

Agenda für einen Aktionsplan „Inklusives Gesundheitswesen“ der Bundesregierung – ein Beitrag aus der DVfR

Positionen aus der DVfR

November 2022

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR)

Maaßstraße 26

69123 Heidelberg

Telefon: 06221 187 901-0

E-Mail: info@dvfr.de

www.dvfr.de | www.reha-recht.de

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	5
I. Einleitung	5
1. Zur Entwicklung eines inklusiven Gesundheitswesens	6
2. Beteiligung und Beitrag der DVfR	7
II. Allgemeines	9
1. Einleitung	9
2. Barrierefreiheit	9
3. Prävention	11
4. Partizipation der betroffenen Personen im Gesundheitswesen	11
5. Förderung der Aus-, Fort- und Weiterbildung im Hinblick auf Teilhabesicherung für alle Gesundheitsberufe, u. a. behinderungsspezifische Inhalte, Sicherstellung ausreichender Lehrangebote	12
III. Stärkung und Ausbau der Versorgungsstrukturen und -prozesse in der medizinischen Rehabilitation und angrenzenden Bereichen	13
1. Allgemeines	13
2. Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderungen (MZEB)	14
3. Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) und Frühförderung	14
4. Medizinische Reha für Menschen mit Beeinträchtigungen und/oder Pflegebedürftigkeit	15
5. Aufsuchende Reha-Formen (Mobile Rehabilitation)	16
6. Ambulante medizinische Rehabilitation für Kinder- und Jugendliche	16
7. Berücksichtigung besonderer Bedarfe in der postakuten komplexen medizinischen Rehabilitation bei schweren Erkrankungen	17
8. Frührehabilitation im Krankenhaus	17
9. Indikationsübergreifende medizinische Rehabilitation bei Multimorbidität	17
10. Nachsorge	18
11. Zugänglichkeit, Individualisierung	18
12. Wunsch- und Wahlrecht stärken	18
13. Digitalisierung	19
IV. Krankenhausbehandlung	19
V. Heilmittelversorgung	20
VI. Hilfsmittelversorgung	21
VII. Rehabilitation bei Versicherten mit außerklinischer Intensivpflege	22
VIII. Bewältigung der Pandemie	22
IX. Psychiatrie	23

X.	Teilhabeorientierung in der Pflege	24
XI.	Fachkräftemangel	24
XII.	Forschung.....	25
XIII.	Wichtige Schnittstellen.....	25
XIV.	SGB XIV: Prüfung von Handlungsbedarfen	25
XV.	Schlussbemerkung	26
	Über die DVfR	26

Agenda für einen Aktionsplan „Inklusives Gesundheitswesen“ der Bundesregierung – ein Beitrag aus der DVfR

Vorbemerkung

Die Bundesregierung hat in ihrem Koalitionsvertrag vereinbart, bis Ende 2022 einen Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen mit den Beteiligten zu erarbeiten. Damit stehen Bedarfsgerechtigkeit, Barrierefreiheit, Zugänglichkeit, Selbstbestimmung und Teilhabeorientierung auf der gesundheitspolitischen Tagesordnung. Dazu will auch die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) einen Beitrag leisten.

I. Einleitung

Das Gesundheitswesen befindet sich in stetigem Wandel. In diesem Zusammenhang ist festzustellen, dass es zahlreiche Bemühungen gab und gibt, das Gesundheitswesen inklusiver zu gestalten. Dennoch werden die Fortschritte auf diesem Gebiet vielfach als noch unzureichend kritisiert und weitere Schritte auf dem Weg zu einem inklusiven Gesundheitswesen gefordert.

Im politischen Raum manifestiert sich dies in zahlreichen Stellungnahmen, die von Betroffenen, Verbänden und Organisationen an die Bundesregierung, aber auch an die Selbstverwaltung herangetragen werden. Diese werden häufig durch Studien, etwa im Rahmen der Versorgungsforschung, empirisch untermauert. Leider werden diese Forderungen in der Bundespolitik bislang nur selten umfassend und zusammenhängend diskutiert. Eine gewisse Ausnahme bildet der Antrag von Abgeordneten und Fraktion Bündnis 90/Die Grünen „Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen unverzüglich menschenrechtskonform gestalten“ (BT-Drucksache [19/27874](#)) vom 24.03.2021, in dem versucht wird, Vorschläge zur menschenrechtskonformen Versorgung von Menschen mit Behinderungen in einem größeren Zusammenhang zu formulieren.

Es ist bemerkenswert, dass die Bundesregierung in ihrem [Koalitionsvertrag](#) neben anderen Vorhaben im Gesundheitswesen das Thema „Inklusives Gesundheitswesen“ explizit aufnimmt: *„Für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen erarbeiten wir mit den Beteiligten bis Ende 2022 einen Aktionsplan, stärken die Versorgung schwerstbehinderter Kinder und entlasten ihre Familien von Bürokratie. Die Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen sowie die Sozialpädiatrischen Zentren bauen wir in allen Bundesländern aus.“* Damit wird das Vorhaben formuliert, einen Aktionsplan zu erstellen, der Leitideen, Vorschläge und explizite Maßnahmen zusammenfasst, die ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen zum Ziel haben. Zugleich werden an dieser Stelle im Koalitionsvertrag einige relevante Punkte bereits konkret benannt.

Dies ist Anlass für die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR), sich an der Vorbereitung für einen solchen Aktionsplan zu beteiligen. Sie stützt sich dabei auf ihre Arbeitsergebnisse und auf Vor- und Zuarbeiten ihrer Mitglieder und anderer Akteure. Dabei können und sollen auch wissenschaftlich noch nicht aufgearbeitete Erfahrungen berücksichtigt werden, soweit es sich aus Sicht der DVfR nicht nur um vereinzelte Berichte handelt. Denn es gibt nicht zu allen Sachverhalten empirisch gute Studien und nicht immer werden spezifische Belange gerade von schwer von Beeinträchtigungen betroffenen Menschen in den Fachdiskursen hinreichend beachtet.

1. Zur Entwicklung eines inklusiven Gesundheitswesens

Im Verständnis der DVfR ist ein gutes Gesundheitssystem allgemein durch folgende Eigenschaften gekennzeichnet:

Die benötigten Angebote der Gesundheitsversorgung stehen allen Bürgerinnen und Bürgern bedarfsgerecht zur Verfügung.

Bedarfsgerechtigkeit meint, dass die zur Vermeidung, Behandlung und Bewältigung von Krankheiten und ihren Folgen (insbesondere auch für die Selbstbestimmung und Teilhabe) erforderlichen Angebote den individuellen Bedarfen der Bürgerinnen und Bürger entsprechen.

Verfügbarkeit bedeutet, dass die aus fachlicher Sicht (entsprechend dem aktuellen Stand der Wissenschaft) notwendigen und zweckmäßigen Angebote auch tatsächlich von allen Bürgerinnen und Bürgern genutzt werden können.

Ein inklusives Gesundheitswesen hat zwei besondere Ziele: (1) Alle Bürgerinnen und Bürger können das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen, d. h., jegliche Exklusion bei der Nutzung von Gesundheitsleistungen wird verhindert. (2) Die Angebote des Gesundheitssystems sind darauf ausgerichtet, bei der Bewältigung von Krankheitsfolgen und Beeinträchtigungen umfassende und selbstbestimmte Teilhabe zu unterstützen. Dazu gehören insbesondere folgende Aspekte:

- Ein inklusives Gesundheitswesen umfasst solche Angebote, die Menschen wegen ihrer speziellen Gesundheitsstörung, ihrer Beeinträchtigung oder Pflegebedürftigkeit benötigen.
- Die Angebote eines inklusiven Gesundheitswesens sind für alle unabhängig von ihrer persönlichen Lebenssituation in gleicher Weise erreichbar.
 - Erreichbarkeit bedeutet, dass alle Bürgerinnen und Bürger das benötigte Angebot mit ihren vorhandenen Mitteln und vertretbarem Aufwand tatsächlich aufsuchen und nutzen können.
 - Dies bedeutet u. a. auch Barrierefreiheit, Niedrigschwelligkeit der Inanspruchnahme und Diskriminierungsfreiheit (u. a. Behinderungs-, Kultur- und Gendersensibilität).
 - Dazu gehört die Förderung von Gesundheitskompetenz.
 - Ferner gehört zur Erreichbarkeit auch das Vorhandensein von Ressourcen, die zur Inanspruchnahme benötigt werden, z. B. finanzielle Mittel (für Eigenanteile, weitere Gesundheitsleistungen, Mobilität), sowie ggf. Unterstützung bei der konkreten Inanspruchnahme des Gesundheitswesens, z. B. bei der Beförderung, der Kommunikation, der Begleitung u. a.
- Ein inklusives Gesundheitswesen
 - arbeitet menschenrechtsorientiert und fördert die Selbstbestimmung und die Teilhabe,
 - handelt ressourcen- und nicht defizitorientiert,
 - ist Teil eines inklusiven Gemeinwesens und arbeitet sozialraumorientiert,
 - ist frei von Benachteiligung und Diskriminierung bestimmter Personengruppen und begegnet proaktiv Exklusionsrisiken,
 - fördert die Inklusion durch die Ausrichtung der Angebote am Ziel einer möglichst umfassenden und selbstbestimmten Teilhabe aller Mitglieder der Gesellschaft,

- bezieht die individuelle Lebenssituation und das unmittelbare Lebensumfeld (Familie und Bezugspersonen) mit ein,
- orientiert sich am biopsychosozialen Modell von Behinderung und an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO),
- arbeitet trägerübergreifend und gestaltet die Schnittstellen zu anderen Lebensbereichen und nicht unmittelbar gesundheitsbezogenen Leistungen so, dass Gesundheit gefördert, Krankheiten vermieden, ihre Auswirkungen vermindert und ihre Bewältigung im Hinblick auf eine hohe Lebensqualität, Selbstbestimmung und Teilhabe der betroffenen Personen unterstützt werden.

