

**Stellungnahme aus der DVfR zum
Entwurf des Bundesministeriums für
Gesundheit für eine
Maßnahmenübersicht zum Aktionsplan
für ein diverses, inklusives und
barrierefreies Gesundheitswesen**

August 2024

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

1.	Einleitung.....	4
2.	Allgemeines	4
3.	Zentrale Anliegen.....	6
	Barrierefreiheit	6
	Partizipation	6
	Krankenhaus.....	7
	Medizinische Rehabilitation.....	7
	Mobile Rehabilitation.....	8
	Gesundheitssorge.....	8
	Psychische Erkrankungen.....	9
	Mobilität	9
	Hilfsmittel	9
	SPZ.....	10
	MZEB.....	10
	Rehabilitation und Pflege	11
	Digitalisierung	12
4.	Schlussbemerkung	12
	Über die DVfR.....	12
	Anhang	13

1. Einleitung

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) begrüßt, dass das Bundesgesundheitsministerium (BMG) zum Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen eine Maßnahmenübersicht vorgelegt und um Stellungnahme dazu gebeten hat. Sie unterstützt weiterhin die Erstellung dieses Aktionsplanes. Da Kernauftrag der DVfR die Stärkung von Rehabilitation und Teilhabe ist, geht diese Stellungnahme auf die Themenfelder „Inklusive Gesundheitsförderung und Prävention“, „Diversität im Gesundheitswesen“ und „Digitalisierung“ nur am Rande ein. Sie basiert auf der *Agenda für einen Aktionsplan „Inklusives Gesundheitswesen“ der Bundesregierung – ein Beitrag aus der DVfR* (im Folgenden kurz: Agenda, Anhang 1) und den *Beiträgen aus der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) für das schriftliche Beteiligungsverfahren zum Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen* (im Folgenden kurz Beiträge, Anhang 2), die die nach wie vor gültigen Vorschläge der DVfR enthalten, sowie auf ihren Arbeitsergebnissen, vgl. dazu das Quellenverzeichnis. Es gelten die dort jeweils dargestellten Hinweise zur Beschlusslage innerhalb der DVfR.

Die Maßnahmenübersicht enthält 133 Maßnahmen zu sechs Themenfeldern. Die Maßnahmen bleiben aber dennoch weit hinter den vielen Vorschlägen von Verbänden und Organisationen, auch aus der DVfR, im Rahmen des bisherigen Beteiligungsverfahrens zurück, und zwar sowohl im Hinblick auf die Anzahl, den Umfang und den Konkretisierungsgrad der Maßnahmen als auch z. T. den Umsetzungsvorgang selbst. Der **Verzicht auf zahlreiche Themenfelder** ist vor allem deshalb kaum nachvollziehbar, weil ohnehin fast nur unverbindliche Maßnahmen im Sinne von Beratung, Prüfung, Anregung oder Anfrage beschrieben werden. De facto bedeutet das: Viele der von der DVfR und aus der Zivilgesellschaft aufgeworfenen Themen werden nicht ernsthaft diskutiert.

Die Maßnahmen sind zwar grundsätzlich nützlich. Welche Wirkungen sie in der Praxis entfalten werden, ist aber oft unklar, da z. T. nicht einmal die konkrete Vorgehensweise des BMG näher beschrieben wird. Häufig entsteht der Eindruck, die Maßnahmenübersicht beschreibt keinen Aktionsplan, sondern nur das Alltagshandeln des für die Gesundheit zuständigen Ministeriums.

Die zusammengestellten Maßnahmen reichen daher keinesfalls aus, wenn ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen erreicht werden soll. Eine wohlwollende Betrachtungsweise sieht in der Maßnahmenübersicht immerhin einen ersten Schritt, der allerdings der verbindlichen Zusage der Erweiterung, der Fortschreibung und der Weiterentwicklung bedarf.

2. Allgemeines

Die DVfR sieht insbesondere folgende allgemeine Schwachstellen und Lücken:

Leider gehört die Maßnahmenübersicht offenbar nicht zu einem **Aktionsplan der Bundesregierung**, sondern nur zu einem Vorhaben des BMG. Das ist bedauerlich, zeigt doch der **Nationale Aktionsplan (NAP) zur Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK)**, wie notwendig Maßnahmen (fast) aller Ministerien sind, wenn wirklich Fortschritte im Hinblick auf Inklusion und Teilhabe erzielt werden sollen. Schon der erste Aktionsplan von 2011 enthielt z. B. ein „Programm barrierefreie Arztpraxen“ wonach die Bundesregierung gemeinsam mit den Ländern und der gesamten Ärzteschaft ein Gesamtkonzept vorlegen wollte, um Anreize für einen barrierefreien Zugang oder die barrierefreie Ausstattung von Praxen und Kliniken zu gewährleisten. Ziel war die Beseitigung nicht nur baulicher Barrieren, sondern auch

kommunikativer Barrieren, auf die blinde, gehörlose oder taubblinde Menschen stoßen. Dazu sollten in den nächsten 10 Jahren weitere Arztpraxen barrierefrei zugänglich werden. Vor diesem Hintergrund sollte die Maßnahmenübersicht deutlich ehrgeizigere Maßnahmen enthalten.

Die Maßnahmen in der Übersicht sind oft **unverbindlich** (BMG wird „anregen“, siehe I.39, III.12, III.15) und vermutlich nur wenig wirksam. Wie erfolgreich wird es sein, wenn das BMG auf dieses oder jenes hinwirken, etwas empfehlen oder den Bundesländern einen Brief schreiben (I.9) will. Manche Maßnahmen sind außerdem sehr kleinteilig (z. B. I.1). Andere Maßnahmen bleiben vage und unkonkret, zum Beispiel in I.35 „Stärkung der Stabsstelle der Patientenvertretung im G-BA“ oder in I.37 „Weiterentwicklung der Patientenrechte“.

Auf jeden Fall fehlt eine **Einleitung**, in der differenziert erläutert wird, was unter „barrierefrei“, „inklusiv“ und „divers“ zu verstehen ist. So lange das fehlt, ist zu befürchten, dass **ein zu enges Verständnis von Barrierefreiheit, Inklusion und Diversität** den Maßnahmen zugrunde gelegt wird. Insbesondere geht es nicht nur um Barrierefreiheit, also um Zugänglichkeit, sondern wesentlich auch um **bedarfsgerechte Leistungsangebote** für Menschen mit Beeinträchtigungen. Was zu einem inklusiven Gesundheitssystem gehören sollte, ist zum Beispiel unserer Agenda und der Einleitung zu unseren Beiträgen aus dem Dezember 2023 zu entnehmen (siehe Anhang 2, Seite 6 f.).

Verschiedene Aspekte der Barrierefreiheit nennt die Agenda auf den Seiten 9–11 im Anhang 1. In der Maßnahmenübersicht hätte die Barrierefreiheit differenziert nach Arten der Beeinträchtigung viel konkreter beschrieben werden müssen, um deutlich zu machen, auf welche Barrieren sich die Herstellung von Barrierefreiheit beziehen soll. Die Beiträge (siehe Anhang 2) nennen auf den Seiten 16 ff. konkrete Beispiele dazu. Denn Barrieren für Menschen z. B. mit Sinnesbehinderungen sind andere als die für körperlich oder seelisch behinderte Menschen.

Notwendig, aber bei den Maßnahmen noch nicht erwähnt, sind **angemessene Vorkehrungen im Sinne der UN-BRK**, die mangelnde strukturelle Barrierefreiheit im Einzelfall ggf. vorübergehend kompensieren können (siehe Seiten 10–11 im Anhang 2). Grundsätzlich sollen alle Angebote im Gesundheitswesen barrierefrei sein. Um das zu erreichen, ist in vielen Fällen ein längerer Zeitraum zur Umsetzung dieser Ziele erforderlich. Ist Barrierefreiheit nicht oder nicht mit vertretbarem Aufwand zeitnah zu erreichen und insofern ein Ausnahmetatbestand für den Grundsatz der Barrierefreiheit gegeben, ist es erforderlich, angemessene Vorkehrungen (im Sinne der UN-BRK) für den Einzelfall zu treffen, die eine Inanspruchnahme von Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung und anderer Gesundheitsleistungen trotz Beeinträchtigungen ermöglichen oder erleichtern.

Der Entwurf beschränkt sich auf die **Themenfelder des SGB V und des SGB XI**. Das SGB IX als zentrales Gesetz für Rehabilitation und Teilhabe wird nur einmal erwähnt, und zwar in I.18 bei der Begleitung im Krankenhaus. Andere Sozialgesetzbücher, die für Rehabilitation und Teilhabe im Kontext eines inklusiven Gesundheitswesens wichtig sind, wie SGB VI, SGB VII und SGB VIII, kommen gar nicht vor.

Der Begriff „**Teilhabe**“ kommt nur in IV.1 im Kapitel „Inklusive Gesundheitsförderung und Prävention“ als „teilhabeförderliche Leistungen“ von Trägern der Nationalen Präventionskonferenz vor. Von einer Teilhabeorientierung der Maßnahmen des Aktionsplans kann keine Rede sein, obwohl diese ein zentrales Element eines inklusiven Gesundheitswesens sein sollte.

Die Mitwirkung der Länder, vgl. I.9, sollte als Widerspruchsrecht ausgestaltet werden, insbesondere im Hinblick auf die Förderung der Barrierefreiheit und von speziellen Angeboten für Menschen mit Beeinträchtigungen (Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit

geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB), Sozialpädiatrische Zentren (SPZ), Ermächtigungen).

Im Übrigen: Der Begriff „geistige Behinderung“ (III.3 und in IV.6) ist im Sinne der Inklusion nicht mehr zeitgemäß. Er wird von Selbstvertreterinnen und -vertretern oft als abwertend empfunden und sollte durch „**intellektuelle Beeinträchtigung**“ (oder einen ähnlichen Begriff) ersetzt werden.

3. Zentrale Anliegen

Die DVfR äußert im Hinblick auf die Überarbeitung der Maßnahmenübersicht bzw. des Aktionsplans folgende prioritäre Kritikpunkte und Erwartungen (zur Konkretisierung wird auf Anhang 1 und 2 verwiesen). Auf Vollständigkeit wird hier verzichtet.

Barrierefreiheit

Es ist davon auszugehen, dass die im BMG-Aktionsplan vorgesehenen Maßnahmen für die **Herstellung von Barrierefreiheit** nicht ausreichen, trotz der Maßnahmen I.4, I.6 und I.11 ff. Die Maßnahmen bleiben unkonkret („regelmäßiger Austausch“, „bestimmte Maßnahmen zur Verbesserung der Barrierefreiheit“ in I.6 bzw. „Barrierefreiheit ... verstärkt zu berücksichtigen“ in I.11). In I.6 kommt kritisch hinzu, dass die Betroffenen-/Patientenvertretungen an der Festlegung der Mindeststandards offenbar nicht beteiligt werden sollen. Beide Maßnahmen sollen außerdem erst langfristig und somit nicht mehr in dieser Legislaturperiode angegangen werden.

Bei den Heilmittelerbringern soll nur eine Liste barrierefreier und rollstuhlgerechter Praxen erstellt werden (I.22). Das reicht nicht aus. Eine Richtlinie analog § 75 SGB V wäre ein sinnvoller erster Schritt.

Die Barrierefreiheit im Krankenhaus kommt im Aktionsplan nicht vor, auch nicht, ob Krankenhäuser den besonderen Bedarfen von Menschen mit (z. T. komplexen) Beeinträchtigungen gerecht werden, z. B. auch bei außerklinischer Intensivpflege.

Eine Regelung analog § 125 Abs. 4 SGB V für Einrichtungen der Rehabilitation in der GKV in § 111 SGB V (vgl. I.20) kann nur ein erster Schritt sein und greift noch zu kurz.

I.27: Für die Barrierefreiheit von Medizinprodukten reicht es nicht, deren Hersteller in Fachgesprächen zu sensibilisieren. Erforderlich sind entsprechende rechtliche Vorgaben.

Wie schon ausgeführt, ist es notwendig, übergangsweise angemessene Vorkehrungen zu treffen.

Partizipation

Bei verschiedenen Maßnahmen sollen **Vertretungen der Betroffenen (Patienten und Patientinnen, Menschen mit Behinderungen)** beteiligt werden (siehe etwa I.19, I.30, I.48, IV.5 und V.2). Das ist sinnvoll und richtig, weil nur so die Bedarfe der betroffenen Menschen angemessen erkannt und berücksichtigt werden können. Warum aber wird das nicht konsequent durchgehalten? Entsprechende Formulierungen fehlen etwa in I.6, I.20, I.21, II.2, II.5, III.1, III.13 und IV.2.

Darüber hinaus sollten die Organisationen und Verbände der betroffenen Menschen umfassend **in die Steuerungs- und Verwaltungsgremien im Gesundheitswesen einbezogen** werden, 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 (wie 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 auch bei den Rehabilitationsträgern.

I.48: Wenn im Rahmen der spezifischen Pandemieplanung und Planung vor außergewöhnlichen biologischen Gefahrenlagen Konzepte und Managementpläne entwickelt und angepasst werden, ist eine Beteiligung von Menschen mit Behinderungen notwendig (und nicht nur deren Möglichkeit zu prüfen).

Krankenhaus

Aus unserer Sicht fehlen Maßnahmen zur **Stärkung der Frührehabilitation** im Krankenhaus. Angebote der Frührehabilitation sind zwar als Krankenhausleistung in § 39 SGB V gesetzlich vorgesehen, in der Praxis 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 aktuellen **Krankenhausreform** gelingen kann, Frührehabilitation bedarfsgerecht und flächendeckend anzubieten.

Das Gleiche gilt für die bedarfsgerechte **Bereitstellung ärztlicher und nichtärztlicher Expertise im Sinne einer Medizin für Menschen mit Behinderungen** und Kapazitäten für die Behandlung von Patienten mit komplexen und/oder seltenen Erkrankungen und Behinderungen als Kompetenzteam im Krankenhaus. Das ist wichtig für die angemessene Diagnostik, die Therapiekonzepte, die Bedarfsermittlung u. a. für teilhabeorientierte therapeutische Maßnahmen bzw. die weitere Rehabilitationsplanung und das Entlassmanagement. Dies kann z. B. durch ärztliche Spezialisierung (etwa i. S. von Reha-Beauftragten) und einen bedarfsgerecht ausgestatteten Sozialdienst oder ein spezialisiertes Kompetenzteam mit oder ohne Bettenkontingent erfolgen.

Die Barrierefreiheit im Krankenhaus kommt – wie erwähnt – in der Maßnahmenübersicht nicht vor. Hier sind klare Regelungen sowie deren Umsetzung und Kontrolle erforderlich. Krankenhäuser müssen grundsätzlich **den besonderen Bedarfen von Menschen mit (z. T. komplexen) Beeinträchtigungen** gerecht werden, z. B. auch bei außerklinischer Intensivpflege. Auch dazu braucht es eindeutige Vorgaben.

Medizinische Rehabilitation

Das Thema „Medizinische Rehabilitation“ wird geradezu stiefmütterlich behandelt; nur in I.20 (Barrierefreiheit in Versorgungsverträgen für Reha-Einrichtungen) und VI.18 (Selbsthilfeförderung) kommt es vor. Ob es **bedarfsgerechte Angebote der medizinischen Rehabilitation** für Menschen mit (ggf. besonderen) Behinderungen gibt, wird weder geprüft, noch werden Maßnahmen erwogen, ein solches Angebot sicherzustellen. Besonders gilt dies für die medizinische Rehabilitation bei Pflegebedürftigkeit im Bereich der GKV (da die Rentenversicherung dann meistens nicht zuständig ist). Hier bestehen gravierende Strukturprobleme in

den Einrichtungen, da sie von Rehabilitanden mit unterschiedlichen Bedarfen belegt werden. Insofern ergibt sich eine besondere Zuständigkeit des BMG.

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. Nach dem Gesetz wirken die Leistungsträger 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 (vgl. § 36 SGB IX). Sowohl die Verbände von Menschen mit Behinderungen als auch die Spitzenverbände der Leistungserbringer sind daran zu beteiligen.

Zu diesen Themen ist zumindest ein organisierter Diskussionsprozess aufzusetzen. Anregungen dazu finden sich in Abschnitt I.2.1 der Beiträge (Anhang 2).

Mobile Rehabilitation

Die Mobile Rehabilitation wird in der Maßnahmenübersicht gar nicht erst erwähnt. Erfahrungen und Analysen belegen aber einen hohen Bedarf an aufsuchender bzw. Mobiler Rehabilitation. Dem hat der Gesetzgeber durch die Aufnahme dieser Reha-Form in § 40 Abs. 1 SGB V z. T. 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) postakuter Komplexrehabilitation oder nach akutstationärer Behandlung, wenn eine weitere Rehabilitation unter stationären Bedingungen nicht in Betracht kommt (vgl. auch I.6.7 der Beiträge – Anhang 2).

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 im SGB IX ausdrücklich verortet werden sollte, da es u. a. Hinweise darauf gibt, dass diese Reha-Form für einige Personengruppen ebenfalls zu einer Rückgewinnung oder Verbesserung der Erwerbsfähigkeit beitragen kann (und damit über den Rechtskreis des SGB V hinaus wichtig wäre).

Gesundheitssorge

Menschen mit (z. T. komplexen) Beeinträchtigungen benötigen oft Unterstützung zum Erreichen von Gesundheitskompetenz, bei der Inanspruchnahme von Diensten und Einrichtungen des Gesundheitswesens (z. B. Begleitung beim Arztbesuch in der Praxis) sowie zur Durchführung ärztlicher oder ärztlich verordneter Maßnahmen, auch zur funktionellen Verbesserung. Die dafür **notwendige Assistenz** muss bei entsprechendem Bedarf regelhaft als Leistung in den Gesamt- und Teilhabeplänen der Eingliederungshilfe verankert werden. Es bedarf einer Klarstellung, dass

dies nach §§ 78 und 113 SGB IX möglich ist (vgl. [DVfR zur Gesundheitsversorgung](#)), sowie entsprechender Regelungen in den Landesrahmenverträgen und den Leistungsvereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern.

Diese **assistive Unterstützung** bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, z. B. durch Begleitung, könnte auch als **Leistung der Pflege** vorgesehen werden. Dazu wäre eine Änderung der Richtlinie des G-BA zur häuslichen Krankenpflege erforderlich sowie der Anlage dazu. Nachfolgend wären dann Verträge zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern abzuschließen.

Psychische Erkrankungen

Spätestens seit dem [Kongress der DVfR](#) zur selbstbestimmten Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen im September 2023 wissen wir, wie notwendig eine bessere teilhabeorientierte Versorgung und Rehabilitation für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ist. Dazu ist in der Maßnahmenübersicht außer einem Ermächtigungstatbestand in I.36 leider nichts enthalten, auch kein Hinweis auf Bedarfslagen und den Psychiatriedialog.

Folgende wichtige Aspekte und Handlungsoptionen sind deshalb u. a. 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 Menschen 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 Menschen aus der vertragsärztlichen Versorgung heraus,
- f) Entstigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Mobilität

Wie können Menschen mit Behinderungen, die den ÖPNV nicht nutzen können, dennoch in ihrer Region die benötigten Ärztinnen und Ärzte sowie Heilmittelerbringer erreichen? Hier kommen eine Änderung der Beförderungsrichtlinie des G-BA oder z. B. kommunale Beförderungsdienste in Frage.

Hilfsmittel

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.

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 aktuellen BSG-Rechtsprechung. Dies könnte u. a. im Rahmen einer teilhabeorientierten 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 (§ 275 Abs. 3 Nr.1 SGB V),
- Einführung eines Versorgungsanspruchs ohne MD-Prüfung, wenn bestimmte Voraussetzungen vorliegen, z. B. eine Empfehlung eines SPZ oder eines MZEB, vgl. I.29 und GVSG-Entwurf zu § 33 SGB V,
- Teilhabeplanung bei komplexen und mehrfachen Hilfsmittelversorgungen für längere Zeiträume mit Zusammenwirken von GKV und Eingliederungshilfe, um Versorgungssicherheit und zeitnahe Versorgung zuverlässig zu ermöglichen,
- Beschleunigung und Vereinfachung des Hilfsmittelversorgungsprozesses durch Qualifizierung, Entbürokratisierung und Digitalisierung.

SPZ

Die Erhöhung der Altersgrenze auch zur Sicherung der Transition wird begrüßt.

Der Fachausschuss „Interdisziplinäre Entwicklungsförderung und Rehabilitation für Kinder“ der DVfR weist ferner darauf hin, dass auf Grund einer nicht eindeutigen gesetzlichen Regelung (**§ 43a SGB V**) und ungeklärter Finanzierung **nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen**, die ein wichtiger Bestandteil der sozialpädiatrischen Behandlung in SPZ sind, nach Stellung einer Diagnose und Erstellung eines Behandlungsplanes nicht mehr überall in Deutschland erbracht werden können. Es entsteht eine Versorgungslücke insbesondere für Schulkinder mit chronischen Krankheiten und Behinderungen im Hinblick auf psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Anteile der Behandlung. Der Fachausschuss bittet deshalb um eine rasche Lösung zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten sozialpädiatrischen Behandlung für Kinder mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen unter Einschluss nichtärztlicher sozialpädiatrischer Leistungen und um die Schließung der sich zunehmend ausbreitenden Versorgungslücke durch gesetzliche Klarstellung (siehe Anhang 3). Für eine solche Klarstellung hat sich auch der Bundesrat in seiner Sitzung am 5. Juli 2024 ausgesprochen (BR-Drucksache 234/24).

MZEB

MZEB nach § 119c SGB V sind wichtige Bestandteile eines inklusiven Gesundheitswesens. Sie stellen Einrichtungen dar, die erwachsene 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, sind dringlich. Es reicht aber nicht aus, nur bei der Organisation der bilateralen Austauschformate unterstützen (Maßnahme I.21). