

„Insgesamt ist der Stellenwert der therapeutischen Fachberufe in der DVfR enorm gewachsen“

Der DVE und die DVfR (Teil 2)

Arnd Longrée



Azize Kasberg

(DVfR-Fachausschuss Berufliche Rehabilitation und Teilhabe)

Nachdem wir Ihnen in unserer Märzangabe die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) vorgestellt haben, kommen diesmal Menschen zu Wort, die sich in der DVfR engagieren. Auch den langjährigen Vorsitzenden Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann konnten wir für ein Kurzinterview gewinnen.

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) lebt von der interdisziplinären und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen. Was den Spirit und die Vorzüge dieses Engagements ausmacht, lesen Sie in den folgenden Interviews. Arnd Longrée hat mit zwei DVE-Mitgliedern, die sich aktiv in DVfR-Fachausschüsse einbringen, gesprochen. Außerdem mit zwei Vertreterinnen von Physiotherapie- und Logopädie-Verbänden, mit einem ehemaligen und einem aktuellen Mitglied des Geschäftsführenden Vorstands der DVfR sowie mit dem ersten Vorsitzenden der DVfR.

Azize, was macht für dich als Ergotherapeutin den Reiz an der Mitarbeit im Fachausschuss der DVfR aus?

Mich reizt die transprofessionelle Zusammenarbeit mit Vertretenden unterschiedlicher Institutionsformen (z.B. Berufliche Trainingszentren, Berufsförderungswerke), Professionen (z.B. Ergotherapie, Soziale Arbeit) und Schwerpunkten (z.B. Leistungserbringung, Forschung, Selbsthilfe/-vertretung). Eine Besonderheit der DVfR scheint mir der direkte Austausch mit Vertretenden der Kostenträger zu sein. Hier sitzen Leistungsberechtigte, -tragende und -erbringende an einem Tisch und bewegen gemeinsam etwas im Sinne der Menschen, um die es geht.

Welche Veröffentlichung oder gemeinsame Aktivität ist dabei besonders hervorzuheben?

Wir arbeiteten 2019/2020 an einem Diskussionspapier zur Digitalisierung in der Beruflichen Rehabilitation. Doch dann kam die Corona-Pandemie und die Digitalisierung entwickelte sich so rasant weiter, dass wir mit den Überarbeitungen nicht hinterherkamen und das Diskussionspapier ad acta legten. Themen wie Künstliche Intelligenz in der Rehabilitation beschäftigen die BRuT* selbstverständlich weiterhin, ebenso wie Anpassungen der Leistungserbringung im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention, zum Beispiel durch Jobcoaching am Arbeitsplatz.

*Berufliche Rehabilitation und Teilhabe



Friederike Selker
(DVfR-Fachausschuss Teilhabe bei Sehverlust)

Friederike, was macht für dich als Ergotherapeutin den Reiz an der Mitarbeit im Fachausschuss der DVfR aus?

Zuallererst bin ich dankbar, einen Einblick in Gremienarbeit zu erhalten und Teil der Entwicklung einer Stellungnahme sein zu können – und hoffe, für Menschen mit Sehverlust etwas Positives bewirken zu können. Mir als Ergotherapeutin ist es ein Anliegen, die Betätigung im Alltag und die Teilhabe von Menschen mit Sehverlust zu verbessern, indem konkrete, umsetzbare Empfehlungen entwickelt werden. Für die Disziplin Ergotherapie freut es mich, dass die Ergotherapie in dieser Themenstellung als dazugehöriges und mitzudenkendes Fachgebiet wahrgenommen wird. Der interdisziplinäre Austausch ermöglicht es, ergotherapeutische Prinzipien mit anderen Fachperspektiven zu vereinen und ganzheitliche Perspektiven zu gestalten. Interessant ist zudem wahrzunehmen, wie aus aktuellen Forschungen unterschiedlicher Fachbereiche Anregungen und Rückschlüsse für die praktische Umsetzung abgeleitet werden.

