Teilhabe und Aktivitäten	<ul style="list-style-type: none"> • Sind Sie in einem Verein Mitglied oder sind Sie irgendwo ehrenamtlich engagiert? • Glauben Sie, dass Ihnen Ihre jetzige Erkrankung Schwierigkeiten bereitet, diese ehrenamtlichen Tätigkeiten weiter zu machen? • Wie wichtig ist für Sie, dass Sie wieder Autofahren können? • Können Sie noch Treppensteigen?
Funktionen	<ul style="list-style-type: none"> • Bei welchen Bewegungen treten bei Ihnen Schmerzen auf?
Umweltbezogene Kontextfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Müssen Sie wegen der Erkrankung Ihre Wohnsituation ändern? • Können Sie mit Unterstützung aus Familie oder Bekanntenkreis rechnen?
Personbezogene Kontextfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Glauben Sie, dass Sie in Ihren Beruf zurückkehren können? • Welche besonderen Stärken haben Ihnen bisher geholfen?

Reha-Ziele werden von den beteiligten Berufsgruppen zur Steuerung von Interventionen in der Rehabilitation nach den SMART-Kriterien konkret auf Basis der ICF formuliert und festgelegt:

S = Specific (Ein Ziel soll spezifisch und konkret formuliert werden.)

Ist das Ziel eindeutig formuliert? Ist klar, was der Rehabilitand verändern soll?

M = Measurable (Ein Ziel soll messbar sein.)

Welche Indikatoren/Zielgrößen können Aufschluss darüber geben, ob ein beabsichtigter Prozess erfolgt ist und ein Ziel erreicht ist?

A = Achievable (Ein Ziel soll erreichbar sein.)

Wie kann die Zielerreichung überprüft werden? Neben funktionalen Zielgrößen geht es auch um subjektive Zielgrößen, die nicht durch Zahlen erfassbar sind.

R = Realistic (ein Ziel soll realistisch sein.)

Ist das Ziel bei den individuellen Ressourcen des Rehabilitanden auch tatsächlich erreichbar?

T = Time framed (Ein Ziel soll zeitlich festgesetzt werden.)
Ist das Ziel innerhalb einer drei- bis vierwöchigen Reha erreichbar?

In der Physiotherapie werden die SMART-Kriterien zur Unterstützung des Rehabilitationsprozesses und für das Erreichen motorischer Lernprozesse festgelegt.

Zusammengefasst hängen der Erfolg und die nachhaltige Wirksamkeit einer Rehabilitation zu Beginn im Wesentlichen von folgenden patientenzentrierten Ansätzen ab:

- einer umfassenden Berücksichtigung der Kontextfaktoren in Bezug auf Person und Umwelt in der Rehaplanung (BAR, 2005, S. 16),
- der Schaffung von Transparenz durch eine patientennahe Sprache bei der Information und Aufklärung (vgl. Glattacker et al., 2015, S. 32), insbesondere auch auf Grundlage des Patientenrechtegesetzes (PatRG) (vgl. §§ 630 a-h BGB),
- dem Einbezug des Rehabilitanden in die Therapie, sodass er bei der Bewältigung der Krankheitsfolgen durch selbstbestimmte und eigenverantwortliche Aktivitäten an der Zielerreichung mitarbeiten kann (vgl. DRV B, 2009, S. 32) und
- der Verständigung aller beteiligten Berufsgruppen auf ein gemeinsames, möglichst messbares und übergeordnetes Reha-Ziel (Glattacker et al., 2015, S. 55).

Auf Grundlage der Reha-Diagnostik und der Funktionsanalyse wird der individuelle *Rehabilitationsplan* durch Interventionen zur Umsetzung einer kurzfristigen Zielerreichung festgelegt. Die Art, die Wiederholungsfrequenz und der wöchentliche Umfang der Interventionen werden nach den Vorgaben der DRV und BAR durch den Arzt gesteuert.

3.3.4.4 Durchführung und prozessbegleitende Dokumentation

Die DRV hat für jeden Indikationsbereich Anforderungen an die personelle, apparative und räumliche Ausstattung von Rehabilitationseinrichtungen als Zulassung festgelegt (vgl. DRV B, 2009, S. 23). Darüber hinaus gelten für die Therapiedurchführung der ambulanten Rehabilitation die Rahmenempfehlungen der BAR (2005).

Das bio-psycho-soziale Modell der ICF erfordert einen integrativen und ganzheitlichen Rehabilitationsansatz, der über eine organzentrierte und symptombezogene Medizin (vgl. DRV B, 2009, S. 23) und das „Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit“ (BAR,

2005, S. 16) hinausreicht. Grundprinzipien der Rehabilitation sind „Komplexität, Interdisziplinarität und Individualität“ (vgl. BAR, 2005, S. 22). Der ganzheitliche Ansatz rückt die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Krankheitsfolgen in den Vordergrund (vgl. DRV B, S. 2009, S. 23). Diese Komplexität bedarf Maßnahmen aus medizinischer, psychischer, pädagogischer, beruflicher und sozialer Perspektive, der die Beteiligung unterschiedlicher beruflicher Kompetenzen von Diätassistenten, Ergotherapeuten, Krankenpflegern, Psychologen, Physiotherapeuten, Sozialarbeitern und Sportwissenschaftlern unter ärztlicher Leitung erforderlich macht.

Folgende zentrale Interventionen werden nach den Vorgaben der DRV (vgl. 2009, S. 33-42) als ineinander verzahnte therapeutische Leistungen einer medizinischen Rehabilitation vorausgesetzt:

- Ärztliche Aufgaben und Leistungen,
- Physiotherapie,
- Sport- und Bewegungstherapie,
- Ergotherapie,
- Gesundheitsbildung – Gesundheitstraining – Patientenschulung,
- Einführende (indikationsübergreifende) Programme,
- Weiterführende (vertiefende) Programme,
- Krankheitsspezifische Programme,
- Psychologische Beratung und Psychotherapie,
- Ernährungsberatung und Diätetik,
- Spezielle funktionsbezogene Therapieverfahren und Hilfsmittel,
- Physikalische Therapie,
- Pflege,
- Hilfsmittelversorgung und Hilfsmittelgebrauch,
- Soziale und arbeitsbezogene Beratung,
- Arbeitsbezogene Interventionen,
- Angehörigenarbeit.

Die einzelnen Therapiemodule sind nicht für jeden Rehabilitanden im Verlauf einer Rehabilitation zu erbringen, sondern werden über den Rehabilitationsplan nach dem individu-

ellen Bedarf abgestimmt und festgelegt. Während des Rehabilitationsprozesses wird der Therapieverlauf von Ärzten (z. B. durch Zwischenuntersuchungen oder Sprechstunden) oder den beteiligten Professionen kontrolliert und mit dem Rehabilitanden abgestimmt, wobei wesentliche Gesprächsergebnisse dokumentiert werden (vgl. a. a. O., S. 41). Prinzipiell dienen alle Leistungen dem übergeordneten Ziel „die Rehabilitanden dabei zu unterstützen, neue Einstellungen, Lebensstile und Verhaltensweisen zu entwickeln, die dazu beitragen, bestehende Einschränkungen besser zu bewältigen“ (Universitätsklinikum Freiburg Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, 2015, S. 24).

Da die Beschreibung der BAR/DRV Empfehlungen und Vorgaben aller Behandlungselemente in ihrer inhaltlichen Ausgestaltung den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, werden im Folgenden lediglich die Behandlungselemente in kurzer Form definiert, die über den Inhalt Bewegung bzw. Bewegungsstörung im engen Zusammenhang zur Physiotherapie stehen. Eine konkretere Darstellung dieser und weiterer Therapiemodule erfolgt am Beispiel der Indikation chronischer Rückenschmerz für die muskuloskeletale Rehabilitation in Kapitel 4.3.3.1.

Festzuhalten bleibt an dieser Stelle die Definition der Physiotherapie sowie der Sport- und Bewegungstherapie nach den Vorgaben der DRV.

Die *Physiotherapie* wird auf die jeweilige aktuelle Symptomatik und Leistungsfähigkeit der Rehabilitanden ausgerichtet und dient der Anregung bzw. Förderung gestörter physiologischer Funktionen. (...) Auch kann es erforderlich sein, ggf. mit Unterstützung von Hilfsmitteln, Ersatzfunktionen zu erarbeiten. Dazu werden vor allem speziell modifizierte aktive und passive Bewegungsübungen sowie Funktionstraining auf neurophysiologischer Grundlage eingesetzt. Zur Sicherung des Behandlungserfolgs ist es außerdem unerlässlich, die Rehabilitanden zu schulen, damit erforderliche Übungselemente auch zu Hause fortgeführt werden können. Hauptindikationen sind insbesondere Folgen von degenerativen oder entzündlichen Veränderungen und von Verletzungen, Schlaganfallfolgen sowie Fehlhaltungen und die postoperative Mobilisierung. (DRV B, 2009, S. 34)

Bei der *Sport- und Bewegungstherapie* geht es vorwiegend um eine aktive, den ganzen Körper beanspruchende Bewegung mit dem Ziel der Steigerung von Ausdauer, Koordination, Flexibilität und Kraft zur Erhaltung bzw. Verbesserung der Leistungsfähigkeit. Allgemeine sportbezogene Programme sollen darüber hinaus zur langfristigen regelmäßigen Sportausübung motivieren. Spezielle Programme zielen auf spezifische Verbesserungen einzel-

ner motorischer Fähigkeiten. Gleichzeitig dient die Sport- und Bewegungstherapie der Erprobung der körperlichen Belastbarkeit im Hinblick auf das Erwerbsleben (...). (a. a. O.)

Kurse in der Sport- und Bewegungstherapie werden von Sportwissenschaftlern, Physiotherapeuten oder Gymnastiklehrern geleitet. Bewegungsbezogene Therapie in der Gruppe belastet die Körperstrukturen durch Trainingsreize und beansprucht den Menschen zusätzlich „auf der emotionalen, verhaltensbezogenen und sozialen Ebene“ (Geidl, Hendrich & Pfeifer, 2012, S. 8).

Nach der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) soll „die Entwicklung individueller Kompetenzen (...) [und] die Initiierung und Aufrechterhaltung eines aktiven körperlichen Lebensstils“ durch das Training⁸¹ sportmotorischer Fähigkeiten gefördert werden und „zu einem positiven Bewältigungsprozess im Umgang mit chronischen Erkrankungen und Einschränkungen der Partizipation beitragen“ (DRV B, 2015a, S. 45). Auch das individuell gesteuerte Ausdauer-, Kraft- und Koordinationstraining wird nach der KTL unter Sport- und Bewegungstherapie zusammengefasst (vgl. Kapitel 4.3.1 – Physiotherapeutisches Aufbautraining).

Vor dem Hintergrund der in Kapitel 2.2 dargestellten Zusammenhänge zwischen körperlicher Inaktivität und den Risiken zur Ausprägung chronischer Muskel- und Skeletterkrankungen sowie internistischer und psychischer Erkrankungen soll die Sport- und Bewegungstherapie in der Rehabilitation nach Pfeifer, Sudeck, Brüggemann und Huber (2010, S. 231) zur Wiederherstellung und Erhaltung von Körperfunktionen und -strukturen motivieren und eine langfristige Bindung der Rehabilitanden an möglichst regelmäßigen Sport herstellen.

Rehabilitationsprozess

Der Rehabilitationsprozess wird über die sogenannten Reha-Therapiestandards (RTS) und durch die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) gesteuert und dokumentiert. Die KTL bildet die therapeutischen Prozesse während der Durchführung der Rehabilitation ab und wird als Instrument zur Leistungserfassung und Qualitätssicherung im Reha-Entlas-

⁸¹ Die DRV definiert Training als „Leistung mit dem primären Ziel des Aufbaus und der Stärkung körperlicher, psychischer und sozialer Funktions- und Leistungsfähigkeit. Training kann dem Aufbau und der Festigung von körperlichen Funktionen als auch von Verhaltensweisen dienen. Zentraler Bestandteil ist das wiederholte praktische Üben des Erlernen“ (DRV B, 2015, S. 24).

sungsbericht genutzt (vgl. DRV B, 2015a, S. 7), siehe Kapitel 3.3.10 – Externe Qualitätssicherung.

Folgende Standards für die Interventionen als konkrete Mindestanforderungen sind definiert:

- Indikationsstellung,
- Zugelassene Berufsgruppe,
- Therapieziele,
- Mindestdauer,
- Anzahl der Leistungen,
- Wiederholungsfrequenz im angegebenen Zeitraum,
- maximale Gruppengröße und weitere Indikatoren (vgl. a. a. O., S. 8).

Aus dem Reha-Bericht 2015 der DRV B geht hervor, dass die Interventionen ‚Sport- und Bewegungstherapie‘ und ‚Physiotherapie‘ zusammengerechnet mit durchschnittlich 12,4 Leistungen und ca. 7 Std. pro Woche den größten Anteil innerhalb der therapeutischen Versorgung abbilden (siehe Tabelle 3-7).

Tabelle 3-7: Anteile der Therapeutische Versorgung in den durch die Rentenversicherung belegten Reha-Einrichtungen 2013 nach DRV B (2015c, S. 43)

Kapitel der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)	Rehabilitanden mit mindestens einer Leistung*		pro Rehabilitand	
	Anzahl	Anteil	Leistungen pro Woche	Dauer (Std.) pro Woche
A - Sport und Bewegungstherapie	729.949	97 %	7,4	4,6
B - Physiotherapie	658.460	87 %	5,0	2,5
C - Information, Motivation, Schulung	750.652	100 %	5,4	3,2
D - Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	620.842	82 %	1,0	0,5
E - Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapien	446.043	59 %	2,1	1,8
F - Klinische Psychologie, Neuropsychologie	624.812	83 %	2,4	2,0
G - Psychotherapie	184.879	25 %	3,6	4,0
H - Reha-Pflege	498.024	66 %	2,8	0,6
K - Physikalische Therapie	668.058	89 %	6,2	2,2
L - Rekreationstherapie	420.734	56 %	3,3	2,6
M - Ernährung	289.767	38 %	6,7	2,2
Insgesamt	753.249	100 %	33,7	18,7

* Mehrfachnennungen möglich; N = 753.249 stationäre und ambulante Reha-Leistungen
Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2006-2013

Die *Reha-Therapiestandards* (RTS) werden von der DRV als Mindeststandards für eine bestimmte Indikation festgelegt und dienen den Therapeuten als Orientierung für eine

angemessene Versorgung (vgl. DRV B, 2015c, S. 13; DRV B, 2016e, S. 2). Die Wirksamkeit der in dem jeweiligen Therapiemodul beschriebenen rehabilitativen Strategien wird durch eine umfassende Literaturrecherche begründet (vgl. DRV B, 2016e, S. 7). Auf der Basis der „besten zur Verfügung stehenden Daten“ (Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin, 2011, S. 16) sollen die Rehabilitanden nach einheitliche Strukturen versorgt werden, so dass die Prozessqualität der Reha-Einrichtungen bewertet werden kann (vgl. a. a. O., S. 3).

Die DRV bezeichnet ein Therapiemodul als *evidenzbasiertes Therapiemodul* (ETM), wenn es nach den von der DRV vorgegebenen Reha-Therapiestandards durchgeführt wird. Die RTS werden indikationsbezogen durch folgende festgelegte methodische Arbeitsschritte der BAR entwickelt (vgl. a. a. O., S. 7-8):

1. Eine systematische Literaturrecherche nach Leitlinien auf der Basis systematischer Reviews (vgl. Universitätsklinikum Freiburg Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, 2015, S. 10) identifiziert Behandlungsverfahren, deren Wirksamkeit für die jeweils untersuchte Erkrankung nach dem aktuellen Forschungsstand nachgewiesen wurde.
2. Die durch die KTL-Daten abgebildete Versorgungspraxis aus den Entlassungsberichten wird mit den Ergebnissen der Literaturrecherche verglichen.
3. Die RTS werden auf Basis der Literaturrecherche von einem multiprofessionellen Expertenteam unter Beteiligung von Rehabilitanden und Vertretern von Verbänden und Selbsthilfeorganisationen entwickelt bzw. aktualisiert.
4. Nach einer 12-monatigen Pilotphase in Reha-Kliniken erfolgt die Implementierung in die Versorgungspraxis der Reha-Einrichtungen. Die dortige Umsetzung wird durch die externe Qualitätssicherung der DRV nach § 20 SGB IX analysiert (vgl. Kapitel 3.3.10).

Im Rahmen der Berichterstattung zur Qualitätssicherung (vgl. Kapitel 3.3.10) wird überprüft, ob die Rehabilitanden eine leitliniengerechte und evidenzbasierte Behandlung gemäß den Reha-Therapiestandards erfahren haben. Die Therapieplanerstellung berücksichtigt die RTS, die tägliche Reha-Dauer, den Behandlungsumfang, die Therapie-dichte und die Kombination der Behandlungsmodule.

Wie aus der Tabelle 3-8 hervorgeht, sind RTS nach fünf Bereichen systematisch gegliedert.

Tabelle 3-8: Gliederung der Reha-Therapiestandards (vgl. DRV B 2016e, S. 3-4) (eigene Darstellung)

Bereich	Kurzbeschreibung
„Therapeutische Inhalte“	Die Inhalte werden skizziert und durch eine Zielstellung begründet.
„Formale Ausgestaltung“	Die Mindestdauer und die Mindesthäufigkeit der Leistungen pro Woche sind definiert.
„KTL Leistungseinheiten“	Es wird entschieden, welche evidenzbasierten Therapiemodule aus dem Leistungsspektrum für den individuellen Bedarf eines Rehabilitanden ausgewählt werden.
„Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden“	Es wird angegeben, wie hoch der Mindestprozentsatz an Rehabilitanden sein soll, die diese Leistung (ETM) pro Woche erhalten.
„Weitere Hinweise“	Hier werden ergänzende Informationen zur Durchführung oder prozessbegleitenden Dokumentation gegeben.

3.3.4.5 Reha-Entlassungsbericht

Nach Beendigung der ambulanten Rehabilitationsmaßnahme erhalten der behandelnde Arzt und der zuständige Rehabilitationsträger einen Entlassungsbericht. Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht dokumentiert nach den Vorgaben der DRV B (2015c, S. 15) den Behandlungsanlass, den klinischen Verlauf, das erreichte Reha-Ergebnis und die sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben (siehe Anhang V medicoreha – DRV Entlassungsbericht Wirbelsäule konservativ).

Nach BAR (2005, S. 29) muss der Reha-Entlassungsbericht folgende Angaben enthalten:

- Rehabilitationsverlauf unter Angabe der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen
- Ergebnisse der abschließenden Leistungsdiagnostik und der sozialmedizinischen Beurteilung; diese umfassen z. B. die Stellungnahme
 - zur Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben unter Bezugnahme auf den beruflichen Kontext
 - zur Leistungsfähigkeit im Alltag bezogen auf die Selbständigkeit bei den Verrichtungen des täglichen Lebens, insbesondere zur psychosozialen Situation und/oder zur Frage der Vermeidung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit
 - zur Krankheitsverarbeitung, zum Lebensstil einschl. der Kontextfaktoren und Motivation zur Lebensstilveränderung

- Empfehlungen für weiterführende Leistungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges (z. B. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Rehabilitationssport und Funktionstraining)
- Empfehlungen zur Wiedereingliederung in das soziale Umfeld bzw. zur psychosozialen Betreuung. (BAR, 2005, S. 29-30)

Er dient u. a. als sozialmedizinisches Gutachten, dem sozialrechtlichen Feststellungsverfahren und der Informationsweitergabe an den Patienten und die behandelnden Ärzte (vgl. DRV B, 2015d, S. 8). Für den nichtstandardisierten Teil ist die folgende Gliederung der DRV B (2015d, S. 37) für alle Indikationen verbindlich.

1. Anamnese
 - 1.1 Jetzige Beschwerden
 - 1.2 Bisheriger Verlauf der reha-relevanten Beeinträchtigung(en)
 - 1.3 Weitere reha-relevante Erkrankungen/Operationen/Unfälle
 - 1.4 Biographische Anamnese (bei psychischen Störungen)
 - 1.5 Vegetative Anamnese
2. Sozialmedizinische Anamnese
 - 2.1 Sozialanamnese mit Kontextfaktoren
 - 2.2 Arbeitsanamnese mit Kontextfaktoren
 - 2.3 Subjektive Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe
3. Aufnahmebefund, Diagnostik während Rehabilitation
 - 3.1 Allgemeiner körperlicher Befund
 - 3.2 Allgemeiner psychischer Befund
 - 3.3 Fachspezifischer Befund
 - 3.4 Diagnostik
4. Reha-Prozess und -Ergebnis
 - 4.1 Individuelle Reha-Ziele
 - 4.2 Besonderheiten des Reha-Verlaufs
 - 4.3 Abschlussbefundung und Reha-Ergebnis
5. Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen

Für jeden Rehabilitanden bildet die rehabegleitende Dokumentation alle rehabilitationsrelevanten Diagnosen, Befunde sowie die durchgeführten Therapiemodule ab (vgl. BAR, 2005, S. 30).

Den Versicherten wird die medizinische Rehabilitation indikationspezifisch angeboten.

Unterschieden werden u. a.:

- Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes,
- Krankheiten des Kreislaufsystems,
- Erkrankungen der Atmungsorgane,
- Tumorbedingte Erkrankungen,

- Psychische und psychosomatische Störungen.

In den Kapiteln 3.3.5 bis 3.3.7 werden die Rahmenbedingungen der ambulanten muskuloskeletalen Rehabilitation (AMR), der medizinisch beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) und der ambulanten onkologischen Rehabilitation (AOR) dargestellt.

Der Indikationsbereich Muskel- und Skeletterkrankungen wird ausgewählt, weil er für die Physiotherapie aufgrund der hohen Inzidenzrate und der wachsenden Kosten im Gesundheitswesen besonders relevant ist.

Der berufsorientierte Ansatz der MBOR ist relevant, da er berufliche Aspekte betont, auf die Rückkehr in die Erwerbsfähigkeit abzielt und indirekte Kosten der Volkswirtschaft (vgl. Kapitel 2.8.1) durch eine aktivierende Physiotherapie reduzieren kann. Im Fokus steht vor allem für die älteren Erwerbstätigen, die Leistungsfähigkeit entsprechend den Anforderungen des Arbeitsplatzes möglichst lange zu erhalten. Die moderne physiotherapeutische Patientenversorgung ist ausgehend von der medizinischen Rehabilitation und Nachsorge mit den Betrieben vernetzt (vgl. Kapitel 4.3.6 – Plan Gesundheit).

Wie die AMR und die MBOR ist die AOR auf ein komplexes Gesundheitsproblem ausgerichtet, welches teils schwere Folgen für die Betroffenen hat und einen bio-psycho-sozialen Zugang erforderlich macht. Die eingesetzten Untersuchungs- und Behandlungsstrategien umfassen gleichermaßen Störungen der Körperstrukturen und -funktionen und Beeinträchtigungen von Aktivitäten oder der Teilhabe im Kontext zur Umwelt des Rehabilitanden.

3.3.5 Ambulante muskuloskeletale Rehabilitation

Unter dem Begriff ‚Muskel- und Skeletterkrankungen‘ (muskuloskeletale Erkrankungen) werden verschiedene Erkrankungen des Bewegungssystems zusammengefasst. Hierzu zählen nach dem RKI (2015a, S. 69) Rückenschmerzen, „degenerative Gelenkerkrankungen wie Arthrose, entzündliche Gelenkerkrankungen des rheumatischen Formenkreises (z. B. Rheumatoide Arthritis) und systemische Skeletterkrankungen (z. B. Osteoporose)“. Muskel- und Skeletterkrankungen gelten als „führende Ursache von chronischen Schmerzen, körperlichen Funktionseinschränkungen und Verlust an Lebensqualität“ (RKI, 2013b).

Im erwerbsfähigen Alter sind sie der Grund für die meisten Arbeitsunfähigkeitstage, treten mit zunehmendem Alter häufiger auf (RKI, 2015a, S. 69) und bilden nach den psychischen Störungen den zweithäufigsten Grund für gesundheitlich bedingte Frühberentungen (a. a. O., S. 140).

Insgesamt gehören sie „zu den teuersten Erkrankungen in den industrialisierten Ländern. Sie machten im Jahr 2008 11,2 % der gesamten Krankheitskosten in Höhe von 254 Milliarden Euro aus“ (Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), 2017, S. 15).

Nowossadeck (2012b, S. 151) untersuchte auf der Basis von Daten der Krankenhausdiagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes drei Diagnosehauptgruppen: Krebserkrankungen, Herz-Kreislaufkrankungen und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems. Alle Diagnosegruppen zeigten einen alterungsbedingten Anstieg der Krankenhausfallzahlen. Der starke Anstieg der Fallzahlen in der Subgruppe mit der Diagnose Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (ICD-10-GM: M40–M54) wurde jedoch nur geringfügig durch Alterung verursacht, vielmehr stiegen die Krankenhausfallzahlen in allen Altersgruppen mit dem ‚Risiko‘ einer solchen Diagnose an (Nowossadeck, 2012b, S. 154). Das Kapitel 5.7 befasst sich mit diesem Thema als Teil der „Modernen Physiotherapie“ unter der Überschrift OP vermeidende konservative Versorgung.

In der ambulanten medizinischen Rehabilitation wurden im Jahr 2014 nach Daten der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV B, 2015c, S. 29) zwei Drittel der Leistungen (bei Frauen 65 % und bei Männern 59 %) wegen muskuloskeletale Erkrankungen durchgeführt. Ein Anteil von 85 % der Rehabilitanden ist im Verlauf von zwei Jahren nach ihrer Rehabilitation wieder erwerbsfähig geworden (a. a. O.).

Wegen der hohen direkten und indirekten Krankheitskosten ist die sozialmedizinische und sozioökonomische Bedeutung einer erfolgreichen Rehabilitation als sehr hoch einzuschätzen. Da degenerative Gelenkerkrankungen mit zunehmendem Alter häufiger auftreten, wird der zukünftige Rehabilitationbedarf im Zuge des demografischen Wandels weiterwachsen (vgl. RKI, 2015a, S. 73).

Allgemeine medizinische Gegenanzeigen für die Durchführung einer AMR sind:

- Erheblich eingeschränkte körperliche oder psychische Belastbarkeit
- Notwendigkeit höhergradiger ärztlicher oder pflegerischer Betreuung
- Ausgeprägte Multimorbidität mit weiteren Reha-Hauptindikationen
- Abhängigkeitserkrankungen ohne längerfristige Abstinenzbewährung
- Ausgeprägte psychosomatische oder psychische Störungen
- Nicht abgeschlossene reha-relevante medizinische Sachaufklärung zu Erkrankungen außerhalb des orthopädisch-traumatologischen Gebietes. (DRV B, 2011, S.4)

Von den Muskel- und Skeletterkrankungen sind die Indikationen Arthrose und Rückenschmerz von besonderer Relevanz. So gilt Arthrose weltweit als die häufigste Gelenkerkrankung in der erwachsenen Bevölkerung (vgl. RKI, 2015a, S. 70). Bei 20,3 % der Personen zwischen dem 18. und 79. Lebensjahr wurde nach Daten der epidemiologischen Studie ‚Gesundheit in Deutschland‘ (RKI, 2014c) jemals eine Arthrose ärztlich festgestellt.

Die Abbildung 3-8 stellt den prozentualen Anstieg von Arthrosebeschwerden in Deutschland bei Frauen und Männern in den letzten 12 Monaten in Abhängigkeit vom Lebensalter im Vergleich zu gleichaltrigen Bevölkerungsgruppen (vgl. RKI, 2013b) dar. In der Altersgruppe der über 70-Jährigen sind etwa 50 % der Frauen und 33 % der Männer an Arthrose erkrankt (vgl. a. a. O.).

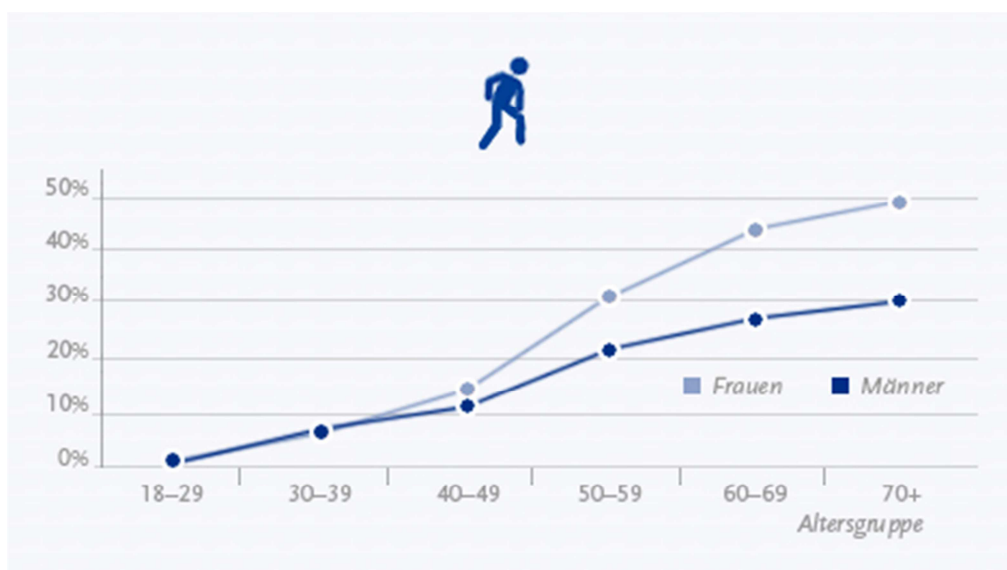


Abbildung 3-8: Frauen und Männer mit Beschwerden durch Arthrose in den letzten zwölf Monaten nach RKI (2013b).

Wegen des hohen Anteils an Krankenständen und des volkswirtschaftlichen Verlusts an Arbeitsproduktivität infolge Arbeitsunfähigkeit (vgl. Kapitel 2.4 – Produktionsausfälle) soll die Indikation *Chronischer Rückenschmerz* aus der muskuloskeletalen Diagnosegruppe ausgewählt und beispielhaft vorgestellt werden.

Chronischer Rückenschmerz

Gestützt auf Daten der Gesundheitsberichterstattung des Robert Koch-Instituts nehmen Patienten mit Rückenleiden nicht nur besonders häufig Leistungen aus dem medizinischen Versorgungssystem in Anspruch (vgl., RKI, 2012, S. 7), sondern belasten darüber hinaus die soziale Versorgung „durch Arbeitsunfähigkeit und Renten wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung“ (Raspe, 2012, S. 7). Mit Dorsopathie (ICD-10-GM: M53) wird eine Gruppe „von sehr unterschiedlichen Krankheiten, die Knochen, Gelenke, Bindegewebe, Muskeln und Nerven des Rückens betreffen können“ bezeichnet. „Im Allgemeinen äußern sie sich in Rückenschmerzen“ (Statistisches Bundesamt 2010, S. 8).

Nach Plass et al. (2014, S. 637) prägen Rückenschmerzen neben den Herzerkrankungen in Deutschland die mit Abstand bedeutendste Krankheitslast als verlorene gesunde Lebensjahre (vgl. Kapitel 2.9). Die häufigste Diagnose, die zu Krankmeldungen führte, ist die Diagnose „Rückenschmerz“ mit 7,0 % der Arbeitsunfähigkeitsfälle (AU-Fälle) und 7,0 % der AU-Tage (vgl. Macco & Schmidt, 2009, S. 275-423). Etwa 85 % aller Menschen sind in ihrem Leben mindestens einmal von Rückenschmerzen betroffen (vgl. Schmidt, Raspe, Pflingsten, Hasenbring, Basler, Eich & Kohlmann, 2007, pp. 2005-2011; Woolf & Pfleger, 2003, pp. 646-656).

Chronische Rückenschmerzen können *spezifisch*, als Folge von Erkrankungen, Verletzungen oder Entzündungen auftreten, z. B. bei einem Bandscheibenvorfall, einer Spinalkanalstenose oder bei Osteoporose (vgl. Koes, Van Tulder, Ostelo, Kim & Wadell, G., 2001, pp. 2504-2513; Moffett, Mclean, 2006, pp. 371-378). Schon Erwachsene unter 50 Jahren leiden häufig an chronischen Rückenschmerzen (vgl. Fuchs, Busch, Lange & Scheidt-Nave, 2012, pp. 576–586). Aufgrund degenerativer Veränderungen steigt die Prävalenz von Rückenschmerzen mit zunehmendem Lebensalter (vgl. Kalff R., Ewald, Waschke, Gobisch, & Hopf, 2013, pp. 613-623). Auch wenn ab einem bestimmten Lebensalter bei fast jedem

Menschen degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule nachweisbar sind, sind sie „nicht automatisch mit einer kausalen Diagnose gleichzusetzen“ (Bundesärztekammer (BÄK) et al., 2017, S. 66).

Weitaus häufiger als die *spezifischen Rückenschmerzen* sind *nicht-spezifische Rückenschmerzen* (vgl. RKI, 2015a, S.69). ‚Nicht-spezifisch‘ bedeutet, dass die Beschwerden der Patienten durch keine begründete medizinische Diagnose gesichert werden können (vgl. Moffett & Mclean, 2006, pp. 371-378; Raspe, 2012, S. 7). Die Häufigkeit der Patienten, die von spezifischen Rückenschmerzen beeinträchtigt sind, wird auf 15-20 % geschätzt, während 80-85 % der chronischen Rückenschmerzpatienten an nicht-spezifischen Rückenschmerzen leiden (vgl. Raspe, 2012, S. 10; Schmidt & Kohlmann, 2005, S. 292-298).

Die Entstehung und der Verlauf von nicht-spezifischen Rückenschmerzen werden durch eine Vielzahl von Ursachen beeinflusst. Wesentliche auslösende Faktoren sind nach Hoy, Brooks, Blyth & Buchbinder (vgl. 2010, pp. 769-781)

- sozioökonomische Kontextfaktoren wie ein niedriger Sozialstatus in Bezug auf Bildung und Einkommen,
- umweltbezogene Faktoren wie beispielsweise Belastungen am Arbeitsplatz,
- personbezogene Faktoren wie Übergewicht und mangelnde körperliche und sportliche Aktivität,
- psychosoziale Faktoren, wie der Umgang mit Stress, Arbeitsunzufriedenheit.

Die „Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz“ wurde seit 2006 in bisher fünf überarbeiteten Versionen bis 2011 von der Bundesärztekammer (BÄK), der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) herausgegeben. Als Beispiel für neue Erkenntnisse in der Medizin liegt unter dem neuen Titel „Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz“ seit März 2017 eine neue Leitlinie vor. Sie definiert Kreuzschmerz „als Schmerzen unterhalb des Rippenbogens und oberhalb der Gesäßfalten, mit oder ohne Ausstrahlung. Begleitend können weitere Beschwerden vorhanden sein“ (Bundesärztekammer et al., 2017, S. 13). Bei nicht-spezifischen Kreuzschmerzen können die therapeutischen Maßnahmen nur symptomatisch erfolgen, da keine Hinweise auf spezifische Ursachen vorliegen (vgl. a. a. O., S. 29). „Operative Verfahren (...) sind in jedem Fall an den

Nachweis einer spezifischen Ursache der Kreuzschmerzen gebunden“ und sollten bei nicht-spezifischen Rückenschmerzen nicht angewendet werden (a. a. O., S. 66).

Die Nationale Versorgungsleitlinie empfiehlt für Patienten mit subakuten und chronischen nicht-spezifischen Kreuzschmerzen „rechtzeitige und indizierte Veranlassung einer multimodalen Behandlung, um die Teilhabe am sozialen und Erwerbsleben zu fördern und somit Chronifizierung, Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung zu verhindern“ (Bundesärztekammer et al., 2017, S. 11).

Dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell entsprechend

sind bei nicht-spezifischen Kreuzschmerzen neben somatischen (z. B. Prädisposition, Funktionsfähigkeit) auch psychische (z. B. Problemlösekompetenz, Selbstwirksamkeitserwartung) und soziale Faktoren (z. B. soziale Netze, Versorgungsstatus, Arbeitsplatz) bei Krankheitsentstehung und -fortdauer relevant und entsprechend auch bei Diagnostik und Therapie zu berücksichtigen. (a. a. O., S.13)

Die medizinisch-therapeutische Versorgung unterstützt Lagentheorien der Patienten im Rahmen des *„Angst-Vermeidungs-Modells“*⁸², indem Patienten darüber informiert werden, „dass Heilung durch passive oder monomodale Maßnahmen, Spritzen und Krankschreibung erreichbar sei“ (a. a. O., S. 18). Die Versorgungsleitlinie definiert passives Krankheitsverhalten wie folgt:

Die Verantwortung für die eigene Gesundheit wird an die Vertreter des Gesundheitssystems delegiert. Therapie wird nicht selbst unternehmend konsumiert, Patienten lassen sich „behandeln“, zur Kur „verschicken“, vorzeitig „berenten“. Dies wird gefördert durch zu geringe Berücksichtigung individueller Anliegen und Probleme der Betroffenen (entscheidend ist nur die Diagnose) und Verunsicherung durch Dramatisierung (z. B. an Hand von gemachten aber nicht-indizierten Röntgenaufnahmen). Ferner ist auch die Anwendung passiver Therapiemaßnahmen mit aktivem Bewältigungsverhalten schwer zu vereinbaren. Dieses ist aber Voraussetzung [sic! für] die Mitarbeit der Patienten und damit für einen Therapieerfolg. (Bundesärztekammer et al., 2017, S. 79)

An dieser Stelle ist auch darauf hinzuweisen, dass nach Raspe, Autor zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes Themenheft – Rückenschmerz, die wissenschaftliche Fundierung operativer Verfahren zur Therapie von chronischen Rückenschmerzen Evidenzlücken aufweist (vgl. RKI, 2012, S. 23).

⁸² Engl.: Fear avoidance belief, vgl. Kapitel 4.3.3.2

Es existieren nur wenige randomisierte klinische Studien hoher Qualität, die eindeutige Empfehlungen für die Anwendung bestimmter (operativer) Therapien bzw. Methoden zulassen würden. Insgesamt scheint es in den letzten Jahren zu einer vorsichtigeren Indikationsstellung gekommen zu sein, da die postoperativen Ergebnisse teilweise unbefriedigend bzw. mit denen nach intensiven konservativ-rehabilitativen Maßnahmen vergleichbar sind. (a. a. O.)

Einige neuere Studien belegen die Evidenz aktivierender Therapieprogramme für Patienten aus der Indikationsgruppe.

- Für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen wurde die Wirkung von Übungen für Bewegungskontrolle (engl.: motor control exercises) mit hohem Evidenzgrad (Evidenzlevel Ia⁸³) durch eine Metaanalyse von Bystrom, Rasmussen-Barr und Grooten (2013, pp. 350-358) in Bezug auf die Parameter Schmerzreduzierung und Reduzierung der Funktionsstörung (engl.: disability) gut belegt.
- Meng und Yue (2015, pp. 358-365) wiesen in ihrer Metaanalyse die Wirksamkeit eines aeroben Ausdauertrainings auf die Zielgrößen Schmerzintensität sowie physische und psychische Funktionen bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen nach.
- Scharrer, Ebenbichler, Pieber, Crevenna, Gruther, Zorn und Ammer (2012) fanden moderate Evidenz dafür, dass medizinische Trainingstherapie effektiver im Hinblick auf Schmerzreduktion sei als „keine Intervention“.
- Eine Cochrane-Metanalyse von Saragiotto, Maher, Yamato, Costa, Menezes Costa, Ostelo und Macedo (2016) untersuchte wie Bystrom et al. (2013, pp. 350-358) die Wirksamkeit von Übungen für die Bewegungskontrolle aus 27 Studien (insgesamt 2.431 Patienten) mit chronischen nicht-spezifischen Kreuzschmerzen. Als Kernergebnis bewirkten die Übungen zur Erzielung einer Bewegungskontrolle wahrscheinlich eine größere Verbesserung auf die Zielkriterien Schmerz, Funktionsfähigkeit und der von den Patienten empfundenen Beschwerdebesserung im Vergleich zur Minimalbehandlung (engl.: minimal intervention) in den Kontrollgruppen. Da die Autoren in ihrer Ergebnisdarstellung kaum oder nur geringe Unterschiede zu anderen Übungsformen beobachten

⁸³ Das Evidenzlevel Ia bildet in der Systematik den höchsten Evidenzgrad und bedeutet, dass die Evidenz durch Metaanalysen oder systematische Reviews von randomisiert-kontrollierten Studien nachgewiesen wurde, vgl. Kapitel 2.7.3.

konnten, empfahlen sie die Übungsauswahl in der Patientenversorgung mit chronischen nicht-spezifischen Kreuzschmerzen abhängig von den Vorlieben der Patienten oder Therapeuten, der Ausbildung des Therapeuten, den Kosten sowie der Sicherheit zu treffen.

Kritisch angemerkt werden muss an dieser Stelle, dass die Ergebnisse ausländischer Studien unter anderen Rahmen- und Kontextbedingungen als in der Routineversorgung eines drei- bis vierwöchigen Rehabilitationssettings in Deutschland erzielt wurden (vgl. Kapitel 2.7.3 – efficacy) und hierdurch die Aussagekraft der Evidenz eingeschränkt werden muss.

Zur Förderung einer evidenzbasierten rehabilitativen Versorgung und zur Qualitätssicherung hat die DRV B Reha-Therapiestandards für die Indikation Chronischer Rückenschmerz festgelegt. Sie geben Entscheidungshilfen für die Ausgestaltung von Therapieplänen für diese Rehabilitandengruppe (vgl. DRV B, 2016f, S. 4), siehe Tabelle 3-9.

Tabelle 3-9: Reha-Therapiestandards - Chronischer Rückenschmerz nach DRV B (2016f, S. 12)

RTS Chronischer Rückenschmerz (Basis: KTL 2015)			
ETM	Bezeichnung	Minstdauer	Mindestanteil
01	Bewegungstherapie	mind. 450 Min. pro Woche mind. 5 mal	mind. 90 %
02	Funktionelle und arbeitsweltbezogene Therapien	mind. 90 Min. pro Woche	mind. 50 %
03	Massage	mind. 40 Min. pro Woche	mind. 30 %
04	Krankheitsspezifische Patientenschulung	mind. 270 Min. pro Reha	mind. 90 %
05	Gesundheitsbildung	mind. 105 Min. pro Reha	mind. 80%
06	Ernährungstherapeutische Leistungen	mind. 45 Min. pro Reha	mind. 20 %
07	Psychologische Interventionen	mind. 60 Min. pro Reha	mind. 50 %
08	Entspannungsverfahren	mind. 60 Min. pro Woche	mind. 50 %
09	Schmerzbewältigung	mind. 200 Min. pro Reha	mind. 50 %
10	Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration	mind. 60 Min. pro Reha	mind. 80 %
11	Vorbereitung nachgehender Leistungen	mind. 15 Min. pro Reha	mind. 80 %

Als Mindestdauer wird in Tabelle 3-9 der Durchschnittswert der einzelnen Evidenzbasierten Therapiemodule (ETM) bezogen auf die Gesamtdauer des Reha-Aufenthalts festgelegt (vgl. a. a. O., S. 3) und nach Abschluss der Rehabilitation als Qualitätsindikator für den Behandlungsprozess durch die DRV B überprüft (a. a. O., S. 2). Der Mindestanteil gibt an, „welcher Prozentsatz an Rehabilitanden mindestens Leistungen aus dem jeweiligen ETM in der angegebenen Menge [Mindestdauer] erhalten soll, um den Mindestanforderungen entsprechend rehabilitiert zu sein“ (DRV B, 2016f, S. 4).

Die therapeutischen Inhalte und Zielsetzungen des ETM 01 ‚Bewegungstherapie‘ sind von der DRV B (2016f, S. 14) vorgegeben als

Bewegungstherapeutische Leistungen mit den folgenden, in Abhängigkeit von den individuellen Voraussetzungen zu gewichtenden Zielen:

1. Anbahnung, Übung und Training zur (Wieder-)Herstellung von physischen Funktionen, Belastbarkeit und Trainierbarkeit
2. Stärkung physischer Ressourcen/Funktionen (Kraft, Ausdauer, Koordination, Beweglichkeit) und Vermittlung von Aktivitäten (z. B. ADL, sport- und berufsbezogene Bewegungskompetenzen)
3. Stärkung psychischer und sozialer Ressourcen durch positive und nachhaltig umsetzbare Bewegungserfahrungen, bewegungsbezogene Selbstwirksamkeitserfahrungen, Aufbau von Bewegungs- und Steuerungskompetenz zur Bindung an einen körperlich aktiven Lebensstil.

In der Bewegungstherapie steht die körperliche Aktivierung durch praktische Betätigung im Vordergrund. Das ETM 01 ist eng mit den Strategien des ETM 04 ‚Krankheitsspezifische Patientenschulung‘ verknüpft. Als Inhalte hierfür werden von der DRV B (2016f, S. 16) genannt:

Krankheitsspezifische Schulungen, bei denen es zunächst um Krankheits- und Behandlungswissen zum Thema Rückenschmerzen geht. Von Bedeutung sind aber auch Motivation/Empowerment, die gesundheitsförderliche Lebensführung sowie die psychologische Unterstützung der Krankheitsbewältigung. Die Schulungen sollten auf dem bio-psycho-sozialen Ansatz basieren. Wichtige Themen sind Trainingstheorie und Training, Transfer in den Alltag, aktiver Bewegungsausgleich und die realistische Zielsetzung.

Der Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz und der evidenzbasierten Wirkung von Training steht entgegen, dass ‚Wirbelsäulenerkrankungen‘ als größte Indikationsgruppe der Heilmittelverordnungen immer noch zu einem hohen Anteil mit passiven Massagen

und Kälte- oder Wärmebehandlungen versorgt werden (vgl. Kapitel 3.2 - Einleitung). „Moderne Physiotherapeuten“ verfügen über die Kompetenzen, die Partizipation ihrer Patienten zu erhalten und zu fördern, indem sie gemäß dem bio-psycho-sozialen Bezugsrahmen die funktionale Gesundheit (vgl. Kapitel 3.3.3) ihrer Patienten fördern. Mit den Funktionssteigerungen durch Training kann die Krankheitseinstellung verändert und die Aktivität in der jeweiligen Lebensphase und Lebenssituation in den Vordergrund der Interventionen gestellt werden.

3.3.6 Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation

Wie im Kapitel 3.3.3 erläutert, bildet die Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit nach der ICF (vgl. WHO, 2001, S. 4) – insbesondere bei berufsbezogenen Aktivitäten und der Teilhabe am Arbeitsleben – bereits einen zentralen Gegenstand des Behandlungsauftrags in der medizinischen Rehabilitation (vgl. Löffler, Gerlich, Lukaszik, Heiner, Wolf und Neuderth, o. J., S. 3).

Gemäß § 11 SGB IX hat der Gesetzgeber den Anspruch „behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen“ [auf] „geeignete Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ gestärkt, indem vom zuständigen Rehabilitationsträger geprüft wird, „ob durch geeignete Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Erwerbsfähigkeit (...) erhalten, gebessert oder wiederhergestellt werden kann“. Somit hat für jede ambulante medizinische Rehabilitation die Ausrichtung auf die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) einen hohen Stellenwert (vgl. DRV B, 2015e, S. 4) mit der Zielsetzung, arbeitsbezogene Problemlagen möglichst frühzeitig zu identifizieren und einen nahtlosen Übergang zwischen der Rehabilitation und der Wiedereingliederung in das Arbeitsleben zu erleichtern (vgl. Universität Würzburg, Abteilung für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften (UWAfR), 2015).

Angesichts der zunehmenden Dynamik der wirtschaftlichen, technologischen und gesellschaftlichen Trends (vgl. Kapitel 2.4) und den epidemiologischen Veränderungen des Krankheitsspektrums (vgl. Kapitel 2.6) bietet die MBOR das Potential, „Auswirkungen einer Krankheit oder Behinderung entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten [sowie] ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern“ (DRV B, 2015, S. 4).

Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation für Erwerbstätige sollen nach dem Anforderungsprofil der DRV B (2015e, S. 5) durchgängig einen starken Arbeitsbezug herstellen.

Erst bei ‚besonderen beruflichen Problemlagen‘ (BBPL) wird eine spezifische MBOR nach dem Anforderungsprofil der DRV B eingesetzt, die klar von den Leistungen zur Phase II der Medizinisch beruflichen Rehabilitation abgrenzbar ist (vgl. DRV B, a. a. O.). Beispiele für berufsbezogene Problemlagen sind hohe biomechanische Belastungen, psychosoziale und arbeitsplatzbezogene Risikofaktoren oder hohe sensomotorische Anforderungen, welche sich aus dem Arbeitsumfeld ergeben (vgl. UWAfR, 2015a). Entsprechend richtet sich die Strategie der Leistungserbringung nach den Kontextbedingungen im Erwerbsleben einer Person (vgl. Streibelt, o. J., S.4).

Die DRV B geht nach Schätzungen davon aus, dass in der orthopädischen Rehabilitation ca. 65 %, in der onkologischen Reha 60-70 % und in der Psychosomatik ca. 75 % der Rehabilitanden besondere berufliche Problemlagen aufweisen (vgl. Golla, Saal und Mau, 2014, S. 66-67; Streibelt und Brünger, 2014, S. 43-44).

Zur Einbeziehung beruflicher Aspekte benötigt die MBOR eine spezifische Reha-Diagnostik und eine zusätzliche Reha-Intervention, welche nach den Vorgaben der DRV B (2015e, S. 7) in die abgestuften Leistungen der ‚Basisangebote‘, ‚MBOR-Kernangebote‘ und ‚Spezifischen MBOR-Angebote‘ eingeteilt werden (siehe Tabelle 3-10). Während die Mehrzahl der Rehabilitanden der medizinischen Rehabilitation, etwa in der muskuloskeletalen Rehabilitation, diagnostische und therapeutische Leistungen der beruflich orientierten Basisangebote unter A) erhalten, bilden die in Tabelle 3-10 dargestellten Maßnahmen unter B) und C) Leistungen der MBOR ab, die speziell auf die Zielgruppe von Personen der BBPL ausgerichtet sind.

Tabelle 3-10: MBOR-gestuftes Leistungsspektrum nach DRV B (vgl. 2015e, S. 7-9) (eigene Darstellung)

	A) Beruflich orientierte Basisangebote	B) MBOR-Kernangebote	C) Spezifische MBOR-Angebote
Bedarf	Alle	Rehabilitanden mit BBPL	Rehabilitanden mit BBPL, die den zuletzt ausgeübten oder

			vergleichbaren Beruf nicht mehr ausüben können.
Diagnostik	Feststellung der BBPL	Berufsbezogene Diagnostik	Einzelfälle erhalten nach Zuweisung durch die DRV Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTU).
Maßnahmen	Arbeitsplatzberatung und sozialrechtliche Beratung	Psychoedukative Gruppenangebote, z. B. Stressbewältigung am Arbeitsplatz, Arbeitsplatztraining, Entspannungstraining	Identifikation eines weiterführenden Reha-Bedarfs mit möglicher beruflicher Veränderung, MBOR-Belastungserprobung und frühzeitigem Einbezug der Reha Fachberater.

Zielstellung

Die DRV B (2015e, S. 4) definiert als primäre Zielstellung der MBOR eine „Besserung oder Wiederherstellung der erheblich gefährdeten oder bereits geminderten Erwerbsfähigkeit“. Der MBOR-Ansatz ist verstärkt auf die Förderung der personalen Ressourcen des Rehabilitanden entsprechend den Anforderungen des aktuellen Arbeitsplatzes ausgerichtet. Potenzielle „Barrieren im beruflichen Verhalten und Erleben“ des Rehabilitanden sollen abgebaut werden (a. a. O., S. 4). Ist frühzeitig erkennbar, dass dies nicht oder nur zum Teil gelingt, werden die Bedingungen und Verhältnisse des Arbeitsplatzes an die dauerhaft geminderte Erwerbsfähigkeit angepasst.

Auftrag jeder medizinischen Rehabilitation ist deshalb, die berufliche Perspektive der Arbeitswelt in alle Reha-Prozesse zu integrieren und hierdurch möglichst frühzeitig arbeitsbezogene Problemlagen – beispielsweise durch Screeningverfahren oder standardisierte Assessments – zu identifizieren (vgl. a.a.O).

Zielgruppe

Die Zielgruppe der Personen mit BBPL ist sehr heterogen, kann aber nach der DRV B (a. a. O., S. 6) durch folgende Merkmale abgegrenzt werden:

- problematische sozialmedizinische Verläufe zum Beispiel mit langen oder häufigen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit und/oder Arbeitslosigkeit,
- negative subjektive berufliche Prognose, verbunden mit der Sorge den Anforderungen des Arbeitsplatzes nicht gerecht werden zu können (auch bei Vorliegen eines Rentenantrags),
- aus sozialmedizinischer Sicht erforderliche berufliche Veränderung.

Die Risiken hoher körperlicher Belastungen sind im Kapitel 2.4 zusammengefasst. Sie sind für einen Teil der Erwerbstätigen derzeit rückläufig, hingegen nehmen die psychischen Belastungen zu.

Psychosoziale Stressoren gelten als eine der Hauptbelastungen am Arbeitsplatz. Die Arbeitsbedingungen selbst, aber auch die Bedrohung durch Arbeitslosigkeit gelten als wichtige Faktoren für die Entstehung und den Verlauf von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Diese waren laut DAK-Gesundheitsreport im Jahr 2015 für 16 % aller Krankschreibungen verantwortlich (vgl. Marschall, Hildebrandt, Sydow, Nolting et al., 2016, S. XI), verursachten überdurchschnittlich lange Fehlzeiten (Bundespsychotherapeutenkammer, 2013, S. 6) und standen nach den Muskel- und Skeletterkrankungen bei den Beschäftigten an zweiter Stelle der Ursachen für Langzeit-AU-Fälle (vgl. a. a. O., S. 26).

Laut der bundesweiten Studie PORTAL (DRV B, 2007) hat inzwischen jeder dritte Patient in der orthopädischen Rehabilitation eine sogenannte BBPL mit langen oder wiederholten Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit bedingt durch krankheitsbezogene oder psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz. Beispiele für psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz sind

- Konflikte mit Vorgesetzten/Kollegen,
- Mobbing,
- Stresserleben und Zeitdruck,
- Umgang mit schwierigen Kunden,
- Überforderung oder Unterforderung,
- Umgang mit ungewöhnlichen Arbeitszeiten (Schichtarbeit, Wochenend- und Feiertagsarbeit),
- Vermischung von Arbeit und Freizeit durch ständige Erreichbarkeit,
- Auswirkung auf Schlafrhythmus, Freizeitgestaltung und Familienleben und
- erhebliche Veränderungen der Arbeitssituation (vgl. DRV B, 2015e, S. 14 u. S. 19).

Die Prognose der Rehabilitanden (vgl. Kapitel 3.3.4.1) sollte hinsichtlich der Rückkehr in die Erwerbsfähigkeit aufgrund ihrer körperlichen, mentalen und sozialen Fähigkeiten positiv sein. Eine weitere Voraussetzung bildet die Motivation, sich in der Rehabilitation „mit arbeits- und berufsbezogenen Fragestellungen auseinander (...) setzen“ zu wollen (Löffler et al., o. J., S. 19), die nicht immer erwartet werden kann (vgl. DRV B, 2015e, S. 10). Die Förderung der berufsbezogenen Motivation des Rehabilitanden sollte nach der DRV B in allen Reha-Prozessen präsent sein, empfohlen wird:

- ein Einladungsschreiben vor Beginn der Rehabilitation so zu formulieren, dass keine Erwartungen einer ‚kur‘-orientierten Behandlung unterstützt werden (das Praxisbeispiel hierzu kann dem Anhang VI medicoreha - Reha-Aufnahmefragebogen entnommen werden),
- über Informationsbroschüren bereits auf die berufsbezogenen Leistungen und deren Ziele innerhalb der Rehabilitation einzugehen,
- berufsbezogene Inhalte bereits in den Aufnahmegesprächen, sowie im weiteren Verlauf bei Patientenschulungen und im aktiven Training zu thematisieren,
- den Rehabilitanden anzuregen, seine Rehabilitationsziele konkret für die bestehenden individuellen berufsbezogenen Problemlagen zu definieren (vgl. a. a. O., S. 10-11).

Inzwischen liegt eine Vielzahl MBOR-spezifischer Assessments vor, die in der praktischen Anwendung für Patienten mit BBPL ausgewählt werden können.

Spezifische MBOR-Assessments

MBOR-Assessments erfassen arbeitsbezogene Merkmale der Rehabilitanden auf systematische Weise und messen nach definierten Skalen. Zusammen mit den Daten aus der Funktionsanalyse können aus den Informationen der Assessments der Ist-Zustand abgebildet und daraus patientenzentrierte Reha-Ziele abgeleitet werden. Zum Ende der Rehabilitation werden die Daten aus der Eingangsuntersuchung mit der Abschlussuntersuchung und dem Soll-Zustand verglichen und interpretiert. Da ganz unterschiedliche Reha-Ziele die Auswahl der Assessments bestimmen, kann an dieser Stelle nur eine kleine Auswahl in kurzer Form vorgestellt werden.

1. Work Ability Index (WAI)

Beim WAI handelt es sich um ein Messinstrument zur Eigeneinschätzung der Arbeitsfähigkeit von Arbeitnehmern (vgl. Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH (IQPR), 2016a). Erfragt werden nach IQPR (2016a)

(...) die Einschätzung aktueller und zukünftiger Arbeitsfähigkeit, der Gesundheitszustand und die Beeinträchtigung durch Erkrankungen bei der Arbeit, die Bewältigungskompetenz von physischen und psychischen Arbeitsanforderungen sowie die aktuelle psychische/mentale Einstellung und Befindlichkeit.

2. Einschätzung körperlicher Leistungsfähigkeiten bei arbeitsbezogenen Aktivitäten (ELA)

ELA überprüft im Fremdeinschätzungsverfahren die individuellen körperlichen Leistungsvoraussetzungen mit den Anforderungen am Arbeitsplatz und greift hierbei auf das Belastungs-Beanspruchungs-Modell von Rohmert und Rutenfranz (1975) zurück (vgl. Kapitel 2.2.1). Es ist ein Instrument, welches im Rahmen der FCE-Systeme zur objektiven Erfassung der individuellen arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit (FCE, engl.: functional capacity evaluation) eingesetzt wird (vgl. IQPR, 2016b). Insgesamt 24 Testverfahren werden nach den Dimensionen Körperhaltung (z. B. Stehen und Knien), Körperfortbewegung (z. B. Gehen und Steigen), Körperteilbewegung (z. B. Hand-/Fingerbewegungen und Reichen) sowie Komplexe Merkmale (z. B. Heben und Tragen) zugeordnet.

3. Screening-Instrument zur Erkennung des Bedarfs an Medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitation (SIMBO)

SIMBO bildet sieben Kriterien der Beeinträchtigung beruflicher Teilhabe ab. Im Einzelnen sind das die Merkmale Erwerbsstatus, Arbeitsfähigkeit, Fehlzeiten im Jahr vor der Maßnahme, gesundheitsbezogene Beeinträchtigungen im Beruf, subjektive berufliche Prognose, berufsbezogene Therapiemotivation und Alter (vgl. UWAfR, 2015). Die Kriterien werden auf einer Skala von 0 bis 100 Punkte bewertet.

Indikationsspezifische MBOR-Assessments

Die indikationsspezifischen Analysemethoden beziehen sich auf die Erfassung von personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren zur individuellen Situation am Arbeitsplatz eines Rehabilitanden mit spezifischen Erkrankungen. Die sozialmedizinische Diagnostik

unterscheidet für den Lebensbereich Arbeit ‚Förderfaktoren‘ und ‚Barrieren‘ (vgl. WHO, 2001), siehe Kapitel 3.3.3. Es können verschiedene Methoden eingesetzt werden, von denen im Folgenden die Häufigsten erläutert werden.

1. Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC)

Der WOMAC ist ein Fragebogen für Patienten mit Hüft- und Kniearthrosen zur Selbsteinschätzung der alltagsbezogenen Einschränkungen. Der Fragebogen erfasst das subjektive Erleben der Dimensionen ‚Schmerz‘ (5 Fragen) ‚Steifigkeit des Gelenks‘ (2 Fragen) und ‚körperliche Tätigkeit‘ (17 Fragen) und ist entsprechend den Items auf die Komponenten Körperstrukturen und -funktionen und Aktivität ausgerichtet. Durch den WOMAC lassen sich subjektiv erlebte Änderungen des Gesundheitszustandes im Verlauf der Rehabilitation dokumentieren.

2. Fear Avoidance Belief Questionnaire (FABQ-D)

Der FABQ-D ist die deutsche Version des ‚Fear-avoidance-belief questionnaire‘. Der Fragebogen untersucht den ‚Glauben‘⁸⁴ von Patienten bezüglich des Einflusses körperlicher Aktivität und Arbeit auf ihre chronischen lumbalen Rückenschmerzen (vgl. Kapitel 3.3.5). Durch 16 Fragen wird über einen Score ermittelt, ob bei einem Patienten Ängste und Befürchtungen vorliegen, dass körperliche Aktivität im Sinne einer „generalisierten Bewegungsangst“ (Pfungsten, Leibing, Franz, Bansemer, Busch & Hildebrand, 1997, S. 387) mit Schmerzen assoziiert sind oder diese verschlimmern können. Schmerzerwartungen haben eine Vermeidung von Bewegung und Belastung zur Folge. Durch negativen Verstärkungsprozesse etabliert sich eine dauerhafte generelle Vermeidungshaltung entsprechend den Vorbehalten des Patienten gegenüber körperlicher Aktivität und Arbeit (vgl. Löffler et al. o. J., S. 36).

3. Funktionsfragebogen Hannover (FFbH)

Hierbei handelt es sich um einen Selbsteinschätzungsverfahren nach Kohlmann und Raspe (1996) zur Erfassung der funktionalen Kapazität von alltäglichen Aktivitäten bei Personen mit muskuloskeletalen Erkrankungen, wie z. B. Rückenerkrankungen und Gelenkerkrankungen. Der medicoreha liegen indikationsspezifische Versionen vor:

⁸⁴ Beliefs (engl.) wörtlich übersetzt Glauben, hier im Sinne von Erwartungen.

- FFbH-P: (Indikation: Polyartikuläre Gelenkerkrankungen der Hände)
- FFbH-R: (Indikation: Rückenschmerz)
- FFbH-P+R (kombinierte Version)
- FFbH-OA: (Indikation: Osteoarthritis)

Diese Diagnoseverfahren werden oftmals auch als Vorbereitung einer physio- und ergotherapeutischen Behandlung sowie einer sozialmedizinischen Stellungnahme eingesetzt.

4. Disabilities of the Arm, Shoulder, and Hand Questionnaire (DASH)

Als Selbsteinschätzungsbogen werden die Komponenten funktionelle Einschränkungen sowie die Partizipation des Rehabilitanden im Alltag und bei alltäglichen Handlungen gemessen. Zusätzlich zur normalen DASH-Version existiert eine Quick DASH-Version mit 11 anstatt 30 Items. Es besteht die Möglichkeit, das DASH-Instrument um zwei weitere Module zu erweitern. Diese Module kommen bei Rehabilitanden mit einem hohen Maß an Leistungsfähigkeit zum Einsatz (z. B. Sportler).

Ergotherapeutische Interventionen bilden ein Schlüsselement in der MBOR. Kernelemente sind die Arbeitstherapie, das Arbeitsplatztraining sowie bei Bedarf die Arbeitsplatzbegehung. Kleingruppen mit maximal 5 Teilnehmern tragen dazu bei, dass die Rehabilitanden Verhaltensänderungen erproben und einüben, gesundheits- und berufsbezogene Kompetenzen erlangen, Bereitschaft zeigen ihre Einstellungen zu ändern, ihre Ziele bezüglich der Arbeitsplatzsituation realistischer einschätzen und belastenden Situationen besser standhalten (vgl. DRV, 2015e, S. 19). Die Rehabilitanden profitieren vom informellen Austausch und vom Erleben der Teilnehmer in vergleichbaren Situationen.

Arbeitstherapie

Zur Beurteilung und Einschätzung der psychischen und physischen Belastungs- und Arbeitsfähigkeit des Rehabilitanden ist ggf. eine Belastungserprobung notwendig (vgl. Löffler et al., o. J., S. 19,).

Mögliche Inhalte der Arbeitstherapie sind u. a.

- die Simulation berufsspezifischer Aktivitäten (z. B. handwerkliche Tätigkeiten wie präzises und genaues Arbeiten, ergonomisches Arbeiten),

- die Schulung der Körperwahrnehmung und Selbsteinschätzung während des Trainings (z. B. die Förderung der Einstellung, dass das Training weniger primär an der Schmerzfreiheit als vermehrt an einer angemessenen Funktionsfähigkeit ausgerichtet wird),
- die Förderung mentaler Fähigkeiten (z. B. Aufmerksamkeit, Konzentration, Umstellungsfähigkeit, Arbeitsplanung),
- die Schulung sozial-kommunikativer Kompetenzen (z. B. Teamfähigkeit, Kontaktfähigkeit, Kritikfähigkeit, Durchsetzungs- und Anpassungsvermögen),
- die Steigerung der Selbstständigkeit und Belastbarkeit (z. B. in Bezug auf die Arbeitsorganisation) (vgl. a. a. O., S. 66).

Wegen der Vielzahl an Berufen und der Differenziertheit der Arbeitsplätze hat es sich bewährt, die Berufe nach Kategorien und berufsübergreifenden Arbeitsfähigkeiten einzuteilen (siehe Tabelle 3-11).

Tabelle 3-11: Berufliche Kategorien modifiziert nach Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2000, S.12)

Kategorien	Arbeitsfähigkeit	Berufe
Körperhaltung	Sitzen Stehen Knien, Hocken Liegen Geneigte/gebückte Haltung Zwangshaltungen	Alle Berufe mit unterschiedlichen Ausprägungen und Häufigkeiten
Mobilität	Gehen Steigen Klettern Kriechen/Rutschen	Dachdecker Bauarbeiter Fliesenleger Maler Mechaniker Gebäudereiniger, u. a.
Körperteilbewegungen	Kopf- und Halsbewegungen Rumpfbewegungen Armbewegungen Hand und Fingerbewegungen Bein- und Fußbewegungen	Alle Berufe mit unterschiedlichen Ausprägungen und Häufigkeiten
Sinnesfunktionen und weitere Funktionen	Sehen Hören Sprechen Tasten, Fühlen Bewegungs- und Stellempfindung	Alle Berufe mit unterschiedlichen Ausprägungen und Häufigkeiten

	Gestik, Mimik Riechen und Schmecken Lesen Rechnen Schreiben	
Komplexe Merkmale	Heben Tragen Schieben und Ziehen	Bauarbeiter Techniker Lagerarbeiter Gebäudereiniger Postbeamter Kfz-Mechaniker Gärtner u. a.
Umgebungseinflüsse	Klima Schall, Lärm Vibration, Erschütterung Licht/Beleuchtung Nässe, Schmutz Gase, Dämpfe, Stäube Flüssigkeiten, Feststoffe	Gärtner Fabrikarbeiter Chemiearbeiter Kfz-Mechaniker Koch, u. a.

Für die Planung der Arbeitstherapie sind Arbeitsprofile nach häufig vorkommenden Berufsfeldern mit einer Auflistung der notwendigen Arbeitsfähigkeiten kategorisiert. Die beruflichen Kategorien stehen den Therapeuten als Arbeitsgrundlage zur Verfügung. Diese gilt es, für den einzelnen Rehabilitanden zu individuell anzupassen.

MBOR-Ablauf

Bereits vor Beginn der Rehabilitation kann der Sozialmedizinischen Dienst der DRV gezielt Rehabilitanden in die MBOR zuweisen (vgl. DRV B, 2015e, S. 9). Zusätzlich erfolgt in der Reha-Einrichtung innerhalb der ärztlichen Aufnahmediagnostik eine spezielle Diagnostik (vgl. Kapitel 4.3.3.2 - medicoreha MBOR-Screening) zur Identifikation der Rehabilitanden mit beruflichen Problemlagen als Einzelfallentscheidung. MBOR-Behandlungsansätze sind aufgrund der Komplexität der Arbeitswelt multi-modal gestaltet und erfordern ein interprofessionelles Reha-Team (vgl. a. a. O.). Über den gesamten Reha-Prozess ist eine gute Vernetzung zwischen dem Rehabilitanden, dem Reha-Team, dem Sozialleistungsträger (z. B. DRV B) und dem Arbeitgeber erforderlich (vgl. a. a. O.). Die sozialmedizinische Begutachtung zum Abschluss der MBOR überprüft, inwieweit das Leistungsvermögen des Rehabilitanden den Anforderungen und Belastungen des Arbeitsplatzes entspricht.

Positive Effekte hinsichtlich der Zielparameter berufliche Reintegration, AU-Dauer und Lebensqualität wurden für Deutschland in einer randomisierten Studie von Bethge, Herbold, Trowitzsch und Jacobi (2011, pp. 161-172) nachgewiesen.

Die „Moderne Physiotherapie“ profitiert von der Berücksichtigung des Arbeitsumfeldes des Patienten, indem sie neben der Funktionsfähigkeit (vgl. Kapitel 3.3.3) auch die arbeitsplatzbezogenen Faktoren in die Befundung mit einbezieht und die Arbeitsfähigkeit durch die Wiederherstellung der physischen und psychischen Leistungsfähigkeit und Erholungsfähigkeit in der Behandlung fördert und erhält.

3.3.7 Ambulante onkologische Rehabilitation

Zum ‚World Cancer Leaders' Summit‘ sowie zum World Cancer Congress in Paris vom 30. Oktober bis 3. November 2016 sprach der ehemalige Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe über die Krebsbekämpfung als globale Herausforderung.

Denn immer mehr Menschen leiden an Krebserkrankungen, die zunehmend auch chronisch verlaufen. Und das nicht nur in Deutschland, sondern weltweit. Deshalb ist es wichtig, dass bei der Krebsbekämpfung auch auf internationaler Ebene ein enger Austausch stattfindet. Mit dem Nationalen Krebsplan setzen wir in Deutschland darauf, die Krebsfrüherkennung weiterzuentwickeln und die spezielle medizinische Versorgung zu verbessern. Hierbei muss immer der Patient im Mittelpunkt stehen. Es ist wichtig, Betroffene eng zu betreuen und in Therapieentscheidungen einzubeziehen. Und natürlich spielt auch Prävention eine entscheidende Rolle, damit es im besten Fall erst gar nicht zu einer Krebserkrankung kommt. (Gröhe, 2016a)

Die onkologische Rehabilitation richtet sich an Menschen mit Krebserkrankungen. Hiermit sind alle bösartigen Neubildungen mit dem ICD-Code ICD-10-GM: C00 – C97 (ohne ICD-10-GM: C44⁸⁵) einschließlich der Lymphome und Leukämien gemeint (vgl. RKI, 2015b, S. 20). Vor dem Hintergrund der Komplexität und Heterogenität der Krebserkrankungen (vgl. Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) im Robert Koch-Institut, 2016, S. 257) ist eine genaue Definition des übergeordneten Begriffs ‚Krebs‘ immer noch Gegenstand wissenschaftlicher Diskussionen (vgl. a. a. O., S. 23).

⁸⁵ Die Kodierung ICD-10-GM: C44 sind sonstige bösartige Neubildungen der Haut.

In der *ambulanten onkologischen Rehabilitation* (AOR) können „kurativ behandelte tumorfreie als auch Rehabilitanden mit noch vorhandener Tumoraktivität (..) bei bestehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe“ von rehabilitativen Interventionen profitieren (BAR, 2004, S. 35). Während eine zytostatische⁸⁶ Behandlung den Beginn einer Rehabilitation nicht ausschließt, sollte eine operative Behandlung oder Strahlentherapie bereits abgeschlossen sein (vgl. Cibis, 2011, S. 89).

Die heutigen Aufgaben der Rehabilitation von Krebspatienten bestehen darin, den Verlust an Körperfunktionen und Aktivitäten zur Teilhabe auszugleichen oder wenigstens abzumildern (vgl. Delbrück, 2003, S. 30). Adjuvante⁸⁷ und/oder additive Therapien (z. B. Immuntherapie oder Chemotherapie) können die Rehabilitation begleiten (a. a. O.) und den Verlauf, eine eventuelle Progression und die Prognose der onkologischen Erkrankung günstig beeinflussen. Ob überhaupt und welche Art adjuvanter Therapie begonnen wird, „ist nach Aufklärung und Beratung der Patientin insbesondere im Hinblick auf Nutzen und mögliche Nebenwirkungen zu entscheiden“ (G-BA, 2011, S.8).

Krebserkrankungen weisen als gemeinsame Eigenschaft ein unkontrolliertes Zellwachstum auf (vgl. ZfKD im RKI, 2016, S. 11), stellen ansonsten aber eine heterogene Krankheitsgruppe dar. Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen auf der somatischen Ebene „resultieren aus der Tumorerkrankung selbst und/oder den Behandlungserfolgen“ (BAR, 2013, S. 35). Die Folgen einer Chemo-, Strahlen-, Hormon- oder operativen Therapie können als Nebenwirkungen körperliche, kognitive, emotionale und soziale Einschränkungen der Lebensqualität bewirken (vgl. ZfKD, 2016, S. 137). Eine supportive Therapie sollte gemäß dem Leitlinienprogramm Onkologie „begleitend zu jeglicher Therapie onkologischer Erkrankungen, also von Diagnosestellung und Erstgabe bis in die palliative Behandlung für Patienten aller Altersgruppen selbstverständlicher Baustein der Versorgung sein“ (Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Deutsche Krebshilfe, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), 2016, S. 33).

⁸⁶ Medikamente, die bei einer Chemotherapie verwendet werden, um das Wachstum der Krebszellen zu hemmen (Deutsche Krebsgesellschaft e. V., 2016).

⁸⁷ adjuvare (lat.: Hilfe geben, unterstützen), Adjuvante Therapie erfolgt nach einer individuellen Nutzen-Risikoabwägung (G-BA, 2011, S. 7).

Krebserkrankungen stehen mit 25 % der Sterbefälle hinter den Herz-Kreislaufkrankungen an zweiter Stelle der Statistiken über Todesursachen in Deutschland (Statistisches Bundesamt, 2014).

Nach Schätzung des Zentrums für Krebsregisterdaten im RKI (ZfKD, 2016, S.23) erkrankten im Jahr 2013 in Deutschland rund 230.000 Frauen und ca. 253.000 Männer erstmalig an Krebs. Die Prognose des Robert Koch-Institut und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. (GEKID) (2015, S. 21) geht für 2016 von einer Steigerung von insgesamt 492.700 Neuerkrankungen bei etwa 231.900 Frauen und 266.800 Männer aus. Nach dem ZfKD (2016, S. 22) hat sich die absolute Zahl der Neuerkrankungen an Krebs in Deutschland seit 1970 fast verdoppelt. Die wesentliche Ursache hierfür ist die demografische Alterung der Bevölkerung (a. a. O., S. 22), sodass „mit einem erheblichen Anstieg der Krebsneuerkrankungen um mindestens 20 % zu rechnen“ ist (RKI und GEKID, 2015, S. 10). Bei den meisten Krebserkrankungen ist in den letzten 20 Jahren die um Alterseffekte bereinigte Sterblichkeit jedoch deutlich zurückgegangen (RKI, 2015a, S. 51). Wird die Altersstandardisierung⁸⁸ mit einbezogen, „ergibt sich bei den Männern für die letzten zehn Jahre eine weitgehend konstante Erkrankungsrate“ und bei den Frauen ein leichter Anstieg (RKI, 2015a, S. 53).

Insgesamt haben sich nach dem RKI und GEKID (2015, S. 21) die Überlebenaussichten von Krebspatienten in Deutschland durch die Fortschritte in der medizinischen Versorgung in den letzten 30 Jahren kontinuierlich verbessert. So wurden Menschen, die an Krebs starben, im Jahr 2014 nach dem ZfKD im RKI (2016, S. 25) im Mittel „74,6 Jahren bei den Frauen beziehungsweise 73 Jahren bei den Männern“ alt. Sie lebten damit vier Jahre länger als im Vergleichsjahr 1980, in dem die Sterbefälle mit 70,3 bzw. 68,9 Jahren auftraten. Der medizinische Fortschritt und Früherkennungsprogramme sind entscheidende Faktoren dafür, dass nach Schätzungen des ZfKD im RKI (2016, S. 22) in Deutschland etwa vier Millionen Menschen leben, die in ihrem Leben schon einmal an Krebs erkrankt sind.

⁸⁸ Die Altersstandardisierung „ermöglicht es, Erkrankungs- und Sterberaten aus Bevölkerungen unterschiedlicher Altersstruktur zu vergleichen. Dies geschieht, indem die gemessenen Raten für jede 5-Jahres-Altersgruppe auf eine fiktive Bevölkerung mit konstantem Altersaufbau hochgerechnet werden“ (ZfKD, 2016, S. 18).

Epidemiologische Studien auf Basis der Krebsregisterdaten⁸⁹ geben Antwort auf Fragestellungen nach den Ursachen onkologischer Erkrankungen, den Überlebensaussichten, dem Auftreten von Rezidiven (Rückfällen), der Beurteilung der Langzeitlebensqualität und des Langzeitüberlebens, der Wirkung von Früherkennungsprogrammen⁹⁰ und weiteren Fragen (RKI und GEKID, 2015, S. 9).

Die Entstehung und der Verlauf von Krebserkrankungen werden gemäß ZfKD im RKI (2016, S. 175) von vielen, sich wechselseitig beeinflussenden Faktoren, beeinflusst.

Dazu gehören Alter, Geschlecht, erbliche Veranlagung (genetische Disposition), Verhaltens- und Lebensweisen, Unterstützung und Beeinflussung durch das soziale Umfeld, Lebens- und Arbeitsbedingungen, wirtschaftliche, kulturelle und Umweltbedingungen sowie der Zugang zu Einrichtungen und Dienstleistungen beispielsweise im Gesundheits- oder Bildungswesen. (a. a. O.)

Trotz beachtlicher Fortschritte in der Krebsbehandlung stellt die Krebsdiagnose für den Betroffenen eine schwere Belastung dar. Zu den Folgen der Krebserkrankung und der Tumortherapie gehören die sogenannten ‚verlorenen Lebensjahre‘, die sich aus Überlebenszeitanalysen, die Auswirkungen auf die Lebensqualität (vgl. Kapitel 2.2.2), die Beeinträchtigungen im Beruf und die drohende Pflegedürftigkeit ergeben (vgl. ZfKD im RKI, 2016, S. 137 ff.).

Bei den Patienten mit einem progredienten Tumorleiden bei palliativ-begleitender Therapie spielt der Anspruch an die Lebensqualität während des verbleibenden Lebens zunehmend eine wichtige Rolle. Sie erheben die Forderung nach der Durchführung einer möglichst nebenwirkungsarmen Therapie der Krebserkrankung. Das Ziel der AOR ist in diesen Fällen neben der „möglichst kompletten Schmerzkontrolle“ (G-BA, 2011, S. 12) die Erhaltung der verbliebenen Körperfunktionen und Aktivitäten und die möglichst lange Aufrechterhaltung und Sicherung der Selbstbestimmung und Selbstständigkeit des Betroffenen. Die Autonomie des Patienten wird bei allen persönlichen Entscheidungen über diagnostische und therapeutische Maßnahmen nach transparenter Aufklärung nach dem Patientenrechtegesetz (PatRG) beachtet (vgl. §§ 630 e BGB). In der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung arbeiten Mediziner, Psychologen, Physio- und Ergotherapeuten eng mit den Pflegern zusammen.

⁸⁹ Nach dem Bundeskrebsregisterdatengesetz im Jahr 2009.

⁹⁰ Nach dem Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz im Jahr 2013.

Für die Überlebenden einer Krebsdiagnose ergeben sich nach Abbildung 3-9 folgende bedeutsame Aspekte der Lebensqualität.



Abbildung 3-9: Aspekte der Lebensqualität bei Überlebenden einer Krebserkrankung nach ZfKD im RKI (2016, S. 145).

Im Fokus des ZfKD steht, dass der Anteil der mit den bekannten Risikofaktoren einhergehenden Krebsneuerkrankungen über alle Krebslokalisationen hinweg bei Rauchen mit 16 %, bzw. bei Alkoholkonsum mit 3 % geschätzt wird (RKI und GEKID, 2015, S.11). Die WHO geht davon aus, dass weltweit mehr als 30 % aller Krebstodesfälle vermieden werden könnten (vgl. WHO 2016d), wenn lebensstilbedingte Hauptrisikofaktoren wie Rauchen, Übergewicht und Adipositas, körperliche Inaktivität und Alkoholkonsum zurückgedrängt werden könnten (vgl. WHO 2016d.; ZfKD im RKI, 2016, S. 177).

Die häufigsten Krebslokalisationen sind in Abbildung 3-10 nach Tumorlokalisation in Abhängigkeit vom Geschlecht dargestellt.

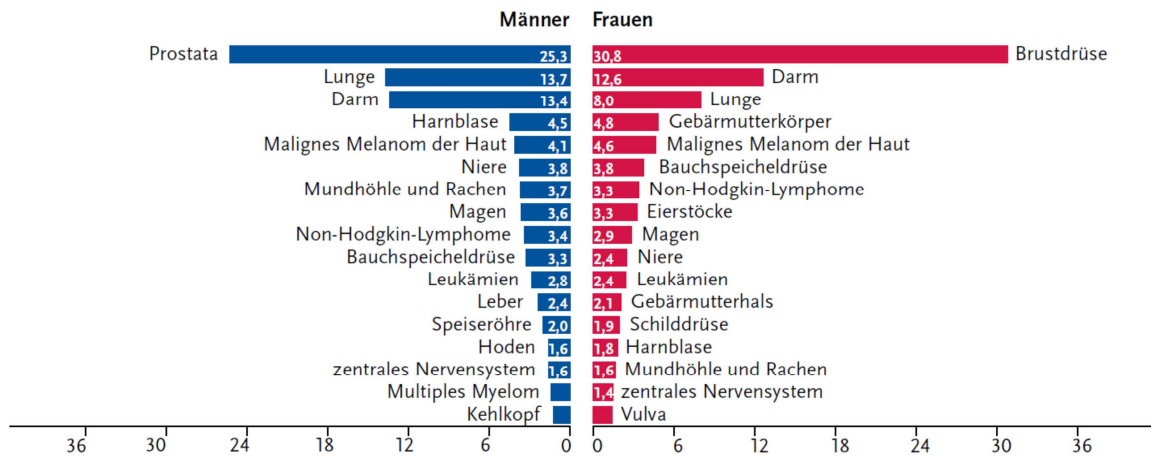


Abbildung 3-10: Prozentualer Anteil der häufigsten Tumorlokalisationen an allen Krebsneuerkrankungen in Deutschland 2012 nach RKI und GEKID (2015, S. 18).

Die bisherige Schilderung macht deutlich, dass die AOR einen ganzheitlichen Ansatz verfolgen muss, um eine erfolgreiche Therapie zu gewähren. Im Folgenden (und in Kapitel 4.3.3.3) wird wegen der vielschichtigen körperlichen, psychischen, sozialen und ökonomischen Aspekte beispielhaft Brustkrebs als onkologische Erkrankung ausgewählt.

Brustkrebs (Mammakarzinom)

Brustkrebs ist mit Abstand (70.000 Neuerkrankungen pro Jahr) die häufigste Krebserkrankung von Frauen in Deutschland (RKI und GEKID, 2015, S. 74). Im Jahr 2013 war Brustkrebs der Grund für etwa 3,7 Mio. Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage), was mehr als ein Drittel aller AU-Tage durch Krebserkrankungen entspricht (vgl. ZFKD im RKI, 2016, S. 137). Die Überwindung der Beeinträchtigungen im Berufsleben und Alltag sowie die Erhaltung der Erwerbstätigkeit bilden Hauptziele der medizinischen Rehabilitation. Wegen der hohen Inzidenz, Komplexität und Bedeutung für die betroffenen Frauen und ihre Angehörigen beschreibt das Kapitel 4.3.3.3 die komplexe Rehabilitationssteuerung in der ambulanten Rehabilitation.

In Deutschland wurde das nationale Gesundheitsziel „Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen“ bereits im Jahr 2003 verabschiedet, im Jahr 2011 durch das Einzelziel „Verständliche, evidenzbasierte, neutrale und umfassende Informationen sind für Patientinnen, Angehörige und Nichtbetroffene verfügbar“ ergänzt und im Jahr 2014 durch das Einzelziel „Lebensqualität“ durch psychosoziale und psychoonkologische Betreuung

der Patientinnen abgeschlossen (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. [GVG], 2017b).

Interventionsstrategien der Rehabilitation bei der Indikation Mammakarzinom müssen eine professionen- und sektorenübergreifende Betreuung der Patientinnen beinhalten und sollten Teil eines logistischen Netzwerks (vgl. G-BA, 2011, S. 13) aus Patientinnen, niedergelassenen Ärzten, Kliniken und Selbsthilfegruppen, Wissenschaft und Kostenträgern sein.

Im Gesamtrahmen von Strukturierten Behandlungsprogrammen nach SGB V § 137f-g, den sogenannte Disease Management Programmen (DMP), betonen gesetzliche Vorgaben nach § 3 SGB IX den Vorrang von Prävention durch das Vermeiden von beeinflussbaren Verhaltensrisiken wie der körperlichen Inaktivität mit den Folgen eines zu hohen Anteils an viszeralem Fett am Körpergewicht (vgl. Kapitel 2.3.3). Für die Indikation Brustkrebs wird das DMP seit 2002 angeboten. Neben der Primärprävention soll im Rahmen der Tertiärprävention das Fortschreiten einer bereits bestehenden Krebserkrankung vermindert und die Wahrscheinlichkeit von Rezidiven verringert werden.