Ein inklusives Gesundheitswesen ist lebensweltorientiert „vom Menschen aus“ konzipiert, d. h., die individuellen Lebenssituationen der Menschen sind der Ausgangspunkt für die Organisation von notwendigen Leistungen, und zwar sowohl aus dem Gesundheits- als auch aus dem Sozialwesen. Dazu gehören u. a. ein gutes Management der Schnittstellen innerhalb des Gesundheitswesens und zum Sozialwesen sowie eine qualifizierte Beratung, die flächendeckend und systematisch zur Verfügung stehen muss. Zum Beratungsangebot muss auch eine Beratung durch Peers gehören, durch die Behandlung, Rehabilitation und Teilhabe ganz wesentlich unterstützt werden können.

Mit dem Zusatz „inklusiv“ wird der gesellschaftliche Anspruch an das Gesundheitswesen lediglich konkretisiert, da schon auf Grund der gesetzlichen Grundlagen für das Gesundheitswesen Benachteiligungen von Bevölkerungsgruppen ausgeschlossen sein müssten. Diese Konkretisierung erscheint aber erforderlich, da das Gesundheitswesen für Menschen mit Behinderungen, chronischen Krankheiten und Pflegebedürftigkeit noch nicht alle benötigten Leistungen zur Verfügung stellt, deren Erreichbarkeit nicht durchgängig sicherstellt, Benachteiligungen nicht durchgängig vermeidet und zudem die Sicherung der gesellschaftlichen Teilhabe nicht im möglichen und erforderlichen Ausmaß gewährleistet.

Nur ein inklusives Gesundheitswesen in diesem Sinne entspricht Art. 3 Abs. 3 Grundgesetz (GG), dem Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK; Art. 25 und 26), dem Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) und anderen gesetzlichen Grundlagen, z. B. den umfassenden Ansprüchen auf Selbstbestimmung und Teilhabe nach dem SGB IX, aber z. B. auch nach § 2a SGB V.

2. Beteiligung und Beitrag der DVfR

Da die Mitgliedschaft der DVfR sehr heterogen ist und aus Leistungsträgern, Leistungsanbietern, Betroffenenverbänden, Expertinnen und Experten und ihren Verbänden besteht, sind der Entwicklung konsentierter Positionen bei unterschiedlichen Interessenlagen Grenzen gesetzt. Diese Agenda ist deshalb nicht als Konsenspapier aller Mitglieder der DVfR zu verstehen, sondern als Beitrag aus den Reihen der DVfR mit dem Ziel, Problemlagen und Fragestellungen zu beschreiben, die für die Erreichung eines inklusiven Gesundheitswesens von Bedeutung sind und die einer weiteren Bearbeitung im Sinne von Klärung und Erarbeitung von Lösungsoptionen bedürfen.

Dabei werden gesundheitsbezogene Schnittstellen zu anderen Bereichen nur angesprochen, nicht aber vertieft behandelt, z. B. Arbeitsschutz und arbeitsmedizinische Versorgung (auch in der beruflichen Rehabilitation), gesundheitliche Versorgung im Kontext von Bildung, Leistungen zur sozialen Teilhabe etc. Die Pflegepraxis und ihre Bedeutung für die Teilhabe

wird einbezogen, nicht jedoch die grundsätzliche Gestaltung des Pflegesystems bzw. der Pflegeversicherung.

Ziel ist es dabei, die Vorgaben der UN-BRK (Art. 25 und 26), aus Art. 3 Abs. 3 GG, § 2a SGB V sowie aus §§ 4, 42 und 43 SGB IX umzusetzen.

Dabei sind mehrere Handlungsebenen zu unterscheiden:

- Gesetzgebung (Legislative), u. a. im Bereich des Rehabilitations- und Teilhaberechts, auch internationales Recht, u. a. im Hinblick auf menschenrechtliche Diskurse,
- untergesetzliche Normen, Verwaltungsvorschriften, Richtlinien, Empfehlungen usw., einschl. der Bestimmungen zur Finanzierung,
- Akteure:
 - Sozialpartner,
 - Leistungsträger (Gesetzliche Krankversicherung – GKV, Deutsche Rentenversicherung – DRV, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung – DGUV, Bundesagentur für Arbeit – BA, Kinder- und Jugendhilfe, Eingliederungshilfe, auch Integrationsämter),
 - Leistungserbringer,
 - Leistungsberechtigte.
- politische Aufgaben des Bundes, der Länder und der Kommunen,
- Aufgaben der Beauftragten für Menschen mit Behinderungen.

Der Beitrag der DVfR zur Vorbereitung eines Aktionsplans „Inklusives Gesundheitswesen“ soll folgende Fragen klären:

- Was soll unter einem inklusiven Gesundheitssystem verstanden werden?
- Welche Themenfelder sind auf dem Weg zu einem inklusiven Gesundheitssystem zu bearbeiten?
- Welche Probleme können in diesen Themenfeldern im Hinblick auf Inklusion identifiziert werden
 - als manifeste Defizite,
 - als noch offene Problemlagen, für die ein Klärungsprozess notwendig ist?
- Welche Lösungsvorschläge oder Handlungsoptionen gibt es?

Die DVfR bietet ihre Mitarbeit an der Erstellung des Aktionsplans an. Sie wird dabei die partizipative Beteiligung der Betroffenen und der Akteure „an der Basis“ fördern.

Soll ein Aktionsplan wirksam sein, ist es wichtig, ihn mit klar definierten Zielen, definierten Zeitvorgaben zur Umsetzung dieser Ziele und hinterlegten Ressourcen zu verknüpfen. Die nachfolgende Übersicht soll einen Überblick über relevante Themen- und Handlungsfelder für die Entwicklung zu einem inklusiven Gesundheitswesen geben. Dabei kann Vollständigkeit nicht erreicht werden, insbesondere nicht im Hinblick auf die jeweiligen institutions- und fachspezifischen Aspekte. Hierzu wird auf die Expertise der unmittelbar beteiligten Akteure, ihrer Verbände, Expertinnen und Experten und die Fachgesellschaften sowie die Literatur verwiesen. Es besteht aber der Anspruch, die wesentlichen Themenfelder unter dem Aspekt rehabilitativer/teilhabefördernder Zielsetzungen zumindest benannt zu haben. Je nach Arbeits- und Kenntnisstand innerhalb der DVfR sind die Darstellungen unterschiedlich ausführlich.

II. Allgemeines

1. Einleitung

Damit ein Gesundheitswesen inklusiv ist, d. h. die oben genannten Eigenschaften aufweist, müssen die Angebote auf die individuelle Lebenssituation und die Vielfalt von Lebensformen der Nutzerinnen und Nutzer zugeschnitten sein. Insbesondere geht es um die Vermeidung jeglicher Diskriminierung auf Grund von Geschlecht, Hautfarbe, nationaler Zugehörigkeit, Religion, Behinderung oder auch auf Grund prekärer Lebenslagen, die z. B. durch Armut, unzureichende Bildung oder schwierige Familienverhältnisse sowie durch mangelnde Ressourcen zur Lebensführung bedingt sein können. Die Chancen auf eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung sind in Deutschland ungleich verteilt und hängen u. a. von den verfügbaren finanziellen Mitteln ab. Insbesondere gilt dies für manche Menschen mit Behinderungen, mit chronischen Krankheiten oder Pflegebedürftigkeit, aber auch mit mangelnden Sprachkenntnissen u. a.

Es gilt, tatsächlich vorhandene Benachteiligungen zu identifizieren und Strategien zu entwickeln, Benachteiligungen und Diskriminierungen in Zukunft zu vermeiden. Dazu bedarf es eines gesellschaftlichen Diskurses, der bislang partiell schon geführt wird, z. B. im Hinblick auf Benachteiligungen oder Diskriminierungen von Frauen, von Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit psychischen Erkrankungen, in Armut oder mit Behinderungen.

Neben der Gestaltung von Rahmenbedingungen kommt es dabei besonders darauf an, dass Haltungen und Einstellungen von Akteuren im Gesundheitswesen von einem umfassenden Inklusionsgedanken geprägt sind und individuelle und strukturelle Diskriminierungen unterbleiben. Dazu bedarf es einer menschenrechtlich fundierten Bewusstseinsbildung. Die aktuelle Diskussion um die alltägliche Präsenz von Rassismus in unserer Gesellschaft verdeutlicht beispielhaft, wie tief verwurzelt Vorurteile und mangelnde Wertschätzung sowie fehlende Anerkennung als gleichberechtigte Bürgerinnen und Bürger sein können. Das spiegeln auch Berichte und Erfahrungen von Menschen mit Behinderungen wider.

2. Barrierefreiheit

Ein inklusives Gesundheitswesen ist barrierefrei. Dienste, Einrichtungen, Produkte und Dienstleistungen sind barrierefrei, wenn sie für Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe auffindbar, zugänglich und nutzbar sind (vgl. Art. 3 Abs. 1 Satz 2 Barrierefreiheitsstärkungsgesetz). Behinderungen entstehen vor allem als Folge der Wechselwirkung von funktionellen Beeinträchtigungen und vorhandenen Barrieren. Dabei sind allgemeine Barrieren, z. B. ein nicht barrierefreier öffentlicher Personennahverkehr (ÖPNV), so dass Menschen mit Mobilitätsbeeinträchtigungen nicht ohne weiteres eine Arztpraxis aufsuchen können, und solche, die spezifisch im Gesundheitswesen auftreten und deshalb auch dort zu beseitigen sind, zu berücksichtigen. Barrierefreiheit muss sich in Strukturen und Prozessen widerspiegeln. Nur sie sichert die freie Arztwahl für Menschen mit Behinderungen.

