

– Fachbeitrag D4-2017 –

10.02.2017

## **Aktuelle Herausforderungen in der medizinischen Rehabilitation – Ein Beitrag zum DVfR-Kongress „Teilhabe – Anspruch und Wirklichkeit in der medizinischen Rehabilitation“ am 14./15. November 2016 in Berlin, Teil II<sup>1</sup>**

*Von Christiane Goldbach, LL.M., Universität Kassel*

### **2. Vernetzung von Rehabilitation**

Grundsätzlich können Leistungen zur medizinischen Rehabilitation vor, nach und gleichzeitig neben anderen Leistungen zur Teilhabe im Sinne des § 5 SGB IX und auch sonstigen Sozialleistungen erbracht werden (vgl. §§ 11 Abs. 1 und 2, 8 Abs. 1 SGB IX).

Um vor diesem Hintergrund rehabilitative Leistungen so durchzuführen, dass eine selbstbestimmte und weitreichende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (vgl. § 1 SGB IX) möglichst auf Dauer (vgl. § 10 Abs. 1 S. 2 SGB IX) erreicht wird, ist eine aufeinander abgestimmte Erbringung unterschiedlicher Leistungen sicherzustellen. Hierfür hat der Gesetzgeber im SGB IX sowohl einzelfallbezogene (u. a. §§ 10 Abs. 1 S. 1, 11, 17 Abs. 2 SGB IX), als auch generelle Kooperations- und Koordinationspflichten der Rehabilitationsträger auf Systemebene (u.a. §§ 12, 13, 19 Abs. 1 S. 1, 20 Abs. 1 S. 1, 21 Abs. 2 SGB IX) verankert und damit die allgemeine Pflicht der Leistungsträger zur Zusammenarbeit (§ 86 SGB IX) für den Anwendungsbereich des SGB IX ergänzt.<sup>2</sup>

Die Gewährleistung vernetzter Leistungen als Voraussetzung zur Verwirklichung einer möglichst weitgehenden Teilhabe, war an verschiedenen Stellen Gegenstand des Kongresses. Das Projekt *RehaInnovativen* befasst sich in den Arbeitsgruppen „Übergänge optimieren“ (Sprecherin **Dr. Helga Seel, Bundesarbeitsgemeinschaft für Re-**

---

<sup>1</sup> Dieser Beitrag wurde unter [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de) als Fachbeitrag D4-2017 in der Kategorie D: Konzepte und Politik veröffentlicht; **Zitiervorschlag:** Goldbach: Goldbach, Aktuelle Herausforderungen in der medizinischen Rehabilitation – Ein Beitrag zum DVfR-Kongress „Teilhabe – Anspruch und Wirklichkeit in der medizinischen Rehabilitation“ am 14./15. November 2016 in Berlin, Teil II; Beitrag D4-2017 unter [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de); 10.02.2017.

<sup>2</sup> Tiefergehend zu Regelungen über die Kooperation der Leistungsträger und die Koordination der Leistungen: *Castendiek*, in: Deinert/Neumann (Hrsg.), Handbuch SGB IX, 2. Aufl. 2009, § 8 Rn. 11 ff.; *Ulrich*, in: Deinert/Welti (Hrsg.), SWK, 2014, Kooperation der Leistungsträger; *Welti*, Rehabilitation 2008, S. 236 (238 f.); *ders.*, in: Luthe (Hrsg.), Rehabilitationsrecht, 2. Aufl. 2015, Kap. C Rn. 56 ff. Insbesondere Bezogen auf die konkrete Hilfeplanung *Rasch*, Soziale Sicherheit 2015, S. 62 (64 ff.).

**habilitation)** und „Regional Zusammenarbeiten“ (Sprecher **Prof. Dr. Matthias Morfeld, Hochschule Magdeburg-Stendal**) ebenfalls mit diesem Themenfeld.

Im Rahmen der ersten Plenar-Diskussion wurde eine vermehrte Vernetzung von Leistungen aus Betroffenen­sicht bereits deshalb befürwortet, weil Berufsgruppen in einer Einrichtung nur für die Aufenthaltsdauer zuständig seien und damit regelmäßig auch die Zielentwicklung nur für einen sehr begrenzten Zeitraum vorgenommen werde. Aus Sicht therapeutischer Berufsgruppen wies **Arnd Longrée (Vorsitzender Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V.)** darauf hin, dass eine Veränderung der Kontextfaktoren erheblich dadurch erschwert werde, dass die Rahmenbedingungen es nicht zuließen, die Alltags- und Arbeitsbedingungen eines Rehabilitanden unmittelbar in Augenschein zu nehmen.

**Jürgen Langenbacher (Landschaftsverband Rheinland)** konnte im Rahmen eines Workshops drei Modelle vorstellen, in denen eine Vernetzung unterschiedlicher Leistungen gelungen sei, betonte aber zugleich, dass es sich hierbei um Ausnahmen handle, die durch Initiativen der Leistungserbringer ermöglicht worden seien. Bezogen auf die Leistungsträger seien keine dahingehenden Bestrebungen erkennbar, womit die Regelungen zur Zusammenarbeit weitestgehend nicht gelebt würden.

Im Workshop „Regional Zusammenarbeiten“ stellte **Dr. Harry Fuchs** zur Verdeutlichung einer in diesem Zusammenhang bestehenden Diskrepanz zwischen Recht und Wirklichkeit heraus, dass bereits in § 1 Abs. 2 SGB I zum Ausdruck komme, dass soziale Dienste und Einrichtungen so zu gestalten seien, dass sie geeignet sind, die umfassenden Ziele aus § 1 Abs. 1 SGB I zu erreichen. Der explizit verankerte Sicherstellungsauftrag aus § 17 SGB I, § 19 Abs. 1 SGB IX sei jedoch faktisch so gut wie gar nicht umgesetzt. Insbesondere gäbe es keine regionalen Arbeitsgemeinschaften im Sinne des § 12 Abs. 2 SGB IX zur Gewährleistung eines einheitlichen Leistungsangebotes (vgl. § 12 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX).

**Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann** verdeutlichte, dass Vernetzung und Sozialraumbezug zu den zentralen Aspekten in der medizinischen Rehabilitation zählten. Eine ideale Vernetzung stellte er dabei für die mobile Rehabilitation fest, die in Einrichtungen zur Eingliederungshilfe jedoch nicht genutzt werde. Problematisch sah er, dass vor allem für Personen mit geistiger und schwerer Mehrfachbehinderung die Angebote zur medizinischen Rehabilitation im engeren Sinne (vgl. § 26 SGB IX) regelmäßig nicht bedarfsgerecht seien. Der Bedarf an medizinischer Rehabilitation in einem Standardversorgungsgebiet reiche nicht aus, um ein spezialisiertes Angebot regional sicherstellen zu können. Eine Möglichkeit sah er darin, dass neben der medizinischen Rehabilitation im Sinne des § 26 SGB IX, noch andere Leistungen zur rehabilitationsmedizinischen Versorgung vorhanden seien; diesbezüglich könnten beispielsweise Leistungserbringer der Eingliederungshilfe unter anderem zugleich eine Zulassung als Erbringer von Ergo-

therapie oder Soziotherapie anstreben (vgl. §§ 124, 132b SGB V), um somit ein intensives und ideal vernetztes Leistungsangebot bereitzustellen.<sup>3</sup>

Bezogen auf das Projekt *RehalInnovativen* erläuterte **Prof. Dr. Matthias Morfeld**, dass in der Arbeitsgruppe „Regional Zusammenarbeiten“ aktuell vor allem die übergreifende Frage nach geeigneten Indikatoren für einen nachsorgeadäquaten Sozialraum erörtert werde.

Zur Bedeutung des BTHG<sup>4</sup> für eine Förderung von Vernetzung wurden insbesondere die vorgesehene Stärkung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (vgl. § 39 SGB IX-E) sowie der in § 41 SGB IX-E vorgesehene Teilhabeplanverfahrensbericht mehrheitlich positiv hervorgehoben. Problematisch wurde die Schnittstelle zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und den Sozialhilfeträgern gesehen, die schon bisher sehr streitbefangen gewesen sei, wie die zahlreichen Gerichtsverfahren zeigten. Kritisiert wurde in diesem Zusammenhang, dass die Sozialhilfeträger und Träger der Kinder- und Jugendhilfe auch weiterhin nicht verbindlich bei der Erstellung der Gemeinsamen Empfehlungen mitarbeiten müssten (vgl. § 13 Abs. 5 SGB IX). Welche Möglichkeiten durch die vorgesehene unabhängige Teilhabeberatung (§ 32 SGB IX-E) für die Koordination und Vernetzung von Leistungen entstehen könnten, wurde für unklar gehalten.

### 3. Rolle der Berufsgruppen zur Verwirklichung von Teilhabe

In verschiedenen Zusammenhängen des Kongresses wurde deutlich, dass neben den Leistungsträgern vor allem die in der medizinischen Rehabilitation tätigen Berufsgruppen von hoher praktischer Relevanz für die Umsetzung einer teilhabeorientierten Leistungserbringung sind. So kann vor allem die erhebliche Bedeutung der individuellen Kontextfaktoren für den Erfolg einer Rehabilitation nur dann entsprechend berücksichtigt werden, wenn auch die beteiligten Berufsgruppen nicht nur auf eine Behebung funktioneller Einschränkungen, sondern zugleich auf eine Veränderung der Kontextfaktoren hinwirken.

Bezogen auf die Umsetzung in der Praxis konnte im Rahmen einer Plenar-Diskussion herausgestellt werden, dass sowohl die Ärzteschaft als auch die Erbringer von Heilmitteln kaum Kenntnisse über die ICF und ein teilhabeorientiertes Rehabilitationsver-

---

<sup>3</sup> Vertiefend zu solchen Möglichkeiten *DVfR*, Zur Bedeutung der Heilmittel für die Förderung der Teilhabe unter Berücksichtigung des Auftrags therapeutischer Fachberufe – ein Beitrag zur aktuellen Diskussion, Februar 2016, abrufbar unter <http://www.dvfr.de/stellungnahmen> (abgerufen am 18.11.2016), insbesondere S. 46 ff.

<sup>4</sup> Zum Zeitpunkt des Kongresses lag das BTHG noch in der Entwurfsfassung der Bundesregierung vom 05.09.2016 vor (BT-Drs. 18/9522). Verabschiedet wurde das Gesetz am 01.12.2016 in der Fassung der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Arbeit und Soziales vom 30.11.2016 (BT-Drs. 18/10523). Am 16.12.2016 hat der Bundesrat seine Zustimmung erteilt. Veröffentlicht wurde das Gesetz im Bundesgesetzblatt 2016, Teil I Nr. 66 vom 29.12.2016, S. 3234.

ständnis haben und dahingehend Änderungen in den Ausbildungsinhalten anzustreben seien.

Ebenso wurde angesprochen, dass die Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation sowohl quantitativ als auch qualitativ zu gering ausgestaltet sei und in allen Bereichen Beratungskompetenzen weiterentwickelt werden müssten.

Konkret bezogen auf die Aufnahme eines Rehabilitanden in eine Rehabilitationseinrichtung gab **Dr. Inge Ehlebracht-König**, als ehemalige ärztliche Direktorin eines Reha-Zentrums, den Hinweis, dass Rehabilitanden an Ärzte andere Informationen weitergeben als beispielsweise an den Sozialdienst. Dahingehend vertrat sie übereinstimmend mit **Arnd Longrée** und **Thomas Unger (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V., Landesarbeitsgemeinschaft Baden-Württemberg)** die Auffassung, dass es für mehr Teilhabeorientierung wünschenswert wäre, disziplinübergreifende Aufnahmekonferenzen einzuführen. Eine dahingehende Entwicklung sei aufgrund begrenzter personeller und struktureller Ressourcen jedoch aktuell nicht zu erwarten.

Des Weiteren wurde die Rolle der Vertragsärzte in der medizinischen Rehabilitation thematisiert. So äußerte **Marion Rink (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe)**, dass aus Betroffenen­sicht die Funktion des Hausarztes von hoher Relevanz sei; dieser habe umfassende Kenntnisse über die Kontextfaktoren eines Rehabilitanden, die er an eine Rehabilitationseinrichtung weitergeben könne und zugleich bestehe die Möglichkeit, dass der Hausarzt auch nach der Entlassung die weitere Zielerreichung begleitet, womit bestehende Erfolge wirksam weiterentwickelt werden könnten. Eine bessere Verzahnung zwischen Vertragsärzten und Leistungserbringern der medizinischen Rehabilitation wurde insgesamt von allen Beteiligten befürwortet. Zugleich wurde vereinzelt jedoch auch darauf hingewiesen, dass mehr Teilhabeorientierung in der ambulanten Akutversorgung notwendig sei.

### III. Ausblick

Der Kongress hat gezeigt, dass mehr Teilhabe in der Praxis der medizinischen Rehabilitation nicht nur rechtlich geboten, sondern auch von allen beteiligten Akteuren gewollt ist. Aktuelle Herausforderungen wurden insbesondere in der Entwicklung zielorientierter Leistungsangebote, der umfassenden Feststellung des Rehabilitationsbedarfs, der Sicherstellung einer teilhabeorientierten, personenzentrierten Leistungserbringung und einer regionalen Vernetzung von Leistungen gesehen. Die zentrale Rolle der Berufsgruppen ist dabei sowohl für die Bedarfsfeststellung als auch für die Leistungserbringung hervorgehoben worden.

Das Projekt *RehaInnovativen* bietet mit den zentralen Handlungsfeldern „Übergänge optimieren“, „Reha individualisieren“ und „Regional zusammenarbeiten“ eine große Chance Weiterentwicklungen anzustoßen. Ebenso wird auch der Kongress dazu beitragen neue Impulse für die Teilhabeorientierung in der medizinischen Rehabilitation zu

setzen, wie **Adolf Bauer (Kongresspräsident; Sozialverband Deutschland)** zum Abschluss des Kongresses betonte.

Die Diskussionen zum BTHG waren, wie von **Walter Krug (Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke/Berufsbildungswerk Abensberg)** zum Ausdruck gebracht, geprägt von Polarität zwischen Hoffnung und Befürchtung. Von den Anwesenden wurde die Hoffnung geäußert, dass im Gesetzgebungsverfahren noch die Chance für Anpassungen genutzt wird. Für die Phase nach Inkrafttreten des Gesetzes wurde dafür plädiert, das Gesetz ernst zu nehmen und zu einer gelungenen Umsetzung beizutragen. So müssten insbesondere die Selbstverwaltungskörperschaften Kooperation leben und eine Implementation vor Ort praktisch angegangen werden. Letztendlich komme es darauf an, was aus dem Gesetz gemacht wird.

---

Ihre Meinung zu diesem Fachbeitrag ist von großem Interesse für uns.  
Wir freuen uns auf Ihren Kommentar auf [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de).

---