Die Relevanz der Veröffentlichungen respektive der Arbeit der DVfR für den gesamten Heilmittelbereich sehen außer dem DVE auch weitere Berufsverbände im Heilmittelbereich, die ebenfalls DVfR-Mitglieder sind und sich einbringen.



Heidemarie Büchner
Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)

Erfreulicherweise engagiert der dbl sich ja seit einigen Jahren verstärkt in der DVfR. Jetzt haben Sie, Frau Büchner, als Vizepräsidentin des dbl auch die stellvertretende Leitung des DVfR-Fachausschusses mit dem Fokus auf die Heilmittelerbringer übernommen. Wo sehen Sie den Benefit aus Sicht der Logopädie?

Der Benefit ist meiner Meinung nach sehr vielseitig. Die großartige interprofessionelle Zusammenarbeit – sowohl mit Verbänden verschiedenster Interessengemeinschaften im Gesundheitswesen innerhalb von Fachausschüssen als auch im Hauptvorstand – macht mir große Freude. Ich habe in den vergangenen Jahren sehr viel dazugelernt, was die Themen Rehabilitation und Teilhabe betrifft, und miterleben dürfen, welchen großen Schatz an Expertise die DVfR in diesen Bereichen bereithält. Für die Logopädie sehe ich klar den Mehrwert, nicht nur mitgedacht zu werden, sondern mitentscheiden zu können und die eigenen Interessen, nicht zuletzt in dem von Ihnen angesprochenen Fachausschuss, einzubringen. Ich finde nämlich, dass die Heilmittelerbringenden – und somit auch die Logopädie und deren Nutzen für die Patient:innenversorgung – noch viel zu wenig

als Ressource im stationären Gesundheitswesen gesehen und ausgeschöpft werden. Wenn man „Best Practice“-Beispiele als Grundlage heranzieht, wird der Mehrwert deutlich: Wenn zum Beispiel Logopäd:innen an Tumorkonferenzen im HNO-Bereich teilnehmen, um genau zu schauen, welche Strukturen etwa für das Schlucken notwendig sind und nach Möglichkeit erhalten werden müssen, dann ist dies für die Patient:innen ein echter Gewinn und macht eben genau den Unterschied.



Andrea Rädlein
Physio Deutschland (ZVK)

Sehr geehrte Frau Rädlein, Physio Deutschland ist ja der einzige Physiotherapie-Verband, der Mitglied in der DVfR ist. Wo sehen Sie als Vorsitzende des ZVK die Vorzüge der Mitgliedschaft respektive der Arbeit der DVfR aus Sicht der Physiotherapie?

Der Bereich Rehabilitation liegt mir selbst besonders am Herzen. Die Physiotherapie und damit die Arbeit der Kolleg:innen im stationären und ambulanten Setting ist eine wichtige Säule, um Menschen dabei zu unterstützen, mehr Lebensqualität, Teilhabe und Eigenständigkeit wiederzuerlangen. Allein mehr als 11.000 Physiotherapeut:innen arbeiten in stationären Vorsorge- beziehungsweise in Rehasettings. Als Vorsitzende des mitgliederstärksten Physiotherapieverbandes ist es für mich deshalb folgerichtig, dass wir die Arbeit der DVfR inhaltlich, aber eben auch durch unsere Mitgliedschaft unterstützen. Die Rehabilitation ist in der Gesundheitsversorgung in Deutschland eine wichtige Säule. Die interprofessionelle Perspektive der DVfR, die sich fortlaufend in Form von Stellungnahmen und inhaltlicher Arbeit in den Fachausschüssen zeigt, ist im politischen Berlin sehr anerkannt.



Aktive im Geschäftsführenden Vorstand der DVfR

Reimund Klier

Reimund, zu deiner Zeit als DVE-Vorstandsmitglied für Versorgung und Kostenträger engagierte sich der DVE erstmals im Geschäftsführenden Vorstand der DVfR. Wann war das genau und wie ist das entstanden?