Barrieren im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen können in folgenden Dimensionen bestehen. Dabei werden i. S. der UN-BRK auch fehlende Vorkehrungen zum Behinderungsausgleich als Barrieren verstanden:

- bei der räumlichen Gestaltung von Gesundheitsangeboten sowie der Zugangswege zu diesen (z. B. bei Beeinträchtigungen der Mobilität),

- bei der Gestaltung von taktilen wie kontrastreichen Leitsystemen und Orientierungshilfen für eine eigenständige Mobilität im Gesundheitswesen, insbesondere für blinde und sehbehinderte Menschen,
- bei fehlendem Zwei-Sinne-Prinzip in der Gestaltung von Gebäuden, Einrichtungen und Informationssystemen,
- bei fehlenden Informationen und Therapieangeboten in einfacher und leichter Sprache und bei schwerer Zugänglichkeit von Informationen für bestimmte Bevölkerungsgruppen (z. B. rein digitale Angebote für ältere Menschen),
- bei der akustischen Kommunikation mit Menschen mit Hörbeeinträchtigungen (u. a. auch Fehlen von Gebärdendolmetschung und Schriftdolmetschung sowie deren Finanzierung),
- bei der schriftlichen Information und Kommunikation sowohl in gedruckter als auch in digitaler Form (Lesbarkeit von Dokumenten und digitalen Medien, Formate in Blindenschrift oder Großdruck),
- bei der deutschsprachigen Kommunikation (Dolmetscherdienste bei Fremdsprachlichkeit),
- bei der zunehmenden Digitalisierung des Gesundheitswesens, z. B. bei Apps oder bei der elektronischen Patientenakte,
- bei der Berücksichtigung kultureller Aspekte des Krankheitsverständnisses und deren Bewältigung,
- im Hinblick auf die Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit von Informationen für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen (Fehlen leichter Sprache, von Assistenzdiensten zur Kommunikationsunterstützung),
- beim Fehlen von Assistenz oder assistiven Technologien für Menschen ohne eigene Aktivsprache,
- beim Fehlen von Unterstützungsleistungen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, insbesondere bei Ängsten, Zwängen, herausforderndem Verhalten oder schweren Depressionen, sowie für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und eingeschränkter Handlungskompetenz sowohl im Hinblick auf die Inanspruchnahme und die Durchführung medizinischer Leistungen als auch für deren Zugänglichkeit und Erreichbarkeit,
- beim Fehlen von materiellen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung (Fahrtkosten für Arztbesuch, geforderte Zu- und Aufzahlungen etc.),
- bei der mangelnden Berücksichtigung intersektionaler Benachteiligungen, z. B. Alter und Behinderung.

Es gilt zu untersuchen, wo solche Barrieren bestehen und relevant werden, ob die bereits vorhandenen Überwindungsstrategien ausreichen, angewendet werden oder ob diese zu ergänzen sind. Zu prüfen ist, ob Barrierefreiheit zu einer Zulassungsvoraussetzung für Dienste und Einrichtungen des Gesundheitswesens gemacht wird.

Das Vorhandensein all dieser verschiedenen Barrieren ist jeweils kontextspezifisch zu prüfen, und zwar in folgenden Bereichen (jeweils mit einzelnen Beispielen):

a) im Krankenhaus

Hier ist z. B. die Wirksamkeit der neuen Regelungen zur Assistenz im Krankenhaus zu überprüfen.

b) in der ambulanten Versorgung

Hier geht es z. B. um die räumliche Barrierefreiheit, die barrierefreie Kommunikation, die Information über vorhandene Barrierefreiheit und die regionale Erreichbarkeit.

c) in der medizinischen Rehabilitation

Hier geht es z. B. um die Barrieren (Ausschluss) für Pflegebedürftige, das Fehlen von Assistenz analog der Regelung im Krankenhaus.

d) bei der Heilmittelversorgung

Hier geht es z. B. um Barrierefreiheit im Rahmen der Fernbehandlung und um wirksamen Zugang zu Heilmitteln auch in prekären Lebenssituationen.

e) bei der Hilfsmittelversorgung

Hier geht es z. B. um den Versorgungsprozess für Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich. Dabei sind Barrieren zu identifizieren, die einen transparenten, zügigen und bedarfsgerechten Versorgungsprozess behindern (s. dazu Kapitel Hilfsmittelversorgung). Es betrifft auch die Barrierefreiheit medizintechnischer Geräte zur Selbsttherapie, z. B. des Diabetes mellitus.

f) im Beförderungswesen

Hier geht es z. B. um die Sicherstellung der Behandlung durch Prüfung der Regelungen zur Übernahme von Beförderungskosten.

g) bei der Zugänglichkeit von digitalen Gesundheitsleistungen wie digitalen Gesundheits- und Pflegeanwendungen

Neben den spezifischen Strategien zur Beseitigung von Barrieren im Gesundheitswesen sind auch allgemeine gesellschaftliche Strategien für die Förderung von Barrierefreiheit von Bedeutung. Dazu gehört u. a. das Universal Design und ganz allgemein das Disability Mainstreaming.

3. Prävention

Allgemein ist die Verhältnisprävention zu stärken; eine nur auf die Individuen bezogene Verhaltensprävention reicht nicht aus. Es geht um die Gestaltung gesunder Lebenswelten und Settings, zu der auch die Sozialraumorientierung gehört. Prävention ist auch ein wichtiger Bestandteil der medizinischen Rehabilitation sowie bei schulischer, beruflicher und sozialer Rehabilitation. Zu prüfen ist, wie Reha-Leistungen nicht nur die Verhaltens-, sondern auch die Verhältnisprävention sowie die Gesundheitskompetenz fördern können.

Darüber hinaus sind Prävention und Gesundheitsförderung inklusiv auszugestalten, so dass sie alle Bürgerinnen und Bürger erreichen, unabhängig von Alter, Geschlecht, Beeinträchtigung, Muttersprache usw.

4. Partizipation der betroffenen Personen im Gesundheitswesen

In einem inklusiven Gesundheitswesen werden die individuellen Bedürfnisse, insbesondere im Hinblick auf (drohende) Behinderungen und Teilhabebeeinträchtigungen im Zusammenhang

mit Gesundheitsstörungen, thematisiert und beachtet. Dies betrifft die Anamnese und Diagnostik, die Behandlungs- und Rehabilitationsplanung und die Nachsorge. Dazu ist eine Kommunikation auf Augenhöhe zu ermöglichen und ggf. Assistenz sicherzustellen. Der ggf. erhöhte Zeitaufwand ist bei der Festlegung der Vergütung der Leistungserbringer angemessen zu berücksichtigen. Wahlmöglichkeiten sind darzustellen und zu erörtern und ein Wunsch- und Wahlrecht so weit wie möglich umzusetzen. Informationen sind umfassend und verständlich zur Verfügung zu stellen.

Allgemein gilt es, die Gesundheitskompetenz zu stärken. Wirksam zu fördern ist insbesondere das Vermögen, valide Information als solche zu erkennen und zu finden, diese zu verstehen und für das eigene Verhalten anzuwenden. Außerdem geht es darum, eigene Anliegen formulieren und angstfrei kommunizieren zu können sowie eigene Prioritäten, Werte und Haltungen zu entwickeln (z. B. in Bezug auf das Lebensende oder Organspende). Auch hier ist fundierte Beratung sowie Gesundheitsbildung, gerade für vulnerable Bevölkerungsgruppen, im Sinne von Empowerment notwendig.

Nur dann ist eine partizipative Entscheidungsfindung zu Fragen von Gesundheit, Krankheit und Teilhabe wirklich möglich. Dies gilt insbesondere dann, wenn es, wie z. B. in der medizinischen Rehabilitation, um Fragen der Teilhabe, der individuellen Lebenskonzeption und der Lebensqualität geht. Exklusionsrisiken und Inklusionschancen sind zu beachten.

Hier ist zu prüfen, wie diese Ziele in den jeweiligen Bereichen des Gesundheitssystems erreicht werden können.

Darüber hinaus sollten die Organisationen und Verbände der betroffenen Menschen umfassend in die Steuerungs- und Verwaltungsgremien im Gesundheitswesen einbezogen werden und dort in vollem Umfang mitberaten und ihre Kompetenzen einbringen können sowie bei der Entscheidungsfindung angemessen einbezogen werden. Hier gilt es, sinnvolle Beteiligungsbereiche und -formate über die vorhandenen Möglichkeiten hinaus (z. B. im Gemeinsamen Bundesausschuss – G-BA, bei Zulassungsausschüssen, in der Gematik, im Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes u. a.) zu identifizieren und zu etablieren, insbesondere bei den Rehabilitationsträgern.

5. Förderung der Aus-, Fort- und Weiterbildung im Hinblick auf Teilhabesicherung für alle Gesundheitsberufe, u. a. behinderungsspezifische Inhalte, Sicherstellung ausreichender Lehrangebote

In allen Gesundheitsberufen (einschl. Pflege und Soziale Arbeit im Gesundheitswesen) sind durch Aus-, Fort- und Weiterbildung Kenntnisse und Kompetenzen im Hinblick auf die Förderung von Selbstbestimmung und Teilhabe auf einer gesetzlichen Grundlage zu vermitteln. Dazu gehören u. a. der Begriff der Behinderung, das bio-psycho-soziale Modell und die ICF, das Rehabilitationssystem, die menschenrechtlichen (UN-BRK) und gesetzlichen (SGB IX) Grundlagen, die Barrierefreiheit u. a. Hierzu wird auf die Stellungnahme der DVfR [„Berücksichtigung von Rehabilitation und Teilhabe in der Ausbildung von Gesundheitsfachberufen“](#) hingewiesen. Die entsprechenden Vorkehrungen sind in Lehrplänen, Prüfungskatalogen und durch Ressourcenbereitstellung für Unterricht und Lehre zu treffen. Auch die berufsbegleitende Fortbildung sollte regelhaft Teilhabesicherungsaspekte enthalten.