Nach dem RKI (2015a, S. 350) sind

Evidenzbasierung der Behandlung über ein leitliniengerechtes Vorgehen und die Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft sowie Patientenschulungen für einen informierten Umgang mit der eigenen Erkrankung (...)

die wesentlichen Qualitätselemente eines DMPs.

Bedeutung der körperlich-sportlichen Aktivität

Unter den multifaktoriellen Bedingungen hat die körperlich-sportliche Aktivität eine hohe und evidenzbasierte Bedeutung in der Prävention und Rehabilitation dieser Erkrankung. So empfiehlt der G-BA (2011b, S. 11) für die strukturierten Behandlungsprogramme für Patientinnen mit Brustkrebs⁹¹ körperlich-sportliche Aktivitäten, weil sie sich „positiv auf die Bewältigung des Krankheitserlebens aus[wirken] und dem Fatigue-Syndrom (Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit, Zunahme der kognitiven Defizite, Motivationsverlust, Reizbarkeit) entgegen[wirken]" (G-BA, 2011, S. 11).

⁹¹ Sogenannte Disease Management Programme (DMP).

Den Empfehlungen des G-BA liegen zahlreiche RCTs und mehrere Metaanalysen zugrunde, deren Ergebnisse im Folgenden zusammengefasst werden.

Nach einer Metaanalyse von mehr als 60 Studien des World Cancer Research Fund und des American Institute for Cancer Research (2007) reduziert Körperliche Aktivität das Risiko an Brustkrebs zu erkranken um 25-30 %. Auch Steindorf, Ritte, Eomois, Pukanova, Tjønneland et al. (2013, 1667) wiesen durch die bisher größte europaweite prospektive Langzeitstudie zur Indikation den Effekt von körperlicher Aktivität sowohl für den Progesteronrezeptor abhängigen Tumortyp als auch für auf den Östrogenrezeptor abhängigen Tumortyp nach.

Das Ergebnis eines systematischen Reviews von Cramp und Daniel (2012) bestätigt die positive Wirkung eines aeroben Trainings auf das Fatigue-Syndrom als therapie- und tumorbedingte Nebenwirkung von Krebserkrankten. Für die Bestimmung der optimalen Art der Intervention, der Intensität und der Dauer in den verschiedenen Krankheits- und Therapiesituationen ist weitere Forschung notwendig. Darüber hinaus berichten Holick, Crystal, Newcomb, Trentham-Dietz, Titus-Ernstoff et al. (2008) nach einer Metaanalyse über eine inverse Beziehung zwischen dem Ausmaß an körperlicher Aktivität und der Gesamtüberlebenszeit⁹².

In einer epidemiologischen Langzeitstudie an 1.327 Brustkrebs erkrankten Frauen in Norwegen zeigt sich ebenfalls ein inverses und signifikantes Dosis-Wirkungs-Verhältnis⁹³ zwischen dem Grad an Körperlicher Aktivität und der Mortalität und zwar sowohl in Bezug auf die Gesamtmortalität (engl: all-cause mortality), als auch auf die spezifische rezidivbezogene Mortalität (engl.: cancer-specific mortality) (vgl. Borch, Braaten, Lund und Weiderpass, 2015). Borch et al. empfehlen aufgrund ihrer vielversprechenden Ergebnisse ein hohes körperliches Aktivitätslevel in der Versorgung zu berücksichtigen und durch RCTs weiter abzusichern.

Nach Voskuil, van Nes, Junggeburst, J. van de Velde, van Leeuwen et al. (vgl. 2010, p 2094) führt bei an Brustkrebs erkrankten Frauen die Erhaltung der körperlichen Aktivität sowie

⁹² Engl.: overall survival.

⁹³ Engl.: inverse association. Je höher der Grad an körperlicher Aktivität, desto geringer war die Gesamtmortalität und für einige Tumorerkrankungen die rezidivbezogene Mortalität in der Studie.

des Körpergewichts im Normalbereich zur signifikanten Verbesserung der Lebensqualität, einem verringerten Fatigue-Syndrom und verbesserten körperlichen Funktionen.

Bei Vorliegen einer durch die Tumorthherapie ausgelösten Osteoporose empfiehlt das Leitlinienprogramm Onkologie (2016, S. 316) regelmäßige körperlich-sportliche Aktivität mit der Zielsetzung, die Muskelkraft und Koordination zu fördern (vgl. Howe et al., 2011). Für das höhere Lebensalter wurde von Kemmler et al. (2013, pp. 215-222) durch eine Metaanalyse von kontrollierten Studien ein günstiger Effekt von kontrollierten Trainingsprogrammen auf die Inzidenz von Hüftfrakturen nachgewiesen.

In einer schwedischen Metanalyse erwies sich, dass körperliche Aktivität wesentliche Auswirkungen auf die Lebensqualität hat. Bei Patientinnen mit Brustkrebs wurde in der gleichen Studie auch ein positiver Einfluss auf die Gesamtüberlebenszeit sowie auf die Brustkrebs assoziierte Überlebenszeit und somit auf das Risiko einer Wiedererkrankung nachgewiesen (vgl. Lahart, Metsios, Nevill und Carmichael, 2015, pp. 635-654).

Ermutigend ist auch, dass inzwischen viele Studien existieren, die den Effekt kontrollierter Trainingsprogramme bezüglich einer Zunahme an Muskelmasse und Muskelkraft nachweisen konnten, welche sich positiv auf die alltagsorientierten Aktivitäten zur Wiedererlangung der Selbstständigkeit der Patientinnen auswirken. Aktuelle Forschungsansätze beschäftigen sich mit den zugrundeliegenden biologischen Mechanismen der Wirkung körperlicher Aktivität bei onkologischen Erkrankungen (vgl. ZfKD im RKI, 2016, S. 265).

Aufgrund der vorliegenden hohen Evidenzlage vieler Studienergebnisse beschreibt das ZfKD im RKI (2016, S. 265) einen Paradigmenwechsel.

Während krebserkrankten Menschen früher zu körperlicher Schonung geraten wurde, zeigt sich nun, dass Patientinnen und Patienten eher von Sport und Bewegung profitieren. Ein individuell angepasstes Training steigert das Selbstbewusstsein der Erkrankten und hat positive Effekte auf die Lebensqualität.

Zentrale und modifizierbare Risiko- und Schutzfaktoren sind nach dem ZfKD im RKI (2016, S. 177)

Tabak- und Alkoholkonsum, unausgewogene Ernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und Infektionen. Zu wesentlichen Schutzfaktoren zählen unter anderen eine ausgewogene Ernährung mit ausreichendem Obst- und

Gemüsekonsum, körperliche Aktivität und individuelle Bewältigungsressourcen.

In der Konsultationsfassung der neuen S3 Leitlinie Mammakarzinom empfiehlt die DKG, Deutsche Krebshilfe und die AWMF (2017, S. 185) den Patientinnen

- a.) körperliche Inaktivität zu vermeiden und so früh wie möglich nach der Diagnosestellung zu normaler Alltagsaktivität zurückzukehren (LoE 2a)⁹⁴
- b.) das Ziel 150 min moderater oder 75 min anstrengender körperlicher Aktivität pro Woche zu erreichen (LoE 1a).

Für fünf Interventionen aus dem Tätigkeitsbereich der Physiotherapie konnte inzwischen für die Indikation Mammakarzinom der Nachweis einer hohen medizinischen Evidenz über RCTs oder klinische Studien erbracht werden:

- Ausdauer- und Krafttraining mindert das Fatigue-Syndrom und erhöht die körperliche Leistungsfähigkeit (Evidenzlevel Ib) (vgl. Furmaniak, Menig und Marques, 2016; Bower, Bak, Berger, Breitbart, Escalante et al.; Cramp und Daniel, 2008; Milne, Wallman, Gordon, und Courneya, 2008).
- Beweglichkeitstraining und Krafttraining verbessert das aktive Bewegungsausmaß im Schultergelenk nach operativer Versorgung (Evidenzlevel Ib) (vgl. McNeely, Campbell, Ospina, Rowe, Dabbset al. 2010).
- Bewegungstherapie in der Gruppe ist effektiv in der Reduzierung des Fatigue Syndroms, der depressiven Störungen und Angststörungen (Evidenzlevel Ib) (vgl. Duijts, Faber, Oldenburg, van Beurden und Aaronson (2011); Harder, ParLOUR und Jenkins, 2012).
- Entspannungsverfahren und psychosoziale Interventionen als Teil der medizinischen Rehabilitation können einen Beitrag zur Lebensqualität leisten (vgl. Fors, Bertheussen, Thune, Juvet, Elvsaa et al., 2011)
- Manuelle Lymphödem-Therapie mit Kompressionsverbänden verringert die ödematöse Schwellung um ungefähr 37% bis 44%. (Evidenzlevel Ib) (vgl. Ezzo, Manheimer, McNeely, Howell, Weiss et al., 2015)

Die „Moderne Physiotherapie“ ist prädisponiert dafür, diese Erkenntnisse umzusetzen, denn sie kann sowohl in der Prävention von der GKV zertifizierte Bewegungs-

⁹⁴ LoE bedeutet level of evidence.

kurse zur Prävention anbieten, als auch in der Rehabilitation und Nachsorge einen Beitrag zum physischen und psychosozialen Wohlbefinden der Patienten leisten.

3.3.8 Rehabilitationsnachsorge

Nachsorgeleistungen im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung zielen auf eine Sicherung und Stabilisierung der in der Rehabilitation erzielten Funktionsverbesserungen sowie auf Lebensstil- und Verhaltensänderungen ab (vgl. DRV, 2015b, S.5). Unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit wird das sogenannte IRENA⁹⁵-Programm der DRV B direkt nach dem Abschluss der medizinischen Rehabilitation und auch innerhalb der stufenweisen beruflichen Wiedereingliederung (nach dem ‚Hamburger Modell‘) eingesetzt. Das Nachsorge-Programm der DRV B enthält beispielsweise für die AMR maximal 24 Termine (vgl. DRV, 2011, S. 13) und beinhaltet Versorgungsleistungen der Gruppentherapie und der individuellen Trainingstherapie als therapeutische Leistungen (vgl. DRV, 2011a, S. 8).

In der „modernen Physiotherapie“ sind mit der Erhaltung und Steigerung der Belastungsfähigkeit während der Nachsorge strukturelle Anpassungen, z. B. der Muskulatur, oder Einstellungs- und Verhaltensänderungen, z. B. Abbau von Angst- und Vermeidungsverhalten, erreichbar und realisierbar.

3.3.9 Rehabilitationssport und Funktionstraining

Die bundesweiten Rahmenbedingungen für den Rehabilitationssport und das Funktionstraining werden durch die BAR (2011, S. 8) nach einheitlichen Grundsätzen für die verschiedenen Kostenträger⁹⁶ festgelegt. Nach § 44 Abs. 1 Nr. 3 und § 4 SGB IX ergänzen die ärztlich verordneten Leistungen die Rehabilitation. Der ärztliche Antrag auf Rehabilitationssport und Funktionstraining erfolgt über das zweiseitige Verordnungsformular Muster 56, welches deutlich geringeren Aufwand für den Arzt bedeutet als die Beantragung einer medizinischen Rehabilitation.

Rehabilitationssport

⁹⁵ IRENA ist ein Akronym für die ‚Intensivierte Rehabilitationsnachsorge‘.

⁹⁶ Im Wesentlichen die DRV, die GKV und die DGUV.

Die Rehabilitationsziele „für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen“ (BAR, 2011, S. 10) „orientieren sich im Sinne der ICF an dem gesamten Lebenshintergrund der betroffenen Menschen“ (a. a. O., S. 9). Die Ziel- und Zweckbestimmung des Rehabilitationssports ist entsprechend den Rahmenvereinbarungen der BAR (2011, S. 10) die „Hilfe zur Selbsthilfe“, indem die Eigenverantwortlichkeit für ein „langfristig selbstständig und eigenverantwortlich durchgeführtes Bewegungstraining“ gestärkt werden soll. Weitere Ziele sind es, die „Ausdauer und Kraft zu stärken, Koordination und Flexibilität zu verbessern“ [und] „Selbsthilfepotentiale zu aktivieren“. Mit „den Mitteln des Sports und sportlich ausgerichteter Spiele“ soll es gelingen „gruppendynamische Effekte zu fördern und den Erfahrungsaustausch zwischen den Betroffenen zu unterstützen“ (a. a. O.). Hierdurch soll eine „Eingliederung (...)in die Gesellschaft und das Arbeitsleben“ erleichtert werden (a. a. O.).

Nach BAR (a. a. O., S. 11) ist Ziel des Funktionstrainings

der Erhalt und die Verbesserung von Funktionen sowie das Hinauszögern von Funktionsverlusten einzelner Organsysteme/Körperteile, die Schmerzlinderung, die Bewegungsverbesserung, die Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung und die Hilfe zur Selbsthilfe. (...) Funktionstraining wirkt besonders mit den Mitteln der Krankengymnastik und/oder der Ergotherapie gezielt auf spezielle körperliche Strukturen (Muskeln, Gelenke, usw.) der behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen, (...) ein. Funktionstraining ist im Wesentlichen organorientiert.

Kritisch hierzu äußern sich Vanden-Abeele und Schüle (2012, S. 32), die anmerken, dass eine „Organorientierung“ für chronisch kranke oder von Behinderung bedrohte Menschen „nicht mehr zeitgemäß“ sei. Auch die Trennung in ‚Rehabilitationssport‘ und ‚Funktionstraining‘ sehen sie als „überholt“ an, da beide Interventionen als Zielsetzung die volle Teilhabe der Menschen am gesellschaftlichen Leben anstreben.

Die Leistungserbringer (Träger) der Kurse, die Kursleiter⁹⁷ sowie die Rehabilitationssport- und Funktionstrainingsgruppen⁹⁸ bedürfen der Anerkennung nach einheitlichen Kriterien der BAR (2011, S.19). Die Mindestdauer einer Übungsgruppe für Rehabilitationssport beträgt 45 Minuten (Ausnahme: Herzsport 60 Minuten), während eine Übungsgruppe für

⁹⁷ Im Rehabilitationssport vorwiegend Übungsleiter, im Funktionstraining vorwiegend Therapeuten.

⁹⁸ Nach BAR (vgl. 2011, S. 19) sind Angaben zu den räumlichen Voraussetzungen, zur Ausstattung, zur ärztlichen Betreuung, zum Unfallversicherungsschutz und zur Notfallversorgung notwendig.

Funktionstraining mindestens 30 Minuten „bei Trockengymnastik“ und „mindestens 15 Minuten bei Wassergymnastik“ dauern soll (a. a. O., S. 20-21).

Der Antrag auf Kostenübernahme von der GKV muss durch die ärztliche Verordnung nach dem Formular 56 genehmigt werden.

3.3.10 Externe Qualitätssicherung

Nach § 20 Abs. 2 SGB IX soll der Erbringer von Leistungen ein Qualitätsmanagement (QM) sicherstellen, das „die Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert“ wird. Die DRV B hat zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung ein gesetzeskonformes Qualitätsmanagementsystem der Reha-Zentren entwickelt, welches als zertifizierungsfähiges Verfahren von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) anerkannt ist. Wesentliche Begriffe aus dem Qualitätsmanagement sind in einer Übersicht anhand der Tabelle 3-12 beschrieben.

Tabelle 3-12: Begriffe des Qualitätsmanagements nach BAR (2012, S. 3-4)

Begriffe	Definition
Qualitätsmanagement	aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität.
Qualitätssicherung	ist darauf gerichtet, Vertrauen zu erzeugen, dass Qualitätsanforderungen erfüllt werden. Qualitätssicherung ist nach ISO 9000:2005 Teil des Qualitätsmanagements.
Qualitätsdimensionen	Strukturen, Prozesse (bzw. Prozessabläufe) und Ergebnisse.
„PDCA-“ (Plan-Do-Check-Act) oder „Deming-Cycle“	Prinzip der inneren Organisation einer Institution (...), um eine flexible Anpassung an Veränderungen zu ermöglichen.
„Externe“ Qualitätssicherung	umfasst alle Maßnahmen, mit denen die Qualität einer Organisation(sform) unmittelbar oder mittelbar gesichert wird.
„Interne“ Qualitätssicherung	umfasst die Sicherung der Qualität einer Organisation(sform) durch eigene, interne, [sic!] Maßnahmen.
Internes Qualitätsmanagement	erfasst entsprechend den bereits in der trägerübergreifenden Vereinbarung nach § 20 Abs. 2 SGB IX festgelegten Begrifflichkeiten das System, mit dem Leistungserbringer intern die Anforderungen an ihre Strukturen, Prozesse und Ergebnisse definieren und sichern.

Gesetzliche Vorgaben zu den Zielen der Rehabilitation bestimmen die Strukturen, die Prozesse und die Ergebnisse der Rehabilitation. Übergreifendes Kriterium für die Ergebnisqualität ist nach §§ 1 und 4 SGB IX die selbstbestimmte Teilhabe des Rehabilitanden, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit nach § 10 Abs. 1 S. 3 SGB IX und § 69 SGB IV (vgl. BAR, 2012, S. 4-5).

Die DRV führt regelmäßig einheitliche Qualitätsbewertungen aller zugelassenen Reha-Einrichtungen durch. Hierdurch soll der Wettbewerb des Reha-Marktes offengehalten und der Qualitäts- und Preiswettbewerb zwischen den Einrichtungen gefördert werden. Die Bewertungsinstrumente sollen die Stärken und Minderqualitäten einer Einrichtung identifizieren und Optimierungserwartungen des Reha-Trägers im Sinne der Weiterentwicklung und Außenwahrnehmung der Deutschen Rentenversicherung aufzeigen.

*Konzept zur **Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen (BQR)***

Die DRV B wendet im BQR verschiedene Verfahren und Instrumente zur Darstellung der Qualitätsergebnisse in einem mehrdimensionalen Ansatz an. Zur einheitlichen Bewertung der unterschiedlichen Qualitätsindikatoren werden die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung in *Qualitätspunkte (QP)* umgerechnet (vgl. DRV B, 2016c, S. 2). Das Qualitätsoptimum für die indikationsbezogene Bewertung wird mit „100 QP“ definiert.

Die Tabelle 3-13 gibt einen Überblick über die externe Qualitätssicherung einer von der DRV belegten Einrichtung (vgl. Kapitel 3.3.10 – Ergebnisse der externen Qualitätssicherung).

Tabelle 3-13: Qualitätsbausteine der medizinischen Rehabilitation nach DRV B (2016c, S. I-II)

Qualitätsaspekte	Qualitätsindikatoren
Rehabitativer Versorgungsprozess	<ul style="list-style-type: none"> • Ergebnisse des Peer Review-Verfahrens • Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) • Reha-Therapiestandards (RTS)
Qualität aus Sicht des Rehabilitanden	Befragung der Teilnehmer zur subjektiven Rehabilitandenzufriedenheit und zum Behandlungserfolg
Struktur und Organisation der Reha-Einrichtung	Prüfung der personellen, technischen, räumlichen und diagnostischen Ressourcen

Qualitätsaspekte „vor Ort“	Standardisierte Visitationsverfahren in der Einrichtung
Qualitätsrelevante Zusatzinformationen	<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitandenstruktur • Sozialmedizinischer Verlauf nach der medizinischen Rehabilitation

Weitere grundlegende Definitionen für die rehabilitative Versorgungsqualität werden von der DRV (2013a, S. 67-68) basierend auf dem Qualitätsmodell nach Donabedian (2005, pp. 691-729) festgelegt (siehe Tabelle 3-14).

Tabelle 3-14: Qualitätsdimensionen nach DRV B (2013a, S. 67-68)

QM-Begriffe	Definitionen
Qualitätssicherung	<p>Unter Qualitätssicherung werden alle Maßnahmen verstanden, die darauf abzielen, eine nach dem gegenwärtigen Kenntnisstand erreichbare Qualität und eine Optimierung von Leistungen oder Produkten zu erlangen.</p> <p>Unterschieden wird zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.</p>
Strukturqualität	<p>Bezeichnet die notwendigen Rahmenbedingungen wie räumliche, sächliche und personelle Ausstattung, inklusive Qualifikation, Aus-, Fort und Weiterbildung der Mitarbeiter, Leistungsangebote und Konzepte, um die geforderten Standards der Prozess- und Ergebnisqualität zu erreichen.</p>
Prozessqualität	<p>Bezieht sich auf die Planung, die Strukturierung und den Ablauf der Leistungserbringung.</p>
Ergebnisqualität	<p>Bezieht sich darauf, in welchem Ausmaß die mit der Leistung angestrebten individuellen und generellen Ziele erreicht werden.</p>

Bewertung der Strukturqualität

In Bezug auf die Strukturqualität gelten verbindliche Standards und Anforderungen, welche von der DRV vorgegeben, überprüft und zwischen den Fachabteilungen der Leistungsanbieter einer Indikationsgruppe verglichen werden. Als notwendige Voraussetzungen für das Gelingen einer erfolgreichen Rehabilitation gelten neben der Anzahl und Qualifikation der personellen Besetzung sowie den technischen, räumlichen und baulichen Ressourcen einer Einrichtung, strukturnahe Prozessmerkmale wie die konzeptionellen Grundlagen (vgl. Kapitel 4.3.3.1 - 4.3.3.3 – Medizinische Konzepte der medicoreha), die

diagnostischen und therapeutischen Ressourcen und die Durchführung eines internen Qualitätsmanagements (vgl. Kapitel 4.2 – Qualitätssicherung der medicoreha).

Räumliche Anforderungen für die ganztägig ambulante Rehabilitation nach der DRV B (2014, S. 56-57) sehen u. a. berufsgruppenspezifische Funktionsräume wie Arztzimmer und medizinische Funktionsräume, Räume für Ergotherapie, Physiotherapie, physikalische Therapie, psychologische Beratung und Krankenpflege, Bewegungsflächen für Gruppen, Räume für Kleingruppen, ein Bewegungsbad, Flächen für die gerätegestützte Diagnostik und medizinische Trainingstherapie, ein Notfallraum, Raum für Teambesprechungen und Aufenthalts- und Ruhebereiche vor, wobei alle Räume barrierearm⁹⁹ (rollstuhlgerecht) zugänglich sein müssen. Bezüglich der Vorgaben für die technisch-apparative Ausstattung der ärztlichen Diagnostik und therapeutischen Untersuchungen und Behandlungen sei wegen der Vielzahl auf die Primärliteratur (vgl. DRV B, 2014, S. 58-60) verwiesen.

Die personalen Strukturanforderungen der DRV¹⁰⁰ in der ganztägigen ambulanten muskuloskeletalen Rehabilitation basieren bei einer Belegung mit 40 Rehabilitanden auf folgendem Personalschlüssel bezogen auf die Anzahl der Vollzeitmitarbeiter: Arzt (2), Psychologe (0,5), Pfleger (0,5), Sozialarbeiter (0,5), Sportwissenschaftler (0,75), Physiotherapeut (4), Masseur (0,5), Ergotherapeut (0,75), Diät-Assistent/Ökotrophologe (0,33) und Medizinisch-technische Assistenz (0,5) (vgl. DRV B, 2014, S. 24).

Für die Qualifizierung der Physiotherapeuten wird eine mindestens zweijährige vollzeitige Berufserfahrung nach den Rahmenempfehlungen der BAR (vgl. 2005, S. 53) vorausgesetzt.

Die DRV führt eine Evaluation über Fragebögen durch und erhält Hinweise, ob Abweichungen zu den geforderten Strukturanforderungen bestehen. Sie kann ggf. bei signifikant negativen Ergebnissen diese Strukturen einfordern. Über eine Stärken-Schwächen-Analyse erhalten die Reha-Einrichtungen einen Überblick, bei welchen Kriterien sie von der Vergleichsgruppe anderer Reha-Fachabteilungen abweichen.

⁹⁹ Die DRV erwartet keine umfassende Barrierefreiheit. Wegen der Beeinträchtigungen vieler Rehabilitanden hinsichtlich der Mobilität legt sie aber einen rollstuhlgerechten Zugang zu den Räumen als Anforderungskriterium fest (vgl. DRV B, 2014, S. 11).

¹⁰⁰ In Übereinstimmung mit den Rahmenempfehlungen der BAR (2005, S. 53).

Bewertung der Prozessqualität

Das medizinische Konzept der Reha-Einrichtung bildet die Vorgabe für die Erstellung der individuellen Rehabilitationspläne. Die „Art, Häufigkeit, Dauer und Intensität der Maßnahmen“ (BAR, 2005, S. 31) wird für jeden Patienten standardisiert dokumentiert. Als Instrumente zur Sicherung der Prozessqualität werden Einzelfallbegutachtungen (Peer Review-Verfahren), die Dokumentationen der durchgeführten Leistungen nach der ‚Klassifikation therapeutischer Leistungen‘ (KTL), die Umsetzung und der Erfüllungsgrad der Reha-Therapiestandards (RTS) durch die DRV bewertet (vgl. BAR, 2012, S. 9).

Peer Review-Verfahren

Durch die Auswertung von Therapieplänen und anonymisierten Entlassungsberichten wird im Rahmen von Einzelfallprüfungen der Reha-Prozess für die DRV transparent gemacht. Potenzielle Verbesserungspotentiale können mit Hilfe von standardisierten Checklisten identifiziert und bei Feststellung eines Optimierungsbedarfs Lösungsvorschläge der Einrichtung rückgemeldet werden. An diesem Prüfverfahren sind leitende Ärzte von Reha-Einrichtungen als Peers (Gutachter) direkt beteiligt (vgl. Klosterhuis, 2010, S. 262). Es besteht ein Prinzip der Gegenseitigkeit, das heißt, dass jede Einrichtung, die an einem Peer Review teilnimmt, ihrerseits Peers als Gutachter zur Verfügung stellen muss.

Klassifikation der therapeutischen Leistungen (KTL)

„Gegenstand der Klassifikation ist die am einzelnen Rehabilitanden erbrachte therapeutische Leistung“ (DRV B., 2015a, S. 8). Die Auswertungen bilden das multimodale Leistungsgeschehen während einer Rehabilitation entsprechend den Qualitätsanforderungen der DRV über die Leistungsmenge, -häufigkeit, -dauer und -differenziertheit innerhalb des Versorgungsprozesses ab.

Reha-Therapiestandards (RTS)

Die indikationsspezifischen, evidenzbasierten Therapievorgaben der DRV sind als wissenschaftlich und systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für Leistungserbringer und Patienten definiert (vgl. DRV B, 2016e, S. 2). Eine Auswertung analysiert, in welchem Maße Rehabilitanden der gleichen Indikation gemäß den formulierten Qualitätsanforderungen der DRV behandelt wurden.

Rehabilitandenstruktur

Die Reha-Qualitätssicherung der DRV bezieht soziodemografische Daten der Rehabilitanden „(zum Beispiel Alter, Bildung oder Erwerbsstatus der Versicherten)“ und krankheitsbezogene Merkmale „(zum Beispiel Diagnosen, Leistungsfähigkeit oder Nachsorgeempfehlungen)“ zur Analyse des Rehabilitandenspektrums der Einrichtung mit ein (DRV B, 2015d, S. 11).

Bewertung der Ergebnisqualität

Um Transparenz über die Ergebnisqualität zu erhalten, wird ein Fragebogen eingesetzt, der die Rehabilitanden über eine fünfstufige Skala hinsichtlich ihrer subjektiv empfundenen ‚Zufriedenheit mit der Behandlung‘ sowie der ‚Einschätzung des Behandlungserfolges‘ befragt. Zur Einschätzung des Behandlungserfolges werden die Merkmale Besserung des Gesundheitszustandes, der körperlichen Beschwerden, der psychosomatischen Beschwerden, der Leistungsfähigkeit im Beruf, der Freizeit und im Alltag, des gesundheitsförderlichen Verhaltens und die Bewertung des Reha-Erfolges insgesamt erfragt.

Sozialmedizinischer Verlauf nach medizinischer Rehabilitation

Die übergeordnete Zielsetzung der Rehabilitation besteht darin, „Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen und Erwerbstätigkeit zu sichern“ (Klosterhuis, 2010, S. 265). Mit der Reha-Statistik-Datenbasis kann für jeden Rehabilitanden der sozialmedizinische Verlauf für einen Zeitraum von zwei Jahren nach Rehabilitation nachvollzogen werden. Datenauswertungen nach der Reha ergeben, „wie viele Rehabilitanden im Erwerbsleben verbleiben oder durch Berentung (Alters-, Erwerbsminderungsrente) und Tod ausscheiden“ (DRV B, 2016c, S. 2).

Visitationen als Qualitätssicherung „vor Ort“

Visitationen finden zwischen Visitoren der DRV und den Leistungserbringern statt und dienen Gutachtern der DRV als direkter Austausch mit Mitarbeitern der besuchten Reha-Einrichtung über die Ziele der kontinuierlichen Verbesserung und der Erhöhung der Transparenz (vgl. DRV B, 2014b, S. 6). Visitationen bieten der DRV die Möglichkeit, die bereits erhobenen Ausstattungs- und Personaldaten vor Ort abzugleichen und dabei die Reha-Einrichtung in ihrer Komplexität einschließlich der Mitarbeiter und Rehabilitanden

wahrzunehmen (vgl. a. a. O., S. 6). Die Ergebnisse werden nach einem Manual einheitlich dokumentiert (vgl. DRV B, 2014, S. 10). Werden Mängel festgestellt, werden in einer Zielvereinbarung die erforderlichen Nachbesserungen innerhalb eines definierten Zeitraums festgelegt (vgl. a. a. O., S.10). Anhand der jährlichen Berichte kann der Anteil gegebenenfalls vorhandener Mängel reduziert werden. Eine Visitation erfolgt nach einem standardisierten Ablauf aus den Elementen: „Kennenlernen, Vorgespräch, Klinikrundgang, Prüfung vereinbarter Standards, Mitarbeitergespräche, Rehabilitanden-gespräche, Abstimmung unter den Visitoren und Abschlussgespräch“ (a. a. O., S.14).

Zur Prüfung der vereinbarten Standards im Bereich der Konzept- und Strukturmerkmale bzw. der strukturalen Prozesse gehören nach der DRV (2014b, S. 13) folgende Dimensionen:

- Diagnostik incl. apparative Ausstattung
- Therapeutisches Angebot und Therapie
- Personal und seine Aufgaben
- Angebot und Durchführung arbeitsbezogener Leistungen
- Angebot und Durchführung im Therapiebereich Psychologie und Psychotherapie
- Angebote und Durchführung im Bereich des Sozialdienstes
- Information, Motivation, Schulung
- Sozialmedizin (a. a. O., S. 13)

Weitere inhaltliche Aspekte einer Visitation können sein:

Einrichtungs-/Therapiekonzept, Berichte zur Reha-QS/Strukturerhebungsbogen, Zertifizierung, Auditberichte, Qualitätsberichte der Einrichtung, Internetpräsentation, Forschungsprojekte, Personalstandsplan/-Personalstandsmeldungen, Personalqualifikation, Kostensatzvereinbarungen, Auslastungssituation/Belegungsdaten, Kooperationsvereinbarungen, Beschwerden von Versicherten, Entlassungsbericht (incl. Auswertung), Laufzeit der Entlassungsberichte, Ausstattungsliste/-Strukturvorgaben, Änderungen in der Klinik im Zeitverlauf (Indikation, Bettenzahl etc.), Information aus Leistungsabteilung, Verweildauer (Therapiezeitenbudget), Antrittslaufzeiten, Bauvorschriften, Elemente aus BAR-Rahmenempfehlungen (ambulant MSK) (und) Medikamentenkostenerstattung. (DRV B, 2014b, S. 12)

Die Reha-Abläufe werden nach den Bereichen der ärztlichen Aufgaben, hinsichtlich der Therapieplanung sowie der Entlassung und Nachsorge geprüft (a. a. O., S. 13). Die Visitoren bewerten nach fünfstufigen Kategorien:

- „Anforderungen übertroffen“

- „Anforderungen erfüllt“
- „Leichte Mängel“
- „Deutliche Mängel“
- „Gravierende Mängel“ (a. a. O., S. 14).

Bei gravierenden Mängeln drohen Sanktionen, welche „die Einschränkung oder Einstellung der Belegung umfassen“ können (a. a. O., S. 14), wenn sie nicht innerhalb einer Fristsetzung behoben werden.

Nachhaltigkeit

Um die Nachhaltigkeit der Ergebnisqualität in der Wahrnehmung der Rehabilitanden zu prüfen, erfolgt 8-12 Wochen nach Abschluss der Rehabilitation eine weitere Rehabilitandenbefragung zur Erfassung der Nachhaltigkeit der Ergebnisqualität. Die Fragen beziehen sich darauf, „in welchem Ausmaß die mit der Leistung angestrebten individuellen und generellen Ziele erreicht wurden“ (DRV B, 2013a, S. 68). Erhoben werden Daten zu subjektiven Einschätzungen der Rehabilitanden über die Zufriedenheit mit der Rehabilitationsleistung und dem Rehabilitationserfolg sowie Änderungen der Beeinträchtigungen und des Gesundheitszustandes.

Benchmarking

Obwohl in vielen Qualitätsaspekten seit Einsetzen des QM positive Resultate erreicht werden, zeigen sich noch immer gemessen an den Anforderungen zwischen den Anbietern der Reha-Einrichtungen erhebliche Unterschiede der Versorgungsqualität. Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung fließen ab 2017 im Rahmen eines strukturierten Qualitätsdialogs durch eine Bewertung nach Punkten in die Belegungssteuerung durch die DRV mit ein.

Für die „Moderne Physiotherapie“ bedeuten gesetzliche Regelungen und Vorgaben der Kostenträger, dass ein stetiger Prozess des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung erforderlich ist. Praktische Lösungen werden in Kapitel 4 vorgestellt und in Kapitel 5 kritisch reflektiert.

3.4 Besondere Versorgung / Integrierte Versorgung

Die WHO (2016, S. 2) verwendet für die über mehrere Professionen, Institutionen und Leistungssektoren hinweg koordinierte Versorgung den Begriff der „integrated health services“ und definiert:

health services that are managed and delivered so that people receive a continuum of health promotion, disease prevention, diagnosis, treatment, disease management, rehabilitation and palliative care services, coordinated across the different levels and sites of care within and beyond the health sector, and according to their needs throughout the life course.

In Deutschland können die Krankenkassen nach dem durch das Versorgungsstärkungsgesetz überarbeiteten § 140a SGB V „Verträge mit (...) Leistungserbringern über eine besondere Versorgung der Versicherten abschließen“. Hierdurch soll als zentrales Element gemäß § 140a SGB V eine „verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung“ ermöglicht werden. Zielsetzung ist dabei, „die Effizienz und die Qualität der Versorgung durch Überwindung der sektoralen und disziplinären Aufspaltung des Versorgungsgeschehens zu verbessern und damit die Schnittstellenprobleme partiell zu überwinden“ (Nagel, Neukirch, Schmid & Schulte, 2017, S. 45).

Inzwischen gehört die besondere oder integrierte Versorgung (IV) zu den Pflichtangeboten der Krankenkassen. Die Partner (die einzelne GKV, Krankenhäuser, Ärzte, Rehabilitationseinrichtungen und Apotheken) stimmen die Versorgung der Patienten aufeinander ab und verpflichten sich zu bestimmten Behandlungsstandards.

Der SVR (2014, S. 90) stellt als Ziele für den ineinandergreifenden Übergang aus der Akutversorgung in die Rehabilitation die „kurzen Übergangszeiten sowie umfassende (...) Vor- und Nachinformation und Verstetigung eingeübter Lebensstiländerungen“ heraus.

3.5 Prävention und Gesundheitsförderung

„Gesundheit“ ist ein im Alltag und in den Gesundheitswissenschaften umfassend verwendeter Begriff, der als wissenschaftliches Konstrukt nur schwer zu definieren ist (vgl. Faltermeier, 2016; Hurrelmann & Franzkowiak, 2016, siehe Kapitel 2.2 – Gesundheitswissenschaften). Er beinhaltet objektive, „über einen medizinisch-naturwissenschaftlichen Zugang“ erfassbare Phänomene (Faltermeier, 2016) zur Abgrenzung von Krankheit über die ärztliche Diagnose. Zum anderen ist Gesundheit für jeden Menschen subjektiv erlebbar, negativ etwa in Form von Funktionseinschränkungen und Beeinträchtigungen in Aktivitäten und Leiden und positiv, z. B. als körperliches und psychisches Wohlbefinden oder Erleben der Leistungsfähigkeit (a. a. O.).

3.5.1 Rahmenbedingungen und gesetzliche Vorgaben

Nach § 3 SGB IX wirken die Rehabilitationsträger darauf hin, dass nach dem Prinzip des Vorrangs der Prävention vor Kuration oder Rehabilitation zur Vermeidung einer Behinderung oder einer chronischen Krankheit medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit angeboten werden.

Der Paragraph § 20 SGB V verpflichtet in seiner neuen Fassung vom 25. Juli 2015 die gesetzlichen Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherungen sowie die privaten Krankenversicherungen „zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (*Primäre Prävention*) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (*Gesundheitsförderung*)“. Ein Schwerpunkt wird auf die „Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen“ gelegt (§ 20, Abs. 1 SGB V). Im besonderen Maße sollen sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status¹⁰¹ in ihren Lebenswelten erreicht werden, da diese oft einen schlechteren Gesundheitszustand haben und am wenigsten verhaltenspräventive Interventionen der GKV in Anspruch nehmen (vgl. RKI, 2015a, S. 273). Lebenswelten sind nach § 20a Abs. 1 SGB V „für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studie-

¹⁰¹ Indikatoren sind niedriger Bildungsstand, niedrige berufliche Stellung bzw. Erwerbslosigkeit und geringes Einkommen (Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V, S. 6).

rens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports“.

Mit den Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz (2016, S.12) wurden am Lebenslauf orientierte Leitziele entsprechend den gesellschaftlichen und epidemiologischen Herausforderungen vorgegeben:

- Ziel Gesund aufwachsen
„Zielgruppen [sind] werdende und junge Familien, Kinder, Jugendliche, Auszubildende und Studierende“ (a. a. O., S. 12),
- Ziel Gesund leben und arbeiten
Zielgruppen sind „Personen im erwerbsfähigen Alter - Erwerbstätige“ (a. a. O., S. 17), „Arbeitslose Menschen“ (a.a.O, S. 22) und „Ehrenamtlich tätige Personen“ (a. a. O., S. 23),
- Ziel Gesund im Alter
Zielgruppen sind „Personen nach der Erwerbsphase in der Kommune“ und „Bewohnerinnen/Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen“ (a.a.O, S. 26).

Präventive und gesundheitsfördernde Leistungen „müssen einen belegbaren Nutzen haben, allgemein anerkannten Qualitätsmaßstäben entsprechen sowie in fachlich gebotener Qualität und wirtschaftlich erbracht werden“ (a. a. O., S. 9). Das „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ (Präventionsgesetz – PräVG) ist eng an die Position der Weltgesundheitsorganisation nach der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (WHO, 1986, S. 1) angelehnt, die sich auf körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden bezieht. Hierin wird ein Prozess gefordert, der Menschen ein „höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit“ ermöglichen und sie damit zur „Stärkung ihrer Gesundheit“ (a.a.O) und zur Vermeidung eines riskanten Lebensstils befähigen soll. Durch die Förderung von sozialen und persönlichen Ressourcen (vgl. a.a.O) ergibt sich für die Gesundheitswissenschaften die Chance, ein Gegengewicht zur „pathogenetischen Suche nach den Ursachen von spezifischen Krankheiten dominierte[n] Forschung“ herauszubilden (Faltermeier, 2015, S. 197).

Die Erforschung der Ätiologie von Krankheiten erbrachte über viele Jahrzehnte wichtige Erkenntnisse für Diagnose, Therapie und Prävention. Während sich das Gesundheitssystem bis vor wenigen Jahren vorwiegend mit der medizinischen Sicht von Krankheiten befasste (vgl. Franke, 2012, S. 10), propagieren heute die Gesundheitswissenschaftler wie Faltermeier (vgl. 2015, S. 197), dass Experten in der medizinischen Tradition lediglich „Spezialisten für einzelne Krankheiten und nicht für Gesundheit sind“.

Auch aus gesundheitsökonomischer Perspektive wird Gesundheit unter dem Aspekt der Erhaltung von Leistungsfähigkeit zu einer wichtigen Ressource, welche die Sozialsysteme entlastet (vgl. Franke, 2012, S. 10) und darüber hinaus indirekte Krankheitskosten einer reduzierten Wirtschaftsleistung vermeidet (vgl. Rosenbrock & Michel, 2007, S. 3).

Allgemeine Zielsetzungen von Krankheitsprävention sind nach Rosenbrock und Michel (2007, S. 3 ff) die „Vermeidung, Abschwächung oder zeitliche Verschiebung („Kompression“) von

- Mortalität und Morbidität und den sich daraus ergebenden Einbußen an Lebensqualität und Einschränkungen der Teilhabe am sozialen Leben,
- (...) direkten Krankheitskosten der Kuration, Rehabilitation und Sozialversicherung,
- (...) indirekten Krankheitskosten durch reduzierte Produktivität, eingeschränktes bürgerschaftliches Engagement oder gesamtgesellschaftliche Wohlfahrtsverluste; Erhalt des wirtschaftlichen und sozialen Produktionspotenzials, [sowie die]
- Investition in Gesundheit als einen demografisch zunehmend wichtigen Aspekt des „Humankapitals“.

Um den Begriff ‚Prävention‘ präziser und eindeutiger von der ‚Gesundheitsförderung‘ abgrenzen zu können, wird der Begriff der ‚Krankheitsprävention‘ als vorbeugende Intervention zur Vermeidung des Auftretens und der Verbreitung von spezifischen Erkrankungen wie auch zur Verminderung der Krankheitsfolgen verwendet (vgl. Hurrelmann, Klotz & Haisch, 2014, S. 13).

Bezogen auf den Krankheitsverlauf können Präventionsmaßnahmen nach unterschiedlichen Zeiträumen eingesetzt werden:

- vor Krankheitsbeginn (Primärprävention),
- im Frühstadium einer Erkrankung (Sekundärprävention) und

- nach Ausbildung der Krankheit, einschließlich Behandlung, der medizinischen Rehabilitation und Nachsorge (Tertiärprävention) (vgl. BMG, 2016g).

Primäre, sekundäre und tertiäre Krankheitsprävention

Krankheitspräventive Maßnahmen sollen nach Franzkowiak (2015b) „nicht nur das (Neu-) Auftreten von Krankheiten, von Behinderungen oder eines vorzeitigen Todes senken, sondern auch zu einem möglichst langen Erhalt von Selbstständigkeit im fortschreitenden Alter beitragen“. Die Tabelle 3-15 stellt eine Übersicht über die zeitlich gestuften Präventionsziele dar und stellt die Unterschiede in der Umsetzung gegenüber.

Tabelle: 3-15 Auszüge des Triadischen Strukturmodells der Krankheitsprävention nach Franzkowiak (2015b)

Klassifikation	Ziele	Zeitlicher Ansatz und Umsetzung
Primäre Krankheitsprävention	<p><u>Person:</u> Krankheitsverhütung, Risikosenkung, Risikoeliminierung.</p> <p><u>Bevölkerung/Gesundheitspolitik:</u> Senkung der Inzidenzraten von Krankheiten, Minderung der Wahrscheinlichkeit des Krankheitseintritts in einer Population.</p>	<p>... soll wirksam werden, wenn noch keine Krankheit, noch keine fassbare biologische Schädigung eingetreten ist.</p> <p>Die primäre Prävention umfasst die Verhütung von Krankheit durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beseitigung eines oder mehrerer ursächlicher Faktoren • Verhinderung bzw. Verminderung verhaltensbedingter Risikofaktoren • Veränderung von Umweltfaktoren.
Sekundäre Krankheitsprävention	<p><u>Person:</u> Krankheitsfrüherkennung (Entdeckung von biomedizinisch eindeutigen, z. T. noch klinisch symptomlosen, Frühstadien einer Erkrankung und deren erfolgreiche Frühbehandlung).</p> <p><u>Bevölkerung/Gesundheitspolitik:</u> Senkung der Inzidenz von manifesten oder fortgeschrittenen Erkrankungen.</p>	<p>... hat zum Ziel, Krankheiten möglichst frühzeitig zu erkennen, bevor Beschwerden oder Krankheits-symptome auftreten. Hierzu werden (...), krankheitsspezifische Früherkennungsuntersuchungen bei einzelnen Menschen (...) durchgeführt. Das Fortschreiten eines Krankheitsfrühstadiums soll durch Früherkennung, Früherfassung, frühzeitige Beratung und Empfehlungen für Lebensstilveränderungen verhindert werden.</p>
Tertiäre Krankheitsprävention	<p><u>Person:</u> Verhütung der Krankheitsverschlimmerung, Vermeidung von bleibenden Funktionsverlusten und eingeschränkten Aktivitäten</p>	<p>... richtet sich an Menschen (Patientinnen und Patienten), bei denen bereits eine Krankheit oder ein Leiden manifest ist und behandelt wird.</p> <p>Hier sind Ziele die Vermeidung des Fortschreitens einer bestehenden Störung, eine Abmilderung von</p>

	bzw. verminderter Partizipation. <u>Bevölkerung/Gesundheitspolitik:</u> Alle Anstrengungen, die die Leistungsfähigkeit von Patientinnen/Patienten und Betroffenen so weit wie möglich wiederherzustellen bzw. zu erhalten versuchen; Senkung der Inzidenz bleibender Beeinträchtigungen und Behinderungen.	Folgeschäden und Chronifizierungen, die Verhütung von Rückfällen durch die wirksame Behandlung einer manifesten, symptomatisch und chronisch gewordenen Erkrankung sowie die Wiederherstellung weitest möglicher Funktionsfähigkeit und Lebensqualität nach einem Krankheitsereignis. Dazu werden notwendige Heil- und Folgebehandlungen so früh wie möglich eingeleitet. Tertiäre Prävention und Rehabilitation überschneiden sich teilweise.
--	--	---

Die Leistungen der GKV werden in der Primärprävention nach drei Ansätzen gegliedert:

- „Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten,
- individuelle verhaltensbezogene Prävention und
- betriebliche Gesundheitsförderung“ (MDS, 2016, S. 87).

Der Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes (2014) legt die Kriterien für die Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung fest. Einen Schwerpunkt bilden verhaltensbezogene Interventionen zur Stärkung des individuellen Gesundheitsverhaltens.

Im Präventionsbericht wurden im Jahr 2015 mit 71 % Kursangebote zum Thema körperliche Aktivität von den Versicherten am häufigsten nachgefragt (MDS, 2016, S. 9). Männer bildeten bei allen über die GKV zertifizierten Kursangeboten der Primärprävention mit 19 % gegenüber 81% weiblichen Teilnehmerinnen eine deutliche Minderheit (a.a.O, S. 31).

Plan Gesundheit

Um dem Grundprinzip des Vorrangs der Prävention vor der Kuration zur Vermeidung von Behinderung und chronischen Erkrankungen Rechnung zu tragen (§ 3 SGB IX), sollen Versicherten, die Gesundheitsrisiken ausgesetzt, aber deren Erwerbsfähigkeit noch nicht akut gefährdet ist, medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit angeboten werden (§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI). ‚Plan Gesundheit‘ ist ein Beispiel für ein „sektorübergreifendes Präventionsprogramm mit vorrangig Leistungen zur Verhaltensprävention und engem Berufsbezug“ (vgl. Schaller, Biallas & Froböse, 2013, S. 5). Die Rahmenbedingungen dieses Präventionskonzepts der Deutschen Rentenversicherung Rhein-

land in Kooperation mit der pronova BKK und dem Arbeitgeber sind in einem Leitfaden nach Schaller et al. (2013) beschrieben. Plan Gesundheit verfolgt das Ziel persönliche oder berufliche Gesundheitsrisiken der Versicherten frühzeitig zu erkennen und rechtzeitig zu intervenieren, bevor eine Rehabilitation notwendig wird.

Die Präventionsleistung umfasst fünf Phasen:

1. Die Initialphase (3 Tage ganztägig ambulant, bzw. 16 Stunden),
2. die Trainingsphase (16 Wochen, 32 Termine zu jeweils 60 min. PAT und 45 min. Seminar),
3. die Eigenaktivitätsphase I (6 Monate nach der Trainingsphase)
4. den Refresher-Tag (6 Stunden) und
5. die Eigenaktivitätsphase II (vgl. Schaller et al 2013, S. 8).

Zum Präventionsablauf gehören die Elemente:

- Akquise (in den Unternehmen, Rehabilitationseinrichtungen, durch Präventionsmanager, Betriebs- und Werksärzte),
- Befunderhebung (durch den Werks- und Betriebsarzt, den Rehabilitationsarzt oder einen niedergelassenen Arzt),
- Antragstellung,
- Antragsprüfung durch die DRV Rheinland,
- Informationen zur Durchführung durch die Rehabilitationseinrichtung,
- Programmdurchführung (Initial-, Trainingsphase und Refresher-Tag) in der Rehabilitationseinrichtung und
- Eigenaktivitätsphase I und II zur Umsetzung des Gelernten (vgl. a. a. O., S. 8-13).

Für eine „Moderne Physiotherapie“ ist diese Form der Prävention ein wesentlicher Baustein. Daher werden in Kapitel 4.3.6 als Praxisbeispiel die Organisationsabläufe von Plan Gesundheit in der medicoreha konkret vorgestellt.

3.5.2 Gesundheitswissenschaftlicher Hintergrund

Der komplexe Begriff der ‚Gesundheitsförderung‘ umfasst auf der Basis der genetischen Disposition eines Menschen sowohl mögliche Veränderungen seines individuellen Verhaltens (Verhaltenspräventive Interventionen; Verhaltensprävention), als auch Änderungen seiner gesundheitsrelevanten Arbeits- und Lebensbedingungen (Verhältnis-präventive Interventionen; Verhältnisprävention). Gesundheitsförderung ist nach Hurrelmann et al. (a.a.O, S. 14) auf die Stärkung von individuellen gesundheitlichen Ressourcen zur selbstbestimmten Lebensbewältigung ausgerichtet und bezieht die „ökonomischen, kulturellen, sozialen, bildungsmäßigen und hygienischen Bedingungen der Lebensgestaltung“ mit ein.

Ein zentraler Begriff für die Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation, ist das Konstrukt ‚*Empowerment*‘. Wörtlich übersetzt bedeutet Empowerment ‚Ermächtigung‘ im Sinne von Selbstbefähigung und Stärkung von Eigenmacht des Individuums und steht für einen Prozess, in dem

Betroffene ihre Angelegenheiten selbst in die Hand nehmen, sich dabei ihrer eigenen Fähigkeiten bewusst werden, eigene Kräfte entwickeln und soziale Ressourcen nutzen. Leitperspektive ist die selbstbestimmte Bewältigung und Gestaltung des eigenen Lebens. (Theunissen & Plaute, 1995, S. 12)

Ausgehend von der Ottawa-Charta der WHO (1986) wird in Deutschland im Rahmen der seit den 90er-Jahren zunehmenden *Patientenorientierung* die Gesundheitsversorgung an den Interessen und Bedürfnissen der Betroffenen ausgerichtet. Die Entwicklung und Stärkung von Eigenmacht und Autonomie von Individuen und Zielgruppen erfordert bei den Nutzern von Präventionsmaßnahmen einen Aufbau gesundheitsbezogener Bildung durch Lernprozesse. Eigenverantwortlichkeit in gesundheitsbezogenen Entscheidungen bei dem Einsatz präventiver, kurativer, rehabilitativer und pflegerischer Maßnahmen setzt die Einsicht von Wahlmöglichkeiten voraus. Moderne Therapeuten betrachten Patienten nicht als passive und/oder unwissende Konsumenten von Gesundheitsleistungen, sondern „als aktive Mitgestalter ihres Behandlungs- und Genesungsprozesses“ (Faltermeier, 2015, S. 197), indem sie ihren Gesundheitszustand beobachten. In ihrer „Bestandsaufnahme von Grundverständnissen, Dimensionen und Erhebungsproblemen“ des Begriffs „Empowerment in Prävention und Gesundheitsförderung“ weisen Kliche und Kröger (2008, S. 716-717) acht Teildimensionen von Empowerment nach, die vor allem bei der Tertiärpräven-

tion und Rehabilitation chronischer Krankheiten bedeutsam sind und die auch die Arbeitsweise einer „Modernen Physiotherapie“ bestimmen.

Die in Tabelle 3-16 beschriebene klinische Dimension ist lediglich eine Ebene des Begriffsverständnisses von Empowerment neben der „organisational-professionelle(n)“ und „politische(n) Sichtweise“ (Kliche und Kröger, 2008, S. 718).

Tabelle 3-16: Klinisches Grundverständnis von Empowerment modifiziert nach Kliche und Kröger (2008, S. 716-717)

Teildimensionen	Klinische Betrachtungsweise
Beteiligung an Entscheidungen	Behandlungsgestaltung in der medizinischen Versorgung (shared decision making)
Selbstwirksamkeitserwartung	Individuelle Wahrnehmung des eigenen Einflusses und ein allgemeines oder bereichsspezifisches Kohärenzerleben (nach Antonovsky)
Soziale Unterstützung und soziales Kapital	Verschiedene Formen erlebter Hilfe und Ermutigung durch das Nahfeld
Kompetenzen	Wissen und Fähigkeiten zur gesundheitsgerechten Alltagsgestaltung sowie Selbstbildung oder selbstgesteuertes Lernen
Inanspruchnahmeverhalten	In der Lage (sein), sich im Gesundheitswesen zurechtzufinden und die bestmögliche Versorgung für (..) Bedürfnisse zu finden und zu nutzen
Zielsetzung und -verfolgung	Motivation und Fähigkeit, selbst Ziele zu bestimmen, Präferenzen zu bilden, Ziele stabil zu halten und in Handlungspläne und schließlich Verhalten umzusetzen
Reflexionsvermögen	Leistung, über das eigene Leben und Verhalten sowie seine Determinanten nachzudenken und durch Begriffe oder Reframing kognitiven Abstand zu ihnen zu gewinnen
Innovation	Veränderungsmotivation unter Unklarheit (Risikobereitschaft)

Erst über die gegen Ende des 20. Jahrhunderts einsetzende Kritik am biomedizinischen Modell der Krankheitsentstehung über die objektive Erfassung und Klassifikation von Krankheiten (vgl. Kapitel 3.3.3 – ICD) konnten in den Gesundheitswissenschaften neue Orientierungen entstehen, die mit dem Namen von Aaron Antonovsky (1923-1994) verbunden sind. Antonovsky formulierte bereits in den 70er-Jahren die Frage, was die Menschen trotz alltäglicher Risiken gesund erhält, statt danach zu fragen, warum sie krank werden (vgl. Antonovsky, 1997). Aus salutogenetischer Perspektive versteht die Gesundheitsförderung Gesundheit und Krankheit nicht als alternative Zustände, sondern als Er-

gänzung des biomedizinischen Modells. Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum in Abbildung 3-11 bietet fließende Übergänge des aktuellen Gesundheitsempfindens zwischen dem positiven Pol ‚Gesundheit‘ und dem negativen Pol ‚Krankheit‘. Es existiert kein strenges zeitliches Nacheinander, sondern etwa bei chronisch kranken Menschen eine Gleichzeitigkeit von eher gesunden und eher kranken Anteilen des Befindens. Das Kontinuum ist durch zahlreiche Zwischenstadien gekennzeichnet, die die subjektive und die objektive Befindlichkeit angeben.

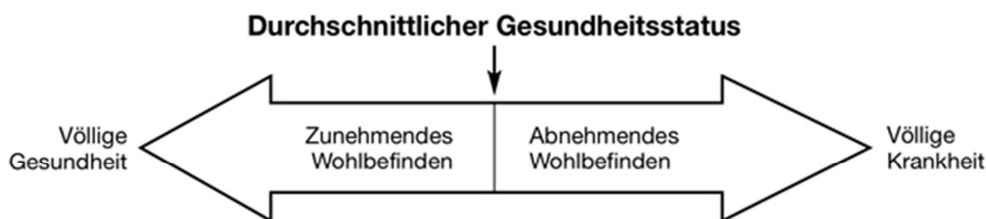


Abbildung 3-11: Gesundheits-Krankheits-Kontinuum nach Hurrelmann (2013, S. 125).

Antonovsky prägte als zentralen Begriff der Salutogenese das *Kohärenzgefühl* („sense of coherence“) als „eine Grundüberzeugung, dass das Leben sinnvoll ist und dass man es meistern kann, auch wenn es manchmal schwierig ist“ (Franke, 2015). Das Kohärenzgefühl besteht nach Antonovsky aus drei Teilkomponenten (vgl. Franke, 2012, S. 175-177):

- dem Gefühl der Verstehbarkeit der eigenen Person, des eigenen Lebens und der Lebenswelt („comprehensibility“),
- dem Gefühl der Handhabbarkeit und Bewältigbarkeit der Anforderungen und Schwierigkeiten („manageability“),
- dem Gefühl der Bedeutsamkeit und Sinnhaftigkeit des Lebens („meaningfulness“).

Antonovsky betonte die Rolle von Widerstandsressourcen und Schutzfaktoren gegenüber Stressoren. Belastung und Stress (auch im Sinne eines körperlichen Trainings) wurden von ihm als positive und gleichermaßen notwendige Wirkfaktoren gesehen, um trotz Risiken gesund zu bleiben.

Heute wird die an Ressourcen und Potenzialen orientierte Gesundheitsförderung als Ergänzung der an Gesundheitsrisiken orientierten Krankheitsprävention angesehen, wie die

Abbildung 3-12 illustriert. Die Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz (2016) „Gesund aufwachsen“, „Gesund leben und arbeiten“ und „Gesund im Alter“ verfolgen in ihrer an die Bevölkerung gerichtete Strategie, dass Menschen „sich Zugang zu Informationen (..) verschaffen, diese (..) verstehen und in einer Weise (..) nutzen, die Gesundheit fördert und erhält“ (Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin, 2011).

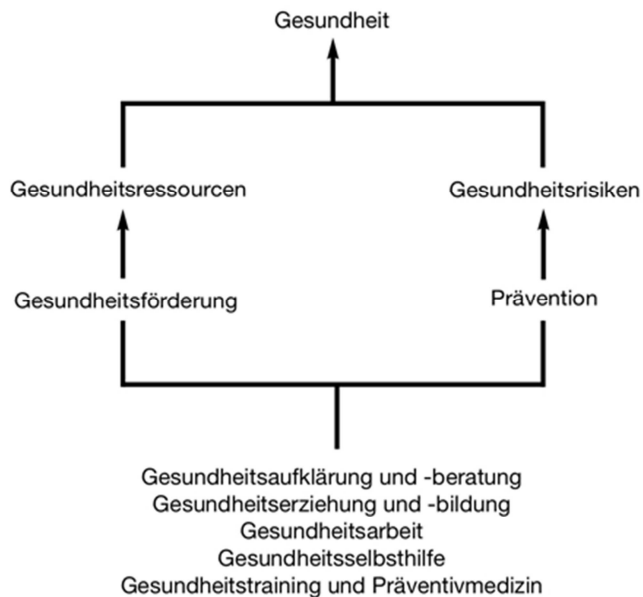


Abbildung 3-12: Gesundheitsförderung und Prävention nach Waller (2006, S. 161).

Gesundheit und Bildung sollten nach Sottas et al. (2013, S. 3) in der Prävention und Gesundheitsförderung als lernende Systeme zusammengeführt werden und Handlungsziele für die Gesundheitsbildungspolitik formulieren. Lebenswelten bieten sich an, damit Menschen lernen, ihre gesundheitlichen Anliegen wahrzunehmen und zu vertreten (vgl. BMG, 2017g, S. 5).

Risiko- und Schutzfaktoren

Die Gesundheitswissenschaften unterscheiden Risiko- und Schutzfaktoren. Franzkowiak (vgl. 2015a) bezeichnet Risikofaktoren als Vorläufer und Prädiktoren¹⁰² von organischen und psychosomatischen Krankheiten, psychischen oder Entwicklungsstörungen. Sie „können eingeteilt werden in genetisch-physiologische, verhaltensbezogene, psychische und

¹⁰² Vorhersage einer Gesundheitsgefährdung.

ökologische Dispositionen“ (ZFkD im RKI, 2016, S. 137). Resilienz¹⁰³ und Schutzfaktoren können sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Sie werden nach sozialen, wirtschaftlichen, umwelt-, verhaltensbezogenen und psychischen Faktoren sowie nach dem Zugang zu gesundheitsrelevanten Leistungen unterschieden (a. a. O.).

Folgerichtig sollte die „Moderne Physiotherapie“ sich neben der arztzentrierten pathogenetisch orientierten Versorgung auch der salutogenetischen Gesundheitsförderung zuwenden und zielgruppenspezifische Dienstleitungen für den zweiten Gesundheitsmarkt etablieren, welche von selbstzahlenden Patienten entsprechend ihren Bedürfnissen nachgefragt werden (vgl. Kapitel 4.3.1. – Gesundes Altern).

3.6 Ausbildung in den Therapieberufen Physio- und Ergotherapie

Berufsbilder - Physiotherapie/Ergotherapie

Die Berufe des Physiotherapeuten und Ergotherapeuten zählen zu den bundesrechtlich regulierten, nichtärztlichen Heilberufen auf Grundlage von Berufszulassungsgesetzen, deren Tätigkeit „durch die unmittelbare Arbeit am und mit dem Patienten“ gekennzeichnet ist (Bundesministerium für Gesundheit, 2016b). Maßgeblich für die Berufsausübung sind die Gesetze über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz – MPhG) und in der Ergotherapie (Ergotherapeutengesetz – ErgThG). Die berufliche Bildung beider Berufe werden in besonderem Maße nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 des Grundgesetzes gesetzlich geregelt, unterliegen „verfassungsrechtlich verankerter staatlicher Verantwortung für den Patienten- und Gesundheitsschutz“ (Igl, 2015a, S. 6) und sind staatlich geschützt, was die Regelungen der Ausbildung und Prüfung, die Führung der entsprechenden Berufsbezeichnung, den Zugang und die Zulassung zur Berufsausübung betrifft (vgl. Bollinger, & Gerlach, 2015, S. 85; Igl, 2015a, S. 6).

Das Ausbildungsziel der Physiotherapie wird in Abschnitt 2, § 3 des MPhG auf berufliche Tätigkeiten in den Bereichen Prävention, kurative Medizin und Rehabilitation festgelegt (vgl. Bundesministerium der Justiz, 1994a).

¹⁰³ Englisch: resilience, Spannkraft, Strapazierfähigkeit, Elastizität, in der Psychologie insbesondere die Fähigkeit, Krisen aufgrund eigener Ressourcen zu bewältigen und als Chance für die eigene Entwicklung zu sehen.

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung konstatiert in seiner Bestandsaufnahme der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen in Deutschland im europäischen Vergleich eine „Uneinheitlichkeit der Gesundheitsfachberufsausbildungen“ in Deutschland. (BMBF, 2014, S. 30). Es gibt nach dem BMBF (2014, S. 190)

kaum verbindliche *aktuelle* [Hervorhebung im Original], Standards‘ zur Berufsausübung, Richtlinien oder Lehrpläne, (...) die über die (..) allgemein gehaltenen Aussagen zu den Zielen und Inhalten der Ausbildungen in den Berufszulassungsgesetzen (...) hinausgehen. Dies hängt u. a. damit zusammen, dass die Bundesländer ihre Aufgabe, (...) nähere Regelungen zur inhaltlichen und organisatorischen Gestaltung der Ausbildungen zu treffen, vielfach nicht umfänglich wahrnehmen.

Kritisch anzumerken ist, dass hier dringender Reformbedarf der rechtlichen Gestaltung der Ausbildung vorliegt, die seit langer Zeit nicht grundlegend aktualisiert wurden (vgl. BMBF, 2014, S. 190; Zöllner, 2014, S. 11). So stammen das Ergotherapeutengesetz aus dem Jahr 1976 und das Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie von 1994.

Im Fazit „zur Angemessenheit der Ausbildung im Hinblick auf die Anforderungen der Berufsausübung in den Gesundheitsfachberufen interpretiert das BMBF: „Diese Situation lässt sich in keinem der anderen Vergleichsländer¹⁰⁴ wiederfinden“ (BMBF, 2014, S. 190).

Für eine „Moderne Physiotherapie“ ergibt sich damit das Problem der uneindeutigen beruflichen Fundierung. In den folgenden Abschnitten dieser Arbeit werden daher Ansätze herausgearbeitet, die neben der Unternehmensstruktur auch die Professionsstruktur präzisieren.

¹⁰⁴ Das BMBF verglich in der Bestandsaufnahme die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen in Frankreich, Großbritannien, Niederlande, Österreich und Deutschland.

4 Moderne Physiotherapie – dargestellt als Modell einer Fachklinik für ambulante Rehabilitation am Beispiel der medicoreha® Welsink Unternehmensgruppe

„Moderne Physiotherapie“ als gesundheitsbezogene Dienstleistung ist auf Basis der Grundlagen in den vorhergehenden Kapiteln eine komplexe Aufgabe. Das folgende Kapitel soll die wesentlichen Bausteine, die sich aus den geschilderten Grundlagen sinnvollerweise ergeben können, anhand des Beispiels der medicoreha® Welsink Unternehmensgruppe (medicoreha) darstellen und begründen. Am Ende werden Desiderate herausgearbeitet und zukünftige Entwicklungslinien dargelegt.

„Moderne Physiotherapie“ als Dienstleistungsunternehmen erfordert zunächst ein übergreifendes Management, das in Kapitel 4.1 erläutert wird. Danach wird die Qualitätssicherung des Dienstleistungssystems als vorrangiges Versorgungsziel des Unternehmens beschrieben. Die organisatorischen Rahmenbedingungen und Prozessabläufe der Leistungserbringung werden in Kapitel 4.3 an Beispielen aus der stationären Akutversorgung, der medizinischen Rehabilitation, der Besonderen Versorgung und der Prävention verdeutlicht. In der medizinischen Rehabilitation ist die Physiotherapie Teil einer multimodalen und interprofessionellen Versorgung mit bio-psycho-sozialen Bezügen. Hintergrund ist, dass sich die medicoreha aufgrund von gesellschaftlichen Entwicklungen, gesundheitspolitischen Reformen, unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen, personellen und finanziellen Ressourcen von einer Physiotherapiepraxis zu einer Fachklinik für ambulante Rehabilitation unter regionalen Marktbedingungen entwickeln konnte.

4.1 Zentrales Management

Unternehmensführung

Die medicoreha Welsink Unternehmensgruppe wurde von dem geschäftsführenden Gesellschafter, dem Autor dieser Arbeit, Dieter Welsink, 1986 gegründet. Sie erbringt seit 1997 ganztätig ambulante Rehabilitationsleistungen bei muskuloskelettalen Erkrankungen.

Die medicoreha Welsink Unternehmensgruppe betreibt im Jahr 2017 an elf Standorten im Rheinland Einrichtungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation mit den Fachberei-

chen Orthopädie, Sportmedizin, Psychosomatik, Geriatrie und Onkologie sowie im kurativen Bereich Leistungen der stationären und ambulanten Heilmittelversorgung mit Physiotherapie und Ergotherapie. Ein umfassendes Angebot in der Prävention und Nachsorge sowie im betrieblichen Gesundheitsmanagement rundet die regionale Versorgung ab. Die medicoreha ist Vertragspartner aller gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherungen, der privaten Krankenversicherungen sowie der Olympiastützpunkte Rheinland, Westfalen und Rhein-Ruhr. Die wohnortnahen Rehabilitations-, Therapie- und Präventionsangebote richten sich nach einheitlichen standortübergreifenden Standards und werden durch ein externes und internes Qualitätsmanagement gelenkt. Die Unternehmensgruppe beschäftigt durchschnittlich 270 festangestellte Mitarbeiter.

Über eine *zentrale Managementstruktur* werden die medicoreha-Einrichtungen gesteuert und nach übergreifenden Qualitätsstandards ausgerichtet. Aufgabe des zentralen Managements ist es, durch strategische Maßnahmen eine effiziente Versorgungsqualität der medicoreha Fachkliniken zu sichern und systematisch weiter zu entwickeln, bzw. bei Änderungen der politischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen die gesundheitsbezogenen Dienstleistungen an die geltenden Herausforderungen anzupassen.

medicoreha Geschäftsführung

Zur Geschäftsführung (GF) gehören die Aufgabengebiete Geschäftsführender Gesellschafter, Leitungs- und Vertragsentwicklung, Leitungsmanagement und Organisation, Finanzen und Personal sowie Ärztliche Geschäftsführung, vgl. Anhang VII medicoreha – Organigramm Zentrales Management. Die Funktionsbereiche Qualitätsmanagement, Datenschutz, Arbeitsschutz und -sicherheit, Arbeitsmedizinischer Dienst und Hygiene erweitern die Aufgabenbereiche der GF.

Die medicoreha Welsink Unternehmensgruppe gliedert sich in verschiedene Gesellschaften; eine Übersicht in Anhang VIII medicoreha - Organigramm Welsink Unternehmensgruppe verdeutlicht dies.

Im Management-Team stehen zusätzlich zentrale Dienste zur Verfügung, durch die die Standortleitung der Niederlassungen unterstützt und von Verwaltungsaufgaben entlastet wird, z. B. durch eine Abrechnungsstelle, die Abteilung Finanzen und Controlling und die

Abteilung Leistungen und Verträge. Die Schnittstellen sind definiert, sodass eine funktionierende Aufbauorganisation sichergestellt ist. Das Zentrale Management ist in seinen Funktionen in Anhang VIII medicoreha – Organigramm Zentrales Management dargestellt.

Neben der GF sind die folgenden medicoreha Fachabteilungen zentralisiert:

Marketing und Kommunikation, Patienten-Service-Stellen, Unterstützungsdienste (Facility Management, Medizintechnik, Informationstechnik, Einkauf, Patientenfahrtdienst), Personalmanagement (Personalverwaltung, Personalentwicklung), Finanzen (zentrale Leistungsabrechnung, Buchhaltung, Controlling, Forderungs-Management).

medicoreha Management (MM)

Zum übergeordneten operativen und strategischen Management der Unternehmensführung gehören folgende Bereiche und Funktionen:

- Personalverwaltung
 - Vertragsgestaltung
 - Unterstützung der Personalführung in Abstimmung mit der operativen und therapeutischen Leitung
- Finanzverwaltung
 - Überwachung der laufenden Buchführung
 - Überwachung der Rechnungslegung und des Mahnwesens
 - Liquiditätsplanung
 - Investitionsplanung
 - Entwicklung eines Controllings
 - Bilanzierung
 - Laufende Abstimmung mit dem Steuerbüro, auch in Fragen der Bilanz und betriebswirtschaftlichen Auswertung
- Leistungsentwicklung und Vertragsgestaltung
 - Entwicklung von therapeutischen und präventiven Gesundheitsleistungen
 - Verhandlung von Versorgungsverträgen mit den Kostenträgern
 - Laufende Kontaktpflege zu den Kostenträgern und anderen Vertragspartnern
 - Kalkulation von Preisen für Leistungen der medicoreha

- Überwachung der Leistungserbringung in Abstimmung mit der therapeutischen Geschäftsleitung (TGL)
- Organisation
 - Entwicklung, Kontrolle und Optimierung von Arbeitsabläufen in
 - Abstimmung mit der kaufmännischen Geschäftsleitung (KGL) und TGL
- Beratung der Geschäftsführung
 - Laufende Berichterstattung gegenüber der Geschäftsleitung
 - Vorbereitung des Wirtschaftsplans
 - Vorbereitung der Jahreszielplanung
 - Beratung in strategischen Unternehmensentscheidungen

medicoreha Fachkliniken werden durch die kaufmännische und therapeutische Geschäftsleitung geleitet.

Die ‚Kaufmännische Geschäftsleitung‘ (KGL) ist täglich in der Einrichtung, arbeitet eng mit der TGL zusammen und ist verantwortlich für:

- Finanzen und Controlling
 - Unterstützung bei der Vorbereitung des Wirtschaftsplans und der Investitionsplanung
 - Sicherstellung der Einhaltung des Wirtschaftsplans
 - Regelmäßige Analyse definierter Kennzahlen, die sich aus betriebswirtschaftlichen Auswertungen, Leistungs- und Personalkennzahlen sowie den eingegangenen Rezepten und Aufträgen ergeben
- Weiterentwicklung von steuernden Maßnahmen
 - Marketing und Kommunikation (extern)
 - Koordination der regionalen Netzwerkarbeit und des Vertriebs in Abstimmung mit der TGL
 - Laufende Kommunikation mit Kooperationspartnern, Vertragspartnern und Auftraggebern
 - Öffentlichkeitsarbeit und repräsentative Aufgaben in Abstimmung mit dem MM-Team
- Kommunikation intern
 - Kommunikation mit nachgeordneten Mitarbeitern (Personalführung)

- Kommunikation mit dem MM-Team
- Regelmäßige Berichterstattung an die GF
- Sicherstellung des Informationsflusses an die GF, das MM-Team, die KGL und zum Mitarbeiter-Team (in beide Richtungen)

Die ‚Therapeutische Geschäftsleitung‘ (TGL) ist täglich in der Einrichtung, arbeitet eng mit der KGL zusammen und ist verantwortlich für:

- Personalplanung und -führung (Therapeuten- und Verwaltungsteam)
 - Personalplanung
 - Mitarbeiterführung, Personalgespräche
 - Arbeitszeiten inklusive Dokumentation
 - Urlaubsplanung
 - Fortbildungsplanung
 - Unterstützung bei Personalauswahl und Vorstellungsgesprächen
- Leistungserbringung und Therapieorganisation
 - Überwachung der Beachtung der Leistungsverträge und Leistungsbeschreibungen
 - Wirtschaftliche Leistungserbringung und Therapieorganisation nach den Vorgaben des MM
 - Qualitätssicherung in der Therapie und der Dokumentation
 - Koordination des Beschwerdemanagements
 - Weiterentwicklung der Versorgungsmodelle und des übergreifenden Überleitungsmanagements zur Patienten-/Kundenberatung
 - Ausbau eines exklusiven Therapieangebotes in der (Sport-)/Physiotherapie und im Selbstzahlerbereich
 - Fachliche Impulse für die Weiterentwicklung des Leistungsangebotes
 - Leitung von Qualitätszirkeln in Abstimmung mit der ärztlichen Leitung
- Ressourcenmanagement Räume, Geräte, Arbeitsmaterialien
 - Überwachung des wirtschaftlichen und sachgerechten Umgangs mit Ressourcen
 - Überwachung der Pflege und Reinigung von Räumen und Geräten
 - Einleitung von erforderlichen Reparaturen, Wartungen, Bestellungen in

- Abstimmung mit dem zentralen MM-Team
- Vorschläge für erforderliche Investitionen in Abstimmung mit der KGL
- Beachtung sonstiger Vorgaben in Abstimmung mit der fachlichen Leitung, z. B.
 - Arbeitsrechtliche Vorgaben
 - Leistungsrechtliche Vorgaben
 - Medizinproduktegesetz
 - Hygienemanagement
 - medicoreha-interne Arbeitsanweisungen
- Kommunikation extern
 - Kontaktpflege mit Ärzten (laufend und bei besonderem Bedarf)
 - Kommunikation mit Klienten bei speziellen Fragen oder Problemen
 - Sonstige repräsentative Aufgaben in Abstimmung mit der GF/GL
- Kommunikation intern, siehe KGL

Die ‚Fachliche Leitung‘ (FL) hat in enger Abstimmung mit der TGL beschriebene Aufgaben, die an dieser Stelle nicht aufgelistet werden. Sie unterstützt die TGL bei Bedarf und übernimmt die Abwesenheitsvertretung im erforderlichen Umfang. Die FL

- wirkt in der medicoreha-Unternehmensgruppe an der Weiterentwicklung des Leistungsangebotes mit. Die Zuständigkeiten und ihre qualitätsbezogenen Aufgaben sind in der Aufbauorganisation durch die Funktions- und Aufgabenbeschreibung festgelegt.
- obliegen alle durch den Arbeitsvertrag geregelten Pflichten und Vollmachten. Die Befugnisse zu Mitarbeitern werden entsprechend der Ausbildung in Formblättern (QM-Handbüchern) festgelegt und dokumentiert.

Die FL und TGL eines BAR zugelassenen Standorts teilen sich nach dem Vier-Augen-Prinzip die Aufgaben.

Das Organigramm der medicoreha Niederlassung Neuss veranschaulicht in Anhang IX die beschriebene Aufbauorganisation einer Reha-Fachklinik nach BAR-Standard mit den Zuordnungen der Funktionsbereiche in komprimierter Form.

Standorte und Management ergeben ein regionales Firmennetzwerk aus einer zentralen Verwaltung von Rehabilitations- und Therapieeinrichtungen sowie Ausbildungszentren für

die gesamte Unternehmensgruppe. Die Mitarbeiter sind verpflichtet, die getroffenen Regelungen zu beachten und einzuhalten. Notwendige Änderungen werden mit der Leitung besprochen, im zentralen Management abgestimmt und umgesetzt. Neben den wöchentlichen Teamsitzungen informiert im Intranet eine strukturierte ‚Knowledgebase‘ über Handlungsleitlinien und aktuelle Änderungen, z. B. bei den Abläufen, den gesetzlichen Voraussetzungen zu den Verordnungen oder Terminierungsschemata.

Die Entscheidung für die Konstruktion des *Zentralen Managements* basieren neben den Grundlagen der vorherigen Kapitel auf folgenden Arbeitsaufgaben:

- der Aufgliederung der Unternehmensgruppe in verschiedenen Gesellschaften, beispielsweise der medicoreha Welsink Rehabilitation GmbH und der medicoreha Welsink Akademie GmbH, mit der Zielstellung eine abgestimmte Verzahnung und Ausrichtung zu erreichen,
- bei dem bestehenden Risiko des Fachkräftemangels und der Herausforderung der Fachkräftesicherung die Personalgewinnung, -planung, -führung und -entwicklung zu gestalten,
- die geplanten Investitionen für die Unternehmensentwicklung in der Finanzplanung mit Hilfe eines Wirtschaftsplans abzuwägen,
- Verträge der ambulanten und stationären Versorgung und Gesundheitsleistungen mit verschiedenen Leistungsträgern und Kooperationspartnern zu gestalten und entsprechend den Verhandlungsergebnissen anzupassen und
- Therapieprozesse zu planen und die Effizienz zu optimieren.

4.2 Qualitätssicherung

Neben der externen Qualitätssicherung durch die DRV, wie sie ausführlich bereits in Kapitel 3.3.10 erörtert wurde, unterliegt die Gestaltung der fachlichen und organisatorischen Abläufe einer internen Qualitätssicherung. Diese dient der kontinuierlichen Problemerkennung und bewirkt eine Verbesserung und Entwicklung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen.

Die interne Qualität der medicoreha Dienstleistungen ist die Aggregation des Nutzens für Rehabilitanden, Klienten und Kunden, Leistungsträger, Kliniken und Krankenhäuser, Ärzte, Mitarbeiter und Kooperationspartner. Dieses Erfordernis ergibt sich insbesondere aus den gesetzlichen Vorgaben, den Sozialgesetzbüchern V und IX, den Forderungen nach Evidenzbasierung und Reha-Therapiestandards, wie sie in den Kapiteln 2 und 3 beschrieben wurden.

Systematische Qualitätssicherung ist Aufgabe der Unternehmensleitung. Das *Leitbild* stellt eine wichtige Orientierungsgrundlage für das Verhalten und Handeln der medicoreha-Mitarbeiter dar und fußt auf den drei Säulen Kundenorientierung, Mitarbeiterorientierung und Netzwerke und Innovationen. Damit beschreibt es auch die strategische Ausrichtung des Unternehmens.

Erfolg durch *Kundenorientierung*

Zu den Kunden der medicoreha gehören Rehabilitanden, Patienten, Schüler sowie Klienten, die im Vertrauen auf deren Kompetenz deren Leistungen in Anspruch nehmen. Unter dem Motto „Gesundheit bewegt uns“ steht das Wohl der Kunden mit ihren körperlichen Beschwerden, seelischen Befindlichkeiten, dem sozialen Umfeld und der beruflichen Situation im Mittelpunkt der Arbeit von medicoreha. Die Stabilisierung und Wiederherstellung von Leistungs- und Arbeitsfähigkeit sowie die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben bestimmen an Lebensqualität orientierte Therapieinhalte.

Durch interprofessionell kommunizierende Teams soll jeder Kunde optimal unterstützt werden. Dabei ist den Mitarbeitern wichtig, dass sie gemeinsam mit dem Kunden individuell angepasste Ziele erarbeiten. Mitarbeiter der medicoreha motivieren ihre Kunden, sich aktiv an dem eigenen Gesundungsprozess zu beteiligen und legen großen Wert auf Nachhaltigkeit. Die medicoreha steht hinter dem Konzept des bio-psycho-sozialen Modells. Demzufolge müssen Körper, Psyche, Aktivitäten und Teilhabe im persönlich-sozialen Umfeld ganzheitlich betrachtet und behandelt werden. An diesen Grundsätzen orientieren sich die Therapieangebote. Ziel ist es, dass sich Kunden der medicoreha sowohl fachlich als auch menschlich gut aufgehoben fühlen.

Erfolg durch Mitarbeiterorientierung

Die Unternehmensführung strebt danach, dass die Mitarbeiter mit ihrer Qualifikation, ihrer persönlichen Motivation und mit konstantem Engagement entscheidend den Erfolg der Einrichtungen und jeder Dienstleistung prägen. Ein respektvoller und offener Umgang sowie gegenseitige Wertschätzung sind wichtige Werte in der gemeinsamen Arbeit. Ziel der interprofessionellen Zusammenarbeit ist ein intensiver Austausch, der sich in guter Qualität der Dienstleistung niederschlägt. Für die medizinischen Versorgungsleistungen ist eine kontinuierliche Weiterbildung der Mitarbeiter unverzichtbar. Wichtige Themen, in denen die Mitarbeiter zentral stehen, sind: Personalentwicklung, Teamentwicklung, Mitarbeiterpartizipation, Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit. Die Förderung der individuellen persönlichen und fachlichen Stärken, die Einbeziehung in Entscheidungen sowie die Offenheit gegenüber neuen Ideen und Verbesserungsvorschlägen sollen zu einer hohen Identifikation mit dem Unternehmen beitragen. Auch Kritik steht die Unternehmensleitung offen gegenüber und nutzt diese zur Fehlervermeidung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität.

Die medicoreha steht für eine starke Familienorientierung und bietet zudem eine hohe Arbeitsplatzsicherheit. Ziel ist es, durch standardisierte Schulungen und Handbücher ein angenehmes Arbeitsumfeld zu schaffen, was in Leistungsfähigkeit und Motivation aller Mitarbeiter mündet. Die Unternehmensführung setzt auf ein kooperatives Verhalten und auf klare Ziele und Strukturen. Dabei will sie durch eine eindeutige, ergebnisorientierte und offene Kommunikation eine vertrauensvolle Atmosphäre schaffen, die von gegenseitigem Respekt geprägt ist.

Die Berücksichtigung unterschiedlicher Lebenssituationen von Frauen und Männern soll in der medicoreha dazu beitragen, traditionelle Geschlechterbilder zu überwinden und die freie Emanzipation jedes Einzelnen zu unterstützen. Erfolgreiche und aktive Antidiskriminierung ist für die medicoreha ein bewusster und sensibler Prozess, in dem individuelle Bedürfnisse nach Schutz, Abgrenzung und Identifikationsfindung eine wichtige Rolle spielen.

Erfolg durch Netzwerke und Innovationen

Die medicoreha steht für vernetzte Gesundheitskompetenz über die Sektorengrenzen im Gesundheitswesen hinaus. Sie versteht sich als professionelles und zuverlässiges Binde-

glied gegenüber den Vertrags- und Kooperationspartnern, den behandelnden Ärzten und Kliniken, den Leistungsträgern und Verbänden sowie den kooperierenden Unternehmen und Vereinen.

Eine zeitnahe und verlässliche Kommunikation sowie die Einbindung der relevanten Partner in den Therapieprozess und in kooperative Versorgungsformen sollen dabei wichtige Erfolgsfaktoren sein. Die medicoreha bildet professionelle Netzwerke mit ihren Partnern, nutzt diese kundenorientiert und strebt lückenlose und nachhaltige Versorgungsketten für ihre Kunden an. Das alles geschieht in Einklang mit den gesetzlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen. Die medicoreha strebt nach Innovation und Fortschritt in der Versorgung und investiert in die Entwicklung neuer Konzepte und Projekte. Neue Erkenntnisse aus der Gesundheitsforschung und aktuelle Vorgaben aus der Gesundheitspolitik werden frühzeitig in die Arbeitsschwerpunkte mit einbezogen.

Eine „Moderne Physiotherapie“ muss über eine Patientenbehandlung hinaus weitere wesentliche Qualitätsaspekte erfüllen, beispielsweise die gute Leistung der Praxisorganisation auch nach außen hin darstellen, sich um die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter bemühen, Arbeitsprozesse optimieren und mit externen Partnern kooperieren.

Die ambulanten medicoreha Fachkliniken für medizinische Rehabilitation sind im Rahmen des QMS-Reha zertifiziert und werden in allen Qualitätsdimensionen regelmäßig alle drei Jahre überprüft. QMS-Reha ist ein von der DRV B und der BAR entwickeltes Qualitätsmanagementsystem (QMS) zum Leiten und Lenken der Organisation und Abläufe in der medicoreha inklusive aller Unternehmensteile. Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2008¹⁰⁵ sind alle Bereiche der medicoreha Welsink Rehabilitation GmbH und der medicoreha Welsink Akademie GmbH. Eine extern durchgeführte Zertifizierung ist für die „Moderne Physiotherapie“ ein wichtiges Signal für eine qualitativ hochwertige Leistungserstellung und somit unerlässlich.