Im März 2013 hat mich der Vorsitzende der DVfR, Herr Dr. Schmidt-Ohlemann angefragt, ob ich für die Wahl zum 1. stellvertretenden Vorsitzenden der DVfR zur Verfügung stehen würde. Zu der Zeit war ich für den DVE bereits Mitglied im

Hauptvorstand der DVfR (2008-2016). Begonnen hatte mein Engagement in der DVfR bereits 2004 im Ad-hoc-Ausschuss Heil- und Hilfsmittel der DVfR. Dieser tagte in aller Regel, um Stellungnahmen und Statements zur damaligen gesundheitspolitisch schwierigen Situation zu verfassen, aber auch spezielle Probleme in der Heil-, aber auch Hilfsmittelversorgung anzusprechen und Lösungsoptionen aufzuzeigen.

Welche Vorzüge hast du damals in diesem Engagement gesehen?

Der interdisziplinäre Ansatz und die breite Aufstellung der DVfR. Man kann sagen, alle relevanten Akteure im Bereich der Rehabilitation und nicht zuletzt die Betroffenen selbst wurden hier angesprochen. Natürlich haben die unterschiedlichen Interessengruppen ihre spezifische Sicht der Dinge eingebracht. Letztendlich war es immer eine bereichernde Diskussion, teilweise auch ein Ringen, um gemeinsame Standpunkte, Kompromisse und Lösungsvorschläge im Sinne einer bestmöglichen Teilhabe zu finden.

Wie siehst du das rückblickend, war es die Arbeit wert?

Auf jeden Fall! Auch wenn es viel reisen und lesen von Unmengen von Texten beinhaltete. Die DVfR ist das gemeinsame Podium für alle Akteure im Bereich der Reha. Nirgends sonst treffen sich so viele verschiedene Menschen mit ihren unterschiedlichsten Erfahrungen und Kompetenzen, um zusammen etwas zu bewegen. Hierzu kann der DVE seine Expertise aus Sicht der Ergotherapie auf verschiedenen Ebenen einbringen – sei es in Ausschüssen oder auch im Vorstand.



Andreas Hörstgen
DVE-Geschäftsführer

Andreas, seit wann bist du Einzelmitglied in der DVfR? Was hat dich damals zu dieser Mitgliedschaft bewogen? In welcher beruflichen und DVE-Rolle warst du damals unterwegs, hat sich das gegenseitig bedingt? Warum hast du dich für das Engagement des DVE in der DVfR schon früh stark gemacht?

Seit 1995 bin ich Einzelmitglied in der DVfR. Den Anstoß dazu gab Frau Kiesinger, meine damalige Ergotherapieleitung. Sie hat mich ermutigt, auf dem DVfR-Kongress einen Vortrag über die Bedeutung der Ergotherapie in der neurologischen Rehabilitation zu halten. Dieses erste Engagement hat mein Interesse an der interdisziplinären Zusammenarbeit und an den rehabilitationspolitischen Themen, für die die DVfR steht, nachhaltig geweckt. Parallel dazu begann ich 1995 meine Mitarbeit im damaligen Arbeitsausschuss „Hilfen für das tägliche Leben“, in dem ich bis 2002 aktiv war. Diese Tätigkeit hat mir eindrucksvoll gezeigt, wie wertvoll der fachliche Austausch zwischen verschiedenen Profes-

sionen und Institutionen ist. Seit 2004 arbeitete ich gemeinsam mit Sabine George, die dem DVE-Vorstand angehörte, im Fachausschuss „Geriatrische Rehabilitation“. In dieser gemeinsamen Funktion – sie als Vertreterin des DVE, ich als Praktiker in der geriatrischen Reha – konnten wir die Position und Bedeutung der Ergotherapie in den zentralen Stellungnahmen der DVfR zur geriatrischen Rehabilitation maßgeblich einbringen und stärken. Seit 2016 engagiere ich mich zudem im Hauptvorstand der DVfR, um diese interdisziplinäre Vernetzung weiterzuführen und die Perspektive der Ergotherapie auf Bundesebene sichtbar zu machen.

Nun bist du seit Ende 2024 in den Geschäftsführenden Vorstand der DVfR gewählt worden.