Es ist wahrscheinlich, dass durch die Berücksichtigung der Teilhabe auch die Zufriedenheit in der Berufsausübung verbessert werden kann, wenn es gelingt, Teilhabesicherung auch in der jeweiligen Praxis stärker zu verankern. Auch behinderungsspezifische Themen einschließlich der psychischen Belastung durch Behinderungen sind exemplarisch aufzunehmen. Das gilt

auch für Themen wie Diversität, Gender- und Kultursensibilität oder Verständnis von Behinderung in unterschiedlichen Kulturen. Neben der Aus- und Fortbildung zu teilhabespezifischen Inhalten sind spezifische Kenntnisse zu den medizinischen Besonderheiten in Prävalenz, Symptomatik, Verlauf und Therapie von Krankheiten und Gesundheitsstörungen bei spezifischen Beeinträchtigungen und Behinderungsbildern unbedingt erforderlich, um eine geeignete und bedarfsgerechte Prävention und Rehabilitation in einem inklusiven Gesundheitssystem zu ermöglichen. Daher ist es notwendig, auch die Aus- und Fortbildung hierzu systematisch zu verankern und für die fachliche Weiterentwicklung die Forschung auszubauen. Weiterhin sind Kenntnisse zu einer gelingenden Kommunikation gerade auch bei schwerer und komplexer Beeinträchtigung für eine patientenorientierte Diagnose und Therapie unter Wahrung der weitestgehenden Selbstbestimmung zu vermitteln.

Ausbildung, die nicht nur auf Wissen, sondern auf Kompetenzen setzt, benötigt sowohl eine angemessene Infrastruktur der Hoch- und Fachschulen, d. h. einen kompetenten, forschenden und praktisch erfahrenen Lehrkörper als auch dessen Einbindung in klinische Fächer und deren Versorgungspraxis. Klinische und praktische Erfahrung ist notwendig, wenn Teilhabeorientierung nicht nur als moralische und letztlich theoretische Forderung erscheinen, sondern als zentraler Bestandteil therapeutischen Handelns auch in der Begegnung mit Menschen mit Krankheiten und Behinderungen gelebt werden soll (vgl. auch [Entschließungsantrag](#) des 126. Deutschen Ärztetags).

Darüber hinaus sollten die Ausbildung und die Studiengänge jeglicher Berufe im Gesundheitswesen auch für Menschen mit Behinderungen zugänglich sein bzw. gemacht werden. Die Durchlässigkeit der Ausbildungs- und Studiengänge ist zu fördern.

III. Stärkung und Ausbau der Versorgungsstrukturen und -prozesse in der medizinischen Rehabilitation und angrenzenden Bereichen

1. Allgemeines

Ein inklusives Gesundheitswesen sichert die selbstbestimmte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Ein zentrales Instrument sind die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

- Dabei sind stets in Ergänzung zu den trägerspezifischen Zielen die umfassenden Teilhabeziele im Sinne des SGB IX zu berücksichtigen, sowohl bei der am Anfang erforderlichen Bedarfsermittlung als auch im konkreten Reha-Prozess. Eine individuelle, personenzentrierte Bedarfsermittlung ist dazu notwendig.
- Das System der medizinischen Rehabilitation ist sowohl qualitativ als auch quantitativ bedarfsgerecht auszugestalten. Bevölkerungsepidemiologisch und rehabilitationsmedizinisch ist zu analysieren, wo Reha-Bedarfen nicht (Unterversorgung) oder nicht adäquat (Fehlversorgung) Rechnung getragen wird. Die Leistungsträger wirken unter Beteiligung der Politik (Bundesregierung und Landesregierungen) gemeinsam darauf hin, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Anzahl und Qualität zur Verfügung stehen (§ 36 SGB IX). Sowohl die Verbände von Menschen mit Behinderungen als auch die Spitzenverbände der Leistungserbringer sind daran zu beteiligen.
- Die Partizipation der Betroffenen im/am Reha-Prozess (von der Bedarfsermittlung über die Reha-Leistung selbst bis zur Reha-Nachsorge) ist sowohl rechtlich vorgegeben

(Wunsch- und Wahlrecht nach § 8 SGB IX) als auch für den Erfolg der Rehabilitationsleistungen wichtig. Hier gilt es kritisch zu prüfen, wie Partizipation konkret im Reha-Prozess umgesetzt werden kann.

- Die bisherige strenge Definition von Reha-Fähigkeit – vgl. z. B. den AHB-Katalog der DRV Bund – ist zu überprüfen und weiterzuentwickeln. Sie darf nicht an der Begrenztheit oder dem Fehlen bedarfsgerechter Reha-Angebote ausgerichtet werden.
- Ein sich aus der Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation ergebender Bedarf an Assistenz ist ebenso sicherzustellen wie die Fortführung von aufgrund der Behinderung notwendiger Assistenz in der Rehabilitationseinrichtung.
- Auch ist zu prüfen, wie die Reha-Leistungen verstärkt an der Förderung der Selbstbestimmung und der Teilhabe ausgerichtet werden können.
- Die Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind so auszugestalten, dass auch spezifische Bedarfe berücksichtigt werden, z. B. vorliegende Pflegebedürftigkeit oder Behinderung (s. u.), Sprachbarrieren, Multimorbidität (s. u.) oder auch fachspezifische Bedarfe, z. B. bei seltenen Erkrankungen, in der Rheumatologie, der Epileptologie, nach Schädel-Hirntrauma, bei Sehverlust und anderen. Auch altersabhängigen Bedarfen (z. B. Kinder und Jugendliche im Vergleich zu Senioren) muss Rechnung getragen werden. Es bedarf einer ausreichenden Zahl und Ausstattung von Reha-Einrichtungen zur Bewältigung solcher spezieller Bedarfslagen. Die besonderen Leistungsmerkmale einzelner Einrichtungen zur Bewältigung spezifischer Problemlagen sind breit zu kommunizieren und bedürfen einer Berücksichtigung bei der Finanzierung. Nur durch eine bedarfsgerecht spezialisierte Leistungserbringung und durch Vermeidung einer durchgängigen Standardisierung kann der rechtlich gebotene Personbezug hergestellt werden.

2. Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderungen (MZEB)

MZEB nach § 119c SGB V sind wichtige Bestandteile eines inklusiven Gesundheitswesens. Sie stellen Einrichtungen dar, die Menschen auf Grund ihrer Behinderung speziell benötigen. Sie leisten einen wichtigen Beitrag zur Förderung der Teilhabe, auch wenn es sich nicht um Leistungen der Rehabilitation handelt. Darüber hinaus stellen sie ein spezialisiertes Angebot für Diagnose und Therapie dar, das die vielerorts fehlende spezifische medizinische Kompetenz für Menschen gerade mit schweren und komplexen Beeinträchtigungen vorhält, bündelt und weiterentwickelt. Ihr Ausbau und die Steigerung ihrer Leistungsfähigkeit, wie sie der Koalitionsvertrag vorsieht, erscheinen dringlich.

Zu prüfen ist, welche Unterstützung seitens der Politik bzw. des Gesetzgebers sowie der Selbstverwaltung in Betracht kommt, um dieses Ziel zu erreichen.

3. Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) und Frühförderung

SPZ und Frühförderung sind wichtige Bestandteile eines inklusiven Gesundheitswesens. Sie stellen spezialisierte Einrichtungen dar, die Menschen auf Grund ihrer Behinderung benötigen. Sie leisten einen wichtigen Beitrag zur Förderung der Teilhabe junger Menschen, auch wenn es sich rechtlich nicht ausschließlich um Teilhabeleistungen handelt. Ihr Ausbau und die Steigerung ihrer Leistungsfähigkeit, wie sie der Koalitionsvertrag bereits vorsieht, bleiben wichtig.

Ein Weiterentwicklungsbedarf ist z. B. für folgende Bereiche zu prüfen:

- die Ermöglichung bzw. Verbesserung niedrigschwelliger Beratung von Familien und von Einrichtungen, wie z. B. Kitas und Schulen, einschließlich der Finanzierung dieser Angebote durch Frühförderstellen und SPZ,
- eine stärkere Vernetzung im Sozialraum, einschließlich der Bereitstellung von Ressourcen für die Netzwerkarbeit, insbesondere mit Einrichtungen und Diensten der Kinder- und Jugendhilfe, Kindertagesstätten, Schulen, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie den regionalen Beratungseinrichtungen und wohnortnahen Diensten für die soziale Teilhabe,
- eine verstärkte Professionalisierung im Bereich der Hilfsmittelversorgung,
- Vermeidung von Barrieren für die Inanspruchnahme von Leistungen der Frühförderung,
- Gewährleistung der Komplexleistung, auch beim Übergang zu einem neuen SGB VIII,
- Erweiterung des Leistungsangebotes der SPZ für nichtärztliche Leistungen entsprechend § 43a Abs. 1 SGB V durch Ergänzung des § 43a Abs. 2 SGB V: „Versicherte Kinder haben Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, die unter ärztlicher Verantwortung in der ambulanten psychiatrischen Behandlung **oder durch Sozialpädiatrische Zentren** erbracht werden“ (s. auch Beschluss des 125. Deutschen Ärztetags).

4. Medizinische Reha für Menschen mit Beeinträchtigungen und/oder Pflegebedürftigkeit

Menschen mit besonderen Beeinträchtigungen haben in der Regel auch besondere Bedürfnisse/Bedarfe, denen Reha-Konzepte und Reha-Einrichtungen Rechnung tragen müssen. Dies kann z. B. Menschen mit Behinderungen, die nicht sehen oder hören oder sich sprachlich nicht verständigen können oder kognitive Beeinträchtigungen oder schwere Beeinträchtigungen der Bewegungsorgane aufweisen, betreffen. Ferner sind auch Menschen mit einem hohen Grad der Pflegebedürftigkeit betroffen. Viele medizinische Rehabilitationseinrichtungen der Reha-Indikationen Orthopädie, Psychosomatik, Onkologie und Kardiologie sind auf Menschen mit Behinderungen oder Pflegebedürftigkeit nicht gut eingerichtet; das betrifft die baulich-technische und die personelle Ausstattung ebenso wie das Reha-Konzept (vgl. [RehaInnovativen 2020](#), [DVfR 2020](#)). Dies führt dazu, dass die Betroffenen keine für sie wirklich geeignete Rehabilitation bekommen oder gleich ganz auf die Inanspruchnahme verzichten (müssen). (Analog ist zu fragen, wie angemessen Reha-Einrichtungen auf die Bedürfnisse von Menschen aus anderen Kulturkreisen, mit ggf. begrenzten Deutschkenntnissen, eingehen.)

Die DVfR hat sich mit der Problematik der Rehabilitation vor und bei Pflegebedürftigkeit ausführlich in ihrem [Positionspapier](#) „Medizinische Rehabilitation vor und bei Pflege – Personenkreis, Situation und Lösungsvorschläge“ aus dem Jahr 2020 beschäftigt.

Handlungsoptionen betreffen u. a.

- konzeptionelle Anpassung der Reha-Konzepte,
- verbesserte Ressourcen,
- Weiterentwicklung der Definition von Reha-Fähigkeit,
- verbesserter Zugang,
- Sicherstellung von Assistenz (im Bereich der GKV analog § 44b SGB V),
- Mobile Rehabilitation,
- rehabilitative Ausrichtung der Pflege bzw. der Assistenzleistungen.

Zum Thema der medizinischen Rehabilitation bei Pflegebedürftigkeit liegen insofern bereits umfangreiche Analysen vor. Hier gilt es, Lösungsoptionen zu konkretisieren und in geeigneter Form umzusetzen. Zum Thema medizinische Rehabilitation bei vorliegender schwerer Behinderung gibt es noch wenige Daten und Berichte. Hier ist die Option zu prüfen, ob eine (postakute) Komplexrehabilitation, wie sie unten (s. Kapitel „Berücksichtigung besonderer Bedarfe in der postakuten komplexen medizinischen Rehabilitation bei schweren Erkrankungen“) diskutiert wird, vorhandene Defizite beseitigen helfen kann.

Menschen mit Behinderungen oder Pflegebedürftigkeit können durchaus erwerbsfähig sein oder werden. Deshalb sind auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung entsprechende Vorkehrungen zu treffen.

5. Aufsuchende Reha-Formen (Mobile Rehabilitation)

Die Erfahrungen und Analysen, die auf verschiedenen Fachtagungen der DVfR mehrfach dargestellt und diskutiert wurden, zeigen, dass es einen hohen Bedarf an aufsuchender bzw. Mobiler Rehabilitation gibt. Dem hat der Gesetzgeber durch die Aufnahme dieser Reha-Form in § 40 Abs. 1 SGB V zum Teil Rechnung getragen. Die Bedarfslagen werden in den [Gemeinsamen Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation des GKV-Spitzenverbandes](#) präzise herausgearbeitet. Dabei ergibt sich, dass insbesondere für folgende Personengruppen ein Angebot Mobiler Rehabilitation notwendig ist bzw. sein kann, wenn für diese adaptive Strategien der Rehabilitation im Vordergrund stehen:

- für Menschen mit Pflegebedürftigkeit,
- für Menschen mit vorbestehender schwerer Behinderung,
- für Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung,
- für Menschen nach Frührehabilitation oder (zukünftig zu schaffender postakuter Komplexrehabilitation) oder nach akutstationärer Behandlung, wenn eine weitere Rehabilitation unter stationären Bedingungen nicht in Betracht kommt.

Zu prüfen ist deshalb, welche gesetzlichen Änderungen notwendig sind, um eine flächendeckende Etablierung der Mobilen Rehabilitation zu erreichen, welche Weiterentwicklung der Konzeption dazu erforderlich ist und wie die Leistungserbringer und die Leistungsträger veranlasst werden können, Einrichtungen der Mobilen Rehabilitation zu beantragen bzw. zuzulassen. Dabei ist auch zu prüfen, ob die Mobile Rehabilitation als Reha-Form auch im SGB IX ausdrücklich verortet werden sollte, da es u. a. Hinweise darauf gibt, dass diese Reha-Form für einige Personengruppen auch zu einer Rückgewinnung oder Verbesserung der Erwerbsfähigkeit beitragen kann (und damit auch über den Rechtskreis des SGB V hinaus wichtig wäre).

6. Ambulante medizinische Rehabilitation für Kinder- und Jugendliche

Während sich die ambulante medizinische Rehabilitation für Erwachsene – zumindest in einigen Indikationen – inzwischen etabliert hat, gibt es solche Angebote für Kinder und Jugendliche bisher nur vereinzelt. Aber auch junge Menschen mit Behinderungen brauchen die ambulante medizinische Rehabilitation. Leistungsträger und Leistungserbringer sind gefordert, entsprechende Reha- und Einrichtungskonzepte zu entwickeln, zu erproben und umzusetzen. Falls dem gesetzliche Rahmenbedingungen entgegenstehen, sind diese zu ändern.

7. Berücksichtigung besonderer Bedarfe in der postakuten komplexen medizinischen Rehabilitation bei schweren Erkrankungen

Für das Erreichen von Selbstbestimmung und Teilhabe ist es notwendig, mit der medizinischen Rehabilitation frühzeitig einzusetzen, auch wenn die Betroffenen noch nicht in der Lage sind, sich auf Stationsebene (einer Reha-Einrichtung) selbst zu versorgen, oder noch sehr umfangreiche therapeutische und/oder pflegerische Unterstützung benötigen. Das bislang genutzte Konzept der Reha-Fähigkeit ist in diesem Zusammenhang zu prüfen. Dabei ist auf die individuelle Bedarfsermittlung abzustellen und die Reha-Angebote sind auf die Bedarfe auszurichten.

Besonders nach einer Reihe von schweren Erkrankungen und Eingriffen ist dies oft der Fall, z. B. bei Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma, Polytrauma, hohen Amputationen und großen orthopädischen Operationen oder schweren psychischen Erkrankungen. Für die neurologischen Indikationen gibt es dafür die sog. Phase C der neurologischen Rehabilitation, während für die anderen Indikationen ein vergleichbares Reha-Angebot meistens fehlt, abgesehen von der berufsgenossenschaftlichen Komplexbehandlung. Viele Fachleute sprechen deshalb von einer „Reha-Lücke“. Es gilt, bereits entwickelte Konzepte (z. B. bei Polytrauma) umzusetzen und die dafür erforderlichen Schritte einzuleiten. Für andere Indikationen sind entsprechende Reha-Konzepte im Sinne einer postakuten Komplexrehabilitation zu entwickeln und deren Umsetzungsmöglichkeiten zu prüfen, um auch in diesen Fällen das bestmögliche Ausmaß an Selbstbestimmung und Teilhabe zu erreichen.

8. Frührehabilitation im Krankenhaus

Angebote der Frührehabilitation sind als Krankenhausleistung in § 39 SGB V gesetzlich vorgesehen, jedoch kaum verfügbar. Ausnahmen bilden Frühreha-Angebote im Rahmen der Neurologie und der Geriatrie. Für andere Indikationsgruppen, insbesondere bei multiplen Struktur- und Funktionsschädigungen oder bei Multimorbidität, gibt es solche Angebote nur vereinzelt. Zum Bedarf und zur Konzeption liegen zahlreiche Studien vor (vgl. zusammenfassend [Beyer & Seidel 2017](#)).

Es gilt zu prüfen, welche Barrieren einer flächendeckenden Etablierung der fachübergreifenden Frührehabilitation im Krankenhaus entgegenstehen und wie es insbesondere im Rahmen der im Koalitionsvertrag vorgesehenen Krankenhausstrukturreform gelingen kann, Frührehabilitation bedarfsgerecht und flächendeckend anzubieten. Dabei ist zu diskutieren, ob sich nicht durch Konzentration der Krankenhausbehandlung bei bestimmten Fallkonstellationen auf größere und leistungsfähige Einheiten gute Chancen für eine fachübergreifende Frührehabilitation bieten und so eine Optimierung der Reha-Kette erreichen lässt. Dabei sind die Überlegungen für eine postakute Komplexrehabilitation (siehe oben) einzubeziehen.

9. Indikationsübergreifende medizinische Rehabilitation bei Multimorbidität

Menschen mit Reha-Bedarf weisen häufig nicht nur eine Krankheit auf, die die Indikation zur Reha-Leistung begründet, sondern mehrere behandlungs-/rehabilitationsbedürftige Krankheiten, die relevante Auswirkungen auf die Teilhabe haben können. Zum Teil sind diese Bedarfe auch während einer Reha-Leistung zu decken, insbesondere dann, wenn dies zur Erreichung der Teilhabeziele erforderlich ist. Dem können streng indikationsspezifische Reha-Leistungen oft nicht gerecht werden. Ein Beispiel für eine indikationsübergreifende Reha-Leistung ist die geriatrische Rehabilitation. Hier sind Lösungen z. B. mittels Kooperationen,

Liaison- oder Konsiliardiensten etc. zu entwickeln, die dann auch einer angemessenen Refinanzierung bedürfen.

10. Nachsorge

Um das durch eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation erreichte Ausmaß an Selbstbestimmung und Teilhabe zu stabilisieren und langfristig aufrechtzuerhalten, sind die Betroffenen in vielen Fällen auf adäquate Angebote der Reha-Nachsorge angewiesen. Dafür gibt es in der Rentenversicherung mit § 17 SGB VI eine klare Rechtsgrundlage, aber auch nach einer medizinischen Rehabilitation zulasten der GKV, z. B. nach geriatrischer Rehabilitation, braucht es entsprechende Reha-Nachsorge (über Rehabilitationssport und Funktionstraining hinaus) mit einer adäquaten Rechtsgrundlage. Konzepte und Leistungsangebote sind zu diskutieren. Die Möglichkeiten digitaler Reha-Nachsorge sollten dabei stärker genutzt werden und müssen barrierefrei sein.