Für die Qualitätssicherung ist eine Festlegung von Verantwortlichkeiten essentiell. Als Qualitätsmanagement-Beauftragter (QMB) wird ein Berater und erster Ansprechpartner aller Mitarbeiter für das Qualitätsmanagement (QM) bestimmt. Seine Hauptaufgaben

¹⁰⁵ Die Abkürzung DIN steht für Deutsches Institut für Normung, EN für Europäische Norm und ISO für International Organization for Standardization.

sind die Einführung und Weiterentwicklung des QMS und seiner Instrumente sowie die Schulung der Mitarbeiter und die Durchführung und Begleitung von internen und externen Audits.

Im QM werden alle organisatorischen Maßnahmen durchgeführt, die nach den Vorgaben der DRV B und der BAR (vgl. Kapitel 3.3.10) der Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität von Dienstleistungen in den Einrichtungen der medicoreha dienen.

Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Grundlegend ist der Kontinuierliche Verbesserungsprozess (KVP), der sich am PDCA-Zyklus nach Deming (1982) und Kaizen (1992) orientiert. Das Akronym PDCA steht für Plan; Do; Check; Act. Der KVP ist ein Grundprinzip des QM und wichtiger Bestandteil der ISO 9001:2008. Durch diese Strategie soll fortwährend die Wettbewerbsfähigkeit der medicoreha in kleinen Schritten im Rahmen von Teamarbeit gestärkt werden. Für die Einhaltung und Umsetzung der festgelegten Grundsätze zur Sicherstellung der Erfüllung von Erwartungen und Anforderungen der Rehabilitanden und Leistungsträger sind alle Mitarbeiter für ihren Tätigkeitsbereich verantwortlich. Entscheidend ist, dass die Klinikleitung und Mitarbeiter das QM täglich im Arbeitsalltag umsetzen.

Elemente des PDCA-Zyklus sind:

PLAN

Ziele der Einrichtung, QM-Handbuch, Prozesslandkarte und Prozessplanung

DO

Umsetzung der Prozesse, Handeln, Dokumentation der Prozesse

CHECK

Datenanalyse, Reviews, interne Audits, Ergebnisprüfung, Managementbewertung, Identifizierung des Optimierungspotenzials

ACT

Aufdeckung des Optimierungspotentials, Umsetzung von Projekten, Qualitätsmanagementsitzungen/-besprechungen

Die Kommunikation der medicoreha-Gruppe an aktuell elf Standorten ist auf eine zentrale Steuerung ausgerichtet (vgl. Kapitel 4.1 - Zentrales Management). Durch die Anbindung der Organisationssoftware MediWorks an einen zentralen Citrix-Server ist eine Therapies-

teuerung nach internen Standards in Erfüllung der BAR-Rahmenempfehlungen und unter Berücksichtigung der aktuellen Leitlinien bzw. Therapiestandards möglich. Bestehende von den medicoreha-Ärzten entwickelte leitlinienkonforme Rahmentherapiepläne sowie fakultative Module zur Individualisierung der Therapie bilden im dafür konfigurierten Datenbankprogramm das Fundament einer gesichert hohen Versorgungsqualität. Darüber erhöhen digitale Steuerungsinstrumente die Effizienz und Wirtschaftlichkeit der medicoreha-Versorgung. Änderungen in den geplanten Abläufen und Strukturen können zentral in die Programmkonfiguration eingegeben und in der Umsetzung kontrolliert werden.

Eine kontinuierliche Verbesserung wird durch folgende Elemente erreicht:

- die Qualitätspolitik
- die Qualitätsziele
- die Auditergebnisse
- die Datenanalyse
- die Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen sowie
- durch die Managementbewertung

Ideenmanagement und Innovationen

Alle Mitarbeiter sind aufgefordert, bestehende Prozesse und Dokumente weiterzuentwickeln. In diesen Fällen nehmen Sie Kontakt zur Standortleitung auf, um ihre Idee zu dokumentieren. Die erste Dokumentation erfolgt handschriftlich anhand des bestehenden Prozesses oder Dokumentes. Im Anschluss können beide den Kontakt zum QMB aufnehmen und die vorgeschlagene Änderung des Prozesses besprechen. Im Nachgang zur Besprechung wird die angestoßene Änderung im QM-Handbuch digital dokumentiert. Der geänderte Ablauf oder das geänderte Dokument wird durch den QMB freigegeben. In diesem Schritt erhält der Prozess oder das Dokument eine neue Revisionsnummer und wird veröffentlicht. Allen Mitarbeitern steht das QM-Handbuch mit den Prozessen im Intranet zur Verfügung. Das Handbuch ist Werkzeug, Leitfaden und Arbeitsgrundlage für alle Mitarbeiter der medicoreha, sodass das Durchlesen und sich Vertraut machen mit den Verfahren, die die eigenen Aufgabenbereiche betreffen, Pflicht ist.

4.2.1 Strukturqualität

Zur qualitätsgesicherten Struktur der ganztägig ambulanten Rehabilitation sind die indikationsspezifischen Anforderungen der BAR-Rahmenempfehlungen (vgl. BAR, 2004; BAR, 2005; BAR 2016b) an die personelle Zusammensetzung und das Qualifikationsniveau des interprofessionellen Teams sowie die räumliche und apparative Ausstattung zu erfüllen. Konkret bedeutet das für die „Moderne Physiotherapie“ in der medicoreha Folgendes:

Personal

Der Personalstand wird gemäß dem von der BAR vorgegebenen Stellenschlüssel quartalsweise an die DRV B gesendet. Es erfolgt laufend ein Abgleich des Sollstellenplans mit dem tatsächlichen Personalstand. Die Ausbildung an der medicoreha Welsink Akademie, die Auswahl neuer Mitarbeiter und die Fortbildung aktueller Mitarbeiter soll eine hohe Strukturqualität der personellen Voraussetzungen langfristig sichern, wird jedoch seit dem Jahr 2016 durch einen zunehmenden Fachkräftemangel gefährdet (vgl. Kapitel 5.5).

Infrastruktur der ambulanten Fachkliniken

Zur Infrastruktur erfolgen Angaben zu den wesentlichen Räumlichkeiten, Ausstattungsmerkmalen und zur Therapieorganisation am Beispiel der Fachkliniken Neuss und Rheydt. Für die dritte Rehabilitationseinrichtung, die medicoreha in Köln, gelten die gleichen Strukturvorgaben der BAR und DRV Bund (vgl. Kapitel 3.3.10 – Strukturqualität). Zur Vermeidung von Doppelungen wird in der vorliegenden Arbeit auf eine Beschreibung der Kölner Niederlassung verzichtet.

Auf der Grundlage der notwendigen Rahmenbedingungen ergibt sich für die „Moderne Physiotherapie“ ein breites Spektrum an Umsetzungsbeispielen in räumlicher Hinsicht und für die medizinisch-technische Ausstattung, welche im Folgenden erörtert werden.

Räumliches Angebot - medicoreha Neuss

Die medicoreha Neuss nutzt ein eigens für die Rehabilitation sowie für ergänzende Leistungen aus den Bereichen Nachsorge, Prävention und Heilmittelversorgung – architektonisch anspruchsvoll gestaltetes – Gebäude. Die Gesamtfläche der medicoreha Neuss beläuft sich auf ca. 2.300 qm. Das Gebäude einschließlich der Räume auf drei Ebenen ist barrierearm für Menschen mit körperlicher Behinderung, sodass nach dem „Fuß-und-

Roll“-Prinzip alle Bewegungsflächen sowohl zu Fuß als auch mit Rollstuhl und Rollator genutzt werden können. Eine offen gestaltete Therapiefläche von rund 800 qm mit viel Tageslicht bietet im Erdgeschoss Raum für das Physiotherapeutische Aufbau- und Alltagstraining sowie für die Untersuchungs-, Behandlungs- und Beratungssituationen der Physio- und Ergotherapie. Die Therapiefläche für das PAT ist apparativ gut ausgestattet. Hierdurch wird für den Rehabilitanden die besondere Relevanz aktivierender Interventionen auf den ersten Blick hervorgehoben. Die Schulungen finden in einem mit Präsentationsmedien ausgestatteten Seminarraum (95 qm) statt. Für die Gruppentherapien können ein separater Bewegungsraum (95 qm), ein Besprechungsraum (30 qm) und eine Lehrküche mit Seminarraum (50 qm) genutzt werden. Darüber hinaus wird in einem Bewegungsbad die therapeutisch geleitete Aquatherapie in einem Becken von 8 x 4 m Größe und 1,35 m Tiefe durchgeführt.

Für den ärztlichen Leiter und die weiteren Ärzte stehen drei Sprechzimmer, für die Fachbereiche Psychologie, Pflege, Sozialberatung und Ernährungsberatung weitere Räume zur Verfügung. Mitarbeiter der Rezeption und der Reha-Service-Stelle beraten bei persönlichen Fragen der Rehabilitanden. 15 Einzeltherapieräume für Physiotherapie, physikalische Therapie und Ergotherapie und ein Notfallbehandlungsraum ergänzen das Raumangebot.

Eine Einbindung über den direkten Anschluss an das Lukaskrankenhaus Neuss sowie die angrenzenden Arztpraxen bieten verschiedene Möglichkeiten der medizinischen Diagnostik und Intervention und ergänzen bei Bedarf die rehabilitative Versorgung. Die Räume der Einrichtung sind an sieben Tagen in der Woche mit Ausnahme beschriebener Feiertage ganztägig geöffnet.

Räumliches Angebot - medicoreha Rheydt

Die medicoreha Rheydt befindet sich im medicentrum Rheydt, das mit 16 Facharztpraxen und weiteren medizinischen Dienstleistern ausgestattet ist. Im engen Austausch mit den verschiedenen medizinischen Disziplinen ist hier eine effiziente Patientenversorgung gegeben. Die ärztlichen Praxen und medizinischen Dienstleister des medicentrum sind sämtlich voneinander unabhängig und räumlich, rechtlich, personell und organisatorisch eigenständig.

Die Gesamtfläche der medicoreha Rheydt beläuft sich auf ca. 2.500 qm. Die barrierearmen Räume und behindertengerechte Toiletten sind für Rollstuhlfahrer und Gehbehinderte erreichbar. Für die Ärzte stehen vier Sprech- und Untersuchungszimmer à 12-18 qm zur Verfügung, für die Krankenpflege ein Raum mit 12 qm. Die Seminare und Gruppenschulungen finden in zwei Räumen mit einer Größe von 105 und 100 qm und in einer Lehrküche mit Seminarraum mit einer Größe von 60 qm statt. Die Therapiefläche für das PAT ist großzügig bemessen und apparativ sehr gut ausgestattet. Hierdurch wird die besondere Relevanz aktiver Maßnahmen auf den ersten Blick hervorgehoben und die Motivation zur aktiven Therapie gefördert. Eine offen gestaltete Fläche für Gerätetraining sowie für freies alltagsnahes Training und weitere physiotherapeutische und ergotherapeutische Maßnahmen bilden eine zusammenhängende Fläche von rund 680 qm. Die Klinik verfügt über ein Bewegungsbad mit einer Wasserfläche von 32 qm und einer Wassertiefe von 1,35 Meter. Zusätzlich werden jeweils Einzeltherapieräume für Leistungen der Psychologie, Physiotherapie, Ergotherapie, physikalische Therapie, Sozialberatung, Ernährungsberatung, Krankenpflege sowie Ruheräume und Aufenthaltszonen, Umkleiden, Duschen, Toiletten, Behindertentoiletten, Rezeptionen und Reha-Service-Stellen entsprechend den Vorgaben der DRV/BAR vorgehalten.

Medizinisch-technische Ausstattung der Fachkliniken Neuss und Rheydt

Für die Funktions- und Leistungsdiagnostik stehen Ruhe-EKG und Belastungs-EKG (in Einzelfällen) zur Verfügung. Bei Bedarf kann auf Verfahren der Spiroergometrie und Sonographie zurückgegriffen werden.

Ein Defibrillator und ein Notfallkoffer sind an zentraler Stelle für die Notfallversorgung platziert. Die Fachkliniken befinden sich auf dem Klinikgelände (Neuss) oder in unmittelbarer Nähe zu kooperierenden Arztpraxen (Rheydt), sodass in Notfallsituation sofort weitere spezifische medizinische Untersuchungsverfahren abrufbar sind. Eine weiterführende Diagnostik kann bei Bedarf in den kooperierenden Kliniken (Lukaskrankenhaus für Neuss und Maria Hilf Kliniken für Rheydt) durchgeführt werden.

Zur Festlegung des Ausgangsniveaus der körperlichen Leistungsfähigkeit stehen im Rahmen der Leistungsdiagnostik verschiedene gerätegestützte Testverfahren zur Testung der motorischen Fähigkeiten zur Verfügung, z. B. die Tergumed-Rückenlinie, das Isokinetische

Test- und Trainingssystem, der Biodex-Balance-Tester oder die IPN- und Laktatdiagnostik sowie isometrische Kraftmess- und Krafttrainingssysteme.

Zur apparativen Trainingsausstattung der Fachkliniken gehören moderne Fahrrad-, Oberkörper- und Laufbandergometer sowie weitere Ausdauertrainingsgeräte, Sequenztrainingsgeräte und Zugapparate. Kleingeräte erweitern die Therapieoptionen. Die apparative Ausstattung unterliegt einer Überprüfung nach dem Gesetz über Medizinprodukte, wird in einem Bestandsverzeichnis der jeweiligen Einrichtungen aufgeführt und nach Vorgaben regelmäßig gewartet und sicherheits- und messtechnisch kontrolliert. Alle neuen Mitarbeiter durchlaufen eine Einweisung in die Nutzung der Geräte.

Die räumliche und apparative Ausstattung entspricht den Strukturanforderungen der DRV (vgl. Kapitel 3.3.10 - Strukturqualität). Der „Modernen Physiotherapie“ bietet sie den baulich-räumlichen Rahmen für den interprofessionellen Austausch, die Interaktion mit den Patienten in der Gruppen- und Einzeltherapie und in Beratungsgesprächen. Sie ermöglicht auch Vorträge vor größeren Gruppen zu halten, Wasser als Therapiemedium einzusetzen oder Trainingsgeräte in großflächigen Bewegungsräumen zur Aktivierung der Patienten einzusetzen.

4.2.2 Prozessqualität

Die Vorgaben für den qualitätsgesicherten Verlauf der medizinischen Rehabilitation werden durch die medizinischen Konzepte und die Rahmentherapiepläne erfüllt. Eine patientenbezogene standardisierte Dokumentation gibt Transparenz über die Einhaltung und ggf. erforderlichen Änderungen der Rehabilitationspläne. Die einzelnen Therapieinhalte werden im Verlauf in Bezug auf die „Art, Häufigkeit, Dauer und Intensität der Maßnahmen“ (BAR, 2005, S. 31) dokumentiert.

In einer „Modernen Physiotherapie“ ist die digitale Verarbeitung und Dokumentation zahlreicher Daten, z. B. bei der standardisierten und EDV-gestützten Eingangs- und Ausgangsmessung, der externen Kommunikation mit unterschiedlichen Kostenträgern oder der internen Kommunikation zwischen den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen, unerlässlich.

Therapieorganisation

In der medicoreha erfüllt der Patient als unmittelbarer Leistungsempfänger einer Dienstleistung auch die Merkmale eines Kunden. In den meisten Fällen wird die Finanzierung der Dienstleistung über die Leistungsträger sichergestellt. In einem kleinen Teil der Fälle trägt der Klient die Kosten selbst. Über die Organisationssoftware MediWorks können die unterschiedlichen Zielgruppen nach verschiedenen Untergruppen erfasst und analysiert werden. Beispielsweise lassen sich Daten nachfolgenden Einzelkriterien und Kombinationen aus Kriterien erfassen: Alter, Geschlecht, Wohnort, Postleitzahl, behandelnder oder zuweisender Arzt, medizinische Diagnose, Kostenträger oder Zugehörigkeit zu den medicoreha-Leistungsbereichen. Die Bewertung und Interpretation der Ergebnisse gehört zu den originären Aufgaben der Geschäftsführung und fließt in strategische Überlegungen zu Auslastungsschwankungen oder zur Gestaltung neuer Leistungsangebote und -verträge mit den Kostenträgern ein.

Workflow¹⁰⁶

Ärzte und andere leitende Mitarbeiter (vgl. Kapitel 4.2 – TGL, KGL, FL) steuern und kontrollieren die Organisation und den Ablauf der verteilten Arbeitsvorgänge (Work-Flow-Management). Entsprechend den Anforderungen und Vorgaben unterschiedlicher Leistungsträger werden Leistungen von der zehn- bis zwanzigminütigen Taktung in der Heilmittelversorgung bis zur täglichen vier- bis sechstündigen medizinischen Rehabilitation terminiert. Ein wichtiges Ziel ist dabei eine 95%ige Auslastung der Therapeuten unter Vermeidung von Therapeutenwechsel und Lücken im Terminplan. Dies geschieht durch die Abbildung aller wesentlichen Arbeitsabläufe und Therapiepfade über MediWorks. Diese Software überwacht digital durch ein für sämtliche Mitarbeiter konfiguriertes ‚Workflow‘-Modul die Durchführung sämtlicher standardisierter Abläufe und Aufgaben.

Das Workflow-Modul bildet ein zentrales Bindeglied sowohl zwischen den einzelnen MediWorks-Modulen (z. B. Patienten-Stammdaten, Forum, Terminplanung, Schreibbüro, Abrechnung, Karteikarte im Heilmittelbereich bzw. Rehabilitandenmappe in der Reha), als auch zwischen den lokalen Organisationsstrukturen einer medicoreha Fachklinik. Es er-

¹⁰⁶ Beschreibung eines arbeitsteiligen, meist wiederkehrenden Geschäftsprozesses. Durch den Workflow werden die Aufgaben, Verarbeitungseinheiten sowie deren Beziehungsgeflecht innerhalb des Prozesses (z. B. Arbeitsablauf und Datenfluss) festgelegt.

möglichst beispielsweise dem Arzt Untersuchungsanforderungen oder geänderte Therapieaufträge im Netz von seinem lokalen Arbeitsplatz an die zentrale MediWorks-Planung zu senden. Laufzettel oder Leistungsanforderungen in Papierform werden weitgehend überflüssig. Die ausführenden Mitarbeiter und Abteilungen können schnell und umfangreich, patienten-, geräte-, personal- und raumbezogen über die anstehenden Aufgaben informiert werden. Durch die integrierte Quittierungsfunktion können versandte Aufgaben als angenommene und abgeschlossene Aufgaben markiert werden. Ebenso können die Anforderungen durch weitere patientenbezogene oder interventions-bezogene Informationen ergänzt werden. Somit haben die Ärzte im laufenden Rehabilitationsplan eine ständige Kontrolle über den Stand der in Auftrag gegebenen Untersuchungen und Behandlungen oder die Änderungen bzw. Absetzungen von Therapiemodulen. Gleichzeitig erfolgt durch die Anforderungserfassung und die Quittierung eine genaue Prozessanalyse und Dokumentation der anstehenden, durchgeführten bzw. abgeschlossenen Tätigkeiten. Diese Vorgaben werden zur Unterstützung der medizinischen und therapeutischen Befund- und Therapiedokumentation herangezogen.

Alle angeforderten und erbrachten Leistungen können statistisch erhoben, aufbereitet, ausgewertet und interpretiert werden. Für die Leistungsabrechnung können auf der Basis der erbrachten und quittierten Aufträge die entsprechenden Leistungs- und Abrechnungsziffern generiert werden.

Die personelle Besetzung und Auslastung wird während der Öffnungszeiten – an den Wochentagen von 07:00 bis 21:00 Uhr – in einem versetzten Zwei-Schichtbetrieb entsprechend den personalen Strukturanforderungen der DRV (vgl. Kapitel 3.3.10) und der GKV (vgl. Kapitel 3.2.1) konzeptioniert. Einsatzpläne regeln im Tages- und Wochenplan Vertretungen bei urlaubs- oder krankheitsbedingtem Ausfall, sodass auch kurzfristig die Therapie fortgesetzt werden kann. Die Abgrenzung zwischen den verschiedenen Leistungsbe-reichen erfolgt über entsprechende personelle Zuordnungen nach Qualifikation über die Praxissoftware MediWorks. Durch vorkonfigurierte Blockzeiten werden räumliche und personelle Ressourcen für die einzelnen Therapiemodule reserviert.

Für eine wirtschaftliche Leistungserbringung innerhalb der „Modernen Physiotherapie“ ist es erforderlich, dass die Therapieplanung nach zentral vorgegebenen Terminierungs-

schemata erfolgt. Die Therapierahmenplanung wird in der zentralen Arbeitsgruppe ‚Therapiecontrolling‘ entwickelt. Dabei müssen die Patientenwünsche, medizinisch-therapeutischen Aspekte und der Einsatz personaler, räumlicher und apparativer Ressourcen für die bestmögliche Organisation der Versorgung abgestimmt werden. Der Arzt kann auf Grundlage der ICD-codierten Diagnose für jeden Rehabilitanden ein Basisprofil festlegen, womit durchschnittlich 80 % der Leistungen abgedeckt werden. Diese Standardleistungen kann der Arzt nach dem individuellen Bedarf des Rehabilitanden durch die Verordnung von fakultativen (zusätzlichen) Leistungen mit einem Anteil von ca. 20 % ergänzen.

Tabelle 4-1: Organisation Therapierahmenplan (eigene Darstellung)

medicoreha Zentral	medicoreha Standorte
<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung und Abstimmung der Reha-Planung • Erstellung von Terminierungsschemata 	<ul style="list-style-type: none"> • Umsetzung durch Ressourcenplanung (u. a. Personalplanung, Raumorganisation), Tages- und Wochenplanung • Erfahrungsaustausch mit Arbeitsgruppe ‚Therapiecontrolling‘ (medicoreha zentral)

Als Parameter zur Kalkulation einer effizienten Personal- und Rahmenplanung gehen nach Vorgaben der KTL-Codes und RTS-Standards (vgl. Kapitel 3.3.10 - BQR) folgende Parameter als Kosten für die fallbezogene Leistungserbringung ein: u. a. die Art der therapeutischen Leistung (KTL-verschlüsselt), die zeitliche Dauer eines Therapiemoduls, die Häufigkeit der eingesetzten Therapiemodule, die Teilnehmerauslastung der Gruppen, die Zeiten für Teambesprechungen, Fahrdienst, Essen und weitere Gemeinkosten wie Miete, Gas, Strom, Wasser.

Für die „Moderne Physiotherapie“ ist eine kontinuierliche Prozessoptimierung des beschriebenen Workflows unentbehrlich.

Vernetzung

Durch das in der medicoreha Unternehmensgeschichte gewachsene Leistungsspektrum haben sich vertrauensvolle Beziehungen zu den lokalen und regionalen Verantwortlichen der Kostenträger entwickelt, die in einer „Modernen Physiotherapie“ unabdingbar sind. Diese werden über regelmäßige Strategiegespräche im Rahmen von Veranstaltungen und

Kongressen (z. B. Reha-Update der DRV Rheinland, Reha-Kolloquium der DRV Bund, Hauptstadtkongress) gefestigt und kontinuierlich weiterentwickelt. Durch die Teilnahme an den Qualitätssicherungsprogrammen der Kostenträger und den damit verbundenen Austausch zu den Ergebnissen wird den Interessen und Erwartungen der Kostenträger Rechnung getragen.

Die Umsatzentwicklung und -anteile der einzelnen Kostenträger unterliegen einem laufenden Monitoring und werden monatlich überprüft.

Auch zu den niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern und Krankenhausärzten unterhält die medicoreha professionelle und kontinuierliche Beziehungen.

4.2.3 Ergebnisqualität

Eine hohe Strukturqualität, eine gute Prozessorganisation und die Umsetzung leitliniengerechter Rehabilitationskonzepte gemäß den Therapiestandards der DRV B und der BAR stellen die Voraussetzungen für eine hohe Ergebnisqualität dar. In den medizinischen Einrichtungen überprüfen und dokumentieren standardisierte Zwischen- und Abschlussuntersuchungen, ob und in welchem Ausmaß das im individualisierten Rehabilitationsplan definierte Rehabilitationsziel erreicht wurde. In der Medizin, der Psychologie, Physio- und Ergotherapie werden die SMART-Kriterien (vgl. Kapitel 3.3.4.3) zur Zielformulierung für die Rehabilitanden eingesetzt. Am Ende der Rehabilitation erfolgt ein Soll-Ist-Vergleich der Therapie- und Teilhabeziele. Im Falle des Nichterreichens und bei Diskrepanzen zur Einschätzung der Zielerreichung bespricht der Arzt mit dem Patienten mögliche Gründe.

Die apparative und digitale Ausstattung ermöglicht eine Erfassung und Bewertung der Rehabilitationsverläufe und -ergebnisse. Eine zeitnahe Auswertung und ein Vergleich der Ziele der Rehabilitanden und ärztlichen Leiter mit den Erwartungen der Leistungsträger ist über die therapiebegleitende und Ergebnisdokumentation gegeben.

Während und nach der Rehabilitation bieten Rehabilitandenbefragungen in der medicoreha eine weitere Informationsquelle zur Bewertung der Qualität aus der Einschätzung des Klienten. Nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme und ggf. nach Abschluss des IRENA-Programms kann bereits abgesehen werden, ob eine zügige Wiedereingliederung in das Erwerbsleben realisiert wurde oder bevorsteht. Diese Daten können abgeglichen

werden mit dem Entlassungsstatus des Rehabilitanden, speziell mit der Bewertung seiner Arbeitsfähigkeit. Weitere Hinweise bieten die Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung der DRV, insbesondere auch im Vergleich mit Fachabteilungen anderer ganztägig ambulanter und stationärer Rehabilitationseinrichtungen (vgl. Kapitel 4.2.5 – Qualitätssicherungsberichte).

4.2.4 Kernprozesse

Wesentliche organisatorische Prozesse und Tätigkeiten in der medicoreha sind beschrieben. Nach den Anforderungen der DRV und der BAR an die Prozessqualität sind vor allem Maßnahmen des Datenschutzes, der Hygiene und des Notfallmanagements von großer Bedeutung für die Patientensicherheit und eine Fehlervermeidung (vgl. Kapitel 2.9 – Patientensicherheit).

Qualitätsrelevante Kernprozesse der Dienstleistungserbringung in der medicoreha sind entsprechend:

- *Datenschutz*
- *Hygienemanagement*
- *Notfallmanagement*
- *Beschwerdemanagement*
- *Ideenmanagement*¹⁰⁷
- Fehlermanagement
- Patienten- und Kundenzufriedenheit
- Medizintechnik/Medizinproduktebuch
- Medikamente
- Brandschutzunterweisung
- Fort- und Weiterbildung
- Dokumentenmatrix (zentrale Vorlagen wie Besprechungsprotokolle, Handbücher, u. a.)
- Einarbeitung neuer Mitarbeiter
- Interne Kommunikation

¹⁰⁷ Die kursiv gedruckten Kernprozesse werden im Folgenden beschrieben.

- Therapeutische Leistungen
- Personaleinarbeitungsprogramm
- Patientenorientierte und kundenbezogene Prozesse
- Verlaufs- und Ergebnisdokumentation
- QM-Schulungen
- Messungen und Analysen

Die Kernprozesse werden so aufeinander abgestimmt, dass sie in der täglichen Ablauforganisation möglichst geringen Koordinations- und Abstimmungsaufwand auslösen, ohne die nötigen Kontrollmechanismen zu vernachlässigen. Sie werden regelmäßig durch das medicoreha-Management in Abstimmung mit der ärztlichen und therapeutischen Leitung der Einrichtung überprüft, neuen Anforderungen angepasst und dokumentiert. Um den Prozess der stetigen Anpassung und Umsetzung der Kernprozesse sicherzustellen, werden regelmäßige Teamsitzungen auf verschiedenen hierarchischen Ebenen fest in den Ablauf eingeplant und dokumentiert. Hierzu zählen wöchentliche Treffen des Management-Teams, quartalsweise durchgeführte Besprechungen des Ärzte-Teams und der Leitungs-Teams aller Standorte, zweimal wöchentlich stattfindende interprofessionelle Patientenbesprechungen mit ärztlicher und fachlicher Leitung sowie allen Therapeuten und Mitarbeitern der Reha-Service-Stelle an den Standorten mit BAR-Zulassung.

Datenschutz

Eines der sensibelsten Themen ist die Sicherstellung datenschutzrechtlicher Vorgaben. Bei der Verwendung von persönlichen Daten, insbesondere Daten über die Gesundheit, sind die geltenden Datenschutzvorschriften einzuhalten. Hierzu hat das Unternehmen einen Beauftragten für den Datenschutz nach § 4f Abs. 1 Bundesdatenschutz (BDSG) bestellt. Unter Datensicherheit ist der Schutz der gespeicherten Daten vor Beeinträchtigung durch höhere Gewalt, menschliche oder technische Fehler und Missbrauch wie z. B. eine unzulässige Weitergabe zu verstehen. Zum Datenschutz gehört der Schutz des Einzelnen vor „Beeinträchtigung“ seines „Persönlichkeitsrechts“ (Art. 1 Abs. 1 GG; Art. 2 Abs. 1; BDSG, § 1 Abs. 1) bei dem „Umgang mit seinen „personenbezogenen Daten“ (§ 3 Abs. 1, Abs. 9 BDSG).

Im Gesundheitsbereich sind die Übermittlungen personenbezogener Daten zum Teil ge-

gesetzlich vorgeschrieben (vgl. § 30 SGB X 1; §§ 68-78 SGB V), wobei die Einwilligung der Patienten über die „Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung von Daten“ vorliegen muss (§ 4a BDSG). Um den Datenschutz sicherzustellen, wurde der Umgang mit personenbezogenen Daten in den einzelnen Abteilungen und Bereichen (z. B. Leistungsabrechnung, Praxismanagement, Finanzbuchhaltung, Personalverwaltung) untersucht und geprüft. Gemäß § 630f BGB ist die Pflicht des Therapeuten sämtliche für die Dokumentation wichtigen Umstände zeitnah in der Patientenakte/Rehabilitandenmappe zu dokumentieren gesetzlich festgelegt worden.

Das Erheben (z. B. die Befunddokumentation), Verarbeiten (z. B. die Eingabe im EDV-System) oder Nutzen personenbezogener Daten (z. B. zur Leistungsabrechnung) unterliegt einem so genannten Erlaubnisvorbehalt, d. h. es ist nur gemäß § 4 Abs.1 BDSG zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift dies erlaubt oder anordnet, oder die Einwilligung des Betroffenen vorliegt. Hierbei wurde insbesondere auf das Erheben, das Verarbeiten oder Nutzen von personenbezogenen Daten geachtet (vgl. BDSG, § 11), z. B. das Erfassen und Speichern, Verändern, Übermitteln von Daten an Kostenträger. Innerhalb der Patientenversorgung kann nachvollzogen werden, warum, von wem, wann und welche Veränderungen der Daten vorgenommen wurde, unabhängig von der Nutzung elektronischer Systeme oder den Eintragungen in Formulare der Patientenakte/Rehabilitandenmappe.

Die Datenschutzordnung der medicoreha, in der alle erforderlichen technischen, organisatorischen und personellen Maßnahmen zur Sicherstellung von Datenschutz und Datensicherheit aufgeführt sind, enthält im Einzelnen:

- Technische und organisatorische Maßnahmen der Datensicherung nach § 9 BDSG,
- eine Übersicht über die geltenden Rechtsvorschriften, Gesetze und Verordnungen (Merkblatt zur Verpflichtungserklärung und Gesetzesauszüge),
- eine interne und externe Verfahrensübersicht,
- eine Datenschutzrichtlinie für Rechner (Hard- und Software, Schnittstellen) einschließlich transportabler Geräte mit Speicherfunktionen (z. B. Laptop, Notebook, Smartphone, USB-Stick, externe tragbare Festplatten),

- die Nutzung der Telekommunikationsanlage und Faxgeräte einschließlich Postbearbeitung, -weiterleitung und -versand,
- die Internet- bzw. E-Mail-Nutzung im Unternehmen im Hinblick auf Trennung geschäftlich/privat,
- Archivierungsgrundsätze,
- Übersichten zu regelmäßigen Mitarbeiterschulungen, insbesondere:
 - Verpflichtungserklärung zur Wahrung des Daten- bzw. Sozialgeheimnis und/oder der Schweigepflicht, Datenschutzmerkbblätter, eine Beurteilung der Zulässigkeit der Datenerhebung und -verarbeitung bei Patientendaten,
 - Datenschutzrichtlinien und Verträge mit Fremdeinrichtungen, insbesondere mit Dienstleistern für Hard- und Softwarewartung oder Datenträgerver-nichtung,
- Zugangskontrolle und Zugriffskontrolle:
 - Über die Zugriffskontrolle wird den berechtigten Mitarbeitern bestimmte Rechte zum Zugriff auf Daten, mobile Applikationen, Geräte und Schnittstellen zugewiesen. Hierdurch soll verhindert werden, dass Unberechtigte Patientendaten lesen, kopieren, verändern, löschen oder Datenträger ent-fernen können.

Notfallmanagement

Unter dem Aspekt Patientensicherheit in der Patientenversorgung (vgl. Kapitel 2.9) regelt das Qualitätsmanagementsystem die Organisation bei Notfällen, welches am Beispiel der medicoreha Neuss beschrieben wird. Das Team der Reha-Ärzte gewährleistet in kritischen Situationen eine sofortige Notfallversorgung der Patienten. Die Notfallausrüstung besteht aus einem Defibrillator (Life-Pack) und dem Notfallkoffer mit entsprechender Medikation. Ein Notfallraum steht zur Verfügung. Es besteht ein einrichtungsinterner Notfallablaufplan mit schematischer Darstellung, in den alle Mitarbeiter eingewiesen und in dem sie regelmäßig geschult werden.

Durch die direkte räumliche Anbindung an das Lukaskrankenhaus Neuss ist ergänzend die Unterstützung durch weitere Ärzte, wie z. B. kardiologisch spezialisierte Internisten, das Anästhesistenteam sowie die Intensivstation des Lukaskrankenhauses, sichergestellt. Zur Einleitung der Abläufe sind die technischen Voraussetzungen einerseits durch eine Not-

rufanlage in den Räumen geschaffen, die durch Knopfdruck ein Notsignal an der ständig besetzten und zentral gelegenen Rezeption hervorruft. Darüber hinaus ist eine interne Notfallnummer geschaltet, die ein mobiles Notfalltelefon anspricht, welches ausschließlich für Notfälle reserviert ist. Von hier aus wird die nächste ärztliche Versorgung nachfolgender Priorisierung angefordert:

1. Ärztliches Team der medicoreha Neuss (während der Rehabilitationszeiten anwesend) und ggf. (bei lebensbedrohlichen Notfällen) Auslösen des „Herzalarms“, wodurch innerhalb weniger Minuten das Notfallteam des Lukaskrankenhauses Neuss die medicoreha erreicht.
2. Außerhalb der Rehabilitationszeiten: Bei leichteren, nicht lebensbedrohlichen Notfällen: Vorstellung des Patienten in der Ambulanz des Lukaskrankenhauses. Bei lebensbedrohlichen, schweren Notfällen sofortiges Auslösen des „Herzalarms“ mit dem unter 1. geschilderten Ablauf.

Parallel wird die Notfallausrüstung geholt oder bei leichten Notfällen der Patient in den Notfallraum gebracht. Die Notfallkette der medicoreha Neuss ist an allen markanten Punkten der Einrichtung gut sichtbar ausgehängt.

Zweimal im Jahr finden die Notfallfortbildungen und -übungen (Mega-Code-Team-Training¹⁰⁸) unter Einsatz des Defibrillators und standardisierten Schulungen für die Mitarbeiter statt, die in der lebensbedrohlichen Notfallsituation einen reibungslosen und sicheren Ablauf ermöglichen, Verantwortlichkeiten für die Notfallsituation festlegen und so im Ernstfall wertvolle Zeit sparen. Die standardisierten Abläufe der kardio-pulmonalen Reanimation werden im Rahmen der Fortbildungen thematisiert und erprobt. Diese Fortbildungen werden entweder durch den leitenden Arzt der medicoreha Neuss oder durch ein qualifiziertes externes Ärzteteam des Lukaskrankenhauses gestaltet. Neue Mitarbeiter werden in die „Notfallkette“ eingeführt und über die Wichtigkeit ihrer Einhaltung informiert.

Tritt ein Notfallereignis ein, so wird dieses ausführlich auf einem Dokumentationsbogen festgehalten. Anhand dieser Notfall-Dokumentation und der Patientenakte erfolgt dann eine Reflexion im Rahmen der Teambesprechung. Positive und negative Punkte des Not-

¹⁰⁸ Das Mega-Code-Team-Training ist eine maßgeblich von der American Heart Association entwickelte anerkannte Lehrmethode im klinischen und präklinischen Notfalldienst.

falleinsatzes werden festgehalten und etwaige Defizite in internen Fortbildungen unmittelbar im Anschluss an das Ereignis besprochen und nachgeschult.

Für die „Moderne Physiotherapie“ bildet ein standardisierter Organisations- und Ablaufplan eine elementare Voraussetzung für ein schnelles und strukturiertes Vorgehen im Notfall. Ohne entsprechende Erfahrung durch regelmäßige Notfallschulungen (z. B. bei Bewusstlosigkeit, Kreislaufstillstand, Herzinfarkt oder Schlaganfall) können sich auch Physiotherapeuten als Ersthelfer überfordert fühlen.

Hygienemanagement

Hygiene ist für eine ambulante Fachklinik zwingend notwendig. Ziel des Hygienemanagements ist die Prävention vor Infektionen für Patienten, Kunden und Mitarbeiter. In einem Handbuch für Hygiene und Sicherheit und einem Infektionsschutz-Handbuch sind die Regelungen für verschiedene Maßnahmen zusammengestellt und beschrieben. Alle Mitarbeiter werden in die Vorschriften schriftlich und mündlich eingewiesen und anschließend regelmäßig geschult. Mit dem Reinigungsdienst sind entsprechende vertragliche Vereinbarungen getroffen, deren Umsetzung regelmäßig überprüft werden.

Der ärztliche Leiter der Einrichtung trägt die Verantwortung für die Sicherung der hygienischen Erfordernisse. Im Einzelnen sind Regelungen für folgende Themen getroffen:

- Standardhygiene
- Berufskleidung, Wäsche
- Handdesinfektion
- Einsatz von Schutzkleidung, z. B. Einmalhandschuhe, Mundschutz
- Abfallentsorgung
- Verhalten bei invasiven Maßnahmen
- Wundversorgung, Verbandswechsel
- Umgang mit Medikamenten
- Infektionsschutz
- Umgang mit Ausscheidungen
- Reinigung und Desinfektion von Flächen (z. B. Therapie- und Trainingsgeräte, Mobiliar, Böden, Wände)

- Reinigung und Desinfektion von Sanitäreinrichtungen, Abfallbehältern
- Hygiene im Bewegungsbad durch regelmäßige interne und externe Kontrollen
- Hygienische Prüfungen

Innerhalb des Hygienemanagements ist für jede medizinische Einrichtung ein Hygieneplan erstellt worden, der durch einen Hygienebeauftragten innerhalb der Unternehmensgruppe überprüft wird. Der Hygienebeauftragte ist auch zuständig für die Durchführung regelmäßiger Hygieneschulungen für die Mitarbeiter (mindestens einmal jährlich), welche protokolliert werden. In den einzelnen Standorten sind alle Mitarbeiter dafür verantwortlich die Vorgaben und Standards des Hygieneplans einzuhalten. An den relevanten Stellen, wie z. B. bei der Handhygiene in den sanitären Anlagen, sind aktuelle Hygienepläne ausgehängt.

In der „Modernen Physiotherapie“ sollte die Hygiene einen besonders hohen Stellenwert haben, nicht nur, weil sie als Grundlage jeder Patientenversorgung Infektionen vermeidet, sondern auch von Patienten hinsichtlich ihrer wahrgenommenen Qualität leichter zu beurteilen ist, als beispielsweise die Fachkompetenz des behandelnden Therapeuten.

Beschwerdemanagement

Nur der Patient selbst durchläuft den gesamten Behandlungspfad und kann auf mögliche Fehler hinweisen. Bei einer Beschwerde handelt es sich um eine (fern-)mündliche, schriftliche oder persönliche Äußerung vor Ort, in der Kunden oder Mitarbeiter ihre Unzufriedenheit gegenüber der Einrichtung, der Sicherheit, den Abläufen oder dem Verhalten einzelner Personen anbringen und dabei wertvolle Hinweise und teilweise auch Verbesserungsvorschläge vorbringen. Die Mitarbeiter erhalten seit der Installierung des Beschwerdemanagements Hilfestellungen zum Verhalten und zum Umgang mit Beschwerden. Alle Beschwerdefälle werden nach einer Checkliste¹⁰⁹ über ein Beschwerdeformular dokumentiert und an das zentrale Beschwerdemanagement weitergeleitet. Die Bearbeitung erfolgt innerhalb von 48 Stunden inklusive einer Rückmeldung an den Kunden. Alle Beschwerdefälle werden auf ihr Verbesserungspotential bzgl. des internen QMS hin analy-

¹⁰⁹ -> Vor Ort: Beschwerdegrund, wahrscheinliche Ursache, vorgeschlagene Maßnahme.
-> Zentrales Management: Entscheidung der durchgeführten Maßnahme.

siert und damit dem KVP zugeführt. Das Beschwerde-management analysiert die Häufigkeiten der aufgetretenen Beschwerdefälle hinsichtlich der verschiedenen Standorte, Bereiche und ggf. Personen und erarbeitet Vorschläge, um Abläufe speziell bei häufiger auftretenden Beschwerden zu optimieren.

Ideenmanagement

Das Gesundheitswesen mit seinen Innovationen (vgl. Kapitel 2.7 – Medizinisch technologischer Fortschritt) hat eine hohe Relevanz für die Versorgungsqualität und die sozioökonomische und wirtschaftliche Entwicklung der Region. Unternehmen, die sich immer wieder neu erfinden (vgl. Heimburg, 2009, S. 247) und frische Ideen in ihre Abläufe und damit in die tägliche Arbeit integrieren, können langfristig auf dem Markt bestehen und bleiben zukunftsfähig. Medicoreha-Mitarbeiter haben die Möglichkeit, ihre Ideen auf dem Formular ‚Ideen-Management‘ schriftlich festzuhalten und somit aktiv an der Gestaltung des Unternehmens teilzuhaben. Jede Idee wird durch einen Vertreter der Geschäftsführung systematisch auf Umsetzbarkeit geprüft. Die Mitarbeiter verfügen über ein Expertenwissen in ihrem Bereich, das der medicoreha wertvolle Dienste leisten kann. Zielsetzung des QMS ist, überflüssige Bürokratie abzubauen, Abläufe einfacher zu gestalten, dadurch Fehler zu vermeiden und Kosten zu sparen.

4.2.5 DRV-Qualitätssicherungsberichte

Wie bereits in Kapitel 3.3.10 beschrieben unterliegen Leistungserbringer der medizinischen Rehabilitation nach § 20 SGB IX den Regelungen zur Qualitätssicherung. Die BAR legt hierbei die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement fest. Die medicoreha Welsink Rehabilitation GmbH erhält von der DRV jährlich *Qualitätssicherungsberichte* mit den Ergebnissen der Rehabilitandenbefragung und Rückmeldungen zu ihrer Dokumentationsqualität in Bezug auf die Einhaltung definierter Reha-Therapiestandards in den evidenzbasierten Therapiemodulen (vgl. BAR, 2012, S. 9). Auf Basis einer Qualitätspunktebewertung (vgl. Kapitel 3.3.10) erfolgt ein Vergleich zu anderen vergleichbaren ambulanten Reha-Einrichtungen (vgl. BAR, 2012, S. 9-10). Als Beispiel für einen Bericht der DRV zur Qualitätssicherung der Strukturqualität in der medicoreha Welsink Rehabilitation GmbH am Standort Neuss ist für den Fachbereich Orthopä-

die/muskuloskeletale Rehabilitation die zusammenfassende Darstellung von insgesamt 120 erfassten Merkmalen als Ergebnis für das Jahr 2014 als Anhang X beigelegt.

Zur Verbesserung des Reha-Prozesses und des Reha-Erfolgs finden, für den Fall von signifikant negativen Resultaten im Vergleich zu externen Fachabteilungen, die Abweichungen und daraus resultierenden Empfehlungen Eingang in das medicoreha-interne Qualitätsmanagement mit dem Ziel der Optimierung bis zur nächsten Datenerhebung durch die DRV.

Ein weiteres Beispiel für die externe Qualitätssicherung ist die Auswertung der Rehabilitandenbefragung zur Zufriedenheit mit der Rehabilitation und zum Behandlungserfolg aus Sicht des Rehabilitanden, welche von der DRV von August 2014 bis Juli 2015 im Anschluss an die orthopädische/muskuloskeletale Rehabilitation in der medicoreha Neuss erhoben und ausgewertet wurde (siehe Anhang XI DRV – QS-Bericht Rehabilitandenbefragung).

4.3 Fachkliniken für ambulante medizinische Rehabilitation

Firmenentwicklung

Bezugnehmend auf die Kapitel 2.1 und 2.9 werden wesentlichen Entwicklungsschritte von der lokalen Krankengymnastikpraxis bis zum regional vernetzten und komplexen Gesundheitsdienstleister im historischen Kontext vorangestellt.

Die Entwicklung des Unternehmens der medicoreha-Gruppe beginnt am 1. April 1986 in einer Krankengymnastikpraxis in Dormagen. Behandlungsschwerpunkte sind die Krankengymnastik in der Pädiatrie und die Behandlung von Schäden oder Verletzungen des Stütz- und Bewegungsapparates. Dem wachsenden Bedarf entsprechend werden die ersten Krankengymnastinnen eingestellt und im Jahr 1989 das ‚Trainings- und Gesundheitszentrum Dormagen‘ mit größeren Räumen im Stadtzentrum bezogen; insbesondere werden ein separater Gymnastikraum für Gruppen und ein mit Seilzugapparaten ausgestatteter Trainingsraum benötigt.

Seit 1991 wird in der medicoreha die ‚Frühfunktionelle Komplextherapie‘ nach dem biomedizinischen Modell (vgl. Tab. 3.1) im Rahmen der berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG) als sogenannte ‚Besonders indizierte

Therapie (BiTh)‘ für Hochleistungssportler durchgeführt (vgl. Kapitel 3.3). Die Leistungen beinhalten bereits eine multimodale Therapie aus Krankengymnastik, medizinischer Trainingstherapie und Anwendungen der Physikalischen Therapie. Die BiTh erweist sich für die medicoreha als wichtiger Meilenstein zur Steuerung der Physiotherapie. Zentral steht die Erfassung der körperlichen Leistungsfähigkeit und eine nach der Wundheilungsphysiologie dosiert abgestimmte Therapie. Gemeinsam mit einem Therapiezentrum in Mannheim wird 1992 die Arbeitsgemeinschaft ‚Medizinisches Aufbautraining (AG MAT) im ZVK gegründet. Berufspolitisches Ziel ist die Öffnung des Verbandes und seiner Mitglieder für die Potentiale der Trainingswissenschaft in der Therapie mit dem Ergebnis der Zulassung der ‚Gerätegestützten Krankengymnastik‘ (KGG) als eigenständige und abrechenbare Leistung in den Heilmittelkatalog im Jahr 2001.

1993 tritt das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) u. a. mit der Förderung des ambulanten Operierens nach § 115b SGB V in Kraft, um mehr Wettbewerb im Gesundheitssystem und damit Veränderungsdruck in einem nach Sektoren abgeschotteten Gesundheitswesen zu ermöglichen. Ambulante Operationen und stationsersetzende Eingriffe ermöglichen eine frühere und kostengünstigere ambulante physiotherapeutische Nachbehandlung. Im gleichen Jahr eröffnet die medicoreha ihr erstes ambulantes Therapiezentrum in Neuss.

An den Standorten in Dormagen und Neuss beginnt die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den steuernden niedergelassenen Haus- und Fachärzten und dem aus Physiotherapeuten, Masseuren und Sportwissenschaftlern gebildeten medicoreha-Team. Die komplexe ambulante Therapieform der BiTh wird von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V. (DGUV) (vgl. Kapitel 3.3.4) ab 1994 in die ‚Erweiterte ambulante Physiotherapie‘ (EAP) umbenannt, welche nun von allen Berufsgenossenschaften (BG) finanziert wird. Kurze Zeit später übernehmen auch private und gesetzliche Krankenversicherungen die Kosten, weil die Vorteile der Therapieausrichtung nach den Anforderungen im Leben¹¹⁰ und die Wiederherstellung der Alltags- und Arbeitsfähigkeit nach diesem Modell für die Kostenträger erkennbar sind.

¹¹⁰ Entsprechend dem Anforderungsprofil einer Sportart.

Im Jahr 1996 zieht die medicoreha Neuss in das neu gebaute Therapiezentrum auf dem Gelände des Lukaskrankenhauses. Im gleichen Gebäude startet parallel die staatlich anerkannte Fachschule für Physiotherapie mit 26 Schülern im ersten Ausbildungslehrgang. Die medicoreha unterstützt als Kooperationspartner mit physiotherapeutischer Dienstleistung die Versorgung der stationär aufgenommenen Patienten des Lukaskrankenhauses. Erste Ansätze einer intersektoralen Versorgungskette werden erprobt.

Im Vergleich zu vorwiegend isoliert angewendeten Einzelverordnungen der Heilmittel Physiotherapie, Massage oder Elektrotherapie erweist sich die interprofessionell abgestimmte, multimodale EAP als Erfolgsmodell zur Wiederherstellung der Berufsfähigkeit.

Mit dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) hat der Gesetzgeber auf Basis des § 40 SGB V ab dem Jahr 2000 die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (vgl. Kapitel 3.3) als Pflichtleistung aufgenommen. Bei dieser Neuregelung wird die EAP aus dem Leistungskatalog der GKV'en gestrichen¹¹¹.

Während die Rehabilitation in Deutschland noch nahezu ausschließlich stationär durchgeführt wird, beginnt noch vor der GKV-Strukturreform 2000 die medicoreha mit der Planung ambulanter rehabilitativer Versorgungsformen nach den Vorgaben der DRV und der BAR. Ab 1997 nimmt die medicoreha an einem Modellprojekt zur Erprobung von Konzepten der muskuloskelettalen Rehabilitation nach dem bio-psycho-sozialen Modell in einer Kooperation mit der DRV Rheinland teil, welche ab 2001 als regionale Regelversorgung am Standort Neuss umgesetzt wird.

Kurz vor der Einführung des DRG-Systems im Januar 2003 zur Vergütung von Krankenhausleistungen mit dem Ziel der Ausgabenbeschränkung schließen die Krankenhäuser der Maria Hilf GmbH Mönchengladbach mit der medicoreha im Jahr 2002 einen ergänzenden Versorgungsvertrag zur Sicherstellung physiotherapeutischer und ergotherapeutischer Behandlungen der stationären Patienten ab. Noch im gleichen Jahr wird der Vertrag durch ambulante Heilmittelleistungen in Praxisräumen der Krankenhäuser ergänzt. Hiermit beginnt die Vernetzung der medicoreha im Einzugsbereich von Mönchengladbach. Im

¹¹¹ Bedingt durch die Kostenträgervielfalt (Krankenkassen, Rentenversicherung, Unfallversicherung) bei gleichzeitig zunehmendem Wettbewerbsdruck infolge der Kostendämpfung.

gleichen Jahr startet in der medicoreha Akademie der erste Ausbildungsgang Ergotherapie.

Im August 2005 gründet die medicoreha mit dem Partner Borussia Mönchengladbach als Joint Venture das Therapiezentrum für Sportrehabilitation im Borussiapark. Einen Therapie-schwerpunkt bilden die Integrierten Versorgungsverträge, beispielsweise das IV-Modell Traumatologie nach Unfällen – abgeschlossen mit der AOK und BARMER. Die Versorgung mit IV-Modellen, wie auch das Integrierte Versorgungsmodell Rücken (vgl. Kapitel 4.3.5) wird fortan an den Standorten Dormagen, Neuss und Borussiapark ausgebaut. Seit 2005 werden darüber hinaus an diesen Niederlassungen Bundeskaderathleten in Kooperation mit dem Olympiastützpunkten Rheinland, Westfalen und Rhein-Ruhr versorgt.

Zur Steuerung der Organisation und internen Kommunikation wird ab 2006 eine zentrale Managementstruktur (vgl. Kapitel 4.1) zur Weiterentwicklung der medicoreha aufgebaut.

2006 zieht die medicoreha als Gesundheitsdienstleister in das neugebaute Facharztzentrum (medicentrum) Mönchengladbach-Rheydt. Die medicoreha bietet den Patienten und Kunden in einem Netzwerk aus Hausärzten und spezialisierten Fachärzten, den Krankenhäusern und Kostenträgern innerhalb wie außerhalb des medicentrums abgestimmte ambulante Behandlungen. Ab 2007 erfolgt auch am Standort Rheydt die Zulassung für die muskuloskelettale Rehabilitation.

2010 wird im medcampus Hohenlind in unmittelbare Nähe und Partnerschaft zum St. Elisabeth-Krankenhaus die dritte nach DRV- und BAR-Kriterien zugelassene Einrichtung eröffnet. Die medicoreha implementiert standortübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung zur Erreichung der geforderten Standards der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität an allen Niederlassungen (Dormagen, Neuss, Lukaskrankenhaus und den Maria-Hilf-Krankenhäusern, Rheydt, Borussiapark, Köln).

In Essen Kettwig nimmt die medicoreha Akademie im Herbst 2010 in Kooperation mit der MediClin Fachklinik Rhein/Ruhr ihr zweites Ausbildungszentrum in Betrieb. Ab 2013 startet für Schüler aus Neuss und Essen der ausbildungsintegrierte und interdisziplinäre Studiengang ‚Angewandte Therapiewissenschaften‘ in Kooperation mit der Fachhochschule Niederrhein (vgl. Kapitel 4.3.7).

Heute bietet die medicoreha, neben der ambulanten Rehabilitation bei muskuloskelettalen Erkrankungen an allen drei Fachkliniken, darüber hinaus die ambulante Rehabilitation bei onkologischen Erkrankungen in Neuss und die ambulante Rehabilitation bei psychosomatischen und psychischen Erkrankungen in Köln und Rheydt für den regionalen Markt an.

In einem veränderten Umfeld der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen, epidemiologischen Entwicklungen, neuer Technologien und der beginnenden Akademisierung ist die medicoreha heute weit mehr als eine Physiotherapiepraxis. Sie ist ein komplexer interprofessioneller Dienstleister mit dem Konzept der „Modernen Physiotherapie“ als hochwertigen Markenkern und wichtigen Teil der regionalen gesundheitlichen Versorgung.

medicoreha Fachkliniken

Die medicoreha erbringt in ihren Fachkliniken für medizinische Rehabilitation in Neuss, Rheydt und Köln ganztätig ambulante Rehabilitationsleistungen. Die Belegung mit Rehabilitanden erfolgt vorwiegend durch die Deutsche Rentenversicherung Bund und Rheinland und die Gesetzliche Krankenversicherung. Die strukturellen Voraussetzungen der medicoreha sind an den BAR-Rahmenempfehlungen und den Vorgaben der Leistungsträger orientiert.

Die folgende Aufstellung fasst das gesamte Spektrum der Leistungsbereiche in der medicoreha zusammen:

- Ambulante Muskuloskelettale Rehabilitation
- Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation
- Ambulante Onkologische Rehabilitation
- Ambulante Psychische und psychosomatische Rehabilitation
- Ambulante Rehabilitation Traumatologie
- Integrierte Versorgung Rücken
- Integrierte Versorgung Sportmedizin
- Erweiterte Ambulante Physiotherapie
- Heilmittel Physiotherapie
- Heilmittel Ergotherapie

- Intensivierte Rehabilitationsnachsorge Orthopädie
- Berufsorientierte Rehabilitationsnachsorge
- Intensivierte Rehabilitationsnachsorge Psychosomatik
- Rehabilitationssport
- Physiotherapeutisches Aufbautraining
- Leistungsdiagnostik und Gesundheitschecks
- Präventionskurse
- Physiotherapeutisches Personal Coaching
- Stationäre Therapie
- Ausbildung
- Fort- und Weiterbildung
- Olympiastützpunkt
- Betriebliches Gesundheitsmanagement
- Sportphysiotherapie

Eine ausführliche Darstellung sämtlicher medicoreha-Versorgungsleistungen würde die Überschaubarkeit dieser Arbeit stark beeinträchtigen. Stattdessen sollen ausgewählte Leistungen der kurativen, rehabilitativen und präventiven Dienstleistungen, die den Kern einer „Modernen Physiotherapie am besten verdeutlichen können, vertiefend nach unterschiedlichen Perspektiven und Schwerpunkten thematisiert werden.

In den medicoreha Fachkliniken arbeiten unterschiedliche Berufe aus der Medizin, der Psychologie, der Pflege, der Ergotherapie, Sportwissenschaft und Physiotherapie. Alle sind an den Therapieergebnissen beteiligt. Das treibende Kernelement der medicoreha bildet jedoch seit Gründung des Unternehmens das ‚Physiotherapeutische Aufbautraining‘ (PAT), welches in Kapitel 4.3.1 den anderen Leistungen vorangestellt werden soll.

Dieses Element ist gleichsam auch der zentrale Baustein einer „Modernen Physiotherapie“ – so wie es auch schon zur klassischen Krankengymnastik gehörte, dort aber eher noch als „add on“.

4.3.1 Physiotherapeutisches Aufbautraining

Das Physiotherapeutische Aufbautraining (PAT) begleitet die medicoreha von der ersten Stunde an und bildet als aktivierend-motivierende Therapieform einen besonderen Schwerpunkt. PAT ist definiert als die angewandte und indikationsspezifische Trainingswissenschaft zur Erhaltung und Steigerung der physisch-psychischen Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit durch systematische und individuell dosierte Trainingsreize in einer patientenzentrierten Untersuchungs-, Behandlungs- und Beratungssituation.

Die Technik zum Teil chipgesteuerter Trainingsgeräte wird dort als apparatives Hilfsmittel eingesetzt, wo die Ressourcen manueller Fertigkeiten des Therapeuten begrenzt sind, objektive Messungen protokolliert werden sollen, die die therapeutische Arbeitsgrundlage bilden. Ein PAT ist medizinisch indiziert, wenn Schädigungen oder Einschränkungen der Körperstrukturen und -funktionen zur Beeinträchtigung von Aktivitäten und der gesellschaftlichen Teilhabe führen. PAT integriert die berufliche Handlungskompetenz von Physiotherapeuten mit der apparativen Ausstattung der medicoreha-Einrichtungen.

Das PAT ist Bestandteil der therapeutischen Leistungen zu Lasten der Sozialversicherungsträger. Ebenso wird es als medizinisch-therapeutisches Gesundheitstraining für Selbstzahler im Rahmen der Prävention und Gesundheitsförderung angeboten.

Therapie- und Teilhabeziele

Unter dem Leitmotiv ‚*Bewegung*‘ zielt das Physiotherapeutische Aufbautraining darauf ab, Menschen Aktivität und Betätigung zu ermöglichen. Menschen in der Rehabilitation erleben die Krankheit als aktive Entwicklungsaufgabe, aus der sie neue Kräfte schöpfen können, statt ihr ausgeliefert zu sein (vgl. Maio, 2015, vgl. Kapitel 3.5.2 – Empowerment). Die Therapie- und Teilhabeziele werden aus der physiotherapeutischen Befundung unter Einbeziehung des subjektiven Krankheitsverständnisses und den individuellen Leistungsvoraussetzungen des Klienten abgeleitet. Ziele dienen der Wiederherstellung, dem Erhalt oder dem Aufbau der Leistung des Patienten entsprechend der Lebenssituation der Person in seinem Alltag, Beruf oder in der Freizeit. Unter Beachtung der SMART-Methode (vgl. Kapitel 3.3.4.3 – Zielvereinbarung) werden in Abstimmung mit dem Patienten die Rehabilitationsziele nach den Komponenten der ICF (Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Teilhabe) und den Kontextfaktoren formuliert.

Trainingsinhalte

Die Trainingsinhalte sind als konkrete Übungen oder Bewegungsaufgaben nach den Aktivitäten zur Wiedergewinnung oder Erhaltung von Alltagskompetenz ausgerichtet. Für ein selbstbestimmtes und selbstständiges Leben entsprechend der realen Lebenswelt bilden sowohl basale, als auch komplexe Alltagsaktivitäten eine wesentliche Voraussetzung für autonomes Handeln.

Unter dem Konstrukt ‚*Alltagskompetenz*‘ „wird die Fähigkeit verstanden, dass ein Erwachsener die alltäglichen Aufgaben innerhalb seiner Kultur selbständig und unabhängig in einer eigenverantwortlichen Weise erfüllen kann“ (MDK, 2016).

- Beispiele für basale und automatisierte Alltagsaktivitäten sind: von einem Stuhl aufstehen, sich vor einem Stuhl stehend hinsetzen, Gehen, Treppen steigen oder Fahrrad fahren. Solche Aktivitäten verlaufen zum großen Teil ohne bewusste Kontrolle als gespeicherte Bewegungsprogramme.
- Komplexe Alltagsaktivitäten erfordern hingegen neben der sensorisch und motorisch gesteuerten basalen Alltagsaktivität zusätzlich und vermehrt eine kognitive (Handlungsplanung) und psychische Beteiligung (Motivation, Wille, Kontrollüberzeugungen) zur Erfüllung der situativen Anforderungen. Umweltbedingungen sowie emotionale und soziokulturelle Einflüsse spielen bei komplexen Alltagsaktivitäten eine wichtigere Rolle als bei den basalen Alltagsaktivitäten. Beispiele zur Verdeutlichung komplexer Alltagsaktivitäten sind ‚Mahlzeiten vorbereiten‘ (ICF-d630), Einkaufen (ICF-d6200), größere Strecken außerhalb der Wohnung gehen‘ (ICF-d450).

Sowohl basale als auch komplexe Arten von Alltagskompetenz können mit zunehmendem Alter oder als Folge von Unfällen, chronischen Erkrankungen oder Behinderungen sensorisch, motorisch, kognitiv und emotional beeinträchtigt sein. Sie bilden Grundkomponenten der Wiederherstellung von Aktivitäten und Teilhabe in der „Modernen Physiotherapie“.

PAT Trainingssteuerung

Die systematische Belastungsdosierung der Bewegungsinterventionen erfolgt entsprechend den trainingswissenschaftlichen Vorgaben nach den Trainingsinhalten, der Train-

ingsintensität, der Trainingsdauer, dem Trainingsumfang, der Trainingsfrequenz und der Trainingsdichte (siehe Kapitel 2.2.1 – Belastungsdosierung/Belastungsnormative).

Weitere wichtige Bewegungsvorgaben zur Belastungsanalyse und -steuerung sind:

- die Ausgangsstellung (Positionierung) inklusive der persönlichen Einstellung der Sequenztrainingsgeräte und Zugapparate entsprechend den anthropometrischen Maßen,
- eine Bewegungsanweisung oder -beschreibung zur Bewegungsdurchführung (Bewegungskontrolle),
- ggf. ein Vermerk über die Nutzung von Zusatzmaterialien.

Generell sollen Menschen durch ein aktivierendes Training in ihrer Gesundheitskompetenz (vgl. Kapitel 2.8.2) gestärkt werden, hier dem grundlegenden Wissen, der Wahrnehmung und Erfahrung, welchen Einfluss gezielte und dosierte Bewegung (Training) auf die Gesundheit hat.

Beispielsweise trägt der Patient auf einer modifizierten Borg-Skala (vgl. Borg, 1962) an jedem Trainingstag sein Anstrengungsempfinden in den Trainingsplan (vgl. Anhang XII – medicoreha - Trainingsplan Chronisches WS-Syndrom) ein, sodass die Daten im Therapieverlauf zusammen mit dem Therapeuten verglichen und Veränderungen im Verlauf des Trainings erfasst, analysiert und interpretiert werden können. Bei Bedarf kann der Klient für jeden Tag sein Schmerzempfinden über eine Numerische Ratingskala im Trainingsplan protokollieren. Der Therapeut lenkt in seiner Kommunikation die Aufmerksamkeit des Klienten jedoch nicht auf den Schmerz, sondern auf die bewusste Bewegungsfunktion und -kontrolle der jeweiligen Aktivität. Anhand der Trainingsdokumentation im Trainingsplan erhält der Patient eine Rückmeldung über die im Behandlungsverlauf erzielten Ergebnisse. Bei gutem Verlauf tragen die Wahrnehmung des Erfolgs (z. B. Steigerung der Belastbarkeit, Abnahme von Schmerz oder dem Grad der Behinderung) und die internale Kontrollüberzeugung, diese Ergebnisverbesserungen selbst als Konsequenz seines eigenen Verhaltens herbeigeführt zu haben (vgl. Levenson, 1972, pp. 261-262; Wallston & Wallston, pp. 107-117), zur Motivation der Patienten bei.

PAT-Trainingsplan

Ein Trainingsplan dokumentiert die Bewegungsinterventionen des PAT nach dosierten Belastungsbedingungen und ist beispielhaft in Anhang XII dargestellt. Eine klientenzentrierte Untersuchungs-, Behandlungs- und Beratungssituation bezieht die subjektiven Beschwerden und Wünsche der Patienten in die Trainingsplanung mit ein. Neben der Wahl der Übungsaktivitäten kann der Patient über die Numerischen Rating-Skalen die Dosierung der Belastung kontrollieren und beeinflussen. Der Trainingsplan unterstützt den Patienten dabei, seine Ziele entsprechend seiner Lebenssituation zu erreichen und die übungsbasierte Behandlung selbstständig durchzuführen.

Bewegungsanleitung und -förderung

Die Anleitung zur aktiven Bewegung zielt nach Vanden-Abeele und Schüle (2012, S. 29) primär auf die Erhaltung, Förderung und Reorganisation einer motorischen Handlung durch motorisches Lernen ab.

Aufgaben des Therapeuten sind dabei:

- die Erstellung eines individualisierten Trainingsplans mit Bewegungsvorgaben,
- eine initiale Erklärung des Aufbaus der im Trainingsplan verwendeten Elemente (Strukturen) und eine Erläuterung zur selbstständigen Tagesprotokollierung,
- die Dokumentation der Positionierung (beispielsweise die Einstellung der Sitzhöhe, Hebellänge, Bewegungsachse oder Bewegungsbegrenzung bei der Nutzung von Sequenztrainingsgeräten),
- eine Einschätzung des Belastungsgrades der Trainingsinhalte mit der Option die Belastung zu erhöhen oder zu reduzieren, exemplarisch seien genannt: Abstufungen über computergestützte Belastungslevel, physikalische Zielgrößen wie Leistung (Watt), Geschwindigkeit in (km/h), Zeit (min), Größe der Unterstützungsfläche in (cm), physiologische Zielgrößen wie Herzfrequenz, metabolisches Äquivalent (MET), Blutdruck und weitere Parameter,
- eine Bewegungsanweisung, damit die Bewegungskontrolle erfolgreich sein kann und bei Abweichungen vom Soll-Zustand korrigierbar ist,
- das Vermerken von Zusatzinformationen im Trainingsplan, z. B. die Nutzung eines stabilen oder labilen Untergrundes zur Variation der Belastung,

- die Überwachung der Dokumentation zur Durchführung des Trainings, indem der Therapeut unter dem Datum für die Abgabe der Leistung mit einer Paraphe gegenzeichnet,
- die Steuerung der Belastung im Trainingsprozess, indem Änderungen über einen längeren Prozess mit Datum in der Trainingsmappe nachvollziehbar dokumentiert werden,
- die Unterstützung der mittel- bis langfristigen motorischen Lernprozesse und biologischen Anpassungsprozesse des Klienten durch Anpassung der Leistungsanforderungen.

Im Vergleich zu der passiven Behandlung arbeitet der Physiotherapeut in einer komplexeren Versorgungssituation, die eine edukativ-beratende Rolle erforderlich macht. Ältere, körperlich inaktive oder chronisch kranke Menschen lernen in der Therapie, dass zur (Wieder-)Erlangung basaler und komplexer Alltagskompetenz oder zur beruflichen Wiedereingliederung körperliches Training mit Steigerung der Belastungsdosis notwendig und wirksam ist. Physiotherapeuten benötigen eine breite Wissensbasis und eine gute kommunikative Kompetenz, um den Patienten den gesundheitlichen Nutzen von regelmäßigem Training und körperlicher Aktivität (vgl. Kapitel 2.3.2) zu vermitteln.

Physiotherapeuten verfügen im Vergleich zu Ärzten über erheblich mehr Kontaktzeit mit dem Patienten, die sie für Beratungsgespräche nutzen können (vgl. Hirschhausen, 2015). Therapeuten können während der Anleitung zum Training mögliche Vorbehalte oder Ängste der Patienten gegen eine körperliche Aktivierung im ‚Kranksein‘ mindern. Hier sind zwischenmenschliche und emotionale Faktoren im Verhältnis des Therapeuten zum Patienten, aber auch die soziale Unterstützung durch andere Rehabilitanden bedeutsam. So können sich Patienten positive Erwartungen stellvertretend aneignen, „wenn sie einfach nur zusehen, was andere [im Training] tun und welche Konsequenzen sich daraus ergeben“ (Zimbardo und Gerrig, 2004, S. 629). Die Therapieadhärenz nimmt zu, wenn die Bewegungsintervention als sinngebend und nützlich für den Alltag des Patienten erlebt wird. Erst diese Überzeugung kann bewirken, dass der Patient die Bewegungsempfehlungen in seinen Lebensalltag integrieren wird.

Lernsituationen unter Einbezug der Umwelt erfordern nach Zimbardo und Gerrig (2004, S. 629) vom Klienten die grundlegende Überzeugung, „dass man in einer bestimmten Si-

tuation sich angemessen verhalten und angemessene Leistungen erbringen kann“. Entsprechend dem psychologischen Konstrukt der ‚Selbstwirksamkeitserwartung‘¹¹² nach Bandura (1977, pp. 191-215) beeinflusst die Einschätzung der zu erzielenden Ergebnisse (Ergebniserwartungen) das Verhalten sowie die Verhaltensänderungen von Menschen. Nach der sozial-kognitiven Lerntheorie von Bandura (2001, pp. 1-26) sind Selbstwirksamkeitserwartungen kognitive Überzeugungen, aufgrund eigener Kompetenzen ein bestimmtes Verhalten erfolgreich ausführen zu können. Der Patient erlebt durch eine anstrengende oder ausdauernde Betätigung inaktivierenden Therapiesituationen, dass er seine Leistungsfähigkeit positiv beeinflussen kann. Eine erfolgreiche Aufgabenbewältigung erhöht die Selbstwirksamkeitserwartung, während Misserfolge sie reduzieren.

Nach Rotter (1966) bildet die Kontrollüberzeugung eine weitere Voraussetzung für die Inangangsetzung einer Handlung. Das Konstrukt ‚Kontrollüberzeugung‘ bezieht sich auf das Ausmaß, mit dem der Mensch glaubt, dass das Ergebnis einer Handlung vom eigenen Verhalten abhängig ist (englisch: internal locus of control) oder außerhalb der Person (englisch: external locus of control), also fremdbestimmt erzielt wird. Wenn Menschen sich selbst für ihre Gesundheit verantwortlich fühlen, ist die interne Kontrollüberzeugung nach Studien von Wallston und Wallston (1978, pp. 107-117) ein Faktor, der die Krankheitsverarbeitung begünstigt, im Gegensatz zur externalen Kontrollüberzeugung, bei der die für die Erzielung einer heilenden Wirkung in der Verantwortung eines Arztes oder Therapeuten liegt.

Optimistische, auf eigene Kompetenzen bezogene Grundeinstellungen und Ergebniserwartungen (vgl. Carver, Scheier & Pozo, 1991) bilden nach der sozial-kognitiven Lerntheorie von Bandura (1977, 2001) eine wichtige motivationale Grundlage zum dauerhaft aktiven und selbstverantwortlichen gesundheitsorientierten Handeln.

Progression

Nach einer erfolgten Adaptation kann die Belastung in Abstimmung mit dem Klienten im Laufe des Therapieprozesses erhöht werden (Progression). Im Verlauf eines Rehabilitations- und Nachsorgeprozesses sollte die individuell am Patienten ausgerichtete Belastung anwachsen und gegen Ende der Intervention (vgl. Kapitel 3.3.8 -Nachsorge) stabilisiert

¹¹² Engl.: perceived self-efficacy-theory nach Bandura (1977).

werden. Die stufenweise Erhöhung der Anforderungen kann an der Qualität der Bewegung ansetzen, z. B. über die Steigerung der posturalen Anforderungen an die Gleichgewichtskontrolle, die Präzision oder Komplexität der Bewegung oder durch die quantitative Steigerung von Zielgrößen wie die Verlängerung der zeitlichen Dauer einer Übung oder die Erhöhung der Intensität erfolgen.

4.3.2 Physiotherapie in der stationären Akutversorgung

Die medicoreha arbeitet nicht nur im ambulanten Bereich, sondern auf der Basis von Versorgungsverträgen eng mit den Krankenhäusern Maria Hilf GmbH in Mönchengladbach und den Städtischen Kliniken Neuss - Lukaskrankenhaus - GmbH zusammen. Die stationären Leistungen der Ergo- und Physiotherapie werden durch eine medizinisch notwendige ausreichende, zweckmäßig und wirtschaftliche Versorgung erbracht (vgl. § 12 SGB V, siehe Kapitel 3.2.1).

Die Zuweisung und Abrechnung der Leistungen (vgl. Kapitel 3.1) ist vertraglich geregelt und erfolgt direkt über die Krankenhäuser. Die Abgabe der Leistungen wird durch medicoreha in Abstimmung mit dem Krankenhaus organisiert und erfolgt ausschließlich auf ärztliche Verordnung.

Versorgungskette und Entlassmanagement

Für viele Erkrankungen ist die enge Verzahnung zwischen der Akutversorgung in den Krankenhäusern mit der ambulanten Weiterbehandlung durch eine sektorübergreifende Versorgung nach § 39 SGB V erforderlich. Hier liegt eine der größten Herausforderungen für eine „Moderne Physiotherapie“, die bei der medicoreha folgendermaßen gelöst und gemeistert wird.

Zur Gewährleistung eines nahtlosen und schnellen Übergangs in die ambulante Heilmittelbehandlung oder Rehabilitation wird von den Krankenhäusern und medicoreha ein Entlassmanagement nach dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz eingesetzt. Praxistaugliche Kooperationsverträge mit den eingangs erwähnten Krankenhäusern regeln ein am Bedarf und den Bedürfnissen der Patienten ausgerichtetes Versorgungsmanagement unter Einbindung der Kostenträger. Bei der Abstimmung von Maßnahmen zur Vermeidung

von Versorgungslücken im Übergang von der stationären Krankenhausversorgung zur ambulanten Weiterbehandlung sind das Wahlrecht des Patienten (vgl. § 111 SGB V), die gesetzlichen Rahmenbedingungen einer sachgerechten Anschlussversorgung (vgl. § 11 SGB V, Absatz 4) sowie die Vorgaben der Kostenträger einzuhalten. Sozialmedizinische Beratungen erfolgen bei Bedarf in Zusammenarbeit mit der Sozialberatung des Lukaskrankenhauses und den Maria Hilf Kliniken, um effiziente und passgenaue Versorgungspfade für die Klienten zu finden. Beide Kliniken sind an besonderen Versorgungsformen (früher: Integrierte Versorgung, u. a. nach § 140 SGB V) beteiligt (siehe Kapitel 4.3.5).

Ein Problem der aktuellen Umsetzung in der allgemeinen Versorgungspraxis zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Arbeit ist, dass die Einführung des Entlassmanagements statt zum 1. Juli 2017 auf den 1. Oktober 2017 verschoben wird (KBV, 2017). Erst ab diesem Zeitpunkt sind Krankenhäuser verpflichtet, zum Wohle des Patienten jedem Patienten ein Entlassmanagement zur Verordnung von Heilmitteln oder medizinischer Rehabilitation anzubieten.

Stationäre Heilbehandlung Physiotherapie

Auf Grundlage der ärztlichen Diagnose und Verordnung untersuchen, behandeln und beraten Physiotherapeuten Patienten im Krankenhaus mit körperlich, psychisch und kognitiv bedingten Funktionsstörungen im Bereich des Bewegungssystems, des Herzkreislaufsystems, des Nervensystems und der motorischen Entwicklung. Physiotherapeutisches Handeln zielt primär auf die Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung der komplexen Bewegung ab. Die Behandlung ist auf die Aktivität als Grundbedürfnis des Menschen ausgerichtet und beinhaltet eine klientenzentrierte und alltagsorientierte Herangehensweise.

Spezialisierte Tätigkeitsbereiche in den klinischen Fachbereichen der Intensivstation, Palliation, Geriatrie, des Tumorzentrums und des Kontinenzentrums erfordern Fort- und Weiterbildungen der Therapeuten.

Die Behandlung erfolgt in Einzel- oder Gruppenbehandlung. Die Regelbehandlungszeit je Patient (Patientenbehandlungseinheit – PBE) beträgt 20 Minuten pro Leistungserbringung und enthält alle erforderlichen, ärztlich verordneten aktiven und passiven Maßnahmen, einschließlich der Dokumentation. Die PBEen haben sich in der Quantifizierbarkeit und

Abrechenbarkeit von Leistungen im stationären Bereich bewährt. Längere Behandlungszeiten bedürfen der gesonderten ärztlichen Verordnung.

Wenn die ärztliche Verordnung nichts anderes vorgibt und auch keine sonstigen Festlegungen getroffen werden, werden die Patienten bis zu ihrer Entlassung täglich behandelt. Im Einzelfall, z. B. auf den Intensivstationen oder in der geriatrischen Frühmobilisation oder der geriatrischen Tagesklinik, gelten Sonderabsprachen. Im ärztlich angeordneten Bedarfsfall müssen therapeutische Leistungen auch am Wochenende erbracht werden. Eine Überprüfung der physiotherapeutischen Dienstleistungen erfolgt im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit über Visiten und Teambesprechungen.

Im Folgenden werden die ergotherapeutischen und physiotherapeutischen Leistungen für den stationären Fachbereich Geriatrie als Praxisbeispiel für eine arbeitsteilige Spezialisierung im Übergang zur teilstationären und ambulanten Therapie in den wesentlichen Bestandteilen skizziert.

Ergotherapie und Physiotherapie in der Geriatrie

Die ärztlich geleiteten, wohnortnahen oder mobilen Versorgungsleistungen sind nach dem bio-psycho-sozialen Modell ausgerichtet. Die transsektorale und interprofessionell gesteuerte Versorgungskette beginnt in der vollstationären Frührehabilitation in der geriatrischen Fachabteilung des Lukaskrankenhauses (vgl. § 109 SGB V) und kann als Anschlussversorgung in der geriatrischen teilstationären Tagesklinik oder durch eine ambulante medizinische Rehabilitation in der medicoreha (vgl. § 111c SGB V) unter Einbindung der Kranken- und Pflegeversicherung fortgesetzt werden. Der Versorgungsbedarf nach den drei Modellen wird ärztlich durch geriatrische Assessments und Testverfahren erhoben.

Der Versorgungsansatz in der Geriatrie geht von folgenden geriatrietypischen Merkmalen aus: höheres Lebensalter (>70 Jahre), Multimorbidität, eingeschränkte Leistungsfähigkeit, latente/manifeste Funktionseinschränkungen, erhöhte Vulnerabilität und das Vorliegen spezifischer, oft chronischer Erkrankungen.

Häufige Störungen von Menschen im fortgeschrittenen Alter sind Immobilität, Sturzneigung und Schwindel, kognitive Defizite, Inkontinenz, Dekubitalulcera, Fehl- und Mangelernährung, Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt, Depression, Angststörun-

gen, chronische Schmerzen, Sensibilitätsstörungen, herabgesetzte Belastbarkeit, Gebrechlichkeit, starke Seh- oder Hörbehinderung, Medikationsprobleme und ein hohes Komplikationsrisiko.

Für die Identifikation des Behandlungsbedarfs müssen darüber hinaus die erhöhten Risiken des Verlusts an Lebensqualität, der verminderten Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und der eingeschränkten Selbstbestimmtheit mit einbezogen werden. Entsprechend muss der Behandlungsansatz umfassend und ganzheitlich sein.

Spezifischer Behandlungsbedarf basiert auf der Erhebung des medizinischen, funktionellen und sozialen Status des Patienten in Bezug zum persönlichen und externen Kontext.

Zusammenfassend besteht das geriatrische Behandlungskonzept aus den Elementen

- Identifikation des Behandlungsbedarfs
- Generalisierte Behandlungsplanung
- Steuerung der transsektoralen und multiprofessionellen Therapie
- Einbeziehung von Patient und Umfeld

Zu den Aufgaben des Ergotherapeuten im interprofessionellen Team¹¹³ zählen folgende Therapieziele

- Funktionelle Verbesserung mittels konstruktiver Tätigkeiten,
- Gleichgewichtsschulung,
- Training der Aktivitäten des täglichen Lebens,
- Tonusregulierung und Anbahnung von Bewegung,
- Grunddiagnostik neuropsychologischer Störungen,
- Training mnestischer Funktionen (therapeuten- und computergestützt),
- Hilfsmittelberatung und -abgabe für den ADL-Bereich.

Aufgaben des Physiotherapeuten sind:

- Mobilisation des Patienten,
- Schmerzlindernde Maßnahmen,
- Kontrakturprophylaxe und Behandlung,
- Förderung der Körperlichen Aktivität,

¹¹³ Ärzte, Pfleger, Logopäden und Psychologen ergänzen das interprofessionelle Team.

- Funktionelles Training mit moderaten Intensitäten in den Körperfunktionen Ausdauer, Kraft, Koordination, Beweglichkeit und Gleichgewicht,
- Hilfsmittelberatung und -versorgung, z. B. in Bezug auf Fortbewegung
- (Hydrotherapie/Elektrotherapie/Lymphdrainage/Physikalische Therapie, wenn ärztlich verordnet).

4.3.3 Ambulante medizinische Rehabilitation

Ausrichtung

Grundsätzlich gelten für die ganztägig ambulante medizinische Rehabilitation in der medicoreha die gesetzlichen Regelungen nach SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) und SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung). Die Rehabilitation ist gekennzeichnet durch die interprofessionelle Zusammenarbeit von Mitarbeitern verschiedener medizinischer und therapeutischer Berufsgruppen. Sie erfordert ein komplexes Angebot an therapeutischen Interventionen mit differenzierten und ineinander greifenden personellen, räumlichen und apparativen Voraussetzungen (vgl. Kapitel 4.2.1 – Infrastruktur). Der Einsatz interprofessionell kommunizierender Teams mit speziellen medizinischen Interventionen löst indikationsübergreifende Synergieeffekte aus, die sich sowohl auf die Rehabilitation als auch auf die Nachsorge und Sekundär-, bzw. Tertiärprävention qualitätssteigernd auswirken.

Die indikationsspezifischen Behandlungskonzepte liegen den Kostenträgern in schriftlicher Form vor. Die Rehabilitationsziele sind indikationsbezogen und ergebnis- sowie ressourcenorientiert beschrieben. Sie basieren auf dem bio-psycho-sozialen Modell der ICF und setzen die in § 1 SGB IX formulierten Anforderungen an die Teilhabe um. Das Erreichen von Therapie- und Teilhabezielen wird regelmäßig in der Interaktion mit den Rehabilitanden thematisiert und überprüft.

Die in den Kapiteln 4.3.3.1 bis 4.3.3.3 dargestellten indikationsspezifischen ‚Medizinischen Konzepte‘ werden in einem dreijährigen Abstand überarbeitet und an veränderte Anforderungen sowie Entwicklungen angepasst. Dies erfolgt auch auf der Basis von Rückmeldungen und Ergebnissen der Qualitätssicherungsprogramme der DRV. Mehrfach jährlich finden ärztliche Qualitätszirkel unter Einbezug der Geschäftsführung statt, um medizi-

nisch-therapeutische sowie organisatorische Optimierungspotentiale zu besprechen und die Schritte zur Umsetzung zu definieren. Hierzu dienen u. a. die zweimal wöchentlich stattfindenden fallbezogenen interprofessionellen Teamsitzungen, die der diagnostischen und prognostischen Abstimmung ausgewählter Rehabilitanden vorbehalten sind (vgl. Kapitel 4.2.4 – Kernprozesse).

Organisation

Innerhalb der medicoreha erfolgt eine Abgrenzung der medizinischen Rehabilitation zu anderen Leistungsbereichen über entsprechende personelle und strukturell-organisatorische Zuordnungen durch die Praxissoftware MediWorks. Vorkonfigurierte Blockzeiten reservieren räumliche und personelle Ressourcen für die verschiedenen Therapie- und Rehamodule. Die medizinische Rehabilitation hat dabei Vorrang vor anderen Leistungsbereichen, sodass stets ausreichende Behandlungs- und Raumkapazitäten vorgehalten werden.

Im Bereich des Physiotherapeutischen Aufbautrainings (PAT, siehe Kapitel 4.3.1) können Patienten verschiedener Versorgungsmodelle zeitgleich auf der Trainingsfläche therapiert werden. Patienten haben dadurch die Möglichkeit, verschiedene Reha- und Nachsorgeprogramme kennenzulernen.

Alle Therapiemodule werden ab der Aufnahme über standardisierte Dokumentationsbögen erfasst. Im Rahmen der letzten psychologischen, ergo- oder physiotherapeutischen Behandlung wird ein Abschlussbefund erstellt. Hierzu erheben die Therapeuten die Parameter des Eingangsbefundes erneut und überprüfen den Grad der Erreichung der eingangs in der elektronischen Patientenakte festgelegten Rehabilitationsziele.

Wohnortnahe Vernetzung

Die ambulant durchgeführte Rehabilitation bietet den Vorteil der wohnortnahen Anbindung zum gewohnten beruflichen und privaten Umfeld mit der Möglichkeit, die Angehörigen in den Rehabilitationsprozess mit einzubinden. Die Fortsetzung der örtlichen Versorgungskette (Akutbehandlung in den regionalen Krankenhäusern, ambulante Rehabilitation, Nachsorge und tertiärpräventive Gesundheitsförderung) ermöglicht die gesetzlich geforderte Kontinuität (vgl. Kapitel 3.1 – Entlassmanagement). Darüber hinaus erleichtert die Nähe zum Arbeitsplatz die Kontaktaufnahme zum beruflichen Umfeld und ermöglicht

die stufenweise Wiedereingliederung während der Nachsorge (vgl. Kapitel 3.3.8). Kooperationen der medicoreha mit den Betrieben und Unternehmen vor Ort bestehen, sodass spezifische Arbeitsplatzbedingungen in der Rehabilitation mitberücksichtigt werden können.

Rehabilitationsablauf

Die Rehabilitanden werden der medicoreha über das allgemeine Heilverfahren oder die Anschlussrehabilitation nach Entlassung aus dem Krankenhaus zugeführt. Je nach Vorgaben der Leistungsträger ist eine Kostenzusage Voraussetzung für die Einleitung der Rehabilitation. Vor allem eine frühe Übernahme von Patienten aus der Akutklinik (Anschlussrehabilitation) bedarf einer flexiblen Handhabung, um einen kontinuierlichen Behandlungsprozess zu ermöglichen. Die Therapieorganisation ist so geplant, dass jederzeit Patienten in den Rehabilitationsprozess aufgenommen werden können und lange Wartezeiten vermieden werden. Über das Aufnahmeverfahren können bereits vor Reha-Beginn medizinische Unterlagen (vgl. Anhang VI medicoreha – Reha-Aufnahmefragebogen), die über das Einladungsschreiben versandt wurden, im Vorfeld geprüft werden.

Der gesamte Prozess der ambulanten Rehabilitation wird im Anhang IV als Mustertherapieplan zusammenfassend dargestellt.

Für die „Moderne Physiotherapie“, wie sie bei der medicoreha umgesetzt wird, ist die enge räumliche wie organisatorische Anbindung, beispielsweise an das Lukaskrankenhaus von großem Vorteil. Andernfalls müssten alternativ andere Kooperationsmodelle und -formen kreiert werden.

Damit die ineinandergreifenden Prozesse zwischen Verwaltung und Therapie deutlich werden, wird im Folgenden der arbeitsteilige Prozess des Aufnahmetages konkreter geschildert.

Am Aufnahmetag meldet sich der Patient an der Reha-Service Stelle. Dort erhält er den Tagesplan mit Terminen für den ersten Rehabilitationstag, an dem die ärztliche Eingangsdiagnostik sowie die ergänzenden Befundaufnahmen durch die therapeutischen Berufsgruppen (z. B. Funktionsdiagnostik, Screenings, Assessments) stattfinden. Die zentrale EDV-basierte Terminierung berücksichtigt bereits jetzt einen vom Arzt angeordneten Basis-Rehabilitationsplan (vgl. Kapitel 4.2.2 – Basisprofil), der nach Aufnahme durch den Arzt

durch fakultative Leistungen individuell ergänzt werden kann. So wird die Planungszeit verkürzt, sodass keine Termin- oder Raumengpässe den Rehabilitationsablauf in den ersten Tagen gefährden können. Nachdem der Arzt den individuellen Therapieplan erstellt hat, übermittelt er diesen digital an die zentrale Reha-Service-Stelle. Es erfolgt die sofortige Endterminierung der ersten Woche sowie eine vorläufige Terminierung der gesamten Rehabilitationsmaßnahme. Vor Beginn der Therapieinterventionen werden alle Unterlagen in der Rehabilitandenmappe zusammengeführt. Der Leistungsträger erhält eine Information über die Aufnahme des Rehabilitanden. Der gesamte Kernprozess der Patientenaufnahme ist in Tabelle 4-2 aufgelistet.

Tabelle 4-2: Kernprozess Patientenaufnahme (eigene Darstellung)

K 2	Aufnahme
K 2.1	Einchecken (Rezeption -> Reha-Service-Stelle)
K 2.2	Ärztliche Eingangsuntersuchung Reha-Aufnahme
K 2.3	Ärztliche und psychosoziale Reha-Zielvereinbarung
K 2.4	Funktionsdiagnostik (Physiotherapeut/Sportwissenschaftler)
K 2.5	Psychologische Diagnostik
K 2.6	Labor/Pflege
K 2.7	Konsile
K 2.8	Physiotherapeutische Aufnahme
K 2.9	Ergotherapeutische Aufnahme
K 2.10	Sportwissenschaftliche Aufnahme
K 2.11	Auftragsbearbeitung des stationären Patienten
K 2.12	Fallanlage Patientenstamm
K 2.13	Eigenbeteiligung

Das WorkFlow-System (vgl. Kapitel 4.2.2) kontrolliert über eine Checkliste den organisatorischen Ablauf einer Patientenaufnahme. Der Rehabilitand erhält nach der Erstellung des Reha-Plans die eingesetzten therapeutischen Leistungen. Entsprechend den Rückmeldungen des Rehabilitanden aus den Zwischenvisiten kann der Arzt Modifizierungen des Reha-Plans anfordern, so dass sich individuelle Therapieinhalte und Optionen ergeben.

Die Rehabilitationsmaßnahme dauert i. d. R. 15 Rehabilitationstage, sie kann jedoch bei medizinischer Notwendigkeit in Einzelfällen auf bis zu 25 Rehabilitationstage verlängert werden. Dabei sind die Vorgaben der Leistungsträger hinsichtlich der Einhaltung der mittleren Verweildauer oder der Einholung einer Genehmigung der Verlängerung im Einzelfall zu beachten.

Zum Abschluss der Rehabilitation bespricht der Arzt in der Entlassungsuntersuchung mit dem Rehabilitanden inwieweit die eingangs formulierten kurzfristigen Reha-Ziele erreicht wurden. Über das Entlassmanagement wird die Nachsorge koordiniert und der Reha-Entlassungsbericht mit der sozialmedizinischen Beurteilung an die DRV zeitnah übermittelt (vgl. Anhang V – DRV Entlassungsbericht Wirbelsäule konservativ). Der Rehabilitand erhält am letzten Rehabilitationstag einen Kurzbrief zur Weiterleitung an seinen behandelnden Arzt. Die Rehabilitandenmappe mit der Verlaufsdokumentation der durchgeführten Leistungen wird in der medicoreha archiviert.

Bei Bedarf empfiehlt der Arzt den Rehabilitanden die Durchführung des IRENA-Programms als Rehabilitationsnachsorge (vgl. Kapitel 4.3.3.4). Der Arzt bespricht diese Maßnahme bereits bei den Zwischenvisiten mit dem Rehabilitanden und leitet sie ein.

Rehabilitationsdiagnostik

Die ärztliche Aufnahmeuntersuchung enthält

- die medizinische, berufliche und psychosoziale Anamnese,
- eine eingehende allgemeine körperliche Untersuchung sowie
- eine fachspezifische Untersuchung¹¹⁴ entsprechend der Indikationsgruppe.

Ergänzend können bei Bedarf folgende Leistungen hinzugezogen werden:

- Ruhe-EKG bei Bedarf,
- bedarfsgerechte Bestimmung von Laborparametern,
- Prüfung der Indikation für psychische Beratung und
- ggf. Langzeit-EKG, Lungenfunktion, Langzeit-Blutdruckmessung.

Besondere Schwerpunkte liegen auf der Erfassung sozialmedizinisch relevanter Daten sowie auf der Thematisierung der Motivation für die Rehabilitationsmaßnahme und die Ziele des Rehabilitanden. Soweit Informationen zum Anforderungsprofil des Arbeitsplatzes des Rehabilitanden vorliegen, werden diese in die Rehabilitationsplanung mit einbezogen.

Daran anschließend werden die patientenbezogenen Rehabilitationsziele und die vorläufige therapeutische Strategie festgelegt. Die Zielsetzung hinsichtlich der Wiedereingliederung

¹¹⁴ Je nach Indikationsgebiet wird von dem jeweiligen Facharzt eine orthopädisch-traumatologische, onkologische oder psychotherapeutisch-psychologische Diagnostik durchgeführt.

rung in den Arbeitsprozess wird besprochen. Spezielle Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation, wie die Hinzuziehung von Rehabilitationsberatung durch den Sozialdienst, werden mit dem Patienten ebenso erörtert, wie die Notwendigkeit begleitender psychologischer Beratungsgespräche.

In seiner Gesamtbeurteilung berücksichtigt der Arzt die Befunde und Ergebnisse der an der Rehabilitation beteiligten Professionen bei der Erstellung des Entlassungsberichtes.

Über die einzelnen Funktionsdiagnosen wird ein Gesamtbild des Patienten über seine Fähigkeiten und Beeinträchtigungen in Alltag und Beruf erstellt. Rückmeldungen über den Rehabilitationsverlauf erhält der Arzt durch Zwischenvisiten. Maßgeblich sind dabei die bei der Aufnahme des Patienten besprochenen Rehabilitationsziele, die subjektive Einschätzung des Patienten über den Verlauf sowie die Ergebnisse der therapeutischen Befunde und Zwischenuntersuchungen im Vergleich mit der Eingangsuntersuchung. Das Resultat kann eine Korrektur der initialen Rehabilitationsziele, bzw. eine Korrektur des Rehabilitationsplans erfordern. Darüber hinaus stellt die Zwischenvisite eine Möglichkeit dar, Rehabilitationsschwerpunkte mit dem Patienten zu überdenken und ggf. zu verändern.

Die Abschlussuntersuchung bildet die Grundlage für den ärztlichen Entlassungsbericht. Sie dokumentiert auf Basis der erfolgten Voruntersuchungen, ob und in welchem Ausmaß die im individualisierten Rehabilitationsplan definierten Rehabilitationsziele erreicht wurden. Darüber hinaus werden Aktivitäts- und Funktionseinschränkungen mit Blick auf den privaten und beruflichen Alltag des Patienten in der Synopse mit den zwischenzeitlich erfolgten interprofessionellen Konsultationen (wie z. B. Sozialdienst/Rehabilitationsberatung und psychologischer Bericht) medizinisch begutachtet und bewertet.

Dokumentation

Die Dokumentation umfasst insbesondere die Eingangs- und Verlaufsdiagnostik unter Einbezug der Vorbefunde, der Rehabilitationsziele, der Rehabilitationsinhalte und deren individuelle Ausgestaltung, der Medikation, eingesetzter Hilfsmittel, besonderen Vorkommnisse, Ergebnisse der Teambesprechungen, Rehabilitationsergebnisse und den Entlassungsbericht mit Hinweisen auf nachfolgende Maßnahmen und Empfehlungen.

Das Workflow-System stellt als Steuerinstrument die Chronologie der Rehabilitationsabläufe mit den abhängigen Verwaltungsabläufen sicher, indem Aufträge und Anforderungen digital dokumentiert und überprüft werden können. Die elektronische Dokumentation des individuellen Reha-Plans wird für jeden Klienten für jeden Reha-Tag als gedrucktes Behandlungsprotokoll in der Rehabilitandenmappe eingefügt. Der Patient durchläuft an einem Behandlungstag nach einem zeitlichen Ablauf die einzelnen Therapiemodule in den zugehörigen Räumen, wobei die Therapeuten über Paraphierung die Teilnahme quittieren. Die Rehabilitandenmappe hat einen standardisierten Aufbau, ebenso die eingesetzten Formulare, wie z. B. Befunde, Testdokumentationen oder Therapieprotokolle. Das Dokumentationssystem MediWorks kann standardisierte Befundinstrumente erfassen und digital verarbeiten (vgl. Kapitel 2.7.1 – Medizininformatik). Allen Mitarbeitern im Rehabilitationsteam stehen diese Informationen zur Dokumentation und Therapieorganisation zur Verfügung, auf Besonderheiten wird zusätzlich in den regelmäßigen Teamsitzungen hingewiesen. Hierdurch ist eine fortlaufende Steuerung und Überprüfung der Prozessqualität möglich, sodass Entscheidungen über Fortsetzung, Änderungen oder Abbruch einer Maßnahme nachvollziehbar dokumentiert sind. Die patientenbezogene standardisierte Dokumentation gibt dabei Auskunft über den Rehabilitationsverlauf, Zwischenergebnis und Ergebnis der Rehabilitation (vgl. Kapitel 2.7.1 – Digitalisierung).

Inhalt der Dokumentation ist unter anderem die fallbezogene Darstellung

- aller rehabilitationsrelevanten Diagnosen, der anamnestischen Daten, klinischen Befunde und deren Interpretation,
- des angestrebten Rehabilitationszieles und die Bewertung des Rehabilitationserfolges,
- der Art und Häufigkeit der Behandlungsmodule durch den behandelnden Therapeuten (Teilnahmedokumentation),
- des Therapieverlaufes und des Rehabilitationsergebnisses (Entlassungsbericht),
- einer Stellungnahme (sozialmedizinische Beurteilung)
 - zur Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben unter Bezugnahme auf den beruflichen Kontext,
 - zur Leistungsfähigkeit im Alltag bezogen auf die Selbstständigkeit bei Aktivitäten des täglichen Lebens, insbesondere zur psychosozialen Situation

und/oder zur Frage der Vermeidung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit,

- zur Krankheitsverarbeitung, zum Lebensstil einschließlich Risikofaktorenkonstellation und Motivation zur Lebensstilveränderung
- sowie Empfehlungen für weiterführende Leistungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges (z. B. berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation, IRENA, Rehabilitationssport und Funktionstraining).

Der Entlassungsbericht (vgl. Kapitel 3.3.4.5) enthält im Einzelnen folgenden Angaben:

- Basisdokumentation
 - Formblatt mit Angaben zur Person des Patienten, den Diagnosen, der letzten Medikation, zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge für nachfolgende Maßnahmen,
- Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung
 - Beurteilung, welche Funktionen eingeschränkt oder aufgehoben sind, inwieweit es gelingt, diese zu kompensieren und in welchem zeitlichen Umfang eine berufliche Tätigkeit ausgeübt werden kann
- Leistungsdaten
 - unter Angabe aller durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen (Art und Anzahl therapeutischen Leistungen entsprechend der Klassifikation therapeutischer Leistungen [KTL])
- Arztbericht
 - Allgemeine und klinische Anamnese
 - Jetzige Beschwerden und funktionelle Einschränkungen
 - Gegenwärtige Therapie der behandelnden Ärzte
 - Allgemeine Sozialanamnese
 - Arbeits- und Berufsanamnese
 - Aufnahmebefund, Vorbefunde, ergänzende Diagnostik
 - Rehabilitationsdiagnosen und Rehabilitationsziele
 - Rehabilitationsverlauf
 - Rehabilitationsergebnis
 - Sozialmedizinische Epikrise

○ Empfehlungen

Neben den obligatorischen Reha-Abschlussgesprächen wird von jedem Rehabilitanden anonym ein Fragebogen zur Erfassung der Rehabilitandenzufriedenheit ausgefüllt und zur Messung der Prozessqualität ausgewertet.

Organisatorisches

Die Therapiezeit beträgt täglich mindestens vier bis sechs Stunden an fünf Tagen in der Woche, bei Bedarf steht den Rehabilitanden ein Fahrdienst zur Verfügung. Je nach Schweregrad der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen und den daraus abzuleitenden Rehabilitationszielen gestalten sich die Rehabilitationsdauer und Therapie-dichte individuell unterschiedlich. Auf die persönliche Beanspruchbarkeit und die Fähigkeiten des Rehabilitanden wird dabei Rücksicht genommen. Für Pausen und Regenerationszeiten stehen Ruhe- und Aufenthaltsbereiche zur Verfügung.

Die Patienten hören mindestens einmal wöchentlich einen ärztlichen Vortrag. Darüber hinaus nehmen sie an indikations- und themenspezifischen Schulungen von Psychologen, Physio- und Ergotherapeuten, Sportwissenschaftlern und Ökotrophologen teil. Bei Gruppentherapien liegt die Gruppengröße bei maximal 12 Teilnehmern je Gruppe, ein Teil der Gruppenbehandlungen erfolgt in Kleingruppen von drei bis sechs Rehabilitanden.

Die medicoreha Fachkliniken weisen Fachabteilungen für folgende Indikationsbereiche auf:

- die ambulante muskuloskelettale Rehabilitation (AMR),
- die ambulante medizinisch beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR),
- die ambulante onkologische Rehabilitation und (AOR),
- die psychische und psychosomatische Rehabilitation (APR).

Im Folgenden werden aus indikationsspezifischer Perspektive die Rehabilitationsleitungen der AMR (vgl. Kapitel 3.3.5), MBOR (vgl. Kapitel 3.3.6) und AOR (vgl. Kapitel 3.3.7) beschrieben. Die APR verläuft jedoch aus struktureller und prozessorientierter Sicht prinzipiell nach ähnlichen Standards wie die muskuloskelettale oder onkologische Rehabilitation ab, sodass aus Platzgründen auf die APR nicht eingegangen wird.

4.3.3.1 Ambulante muskuloskelettale Rehabilitation

Die medicoreha erbringt seit 1997 ganztätig ambulante Rehabilitationsleistungen bei muskuloskelettalen Erkrankungen auf der Basis von Zulassungen und Verträgen mit den Trägern der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung. Arbeitsgrundlage ist die ganzheitliche rehabilitative Ausrichtung wie sie in Kapitel 3.3.3 beschrieben ist. Die Vorlage eines aktuellen Rehabilitationskonzeptes bei den Trägern, der laufende Nachweis der erforderlichen Strukturqualität und die Teilnahme am DRV-Qualitätssicherungsprogramm (vgl. Kapitel 4.2) bilden wichtige Rahmenbedingungen für die rehabilitative Versorgung folgender Indikationen (vgl. DRV, 2011b):

1. Erkrankungen und Verletzungen der Wirbelsäule, u. a.:
 - Rezidivierende Wirbelsäulensyndrome, einschließlich chronisch-degenerativer Wirbelsäulenerkrankungen (ICD-10-GM: M54.5)
 - Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Wirbelsäule, auch operativ behandelt (ICD-10-GM: M50.1; M51.1; Z98.8)
 - Frakturen im Bereich der Wirbelsäule (ICD-10-GM: S32.00)
 - Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises im Bereich der Wirbelsäule (ICD-10-GM: M05.99; M06.99)
 - Angeborene oder erworbene Krankheiten der Wirbelsäule durch Fehlbildung, Fehlstatik oder Dysfunktion der Bewegungsorgane (ICD-10-GM: M41.90)

Besondere Kontraindikationen:

- Progrediente oder erhebliche neurologische Ausfälle, einschließlich Caudasympptomatik (ICD-10-GM: G83.49)
 - Floride bakteriell-entzündliche Wirbelsäulenerkrankungen (ICD-10-GM: M46.99)
2. Erkrankungen/Verletzungen großer Extremitätengelenke, u. a.:
 - Verschleiß oder Verletzung großer Extremitätengelenke mit relevanten Funktionseinschränkungen/muskulären Defiziten (ICD-10-GM: M16.1; M17.1; M25.51; M25.55; M25.56)

- Schultergelenkerkrankungen ohne vordergründigen Gelenkflächenverschleiß (z. B. Rotatorenmanschettenrupturen, Impingementsyndrome, operierte habituelle Schulterluxationen, erhebliche/hartnäckige Schultersteifen) (ICD-10-GM: M75.1; M75.4; M75.0)
- Kniebinnenerkrankungen/-verletzungen ohne vordergründigen Gelenkflächenverschleiß (ICD-10-GM: S83.53)
- Rheumatische Begleiterkrankungen im Bereich der Extremitäten (ICD-10-GM: M07.00)

Besondere Kontraindikationen:

- Entzündliche Gelenkerkrankungen bei gastrointestinalen und anderen Grunderkrankungen (z. B. Florder M.Crohn/Colitis ulcerosa (ICD-10-GM: M50.9; M51.8)
- Floride bakterielle Gelenkentzündungen (ICD-10-GM: M00.99)

3. Endoprothetischer Gelenkersatz großer Extremitätengelenke, u. a.:

- Hüftgelenkendoprothesen (ICD-10-GM: Z96.64)
- Kniegelenkendoprothesen (ICD-10-GM: Z96.65)
- Schultergelenkprothesen (ICD-10-GM: Z96.60)

Besondere Kontraindikationen:

- Operationsbedürftige Endoprothesenlockerung, -fehlsitz oder -luxationsneigung (ICD-10-GM: T84.0)
- Entzündlicher Prozess im Bereich der Endoprothese (ICD-10-GM: T84.5)

4. Zeitnahe Frakturen der großen Röhrenknochen (auch operativ versorgt), u. a.:

- Belastungsstabile Frakturen des Ober-/Unterschenkels mit relevanten Funktionsdefiziten/muskulären Defiziten (ICD-10-GM: S42.3; S82.18)

Besondere Kontraindikationen: Keine Übungsstabilität

5. Zeitnahe Frakturen der Hand/des Fußes (auch operativ versorgt), u. a.:

- Belastungsstabile Frakturen der Hand/des Fußes mit relevanten Funktionsdefiziten/muskulären Defiziten (ICD-10-GM: S52.50; S92.0)
- mindestens übungsstabile Frakturen der Hand/des Fußes mit relevanten Funktionsdefiziten/muskulären Defiziten

Besondere Kontraindikationen: Keine Übungsstabilität

6. Zeitnahe Amputationen großer Gliedmaßen:

Besondere Kontraindikationen:

- Relevante entzündliche Stumpfveränderungen (fehlende Prothesengebrauchsfähigkeit)
- Nicht erreichte Gehfähigkeit mit Behelfs-, Frühversorgungs- oder Interimsprothese

Die infrastrukturelle Einbindung des Standorts Rheydt in das medicentrum Rheydt und des Standorts Neuss durch die Kooperation mit dem Lukas-Krankenhaus bietet darüber hinaus weitere Möglichkeiten der medizinischen Diagnostik bzw. Intervention und gewährleistet eine hohe qualitative Versorgung, insbesondere für Patienten mit den Begleiterkrankungen Bluthochdruck (ICD-10-GM: I10.0), Diabetes mellitus Typ II (ICD 10 GM: E11.90;E10.90), Adipositas (ICD 10 GM: E66) und Chronische Bronchitis (ICD10 GM: J44.8).

Zur Konkretisierung und Verdeutlichung werden die wesentlichen Behandlungsmodule des rehabilitativen Versorgungsauftrags am ausgewählten Beispiel der Patientengruppe mit der Diagnose ‚Chronischer Rückenschmerz‘ vorgestellt.

Chronischer Rückenschmerz

Die bio-psycho-sozialen Rehabilitationsziele einer konservativen (nicht-operativen) Rehabilitationsstrategie lassen sich nach der ICF klassifizieren.

Reha-Ziele für Patienten mit chronischem Rückenschmerz

Die Funktionale Gesundheit (vgl. Kapitel 3.3.3) kann in folgenden ICF-Kategorien eingeschränkt sein und somit relevant für Zielformulierungen und inhaltlich Gestaltung der

Therapiemodule werden. Die Liste an ausgewählten Reha-Zielen orientiert sich an der ICF-Kurzversion (engl. ICF-Coreset¹¹⁵) nach Cieza, Stucki, Weigl, Disler, Jäckel et al. (2004, pp. 69-74).

1. Reha-Ziele mit Bezug zu den Körperfunktionen

- Abbau von Angst- und Vermeidungsverhalten (emotionale Funktionen -b152)¹¹⁶
- Schulung der Körperwahrnehmung/Selbstwahrnehmung (b180)
- Beeinflussung des Schmerzerlebens/Auseinandersetzung mit Schmerz und Schmerzbewältigung (b280)
- Wiederherstellung/Verbesserung/Erhaltung der
 - Kardiorespiratorischen Belastbarkeit/muskulären Ausdauerleistungsfähigkeit (b455)
 - Funktionen der Gelenkbeweglichkeit (b710)
 - Funktionen der Gelenkstabilität (b715)
 - Funktionen der Beweglichkeit der Knochen (b720)
 - Funktionen der Muskelkraft (b730)
 - Funktionen des Muskeltonus (b735)
 - Funktionen der Muskelausdauer (b740)
 - Mit den Funktionen der Muskeln und der Bewegung in Zusammenhang stehenden Funktionen (b780)

Die Erhaltung und Verbesserung der psychischen Leistungsbereitschaft und physischen Leistungsfähigkeit steht in enger Wechselwirkung zur Wiedererlangung von Aktivitäten und Teilhabe. Neuromuskuläre Funktionen im Kraft- und Koordinationsbereich stehen im engen Bezug zu alltäglichen Fähigkeiten wie z. B. Treppe steigen oder koordinativen Handlungen wie Lasten heben und tragen.

2. Reha-Ziele mit Bezug zu den Körperstrukturen

- Aktivierung/Erhaltung/Stabilisierung von
 - Strukturen der Beckenregion (s740)¹¹⁷

¹¹⁵ ICF-Coresets sind indikationsspezifische Klassifikationen. Bei einer Person mit der Gesundheitsstörung chronischer Rückenschmerz müssen nicht alle ICF-Kategorien relevante Ziele sein. Zur Identifizierung bedarf es der Befundung u. a. durch Assessments.

¹¹⁶ Die angegebenen Item-Kodes der Körperfunktionen beginnen mit dem Kennbuchstaben „b“, von **b**ody functions.

- Strukturen der unteren Extremitäten (s750)
- Strukturen des Rumpfes (s750) und weiteren
- mit der Bewegung in Zusammenhang stehenden muskuloskelettalen Strukturen (s770)

Im Gegensatz zu Funktionsveränderungen sind strukturelle Adaptationen (vgl. Kapitel 2.2.1) innerhalb einer drei- bis vierwöchigen Rehabilitation nicht zu erreichen. Erst über anschließende Nachsorgeprogramme im Übergang zu nachhaltigem Training sind - eine gute Adhärenz vorausgesetzt - strukturell-morphologische Adaptionen zu erwarten.

3. Reha-Ziele mit Bezug zu den Aktivitäten und zur Teilhabe an gesellschaftlichen Lebensbereichen

- Wiedererlangung der Fähigkeit tägliche Routinen durchzuführen (d230)¹¹⁸
- Auseinandersetzung und Wiedererlangung des Umgangs mit Stress und anderen psychischen Anforderungen (d240)
- Wiedererlangung und Erhaltung der Aktivität/Fähigkeit
 - Elementare Körperpositionen wechseln (d410)
 - In einer Körperposition verbleiben wie z. B. längere Zeit sitzen oder stehen bleiben (d415)
 - Gegenstände anheben und tragen (d430)
 - Hand- und Armgebrauch, z. B. koordinierte Handlungen ausführen (d445)
 - Gehen (d450)
 - Sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen, z. B. von einem Raum in einen anderen gehen, Treppe steigen oder auf einer Straße gehen (d460)
 - Sich unter Verwendung von Geräten/Ausrüstung, z. B. einem Fahrrad, fortbewegen (d465)
 - Transportmittel benutzen (d470)
 - Ein Fahrzeug fahren (d475)
 - Sich waschen (d510)

¹¹⁷ Die Item-Kodes der Körperstrukturen beginnen mit „s“ (von engl.: body structures).

¹¹⁸ Die Item-Kodes für die Komponenten Aktivität und Teilhabe beginnen mit dem Kennbuchstaben ‚d‘ (von engl.: life domains).

- Die Toilette benutzen (d530)
- Sich kleiden (d540)
- Mahlzeiten vorbereiten (d630)
- Hausarbeiten erledigen (d640)
- Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden (d845)
- Einer beruflichen Tätigkeit nachgehen (d850)
- Sich an allen Formen des Spiels, z. B. an Freizeit- oder Erholungsaktivitäten beteiligen (d920)

Die im Verlauf der medizinischen Rehabilitation erworbenen Aktivitäten und Betätigungen dienen der Wiedererlangung und Verbesserung der Selbstständigkeit, Mobilität und Selbstversorgung in Bezug auf alltags- und berufsbezogene Aktivitäten.

4. Reha-Ziele mit Umweltbezug

Der Rehabilitationsverlauf kann durch die umwelt- und personenbezogenen Faktoren sowohl positiv als auch negativ beeinflusst werden.

Reha-Ziele mit Bezug zur Umwelt können sein

- das Erlernen des Umgangs mit folgenden Produkten
 - Hilfsmittel zur Steigerung der Mobilität, z. B. Gehwagen (e120)¹¹⁹
 - Produkte und Technologien zur Erhaltung der Erwerbstätigkeit, z. B. eine ergonomische Arbeitsplatzgestaltung (e135)
 - Wohnungsanpassung an bleibenden Beeinträchtigungen und Gestaltung der häuslichen Umgebung (e155)
- weitere unterstützende Förderfaktoren sind die Einbeziehung der
 - Familie oder weiterer Bezugspersonen in den Rehabilitationsprozess (e310) oder weiterer
 - Sozialer Dienstleistungserbringer im Gesundheitswesen (e355)

5. Als personenbezogene Faktoren können gefördert werden

- Wissen über die Erkrankung
- Aktivierung des Selbstheilungspotentials

¹¹⁹ Die Item-Kodes für die Komponente Umweltfaktoren beginnen mit dem Kennbuchstaben ‚e‘ (von engl.: environment).

- Psychische und physische Unabhängigkeit

Für die „Moderne Physiotherapie“ ist eine Aufklärung des Patienten über die Art der Rückenerkrankung, das Selbstheilungspotential sowie die Möglichkeiten der Linderung bei Aufrechterhaltung der Aktivitäten oft wichtiger als die ärztliche Verordnung von Schmerzmitteln (vgl. RKI, 2002, S. 14).

Die Vermeidung einer vorzeitigen Erwerbsunfähigkeit, ist das vorrangige Basisziel der AMR. Ziele wie die Vorbereitung und Einleitung einer gestuften beruflichen Wiedereingliederung oder Hilfen bei der Einleitung von Arbeitsplatzwechsel, Vermittlung von sozialer Kompetenz, Bearbeitung von Konflikten am Arbeitsplatz und die Erhöhung der Arbeitszufriedenheit bilden nach §1 SGB V gesundheitsrelevante Informationen und setzen an der aktivierenden Mitwirkung der Rehabilitanden an.

Behandlungsmodule für Patienten mit chronischem Rückenschmerz

Die folgenden Behandlungselemente für die Indikation ‚chronischer Rückenschmerz‘ werden in der Gruppe und in enger Abstimmung mit dem ärztlichen Leiter als Einzeltherapie angeboten.

Ergo- und physiotherapeutische Methoden in der Einzeltherapie orientieren sich an der Gesundheit bzw. Gesundheitsstörung des individuellen Menschen und lassen sich nachfolgenden Prozessphasen skizzieren:

- Kontakt aufnehmen
- Erwartungen klären
- Befund erheben und bewerten
- Sich auf Ziele einigen
- Planung umsetzen und Therapie durchführen, überwachen und verändern
- Ergebnis bewerten und beraten
- Verabschieden

Ein Beispiel für eine Analyse des Gesundheitsproblems eines Klienten mit chronischen nicht-spezifischen Rückenschmerzen ist die interprofessionelle Befundprotokollierung

zwischen Ergo- und Physiotherapeuten nach dem ICF-basierten RPS-Formular¹²⁰ (vgl. Steiner, Ryser, Huber, Uebelhart, Aeschlimann & Stucki, 2012, pp. 1098-1107), welches als Anhang XIV beigefügt ist. Die Nutzung des RPS-Formulars fokussiert auf die relevanten Ziele und sie lässt die Klienten am rehabilitativen Entscheidungsprozess (vgl. Kapitel 3.3.4.3 - Partizipative Entscheidungsfindung) anhand modifizierbarer Variablen partizipieren. Die wesentlichen Ergebnisse des Befundes werden vom Therapeuten handschriftlich erfasst und ermöglichen eine schnelle berufsübergreifende Kommunikation über die Reha-bilitandenmappe.

Eine konkrete Darstellung des therapeutischen Prozesses der Ergotherapie und Physiotherapie kann aufgrund der Komplexität der Einflussfaktoren an dieser Stelle nicht geleistet werden. Stattdessen sollen für die Indikation chronischer Rückenschmerz die Interventionsstrategien der Physiotherapie, Sportwissenschaft, Ergotherapie und Psychologie dargestellt werden, um die spezifischen beruflichen Perspektiven innerhalb der ganzheitlich umfassenden Reha zu verdeutlichen. Die gemeinsam genutzte Trainingsfläche bietet grundsätzlich die Möglichkeit der fallbezogenen interprofessionellen Zusammenarbeit von Ergotherapeuten, Physiotherapeuten und Sportwissenschaftlern

1. Physiotherapie

Das PAT wurde bereits in Kapitel 4.3.1 umfassend dargestellt.

Zur physiotherapeutischen Befundaufnahme gehört die Analyse und Erfassung der Körperstrukturen und motorischen Funktionen im Hinblick auf das Ausmaß möglicher Schädigungen sowie den damit verbundenen Einschränkungen der Bewegungsaktivitäten. Die Auswahl und Durchführung der Testverfahren ist abhängig von der Indikationsstellung und dem Krankheitsstadium des Patienten und hat die Schmerz-, Stoffwechsel- und Herzkreislaufreaktionen des Patienten zu berücksichtigen.

Erst die Festlegung des Ausgangsniveaus einer körperlichen Leistung anhand von Messdaten zu Beginn einer Intervention ermöglicht eine ziel- und klientenorientierte Therapie der Beeinträchtigungen in den ICF-Komponenten Aktivität/Partizipation. Die Therapieziele werden unter Einbeziehung des subjektiven Krankheitsverständnisses und den individuellen Leistungsvoraussetzungen des Klienten abgeleitet.

¹²⁰ RPS steht für „Rehabilitation Problem-Solving Form“ nach Steiner et al., 2012, p. 1098).

Patienten, die aufgrund ihrer chronischen Rückenschmerz Erkrankung sowie ggf. ihrem postoperativen Zustand über längere Zeit inaktiv waren und körperliche Belastungen vermieden haben, weisen infolge der bionegativen Adaptation an geringe Belastungen eine herabgesetzte körperliche Leistungsfähigkeit und Handlungsfähigkeit auf. Entsprechend den Vorgaben des Trainingsplans sollen sich die Klienten an die Belastungen eines moderat dosierten Kraftausdauertrainings gewöhnen. Die Skelettmuskulatur, die knöchernen und nervalen Strukturen und die Gelenkverbindungen der Wirbelsäule werden durch dynamische Belastungen beansprucht. Neben der Erhaltung und Verbesserung der muskulären Kraftausdauer wird das Herz-Kreislaufsystem durch globale (allgemeine) aerobe dynamische Belastungen aktiviert. Eine therapeutische Anleitung chronisch rücken- erkrankter Menschen beinhaltet motivierende und bewegungsfördernde Empfehlungen

- zur Wahrnehmung der individuellen Belastungsgrenze (vgl. Kapitel 4.3.1 - Borg-Skala),
- ggf. eine gering dosierte Belastungsprogression innerhalb der drei- bis vierwöchigen Rehabilitation und
- das Einhalten regenerativer Pausen.

Patienten mit *nicht-spezifischem Kreuzschmerz* soll die Angst vor körperlichen Belastungen (vgl. Kapitel 4.3.3.2 - Fear Avoidance Belief) genommen werden (vgl. Bundesärztekammer et al., 2017, S. 65), indem sie die Bewegungsmöglichkeiten des Alltags nicht vermeiden, sondern nutzen (vgl. a. a. O., S. 67). Im Training und in Seminaren werden den Klienten die Zusammenhänge zwischen Bewegung, körperlicher Belastung und Anpassung verdeutlicht (vgl. Kapitel 2.2.1 - Adaptation). Lösungsansätze zur Erzielung ökonomisch kontrollierter Bewegungen werden demonstriert und erklärt. Einem Schonverhalten mit dem Risiko der Unterforderung biologischer Strukturen soll vorgebeugt werden (a. a. O., S. 29). Das Grundprinzip für die Zielgruppe lautet: „Aktivierung der Patienten: Körperliche Bewegung verursacht keine Schäden, sondern fördert eine Linderung der Beschwerden“ (a. a. O.).

In den medicoreha Einrichtungen Neuss und Rheydt kann über die software-gestützten Test- und Trainingsgeräte eine Anpassung und Dokumentation der Belastungsnormative erfolgen. Neben der personellen Betreuung auf der Trainingsfläche wird in Rheydt das

Gerätetraining über eine Patienten-Chipkarte automatisch digital dokumentiert, sodass die Belastungsparameter überarbeitet und an den persönlichen Leistungsstand des Patienten angepasst werden können.

2. Sport- und Bewegungstherapie

Die Inhalte und Zielsetzungen der Sport- und Bewegungstherapie in der Gruppe sind von der DRV B (2016f, S. 14) vorgegeben. Sie sind in Kapitel 3.3.5 zusammengefasst und werden in der medicoreha umgesetzt. In den Bewegungsgruppen bildet die Motivation zur körperlichen Aktivität als Kompetenz zu gesundheitsbewusstem Verhalten einer Person die Arbeitsgrundlage des Moduls.

In Abhängigkeit von den individuellen personenbezogenen Voraussetzungen der Rehabilitanden werden

- physische Funktionen und Ressourcen (Kraft, Ausdauer, Koordination, Beweglichkeit) durch die Steigerung der Belastbarkeit aktiviert (vgl. 2.2.1 - Belastungs- und Beanspruchungskonzept),
- durch einen alltags-, berufs- und sportbezogenen Bezug der Übungen Alltagskompetenz vermittelt,
- Erfahrungen zu einem körperlich aktiven Lebensstil gesammelt (vgl. 3.5.2 - Empowerment) und
- Beiträge zum psycho-sozialen Wohlbefinden geleistet.

Weil Isolation ein Hauptgrund für Inaktivität sein kann, leisten Gruppenangebote, die das Miteinander fördern, einen wertvollen Beitrag. Die soziale Interaktion in der Gruppe wirkt sich positiv auf die emotionale Stimmung der Klienten aus. Ergänzend zu den psychologischen Interventionen ermutigt die Gruppe den Klienten, sich Belastungen zuzutrauen und damit das Selbstwertgefühl zu stärken. Die Nutzung des Therapie- und Bewegungsbades ist integraler Therapiebestandteil, sofern Kontraindikationen dem nicht entgegenstehen. Die physikalischen Eigenschaften des Wassers sind von Vorteil, wenn durch den Auftrieb die Wirbelsäule entlastet, der Wasserwiderstand zur Kraftbeanspruchung auffordert, der Wasserdruck eine Drainage des Lymphsystems und die Wassertemperatur eine Entspannung bewirken (vgl. Völker, 2012, S. 224). Bewegungen im Wasser werden nach den

Rückmeldungen von vielen Rehabilitanden als wohltuend und angenehm wahrgenommen.

3. Ergotherapie

Die Ergotherapie stellt den bio-psycho-sozialen Bezugsrahmen in den Vordergrund, indem sie Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung gezielt und ressourcenorientiert einsetzt, um die „Handlungsfähigkeit [des Klienten] im Alltag, (...) seine gesellschaftliche Teilhabe (Partizipation) und seine Lebensqualität und -zufriedenheit zu verbessern“ (CLAUDIANA - Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe, 2017).

Ziel der Ergotherapie ist es, Menschen bei der Durchführung von für sie bedeutungsvollen Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit/Erholung in ihrer Umwelt zu stärken (a. a. O.).

Aufgrund der Fokussierung auf Aktivitäten und Partizipation in Beruf und Alltag stellt die Ergotherapie ein wichtiges Bindeglied zwischen der medizinischen Rehabilitation und weiterführenden Teilhabeleistungen dar. Die erreicht die Ergotherapie durch den Einbezug von Aspekten der

- Selbstversorgung, bezogen auf die Selbstständigkeit im Alltag,
- Produktivität in dem Sinne, Leistungen mit Bezug zum eigenen Lebensumfeld und zur Gesellschaft beitragen zu können sowie
- Freizeit als Beitrag, sein Leben genießen und sich erholen zu können.

„Auf der Grundlage einer ergotherapeutischen Diagnostik“ (GKV-Spitzenverband, 2016d, S. 5) werden die Klienten mit chronischen Rückenschmerzen durch ein handlungsorientiertes Training alltagsrelevanter körperlicher, emotionaler und sozialer Fähigkeiten unterstützt und gefördert.

In Bezug auf die gesundheitsfördernde Gestaltung des Arbeitsplatzes setzt die Ergotherapie standardisierte Assessments zur Analyse der Arbeitsbedingungen ein. Berufsbezogene Belastungs- und Motivationsfaktoren sowie Daten zur vergangenen Arbeitsunfähigkeit des Klienten werden erfragt. Durch die Angaben des Rehabilitanden entstehen Belastungsprofile, welche die Einschätzungen des Arbeitnehmers widerspiegeln, durch den Therapeut ausgewertet und in die Therapieplanung einbezogen werden. Als Befund wird ein in der medicoreha entwickeltes, aus dem standardisierten Dokumentationsschema

IMBA¹²¹ abgeleitetes arbeitstherapeutisches Screening eingesetzt, welches die berufs- und/oder arbeitsplatzbezogenen Anforderungen den Fähigkeiten des Patienten gegenüberstellt und die zu erreichende Leistungsfähigkeit oder Behinderungen erfasst. In der Arbeitsplatzbeschreibung werden Kernelemente definiert und einem Übungsprogramm zugewiesen.

In offenen Kleingruppen üben Rehabilitanden Tätigkeiten mit Beeinträchtigungen hinsichtlich der beruflichen und alltagsgezogenen Anforderungen, erproben Verhaltensänderungen und steigern allmählich die Belastung. Materialien aus dem Alltag (z. B. Wasserkästen, Körbe, Lastboxen, Dosen und Flaschen, Tablett, Werkzeugkoffer und weitere) und gängigen Berufen (z. B. Schubkarre, Leiter, Tragematerialien unterschiedlicher Art und Gewichte, Schraubkästen und ein Büroarbeitsplatz) werden dabei als Therapiemedien eingesetzt.

Zu den Inhalten der Schulungen gehören die Anleitung zur Rumpfaufrichtung, Transferformen und Bewegungsübergänge, arbeitsplatzspezifische Bewegungsabläufe, alltägliche und haushaltbezogene Bewegungsabläufe. Die Verlaufsdocumentation und das Therapieergebnis geben dem Arzt Hinweise für das sozialmedizinische Gutachten.

Ergotherapeuten prüfen auch, ob dauerhaft geminderte Fähigkeiten und fehlende Funktionen durch den Einsatz von Hilfsmitteln kompensiert werden können. Bei Bedarf kann in Absprache mit dem Arzt und in Zusammenarbeit mit der Orthopädietechnik eine adäquate Hilfsmittelversorgung erfolgen und der Umgang mit Hilfsmitteln bereits während der Rehabilitationsmaßnahme geübt werden.

4. Psychologie

Die psychologische Betreuung für somatisch erkrankte Patienten ist für die Verarbeitung der Erkrankung und/oder Verletzung, insbesondere auch bei Chronifizierung, von großer Bedeutung. Das Erkennen und Behandeln psychosozialer Belastungen oder komorbider psychischer Erkrankungen sichert den Erfolg der medizinischen Therapie, da psychosoziale Faktoren einerseits relevant sind für die Entstehung und Aufrechterhaltung somati-

¹²¹ IMBA: Integration von **M**enschen mit **B**ehinderungen in die **A**rbeitswelt.

scher Erkrankungen und andererseits großen Einfluss haben auf Bewältigungs- und Anpassungsprozesse seitens des Patienten. Die Betrachtung des Menschen bezieht alle Bestandteile des Verhaltens und Erlebens mit ein. Gedanken, Gefühle und Handlungen sowie soziale Beziehungen können danach sowohl ursächlich zur Entstehung und Verschlechterung der Erkrankung beitragen, als auch durch Veränderungen positiv auf die Gesundheit einwirken.

Die psychologische Beratung hat das Ziel, mit evidenzbasierten Maßnahmen die Adhärenz und Lebenszufriedenheit der Patienten während der Rehabilitation zu fördern und den anschließenden Wiedereintritt in das Arbeits- und Sozialleben zu unterstützen. Den Patienten wird vermittelt, wie sie ihr Krankheitserleben selbst beeinflussen, die psychosozialen Folgen bewältigen und ihr Leben mit oder trotz Krankheit lebenswert gestalten können. Die Patienten sollen erlernen, ihren Gesundheitszustand aktiv zu verbessern und die erzielten Verbesserungen in ihrem Alltag aufrecht zu erhalten.

Das psychologische Angebot für Patienten mit chronischem Rückenschmerz besteht aus den Bausteinen Entspannung, Psychoedukation und Angehörigen- und Partnerberatung.

Entspannung

Insbesondere im Hinblick auf durch Gesundheitsprobleme und Schmerzen ausgelösten Stress ist das Erlernen aktiver Entspannungsverfahren für Patienten eine wichtige Hilfe bei der Krankheitsverarbeitung. Im Vordergrund dieses Moduls stehen Verfahren der Muskel-, Atem- und konzentrativen Entspannung sowie Körperwahrnehmungstechniken und das Konzept der Achtsamkeit. Ein Schwerpunkt liegt bei der praktischen Vermittlung der progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson (vgl. Jacobson, 1938).

Psychoedukation

Im Zyklus werden vier verschiedene Themen angeboten.

Thema 1: Stressbewältigung

Zwischen körperlichen Reaktionen einerseits und dem psychischen Befinden andererseits bestehen oft enge Zusammenhänge. Durch alltägliche Stressoren können das vegetative Gleichgewicht gestört und körperliche Reaktionen hervorgerufen werden. Schmerzpati-

enten berichten häufig über Zusammenhänge mit zunehmender Beschwerdeentwicklung. Zudem erfahren viele Patienten durch eine länger andauernde Erkrankung Einschränkungen in der Lebensqualität, die als psychisch belastend erlebt werden. In dieser Stunde werden Ansatzpunkte zur Stressanalyse, typische Stressreaktionen und Möglichkeiten zur kurz- und langfristigen Stressbewältigung vorgestellt (vgl. Kaluza, 2011).

Thema 2: Entspannung und Schlaf

Gesundheit heißt unter anderem, einen Ausgleich zu finden zwischen Anspannung und Entspannung. Durch gesellschaftliche Zwänge und eigenes Anspruchsdenken werden die Entspannungsphasen im Alltag jedoch häufig immer kürzer oder seltener, was zu Gesundheitsschädigungen infolge von Daueranspannung führen kann. In dieser Sitzung sollen hilfreiche alltägliche Maßnahmen zur Gegensteuerung erarbeitet und in ihrer Wirkungsweise vorgestellt werden. Die Vor- und Nachteile sowie Besonderheiten systematischer Entspannungsmethoden wie z. B. der Progressiven Muskelentspannung (vgl. Jacobson, 1938) werden vermittelt. Weiterhin werden Maßnahmen der Schlafhygiene nach Müller & Paterok (2010) thematisiert.

Thema 3: Verhaltensänderung

Alltägliche Automatismen und gefestigte Gewohnheiten (z. B. in den Bereichen, Bewegung oder soziale Beziehungen sowie Ernährung, Rauchen oder Alkoholkonsum) sollen vor dem Hintergrund ihrer kurz- und langfristigen gesundheitlichen Konsequenzen hinterfragt werden. Verhaltensorientierte Änderungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung einer adäquaten Zielsetzung werden besprochen und ggf. an konkreten und alltagsnahen Patientenbeispielen überprüft (angemessene Zielformulierung, Selbstbeobachtung, Selbstkontrolle, Selbstbelohnung, Ergebnisbewertung und Würdigung der Erfolge) (vgl. Linden & Hautzinger, 2015).

Thema 4. Krankheitsbewältigung

Gemeinsam mit den Patienten wird erarbeitet, wie sie ihr Krankheitserleben selbst beeinflussen, die familiären und beruflichen Folgen bewältigen und ihr Leben mit oder trotz Krankheit lebenswert gestalten können. Vor dem Hintergrund verschiedener Modelle zu den Konzepten Krankheit, Gesundheit oder Salutogenese (vgl. Kapitel 3.5.2) soll die aktive

Beteiligung des Patienten am Bewältigungsprozess angeregt werden. Die Inhalte basieren teils auf dem Manual nach Basler und Kröner-Herwig (2006) „Psychologische Therapie bei Kopf- und Rückenschmerzen“ sowie dem Konzept nach Barbara Glier (2015) „Chronischen Schmerz bewältigen“.

Angehörigen- und Partnerberatung

Die Angehörigen können bei einzelnen Terminen mit eingebunden werden und den Patienten auf deren Wunsch dorthin begleiten. Psychologisch befürwortet und im Gespräch mit dem Patienten gefördert wird dies auch für die Ernährungsberatung und Hilfsmittelschulung.

Bei Bedarf werden psychologische Einzelgespräche ärztlich verordnet.

4.3.3.2 Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation

Die Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) wird in der medicoreha Neuss in Ergänzung zur AMR angeboten und erfolgt auf der Basis einer Zulassung durch die Deutsche Rentenversicherung Rheinland. In diesem Versorgungsmodell werden Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) unter Berücksichtigung spezifischer Anforderungen des Arbeitsplatzes rehabilitiert. Im teilhabeorientierten MBOR-Konzept werden Menschen mit chronischen Krankheiten in das Erwerbsleben reintegriert, indem die Leistungsfähigkeit, Selbstständigkeit, Alltagsbewältigung und soziale Einbindung – anstelle einer oftmals nicht erreichbaren Heilung – für das therapeutische Handeln zielführend wird. Dieser Rehabilitationsansatz ist sozial- und gesundheitspolitisch, ökonomisch und medizinisch begründbar und notwendig.

Wie im Kapitel ausführlich 2.4 geschildert, bedürfen die Krankheitsrisiken der sich wandelnden Arbeitswelt einer engeren Verzahnung zwischen medizinischen und beruflichen Rehabilitations- und Nachsorge-Interventionen (vgl. Löffler, Gerlich, Lukaszik et al., o. J., S. 11). Gesundheitliche Risiken resultieren aus hohen und/oder oft dauerhaften körperlichen oder psychischen Beanspruchungen durch die Arbeit sowie aus Unfällen und Verletzungen, z. B. auf dem Weg zum Arbeitsplatz (vgl. Schlick, Bruder und Luczak, 2010). Es gilt möglichst frühzeitig Rehabilitanden mit arbeitsbezogenen Problemlagen – beispielsweise

durch Screeningverfahren oder standardisierte Assessments - zu identifizieren (vgl. DRV B, 2015e, S. 10-11).

Auftrag jeder medizinischen Rehabilitation ist, die beruflichen Perspektiven der Arbeitswelt in alle Reha-Prozesse einzubringen, beispielsweise im Einladungsschreiben (vgl. Anhang VI), in der ärztlichen Reha-Diagnostik, bei der Reha-Zielvereinbarung, bei Patientenschulungen, im aktiven körperlichen Training und im abschließenden sozialmedizinischen Gutachten (vgl. a. a. O.).

Zielgruppe der ambulanten MBOR

In der medicoreha Neuss werden zum größten Teil Personen mit orthopädischen Beeinträchtigungen und Behinderungen im Rahmen einer muskuloskelettalen Rehabilitation behandelt. Neben einer positiven Prognose aufgrund der körperlichen, mentalen und sozialen Ressourcen des Rehabilitanden bildet die Motivation, sich mit arbeits- und berufsbezogenen Fragestellungen auseinandersetzen zu wollen, die Grundvoraussetzung für den Rehabilitationserfolg (vgl. Löffler et al., o. J., S. 19).

Medizinische Ausschlusskriterien für eine MBOR sind:

- Postoperativer Zustand nach kürzlich erfolgter Implantation einer Hüft-, Knie- oder Schulter-Endoprothese
- Persistierende und neu aufgetretene postoperative Lähmungen
- Ausgeprägte Schmerzsymptomatik oder Begleiterkrankungen, welche die Belastbarkeit stark einschränken (z. B. eine kardiovaskuläre Erkrankung, eine fortschreitende onkologische Erkrankung, eine schwere Depression oder ein reduzierter Allgemeinzustand)

Prozess der ambulanten MBOR

Der Ablauf ist vergleichbar mit der AMR; die MBOR enthält jedoch einige spezifische Assessment- und Therapiemodule, insbesondere in den Fachbereichen Ergotherapie, Psychologie und Sozialberatung, die im Folgenden vorgestellt werden. Art, Umfang, Häufigkeit, Dauer und Intensität der Maßnahmen richten sich in Abhängigkeit von den personenbezogenen Voraussetzungen nach dem individuellen Rehabilitationsziel und den Belastungsanforderungen des Arbeitsplatzes. Der Reha-Prozess besteht aus den Phasen:

1. Sozialmedizinische Begutachtung und Zuweisung durch die DRV Rheinland

2. Eingangsdagnostik

- Ärztliches Aufnahmegespräch und klinische Untersuchung
- Arbeitsbezogene Anamnese
- Analyse des Aufnahmefragebogens

Reicht bei einem Rehabilitanden die Belastbarkeit nicht aus, erfolgt am Aufnahme- tag eine Umsteuerung in die muskuloskelettale Rehabilitation. Bei Vorliegen einer BBPL wird die arbeits- und berufsbezogene Diagnostik (Phase 3) durchgeführt.

3. Berufsbezogene Diagnostik

- Berufsbezogene Anamnese
- Abgleich subjektiver Patientenangaben mit den objektiven Befunden
- ggf. Belastungserprobung
- ELA-Assessment (ELA steht für Einschätzung körperlicher Leistungsfähigkei- ten bei arbeitsbezogenen Aktivitäten)
- Einschätzung der psychosozialen Belastungen
- Standardisierte Eigen- und Fremdeinschätzung

4. Therapieplanung

Rehabilitationsziele ergeben sich aus der Fähigkeits-/Defizitanalyse. Eine Zielverein- barung erfolgt unter Einbezug des subjektiven Krankheitsverständnisses und den individuellen Präferenzen des Rehabilitanden.

5. Durchführung der MBOR (lediglich die MBOR-spezifischen Behandlungsmodule sind aufgeführt)

- Berufsbezogene Schulungen in Gruppen
- Arbeitstherapie
- Psycho-soziale Gesprächsgruppe
- Psychologische Einzelberatung
- Re-Assessments, ggf. Anpassung der Therapieziele und/oder der Thera- pieinhalte an Abweichungen

6. Reha-Entlassungsbericht mit sozialmedizinischer Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben

Ausgangspunkt jeder Rehabilitation ist der Betroffene in seiner Krankheitsverarbeitung und Motivation (Phase I). Bei Zuweisung durch den Kostenträger wird die Zuordnung zur MBOR am Aufnahmetag überprüft. Bei Bedarf kann die medicoreha nach eigenen Erhebungen eines Rehabilitanden aus der muskuloskelettalen Rehabilitation in die MBOR umsteuern und umgekehrt. In allen Phasen der MBOR steht der Arbeits- und Berufskontext des Rehabilitanden im Vordergrund (vgl. Löffler et al., o. J., S. 19).

In der Eingangsdiagnostik (Phase 2) erhebt der leitende Arzt aus dem Patientenaufnahmefragebogen, der Anamnese, dem ärztlichen Aufnahmegespräch und dem MBOR-Screeningverfahren Hinweise auf das Vorliegen einer BBPL, welche für die Zuweisung in die MBOR als Einzelfallentscheidung genutzt werden können. Zur Datenerhebung setzt die medicoreha bei allen Rehabilitanden einen standardisierten Patientenaufnahmefragebogen ein, der als arbeits- und berufsbezogener Anamnesebogen dient und definierte Einschlusskriterien erfasst; u. a. werden objektive Belastungen erfragt und subjektive Einschätzungen der psychosozialen Belastungen erfasst (siehe Anhang VI - Reha-Aufnahmefragebogen).

Anhand der erfragten Daten und den Ergebnissen der Eingangsdiagnostik setzt der Arzt ein MBOR – Screening nach Tabelle 4-3 ein. Bei einem Punktwert von über 90 Punkten wird dem Rehabilitanden eine MBOR empfohlen. Stimmt er zu, wird die berufsbezogene Diagnostik (Phase 3) fortgesetzt.

Tabelle 4-3: MBOR – Screening (eigene Darstellung)

Lfd. Nr.	Merkmale	Punkte
1	Alter < 45 Jahre	7
2	Arbeitslosigkeit	16
3	Arbeitsunfähigkeit	29
4	Fehlzeiten: > 6 Monate	13
5	Arbeitsunfähigkeit (0-10) >7 Pkt.	8

6	Negative subjektive RTW-Prognose ¹²²	20
7	Motivation für MBOR (1-5) > 3	7
	Summe	100

Innerhalb der ersten Woche (Phase 5) bewertet der ärztliche Leiter in Abstimmung mit dem multiprofessionellen Team, ob der Rehabilitand seine frühere berufliche Tätigkeit wieder aufnehmen kann, eine betriebliche Anpassung des Arbeitsplatzes bzw. eine innerbetriebliche Umsetzung oder weiterführende Beratungen – beispielsweise über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – in Betracht kommen. Ggf. ist eine diagnostische Belastungserprobung notwendig, damit die psychische und physische Belastungsfähigkeit des Rehabilitanden besser eingeschätzt werden kann.

Nach dem ganzheitlichen Rehabilitationsansatz unterstützen Ärzte und Therapeuten auf der Basis der formulierten Reha-Ziele den Rehabilitanden darin, neue gesundheitsbezogene Kenntnisse, Verhaltensweisen und Einstellungen zur Arbeit und zum Beruf zu entwickeln.

Die arbeits- und berufsbezogenen Schulungen und Beratungen (Phase 5) thematisieren die vom Rehabilitanden als belastend empfundenen Situationen im Erwerbsleben mit ihren Auswirkungen auf den Gesundheitszustand sowie die vorliegende Erkrankung und Behinderungen (vgl. DRV B, 2015, S. 19). Die Schulungen sind auf die Stärkung von ‚Selbstmanagement‘ und Selbstwirksamkeit (vgl. Kapitel 4.3.1) der Rehabilitanden ausgerichtet. Durch Verlaufskontrollen oder auf Wunsch des Rehabilitanden kann der Therapieplan angepasst werden.

In der abschließenden ärztlichen Untersuchung und dem Gespräch mit dem Rehabilitanden (Phase 6) werden die wesentlichen Ergebnisse aus der rehabegleitenden Dokumentation besprochen, vor allem ob als Ergebnis der sozialmedizinischen Beurteilung der bisherige Arbeitsplatz wieder eingenommen oder ob eine stufenweise berufliche Wiedereingliederung empfohlen werden kann.

Ein Mustertherapieplan verdeutlicht in Anhang XV den dreiwöchigen Reha-Ablauf.

Arbeits- und berufsbezogene Interventionen

¹²² RTW: Return to work.

Entsprechend dem Anforderungsprofil der DRV (2015e) bilden folgende Trainings-, Beratungs- und Schulungsangebote die Kernelemente der MBOR in der medicoreha:

- Arbeitstherapie,
- Arbeitsplatztraining,
- Psycho-soziale Gesprächsgruppe,
- Psychologische Arbeits- und berufsbezogene Einzelberatung,
- Sozialberatung im Einzelgespräch,
- Arbeitsplatzbegehung,
- Belastungserprobung und Zusammenarbeit mit externen Institutionen.

Die *Arbeitstherapie* setzt bei den erhobenen Daten zur beruflichen Anforderung sowie den arbeitsplatzbezogenen Risikofaktoren an und zielt durch Trainingsinterventionen auf eine Steigerung der physischen Belastbarkeit ab. Es erfolgt ein Abgleich des beruflichen Anforderungsprofils mit den Kompetenzen des Rehabilitanden sowie der Eigeneinschätzung mit der Fremdeinschätzung aus dem ELA-Assessment (vgl. Kapitel 3.3.6).

Die Arbeit wird unter möglichst realistischen Bedingungen als therapeutisches Medium eingesetzt. Sensomotorische und mentale Ressourcen der Teilnehmer werden aktiviert und können die Rückkehr in den Beruf vorbereiten. Bei dauerhaften Einschränkungen und Behinderungen üben die Klienten Verhaltensweisen unter Anleitung ein, die die arbeitsplatzbezogenen Belastung reduzieren.

Im medicoreha-*Arbeitsplatztraining* werden beruflich relevante Bewegungsabläufe nach trainingswissenschaftlichen Methoden systematisch trainiert. Die Belastungssteuerung ist an der sensomotorischen Bewegungskoordination (Bewegungskontrolle) und dem Trainingsprinzip der Progression ausgerichtet (vgl. Kapitel 2.2.1). Die Ausführung der Arbeitsaufgaben im Arbeitsplatztraining wird stufenweise der Leistung am Arbeitsplatz angenähert (vgl. Seeger, 2003, S. 131-168). Ziel ist die Steigerung der physischen Leistungsfähigkeit nach dem Prinzip der ‚Graded Activity‘ (vgl. Lindström, Öhlund, Eek C. et al., 1992). Hierbei legt der Therapeut den Schwierigkeitsgrad fest und steuert das Belastungsniveau nach dem subjektiv eingeschätzten Belastungsempfinden des Rehabilitanden (BORG-Skala) und nach trainingswissenschaftlichen Parametern (nach der Art der Übung, Häufigkeit, Dauer und Intensität) (vgl. Kapitel 2.2.1). So lernen die Rehabilitanden, ihre Leistung realistisch einzuschätzen, richten ihre Wahrnehmung während des Übens auf die berufs-

bezogenen Aktivitäten (z. B. Ziehen, Heben, Schieben, Tragen) und bauen ihre bewegungs- und belastungsbezogenen Ängste durch kontrollierte Bewegungen ab (vgl. Streibelt, 2015, S. 246).

Psycho-soziale Gesprächsgruppe

Im edukativen Teil der Gruppengespräche werden die Entstehungsbedingungen und aufrechterhaltenden Faktoren von psychischen und somatischen Beschwerden in Bezug auf ihr Verhältnis zu Arbeit und Beruf erarbeitet. Hierbei wird sowohl das bisherige Krankheitsverständnis als auch die bisherige Rolle von Arbeit und Beruf im Leben des Patienten hinterfragt, um somit eine erhöhte Selbstwirksamkeit zu erreichen und Denk- und Verhaltensänderungen zu ermöglichen.

Der Kontakt mit anderen Betroffenen, die ähnliche Erfahrungen am Arbeitsplatz gemacht haben, schafft im (selbst-)erfahrungsorientierten und motivationalen Teil der Gruppenarbeit einen Raum für gegenseitigen Austausch. Durch das Erleben von Akzeptanz hinsichtlich der eigenen Schwierigkeiten und Konflikte am Arbeitsplatz kann die Gruppe das Problemlösen jedes Gruppenmitgliedes unterstützen. Weiterhin bietet die Gruppe ein soziales Übungsfeld, in dem das Verhalten und Einstellungen unter geschützten Bedingungen und unter fachlicher Anleitung verändert und eingeübt werden können. Folgende Themenbereiche werden in Form eines auf vier Termine ausgelegten Curriculums in der offenen Gruppe bearbeitet:

Thema 1: Stress lass nach! – Arbeits- und berufsbezogene Stresskompetenz

Ausgehend vom Modell der Stresskompetenz nach Kaluza (2011) wird das berufliche Verhalten und Erleben der Teilnehmer in Hinsicht auf arbeitsbezogene Stressoren und Stressreaktionen analysiert. Weiterhin werden Bewältigungsmöglichkeiten (mental und instrumentell) und Erholungskompetenzen (Regeneration durch Arbeitspausen, am Wochenende, im Urlaub) mit den Teilnehmern erarbeitet.

Thema 2: Arbeit als Last oder Lust? - Arbeit und Beruf im Spannungsfeld von Belastung, Beanspruchung und Ressource

Der Arbeitsplatz wird hinsichtlich seiner mentalen und psychischen Anforderungen an Konzentration, Aufmerksamkeit, aber auch Freundlichkeit und Einfühlungsvermögen be-

trachtet. Die Teilnehmer erarbeiten Techniken, wie dies trotz der krankheitsbedingten Einschränkungen geleistet werden kann. Weiterhin soll eine ressourcenorientierte Einstellung vermittelt werden, Arbeit und Beruf nicht als Gefährdung für die Gesundheit aufzufassen, sondern als stabilisierenden und erfüllenden Faktor im Leben.

Thema 3: Das gibt Ärger! – Konfliktfähigkeit, Emotionsarbeit und selbstsicheres Verhalten am Arbeitsplatz

Ausgehend vom Modell des Gruppentrainings sozialer Kompetenz nach Hinsch und Pfingsten (2011) wird das berufliche Sozialverhalten und Erleben der Teilnehmer unter den Gesichtspunkten „sicheres Verhalten“, „unsicheres Verhalten“ oder „aggressives Verhalten“ betrachtet. Weiterhin werden kognitive, emotionale und motorische Verhaltensweisen erarbeitet und eingeübt, die in Konfliktsituationen am Arbeitsplatz zu einem langfristig günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen für den Handelnden führen.

Thema 4: Ran an die Arbeit! – Die Rückkehr ins Arbeits- und Berufsleben nach langen Zeiten der AU oder Arbeitslosigkeit

Viele Patienten haben durch lange Arbeitsunfähigkeit (AU) oder Arbeitslosigkeit (ALO) an (arbeitsbezogenem) Selbstbewusstsein verloren, sie trauen sich nichts mehr zu oder haben Schwierigkeiten, die eigene Leistungsfähigkeit realistisch einzuschätzen. Als Folge drohen beim Wiedereinstieg in den Erwerbsprozess Über- oder Unterforderung, eine zum Arbeitsleben passende Tagesstruktur gelingt nicht. Ausgehend von Selbstmanagementmodellen erlernen die Patienten, ihre arbeitsbezogene Umgebung und Ihren Tagesablauf wieder selbst zu strukturieren, sich bezüglich der psychischen Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz realistische Ziele zu setzen (vgl. Kapitel 3.3.4.3 – SMART-Methode) und sich auch selbst ausreichend zu motivieren.

Psychologische Einzelberatung

Der Psychologe erfasst die psychosozialen Belastungs-, Schutz- und Risikofaktoren, die sich auf den Arbeitsplatz auswirken können. Mögliche Bewältigungsstrategien ergeben sich aus der Persönlichkeit des Rehabilitanden, der psychomentalen Belastbarkeit und

den klinischen Dimensionen (z. B. Angst, Depressivität) des Rehabilitanden. Aus der klientenzentrierten Praxis ergeben sich psychologische Therapieinhalte wie Motivationsförderung, Training von Bewältigungsstrategien, Verhaltensänderungen oder Handlungsplannungen für den beruflichen Alltag.

Im Mittelpunkt der verhaltensorientierten psychologischen Einzelgespräche stehen die individuellen Gedanken, Bewertungen, Einstellungen und Gefühle des Patienten in Bezug auf Arbeit und Beruf. Ziel ist die Vermittlung eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses, um dem Patienten krankheitsauslösende oder -aufrechterhaltende Bedingungen aus dem arbeits- und berufsbezogenen Bereich aufzuzeigen. Patienten, die bereits psychisch erkrankt sind oder bei denen eine psychische Erkrankung droht, erhalten Informationen über Möglichkeiten und Wege einer psychotherapeutischen Behandlung, die Einzelgespräche dienen in diesem Zusammenhang sowohl der Motivation als auch der Information des Patienten.

Sozialberatung im Einzelgespräch

Die MBOR-Sozialberatung in der medicoreha setzt den Schwerpunkt auf sozialrechtliche Themen, die im engen Zusammenhang mit der Lebenswelt und dem Arbeits- und Berufskontext des Rehabilitanden stehen. Grundlegende Inhalte sind die Begleitung und Anleitung des Klienten im Reha-Prozess sowie bei der Eingliederung und Rückkehr in den Beruf und das soziale Umfeld (vgl. Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG), 2008). Entsprechend den rechtlichen Rahmenvorgaben werden mögliche Lösungsansätze zur vorliegenden BBPL erarbeitet. Abhängig von der individuellen Situation des Rehabilitanden können folgende Inhalte in der Auseinandersetzung mit der eigenen beruflichen Situation relevant sein:

- Sozialrechtliche Fragen,
- Dauer der Arbeitsunfähigkeit,
- Stufenweise Wiedereingliederung,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA),
- Berufswegeplanung und Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz,
- Berufliche Neuorientierung/Umschulung,
- Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM),
- Arbeitsplatzbegehung.

Die Sozialberatung in Einzelgesprächen beinhaltet in Einzelfällen die Information und Beratung zur wirtschaftlichen Absicherung des Rehabilitanden, die Klärung von Fragen zur Entgeltfortzahlung, zum Übergangsgeld, zur Schwerbehinderung und zur Erwerbsminderungsrente. Es werden Möglichkeiten der beruflich orientierten Rehabilitationsnach-sorge (BONA), der Sekundär- oder Tertiärprävention besprochen. Im Bedarfsfall erfolgen in Abstimmung mit dem Rehabilitationsträger Beratungen zu spezifischen MBOR-Angeboten wie der stufenweisen Wiedereingliederung, der Belastungserprobung und der Kontaktaufnahme zum Integrationsfachdienst.

Arbeitsplatzbegehung

Kontakte zu Unternehmen sind wichtig, um den Bezug zu realen Anforderungen des Arbeitsplatzes herstellen zu können. Sofern ein Einverständnis des Rehabilitanden und seines Arbeitgebers vorliegt, wird bei Bedarf eine Arbeitsplatzbegehung oder eine externe Belastungserprobung von Ergotherapeuten durchgeführt, dokumentiert und ausgewertet. In Abstimmung mit den Arbeitgebern können vor Ort der Arbeitsplatz analysiert und ressourcenorientierte Anpassungen am Arbeitsplatz vorgenommen werden.

Räumliche und apparative Ausstattung

Für die MBOR bedarf es zusätzlicher Raumangebote sowie Erweiterungen in den Therapiemedien und -materialien. Die Veränderungen werden besonders in der Arbeitstherapie deutlich, da hier im Kontext verschiedener Berufe mehr Platz benötigt wird oder es auch zur Lärm- und Schmutzentwicklung kommen kann. Zur Verfügung stehen eine Übungsküche, ein Büroarbeitsplatz, Handwerksarbeitsplätze, eine simulierte Baustelle und ein arbeitstherapeutisch gestalteter Außenbereich.

4.3.3.3 Ambulante onkologische Rehabilitation

Die Ambulante onkologische Rehabilitation (AOR) wird in der medicoreha Neuss in Kooperation mit dem Lukaskrankenhaus auf der Basis eines Vertrages mit der Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung, der Träger der gesetzlichen Krankenkasse und der

Deutschen Rentenversicherung im Land Nordrhein-Westfalen erbracht. Die Rehabilitanden sind über einen Zeitraum von 15-20 Tagen täglich 5-7 Stunden im Hause, bei Bedarf steht ihnen ein Fahrdienst zur Verfügung.

Die ambulante onkologische Rehabilitation (AOR) steht seit dem Jahr 2010 unter der Leitung und Verantwortung eines Facharztes für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie, der in den Städtischen Kliniken Neuss - Lukaskrankenhaus - GmbH angestellt ist. Die ärztliche Vertretung ist ebenso durch das Lukaskrankenhaus sichergestellt. Die sozialmedizinische Verantwortung wird durch den Facharzt der medicoreha Neuss abgedeckt.

Krebspatienten und ihre Angehörigen können wohnortnah und ganztägig eine qualitätsgesicherte Versorgung in der ambulant durchgeführten Rehabilitation erhalten. Im gewohnten Umfeld ergibt sich neben den Unterstützungsangeboten für den Betroffenen auf dem Weg zurück zum Alltagsleben oder bei der beruflichen Wiedereingliederung auch die Möglichkeit, die Angehörigen mit einzubinden.

Indikationen

Spezifische Indikationen, welche in Zusammenarbeit mit den Städtischen Kliniken Neuss - Lukaskrankenhaus - GmbH, festgelegt wurden, sind:

- Gastrointestinale Erkrankungen wie Darmkrebs (ICD-10-GM: C18), Rektumkrebs (ICD-10-GM: C21), Magenkrebs (ICD-10-GM: C16), Speiseröhrenkrebs (ICD-10-GM: C15) und Bauchspeicheldrüsenkrebs (ICD-10-GM: C25)
- Bösartige Neubildungen der Brust (ICD-10-GM: C50) und der weiblichen Genitale (ICD-10-GM: C57)
- Bronchialkrebserkrankungen und Krebserkrankungen der Atemwege wie Lungenkrebs (ICD-10-GM: C34), Kehlkopfkrebs (ICD-10-GM: C32) und Luftröhrenkrebs (ICD-10-GM: C33)
- Krebserkrankungen des Bindegewebes (ICD-10-GM: C94) und des Knochens (ICD-10-GM: C41)
- Maligne Systemerkrankung wie Blutkrebs und Lymphdrüsenkrebs (ICD-10-GM: C91-C96)

Rehabilitationssteuerung

Die festzulegenden rehabilitativen Versorgungsstrategien sind abhängig von der Art der onkologischen Erkrankung, dem Stadium und den Folgen der Tumorthherapie. Einen Überblick über die Erkrankungen, Arten der Therapieverfahren und möglicherweise ausgelösten bio-psycho-sozialen Belastungen gibt die Abbildung 4-1.

Therapiestrategien in der medizinischen Rehabilitation von Krebserkrankten

medicoreha
INSTITUT FÜR REHABILITATION

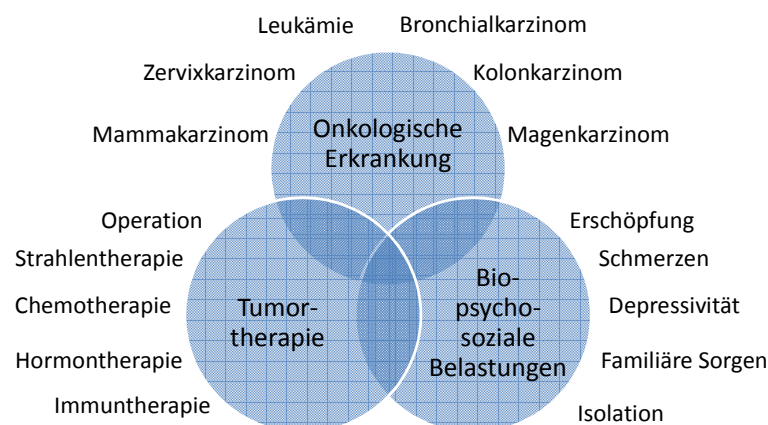


Abbildung 4-1: Ausrichtung der Therapiestrategien in der Rehabilitation onkologischer Patienten (eigene Darstellung).

Bis heute werden onkologische Rehabilitationsmaßnahmen bundesweit nur in wenigen ambulanten Einrichtungen durchgeführt. Dennoch ergibt sich bei Gesprächen mit Hämatonkologen, aber auch mit betroffenen Patienten oder deren Angehörigen der Eindruck, dass die Akzeptanz zur Durchführung einer ambulanten Rehabilitationsintervention bei Krebspatienten zwischenzeitlich gestiegen sei.

Da der Anteil alter Menschen bei Krebspatienten weiterhin steigen wird, werden häufiger multimorbide Patienten mit onkologischen Hauptdiagnosen, aber auch mit internistischen Nebenerkrankungen, der AOR zugeführt. Eine Belastungssteuerung des körperlichen Trainings solcher Patienten bedarf einer vorsichtigen, submaximalen Leistungsdiagnostik unter Berücksichtigung einer herabgesetzten Herz-Kreislauf- und Stoffwechsellistungsfähigkeit. Die Anbindung an das Lukaskrankenhaus Neuss mit einer internisti-

schen und einer kardiologischen Abteilung bildet eine wichtige Voraussetzung für die Zulassung (vgl. Kapitel 4.2.4 – Notfallmanagement).

Reha-Prozess und Reha-Steuerung

Vor Beginn der Rehabilitation sollten die onkologische Diagnostik und eine hinreichende Diagnostik der Begleitkrankheiten durch den vorbehandelnden Arzt abgeschlossen sein. Der Rehabilitationsarzt muss über die Ergebnisse der Voruntersuchungen (Rezidivabschluss, Staging¹²³, Bestimmung der Tumoraktivität) sowie der Diagnostik von Begleitkrankheiten informiert werden und wissen, ob und inwieweit der Patient über das Tumorerleiden und die sich daraus ergebenden Konsequenzen aufgeklärt ist. Die Tabelle 4-4 fasst den Prozess der ärztlichen Reha-Diagnostik und Reha-Steuerung zusammen.

Tabelle 4-4: Ärztliche Steuerungsprozesse in der ambulanten onkologischen Rehabilitation (eigene Darstellung)

Steuerung	Inhalte
Ärztliche Eingangsunter-suchung	<ul style="list-style-type: none"> • Medizinische, berufliche und soziale Anamnese • Allgemeine körperliche Untersuchung • Ruhe-EKG bei Bedarf • Bedarfsgerechte Bestimmung von Laborparametern, • ggf. Sonographie, Langzeit-EKG, Blutdruck und Lungenfunktion
Ärztliche Gesamtbeurteilung	<ul style="list-style-type: none"> • Assessments der beteiligten Berufsgruppen • Funktionsanalysen • Fragebögen
Ärztliches Beratungsge-spräch mit dem Rehabilitanden	<ul style="list-style-type: none"> • Reha-Zielvereinbarung • Partizipative Beteiligung

Tabelle 4-4 (Fortsetzung): Ärztliche Steuerungsprozesse in der ambulanten onkologischen Rehabilitation (eigene Darstellung)

Steuerung	Inhalte
Reha-Planerstellung	Standardisierte Steuerung über die KTL mit Festlegung der Art der Intervention, des Umfangs und der Wiederholungsfrequenz

¹²³ Klassifizierung nach Stadien entsprechend der S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms.

Reha-Durchführung 4-5 Std. an 5 Tg./Wo.	<ul style="list-style-type: none"> • Steuerung der Prozessqualität nach Mindeststandards (RTS) • Verlaufskontrollen (Visiten) und -dokumentation
Reha-Ergebnis	<ul style="list-style-type: none"> • Reha-Entlassungsbericht an den behandelnden Arzt • Sozialmedizinisches Gutachten

Für die Rehabilitationssteuerung der Indikation *Mammakarzinom (Brustkrebs)* lassen sich die Reha-Ziele wie folgt nach der ICF-Klassifizierung herausarbeiten (vgl. Brach, Cieza, Stucki, Füßl, Cole, Ellerin et al., 2004, pp. 121-127).

1. Körperstrukturen und -funktionen

- Krankheitsbewältigung und -akzeptanz (Coping) und Reduktion depressiver Krankheitsverarbeitung durch Erlernen von Techniken zur Stressbewältigung und Entspannung (b130)
- Minderung von Ängsten vor einem Fortschreiten der Krebserkrankung oder eines Rezidivs durch ärztliche und psychologische Beratungen sowie psycho-educative Interventionen (b152)
- Erhöhung des Selbstwertgefühls durch Strategien zur Selbstwahrnehmung des eigenen Körpers und zur Akzeptanz des veränderten Körperschemas (b180)
- Schmerzbewältigung, beispielsweise durch das Erlernen aktiver Entspannungsverfahren (b280)
- Reduktion des Lymphödems durch Manuelle Lymphdrainage und Kompressionsbandagierung (b4352)
- Förderung der Beweglichkeitsfunktionen der Brustwirbelsäule, des Schultergürtels und der Schulter (b710)
- Erhaltung und Steigerung der physischen Leistungsfähigkeit bei bestehendem Fatigue Syndrom mit verminderter körperlicher Leistungsfähigkeit, vor allem der Kraft (b730) und globalen dynamischen aeroben Ausdauer (b740)
- Erhaltung der Knochendichte durch Krafttraining und Vermeidung von Stürzen durch sensomotorisches Training (b755)
- Aktivierung der Strukturen des Immunsystems (s420) und der Schulterregion (s720)

2. Die wesentlichen, nach Aktivitäten und Teilhabe kategorisierten Reha-Ziele sind

die Wiedererlangung

- von Tätigkeiten, die mit Heben oder Tragen verbunden sind (d430)
- von Hand- und Armgebrauch zum Erhalt bzw. Wiedererlangen der Selbstversorgung, z. B. sich waschen, An- und Auskleiden, Haushaltsversorgung (d445),
- einer körperlich aktiven Lebensweise, z. B. Bewegungs- und Freizeitaktivitäten wie Schwimmen, Saunabesuche oder Vereinsaktivitäten (d570)
- der Fähigkeit Hausarbeiten zu erledigen, wie z. B. Reinigen des Hauses, Waschen von Kleidung, Benutzung von Haushaltsgeräten (d640)
- der sozialen, auch intimen Beziehungen zum Partner (d770)
- der Bewältigung von Aufgaben und Anforderungen am Arbeitsplatz (d850)

3. Der Rehabilitationsverlauf kann durch Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren sowohl positiv als auch negativ beeinflusst werden. So werden die Ressourcen der Patientin, wie z. B. die soziale Kompetenz und soziale Integration (d720-d770), durch Therapiestrategien gefördert, aber auch negativ wirkende Umweltfaktoren benannt und Bewältigungsstrategien in den Interventionen vermittelt. Mögliche Förderfaktoren oder Barrieren bei den umweltbezogenen Kontextfaktoren können vorhanden sein:

- in der medizinischen Infrastruktur des Wohnorts
- im engsten Familienkreis (e310) und in den individuellen Einstellungen der Angehörigen (e410)
- bei den Arbeitsplatzbedingungen, z. B. den individuellen Einstellungen der Kollegen und Vorgesetzten (e425)

Der Umgang mit Krebserkrankten ist für Angehörige eine Herausforderung. Sie können ggf. als Förderfaktor oder als Barriere bewertet werden. Interventionsstrategien sind beispielsweise die Angehörigen- und Partnerberatung, Umgang mit Angst und Traurigkeit der Kinder sowie die Einbindung von Krebsberatungsstellen und Selbsthilfeorganisationen.

4. Personenbezogene Faktoren sind in der ICF nicht klassifiziert (WHO, 2001, S. 146). Rehabilitationsziele, welche die Betroffene selbst beeinflussen kann, liegen in

- der Einstellung zur Gesundheit und Krankheit sowie in der Entwicklung von Strategien zur Reduktion von Risikofaktoren, z. B. bei Vorliegen von körperlicher Inaktivität, Rauchen oder Adipositas
- der Wiedererlangung von Optimismus und Aktivitätsaufbau
- dem Aufbau von Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeitserwartungen durch Steigerung der Selbstverantwortung und des Mitwirkungsrechts, z. B. durch Information zur Erkrankung, Erkennen gesundheitsschädigender Verhaltensweisen, Modifikation von wenig unterstützenden subjektiven Krankheitsmodellen und -vorstellungen
- der Wiederaufnahme der Arbeit entsprechend den Wünschen des Patienten

Die Komplexität der Erkrankung Mammakarzinom und deren Behandlungsfolgen bedürfen einer interprofessionellen Vorgehensweise. In Abhängigkeit von den Schädigungen, Beeinträchtigungen und Reha-Zielen werden folgende Interventionen eingeleitet:

- Fortsetzen der medikamentösen Behandlung
- Physiotherapie und Physikalische Therapie (z. B. Manuelle Lymphdrainage)
- Physiotherapeutisches Aufbautraining (Kraft-, Ausdauer- und sensomotorisches Training)
- Sport- und Bewegungstherapie (Gruppeninterventionen)
- Alltags- und berufsbezogene Ergotherapie (Einzel- und Gruppeninterventionen)
- Gesundheitsbildung (vgl. Kapitel 2.9 - Gesundheitskompetenz)
- Psychologische Beratung (Einzel- und Gruppeninterventionen)
- Entspannungstraining
- Ernährungsberatung und Diätetik
- Spezielle Hilfsmittel
- Soziale und arbeitsbezogene Beratung und Unterstützung der beruflichen Reintegration
- Arbeitsbezogene Interventionen
- Angehörigenarbeit
- Sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit

Die Auswahl der Behandlungselemente erfolgt gemeinsam mit der Patientin durch den Arzt nach dem individuellen Bedarf und wird über den Reha-Plan festgelegt.

Die Tabelle 4-5 verdeutlicht an exemplarisch ausgewählten ICF-Interventionszielen die professionsübergreifende Zusammenarbeit zur Erreichung der ausgewählten Interventionsziele und ordnet die Leistungen den beteiligten Berufsgruppen zu.

Tabelle 4-5: Rehabilitationssteuerung Mammakarzinom (eigene Darstellung)

ICF-Code	Interventionsziel	Leistungen nach Profession
b280 Schmerz b4352 Funktionen der Lymphgefäße s720 Strukturen der Schulterregion d230 tägliche Routine durchführen	Selbständigkeit in der häuslichen Umgebung z. B. Hausarbeit erledigen, Einkäufen gehen, Kind tragen, Mahlzeiten vorbereiten	Arzt ➔ Medikamente, Beratung, Vortrag Physiotherapeut ➔ Manuelle Lymphdrainage, Manuelle Therapie, Physiotherapeutisches Aufbautraining Ergotherapeut ➔ Gruppe: Alltagsorientiertes Funktionstraining Psychologe ➔ Gruppe: Schmerzbewältigung
b130 Emotionale Funktionen d240 Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen	Coping z. B. unter Aspekten von Angst, Sorgen, verändertes Körperschema, Affekt, Trauer	Psychologe ➔ Psychoedukative Gruppen <ul style="list-style-type: none"> • Umgang mit Angst • Motivationsförderung • Progressive Muskelrelaxation • Stressbewältigung

Tabelle 4-5 (Fortsetzung): Rehabilitationssteuerung Mammakarzinom (eigene Darstellung)

ICF-Code	Interventionsziel	Leistungen nach Profession
d760 Familienbezie-	Motivation zur Lebensstilände-	Arzt ➔ Beratung zur Krankheit, Vortrag

hungen d920 Erholung und Freizeit	<i>rung in bedeuten- den Lebensberei- chen</i> z. B. Freizeit- oder Erholungsaktivitä- ten, Spiel und Sport	Psychologe ➔ Gruppe: Motivationsförderung, Tabakentwöhnung, Stressbewältigung Physiotherapeut, Sportwissenschaftler ➔ Gruppe.: Körperlich-sportliche Aktivität in der Sekundär-, und Tertiärprävention
--	---	---

4.3.3.4 Rehabilitationsnachsorge

Die Nachsorgeprogramme der medicoreha erfolgen auf Basis einer Zulassung durch die Deutsche Rentenversicherung. Sie kann von Ärzten zum Ende einer stationären oder ambulanten Rehabilitationsmaßnahme als berufsbegleitende Nachsorgeleistung zur Stabilisierung des Rehabilitationserfolgs verordnet werden. Der Umfang der Leistungen besteht aus 24 Behandlungstagen mit je 90-120 Minuten Therapiedauer und erfolgt berufsbegleitend.

Zum Leistungsangebot der Intensivierten Rehabilitationsnachsorge (IRENA) gehören ärztliche Untersuchungen, das Physiotherapeutische Aufbautraining (PAT) und Gruppentherapien.

Aus trainingswissenschaftlicher Perspektive erfolgen Anpassungen der Körperfunktionen und Körperstrukturen nach dem Prinzip der biologischen Adaptation (vgl. Kapitel 2.2.1) nicht kurzfristig, sondern über langfristige Zeiträume. Entsprechend der gestellten ausdauer- oder kraftorientierten Belastungsanforderung treten die funktionalen und morphologischen Anpassungen erst nach Wochen ein. Ebenso benötigen aus einem bildungswissenschaftlichen Blickwinkel Konstrukte wie ‚*Selbstwirksamkeit*‘ oder ‚*Gesundheitskompetenz*‘ eine Transferleistung der erlangten Kompetenzen des Rehabilitanden in den persönlichen beruflichen oder alltäglichen Lebensbereich über längere Zeitspannen.

BONA

Für die Berufsorientierte Rehabilitationsnachsorge (BONA) werden ärztliche Untersuchungen, ergotherapeutische Befundaufnahmen und Behandlungen mit besonderer Be-

rücksichtigung arbeitsplatzspezifischer Anforderungen, PAT und Gruppentherapien als Leistungen vorgehalten.

4.3.3.5 Rehabilitationssport und Funktionstraining

Grundlage für die Durchführung von Rehabilitationssport/Funktionstraining ist der Rahmenvertrag, den der RehaSport Deutschland e.V. mit den Leistungsträgern der Kranken- und Rentenversicherung abgeschlossen hat. Der Reha-Sport wird von niedergelassenen Ärzten verordnet, in den meisten Fällen für 50 Einheiten mit 45 Minuten Dauer, für die die Reha-Sportteilnehmer einer Gruppe zugeführt werden. Ein Vorteil für den Arzt ist, dass die ärztlichen Richtgrößen¹²⁴ für Heilmittel durch diese Verordnung nicht belastet wird und der Patient über die gegebene Zeitspanne ‚versorgt‘ ist. Kritisch einzuwenden ist, dass Patienten mit ‚RehaSport‘ als Ersatz für die medizinische Rehabilitation versorgt werden, obwohl diese Versorgungsform nur der Ergänzung und Stabilisation der Reha-Ergebnisse dienen sollte.

4.3.4 Heilmittelversorgung

Heilmittelbehandlungen der Physiotherapie und Ergotherapie erfolgen in der medicoreha auf der Basis einer Zulassung nach § 124 SGB V und nach den Gemeinsamen Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Abs. 1 SGB V. Voraussetzung zur Leistungserbringung ist eine ärztliche Verordnung, die zu Lasten der GKV nach den Vorgaben des Heilmittelkataloges auszustellen ist. Heilmittelverordnungen werden auch zu Lasten der Berufsgenossenschaften oder für privat- und beihilfeberechtigte Patienten erbracht. Die Heilmittelversorgung ergänzt das Portfolio der medicoreha und leistet einen Beitrag zur Grundversorgung in der Region.

Zentraler Gegenstand ist die Gesundheit des einzelnen Menschen. Entsprechend erfolgt die Therapie in der medicoreha patienten- und zielorientiert. Die angewandten passiven Untersuchungs- und Behandlungsmethoden orientieren sich an anatomischen Strukturen und beziehen physiologische Prozesse mit ein. Nach dem Aufgabenverständnis der medicoreha liegt auch im Heilmittelbereich der Schwerpunkt der Physiotherapie inaktivieren-

¹²⁴ Budget, das für Heilmittelverordnungen pro Patienten und Quartal im Durchschnitt zur Verfügung steht.

den Behandlungsformen unter Berücksichtigung des Anforderungsprofils aus dem Leben des Patienten.

4.3.5 Besondere Versorgung/Integrierte Versorgungsmodelle

Aus dem sektoral gegliederten Gesundheitssystem einzelner medizinischer Versorgungsbereiche resultieren Grenzen und Schnittstellenprobleme, die eine nahtlose und patientenorientierte Versorgungskette erschweren. So ist der Übergang von der kurativen Akutversorgung immer noch unzureichend mit der medizinischen Rehabilitation verbunden. Aus der Zunahme komplexer chronischer Erkrankungen und dem daraus resultierenden Bedarf nach abgestimmten Versorgungsketten haben sich in der medicoreha seit 2004 integrierte Versorgungsmodelle entwickelt, die paradigmatisch für eine „Moderne Physiotherapie“ sind. In der Tabelle 4-6 sind die aktuellen Sondermodelle der Integrierten Versorgung (IV) nach Krankenkassen, Kooperationspartnern und medicoreha-Standorten zusammengestellt.

Tabelle 4-6: Rehabilitationssteuerung Integrierte Versorgung (eigene Darstellung)

IV-Modell	Beteiligte KK	Partner Vertrags-MM	Neuss	Köln	Rheydt	BMG
IV Rücken	BARMER		X	X		X
IV BKK Rückenschmerz	VAG BKKn			X		
IV Endoprothetik	BARMER, TK, DAK (Inoges)	Inoges	X		X	
IV Endoprothetik	BARMER (Augustinerinnen KH)			X		
IV ProEndo	BARMER (Eduardus KH)			X		
IV Endo	TK	LVR-Klinik Viersen			X	
IV Sportmedizin	TK		X		X	

Tabelle 4-6 (Fortsetzung): Rehabilitationssteuerung Integrierte Versorgung (eigene Darstellung)

IV-Modell	Beteiligte KK	Partner Ver- trags-MM	Neuss	Köln	Rheydt	BMG
IV Zweitmeinung (chron. Rücken u. Arthrose)	BARMER, VI- ACTIV, BKK VBU	DAAG	X	X	X	
IV BEM	Pronova BKK		X	X	X	X
IV Gesunde Bewe- gung gegen Krebs	AOK		X			

Legende Tab. 4-6:

BKK VBU	Betriebskrankenkasse Verkehrsbau Union
BMG	Standort Borussiapark
DAAG	Deutsche Arzt AG
TK	Techniker Krankenkasse
KH	Krankenhaus
KK	Krankenkasse
MM	Management

In den IV-Modellen wird über eine im Vergleich zur monomodalen Heilmittelleistung intensivere Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Therapieberufen und Krankenkassen aus unterschiedlichen Sektoren angestrebt und nach den Kriterien der internen Qualitätssicherung von der medicoreha organisiert und koordiniert (vgl. Kapitel 4.2).

Als Beispiel beruht das *Integrierte Versorgungsmodell Rücken* auf einem Vertrag mit der BARMER für Patienten mit der Indikation akuter und chronischer Rückenschmerz. Hierfür haben sich im ‚MedNetNiederrhein‘ niedergelassene Fachärzte, Hausärzte, Krankenhäuser und ambulante medicoreha Fachkliniken zu einem Netzwerk zusammengeschlossen. Die Einschreibung in das Programm erfolgt über Kooperationsärzte (Orthopäden, Schmerztherapeuten, Neurochirurgen). Die Leistungserbringung besteht aus zwei Programmphasen, einer ‚Komplexen ambulanten Therapie‘ (20 Einheiten) und einer ‚Nachsorgephase‘ (24 Einheiten), die innerhalb von sechs Monaten abgeschlossen werden. Die Leistungen bestehen aus einer ärztlichen Eingangsdiagnostik, aktiver Physiotherapie, PAT, Maßnahmen der physikalischen Therapie, schmerztherapeutische Gruppensprechstunden, Fallbesprechungen, der Therapieprozess- und Ergebnisdokumentation und einer ärztlichen Entlassungsuntersuchung. Wöchentliche Fallkonferenzen stimmen schmerztherapeutische, körperbezogene und edukative Therapiestrategien individuell ab. Im Unterschied zur isolierten und nicht abgestimmten Regelversorgung erfolgt das IV-Modell Rücken

standardisiert und sektorübergreifend. Das Behandlungsteam aus Schmerzärzten und Physiotherapeuten arbeitet partnerschaftlich zusammen und ermöglicht einen multimodalen Therapieansatz nach leitliniengestützten Versorgungspfaden (siehe Bundesärztekammer et al., 2017). Neben den individuellen, auf den Patienten bezogenen Vorteilen strebt die integrative Sektoren übergreifende Versorgung auch medizinökonomische Vorteile an, z. B. die Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen, verbunden mit nicht erforderlichen stationären Krankenhausaufenthalten, Verringerung der verschreibungspflichtigen Arzneimittel, kürzeren AU-Zeiten sowie verminderten Lohnersatzleistungen der BARMER gegenüber der Regelversorgung (vgl. Kapitel 2.8.2 - direkte Kosten).

Das Sondermodell ‚OP-Vermeidung durch Zweitmeinung und abgestimmtem Therapiekonzept‘ nach § 140a SGB V in Kooperation mit der Deutsche Arzt AG besteht u. a. für die Indikation chronischer Rückenschmerz. Zur Vermeidung planbarer, potenziell vermeidbarer Operationen (vgl. Kapitel 2.8.2 - Faktencheck Rücken), beispielsweise bei einer drohenden Bandscheiben-OP, erhält der Klient eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung. Bei Unsicherheit, ob die Operation medizinisch zwingend geboten ist, kann der niedergelassene Arzt ein abgestimmtes konservatives Therapiekonzept mit den Modulen Physiotherapie und PAT empfehlen. Die Mindeststandards für Therapeutenqualifikationen, Geräte- und Raumausstattung, Therapiezeit, Dokumentation und weitere Rahmenbedingungen sind vertraglich definiert.

4.3.6 Prävention und Gesundheitsförderung

Präventionskurse

Präventionskurse der medicoreha sind Vorsorgeangebote, die in der Eigenverantwortung der Kunden stehen und grundsätzlich als Selbstzahlerleistungen angeboten und abgerechnet werden. Im Leitfaden Prävention des GKV Spitzenverbandes (vgl. 2014, S. 42) sind die Grundsätze des individuellen Ansatzes der Primärprävention nach vier Handlungsfeldern (Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum) geregelt. Die gesetzlichen Krankenkassen haben Kursangebote, die sich auf das individuelle Gesundheitsverhalten ihrer Versicherten beziehen, über die Zentrale Prüfstelle zertifiziert und übernehmen die Kosten anteilig oder vollständig. Beispiele dafür sind Kurse wie

Nordic Walking, Entspannung (Yoga, Pilates), und Wirbelsäulengymnastik (siehe Anhang XVI medicoreha – Präventionskurse). Nicht nach § 20 SGB V zertifizierte Kurse, wie z. B. Baby- und Kinderschwimmen, können durch die GKV nicht bezuschusst werden.

Plan Gesundheit

Steigende Anforderungen im beruflichen und/oder privaten Umfeld können zu leichteren Beschwerden führen, die oft und zum Teil über längere Zeit ignoriert werden. Aus Frühsymptomen können sich Erkrankungen entwickeln, welche die Gesundheit und Erwerbsfähigkeit gefährden.

Das Programm ‚Plan Gesundheit‘ der DRV Rheinland ist nach dem Setting-Ansatz der Arbeitswelt (vgl. Kapitel 2.4) auf die Gesundheit bzw. Leistungsfähigkeit (vgl. Kapitel 3.3.3) und damit auch Beschäftigungsfähigkeit von Mitarbeitern in Unternehmen ausgerichtet. Versicherte mit gesundheitlichen oder arbeitsbedingten Risiken sollen frühzeitig durch Betriebsärzte, Reha-Ärzte oder die Sozialberatung erkannt und in das Präventionsprogramm eingeschrieben werden. Hierzu muss ein Antrag zur Prüfung der Kostenübernahme von der DRV Rheinland bewilligt werden.

Die medicoreha war seit 2010 an der Entwicklung des Pilotprojekts ‚Plan Gesundheit‘ beteiligt. Hier zeigt sich besonders deutlich, wie weit sich eine „Moderne Physiotherapie“ aus den klassischen Wurzeln einer Krankengymnastikpraxis weiterentwickelt hat und wie sinnvoll rehabilitative und präventive Dienstleistung verzahnt werden kann.

Für die Durchführung der Initial- und Trainingsphase sowie des Auffrischungstages (vgl. Kapitel 3.5.1) greift die medicoreha auf bestehende Strukturen der Niederlassungen zurück. Plan Gesundheit vereint unterschiedliche Strategien der lebens- und arbeitsweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung entsprechend dem Leitfaden der DRV Rheinland (vgl. Schaller et al, 2013) in einem multimodalen Konzept. Die Rehabilitationseinrichtung ist neben der inhaltlichen auch für die organisatorische Durchführung dieser Phasen verantwortlich. Die inhaltliche Umsetzung und organisatorischen Abläufe¹²⁵ sind nach dem QMS standardisiert.

¹²⁵ U. a. über regionale Netzwerke.

Die Beratungs- und Trainingsangebote werden im Austausch zwischen den Teilnehmern und den Therapeuten (Psychologen, Ergotherapeuten, Sportwissenschaftlern, Physiotherapeuten in vier Modulen (Bewegung, Ernährung, Ergonomie sowie Motivation und Stressbewältigung) angeboten.

Für die Zuführung zur Präventionsleistung ist eine medizinische Untersuchung und Befunderhebung durch einen Arzt notwendig.

Plan Gesundheit startet mit einer dreitägigen Initialphase. Ein Arzt erfasst den individuellen Gesundheitsstatus und das Risikoprofil jedes Teilnehmers. Im Rahmen der Funktionsdiagnostik werden ein Ausdauer-I.P.N.¹²⁶-Fahrradergometrietest und ein Krafttest (Ter-gumed) durchgeführt und der auf den Test-Ergebnissen basierende Trainingsplan erstellt. Außerdem finden Einführungsseminare für die Bereiche Ernährung, Bewegung, Ergonomie, Motivation und Stressbewältigung statt. Die anschließende Trainingsphase beinhaltet 32 Termine à 105 Minuten mit einer Frequenz von zwei Terminen pro Woche. An jedem dieser Termine wird ein 45-minütiges Seminar im Wechsel mit einer Bewegungsgruppe (Gymnastik) durchgeführt. Themen der Seminarreihen sind ‚Bewegung‘, ‚Bio-psycho-soziale Gesundheit‘, ‚Ergonomie im Alltag und Beruf‘ und ‚Gesunde Ernährung‘. Im Anschluss wird ein 60-minütiges PAT durchgeführt.

Nach der Trainingsphase beginnt die halbjährige Eigenaktivitätsphase mit der Umsetzung der erlernten Kompetenzen im Alltag und Beruf.

Nach Beendigung der Eigenaktivitätsphase findet der Auffrischungstag statt, die dem Austausch und der Aufarbeitung des Erlernten dient. Bei der Bewältigung von Barrieren oder Umsetzungsproblemen erhalten die Teilnehmer Unterstützung.

Ziel der Kooperation zwischen medicoreha und den Betrieben ist, die Umsetzung der Präventionsleistung in der medicoreha und am Arbeitsplatz unter Einbezug der Arbeitgeber so gut wie möglich zu gestalten.

¹²⁶ I.P.N.: Institut für Prävention und Nachsorge GmbH

4.3.7 Ausbildung an der medicoreha Akademie für Gesundheitsberufe

Der Berufsnachwuchs für die medicoreha wird seit 1996 in der Physiotherapie und seit 2002 in der Ergotherapie an der medicoreha Welsink Akademie GmbH ausgebildet. Die *medicoreha Welsink Akademie* bietet eine Ausbildung in der Ergotherapie und Physiotherapie nach den empfehlenden Ausbildungsrichtlinien des Landes Nordrhein-Westfalen an, um ihre Absolventinnen und Absolventen marktorientiert zu qualifizieren. Die Fachschüler der Ausbildungsgänge Ergotherapie und Physiotherapie haben die Möglichkeit ausbildungsbegleitend einen gemeinsam mit der Hochschule Niederrhein entwickelten Bachelor of Science-Studiengang „Angewandte Therapiewissenschaften“ zu absolvieren. Durch die Kooperation mit der Hochschule Niederrhein orientieren sich die Ausbildungsinhalte an den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen und am physiotherapeutischen Handeln. Die Stiftungsprofessur der medicoreha Welsink Akademie unterstreicht die Entwicklung, dass eine Akademisierung von Therapeuten für die Besetzung von Leitungspositionen und für die Realisierung von Innovationen im Gesundheitsmarkt förderlich ist.

Die medicoreha-Ausbildungsgänge in der Physiotherapie und Ergotherapie sollen den Fachschülern durch den staatlich anerkannten Abschluss ‚Berufliche Handlungskompetenz‘ durch praktische Fertigkeiten, Kenntnisse und personale Kompetenzen vermitteln, die für das Berufsfeld arbeitsmarktrelevant sind (vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2014, S. 27). Der Arbeitsmarkt fordert im Sinne von Beschäftigungsfähigkeit eine selbstständige und eigenverantwortliche Planung, Durchführung und Evaluation physiotherapeutischer Interventionen, die sowohl auf den einzelnen Menschen¹²⁷ als auch auf Zielgruppen ausgerichtet sind.

Berufliche Handlungskompetenz wird als Bereitschaft und Fähigkeit definiert, in beruflichen Situationen sach- und fachgerecht, persönlich durchdacht und in gesellschaftlicher Verantwortung zu handeln (vgl. Bader 2000, S. 39). Sie besteht nach Pätzold (1999, S. 58) aus den vier Kompetenzdimensionen Fachkompetenz, Personalkompetenz, Sozialkompetenz und Methodenkompetenz. Neben der Fachkompetenz gewinnt die sozialkommunikative Kompetenz in der Therapeut-Patient-Beziehung an Bedeutung, damit der

¹²⁷ Individuelle Personen in ihrer Diversität (beispielsweise Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund) mit spezifischen Erwartungen an den Therapeuten.

krankte Mensch sich aktiv und eigenverantwortlich an der Vorsorge, Behandlung und Gesunderhaltung beteiligen kann.

Die Rahmendaten zur Ausbildung sind in der Tabelle 4-7 festgelegt.

Tabelle 4-7: Übersicht Ausbildung Ergotherapie und Physiotherapie (eigene Darstellung)

Ergotherapie	Physiotherapie
2700 Stunden theoretisch-praktischer Unterricht in der Akademie	2900 Stunden theoretisch-praktischer Unterricht in der Akademie
1700 Stunden praktische Ausbildung im ambulanten und klinischen Bereich	1600 Stunden praktische Ausbildung im ambulanten und klinischen Bereich
Klinische Fachbereiche: Neurologie, Orthopädie, Pädiatrie, Geriatrie, Psychiatrie/Psychosomatik, Arbeitstherapie	Klinische Fachbereiche: Neurologie, Chirurgie, Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie, Pädiatrie, Psychiatrie, Gynäkologie
Zentrale Aufgabe: Therapeutischer Prozess: Befund - Therapie - Dokumentation	Zentrale Aufgabe: Therapeutischer Prozess: Befund - Therapie - Dokumentation
Gesamtvolumen 4400 Std.	Gesamtvolumen 4500 Std.

Insbesondere die praktische Ausbildung in der Physiotherapie ist entsprechend den bundeseinheitlichen Vorgaben des MPhG von 1994 immer noch nach den medizinischen Versorgungsbereichen stationärer Krankenhäuser der 1980er Jahre ausgerichtet. Die berufsrechtlichen Regelungen lassen in Ermangelung von curricularen Richtlinien genügend Raum zur Ausgestaltung der Ausbildungsinhalte des Unterrichts, der Erlangung von Kompetenzlevels und der staatlichen Abschlussprüfungen. Als Folge hat sich das Ausbildungsniveau in den etwa 260 deutschen Fachschulen in Deutschland nicht einheitlich, sondern sehr heterogen entwickelt.

In der medicoreha Akademie ist der Unterricht im Hinblick auf die „Moderne Physiotherapie“ nach Lernbereichen strukturiert und über Lerneinheiten modularisiert, die mit dem Studiengang „Angewandte Therapiewissenschaften“ an der Hochschule Niederrhein in einem gemeinsamen Curriculum verzahnt sind. Durch die praktischen Ausbildungsplätze in den stationären Akutkrankenhäusern (Städtische Kliniken Neuss - Lukaskrankenhaus - GmbH und Krankenhäuser Maria Hilf GmbH) und die weitere Versorgung in den medicoreha Fachkliniken für ambulante medizinische Rehabilitation werden bereits den Fachschülern Einblicke in die interprofessionelle Zusammenarbeit innerhalb der intersektora-

len Versorgungskette ermöglicht. Das Potential interprofessionell zu lehren und zu lernen, damit die jungen Berufseinsteiger im Patientenkontakt arbeitsteilig denken und handeln, findet ohne Novellierung der Ausbildungs- und Prüfungsordnungen in der Ergotherapie (ErgThAPrV) und Physiotherapie (PhysTh-APrV) in der Gesundheitsversorgung bislang noch wenig Berücksichtigung (vgl. Berliner Aufruf für interprofessionelle Ausbildung und Kooperation in den Gesundheitsberufen, 2017). Um eine gute Versorgungsqualität für Klienten zu gewährleisten werden an der medicoreha Welsink Akademie GmbH unter den gesetzlichen Rahmenbedingungen bereits folgende Module interprofessionell und kompetenzorientiert unterrichtet:

- Evidenzbasierte Praxis
- Ethische Anforderungen in den Therapieberufen
- Grundlagen der Biomechanik
- ICF
- Medical English
- Psychologische und pädagogische Grundlagenthemen

5 Reflexion

Die Epidemiologie versorgungsrelevanter Gesundheitsstörungen und Erkrankungen sowie die hierdurch ausgelösten Einschränkungen der Aktivitäten und Beeinträchtigungen der Teilhabe für die Betroffenen werden bestimmen, welche gesellschaftliche Relevanz der Beruf der Physiotherapeuten in den zukünftigen Versorgungssektoren Akutkrankenhaus, Heilmittel, Medizinische Rehabilitation und Prävention erlangen wird. Darüber hinaus sind die Perspektiven der Gesamtgesellschaft, der Gesundheitspolitik und der Kostenträger zu bedenken. Mit der Veränderung der Altersstruktur und des Krankheitsspektrums in der deutschen Bevölkerung ändern sich auch die Leitziele in der Gesundheitsversorgung. Ein wichtiges Kernziel hierbei ist „die Wiederherstellung verloren gegangener Alltagskompetenzen“ (...) zur selbstbestimmten Bewältigung der Anforderungen des Alltags (...)“ (Deutscher Bundestag, 2016b, S. 1).

Inzwischen werden mit Blick auf das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (BMG, 2016c) Fortschritte im Strukturwandel durch mehr Kooperation im Gesundheitswesen anvisiert. Das zeigt sich z. B. im Pflegestärkungsgesetz, Krankenhaus-Entlassmanagement, der ärztlichen Zweitmeinung bei planbaren Operationen oder mehr Wahlrechten für den Versicherten bei den Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Hingegen bestehen weitere Verbesserungsbedarfe bei:

- der Überwindung der sektoralen Trennung zwischen dem stationären, rehabilitativen und ambulanten Bereich,
- der Vernetzung und berufsübergreifenden Zusammenarbeit zwischen den verordnenden Ärzten und den nichtärztlichen Heilberufen,
- der Implementierung einer evidenzbasierten Praxis in der physiotherapeutischen Patientenversorgung und eine damit zusammenhängende Ermöglichung von attraktiven Berufsperspektiven für engagierte und hochqualifizierte junge Therapeuten durch systematische Aufstiegs- und Karrierechancen.

Eine zuverlässige Prognose über die Versorgungsentwicklung in den nächsten zehn Jahren ist aufgrund des dynamischen Fortschritts in der Diagnostik, Medizintechnik, Therapie, Prävention, Rehabilitation und vielen weiteren Einflussfaktoren mit vielen Unwägbarkeiten verbunden und fällt deshalb schwer.

Wie in Kapitel 2 geschildert, wird der steigende Versorgungsbedarf und der wachsende medizinisch-technologische Fortschritt dazu beitragen, dass die Kostenträger trotz aktuell hohen Beitragseinnahmen und finanziellen Rückstellungen auch in Zukunft im Wesentlichen vor Finanzierungsproblemen stehen werden, sodass es mittel- und langfristig zu einer Prioritätensetzung der solidarisch finanzierten Leistungen im deutschen Gesundheitswesen kommen wird (vgl. Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer, 2007, S. A2750 - A2754).

Die folgenden Abschnitte beschreiben die wesentlichen Erkenntnisse dieser Arbeit für die Entwicklung einer „Modernen Physiotherapie“.

5.1 Ausrichtung nach dem medizinisch-technologischen Fortschritt

Die zunehmende Digitalisierung der Medizin bewirkt, dass sich das aktuelle Wissen aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen zunehmend anhäuft. Der einzelne Therapeut kann das aktuelle Wissen seines sich verändernden Berufsfeldes kaum noch erfassen und daraus effiziente berufliche Handlungsstrategien entwickeln, ohne sich digitaler Systeme zu bedienen.

Aus der stetig ansteigenden Lebenserwartung der Menschen ergibt sich die Herausforderung einer aktivierenden Langzeitbegleitung¹²⁸ chronisch erkrankter Klienten in komplexen sektorenübergreifenden Versorgungssituationen mit der Notwendigkeit einer kooperativen, interprofessionellen Zusammenarbeit zur Erbringung effizienter Leistungen. Ebenso stellen die geistig und körperlich fitten Menschen im hohen Lebensalter Wünsche und Ansprüche an eine selbstbestimmte Erhaltung ihrer Gesundheit. Regionale innovative Versorgungskonzepte verschiedener Fachdisziplinen und lokaler Netzwerke werden gesundheitspolitisch gefordert (vgl. SVR Gutachten, 2014, S. 90). Hingegen sind Versorgungsangebote der Rehabilitation und Langzeitbegleitung (Tertiärprävention) im Ver-

¹²⁸ Engl.: Active Assisted Living.

gleich zur Akutkuration im Krankenhaus noch unzureichend entwickelt und werden in Leitlinien noch viel zu selten als versorgungsrelevant definiert¹²⁹.

Der technologische Fortschritt in der Medizin macht die Einbeziehung internet- und web-basierter Methoden zur Erfassung versorgungsrelevanter Daten möglich und könnte neben dem Nutzen für den Klienten zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen für die im engen Patientenkontakt arbeitenden Berufe führen. Damit die Wünsche und Bedürfnisse der Klienten mehr im Mittelpunkt der Versorgung stehen, sollten arbeitsteilige Abläufe durch papierlose Datenverwaltung und effizientere digitale Therapieorganisation, Dokumentation und Kommunikation entbürokratisiert werden (vgl. Kapitel 4.2.1 - Medi-Works). Allerdings wird die Entwicklung und Erprobung neuer Technologien, der Verwaltungsaufwand und die Investition für EDV und Software von den Kostenträgern bis heute nicht gesondert vergütet und muss von den Leistungserbringern selbst erwirtschaftet werden.

Mit Ausnahme des Prinzips der Individualisierung¹³⁰ werden die in Kapitel 2.7.2 beschriebenen Beispiele für innovative Technologien in den physiotherapeutischen Tätigkeitsbereichen der Heilmittelpraxis, Klinik oder Rehabilitation kaum angewendet. Die zukünftige Patientenversorgung wird hingegen mehr darauf abzielen, das Selbstmanagement und die Adhärenz chronisch kranker Patienten digital, interprofessionell und intersektoral zu unterstützen.

Als konkretes Beispiel sind Gesundheits-Apps für den Wellness- und Lifestylebereich heute schon weit verbreitet und für viele gesundheitsbewusste Kunden finanziell erschwinglich. Solche Apps motivieren sowohl Patienten, indem sie eine gesunde Lebensweise fördern, als auch technikaffine Therapeuten. Sie sind allerdings aufgrund mangelnder Sicherheitsstandards und aus datenschutzrechtlichen Gründen noch wenig kompatibel mit Anforderungen der medizinischen Dokumentation und Datenverarbeitung. Das liegt zum einen an dem Mangel an qualitativ hochwertigen, nach medizinischen Standards entwickelten Dienstleistungsprodukten, zum andern an der hohen Komplexität der Entschei-

¹²⁹ Allerdings gibt es aktuelle Leitlinien, wie die Nationale Versorgungsleitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz, welche den Stellenwert der körperlichen Aktivierung in der Therapie besonders betonen (vgl. Bundesärztekammer et al., 2017).

¹³⁰ Die Individualisierung der Therapie können einzelne berufserfahrene, fachlich hochqualifizierte Therapeuten durch ihre Spezialisierung und Profilbildung auf ihrem Weg vom Berufsanfänger zum Experten erreichen.

derung eines medizinischen Dienstleisters wie der medicoreha, innovative Technologien in der alltäglichen Interaktion mit dem Patienten einzusetzen. Für eine Realisierbarkeit ist zu bedenken, inwieweit folgende Anforderungen an den Technologie-anbieter zur Langzeitbegleitung chronisch kranker Menschen erfüllt werden:

- Wie hoch sind die Kosten für die Einbindung und Erweiterung in die vorhandene digitale Infrastruktur?
- Wie werden Fragen der Datensicherheit und Rechtskonformität zum Schutz der Patienten umgesetzt?
- Wie sind die Wirksamkeit und der Nutzen für den Klienten einzuschätzen? Liegen bereits diagnosegruppenspezifische Wirksamkeitsnachweise oder Leitlinien vor?
- Wie hoch ist die Transparenz der Anbieter bezüglich der Produktqualität der Technologie?
- Wie kann die Funktionalität und Nutzerfreundlichkeit für die Anwender (Menschen mit chronischen Erkrankungen in unterschiedlichen Lebenslagen, den Ärzten und Therapeuten) bewertet werden?

Die Anforderungen der Zulassungsverfahren für Medizinprodukte sind hoch und langwierig. Die digitalen Medizinprodukte werden sich aber zukünftig weiter entwickeln müssen und als innovative und komplexe System-Lösungen das Therapeut-Patientenverhältnis verändern, indem sie die Therapie individueller gestalten und den Ort der Behandlung/Beratung in das alltägliche Leben des Patienten verschieben werden. Eine wichtige Voraussetzung hierfür ist, dass die erhobenen Daten dem Patienten gehören und das Risiko einer missbräuchlichen Nutzung minimiert werden kann.

Bereits heute können die einzelnen Berufsgruppenangehörigen interprofessionell unter dem Dach einer Reha-Einrichtung mit multimodalen Programmen digital kommunizieren (vgl. Kapitel 4.2.2 – workflow). Für den digitalen Datenaustausch oder die Vernetzung mit externen Technologie-Partnern hingegen, z. B. Cloud-Anbietern, fehlen derzeit noch klare gesetzliche Richtlinien und Regeln, um Einsatzstrategien festlegen zu können.

Im Bereich der wachsenden digitalen Medizin gibt es bereits eine Vielzahl einzelner erfolgreicher Projekte. Demgegenüber steht, dass Heilmittelerbringer bisher noch keinen

elektronischen Heilberuf-Ausweis haben, der - vergleichbar zu den Ärzten oder Apothekern - einen Zugang zur digitalen Medizin und Telematik erst ermöglichen und die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und den Therapieberufen verbessern könnte.

Die Integration von technologischen Innovationen ist durch die nötigen finanziellen, zeitlichen und personellen Ressourcen für ein mittelständiges Unternehmen wie die mediacoreha eine große Herausforderung und bedarf der schrittweisen Einführung, damit die Mitarbeiter diesen Weg mitgehen können. Zu wünschen wäre, dass über eine Novellierung der veralteten Ausbildungs- und Berufsgesetze die Berufsprofile für die nichtärztlichen Heilberufe mit erweiterten zeitgemäßen Qualifikationen und dazu passenden Verantwortungsbereichen reguliert werden. Vor allem sind hier nochmals klientenzentrierte, evidenzbasierte und interprofessionelle Qualifikationen in autonomen Tätigkeitsfeldern zu nennen. Zur Umsetzung solcher Qualifikationsziele ist die Einbindung in die Telematikinfrastruktur notwendig, damit auch Physiotherapeuten in ihren Versorgungseinrichtungen auf medizinische Informationen, die für die Behandlung der Patienten benötigt werden, zurückgreifen und dem Arzt auf digitalem Weg Befunde, Ergebnisse oder Therapieberichte senden können (vgl. Kapitel 2.2.1 – digitale Technologiekompetenz).

5.2 Aktuelle Problemfelder und Potenziale der Heilmittelversorgung

Heilmittelerbringer sind als Dienstleister einer flächendeckenden Grundversorgung ein wichtiger Teil der kurativen Versorgungskette und werden mit steigendem Lebensalter der Patienten häufiger in Anspruch genommen (vgl. Kapitel 3.2.5). Die heutige Situation physiotherapeutischer Leistungserbringer ist im Überblick durch folgende Aspekte gekennzeichnet:

- eine Zunahme von chronischen Erkrankungen und Behinderungen,
- eine wachsende Nachfrage aufgrund des soziodemographischen Wandels,
- unzureichende Evidenznachweise für einen großen Teil der Maßnahmen des Heilmittelkatalogs,

- in der Regel hohe private Investitionen des beruflichen Nachwuchses in die dreijährige Berufsausbildung und in die darauf aufbauende Fort- und Weiterbildung,
- zementiert festgelegte Fort- und Weiterbildungen nach den Rahmenempfehlungen (§ 125 Abs. 1 SGB V),
- geringe Einkünfte der ambulanten Heilmittelerbringer trotz erhöhter Nachfrage,
- geringe Aufstiegs- und Karrierechancen nach der Ausbildung,
- konstant rückgehende Schüler- und Absolventenzahlen in den Ausbildungsgängen.

5.2.1 Steigende Ausgaben der GKV für Heilmittel

Die in Kapitel 3.2.4 beschriebenen jährlich steigenden Heilmittelausgaben der GKV in den Jahren von 2010 bis 2015 (vgl. Deutscher Bundestag, 2016a, S. 2) werden unter dem zunehmenden Spardruck aus der Perspektive der gesetzlichen Krankenkassen als stetig anwachsender und deshalb zu begrenzender Kostenfaktor betrachtet. Dabei gab die GKV im Jahr 2014 nur rund 3 % der Gesamtausgaben für Heilmittel aus. Interessant ist der Vergleich der GKV-Ausgaben für Heilmittelleistungen (in 2014) von rund 5,7 Mrd. Euro im Vergleich zur Finanzierung der Krankenhausbehandlung mit ca. 67,9 Mrd. Euro als größten Posten, oder zu den Ausgaben für Arzneimittel von rund 33,3 Mrd. Euro (vgl. Kapitel 3.2.4 - Abbildung 3-2, S. 105). Die einzelnen Leistungsbereiche stehen untereinander nicht im Wettbewerb, sodass es kaum zu Umverteilungen der GKV-Ausgaben kommt. Hier ist eine Investition in Forschung zum Einsatz einer bedarfsgerechten Verteilung der finanziellen Ressourcen zu empfehlen.

Wie in Kapitel 2.5.1 und 2.5.2 geschildert, kann entsprechend dem Verlauf des soziodemografischen Wandels für die Zukunft ein weiterer Anstieg der Inanspruchnahme von Heilmittelleistungen prognostiziert werden, da vor allem ergo- und physiotherapeutische Leistungen die älter werdenden Menschen bei zunehmender Krankheitslast in ihrer selbstständigen Lebensführung in Bezug auf die Selbstversorgung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft stärken können.

Aus der Sichtweise der Kostenträger wird unter dem steigenden Finanzierungsdruck die Wertschöpfung durch Physiotherapeuten für das Gesundheits- und Gemeinwesen mit der Ausrichtung auf

- die gesundheitspolitischen Forderungen nach der Vermeidung von überflüssigen Operationen,
- die Reduktion des Arzneimittelbedarfs,
- die Reduzierung von Chronifizierungen und Vermeidung von Krankheitsfolgen und Folgekosten,
- die Einsparungen bei Arbeitsunfähigkeit und Krankengeldzahlungen,
- die Erhaltung der Mobilität, Vermeidung oder zumindest Verzögerung und Komprimierung von Pflegebedarf

noch wenig oder nicht beachtet.

Der steigende Bedarf an ambulanten Heilmittelverordnungen zu Lasten der Sozialsysteme steht auch im Zusammenhang mit der verringerten Verweildauer der Patienten und dem Rückgang an Krankenhausbetten in den stationären Einrichtungen, wodurch viele Behandlungen in den ambulanten Bereich verlagert werden. Physiotherapeuten sind im Rahmen einer bedarfsgerechten, ärztlich verordneten Versorgung im Gegensatz zur medikamentösen Krankenbehandlung nicht auf die kurative Behandlung von Krankheiten beschränkt, sondern fördern darüber hinaus die Aktivierung und Selbstbestimmung im Leben der Klienten. Erhebliche Kostensteigerungen im Bereich der Heilmittel und/oder der medizinischen Rehabilitation können daher innerhalb der sektorenübergreifenden Versorgungskette wirtschaftlich sein, da als Folge davon in anderen Ausgabenbereichen größere Kosteneinsparungen erfolgen.

Höhere Ausgaben für das ‚Heilmittel Physiotherapie‘ sind vorwiegend soziodemografisch und epidemiologisch bedingt. Wenn mit steigendem Alter die Bereitschaft in der Bevölkerung, sich ‚zur Ruhe zu setzen‘, steigt, erhöht sich auch die Wahrscheinlichkeit, ernsthaft zu erkranken. Entsprechend resultiert ein Anstieg der Ausgaben für Heilmittel vorwiegend aus einer wachsenden Anzahl der Erkrankungsfälle. Der Preis für die einzelne Behandlungseinheit blieb jedoch durch die Koppelung der Vergütung an die Grundlohnsumme seit dem Jahr 2004 bis 2016 auf sehr niedrigem Niveau, was die Wirtschaftlichkeit ent-

sprechender Dienstleistungen erheblich erschwert. Da sie aber erforderlich sind, dürfte hier zukünftig eine Nachjustierung unausweichlich sein.

5.2.2 Steuerung der Verordnungen

Der seit 2001 die HeilM-RL erweiternde Heilmittelkatalog sollte den Ärzten bei der Versorgungssteuerung zur Orientierung dienen. Heute erfüllen die Strukturvorgaben des Heilmittelkatalogs¹³¹ aufgrund des hohen bürokratischen Mehraufwands für den Arzt im Vergleich zum Ausfüllen einer Arzneimittelverordnung eher den Zweck eines Rationierungsinstruments, der für Patienten eine Zugangsbarriere darstellen kann. Die in Kapitel 3.2.3 beschriebene Komplexität der ärztlichen Vorgaben an der Schnittstelle Arzt, Patient, Physiotherapeut sollte und könnte entsprechend einer *Blankverordnung* (vgl. HHVG, Kapitel 3.2.1) bei einer dringend anstehenden Modernisierung deutlich verringert werden.

Die Art der physiotherapeutischen Leistung wird bisher noch durch Ärzte gesteuert. Im GKV-HIS Bericht (GKV-Spitzenverband, 2016c, S. 3) wurden für das Jahr 2015 physiotherapeutische Leistungen für die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein nach Abrechnungspositionen zusammengefasst (siehe Tab 5-1). Deutlich wird, dass mit den Positionen Krankengymnastik (0503), Krankengymnastik-ZNS-Erwachsene (0704) und gerätegestützte Krankengymnastik (0507) aktivierende Therapieformen im Wert von insgesamt 263 Mill. Euro (gerundet) verordnet wurden. Dem entgegen stehen die Verordnungen von passiven Dienstleistungen durch Manuelle Lymphdrainage 45 min. (0201), Manuelle Therapie (1201), Manuelle Lymphdrainage 60 min. (0202), Wärmepackungen (1501) und Klassische Massage (0106) in der Höhe von insgesamt 116 Mill. Euro (GKV-Spitzenverband, 2016c, S. 3). Die Positionen Hausbesuche (9901) und Krankengymnastik – ZNS-Kinder (0703) aus Tabelle 5-1 werden in dieser Berechnung nicht berücksichtigt. Der mit rund 31 % immer noch hohe Anteil an passiven Behandlungen im Vergleich zu 69 % aktivierender Therapie verstärkt Patienten in ihrer passiven Rolle und erfüllt die Erwartungshaltung

¹³¹Die Unterteilung erfolgt nach vorrangigen Heilmitteln, optionalen Heilmitteln, ergänzenden Heilmitteln, standardisierten Heilmittelkombinationen sowie nach Vorgabe der zu erreichenden Therapieziele, die Möglichkeit der Folgeverordnung unter Berücksichtigung der Gesamtverordnungsmenge und weiteren Vorgaben.

derjenigen, die im Krankheitsfall Ruhe, Erholung und Schonung vermittelnde Behandlungsmethoden erhalten möchten.

Tabelle 5-1: Die 10 umsatzstärksten Heilmittelleistungen nach dem GKV-HIS Bundesbericht 2015 (GKV-Spitzenverband, 2016c, S. 3)

Rang	Heilmittel *	Bruttoumsatz	
		in Tsd. €	in %
1	0503 Krankengymnastik, EB	174.419	38,1
2	0704 Krankengymnastik-ZNS-Erwachsene, EB	80.067	17,5
3	0201 Manuelle Lymphdrainage 45 min	45.527	9,9
4	9901 Hausbesuch eines Patienten	43.451	9,5
5	1201 Manuelle Therapie	28.939	6,3
6	0202 Manuelle Lymphdrainage 60 min	25.707	5,6
7	0703 Krankengymnastik-ZNS-Kinder, EB	15.252	3,3
8	0106 Klassische Massagetherapie	9.404	2,1
9	0507 Krankengymnastik, (gerätegestützte), EB	9.198	2,0
10	1501 Warmpackungen	6.447	1,4

*gleichartige Leistungen werden unter einer Positionsnummer zusammengefasst.

Bei der Versorgung von Patienten mit nicht-spezifischem Kreuzschmerz zum Beispiel fördert die Verordnung von Massagen die Gefahr des Rückzugs in passives Krankheitsverhalten.

Nach der Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz

werden die Lagentheorien der Patienten im Rahmen des Angst-Vermeidungs-Modells¹³² oftmals unterstützt, indem z. B. vermittelt wird, dass Heilung durch passive oder monomodale Maßnahmen, Spritzen und Krankschreibung erreichbar sei. (Bundesärztekammer et al., 2017, S. 18)

Massageverordnungen für Patienten mit nicht-spezifischem Kreuzschmerz entsprechen in vielen Fällen den herkömmlichen Bedürfnissen und Erwartungen der Klienten. Indem sie das Schonverhalten fördern, leisten sie aber keinen nachhaltigen Beitrag zur Lösung des Gesundheitsproblems. Ohne belegten Nutzen sind Massagen nach § 12 SGB V weder zweckmäßig noch wirtschaftlich. Hier bietet sich die Chance, die Kosten für Massagever-

¹³² Vgl. Fear Avoidance Beliefs Questionnaire in Kapitel 4.3.3.2.

ordnungen zu reduzieren, um sie nicht einzusparen, sondern an anderer Stelle in bewegungsfördernde Therapie zu investieren. Leitliniengerechte, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Verordnungsweisen steuern den Patienten in die aktivierende Therapie, die durch systematische Belastungsdosierung nach trainingswissenschaftlichen Prinzipien eine gezielte Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit zur Bewältigung der Lebensrealitäten effizient erbringen kann (vgl. ausführlich dazu die Kapitel 2.2.1 und 4.3.1).

Nach dem HHVG (vgl. Kapitel 3.2.1) wird die ‚Blankverordnung‘ (vgl. Deutscher Bundestag Drucksache 18/10186, 2016b, S. 3) ab 2017 im bundesweiten Modellvorhaben erprobt werden. Der Arzt wird als wichtiger Partner die Diagnose und die Indikationsstellung zur Physiotherapie vornehmen, während der Therapeut entscheiden wird, welche Maßnahmen (Art der Therapie) in welchem Umfang (Gesamtbehandlungsmenge) und welcher Frequenz (Häufigkeit pro Woche) notwendig sind, um einen klinischen Nutzen für den Patienten zu erbringen. Insgesamt bedarf die Blankverordnung aber noch der konkreten Ausgestaltung. So wird derzeit diskutiert, ob der Therapeut neben einem erhöhten Haftungsrisiko auch die Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit der Therapie (Budgetverantwortung) nach einem Vergütungssystem tragen soll. Abgesehen von der konkreten Durchführungsform erfüllt das HHVG die weiter oben ausführlich diskutierten professionellen Kompetenzen von Physiotherapeuten moderner Prägung und auch die berufspolitische Forderung der Berufsverbände nach mehr Versorgungsverantwortung für den Therapeuten in der Steuerung seines Tätigkeitsbereichs und unterstreicht seine Relevanz im Gesundheitssystem.

Allerdings stehen dem Vorhaben noch Vorbehalte der Ärzte gegenüber, die Strukturen und Hierarchien innerhalb der Versorgung neu zu verteilen.

5.2.3 Einkommenssituation der Physiotherapeuten

Zur Einkommenssituation von Selbstständigen und Angestellten in den ambulanten Heilmittelpraxen fehlt es an einer validen Datengrundlage zur politischen Entscheidungsgrundlage. Nach dem Deutschen Verband für Physiotherapie (2017c) sind die Gehälter, die bisher in den ambulanten Heilmittelpraxen gezahlt werden, deutlich unter den Gehältern des Tarifvertrags für den Öffentlichen Dienst (TVöD) in den Krankenhäusern. Nach dem von der CDU/CSU Fraktion des Deutschen Bundestages verabschiedeten Positions-

papier der AG Gesundheit liegt der Gehaltsunterschied der in ambulanten Praxen und Rehakliniken angestellten Physiotherapeuten im Vergleich zu den in stationären Krankenhäusern tariflich bezahlten Physiotherapeuten um ca. 40 % niedriger (vgl. AG Gesundheit 2015, S. 1). Die Vergütungsstrukturen der Krankenhäuser unterliegen nicht der Grundlohnsummenbindung (vgl. Kapitel 3.2), sodass hier eine höhere Vergütung möglich ist.

Für die Heilmittelpraxis ist das Einkommen der Mitarbeiter u. a. abhängig von den Abrechnungspositionen mit dem GKV-Spitzenverband für NRW. Demnach wird die Abrechnungsposition ‚*Krankengymnastik, normal, Einzelbehandlung*‘ für die Regelbehandlungszeit von 15 bis 25 Minuten mit einer Preisuntergrenze von 16,08 Euro bis 16,29 Euro als höchster Preis für das Jahr 2016 berechnet (vgl. GKV-Spitzenverband, 2016d, S. 2). Für die Manuelle Therapie gibt der GKV-Spitzenverband für NRW (a. a. O., S.5) 17,86 Euro (Preisuntergrenze) bis 18,26 Euro (Höchster Preis) als Berechnungsgrundlage an. Selbst wenn eine Heilmittelpraxis den Bruttoumsatz je Behandlungseinheit mit 20,50 Euro zugrundelegt und eine Therapiezeit von 20 Minuten je Behandlungseinheit festlegt, ergibt sich unter Berücksichtigung aller Kosten¹³³ für einen Dienstleister wie die medicoreha ein negatives Betriebsergebnis. Eine hundertprozentige Inanspruchnahme der Leistungen durch GKV-Versicherte ergibt eine deutliche Unterdeckung. Erst eine Quote von 15 % an Leistungen für privat versicherte Patienten liefert einen ausreichenden Deckungsbeitrag für ein neutrales Betriebsergebnis. Dies setzt allerdings voraus, dass ein Behandlungstarif in Höhe des 2,3-fachen vdek¹³⁴-Satzes bei den PKV-Versicherten durchgesetzt werden kann. Um eine Heilmittelpraxis wirtschaftlich zu betreiben, ist sie auf die Behandlung privat Versicherter angewiesen. Die begrenzten Ausgaben für Heilmittel durch die GKV führen dazu, dass die angestellten Therapeuten im Vergleich zu anderen Berufen am unteren Ende der Gehaltsstufen stehen. Von den Kostenträgern gefordert werden aber qualitativ hochwertige und evidenzbasierte Leistungen. Die Anerkennung in Form von angemessener und wertschätzender Vergütung bleibt bisher jedoch noch aus und „ist für Berufsangehörige wirtschaftlich unattraktiv geworden“ (Spitzenverband der Heilmittelverbände [SHV] e. V., 2016, S. 7).

¹³³ Kosten einer Heilmittelpraxis bestehen u. a. aus Miete, Nebenkosten, Personal, Strom, Kosten für Abrechnung der Leistungen, Personalabrechnung, Abrechnung laufender monatliche Finanzbuchhaltung, Kosten Therapiegeräte und -material, etc.

¹³⁴ Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek).

Mit der Verabschiedung des HHVG im Februar 2017 wird der Hauptgrund für die in der Vergangenheit real sinkenden Löhne, die Grundlohnsummenbindung als zentrales Bemessungsinstrument für die Lohnentwicklung, für drei Jahre ausgesetzt. So besteht bei den nächsten Verhandlungen zwischen den Spitzenverbänden der GKV und den Heilmittelverbänden (SHV) zumindest die Chance, dass Vergütungsanhebungen oberhalb der Grundlohnsumme vereinbart werden können, sodass mittelfristig angemessenere Gehälter gezahlt werden können.

5.2.4 Abrechnung mit Privatpatienten

Die Einnahmen von Selbstzahlern und PKV-Versicherten sind wichtig für die Existenzsicherung einer Heilmittelpraxis. Die Höhe der Honorare, die die Heilmittelerbringer mit Privatpatienten bzw. Selbstzahlern für therapeutische Leistungen abrechnen, richtet sich nach jeweils individuell getroffenen Vereinbarungen. Ist die Höhe der Vergütung nicht bestimmt, ist „die nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs [...] übliche Vergütung als vereinbart anzusehen“ (Deutscher Bundestag, 2016a, S. 8).

Durchschnittliche Honorare gehen jedoch nicht in eine mit dem Heilmittelbericht der AOK (WIdA) vergleichbare Datenanalyse ein. Da es im Heilmittelbereich auch keine der ärztlichen oder zahnärztlichen analogen Gebührenordnung gibt, kommt es immer wieder zu Verunsicherungen bis hin zu gerichtlichen Klagen zwischen PKV-Versicherten oder Beihilfeberechtigten und Heilmittelerbringern über die Frage der Angemessenheit und Ortsüblichkeit des Honorars. Private Krankenkassen greifen in ihrer Erstattungspraxis immer wieder auf die Liste der beihilfefähigen Höchstbeträge zurück, die nach Auskunft von der Finanzverwaltung als nicht Kosten deckend bewertet werden. Andere private Krankenkassen wenden eigene Haustarife an, die weder mit ihren Versicherten im Versicherungsvertrag vereinbart noch mit den Heilmittelerbringern verhandelt worden sind. Dies stellt für eine von Gesundheitsdienstleistern erbrachte „Moderne Physiotherapie“ eine unbefriedigende Situation dar, die immer wieder zu einer Belastung des Vertrauensverhältnisses zwischen Patienten und Leistungserbringer führen kann und dringend einer Regelung bedarf.

5.2.5 Fort- und Weiterbildungen

Berufseinsteiger nach staatlich anerkanntem Abschluss können nach den Rahmenempfehlungen gemäß § 125 nicht das gesamte Leistungsspektrum der Physiotherapie erbringen. Für besondere Leistungen bedarf es einer „Zulassungserweiterung für besondere Maßnahmen der physikalischen Therapie“ (Deutscher Verband für Physiotherapie, 2017a), welche nach § 125 SGB V in der Anlage 1a zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer definiert worden sind (vgl. GKV Spitzenverband, 2006b). Hierdurch sollte eine einheitliche qualitätsgesicherte Anwendung der Zulassungsbedingungen für die sogenannten *„Zertifikatsweiterbildungen“*¹³⁵ „nach dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse“ sichergestellt werden (Deutscher Verband für Physiotherapie, 2017a). An dieser Stelle ist kritisch zu hinterfragen, inwieweit das bereits im Jahr 2001 erstellte Dokument der Leistungsbeschreibung Physiotherapie (vgl. GKV-Spitzenverband, 2006c) den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse überhaupt gewährleisten kann.

„Moderne Physiotherapie“ ist heute eine komplexe Aufgabe (siehe Kapitel 2 und 3), die eine adäquate Berufsqualifikation und regelmäßige Fortbildung voraussetzt. Die bestehenden behandlungstechnikbezogenen Fortbildungsangebote sind jedoch sehr heterogen bezüglich ihres Inhalts, des berufsbezogenen Kompetenzerwerbs und ihres Umfangs. Einheitliche Mindestanforderungen und Qualitätsstandards an die Fortbildungsträger, die gleichermaßen eine hohe Transparenz bezüglich Vergleichbarkeit und Qualität der vermittelten Kompetenzen und Qualifikationsabschlüsse gewährleisten, existieren auf dem Fortbildungsmarkt noch nicht.

Grundsätzlich entsteht dem Mitarbeiter oder dem Arbeitgeber durch Fortbildungen ein hoher zeitlicher und finanzieller personengebundener Aufwand, welcher aber gerade im Heilmittelbereich nur begrenzt verfügbar ist.

Die in Kapitel 2 beschriebenen Veränderungen im Gesundheitswesen erfordern statt Zertifikatsabschlüssen, die von den Kostenträgern nur geringfügig höher vergütet werden¹³⁶,

¹³⁵ Zu den Zertifikatsweiterbildungen zählen: Manuelle Lymphdrainage (ML), Propriozeptive Neuromuskuläre Facilitation (PNF), Manuelle Therapie (MT), Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät), Krankengymnastik nach Bobath, Krankengymnastik nach Vojta (KG-ZNS Erwachsene u. KG-ZNS-Kinder).

¹³⁶ Beispiele für Abrechnungspositionen sind:

eher eine Differenzierung der Fortbildungsinhalte nach den Bedarfslagen unterschiedlicher Patientenzielgruppen unter den spezifischen Rahmenbedingungen stationärer Krankenhäuser, ambulanter Heilmittelpraxen oder Rehabilitationskliniken.

Die starren Vorgaben der Zeitfenster in der Leistungsbeschreibung Physiotherapie nach § 125 SGB V Anlage 1a (vgl. GKV-Spitzenverband, 2006b) spiegeln weder die aus fachlicher Sicht notwendige Behandlungszeit (unmittelbare Patientenkontaktzeit) wider, noch entsprechen sie trainingswissenschaftlichen Prinzipien.

An vielen Fachschulen mit aktuellen Lehrplänen gehören die krankengymnastischen Techniken der Zertifikatsweiterbildungen (in reduziertem Umfang) zum festen Bestand der dreijährigen Ausbildung. Hier sollten die bundesgesetzlich geregelten Qualifikationen der Ausbildung geändert und zumindest die Basisinhalte der Zertifikatsweiterbildungen den Erfordernissen der Versorgungspraxis entsprechend in eine moderne Physiotherapieausbildung zwingend einbezogen werden.

Die bestehenden Angebote des zertifikatsorientierten Fortbildungsmarktes werden jedoch dem Bedarf an elementaren überfachlichen Qualifikationen (z. B. in den Bereichen Informations- und Kommunikationstechnologie, der digitalen Therapiesteuerung und -organisation, der Betriebswirtschaftslehre, des Managements oder der Qualitätssicherung, der Partizipation in der Therapie) überhaupt nicht gerecht. Ebenso wenig ermöglichen sie nach Abschluss vielfach „keine damit verbundenen Aufgaben- und Verantwortungserweiterungen durch die Einnahme neuer angemessener Laufbahnpositionen“ (Lehmann, Ayerle, Beutner, Karge & Behrens, 2015, S. 350).

Die Ausrichtung zukünftiger Fortbildungen sollte daher den Bedarf nach dem aktuellen und zukünftigen Leistungsgeschehen der Patientenversorgung in der Gesundheitsdienstleistung ausrichten. Hierzu gehören:

- Inhalte, welche die gesellschaftlichen, wissenschaftlichen und technischen Entwicklungen einbeziehen,
- Forderungen nach Effektivität, Effizienz und Patientensicherheit einer evidenzbasierten und leitlinienorientierten Therapie,

- Ausrichtung an die durch die Dynamik des medizinisch-technologischen Wandels ausgelösten Veränderungen,
- Patientenorientierung durch enge interprofessionell kommunizierende Teams und
- spezialisierte Tätigkeitsbereiche, wie beispielsweise das Arbeiten in komplexen Versorgungsprozessen wie der Intensivstation, in der Palliation, Pädiatrie, Geriatrie, Onkologie, u. a.

5.2.6 Forderung der Kostenträger nach Evidenzbasierung

Zusammenfassend lässt sich schlussfolgern, dass für eine Vielzahl passiver Dienstleistungen¹³⁷ nach § 125 SGB V (vgl. GKV-Spitzenverband, 2006c) bisher nur wenige wissenschaftliche Belege für einen Nutzen erbracht werden konnten. Darüber hinaus entsprechen sie nicht dem in Kapitel 3.3.3 beschriebenen aktivierenden und teilhabeorientierten Versorgungsbedarf chronisch kranker Menschen.

Exemplarisch seien physikalischen Maßnahmen wie z. B. Warmpackungen genannt, die in der Anlage 1a zu den Rahmenempfehlungen nach § 125 SGB V Anlage 1a eine „erforderliche Nachruhe“ mit einem Richtwert von 20 bis 25 min. festlegen. Zur Begründung wird dargelegt:

Einzelne Maßnahmen sehen nach deren Durchführung eine Nachruhe vor. Diese dient der Vermeidung von orthostatischen Kreislaufregulationsstörungen und unterstützt die Kreislaufanpassung. (GKV Spitzenverband, 2006b, S. 2)

Kritisch betrachtet, wird die physikalische Therapie nach den Kriterien wellnesorientierter Kuranwendungen aus Heilbädern der 80er oder 90er Jahre beschrieben. Sie werden aber zu Lasten der durch die Solidargemeinschaft finanzierten gesetzlichen Krankenkassen weiterhin verordnet und abgerechnet. Insgesamt lässt sich hier begründbar die Emp-

¹³⁷ X0106 Klassische Massagetherapie (KMT); X0107 Bindegewebsmassage (BGM); X0108 Segment-, Perist-, Colonmassage; X1104 Traktionsbehandlung mit Gerät als Einzelbehandlung; X1312 Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad); X1310 Hydroelektrisches Teilbad (Zwei-/Vierzellenbad); X1714 Kohlensäurebad; X1732 Kohlensäuregasbad (CO₂-Trockenbad) als Voll-, Dreiviertel- oder Halbbad; X1733 Kohlensäuregasbad (CO₂-Trockenbad) als Teilbad; X1801 Inhalationstherapie als Einzelbehandlung; X1517 Wärmetherapie mittels Heißluft als strahlende Wärme zur Muskeldetonisierung und Schmerzlinderung; X1501 Warmpackung einzelner oder mehrerer Körperteile; X1530 Heiße Rolle; X1531 Ultraschall-Wärmetherapie; X1532 Vollbad oder X1533 Teilbad mit Peloiden z. B. Fango, Schlick oder Moor; X1534 Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen (Anlage 1a zu den Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V vom 1. August 2001 in der Fassung vom 1. Juni 2006).

fehlung ableiten, dass die Standards der HeilM-RL grundlegend überarbeitet und aktualisiert werden müssen.

Während weltweit die Vielfalt an evidenzbasierten Behandlungsmöglichkeiten auch in der Physiotherapie zunimmt, steht die Forschung in der Heilmittel-Versorgungsroutine in Deutschland erst am Anfang ihrer Entwicklung. Wirksamkeitsnachweise zu innovativen Interventionen aus dem Ausland geben wichtige Impulse, können aber nicht ohne vorherige Überprüfung der Anwendbarkeit unter den gesetzlich vorgegebenen Rahmenbedingungen (Vorgabe der Art der Therapie, der Anzahl und Dauer) in die Heilmittelversorgung übertragen werden.

Beispielsweise wird in der Rehabilitation von sensomotorischen Störungen für die Therapie nach Schlaganfall in den S2k-Leitlinien der DGN (2012, S. 8) nach Wirksamkeitsnachweisen durch Metanalysen von Mehrholz, Werner, Kugler und Pohl (2013) für gefähige und nicht gefähige Patienten ein Laufbandtraining (mit und ohne Gewichtsentlastung) empfohlen. Die Vergütung eines solchen Trainings durch die GKV liegt aber auf dem gleichen Erstattungsniveau wie die Verordnung einer Krankengymnastik als Einzelbehandlung, weil sie im Heilmittelkatalog nicht als ‚Zertifikatsposition‘ ausgewiesen ist. Die abrechnungsrelevante Position ‚gerätegestützte Krankengymnastik‘ könnte für viele Patienten mit Beeinträchtigungen der Sensomotorik verordnet werden, da die selbstbestimmte Teilhabe und Mobilität von der körperlichen Leistungsfähigkeit abhängig ist und durch die aktive Beteiligung des Patienten im Training nachweisbar gesteigert werden kann.

Für den Nachweis von Evidenz sind inzwischen viele Praxen mit ergometrischen Assessmentinstrumenten (z. B. pulsgesteuerte Fahrrad- oder Laufbandergometer) mit der Option zur standardisierten Dokumentation von Daten ausgestattet. Der Investitionsaufwand steht jedoch in keinem Verhältnis zu den erwirtschafteten Erlösen im GKV-Heilmittelbereich. Hinzu kommt, dass Assessments und deren Dokumentation generell nicht obligat sind. Sie können nicht separat von der GKV vergütet werden, sondern sind grundsätzlich in der Abrechnungsposition für die Behandlung enthalten.

So bleibt als Kernproblem festzuhalten, dass die in Kapitel 2.10.1 beschriebenen Maßnahmen zur Implementierung neuer evidenzbasierter Verfahren aufgrund des aufwendigen

Ressourcenverbrauchs¹³⁸ und des Spardrucks der Krankenkassen in den gegenwärtigen Heilmittelversorgungsstrukturen bei der geringen Leistungsvergütung nicht finanzierbar und in der Physiotherapiepraxis auf Grundlage des § 125 SGB V auch nicht machbar sind. Die Weiterentwicklung des Berufs wird hierdurch gebremst.

Aktuelle Leitlinien werden in den physiotherapeutischen Praxen i. d. R. dann angewendet, wenn die Therapeuten in Rahmen eines Hochschulstudiums gelernt haben, sich mit Leitlinien und Studien auseinanderzusetzen und dadurch ihr eigenes therapeutisches Handeln kritisch hinterfragen. Die gewachsene Komplexität in der Versorgung erfordert solche Kompetenzen und Schlüsselqualifikationen wie sie u. a. vom Wissenschaftsrat gefordert werden:

- wissenschaftliche Reflexion,
- Überprüfung der Evidenz und
- Anpassung des professionellen Handelns (vgl. Wissenschaftsrat, 2012, S. 85; Schüle, 2013, S. 117).

Analysen zur Über-, Unter- und Fehlversorgung (vgl. SVR, 2001, S. 31 ff.) sind im Heilmittelbereich noch nicht erfolgt, dabei aber ebenso notwendig wie die Erprobung innovativer Versorgungskonzepte. Auch für den Heilmittelbereich sollte der gesellschaftliche und gesundheitspolitische Anspruch bestehen, durch Forschung nachzuweisen,

- welche Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen nach wissenschaftlichen Kriterien wirkungsvoll sind,
- welche (als überholt geltende) Verfahren keinen nachweisbaren Effekt haben,
- welche strukturellen Barrieren und Hindernisse zum Nachweis von Wirksamkeit bestehen,
- welche Ressourcen, die möglicherweise nicht zweckmäßig oder zielgerichtet eingesetzt werden, eingespart werden können, um sie in komplexe und aktivierende Beratungs- und Behandlungsleistungen zu investieren.

Insgesamt mangelt es in der physiotherapeutischen Heilmittelversorgung an einheitlichen Qualitätsindikatoren, die das Konstrukt Heilmittel nach den Qualitätsdimensionen der

¹³⁸ Assessments, Ergebnismessung und Dokumentation werden in der Physiotherapie nicht wie in der ergotherapeutischen Diagnostik gesondert honoriert (vgl. § 125 Anlage 1 Leistungsbeschreibung Ergotherapie in der Fassung vom 15.04.2016, S. 3).

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (vgl. Kapitel 4.2) operationalisieren. Es besteht eine große Variationsbreite in der Versorgungsqualität. Zur Optimierung der Versorgung sollten Mindeststandards für das ‚Ausreichende‘ und ‚Notwendige‘¹³⁹ festgelegt und in den Heilmittelpraxen implementiert werden. Im Rahmen dieser Qualitätsdiskussion sollte die Heilmittelversorgung mit dem Ziel „pay for performance“ in der Versorgungskette von der Diagnose und Indikationsstellung durch den Arzt über die Blankoverordnung bis zum vollständigen Abschluss einer physiotherapeutischen Behandlung bewertet und auch der Qualitätsmessung entsprechend vergütet werden. Eine leistungsorientierte Vergütung hat nach Epstein, Lee und Hamel (vgl. 2004, pp. 406-410) das Ziel, die Qualität der Versorgung zu verbessern, gleichzeitig die Sicherheit zu erhöhen und durch Vermeidung unnötiger Leistungen die Effizienz der Versorgung zu steigern. Die gesetzlichen Grundlagen, Rahmenbedingungen und die Berücksichtigung bei finanziellen Förderprogrammen zur Messung und Optimierung der Qualität sollten durch den G-BA initiiert und formuliert werden.

5.3 Forderung nach sektorenübergreifenden Versorgungsmodellen

Die medicoreha Welsink Unternehmensgruppe hat seit 2004 mit dem MedNetNiederrhein ein regionales Netzwerk mit ca. 100 Ärzten aufgebaut. Auf der Basis von Selektivverträgen mit gesetzlichen Krankenkassen gewährleisten regional vernetzte Versorgungsformen der medicoreha in Sondermodellen die sektorenübergreifende Zusammenarbeit mit Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten in definierten medizinischen Fachbereichen. Die integrative Zusammenarbeit der Partner soll einen Beitrag leisten, die in der Regelversorgung der Heilmittelerbringung übliche Schnittstellenproblematik zu überwinden.

Als wichtige Partner haben dabei die Krankenkassen einerseits die wettbewerbswirksamen Therapieergebnisse gegenüber Modellen konkurrierender Kassen, andererseits das ökonomische Ziel der Beibehaltung der Beitragssatzstabilität im Blick.

Die in § 140a SGB V genannten Bedarfe wurden in der Vergangenheit durch die medicoreha oft gut abgebildet (vgl. Kapitel 4.3.5 – Integrierte Versorgungsmodelle). Nach Aus-

¹³⁹ Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (SGB V § 12).

laufen der seit dem Jahr 2004 im Gesundheitsmodernisierungsgesetz verankerten Anschubfinanzierung gegen Ende des Jahres 2008 wurden solche in der Vergangenheit erfolgreichen Modelle von den Kostenträgern beendet oder stark rationiert und reduziert. Die aktuelle Diskussion mit den gesetzlichen Krankenkassen ist geprägt durch den steigenden Kostendruck, insbesondere mit dem Argument, Wettbewerbsnachteilen gegenüber anderen Krankenkassen durch eine drohende Erhöhung der Zusatzbeiträge für die Versicherten ausgesetzt zu sein.

Dass die medicoreha inzwischen eine Vielzahl von IV-Modellen mit unterschiedlichen Kostenträgern konzeptioniert und vertraglich abgeschlossen hat (vgl. Tabelle 4-7, S. 287), ist dem Umstand der deutlich sinkenden Fallzahlen im Jahresbudget und der mangelnden Auslastung in den bestehenden IV-Verträgen geschuldet.

Die Anforderung der Kostenträger, nicht nur einen Nachweis der Wirkung (vgl. Alfuth und Welsink, 2017), sondern auch der medizinökonomischen Effekte für die Krankenversicherung zu erbringen, stellt für die medicoreha ein Problem dar, welches mit den zur Verfügung stehenden Daten nicht lösbar ist. Dieses Hindernis stellt sich allen physiotherapeutisch geprägten innovativen Versorgungskonzepten als Alternative oder Ergänzung zur klassischen Regelversorgung in den Weg. Bei der Frage nach dem Kosten-Nutzenverhältnis wären die Krankenkassen mit dem umfangreichen GKV-Routinedatenbestand gefordert, eine Einschätzung vorzunehmen.

IV-Therapieprogramme zu Lasten der Krankenkasse auf der Basis geeigneter Rahmenbedingungen erbringen hohen Nutzen für den Patienten, da sie über die Schnittstellen zwischen den Leistungserbringern hinweg über ein regionales Netzwerk organisiert sind. Diese Therapieprogramme sollten anders konzipiert sein als die medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV. So ist z. B. bei einem im Büro tätigen Menschen ein akutes Trauma (z. B. Kreuzbandriss) die Erwerbstätigkeit nicht unbedingt gefährdet, dennoch hat er Rehabilitationsbedarf, der durch eine Heilmittelversorgung, vor allem bei einer OP-vermeidenden konservativen Therapie, nicht abgedeckt werden kann. In vielen dieser Fälle sind weder die starke Betonung edukativer Therapiemodule noch die kompakte Durchführung der 15 Reha-Tage in drei Wochen ohne die Möglichkeit einer zeitlichen Streckung, z. B. auf 6 Wochen, hilfreich. Oft ist eine für die Reha zu Lasten der DRV zwingend notwendige Krankschreibung bei einem Versorgungsmodell IV-Traumatologie gar

nicht erforderlich. Besser geeignet sind regionale und flexiblere Versorgungsmodelle, die ohne langwieriges Antragsverfahren schnell eingesetzt, über einen längeren Zeitraum gestreckt und auch berufsbegleitend am Wohnort in Rehabilitationskliniken mit entsprechenden Öffnungs- und Therapiezeiten an sechs Tagen in der Woche durchgeführt werden können.

Eine Finanzierung durch die Kostenträger vorausgesetzt, können IV-Modelle zur Lösung zukünftig drohender Versorgungsengpässe einen wichtigen Beitrag leisten, weil eine evidenzbasierte, effiziente und bedarfsgerechte Patientenversorgung durch die Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen Ärzten und Therapeuten nach überprüfbaren Mindeststandards und Therapieergebnissen vertraglich festgelegt werden kann.

5.4 Herausforderungen und Chancen der medizinischen Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation mit ihrem komplexen multimodalen und bio-psycho-sozialen Ansatz für Menschen mit chronischen Erkrankungen und Mehrfacherkrankungen ist im Unterschied zur Akutversorgung nicht auf einzelne Körperteile oder Organe ausgerichtet. In Ergänzung zur organzentrierten Medizin kann sie erweitert durch Nachsorgeprogramme Lösungsansätze zu den aktuellen und zukünftigen gesellschaftlichen Herausforderungen bieten. Da die Rehabilitation auf die Selbstbestimmung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben nach §1 SGB IX abzielt (vgl. Kapitel 4.3), muss sie auf individuelle Wertvorstellungen und potenzielle Verhaltensänderungen der Rehabilitanden in ihrem Berufs- und Alltagsleben eingehen.

Investitionen in eine qualitativ hochwertige Reha-Versorgung entlasten nicht nur die Ausgaben der Sozialversicherer, sondern nutzen auch der Gesellschaft. Demografiebedingt wird der Bedarf der älteren Erwerbstätigen an Rehabilitation zunehmen. Trotzdem hält der Gesetzgeber derzeit am streng gedeckelten Rehabudget fest.

5.4.1 Zugangswege

Als Problem in der Praxis erweist sich die Zuständigkeit unterschiedlicher Leistungsträger. Die Zugangsverfahren und Allokationskriterien für die antragspflichtige Leistung werden durch das komplexe Zuständigkeitssystem aus Kostenträgern (u. a. DRV B, GKV, DGUV)

sehr unterschiedlich gestaltet und in Fachkreisen als erhebliche Zugangsbarrieren zur Reha kritisiert. Eine Vereinheitlichung der Reha-Antragsverfahren (vgl. Kapitel 3.3.4.1) wäre ein Beitrag zu mehr Transparenz für die Betroffenen und die niedergelassenen Ärzte. Auch nach den vorgenommenen Änderungen zum 01.04.2016 besteht ein erheblicher bürokratischer Aufwand für den Arzt, der den Antrag bei der DRV oder GKV stellt¹⁴⁰. Bei Inanspruchnahme der GKV muss der Arzt 21 Eintragungen auf dem vierseitigen Formular vornehmen. Entsprechend wird das Reha-Antragsverfahren über das ‚Muster 61‘ (siehe Anhang II) nach Einschätzung aus der Praxis der medicoreha von vielen Ärzten in der Praxis nicht oder nur wenig eingesetzt.

Viele Möglichkeiten, die Rehabilitation und Teilhabe wirkungsvoll bei der Behandlung von behinderten oder chronisch kranken Menschen zur Vermeidung weiterer medizinischer Indikationen (medizinischer Ressourcenverbrauch, Vermeiden oder Verzögerung von Operationen) einzusetzen, bleiben auch durch das neue Antragsverfahren ungenutzt. Der Aufwand einer stationären Krankenhauseinweisung ist für den niedergelassenen Arzt deutlich einfacher als die Veranlassung einer Rehabilitation. Bei einem geplanten Aufenthalt reicht dem niedergelassenen Arzt ein einseitiges Formular, um die Krankenhausbehandlung zu Lasten der GKV zu verordnen. So gelangen viele Menschen erst über einen Krankenhausaufenthalt (oft mit Operation) in die Rehabilitation, durch die – wäre sie früher eingesetzt worden – vielleicht die Operation hätte vermieden werden können. Ein für Patienten und Ärzte nachvollziehbares vereinfachtes Zulassungssystem wäre gesundheitspolitisch, rechtlich und volkswirtschaftlich sinnvoll und sollte als Richtlinie durch den G-BA analog zur Verordnung von Krankenhausbehandlungen formuliert werden.

Unabhängig von einer Neugestaltung der Zugangswege bedarf es in der Versorgungsrealität einer besseren Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und den Reha-Einrichtungen beim Beantragen und Vorbereiten einer Rehabilitation (vgl. RKI, 2015a, S. 322).

¹⁴⁰ Ab 01.04.2016 gilt ein verändertes Verfahren im Bereich der GKV über das vierseitige Formular ‚Muster 61‘ (anstatt zuvor Muster 60 und 61). Außerdem entfällt die Anforderung eines speziellen Qualifizierungsnachweises für Ärzte, die ärztliche Befundberichte für die Reha-Beantragung erstellen.

5.4.2 Effektivität und Effizienz der medizinischen Rehabilitation

Effektivität

Im Vergleich zur Heilmittelerbringung zu Lasten der GKV achtet der Träger der DRV auf eine transparente Berichterstattung und eine gut aufeinander abgestimmte und systematische Qualitätssicherung, die bei der Belegungssteuerung berücksichtigt werden (vgl. Kapitel 3.3.10 – Externe Qualitätssicherung).

In den bestehenden ärztlichen Leitlinien der AWMF sind nach dem SVR Gutachten bisher allerdings nur „wenige spezielle Reha-Leitlinien registriert“ (SVR, 2014, S. 89). Zur Stärkung der Evidenzbasierung bedarf es nach den Empfehlungen des SVR einer erhöhten Forschungsförderung für den Bereich der Rehabilitation, die trägerübergreifend (GKV, DRV und Pflegeversicherung) organisiert werden sollte (vgl. SVR, 2014, S. 96), wobei die Pflegeversicherung nach § 6 SGB IX nicht zu den Rehabilitationsträgern gehört.

Das Gutachten empfiehlt prospektive RCT-Studien unter den realen Versorgungsbedingungen einer Rehabilitation in Deutschland durchzuführen (vgl. SVR, 2014, S. 89). Vom Nachweis der Evidenzbasierung abhängig seien nach dem SVR (2014, S. 89) Fragen „nach einer Anhebung des Reha-Deckels, (...) der Ausweitung ambulanter oder mobiler Versorgungskonzepte genau wie Fragen eines veränderten (ergebnisorientierten) Vergütungssystems (...)“ wissenschaftlich zu prüfen.

Trotz umfangreicher Datenlage aus der trägereigenen Versorgung liegen nach Nübling (vgl., 2011, S. 39) nur sehr wenige systematische RCT-Studien in Deutschland vor. Dies liegt zum Teil an der hohen Komplexität einer Rehabilitationsmaßnahme mit ihren vielfältigen Behandlungsinterventionen und ihren jeweiligen Wechselwirkungen. Oft werden auch die Dosis-Wirkungs-Beziehungen¹⁴¹ von einzelnen Interventionen in der täglichen Routine oder aus Gründen des Kostendrucks nicht detailliert genug von den Therapeuten erfasst und dokumentiert.

In Kapitel 3.3.5 – Chronischer Rückenschmerz und 3.3.7 – Brustkrebs wurde auf einige der inzwischen vielfältigen internationalen Studien zur Wirksamkeit von körperlich-sportlicher Aktivität hinsichtlich patientenrelevanter Zielgrößen wie Mortalität, Morbidität, funktionale Outcomeparameter, oder auf die Fähigkeit, alltägliche oder berufliche Aktivitäten

¹⁴¹ Beispiele sind Zielgrößen wie Bewegungsausmaß (ROM), Leistung in Watt oder Drehmoment in Nm.

durchzuführen, hingewiesen. Diese Evidenznachweise beziehen sich aber nicht auf das Versorgungsgeschehen in einer dreiwöchigen ambulanten Rehabilitation. Wie bereits in Kapitel 5.2.6. mit Bezug zum Heilmittel erwähnt, ist eine unreflektierte Übertragung positiver Ergebnisse internationaler Reviews oder Metanalysen auf die zeitlich reduzierten Bedingungen der Rehabilitation kritisch zu hinterfragen.

In der Rehabilitation kann ein Einzelmodul, z. B. das Physiotherapeutische Aufbautraining, bei der Komplexität aller weiteren einwirkenden Interventionen nicht isoliert bewertet werden. Zudem hängt die Gestaltung der Therapie einerseits von der fachlichen, persönlichen und sozial-kommunikativen Kompetenz des Therapeuten, andererseits von den subjektiven Bedürfnissen und Einstellungen des Patienten ab. Diese hochkomplexe Situation macht eine systematische Bewertung der Wirksamkeit und des Nutzens nach überprüfba- ren Standards zu einer anspruchsvollen Herausforderung (vgl. Kapitel 2.10.1 – Evidenzba- sierte Praxis in der Physiotherapie).

Eine differenzierte Wirksamkeitsbewertung des Einzelmoduls Physiotherapie in der Reha- bilitation könnte durch eine RCT-Studie für eine ausgewählte Diagnosegruppe durch den Vergleich der Wirksamkeit einer multimodalen medizinischen Rehabilitation mit der Ver- sorgung aus dem Heilmittelkatalog erfolgen. Für eine konkret zu definierende Zielgruppe (Patienten mit subakuten und chronischen Rückenschmerzen) könnten die Unterschiede zwischen der Gruppe 1 (ambulante multimodale Rehabilitation) und der Gruppe 2 (Heil- mittel Physiotherapie) bezüglich den Zielgrößen Schmerz, schmerzbedingte Behinderung im Alltag und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität überprüft werden. Hierzu wurde bereits eine Vorarbeit von Alfuth und Welsink (2015) in Eigenleistung der medicoreha veröffentlicht. Hierin wurde die Effektivität des Behandlungspfades innerhalb des medi- coreha Sondermodells IV Rücken nachgewiesen. Für eine Weiterführung des erfolgrei- chen Modells erwartet der Kostenträger neben dem Wirkungsnachweis auch den Nach- weis von Effizienz in der Versorgung. Zum Effizienznachweis ist die medicoreha als Lei- stungserbringer jedoch auf Routinedaten der Krankenkasse angewiesen, welche aber aus Datenschutzgründen nicht zur Verfügung gestellt werden.

Praxisrelevante Forschungsvorhaben für zukünftige Studien in der medizinischen Rehabilitation sind Wirksamkeitsnachweise für spezifische Ziel- und Diagnosegruppen hinsichtlich folgender Themen:

- ambulantes versus stationäres Setting der Reha,
- Flexibilisierung der Reha, beispielsweise für die Zielgruppe geriatrischer Patienten der Vergleich zwischen einer dreiwöchigen Reha (5 Rehatage/Woche) mit einer zeitlich verlängerten fünföchigen Reha (3 Rehatage/Woche),
- Dosis-Wirkungsbeziehungen einzelner Module, z. B. Training in Bezug auf Nutzen für den Rehabilitanden, auftretende Schäden, der Langzeitwirkung und Kosten sowie weiterer Zielgrößen (vgl. Kapitel 2.10.1 - PICOS-System),
- Erprobung und Evaluation neuer Formen der interprofessionellen Zusammenarbeit und Versorgung durch Verlagerung der Aufgaben.

In Ermangelung gesicherter Erkenntnisse ist der Forschungsbedarf im Rahmen der medizinischen Rehabilitation erheblich.

Effizienz als Kosten-Nutzenrelation

Die DRV B zeigt in ihren Berechnungen zum Verhältnis von Kosten und Nutzen, dass bereits durch ein Hinausschieben des Bezuges einer Erwerbsminderungsrente um vier Monate die durchschnittlichen Kosten einer medizinischen Rehabilitation gedeckt werden (vgl. DRV B, Reha-Bericht 2013, S. 74). Grundlage bildet ein Amortisationsmodell, das nur die direkten Kosten und den Nutzen für die Rentenversicherung im Jahr 2014 einbezieht (vgl. DRV B, 2015c, S. 72). Auf der Kostenseite stehen die Aufwendungen für die medizinische Rehabilitation (4.500 Euro im Durchschnitt, ohne Zuzahlungen der Versicherten und anteilige Verwaltungskosten). Dem stehen Nutzen von 1.177 Euro pro Monat durch Beitragseinnahmen (549 Euro im Durchschnitt) und nicht erfolgte Rentenzahlungen wegen Erwerbsminderung (628 Euro im Durchschnitt) gegenüber (a. a. O.).

Die Ausgaben für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen stiegen zwar von 5,7 Mrd. im Jahr 1992 auf 8,7 Mrd. Euro im Jahr 2013, was einer Steigerungsrate von 52 % entspricht. Gleichzeitig stiegen aber die gesamten Gesundheitsausgaben von 159 Mrd. im Jahr 1992 auf 315 Mrd. Euro mit einer Steigerungsrate von 98 % (vgl. RKI, 2015a, S. 319-320). Hin-

sichtlich der Verteilung der Ausgaben für die unterschiedlichen Säulen des Gesundheitswesens ist daher nach Nübling (2011, S. 38) ein Umdenken nötig. Auch der Gesundheitsbericht des Bundes weist den Ausgabenanstieg für die Rehabilitation in den vergangenen Jahrzehnten als geringer aus im Vergleich zu den Gesundheitsausgaben insgesamt (RKI, 2015a, S. 318).

Die *ambulante medizinische Rehabilitation* hat in Deutschland in den vergangenen fünfzehn Jahren erheblich an Bedeutung gewonnen. So stieg im Rheinland nach Angaben der DRV Rheinland der Anteil an ambulant durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen von unter 5 % im Jahr 2001 auf ca. 30 % (in der Orthopädie über 35 %) im Jahr 2015 (vgl. DRV Rheinland, 2015). Die Qualitätssicherungsprogramme der DRV belegen seit Jahren eine hohe bis sehr hohe Qualität der ambulanten Rehabilitation. Auch die Rehabilitandenzufriedenheit ist hoch (vgl. Anhang XI -QS-Bericht Rehabilitandenbefragung 2016). Aufgrund der geringeren Behandlungsdauer (an den Wochenenden entstehen im Gegensatz zur stationären Reha keine abrechenbaren Leistungen) liegen vor allem durch den Wegfall der Hotelkosten die wirtschaftlichen Vorteile bei der ambulanten Reha. Nach Daten der Deutschen Rentenversicherung aus dem Jahr 2015 standen pro individuellem Fall bei einer körperlichen Erkrankung durchschnittlich 1.786 Euro für die ambulante Reha und 2.752 Euro für die stationäre Reha bei den direkten Behandlungskosten¹⁴² gegenüber (vgl. Kapitel 3.3.2; DRV B, 2016g, S. 55).

Weitere Vorteile werden in einem nahtlosen Übergang in die Nachsorge am Wohnort und in der guten regionalen Vernetzung der ambulanten Rehabilitationskliniken mit Ärzten, Krankenhäusern, Betrieben, Betriebsärzten, Selbsthilfegruppen etc. gesehen.

Der Kostendruck gefährdet zunehmend den Therapieerfolg und das Patientenwohl. Eine Qualitätssteigerung ist heute und zukünftig vor allem über die Prozessorganisation eines abgestimmten multimodalen Therapiekonzepts möglich (vgl. Kapitel 4.2.2 – Workflow), indem Synergien eine Verdichtung der Wirksamkeit erzeugen.

¹⁴² „Ohne ergänzende Leistungen wie Übergangsgeld oder Reisekosten“ (a. a. O.)

5.5 Handlungsbedarf bezüglich Fachkräftemangel

Physiotherapie gilt nach einer Auswertung der Bundesagentur für Arbeit bereits in sechs Bundesländern (Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen) als Engpassberuf (vgl. Deutscher Verband für Physiotherapie, 2016).

Nach den Statistiken der Bundesagentur für Arbeit vom Dezember 2016 ist deutschlandweit ein Mangel an Physiotherapeuten festzustellen.

Die Stellen in der Physiotherapie sind im Durchschnitt 144 Tage vakant und damit 44 Prozent über dem Durchschnitt. Im Vergleich zur Situation von vor einem Jahr hat sich die Engpasssituation deutlich angespannt. Die Vakanzzeit ist um 21 Tage gestiegen. Die Arbeitslosen-Stellen-Relation hat sich im Vorjahresvergleich reduziert und lag nur noch bei 34 Arbeitslosen auf 100 Stellen. Die berufsspezifische Arbeitslosenquote von 1,0 Prozent ist sehr gering und deutet ebenfalls auf einen Fachkräftemangel hin. (Bundesagentur für Arbeit, Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung, 2017, S. 15)

Zu berücksichtigen ist, dass diese Daten offene Stellen aus den Krankenhäusern erfassen. Die weitaus größere Zahl an Arbeitsstellen in den ambulanten Praxen und Rehabilitationseinrichtungen werden nicht erfasst. Da viele ambulante Stellenanbieter ihre offenen Stellen nicht bei der Bundesagentur melden, sollten diese durch Befragungen zusätzlich erhoben werden. Derzeit liegen für eine Prognose, wie viele Heilmittelerbringer in den nächsten fünf bis zehn Jahren die gesundheitliche Versorgung sicherstellen werden, keine belastbaren Daten vor. Festzuhalten ist jedoch bereits, dass bis 2025 die geburtenstarken Jahrgänge (1955-1969) aus dem Erwerbsleben ausscheiden werden, sodass der Mangel an Fachkräften nicht mehr vollständig durch deutsche Fachkräfte ersetzt werden kann (vgl. Görres, 2013, S. 37-38). Beschäftigungsabbrüche oder Wechsel in andere Berufe spielen ebenso eine Rolle für die derzeitige und zukünftige Engpasssituation. Der Bedarf an qualifizierten Physiotherapeuten wird durch die Dynamik des soziodemografischen Wandels, den medizinisch-technologischen Fortschritt und den zunehmenden gesellschaftlichen Stellenwert von Gesundheit weiter steigen.

Gleichzeitig lässt das Interesse potenzieller Auszubildender erkennbar nach, sodass anzunehmen ist, dass sich der Fachkräftemangel in den nächsten Jahren auch dadurch noch weiter verstärken wird. Hinzu kommt, dass die Zulassung zur Berufsausübung von der

staatlichen Anerkennung als Physiotherapeut abhängig ist und nicht durch andere Berufe, wie z. B. den Sportwissenschaftlern kompensiert werden kann (vgl. Igl, 2015a, S. 6).

Zahl der Auszubildenden

Die Zahlen des Deutschen Verbands für Physiotherapie (2017b, S.2) in Tabelle 5-2 belegen einen deutlichen und kontinuierlichen Rückgang der Schülerzahlen seit dem Jahr 2005.

Tabelle 5-2: Entwicklung der Fachschülerzahlen in der Ausbildung zur Physiotherapie nach Deutscher Verband für Physiotherapie (2017b)

Schuljahrgang	Alle Schüler	Frauen	Männer
2015/2016	21.516	13.537	7.979
2014/2015	21.498	13.853	7.645
2013/2014	21.589	13.898	7.691
2012/2013 *	21.893	14.257	7.636
2011/2012	22.557	14.854	7.703
2010/2011	23.097	15.516	7.581
2005/2006	25.799	18.223	7.576
2001/2002	20.812	15.824	4.988

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie11, Reihe 2, Bildung, Kultur an beruflichen Schulen - ohne Bremen sowie bis einschl. 2011/12 ohne Hessen

*Für die Daten zu Schülern erfolgte mit dem Schuljahr 2012/13 die Umstellung von der Klassifikation der Berufe (KldB) 1992 auf die KldB 2010

Tabelle 5-3: Entwicklung der Anzahl an Absolventen in der Ausbildung zur Physiotherapie nach Deutscher Verband für Physiotherapie (2017b)

Schuljahrgang	Alle Absolventen	Frauen	Männer
Abschluss 2015	5.631	3.824	1.807
Abschluss 2014	6.068	4.017	2.051
Abschluss 2013	6.186	4.254	1.932
Abschluss 2012	6.563	4.597	1.966
2010/2011	6.450	4.495	1.955
2005/2006	7.062	5.185	1.877
2001/2002	6.182	4.704	1.478

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie11, Reihe 2, Bildung, Kultur an beruflichen Schulen, ohne Bremen und bis einschl. 2010/11 ohne Hessen

Die Zahlen des Statistischen Bundesamts belegen in den Jahren von 2012 bis 2015 abnehmende Absolventenzahlen von 6.563 bis auf 5.631 (Deutscher Verband für Physiotherapie, 2017b, S.2). Setzt sich der Trend unter Berücksichtigung der Bevölkerungsentwicklung und der stetig steigenden Nachfrage nach Pflege- und Gesundheitsleistungen fort (vgl. BMBF, 2014, S. 71), könnte es nach dem Bundesinstitut für Berufsbildung „bereits im Jahr 2025 zu

einem flächendeckenden Engpass in den Pflege- und Gesundheitsberufen ohne Approbation¹⁴³ kommen“ (Neuber-Pohl, 2017, S. 5). Gemäß den Berechnungen des Bundesinstituts für Berufsbildung fehlen bereits im Jahr 2035 rund 270.000 Fachkräfte.

Die Gründe für den Bewerber-, Absolventen und Fachkräftemangel in der Physiotherapie liegen, wie zum Teil bereits weiter oben angesprochen in

- den von den Lernenden zu tragenden Ausbildungskosten an den größtenteils privaten Fachschulen,
- der fehlenden Ausbildungsvergütung,
- den konkurrierenden Ausbildungsangeboten mit mehr Anerkennung, wie z. B. der Pflege, welche bereits in der Ausbildung vergütet wird,
- den überwiegend privat zu finanzierenden Weiterbildungskosten,
- der geringen Einkommenssituation im ambulanten, nicht tarifgebundenen Bereich,
- den mangelnden Aufstiegschancen und Karrierewegen¹⁴⁴, nicht zuletzt ausgelöst durch die mangelnde Handlungsautonomie und Verantwortung für die berufliche Tätigkeit,
- veralteten Berufs- und Ausbildungsgesetzen und je nach Ausbildungsstätte und Bundesland stark variierender Qualität der therapeutischen Ausbildung.

Ein gewichtiger Grund für den Attraktivitätsverlust scheint darin zu liegen, dass der überwiegende Teil der Fachschüler die Ausbildungskosten selbst zahlt. „Angesichts der (..) im gesamten Bundesgebiet herrschenden Studiengeldfreiheit ist diese Situation fast als absurd zu bezeichnen“ (Igl, 2015b, S.132). Der ehemalige Gesundheitsminister Hermann Gröhe beschrieb in einem CDU/CSU-Kongress zum Thema „Kooperation zwischen ärztlichen und nicht ärztlichen Gesundheitsberufen“, dass es gesellschaftlicher Konsens sei, „den Jurastudenten oder den zukünftigen Chefärzten keine Studiengebühren zuzumuten, aber den Heilmittelerbringern ein Schulgeld und dies ist – im Hinblick auf die zu erwartenden Gehaltsaussichten – nicht jedermann sofort ersichtlich!“ (Gröhe, zitiert nach phy-

¹⁴³ „Das Berufsfeld »Pflege- und Gesundheitsberufe ohne Approbation« umfasst sämtliche Berufe in der Gesundheitsversorgung außer Fachärztinnen und Fachärzten und Apotheker/-innen“ (Neuber-Pohl, 2017, S. 4).

¹⁴⁴ „Auf Weiterbildungsebene stehen den Berufsangehörigen der Gesundheitsfachberufe keine bundesrechtlich bzw. bundeseinheitlich geregelten Weiterbildungen und damit keine Karrieremöglichkeiten i.S. eines Berufslaufbahnkonzeptes zur Verfügung“ (Zöller, 2014, S. 11).

sio.de – Physiotherapie in Deutschland, 2017). Es ist daher unerlässlich, dass die Physiotherapieausbildung in finanzieller Hinsicht gestärkt wird, um den Fachkräftemangel mittel- und langfristig zu vermeiden.

Der Sicherstellung der „flächendeckenden, bedarfsgerechten und wohnortnahen Versorgung“ (SVR, 2014, S. 103) wird im Gesundheitswesen eine hohe Bedeutung zugemessen. Diese Basisversorgung kann insbesondere in ländlichen Regionen zu einem Zukunftsproblem werden, da sie auch für den Heilmittelbereich gesetzlich garantiert wird.

Der Handlungsdruck der Politik ist in den letzten Jahren soweit gewachsen, dass die wesentlichen Forderungen, die Attraktivität des Berufsbildes auf dem Arbeitsmarkt zu steigern und eine angemessene Leistungsvergütung zu ermöglichen, tatsächlich mit dem HHVG beschlossen wurden (vgl. ausführlich dazu Kapitel 5.2.2). Allerdings schafft das HHVG in den Jahren 2017 bis 2019 bestenfalls nur die Voraussetzungen zu einer besseren Entlohnung der angestellten Physiotherapeuten.

Die Ausbildungs- und Berufsgesetze sollen in der nächsten Legislaturperiode novelliert werden. Der Fachkräftemangel zwingt die Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und Praxen heute schon in einen Wettbewerb um Arbeitskräfte. Damit sich der Mehraufwand für den Kompetenzzuwachs der noch kleinen Gruppe der akademisch ausgebildeten Physiotherapeuten lohnt, sollten in der realen Arbeitswelt an sie auch erweiternde und herausfordernde Aufgaben gestellt werden. Insgesamt ist die Akademisierungsquote von 2-3 % eines Jahrgangs (vgl. Deutscher Verband für Physiotherapie, 2014) für die Bewältigung anspruchsvoller beruflicher Problemstellungen als deutlich zu gering zu interpretieren.

Für einen Attraktivitätsgewinn der nichtärztlichen Gesundheitsberufe ist mehr Autonomie und Verantwortung in Abhängigkeit von den durch Aus- und Fortbildung erworbenen Spezialisierungen und Qualifizierungen in unterschiedlichen Fachbereichen unabdingbar. Eine Modernisierung der berufsrechtlichen Vorgaben sollte ärztliche Tätigkeiten zur Übertragung auf speziell ausgebildete Physiotherapeuten festlegen. Hierdurch ergeben sich Einsparungen und die begrenzten Ressourcen im ersten Gesundheitsmarkt (vgl. Kapitel 2.8) lassen sich besser am tatsächlichen Bedarf des Patienten ausrichten (vgl. Kapitel 5.7).

Laut einstimmigem Beschluss der 90. Gesundheitsministerkonferenz in Bremen (2017) ist „zur Gewährleistung einer flächendeckenden und patientenorientierten gesundheitlichen Versorgung“ eine Novellierung in den Gesundheitsfachberufen „zwingend erforderlich“. Zur Verbesserung der Berufsperspektiven und Reduzierung des Fachkräftemangels sollen zeitnah die Ausbildungsstrukturen, die Finanzierung, Aufgaben- und bedarfsorientierte Kompetenzprofile neugestaltet bzw. reformiert werden (vgl. a. a. O.).

Für die Finanzierung der Ausbildungskosten nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) sind letztlich die gesetzlichen Krankenversicherungen zuständig. Diese engagieren sich aber nicht in der politischen Diskussion, sondern halten sich zurück, obwohl sie für die Sicherstellung der gesetzlichen Versorgung auf regionaler und kommunaler Ebene verantwortlich sind.

5.6 Umsetzung gesundheitspolitischer Ziele

„Reha vor Rente“

Nach § 9 SGB VI sollen Leistungen der medizinischer Rehabilitation und Nachsorge verhindern, dass die Menschen vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden und Erwerbsminderungsrente beziehen. GKV-Versicherte haben nach § 11 Abs. 2 SGB V einen gesetzlichen Anspruch auf medizinische Rehabilitation, wenn aus ärztlicher Sicht eine Notwendigkeit besteht. Vor dem Hintergrund, dass einige Krankenkassen über den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung erforderliche Leistungen ablehnen, wurde vom seinerzeitigen Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann (CDU), eine Studie beauftragt. Nach Sander, Albrecht, Stengel, Möllenkamp, Loos & Igl (2017, S. 141) wurden im Jahr 2015 18,4 % der Leistungsanträge auf medizinische Rehabilitation und Nachsorge in der ersten Instanz abgelehnt. Dabei gibt es zwischen den einzelnen Krankenkassen eine erhebliche Varianzbreite der Ablehnungsquoten (von 8,4 % bis zu 19,4 %) (vgl. a. a. O., S. 87. „Insbesondere ältere Personen und chronisch Kranke¹⁴⁵, [sowie] bildungsbenachteiligte Personen waren laut Bevölkerungsumfrage betroffen (Sander et al., 2017, S. 142). Gegen rund 22,3 % aller Ablehnungen wurde im Jahr 2015 Widerspruch eingelegt (vgl. a. a. O., S. 81, Fußzeile). Die Betroffenen haben ein Recht auf Einzelfallprüfung. Nach

¹⁴⁵ Das sind „insbesondere vulnerable Personengruppen“ (Sander et al., 2017, S. 146).

Laumann (2017, S. 3) sei die Begründung der Leistungsablehnungen für die Versicherten nicht immer nachvollziehbar und bliebe intransparent und pauschal. Nach der Bevölkerungsbefragung (vgl. Sander et al., 2017) hatte jeder zweite Befragte (52,8 %) mit dem Widerspruch Erfolg, woraus Laumann folgert, dass die Leistung zunächst zu Unrecht von den Kassen abgelehnt wurde (vgl. a. a. O., S. 2). Seine Schlussfolgerung bei der Vorstellung der Studie ist: „Sie [die Krankenkassen, Anm. d. Verf.] dürfen erst gar nicht den Verdacht aufkommen lassen, dass sie bestimmte Leistungen zunächst einmal systematisch ablehnen, obwohl die Menschen einen klaren gesetzlichen Anspruch darauf haben. Das untergräbt massiv das Vertrauen in die Krankenkassen“ (Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege, 2017, S. 3).

Während die DRV ein hohes ökonomisches Interesse hat, eine Erwerbsminderungsrente zu vermeiden oder zu verzögern, sind die Vorteile für die GKV geringer.

Der Bremer Gesundheitsökonom Rothgang wies basierend auf GKV-Routinedaten aus dem Jahr 2015 nach, dass von fast 1,5 Mio. durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung begutachteten Menschen in Deutschland nur 30.902 Menschen (2,1 %) eine Reha-Bewilligung erhielten (vgl. Rothgang, 2016). Im Interview mit Report Mainz sagte er:

Für Krankenkassen gibt es diesen Anreiz, Reha zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit nicht zu bewilligen. Die Kassen stehen in einem scharfen Wettbewerb im Bereich Krankenversicherung, und wenn sie Kosten produzieren, schlägt sich das im Beitragssatz nieder. Das heißt, Beiträge nicht steigen zu lassen, ist ein großes Ziel von Kassen und eine Methode, um dies zu erreichen, ist Reha-Maßnahmen nicht zu bewilligen. (Rothgang zitiert nach SWR, 2016)

Reha-Maßnahmen bewirken nach Rothgang (vgl. a. a. O.) eine Entlastung der Pflegeversicherung, deren Kassen nicht im Wettbewerb zur GKV stehen.

Im Vergleich zur GKV wurden bei der DRV B im Jahr 2015 ca. 1,7 Mio. Anträge auf eine medizinische Rehabilitation gestellt, davon wurden 1,1 Mio. Anträge bewilligt (ca. 65 %), während 301.000 Menschen einen Ablehnungsbescheid erhielten (vgl. DRV B, 2016f).

Es ergibt sich die Schlussfolgerung, dass über Barrieren bei den Zugangswegen (vgl. Kapitel 5.4.1) und Ablehnungen durch den Medizinischen Dienst die politische Zielsetzung ‚Reha vor Rente‘ von den gesetzlichen Krankenkassen mehrheitlich nicht umgesetzt wird.

Da die medizinische Rehabilitation im Sozialversicherungssystem von unterschiedlichen Kostenträgern finanziert wird, besteht die Tendenz der Krankenkassen Kosten auf andere Sozialversicherungsträger (Rentenversicherung, Pflegeversicherung) zu verschieben.

„Reha vor Pflege“

Autonomie kann trotz Multimorbidität selbst im hohen Alter aufrechterhalten oder bei drohender Pflegebedürftigkeit sogar wiedergewonnen werden (vgl. Kapitel 2.3.2 – Körperliche Aktivität). Dabei setzt der Schwerpunkt der Rehabilitation bei der Beeinträchtigung der Teilhabe und den Einschränkungen der alltagsorientierten Aktivität an (vgl. Kapitel 4.3.1 – Alltagskompetenz) und weniger bei den alters- oder krankheitsbedingten Verlusten an Funktionen. Oberstes therapeutisches Ziel ist der Erhalt einer größtmöglichen Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit (Autonomie). Leider erhalten die Gesunderhaltung, Teilhabe und Selbstbestimmung im deutschen Gesundheitssystem (noch) nicht den Stellenwert, der dem kurativen Versorgungssektor zukommt (vgl. Sottas et al., 2013, S. 5).

Die GKV ist nach § 26 SGB IX (Reha vor Pflege) zur Leistung von medizinischer Rehabilitation für Menschen, die bereits das Rentenalter erreicht haben, verpflichtet. Die soziale Pflegeversicherung gehört jedoch nicht zu den Trägern der Rehabilitation (vgl. RKI, 2015a, S. 319). Vor allem an den Schnittstellen zwischen SGB V und SGB XI fehlen den Krankenkassen Anreize, um Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung von Pflege zu genehmigen. Während die Finanzierungsverantwortung für die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme bei der gesetzlichen Krankenkasse liegt, profitiert die Pflegekasse nach Eintritt in die Pflegebedürftigkeit von dem Nutzen der verminderten Pflegebedürftigkeit, ohne sich an den Kosten zu beteiligen. So wird der Grundsatz „Reha vor Pflege“ trotz steigender Pflegebedürftigkeit mehrheitlich nicht umgesetzt (vgl. Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V., 2017).

Der häufige Verweis des medizinischen Dienstes auf das Ausreichen einer Heilmittelversorgung greift bei schwierigen und komplexen Problemlagen oder chronischen Schäden häufig zu kurz, da durch Verordnungen mit sechs Therapieeinheiten oft keine ausreichende Wirkung erzielt werden kann. Patienten und ihre Ärzte sollten ohne Umwege die für sie passende Versorgungsform finden können. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, die neuen Begutachtungsinstrumente sowie das neue Leistungsrecht des zweiten Pflege-

stärkungsgesetzes (PSG II) könnten helfen, die Schnittstellenprobleme zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit bei älteren und hochbetagten Menschen abzubauen. Da das Gesetz erst zum 1. Januar 2017 wirksam wurde, muss es sich aber zunächst in der konkreten praktischen Anwendung bewähren.

„Ambulant vor stationär“

Der Anteil ambulanter Leistungen in der medizinischen Rehabilitation steigt entsprechend den Präferenzen vieler Nutzer seit Jahren an (vgl. Kapitel 3.3.2). Der gesundheitspolitische Grundsatz „ambulant vor stationär“ gilt vor allem für die medizinische Rehabilitation nach langer Arbeitsunfähigkeit, während der Nachsorge und stufenweisen Wiedereingliederung. Hier bieten die Nähe zu den Arbeitgebern und der starke Arbeitsbezug der Interventionen große Vorteile.

Die Öffentlichkeitsarbeit für die ambulante medizinische Rehabilitation ist eine herausfordernde Aufgabe, da der Begriff „Reha“ in der Werbung weit verbreitet und inzwischen bekannt ist. Angebote wie „Rehabilitationssport“ bedeuten für den Arzt einen deutlich verringerten Aufwand für das Ausfüllen des Formulars nach dem Muster 56 als die Beantragung einer medizinischen Rehabilitation. Leistungen wie „Rehasport“ erwecken beim Verbraucher den Eindruck, man bekomme Reha und Sport in einer Dienstleistung über einen 18-monatigen Zeitraum. Leistungen, die nach § 44 SGB IX als die Reha „ergänzende Leistungen“ definiert sind, werden von einigen Anbietern gut vermarktet, sind aber nicht mit den hohen und komplexen Qualitätsanforderungen der DRV oder BAR vergleichbar. Sie können eine medizinische Rehabilitation nicht ersetzen. Ebenso können Heilmittelpraxen in ihren Firmennamen das Kürzel „Reha“ einbauen, indem sie ergotherapeutische, physiotherapeutische oder Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeutische Leistungen einzeln anbieten, ohne den Qualitätsanforderungen der DRV und der geforderten interprofessionellen Zusammenarbeit der ärztlich geleiteten Teams zu entsprechen.

5.7 OP vermeidende konservative Versorgung

Mit der Zielsetzung „unnötige Operationen zu vermeiden“ (BMG, 2016c) haben Patienten im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes vor Operationen „bei deren zahlen-

mäßiger Entwicklung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist“ (SGB V, § 27b) seit Januar 2016 das Recht auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung zu Lasten der GKV.

Für Patienten mit chronischen nicht-spezifischen Rückenschmerzen (vgl. Kapitel 3.3.5) ist eine Operation nicht indiziert, da potenzielle Ursachen im Bereich der Körperstrukturen nicht eindeutig nachgewiesen werden können. Für diesen überwiegenden Anteil der chronischen Rückenschmerzpatienten ist nach sechs Wochen die bio-psycho-soziale Rehabilitation mit körperlich-seelischer Aktivierung der Goldstandard (vgl. Bundesärztekammer et al., 2017, S. 13). Selbst, wenn bei spezifischen Rückenschmerzen ein Bandscheibenvorfall durch bildgebende Verfahren nachgewiesen wurde, ist eine Operation erst notwendig, wenn alltägliche Aktivitäten stark eingeschränkt werden, z. B. durch eine Fußheberparese. Durch neuere Studien (siehe Kapitel 3.3.5 – chronischer Rückenschmerz) belegt ist, dass in den überwiegenden Fällen eine konservative Versorgung durch aktivierende Therapieprogramme ebenso wirksam sein kann wie eine Operation (ohne die schädigende Intervention einer Operation). Das zentrale Ziel der konservativen Therapie bildet dabei die körperliche Aktivierung durch physiotherapeutisch geleitetes Koordinations-, Ausdauer- und Krafttraining, teils gegen deutliche Vorbehalte der Klienten gegenüber Aktivität und Mobilität.

Die medizinökonomischen Vorteile können in der Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen, Operationen und stationären Krankenhausaufenthalten liegen

Im Fall der „therapeutischen Arthroskopie bei Gonarthrose“ (G-BA, 2015d) hat der G-BA bereits reagiert und „Arthroskopische Verfahren zur Behandlung der Kniegelenk-Arthrose aus (dem) GKV-Leistungskatalog ausgeschlossen“ (a. a. O.). Die Begründung ist, dass keine wissenschaftlichen Belege für den Nutzen der arthroskopischen Verfahren gefunden wurden (vgl. a. a. O.). Weitere chirurgische Eingriffe stehen im Verdacht, den Patienten keinen Nutzen zu bringen oder ökonomischen Fehlanreizen zu unterliegen.

Es wird sich zukünftig zeigen, ob Sondermodelle wie das Integrierte Versorgungsmodell Rücken oder ‚OP-Vermeidung durch Zweitmeinung und abgestimmtes Therapiekonzept‘ (vgl. Kapitel 4.3.5) nachhaltige Wirkung bei Kosteneinsparungen erzielen können.

5.8 Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategien

Der in der Ottawa Charta (1986) geforderten Vermittlung und Vernetzung von Beratungs- und Informationsangeboten zur Gesundheit über strukturierte Netzwerke und Maßnahmen vor Ort steht eine vielfältige Trägerstruktur in der Prävention und Gesundheitsförderung entgegen. Beteiligt sind unterschiedliche staatliche Institutionen wie Körperschaften des öffentlichen Rechts (z. B. die gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Träger der Renten- und sozialen Pflegeversicherung), freie Träger und private Organisationen, die auf Bundes-, Länder- und Kommunalebene mit Einrichtungen für Gesundheit, Soziales und Bildung kooperieren (vgl. Blümel, 2011). Ab 2017 sollen nach § 20b SGB V regionale Koordinierungsstellen der Krankenkassen auf Landesebene Informations- und Beratungstätigkeiten trägerübergreifend bündeln und geordnete Zuständigkeiten in der Zusammenarbeit festlegen. Eine bessere Abstimmung der zahlreichen Einzelprojekte bei den sich überschneidenden Aufgaben der Sozialleistungsträger ist bei dem breiten Spektrum an Gesundheitsthemen notwendig.

Basis für den Inhalt und die Zielsetzung zur Planung von Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategien sollten die Erkenntnisse der Gesundheitsberichterstattung des Bundes sein (vgl. Kapitel 2.5 – Soziodemografischer Wandel und 2.6 – Epidemiologische Veränderungen).

Die Qualität der bisher angebotenen Präventionsinterventionen in den unterschiedlichen Kooperationsstrukturen wird bereits seit 2014 nach einheitlichen Kriterien durch den GKV-Spitzenverband über die ‚Zentrale Prüfstelle Prävention‘ gesichert (vgl. GKV-Spitzenverband, 2014, S. 12).

Insgesamt gaben die Krankenkassen nach Angaben des MDS (2016, S. 4) für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung rund 317 Mio. Euro im Jahr 2015 aus. Dies sind zwar auf Grund der gesetzlichen Änderungen im PräVG (2015) 9 % Mehrausgaben im Vergleich zum Jahr 2014, ist aber im Vergleich zum Gesamtvolumen der Leistungsausgaben von etwa 202 Mrd. Euro im Jahr 2015 (vgl. GKV-Spitzenverband, 2016b) ein verschwindend geringer Beitrag von 0,3 % (vgl. Statistisches Bundesamt, 2016). Ab dem Jahr 2016 wurden die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen laut PräVG verpflich-

tet, sieben Euro pro Versicherten (im Vergleich zu 3,17 Euro in 2015) im Jahr auszugeben. Prävention und Gesundheitsförderung ergibt nach Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (2016) in jeder Lebensphase Sinn, auch im höheren Alter. „Deshalb haben wir erstmalig die Pflegekassen verpflichtet, Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen zu erbringen“ (Gröhe, 2016b).

Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen, deren Wirkungen nachgewiesen sind, werden noch viel zu selten im Alltag der Menschen umgesetzt. Dabei zählt die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten nach den Kondratieff-Zyklen (vgl. Nefiodow, 2007) zu den zukünftig wichtigsten knappen Ressourcen für die Volkswirtschaft.

6 Fazit und Ausblick

Auf Grundlage der Literaturrecherche zur Analyse der gesellschaftlichen Entwicklungen und zur gesundheitlichen Versorgungsleistung und der beschriebenen Praxiserfahrung der medicoreha Unternehmensgruppe als Verbundsystem von interprofessionellen Experten ergeben sich die folgenden Erkenntnisse.

Wissenschaft

Auf dem Weg in die notwendige Professionalisierung sollte die Physiotherapie sich neben der Medizin an weiteren Bezugswissenschaften wie den Gesundheitswissenschaften, der Sportwissenschaft sowie der Psychologie, Pädagogik und Soziologie anlehnen, die bereits wesentliche wissenschaftliche Grundlagen für den Beruf entwickelt haben. Angesichts der unklaren Gegenstandsbestimmung der Physiotherapie sollte ein Aufgaben- und Rollenprofil einschließlich des Qualifikations-/Kompetenzniveaus den heutigen und zukünftigen Anforderungen entsprechend definiert bzw. überarbeitet werden (vgl. Kapitel 2).

Wissenschaftliche physiotherapeutische Erkenntnisse aus dem Ausland mit nachgewiesenem Nutzen für die Patienten sollten über den G-BA geprüft und durch Fachgremien an die durch die Sozialgesetze geregelte Versorgung in Deutschland angepasst werden.

Versorgungsmanagement

Mit der demografischen Alterung der Gesellschaft ist damit zu rechnen, dass chronische Erkrankungen und Mehrfacherkrankungen nicht nur mehr Gesundheitsleistungen auslösen, sondern darüber hinaus diese Leistungen aufgrund der zugrundeliegenden Komplexität des Patientenwohls multimodal und interprofessionell erbracht werden sollten. Dieser qualitativ und quantitativ erhöhte Versorgungsbedarf bedingt, dass die therapeutischen Leistungen bei der anhaltenden Kostenbremse der Kostenträger sich noch mehr zu chronisch kranken und multimorbiden Menschen verlagern werden. Wie wichtig ein klientenzentriertes und gleichzeitig teamorientiertes Versorgungsmanagement ist, das sich fortlaufend an ständig wandelnde gesellschaftliche, medizinische, technische und rechtliche Vorgaben anpasst, ist ein zentrales Ergebnis dieser Arbeit. Hierzu ist eine partnerschaftliche Zusammenarbeit (vgl. SVR, 2007, S. 25 Stichwort – Kooperation und Verantwortung)

zwischen den verordnenden Ärzten und engagiert arbeitenden Physiotherapeuten notwendig, um den Bestand der Physiotherapie auch zukünftig zu erhalten (vgl. Kapitel 2.5 - 2.10, 3.3.4 und 4.3.3).

Moderne Physiotherapie

Die „Moderne Physiotherapie“ wird den Fokus ihrer Interventionen den veränderten Versorgungsansprüchen entsprechend auf den Zugewinn an Lebensqualität durch aktivierende und bewegungsbezogene Dienstleistungen legen. Je mehr der Klient physiotherapeutisches Untersuchen, Behandeln und Beraten mitbestimmt und dabei Verantwortung für seine Gesundheit übernimmt, desto wirksamer wird die Behandlung sein. Massagen zu Lasten der Solidargemeinschaft können als Relikt des Kurwesens keinen Beitrag zur Gesundheitskompetenz der Klienten leisten (vgl. Kapitel 2.2.1, 3.3.4.3 und 4.3.1).

Um sich gegenüber anderen Berufsgruppen abzugrenzen, und um dem Wandel der anstehenden Aufgaben gerecht zu werden, sind Physiotherapeuten aufgefordert, eine eigenständige Beschreibung ihres Berufs vorzunehmen und der zunehmenden Spezialisierungstendenz ein gemeinsames physiotherapeutisches Selbstverständnis entgegenzustellen (vgl. Kapitel 2.1).

Intersektorale Versorgung

Eine bessere Vernetzung und ein besser abgestimmtes Vorgehen zwischen den Versorgungsstrukturen niedergelassener Arzt, Arzt im stationären Krankenhaus, Heilmittel, medizinische Rehabilitation und Prävention/Gesundheitsförderung und Kostenträgern ist notwendig, um die Selbstständigkeit und Gesundheitskompetenz der Menschen zu stärken. Die Strukturen und Prozesse der einzelnen Sektoren des Gesundheitssystems sollten nach dem Nutzen für den Verbraucher ausgerichtet werden. Dazu gehört, dass lange Wartezeiten oder Versorgungsbrüche an den Schnittstellen vermieden werden. Hierzu sollten die Rahmenbedingungen für die Organisation, Kommunikation und Beratung über interprofessionelle Netzwerke durch angemessene zeitliche und finanzielle Ressourcen von den Kostenträgern bereitgestellt werden (vgl. Kapitel 3.4, 4.3.5 und 5.3).

Entwicklung und Intensivierung der Forschung

Um qualitätsgesicherte Gesundheitsleistungen anbieten zu können, ist neben der Grundlagenforschung und klinischen Forschung nach neuen Arzneimitteln und medizinisch-technologischen Fortschritten auch Versorgungsforschung in Bereichen der Heilmittelerbringer erforderlich. Im Heilmittelbereich fehlt es an systematischen Datenerhebungen und Forschungsentwicklung, damit innovative evidenzbasierte Versorgungsansätze auch in Deutschland im Tätigkeitsfeld von Physiotherapeuten und anderen nichtärztlichen Heilberufen eingeführt werden können. Eine Investition in zu entwickelnde Forschungsprogramme lohnt sich, weil sie die therapeutische Effektivität und Effizienz verbessern und überholte Behandlungsmethoden identifizieren kann (vgl. Kapitel 2.7.3, 2.10.1, 3.2 und 4.2).

Heilmittel

Der Heilmittelkatalog bildet lediglich die gesetzlich definierte Mindestversorgung des Patientenbedarfs zur Sicherstellung des Versorgungsauftrags ab (vgl. Kapitel 3.2). Die hierin festgelegte Strukturqualität bildet keinen ausreichenden Rahmen für eine individuelle, patientenzentrierte und teilhabeorientierte Versorgung. Patienten mit komplexen Gesundheitsstörungen benötigen Behandlungskonzepte, die von Physiotherapeuten hinsichtlich Umfang, Frequenz, Dichte unter Einbezug der Interprofessionalität gesteuert werden. Gerade zur Vor- und Nachbehandlung sowie ganz besonders zur Vermeidung von Operationen leistet die „Moderne Physiotherapie“ einen hochwertigen Beitrag für das Gemeinwohl, der sich in den Vergütungen, die auf der Grundlage der Verhandlungen der Berufsverbände mit den gesetzlichen Krankenkassen erzielt werden, nicht widerspiegelt. Angesichts des sich in den vergangenen 15 Jahren stark verändernden Berufsbildes, neuer gesetzlicher Vorgaben und organisatorischer Rahmenbedingungen besteht Handlungsbedarf die Heilmittelrichtlinie und die Strukturvorgaben der Leistungserbringung entsprechend den heutigen und zukünftigen Anforderungen anzupassen.

Bei einer Überarbeitung sollten folgende Forderungen aus berufsfachlicher Sicht erfüllt werden:

- Ergänzung der bisher fehlenden Teilhabeaspekte,

- Orientierung am bio-psycho-sozialen Modell und Nutzung einer ICF-orientierten (für Ärzte und Patienten) transparenten Sprache,
- Regelungen für die interprofessionelle Zusammenarbeit mit Kompetenzzuweisungen der an der Therapie beteiligten Berufe,
- Einbezug einer physiotherapeutischen Diagnostik als Leistung mit separater Honorierung, einschließlich Datenerhebung, Dokumentation und Ergebnissicherung,
- Ergänzung der bisherigen bio-medizinisch orientierten Beschreibung der Therapieziele durch handlungsorientierte Teilhabeziele,
- Ersatz des Begriffs ‚Krankengymnastik‘ in der HeilM-RL und dem Heilmittelkatalog durch ‚Physiotherapie‘ als übergeordnete Bezeichnung der Therapie, der die ‚Physikalische Therapie‘ untergeordnet ist.

Medizinische Rehabilitation

Mit dem demografischen Wandel wird die Bedeutung der Rehabilitation zukünftig weiter anwachsen. Eine besondere Herausforderung wird sein, die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der zunehmend älteren Beschäftigten in den Unternehmen zu erhalten oder wiederherzustellen, damit sie länger im Berufsleben verbleiben können. Der Versorgungsbeitrag der Physiotherapie in der Rehabilitation fordert entsprechend der ICF eher einen Generalisten für Bewegung und weniger einen mit Griff- und Behandlungstechniken ausgestatteten Spezialisten. In der ganzheitlichen und patientenorientierten Rehabilitation besetzt die Physiotherapie immer nur eine Perspektive – die Förderung der Selbstheilungskräfte von Bewegung und aktiver Teilhabe – die neben den anderen am Rehabilitationsprozess beteiligten Berufsgruppen ihre eigene Wirkung entfaltet (vgl. Kapitel 3.3 und 4.3.3).

Fachkräftemangel

Eine kurative, rehabilitative, präventive und pflegerische Versorgung braucht Personal mit angemessenen personalen, methodischen und fachlichen Kompetenzen und Qualifikationen. Dringend gilt es, den bestehenden und weiter zunehmenden Fachkräftemangel in der Physio- und Ergotherapie auszugleichen. Ohne therapeutische Berufe ist der gesetzliche Anspruch auf Teilhabe, ‚Reha vor Rente‘ oder ‚Reha vor Pflege‘ nicht umsetzbar. Die

Hauptursache für sinkende Schülerzahlen in Physiotherapie-Fachschulen ist das für vergleichbare Ausbildungen in Deutschland nicht übliche Schulgeld. Eine Beteiligung der Krankenkassen an den Kosten der Berufsausbildung ist ebenso zu fordern wie eine angemessene Vergütung der Leistungserbringung der staatlich anerkannten Physiotherapeuten (vgl. Kapitel 5.5).

Akademisierung und Professionalisierung

Vor dem Hintergrund der soziodemografischen, epidemiologischen und ökonomischen Entwicklungen, der zunehmenden Komplexität physiotherapeutischer Arbeitsprozesse und dem Anspruch evidenzbasiert zu arbeiten, ändern sich die Versorgungs- und Qualifikationsbedarfe an die „Moderne Physiotherapie“ (vgl. Kapitel 2.10.1; Wissenschaftsrat, 2012, S. 78). Der Arbeitsmarkt fordert von professionellen Physiotherapeuten eine wissenschaftsbasierte, selbstständige und eigenverantwortliche Planung, Durchführung und Evaluation physiotherapeutischer Interventionen, die sowohl auf den einzelnen Menschen als auch auf Zielgruppen in einem gegebenen Setting¹⁴⁶ ausgerichtet sind.

Die fachschulische Ausbildung ist immer noch dominant und die Akademisierungsquote viel zu gering, sodass sich kein professionelles Selbstverständnis entwickeln und auf dem Arbeitsmarkt auch nicht bezahlt werden kann.

Schlussbemerkung

¹⁴⁶ Z. B. Heilmittel, Besondere Versorgung, medizinische Rehabilitation, Prävention und Gesundheitsförderung.

Die Zukunftsfähigkeit der Physiotherapie in Deutschland ist geprägt durch gesellschaftsrelevante Themen wie die ‚Mobilität älterer Menschen‘ oder die ‚Digitalisierung und Vernetzung‘. Die gelebte Realität ist noch eine andere. Die meisten Physiotherapeuten arbeiten in den Praxen in der Regel noch analog. Ärztliche, leitliniengerechte Steuerung der physiotherapeutischen Versorgung und Zusammenarbeit über Sektorengrenzen hinweg, bleibt oft noch Wunschdenken. Die Modernisierung der Physiotherapie mit einer Novelisierung der Ausbildungs- und Prüfungsordnung, begleitet von einer ergänzenden Akademisierung, steht noch aus und ist für den Fortbestand und die Weiterentwicklung des Berufsstandes notwendig. Die Physiotherapie ist in den kommenden Jahren so weiterzuentwickeln, dass es gelingt die Blankoverordnung und den sich daraus auszubauenden Erstkontakt in der Versorgung zu etablieren, um mehr junge Menschen für den Beruf zu gewinnen.

7 Verzeichnisse

7.1 Literaturverzeichnis

- Abdullah, A., Peeters A., de Courten M. & Stoelwinder J. (2010). The magnitude of association between over weight and obesity and the risk of diabetes: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 89, 309-319.
- Achtziger, A. & Gollwitzer, P. M. (2010). Motivation und Volition im Handlungsverlauf. In Heckhausen, J. & Heckhausen, H. (Hrsg.), *Motivation und Handeln* (4. Aufl., S. 277–302). Berlin: Springer.
- Agency for Health Care Policy and Research, Department of Health and Human Services (1992). *Acute pain management: operative or medical procedures and trauma. Clinical practice guideline no. 1.* AHCPR Publication 92–0032. Rockville, MD, USA: AHCPR, 100-107.
- AG Gesundheit der CDU/CSU Fraktion im Deutschen Bundestag (2015). *Heilmittel-Erbringer direkter in die Versorgung einbinden*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter [http://www.dr-roy-kueh-ne.de/images/Berlin/Heilmittelerbringer direkter in die Versorgung einbinden.pdf](http://www.dr-roy-kueh-ne.de/images/Berlin/Heilmittelerbringer_direkter_in_die_Versorgung_einbinden.pdf)
- Aktionsbündnis Patientensicherheit (2014) *Glossar*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter www.aps-ev.de/patientensicherheit/glossar/
- Alberti, K. G. M. M., Zimmet, P. & Shaw, J. (2005). Metabolic syndrome - a new worldwide definition. A Consensus Statement from the International Diabetes Federation. *Diabetic Medicine*, 23(5), 469-480.
- Albrecht, U. V. (2016) Kapitel Kurzfassung. In Albrecht, U.V. (Hrsg.), *Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps (CHARISMHA)*. Medizinische Hochschule Hannover (S.14–47). Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.charismha.de/>
- Alfuth, M., & Welsink, D. W. (2017). Pain and functional outcomes after outpatient physiotherapy in patients with low back pain. *Der Orthopäde*, DOI: 10.1007/s00132-017-3390-x. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00132-017-3390-x>
- Alscher, M. D. & Hopfeld, M. (2013). Telematik und Gesundheitsberufe. In Robert Bosch Stiftung GmbH (Hrsg.), *Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung* (S. 63 – 79). Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.bosch-stif->

[tung.de/content/language1/downloads/2013_Gesundheitsberufe_Online_Einzelseiten.pdf](http://www.tung.de/content/language1/downloads/2013_Gesundheitsberufe_Online_Einzelseiten.pdf)

- American College of Sports Medicine (2009). Exercises and physical activity for older adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 41, 1510 - 1530. Zugriff am 30. Dezember unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19516148>
- Andersen, U. & Woyke, W. (Hrsg.) (2013). *Handwörterbuch des politischen Systems der Bundesrepublik Deutschland*. 7. aktual. Aufl. Heidelberg: Springer.
- Anderson, L., Thompson, D.R., Oldridge, N., Zwisler, A.D., Rees, K., Martin, N. & Taylor, R. S. (2016). Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001800.pub3/abstract#shortAbstract> de
- Angermeyer, M. C., Reinhold, K. & Matschinger, H. (2000). *WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO zur Erfassung von Lebensqualität*, Göttingen: Hogrefe.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Franke, A. (Hrsg.). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Arbeitskreis Gesundheit e.V. (2015). *Der Weg zur Rehabilitation*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.arbeitskreis-gesundheit.de/fuer-patienten/der-weg-zur-rehabilitation/rehabilitation-anschlussheilbehandlung-vorsorge-und-muttervater-kind-massnahmen-im-ueberblick2>
- Bader, R. (2000). Konstruieren von Lernfeldern - Eine Handreichung zur Erarbeitung für Rahmenlehrplanausschüsse und Bildungskonferenzen in technischen Berufen. In: Bader, R, Sloane, F. E. (Hrsg.) *Lernen in Lernfeldern. Theoretische Analysen und Gestaltungsansätze zum Lernfeldkonzept*. (S. 33 – 50) Markt Schwaben: Eusl-Verlagsgesellschaft.
- Bäumli, M., Kifmann, M., Krämer, J. & Schreyögg, J. (2016). Bandscheibenoperationen – Patientenerfahrungen, Indikationsqualität und Notfallkodierung. In Böcken, J., Braun, B. & Meierjürgen, R. *Gesundheitsmonitor 2016. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen*. (S.187-195). Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK. Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory – An Agentic Perspective. *Annual Review Psychology*, 52, 1-26.
- Bartels, E. M., Juhl C. B., Robin C., Hagen, K. B., Danneskiold-Samsøe, B., Dagfinrud, H &

- Lund, H. (2016). Aquatic exercise for the treatment of knee and hip osteoarthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005523.pub3/abstract>
- Basler, H. D. & Kröner-Herwig, B. (2006). *Psychologische Therapie bei Kopf- und Rückenschmerzen (Marburger Schmerzbewältigungsprogramm)*, 2. aktualisierte Aufl. München: Quintessenz.
- Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (Hrsg.) (2017). *Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN_Konvention_deutsch.pdf?__blob=publicationFile&v=2
- Bengel, J., Strittmatter R. & Willmann, H. (Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, Hrsg.). (2001). *Forschung und Praxis in der Gesundheitsförderung*. Band 6. Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert. (Erw. Neuauflage). Köln, Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.bzga.de/botmed_60606000.html
- Bengel, J., Barth, J. & Härter, J. (2007). Körperlich Kranke. In Strauß, B., Hohagen F. & Caspar, F (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie Teilband 2* (S. 837-859). Göttingen: Hogrefe.
- Berliner Aufruf für interprofessionelle Ausbildung und Kooperation in den Gesundheitsberufen (2017). Interprofessionelles Lernen und Lehren in Medizin, Ergotherapie, Physiotherapie und Pflege (INTER-M-E-P-P) & Interprofessionelle Tutorien (inter-TUT). Stand: Juni 2017. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.vast-therapieberufe.de/news/1/396989/nachrichten/berliner-aufruf-f%C3%BCr-interprofessionelle-ausbildung-und-kooperation-in-den-gesundheitsberufen.html>
- Bernhardsson S., Johansson K., Nilsen P., Öberg B. & Larsson M. E. (2014). Determinants of Guideline Use in Primary Care Physical Therapy: A Cross-Sectional Survey of Attitudes, Knowledge and Behavior. *Physical Therapy*. 94(3), 343-354.
- Bethany, B. G., Brancati, F. L., Chen, H., Coday, M., Jakicic, J.M., Lewis, C. E., Stewart, K. J. & Clark, J. M. (2014). Effect of improved fitness beyond weight loss on cardiovascular risk factors in individuals with type 2 diabetes in the Look AHEAD study. *European Journal of Preventive Cardiology*, 21, 608-617.
- Bethge, M., Herbold, D., Trowitzsch, L. & Jacobi, C. (2011). Work status and health-related quality of life following multimodal work hardening: a cluster randomised trial. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, 24, 161-172. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21849730>
- Bickenbach, J. (Hrsg.), Cieza, A. (Hrsg.), Rauch, A. (Hrsg.) & Stucki, G. (Hrsg.) (2012). *Die ICF Core Sets. Manual für die klinische Anwendung*. ICF Research Branch. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

- Blair, S. N., Kohl, H. W., Paffenbarger Jr., R. S., Clark, D. G., Cooper, K. H. & Gibbons, L. W. (1989). Physical fitness and all-cause mortality. *Journal of the American Medical Association*, 262, 2395-2401.
- Bleyl, U., Höpker, W. W., Hofmann, W. & Döhnert, G. (1976). Allgemeine Ätiologie und Pathogenese von Krankheiten. In Bleyl U. et al: *Allgemeine Pathologie* (2. Aufl.). Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.
- Bliddal, H., Leeds, A. R. and Christensen, R. (2014). Osteoarthritis, obesity and weight loss: evidence, hypotheses and horizons – a scoping review. *Obesity reviews*, 15 (7): 578–586.
- Blümel, S., Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg) (2011). *Akteure, Angebote und Strukturen*. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/>
- Bobath, B. (1968). *Abnorme Haltungsreflexe bei Gehirnschäden*. Stuttgart: Thieme.
- Bollert, G., Borgetto, B., Geuter, G., Höppner H., Hurrelmann K. & Probst, A. (2009). Bezugswissenschaften der Physiotherapie: Soziologie und Gesundheitswissenschaften/Public Health, *physioscience*, 5, 174–183.
- Bollert, G., Erhardt T., Geuter G., Hucklenbroich, P. Willimczik K. & Zalpour C. (2009). Bezugswissenschaften der Physiotherapie: Medizin und Sportwissenschaft, *physioscience*, 5, 76-85.
- Bollert, G. Dick, M., Geuter G., Klemme B., Schmidt W. & Walkenhorst U. (2009), Bezugswissenschaften der Physiotherapie: Pädagogik und Psychologie, *physioscience*, 5, 124–132.
- Bollinger, H. & Gerlach, A. (2015). Profession und Professionalisierung im Gesundheitswesen Deutschlands – zur Reifikation soziologischer Kategorien. In Pundt, J. & Kälble, K. (Hrsg.) *Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte* (S. 83-103) Bremen: Apollon University Press.
- Borch, K. B., Braaten T., Lund E. & Weiderpass E.(2015). Physical activity before and after breast cancer diagnosis and survival - the Norwegian women and cancer cohort study. *BioMed Central*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4682279/>
- Borg G. A. V. (1962). *Physical performance and perceived exertion*. Gleerup, Lund: Studia Psychologica et Paedagogica Invest XI.
- Bower, J. E., Bak, K., Berger, A., Breitbart, W., Escalante, C. P., Ganz, P. A., Schnipper, H. H., Lacchetti, C., Ligibel, Lyman, G. H., Ogaily, M. S., Pirl W. F & Jacobsen, P. B. (2014). Screening, Assessment, and Management of Fatigue in Adult Survivors of

Cancer: An American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Adaptation. *Journal of Clinical Oncology*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24733803>

Brach, M., Cieza, A., Stucki, G., Füßl, M., Cole, A., Ellerin, B. E. et al. (2004). ICF Core Sets for breast cancer. *J Rehabil Med Suppl*, 121-127.

Brosseau L., MacLey L., Robinson V., Wells G. & Tugwell P. (2003) Intensity of exercise for the treatment of osteoarthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2003* (2):CD004259.

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) (2013). *Vertragstypische Pflichten beim Behandlungsvertrag*. Vorschrift eingefügt durch das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20.02.2013. (BGBl. I S. 277), in Kraft getreten am 26.02.2013. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://dejure.org/gesetze/BGB/630a.html>

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) Patientenrechtegesetz. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.patienten-rechte-gesetz.de/bgb-sgbv/>

Bundesagentur für Arbeit, Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung (2017). *Blickpunkt Arbeitsmarkt – Fachkräfteengpassanalyse*. Nürnberg. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Fachkraeftebedarf-Stellen/Fachkraefte/BA-FK-Engpassanalyse-2017-06.pdf>

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2010). *Psychische Belastung und Beanspruchung im Berufsleben: Erkennen – Gestalten* (5. Aufl.). Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.baua.de/de/Publikationen/Broschueren/A45.html>

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2012a). *BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2012*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Statistiken/Arbeitsbedingungen/Erwerbstaetigenbefragung-2011-2012.html>

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2012b). *Factsheet 01 Zeitdruck und Co – Arbeitsbedingungen mit hohem Stresspotenzial*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.baua.de/de/Publikationen/Faktenblaetter/BIBB-BAuA-01.html>

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2012c). *Factsheet 02 Hart im Nehmen? Körperlich harte Arbeit nach wie vor Aktuell*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.baua.de/de/Publikationen/Faktenblaetter/BIBB-BAuA-02.html>

- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2012d). *Factsheet 04 Arbeiten ohne Unterlass? Ein Plädoyer für die Pause*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.baua.de/de/Publikationen/Faktenblaetter/BIBB-BAuA-04.html>
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2012e). *Factsheet 08 Restrukturierung in Unternehmen – „Risiken und Nebenwirkungen“*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.baua.de/de/Publikationen/Faktenblaetter/BIBB-BAuA-08.html;jsessionid=F2FAC26074A3FA6835970650CA38F5DD.1_cid333
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2015). *Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2015*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitswelt-und-Arbeitsschutz-im-Wandel/Arbeitsweltberichterstattung/Kosten-der-AU/pdf/Kosten-2015.pdf?blob=publicationFile&v=2>
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2016). *Berufsspezifisches Risiko für das Auftreten von Arbeitsunfähigkeit durch Muskel-Skelett-Erkrankungen und Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/F2255.html>
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) (Hrsg.) (2004). *Rahmenempfehlungen zur ambulanten onkologischen Rehabilitation*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/Rahmenempfehlung_zur_onkologischen_Rehabilitation.pdf
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) (Hrsg.) (2005). *Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/Rahmenempfehlung_muskuloskeletale_Erkrankung.pdf
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hrsg.) (2008). *ICF – Praxisleitfaden 2. Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/icf-praxisleitfaeden/downloads/ICF2.pdf>
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hrsg.) (2011). *Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Januar 2011*. Zugriff am 28. Juli 2017 unter http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/vereinbarungen/downloads/Rahmenvereinbarung_2011.pdf

[furt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/Rahmenvereinbarung_Rehasport_2011.pdf](http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/Rahmenvereinbarung_Rehasport_2011.pdf)

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) (Hrsg.) (2012). *Qualitätssicherung in der Rehabilitation. Aktivitäten und Instrumente der Rehabilitationsträger unter besonderer Berücksichtigung des Reha-Ziels „berufliche (Re-)Integration“* (Stand: November 2012). Zugriff am 28. Juli 2017 unter [http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/rehabilitation_und_teilhabe/Qualitaet in der Reha/Effektivitaet und Effizienz/downloads/Effeff_abschluss.pdf](http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/rehabilitation_und_teilhabe/Qualitaet_in_der_Reha/Effektivitaet_und_Effizienz/downloads/Effeff_abschluss.pdf)

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) (Hrsg.) (2013). *Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Krebserkrankungen*. Juni 2013. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitshilfen/downloads/AH.Krebs.pdf>

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) (Hrsg.) (2014). *Reha-Prozess. Gemeinsame Empfehlung. Gemeinsame Empfehlung zur Erkennung und Feststellung des Teilhabebedarfs, zur Teilhabeplanung und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe (Reha-Prozess) gemäß §§ 12 Abs. 1 Nr. 1 bis 3, 13 Abs. 2 Nr. 2, 3, 5, 8 und 9 SGB IX*. (2. überarb. Aufl.). Zugriff am 30. Dezember unter <http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/downloads/Broschuere4G.web.pdf>

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) (Hrsg.) (2015). *ICF- Praxisleitfaden 1 Zugang zur Rehabilitation. Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)* (2. überarb. Aufl.). Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/icf-praxisleitfaeden/downloads/PLICF1.web.pdf>

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) (Hrsg.) (2016a). *Orientierungsrahmen für die Arbeit der BAR von 2016 bis 2018*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/BAROrient2016.web.pdf>

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) (Hrsg.) (2016b). *Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation. Allgemeiner Teil*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/REAmbDtpE.pdf>

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) (Hrsg.) (2017a). *Reha-Info 1/2017*.

Editorial Reha-Info 1/2017. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.bar-frankfurt.de/publikationen/reha-info/reha-info-012017/editorial/>

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) (Hrsg.) (2017b). *Reha-Info 1/2017. Trägerübergreifende Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.bar-frankfurt.de/publikationen/reha-info/reha-info-012017/traegeruebergreifende-ausgaben-fuer-rehabilitation-und-teilhabe/>

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2017). *Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz* (1. Aufl.). Version 1. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/kreuzschmerz/kreuzschmerz-2auf-vers1-lang.pdf>

Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. Januar 2003 (BGBl. I S. 66). Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.gesetze-im-internet.de/bdsg_1990/BJNR029550990.html

Bundesgesetzblatt (1958). *Gesetz über die Ausübung der Berufe des Masseurs, des Masseurs und medizinischen Bademeisters und des Krankengymnasten*. Teil I 1958Nr. 47 vom 24.12.1958. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl158s0985.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl158s0985.pdf%27%5D_1493998771938

Bundesministerium der Justiz (Hrsg.) (1994a). *Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz - MPhG) vom 26. Mai 1994* (BGBl. I S. 1084), das zuletzt durch Artikel 45 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515) geändert worden ist (Masseur- und Physiotherapeutengesetz - MPhG). Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/mphg/gesamt.pdf>

Bundesministerium der Justiz (Hrsg.) (1994b). *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten (PhysTh-APrV)* (1994). Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.gesetze-im-internet.de/physth-aprv/BJNR378600994.html>

Bundesministerium des Innern (Hrsg.) (2017). *Jedes Alter zählt. Eine demografiepolitische Bilanz der Bundesregierung zum Ende der 18. Legislaturperiode*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2017/02/demografiebilanz.html>

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2016). *Rehabilitation und Teilhabe*

behinderter Menschen. Referat Information, Monitoring, Bürgerservice, Bibliothek. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/a990-rehabilitation-und-teilhabe-behinderter-menschen.html>

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2017). *Sozialgesetzbuch*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.bmas.de/DE/Service/Glossar/Functions/glossar.html?cms_lv2=75906

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hrsg.) (2012). Maßnahmen zur *Etablierung der Systemmedizin. Das Forschungs- und Förderkonzept e:Med*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/files/e-med_Foerderkonzept_2012.pdf

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hrsg.) (2013). *Aktionsplan Individualisierte Medizin*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.bmbf.de/de/individualisierte-medizin-378.html>

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hrsg.) (2014). Bestandsaufnahme *der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich*, Band 15 der Reihe Berufsbildungsforschung. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.bmbf.de/pub/Berufsbildungsforschung_Band_15.pdf

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hrsg.) (2015). *Förderkonzept Medizininformatik Daten vernetzen - Gesundheitsversorgung verbessern*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.bmbf.de/pub/Medizininformatik.pdf>

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hrsg.) (2016). *Gesundheitsforschung*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.bmbf.de/de/gesundheitsforschung-136.html>

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hrsg.) (2017a). *Bekanntmachung. Interaktive körpernahe Medizintechnik*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.medizintechnologie.de/datenbanken/bekanntmachungen/announcements/43>

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hrsg.) (2017b). *Gesundheitswirtschaft – Innovationen für den Menschen*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.bmbf.de/de/gesundheitswirtschaft-innovationen-fuer-den-menschen-402.html>

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hrsg.) (2017c). *Wirtschaft*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/wirtschaft-5782.php>

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2011). *Unternehmen unternehmen Gesund-*

heit. *Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen*. 2. Aufl. Zugriff 30. Dezember 2017 unter http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_broschueren/Betriebliche-Gesundheitsfoerderung-Broschuere.pdf

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2012). *Nationales Gesundheitsziel Gesund älter werden*. *Kooperationsverbund gesundheitsziele.de*. Stand März 2012. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheitsziele/Broschuere_Nationales_Gesundheitsziel_-_Gesund_aelter_werden.pdf

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2016a). *Demografischer Wandel*. Glossar. Begriffe von A – Z. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/herausforderungen/demografischer-wandel.html>

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2016b) *Rehabilitation*. Glossar. Begriffe von A – Z. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/leistungen/rehabilitation.html>

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2016c) *Gesundheitsberufe*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberufe.html>

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2016d). *Ratgeber zur Pflege*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Pflege/Broschueren/BMG_RatgeberPflege.pdf

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2016e). *Entlassungsmanagement*. Glossar. Begriffe von A – Z. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/entlassungsmanagement.html>

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2016f). *Gesetzentwurf zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung im Kabinett*. Pressemitteilung vom 31. August 2016. 30. Dezember 2017 unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2016/hvg-im-kabinett.html>

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2016g). *Prävention*. Glossar. Begriffe

von A – Z. Zugriff 30. Dezember 2017 unter
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praevention.html>

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2016h). *Krankenhauslandschaft*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/stationaere-versorgung/krankenhauslandschaft.html>

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2016i). *Ratgeber zur Krankenversicherung*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter
<https://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BMG/2494.pdf;jsessionid=46D51956649F0E2EC9984685DDDD25C8.s1t1?blob=publicationFile&v=32>

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2016j). Pressemitteilungen. *Hermann Gröhe: "Mehr Qualität und Transparenz bei der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln"*. Berlin, 27. Juli 2017. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2016/3-quartal-2016/hhvg.html>

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2017a). *Bedeutung der Gesundheitswirtschaft*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitswirtschaft/bedeutung-der-gesundheitswirtschaft.html>

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2017b). *Gesundheitswirtschaft*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitswirtschaft.html>

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2017c). *Krankenhausfinanzierung*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter
<http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/stationaere-versorgung/krankenhausfinanzierung.html#c2621>

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2017d). *Bundestag berät Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung*. Pressemitteilung Berlin, 16. Februar 2017 Nr. 11. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/4_Pressemitteilungen/2017/2017_1/170216_11_PM_2_3_Lesung_Heil-und_Hilfsmittelversorgungsgesetz_HHVG.pdf

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2017e). *Gesundheitswirtschaft als Jobmotor*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter
<http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitswirtschaft/gesundheitswirtschaft-als-jobmotor.html>

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2017f) *Ärztliche Behandlung und Ver-*

sorgungsformen. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/online-ratgeber-krankenversicherung/medizinische-versorgung-und-leistungen-der-krankenversicherung/aerztliche-behandlung.html>

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2017g). *Allianz für Gesundheitskompetenz. Gemeinsame Erklärung*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/E/Erklaerungen/Allianz_fuer_Gesundheitskompetenz_Abschlusserklaerung.pdf

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2017h). *Gesundheitswirtschaft im Überblick*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitswirtschaft/gesundheitswirtschaft-im-ueberblick.html>

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (2000). *Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt (IMBA)*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.imba.de/documents/einfuehrung.pdf>

Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V (2016). verabschiedet am 19.02.2016. GKV-Spitzenverband. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Spitzenverband. Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau. Deutsche Rentenversicherung Bund. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2016/Praevention_NPK_BR_E_verabschiedet_am_19022016.pdf

Bundesverwaltungsamt (2016). *Deutsche Rentenversicherung Bund*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.bund.de/Content/DE/DEBehoerden/D/DRV/Deutsche-Rentenversicherung-Bund.html?nn=4641532>

Bundesverwaltungsamt (2016). *Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.bund.de/Content/DE/DEBehoerden/D/DGUV/Deutsche-Gesetzliche-Unfallversicherung-eV.html?nn=4641496&searchResult=true&templateQueryString=dguv>

Burkhardt, W., Bundeszentrale für politische Bildung (2017). *Gesundheitspolitik. Einer für alle, alle für einen – Das Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72358/solidarprinzip?p=all>

- Busch, M. A., Schienkiewitz A., Nowossadeck, E. & Gößwald, A. (2013). Prävalenz des Schlaganfalls bei Erwachsenen im Alter von 40 bis 79 Jahren in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*. Jahrgang 56, 656–660. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://edoc.rki.de/oa/articles/rebn4RY6HaHvI/PDF/25wmgiFNsWBCw.pdf>
- Busse, R. (2016). *Wovon sprechen wir? Fallzahlsteigerungen und Qualität: Fakten und ihre Interpretationen*. Leopoldina-Symposium Aushandlungsprozesse zwischen Medizin und Ökonomie Berlin, 21.1.2016. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2016.lectures/Berlin_20160121.rb_Leopoldina-Mengenentwicklung-AKT.pdf
- Bystrom, M.G., Rasmussen-Barr, E. & Grooten, W. J. (2013). Motor control exercises reduces pain and disability in chronic and recurrent low back pain: a meta-analysis. *Spine (Phila Pa 1976)*. 38(6), 350-358.
- Cameron, I.D., Gillespie, L.D., Robertson, M. C., Murray, G. R., Hill, K. D., Cumming, R. & Kerse, N. (2012). Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005465.pub3/abstract>
- Carver, C. S., Scheier, M.F. & Pozo, C. (1991). Conceptualizing the process of coping with health problems. In Friedmann, H.S. (Ed.) *Hostility, coping and health*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Caspersen C. J., Powell K. E. & Christenson G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126-131.
- Cibis, W. (2011). Begutachtungsanlass und Fragestellungen, In Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). *Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung*, 78-89. 7. aktualisierte Aufl. Berlin: Springer.
- Cieza, A., Stucki, G., Weigl, M., Disler, P., Jäckel, W., van der Linden, S, Kostanjsek, N. & de Bie, R. (2004). ICF Core Sets for low back pain. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44, 69-74.
- CLAUDIANA - Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe (2017). „DACHS-Definition“ der Ergotherapie. Stand 6.2.2007. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.dachs.it/de/kap-1.php>
- Cochrane (2016a). *About us*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter

<http://www.cochrane.org/about-us>

Cochrane (2016b). *Cochrane-Glossar*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.cochrane.org/about-us>

Cochrane Deutschland (2016a). *Leitlinien*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.cochrane.de/de/leitlinien>

Cochrane Deutschland (2016b). *Über GRADE*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.cochrane.de/de/%C3%BCber-grade>

Cooney G. M., Dwan, K., Greig C. A., Lawlor, D. A., Rimer J., Waugh F. R., McMurdo, M., & Mead G. E. (2013). Exercise for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.cochrane.org/CD004366/DEPRESSN_exercise-for-depression

Colcombe, S. J., Erickson, K. I., Scalf, P. E., Kim, S., Prakash, R., McAuley, E., Elavsky, S., Marquez, D. X., Hu, L. & Kramer A. F. (2006). Aerobic exercise training increases brain volume in aging humans. *Journals of Gerontology: Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 61, 1166-1170.

Colcombe, S.J. & Kramer, A.F. (2003). Fitness effects on the cognitive function of older adults: A meta-analytic study. *Psychological Science*, 14 125-130.

Corbetta, D., Sirtori, V., Castellini, G., Moja, L. & Gatti, R. (2015). Constraint-induced movement therapy for upper extremities in people with stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2013*, Issue 9. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004433.pub3/abstract#shortAbstract_de

Cramp, F. & Byron-Daniel, J. (2012). *Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23152233>

Cruciger O., Tegenthoff M., Schwenkreis P., Schildhauer T. A. & Aach M. (2014). Locomotion training using voluntary driven exoskeleton (HAL) in acute incomplete SCI. *Neurology*, 83(5), 474.

Delbrück, H. (2003). *Krebsnachbetreuung: Nachsorge, Rehabilitation und Palliation*. Berlin, Heidelberg: Springer.

Deming, W. E. (1982). *Quality Productivity and Competitive Position*. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology. Center for Advanced Engineering Study.

Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. (2016). *Selbstverständnis*

und Zielsetzungen. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.dgrw-online.de/dgrw-im-ueberblick/home.html>

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (Hrsg.) (2012). *Lumbale Radikulopathie in Neurotraumatologie und Erkrankungen von Wirbelsäule und Nervenwurzel.* S2k Stand: September 2012. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.dgn.org/images/red_leitlinien/LL_2012/pdf/ll_75_2012_lumbale_radikulopathie.pdf

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (Hrsg.) (2016). *Presseinformation Physiotherapie für Schiefhals-Patienten: G-BA will langfristigen Heilmittelbedarf anerkennen.* Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.dgn.org/images/red_pressemitteilungen/2016/160620_PM_DGN_DDGTorticollis.pdf

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) (Hrsg.) (2016). *Reha vor Rente.* Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.dguv.de/de/reha_leistung/grundsaeetze/reha_rente/index.jsp

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) (Hrsg.) (2017). *Wegeunfälle.* Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.dguv.de/de/versicherung/wegeunfaelle/index.jsp>

Deutsche Krebsgesellschaft e. V. (2016). *Glossar - die Bedeutung der wichtigsten Krebsbegriffe.* Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/basis-informationen-krebs-allgemeine-informationen/glossar.html#Z>

Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Stiftung Deutsche Krebshilfe, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) e.V. (2014). *S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten. Kurzversion Version 1.0 – Januar 2014.* AWMF-Registernummer: 032/051OL. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-051OLk_S3_Psychoonkologische_Beratung_Behandlung_2014-01_verlaengert.pdf

Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Deutsche Krebshilfe, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) e.V. (2016). *Leitlinienprogramm Onkologie. Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen - Langversion 1.0, 2016.* Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://leitlinienprogramm-onkologie.de/uploads/tx_sbdownloader/LL_Supportiv_Langversion_1.0.pdf

Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF (Hrsg.) (2017). *Leitlinienprogramm Onkologie S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms.* Konsultationsfassung 0. 4.0 , 2017 AWMF Registernum-

mer:032-045OL, Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Mammakarzinom.67.0.html>

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2009a). *Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/d_own-loads/konzepte_systemfragen/konzepte/rahmenkonzept_lta_datei.pdf?_blob=publicationFile&v=5

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2009). *Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung*. 3. Auflg. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/274642/publicationFile/2127/Rahmenkonzept_med.pdf

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2011a). *Rahmenkonzeption Intensivierte Rehabilitations-Nachsorge "Irena" inklusive "Curriculum Hannover"*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/226510/publicationFile/19385/rahmenkonzeption_irena.pdf

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2011b). *Information über die Anschlussrehabilitation zur ambulanten orthopädischen Rehabilitation für den Krankenhausarzt*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/254556/publicationFile/25174/g0259_i_20111117_ahb_zusatzbogen_bei_antrag_auf_ambulante_u_ganzt%C3%A4gig_ambulante_orth_auma_ahb_ausfuellbar.pdf

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2013a) *Sozialmedizinisches Glossar der Deutschen Rentenversicherung*. DRV-Schriften Band 81. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/208364/publicationFile/59514/druckfassung_glossar.pdf

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2013b) *Reha-Bericht 2013. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/04_reha_ja

[hresberich-
te/downloads_reha_jahresberichte/rehabbericht_2013.pdf? blob=publicationFile&
v=5](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/downloads_reha_jahresberichte/rehabbericht_2013.pdf?blob=publicationFile&v=5)

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2014a). *Strukturqualität von Reha - Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung*. 2. überarb. und erw. Aufl. Stand Juli 2014. *Bericht 2016*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/d_own-loads/quali_strukturqualitaet/Broschuere_Strukturanforderungen.pdf? blob=publicationFile&v=9](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/d_own-loads/quali_strukturqualitaet/Broschuere_Strukturanforderungen.pdf?blob=publicationFile&v=9)

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2014b). *Visitationen in medizinischen Reha -Einrichtungen*. Stand: 26.05.2014. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/d_own-loads/quali_weitere_gs/Wei_visitationen_med_reha.pdf? blob=publicationFile&v=5](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/d_own-loads/quali_weitere_gs/Wei_visitationen_med_reha.pdf?blob=publicationFile&v=5)

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2015a). *Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation* (KTL). Zugriff am 30. Dezember 2017 unter [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/d_own-loads/sozmed/klassifikationen/dateianhaenge/KTL/ktl_2015_pdf.pdf? blob=publicationFile&v=7](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/d_own-loads/sozmed/klassifikationen/dateianhaenge/KTL/ktl_2015_pdf.pdf?blob=publicationFile&v=7)

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2015b). *Rahmenkonzept zur Reha - Nachsorge der Deutschen Rentenversicherung vom 9. Juni 2015*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/d_own-loads/konzepte_systemfragen/konzepte/rahmenkonzept_reha_nachsorge.pdf? blob=publicationFile&v=3](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/d_own-loads/konzepte_systemfragen/konzepte/rahmenkonzept_reha_nachsorge.pdf?blob=publicationFile&v=3)

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2015c). *Reha-Bericht 2015. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/03_statistik

[en/02_statistikpublikationen/02_rehabericht_2015.pdf? blob=publicationFile&v=4](#)

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2015d). *Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/download/sozmed/infos_fuer_reha_einrichtungen/download_leitfaden_einheitl_e_bericht.pdf? blob=publicationFile&v=17

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2015e). *Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation -> Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung* (4. Aufl. 11/2015). Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/207024/publicationFile/50641/mbor_datei.pdf

Deutsche Rentenversicherung Bund (2016a). *Rehabilitationswissenschaften*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/3_Infos_fuer_Experten/01_Sozialmedizin_Forschung/03_reha_wissenschaften/reha_wissenschaften_index_node.html

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2016b). *Gesundheitssystem im Wandel – Perspektiven der Rehabilitation vom 29. Februar bis 2. März 2016 in Aachen*. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. 25. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. DRV-Schriften Band 109. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=Band_109_Internet.pdf

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2016c). *Programm zur Reha-Qualitätssicherung der DRV*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/207042/publicationFile/12299/Programmuebersicht.pdf>

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2016d). *Kernaufgabe der Rentenversicherung*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Bund/de/Inhalt/4_Presse/medieninformationen/06_hintergrundinformationen/reha_mappe/downloads/text_kernaussage.pdf? blob=publicationFile&v=6

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2016e). *Reha-Therapiestandards Chronischer Rückenschmerz -> Leitlinie für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung*

rung. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter [http://www.deutsche-
rentenversiche-
rung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/d
own-
loads/quali_rehatherapiestandards/Rueckenschmerz/rts_rueckenschmerz_downloa
d.pdf?_blob=publicationFile&v=15](http://www.deutsche-
rentenversiche-
rung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/d
own-
loads/quali_rehatherapiestandards/Rueckenschmerz/rts_rueckenschmerz_downloa
d.pdf?_blob=publicationFile&v=15)

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2016f). *Rehabilitationsleistungen im Zeit-
ablauf 2016*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter [http://www.deutsche-
rentenversiche-
rung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/03_statistik
en/02_statistikpublikationen/15_rehaleistungen_zeitablauf_2016.pdf?_blob=publi
cationFile&v=18](http://www.deutsche-
rentenversiche-
rung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/03_statistik
en/02_statistikpublikationen/15_rehaleistungen_zeitablauf_2016.pdf?_blob=publi
cationFile&v=18)

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2016g). *Reha-Bericht Update 2016. Die medi-
zinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik*.
Zugriff am 30. Dezember 2017 unter [http://www.deutsche-
rentenversiche-
rung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/04_reha_ja
hresberich-
te/downloads_reha_jahresberichte/reha_bericht_update_2016.pdf?_blob=publica
tionFile&v=3](http://www.deutsche-
rentenversiche-
rung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/04_reha_ja
hresberich-
te/downloads_reha_jahresberichte/reha_bericht_update_2016.pdf?_blob=publica
tionFile&v=3)

Deutsche Rentenversicherung Rheinland (Hrsg.) (o. J.). *Präventionsleistungen der Renten-
versicherungsträger. Rahmenbedingungen zu den Präventionsleistungen. Praxisem-
pfehlungen zur Durchführung von Präventionsleistungen*. Zugriff am 30. Dezember
2017 unter [http://www.deutsche-
rentenversiche-
rung.de/Allgemein/de/Inhalt/2_Rente_Reha/02_reha/03_praevention_nachsorge_s
elbsthilfe/broschuere_praeventionsleistungen_rv_traeger.html](http://www.deutsche-
rentenversiche-
rung.de/Allgemein/de/Inhalt/2_Rente_Reha/02_reha/03_praevention_nachsorge_s
elbsthilfe/broschuere_praeventionsleistungen_rv_traeger.html)

Deutsche Rentenversicherung Rheinland (Hrsg.) (2015). *Ganztägig ambulante Rehabili-
tation bei der Deutschen Rentenversicherung Rheinland*. Vortrag Jürgen Hinke.

Deutsche Rentenversicherung Rheinland (2016a). *Plan Gesundheit*. Zugriff am 27. Juli
2017 unter [http://www.deutsche-
rentenversiche-
rung.de/Rheinland/de/Inhalt/2_Rente_Reha/02_Reha/05_fachinformationen/03_r
eha_projekte_/02_plan_gesundheit/00_plan_gesundheit.html](http://www.deutsche-
rentenversiche-
rung.de/Rheinland/de/Inhalt/2_Rente_Reha/02_Reha/05_fachinformationen/03_r
eha_projekte_/02_plan_gesundheit/00_plan_gesundheit.html)

- Deutsche Rentenversicherung Rheinland (2016b). *Rehabilitandenbefragung Somatik ambulant Bericht 2016*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.deutsche-rentenversiche-rung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/d-own-loads/musterberichte/rehabilitandenbefragung/Musterfall_Rehabilitandenbefragung_Somatik_ambulant.pdf?_blob=publicationFile&v=5
- Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (Hrsg.) (2016). *Glossar Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR)*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.reha-recht.de/glossar/glossar-uebersicht/beitrag/artikel/bundesarbeitsgemeinschaft-fuer-rehabilitation-e-v-bar/>
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG) (2008). *Positionspapier Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://dvsg.org/die-dvsg/fachbereiche/rehabilitation-und-teilhabe/publikationen/>
- Deutscher Bundestag Drucksache 18/3523 (2014). *13. Sportbericht der Bundesregierung*. 18. Wahlperiode 05.12.2014. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/2014/13_sportbericht.pdf?_blob=publicationFile
- Deutscher Bundestag Drucksache 18/4095 (2015a). *Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/040/1804095.pdf>
- Deutscher Bundestag Drucksache 18/7161 (2015). *Kleine Anfrage der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg et al. und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN*. 18. Wahlperiode 21.12.2015. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/071/1807161.pdf>
- Deutscher Bundestag Drucksache 18/7161 (2016a). *Kleine Anfrage der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg et al. und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Antwort der Bundesregierung*. 18. Wahlperiode 21.12.2015. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/072/1807283.pdf>
- Deutscher Bundestag Drucksache 18/10186 (2016b). *Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG)*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/H/GE_HHVG_18-10186.pdf
- Deutscher Bundestag Drucksache 18/10510 (2016c). *Beschlussempfehlung und Bericht*

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss). Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/105/1810510.pdf>

Deutscher Bundestag Drucksache 18/11145 (2017). *Unterrichtung durch die Bundesregierung. Demografiopolitische Bilanz der Bundesregierung zum Ende der 18. Wahlperiode*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/111/1811145.pdf>

Deutsches Cochrane-Zentrum, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften-Institut für Medizinisches Wissensmanagement, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (2013). *Manual Systematische Literaturrecherche für die Erstellung von Leitlinien Version 1.0 vom 10.05.2013*, Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUK EwjYyYXorPbQAh-WmB8AKHVj3DZgQFgggMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.cochrane.de%2Fsites%2Fcochrane.de%2Ffiles%2Fuploads%2F20130523_Manual_Literaturrecherche_Final.pdf&usq=AFQjCNELAqEP8C8wAEtgy3LFJkxziFwDqQ

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). (Hrsg.) (2010). *Basiswissen Kodieren - Eine kurze Einführung in die Anwendung von ICD-10-GM und OPS*. (Überarb. Neuauflage). Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/basiswissenkodieren/basiswissen-kodieren-2010.pdf>

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). (Hrsg.) (2013). *Sturzprophylaxe bei älteren Menschen in ihrer persönlichen Wohnumgebung*. 1. Auflg. Health Technology Assessment, Bd. 116. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta255_bericht_de.pdf

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). (Hrsg.) (2013). *Das Handbuch der DAHTA. Ziele, Inhalte und Arbeitsweisen der Deutschen Agentur für Health Technology Assessment des DIMDI*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.dimdi.de/static/de/hta/methoden/handbuch.pdf>

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). (Hrsg.) (2016a). *ICD-10-WHO GM*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/>

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). (2016b). *Aufbau der Vierstelligen ausführlichen Systematik der ICD-10-GM*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/systematik/systematik.htm>

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). (2016c).

DIMDI Pressemitteilungen: ICD-11: WHO eröffnet Kommentierungsphase. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.dimdi.de/static/de/dimdi/presse/pm/news_0402.html

Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (2011). *EbM-Glossar*. Stand: Oktober 2011, 1-61. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.ebm-netzwerk.de/pdf/publikationen/dnebm-glossar-2011.pdf>

Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. (DVGS) (2016). *Definition*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.dvgs.de/dvgs-verband/sport-bewegungstherapie/definition.html>

Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V. (2014). *Hochschul-Befragung 2013 des Deutschen Verbandes für Physiotherapie*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.physio-land.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/Studium/PHYSIO-DEUTSCHLAND_Hochschulbefragung_2013_final.pdf

Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e. V. (2016a). *Definition Physiotherapie*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.physio-deutschland.de/patienten-interessierte/physiotherapie/definition.html>

Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e. V. (2017a). *Fort- und Weiterbildung*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.physio-deutschland.de/fachkreise/beruf-und-bildung/fort-und-weiterbildung.html>

Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V. (2017b). *Zahlen, Daten, Fakten aus berufsrelevanten Statistiken*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.physio-land.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/Zahlen_Daten_Fakten/Zahlen_Daten_Fakten.pdf

DiPietro, L. (2012). Physical Activity, Fitness, and Aging. In Bouchard, C., Blair, S. N. & Haskell, William L. (Ed.) *Physical Activity and Health*. (pp. 303-316) Champaign (USA): Human Kinetics, Inc.

Dinçkal, N. (2007). *Medikomechanik. Maschinengymnastik zwischen orthopädischer Apparatbehandlung und geselligem Muskeltraining, 1880-1918/19*. TG Technikgeschichte, Verein Deutscher Ingenieure, Gesellschaft für Technikgeschichte (Hrsg.). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 227 – 250.

Duijts, S. F., Faber, M. M., Oldenburg, H. S., van Beurden, M. & Aaronson, N. K.(2011).

Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial functioning and health-related quality of life in breastcancer patients and survivors - a meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 20, 115–136.

Ehrhard, T., Ostwald, D. A. & Franz, P. (2011). Neue Berufe und Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Stand und Perspektiven. In Hensen, P., Kölzer, C. (Hrsg.). *Die gesunde Gesellschaft* (S. 105–121). Wiesbaden: VS-Verlag.

Emerging Risk Factors Collaboration, Wormser, D., Kaptoge, S., Di Angelantonì E., Wood, A.M., Pennells, L., Thompson, A., Sarwar, N., Kizer, J.R., Lawlor, D.A., Nordestgaard, B.G., Ridker, P., Salomaa, V., Stevens, J., Woodward, M., Sattar, N., Collins, R., Thompson, S.G., Whitlock, G. & Danesh, J. (2011). Separate and combined associations of body-mass index and abdominal adiposity with cardiovascular disease: collaborative analysis of 58 prospective studies. *The Lancet*. 377, 1085-1095.

Epstein A. M., Lee T. H. & Hamel M. B. (2004). Paying physicians for high-quality care. *The New England journal of medicine*, 350(4), 406-410.

Ekelund U., Ward H. A., Norat T., Luan J., May A. M., Weiderpass E., Sharp S. J., Overvad K., Østergaard J. N., Tjønneland A., Johnsen N. F., Mesrine S., Fournier A., Fagherazzi G., Trichopoulou A., Lagiou P., Trichopoulos D., Li K., Kaaks R., Ferrari P., Licaj I., Jenab M., Bergmann M., Boeing H., Palli D., Sieri S., Panico S., Tumino R., Vineis P., Peeters P. H., Monnikhof E., Bueno-de-Mesquita H.B., Quirós J. R., Agudo A., Sánchez M. J., Huerta J. M., Ardanaz E., Arriola L., Hedblad B., Wirfält E., Sund M., Johansson M., Key T.J., Travis R.C., Khaw K.T., Brage S., Wareham N. J. & Riboli E. (2015). Physical activity and all-cause mortality across levels of overall and abdominal adiposity in European men and women: the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition Study (EPIC). *The American Journal of Clinical Nutrition*. 101(3), 613-621.

Ergotherapeutengesetz vom 25. Mai 1976 (BGBl. I S. 1246), das zuletzt durch Artikel 50 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515) geändert worden ist (Ergotherapeutengesetz - ErgThG). Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/bearbthg/gesamt.pdf>

Ewers, M. (2015). Forschung in den Gesundheitsberufen – Bedeutung, Umsetzung und Perspektiven. In Pundt, J. und Kälble, K.: *Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte* (S. 431- 455). Bremen: Apollon University Press. Ezzo J., Manheimer E., McNeely M., Howell D. M., Weiss R., Johansson K. I., Bao T., Bily L., Tuppo C. M., Williams A. F. & Karadibak D. (2015).

Ezzo J., Manheimer E., McNeely M. L., Howell D. M., Weiss R., Johansson K. I., Bao T., Bily L., Tuppo C. M., Williams A. F. & Karadibak D. (2015). Manual lymphatic drainage for lymphedema following breast cancer treatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003475.pub2/pdf/abstract>

- Fagard, R. H. (1999). Physical activity in the prevention and treatment of hypertension in the obese. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 31(11), 624-630.
- Faltermaier, T. (2015). Warum bleiben Menschen gesund? - Salutogenese, Resilienz und Gesundheitskompetenz. *Public Health Forum Forschung - Lehre – Praxis*, 23 (4), 197 – 199.
- Faltermaier, T., Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2016). *Subjektive Gesundheit: Alltagskonzepte von Gesundheit*. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/>
- Fors, E. A., Bertheussen, G. F., Thune, I., Juvet, L. K., Elvsaas, I. K., Oldervoll, L., Anker, G., Falkmer, U, Lundgren, S., Leivseth G. (2011). Psychosocial interventions as part of breast cancer rehabilitation programs? Results from a systematic review. *Psychology*, 20, 909–918. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20821803>
- Franke, A. (2012). *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. 3. überarb. Aufl. Bern: Huber.
- Franke, A., Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)(Hrsg) (2015). *Salutogenetische Perspektive*. Leitbegriffe Gesundheit. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/>
- Fransen M., McConnell S. & Bell M. (2003). Exercise for osteoarthritis of the hip or knee. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013,(3):CD004286. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12918008>
- Franzkowiak, P. (2006). Editorial zum Schwerpunkttheft "Altern und Potenziale der Prävention und Gesundheitsförderung". *Prävention – Zeitschrift für Gesundheitsförderung*, Heft 4, Jahrgang 29, 98.
- Franzkowiak, P., Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2015a). *Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell*. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/>
- Franzkowiak, P., Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2015b). *Prävention und Krankheitsprävention*. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/>
- Franzkowiak, P., Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2015c). *Psychosomatische Perspektive*. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/>
- Froböse, I. (Hrsg.) (2010). *Training in der Therapie*, 3. Aufl., München: Elsevier, Urban

& Fischer.

- Froböse, I. & Wilke, C. (2012). Leistungs- und Trainingssteuerung. In Schüle, Klaus und Huber, Gerhard (Hrsg.) *Grundlagen der Sport- und Bewegungstherapie Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation*, S. 239-261., vollst. überarb. Aufl., Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Fuchs, J., Busch, M., Lange, C. & Scheidt-Nave, C. (2012). Prevalence and patterns of morbidity among adults in Germany. Results of the German telephone health interview survey German Health Update (GEDA) 2009. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 5, 576–586.
- Fuchs, H.(2013). Integrierte Versorgung und Gesundheitsberufe. In Robert Bosch Stiftung GmbH (Hrsg.), *Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung* (S. 80 - 118). Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/2013_Gesundheitsberufe_Online_Einzelseiten.pdf
- Furmaniak, A. C., Menig, M. & Markes, M. H. (2016). Exercise for women receiving adjuvant therapy for breastcancer (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 9. Art. No.: CD005001*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.cochrane.org/CD005001/BREASTCA_exercise-women-receiving-chemotherapy-or-radiation-therapy-or-both-adjuvant-therapy-breast-cancer
- Geidl, W., Hendrich, S., Pfeifer & K. (2012). *ABSCHLUSSBERICHT „Entwicklung von Materialien für die Dissemination evidenzgesicherter Konzepte für die Bewegungstherapie in der Rehabilitation“*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://forschung.deutschenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=Projekt_Bewegungstherapie.pdf
- Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2011b). *Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über Empfehlungen zur Aktualisierung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen mit Brustkrebs und zur Aktualisierung der Anforderungen an die Dokumentation an strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen mit Brustkrebs*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.g-ba.de/downloads/39-261-1309/2011-03-17-DMP-Brustkrebs-Empfehlungen%20zur%20Aktualisierung.pdf>
- Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2014a). *Entscheidungen zum Nutzen für Patienten und Versicherte*. (3. überarb. Aufl.). Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3647/2014-10-23_G-BA_Informationsbroschuere_DE.pdf

- Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2014b). *Qualitätssicherung Risikomanagement – und Fehlermeldesysteme zur Verbesserung der Patientensicherheit in Klinik und Praxis*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.g-ba.de/downloads/34-215-516/02-2014-01-23_Risiko-Fehlermanagement.pdf
- Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2015a). *Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2448/2015-12-17_2016-05-19_HeilM-RL_Entlassmanagement_konsolidiert_BAnz.pdf
- Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2015b). *Entlassmanagement: Versorgungslücken nach stationärer Behandlung geschlossen*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/595/>
- Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2015c). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der Fassung vom 16. März 2004*. Stand: 15. Oktober 2015. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1128/RL-Reha_2015-10-15_iK-2016-04-01.pdf
- Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2015d). *Pressemitteilung Arthroskopische Verfahren zur Behandlung der Kniegelenk-Arthrose aus GKV-Leistungskatalog ausgeschlossen*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.g-ba.de/downloads/34-215-591/26-2015-11-27_MVV-KHM_Arthroskopie%20Gonarthrose.pdf
- Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2016a). *Leitfaden für die Erstellung von Anträgen zu den Förderbekanntmachungen zur themenspezifischen und themenoffenen Förderung von neuen Versorgungsformen gemäß § 92a Abs. 1 SGB V zur Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/37/2016-05-11_Leitfaden_nF2.pdf
- Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2016b). *Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Anpassung der Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.g-ba.de/downloads/40-268-3778/2016-05-19_HeilM-RL_langf-HeilM-Bedarf_TrG.pdf
- Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2017a). *Methodenbewertung*. Zugriff am 30.

Dezember 2017 unter <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/methodenbewertung/>

Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2017b). *Hygiene Gesetzliche Vorgaben und Zuständigkeiten*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/hygiene/>

Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2017c). *DEWI – Determinanten bei der Versorgung von Patienten mit Wirbelsäulenoperation*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/dewi-determinanten-bei-der-versorgung-von-patienten-mit-wirbelsaeulenoperation.44>

Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2017d). *Richtlinie des des Gemeinsamen Bundesausschusses. Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL)* in der Fassung vom 19. Mai 2011, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 96 (S. 2247) vom 30. Juni 2011, in Kraft getreten am 1. Juli 2011, zuletzt geändert am 16. März 2017 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 29.05.2017 B7, in Kraft getreten am 30. Mai 2017. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1399/HeilM-RL_2017-03-16_iK-2017-05-30.pdf

Gesetz über Medizinprodukte (Medizinproduktegesetz - MPG) (1994). *§ 3 Begriffsbestimmungen*. Medizinproduktegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. August 2002 (BGBl. I S. 3146). Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.gesetze-im-internet.de/mpg/>

Gesetz über Medizinprodukte (Medizinproduktegesetz - MPG) *§ 4 Verbote zum Schutz von Patienten, Anwendern und Dritten*. Medizinproduktegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. August 2002 (BGBl. I S. 3146). Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.gesetze-im-internet.de/mpg/_4.html

Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (2013). Bundesgesetzblatt Jahrgang 2013 Teil I Nr. 9. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/text.xav?SID=&tf=xaver.component.Text_0&toctf=&qmf=&hlf=xaver.component.Hitlist_0&bk=bgbl&start=%2F%2F*%5B%40node_id%3D%27177052%27%5D&skin=pdf&tlevel=-2&nohist=1

Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG) *§ 17b Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.gesetze-im-internet.de/khg/_17b.html

- Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen von Robert Koch-Institut und Statistisches Bundesamt (2017a). *Epidemiologie*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.gbe-bund.de/glossar/Epidemiologie.html>
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen von Robert Koch-Institut und Statistisches Bundesamt (2017b). *Eingliederungshilfe für behinderte Menschen*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FI&p_sprache=D&p_suchstring=8273::behinderte
- Gesundheitsministerkonferenz (2016). Gesundheitsministerkonferenz. 2016. *Ergebnisniederschrift. 89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 29./30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.gmkonline.de/documents/Ergebnisniederschrift_89_GMK_2016_Warnemuende.pdf
- Gillespie L. D., Robertson M. C., Gillespie W. J., Sherrington C., Gates S., Clemson, L. M., & Lamb S. E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. CD007146. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19370674>
- GKV Spitzenverband (Hrsg.) (2006a). *Gemeinsame Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Abs. 1 SGB V über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene in der Fassung vom 25. September 2006*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/heilmittel_rahmenempfehlungen/Empf_125_204.pdf
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2006b). *Anlage 1a zu den Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V vom 1. August 2001 in der Fassung vom 1. Juni 2006. Leistungsbeschreibung Physiotherapie*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/heilmittel_rahmenempfehlungen/125_Anlage_1a_208.pdf
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2014). *Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014*.
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2015). *GKV Heilmittel-Informationssystem (GKV-HIS) Bundesbericht Heilmittel-Schnellinformation nach § 84 Abs. 5 i.V. m. Abs. 8 SGB V Bundesbericht, Januar - Dezember 2015*. Stand: 11.04.2016. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.gkv->

heilmittel.de/media/dokumente/his_statistiken/2015_04/Bundesbericht-HIS_201504.pdf

GKV-Spitzenverband (2016a). *Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 124 Abs. 4 SGB V zur einheitlichen Anwendung der Zulassungsbedingungen nach § 124 Abs. 2 SGB V für Leistungserbringer von Heilmitteln, die als Dienstleistung an Versicherte abgegeben werden (Zulassungsempfehlungen)*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/heilmittel_zulassungsempfehlungen/Heilmittel_Zulassungsempfehlung_20160307.pdf

GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2016b). *Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung*. zuletzt aktualisiert: März 2016. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen/gkv_kennzahlen.jsp

GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2016c). *Auswertung für die Kassenärztliche Versorgung Nordrhein*. GKV Heilmittel-Informationssystem (GKV-HIS) Bundesbericht Heilmittel-Schnellinformation nach § 84 Abs. 5 i.V. m. Abs. 8 SGB V Bundesbericht, Januar - Dezember 2015. Stand: 11.04.2016.

GKV-Spitzenverband (2016d). *Heilmittel-Preisuntergrenzen nach § 125 Absatz 3 SGB V für das Jahr 2016*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.gkv-heilmittel.de/media/dokumente/hmpug_listen/2016/physiotherapie/HMPUG-Nordrhein-Westfalen-2016-Physiotherapie.pdf

GKV-Spitzenverband (2016e). *Rahmenempfehlung über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln gemäß § 125 Abs. 1 SGB V für den Bereich Ergotherapie in der Fassung vom 15.04.2016*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/heilmittel_rahmenempfehlungen/heilmittel_ergotherapie/20160314_Rahmenempfehlung_Ergotherapie_Unterschriftfassung.pdf

Glattacker, M., Dudeck, A., Dibbelt, S., Quatmann, M., Greitemann, B. & Jäckel, W.H. (2013). Evaluation einer Intervention zur partizipativen Vereinbarung von Rehabilitationszielen bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. *Die Rehabilitation*, 52, 257-265.

Glattacker, M., Farin-Glattacker, E. & Dibbelt, S. (2015). *Arbeitsbuch Reha- Ziele. Zielvereinbarungen in der medizinischen Rehabilitation*. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.reha-ziele.de/sites/default/files/Arbeitsbuch.pdf>

- Glier, B. (2015). *Chronische Schmerzen bewältigen: Verhaltenstherapeutische Schmerzbehandlung*. 3. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Glynn, L. G., Hayes, P.S., Casey, M., Glynn, F., Alvarez-Iglesias, A., Newell, J., O’Laighin, G., Heaney, D., O’Donnell, M. & Murphy, A. W. (2014). Effectiveness of a smartphone application to promote physical activity in primary care: the SMART MOVE randomised controlled trial, *The British journal of general practice*, 64(624), e384-e391. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24982490>
- Gößwald, A., Schienkewitz A., Nowossadeck E. & Busch, M. A. (2013). Prävalenz von Herzinfarkt und koronarer Herzkrankheit bei Erwachsenen im Alter von 40 bis 79 Jahren in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*. Jahrgang 56, S. 650 – 655. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://edoc.rki.de/oa/articles/rewg2Eob4gX1l/PDF/28vWvl57DzAA.pdf>
- Golla, A., Saal, S. & Mau, W. (2014). Besondere berufliche Problemlagen bei Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland. *DRV-Schriften*. Band 103, S. 66-67.
- Gorden, R. & Bloxham, G. (2016). A Systematic Review of the Effects of Exercise and Physical Activity on Non-Specific Chronic Low Back Pain. *Healthcare (Basel)*, 4(2). Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4934575/>
- Görres, S. (2013). Orientierungsrahmen: Gesellschaftliche Veränderungen, Trends und Bedarfe. In Robert Bosch Stiftung GmbH (Hrsg.), *Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung* (S. 19 - 49). Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/2013_Gesundheitsberufe_Online_Einzelseiten.pdf
- Green, H. J., (2012). Skeletal Muscle Adaption to Regular Physical Activity. In Bouchard, C., Blair, Steven N. & Haskell, W. L. (Ed.) *Physical Activity and Health*. (pp. 53-68) Champaign (USA): Human Kinetics, Inc.
- Gröhe, H. (2016a). *Gröhe beim Internationalen Treffen zur Krebsbekämpfung. Meldungen*.

Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2016/world-cancer-congress.html>

Gröhe, H. (2016b). *Antworten auf die Fragen von Monitor Versorgungsforschung. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe u. a. zu aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen, innovativen Versorgungskonzepten und der Rolle der Versorgungsforschung*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/interviews/interviews-2016/monitor-080216.html>

Gröhe, H. (2017). „Startschuss zur Stärkung des Gesundheitswissens in Deutschland“ - Gründung der „Allianz für Gesundheitskompetenz“. Pressemitteilung vom 19.06.2017. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/4_Pressemitteilungen/2017/2017_2/170619_35_PM_Allianz_fuer_Gesundheitskompetenz.pdf

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (GVG) (2017a). *Patientensicherheit*. Zugriff am 29. März 2017 unter http://gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi? cms_page=nationale_gz/patientensicherheit

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (GVG) (2017b). *Brustkrebs*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi? cms_page=nationale_gz/brustkrebs

Gustavsen, R. & Streeck, R. (1991). *Trainingstherapie im Rahmen der Manuellen Medizin*. Stuttgart: Thieme.

Hamilton, M. & Neville, O. (2012) Sedentary Behavior and inactivity Physiology. In Bouchard, C., Blair, S. N. & Haskell, W. L. (Ed.) *Physical Activity and Health*. (pp. 53-68) Champaign (USA): Human Kinetics, Inc.

Harder, H., Parlour, L. & Jenkins, V. (2012): Randomised controlled trials of yoga interventions for women with breast cancer: a systematic literature review. *Supportive Care in Cancer*, 20, 3055–3064.

Hardman, A. E. (2012) Acute Responses to Physical Activity and Exercise. In Bouchard, C., Blair, S. N. & Haskell, William L. (Ed.) *Physical Activity and Health*. (pp. 87-102) Champaign (USA): Human Kinetics, Inc.

Haubrock, M. (2013). Steuerungsmodelle und Gesundheitsberufe. In Robert Bosch Stiftung GmbH (Hrsg.), *Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung* (S. 119 - 147). Zugriff am 30. Dezember unter [http://www.bosch-](http://www.bosch-stif-)
[stif-](http://www.bosch-stif-)

[tung.de/content/language1/downloads/2013_Gesundheitsberufe_Online_Einzelseiten.pdf](http://www.gesundheitsberufe.de/content/language1/downloads/2013_Gesundheitsberufe_Online_Einzelseiten.pdf)

- Heimburg, J. (2009). Erfolgreiche Innovationsprozesse im Unternehmen: eine Herausforderung. In Schmidt, K. Gleich, R., Richter, A. (Hrsg.), *Gestaltungsfeld Arbeit und Innovation: Perspektiven und best practices aus dem Bereich Personal und Innovation* (S. 247-274). München: Rudolf Haufe Verlag.
- Hinsch, R. & Pfingsten, U. (2015). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele*. 6. völlig neu bearbeitete Auflage. Weinheim: PVU.
- Hirschhausen, E., von (2015). Liebe Physiotherapeuten Leserbrief an die PT Zeitschrift, *PT Portal für Physiotherapeuten*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://physiotherapeuten.de/liebe-physiotherapeuten/#.WXs001FpzIU>
- Höppner, H. (2016). Innovationsstau in der Gesundheitsbildung(spolitik): Die Modellklausel in den Berufsgesetzen zur Primärqualifikation an Hochschulen. *ergoscience*, 11(4), 165-167.
- Hohmann, A., Lames, M. & Letzelter, M. (2014). *Einführung in die Trainingswissenschaft* (6. Auflage). Wiebelsheim: Limpert.
- Holick, C. N., Newcomb, P. A., Trentham-Dietz, A., Titus-Ernstoff, L., Bersch, A. J., Stampfer, M. J., Baron, J. A., Egan, K. M. & Willett, W. C. (2008). Physical activity and survival after diagnosis of invasive breast cancer. *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention*. 17(2), 379-386.
- Holmes, M. D., Chen, W. Y., Feskanich, D., Kroenke, C. H. & Colditz, G. A. (2005). Physical activity and survival after breast cancer diagnosis. *Journal of the American Medical Association*, 293, 2479-2486.
- Hollmann, W. & Hettinger, T. (2000). *Sportmedizin: Grundlagen für Arbeit, Training und Präventivmedizin*. (4. vollst. überarb. Aufl.). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Hollmann, W. (2006). Sport im Fitness-Center – Geschichte, Entwicklung, Aufgaben. In Hoffmann, G. & Siegfried, I. (Hrsg.) *Sportmedizinische Aspekte zu Fitness und Wellness. Seminar des Arbeitskreises Sportmedizin der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen*. German Medical Science GMS Publishing House. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.egms.de/static/pdf/meetings/sportmed2006/06sportmed1.pdf>
- Howe, T. E., Shea, B., Dawson, L. J., Downie, F., Murray, A., Ross, C., Harbour, R. T., Caldwell, L. M. & Creed, G. (2011). Exercise for preventing and treating osteoporosis in postmenopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*: CD000333. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21735380>

- Hoy D., Brooks P., Blyth F. & Buchbinder R. (2010) The Epidemiology of low back pain. *Best Practice & Research: Clinical Rheumatology*, 24 (6), 769-781.
- Hu, G., Jousijahti, P., Antikainen R. & Tuomilehto, J.(2007). Occupational, commuting, and leisure-time physical activity in relation to cardiovascular mortality among Finnish subjects with hypertension. *American Journal of Hypertension*, 20, 1242-1250.
- Hüter-Becker, A. (1993). Die Geburt der Krankengymnastik. Ein Beruf setzt sich durch. *Krankengymnastik*, 45 (11), 1465-1469.
- Hüter-Becker, A. (1999). *Chronik des ZVK 1949*. Deutscher Verband für Physiotherapie Zentralverband der Physiotherapeuten/ Krankengymnasten e.V. (Hrsg.).
- Hüter-Becker, A. (2000). Der Paradigmenwechsel in der Physiotherapie und das Bobath-Konzept. *Krankengymnastik*, 52 (1), 277-282.
- Hüter-Becker, A. (2001). Heilgymnastinnen: ein Frauenberuf - feministisch Interpretiert. *Krankengymnastik*, 53 (2), 271-278.
- Hüter-Becker, A. (2004a). Geschichte der Physiotherapie. In: Hüter-Becker, A. & Dölken, M. (Hrsg.), *Beruf, Recht, wissenschaftliches Arbeiten* (S. 5-32). Stuttgart: Thieme.
- Hüter-Becker, A. (2004b). Das berufliche Selbstverständnis. In: Hüter-Becker, A. & Dölken, M. (Hrsg.), *Beruf, Recht, wissenschaftliches Arbeiten* (S. 33-44). Stuttgart: Thieme.
- Hurrelmann, K. & Laaser, U. (2003). Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, K./Laaser, U. (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (S. 17-45). 3. Aufl. Weinheim/München: Juventa.
- Hurrelmann, K. & Richter, M. (2013). *Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (2014). Einführung: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In Hurrelmann, Klotz, & Haisch, *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*, (4. vollst. überarb. Aufl.). Bern: Huber.
- Hurrelmann, K. & Franzkowiak, P., Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2016). *Gesundheit. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/>
- ICF Research Branch (2016). *Erzeugung eines ICF-basierten Dokumentationsbogens*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.icf-core-sets.org/de/page0.php>
- Igl, G. (2015a). Berufrechtliche Begleitforschung. In *Studie im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, Gesundheitsberuferecht – Allgemein*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter

http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/pflege/20150528_Abschlussbericht-Beruferechtliche-Begleitforschung-Prof-Igl.pdf

Igl, G. (2015b). Situation und aktuelle rechtliche Entwicklungen im Bereich der Gesundheitsberufe. In Pundt, J. und Kälble, K.: *Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte* (S. 107- 137). Bremen: Apollon University Press.

Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH (IQPR) (2016a). *Work Ability Index (WAI)*.

Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH (IQPR) (2016b). *Einschätzung körperlicher Leistungsfähigkeiten bei arbeitsbezogenen Aktivitäten (E-LA)*.

I-Min. L., Lobelo, E. J., Felipe, Pekka, P., Blair, S. N. & Katzmarzyk, P. T. for the Lancet Physical Activity Series Working Group (2012). Impact of Physical Inactivity on the World's Major Non-Communicable Diseases. *The Lancet*. 380 (9838), 219–229.

Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.

Jeon C. Y., Lokken, R. P., Hu, F. B. & van Dam, R. M. (2007). Physical activity of moderate Intensity and risk of type 2 diabetes: a systematic review. *Diabetes Care*, 30(3), 744-752.

Jian, L., & Siegrist, J. (2012). Physical Activity and Risk of Cardiovascular Disease— A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(2), 391-407.

Kaizen, M. I. (1992). *Der Schlüssel zum Erfolg der Japaner im Wettbewerb*. Wirtschaftsverlag Langen-Müller.

Kalff R., Ewald C., Waschke A. Gobisch, L & Hopf, C. (2013) Degenerative lumbar spinal stenosis in older people: current treatment options. *Deutsches Ärzteblatt international*, 110, 613-623.

Kaltenborn, F. & Evjenth, O. (1985). *Manuelle Mobilisation der Extremitätengelenke: manuelle Untersuchung und Gelenk-Mobilisation in der Grundausbildung*. (7. neu überarb. Aufl.). Oslo: Norlis.

Kaluza, G. (2011). *Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung*. Heidelberg: Springer.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016). *Rehabilitation Verordnungsvordrucke und Hinweise*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.kbv.de/media/sp/Muster_61.pdf

- Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (2016). Ausfüllanleitung Physikalische Therapie Heilmittelverordnung Muster 13. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.kvbawue.de/praxis/verordnungen/heilmittel/>
- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (2017). Heilmittel kompakt: Das Wichtigste kurz und knapp. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.kvno.de/10praxis/40verordnungen/20heilmittel/a_z/14_08_heilmittel-kompakt/index.html
- Kauffeld, S. (2016). *Nachhaltige Personalentwicklung und Weiterbildung: betriebliche Seminare und Trainings entwickeln, Erfolge messen, Transfer sichern*. 2., überarbeitete Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Katzmarzyk, P. T. & Janssen, I. (2004). The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Canada: An update. *Canadian Journal of Applied Physiology*, 29 (1), 90-115.
- Katzmarczyk, P. T., Chirch, T. S., C. L. & Bouchard. C. (2009). Sitting time and mortality from all causes, cardiovascular disease and cancer. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 41, 998-1005.
- Keck, T. (2015). „Pole-Position“ für die Prävention. Pressemitteilung. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.deutscherentenversicherungs.de/Westfalen/de/Inhalt/4_Presse/Journalisten/Pressemitteilungen/2015/Pole_position_fuer_die_praevention.html
- Kelley, G. A. & Kelley, K. S. (2000). Progressive resistance exercise and resting blood pressure: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension*, 35(3), 838-843.
- Kelley, G. A. & Kelley, K. S. (2004) Efficacy of resistance exercise on lumbar spine and femoral neck bone mineral density in premenopausal women: a meta-analysis of individual patient data. *Journal of Women's Health*, 13, 293-300.
- Kemmler, W., Engelke, K. & von Stengel, S. (2015). Long-Term Exercise and Bone Mineral Density Changes in Postmenopausal Women - Are There Periods of Reduced Effectiveness? *Journal of bone and mineral research*, 31(1), 215-222.
- Klapper, B. & Schirlo, C. (2016). *Interprofessional Training Special edition booklet: Published by the Robert Bosch Stiftung and the Gesellschaft für Medizinische Ausbildung*. *GMS Journal for Medical Education*, 33(2), 1-5. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.egms.de/static/en/journals/zma/2016-33/zma001037.shtml>
- Klein-Vogelbach, S. (1976). *Funktionelle Bewegungslehre*. Berlin, Heidelberg, New York:

Springer.

- Klemme, B. (2012). Konzipieren von Bildungsangeboten – Curriculumentwicklung. In Klemme, B. (Hrsg.), *Lehren und Lernen in der Physiotherapie* (S. 167 – 202). Stuttgart, New York: Thieme.
- Klemme, B., Geuter, G., Willimczik, K. (2007): Physiotherapie – Über eine Akademisierung zur Profession. In *physioscience*, 3 (2), 80-87.
- Kliche, T. & Kröger, G. (2008). Empowerment in Prävention und Gesundheitsförderung – Eine konzeptkritische Bestandsaufnahme von Grundverständnissen, Dimensionen und Erhebungsproblemen. *Das Gesundheitswesen*, 70, 715 – 720.
- Klosterhuis, H. (2010). Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung - eine kritische Bestandsaufnahme. *RV aktuell*. 8. (260-268). Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/5_Services/03_broschueren_und_mehr/03_zeitschriften/rv_aktuell/2010/heft_8_klosterhuis.pdf?blob=publicationFile&v=6
- Knott, M. & Voss, D. E. (1956). *Proprioceptive Neuromuscular Facilitation: Patterns and Techniques*. New York: Hoeber-Harper.
- Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD (2013). *Deutschlands Zukunft gestalten*. 18. Legislaturperiode. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.cdu.de/sites/default/files/media/dokumente/koalitionsvertrag.pdf>
- Koch-Gallenkamp, L., Bertram, H., Eberle, A., Holleczeck, B., Schmid-Höpfner, S., Waldmann, A., Zeissig, S. R., Brenner, H. & Arndt, V.(2016). Fear of Recurrence in Long-Term Cancer Survivors-Do Cancer Type, Sex, Time Since Diagnosis, and Social Support Matter? *Health Psychology (in press)*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27175578>
- Koes, B.W., Van Tulder, M. W., Ostelo, R., Ostelo, R., Kim, B. A. & Wadell, G. (2001). Clinical guidelines for the management of low back pain in primary care. An international comparison. *Spine*, 26, 2504-2513.
- Kohlmann, T. & Raspe, H. H. (1996). Der Funktionsfragebogen Hannover zur alltagsnahen Diagnostik der Funktionsbeeinträchtigung durch Rückenschmerzen (FFbH-R). *Rehabilitation*, 35, S. I-VIII.
- Kreck, H. C. (1988). Die medico-mechanische Therapie Gustav Zanders in Deutschland. Ein Beitrag zur Geschichte der Krankengymnastik im Wilhelminischen Kaiserreich. Frankfurt am Main, Univ. Diss. (Humanmedizin), 1988; nachgedruckt in: *Krankengymnastik*, 42 (1990), 40–46, 164–173, 294–306, 441–444, 537–553, 685–693, 799–804.
- Krug, S., Jordan, S., Mensink, G. B. M., Müters, S., Finger, J. D. & Lampert, T. (2013).

Körperliche Aktivität. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Band 56, S. 765-771. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://edoc.rki.de/oa/articles/repRtQDxaXz2/PDF/29NRTMbhpOAI.pdf>

Kühne, R. (2017). *Das neue Heil- und Hilfsmittelgesetz wurde verabschiedet - Grundlohnsummenbindung entfällt für drei Jahre*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.physio.de/php/meldung.php?id=9263>

Kuhlmeiy, A. (2013). In Robert Bosch Stiftung GmbH (Hrsg.), *Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln Grundsätze und Perspektiven - Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung* (S. 8-11). Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/2013_Gesundheitsberufe_Online_Einzelseiten.pdf

Lahart, I. M., Metsios, G. S., Nevill, A. M. & Carmichael, A. R. (2015). Physical activity, risk of death and recurrence in breast cancer survivors: A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *Acta Oncologica*, 54 (5), 635-654. Zugriff am 30. Dezember <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25752971>

LaMonte, M. J. & Blair, S. N. (2012), Physical Activity, Fitness, and Mortality Rates. In Bouchard, C., Blair, S. N. & Haskell, W. L. (Ed.) *Physical Activity and Health*. (pp. 167-183) Champaign (USA): Human Kinetics, Inc.

Langsetmo, L., Hitchcock, C. L., Kingwell E. J., Davison, K. S. Berger, C., Forsmo, S., Zhou, W., Kreiger, N. & Prior, J. C. (2012). Physical activity, body mass index and bone mineral density-associations in a prospective population-based cohort of women and men: the Canadian Multicentre Osteoporosis Study (CaMos). *Bone*, 50(1), 401-408.

Lee, I-Min. & Paffenbarger Jr., R. S. (2000). Associations of light, moderate, and vigorous intensity physical activity with longevity. *American Journal of Epidemiology*, 151, 293-299.

Lehmann, Y., Ayerle, G. M., Beutner, K., Karge, K. & Behrens, J. (2015). Ergebnisse und Schlussfolgerungen der Studie zur Bestandaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen in Europa (GesinE). In Pundt, J., & Kälble K. (Hrsg.), *Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte* (S. 339-35) Bremen: Apollon University Press.

Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen

- Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (DKG) und Deutschen Krebshilfe (DKH) (2016). *Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen - Langversion 1.0*, 2016, AWMF Registernummer:032/054OL. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Supportive-Therapie.95.0.html>
- Levenson, H. (1972). Distinctions within the concept of internal-external control: Development of a new scale. *Proceedings of the 80th Annual Convention of the American Psychological Association*, 7, 261-262.
- Linden, M. & Hautzinger, M. (2015). *Verhaltenstherapiemanual* (8. überarb. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Lindström, I., Öhlund, C., Eek C. & Wallin, L. (1992). The Effect of Graded Activity on Patients with Subacute Low Back Pain: A Randomized Prospective Clinical Study with an operant - Conditioning Behavioral Approach. *Physical Therapy*, 72, S. 279-290.
- Lindstrom, J., Ilanne-Parikka, P., Peltonen, M., Aunola, S., Eriksson, J.G., Hemio, K., Hamalainen, H., Harkonen, P., Keinanen-Kiukaanniemi, S. & Laakso, M. et al. (2006). Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Lancet*, 11, 368(9548), 1673-1679.
- List M. (1978). *Krankengymnastische Behandlungen in der Traumatologie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Löffler, S., Gerlich, C., Lukaszczik M., Heiner V., Wolf, H. D. & Neuderth, S. *Praxishandbuch: Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation*. Teil 1 von 3. (o. J.). 3. Aufl. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/praxishandbuch_2012/
- Lohmann-Haislah, A.(2012). *Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden*. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hrsg.), Dortmund, Berlin, Dresden. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/Gd68.pdf? blob=publicationFile>
- Lubans, D. R., Smith, J. J., Skinner, G. & Morgan, P. J. (2014). Development and implementation of a smartphone application to promote physical activity and reduce screen-time in adolescent boys. *Front Public Health*, 2(42). Zugriff am 11. 30. Dezember 2017 unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4032995/>
- Lübke, N. (2015). *Explorative Analyse vorliegender Evidenz zu Wirksamkeit und Nutzen*

von rehabilitativen Maßnahmen bei Pflegebedürftigen im Hinblick auf eine mögliche Anwendbarkeit im Rahmen der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs bei der Pflegebegutachtung. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS). Hamburg: Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Nord. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Rehabilitation/Gutachten_Reha_bei_Pflegebeduerftigkeit_KCG.pdf

- Lukaszczik, M., Gerlich, C. & Neuderth, S. (2011). Einfluss Partizipativer Entscheidungsfindung auf Zufriedenheit und Motivation im Kontext der arbeits- und berufsbezogenen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation. *DRV-Schriften*, 93, 155-157.
- Macco, K. & Schmidt J. (2009) Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2008. In: B. Badura, H. Sehröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2009*. Berlin, Heidelberg: Springer 2010, S 275-423.
- Maio, G. (2016). *Rehabilitation im Spannungsfeld zwischen Ethik und Ökonomie*. Vortrag, 25. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung: „Gesundheitssystem im Wandel - Perspektiven der Rehabilitation vom 29. Februar bis 2. März 2016 in Aachen.
- Marschall, J., Hildebrandt, S., Sydow, H. & Nolting, H. D. (2016). *DAK Gesundheitsreport 2016*. Band 13. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung. Heidelberg, Neckar: medhochzwei Verlag.
- Maus, J. (1999). Kostendämpfung im Gesundheitswesen. Der lange Weg in die Verwaltungsmedizin. *Deutsches Ärzteblatt, Beilage zum Deutschen Ärzteblatt*, 21, 42-45.
- McCartney, N. & Phillips, S. M. (2012). Physical Activity, Muscular Fitness, and Health. In Bouchard, C., Blair, S. N. & Haskell, W. L. (Ed.) *Physical Activity and Health*. (pp. 257-272) Champaign (USA): Human Kinetics, Inc.
- McGee D. L. (2005) Body mass index and mortality: a meta-analysis based on person-level data from twenty-six observational studies. *Annals of Epidemiology*, 15(2), 87–97.
- McNeely, M. L., Campbell, K., Ospina, M., Rowe, B. H., Dabbs, K., Klassen, T. P., Mackey, J. & Courneya, K. (2010). Exercise interventions for upper-limb dysfunction due to breast cancer treatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 6*. Art. No.: *CD005211*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.cochrane.org/CD005211/BREASTCA_exercise-interventions-for-upper-limb-dysfunction-due-to-breast-cancer
- Mead, N. & Bower, P. (2000). Patient-centredness: A conceptual framework and review of the literature. *Social Science and Medicine* 2000, 51, 1087-1110.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) (Hrsg.) (2012). *Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.mdk.de/media/pdf/15_BRL_VorsorgeReha.pdf

- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) (Hrsg.) (2016). *Präventionsbericht 2016*. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2015. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praeventionsbericht/2016_GKV_MDS_Praeventionsbericht.pdf
- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) in den Ländern und Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) (2016). *Alltagskompetenz*. Lexikon. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.mdk.de/817.htm>
- Medizinische Hochschule Hannover Klinik für Rehabilitationsmedizin (2016). *Wissenschaft | Forschung*. Zugriff am 30. Dezember unter <https://www.mh-hannover.de/reha-forschung.html>
- Mehrholz, J., Elsner, B., Kugler, J. & Pohl, M. (2013). Electromechanical-assisted training for walking after stroke. *Cochrane Database of Systematic Review*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23888479>
- Mehrholz, J., Friis, R., Kugler, J., Twork, S., Storch, A. & Pohl, M. (2015). Treadmill training for patients with Parkinson's disease. *Cochrane Database of Systematic Review*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007830.pub4/abstract#shortAbstract_de02/14651858.CD007830.pub4
- Mehrholz, J., Pohl, M., Platz, T., Kugler, J. & Elsner, B. (2015). *Electromechanical and robot-assisted arm training for improving activities of daily living, arm function, and arm muscle strength after stroke*. *Cochrane Database of Systematic Review*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006876.pub4/abstract#shortAbstract_de
- Meng, X. G. & Yue & S. W. (2015). Efficacy of aerobic exercise for treatment of chronic low back pain: a meta-analysis. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 94(5), 358-365.
- Menning, S. & Hoffmann, E. (2009). Die Babyboomer – ein demografisches Porträt. *GeroStat Report Altersdaten 02/2009*. Deutsches Zentrum für Altersfragen: Berlin. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/GeroStat_Report_Altersdaten_Heft_2_2009.pdf
- Mensink, G. B. M., Schienkiewitz A., Haftenberger M., Lampert T., Ziese T. & Scheidt-Nave C. (2013). Übergewicht und Adipositas in Deutschland Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheits- Gesundheitsfor-*

schung – Gesundheitsschutz, Band 56, S. 786–794. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://edoc.rki.de/oa/articles/rec5I0tIFMfd2/PDF/23JuqX9byg62Q.pdf>

Milne, H. M., Wallman, K. E., Gordon, S., & Courneya, K. S. (2008). Effects of a combined aerobic and resistance exercise program in breast cancer survivors: a randomized controlled trial. *Breast Cancer Research and Treatment.*, *108*(2), 279–288. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17530428>

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) (Hrsg.) (2005). *Empfehlende Ausbildungsrichtlinien für staatlich anerkannte Physiotherapieschulen in Nordrhein-Westfalen*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/pflege/pflege_und_gesundheitsberufe/ausbildungsrichtlinien/ausbildungsrichtlinien-physiotherapieschulen-nrw_barr.pdf

Moffett, J. & Mclean S. (2006). The role of physiotherapy in the management of nonspecific back pain and neck pain. *Rheumatology (Oxford)*, *45*, 371-378.

Müller, T. & Paterok, B. (2010). *Schlaftraining. Ein Therapiemanual zur Behandlung von Schlafstörungen* (2. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Nagel, E., Neukirch, B., Schmid, A. & Schulte, G. (2017). *Wege zu einer effektiven und effizienten Zusammenarbeit in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland*. Gutachten im Auftrag des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung.

Nelson, M. E., Rejeski W., Blair, J. S. N., Duncan, P. W., Judge, J. O., King, A.C., Macera, C. A. & Castaneda-Sceppa, C. (2007). Physical Activity and Public Health in Older Adults: Recommendation From the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation.* *116*, 1094-1105. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17671236>

Neuber-Pohl, C., Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) (Hrsg.) (2017). *Das Pflege- und Gesundheitspersonal wird knapper*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.bibb.de/veroeffentlichungen/de/bwp/show/8229>

Nefiodow, L. A. (2007). *Der sechste Kondratieff: Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information; die langen Wellen der Konjunktur und ihre Basisinnovationen* (6. Aufl.). Sankt Augustin: Rhein-Sieg-Verlag.

Nollen, N. L., Mayo, M. S., Carlson, S. E., Rapoff, M. A., Goggin, K. J. & Ellerbeck, E. F. (2014). Mobile technology for obesity prevention: a randomized pilot study in racial- and ethnic-minority girls. *American journal of preventive medicine*, *46*(4), 404-408. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24650843

Nordenfelt F. (2003). Action theory, disability and ICF. *Disability and Rehabilitation*, *25*(18), 1075-1079.

- Nowossadeck, E. (2012a). Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen. Robert Koch-Institut (Hrsg.) Berlin: *GBE kompakt* 3(2). Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2012_2_Demografischer_Wandel_Alterung.pdf?blob=publicationFile
- Nowossadeck, E. (2012b). Population Aging and Hospitalization for Chronic Disease in Germany. *Deutsches Ärzteblatt International*. 109, 151-157. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.aerzteblatt.de/pdf/DI/109/9/m151.pdf>
- Nübling, R. (2011). Die Rehabilitation hat kein Imageproblem! Zur kritischen Auseinandersetzung mit der Rehabilitationsforschung: Anmerkungen zum Gespräch mit Prof. Dr. Alfred Wirth. *Spektrum*, Fachzeitschrift der DRV Baden-Württemberg, Jahrgang 1, S. 38-41.
- Oesch, P., Kool, J., Hagen, K. B. & Bachmann, S. (2010). Effectiveness of exercise on work disability in patients with non-acute non-specific low back pain: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of rehabilitation medicine*, 42(3), 193-205. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20411212>
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2016). *Ihr persönlicher Better Life Index*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.oecdbetterlifeindex.org/de/>
- Ovretveit, J. (2002). *Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen: Einführung in die Bewertung von gesundheitsbezogenen Behandlungen, Dienstleistungen, Richtlinien und organisationsbezogenen Interventionen*. Bern: Huber.
- Pätzold G. (1999). Berufliche Handlungskompetenz. In: Kaiser, F.J., & Pätzold, G. (Hrsg.). *Wörterbuch Berufs- und Wirtschaftspädagogik*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt/Handwerk und Technik.
- Paffenbarger, R. S. Jr., Wing, A. L. & Hyde R. T. (1978). Physical activity as an index of heart attack risk in college alumni. *American Journal of Epidemiology*, 108(3), 161-175.
- Paterson D. H. & Warburton D. E. (2010). Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's Physical Activity Guidelines. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7-38. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2882898/>
- Pedersen B. K. & Saltin, B. (2006). Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic

disease. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*. 16 (S01), 3-63.

Petrie, J., Mäkelä M., Mierzewski, P., Hauke, E., Goldberg, J., Dosquet, P., Ollenschläger, G., Gevers, J. K. M., Forland, F., Vladescu, C., Slany J., Arnez, Z., Mebius, C., & Cranovsky, R. (2002). Entwicklung einer Methodik für die Ausarbeitung von Leitlinien für optimale medizinische Praxis. Empfehlung Rec(2001)13 des Europarates. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung (ZaeFQ)* [Online], Suppl. III: . Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.leitlinien.de/mdb/edocs/pdf/literatur/europaratmethdt.pdf>

Pfeifer, K. (2007). *Rückengesundheit: Grundlagen und Module zur Planung von Kursen*. Köln: Deutscher Ärzteverlag.

Pfeifer, K., Sudeck, G., Brüggemann, S. & Huber, G. (2010). DGRW-Update: Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation – Wirkungen, Qualität, Perspektiven. *Die Rehabilitation*. 49, 224-236.

Pfeifer, K., Sudeck, G., Brüggemann, S. & Huber, G. (2012). Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation – Wirkungen, Qualität, Perspektiven. In Schüle, Klaus und Huber, Gerhard (Hrsg.) *Grundlagen der Sport- und Bewegungstherapie Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation*, S. 43-65., vollst. überarb. Aufl., Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Pfingsten, M., Leibing, E., Franz, C., Bansemer, D., Busch, O., & Hildebrand, J. (1997). Erfassung der „fear-avoidance-beliefs“ bei Patienten mit Rückenschmerzen. *Der Schmerz*, 11, 387–395.

Phillips, S. M. (2007). Resistance exercise: Good for more than just Grandma and Grandpa's muscles. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 32, 1198-1205.

Phillips, S. M. & Winett, R.A. (2010). Uncomplicated resistance training and health-related outcomes: Evidence for a public health mandate. *Current Sports Medicine Reports*, 9, 208-213.

Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report (2008). *Physical Activity Guidelines (PAGAC)*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://health.gov/paguidelines/guidelines/glossary.aspx>

physio.de - Physiotherapie in Deutschland (2017). *Hochgradig besetzter CDU/CSU-Kongress zum Thema "Kooperation zwischen ärztlichen und nicht ärztlichen Gesundheitsberufen" ließ an so mancher Stelle aufhorchen*. Zugriff am 30. Dezember <https://physio.de/php/meldung.php3?id=9279>

- Plass, D., Vos, T., Hornberg, C., Scheidt-Nave, C., Zeeb, H. & Krämer, A. (2014). Entwicklung der Krankheitslast in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt*. Jahrgang 111, S. 629-638. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://edoc.rki.de/oa/articles/re9VVUSCBWew/PDF/23moF8YJT4eUg.pdf>
- Präventionsgesetz – PräVG (2015). *Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention* vom 17.07.2015.
- Pschyrembel, W. (2007). *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch* (261. neu bearb. und erw. Aufl.). Berlin, New York: de Gruyter.
- Ramsey P. G., Carline J. D., Inui T. S., Larson E. B., LoGerfo J. P., Norcini J. J. & Wenrich M. D. (1991). Changes over time in the knowledge base of practicing internists. *The Journal of the American Medical Association* 266, 1103-1107. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1865543>
- Raspe, H. (2012). *Rückenschmerzen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes* Heft 53, Berlin: RKI (Hrsg.) Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/rueckenschmerzen.pdf?blob=publicationFile>
- Richter, R. (2016). *Physiotherapie und Wissenschaft - Die wissenschaftliche Emanzipation der Physiotherapie im Spannungsfeld von Disziplinbildung und Professionalisierung*. Dissertation an der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität Potsdam. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://publishup.uni-potsdam.de/frontdoor/index/index/docId/9470>
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2002). *Chronische Schmerzen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Heft 7. Berlin. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Themenhefte/chronische_schmerzen_inhalt.html
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2005). *Körperliche Aktivität. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Heft 26. Berlin. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/ren4T3cctjHcA/PDF/29BFVzVHbIM_45.pdf
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2009). *Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/alter_gesundheit.pdf?blob=publicationFile
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2011). *Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO)*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/KRINKO/krinko_node.html
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2013a). Die hygienische Händedesinfektion – ein Beitrag zum Internationalen Tag der Händehygiene am 5.5. *Epidemiologisches Bulletin*, (17), 139-150.

- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2013b). *Muskuloskelettale Erkrankungen Studie GEDA 2010*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Chronische Erkrankungen/Muskel Skelett System/Muskel Skelett System node.html](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Chronische_Erkrankungen/Muskel_Skelett_System/Muskel_Skelett_System_node.html)
- Robert Koch- Institut (Hrsg.) (2014a) *Gesundheitliche Einschränkungen. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«*. RKI, Berlin. (Stand: 25.10.2014). Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/Geda2012/gesundheitliche_einschraenkungen.pdf? blob=publicationFile
- Robert Koch--Institut (Hrsg.) (2014b). *Chronisches Kranksein. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«*. RKI, Berlin. (Stand: 25.10.2014). Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/Geda2012/chronisches_kranksein.pdf? blob=publicationFile
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2014c). Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA2012/kapitel_gesundheitstrends.pdf? blob=publicationFile
- Robert Koch- Institut (Hrsg.) (2015a). *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*. Berlin. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtId/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf? blob=publicationFile
- Robert Koch-Institut und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. (GEKID) (Hrsg.) (2015b). *Krebs in Deutschland 2011/2012. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. (10. Aufl.) Berlin. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.gekid.de/Doc/krebs_in_deutschland_2015.pdf
- Robert Koch- Institut (Hrsg.) (2017a). *Chronische Erkrankungen*. Zugriff am 30. Dezember unter [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Chronische Erkrankungen/Chronische Erkrankungen_node.html](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Chronische_Erkrankungen/Chronische_Erkrankungen_node.html)
- Robert Koch- Institut (Hrsg.) (2017b). *Themenschwerpunkte der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring*. Zugriff am 130. Dezember 2017 unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Themen_node.html

- Robert Koch- Institut (Hrsg.) (2017c). *GBE-Glossar - Indikation*. Zugriff am 30. Dezember unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Glossar/gbe_glossar_catalog.html?nn=2370676&cms_lv2=3686288
- Robert Koch- Institut (Hrsg.) (2017d). *Multimorbidität*. Gesundheit von A – Z. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/M/Multimorbidaet/Multimorbidaet.html>
- Röthig, P. & Prohl, R. (2003). Sport. In: Peter Röthig & Robert Prohl (Hrsg.), *Sportwissenschaftliches Lexikon*. 7., völlig neu bearb. Aufl. (S. 493 – 495). Schorndorf: Hofmann.
- Rohmert, W. & Rutenfranz, J. (1975). *Arbeitswissenschaftliche Beurteilung der Belastung und Beanspruchung an unterschiedlichen Industriearbeitsplätzen*. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.
- Rosenbrock, R. & Michel, C. (2007). *Primäre Prävention. Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Roßbach, G. (2016). *Gesundheitssystem im Wandel – Perspektiven der Rehabilitation* vom 29. Februar bis 2. März 2016 in Aachen. Vortrag 25. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung.
- Rothe, I. (2012). Psychische Anforderungen – Herausforderung für den Arbeitsschutz. In Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hrsg.) *Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden* (S. 9 – 10). Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/Gd68.pdf?blob=publicationFile>
- Rothgang, H. (2016). *Gesundheitsökonom kritisiert niedrige Zahl der Reha-Empfehlungen durch Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK)*. ARD Presseinformation REPORT MAINZ vom 05.07.2016. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.swr.de/-/id=17727784/property=download/nid=233454/18nv7ic/manuskript_wenig_rehaempfehlungen.pdf
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 33(1), 300-303.
- Rütten, A. & Pfeifer, K. (Hrsg.) (2016). *Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/b/bewegungsempfehlungen.html>
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR)

(2001). *Band III - 3. Bedarf, bedarfsgerechte Versorgung, Über-, Unter- und Fehlversorgung*. Gutachten 2000/2001. Ausführliche Zusammenfassung. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2000-2001/Kurz-f-de-01.pdf

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2007). *Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. Gutachten 2007 Kurzfassung. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurz-fassung_2007.pdf

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (SVR) (2009). *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*. Sondergutachten 2009 Kurzfassung. Zugriff 30. Dezember 2017 unter http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurz-fassung-2009.pdf

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) (2011). *Herausforderungen des demografischen Wandels. Expertise im Auftrag der Bundesregierung*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/Expertisen/2011/expertise_2011-demografischer-wandel.pdf

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.(SVR) (2014). *Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche*. Gutachten 2014 Kurzfassung. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Aktuelles/2014/SVR-Gutachten_2014_Kurz-fassung_01.pdf

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2014) *Bedarfsgerechte Versorgung Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche*, Gutachten 2014 Kurzfassung. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Aktuelles/2014/SVR-Gutachten_2014_Kurz-fassung_01.pdf

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray J. A., Haynes R. B. & Richardson W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.

Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W. & Haynes, R. B. (2000). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM* (2. Aufl.). Edinburgh: Churchill Livingstone.

- Saragiotto B.T., Maher C., Yamato T.P., Costa L. O. P., Menezes Costa, L.C., Ostelo, R. W. J. G., Macedo, L.G. (2016). Motor control exercise for chronic non-specific low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.cochrane.org/CD012004/BACK_motor-control-exercise-chronic-non-specific-low-back-pain
- Sarma, S., Zaric, G. S., Campbell, M..K. & Gilliland, J. (2014). The effect of physical activity on adult obesity: evidence from the Canadian NPHS panel. *Economics & Human Biology*, 14. 1-21.
- Sarwer, D. B., Lavery, M. & Spitzer, J. C. (2012) A review of the relationships between extreme obesity, quality of life, and sexual function. *Obesity Surgery*, 22, 668–676.
- Schaeffer, D., Vogt, D., Berens, E. M. & Hurrelmann, K. (2016). *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Ergebnisbericht*. Bielefeld: Universität Bielefeld. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Ergebnisbericht_HLS-GER.pdf
- Schaller, A., Biallas, B. & Froböse, I. (2013). *Präventionsleistungen der Rentenversicherungsträger im Rheinland - ein konzeptioneller Leitfaden*. Deutsche Rentenversicherung Rheinland. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.plangesundheit.de/Download/2013-03%20Leitfaden%20Pr%E4vention%20DRV%20Rheinland.pdf>
- Scharrer, M., Ebenbichler, G., Pieber, K., Crevenna, R., Gruther, W., Zorn, C. & Ammer, K. (2012). A systematic review on the effectiveness of medical training therapy for subacute and chronic low back pain. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 48(3), 361–370.
- Schlingensiepen, I. (2017). Gröhe plädiert für medizinische Robotik in der Reha. *Ärzte Zeitung online*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/medizintechnik/article/930391/exoskelette-groehe-plaediert-medizinische-robotik.html
- Schmidt, C. O. & Kohlmann T. (2005). Was wissen wir über das Symptom Rückenschmerz? Epidemiologische Ergebnisse zu Prävalenz, Inzidenz, Verlauf, Risikofaktoren. *Zeitschrift Orthopädie und ihre Grenzgebiete*, 143, 292-298.
- Schmidt, C. O., Raspe H., Pfungsten, M., Hasenbring., M., Basler, H. D., Eich, W. & Kohlmann, T. (2007) Back pain in the German adult population: prevalence, severity, and sociodemographic correlates in a multiregional survey. *Spine*, 32(18), 2005-2011.
- Schmidt, R. F. & Thews, G. (Hrsg.) (1997). *Physiologie des Menschen*. Frankfurt, Leipzig: Springer.

- Schubert, K. & Martina, K. (2016). *Das Politiklexikon*. 6. aktualisierte und erw. Aufl. Bonn: Dietz 2016. Lizenzausgabe Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.bpb.de/nachschlagen/lexika/politiklexikon/139476/demografischer-wandel>
- Schüle, K. (2013). Gesundheitsberufe – gestern – heute – morgen. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 29, 117-121.
- Schulz K .H., Meyer A. & Langguth N. (2012). Körperliche Aktivität und psychische Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Band 55(1), S. 55-65. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.rki.de/DE/Content/Service/Sozialberatung/BGBL_Krprl_Akt_psych_Gesund.pdf? blob=publicationFile
- Schünemann, H. J., Langer, G., Meerpohl, J. J., Ollenschläger, G. (2012). Das GRADE-System: Ein Prolog zur Artikelserie in der ZEFQ. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 106 (5), S. 354-356. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://ac.els-cdn.com/S1865921712001304/1-s2.0-S1865921712001304-main.pdf? tid=46b8529c-523c-11e6-92ca-00000aacb35f&acdnat=1469433132_5d7a53dd85c07fa083ac736909a593a1
- Schüz, B., Dräger, D., Richter, S., Kummer, K., Kuhlmei, A., & Tesch-Römer, C. (2011). Autonomie trotz Multimorbidität im Alter – Der Berliner Forschungsverbund AMA . *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 44, Supplement 2, 9-26
- Schuntermann, M. F. (o. J.). Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) - Kurzeinführung. Berlin. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter [http://www.deutsche-
rentenversiche-
rung.de/cae/servlet/contentblob/206970/publicationFile/2307/icf_kurzeinfuehrung.pdf](http://www.deutsche-
rentenversiche-
rung.de/cae/servlet/contentblob/206970/publicationFile/2307/icf_kurzeinfuehrung.pdf)
- Seeger, D. (2003). Work-Hardening. In Hildebrandt, J. (Hrsg.) *Göttinger Rücken- Intensiv-Programm (GRIP) Das Manual*. (S. 131-168) Berlin: congress compact verlag
- Senghaas-Knobloch, E. (1999). Von der Arbeits- zur Tätigkeitsgesellschaft? Zu einer aktuellen Debatte. *Arbeit Zeitschrift für Arbeitsforschung, Arbeitsgestaltung und Arbeitspolitik*, 8 (2), S. 136-162.
- Semmer, N. & Udris, I. (2007). Bedeutung und Wirkung von Arbeit. In H. Schuler, (Hrsg.). *Lehrbuch der Organisationspsychologie* (4. Aufl., S. 157–196). Bern: Huber.

- Seo, D. C. & Li K. (2010) Leisure-time physical activity dose-response effects on obesity among US adults: results from the 1999-2006 National Health and Nutrition Examination Survey. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64, 26-31.
- Sharma A. M. & Kushner R. F. (2009) A proposed clinical staging system for obesity. *International Journal of Obesity*, 33(3), 289-295.
- Sing, M. A. F. (2002). Exercise to prevent and treat functional disability. *Clinics in Geriatric Medicine*, 18, 431-462.
- Smith J. J., Eather, N., Morgan, P. J., Plotnikoff, R. C., Faigenbaum, A. D. & Luban, D. R. (2014). The health benefits of muscular fitness for children and adolescents: a systematic review and meta-analysis, *Sports Medicine* (Auckland, N.Z.), 44(9), 1209–1223.
- Sofi, F., Capalbo, A., Cesari F., Abbate, R. & Gensini, G. Franco (2008). Physical activity during leisure time and primary prevention of coronary heart disease: an updated meta-analysis of cohort studies. *European Association for Cardiovascular Prevention*, 15(3), 247-257. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18525378>
- Sottas, B., Höppner, H., Kickbusch, I., Pelikan, J. & Probst J. (2013). Umriss einer neuen Gesundheitsbildungspolitik careum working paper 7. Careum Verlag. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.careum.ch/documents/20181/56466/Careum+Working+Paper+7+%28deutsch%29/1e2b5a5a-74f1-4da9-892f-d370eac09b71>
- Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) §1 *Solidarität und Eigenverantwortung*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/ 1.html
- Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 11 *Leistungsarten*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/ 11.html
- Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 12 *Wirtschaftlichkeitsgebot*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/ 12.html

- Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477). *§ 20 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_20.html
- Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) *§ 20a Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_20a.html
- Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) *§ 20b Betriebliche Gesundheitsförderung*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_20b.html
- Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) *§ 27 Krankenbehandlung*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_27.html
- Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) *§ 27b Zweitmeinung*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_27b.html
- Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) *§ 32 Heilmittel*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_32.html
- Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) - Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) *§ 39 Krankenhausbehandlung*. Zugriff am 30. Dezember http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_39.html
- Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) - Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) *§ 40 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation*. Zugriff am 30. Dezember https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_40.html
- Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) *§ 43 Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_43.html
- Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) *§ 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_92.html

- Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 91 *Gemeinsamer Bundesausschuss*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_91.html
- Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) - Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 109 *Abschluß von Versorgungs-verträgen mit Krankenhäusern*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_109.html
- Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) - Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 115b *SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_115b.html
- Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 124. *Zulassung*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_124.html
- Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 125 *Rahmenempfehlungen und Verträge*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_125.html
- Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 125 *Anlage 1a zu den Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V vom 1. August 2001 in der Fassung vom 1. Juni 2006 Leistungsbeschreibung Physiotherapie*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/heilmittel_rahmenempfehlungen/125_Anlage_1a_208.pdf
- Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 135a *Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_135a.html
- Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 138 *Neue Heilmittel*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_138.html
- Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) - Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des

Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) *§ 140a Besondere Versorgung*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_140a.html

Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) - Gesetzliche Rentenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes v. 18. Dezember 1989, BGBl. I S. 2261, 1990 I S. 1337) *§ 9 Aufgabe der Leistungen zur Teilhabe*. (Artikel 1 des Gesetzes v. 18. Dezember 1989, BGBl. I S. 2261, 1990 I S. 1337). Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_6/_9.html

Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) - Gesetzliche Rentenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes v. 18. Dezember 1989, BGBl. I S. 2261, 1990 I S. 1337) *§ 235 Regelaltersrente*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_6/_235.html

Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - (Artikel 1 des Gesetzes v. 19.6.2001, BGBl. I S. 1046) *§ 1 Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/_1.html

Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - (Artikel 1 des Gesetzes v. 19.6.2001, BGBl. I S. 1046) *§ 2 Behinderung*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/_2.html

Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - (Artikel 1 des Gesetzes v. 19.6.2001, BGBl. I S. 1046) *§ 3 Vorrang von Prävention*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/_3.html

Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - (Artikel 1 des Gesetzes v. 19.6.2001, BGBl. I S. 1046) *§ 6 Rehabilitationsträger*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/_6.html

Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - (Artikel 1 des Gesetzes v. 19.6.2001, BGBl. I S. 1046) *§ 11 Zusammenwirken der Leistungen*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/_11.html

Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - (Artikel 1 des Gesetzes v. 19.6.2001, BGBl. I S. 1046) *§ 13 Gemeinsame Empfehlungen*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/_13.html

- Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - (Artikel 1 des Gesetzes v. 19.6.2001, BGBl. I S. 1046) § 20 *Qualitätssicherung*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/_20.html
- Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - (Artikel 1 des Gesetzes v. 19.6.2001, BGBl. I S. 1046) § 21 *Verträge mit Leistungserbringern*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/_21.html
- Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - (Artikel 1 des Gesetzes v. 19.6.2001, BGBl. I S. 1046) § 26 *Leistungen zur medizinischen Rehabilitation*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/_26.html
- Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - (Artikel 1 des Gesetzes v. 19.6.2001, BGBl. I S. 1046) § 33 *Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/_33.html
- Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - (Artikel 1 des Gesetzes v. 19.6.2001, BGBl. I S. 1046) § 55 *Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/_55.html
- Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - (Artikel 1 des Gesetzes v. 19.6.2001, BGBl. I S. 1046) § 111c *Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_111c.html
- Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014) § 5 *Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/_5.html
- Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) - Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014). § 31 *Vorrang der Rehabilitation vor Pflege*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/_31.html
- Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) e.V. (2014). *Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) e.V. stellt Forderungen an die Politik*. Anhörung 11.11.2014. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.shv->

heilmittelverbaende.de/spitzenverband-der-heilmittelverbaende-shv-e-v-stellforderungen-an-die-politik/

- Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) e.V. (2016). *Stellungnahme des Spitzenverbandes der Heilmittelverbände (SHV) e.V. zum Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung* (Heil- und Hilfsmittelversorgungsstärkungsgesetz – HHVG) BT-Drucksache 18/10186. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.bundestag.de/blob/482450/28623458e481dde9df43fd8413d4934f/18_14_0220-20-hhvg_shv-data.pdf
- Staeck F. (2016). *Heil- und Hilfsmittelversorgung. Gesetzentwurf birgt Überraschungen*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/krankenkassen/article/913303/heil-hilfsmittelversorgung-gesetzentwurf-birgt-ueberraschungen.html
- Staeck F. (2017). *Forderung nach modernen Berufsgesetzen*. Zugriff 30. Dezember 2017 unter http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/927189/physiotherapeuten-co-forderung-nach-modernen-berufsgesetzen.html?sh=1&h=1930763625
- Städtische Kliniken Neuss - Lukaskrankenhaus - GmbH (2017). *Ambulantes Operationszentrum*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.lukasneuss.de/aoz.html>
- Stangl, W. (2016). *Psychologie, wissenschaftlich. Lexikon für Psychologie und Pädagogik*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://lexikon.stangl.eu/1205/psychologie-wissenschaftlich/>
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.). (2011) *Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und in den Ländern*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00012505/5871101119004.pdf;jsessionid=56B48017AF2878936BEC1E05B3B19903
- Statistisches Bundesamt (2010). *Gesundheit Krankheitskosten*. Fachserie 12 Reihe 7.2. Wiesbaden: Destatis. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankheitskosten/Krankheitskosten2120720089004.pdf?__blob=publicationFile
- Statistisches Bundesamt (2012). *Perioden-Sterbetafeln für Deutschland - Allgemeine Sterbetafeln, abgekürzte Sterbetafeln und Sterbetafeln von 1871/1881 bis 2008/2010*. Wiesbaden: Destatis.
- Statistisches Bundesamt (2014a). *Jeder zweite Erwachsene in Deutschland hat Überge-*

wicht. Wiesbaden. Pressemitteilung vom 5. November 2014 – 386/14. Wiesbaden: Destatis. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter [https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2014/11/PD14_386_239pdf.pdf? blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2014/11/PD14_386_239pdf.pdf?blob=publicationFile)

Statistisches Bundesamt (2014b) *Todesursachenstatistik ab 1998. Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert.)* Zugriff am 30. Dezember 2017 unter www.gbe-bund.de

Statistisches Bundesamt (2015a) *Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Ergebnisse der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung.* Statistisches Bundesamt (Hrsg.). Wiesbaden: Destatis. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204159004.pdf? blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204159004.pdf?blob=publicationFile)

Statistisches Bundesamt (2015b). *Neue Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland bis 2060.* Pressemitteilung vom 28. April 2015 – 153/15. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/04/PD15_153_12421.html

Statistisches Bundesamt (2015c). *Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit in Deutschland.* Fachserie 1, Reihe 4.1.1. Destatis, Wiesbaden. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetige/StandEntwicklungErwerbstaetigkeit2010411147004.pdf? blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetige/StandEntwicklungErwerbstaetigkeit2010411147004.pdf?blob=publicationFile)

Statistisches Bundesamt (2016c). *Gesundheit – Todesursachen in Deutschland 2014.* Fachserie 12, Reihe 4, aktualisiert am 06.01.2016. Wiesbaden: Destatis. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Todesursachen/Todesursachen2120400147004.pdf? blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Todesursachen/Todesursachen2120400147004.pdf?blob=publicationFile)

Statistisches Bundesamt (2016b). *Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. €.* Gliederungsmerkmale: Jahre, Art der Einrichtung, Art der Leistung, Ausgabenträger. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter www.gbe-bund.de

Statistisches Bundesamt (2017a). *Gesundheitsausgaben im Jahr 2015 um 4,5 % gestiegen.* Pressemitteilung vom 21. Februar 2017 – 61/17. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter [https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/02/PD17_061_23611pdf.pdf? blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/02/PD17_061_23611pdf.pdf?blob=publicationFile)

Statistisches Bundesamt (2017b). *2015: Beschäftigungszuwachs in medizinischen*

Gesundheitsberufen verlangsamt sich. Pressemitteilung vom 25. Januar 2017 – 30/17. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter [https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/01/PD17_030_23621pdf.pdf? blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/01/PD17_030_23621pdf.pdf?blob=publicationFile)

Steindorf, K., Ritte, R., Eomois, P. P., Lukanova, A., Tjonneland, A., Johnsen, N. F., Overvad, K., Østergaard, J. N., Clavel-Chapelon, F., Fournier, A., Dossus, L., Teucher, B., Rohrmann, S., Boeing, H., Wientzek, A., Trichopoulou, A., Karapetyan, T., Trichopoulos, D., Masala, G., Berrino, F., Mattiello, A., Tumino, R., Ricceri, F., Quirós, J. R., Travier, N., Sánchez, M. J., Navarro, C., Ardanaz, E., Amiano, P., Bueno-de-Mesquita, H. B., van Duynhoven, F., Monninkhof, E., May, A. M., Khaw, K. T., Wareham, N., Key, T. J., Travis, R. C., Borch, K. B., Sund, M., Andersson, A., Fedirko, V., Rinaldi, S., Romieu, I., Wahrendorf, J., Riboli, E. & Kaaks, R. (2013). Physical activity and risk of breast cancer overall and by hormone receptor status: the European prospective investigation into cancer and nutrition. *International Journal of Cancer*, 132(7), 1667-1678.

Steiner, W. A., Ryser, L., Huber, E., Uebelhart, D., Aeschlimann, A. & Stucki, G. (2012). Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Physical Therapy*, 82(11), 1098-1107.

Streckeisen, U. (2015). Plädoyer für eine kritische Weiterentwicklung der strukturell-theoretisch orientierten Professionstheorie. In Pundt, J. und Kälble, K.: *Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte* (S. 39-61). Bremen: Apollon University Press.

Streibelt, M. (o. J.). *MBOR-Screening in der Praxis überhaupt machbar?* Vortrag. Deutsche Rentenversicherung Bund. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter [http://www.rehaforschung-nrw.de/cms/upload/Forschungsverbund/Votraege/MBOR-Screening in der Praxis - Streibelt.pdf](http://www.rehaforschung-nrw.de/cms/upload/Forschungsverbund/Votraege/MBOR-Screening_in_der_Praxis_-_Streibelt.pdf)

Streibelt, M. & Brünger, M. (2014). Wie viele berufsbezogene Leistungen bekommen PatientInnen mit besonderen beruflichen Problemlagen? Analyse einer repräsentativen indikationsübergreifenden Stichprobe von Versicherten der Deutschen Rentenversicherung Bund. *DRV-Schriften*. Band 103, S. 43 - 44.

Techniker Krankenkasse Landesvertretung Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2016). *TK spezial Newsletter NRW*. Ausgabe 20/2016 vom 23. Mai 2016. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://web.inxmail.com/tk_landesvertretungen/html_mail.jsp?params=-407+LV-Nordrhein-Westfalen%40tk.de+3+00000jy0000m60000000000000cfzd72

Theunissen, G. & Plaute, W. (1995). *Empowerment und Heilpädagogik. Ein Lehrbuch*.

Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Tittel, K. (2003). *Beschreibende und funktionelle Anatomie des Menschen* (14. Aufl.). München, Jena: Urban Fischer.

Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung (2016). Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.behindertenrechtskonvention.info/>

Universitätsklinikum Freiburg Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (AQMS) (2015). *RTS-Methodenreport Chronischer Rückenschmerz*. Projekt zur Aktualisierung der Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung (Oktober 2013 – Oktober 2015). Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/download/quali_rehatherapiestandards/Rueckenschmerz/rts_ruecken_methodenreport_download_2015.pdf?_blob=publicationFile&v=4

U.S. Department of Health and Human Services (Ed.) (2008). *Physical Activity Guidelines for Americans*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://health.gov/paguidelines/pdf/paguide.pdf>

Vanden-Abeelee, J. & Schüle, K. (2012). Zur Begründung aus dynamischer und handlungstheoretischer Sicht. In Schüle, Klaus und Huber, Gerhard (Hrsg.) *Grundlagen der Sport- und Bewegungstherapie Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation*, S. 9-42., vollst. überarb. Aufl., Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) (2012). *Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2011/2012*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/archiv-pkv-zahlenbericht/zahlenbericht-2011-2012.pdf>

Völker, K. (2012). Sportmedizinische und biomechanische Grundlagen. In Schüle, Klaus und Huber, Gerhard (Hrsg.) *Grundlagen der Sport- und Bewegungstherapie Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation*, S. 218-225., vollst. überarb. Aufl., Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Voigt-Radloff, S. & Lang, B. (2015). Der Forschungs-Praxis-Transfer in den Gesundheitsberufen – von klinischen Studien zur evidenzbasierten Praxis. In Johanne Pundt, & Karl Kälble (Hrsg.), *Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte* (S. 457-480) Bremen: Apollon University Press.

Voigt-Radloff, S., Stemmer, R., Korporeal, J., Horbach, A., Ayerle G. M., Schäfers R.,

- Greening M., Binnig, M., Mattern, E., Heldmann, P., Wasner, M., Braun, C., Lohkamp M., Marotzki, U., Kraus, E., Oltman, R., Müller, C., Corsten, S., Lauer, N., Schade, V. & Kempf, S. (2016). *Forschung zu komplexen Interventionen in der Pflege- und Heilammenwissenschaft und in den Wissenschaften der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie*. Version 2.0, März 2016. Universität Freiburg. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.freidok.uni-freiburg.de/data/10702>
- Von Eiff, W., Schüring, S., Greitemann, B., Karoff, M. (2011). REDIA – Auswirkungen der DRG-Einführung auf die Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 50, 214 – 221.
- Voskuil, D. W., van Nes, J. G. H., Junggeburst, J. M. C., van de Velde, C. J. H., van Leeuwen, F. E. & de Haes, J. C. J. M. (2010). Maintenance of physical activity and body weight in relation to subsequent quality of life in postmenopausal breast cancer patients. *Annals of Oncology*, 21 (10), 2094-2101. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://academic.oup.com/annonc/article/21/10/2094/318395/Maintenance-of-physical-activity-and-body-weight>
- Wade, Derick T. (2001). Research into the black box of rehabilitation: the risks of a Type III error. *Clinical Rehabilitation*, 15, 1-4. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11237155>
- Waller, H. (2006). *Gesundheitswissenschaft* (4. überarb. und erw. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Wallston B. S., Wallston K. A. (1978). Locus of control and health: A review of the literature. *Health Education Monographs*, 6, 107-117.
- Walter, N., Fischer, H., Hausmann, P., Klös H.P., Lobinger, T., Raffelhüschen, B., Rump, J., Seeber, S. & Vassiliadis, M. (2013). *Die Zukunft der Arbeitswelt. Auf dem Weg ins Jahr 2030*. Robert Bosch Stiftung GmbH, Stuttgart (Hrsg.). Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Studie_Zukunft_der_Arbeitswelt_Einzelseiten.pdf
- Waltersbacher, A. (2015). *Heilmittelbericht 2015, Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie*. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (Hrsg.) Berlin. Zugriff am 20. Dezember 2017 unter http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_heil_hilfsmittel/wido_heilmittelbericht_2015_1512.pdf
- Warburton, D. E. R., Nicol, C. W. & Bredin, S. S. D. (2006) Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, 174 (6), 801-809.

- Wasem, J. (2015). Zu oft, zu viel - Schluss mit überflüssigen Operationen. *Das Erste. Plus minus*. Sendung vom 07.10.2015. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.daserste.de/information/wirtschaft-boerse/plusminus/videos/zu-oft-zu-viel-schluss-mit-ueberfluessigen-operationen-100.html>
- Weineck, J. (2009). *Optimales Training: leistungsphysiologische Trainingslehre unter besonderer Berücksichtigung des Kinder- und Jugendtrainings*. Balingen: Spitta.
- Wenig C. M., Schmidt C. O., Kohlmann T. & Schweikert, B. (2009). Costs of back pain in Germany. *European Journal of Pain(EJP)*, 13, 280-286.
- Whelton, S. P., Chin, A. & Xin, X. (2002) Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Annals of Internal Medicine*, 136(7), 493-503.
- Wieser, M. & Haber, P. (2007). The effects of systematic resistance training in the elderly. *International journal of sports medicine*, 28(1), 59-65.
- Willimczik K. (2007). Die Vielfalt des Sports. Kognitive Konzepte der Gegenwart zur Binnendifferenzierung des Sports. *Sportwissenschaft*, 37 (1), 19–37.
- Willimczik, K., Bollert, G. & Geuter, G. (2009). Bezugswissenschaften der Physiotherapie: Philosophie - Mutter aller Wissenschaften. *physioscience*, 5, 27 – 33.
- Wirth Alfred & Hauner Hans (2013). *Adipositas: Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnostik, Therapie*. Berlin: Springer.
- Wirth, A., Klein, G. & Lephtin, H.J. (2010). Medizinische Rehabilitation: Bessere Vernetzung notwendig. *Deutsches Ärzteblatt*, 107, 1253- 1256. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/113438/Comparative-Effectiveness-Research-Externer-Validitaet-auf-der-Spur>
- Wissenschaftsrat (2012). *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf>
- Witt, C M., Treszl, A. & Wegscheider, K. (2011). Comparative Effectiveness Research: Externer Validität auf der Spur. *Deutsches Ärzteblatt*, 108(46), 2648-2474. 30. Dezember 2017 unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/113438/Comparative-Effectiveness-Research-Externer-Validitaet-auf-der-Spur>
- Wolin, K. Y., Yan Y. G. A. & Lee I. M. (2009). Physical activity and colon cancer prevention: a meta-analysis. *British Journal of Cancer*. 100(4), 611–616.
- Woolf A. D. & Pfleger B. (2003). Burden of major musculoskeletal conditions. *Bulletin of the World Health Organization*, 81, 646-656.

- World Cancer Research Fund (WCRF) /American Institute for Cancer Research (AICR) (2010). *Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective*. Washington, DC.
- World Confederation for Physical Therapy (WCPT) (2016). *What is physical therapy*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.wcpt.org/what-is-physical-therapy>
- World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf
- World Health Organization (Hrsg.) (1999). *Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation*. WHO technical report series., Genf: WHO. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/
- World Health Organization (WHO) (Hrsg.) (2001). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) Stand Oktober 2005. Genf. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/stand2005/>
- World Health Organization (Hrsg.) (2005). *Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report*. WHO, Genf. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf?ua=1
- World Health Organization. (Hrsg.) (2006). *Physical activity and health in Europe: evidence for action*. Edited by: Nick Cavill, Sonja Kahlmeier & Francesca Racioppi. Regional Office for Europe, Kopenhagen. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/publications/2006/physical-activity-and-health-in-europe-evidence-for-action>
- World Health Organization. (Hrsg.) (2007). *Die Herausforderung Adipositas und Strategien zu ihrer Bekämpfung in der Europäischen Region der WHO: Zusammenfassung*. Redaktion: Branca, Francesco, Nikogosian, Haik, Lobstein, Tim. Kopenhagen. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/98247/E89858G.pdf
- World Health Organization (WHO). (Hrsg.) (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Genf. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf
- World Health Organization (WHO) (Hrsg.) (2016a). *Physical activity Fact sheet, Reviewed June 2016*. Genf. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>

World Health Organization (WHO) (Hrsg.) (2016b). *Global Burden of Disease (GBD)*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/gbd/en/

World Health Organization (WHO) (Hrsg.) (2016c). *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ICD 10*. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.). ICD-10-WHO Version 2016. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2016/index.htm>

World Health Organization (WHO) (Hrsg.) (2016d). *CancerFact sheet N°297*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>

World Health Organization (WHO) (Hrsg.) (2016e). *Framework on integrated, people-centred health services*. Provisional Agenda Item 16.1 at the 69th World Health Assembly (A 69/39) 15.4.2016. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf

World Health Organization (WHO) (Hrsg.) (2017). *Die WHO in der Welt*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter <http://www.euro.who.int/de/about-us/organization/who-worldwide>

Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) im Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2016). *Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland*. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebsgeschehen/Krebsgeschehen_node.html

Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer (2007). Zugriff am 30. Dezember 2017 unter http://www.zentrale-ethikkommission.de/downloads/Stellungnahme_Priorisierung2007.pdf

Zich, K. & Tisch, T. (2017). Faktencheck Rücken. Rückenschmerzbedingte Krankenhausaufenthalte und operative Eingriffe. Bertelsmannstiftung. Zugriff am 30. Dezember 2017 unter https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_FC_Rueckenoperationen_Studie_dt_final.pdf

Zimbardo, P. G. & Gerrig, R. J. (2004), Psychologie. Pearson Studium: München.

Zöller, M., Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) (Hrsg.) (2014). *Gesundheitsfachberufe im Überblick*. Heft-Nr. 153. Zugriff am 16. März unter <https://www.bibb.de/veroeffentlichungen/de/publication/show/7369>

7.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 2-1:	Fachgebiete der Sportwissenschaft mit Relevanz für die Physiotherapie (eigene Darstellung).	23
Tabelle 2-2:	Medizinische Anteile der Physiotherapieausbildung (eigene Darstellung).	30
Tabelle 2-3:	Domänen und Facetten von gesundheitsbezogener Lebensqualität nach Angermeyer et al. (2000).	34
Tabelle 2-4:	Klassifikation des Untergewichts, Übergewichts und der Adipositas von Erwachsenen durch den Body-Mass-Index nach der WHO (1999, S. 9).	44
Tabelle 2-5:	Evidenzlevel nach der Agency for Health Care Policy and Research, Department of Health and Human Services (1992; pp. 100 – 107).	70
Tabelle 2-6:	Krankheitslast der fünf wichtigsten Erkrankungen für Frauen und Männer in Deutschland nach RKI (2015a, S. 140).	82
Tabelle 2-7:	PICOS-System nach Voigt-Radloff et al. (2016, S. 13-16).	89
Tabelle 3-1:	Aufgabenstellungen und Zielsetzungen in der Akutversorgung und medizinischen Rehabilitation (eigene Darstellung).	109
Tabelle 3-2:	Krankheitsgruppen der ICD 10 nach DIMDI (2016b).	115
Tabelle 3-3:	Definitionen der ICF zur Funktionsfähigkeit und Behinderung nach BAR (2015, S. 11, S. 38-39).	119
Tabelle 3-4:	Definitionen der ICF zu den Kontextfaktoren nach BAR (2015, S. 39-40).	120
Tabelle 3-5:	Überblick – Rehabilitationsträger für Leistungen der medizinischen Rehabilitation (eigene Darstellung).	125
Tabelle 3-6:	Fragen zur Zielformulierung mit Bezug zur ICF nach BAR (2008, S. 24), Auszug nach Glattacker et al. (2015, S. 60).	133
Tabelle 3-7:	Anteile der therapeutischen Versorgung in den durch die Rentenversicherung belegten Reha-Einrichtungen 2013 nach DRV B (2015c, S. 43).	138
Tabelle 3-8:	Gliederung der Reha-Therapiestandards (vgl. DRV B 2016e, S. 3-4) (eigene Darstellung).	140

Tabelle 3-9:	Reha-Therapiestandards – Chronischer Rückenschmerz nach DRV B (2016f, S. 12).	149
Tabelle 3-10:	MBOR - gestuftes Leistungsspektrum nach DRV B (vgl. 2015e, S. 7-9) (eigene Darstellung).	153
Tabelle 3-11	Berufliche Kategorien modifiziert nach Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2000, S.12)	160
Tabelle 3-12:	Begriffe des Qualitätsmanagements nach BAR (2012, S. 3-4).	174
Tabelle 3-13:	Qualitätsbausteine der medizinischen Rehabilitation nach DRV B (2016c, S. I-II).	175
Tabelle 3-14:	Qualitätsdimensionen nach DRV B (2013a, S. 67-68)	176
Tabelle 3-15:	Auszüge des triadischen Strukturmodells der Krankheitsprävention nach Franzkowiak (2015b).	186
Tabelle 3-16:	Klinisches Grundverständnis von Empowerment modifiziert nach Kliche und Kröger (2008, S. 716-717).	190
Tabelle 4-1:	Organisation Therapierahmenplan (eigene Darstellung).	213
Tabelle 4-2:	Kernprozess Patientenaufnahme (eigene Darstellung).	242
Tabelle 4-3:	MBOR – Screening (eigene Darstellung).	266
Tabelle 4-4:	Ärztliche Steuerungsprozesse in der ambulanten onkologischen Rehabilitation (eigene Darstellung).	274
Tabelle 4-5:	Rehabilitationssteuerung Mammakarzinom (eigene Darstellung).	278
Tabelle 4-6:	Integrierte Versorgung (eigene Darstellung)	281
Tabelle 4-7:	Übersicht Ausbildung Ergotherapie und Physiotherapie (eigene Darstellung).	287
Tabelle 5-1:	Die 10 umsatzstärksten Heilmittelleistungen nach dem GKV-HIS Bundesbericht 2015 (GKV-Spitzenverband, 2016, S.3).	297
Tabelle 5-2:	Entwicklung der Fachschülerzahlen in der Ausbildung zur Physiotherapie nach Deutscher Verband für Physiotherapie (2017b).	315
Tabelle 5-3:	Entwicklung der Anzahl an Absolventen in der Ausbildung zur Physiotherapie nach Deutscher Verband für Physiotherapie (2017b).	315

7.3 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2-1:	Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen (18 bis 79 Jahre), Datenbasis: DEGS nach RKI (2015a, S. 203).	45
Abbildung 2-2:	Altersaufbau der Bevölkerung 2013 im Vergleich zu 1990 nach dem Statistischen Bundesamt (2015a, S.11).	53
Abbildung 2-3:	Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt seit 1880 Datenbasis: Periodensterbetafeln 1880 – 2011 (nach RKI 2015a, S. 21).	54
Abbildung 2-4:	Anteil von Personen mit mehreren gleichzeitig vorliegenden Erkrankungen/Beschwerden nach Geschlecht und Alter nach Fuchs et al. (2012, zitiert nach Nowossadeck, 2012a, S. 3).	60
Abbildung 3-1:	Vergütung für die Heilberufe nach Staeck (2014).	101
Abbildung 3-2:	Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche der GKV im Jahr 2014 in Mrd. Euro nach dem GKV-Spitzenverband (2016b, S. 4).	105
Abbildung 3-3:	Physiotherapeutische Leistungen für Versicherte der AOK 2014 dargestellt nach Alter und Geschlecht nach Waltersbacher (2015, S. 44).	106
Abbildung 3-4:	Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe von 2005 bis 2015 (in Mio. EUR) nach BAR (2017b).	113
Abbildung 3-5:	Struktur der ICF nach BAR (2015, S. 12).	117
Abbildung 3-6:	Funktionsfähigkeit versus Behinderung in der ICF modifiziert nach Bickenbach et al. (2012, S. 6).	118
Abbildung 3-7:	Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF nach WHO (2001, S. 23).	121
Abbildung 3-8:	Frauen und Männer mit Beschwerden durch Arthrose in den letzten zwölf Monaten nach RKI (2013b).	144
Abbildung 3-9:	Aspekte der Lebensqualität bei Überlebenden einer Krebserkrankung nach ZfKD im RKI (2016, S. 145).	166

Abbildung 3-10:	Prozentualer Anteil der häufigsten Tumorlokalisationen an allen Krebsneuerkrankungen in Deutschland 2012 nach RKI und GEKID (2015, S. 18).	166
Abbildung 3-11:	Gesundheits-Krankheits-Kontinuum nach Hurrelmann (2013, S. 125).	191
Abbildung 3-12:	Gesundheitsförderung und Prävention nach Waller (2006, S. 161).	192
Abbildung 4-1:	Ausrichtung der Therapiestrategien in der Rehabilitation onkologischer Patienten (eigene Darstellung).	273

7.4 Abkürzungsverzeichnis

a. a. O.	am angegebenen Ort
Abbildung	Abbildung
Abs.	Absatz
AICR	American Institute for Cancer Research
AMA	Autonomy Despite Morbidity in Older Age (Autonomie trotz Multimorbidität im Alter)
AMR	Ambulante muskuloskeletale Rehabilitation
AOR	Ambulante onkologische Rehabilitation
App	Application
APR	Ambulante psychische und psychosomatische Rehabilitation
AR	Anschlussrehabilitation
AU	Arbeitsunfähigkeit
Auflg.	Auflage
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
BÄK	Bundesärztekammer
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BBPL	Besondere berufliche Problemlagen
Bd., Bde.	Band, Bände
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body-Mass-Index
BQR	Konzept zur Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen
bzw.	beziehungsweise
DALYs	Disability-Adjusted Life Years

DEGS1	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKG	Deutsche Krebsgesellschaft e. V.
DMP	Disease Management Programm
DRG	Diagnosis Related Groups
DRV B	Deutsche Rentenversicherung Bund
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EbM	Evidenzbasierte Medizin
Ed.	Editor
engl.	englisch
erw.	erweitert
ETM	Evidenzbasiertes Therapiemodul
ff.	folgende [Seiten]
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBD	Global Burden of Disease
GEKID	Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V.
GF	Geschäftsführung
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-HIS	GKV - Heilmittel - Informationssystem
HeiM-RL	Heilmittel-Richtlinie
HHVG	Heil- und Hilfsmittelversorgungsstärkungsgesetz
Hrsg.	Herausgeber
HTA	Health Technology Assessment
i. d. R.	in der Regel
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
ICF	International Classification of Functioning, disability and health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)

IRENA	Intensivierte Rehabilitationsnachsorge
IV	Integrierte (besondere) Versorgung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KGL	Kaufmännische Geschäftsleitung
KTL	Klassifikation therapeutischer Leistungen
KV Nordrhein	Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
KVP	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess
LTA	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
MBOR	Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.
medicoreha	medicoreha Welsink Rehabilitation GmbH
Mio.	Million
MM	Management
MPhG	Masseur- und Physiotherapeutengesetz
Mrd.	Milliarden
Nr.	Nummer
NRS	Numerische Rating-Skala
o. J.	ohne Jahr
OP	Operation
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
p./pp.	Page/pages
PAT	Physiotherapeutisches Aufbautraining
PatRG	Patientenrechtegesetz
PBE	Patientenbehandlungseinheit
PDCA	Plan Do Check Act
PhysTh-APrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten
PKV	Private Krankenversicherung
PrävG	Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention
QM	Qualitätsmanagement
QMB	Qualitätsmanagement-Beauftragter
QMS	Qualitätsmanagementsystem

QMS-Reha	Qualitätsmanagementsystem der Deutschen Rentenversicherung Bund und der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR)
QP	Qualitätspunkte
RCT	Randomized Controlled Trial (Randomisierte kontrollierte Studie)
Reha	Medizinische Rehabilitation
RKI	Robert Koch-Institut
RTS	Reha-Therapiestandards
S.	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch
SMART	Specific; Measurable; Achievable; Realistic; Time framed
sog.	sogenannte
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
Tab.	Tabelle
TGL	Therapeutische Geschäftsleitung
u. a.	unter anderem
überarb.	überarbeitet
UWAfR	Universität Würzburg, Abteilung für Rehabilitationswissenschaften
vdek	Verband der Ersatzkassen e. V.
vgl.	vergleiche
WCRF	World Cancer Research Fund
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
z. B.	zum Beispiel
ZfKD	Zentrum für Krebsregisterdaten
ZVK	(Zentralverband für Krankengymnasten) Deutscher Verband für Physiotherapie

7.5 Anhangsverzeichnis

I	Ausfüllanleitung Heilmittel Physikalische Therapie	S. 1 – 2
II	Muster 61	S. 1 – 4
III	Der Weg zu ihrer Rehabilitation	Eine Seite
IV	AMR - Mustertherapieplan	S. 1 – 3
V	medicoreha - DRV Entlassungsbericht Wirbelsäule konservativ	S. 1 – 4
VI	medicoreha - Reha-Aufnahmefragebogen	S. 1 – 10
VII	medicoreha - Organigramm Zentrales Management	Eine Seite
VIII	medicoreha - Organigramm Welsink Unternehmensgruppe	Eine Seite
IX	medicoreha - Organigramm Niederlassung Neuss	Eine Seite
X	DRV - QS-Bericht Strukturqualität 2014	Eine Seite
XI	DRV - QS-Bericht Rehabilitandenbefragung	S. 1 – 2
XII	medicoreha - Trainingsplan Chronisches WS-Syndrom	S. 1 – 4
XIII	medicoreha – Kernprozess der ambulanten Rehabilitation	Eine Seite
XIV	RPS-Formular	Eine Seite
XV	medicoreha - MBOR Mustertherapieplan	S. 1 - 3
XVI	medicoreha Kurse und Training	S. 1-2

8 Lebenslauf

Der Lebenslauf ist in der Online-Version aus Gründen des Datenschutzes nicht enthalten.

8 Lebenslauf

Der Lebenslauf ist in der Online-Version aus Gründen des Datenschutzes nicht enthalten.

9 Abstract

Ausgangspunkte dieser Arbeit sind gesellschaftliche Prozesse, die sich auf die gesundheitliche Lage der Bevölkerung auswirken. Eine Umgestaltung der Gesundheitsversorgung mit neuen Anforderungen an die Versorgungseinrichtungen und den im engen Patientenkontakt arbeitenden Berufsgruppen ist die Folge. In Zeiten der Ressourcenverknappung durch begrenzte Budgets unterliegen gesundheitsbezogene Dienstleister einer zunehmenden Markt- und Wettbewerbsorientierung.

Die wissenschaftliche Zielstellung ist es, hermeneutisch zu überprüfen, wie gesundheitsbezogene bewegungsorientierte Dienstleister als komplexe Unternehmen auf gesellschaftlichen Veränderungsdruck reagieren, ihre strategischen Entscheidungen und organisatorischen Prozesse permanent anzupassen und ihre bewegungsbezogenen präventiven, kurativen und rehabilitativen Leistungen nach dem geforderten Versorgungsbedarf ausrichten.

In dieser Arbeit soll gezeigt werden, dass die Physiotherapie heute Teil eines komplexen Versorgungsmanagements ist. Sie unterliegt Richtlinien und gesetzlichen Regelungen unter den unterschiedlichen Rahmenbedingungen des Krankenhauses, der Heilmittelversorgung, der Rehabilitation sowie der Prävention und Gesundheitsförderung. Eine vergleichbare Darstellung liegt bisher nicht vor.

Die medicoreha Unternehmensgruppe wird als Praxisbeispiel zur Umsetzung und Verdeutlichung einer komplexen Leistungserbringung in den Versorgungssektoren systematisch dargestellt. Wegen der hohen Qualitätsanforderungen wird die Steuerung der ambulanten medizinischen Rehabilitation mit besonderem Bezug auf die Bewegungsinterventionen als zentraler Schwerpunkt neben anderen Versorgungsmodellen beschrieben. Die Physiotherapie ist hier Teil einer interprofessionellen und arbeitsteiligen Versorgungsstruktur. Konkrete Indikationen verdeutlichen die Interventionen der beteiligten Berufsgruppen.

In einer kritischen Diskussion werden zentrale Problemstellungen, welche sich aus den vorangegangenen Kapiteln ergeben, reflektiert. Im Fokus stehen u. a. der medizinische Fortschritt, aktuelle Problemfelder der Heilmittelversorgung, sektorenübergreifende Versorgungsmodelle und der Fachkräftemangel. Aus den Erkenntnissen der Arbeit resultieren Empfehlungen für die Weiterentwicklung der modernen Physiotherapie.

Abstract (engl.)

The initial point of the present work is the observation of social processes influencing the populations health status. These result in the transformation of health care with new demands on care facilities and professional groups working in close contact with the patient. In times of resource shortages due to limited budgets, health care providers are subject to an increasing market and a stronger competition.

The scientific aim of present thesis is to examine hermeneutically, how service providers in the health care sector, as complex companies, react to society based pressure to change and permanently adapt their strategic decisions. A focus is set at the organisation and alignment of processes regarding preventive, curative and rehabilitative services according to the specific care requirements.

This work demonstrates that physiotherapy is now part of a modern complex health care management. In this context, physiotherapy is liable to guidelines, statutory rules and legal regulation with different conditions at the hospital, the supply of remedy, rehabilitation, prevention and health promotion. So far, a comparable study in this scientific field is not available.

The medicoreha business group is systematically presented as case study for the implementation and clarification of a complex service provision in the physiotherapeutically care sector. Because of high existing quality requirements, the management of outpatient medical rehabilitation with particular reference to active physically intervention is described as a central focus in addition to other care models. Physiotherapy itself is part of this inter-professional and collaborative health care supply structure. Interactions of the participating occupational groups are illustrated by specific indications.

Central problems as results of the preceding chapters are reflected in a critical discussion. The focus is set on medical advances, current challenges in remedy care, cross-sectoral health care supply models, and the ubiquitously lack of specialists. Finally, recommendations for the development of modern physiotherapy strategies are given based on findings of the present work.

I Ausfüllanleitung Heilmittel Physikalische Therapie (Seite 1 von 2 Seiten)



Ausfüllanleitung Physikalische Therapie

Heilmittelverordnung Muster 13

Freigabe 01.09.2014

Gebührpflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Gebührfrei	Name, Vorname des Versicherten	
Unfall-/Unfallfolgen	geb. am	
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
	Arzt-Nr.	Einatum
	Elektronen-Nr.	

Heilmittelverordnung 13 Maßnahmen der Physikalischen Therapie/ Podologischen Therapie	
IK des Leistungserbringers	
Gesamt-Zuzahlung	Gesamt-Brutto
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor
Heilmittel Pos.-Nr.	Faktor
Wegegeld-/Pauschale	Faktor km
Hausbesuch	Faktor

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)	
1. Erst-Verordnung	2. Folge-Verordnung
3. Gruppen-Therapie	4. Hausbesuch
5. Verordnung außerhalb des Regelfalles	6. Therapiebericht
7. Hausbesuch	8. Rechnungsnummer
9. Ja Nein	10. Ja Nein

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	
Verordnungs-menge	Anzahl pro Woche
Indikationschloßel	
Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde	
ICD-10 - Code	
Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele	
Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)	

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 13 (10.2014)

I Ausfüllanleitung Heilmittel Physikalische Therapie (Seite 2 von 2 Seiten)

Hinweise zum Ausfüllen von Muster 13 (Physikalische Therapie)

- 1 Erstverordnung/Folgeverordnung:** ist im Regelfall **zwingend** anzukreuzen. Folgeverordnung ist jede Verordnung nach Erstverordnung bei derselben Erkrankung, auch wenn sich die Leitsymptomatik ändert und/oder unterschiedliche Maßnahmen der physikalischen Therapie zum Einsatz kommen.
- 2 Verordnung außerhalb des Regelfalles:** ist außerhalb des Regelfalles **zwingend** anzukreuzen und per Definition immer bei Langfristverordnungen. Bitte Nr. **13** beachten.
- 3 Gruppentherapie:** ist anzukreuzen, wenn Einzeltherapie nicht medizinisch zwingend geboten ist.
- 4 Behandlungsbeginn spätestens am:** ist nur dann einzutragen, wenn die Behandlung nicht innerhalb von 14 Kalendertagen nach Ausstellung begonnen werden soll.
- 5 Hausbesuch (Pflichtfeld):** muss mit Ja oder Nein angekreuzt werden. **Hausbesuch** ist nur dann zulässig, wenn der Patient aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder wenn er aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist.
- 6 Therapiebericht (Pflichtfeld):** muss mit Ja oder Nein angekreuzt werden, je nachdem, ob eine Rückäußerung des Therapeuten erwünscht ist.
- 7 Verordnungsmenge (Pflichtfeld):** Im Regelfall Höchst- und Gesamtverordnungsmenge nach Heilmittelkatalog beachten. Außerhalb des Regelfalles keine Mengengrenzung, aber maximal für zwölf Wochen.
- 8 Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges (Pflichtfeld):** Angabe auch in Kurzform möglich und ggf. mit ergänzenden Angaben (z. B. KG im Bewegungsbad). Bei Lymphdrainage muss auch die Therapiedauer (MLD-30/45/60) angegeben werden. Auswahl der Heilmittel je nach vorrangigem Therapieziel:
 - vorrangiges Heilmittel (1. Wahl, soll vorrangig verordnet werden)
 - optionales Heilmittel (alternativ statt vorrangigem Heilmittel)
 - ergänzendes Heilmittel (zusätzlich zum vorrangigen/optionalen Heilmittel verordnungsfähig)
 - standardisierte Heilmittelkombination (D1, bei komplexen Schädigungen, wenn die Kombination von drei oder mehr Maßnahmen synergistisch sinnvoll ist)
- 9 Anzahl pro Woche (Pflichtfeld):** Die konkrete Behandlungsfrequenz ist unter Berücksichtigung von Gesundheitszustand und Konzentrationsvermögen des Patienten immer anzugeben.
- 10 Indikationsschlüssel:** ist **vollständig** und **exakt** anzugeben (z. B. „ZN1a“).
- 11 Diagnose mit Leitsymptomatik** und therapierelevanter **ICD-10-Code:** sind Pflichtangaben. Gegebenenfalls können wesentliche Befunde ergänzt werden.
- 12 Spezifizierung der Therapieziele:** ist nur notwendig, wenn sie sich nicht aus der Diagnose und Leitsymptomatik ergeben.
- 13 Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles:** ist einschließlich prognostischer Einschätzung **immer** erforderlich.

II Muster 61 (Seite 1 von 4 Seiten)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

61 Teil A

Hinweis an den Arzt zur Zuständigkeit der Krankenkasse
 Ist eine medizinische Rehabilitation erforderlich, weil krankheits-/behinderungsbedingt nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bestehen oder drohen, kann die Zuständigkeit der Krankenkasse bestehen (z. B. bei Altersrentnern, spezifischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter/Väter). Ist eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit gegeben, besteht grundsätzlich die Zuständigkeit der Rentenversicherung. Handelt es sich um die Folge eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit, ist grundsätzlich die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung gegeben.
Bei Zuständigkeit der Krankenkasse bitte NUR Muster 61 Teil B-D ausfüllen.

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen

	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Seite	Ursache **
1.			
2.			
3.			

B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen

4.			
5.			
6.			

* **Seitenlokalisierung**
 R = rechts
 L = links
 B = beidseits

** **Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)**
 1 = Arbeitsunfall einsch. Wegsunfall
 2 = Berufskrankheit
 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)
 4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst
 5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IISG)

II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

Beratung der/des Versicherten
 Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT auszufüllen.
 Eine **Beratung der/des Versicherten** über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse und/oder Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigkeit für Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder onkologischen Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen der Krankenkasse (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurorten) **ist angezeigt**.

Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers
 Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT auszufüllen.
 Eine **medizinische Rehabilitation ist erforderlich**, weil krankheits-/behinderungsbedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder droht. **Es wird die Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten**, weil z. B. die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung nicht eindeutig beurteilt werden können.

ggf. weitere Anmerkungen des Vertragsarztes

Datum

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

III. Im Original zurück an den Vertragsarzt

Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig

Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-D ausfüllen)

Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)

Sonstiges

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

Muster 61 Teil Aa (4.2016)

II Muster 61 (Seite 2 von 4 Seiten)

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: right;">geo. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten			geo. am			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<h3 style="text-align: center;">Verordnung von medizinischer Rehabilitation 61 Teil B</h3> <p style="text-align: center;">Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend</p> <p><input type="checkbox"/> Es handelt sich weder um eine Minderung / erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit</p> <p>Bei gleichrangiger Zuständigkeit <i>(z. B. Kinder-Rehabilitation, onkologische Rehabilitation für Altersrentner)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
geo. am																
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Seite *	Ursache **
1. _____			
2. _____			
3. _____			
B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen			
4. _____			
5. _____			
6. _____			

* Seitenlokalisierung
R = rechts
L = links
B = beidseits

** Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)

1 = Arbeitsunfall einschl. Wegesunfall
2 = Berufskrankheit
3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)
4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst
5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IISG)

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesondere Beginn und Verlauf)

B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse, z. B. Barthel/Frühreha-Barthel)

C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimitteltherapie

D. Heilmittel in den letzten 6 Monaten (bitte einzelne Maßnahmen angeben)

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

nein ja, welche? _____

F. Andere Maßnahmen (z. B. Gesundheits-, Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten)

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 61 Teil Ba (4.2016)

II Muster 61 (Seite 3 von 4 Seiten)

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	61 Teil C
--------------------------------	---------------------	------------------	------------------

G. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
Lernen und Wissensanwendung (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen / Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen / Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- / Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden / Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häusliches Leben (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung, Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich beschäftigen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeinschaftsleben und soziales Leben (z. B. am Gemeinschaftsleben beteiligen, Erholung und Freizeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H. Kontextfaktoren

1. Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende umwelt- und personbezogene Faktoren
 (z. B. allein / mit Familie lebend, in Alten-/Pflegeeinrichtung lebend, Konflikte, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützung(-sbedarf), sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch

Bewegungsmangel
 Fehlhaltung Übergewicht Untergewicht Medikamente Nikotin

Sonstiges (z. B. ungesunde Ernährung, Alkohol) _____

Muster 61 Teil Ca (4-2016)

Ausfertigung für die Krankenkasse

II Muster 61 (Seite 4 von 4 Seiten)

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	61 Teil D
--------------------------------	---------------------	------------------	------------------

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

Der/die Patient/in verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit ja nein

IV. Rehabilitationsziele

A. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen

B. Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten, sofern ABWEICHEND von den zuvor genannten

V. Rehabilitationsprognose

Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen besteht eine **positive Prognose** für die unter IV. A. und IV. B. benannten Rehabilitationsziele

ja eingeschränkt, hinsichtlich (z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage) _____

VI. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Rehabilitationsform

ambulant ambulant-mobil stationär

Mütter-Leistung Väter-Leistung als Mutter-Kind-Leistung als Vater-Kind-Leistung

B. Weitere Bemerkungen/Begründungen (u. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch für körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen)

nein ja, welche? _____

VII. Sonstige Angaben

A. Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund

neuer Indikation Verschlimmerung bei gleicher Indikation

B. Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig

ja nein

C. Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert

ja nein

D. Reisefähigkeit

öffentliche Verkehrsmittel PKW erforderlich Begleitperson erforderlich

E. Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft)

F. Rückruf erbeten unter _____

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung (Teil B-D) ist die Nr. 01611 EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für die Krankenkasse

Datum

--	--	--	--	--	--	--	--

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 61 Teil Da (4.2016)

IV medicoreha AMR Mustertherapieplan (Seite 1 von 3 Seiten)

RTS Chronischer Rückenschmerz

Uhrzeit	Pat: Muster, Erik geb.: 31.02.66 Beruf: Maurer		Diagnose: Dekompression mit Nucleotomie L4/5 am 12.12.12 ND: Nikotingebrauch, COPD, Fußheberschwäche rechts KG 2/5		1. Woche
	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
9-10	Anmeldung / Patientenaufnahme	PAT Befunderhebung und Erstellung eines individuellen Trainingsplans Elektrotherapie und Fango	PAT Wahrnehmung, Stabilisation, aerobe Ausdauer, Funktionstraining	PAT siehe Mittwoch Dosis-Wirkungs- Beziehung prüfen, bei Bedarf anpassen	PAT siehe Mittwoch Dosis-Wirkungs- Beziehung prüfen, bei Bedarf anpassen
10-11	Aufnahme Reha-Arzt Rehabilitationsdiagnostik, Reha-Ziele, Reha-Plan				
11-12	Krankenpflege/Labor Physiotherapie einzeln t	Rückenschule Verhalten / Verhältnis	Physiotherapie einzeln Bewegungs- u. Entspannungstherapie	Elektrotherapie und Fango Schmerzbewältigung	Massage einzeln Bewegungs- u. Entspannungstherapie
12-13	Mittagessen/Pause	Mittagessen/Pause	Mittagessen/Pause	Mittagessen/Pause	Schmerzbewältigung Mittagessen/Pause
13-14	Einweisung Alltagstraining	Seminar Körperliche Aktivität	Psychoedukation Entspannung und Schlaf	Seminar Sozialberatung	Ernährungsberatung Ernährungsmythen
14-15	Einweisung PAT	Alltag und Beruf Sensorischer Bewegungskoordination	Alltag und Beruf Sensorischer Bewegungskoordination	Alltag und Beruf Gelenkbeweglichkeit	Alltag und Beruf Haushalt

IV medicoreha AMR Mustertherapieplan (Seite 2 von 3 Seiten)

Uhrzeit	Pat: Muster, Erik geb.: 31.02.66 Beruf: Maurer		Diagnose: Dekompression mit Nucleotomie L4/5 am 12.12.12 ND: Nikotingebrauch, COPD, Fußheberschwäche rechts KG 2/5		2. Woche
	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
9-10	PAT Physiotherapie	PAT siehe Montag Beratung zur Umsetzung, evtl. Variation	PAT, siehe Montag evtl. Progression abhängig von Heilungsprozessen, evtl. Kraftausdauertraining	PAT Begleitung und Kontrolle, siehe Mittwoch	PAT siehe Mittwoch
10-11		Elektrotherapie und Fango	Physiotherapie einzeln	Elektrotherapie und Fango	Massage einzeln
11-12	Seminar Sozialberatung	Rückenschule Becken und Rücken	Bewegungs- u. Entspannungstherapie	Schmerzbewältigung	Bewegungs- u. Entspannungstherapie
12-13	Mittagessen/Pause	Mittagessen/Pause	Arztvisite Mittagessen/Pause	Mittagessen/Pause	Schmerzbewältigung Mittagessen/Pause
13-14	Arztseminar Bio-psycho-soziales Modell	Seminar Training selber steuern	Psychoedukation Krankheitsbewältigung	Seminar Sozialberatung	Ernährungsberatung Vitale Ernährung
14-15	Alltag und Beruf Tägliche Routinen	Alltag und Beruf Tägliche Routinen	Rückenschule Körperwahrnehmung Stabilisierung	Alltag und Beruf Ergonomisches Bewegungsverhalten	Alltag und Beruf Ergonomisches Bewegungsverhalten

IV medicoreha AMR Mustertherapieplan (Seite 3 von 3 Seiten)

Uhrzeit	Pat: Muster, Erik geb.: 31.02.66 Beruf: Maurer	Diagnose: Dekompression mit Nucleotomie L4/5 am 12.12.12 ND: Nikotingebrauch, COPD, Fußheberschwäche rechts KG 2/5, Adipositas	3. Woche
	Montag	Dienstag	Freitag
9-10	PAT inkl. Physiotherapie	PAT Begleitung und Kontrolle ADL-Bezüge Elektrotherapie und Fango	PAT Begleitung und Kontrolle Elektrotherapie und Fango
10-11	Psychologie einzeln (Nikotin) Ernährungsberatung einzeln	Rückenschule Alltagsverhalten	Massage einzeln Bewegungs- u. Entspannungstherapie
11-12	Mittagessen/Pause	Mittagessen/Pause	Mittagessen/Pause
12-13	Seminar Sozialberatung	Seminar Salutogenese	Ärztl. Abschlussuntersuchung Sozialmed. Gutachten
13-14	Alltag und Beruf Ergonomisches Bewegungsverhalten	Rückenschule Körperwahrnehmung Stabilisierung	Alltag und Beruf Rückschau, Abschluss und Handout
14-15			

V medicoreha - DRV Entlassungsbericht Wirbelsäule konservativ (Seite 1 von 4 Seiten)

SozMedEpi

Validiert

Aufgrund des gezeichneten Leistungsbildes sehen wir für die letzte berufliche Tätigkeit als Lehrer mit ausschließlicher Lehrtätigkeit am Schreibtisch, ohne Heben und Tragen von schweren Lasten auf Dauer eine vollschichtige Leistungsfähigkeit.

Ausgeführt werden dürfen lediglich leichte körperliche Tätigkeiten im zeitweiligen Stehen, Gehen sowie überwiegenden Sitzen mit Heben und Tragen lediglich leichter Lasten.

Nicht ausgeführt werden dürfen alle mittelschweren und schweren körperlichen Tätigkeiten mit Heben und Tragen mittelschwerer und schwerer Lasten sowie regelmäßige LWS- und Kniegelenkzwangshaltungen (dauerhaft hockende, gebückte, kniende oder vorgebeugte Positionen), Erschütterungs- u. Vibrationsbelastungen, das Arbeiten auf unwegsamem Gelände sowie das Besteigen von Leitern und Gerüsten.

Wir entlassen [REDACTED] für auf Dauer vollschichtig leistungsfähig für die letzte berufliche Tätigkeit als Lehrer mit ausschließlicher Lehrtätigkeit, aktuell auch arbeitsfähig wie vor der Maßnahme.

1. Anamnese

Validiert

1.1. Jetzige Beschwerden

Die Initiative zur Durchführung einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme erfolgte durch die hausärztliche Praxis Dr. Schnitzler aufgrund zunehmender lumbaler Beschwerden mit Ausstrahlung in beide Beine seit ca. 1,5 Jahren zur Ausschöpfung der konservativen Maßnahmen, Stabilisierung des Achsorgans, Informationsübermittlung und Erhaltung der Arbeitsfähigkeit.

1.2. Bisheriger Verlauf der reha-relevanten Beeinträchtigung(en)

Seit ca. 1,5 Jahren beklagt [REDACTED] vermehrte lumbale Schmerzen mit Ausstrahlung in beide Beine, aktuell rechts mehr als links. Aktuell sei im Bereich der Großzehe ein vermehrtes Taubheitsgefühl sowie zeitweilige starke Krämpfe vorhanden. Infiltrationen, Krankengymnastik, Wärme und Analgetika erbrachten jeweils eine kurzzeitige Beschwerdelinderung. In einem durchgeführten CT der LWS Mitte 2015 erkennt man massive degenerative Veränderungen der Etagen L2/3 bis L4/5 mit Osteochondrose und beginnender Listhese Meyerding Grad I L4/5 bei zusätzlich degenerativer beginnender Skoliose der unteren LWS. Zur Ausschöpfung der konservativen Maßnahmen, Stabilisierung des Achsorgans, Beschwerdelinderung und Informationsübermittlung wurde über die hausärztliche Praxis Dr. Schnitzler die ambulante Rehabilitationsmaßnahme eingeleitet.

1.3. Weitere reha-relevante Erkrankungen/Operationen/Unfälle

Voroperationen:

Linkes Schultergelenk 1993 aufgrund einer Impingement-Symptomatik mit Kalkherdentfernung, folgenlos verheilt

Mehrfache Voroperationen linkes Kniegelenk mit Meniskusteilresektion, zuletzt 1992

Mehrfache Operationen rechtes Kniegelenk mit letztlich endoprothetischem Ersatz 06/2009 (Dr. Mummé mit funktionell gutem Ergebnis)

CTS-OP rechts 01/2014

Vorerkrankungen:

Arterielle Hypertonie

Fettstoffwechsel und Cholesterinprobleme

Medikation:

Blopress 32/25 plus

Fluvastatin 80

Omep 20

Bisohexal 5

Tilidin 100/4 retard

Voltaren resinat

0,5-0-0

0-0-1 (derzeitig pausiert)

1-0-0

0,5-0-0

1-0-1

bei Bedarf

1.4. Biographische Anamnese (bei psychischen Störungen)

Keine benannt.

V medicoreha - DRV Entlassungsbericht Wirbelsäule konservativ (Seite 2 von 4 Seiten)

1.5. Vegetative Anamnese
 Allergien: Bienengift, Penicillin, Pollen
 Miktion: vermehrt/Stuhlgang: normal
 Appetit/Durst: normal
 Gewicht: freiwillig abnehmend (von 15 kg in den letzten 4 Monaten)
 Dyspnoe/Husten: verneint
 Schlaf: beeinträchtigt aufgrund der Beschwerden
 Zigaretten: verneint
 Alkohol: gelegentlich
 Sport: Fahrradfahren

2. SozMedAna

Validiert

2.1. Sozialanamnese mit Kontextfaktoren

Verheiratet. Die häusliche Versorgung ist durch den mobilen Patienten und die im Haushalt lebende Ehefrau gesichert.

Rentenanspruch/ Sozialgerichtsverfahren/ MdE: verneint GdB 50.

Bisherige Reha-Maßnahmen: keine

2.2. Arbeitsanamnese mit Kontextfaktoren

Erwerbsstatus: arbeitsfähig. Insgesamt weniger als 3 Monate AU in den letzten 12 Monaten.

■■■■■ ist angestellter Lehrer im Bildungszentrum Neuss seit 1997.

Hierbei handelt es sich um eine ganztägige Lehrtätigkeit bei der Betreuung von Auszubildenden in Förderprogrammen der Bundesanstalt für Arbeit mit Unterricht in Kleingruppen. Ausschließliche Lehrtätigkeit am Schreibtisch. Kein Sportunterricht.

■■■■■ hofft, seiner beruflichen Tätigkeit abhängig vom weiteren gesundheitlichen Zustand, weiter nachgehen zu können und sein Ziel ist es nach absolvierter Rehabilitationsmaßnahme den alten Arbeitsplatz wieder aufzunehmen.

2.3. Subjektive Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe

Einschränkungen bestehen im Alltag aufgrund langsamen Gehens. Heben und Tragen von Lasten ist nicht wesentlich möglich, auch aufgrund der Kniegelenksbeschwerden links. Die Ausübung des Berufes ist aufgrund des längeren Sitzens zum Teil erschwert. Die soziale Interaktion sei nicht wesentlich eingeschränkt.

3. Aufnahmebefund

Validiert

3.1. Allgemeiner körperlicher Befund

Alter: ■■■ Jahre, Größe: ■■■ cm, Gewicht: ■■■ kg

RR: ■■■ mm Hg, Puls: ■■■/Min

Regelrechter Allgemeinzustand, leicht vermehrter Ernährungszustand. Bei Aufnahme keine Dyspnoe, keine Zyanose. Haut, Schleimhäute unauffällig. Nasenatmung nicht behindert. Lungen seitengleich belüftet. Normales vesikuläres Atemgeräusch. Abdomen weich, keine Resistenzen, keine Abwehrspannung.

3.2. Allgemeiner psychischer Befund

Der Versicherte ist freundlich und zugewandt. Denken inhaltlich und formal regelgerecht. Der Versicherte erscheint affektstabil bei ausgeglichener Stimmungslage. Keine fassbaren mnestischen Einbußen.

3.3. Fachspezifischer Befund

Zum orthopädischen Aufnahmegespräch erscheint der Versicherte in aufrechter Körperhaltung ohne Zuhilfenahme orthopädischer Hilfsmittel. Das Gangbild ist zügig, sicher und koordiniert mit normalem Abrollverhalten über den Vorfuß.

Befund:

Wirbelsäule:

In der Rückansicht zunächst lotgerechter Aufbau, in der Seitansicht deutlich vermehrte BWS-Kyphose

V medicoreha - DRV Entlassungsbericht Wirbelsäule konservativ (Seite 3 von 4 Seiten)

und Schulterprotraktion zu erkennen. Keine Druck-, keine Klopferschmerzhaftigkeit.

LWS:

Druckschmerz Iliosakralgelenke bds. Kein Druckschmerz über den Dornfortsätzen oder paravertebral. FBA 0 cm, kein Vorlaufphänomen, jedoch fällt hier eine leichte Linksausbiegung im caudalen LWS-Bereich mit dezentem Gegenschwung in den BWS-Bereich auf. Kein Rippenbuckel, kein Lendenwulst. Der Zehen- und Hackengang sowie die einseitig belastende Kniebeuge sind altersentsprechend vorführbar, jedoch mit zeitweiligen Beschwerdeangaben auch aufgrund der Kniegelenksproblematik. Im Liegen Lasegue-Zeichen bds. negativ. Reflexe peripher seitengleich positiv. Keine Paresen. Dysästhesien im Großzehenbereich rechts angegeben.

Allgemeine orthopädische Befundung und Funktion:

Obere Extremitäten:

Schultergelenke:

Inspektorisch unauffälliger Befund bei altersentsprechend unauffälliger Beweglichkeit. Die Globalbewegungen sind vorführbar. Keine außergewöhnliche Schmerzangabe.

Ellenbogengelenke:

Inspektorisch und funktionell unauffälliger Befund. Die Globalbewegungen sind vorführbar. Keine außergewöhnliche Schmerzangabe.

Hand- und Fingergelenke:

Aktiv und passiv freie Beweglichkeit. An den Fingergrundgelenken kein Anhalt für eine PCP oder andere rheumatoide Destruktionen oder Fehlfunktionen. An den Fingermittel- und -endgelenken kein Anhalt für Heberden- oder Bouchard-Arthrose. Der operative Zugangsweg am rechten Handgelenk palmar nach CTS-Spaltung ist reizlos und trocken ohne Infektzeichen verheilt.

HWS:

Die HWS ist bezüglich Reklination/ Inklinaton/ Rotation und Seitneigung im altersentsprechenden Normbereich. Keine außergewöhnliche Schmerzangabe.

Untere Extremitäten:

Hüftgelenke:

Bei Beckengeradstand sind die aktiven und passiv geführten Bewegungen bezüglich Extension/ Flexion sowie Innen-/ Außenrotation, Ab-/Adduktion altersentsprechend. Kein Druckschmerz im Bereich von Leiste, Trochanter major oder Adduktoren. Kein Hüftthinken.

Kniegelenke:

Bei regelrechter Kniegelenkachse rechts sind die operativen Zugangswege reizlos und trocken ohne Infektzeichen verheilt. Es findet sich eine leichte Kapselschwellung suprapatellar. Beweglichkeit Ext./ Flex. 0/0/115 Grad. Regelhafte altersentsprechende Kraftentfaltung, keine Ergussbildung.

Am linken Kniegelenk findet sich bei varischer Kniegelenksachse ein reizloser, operativer Zugangsweg über dem Innenmeniskusvorderhorn, keine Ergussbildung. Deutliches Krepitieren bei einer Beweglichkeit von Ext./ Flex. 0/10/120 Grad. Aktuell kein Patellaverschiebeschmerz. Keine Meniskuszeichen bei stabiler Bandsituation.

OSG, USG, Füße:

Orientierend untersucht zeigt sich ein Senk-Spreizfuß bds. mit ansonsten regelrechter Funktion der Gelenke, normaler Motorik und problemlosem Abrollen über den Vorfuß.

3.4. Diagnostik

Vorgelegt wurde ein Papierausdruck der LWS CT von 06/2015 wie oben beschrieben.

4. Reha-Prozess

Validiert

4.1. Individuelle Reha-Ziele

Dem gemeinsamen Rehabilitationsziel entsprechend standen zunächst somatisch orientierte

V medicoreha - DRV Entlassungsbericht Wirbelsäule konservativ (Seite 4 von 4 Seiten)

Behandlungsmaßnahmen zur Beschwerdelinderung und insbesondere zur Wirbelsäulenfunktionsverbesserung im Vordergrund. Zur Schmerzlinderung und Verbesserung der Organfunktion erfolgten physikalische Maßnahmen, physiotherapeutische Einzeltherapien sowie indikationsbezogene Kleingruppen- und Gruppentherapien. Im Vordergrund der ergotherapeutischen Maßnahmen stand die Förderung der Aktivitäten im Sinne der funktionellen Gesundheit. Um konsekutiven Beeinträchtigungen psychischer Art entgegenzuwirken, wurden psychologische Seminare sowie Gespräche zu den Themen Stressbewältigung, Entspannung und Verhaltensänderung durchgeführt. Im Rahmen der Gesundheitsbildung standen die bestehenden Erkrankungen, deren Ursache, Prophylaxe und Therapie im Vordergrund. Diese Maßnahmen erfolgen überwiegend in Vorträgen und Seminaren sowie im Rahmen der ärztlichen Visiten.

4.2. Besonderheiten des Reha-Verlaufs

Der Rehabilitationsverlauf war insgesamt ungestört. Interkurrente, allgemeinmedizinische Erkrankungen störten den Ablauf der Maßnahme nicht. Bei guter Tolerierung durch den Versicherten konnte im Rahmen der Möglichkeiten ein stetiger Belastungsaufbau der Muskulatur und Bewegungs- und Koordinationssteigerung im Bereich der LWS erreicht werden, sodass [REDACTED] zum Abschluss der Maßnahme mit einem subjektiv und objektiv gebesserten Befund, aber mit einem noch störenden Restbeschwerdebild zur Entlassung kam. Analgetika wurden daher aufgrund des Indikationsleidens zum Abschluss weiterhin tgl. eingenommen.

Aggravationstendenzen waren bei dem Versicherten nicht zu erkennen.

Es erfolgte hinsichtlich sozialrechtlicher Fragen eine Beratung und Erörterung durch die Sozialarbeiterin, was der Versicherte positiv aufnahm.

Der Versicherte konnte insgesamt körperlich, psychisch sowie informativ gut von der Rehabilitationsmaßnahme profitieren.

Der Patient erhielt Normalkost ohne besondere Beeinflussung des Körpergewichts.

[REDACTED] nahm regelmäßig und motiviert an den gebotenen Therapien sowie den ergotherapeutischen und medizinischen Informationsveranstaltungen teil, bei denen Zusammenhänge zwischen Krankheitsentwicklung und persönlichem Verhalten dargestellt und verarbeitet wurden.

4.3. Abschlussbefundung und Reha-Ergebnis

LWS:

Kein Druckschmerz über den Dornfortsätzen oder paravertebral. FBA 0 cm, kein Vorlaufphänomen. Der Zehen- und Hackengang sowie die einseitig belastende Kniebeuge sind altersentsprechend vorführbar, jedoch mit zeitweiligen Beschwerdeangaben auch aufgrund der Kniegelenksproblematik links. Im Liegen Lasegue-Zeichen bds. negativ. Reflexe peripher seitengleich positiv. Keine Paresen. Dysästhesien im Großzehenbereich rechts unverändert angegeben.

[REDACTED] ist mit dem Rehabilitationsverlauf und dem Rehabilitationsergebnis im Rahmen der Möglichkeiten zufrieden.

Die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit ist nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme geplant.

Zusammenfassend befand sich der 58-jährige Versicherte, [REDACTED] aufgrund einer Bewegungs- und Belastungsinsuffizienz der LWS bei chron. Lumboischialgie und massiven deg. Veränderungen in einer 20 Therapietage umfassenden, ganztägigen, ambulanten medizinischen Rehabilitation in unserer Einrichtung.

Bei dem kooperativen und verständigen Patienten konnte eine im Rahmen der Möglichkeiten eine Verbesserung an Funktion und Belastbarkeit im Bereich der LWS erreicht werden, sodass - normaler weiterer Heilungsverlauf vorausgesetzt - mit einer dauerhaften beruflichen Leistungsfähigkeit in seiner letzten Tätigkeit als Lehrer zu rechnen ist.

Aktuell besteht Arbeitsfähigkeit wie vor der Maßnahme.

VI medicoreha Reha-Aufnahmefragebogen (Seite 1 von 10 Seiten)



Aufnahmefragebogen für Patientinnen/ Patienten der
medicoreha Welsink Rehabilitation GmbH

Name, Vorname: _____		
Alter: _____	Größe: _____	Gewicht: _____
Tel. _____	Datum Rehabeginn: _____	
Angehöriger: _____	Tel.: _____	
Beruf: _____		

1. **Behandelnde Ärzte (Name, Adresse mit Telefon-Nr.)**

Orthopäde: _____

Hausarzt: _____

Arzt des vorbehandelnden Krankenhaus, Neurochirurg, Schmerztherapeut, o. ä.:

1.1 **Die Rehabilitation erfolgt auf Anregung**

meiner Krankenkasse

der Bundesagentur für Arbeit

der Deutschen Rentenversicherung

meines Arztes Frau/Herr Dr. _____

des vorbehandelnden Krankenhauses

Die Rehabilitation erfolgt aus eigener Motivation

VI medicoreha Reha-Aufnahmefragebogen (Seite 2 von 10 Seiten)



1.2 Bisheriger Verlauf der rehabilitationsrelevanten Beeinträchtigung(en):

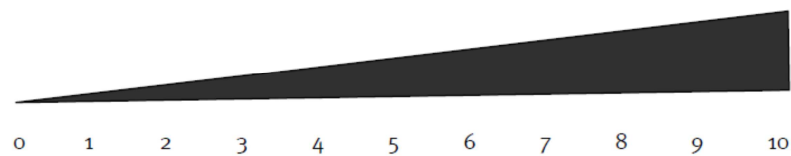
Ich habe folgende aktuelle Beschwerden:

Zu einer Schmerzverstärkung kommt es insbesondere durch...

Zu einer Schmerzlinderung kommt es durch...

Wie stark sind die Schmerzen?

(bitte einkreisen: 0 = keine Schmerzen; 10 = maximale Schmerzen)



VI medicoreha Reha-Aufnahmefragebogen (Seite 3 von 10 Seiten)



1.3 Bisher durchgeführte Operationen:

 keine

Operation	Monat, Jahr

Folgende Vorerkrankungen habe oder hatte ich:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt/Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> COPD/Asthma | <input type="checkbox"/> Thrombose/Embolie |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> ansteckende Krankheiten (z.B. Hepatitis, HIV) |

Sonstiges:

VI medicoreha Reha-Aufnahmefragebogen (Seite 4 von 10 Seiten)



Ich nehme folgende Medikamente regelmäßig ein:

Medikament	Dosierung			
	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Bedarfsmedikation:

1.4 Wesentliche Belastungen im sozialen Umfeld

- habe ich nicht
- liegen vor (z. B. im beruflichen Umfeld, Pflege von Angehörigen, Tod naher Angehöriger, etc.):

1.5 Vegetative Anamnese

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? nein ja (bitte aufzählen)

Wasserlassen unauffällig vermindert vermehrt

Stuhlgang regelmäßig mit Neigung zur Verstopfung

mit Neigung zu Durchfällen

Appetit unauffällig vermindert vermehrt

VI medicoreha Reha-Aufnahmefragebogen (Seite 5 von 10 Seiten)



- Gewicht gleichbleibend zunehmend
- Gewichtsabnahme freiwillig
- unfreiwillig
(wenn unfreiwillig in welchem Zeitraum?)

Atemnot,
Husten ja nein

Schlaf unauffällig

beeinträchtigt (Durchschlafstörungen)

beeinträchtigt (schmerzbedingte Durchschlafstörungen)

Rauchen Sie? nicht mehr seit _____ habe nie geraucht

bis _____ Zigaretten pro Tag

Trinken Sie Alkohol?

gar nicht selten gelegentlich regelmäßig häufig

Treiben Sie Sport? nein ja

Wenn ja: Art der sportlichen Betätigung: _____

Regelmäßig: nein ja

2 Sozialanamnese

2.1 Ich lebe allein mit Ehefrau/-mann mit Partner/in

Kinder: nein ja
(wenn ja, bitte in der Tabelle angeben)

	Alter	Geschlecht	Im Haushalt wohnend
1			
2			
3			

2.2 Wohnsituation:

Ich lebe

im Haus in einer Wohnung in der _____ Etage

mit Aufzug ohne Aufzug

VI medicoreha Reha-Aufnahmefragebogen (Seite 6 von 10 Seiten)



Die häusliche Versorgung ist zurzeit gesichert durch

- mich selbst
- im Haushalt lebende Angehörige
- in der Nähe lebende Angehörige/ Nachbarn

2.3 Besteht ein Grad der Behinderung (GdB)?

- nein ja, beträgt: _____ mit Merkzeichen: _____
- ist beantragt Beantragung ist geplant

2.4 Arbeitsunfälle:

Hatten Sie einen Arbeitsunfall?

- nein ja (Anerkennung durch die Berufsgenossenschaft)

Welche? _____

Besteht eine Minderung der Erwerbstätigkeit (MdE)?

MdE _____%

2.5 Berufskrankheit:

Besteht eine Berufskrankheit?

- nein ja, welche? _____

Mit Rentenbezug? nein ja

2.6 Bisherige Rehabilitationsmaßnahmen:

Jahr	Ort/ Klinik	Diagnose

VI medicoreha Reha-Aufnahmefragebogen (Seite 7 von 10 Seiten)



3. Berufs- und arbeitsbezogene Anamnese

Erwerbsstatus:

- berentet (weiter bei Punkt 2.3)
- arbeitsfähig Hausfrau/ Hausmann
- arbeitslos seit: _____ arbeitsunfähig seit: _____

Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten 12 Monaten:

- weniger als 3 Monate
- 3 - 6 Monate
- mehr als 6 Monate

Schulabschluss:

- kein Abschluss
- _____

Berufsausbildung:

- kein erlernter Beruf
- _____

Derzeitige Tätigkeit

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Beschäftigt seit: _____

Tätigkeitsbeschreibung des aktuellen (bei Arbeitslosen und Hausfrauen/ Hausmännern des letzten) Arbeitsplatzes

VI medicoreha Reha-Aufnahmefragebogen (Seite 8 von 10 Seiten)



Derzeitige Stellung: <input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Selbständige/r <input type="checkbox"/> Beamtin/er <input type="checkbox"/> Hausfrau <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> arbeitslos/-suchend <input type="checkbox"/> im Ruhestand	Körperliche Belastungen: <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> leicht bis mittelschwer <input type="checkbox"/> mittelschwer <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> oft in gebückter Haltung <input type="checkbox"/> oft mit erhobenen Armen <input type="checkbox"/> oft kniend, hockend o.ä. <input type="checkbox"/> auf Gerüst und Leitern <input type="checkbox"/> Fließbandarbeit	Heben und Tragen: <input type="checkbox"/> bis 7kg <input type="checkbox"/> 7-20 kg <input type="checkbox"/> über 20 kg	Schichtform: <input type="checkbox"/> Tagesschicht <input type="checkbox"/> Früh-/Spätschicht <input type="checkbox"/> Nachtschicht <input type="checkbox"/> Wechselschicht
Äußere Einflüsse: <input type="checkbox"/> Arbeit im künstlichen Licht <input type="checkbox"/> Arbeit im Freien <input type="checkbox"/> überwiegend witterungsungeschützt <input type="checkbox"/> angestrenktes Sehen (Feinarbeit) <input type="checkbox"/> Nässe <input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Hitze <input type="checkbox"/> Zugluft <input type="checkbox"/> Druckluft <input type="checkbox"/> starker Lärm <input type="checkbox"/> starke Staubentwicklung <input type="checkbox"/> belastigende Gase/Dämpfe <input type="checkbox"/> chemische Einflüsse <input type="checkbox"/> Allergien gegen best. Materialien <input type="checkbox"/> hautempfindliche Arbeit	Sonstige Einflüsse: <input type="checkbox"/> lange Anfahrtszeit <input type="checkbox"/> ständige Konzentration <input type="checkbox"/> besondere Verantwortung <input type="checkbox"/> besonderes Reaktionsvermögen <input type="checkbox"/> rasche Entscheidungspflicht <input type="checkbox"/> Anlagensteuerung <input type="checkbox"/> Auswärtsmontage <input type="checkbox"/> Reisetätigkeit <input type="checkbox"/> Baumaschinenführer	Tätigkeiten im: Stehen: <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> überwiegend <input type="checkbox"/> zeitweise Gehen: <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> überwiegend <input type="checkbox"/> zeitweise Sitzen: <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> überwiegend <input type="checkbox"/> zeitweise	
Arbeitsumfang: <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit: _____ Stunden <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> wöchentlich			

Den Arbeitsplatz erreiche ich...

 per PKW mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu Fuß (Gehstrecke ca. ____ km)

 Sonstiges: _____

Nach meiner Einschätzung kann ich meiner beruflichen Tätigkeit...

 weiter nachgehen

 abhängig vom weiteren gesundheitlichen Zustand weiter nachgehen

 keinesfalls weiter nachgehen

VI medicoreha Reha-Aufnahmefragebogen (Seite 9 von 10 Seiten)



Besondere arbeits- und berufsbezogene Belastungen:

- habe ich nicht
- liegen vor, und zwar
 - Stress/Zeitdruck
 - Konflikte am Arbeitsplatz (mit Kollegen oder Vorgesetzten)
 - Über- oder Unterforderung
 - Sorgen, krankheitsbedingt den Anforderungen nicht mehr gerecht werden zu können
 - Angst vor dem Arbeitsplatzverlust
 - kürzlich eingetretene erhebliche Änderungen der Arbeitsplatzsituation
 - _____

Was möchten Sie nach der Reha bezogen auf Ihr Erwerbsleben erreichen?

Beeinträchtigungen

In welchen alltäglichen Aktivitäten fühlen Sie sich beeinträchtigt?
(im Bereich der Mobilität wie z. B. Gehen oder Treppe steigen,
im häuslichen Leben, in der Selbstversorgung wie z. B. beim An- und Ausziehen, sich waschen, in anderen Lebensbereichen ...):

VI medicoreha - Reha-Aufnahmefragebogen (Seite 10 von 10 Seiten)



Meine sozialen Beziehungen zu Mitmenschen sind

- nicht beeinträchtigt
- in folgenden Situationen beeinträchtigt

Die Ausübung meines Berufes ist aus gesundheitlichen Gründen

- nicht wesentlich erschwert
- dadurch erschwert, dass...
- nicht möglich, weil...

Ich bin bereit, mich im Rahmen der Rehabilitation mit arbeits- und berufsbezogenen Fragestellungen auseinanderzusetzen.

- ja
- nein

4. Allergien:

Welche Allergien liegen bei Ihnen vor?

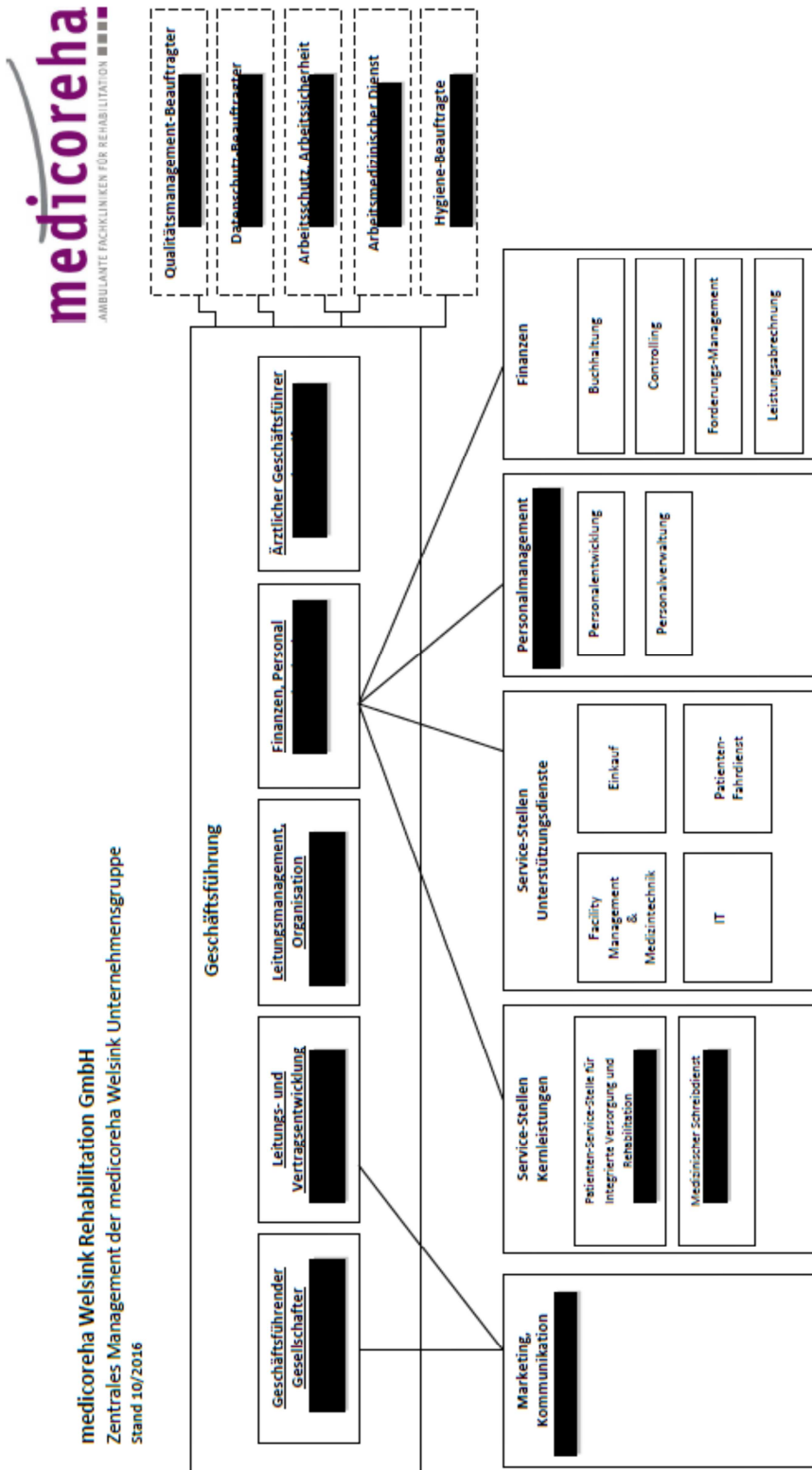
Allergien	Notfallmedikation (falls bekannt)

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Datum: _____ Unterschrift: _____

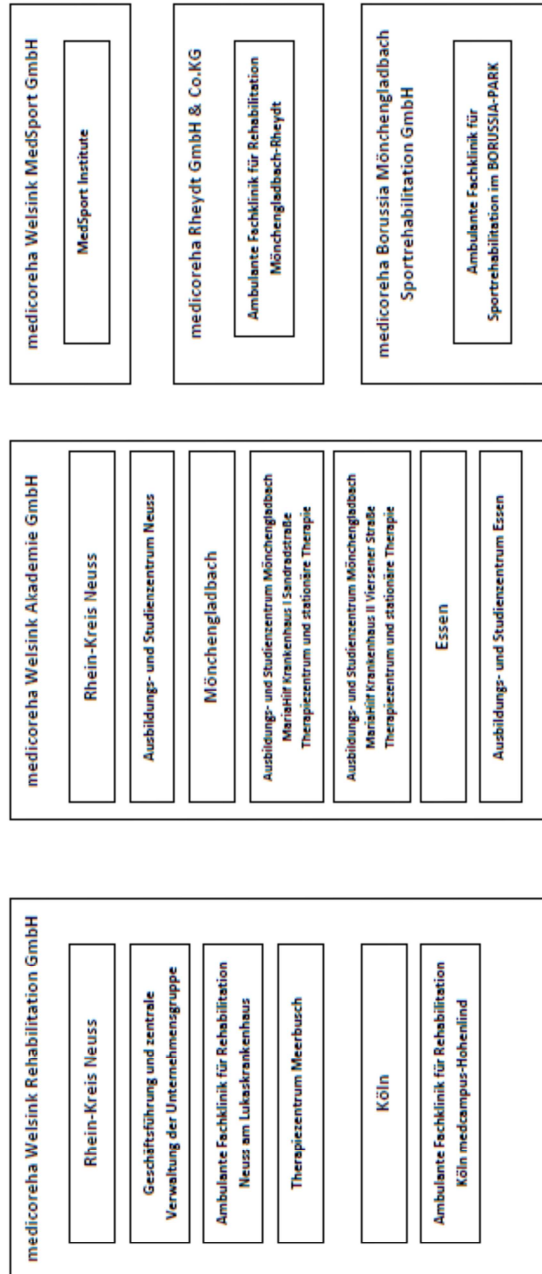
VII medicoreha - Organigramm Zentrales Management (1Seite)



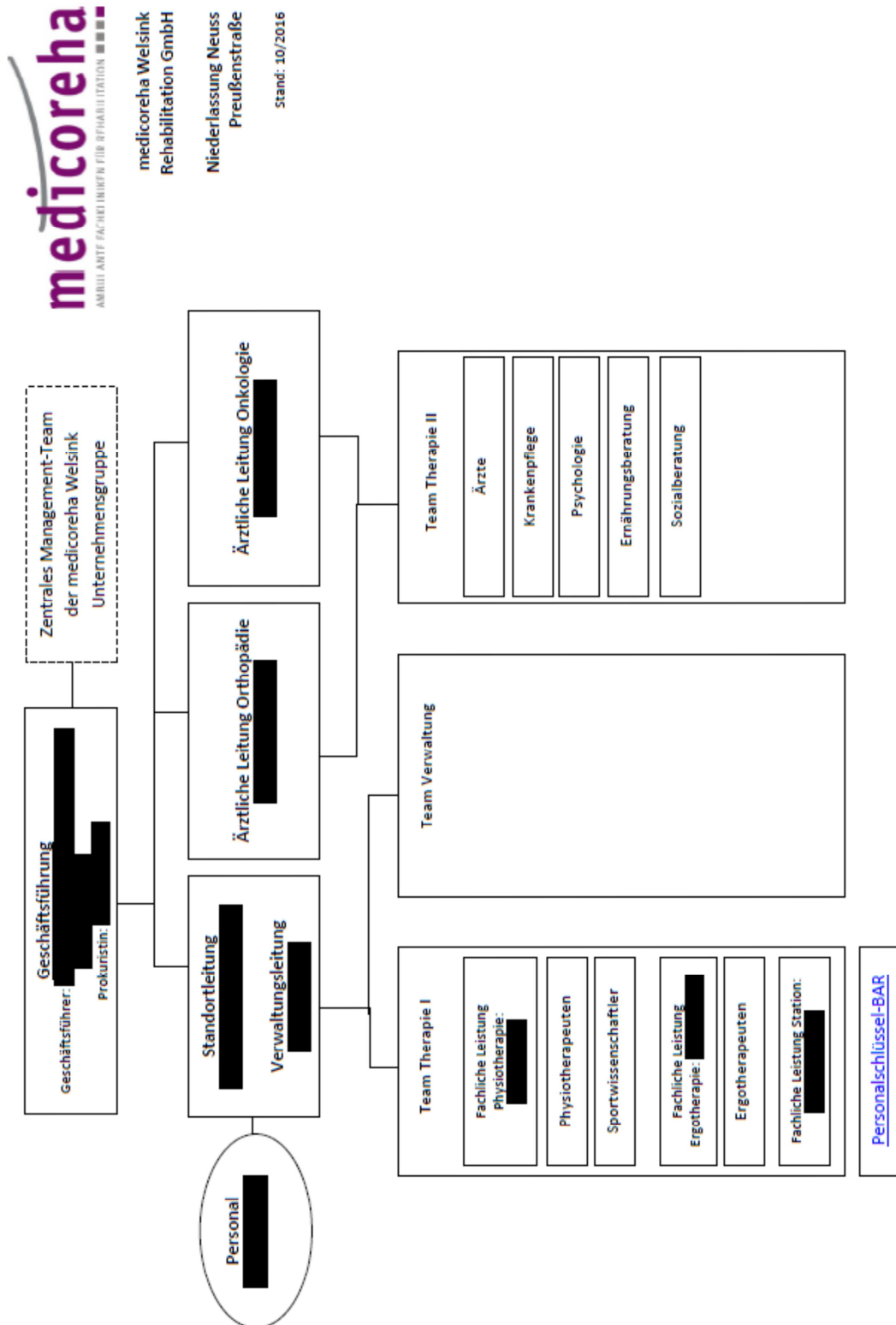
VIII medicoreha - Organigramm Welsink Unternehmensgruppe (1 Seite)



Übersicht medicoreha Welsink Unternehmensgruppe
Stand: 04/2017



IX medicoreha - Organigramm Niederlassung Neuss (1 Seite)



X DRV - QS-Bericht Strukturqualität 2014 (1 Seite)

Deutsche Rentenversicherung Bund
Bereich 0430 Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie, Statistik

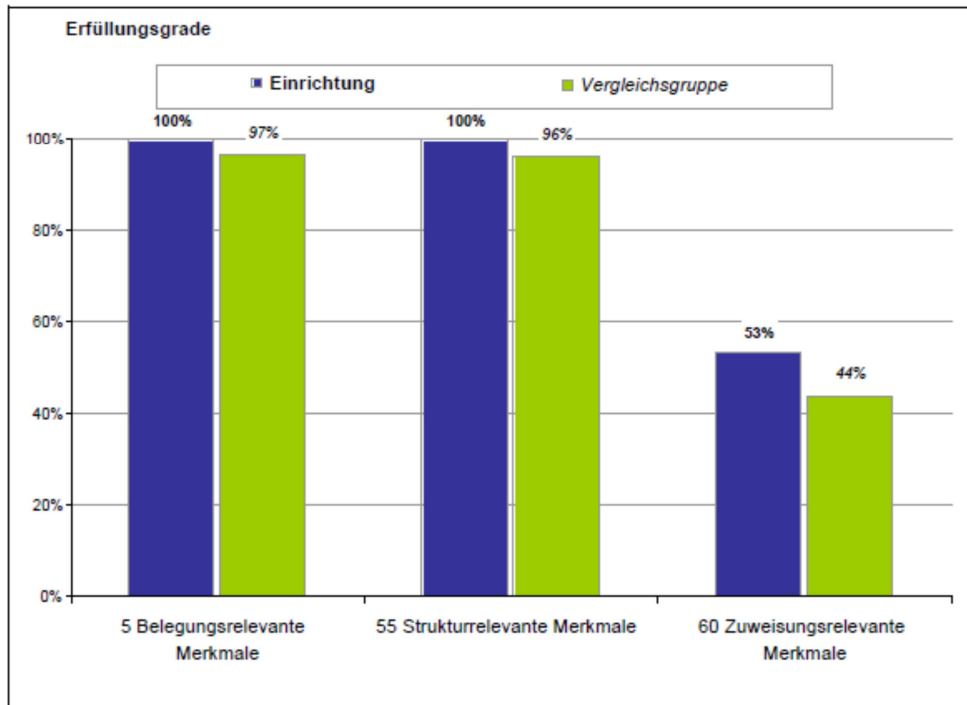
Berichte zur Reha-Qualitätssicherung
- Strukturqualität

Fachabteilung: medicoreha Welsink Rehabilitation GmbH - Orthopädie

Vergleichsgruppe: A2 - Orthopädie ambulant

C Einrichtungsbezogener Ergebnisbericht

C.1 Zusammenfassende Ergebnisse



Relevanz der Strukturmerkmale

Belegungsrelevante Merkmale sind Merkmale, die erfüllt werden müssen. Sie sind im Abschnitt 3.1 zusammengefasst und betreffen die erforderliche Facharztkompetenz und die Sicherheit der Rehabilitanden durch eine adäquate Notfallausstattung.

Strukturelevante Merkmale sind Merkmale, die aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung für die qualitativ hochwertige Versorgung der Rehabilitanden erforderlich sind und die grundsätzlich erwartet werden. Sie sollen alle erfüllt werden. Sie betreffen die baulich-räumliche, die medizinisch-technische Ausstattung sowie einige konzeptionell verankerte prozessnahe Strukturmerkmale. Im Falle fehlender strukturelevanter Merkmale ist mit dem Federführer zu klären, in welchem Umfang und mit welcher Dringlichkeit Abhilfe zu schaffen ist.

Zuweisungsrelevante Merkmale sind Merkmale, die die Behandlung von Rehabilitanden mit besonderen Erfordernissen ermöglichen (z.B. bei Blindheit, Nachbehandlung bei Herztransplantation). Sie können von den Reha-Einrichtungen erfüllt werden, werden aber nicht durchgängig gefordert. Sie sind für die Zuweisungssteuerung der Rentenversicherung relevant und im Einzelfall für eine rehabilitandenspezifische Behandlung erforderlich.

Bogen-ID: 12066
1237768 / 1238645

10

Auswertung: 2016-04-12 / 0433

Blau: medicoreha Fachabteilung Orthopädie / Grün: Vergleichsgruppe

XI - DRV- QS-Bericht Rehabilitandenbefragung

(Seite 1 von 2 Seiten)

01.10.2014 bis 30.09.2015

Deutsche Rentenversicherung Bund
Bereich 0430 - Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und StatistikBerichte zur Reha-Qualitätssicherung
Rehabilitandenbefragung Somatik ambulant

Fachabt.: Neuss - medicoreha Welsink Rehabilitation GmbH

Vgl.-Gruppe: Orthopädische Reha-Einrichtungen

B 1.1 Zufriedenheit mit der Rehabilitation (tabellarisch)			n	Signi- fikanz
Zufriedenheit mit ...	Fachabt.	Vgl.-Gruppe		
... der ärztlichen Betreuung	1,5	1,7	120 19.040	+
... der psychologischen Betreuung	1,5	1,7	39 7.741	
... der fachtherapeutischen Betreuung	1,5	1,5	119 18.973	
... der Einführung in den Reha-Ablauf	1,4	1,5	120 19.054	
... den Rahmenbedingungen der Reha	2,1	2,0	119 19.006	
... dem Therapie-Ablauf	2,1	2,1	120 19.093	
... den Behandlungen	2,0	1,8	102 16.370	
... den Schulungen, Vorträgen	2,2	2,1	99 15.374	
... den Beratungen	2,1	2,1	77 10.653	
... der Planung und Abstimmung der Reha	1,6	1,8	118 18.981	+
... der Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha	2,0	2,2	117 18.901	
... der Angemessenheit der Reha	1,6	1,6	119 19.027	
... der Reha insgesamt	2,1	2,0	117 18.634	
Durchschnittliche Rehabilitandenzufriedenheit	1,8	1,9	120 19.080	

Tabellarische Aufstellung: Zufriedenheit mit der Rehabilitation
medicoreha Fachabteilung Orthopädie / Vergleichsgruppe in Schulnoten
+ : signifikanter Unterschied

XI - DRV- QS-Bericht Rehabilitandenbefragung

(Seite 2 von 2 Seiten)

01.10.2014 bis 30.09.2015

Deutsche Rentenversicherung Bund
Bereich 0430 - Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik

Berichte zur Reha-Qualitätssicherung
Rehabilitandenbefragung Somatik ambulant

Fachabt.: Neuss - medicoreha Welsink Rehabilitation GmbH

Vgl.-Gruppe: Orthopädische Reha-Einrichtungen

B 1.2 Behandlungserfolg aus Sicht der Rehabilitanden (tabellarisch)			n	Signi- fikanz
Rehabilitandenanteil mit Besserung ...				
	Fachabt.	Vgl.-Gruppe		
... des Gesundheitszustandes	78%	74%	107 17.213	
... der psychosomatischen Beschwerden	72%	77%	68 11.785	
... der körperlichen Beschwerden	64%	64%	36 6.510	
... der Leistungsfähigkeit (Beruf, Freizeit, Alltag)	73%	71%	112 18.030	
... des gesundheitsförderlichen Verhaltens	77%	73%	120 19.162	
Reha-Erfolg insgesamt	74%	73%	117 18.590	
Durchschnittlicher subjektiver Behandlungserfolg	75%	73%	113 18.443	

Tabellarische Aufstellung: Behandlungserfolg aus Sicht der Rehabilitanden
medicoreha Fachabteilung Orthopädie / Vergleichsgruppe in Schulnoten

Anhang XII – medicoreha Trainingsplan Chronisches WS-Syndrom (Seite 1 von 4)

medicoreha MEDIZINISCH-THERAPEUTISCHE STATUSERHEBUNG (THERAPIE)

für Herr / Frau [Name] [Vorname]

geboren am: 15.03.1977
TT/MM/JJJJ

durchgeführt von: [Name] 15.12.16
Therapeut, Datum

1

1. EINGANGSBEFUNDUNG

1.1 ANGABEN ZUR PERSON

Berufsbild Sportkassen Angestellte
Sport / Hobbies _____

Größe 173 cm BMI _____ kg/m²
Gewicht 67 kg
Ruhe-Puls _____ bpm
Ruhe-Blutdruck _____ mmHg

1.2 DIAGNOSE / BESCHWERDEBILD I N L R

chron. WS Syndrom

NEURIDIE/GRÜBEL

Unfalldatum Ø
OP: nein / ja → OP-Datum Ø
letzter Arzt-Therapeutenbesuch ende 16

2. medicoreha - LEISTUNGSBEREICH

- Ambulante Rehabilitation / MBOR
- Intensivierte Rehabilitationsachsorge (IRENA / BONA)
- Integrierte Versorgung (IV) / ART
- Krankengymnastik am Gerät (KGG)
- Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP)

1.3 ÄRZTLICHE VORGABEN

Teilbelastung _____ kg bis: _____ Datum _____
 Vollbelastung _____
 max. Belastung: _____ Watt _____ HF (bpm) _____ Min _____
 KONTRAINDIKATIONEN _____ HZ/Arzt _____

3. THERAPEUTISCHE ZIELSETZUNG

3.1 EINGANGSZIELSETZUNG gültig ab KW _____
3.2 ERWEITERTE ZIELSETZUNG gültig ab KW _____
 Verbesserung der Beweglichkeit, insb. der/s _____
 Kräftigung der gelenkumgreifenden Muskulatur der/s WS
 Langfristige Schmerzlinderung u.a. zur Vermeidung von Schonhaltungen / Ausweichbewegungen
 Förderung der lokalen Stoffwechselfunktionen zur Unterstützung des Heilungsprozesses
 Stabilisation des Bewegungsapparates im Bereich der/s WS
 Verbesserung der Leistungsfähigkeit des Herz-Kreislauf-Systems
 Verbesserung der psychosozialen Befindlichkeit und der Lebensqualität
 sonstige Ziele _____ HZ Therapeut _____
 HZ Therapeut _____

4. NOTIZEN ZUR THERAPIESTEUERUNG

Reinaktivität

Anhang XII – medicoreha Trainingsplan Chronisches WS-Syndrom (Seite 2 von 4)



TRAININGSPLANUNG für: [redacted]

erstellt durch: [redacted]

am: 15.12.2016

2

AUFWÄRMEN

GERÄT	EINSTELLUNGEN					
1. Fahrradergometer	Sitzhöhe:	Pedal:	Programm-Nr.:	Watt:	Minuten:	RPM:
2. Oberkörperergometer	Sitzhöhe:	Kurbel:	Programm-Nr.:	Watt:	Minuten:	RPM:
3. Stepper	Programm-Nr.:		Minuten:	Watt:	RPM:	
4. Laufband:	Minuten:	km/h:	Steigung:	Stützen: aussen:	mitte:	innen:
5. Crosstrainer:	Programm-Nr.: 1		Minuten: 10	Watt: Level 4	RPM:	
6. Kanuergometer:	Schaft:		Stufe:	Minuten:	Watt:	
7. Ruderergometer	Programm:		Stufe:	Minuten:	Watt:	

AUSDAUERTRAINING (Geräte-Nummern siehe Oben)

Trainingsherzfrequenz: _____

Blutdruck: Wenn der erste Wert über 160 mm/Hg und / oder der zweite Wert über 95 mm/Hg liegt, wenden Sie sich bitte an Ihren zuständigen Therapeuten!

DATUM	15.12	23.12	27.12	5.1	12.1	19.1	26.1	2.2	9.2	16.2
Gerät	5	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Zeit	10	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Watt: km/h	Level 4	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Stufe/RPM	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
RPE	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Schmerz						1	1	1	1	1
Therapeut	BS	UB	AI	/	TC	ag	175	1	60	18
PULS ()re. ()li.										
vor dem Training / P1										
während des Trainings / P2										
nach dem Training / P3										
BLUTDRUCK ()re. ()li.										
vor dem Training / BD1										
während des Trainings / BD2										
nach dem Training / BD3										
Therapeut										

Bemerkungen:

Bitte bei Bedarf eine neue Seite einlegen. Sie erhalten die Vordrucke bei unseren Mitarbeitern.

Anhang XII – medicoreha Trainingsplan Chronisches WS-Syndrom (Seite 3 von 4)

TRAININGSPLANUNG für: [redacted] **medicoreha**
© medicoreha Welsink Rehabilitation GmbH 2009

erstellt durch: [redacted] am: 15.12.2016

Bitte benutzen Sie diese Skala ggf. zur Einordnung der Schmerzen: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 4

KW() KW() KW()

Einstellung & Durchführung		Datum	15.12	16.12	17.12	18.12	19.12	20.12	21.12	22.12	23.12	24.12	25.12
Nr.: 1 Griff: W Sitz: 1 Polster: 2 → nur leicht berühren	Gewicht	25	30	40									
	Wiederhol.	15	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Serien	3x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Pause	1'	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Schmerz		2	1	2	2	2-3	2-3	2-3	2	1		
	Anstrengung		4	3-4	3-4	3	3	3	3	2-3	3		
	Bemerkung:												
Nr.: 2 (5) Sitz: Kniehoch Griff: innen	Gewicht	12	✓	✓	✓	✓	✓	16	✓	✓	✓	✓	✓
	Wiederhol.	15	✓	✓	✓	✓	✓	4x	✓	✓	✓	✓	✓
	Serien	3x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Pause	1'	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Schmerz		1	1	1	1	1	1	2	2	2		
	Anstrengung		3	2	2	1	1	2-3	3	2-3	3		
	Bemerkung:												
Nr.: Posturo med (VPA)	Gewicht	15kg/16	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Wiederhol.	6-8	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Serien	2	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Pause	1'	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Schmerz		1	1	1	1	1	1	1	1	1-2		
	Anstrengung		2-3	2	2	2	2	2	2	2	2		
	Bemerkung:												
Nr.: Pezzi ball	Gewicht	4-5 kg	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Wiederhol.	12-15	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Serien	3x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Pause	1'	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Schmerz		1	1	1	1	1-2	2	1-2	1-2	1-2		
	Anstrengung		2	4-5	4-5	3	2-3	2-3	2	2	2		
	Bemerkung:												

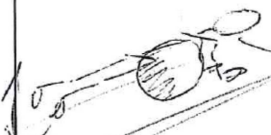

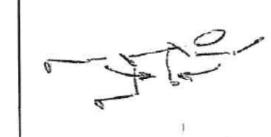
1 sehr leicht 2 leicht 3 leicht-mittel 4 mittel 5 mittel-schwer 6 schwer 7 sehr schwer

Bitte bei Bedarf eine neue Seite einlegen. Sie erhalten die Vordrucke bei unseren Mitarbeitern.
 © medicoreha Welsink Rehabilitation GmbH 2009

Anhang XII – medicoreha Trainingsplan Chronisches WS-Syndrom (Seite 4 von 4)

TRAININGSPLANUNG für: ~~XXXXXXXXXX~~ medicoreha

erstellt durch: ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~
 Bitte benutzen Sie diese Skala ggf. zur Einordnung der Schmerzen:  4

Einstellung & Durchführung		Datum	15.12.18	18.12.18	20.12.18	23.12.18	26.12.18	28.12.18	30.12.18	01.01.19	03.01.19	05.01.19	07.01.19	09.01.19
Nr.: <i>Stashpipe</i> 3x20 ruckeln Kücken ab 20.01.	Gewicht													
	Wiederhol.	30x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Serien	5-6x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Pause		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Schmerz			2-3	3	2	2	2-3	2	2	2	2	2	2
	Anstrengung			3	3	2-3	2	2	2	2	2	2	2	3
	Bemerkung:													
Nr.: 	Gewicht													
	Wiederhol.	10	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Serien	3	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Pause	1'	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Schmerz			1	2	2	1-2	1-2	2	2	2	2	2	2
	Anstrengung			3	2-3	2	2	2	2	2-3	2-3	2-3	2-3	2-3
	Bemerkung:													
Nr.: 	Gewicht													
	Wiederhol.	10	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Serien	2	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Pause		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Schmerz			2	2	2-3	2	2	2	2	2	2	2	2
	Anstrengung			3-4	3-4	2-3	2-3	3	3	2-3	2-3	3	3	3
	Bemerkung:													
Nr.: 	Gewicht													
	Wiederhol.	20	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Serien	je 3x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Pause	1'	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Schmerz			1	1-2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Anstrengung			2	2-3	2-3	2-3	3	3	2-3	2-3	3	3	3
	Bemerkung:	Unter + Ellenbogen zusammen												
Nr.:	Gewicht													
	Wiederhol.													
	Serien													
	Pause													
	Schmerz													
	Anstrengung													
	Bemerkung:													

1	2	3	4	5	6	7
sehr leicht	leicht	leicht-mittel	mittel	mittel-schwer	schwer	sehr schwer

Bitte bei Bedarf eine neue Seite einlegen. Sie erhalten die Vordrucke bei unseren Mitarbeitern.
 © medicoreha Welsink Rehabilitation GmbH 03/2009

Anhang XIII – medicoreha Kernprozess der ambulanten Rehabilitation (eine Seite)

Kernprozess der ambulanten Rehabilitation



Prozess
C.K. 1 Vorbereitung
C.K. 1.1 Prüfung Aufnahme-Indikation
C.K. 1.2 Zuweisung und Disposition
C.K. 1.3 Vorbereitung Aufnahme (z.B. Erst-Terminierung)
C.K. 2 Aufnahme
C.K. 2.1 Ein-Checken (verwaltungstechnisch)
C.K. 2.2 Reha- Aufnahme (ärztl./ psychosoz.) inkl. Reha-Zielvereinbarung
C.K. 2.3 Funktionsdiagnostik
C.K. 2.4 Psychologische Diagnostik
C.K. 2.5 Labor/Pflege
C.K. 2.6 Konsile
C.K. 2.7 Physiotherapeutische Aufnahme
C.K. 2.12 Eigenbeteiligung
C.K. 3 Planung der Dienstleistungs-/Therapieprozesse
C.K. 3.1 Organisation und Therapieplanung
C.K. 3.8 Änderungsplanung Fahrdienst
C.K. 4 Überprüfung der Dienstleistungs-/Therapieprozesse
C.K. 4.1 Teambesprechungen
C.K. 4.2 Zwischensichten
C.K. 4.3 Verweildauerplanung
C.K. 4.4 Entlassungsuntersuchung
C.K. 4.5 Erreichen des Rehabilitations-/Therapieziels
C.K. 5 Dienstleistungs-/Therapieprozesse
C.K. 5.1 Rehabilitations-Pflege
C.K. 5.2 Pharmakotherapie
C.K. 5.3 Physiotherapie, Bewegungstherapie
C.K. 5.4 PAT/MTT
C.K. 5.6 Gesundheitstraining / Indikative Gruppen
C.K. 5.7 Klinische Psychologie
C.K. 5.9 Ernährungsberatung, Lehrküche
C.K. 5.10 Berufsberatung
C.K. 5.11 Sozialberatung
C.K. 5.25 Arbeitsplatzberatung
C.K. 5.28 Hilfsmittelberatung
C.K. 6 Nachsorge
C.K. 6.1 Empfehlungen
C.K. 6.2 Kontaktaufnahme
C.K. 7 Dokumentation
C.K. 7.1 Aufnahme-, Unterbrechungs- und Entlassungsmeldung
C.K. 7.2 Patienten/Kunden Akte
C.K. 7.3 KTL
C.K. 7.5 Verlauf und Therapiedokumentation
C.K. 7.6 Entlassungsbericht
C.K. 8 Abschluss
C.K. 8.1 Feedback
C.K. 8.2 Entlassungsbrief
C.K. 8.3 Entlassung (verwaltungstechnisch)
C.K. 8.4 Abrechnung

Anhang XIV RPS-Formular

(1 Seite)

medicoreha

Rehabilitation Problem-Solving Form

RPS-Formular	Patient: [Redacted] Alter: 52, Pflegeberuf Datum: 8. M. 2016	Diagnose: Chron. nicht-spezif. Rückenschmerz Funktionsl. M. 545	Medikation: Diclofenac Therapeut: [Redacted] ICF-Code:
Patient	Körperstruktur / -funktion Voraussetzung: li. Beinrückenseite u. Schlafstörungen Minderhaltbarkeit	Aktivität Bücken Probleme beim Heben Tragen Nachbewegungen	Partizipation Hobbys: Sport, Lesen, Radfahren Hausarbeiten zu erledigen Beisitz im Beruf
Therapeut	Hypomobilität LWS SLR: (-) NRS: 10/8	UWS Flex (-)	P.S.L.E-Test 5 Seg Sit to stand: 1 min 23s FRA: 15 cm
	Persönliche Faktoren FAB-Q 82/10 Bücken (-) Körperlich Stress (-) Körperlich Aktiv. (+) Spez. Gehirn Problem (+)		Umweltfaktoren alleins leben (-)

Schmerz (psycho-sozial)
Angst (FAB) oder falschen Bewegungen => Aktivität

XV medicoreha MBOR Mustertherapieplan (Seite 2 von 3)

Behandlungstag 6-10		Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Uhrzeit						
09:00						
09:30	PAT-MBOR+ Physiotherapie	PAT-MBOR+physikalische Therapie	PAT-MBOR	PAT-MBOR+ Physiotherapie	PAT-MBOR+physikalische Therapie	
10:00						
10:30	Zwischenvisite Arzt					
11:00	Outdoor/Bewegungsbad	Outdoor/Bewegungsbad	Entspannung Ruhe- und Regenerationszeit	Outdoor/Bewegungsbad	Entspannung Ruhe- und Regenerationszeit	
11:30						
12:00	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	
12:30						
13:00	Vortrag Arzt	Vortrag Sport	Vortrag Psychologie	Vortrag Sozialarbeiter	Psych. Seminar BBPL	
13:30						
14:00	ADL-MBOR	ADL-MBOR	ADL-MBOR	ADL-MBOR	ADL-MBOR	ADL-MBOR
14:30						

XV medicoreha MBOR Mustertherapieplan (Seite 3 von 3)

Behandlungstag 11-15						
Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	
09:00						
09:30	PAT-MBOR+ Physiotherapie	PAT-MBOR+physikalische Therapie	PAT-MBOR	PAT-MBOR+ Physiotherapie	PAT-MBOR+physikalische Therapie	
10:00						
10:30						
11:00						
11:30	Outdoor/Bewegungsbad	Entspannungstraining Ruhe- und Regenerationszeit	ELA-Abschlußfest	Arztabschluß(Bewertung der Ergebnisse/Soz.medizin/BONA)	Entspannungstraining Ruhe- und Regenerationszeit	
12:00	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	
12:30						
13:00	Vortrag Arzt	Vortrag Sport	Vortrag Psychologie	Vortrag Sozialarbeiter	Psych. Seminar BBPL	
13:30						
14:00	ADL-MBOR	ADL-MBOR	ADL-MBOR	ADL-MBOR	ADL-MBOR	
14:30						

* Name des Patienten frei erfunden

XVI medicoreha - Präventionskurse (Seite 1 von 2)

medicoreha
AMBULANTE FACHKLINIKEN FÜR REHABILITATION

KURSE UND TRAINING
FÜR ERWACHSENE UND KINDER

2. Halbjahr 2017

BEI VIELEN KURSEN KANN BEZÜGLICH DER KURSGEBÜHRE KEINERHASSE MÖGLICH!

www.medicoreha.de

Neuss | Meerbusch | Mönchengladbach | Hagen | Jülich | Essen

2

KURSE UND TRAINING

KURSÜBERSICHT FÜR ERWACHSENE

WIRBELSÄULENGYMNASTIK

10 x 60 Minuten | 110,- €

Ideal gegen Rückenbeschwerden oder zur Vorbeugung. Trainiert werden Beweglichkeit, Kraft und Koordination des Rückens und des ganzen Körpers. In einer Gruppe von maximal 12 Personen werden die Übungen entweder gegen das eigene Körpergewicht oder mit Kleingeräten, wie Theraband und Gymnastikball, durchgeführt. Angeleitet wird der Kurs von einem / einer Physiotherapeuten / in oder Diplom-Sportwissenschaftler / in mit Weiterbildung zum Rückentrainer. Viele Krankenkassen erstatten die Kosten des Kurses anteilig.

RÜCKEN INTENSIV

10 x 60 Minuten | 110,- €

Rückentraining für Fortgeschrittene – genau richtig, wenn Sie bereits Erfahrung mit Wirbelsäulengymnastik gemacht haben und das Training intensivieren möchten. Kraft, Koordination und Beweglichkeit werden hier in vielen Übungen gleichzeitig trainiert. Geräte wie Flexibar, Pilates-Bälle und Hanteln kommen zum Einsatz. Es sollten keine akuten Beschwerden vorliegen. Angeleitet wird der Kurs von einem / er Physiotherapeuten / in oder Diplom-Sportwissenschaftler / in mit Weiterbildung zum Rückentrainer. Die Gruppengröße beträgt maximal 12 Personen. Viele Krankenkassen erstatten die Kosten des Kurses anteilig.

PILATES BASISKURS

10 x 60 Minuten | 110,- €

Pilates ist ein systematisches Ganzkörpertraining zur Kräftigung der Muskulatur, insbesondere der Beckenboden-, Bauch- und Rückenmuskulatur. Ziel ist auch, die tiefliegenden Muskeln zu trainieren, die wichtig für eine gesunde Körperhaltung sind. Alle Bewegungen werden langsam und fließend ausgeführt, wodurch Muskeln und Gelenke geschont werden. Gleichzeitig wird die Atmung geschult. Angeleitet wird der Kurs von einem / er Physiotherapeuten / in oder Diplom-Sportwissenschaftler / in mit Weiterbildung im Bereich Pilates. Die Gruppengröße beträgt maximal 12 Personen.

XVI medicoreha Kurse und Training (Seite 2 von 2)



STRESSBEWÄLTIGUNG UND ENTSPANNUNG

10 x 60 Minuten | 110,- €

Ob Stress als positiv oder negativ empfunden wird, hängt von der individuellen Einstellung ab. Zu viel negativer Stress kann krank machen. Um dem Vorzubeugen, lernen Sie in diesem Kurs besser mit Stress umzugehen. Neben Methoden zur Stressbewältigung, erlernen Sie verschiedene Methoden zur aktiven Entspannung, wie die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen. Geleitet wird der Kurs durch eine Diplom-Psychologin. Die Gruppengröße beträgt maximal 12 Personen. Viele Krankenkassen erstatten die Kosten des Kurses anteilig.

YOGA-BASISKURS

10 x 60 Minuten | 110,- €

Yoga ist eine fernöstliche Gesundheitslehre und verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz. Die Asanas (Körperübungen) trainieren Kraft, Beweglichkeit und Gleichgewichtssinn. Die abwechslungsreichen Übungen verbessern das Zusammenspiel von Körper, Geist, Seele und Atem. Angestrebt wird eine bessere Leistungsfähigkeit, Konzentration und geistige Entspannung. Der Kurs ist speziell für Yoga-Anfänger geeignet. Die Leitung übernimmt eine Physiotherapeutin mit Weiterbildung zur Yoga-Lehrerin. Die Gruppengröße beträgt maximal 12 Personen. Viele Krankenkassen erstatten die Kosten des Kurses anteilig.

AQUAGYMNASTIK

10 x 45 Minuten | 140,- €

Gelenkschonend wird in diesem Kurs im Wasser der ganze Körper gekräftigt. Mit Kleingeräten, wie Poolnudeln oder Schaumstoffhanteln, können gezielt einzelne Muskelgruppen trainiert werden. Der Wasserdruck sorgt für eine gute Durchblutung und der Auftrieb für eine Entlastung von Wirbelsäule und Gelenken. Der Kurs findet bei angenehmer Wassertemperatur im hauseigenen Bewegungsbad der medicoreha statt mit maximal 6 Teilnehmern. Physiotherapeuten/innen und Diplom-Sportwissenschaftler/innen mit Weiterbildung im Bereich Wassergymnastik leiten den Kurs. Viele Krankenkassen erstatten die Kosten des Kurses anteilig.

AQUAGYMNASTIK (FÜR SENIOREN)

10 x 45 Minuten | 140,- €

In diesem Kurs werden die Übungen aus dem AquaGymnastik-Kurs individuell an die Bedürfnisse von Senioren angepasst. Gelenkschonend wird im Wasser der ganze Körper gekräftigt. Mit Kleingeräten wie Poolnudeln oder Schaumstoffhanteln können gezielt einzelne Muskelgruppen trainiert werden. Der Wasserdruck sorgt für eine gute Durchblutung und der Auftrieb für eine Entlastung von Wirbelsäule und Gelenken. Der Kurs findet bei angenehmer Wassertemperatur im hauseigenen Bewegungsbad der medicoreha statt mit maximal 6 Teilnehmern. Physiotherapeuten/innen und Diplom-Sportwissenschaftler/innen mit Weiterbildung im Bereich Wassergymnastik leiten den Kurs. Viele Krankenkassen erstatten die Kosten des Kurses anteilig.

AQUAGYMNASTIK (FÜR SCHWANGERE)

10 x 45 Minuten | 140,- €

Körperliche Aktivität und Schwerelosigkeit im Wasser entlasten besonders in der Schwangerschaft Muskulatur und Gelenke. Rückenschmerzen können gelindert, es kann Ödemen vorgebeugt werden. Zusammen mit anderen Schwangeren können Erfahrungen ausgetauscht werden. Die Übungen kräftigen sanft die Muskulatur und verbessern die Beweglichkeit. Es wird gegen den Wasserwiderstand gearbeitet, mit Geräten wie Bällen, Schwimmscheiben und Poolnudeln. Der Kurs findet bei angenehmer Wassertemperatur im hauseigenen Bewegungsbad der medicoreha statt mit maximal 6 Teilnehmern. Physiotherapeuten/innen und Diplom-Sportwissenschaftler/innen mit Weiterbildung im Bereich Wassergymnastik leiten den Kurs. Viele Krankenkassen erstatten die Kosten des Kurses anteilig.

AQUAPOWER

10 x 45 Minuten | 140,- €

Mit viel Power wird in diesem Kurs das Herz-Kreislauf-System trainiert. Dynamische Übungen im Wasser bei vollem Körpereinsatz trainieren nicht nur den Herzmuskel, sondern auch die Muskulatur im ganzen Körper. Der Wasserauftrieb sorgt dafür, dass Bandscheiben und Gelenke entlastet werden. Viele Menschen können sich dadurch im Wasser deutlich besser bewegen, als an Land. Physiotherapeuten/innen und Diplom-Sportwissenschaftler/innen mit Weiterbildung im Bereich Wassergymnastik leiten den Kurs. Der Kurs findet bei angenehmer Wassertemperatur im hauseigenen Bewegungsbad der medicoreha statt mit maximal 6 Teilnehmern. Viele Krankenkassen erstatten die Kosten des Kurses anteilig.

AQUAPOWER (FIT NACH DER SCHWANGERSCHAFT)

10 x 45 Minuten | 140,- €

Dieser Kurs ist ideal, um nach der Geburt möglichst schnell wieder Kraft zu tanken und den Körper in Form zu bringen. Durch das Schwangerschaftshormon Relaxin, welches Bänder, Sehnen und Muskeln weicher und geschmeidiger macht, sind die Gelenke noch instabil. Im Wasser werden die Gelenke durch den Auftrieb kaum belastet. Deswegen kann bereits acht Wochen nach der Entbindung mit dem Training begonnen werden. Das Training im Wasser kräftigt nicht nur die Muskulatur, es verbraucht auch viele Kalorien, baut Stress ab und vermittelt ein gutes Körpergefühl. Die Übungen werden unterstützt durch Kleingeräte wie Poolnudel, Schwimmscheiben oder Schaumstoffhanteln. Physiotherapeuten/innen und Diplom-Sportwissenschaftler/innen mit Weiterbildung im Bereich Wassergymnastik leiten den Kurs. Der Kurs findet bei angenehmer Wassertemperatur im hauseigenen Bewegungsbad der medicoreha statt mit maximal 6 Teilnehmern. Viele Krankenkassen erstatten die Kosten des Kurses anteilig.