Wie war der Einstieg, von welchen Erfahrungen kannst du berichten? Der jetzige Fachausschuss „Gesundheitsberufe“, dessen Leiter du nun bist, ist ja aus dem Fachausschuss „Therapeutische Fachberufe und Förderung der Rehabilitation und Teilhabe“ hervorgegangen. Welche Schwerpunkte sollen dort verfolgt werden?

Die Protagonisten des Geschäftsführenden Vorstands (GV) waren mir vorher zum Teil schon bekannt, da sie auch Mitglieder im Hauptvorstand (HV) sind. Den Einstieg empfand ich positiv und wertschätzend. Die Bearbeitung der inhaltlichen Themen ist deutlich intensiver und auch breiter, da der GV diese für den HV aufarbeitet. Von dir durfte ich die Leitung des Fachausschusses dankenswerterweise übernehmen. Der Fachausschuss hat vom HV eine neue Zielsetzung bekommen und befindet sich gerade in der Neugründung. Mit den Themenfeldern und der Zusammensetzung stehen wir noch am Anfang.



Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann
erster Vorsitzender der DVfR

Herr Dr. Schmidt-Ohlemann, wie sind Sie als Facharzt für Orthopädie, Rheumatologie sowie für physikalische und rehabilitative Medizin auf die DVfR aufmerksam geworden? Was hat Sie zur Mitarbeit bewogen, was macht den Spirit der DVfR aus?

Als leitender Arzt für den Bereich Medizin für Menschen mit Behinderung in der Stiftung kreuznacher diakonie bin ich von Anfang an, also seit 1987, in die Gremien des Verbandes evangelischer Einrichtungen für die Rehabilitation Behinderter e.V. (VeERB, Schwerpunkt Körperbehinderung), seit 1998 fusioniert mit dem VeEMB (Schwerpunkt geistige Behinderung) zum Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BEB), heute Fachverband für Teilhabe, einbezogen worden. Der damalige Vorsitzende des VeERB Pastor Lotze war zugleich stellvertretender Vorsitzender der DVfR. Er brachte mich in den Hilfsmittelausschuss unter Leitung von Dr. Muthmann aus Volmarstein, dessen

„Die Ergotherapie ist ein bedeutender Teil der Krankenbehandlung und der Rehabilitation“

Leitung ich nach seinem Ausscheiden übernahm. Ferner wurde ich als Experte in zahlreiche Gremien eingeladen, zum Bei-

spiel zur ambulanten Rehabilitation, da wir in Bad Kreuznach seit 1992 eine Mobile Rehabilitation aufbauen konnten. Ambulante wohnortnahe Rehabilitation war 1997 das Thema des DVfR-Kongresses, den ich als Präsident mitgestalten durfte. In der DVfR ist es möglich, tatsächlich interdisziplinär und sektorenübergreifend mit anderen Expertinnen und Experten zu denken und zu arbeiten und so Impulse zu setzen oder daran mitzuwirken. Ich erinnere hier unter anderem an die Einführung und Umsetzung des Phasenmodells der neurologischen Rehabilitation und die breite Einrichtung neurologischer Frührehabilitation in den 1990er Jahren, das Grundsatzpapier zur Phase E der neurologischen Rehabilitation 2014 und vieles andere. Zu den Folgen der Corona-Pandemie für Menschen mit Beeinträchtigungen hat die DVfR 2020 und 2021 einen breiten Konsultationsprozess organisiert, dessen umfangreiche Ergebnisse nun auch der Enquete Kommission zur Corona-Pandemie des Deutschen Bundestages zur Verfügung gestellt werden können.

Die engere Zusammenarbeit von DVE und DVfR besteht ja schon seit vielen Jahren. Wo sehen Sie hier den Benefit, zum einen in Bezug auf die Ergotherapie, aber sicherlich auch für den Heilmittelbereich insgesamt?

