



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences

Studiengang: Organisationsentwicklung und Inklusion

Semester: Wintersemester 2019/2020  
8. Fachsemester

Prüfungsleistung: Masterthesis

Thema: Psychosomatische Rehabilitation im  
internationalen Vergleich der Länder  
Deutschland, Finnland und Frankreich

urn: nbn: de: gbv: 519-thesis:2019-0626-8

Vorgelegt von: Völker, Jeannette

Erstprüferin: Prof. Dr. B. Bräutigam  
Zweitprüfer: Prof. Dr. St. Schmidt

## **Eidesstattliche Erklärung**

Hiermit versichere ich, Jeannette Völker, an Eides statt, dass ich die vorliegende Masterarbeit mit dem Titel: „Psychosomatische Rehabilitation im internationalen Vergleich der Länder Deutschland, Finnland und Frankreich“ selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen der Arbeit, die dem Wortlaut oder dem Sinn nach anderen Werken entnommen wurden, sind in jedem Fall unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht. Die Arbeit ist noch nicht veröffentlicht oder in anderer Form als Prüfungsleistung vorgelegt worden.

Ich habe die Bedeutung der eidesstattlichen Versicherung und die prüfungsrechtlichen Folgen einer unrichtigen oder unvollständigen eidesstattlichen Versicherung zur Kenntnis genommen.

Rostock, 16.02.2020

Jeannette Völker

## Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung.....</b>	<b>1</b>
<b>1 Grundlagen der Rehabilitation.....</b>	<b>2</b>
1.1 Rehabilitationsbegriffe.....	2
1.2 Ziele der Rehabilitation .....	3
1.3 Das biopsychosoziale Modell und ICF in der Rehabilitation.....	5
1.4 Wirksamkeit von Rehabilitation .....	7
<b>2 Rehabilitation in Deutschland.....</b>	<b>8</b>
2.1 Gesundheitssystem in Deutschland.....	8
2.2 Gesetzliche Grundlagen der Rehabilitation in Deutschland .....	9
2.3 Leistungsträger und Finanzierung für eine Rehabilitation .....	10
2.4 Rehabilitationsformen .....	11
2.5 Teilhabechancen durch Rehabilitation .....	12
<b>3 Rehabilitation in Finnland .....</b>	<b>15</b>
3.1 Gesundheitssystem in Finnland .....	15
3.2 Gesetzliche Grundlagen für Rehabilitation.....	16
3.3 Leistungsträger und Finanzierung.....	17
3.4 Rehabilitationsformen .....	18
3.5 Teilhabechancen durch Rehabilitation .....	19
<b>4 Rehabilitation in Frankreich.....</b>	<b>20</b>
4.1 Gesundheitssystem in Frankreich.....	20
4.2 Gesetzliche Grundlagen für Rehabilitation.....	21
4.3 Leistungsträger und Finanzierung.....	22
4.4 Rehabilitationsformen .....	22
4.5 Teilhabechancen durch Rehabilitation .....	23
<b>5 Psychosomatische Rehabilitation .....</b>	<b>25</b>
5.1 Psychosomatische Rehabilitation in Deutschland.....	26
5.2 Psychosomatische Rehabilitation in Finnland .....	29
5.3 Psychosomatische Rehabilitation in Frankreich .....	31
<b>6 Rehabilitationssysteme der Länder im Vergleich .....</b>	<b>33</b>
6.1 Gesundheitsausgaben der Länder im Vergleich .....	34
6.2 Stellenwert der medizinischen Rehabilitation für Menschen mit psychischen Erkrankungen .....	35
6.3 Zugang zur medizinischen Rehabilitation.....	36

6.4	Strukturvergleich der medizinischen Rehabilitation bei psychischer Erkrankung.....	37
7	<b>Diskussion und Ausblick .....</b>	<b>38</b>
8	<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>43</b>
	<b>Quellenverzeichnis .....</b>	<b>46</b>

## Abkürzungsverzeichnis

BRK	Behindertenrechtskonvention
BTHG	Bundesteilhabegesetz
DALY	disability-adjusted life years
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EHIS	European Health Interview Survey
EU	Europäische Union
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
MSAH	Ministry of Social Affairs and Health
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PASS Psy	Permanence d'Accès aux Soins de Santé Psychiatrique
SGB	Sozialgesetzbuch
SMES	Santé Mentale et Exclusion Sociale
SVR	Sachverständigenrat
UN	United Nations (Vereinte Nationen)
UN BRK	Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen
WHO	World Health Organization

## Einleitung

Für das menschliche Wohlbefinden stellen psychische und physische Gesundheit die Voraussetzung für eine hohe Lebensqualität und Leistungsfähigkeit dar. Der gesellschaftliche Wandel verlangt eine hohe Anpassungsleistung an die sich stetig ändernden Arbeits- und Sozialbeziehungen. Psychische Störungen können das Gesundheitsempfinden beeinflussen, die Arbeitsfähigkeit und zudem die individuelle Selbstbestimmung und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben beeinträchtigen.

Das Gesundheits- und Rehabilitationssystem in Deutschland gilt als qualitativ hoch entwickelt und bietet Menschen mit psychischen Erkrankungen die Möglichkeit, sich im Rahmen einer psychosomatischen Rehabilitation zu stabilisieren. Doch wo steht Deutschland im internationalen Vergleich? Eine vergleichende Strukturanalyse der Gesundheitssysteme in Deutschland, Frankreich und Finnland im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation soll einen Überblick darüber geben, welche Gesundheitssysteme es in unseren benachbarten Ländern gibt und wie bestehende Systeme, wie das Rehabilitationsverfahren die Teilhabemöglichkeiten für Menschen mit psychischen/ psychosomatischen Erkrankungen beeinflussen können. Die Analyse des deutschen, finnischen und französischen Gesundheits- und Rehabilitationssystems ist das Ziel der nachfolgenden Masterthesis. Der Vergleich der Strukturen soll darstellen, welchen Stellenwert die einzelnen Länder einer medizinischen Rehabilitation für Menschen mit psychischen Erkrankungen geben. Es soll herausgearbeitet werden, ob unterschiedliche Gesundheitssysteme mit diversen Rehabilitationsformen in Relation zu anschließenden Teilhabemöglichkeiten betroffener Personen stehen. Um die Gesundheitssysteme in Deutschland, Finnland und Frankreich zu vergleichen, müssen zunächst Grundlagen zum Verständnis von Rehabilitation abgebildet werden. Der Vergleich der Rehabilitationssysteme der drei Länder erfolgt auf Grundlage der Analyse von Daten statistischer Veröffentlichungen, länderspezifische Informationen zum jeweiligen Gesundheitssystem, Publikationen und Berichterstattungen der Länder, internationale Datenbanken, Fachzeitschriften, Fachartikel, öffentliche Berichterstattungen und Auskünfte der zuständigen Gesundheitsministerien. Für eine bessere Vergleichbarkeit dient abschließend eine tabellarische Übersicht der länderspezifischen Strukturen im Gesundheits- und Rehabilitationssystem.

# 1 Grundlagen der Rehabilitation

Vor dem Hintergrund eines differenzierten Versorgungssystems und unterschiedlicher Leistungszuständigkeiten im Bereich der Gesundheitsversorgung und im Besonderen der Rehabilitation ist es notwendig, Begrifflichkeiten klar zu definieren und voneinander abzugrenzen. Das Verständnis des Rehabilitationsbegriffs ist hier die Voraussetzung für eine komparative Analyse rehabilitativer Interventionen verschiedener Länder.

## 1.1 Rehabilitationsbegriffe

Der früher weit verbreitete Begriff der Fürsorge wurde in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts durch den Begriff **Rehabilitation** ersetzt. Aus dem lateinischen Wort *rehabilitare* oder *rehabilitatio* abgeleitet, bedeutet der reine Begriff *wiederbefähigen* und meint jemanden wieder in seinen alten Stand, seine vorherige Situation zurückzusetzen (vgl. Morfeld, S. 909).

Komplexer betrachtet, fasst man unter dem Begriff der Rehabilitation alle medizinischen, psychologischen, beruflichen, schulisch-pädagogischen und sozialen Maßnahmen zusammen, die Menschen, die behindert werden oder von Behinderung bedroht sind, Leistungen zukommen zu lassen, die ihre Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglichen, Benachteiligungen verhindern oder aber ausgleichen (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, S. 233).

Der Begriff **Behinderung** wurde geprägt durch kulturelle und sozialrechtliche Entwicklungen, wobei es lange Zeit keine einheitliche, rechtlich bindende Definition dazu gab. Erst mit der Einführung der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health = ICF) und durch das Inkrafttreten des SGB IX gab es in Deutschland eine fachbereichsübergreifende Definition (vgl. Morfeld, S. 910). Im § 2 des Sozialgesetzbuches (=SGB) IX sind die Begriffe Menschen mit **Behinderungen** und **Beeinträchtigung** wie folgt festgelegt:

*„(1) Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und*

*Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.“ (SGB IX, § 2).*

Diese neue Definition von Behinderung im §2 des SGB IX gründet sich auf dem biopsychosozialen Modell, dem auch die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health = ICF) zugrunde gelegt wird (vgl. Stähler, S. 381). Da das biopsychosoziale Modell und die ICF grundlegend für die Rehabilitation und die vergleichende Analyse der Rehabilitationsformen der Länder Deutschland, Finnland und Frankreich ist, werden diese unter Punkt 1.3 ausführlicher dargestellt.

Der Begriff **funktionale Gesundheit** eines Menschen umfasst die körperliche Voraussetzungen, wie physische und psychische Körperfunktionen, das Vermögen Aktivitäten auszuführen, sowie die Teilnahme am sozialen Leben (vgl. Passon, S. 1). Durch die international einheitliche Erfassung der funktionalen Gesundheit ist eine grundlegende Diagnostik in der Rehabilitation möglich. Notwendige Interventionen werden individuell darauf abgestimmt und Ergebnisse der Rehabilitation können vergleichbar evaluiert werden (ebd.).

Die **medizinische Rehabilitation** in Deutschland ist ein Leistungsbereich der medizinischen Versorgung, welche Prävention und Vorsorge, Akutversorgung und Rehabilitation aber auch die medizinische Nachsorge beinhaltet (vgl. Voß, S. 213).

Im internationalen Vergleich betrachtet, unterteilt sich die medizinische Rehabilitation in akute, subakute und anschließende Behandlung sowie in weiterführende Behandlungsmaßnahmen. Hinzu kommen noch berufliche und soziale Rehabilitationsleistungen (vgl. Passon, S. 3). Rehabilitation überhaupt definiert sich zudem anhand ihrer Zielstellungen (vgl. Igli, S. 7).

## **1.2 Ziele der Rehabilitation**

Rehabilitation versteht sich als ein Prozess mit einem umfassenden und mehrdimensionalen Konzept. Es enthält medizinische, psychologische, soziale, edukative und/oder auch berufliche Ziele. Die Aufgaben, Strukturen und Ziele des Re-



habilitationssysteme haben die Funktion, gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen zu sichern und soziale Desintegration zu verhindern (vgl. Schliehe, S. 109 ff.).

Die Maßnahmen einer Rehabilitation haben demnach das Ziel, eine Verbesserung der Teilhabe eines Menschen, trotz der durch Behinderung oder Erkrankung auftretenden Einschränkungen zu erlangen. Im Rahmen der Rehabilitation sollen drohende Behinderungen abgewendet oder Verschlimmerungen einer bestehenden gesundheitlichen Erkrankung vermieden werden (vgl. Morfeld, S. 915).

Die medizinische Rehabilitation unterstützt Menschen dabei, bestehende Erkrankungen und ihre Folgen zu bewältigen, damit sie unter anderem auch am gesellschaftlichen Leben selbstbestimmt teilhaben können. Die Stabilisierung eines aktuellen gesundheitlichen Zustandes, die Linderung von Beschwerden oder auch die Rezidivprophylaxe können weitere Zielstellungen von Rehabilitation sein (ebd.).

Im internationalen Verständnis folgt der Prozess der Rehabilitation dem Normalitätsprinzip, dem ressourcenorientierten Prinzip und dem biopsychosozialen Konzept. Das Normalitätsprinzip bezieht sich hier sowohl auf die Zielformulierungen der Rehabilitation als auch auf die eingesetzten Rehabilitationsmaßnahmen. Die individuellen Ziele einer Rehabilitation sollen so formuliert und die Maßnahmen dazu entsprechend so abgestimmt sein, dass erworbene Fähig- und Fertigkeiten des Rehabilitanden im Anschluss an die Rehabilitation in seinen Lebensalltag übertragen werden können (vgl. Morfeld, S. 916).

Das Prinzip der Ressourcenorientierung basiert auf bestehende Eigenaktivitäten und bestehenden Ressourcen des Rehabilitanden, die einen besonderen Stellenwert während der gesamten Rehabilitationsmaßnahme bekommen sollen. Hierzu ist es notwendig, die individuellen Bedürfnisse und spezifischen Lebens- und Arbeitsbedingungen des Betroffenen in der Planung der Rehabilitationsmaßnahmen zu berücksichtigen (ebd.).

Das biopsychosoziale Konzept der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bildet die Grundlage für die Betrachtung der funktionalen Gesundheit des Menschen in der Rehabilitation und findet sich seit 2001 in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) wieder (vgl. Passon, S. 1).

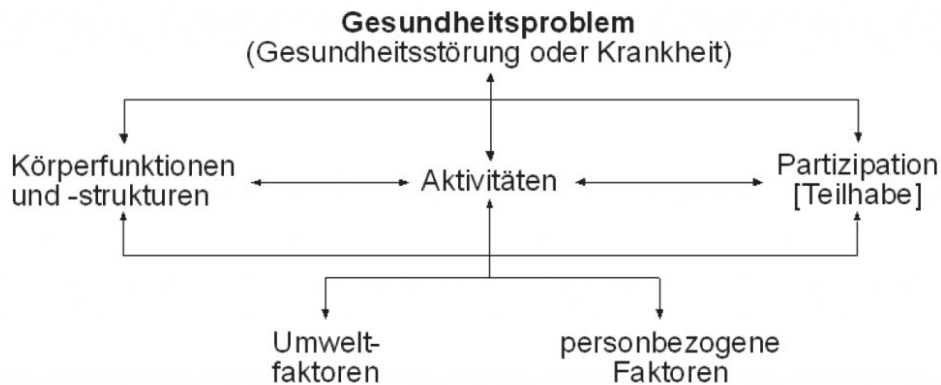
Auch für die Beurteilung der Beeinträchtigungen der Teilhabe eines Menschen durch eine Erkrankung, bestehender oder drohender Behinderung wird die ICF und das ihr zugrundeliegende biopsychosoziale Modell der WHO länderübergreifend angewandt (vgl. Cibis, S. 364 ff.).

### **1.3 Das biopsychosoziale Modell und ICF in der Rehabilitation**

Der Begriff der funktionalen Gesundheit des Menschen ist essenziell in der Rehabilitation. Somit werden alle Bereiche der funktionalen Gesundheit, wie es in der aktuellen Fassung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health = ICF) formuliert wird, im Rehabilitationsprozess berücksichtigt (vgl. Morfeldt, S. 911 ff.). Die ICF beschreibt den funktionalen Gesundheitszustand, die Behinderung, die sozialen Beeinträchtigungen und die relevanten Umgebungsfaktoren eines Menschen (vgl. Andrae, S. 169). Sie definiert einzelne Komponenten der Gesundheit und mit Gesundheit zusammenhängende Komponenten wie Erziehung, Bildung und Teilhabe. Weiterhin werden durch die ICF Umweltfaktoren betrachtet, die mit gesundheitsbezogenen Faktoren in Wechselwirkung stehen (vgl. Rentsch, S. 17ff.).

Die ICF ermöglicht eine internationale, einheitliche, standardisierte, universelle Beschreibung von Gesundheit und mit Gesundheit zusammenhängenden Zuständen. Durch die weltweite Anwendung der ICF ist eine Kommunikation zwischen unterschiedlichen Gesundheitsdisziplinen zur physischen und psychischen Gesundheit allgemein und zur gesundheitlichen Versorgung möglich (vgl. Grill S. 73).

Das biopsychosoziale Modell ist der Schlüssel zur Anwendung der ICF und findet sich seit 2001 in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (vgl. Passon S. 1).

**Abb. 1:** Biopsychosoziales Modell (WHO 2001)

Quelle: Grill; Müller In: Das biopsychosoziale Modell der ICF

Das Biopsychosoziale Modell der ICF besteht aus zwei Teilen, dem biomedizinischen und dem sozialen Teil, welche den Zusammenhang zwischen einer Gesundheitsstörung oder Krankheit, der Funktionsfähigkeit und den Kontextfaktoren beschreiben. Der erste Teil bezieht sich auf die Funktionsfähigkeit und Behinderung eines Menschen und beinhaltet die Komponenten des Körpers, benannt als Körperfunktionen und Körperstrukturen. Diese stammen im Wesentlichen aus dem biomedizinischen Modell. Die Körperfunktionen sind hier somatische und psychische Funktionen des Organismus. Die Körperstrukturen beziehen sich auf die anatomischen Teile des Körpers. Die Komponenten Aktivitäten und Partizipation beschreiben die Teilhabe eines Menschen und sind dem sozialen Modell zuzuordnen. Jede Handlung eines Menschen wird hier als Aktivität bezeichnet, während die Partizipation die Teilhabe eines Menschen in seiner Umwelt und in der Gesellschaft meint. Der zweite Teil des biopsychosozialen Modells beschreibt die Komponente der Kontextfaktoren, benannt als Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren (vgl. Grill, S. 75 ff.). Die Umweltfaktoren eines Menschen beschreiben die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und sich entfalten. Die personenbezogenen Faktoren bezeichnen Alter, Geschlecht, Ethnie, Lebensstil, Gewohnheiten etc. (vgl. Gramp S. 63 ff.).

Das Biopsychosoziale Modell der ICF bezieht sich auf alle Menschen und schließt positive wie negative Umwelteinflüsse, die auf die Erkrankung wirken,

mit ein (vgl. Passon, S. 1). Die Erfassung der funktionalen Gesundheit bildet die Grundlage für eine umfangreiche rehabilitative Diagnostik, für Interventionen und für die Wirksamkeitsüberprüfung von Rehabilitation (ebd.).

#### **1.4 Wirksamkeit von Rehabilitation**

Die Erkenntnisse und Forschungsergebnisse der Rehabilitation und einzelner medizinischer Fachdisziplinen, wie zum Beispiel der Neurologie, Psychiatrie oder Kardiologie, bilden die Basis für die heutige Rehabilitation. Wichtige Forschungsbereiche sind der Verlauf und die Prognose von chronischen Erkrankungen, Behinderungen und deren Folgen, rehabilitationsdiagnostische Verfahren sowie die Weiterentwicklung und Wirksamkeitsüberprüfung rehabilitativer Maßnahmen (vgl. Morfeld, S. 925).

Die systembezogene Rehabilitationsforschung umfasst die Einbettung der Rehabilitation im jeweiligen System der Gesundheitsversorgung, die Klärung von Bedarf, Bedürftigkeit, den jeweiligen Zugang zu den Rehabilitationsmaßnahmen und auch die ökonomische Seite der rehabilitativen Maßnahme (ebd.).

Die Messung der Wirksamkeit von Rehabilitation basiert auf Indikatoren, die entscheiden, ob die Ziele einer Rehabilitationsmaßnahme erreicht wurden. So werden folgende Indikatoren zur Wirksamkeitsüberprüfung herangezogen:

- medizinische Indikatoren, z.B. Krankheitsdauer, Funktionskapazität
- sozialmedizinische Indikatoren, z.B. Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben; Leistungsbild
- sozialepidemiologische Indikatoren, z.B. soziale Integration, Wiedereingliederung Arbeitsmarkt
- versicherungsrechtliche Indikatoren, z.B. Grad der Behinderung, Erwerbsfähigkeit
- gesundheitsökonomische Indikatoren, z.B. Behandlungskosten, Arbeitsausfallzeiten
- subjektive Indikatoren, z.B. Lebensqualität, Beschwerden

Die Wirksamkeitsüberprüfung kann je nach Diagnose und Rehabilitationsziel kurzfristig am Ende der jeweiligen Rehabilitationsmaßnahme, mittelfristig innerhalb eines Jahres oder aber langfristig nach mehreren Jahren erfolgen (vgl. Morfeld, S. 926).

## 2 Rehabilitation in Deutschland

Deutschland trägt als sozialer Rechtsstaat die Verantwortung für die soziale Sicherheit und die soziale Gerechtigkeit seiner Bundesbürger (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, S. 233). Das deutsche Rehabilitationssystem als eine der Sozialleistungen der Bundesrepublik gilt, im internationalen Vergleich betrachtet, als qualitativ hoch entwickelt (vgl. Schliehe, S. 109). Seine institutionellen und rechtlichen Strukturen sind breit gefächert, die Aufgaben durch Arbeitsteilung und Spezialisierung festgelegt. Die Rehabilitation in Deutschland ist eng eingebunden in die Strukturen des stark verrechtlichten Gesundheitssystems (ebd.). Rehabilitation in Deutschland beinhaltet Leistungen für behinderte Menschen oder Menschen, die von Behinderung bedroht sind. Diese rehabilitativen Leistungen sollen die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft fördern, Benachteiligungen vermeiden oder ihnen entgegenwirken (vgl. Morfeld, S. 909).

### 2.1 Gesundheitssystem in Deutschland

Zum Gesundheitssystem werden alle Aktivitäten gezählt, die als oberstes Ziel die Erhaltung, Wiederherstellung oder Verbesserung von Gesundheit haben (vgl. Busse, S. 441). Über dem deutschen Gesundheitssystem steht der Staat. Er erlässt Rechtsvorschriften, die für alle Beteiligten bindend sind und kontrolliert ihre Einhaltung. (vgl. Simon, S. 140).

Das Gesundheitssystem in Deutschland ist in verschiedene Versorgungsbereiche, von der Prävention über die Diagnostik und Akutbehandlung von Krankheiten und Verletzungen bis hin zu Rehabilitation, Pflege und Nachsorge aufgeteilt. Ein Teil der deutschen Gesundheitsversorgung umfasst die medizinische Rehabilitation, die als einer ihrer Eckpfeiler gilt. Dezentral organisiert und selbstverwaltet wird das deutsche Gesundheitssystem von mehreren Akteuren getragen (vgl. Thielgen, S. 364). Daher werden sektorenübergreifende und integrierte Versorgungsmodelle zunehmend bedeutend für die gesundheitliche Versorgung in Deutschland. Unter der Berücksichtigung der Kenntnis bezüglich des demographischen Wandels geht es um die Bündelung fachlicher Kompetenzen wie beispielsweise in bereits bestehenden medizinischen Versorgungszentren, regionalen Fachkonferenzen oder in hausärztlichen Modellprojekten (ebd).

## 2.2 gesetzliche Grundlagen der Rehabilitation in Deutschland

Seit dem 26.03.2009 ist die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) auch in Deutschland wirksam. Die Behindertenrechtskonvention umfasst alle erforderlichen staatlichen Gewährleistungen, die eine vollständige Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Leben in der Gesellschaft erforderlich machen. Die gleichberechtigte Teilhabe gilt als ein Menschenrecht und bedeutet die Gleichbehandlung aller Menschen, mit und ohne Behinderung, im gesellschaftlichen Raum (vgl. Stähler, S. 377).

Auf der Grundlage der UN-Behindertenrechtskonvention wurde im Dezember 2016 das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen, das Bundesteilhabegesetz (BTHG), verabschiedet und führte im Rehabilitationsrecht zu gravierenden Veränderungen (ebd.).

Rechtliche Bestimmungen zur sozialen Sicherheit in Deutschland sind im Sozialgesetzbuch I – XII verankert. Hier finden sich teils übergreifende, überwiegend jedoch bereichsspezifische Regelungen zur Rehabilitation. Das Sozialgesetzbuch IX befasst sich zudem mit den wichtigsten rechtlichen Bestimmungen zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (vgl. Stähler, S. 378). In seinem ersten Teil des SGB IX werden für alle Träger verbindlich allgemeine Vorgaben für das Rehabilitationsverfahren und die übergreifende Zusammenarbeit aller Leistungsträger mit den dafür notwendigen inhaltlichen Maßstäben geregelt. Seit 2018 müssen alle Rehabilitationsträger die Regelungen der Kapitel zwei bis vier im SGB IX vorrangig beachten. In den Leistungsgesetzen sind die konkreten Voraussetzungen der Rehabilitationsleistungen und die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger geregelt (ebd.).

Die Leistungen der Rehabilitation setzen bei der eingetretenen bzw. drohenden Behinderung an und nicht wie bei den Leistungen der Krankenbehandlung (§§ 27 bis 40 SGB V) bei der Krankheit selbst (vgl. Passon, S. 30). Wie unter Punkt 1.1 beschrieben ist nach § 2 Absatz 1 SGB IX derjenige behindert, dessen körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und der deshalb in seiner Teilhabe am Leben im Alltag beeinträchtigt ist (ebd.).

### **2.3 Leistungsträger und Finanzierung für eine Rehabilitation**

Im Zuge der sozialpolitischen Entwicklung in Deutschland wurde die Rehabilitation den Sozialleistungsträgern übertragen. Die gesetzlichen Leistungsträger für eine Rehabilitation sind die gesetzlichen Krankenversicherungen, die Rentenversicherungen, die Bundesagenturen für Arbeit, die Integrationsämter, die gesetzlichen Unfallversicherungen, die Träger der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden, die Träger der Eingliederungshilfe und die Träger der öffentlichen Jugendhilfe (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, S. 233 ff.).

Welcher Leistungsträger für den jeweiligen Rehabilitanden zuständig ist, hängt zunächst einmal von seiner Versicherungszugehörigkeit ab. Weiterhin hat das zuvor gestellte Rehabilitationsziel gleichermaßen Einfluss auf die Zuständigkeit des Leistungsträgers, wie auch die Ursache, auf der die (drohende) Behinderung des Rehabilitanden beruht. Es wird zudem geprüft, welcher der oben genannten Leistungsträger vorrangig zur Leistung der Rehabilitation zu verpflichten ist (ebd.).

Die Finanzierung des Gesundheitssystems in Deutschland erfolgt im weit überwiegenden Maße durch die vom Arbeitnehmer und Arbeitgeber zu zahlenden Sozialbeiträge (vgl. Döring, S. 23 ff). Mit Aufnahme eines Arbeitsverhältnisses unterliegt der Arbeitnehmer bis zu einem gesetzlich festgelegten Jahreseinkommen der Versicherungspflicht bei einer öffentlichen, gesetzlichen Krankenkasse. Die Auswahl an gesetzlichen Krankenversicherungen ist in Deutschland sehr groß. Zwischen derzeit 105 unterschiedlichen Krankenkassen kann der Versicherungsnehmer frei wählen (vgl. GKV Spitzenverband, Februar 2020).

Die Finanzierungsverantwortung für Gesundheitsleistungen ist in Deutschland gesetzlich geregelt. Für die Finanzierung der allgemeinen medizinischen und pflegerischen Versorgung der Bundesbürger sind die gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen zuständig. Die gesetzliche Unfallversicherung übernimmt die Behandlungskosten bei Arbeitsunfällen und die gesetzliche Rentenversicherung finanziert die medizinische und berufliche Rehabilitation (ebd.).

Bei verschreibungspflichtigen Medikamenten, Hilfsmitteln und beim Zahnersatz sind trotz gesetzlicher Krankenversicherung Zuzahlungen von 10 Prozent des Preises, mindestens jedoch fünf und maximal zehn Euro, bis zu einer Belastungsobergrenze von zwei Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens vom Versicherten zu leisten. Bei chronisch kranken Versicherten liegt diese Obergrenze bei



einem Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens. Für Krankenhausbehandlungen und stationäre Rehabilitationsleistungen sind für maximal 28 Tage im Jahr 10 Euro je Aufenthaltstag zu zahlen (vgl. Döring, S. 19). Unter bestimmten Voraussetzungen können Befreiungen bezüglich dieser gesetzlich geregelten Zahlungspflicht ausgesprochen werden (vgl. Thimmel, S. 224). Die privaten Haushalte tragen somit auch zur Finanzierung des Gesundheitssystems durch die Zuzahlungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung bei (vgl. Simon, S. 132 ff.).

Im Jahr 2010 wurden 68,1 % der Gesundheitsausgaben in Deutschland über die Sozialversicherung finanziert. Die gesetzliche Krankenversicherung trug hierbei den mit Abstand größten Anteil von insgesamt 57,6 %, die gesetzliche Pflegeversicherung trug 7,5 %, die gesetzliche Unfallversicherung 1,6 % und die gesetzliche Rentenversicherung 1,4 % (vgl. Simon, S. 132). Als viertgrößter Finanzierungsträger steht der Zweig der privaten Krankenversicherung, einschließlich der privaten Pflegepflichtversicherung mit einem Anteil von 9,3 % im Jahr 2010 (vgl. Simon, S. 133). Durch die Finanzierung der für den Gesundheitsbereich zuständigen öffentlichen Verwaltung (Gesundheitsämter, Ministerien etc.), die Förderung von Investitionen, Vorhaltung von Ausbildungskapazitäten sowie die Übernahme der Kosten der Sozialhilfeleistung „Hilfe zur Pflege“ trugen die öffentlichen Haushalte im Jahr 2010 mit 4,8 % zur Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems bei (vgl. Simon, S. 136).

## **2.4 Rehabilitationsformen**

Droht einem erkrankten Menschen eine Behinderung bzw. liegt eine Behinderung vor, so gilt es zu prüfen, ob durch Leistungen zur Rehabilitation drohenden Auswirkungen entgegengewirkt werden kann oder ob sie überwunden werden können. Unterschiedliche Formen der Rehabilitation zielen darauf ab Patienten möglichst auf Dauer in Arbeit, Beruf und Gesellschaft einzugliedern (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, S. 236). Im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden die Leistungsbereiche in medizinische Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen zur sozialen Teilhabe, Leistungen zu Teilhabe an Bildung und unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen unterschieden (vgl. Schubert, S. 198). Die Rehabilitationsleistungen können ambulant, stationär oder seit 2001 auch als



mobile Leistungen in Anspruch genommen werden (vgl. Bundesagentur für Rehabilitation, S. 237ff.).

Ambulante Rehabilitationsleistungen kommen in Betracht, wenn eine ambulante Krankenbehandlung nicht ausreichend ist, um die Verschlimmerung einer Krankheit zu verhindern und eine stationäre Rehabilitationsleistung mit ständiger ärztlicher Überwachung nicht erforderlich ist. Sie wird meist in wohnortnahen Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt mit dem Vorteil, dass die Patienten jeden Tag nach den Therapien nach Hause zurückkehren können (vgl. Thielgen, S. 412).

Stationäre Rehabilitationsleistungen mit Unterkunft und Verpflegung können ebenfalls zur Besserung des Gesundheitszustandes in entsprechenden stationären Rehabilitationseinrichtungen angeboten und durchgeführt werden. Sie gehen, genau wie die ambulante Rehabilitation, von einem ganzheitlichen Ansatz aus. Die Betreuung der Rehabilitanden erfolgt multidisziplinär durch ein vielseitiges, individuell abgestimmtes Tagesprogramm mit diagnostischen, therapeutischen und medizinischen Leistungen. Stationäre Einrichtungen bieten zusätzlich eine Sozialberatung für alle Fragen rund um die Rehabilitation an (vgl. Thielgen, S. 413).

Mobile Rehabilitationsleistungen sind Leistungen, die zu Hause in der Wohnumgebung und im Lebensalltag des Patienten angeboten werden. Sie sind als ergänzendes Angebot für rehabilitationsbedürftige Menschen gedacht, die sich nur sehr schwer in fremder Umgebung zurechtfinden und für die ein Erfolg in stationären oder ambulanten Rehabilitationseinrichtungen nicht zu erwarten ist. In der vertrauten Wohnumgebung des Rehabilitanden können notwendige Hilfsmittel direkt angepasst werden. Der Patient kann so Erlerntes sofort umsetzen und die Familie und/oder das soziale Umfeld kann in den Rehabilitationsprozess vor Ort mit einbezogen werden. Durch eine mobile Rehabilitation besteht die Möglichkeit, vorhandene Barrieren direkt vor Ort abzubauen und neue Ressourcen zu erschließen. Dadurch kann der Patient eine höhere Selbstständigkeit und Lebensqualität erreichen (ebd.).

## **2.5 Teilhabechancen durch Rehabilitation**

Mit dem ersten Teil des SGB IX wurde ein neuer Behinderungsbegriff eingeführt, der sich am biopsychosozialen Modell der Internationalen Klassifikation der

Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) orientiert. Der neue Behinderungsbegriff beschreibt eine funktionale Beeinträchtigung nicht mehr als Defizit oder gar Stigma einer Person, sondern betrachtet sie im Zusammenspiel mit Kontextfaktoren und den Interessen, Wünschen, Vorstellungen des betroffenen Menschen. Durch das BTHG wurde für alle Rehabilitationsträger festgelegt, dass der Rehabilitationsbedarf unter Verwendung zielgerichteter Arbeitsprozesse und standardisierter Arbeitsmittel, individuell, funktionsbezogen und vor allem in seiner Gesamtheit zu ermitteln ist (vgl. Fischer, 2019). Das biopsychosoziale Modell der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unterstützt diese funktionsbezogene Bedarfsermittlung.

Werden Bedarfe aus verschiedenen Leistungssystemen festgestellt, sollen die Leistungsträger kooperieren und den Bedarf gemeinsam feststellen. Dafür wurden die Regelungen zur Zuständigkeitsklärung, zur Bedarfsermittlung, zum Teilhabeplanverfahren und zu den Erstattungsverfahren der Rehabilitationsträger untereinander geschärft und für alle Rehabilitationsträger verbindlich herausgearbeitet. Das BTHG verpflichtet die Rehabilitationsträger zu einer eingehenderen, an der konkreten Lebenssituation des Hilfesuchenden orientierten Beratung. Erweitert wird diese Beratungsform um eine ergänzende, niedrighschwellige, unabhängige Teilhabeberatung durch andere Menschen mit Behinderungen. Durch das Inkrafttreten des BTHG werden auch Voraussetzungen geschaffen, die Menschen mit Behinderungen Möglichkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eröffnen. Das Budget für Arbeit ermöglicht es, Alternativen für Menschen mit Behinderungen zu der derzeit noch überwiegenden Beschäftigung in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen (WfbM) anzubieten und damit weitere berufliche Teilhabechancen zu schaffen (ebd).

Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Rehabilitationsleistungen nach SGB IX, um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Dieses Leistungsangebot soll den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit körperlichen und/oder seelischen Behinderungen und/oder von körperlichen und/oder seelischen Behinderung bedrohten Menschen gerecht werden (vgl. § 1, SGB IX).

Die Beteiligung der Rehabilitanden im Rehabilitationsprozess als übergreifendes gesetzleitendes Prinzip bedeutet jegliche Form der Einbindung der Perspektiven des Menschen mit Behinderungen oder Menschen, die von Behinderung bedroht sind. Die Verpflichtung der verschiedenen Sozialleistungsträger und Leistungserbringer dazu ist an einzelnen Stellen des SGB IX gesetzlich verankert. Auch das Wunsch- und Wahlrecht des Rehabilitanden über die Rehabilitationsleistungen ist gesetzlich geregelt, (§ 8 SGB IX), und von den einzelnen Akteuren zu beachten (vgl. Stähler, S. 396 ff.).

### **3 Rehabilitation in Finnland**

Die Sicherstellung der Gesundheitsfürsorge obliegt in Finnland den staatlichen Behörden. Die gesamte Bevölkerung soll durch die staatliche Organisation mit angemessenen gesundheitsrelevanten, medizinischen und sozialen Leistungen versorgt und die Förderung der öffentlichen Gesundheit ausgebaut werden (vgl. Grunenberg, S. 1). Rehabilitationsleistungen als ein Bestandteil des finnischen Gesundheitssystems werden von den Gemeinden in Finnland organisiert. Anspruch auf eine von der Gemeinde organisierte Rehabilitation entsteht durch das Wohnen in einer Wohngemeinde Finnlands. Das Ziel einer Rehabilitation ist es, Menschen mit einer Erkrankung oder Behinderung den Erhalt ihrer Arbeits- und Handlungsfähigkeit zu ermöglichen, um für sie gleichzeitig eine höhere Lebensqualität zu erreichen (vgl. Kela, S. 10).

#### **3.1 Gesundheitssystem in Finnland**

Das finnische Gesundheitssystem ist dezentralisiert und komplex. Die Gesundheitsversorgung erfolgt in über 300 kommunalen, beruflichen und privaten Einrichtungen. Die Organisation der Grundversorgung, wie Bildung, Gesundheits- und Sozialvorsorge fällt in die Zuständigkeit der finnischen Gemeinden (vgl. European Commission, S. 6).

Der ungedeckte Bedarf an medizinischer Versorgung ist in Finnland höher als der EU-Durchschnitt. Ursachen hierfür sind lange Wartezeiten, die Zahl einkommensschwacher Menschen und der fehlende Zugang zur betrieblichen Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Beschäftigung (ebd.). Die Arbeitgeber in Finnland sind dazu verpflichtet die betriebliche Gesundheitsfürsorge für alle Mitarbeiter unentgeltlich anzubieten (vgl. Grunenberg, S. 4).

Für die Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitsreformen ist in Finnland das Ministerium für Gesundheit und Soziales zuständig. Die erklärten Ziele der Gesundheitsreform von 2007 waren, den Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle Patienten zu verbessern, gleichzeitig jedoch die gestiegenen Gesundheitsausgaben einzusparen (ebd.). In den letzten zehn Jahren gab es im finnischen Gesundheitssystem eine Umverteilung vom stationären in den ambulanten Sektor. So wird derzeit die medizinische Grundversorgung landesweit in ca. 270 Gesundheitszentren erbracht, die zu einer oder mehrerer Gemeinden gehören

(Grunenberg, S. 2). Die Leistungen eines Gesundheitszentrums umfassen ambulante, stationäre, präventive, zahnärztliche, betriebsärztliche, Mutterschafts- und Pflegeleistungen.

Finnland ist zudem in 20 Krankenhausbezirke eingeteilt, die eine sekundäre und tertiäre Versorgung in den jeweiligen Kliniken ambulant oder auch stationär übernehmen (vgl. Grunenberg, S. 4).

### **3.2 Gesetzliche Grundlagen für Rehabilitation**

Die Förderung von Wohlfahrt, Gesundheit und Sicherheit ist in Finnland als Verpflichtung des Staates in der Verfassung verankert. Die Gesetze über die Gesundheitsfürsorge- und Sozialplanung beinhalten die Pflichten der finnischen Kommunalbehörden zur Organisation der Gesundheits- und Sozialfürsorge. Das Sozialgesetz „Social Welfare Act“ schreibt die Leistungen vor, die die finnischen Kommunen erbringen müssen (vgl. Ministry of Social Affairs and Health, 31.12.2019). Die Gesundheitsversorgung, die Grundversorgung und die spezialisierte medizinische Versorgung sind in speziellen Gesetzgebungen geregelt. So gibt es in Finnland das Gesundheitsgesetz (Health Care Act) zur allgemeinen Gesundheitsversorgung. Das Gesetz über die Grundversorgung (Primacy Health Care Act) beinhaltet Regelungen zur medizinischen Basisversorgung, zur Administration der Grundversorgung, zur kommunalen Verwaltung der Grundversorgung und zu weiteren Bestimmungen zu den kommunalen Gesundheitszentren (vgl. Risikko, S. 3 ff.). Ein weiteres Sozialgesetz in Finnland „Act on Specialized Medical Care“ regelt die spezialisierte, medizinische Versorgung in Finnland. Neben den allgemeinen Bestimmungen sind hier Regelungen zu den Krankenhausbezirken und Einzugsgebieten zu finden (ebd.).

Das Ministerium für Soziales und Gesundheit in Finnland (Ministry of Social Affairs and Health/ MSAH) ist verantwortlich für die Förderung des Wohlergehens und der Gesundheit von Menschen mit Behinderungen, die Entwicklung von Sozial- und Gesundheitsdiensten sowie die Einkommenssicherung. Die gesetzlichen Grundlagen für die Rechte von Menschen mit Behinderungen finden sich im finnischen Sozialgesetz (Social Welfare Act), im Behindertengesetz (Disability Services Act) und dem Gesetz über geistige Behinderungen (Act on intellectual disabilities) (vgl. MSAH, 31.12.2019).

### 3.3 Leistungsträger und Finanzierung

Alle in Finnland wohnenden Personen werden über die Sozialversicherungsanstalt „KELA“ grundversichert. Kela ist eine unabhängige Einrichtung des öffentlichen Rechts, deren Position von der finnischen Verfassung und dem Gesetz über die Sozialversicherungsanstalt geregelt ist. (vgl. Kela, S. 4). Zu den Leistungsbereichen von Kela gehören neben der Krankenversorgung, Arbeitslosenversicherung, Familienbeihilfen, Wohngeld, Mindestrenten, Sonderbeihilfen für Einwanderer, Leistungen an Familien und Wehrpflichtigen auch die Leistungen für Menschen mit Behinderungen. Für eine medizinische oder auch eine berufliche Rehabilitation erstattet Kela die anfallenden Kosten. Auch sonstige Rehabilitationsmaßnahmen unterstützt Kela, für die vom Parlament jährlich entsprechende Mittel bewilligt werden (vgl. Kela, S. 10). Während der Rehabilitationszeit wird zur Sicherung des monatlichen Einkommens ein sogenanntes Rehabilitationsgeld von Kela an den Rehabilitanden gezahlt. Ca. ein Viertel der finnischen Sozialausgaben betragen die von der Sozialversicherungsanstalt Kela erbrachten Leistungen (vgl. Kela, S. 3).

Die Finanzierung des öffentlichen Gesundheitssystems in Finnland erfolgt im Wesentlichen über Steuern, teilweise aus kommunalen und teilweise aus staatlichen Steuermitteln (vgl. Döring, S. 24ff.). Die Bezuschussung der Gesundheitsausgaben aus staatlichen Steuermitteln in den Gemeinden bemisst sich zum einen an der Bevölkerungsdichte und Altersstruktur, zum anderen aber auch an Arbeitslosenrate und Anzahl der Invalidenrenten in der jeweiligen Gemeinde (vgl. Grunenberg, S. 4).

In Finnland gibt es für alle Bürger eine vorgeschriebene Krankenversicherung, in die sowohl Arbeitnehmer als auch Arbeitgeber einzahlen. Über diese Versicherung werden verschriebene Medikamente und Krankenhaustransporte, Einkommensausfälle bei Krankheit und Entschädigungen für Elternschaftsurlaub ausgeglichen. Darüber hinaus werden ca. 9 % der staatlichen Gesundheitskosten über die Eigenbeteiligung der Patienten finanziert. Für Konsultationen in Gesundheitsszentren, Krankenhäusern und bei Zahnbehandlungen zahlen Patienten einen von den Gemeinden festgelegten Eigenanteil bis zu 605 € pro Jahr (ebd.). Die private Finanzierung der Gesundheitsausgaben in Finnland ist mit 26 % der Gesamtausgaben höher als in anderen nordischen und westeuropäischen Ländern.

Ein wachsender Teil der finnischen Bevölkerung versichert sich doppelt, komplementär oder noch zusätzlich mit einer privaten Krankenversicherung (vgl. Döring, S. 24 ff.).

### 3.4 Rehabilitationsformen

Rehabilitation in Finnland soll bei Menschen, die mit Krankheit, Behinderung oder Arbeitsunfähigkeit konfrontiert sind, neben der Teilnahme an Teilhabe- und Beschäftigungsmöglichkeiten auch die Funktionsfähigkeit, Selbstständigkeit und das individuelle Wohlbefinden fördern. Die meisten Rehabilitationsformen sind kostenlos, für einige Therapien oder auch Aufenthalte in Rehabilitationszentren fallen für die Teilnehmer jedoch Kosten an (vgl. MSAH, 31.12.2019).

Ähnlich wie in Deutschland gibt es auch im finnischen Rehabilitationssystem unterschiedliche Leistungsangebote und Rehabilitationsformen. Die *Medizinische Rehabilitation* dient der Wiederherstellung und Aufrechterhaltung der körperlichen Funktionsfähigkeit, die *rehabilitative Psychotherapie* der Wiederherstellung und Aufrechterhaltung der Arbeits- und Lernfähigkeit. Eine *Rehabilitative Berufserfahrung* dient der gesetzlichen Rehabilitation von Langzeitarbeitslosen und die *berufliche Wiedereingliederung* unterstützt Rehabilitanden bei der Rückkehr in ein bezahltes Beschäftigungsverhältnis. Dies erfolgt auch bei eingeschränkter Arbeits- und Erwerbsfähigkeit mit Unterstützung der Sozialversicherungsanstalt Kela (ebd.).

Ein weiteres Rehabilitationsangebot stellt in Finnland die *soziale Rehabilitation* dar, um Menschen, die stark sozial ausgegrenzt sind, die Möglichkeit zu geben, wieder am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Hierfür gibt es soziale Dienste, die von Kommunen organisiert werden und Grundlagen für soziale Funktionsfähigkeit und soziale Interaktion vermitteln. Beispiele hierfür sind Unterstützung in der Alltagsbewältigung, wohnungsbezogene Unterstützung, Förderung von Inklusion, Vermeidung von Isolation, Krisenbewältigung oder auch die Familienberatung (vgl. MASH, 31.12.2019). Private soziale Wohlfahrtsdienste von Unternehmen und Organisationen ergänzen die kommunalen Sozialdienste. Die Gemeinden sind auch für 24-Stunden Sozialdienste für Menschen, die beispielsweise Pflege, Sicherheit oder Hilfe benötigen, zuständig (ebd.). Auch die Sonderpädagogik an Schulen oder die berufliche Sonderpädagogik sind Rehabilitationsformen, die in Finnland ihre Anwendung finden (ebd.).

### **3.5 Teilhabechancen durch Rehabilitation**

Das arbeitgeberbasierte Versicherungssystem in Finnland und die damit oft ungleiche Verteilung von Ressourcen bestimmen große Ungleichheiten in der Beanspruchung von Gesundheitsleistungen, insbesondere auch in der Beanspruchung unterschiedlicher Rehabilitationsleistungen. Die Dichte von Ärzten und Therapeuten ist in den Großstädten, allein durch die Konzentration von Krankenhäusern und Fachkliniken, wesentlich höher als in den dünnbesiedelten Regionen, in denen weit weniger Menschen leben und arbeiten. Sehr lange Wartezeiten in diesen abgelegenen Regionen und die hauptsächlich betriebliche Gesundheitsversorgung in Kombination mit zunehmend privater Krankenversicherung erschweren den Zugang zu den Leistungsangeboten für Menschen aus unteren sozialökonomischen Bevölkerungsschichten. Auch die wachsende Anzahl an älteren Menschen, die jenseits des Arbeitsalters sind, kann oftmals auf weniger Anbieter für Rehabilitationsleistungen zurückgreifen und muss auf rehabilitative Dienste oft sehr lange warten (vgl. OECD, S. 12).

Der Fokus für die Gewährleistung von gleichberechtigten Teilhabechancen durch Rehabilitation sollte auf einer Verbesserung der Versorgungsqualität liegen und dabei demographische Entwicklungen in der Bevölkerung berücksichtigen. Finnland setzt den Schwerpunkt in den gesundheitspolitischen Regierungsprogrammen mit seinen Zielstellungen weiterhin auf Prävention und Gesundheitsförderung, um das finnische Gesundheitssystem weiter zu qualifizieren (ebd.).



## 4 Rehabilitation in Frankreich

Rehabilitation in Frankreich ist fester Bestandteil der Akutmedizin, in Form von Wiederherstellung verlorengegangener Funktionen. Es ist demnach eine Anschlussheilbehandlung oder auch Nachsorge, die in Frankreich „*soins de suite*“ genannt wird. Eine ganzheitliche Rehabilitation inklusive präventiver Maßnahmen oder auch der Erhalt von Funktionen, wie es sie in Deutschland gibt, findet sich in Frankreich nur ansatzweise (vgl. Passon, S. 45 ff.).

Da der Großteil der stationären Rehabilitationsleistungen zur sogenannten allgemeinen Rehabilitation zugeordnet wird, lässt sich daraus schließen, dass Rehabilitation an sich in Frankreich wenig indikationsbezogen stattfindet (ebd.).

### 4.1 Gesundheitssystem in Frankreich

Das Sozialversicherungssystem in Frankreich ist zentralisiert und die Zuständigkeiten sind regional festgelegt. Das französische Gesundheitssystem besteht hauptsächlich aus einer allgemeinen sozialen Krankenversicherung *régime général d'assurance maladie*, welche auch traditionell für den Staat eine große Rolle spielt (vgl. OECD, S. 5 ff.). Gemäß dem Solidaritätsprinzip haben alle Menschen mit Wohnsitz in Frankreich, unabhängig von Alter, Aufenthaltsstatus, Einkommen und Gesundheitszustand Versicherungsschutz (vgl. Grunenberg, S. 1). Der Staat hat die Aufsicht über die Krankenversicherung, legt beispielsweise Beitragssätze fest und gleicht Defizite der Krankenkasse aus (vgl. Grunenberg, S. 2). Die Form der universellen Krankenversicherung hat in Frankreich hohe Priorität und deckt damit die gesamte Bevölkerung mit unterschiedlichen Systemen ab. Das Leistungspaket des französischen Gesundheitssystems ist breit gefächert und beinhaltet Krankenhaus- und ambulante Versorgung, pharmazeutische und Medizinprodukte, Krankenhaustransporte und auch psychiatrische Versorgung (vgl. OECD, S. 4 ff.). Präventive Leistungsangebote sind im Versicherungssystem nur in begrenztem Umfang mitversichert (ebd.).

Das französische Gesundheitssystem bietet die Möglichkeit der freien Arztwahl, das heißt der Versicherte kann zwischen den Leistungserbringern und einer ambulanten oder stationären Versorgungsform frei wählen (vgl. Grunenberg, S. 4).

## 4.2 Gesetzliche Grundlagen für Rehabilitation

Mit dem deutsch-französischen Krieg und dem ersten Weltkrieg bekam die Rehabilitation in Frankreich durch die Versorgung der Kriegsversehrten und Kriegsinvaliden auch eine medizinische Bedeutung. Als eigenständiger Bereich der Medizin entwickelte sich die Rehabilitation jedoch in Frankreich erst mit der Behandlung von Tuberkuloseerkrankungen oder Polioepidemien in den 50iger Jahren im Sinne der *rééducation*. Das Orientierungsgesetz von 1975 ist bis heute rechtliche Grundlage für eine medizinische Rehabilitation (vgl. Passon, S. 45 ff.).

In Frankreich gibt es keinen Sozialversicherungszweig, der für Leistungen der Rehabilitation oder Anschlussheilbehandlungen zuständig ist. Rehabilitationsleistungen finden im Rahmen der Akutversorgung von Patienten statt und dienen der Wiederherstellung verlorengegangener Funktionen (ebd.). Das Gesetz über die allgemeine Krankenversicherung von 2000 *couverture maladie universelle* bestimmte die Zulassungskriterien für Personen, die in Frankreich ihren Wohnsitz haben, neu. Damit die Registrierung von Versicherten erleichtert und Deckungslücken, etwa aufgrund von Statusänderungen geschlossen werden, wurde das Gesetz *couverture maladie universelle* 2016 durch das Gesetz *protection universelle maladie* ersetzt (vgl. OECD, S. 15 ff.).

Für die Gesundheitspolitik und -regulierung in Frankreich sind der Staat und die gesetzliche Krankenversicherung zuständig. Die Behörde für Gesundheit und Soziale Angelegenheiten unterstehen der Verantwortung verschiedener Ministerien. So ist das Ministerium für Gesundheit, Jugend, Sport und Verbandsleben für die Gesundheitspolitik und Mittelverwaltung für die Erbringung medizinischer Leistungen zuständig (vgl. Progress Consulting, S. 34 ff.). Die regionalen Gesundheitsbehörden spielen in Frankreich eine immer wichtigere Rolle im Bereich der Gesundheitsversorgung. In der nationalen Gesundheitsstrategie von 2017 wurden ehrgeizige Ziele festgelegt, die sowohl Prävention als auch Gesundheitsfürsorge betreffen (vgl. OECD, S. 5 ff.). Alle fünf Jahre gibt es einen Gesundheitsbericht der Regierung, der dem jeweiligen Gesetzesentwurf beigefügt wird und in dem die Ziele des Gesundheitswesens und die wesentlichen Maßnahmen aufgeführt werden (vgl. Euroinstitut, S. 20).

### 4.3 Leistungsträger und Finanzierung

Das französische Krankenversicherungssystem ist nach Berufsgruppen gegliedert. Die allgemeine Krankenversicherung ähnelt einer Pflichtversicherung, versichert lohnabhängige Arbeiter und ist durch ca. 80% aller Franzosen beitragsfinanziert. Neben der allgemeinen Krankenversicherung existieren noch spezielle Krankenversicherungen für Gewerbetreibende, Künstler und Selbstständige, für Landwirte sowie für Seeleute oder Bahnarbeiter (vgl. Passon, S. 44).

Die Finanzierung des französischen Gesundheitssystems erfolgt zu ca. 85 % durch Sozialabgaben, über die Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge und durch die allgemeine Sozialsteuer. Für die Bemessung der Versicherungsbeiträge gibt es keine Einkommensgrenze. Die staatliche Beteiligung bezieht sich auf sachgebundene Steuern und ist vergleichsweise gering. (vgl. Döring, S. 30).

Seit dem Jahr 2000 haben auch einkommensschwache Bewohner in Frankreich Anspruch auf den allgemeinen Versicherungsschutz, müssen keine Sozialversicherungsbeiträge leisten und erhalten 100 % gesundheitsbezogene Kostenerstattung bei Bezug sozialer Mindestleistungen (vgl. Grunenberg, S.1).

Das gesetzlich geregelte Krankenversicherungssystem in Frankreich deckt 75 % der Arztkosten, 70% der Arzneikosten und erfordert somit eine umfangreiche Selbstbeteiligung der Versicherten. Um die fehlenden Kosten ganz oder teilweise aufzufangen, gibt es in Frankreich private, freiwillige Zusatzversicherungen, die als zweite Säule im Gesundheitssystem betrachtet werden (vgl. Grunenberg, S. 3ff.). Mehr als 90 % der französischen Bevölkerung haben einen zusätzlichen Versicherungsschutz abgeschlossen (vgl. Döring S. 30).

Leistungsträger einer medizinischen Rehabilitation ist in Frankreich die allgemeine Krankenversicherung *sécurité sociale* als Teil des allgemeinen Sozialversicherungssystems. Für eine berufliche Rehabilitation wäre in Frankreich jedoch die Invalidenversicherung zuständig (vgl. Passon, S. 53).

### 4.4 Rehabilitationsformen

Eine ganzheitliche Rehabilitation mit unterschiedlichen Rehabilitationsformen und -leistungen finden sich im französischen Gesundheitssystem nur ansatzweise (vgl. Passon, S. 47 ff.). Rehabilitation findet zumeist in eigenen Abteilun-

gen in Akutkrankhäusern, in Form einer Nachsorge zur Wiederherstellung verlorengegangener Funktionen statt. Seltener kommt es hier zu frühmobilisierenden Maßnahmen im Rahmen dieser Gesundheitsleistung (ebd.).

Das Ministerium für Arbeit und Soziales hat Ende der 90iger den regionalen Gesundheitsverwaltungen vorgegeben, dass medizinische Rehabilitation auch psychologische und präventive Therapieelemente umfassen sollte (ebd.). Dennoch wurden die öffentlichen Gesundheits- und Präventionsmaßnahmen in Frankreich weiterhin vernachlässigt und spielten eine eher untergeordnete Rolle (vgl. OECD, S. 23).

Der Anspruch auf eine berufliche Rehabilitation besteht beispielsweise über die Invalidenversicherung. Da dieses Leistungsangebot in speziellen Zentren zwar möglich ist, es jedoch oft zu bürokratischen Hürden und damit verbunden zu zeitlichen Verzögerungen kommt, nutzen nur etwa 1 % der Versicherten in Frankreich die Möglichkeit einer beruflichen Rehabilitation (vgl. Passon, S. 47ff.).

Neben der stationären, medizinischen Akutversorgung gibt es in Frankreich eine medizinische, weniger indikationsbezogene Rehabilitation, die zu 40 % in eigenen Abteilungen der Akutkrankenhäuser stationär, teilstationär oder zunehmend ambulant organisiert wird (vgl. Passon, S. 49).

#### **4.5 Teilhabechancen durch Rehabilitation**

Grundsätzlich wird in der französischen Gesundheitspolitik das Potenzial gesehen, die gesundheitliche Situation der Bevölkerung durch den Ausbau der Präventivmedizin zu verbessern. Die nationale Gesundheitsstrategie von 2018 hat sich die Verbesserung der öffentlichen Gesundheit und der Gesundheitsfürsorge ihrer Bevölkerung zum Ziel gesetzt. Die stärkere Ausrichtung des Gesundheitssektors auf Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und -prävention während des gesamten Lebens und in allen sozioökonomischen Gruppen ist dabei eine der vier bestehenden Prioritäten. Weiterhin sollen bestehende soziale und geografische Ungleichheiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung beseitigt, die Qualität, Sicherheit und Angemessenheit von Versorgungsleistungen gewährleistet und neue Wege bei der Umgestaltung des Gesundheitssystems beschritten werden (vgl. OECD, S. 7 ff.).

Der Zugang zur allgemeinen, gesundheitlichen Versorgung ist prinzipiell in Frankreich gut, jedoch in ländlichen und benachteiligten Gebieten eher beschränkt. Durch multidisziplinäre Leistungsangebote und die Erweiterung von Kompetenzen und Befugnissen für Apotheker und Krankenschwestern sollen unterversorgte Gebiete bessere medizinische Versorgung erhalten (ebd.).

Mit der zunehmend alternden Bevölkerung sieht auch Frankreich der Tatsache ins Auge, dass die Zahl der chronischen Erkrankungen und Behinderungen zunimmt. Bereits 2016 begann die französische Regierung damit, den Ausbau berufsübergreifender, ambulanter Netzwerke zu unterstützen, um die Grundversorgung von Menschen mit Behinderungen zu verbessern und somit auch die Kosten im vollstationären Gesundheitssektor zu senken (ebd./ vgl. auch Passon, S. 79).

## 5 Psychosomatische Rehabilitation

Für die vergleichende Darstellung psychosomatischer Rehabilitation in den Ländern Deutschland, Finnland und Frankreich bedarf es zunächst einer Klärung der Begriffe Psychosomatik, psychosomatische Medizin, psychosomatische Erkrankungen und psychosomatische Rehabilitation.

Das Wort **Psychosomatik** setzt sich zusammen aus dem griechischen Wort Psyche (=Hauch, Atem, Seele) und dem Wort Soma (= Körper, Leib) und beschreibt demnach die leibseelische Ganzheit des Menschen (vgl. Senf, S. 13). *Psychosomatik* als Begriff wird je nach Zusammenhang sehr unterschiedlich verwendet. Allen Definitionen gemein ist, dass die Psychosomatik vordergründig die psychischen Aspekte bei physischen Erkrankungen berücksichtigt (vgl. Linden, S. 332). Allgemein betrachtet lässt sich die *psychosomatische Medizin* als die ganzheitliche Lehre von physischen und psychischen Wechselwirkungen bei auftretenden Krankheiten beschreiben (vgl. Senf, S. 13). Psychosomatik befasst sich also mit krankhaften Veränderungen eines Organs oder seinen Funktionen, deren hauptsächliche Ursachen psychische Faktoren sind (vgl. Van Hayek, S. 515).

**Psychosomatische Medizin** widmet sich der ganzheitlichen Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation von Krankheiten und Leidenszuständen, die durch psychosoziale und psychosomatische Faktoren und ihren körperlich-seelischen Wechselwirkungen verursacht werden (vgl. Möller, S. 248).

**Psychosomatische Erkrankungen** können prinzipiell in jedem Lebensalter und an allen Organen des menschlichen Körpers auftreten. Seelische Belastungen werden über das vegetative Nervensystem vermittelt und führen entweder zur Bildung oder zur Verstärkung körperlicher Krankheitssymptome (ebd.). Psychische und *psychosomatische Erkrankungen* treten weltweit sehr häufig auf und führen zu einer hohen sozioökonomischen Belastung (vgl. Voderholzer S. 589). Mehr als 25 % aller erwachsenen Menschen weltweit sind, laut einem 2001 veröffentlichten Report der WHO zur seelischen Gesundheit, von einer oder mehreren psychischen Erkrankungen betroffen (vgl. Engfer, S. 877). Unter den 20 häufigsten Ursachen für verlorene Lebensjahre standen laut WHO im Jahre 2008 depressive Erkrankungen, als eine Form der psychischen Erkrankungen, auf Platz drei (ebd.).

Psychische und *psychosomatische Erkrankungen* verändern das individuelle Erleben und Verhalten eines Menschen. Je schwerwiegender die emotionalen,

aber auch kognitiven Funktionsstörungen während der psychosomatischen Erkrankung sind, umso umfassender sind auch die Beeinträchtigungen von alltagsrelevanten Fähigkeiten und Aktivitäten wie zum Beispiel planerisches Denken, Handeln, Wissensanwendung, Kommunikation und soziale Interaktion. Psychosomatische und *psychische Erkrankungen* verhindern oft die zufriedenstellende Erfüllung beruflicher wie auch privater Anforderungen und schränken die Teilhabe in den verschiedenen Lebensbereichen oftmals ein (vgl. Zobel, S. 28 ff.)

Die unterschiedlichen Diagnosen bei psychischen Erkrankungen nach ICD-10 spielen in dieser Ausarbeitung eine untergeordnete Rolle und können hier nicht näher erläutert werden. In der Rehabilitation von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen sind die zielgenaue Diagnostik und ihre Kriterien jedoch von Bedeutung, um zielgruppenbezogene und individuelle Maßnahmen zur Stabilisierung der Patienten zu erstellen.

***Psychosomatische Rehabilitation*** schafft eine Verbindung von Rehabilitation im Sinne der tätigkeitsbezogenen Leistungsfähigkeit des Patienten und psychosomatischer Medizin im Sinne der gesundheitsbezogenen Anwendung von Psychotherapie. Während einer psychosomatischen Rehabilitation werden die Auswirkungen psychischer Störungen auf die Arbeitsfähigkeit und auf die individuelle Lebensqualität diagnostiziert und behandelt (vgl. Martius, S. 225).

## **5.1 Psychosomatische Rehabilitation in Deutschland**

Von einer psychischen oder auch psychosomatischen Erkrankung kann jeder Mensch betroffen sein. Folgt man den statistischen Erhebungen der Rentenversicherungen Deutschlands in den Jahren 1995, 2000, 2010 und 2016, so stellt man fest, dass die Zahl der erfassten psychischen Erkrankungen und der bewilligten psychischen und psychosomatischen Rehabilitationsleistungen in Deutschland innerhalb der letzten Jahre zugenommen hat (vgl. Reha-Bericht 2012, S. 83 ff.).

Psychosomatische Rehabilitation ist ein spezifisches, vier bis sechs Wochen andauerndes Angebot der medizinischen Rehabilitation mit psychotherapeutischen Interventionen innerhalb eines ganzheitlichen Reha-Konzeptes. Einer psychosomatischen Rehabilitation in Deutschland geht zumeist eine Vorbehandlung im ambulanten, weniger im akutmedizinisch-stationären Bereich voraus. In Deutschland gibt es mehr als 110 psychosomatische Fachabteilungen (vgl. Rick, S. 463).



Die Anteile der ambulanten und stationären Rehabilitationsleistungen bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen lagen 1995 noch bei 9 % und 2010 bereits bei 11 %, was einen Anstieg um zwei Prozent zeigt (vgl. Reha-Bericht 2012, S. 28). Psychische Erkrankungen standen im Jahr 2010 mit 125.445 stationären Rehabilitationen an dritter Stelle in der Reha-Statistik der Deutschen Rentenversicherung und umfassten mit knapp 600 Millionen Euro Gesundheitsausgaben ein Fünftel der Gesamtausgaben für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (vgl. Reha-Bericht 2012, S. 87). Im Jahre 2016 haben bereits 16 % aller Rehabilitanden Rehabilitationsleistungen für psychische und psychosomatische Erkrankungen wahrgenommen (vgl. Reha-Bericht 2018, S. 26). Von allen in Anspruch genommenen stationären Rehabilitationsleistungen wurden 2010 20 % aller Rehabilitanden Frauen und 11 % Männer mit psychischen Erkrankungen von den Rentenversicherungen erfasst (vgl. Reha - Bericht 2012, S. 28). 2016 waren von allen in Anspruch genommener stationärer Rehabilitationsleistungen 21 % Frauen und 13 % Männer mit psychischen Erkrankungen (vgl. Reha-Bericht 2018, S. 26). Im Vergleich der ambulanten Rehabilitationsleistungen wurden im Jahr 2010 4 % Frauen und 2 % Männer mit psychischen Erkrankungen erhoben und im Jahr 2016 waren es 7 % Frauen und 4 % Männer (vgl. Reha-Bericht 2012, S. 29; vgl. Reha-Bericht 2018, S. 27).

Das Sondergutachten des Sachverständigenrats (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2015 ergab, dass psychische Störungen der zweithäufigste Grund für eine ausgestellte Arbeitsunfähigkeit in Deutschland sind (vgl. Zobel, S. 28). Psychische Erkrankungen sind in Deutschland auch die häufigste Ursache für Frühverrentungen laut der Erfassung des statistischen Bundesamtes. Bei Frauen sind psychische Erkrankungen hauptursächlich und als Grund Nummer eins für eine festgestellte Erwerbsunfähigkeit angegeben, während bei den Männern die psychischen Erkrankungen als dritte Ursache für Erwerbsunfähigkeitsrente benannt wurden (vgl. Engfer, S. 879).

Psychische Erkrankungen sind für die betroffenen Menschen häufig mit erheblichen Einbußen an Lebensqualität verbunden und gehen zudem mit Beeinträchtigungen der Teilhabe an wichtigen Lebensbereichen einher (Reha-Bericht 2012, S. 83). Wenn eine chronische, psychische Erkrankung die Erwerbsfähigkeit gefährdet oder einschränkt, kann eine psychosomatische Rehabilitation hilfreich



sein, um die Erwerbsfähigkeit der Rehabilitanden zu erhalten oder wiederherzustellen (vgl. Reha-Bericht 2012, S. 23).

Rehabilitationen bei psychischen Erkrankungen wurden 2010 überwiegend stationär in psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitationseinrichtungen, mit einer mittleren Behandlungsdauer von 39 Tagen durchgeführt (vgl. Reha-Bericht 2012, S. 85). Weniger Rehabilitanden haben die psychosomatische Rehabilitation ambulant durchgeführt, da aus unterschiedlichen Gründen die stationäre Versorgung vorgezogen wurde und ambulante Angebote nicht flächendeckend wohnortnah zur Verfügung stehen. Während einer ambulanten Rehabilitation wohnen die Patienten zu Hause und besuchen tagsüber eine Rehabilitationseinrichtung, wo sie an fünf bis sechs Wochentagen die gleiche Behandlung wie Rehabilitanden in der stationären Rehabilitation erhalten (ebd.).

Neben den zentralen Elementen Psychotherapeutischer Angebote und ggf. auch medikamentösen Therapien, fließen Bewegungstherapie, Gesundheitsbildung, Kreativ- und Entspannungstherapie als gruppentherapeutisches Angebot der psychosomatischen Rehabilitation mit ein (vgl. Reha-Bericht 2012, S. 86).

Die Ziele der Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen sind es, mit fortbestehenden Beeinträchtigungen besser leben zu können, Strategien zur Krankheitsbewältigung zu entwickeln, Selbstmanagement (wieder) zu erlernen, um so die Rückkehr an den Arbeitsplatz zu ermöglichen und einem Rückfall mit einhergehender Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen bzw. ihn zu verhindern (ebd.).

Mit einer stationären oder auch ambulanten psychosomatischen Rehabilitation können manche Rehabilitationsziele nicht vollständig erreicht und notwendige Änderungen des Lebensstils oftmals nur angestoßen werden. Um die Reha-Erfolge langfristig zu sichern, können sogenannte Nachsorgeleistungen, beispielsweise die Intensivierte Reha-Nachsorge (IRENA) für verschiedene Indikationen und das Curriculum Hannover für die Psychosomatik/Psychotherapie in Anspruch genommen werden (vgl. Reha-Bericht 2012, S. 26 ff.).

Nach aktuellen Untersuchungen gibt es keine Hinweise darauf, dass psychische Erkrankungen in Deutschland wirklich gravierend zunehmen. Einig sind sich die Versicherungsträger jedoch darüber, dass psychische Erkrankungen heutzutage offen benannt, besser erkannt, somit auch häufiger in gesundheitsbezogenen Statistiken erfasst werden und sich auch die Möglichkeiten der Behandlung psychischer Erkrankungen verbessert haben (vgl. Reha-Bericht, S. 83).

An einer psychischen Erkrankung zu leiden, ist in der heutigen, für dieses Thema sensibilisierten Gesellschaft in Deutschland, längst kein Tabuthema mehr. Auch von einer Stigmatisierung psychisch kranker Menschen kann längst nicht mehr gesprochen werden. Der offene Umgang von betroffenen Personen mit ihrer Erkrankung oder auch informative Medienberichte tragen dazu bei, dass psychische Erkrankungen als selbstverständlicher Bestandteil des deutschen Gesundheitssystems betrachtet werden. Die psychosomatische Rehabilitation ermöglicht betroffenen Personen, ihren Weg zurück in ein selbstbestimmtes Leben zu finden und wieder am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben (vgl. Reha-Bericht 2012, S. 83).

## **5.2 Psychosomatische Rehabilitation in Finnland**

Die Gesundheitsberichte der OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) und der Europäischen Beobachtungsstelle für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, in Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission, geben einen strukturierten Überblick über das finnische Gesundheitssystem und ermöglichen so einen Vergleich mit weiteren EU-Mitgliedstaaten, wie hier Deutschland und Frankreich, zum Thema psychische Gesundheit.

Finnland ist das Land, welches im Vergleich zu anderen EU-Staaten die höchste Suizidrate hat. Insgesamt zwei Prozent aller Todesfälle in Finnland waren im Jahr 2014 auf Suizid zurückzuführen. Vergleicht man die Zahlen der finnischen Gesundheitsberichte aus dem Jahr 2014 mit dem Jahr 2000 stellt man einen Rückgang der Suizide fest. 2000 waren Suizide auf Platz acht der Todesursachen und 2014 auf Platz dreizehn (vgl. OECD 2017, S. 3).

Dem aktuellen Bericht der OECD von 2019 kann man entnehmen, dass Finnland weniger für die Gesundheit seiner 5 508 0000 Einwohner ausgegeben hat als andere nordeuropäische Länder (vgl. OECD 2019, S. 10).

Gestützt auf selbst gemeldete Daten aus dem European Health Interview Survey (EHIS) lebt einer von zehn Menschen in Finnland mit einer chronischen Depression (vgl. OECD 2017, S. 4). In Finnland gehören u.a. Depressionen zusammen mit Suiziden zu den Hauptursachen für eine schlechte psychische Gesundheit und sind schwerwiegende Ursachen für DALYs. DALY (disability adjusted life years) ist ein Indikator, der zur Schätzung der Gesamtzahl der Jahre verwendet wird, die einem Menschen durch bestimmte Ereignisse, Krankheiten und/oder

Risikofaktoren verloren gegangen sind. Ein DALY entspricht einem verlorenen gesunden Lebensjahr (ebd.).

Die stationäre Versorgung psychisch kranker Menschen in Finnland ist insgesamt betrachtet rückläufig. In den Jahren 1997 bis 2006 gab es zunächst einen Anstieg der stationären Versorgung von 43.469 stationären Aufenthalten mit insgesamt 28.930 Patienten im Jahr 1997 auf 44.416 Aufenthalte mit 29.592 Patienten im Jahr 2006. Bis 2017 betrachtet ist dieser Anstieg wieder rückläufig auf 35.127 Aufenthalte mit insgesamt 23.949 psychisch erkrankten Patienten. Auch die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist von 49,2 Tage im Jahr 1997 auf 31,1 Tage im Jahr 2017 zurückgegangen (vgl. National Institute for Health and Welfare S. 74 ff.).

Gingen die Zahlen der psychiatrischen Versorgung im stationären Sektor zurück, so konnte gleichzeitig ein Anstieg in den ambulanten Versorgungsleistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen verzeichnet werden. 1995 wurden 1880 Patienten ambulant fachärztlich versorgt, im Jahr 2017 waren es dann bereits 7806 Patienten (ebd.). Finnland setzte seinen Schwerpunkt in der Gesundheitsversorgung seit 2006 zunehmend auf die ambulante Versorgung der Bevölkerung. Ambulant psychiatrische Fachdienste verzeichneten 1997 insgesamt 1.601.442 ambulante Besuche und 2017 bereits insgesamt 3.105.454 (ebd.). Von insgesamt 184.610 psychiatrischen Versorgungsleistungen haben 2017 insgesamt 89.026 Männer und 95.584 Frauen eben dieses Angebot aus psychischen Gründen in Anspruch genommen (vgl. National Institute for Health and Welfare S. 103).

Wer in Finnland aufgrund psychischer Probleme Beratung und/oder Unterstützung benötigt, wendet sich zunächst einmal an das wohnortnahe Gemeindezentrum. Ähnlich wie eine psychosomatische Rehabilitation in Deutschland gibt es in Finnland die rehabilitative Psychotherapie, die von der Sozialversicherungsanstalt KELA finanziert wird (<https://www.kela.fi/web/en/rehabilitative-psychotherapy>, Stand 19.01.2020). Anspruch auf diese Rehabilitationsleistung hat, wer zwischen 16 und 67 Jahre alt ist, sich durch eine psychische Erkrankung in seiner Arbeits- und Lernfähigkeit beeinträchtigt fühlt, mindestens drei Monate psychiatrische Betreuung/Therapie erhalten und eine schriftliche Erklärung des behandelnden Psychiaters hat, in der eine Rehabilitationspsychotherapie empfohlen wurde. Das Ziel einer rehabilitativen Psychotherapie ist es, die beeinträchtigte

Arbeits- und Lernfähigkeit der Rehabilitanden zu verbessern und durch den Wiedereinstieg in das Berufsleben die wirtschaftliche Aktivität zu behalten oder aber wieder zu erlangen. Die rehabilitative Psychotherapie wird bis zu einem Jahr gewährt, kann aber auch eine bis zu dreijährige psychotherapeutische Behandlung beinhalten. Die psychotherapeutische Rehabilitation kann als Einzel-, Gruppen-, Familien- oder Paartherapie von für die Therapie ausgebildeten und von der Versicherungsanstalt anerkannten Therapeuten durchgeführt werden (<https://www.kela.fi/web/en/rehabilitative-psychotherapy>, Stand 19.01.2020).

### 5.3 Psychosomatische Rehabilitation in Frankreich

Auch in Frankreich wird die Verlagerung der psychiatrischen Versorgung von dem stationären in den ambulanten Sektor fokussiert. Seit dem Jahr 2000 wurde eine Reduzierung der Anzahl der Krankenhausbetten, begleitet von einem Rückgang der durchschnittlichen Krankenhausaufenthaltsdauer, verzeichnet (vgl. OECD 2017, S.11). Psychologische oder soziale Unterstützung für Patienten gibt es in Frankreich nicht vom behandelnden Arzt. Die grundsätzliche ambulante Versorgung erfolgt, wie in Deutschland, über das Hausarztsystem. Die französischen Bürger werden angehalten bei psychischen Problemen zunächst einen Hausarzt zu konsultieren. Dieser stellt dann eine entsprechende Überweisung zu einem Facharzt aus (vgl. OECD 2019, S. 11). Für ca. 8 % der französischen Bevölkerung ist der Zugang zur medizinischen Versorgung jedoch sehr erschwert, da sie in ländlichen Gebieten leben oder auch über keine private Zusatzversicherung verfügen (vgl. OECD 2019, S. 22). Grundsätzlich besteht ein Anspruch auf psychologische Begleitung und Beratung für die Versicherten. Da Psychotherapeuten in Frankreich jedoch häufig nicht anerkannt sind, müsste der Patient die Kosten zu 100 % selbst zahlen. Für Patienten, die nachweislich Versorgungsprobleme haben, gibt es eine Form der Sozialberatung - *assistante sociale* - und bei festgestellten Bedarfen auch entsprechende, unterstützende Hilfen (vgl. Passon 52.).

Psychische Gesundheitsprobleme sind auch in Frankreich eine der wichtigsten Ursachen für DALYs und machen einen großen Teil der Menschen mit Behinderungen aus (vgl. OECD 2017, S.3). Jeder Dritte Einwohner Frankreichs im Alter von über 65 Jahren benennt depressive Symptome (vgl. OECD 2019, S. 5).

Das psychische Wohlbefinden wird im französischen Fernsehen, bei der Arbeit oder auch in Presseartikeln immer mehr erwähnt. Gestützt auf den Umfrageergebnissen des Meinungsforschungsunternehmens „One Poll“ ist beispielsweise das Thema psychische Erkrankung am Arbeitsplatz für den Großteil der Bevölkerung tabu. Im Oktober 2018 wurden 1000 Vollzeitmitarbeiter zu ihren krankheitsbedingten Arbeitsausfällen mit dem Ergebnis befragt, dass 48 % der Franzosen eher körperliche Symptome angeben würden, obwohl psychische Probleme im Vordergrund stehen (vgl. seton 2019).

In Frankreich gibt es vereinzelt Maßnahmen für Menschen mit psychischen Erkrankungen, im Rahmen einer psychosozialen Rehabilitation, welche insbesondere auf eine Autonomie und Unabhängigkeit in der Gesellschaft abzielen (vgl. Gerard Baro, S. 1). Die psychosoziale Rehabilitation soll innerhalb der individuellen und einzigartigen Lebenssituation des Menschen mit psychischen Erkrankungen den Lebensentwurf verstehen und mithilfe von medizinischen, sozialen und psychosozialen Unterstützungsangeboten zur Verbesserung sozialer Fähigkeiten, zur (Wieder-)Erlangung von Lebensqualität und zur Stabilisierung des Rehabilitanden insgesamt beitragen (vgl. Gerard Baro, S. 2). Die psychosoziale Rehabilitation stellt hierbei die Schnittstelle zwischen Medizin und Sozialarbeit dar und versteht sich als ein Prozess, der neben Heilung, Wiederherstellung, Selbstorganisation, Gemeindeorientierung auch Wert auf die Prävention legt (vgl. Gerard Baro, S. 4). Fest integriert ist die psychosoziale Rehabilitation in das französische Gesundheitssystem jedoch nicht. Vielmehr handelt es sich hierbei um einzelne Einrichtungen in ganz Frankreich, die sich der psychosozialen Stabilisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen annehmen (vgl. Gerard Baro, S. 5).

Ein permanenter Zugang zu akuter psychiatrischer Versorgung erfolgt in Frankreich über das sogenannte PASS Psy – ein Bereitschaftsmodell, welches bisher hauptsächlich in städtischen Gebieten zum Einsatz kam und als Krisenintervention angedacht war. Dazu haben Allgemeinmediziner, Krankenschwestern und Sozialarbeiter in den Büros der SMES (einer Organisation für psychische Gesundheit und gegen soziale Ausgrenzung) Hilfen für Menschen mit komplexen psychosozialen Problemen angeboten. Durch dieses Modell konnten auch Menschen mit psychosozialen Problemen versorgt werden, die ein niedriges Einkommen haben, obdachlos oder Migranten sind und keinen Zugang zur psychiatrischen Regelversorgung hatten (vgl. Barbato, S. 25).

## 6 Rehabilitationssysteme der Länder im Vergleich

Von insgesamt 82 657 000 Einwohner in Deutschland, waren im Jahr 2017 21,2 % über 65 Jahre alt. Im Vergleich zu anderen Ländern der EU hat Deutschland einen umfassenden medizinischen Leistungskatalog, ein hohes Niveau an Gesundheitsleistungen und einen guten Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle Einwohner des Landes. Das Gesundheitssystem in Deutschland ist durch die zahlreichen Kostenträger und Leistungserbringer stark untergliedert. Dies führt oft zu ineffizienter und qualitätsgeminderter Versorgung in medizinischen Einrichtungen und spiegelt sich zudem in durchschnittlichen Gesundheitsergebnissen wider. Der Schwerpunkt der gesundheitlichen Versorgung liegt aktuell vermehrt auf der Langzeitpflege, der flächendeckenden Versorgung mit Gesundheitspersonal und dessen Ausbildung sowie auf der Verbesserung der Verfügbarkeit von Leistungen, insbesondere in ländlichen Gebieten (vgl. OECD – D- 2019, S. 3).

Finnland zählte 2017 insgesamt 5 508 000 Einwohner, von denen 20,9 % über 65 Jahre alt waren. In den letzten zwei Jahrzehnten hat sich die Lebenserwartung der finnischen Bevölkerung auffallend verbessert. Die zusätzlich gewonnenen Lebensjahre gingen dann jedoch oftmals mit einigen chronischen Krankheiten und Behinderungen einher, was die Anforderungen an das komplexe, vielschichtige, dezentralisierte, finnische Gesundheitssystem erhöht hat. Die geplanten Reformierungen in Bezug auf die stärkere Zentralisierung des finnischen Gesundheitssystems, auf vermehrte Kontrolle der Gesundheitskosten und auf gleichberechtigten Zugang zu Pflege- und Rehabilitationsleistungen, haben sich in den letzten 15 Jahren als sehr schwierig erwiesen (vgl. OECD – Fi- 2019, S. 3).

Im Vergleich dazu zählte Frankreich 2017 66 865 000 Einwohner, von denen 19,3 % über 65 Jahre alt waren. Historisch gesehen war die Lebenserwartung in Frankreich eine der höchsten in Europa. Die Fortschritte haben sich im Laufe der letzten zehn Jahre vor allem deshalb verlangsamt, weil die Langlebigkeitsgewinne bei älteren Menschen ins Stocken geraten sind. Die Unterschiede in der Lebenserwartung hängen überwiegend mit sozialen, ökologischen und individuellen Risikofaktoren zusammen. Das französische Gesundheitssystem bietet im Allgemeinen einen guten Zugang zu qualitativ hochwertiger Versorgung. Die größten Herausforderungen für eine verbesserte und für alle Franzosen gleichermaßen zugängliche Gesundheitsversorgung bestehen jedoch in der Stärkung



der Präventionsleistungen. Gleichzeitig sollen damit die Bedürfnisse der wachsenden Zahl von Menschen mit chronischen Erkrankungen besser erfüllt werden (vgl. OECD –Fr- 2019, S. 3).

In den Ländern Deutschland, Finnland und Frankreich sind Maßnahmen einer medizinischen Rehabilitation im Rahmen des jeweiligen Gesundheitssystems etabliert. Es gibt jedoch gravierende Unterschiede in der inhaltlichen und strukturellen Ausgestaltung rehabilitativer Leistungen.

Die Wahl der Rehabilitationsform ist stark verbunden mit der Tradition, dem Stellenwert und Verständnis von Rehabilitation und der jeweiligen gesetzlichen Grundlage des Landes. Grundsätzlich ist eine medizinische Rehabilitation in allen drei Ländern möglich, wenn zuvor die Notwendigkeit durch einen Arzt bescheinigt wurde und Aussicht auf Erfolg besteht. Somit besteht sowohl in Deutschland als auch in Finnland und Frankreich ein gesetzlicher Anspruch auf eine Rehabilitationsmaßnahme bei psychosomatischen Erkrankungen. Der Zugang zu den entsprechenden Leistungen ist in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich. Dies lässt sich teilweise gesundheitspolitisch erklären.

## **6.1 Gesundheitsausgaben der Länder im Vergleich**

Im Jahr 2017 gab Deutschland 4 300 EUR pro Kopf für die Gesundheitsversorgung aus und damit etwa 1 400 EUR mehr als der EU-Durchschnitt. Deutschland gehört zu den Ländern mit den höchsten Zahlen bei Krankenhausbetten, Ärzten und Krankenpflegekräften pro Einwohner in der EU. Der Anteil der Ausgaben für die Langzeitpflege ist seit 2000 auffallend gestiegen und wird aufgrund des erweiterten Leistungskatalogs und der Bevölkerungsalterung voraussichtlich weiter steigen (vgl. OECD – D - 2019, S. 3).

Auch die Gesundheitsausgaben in Finnland sind 2017 im Vergleich zum Vorjahr moderat gestiegen. Mit 3 036 EUR im Jahr 2017 liegt Finnland leicht über dem EU-Durchschnitt. In Finnland machen öffentliche Mittel 75% aller Gesundheitsausgaben aus, während die meisten übrigen Ausgaben von den privaten Haushalten finanziert werden (vgl. OECD – Fi - 2019, S. 3).

Die Gesundheitsausgaben in Frankreich sind in den letzten zehn Jahren gestiegen. Im Jahr 2017 gab Frankreich 3 626 EUR pro Kopf für Gesundheit aus, etwa 25% mehr als im EU-Durchschnitt. Die Gesundheitsausgaben stellten neben

Deutschland den höchsten Anteil in der EU dar. Die meisten Gesundheitsausgaben wurden in Frankreich aus öffentlichen Mitteln finanziert, aber auch die private Krankenzusatzversicherung spielte eine wichtige Rolle (vgl. OECD 2019, S. 3 ff.). Die privaten freiwilligen Zusatzversicherungen in Frankreich machen etwa sieben Prozent der Gesamtausgaben aus. Der Großteil der französischen Bevölkerung (95%) ist entweder obligatorisch oder freiwillig krankenversichert, um die Zuzahlungen für Gesundheitsdienste, Arzneimittel, Brillen und Zahnpflege zu finanzieren (vgl. OECD – Fr - 2019, S. 3).

Eine kontinuierliche Steigerung der Gesundheitsausgaben in den letzten Jahren wurden allgemein in allen drei Ländern festgestellt. Der weitaus größere Anstieg zeigt sich dabei im ambulanten, weniger im stationären Gesundheitssektor (vgl. OECD D/ Fi/ Fr 2019, S. 3 ff.).

## **6.2 Stellenwert der medizinischen Rehabilitation für Menschen mit psychischen Erkrankungen**

In Deutschland hat die medizinische Rehabilitation einen hohen Stellenwert, wie man anhand der hohen Gesundheitsausgaben sehen kann. Rehabilitative Maßnahmen werden stationär, ambulant und auch mobil nach einem ganzheitlichen Konzept angeboten, beinhalten umfangreiche präventive Maßnahmen und verfolgen zuoberst das Ziel die Erwerbsfähigkeit (wieder-) zu erlangen. In Deutschland gibt es derzeit 110 psychosomatische Fachabteilungen, die eine überwiegend stationäre, aber auch ambulante Rehabilitation von Menschen mit psychosomatischen Erkrankungen anbieten (vgl. Reha-Bericht, S. 23 ff.).

Auch in Finnland ist die medizinische Rehabilitation fester Bestandteil des eigenen Gesundheitssystems. Sie wird von den Gemeinden in Gesundheitszentren organisiert und verfolgt, wie in Deutschland auch, das Ziel der Erhaltung/Wiedererlangung der Arbeitsfähig- und Handlungsfähigkeit. Finnland hat die rehabilitative Psychotherapie als festen Bestandteil in die überwiegend ambulante Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in das Rehabilitationssystem etabliert und setzt weiterhin auf präventive Maßnahmen zur Gesunderhaltung aller Einwohner (<https://www.kela.fi/web/en/rehabilitative-psychotherapy>, Stand 02.02.2020).

In Frankreich hingegen versteht sich der Begriff medizinische Rehabilitation nur ansatzweise wie in Deutschland oder auch Finnland. Medizinische Rehabilitation



dient hier der Wiederherstellung verlorengegangener Funktionen und findet überwiegend im Rahmen der akutmedizinischen Versorgung als Anschlussheilbehandlung statt (vgl. Passon, S. 76). Präventive Maßnahmen spielen im französischen Rehabilitationssystem eine eher untergeordnete Rolle. Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen erfolgt über ein multidisziplinäres Krisenteam oder aber in Akutkliniken. Für eine ambulante psychotherapeutische Behandlung müssen die Franzosen selbst tätig werden, etwa über eine Empfehlung des Hausarztes einen Therapeuten finden und sich an den Kosten mit bis zu 100 % beteiligen, da die Psychotherapeuten überwiegend nicht von der Krankenkasse anerkannt sind (vgl. Passon, S. 52).

### **6.3 Zugang zur medizinischen Rehabilitation**

Deutschland bietet einen breiten Leistungskatalog und finanzielle Sicherheitsnetze, die die meisten Kosten für die Gesundheitsversorgung decken und verzeichnet dadurch eine geringe Anzahl von Personen, die über einen ungedeckten medizinischen Bedarf berichten. Ein dichtes Netz von Ärzten, Krankenpflegekräften und Krankenhäusern sorgt bundesweit für eine insgesamt hohe Verfügbarkeit der Versorgung. In ländlichen Gebieten fällt die medizinische Versorgung ähnlich wie in Finnland und Frankreich geringer aus (vgl. OECD – D - 2019, S. 3, S. 15). In Finnland haben Erwerbstätige durch arbeitsmedizinische Leistungen einen besseren Zugang zur Gesundheitsversorgung als Arbeitslose oder Rentner. Der Anteil der Personen, die einen nicht gedeckten Bedarf an medizinischer Versorgung melden, liegt vor allem aufgrund langer Wartezeiten über dem EU-Durchschnitt (vgl. OECD – Fi - 2019, S. 3, S. 17).

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist in Frankreich gut, aber der Zugang zu Ärzten in einigen ländlichen und sozial benachteiligten Gebieten sehr schwierig. Um diesen Problem zu begegnen, wurden mehrere Projekte ins Leben gerufen, wie zum Beispiel die Kompetenzerweiterung von Apothekern und Krankenschwestern und die Schaffung von multidisziplinären Gesundheitsdiensten (vgl. OECD – Fr - 2019, S. 3 - 16).

## 6.4 Strukturvergleich der medizinischen Rehabilitation bei psychischer Erkrankung

Abschließend gibt eine tabellarische Darstellung zu den wesentlichen Strukturmerkmalen der medizinischen Rehabilitation bei psychischer Erkrankung einen vergleichenden Überblick der Länder Deutschland, Finnland und Frankreich.

**Abb. 2:** Übersicht medizinische Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen in Deutschland, Finnland und Frankreich

Übersicht medizinische Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen in Deutschland, Finnland und Frankreich			
Strukturmerkmale	Deutschland	Finnland	Frankreich
Leistungsart	Psychosomatische Rehabilitation	Rehabilitative Psychotherapie	Psychosoziale Rehabilitation
Leistungsträger	Überwiegend Rentenversicherung und Krankenversicherung	Überwiegend Rentenversicherung (Kela)	Ausschließlich Krankenversicherung (sécurité sociale)
Finanzierung	Tagessätze Solidaritätsprinzip Gesetzlich festgelegte Selbstbeteiligung	Tagessätze Solidaritätsprinzip, hohe Selbstbeteiligung	Tagessätze Solidaritätsprinzip hohe Selbstbeteiligung
Behandlungsform	überwiegend stationär, indikationsbezogen, individuell, teilweise ambulant	überwiegend ambulant, indikationsbezogen, individuell, akut stationär	überwiegend ambulant, teilstationär, wenig indikationsbezogen
Verständnis	Selbstverständnis für psychische Erkrankung, ganzheitlicher Ansatz	Selbstverständnis für psychische Erkrankung, ganzheitlicher Ansatz	Kein Selbstverständnis für psychische Erkrankung, wenig gesellschaftliche Akzeptanz
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erhalt / Wiederherstellung</li> <li>- Erwerbsfähigkeit</li> <li>- Krankheitsbewältigung</li> <li>- Selbstmanagement</li> <li>- psych. Stabilisierung</li> <li>- Prävention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erhalt / Wiederherstellung</li> <li>- Erwerbsfähigkeit</li> <li>- Wirtschaftliche Aktivität</li> <li>- psych. Stabilisierung</li> <li>- Prävention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autonomie und Unabhängigkeit in der Gesellschaft</li> <li>- Verbesserung sozialer Fähigkeiten</li> <li>- psych. Stabilisierung</li> </ul>
Teilhabemerkmale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gesellschaftliche Akzeptanz von Menschen mit psychischen Erkrankungen (Selbstverständnis)</li> <li>- soziale und geografische Gleichheit (individueller Anspruch für alle Menschen mit psychischen Erkrankungen)</li> <li>- Wunsch- und Wahlrecht ermöglicht Selbstbestimmung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gesellschaftliche Akzeptanz von Menschen mit psychischen Erkrankungen (Selbstverständnis)</li> <li>- soziale und geografische Ungleichheit (Zugang bleibt Menschen in ländlichen Regionen und Arbeitslosen verwehrt)</li> <li>- freie Arztwahl</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- fehlende gesellschaftliche Akzeptanz von Menschen mit psychischen Erkrankungen (fehlendes Selbstverständnis)</li> <li>- soziale und geografische Ungleichheit (Zugang bleibt Menschen in ländlichen Regionen und Arbeitslosen verwehrt)</li> <li>- freie Arztwahl</li> </ul>

Quelle: eigene Darstellung

## 7 Diskussion und Ausblick

Die vergleichende Analyse der Rehabilitationssysteme von Deutschland, Finnland und Frankreich war in Form einer Gegenüberstellung durch einzelne Aspekte erschwert. Es gibt in den Ländern gravierende Unterschiede im Verständnis, der Konzeption, der Struktur und der Umsetzung einer Rehabilitation.

Ziel dieser Arbeit war es, die einzelnen Gesundheitssysteme vorzustellen, einen vergleichenden Überblick über Rehabilitationsformen und Rehabilitationsstrukturen zu geben und die Möglichkeiten und Chancen der Teilhabe, die durch eine Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Ländern Deutschland, Finnland und Frankreich gegeben werden, darzustellen. Hierzu wurden unter anderem auch die Evaluationen von Gesundheitsministerien, Jahresberichte und Veröffentlichungen von Leistungsträgern in die Analyse mit einbezogen. Durch die Vielzahl der Datenbanken der einzelnen deutschen Kostenträger und Leistungserbringer war es schwierig, die Informationen bzgl. einer psychosomatischen Rehabilitation in Deutschland umfassend zu bewerten.

Das finnische Gesundheitssystem ist in der Landessprache frei zugänglich, aber auch in englischer Version vorzufinden. Einen Überblick erhält man durch die Sozialversicherungsanstalt Kela, das Sozialministerium MSAH und durch die Berichte der OECD.

Im Vergleich zu Deutschland und Finnland ist die Recherche nach Informationen, Berichten und Studien, um das französische Gesundheitssystem abzubilden, medizinische Rehabilitation und insbesondere Teilhabechancen durch eine psychosomatische Rehabilitation herauszuarbeiten dadurch erschwert, dass Vollversionen notwendiger Literaturen kaum zugänglich waren, Datensätze selten vorhanden, unsystematisch und unvollständig abgebildet wurden. Studienmaterial aus Frankreich ist wenig öffentlich zugänglich und zudem überwiegend in der Landessprache verfasst. Die für die in dieser Arbeit genutzten vergleichenden Studien und Jahresberichte der OECD waren in englischer Sprache verfügbar und für die vergleichende Analyse eine Möglichkeit die Strukturen der einzelnen Länder nachzuvollziehen.

Die Messbarkeit von Rehabilitationsleistungen gestaltet sich auch insofern äußerst schwierig, als es unterschiedliche Überwachungsmechanismen und –register in allen drei Ländern gibt. Diese unterschiedlichen Register nehmen zwar

Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Fokus, jedoch variieren die Aspekte oder auch Schwerpunkte der einzelnen Krankheiten stark, da sie von verschiedenen Interessenvertretern initiiert und durchgeführt werden.

Es gibt bislang keine systematische Bewertung für medizinische Rehabilitationsleistungen bei psychischen Erkrankungen. Insgesamt zeigen die verfügbaren Informationen der Gesundheitsberichte, dass Menschen, die Unterstützung für ihre psychischen Gesundheitsprobleme suchen, oft nicht oder aber nicht gleich die medizinische Unterstützung erhalten, die sie brauchen. Gründe hierfür können negative gesundheitliche Überzeugungen, Angst vor negativen Auswirkungen einer medizinischen Behandlung, vor Stigmatisierung, eine unerreichbare Lage des Rehabilitationsdienstes, lange Wartezeiten oder auch die Kosten, die durch eine Rehabilitation entstehen, sein (vgl. Barbato, S. 17).

Um eine Aussage über die Teilhabemöglichkeiten von Menschen mit psychischen Erkrankungen durch eine medizinische Rehabilitation treffen zu können, müssen Rehabilitationsleistungen im gesamten Kontext des landeseigenen Gesundheitssystems betrachtet werden. Um einen Systemvergleich und Divergenzen innerhalb der rehabilitativen Versorgung zu betrachten, müssen zudem die Strukturen des Gesundheitssystems der einzelnen Länder mit gesetzlichen Grundlagen, Trägerschaften, Finanzierungen und einzelnen Rehabilitationsformen analysiert werden. Ist eine medizinische Rehabilitation für Menschen mit psychischen Erkrankungen als ein Bestandteil des landeseigenen Gesundheitssystems zu erfassen, wird eine länderübergreifende Darstellung erst ermöglicht. Der ganzheitliche Aspekt der medizinischen Versorgung ist für das deutsche Gesundheitssystem charakteristisch. Trotz der breit gefächerten Trägerlandschaft ist die DRV der Hauptleistungsträger der medizinischen Rehabilitationsleistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Durch den offenen Umgang mit dem Thema der psychischen Erkrankungen in der Öffentlichkeit, wird sichtbar, dass psychisch krank zu sein in Deutschland kein Tabuthema ist. Es gibt bundesweit sowohl ambulante, als auch stationäre Rehabilitationsleistungen, die für Menschen mit psychischen Erkrankungen ein umfassendes Behandlungskonzept beinhalten. Trotz Ausbau des ambulanten und mobilen Rehabilitationssektors, wird die stationäre Rehabilitationsform von der Mehrzahl der Erkrankten weit häufiger in Anspruch genommen als im Ländervergleich. Die Rehabilitationskliniken arbeiten überwiegend unabhängig, sodass der gegenseitige Austausch und

die Zusammenarbeit mit vor- und nachbehandelnden Leistungsanbietern eher gering ausfällt.

Charakteristisch für das finnische Gesundheitssystem sind die gemeindebezogenen Gesundheitszentren, die neben ambulanten und stationären Versorgungsleistungen unter anderem auch präventive Leistungen anbieten. Die Angebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen sind in Finnland überwiegend im ambulanten Sektor verankert. Ausschließlich die Akutversorgung findet stationär statt. Der Hauptkostenträger für Rehabilitationsleistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist hier die arbeitgeberbasierte Sozialversicherungsanstalt Kela. Durch die gemeindenahen Gesundheitszentren werden unterschiedliche Fachdisziplinen an einem Ort vereint. Durch die bessere Vernetzung der einzelnen Fachbereiche innerhalb der Behandlungskette für Menschen mit psychischen Erkrankungen, lässt sich die medizinische Versorgung innerhalb dieses Systems deutlich gewinnbringender gewährleisten. Der Zugang zu den rehabilitativen Leistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist jedoch vor allem in ländlichen Regionen erschwert, da nicht so viele Fachärzte und Therapeuten zur Verfügung stehen, wie beispielsweise in der Nähe von Großstädten. Gesellschaftlich betrachtet findet ein offener Umgang mit psychischen Erkrankungen statt. Die rückläufigen Zahlen registrierter Suizide zeigen, dass die Gesundheitspolitik in Finnland mit ihrem präventiven Schwerpunkt ein weiterer wichtiger Schritt ist, damit Menschen mit psychischen Erkrankungen die gesellschaftliche Teilhabe erhalten bleibt oder aber (zurück)zugewinnen ist.

In Frankreich findet eine medizinische Rehabilitation initiiert durch die Kliniken im Anschluss an eine Akutbehandlung statt. Obwohl dadurch die akute Versorgung mit einer nachfolgenden Behandlung abgestimmt wird, ist doch kein ganzheitlicher Ansatz von physischen und psychischen Aspekten, wie in einer psychosomatischen Rehabilitation in Deutschland, zu finden. Die recherchierten rehabilitativen Ansätze im französischen Gesundheitssystem stellen sich dadurch eher weniger umfangreich dar. Es wurde deutlich, dass das psychische Wohlbefinden der Bevölkerung im französischen Fernsehen, bei der Arbeit oder auch in Presseartikeln zwar immer mehr erwähnt wird, in repräsentativen Umfrageergebnissen des Meinungsforschungsunternehmens „One Poll“ das Thema psychische Erkrankung am Arbeitsplatz jedoch für den Großteil der Bevölkerung tabu ist. Das lässt darauf schließen, dass psychische Erkrankungen in Frankreich nur wenig

gesellschaftliche Akzeptanz finden. Rehabilitationsleistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen sind als Schnittstelle zwischen den medizinischen Gesundheitsleistungen und der sozialen Arbeit angedacht, im französischen Gesundheitssystem jedoch nicht fest integriert. Für eine medizinische Leistung ist einzig die *sécurité sociale* zuständig, womit eine deutlich bessere Vernetzung der einzelnen Leistungsbereiche möglich ist als beispielsweise in Deutschland. Die Kosten für mögliche Behandlungsangebote zur Stabilisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen werden von der Krankenversicherung nicht übernommen, wenn die Psychotherapeuten von der *sécurité sociale* nicht anerkannt sind. Das wiederum bedeutet den Ausschluss von Personen mit psychischen Erkrankungen, die finanziell nicht in der Lage sind diese anfallenden Kosten selbst zu tragen und anderweitig keinen Zugang zu medizinischen Leistungen finden.

Die wichtigsten Herausforderungen der Zukunft für die einzelnen Gesundheitssysteme sind in Deutschland, Finnland und Frankreich gleich. Sie betreffen die Sicherstellung der Gesundheitsfürsorge für eine immer älter werdende Bevölkerung bei abnehmender Erwerbsbevölkerung und gleichzeitig zu erwartenden insgesamt steigenden Gesundheitsausgaben (vgl. Reha-Bericht 2012, S. 9ff.). Die Veränderungen in der Altersstruktur führen auch zu Veränderungen im rehabilitativen Sektor der einzelnen Gesundheitssysteme. Die UN-Behindertenrechtskonvention und deren Umsetzung verlangt von allen EU-Mitgliedsstaaten Rehabilitationsleistungen, die Menschen mit psychischen Erkrankungen darin unterstützt, selbstbestimmt und barrierefrei zu leben und am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben.

Die Entwicklung einer medizinischen Rehabilitation für psychisch kranke Menschen findet in Deutschland, Finnland und Frankreich ganz unterschiedlich statt. Anders als in Deutschland und auch Finnland, ist der Stellenwert von Menschen mit psychischen Erkrankungen und auf sie individuell abgestimmte Rehabilitationsleistungen eher gering. Er beschränkt sich auf eine Notfallversorgung und legt wenig Wert auf präventive Maßnahmen.

Im Hinblick auf die Gesundheitsausgaben sind Finnland und Frankreich unter anderem fortschrittlicher als Deutschland, weil sie den Ausbau und die Durchführung ambulanter Rehabilitationsleistungen stärker vorantreiben und dadurch Gesundheitsausgaben einsparen, die mitunter durch die Unterbringung und Vollverpflegung von Patienten anfallen.

Es gibt in jedem Gesundheitssystem Besonderheiten, die einen abschließenden Vergleich nahezu unmöglich machen. Die rehabilitative Versorgung in Deutschland ist transparent und mit Blick auf den biopsychosozialen ganzheitlichen Ansatz qualitativ hoch einzustufen. Auch wenn eine zunehmende Vereinheitlichung der Gesundheitssysteme innerhalb der Europäischen Mitgliedsstaaten zu ersehen ist, wird die Ausgestaltung auch weiterhin allein durch die Sozialversicherungsträger frei entschieden.



## 8 Zusammenfassung

Rehabilitation versteht sich als ein Prozess mit einem umfassenden und mehrdimensionalen Konzept, um die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen zu sichern und soziale Desintegration zu verhindern. Dies gilt auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in den Ländern Deutschland, Finnland und Frankreich einen ganz unterschiedlichen Stellenwert einnehmen. Während psychisch erkrankte Menschen in Deutschland und Finnland überwiegend offen mit ihrer Erkrankung umgehen, werden psychische Erkrankungen in Frankreich von Betroffenen kaum thematisiert.

Das deutsche Rehabilitationssystem ist im internationalen Vergleich betrachtet hoch entwickelt und eng eingebunden in die Strukturen des stark verrechtlichten Gesundheitssystems. Es beinhaltet u.a. Leistungen, in Form einer psychosomatischen Rehabilitation für psychisch kranke Menschen, die sowohl stationär, als auch ambulant wahrgenommen werden können. Die Kosten einer psychosomatischen Rehabilitation werden größtenteils solidarisch über die Sozialversicherungssysteme getragen. Innerhalb der großen Trägerlandschaft stellt die DRV neben den gesetzlichen Krankenkassen den größten Kostenträger dieser Rehabilitationsleistung dar. Neben der psychischen Stabilisierung und Krankheitsbewältigung ist das oberste Ziel der Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Durch das Wunsch- und Wahlrecht bezüglich Rehabilitationsform und Rehabilitationseinrichtung, Therapieziel und -Therapieinhalte ist ein hohes Maß an Selbstbestimmung innerhalb der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen gegeben. Zudem besteht ein individueller Anspruch für *alle* Menschen mit psychischen Erkrankungen, bei denen die Notwendigkeit einer Rehabilitationsleistung festgestellt wurde. Die hohe gesellschaftliche Akzeptanz und das umfassende Gesundheitssystem mit rehabilitativen Regelleistungen geben Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland die Möglichkeit der Stabilisierung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

Rehabilitationsleistungen in Finnland sind Bestandteil des landeseigenen Gesundheitssystems, werden von den Gemeinden organisiert und stehen grundsätzlich jedem zu, der in einer Wohngemeinde in Finnland wohnt und somit über die Sozialversicherungsanstalt Kela versichert ist. Menschen mit psychischen Er-



krankungen haben Anspruch auf eine *rehabilitative Psychotherapie* zur Wiederherstellung und Aufrechterhaltung ihrer Arbeits- und Lernfähigkeit, wenn sie sich zuvor in bis zu dreimonatiger psychotherapeutischer Behandlung befanden und die Notwendigkeit durch einen behandelnden Arzt und/ oder Therapeuten festgestellt wurde. Die rehabilitative Psychotherapie findet in den wohnortnahen Gemeindezentren in Form von ambulanten Therapieangeboten statt. Die Kosten werden überwiegend durch die Sozialversicherungsanstalt Kela übernommen, jedoch muss zu einigen Therapien ein Eigenanteil gezahlt werden. Die rehabilitative Psychotherapie kann bei Bedarf um sozialtherapeutische Angebote ergänzt werden, die ebenfalls in Gesundheitszentren stattfinden. Menschen mit psychischen Erkrankungen werden in Finnland nicht ausgegrenzt, die Betroffenen gehen offen mit ihrer Erkrankung um. Auf unterschiedlichen Online-Plattformen können sich Menschen mit psychischen Problemen umfassend informieren. Der Zugang zu rehabilitativen Maßnahmen ist jedoch in ländlichen Regionen sehr erschwert und mit langen Wartezeiten verbunden. Die Zuweisung von Rehabilitationsleistungen ist durch die Gemeindezugehörigkeit vorgegeben und kann von den Betroffenen nicht selbst gewählt werden.

In Frankreich stellt die Krankenversicherung *sécurité social* den alleinigen Leistungsträger für medizinische Rehabilitation im Rahmen der Akutmedizin dar. Ein ganzheitliches Rehabilitationskonzept wie in Deutschland oder auch Finnland gibt es in Frankreich nicht. Auch in Frankreich wurde, ähnlich wie in Finnland, die Verlagerung medizinischer Leistungen vom stationären in den ambulanten Sektor fokussiert. Psychische Erkrankungen sind in der Gesellschaft Frankreichs noch immer ein Tabuthema. Menschen mit psychischen Erkrankungen wenden sich zunächst an ihren Hausarzt, den sie frei wählen können. Darüber hinaus besteht grundsätzlich ein Anspruch auf Behandlung bei psychischen Problemen. Psychosomatische oder aber psychosoziale Rehabilitationsleistungen sind kein fest integrierter Bestandteil des französischen Gesundheitssystems. Psychotherapeuten sind zudem in Frankreich häufig nicht anerkannt und somit werden die Kosten einer psychotherapeutischen Behandlung nicht von der Krankenversicherung übernommen. Der Zugang zu den Leistungsangeboten bei psychischer Erkrankung ist für Menschen in ländlichen Regionen, auch wie in Finnland, erschwert.

Die alternde Bevölkerung, der Wandel des Krankheitsspektrums und eine sich ändernde Arbeitswelt stellen das Rehabilitationssystem in Deutschland und die Gesundheitssysteme Finnlands und Frankreichs vor die große Herausforderung der rehabilitativen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Es ist zu erwarten, dass der Bedarf an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zunimmt und die damit verbundenen Gesundheitsausgaben steigen werden. Die einzelnen Gesundheitssysteme haben ihre eigenen charakteristischen Merkmale. In länderspezifischen Reformen wurden und werden Veränderungen in den Systemen geplant und deren Umsetzung teilweise in den Berichten der OECD abgebildet. Mit einer kompletten Umstrukturierung innerhalb der Gesundheitssysteme ist weder in Deutschland, noch in Finnland oder Frankreich zu rechnen.

## Quellenverzeichnis

**Ahrbeck, B.:** Forschungsfragen der Pädagogischen Rehabilitation. IN: Bengel, J.; Koch U.: Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung. Heidelberg 2000

**Andreae, S.; Von Hayek, D.; Weniger J.:** Gesundheits- und Krankheitslehre für die Altenpflege. 4. Auflage. Stuttgart 2015

**Barbato, A.; Valerino, M.; Rapisarda, F.; Lora, A.; De Almeida, J.M.C.:** EU Compass for Action on Mental Health and well-being access to mental health care in Europe. Scientific paper. 2014-2020 [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental\\_health/docs/ev\\_20161006\\_co02\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/ev_20161006_co02_en.pdf) [Stand 19.01.2020]

**Bengel, J.; u.A.:** Übergreifende Aspekte zur Reha-Indikation. IN: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Rehabilitation vom Antrag bis zur Nachsorge- für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe. Frankfurt 2018

**Beusing-Markmann, J.; Dillmann, F.; Ernst, M.; Heinze, J.:** Weitere für die Rehabilitation relevante Leistungen. IN: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Rehabilitation vom Antrag bis zur Nachsorge- für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe. Frankfurt 2018

**Biefang, S. Schuntermann, M.F.:** Diagnostik und Assessment in der Rehabilitation. IN: Bengel, J.; Koch U.: Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung. Heidelberg 2000

**Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.):** Rehabilitation Behinderter. Schädigung-Diagnostik-Therapie-Nachsorge. Wegweiser für Ärzte und weitere Fachkräfte der Rehabilitation. 2. Auflage. Köln 1994

**Bundesministerium für Forschung und Technologie:** Gesundheitsforschung 2000. Programm der Bundesregierung. Bonn 1993

**Buschmann-Steinhage, R.; Wideria, T.:** Grundlagen der Rehabilitation. IN: Bengel, J.; Mittag, O. (Hrsg.): Psychologie in der Rehabilitation. Ein Lehr- und Praxishandbuch. Heidelberg 2016

**Buschmann-Steinhage, R.; Wegscheider, K.:** Forschung und Lehre in den Rehabilitationswissenschaften. IN: Blumenthal, W.; Schliehe, F.: Teilhabe als Ziel der Rehabilitation. 100 Jahre Zusammenwirken in der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e.V. Heidelberg 2009

**Busse, R.:** Gesundheitssystem- und Versorgungsforschung, IN: Hurrelmann, K.; Razum O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 6. Auflage. Weinheim und Basel 2016

**Cibis, W.; Thielgen, G.:** Konzeptionelle Grundlagen der Rehabilitation. IN: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Rehabilitation vom Antrag bis zur Nachsorge- für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe. Frankfurt 2018

**connexion emploi; Seton fr.:** Fehlzeiten am Arbeitsplatz in Frankreich- Zwischen Krankheitsurlaub und psychischer Gesundheit: [<https://www.connexion-emploi.com/de/a/fehlzeiten-am-arbeitsplatz-in-frankreich-zwischen-krankheitsurlaub-und-psychischer-gesundheit>. Stand 26.01.2020]

**Deck, R.; Theissing, J.:** Nachsorge. IN: Bengel, J.; Mittag, O. (Hrsg.): Psychologie in der Rehabilitation. Ein Lehr- und Praxishandbuch. Heidelberg 2016

**Degener, T.:** Die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen. IN: Blumenthal, W.; Schliehe, F.: Teilhabe als Ziel der Rehabilitation. 100 Jahre Zusammenwirken in der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e.V. Heidelberg 2009

**Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hrsg.):** S3- Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. 2. Auflage. Berlin 2019

**Deutsche Rentenversicherung Bund:** Reha-Bericht 2012. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. Berlin 2012

**Deutsche Rentenversicherung Bund:** Reha-Bericht 2012. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik- mit dem Fokusthema „Onkologische Rehabilitation“. Berlin 2018

**Döring, D.; Dudenhöffer, B.; Herdt, J.:** Europäische Gesundheitssysteme unter Globalisierungsdruck - Vergleichende Betrachtung der Finanzierungsstrukturen und Reformoptionen in den EU 15-Staaten und der Schweiz. Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung. 2. Auflage. Wiesbaden 2005

**Engfer, R.; Bauer, M.:** Versorgungseinrichtungen für psychisch kranke erwachsene Menschen. IN: Hurrelmann, K.; Razum O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 6. Auflage. Weinheim und Basel 2016

**Euroinstitut:** Gesundheit ohne Grenzen. Europa wächst zusammen. Das Gesundheitssystem in Deutschland und Frankreich. Dokumentation. 2007

**Fasshauer, K.:** Ambulante und stationäre Rehabilitation am Beispiel psychischer Behinderungen. IN: Blumenthal, W.; Schliehe, F.: Teilhabe als Ziel der Rehabilitation. 100 Jahre Zusammenwirken in der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e.V. Heidelberg 2009

**Fidrich, A.; Fobbe, G.; Heßbrügge, M.; Römer, H.C.:** Allgemeinmedizin. Sicher durch Famulatur, Praktikum, PJ und Staatsexamen. München 2019

**Fischer, T.:** Umsetzbegleitung durch das Bundesteilhabegesetz: <https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/gesetz/aenderungen-im-einzelnen/> [Stand 22.12.2019]

**Frieboes, R.-M., Zaudig, M.; Nosper, M.:** Rehabilitation bei psychischen Störungen nach Maßgaben der ICF und der ICD-10. München 2005

**Geraud Baro, E. (Dr.):** Psychosoziale Rehabilitation in Frankreich – Konzepte und Umsetzung, aktuelle Situation und Perspektiven. Grenoble 2008: [https://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user\\_files/dgsp/dgsp/Texte\\_\\_Anmeldecoupons\\_als\\_PDF/Rehabilitation\\_GiraudBaro.pdf](https://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/dgsp/Texte__Anmeldecoupons_als_PDF/Rehabilitation_GiraudBaro.pdf) [Stand 25.01.2020]

**Gerdes, N.; Weis, J.:** Zur Theorie der Rehabilitation, IN: Bengel, J.; Koch U.: Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung. Heidelberg 2000

- GKV Spitzenverband (GKV=Gesetzliche Kranken Versicherung) :**  
[https://www.gkv-spitzenverband.de/service/versicherten\\_service/krankenkassenliste/krankenkassen.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/service/versicherten_service/krankenkassenliste/krankenkassen.jsp) [13.02.2020]
- Grampp, G.; Jackstell, S.; Wöbke, N.:** Teilhabe, Teilhabemanagement und die ICF. Köln 2013
- Grill, E.; Müller, M.:** Das biopsychosoziale Modell der ICF. IN: Hallier, E.; Letzel, S.; Nowak, D.: Medizinische und berufliche Rehabilitation. Orientierungshilfe für Betrieb, Praxis und Klinik. Heidelberg, München, Landsberg, Frechen, Hamburg. 2013
- Grunenberg, G.:** IPG-Newsletter Gesundheitsförderung 02/02. Juni 2004:  
[https://www.ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/ppg/aser-vice/newsletter/iPG-newsletter\\_archiv/iPG-NL-02-04/Gesundheitssystem\\_Finnland/index.html](https://www.ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/ppg/aser-vice/newsletter/iPG-newsletter_archiv/iPG-NL-02-04/Gesundheitssystem_Finnland/index.html) [ Stand 31.12.2019]
- Haaf, H.G.; Schliehe F.:** Zur Situation in der Rehabilitationsforschung: Stand und Bedarf, IN: Bengel, J.; Koch U.: Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung. Heidelberg 2000
- Herrmann, J.M.; Geigges, W.; Stiels, W.:** Biopsychosoziale Rehabilitation. IN: Adler R.; Bertram, W.; Haag, A.; Herrmann, J.M.; Köhle, K.; Von Uexküll, T. (Hrsg.): Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik. 2. Auflage. Stuttgart 1992
- Hüther, G.:** Psycho-somatik und Somato-psychik – Die untrennbare Einheit von Körper und Gehirn. IN: Diegelmann C.; Isermann Margarete (Hrsg.): Ressourcenorientierte Psychoonkologie. Psyche und Körper ermutigen. 3. Auflage. Stuttgart 2016
- Igl, G.:** Das SGB IX im System des Sozialrechts. IN: Blumenthal, W.; Schliehe, F.: Teilhabe als Ziel der Rehabilitation. 100 Jahre Zusammenwirken in der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e.V. Heidelberg 2009
- Kela:** Kela. Die Sozialversicherungsanstalt:  
[https://www.kela.fi/documents/10180/12149/kela\\_yleisesite\\_de\\_net.pdf/a94556dd-aa29-4199-9ba6-f3a5df7ae0c0?version=1.1](https://www.kela.fi/documents/10180/12149/kela_yleisesite_de_net.pdf/a94556dd-aa29-4199-9ba6-f3a5df7ae0c0?version=1.1) [ Stand 29.12.2019]

Kela: Rehabilitative Psychotherapie. <https://www.kela.fi/web/en/rehabilitative-psychotherapy> [Stand 19.01.2020]

**Klußmann, R.:** Psychosomatische Medizin. 4. Auflage. Heidelberg 1998

**Linden, M.:** Stationäre“ psychosomatische Rehabilitationen“ gemäß Sozialgesetz. IN: Frieboes, R.-M., Zaudig, M.; Nosper: Rehabilitation bei psychischen Störungen nach Maßgaben der ICF und der ICD-10. M. München 2005

**Martius, Ph.:** Psychische Erkrankungen. IN: Hallier, E.; Letzel, S.; Nowak, D.: Medizinische und berufliche Rehabilitation. Orientierungshilfe für Betrieb, Praxis und Klinik. Heidelberg, München, Landsberg, Frechen, Hamburg. 2013

**MSAH. Ministry of social affairs and health:** mental health services. legislation: <https://stm.fi/en/social-and-health-services/legislation> [Stand 29.12.2019]

**Morfeld, M.; Koch U.; Bergelt C.; Mehnert A.:** Versorgung mit Rehabilitationsleistungen IN: Hurrelmann, K.; Razum O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 6. Auflage. Weinheim und Basel 2016

**Möller, H.-J.; Laux, G.:** Psychosomatische Medizin und psychosomatische Störungen. IN: Möller, H.-J., Laux, G., Deister, A.: Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. 6. Auflage. Stuttgart 2015

**National Institute for Health and Welfare:** Publications committee for statistical products: Statistical yearbook on social welfare and health care 2018. Helsinki 2019. <https://www.julkari.fi/handle/10024/137595> [Stand 18.01.2020]

**Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD); European Observatory on Health Systems and Policies; European Commission:** State of the Health in the EU Finland Country Health Profile 2017: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264283367-en.pdf?expires=1579435917&id=id&acname=guest&checksum=BEAA394F8E36421D287482CF912E1662> [Stand: 31.12.2019]

**Organisation for Economic Co-operation and Development; European Observatory on Health Systems and Policies; European Commission:** State of the Health in the EU France Country Health Profile 2017: <https://www.oecd-ili->

brary.org/docserver/9789264283374-en.pdf?expires=1579435977&id=id&ac-  
cname=guest&checksum=168C458A60DDA1637CB9A15F75CCD092 [Stand  
31.12.2019]

**Organisation for Economic Co-operation and Development; European Ob-  
servatory on Health Systems and Polices; European Commission:** Health at  
a Glance: Europe 2018. State of Health in the EU Cycle. Paris 2018:  
<https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm> [Stand  
22.12.2019]

**Organisation for Economic Co-operation and Development; European Ob-  
servatory on Health Systems and Polices; European Commission:** Health  
at a Glance: Europe 2018. State of Health in the EU. Finland. Country Health  
Profile 2019: [https://ec.eu-  
ropa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019\\_chp\\_fi\\_english.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_fi_english.pdf) [Stand  
18.01.2020]

**Offermanns, G.:** Prozess- und Ressourcensteuerung im Gesundheitssystem.  
Neue Instrumente zur Steuerung von Effektivität und Effizienz in der Versorgung.  
Heidelberg 2011

**Panter, W.:** Medizinische und berufliche Rehabilitation aus Sicht der Betriebs-  
ärzte. IN: Hallier, E.; Letzel, S.; Nowak, D.: Medizinische und berufliche Rehabi-  
litation. Orientierungshilfe für Betrieb, Praxis und Klinik. Heidelberg, München,  
Landsberg, Frechen, Hamburg. 2013

**Paloma Passon; T.:** Internationaler Vergleich der Rehabilitation in Deutschland  
und Frankreich. Systemvergleich und Ergebnisqualität in der Orthopädischen Re-  
habilitation. Ulm 2012

**Progress Consulting S.r.l. und Living Prospects Ltd.:** Die Verwaltung der Ge-  
sundheitssysteme in den EU-Mitgliedstaaten - Die Rolle der lokalen und regiona-  
len Gebietskörperschaften- Europäische Union 2012

**Rentsch, H.P.; Bucher, P.O.:** ICF in der Rehabilitation. Die praktische Anwen-  
dung der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und  
Gesundheit im Rehabilitationsalltag. Idstein 2005

**Rick, O.; Stachow, R.:** Klinikleitfaden Medizinische Rehabilitation. München  
2011



**Risikko, P.:** Health Care Act. [https://www.finlex.fi/en/laki/kaanokset/2010/en20101326\\_20131293.pdf](https://www.finlex.fi/en/laki/kaanokset/2010/en20101326_20131293.pdf) [Stand 29.12.2019]

**Romppel, M.; Grande, G.:** Gesundheitspsychologische Diagnostik. IN: Bengel, J.; Mittag, O. (Hrsg.): Psychologie in der Rehabilitation. Ein Lehr- und Praxis-handbuch. Heidelberg 2016

**Schian, H.-M.:** ICF- Nationale, europäische und internationale Auswirkungen auf Politik und Recht. IN: Blumenthal, W.; Schliehe, F.: Teilhabe als Ziel der Rehabilitation. 100 Jahre Zusammenwirken in der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e.V. Heidelberg 2009

**Schliehe, F.:** Einführung und Überblick. IN: Blumenthal, W.; Schliehe, F.: Teilhabe als Ziel der Rehabilitation. 100 Jahre Zusammenwirken in der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e.V. Heidelberg 2009

**Schmachtenberg, R.:** Politik braucht Informationen: Zahlen, Daten, Fakten und die Sicht Betroffener. IN: Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V., Speck, A., Steinhart, I. (Hrsg.). Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und –risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen. Köln 2018

**Schubert, M.; Viehmeier S., Thimmel, R.:** In der Rehabilitation. IN: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Rehabilitation vom Antrag bis zur Nachsorge- für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe. Frankfurt 2018

**Senf, W.:** Historische Entwicklung der Psychosomatischen Medizin. IN: Böker, H.; Hoff, P.; Seifritz, E. (Hrsg.): Psychosomatik heute. Psychosomatik in Klinik und Forschung. Bern 2019

**Seton, fr.; connexion emploi:** Fehlzeiten am Arbeitsplatz in Frankreich- Zwischen Krankheitsurlaub und psychischer Gesundheit: [<https://www.connexion-emploi.com/de/a/fehlzeiten-am-arbeitsplatz-in-frankreich-zwischen-krankheitsurlaub-und-psychischer-gesundheit>. Stand 26.01.2020]

**Sewöster, D.; Haaf, H.-G.:** Gesetzliche Rentenversicherung. IN: Hallier, E.; Letzel, S.; Nowak, D.: Medizinische und berufliche Rehabilitation. Orientierungshilfe für Betrieb, Praxis und Klinik. Heidelberg, München, Landsberg, Frechen, Hamburg. 2013

**Simon, M.:** Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 4. Auflage. Bern 2013

**Speck, A.:** Fokus Stigma: Ein Teilhaberrisiko? IN: Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V., Speck, A., Steinhart, I. (Hrsg.): Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und –risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen. Köln 2018

**Speck, A.:** Von der Teilhabe zur Befähigung. IN: Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V., Speck, A., Steinhart, I. (Hrsg.). Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und –risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen. Köln 2018

**Stegmann, R.; Schröder, U.B.:** Anders Gesund. Psychische Krisen in der Arbeitswelt. Prävention, Return-to-work und Eingliederungsmanagement. Wiesbaden 2018

**Stähler, T.; Schian, M.:** Rechtliche Grundlagen der Rehabilitation. IN: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Rehabilitation vom Antrag bis zur Nachsorge- für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe. Frankfurt 2018

**Stähler, T.; Schian, M.:** Trägerübergreifende Umsetzung des Rehabilitations- und Behindertenrechts. IN: Blumenthal, W.; Schliehe, F.: Teilhabe als Ziel der Rehabilitation. 100 Jahre Zusammenwirken in der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e.V. Heidelberg 2009

**Terreyden Ja Hyvinvoinnin Laitos:** Sosiaali – ja terveystilastollinen vuosikirja 2018. Helsinki. 2019: [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137595/Sosiaali-%20ja%20terveysalan%20tilastollinen%20vuosikirja\\_2018\\_verkkoon.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137595/Sosiaali-%20ja%20terveysalan%20tilastollinen%20vuosikirja_2018_verkkoon.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [Stand 30.12.2019]

**Thimmel, R.; Schubert, M.; Viehmeier, S.:** Nach der Rehabilitation. IN: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Rehabilitation vom Antrag bis zur Nachsorge- für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe. Frankfurt 2018

**Thomann, K.-D.:** Rehabilitation. IN: Becher, St.; Ludolph, E.: Grundlagen der ärztlichen Begutachtung. 2. Aktualisierte Auflage. Stuttgart 2017

**Thielgen, G.; Seel, H.:** Strukturelle Grundlagen der Rehabilitation. IN: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Rehabilitation vom Antrag bis zur Nachsorge- für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe. Frankfurt 2018

**Viehmeier, S.; Schubert, M.; Thimmel, R.:** Vor der Rehabilitation. IN: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Rehabilitation vom Antrag bis zur Nachsorge- für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe. Frankfurt 2018

**Voderholzer, U.:** Kennzahlen und Fakten zu psychischen Erkrankungen in Deutschland. IN: Vorderholzer, U.; Hohagen, F. (Hrsg.): Therapie psychischer Erkrankungen. State of the art. 14. Auflage. München 2019

**Von Hayek, D.:** Psychosomatische Störungen im Alter. In: Andreae, S.; Von Hayek, D.; Weniger, J. (Hrsg.): Gesundheits- und Krankheitslehre für die Altenpflege. 4. Auflage. Stuttgart 2015

**Vorma, H.:** Ministry of social affairs and health. Mental Health Services: <https://stm.fi/en/mental-health-services> [Stand 28.12.2019]

**Voß, K.-D.; Hüllen, B.:** Rehabilitation im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung. IN: Blumenthal, W.; Schliehe, F.: Teilhabe als Ziel der Rehabilitation. 100 Jahre Zusammenwirken in der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e.V. Heidelberg 2009

**Welti, F.:** Der rechtliche Schutz behinderter Menschen in Deutschland – systematische, verfassungsrechtliche und europäische Grundlagen. IN: Blumenthal, W.; Schliehe, F.: Teilhabe als Ziel der Rehabilitation. 100 Jahre Zusammenwirken in der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e.V. Heidelberg 2009

**Wieser, S.; Schmidt, M.; Brunner, B.:** Die gesellschaftlichen Kosten der psychosomatischen Krankheiten. IN: Böker, H.; Hoff, P.; Seifritz, E. (Hrsg.): Psychosomatik heute. Psychosomatik in Klinik und Forschung. Bern 2019

**Zobel, A.; Meyer, A.:** Psyche und Psychosomatik. IN: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Rehabilitation vom Antrag bis zur Nachsorge- für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe. Frankfurt 2018