11. Zugänglichkeit, Individualisierung

Vielfach wird beschrieben, dass derzeit nicht alle Versicherten mit Rehabilitationsbedarf eine medizinische Reha-Leistung erhalten. Dies liegt u. a. daran, dass Reha-Bedarfe nicht (rechtzeitig) erkannt werden, kein Antrag gestellt wird, eine individuelle umfassende Bedarfsermittlung nicht erfolgt oder die Genehmigungsprozesse nicht bedarfsgerecht erfolgen. Auch sind Versicherte häufig nicht motiviert, eine Reha-Leistung in Anspruch zu nehmen, sei es aus Angst vor beruflichen Nachteilen, sei es aus Angst, in einer stark von notwendigen Unterstützungsleistungen abhängigen Lebenssituation die vertraute Umgebung zu verlassen. Hierzu liegen zahlreiche Analysen vor, die auch schon zu Verbesserungen geführt haben, z. B. beim Entlassmanagement, bei der Pflegebegutachtung etc.

Hier gilt es zu prüfen, ob diese ausreichend sind. Für eine weitere Verbesserung der Zugänge ist zu prüfen, welche Rolle eine optimierte individuelle Bedarfsermittlung, die Beratung der Versicherten, ihrer Familien und der Arbeitgeber sowie die Bereitstellung von Reha-Formen, die im Alltag besser akzeptiert werden können, insbesondere in Form der ambulanten und Mobilien Rehabilitation, spielen könnten.

Notwendig sind zudem teilhabeorientierte Dienste sowohl für soziale als auch für berufliche Teilhabeleistungen, die insbesondere die psychosoziale Unterstützung wohnortnah im Sozialraum übernehmen können.

12. Wunsch- und Wahlrecht stärken

Um das Wunsch- und Wahlrecht nach § 8 SGB IX wirksam werden zu lassen, müssen die Leistungsberechtigten sowohl über dieses Recht selbst informiert werden als auch adäquate (aussagekräftige, verlässliche, verständliche) Informationen über die in Frage kommenden Rehabilitationsleistungen erhalten. Hierfür ist eine qualifizierte sozialrechtliche Beratung durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit als Leistung der Krankenhäuser sicherzustellen und entsprechend in allen Landeskrankenhausesetzen rechtlich zu verankern. Zur Ausübung des Wunsch- und Wahlrechtes ist es meist erforderlich, dass der Bedarf umfassend ermittelt und mit den Betroffenen kommuniziert worden ist. Berechtigten Wünschen ist nicht nur bezogen auf die Auswahl der Rehabilitationseinrichtung zu folgen, sondern auch bezogen auf die konkrete Ausgestaltung der Rehabilitation durch die Reha-Einrichtung. Im Übrigen stärkt eine Förderung der Gesundheitskompetenz ebenfalls das Wunsch- und Wahlrecht. Wenn Leistungsträger den Wünschen begründet nicht folgen können, sind diese Gründe den Betroffenen nachvollziehbar zu erläutern.

13. Digitalisierung

Die Digitalisierung bietet Chancen für die Rehabilitation. Voraussetzung sind Barrierefreiheit, ein hinreichender Datenschutz und die Bereitstellung von bedarfsgerechter Unterstützung bei der Nutzung digitaler Angebote. Zu prüfen sind u. a. folgende Anwendungsbereiche:

- Unterstützung der Bedarfserkennung und -ermittlung durch digitale Formate,
- Vorbereitung auf medizinische Reha-Leistungen,
- Durchführung einzelner Therapieangebote in digitalen Formaten im ambulanten und mobilen Bereich sowie in der Nachsorge,
- regelmäßige teilhabefördernde Angebote zur Stabilisierung und weiteren funktionellen Verbesserung,
- Prävention,
- Beratung bzgl. vorhandener oder drohender Teilhabeprobleme,
- Unterstützung durch Selbsthilfeorganisationen.

Bei der Entwicklung digitaler Formate ist die Mitwirkung der Versicherten und ihrer Verbände essenziell. Ein Anrecht auf analoge Kommunikation bleibt zu beachten. Zudem ist zu beachten, dass die Förderung der Teilhabe in der Regel auch persönliche Kontakte, soziale Begegnungen und Beziehungsaufbau benötigt.

Darüber hinaus kann die Digitalisierung im Interesse der Versicherten auch die Kommunikation, Koordination und Kooperation der Kosten- und Leistungsträger verbessern und beschleunigen. Schnittstellenprobleme können so verringert werden.

IV. Krankenhausbehandlung

Die Situation von Menschen mit schweren Beeinträchtigungen (Hören, Sehen, Kognition, Kommunikation, Motorik) im Krankenhaus wird vielfach als prekär angesehen. Die Kritik weist u. a. auf mangelnde Pflegekapazitäten, fehlende oder nicht bedarfsgerechte Kommunikation sowie auf mangelnde Kenntnisse der spezifischen medizinischen Probleme bei vorbestehenden Behinderungen hin, insbesondere bei seltenen bzw. genetisch bedingten Krankheiten oder solchen mit besonderer Syndromatologie, z. B. bei Epilepsien. Auch können psychische Symptome bzw. Verhaltensauffälligkeiten nicht angemessen zugeordnet und so einer Therapie zugeführt werden. Zur Bewältigung einiger dieser Problemlagen bei bestimmten Personen hat der Gesetzgeber in § 44b SGB V sowie in § 113 SGB IX Lösungsmöglichkeiten über Begleitpersonen bzw. Assistenz eröffnet, deren Umsetzung intensiv zu beobachten sein wird.

Darüber hinaus fehlt es im Akutkrankenhaus oft an rehabilitativer Kompetenz, zum einen im Hinblick auf die Erkennung und Bewältigung spezifischer Behandlungsbedarfe, zum anderen im Hinblick auf die Anbahnung und Steuerung einer kompetenten und umfassenden poststationären rehabilitativen Weiterversorgung.

Unabhängig von der Assistenz im Krankenhaus sind insbesondere folgende Problemlagen bei der Gestaltung der Krankenhausbehandlung zu berücksichtigen:

- Was spricht für und was gegen spezialisierte Krankenhausbereiche für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung bzw. wie kann die notwendige spezialisierte ärztliche und therapeutische Kompetenz eingebunden werden?

- Sicherstellung der Pflege auch bei sehr hohen, behinderungs- oder erkrankungsbedingten Bedarfen,
- Sicherstellung der kontinuierlichen Überwachung und Begleitung von Personen, die mit Bedarf an außerklinischer Intensivpflege im Krankenhaus behandelt werden,
- Bereitstellung rehabilitativer ärztlicher Expertise, z. B. durch ärztliche Reha-Beauftragte, sowie eines bedarfsgerecht ausgestatteten Sozialdienstes (vgl. [Entschließungsantrag](#) des 126. Deutschen Ärztetags),
- Bedarfsermittlung in besonderen Fällen beim Entlassmanagement.

Im Übrigen wird auf die Ausführungen in dieser Agenda zur Frührehabilitation sowie zur postakuten Komplexrehabilitation verwiesen.

V. Heilmittelversorgung

Die Versorgung mit (ambulanten) Heilmitteln, insbesondere der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie, ist ein zentrales Element für die Sicherung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen. Der Heilmittelbedarf wird im Zuge der laufenden ärztlichen Behandlung identifiziert und oft im Anschluss an die Akutversorgung und die medizinische Rehabilitation besonders deutlich. Er kann zeitlich begrenzt, aber auch längerfristig sein und sich im Verlauf des Lebens und auch im Krankheitsverlauf immer wieder ändern. Gerade Menschen mit Behinderungen, chronischen Erkrankungen und komplexen Bedarfen benötigen dann passgenaue und rechtzeitige Therapieangebote, die ihre Funktionsfähigkeit verbessern und somit die Teilhabe stärken und sichern. Dies gilt insbesondere für Kinder und ältere Menschen mit (drohenden) Behinderungen.

Für den Bereich der Heilmittel sind dabei besonders folgende Aspekte (die noch nicht in den allgemeinen Abschnitten genannt wurden) unter dem Blickwinkel von Inklusion zu prüfen:

- individuelle Gestaltungsmöglichkeiten und Flexibilität des Therapieprozesses, z. B. in Bezug auf Dauer, Frequenz, Wahl des Heilmittels oder Ort der Therapie, orientiert an den Bedarfen, Ressourcen und Teilhabezielen der Klientinnen und Klienten,
- Wegfall des Eigenanteils zur Sicherstellung der Zugänglichkeit unabhängig von den finanziellen Ressourcen; bei einer Beibehaltung sollte der Einzug der Zuzahlung direkt über die Kostenträger erfolgen (Bürokratieabbau, Entlastung der therapeutischen Beziehung).
- Die Einbeziehung der Expertise des Menschen mit Behinderungen (und ggf. der An- und Zugehörigen) in den jeweiligen Therapieprozess gehört zur Grundlage teilhabeorientierter Therapie. Hier kann eine weitere Stärkung erfolgen.
- Ein Direktzugang zu ambulanten Heilmitteln würde die besondere Expertise von Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen (oder ihrer An- und Zugehörigen) berücksichtigen, die häufig am besten einschätzen können, welche Bedarfe vorliegen und welche Therapieangebote hilfreich sind. Ein direkter Zugang gerade für diese Menschen kann neben der Anerkennung ihrer Expertise auch ein Beitrag zu Kostenersparnis sein, z. B. durch die Minderung von Kontakten im Gesundheitswesen.

- Förderung von teilhabeorientierten sektorenübergreifenden Versorgungskonzepten unter Beteiligung (ambulanter) Heilmittelerbringer, mit Finanzierung der damit einhergehenden Leistungen des interprofessionellen Austauschs.
- Information der Vertragsärztinnen und -ärzte über das Verordnungsprozedere und das Potenzial zeitgemäßer Heilmittelversorgung, denn den erheblichen Entwicklungen und Veränderungen in den letzten Jahren fehlt es in der Praxis noch an Verbreitung.

VI. Hilfsmittelversorgung

Hilfsmittel werden benötigt, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Die DVfR fordert schon lange, die Hilfsmittelversorgung verstärkt an der Teilhabe auszurichten. Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) in den vergangenen Jahren macht deutlich, dass Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich auch als Leistung der medizinischen Rehabilitation im Sinne des SGB IX zu werten sind. Dies wird im Hilfsmittel-Versorgungsprozess derzeit noch unzureichend berücksichtigt.

Der Versorgungsprozess für schwer betroffene Kinder und Jugendliche sowie für schwer betroffene Erwachsene ist für einige Hilfsmittelgruppen stark streitbehaftet und häufig durch Auseinandersetzungen zwischen den Betroffenen und ihren Familien und den Krankenkassen gekennzeichnet. Dies führt häufig zu Verzögerungen, die die Entwicklung der Kinder beeinträchtigen können und die Familien stark belasten. Es kommt bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen zudem zu Teilhabe einschränkungen. Die Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und den Trägern der Eingliederungshilfe im Rahmen einer Teilhabeplanung findet nur selten gesetzeskonform (entsprechend dem Teil I des SGB IX) statt.

Um diesen Problemen zu begegnen, sind Optionen in folgenden Bereichen zu prüfen:

- Einführung einer qualifizierten und SGB IX-konformen ärztlichen Verordnung oder eines Hilfsmittelantrages mit konsentierten Mindestanforderungen, so dass eine Entscheidungsfindung erleichtert und beschleunigt wird,
- konsequente Umsetzung der erweiterten Auslegung des Hilfsmittelanspruchs durch die aktuelle BSG-Rechtsprechung. Dies könnte im Rahmen einer Überarbeitung der Hilfsmittelrichtlinie durch den G-BA erfolgen,
- Einführung eines Anhörungsrechtes für die Versicherten vor der Entscheidung,
- Umsetzung der gesetzlich vorgesehenen Beratungspflicht des Medizinischen Dienstes (MD) bei der Hilfsmittelversorgung, sofern im Einzelfall erforderlich,
- Einführung eines Versorgungsanspruchs ohne MD-Prüfung, wenn durch den G-BA näher zu bestimmende Voraussetzungen vorliegen (z. B. qualifizierte Verordnung durch ein SPZ bei bestimmten Hilfsmitteln),
- Teilhabeplanung bei komplexen und mehrfachen Hilfsmittelversorgungen für längere Zeiträume mit Zusammenwirken von GKV und Eingliederungshilfe, um Versorgungssicherheit und zeitnahe Versorgung zu ermöglichen.

Ferner werden Probleme bei der Versorgung mit assistiven Technologien, insbesondere im Bereich der Kommunikations- und Steuerungshilfen, beschrieben. Beratung, Erprobung und Schulung werden als unzureichend geregelt berichtet. Zunehmende Digitalisierung kann verbesserte Teilhabechancen bedeuten. Deshalb sind folgende Optionen zu prüfen:

- Ermöglichung qualifizierter Beratung, Erprobung und Schulung durch spezialisierte Beratungsstellen einschl. Klärung der Finanzierungsverantwortung,
- Erstellung von Teilhabeplänen bei Beteiligung mehrerer Reha-Träger auch im Rahmen der Hilfsmittelversorgung.

Ein konkretes Beispiel für Probleme bei der Hilfsmittelversorgung bezieht sich auf die bedarfsgerechte Versorgung mit medizintechnischen Hilfsmitteln für die lebenslange Selbsttherapie des Diabetes mellitus. Diese ist für sehbehinderte und blinde Menschen aktuell nicht gewährleistet. Deshalb ist gesetzlich abzusichern, dass

- notwendige medizintechnische Hilfsmittel (Blutzuckermessgeräte, Systeme zur kontinuierlichen Glukosemessung, Pens, Pumpen, Systeme zur automatisierten Insulindosierung etc.) und digitale Gesundheitsanwendungen so gestaltet werden, dass sie auch von Menschen mit Behinderungen, u. a. mit einer Sehbeeinträchtigung oder Blindheit, barrierefrei nutzbar sind,
- Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte, dem Ausmaß ihrer Behinderung und dem individuellen Krankheitsbild des Diabetes mellitus entsprechende Einweisung in den Gebrauch der erforderlichen medizintechnischen Hilfsmittel und digitalen Gesundheitsanwendungen durch adäquat geschultes Fachpersonal erhalten.

VII. Rehabilitation bei Versicherten mit außerklinischer Intensivpflege

Es wird als Problem beschrieben, dass es für Versicherte mit einem Bedarf an außerklinischer Intensivpflege wegen Beatmungspflicht extrem schwierig ist, einen geeigneten Platz für eine medizinische Rehabilitation zu finden, abgesehen von einigen Einrichtungen der Frührehabilitation. Darüber hinaus wird berichtet, dass es eine Reihe von Fällen gibt, bei denen eine Entwöhnung von der Beatmung nur im Rahmen einer komplexen Rehabilitation erreicht werden kann, da die Weaning-Stationen in der Regel keine ausreichende Infrastruktur für eine mehrdimensionale und multiprofessionelle Behandlung aufweisen. Auch gibt es Fälle unter Beatmung, bei denen auf Grund kognitiver Leistungsfähigkeit eine umfangreiche soziale, gelegentlich sogar eine berufliche Teilhabe erreicht werden kann. Dazu sind aber bei Kommunikationsbeeinträchtigungen Kommunikations- und Steuerungskonzepte (v. a. für die Umwelt) oder andere adaptive Maßnahmen erforderlich, die oft erst im Rahmen einer Rehabilitation individuell erarbeitet werden können, wie Beispiele aus der Rehabilitation von querschnittgelähmten Menschen unter Beatmung zeigen.

Hier ist zu prüfen, wie eine entsprechende rehabilitative Versorgung aussehen kann. In manchen Fällen kann Mobile Rehabilitation eingesetzt werden; häufig dürfte ein stationäres Angebot erforderlich sein.

VIII. Bewältigung der Pandemie

Die Corona-Pandemie ist nicht vorbei und ihr künftiger Verlauf nicht sicher abzuschätzen. Deshalb muss in Zukunft zunächst die Frührehabilitation nach schwerem Akutverlauf sichergestellt sein. Aber nicht nur Schwerkranke, sondern auch diejenigen mit zunächst mildem Verlauf leiden nicht selten unter Folgeschäden, die neben organspezifischen Beeinträchtigungen (z. B. Herzrhythmusstörungen) häufig durch Erschöpfbarkeit/Fatigue sowie psychische und/oder neurokognitive Einschränkungen gekennzeichnet sind (Post bzw. Long Covid). Um die Teilhabe dieser Betroffenen zu sichern, ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie der Psycho-, Physio-, Ergo- und Sporttherapie und Logopädie

wichtig, ebenso eine psychosoziale und sozialrechtliche Beratung durch die Soziale Arbeit. Die medizinische Rehabilitation ist dafür aufgrund ihrer multimodalen Ausrichtung besonders geeignet und kann ein auf die Bedarfe im Einzelfall zugeschnittenes Therapieangebot zur Verfügung stellen. Voraussetzungen sind sowohl entsprechende Reha-Konzepte als auch ausreichende Einrichtungskapazitäten. Da derzeit noch nicht klar ist, wie viele Menschen wie stark von Post bzw. Long Covid betroffen sind, ist der qualitative und der quantitative Reha-Bedarf laufend zu analysieren, um dann die entsprechenden Ressourcen bereitzustellen. Erschöpfbarkeit/ Fatigue sowie psychische und/oder neurokognitive Einschränkungen gefährden oft auch die Teilhabe am Arbeitsleben. Bei Erwerbstätigen müssen sowohl die Gesundheitsversorgung i. e. S. als auch die (berufsorientierte) medizinische Rehabilitation sowie die beruflichen Eingliederungsstrategien diese Probleme berücksichtigen.

IX. Psychiatrie

Die medizinischen Rehabilitationsleistungen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, die die Aufnahmebedingungen für die vorhandenen psychosomatischen/ psychotherapeutischen Reha-Einrichtungen nicht erfüllen, insbesondere nach akutstationärem Aufenthalt in der Psychiatrie, werden vielfach als unzureichend beschrieben. Auch in der ambulanten Gesundheitsversorgung bestehen Versorgungsprobleme bei Menschen mit seelischen Behinderungen. Dies wurde im [Psychiatriedialog des BMG](#) und in Veranstaltungen der DVfR am 04.11.2021 und 20.05.2022 deutlich. Der Anteil von Menschen, die wegen seelischer Behinderungen Leistungen der Eingliederungshilfe in Anspruch nehmen müssen, nimmt zu.

Folgende wichtige Aspekte und Handlungsoptionen sind deshalb z. B. zu prüfen:

- a) ambulante niedrigschwellige Hilfen und schneller Zugang zu psychiatrischen/ psychotherapeutischen Leistungen bei psychischen Krisen, psychiatrische Kriseninterventionsdienste,
- b) Umsetzung der Richtlinie des G-BA über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSV-Psych-RL),
- c) Rechtsanspruch auf ambulante Komplexleistungen für psychisch Kranke und Aufbau entsprechender Angebote,
- d) Beratung für (potenziell) Betroffene und ihre An- und Zugehörigen,
- e) medizinische Rehabilitation für schwer psychisch erkrankte Menschen und hierbei insbesondere
 - Einführung mobiler, ambulanter und aufsuchender Rehabilitationsangebote, auch als Anschlussrehabilitation,
 - stationäre Anschlussrehabilitation nach Krankenhausaufenthalt in der Psychiatrie,
 - Reha-Angebote für schwer psychisch Kranke aus der vertragsärztlichen Versorgung heraus,
- f) Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen,
- g) Anschlussperspektiven für Menschen im Maßregelvollzug,
- h) Schnittstelle Rehabilitation zur Gemeindepsychiatrie.

X. Teilhabeorientierung in der Pflege

Wie die Krankenbehandlung sollte sich auch die Pflege verstärkt an der Ermöglichung und Verbesserung der Selbstbestimmung und der Teilhabe orientieren. Dies gilt sowohl für die häusliche Krankenpflege im Rahmen des SGB V als auch für die Pflege im Rahmen des SGB XI.

Die Pflege hat eine große Bedeutung für die Teilhabe und eine selbstbestimmte Lebensführung. Dies betrifft sowohl Art und Umfang der pflegerischen Verrichtungen selbst als auch den Lebensort. Gute, teilhabeorientierte Pflege zu Hause kann z. B. eine unerwünschte Heimaufnahme vermeiden helfen. Auch die teilhabeorientierte Kooperation mit den An- und Zugehörigen spielt eine wichtige Rolle. Ebenso sollte die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die z. T. von Pflegekräften verordnet werden können, verstärkt teilhabeorientiert erfolgen. Die Pflegeplanung sollte regelhaft mit einer Bedarfserkennung bzw. -ermittlung im Hinblick auf teilhabefördernde Leistungen im Rahmen der Krankenbehandlung (vgl. § 43 SGB IX) und der Rehabilitation verbunden werden. Dies ist z. B. bei der Pflegebegutachtung durch den MD regelhaft vorgesehen. Der Leistungskatalog der Pflegeversicherung bietet eine Reihe von Leistungen, die die Teilhabe unterstützen können, wobei diese nicht immer ausgeschöpft werden.

Zu prüfen ist, ob die Leistungskataloge der häuslichen Krankenpflege bzw. der Leistungen nach SGB XI die Aspekte der Teilhabeförderung hinreichend berücksichtigen. Ferner sollte überlegt werden, wie die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Pflegekräften mit Fachkräften und Diensten der Rehabilitation bzw. Teilhabeförderung in den verschiedenen Settings gefördert werden kann.

Die Förderung der Selbstbestimmung und Teilhabe sollte auch in stationären Versorgungssettings stärker beachtet werden. Dazu gibt es eine ganze Reihe von Studien und Vorschlägen. Die Ergebnisse sollten im Hinblick auf die Möglichkeiten ihrer Umsetzung im Alltag geprüft und ggf. in die Praxis umgesetzt werden. Es zeigt sich nämlich, dass auch in Pflegeheimen Teilhabe in höherem Maße, als bisher oft umgesetzt, möglich ist.

Pflegebedürftigkeit bedeutet stets das Vorliegen einer Behinderung im Sinne des § 2 SGB IX und der UN-BRK. Es gilt, dieses Grundverständnis auch in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Pflege zu verankern und das notwendige Handwerkszeug, z. B. die Anwendung des bio-psycho-sozialen Modells, zu vermitteln. Inklusion und selbstbestimmte Teilhabe für alle Altersgruppen sollten als Leitideen für die Pflege selbstverständlich werden.

XI. Fachkräftemangel

In vielen Bereichen des Gesundheitswesens und auch in den Diensten und Einrichtungen zur Förderung der Teilhabe ist schon heute ein erheblicher Mangel an Fachkräften, z. T. auch an Assistenzkräften, festzustellen. Dieser Mangel wird sich in der Zukunft noch erheblich verschärfen, weil sich angesichts der demographischen Entwicklung die Personalbedarfe erhöhen werden und gleichzeitig das Potenzial der Erwerbstätigen kleiner wird. Das stellt für alle Menschen, die auf Gesundheits- und/oder Teilhabeleistungen angewiesen sind, eine große Gefahr dar. Bislang fehlen wirksame und umsetzbare Strategien, wie diesem Fachkräftemangel erfolgreich begegnet werden kann. Solche Strategien zu erarbeiten und sie umzusetzen, wird eine große Herausforderung für Staat, Gesellschaft und Wirtschaft bedeuten. Aber ohne die Bewältigung dieser Herausforderungen werden viele konzeptionelle

Weiterentwicklungen im Bereich von Gesundheit, Krankheit und Teilhabe nicht gelingen können.

XII. Forschung

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (aber auch Heil- und Hilfsmittel, Prävention, Akutversorgung und Pflege) müssen gemäß dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis erbracht werden. Die Evaluation und Weiterentwicklung der Leistungen ist deshalb ein wichtiger Gegenstand der Rehabilitations- und Teilhabeforschung. Stärker als bisher sind dabei Selbstbestimmung und Teilhabe als zentrales Ziel der Rehabilitation zu berücksichtigen. Auch die Forschung zu Medikamenten, Operationen usw. sowie zum Gesundheitssystem insgesamt muss Teilhabeziele als Erfolgskriterien einbeziehen und insgesamt teilhabeorientierter werden. Teilhabeforschung fragt auch: „Wie inklusiv, zugänglich, barrierefrei ist das Gesundheitswesen?“ Das Rehabilitations- und Teilhaberecht soll Selbstbestimmung und Teilhabe sicherstellen. Ob dies gelingt, welche Auswirkungen einzelne rechtliche Regelungen haben und welche rechtlichen Vorgaben änderungsbedürftig sind, gehört ebenfalls zu den Fragen, mit denen sich Teilhabeforschung beschäftigt. Eine stärkere Förderung dieser Forschung gehört daher ebenso zu einem Aktionsplan für ein inklusives Gesundheitswesen. Das könnte z. B. in Form eines Förderschwerpunkts „Teilhabeforschung“ oder der Einrichtung eines Nationalen Zentrums für Teilhabeforschung geschehen.

XIII. Wichtige Schnittstellen

Neben den unmittelbar auf Rehabilitation bzw. Teilhabeorientierung bezogenen Themenstellungen sollten folgende Themen nicht vernachlässigt werden:

- a) Bewusstseinsbildung und Wissensvermittlung in Bezug auf Gesundheitsvorsorge und die Chancen durch optimierte und teilhabeorientierte Krankenhausbehandlung sowie Leistungen der medizinischen Rehabilitation in Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe. Die Unterstützung bei der Gesundheitsvorsorge ist bei der Bedarfsermittlung zwingend zu berücksichtigen.
- b) Arbeitsmedizin und Arbeitsschutz, Betriebliches Eingliederungsmanagement und berufliche Wiedereingliederung (Return-to-work),
- c) Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung für Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen in inklusiven Kitas und Schulen,
- d) Transition, also der Übergang von der Kinder- und Jugendmedizin in die Erwachsenenmedizin, der insbesondere für chronisch kranke und körperlich, kognitiv oder psychisch beeinträchtigte junge Menschen ein großes Problem darstellen kann. Das betrifft sowohl die Krankenbehandlung als auch die medizinische Rehabilitation sowie die Heil- und Hilfsmittelversorgung.

XIV. SGB XIV: Prüfung von Handlungsbedarfen

Menschen, die gesundheitliche Schädigungen nach Gewalttaten, durch Kriegsauswirkungen oder Schutzimpfungen erlitten haben, sollen ab 2024 durch Leistungen der sozialen Entschädigung (SER) unterstützt werden. Die schädigungsbedingten Bedarfe werden durch Krankenbehandlung bzw. bei ergänzenden Leistungen nach dem SGB V und bei Bedarfen an Leistungen der Pflege nach dem SGB XI erbracht. Die Hilfsmittelversorgung wurde auf die Träger der DGUV übertragen. Auf die Problematik der unterschiedlichen Erbringungslogiken

der Krankenkassen (zweckmäßige Erbringung) und der Unfallkassen (mit allen geeigneten Mitteln) wurde im Gesetzgebungsprozess hinreichend hingewiesen. Es droht beispielsweise bei der Hilfsmittelversorgung die Gefahr, dass aufgrund von unterschiedlichen Zuständigkeiten und Förderlogiken die Versorgung für den Betroffenen erschwert und nicht bedarfsgerecht erbracht wird. Hier ist zu prüfen, welche Handlungsbedarfe bestehen, um möglichen Problemen bei der Umsetzung des SGB XIV zu begegnen.

XV. Schlussbemerkung

Die DVfR möchte hiermit einen Beitrag zu einem Aktionsplan für ein inklusives Gesundheitswesen leisten. Sie stützt sich dabei auf Vorarbeiten aus der DVfR und ihrer Mitglieder. Die dargestellten Positionen beruhen nicht immer auf entsprechenden Beschlüssen der Gremien der DVfR und stellen insofern nicht immer gemeinsame Positionen aller Mitglieder der DVfR dar. Für nähere Informationen steht die DVfR zur Verfügung.

Heidelberg, November 2022

Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann

Vorsitzender der DVfR

Über die DVfR

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR) ist die einzige Vereinigung in Deutschland, in der Vertreterinnen und Vertreter aller Akteure im Bereich Rehabilitation und Teilhabe gleichberechtigt zusammenwirken: Selbsthilfe- und Sozialverbände, Sozialleistungsträger, Reha-Einrichtungen und -Dienste, Reha-Expertinnen und Reha-Experten sowie Berufs- und Fachverbände. Die Mitglieder der DVfR, ihre Partner in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft und alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter engagieren sich gemeinsam in einem interdisziplinären und sektorenübergreifenden, konsensorientierten Diskurs zur Weiterentwicklung von Rehabilitation, Teilhabe und Selbstbestimmung.