Während die Krankengymnastik schon lange einen festen und breiten Platz in der Rehabilitation und der Krankenversorgung hatte, war die Beschäftigungstherapie, allenfalls noch Arbeitstherapie eher unbedeutend, von einzelnen „Leuchttürmen“ abgesehen. Das hat sich grundlegend geändert: Die Ergotherapie ist ein bedeutender Teil der Krankenbehandlung und der Rehabilitation. Durch die Zusammenarbeit mit der DVfR, vor allem aber mit den Einrichtungen und Diensten der Rehabilitation und den darin arbeitenden Expertinnen und Experten, ist die Entwicklung der Ergotherapie als therapeutisches und rehabilitatives Fach gefördert worden. Zugleich sind die Diskussionen innerhalb der DVfR zu den verschiedenen Themen durch den DVE bereichert worden. Insgesamt ist der Stellenwert gerade der therapeutischen Fachberufe auch in der DVfR enorm gewachsen. Das zeigt sich unter anderem in der Mitwirkung des DVE im Geschäftsführenden Vorstand, in der Mitarbeit in den Fachausschüssen bis hin zur Leitung, in der gemeinsamen Stellung zum biopsychosozialen Modell und anderem. Heilmittel und hier ganz sicher die Ergotherapie sind zentrale Bausteine der Krankenbehandlung mit rehabilitativer Zielsetzung und als Fachkräfte tragende Säulen der Rehabilitation, übrigens auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen und für die Arbeitswelt.

Ihre aktuelle Amtszeit läuft von 2024 bis 2028, 2008 wurden Sie erstmalig gewählt. Wie sehen Sie die Entwicklung der Rehabilitation unter dem Blickwinkel der Interdisziplinarität und der Idee einer „Arbeit auf Augenhöhe“ aller Beteiligten in dieser Zeitspanne im Rückblick und derzeit? Gibt es dahingehende Ziele der DVfR für die Zukunft? Wichtige Stichworte aus Sicht der Heilmittelerbringenden sind hier sicherlich die Blankoverordnungen sowie der Direktzugang.

Zweifellos hat die Interdisziplinarität als Prinzip nicht nur in der Theorie, sondern auch in der Praxis erheblich an Bedeutung gewonnen. Heilmittel und therapeutische Fachberufe haben in allen Bereichen des Gesundheitswesens an Relevanz gewonnen. Dennoch ist, anders als in der DVfR, nicht in allen Bereichen die Augenhöhe erreicht: Das hängt einerseits an der Arztzentrierung unseres Gesundheitswesens, die praktisch in allen Versorgungsbereichen vorherrscht. Das liegt andererseits auch an den unterschiedlichen Qualifikationen (Universitätsstudium vs. Fachschulausbildung), auch wenn sich hier durch die Akademisierung Fortschritte zeigen. Eine Rolle spielt hier auch die unterentwickelte Forschung, die wesentlich durch einen Mangel an Forschungsinfrastruktur und -ressourcen bedingt ist. Dies wiederum hat seine Ursache darin, dass wissenschaftlich neue Erkenntnisse sich allein aus methodischen Gründen teilweise schwer gewinnen lassen, vor allem aber, dass damit keine zusätzlichen Gewinne generiert werden können. Nicht zuletzt werden auch Kosten durch Qualifikationsverbesserungen gescheut. Die Blankoverordnungen sind insofern nur ein erster Schritt zu einer stärkeren Beteiligung und Verantwortung.

Der Direktzugang muss einerseits mit strukturellen und prozeduralen Veränderungen in der Gesundheitsversorgung verbunden werden, andererseits mit einer dafür qualifizierenden Ausbildung. Hier gilt es, von den anderen Gesundheitssystemen zu lernen, das heißt die Diskussion dieser Fragen nicht mit dem Hinweis abzutun, andere Länder hätten ja auch ganz andere Systeme. Ja, eben: Solche Systemvergleiche und Lernprozesse gilt es, sorgfältig und wissenschaftlich basiert zu organisieren und nicht von vornherein als berufsgruppenspezifische Wünsche zu disqualifizieren.

An diesen Diskursen wird sich die DVfR im Feld der Rehabilitation und Teilhabesicherung gerne beteiligen.



ARND LONGRÉE war von 2006 bis 2018 DVE-Vorsitzender und von 2016 bis 2024 erster stellvertretender Vorsitzender der DVfR.

Kontakt: info@wuppertherapie.de

<https://doi.org/10.2443/skv-s-2026-51020260604>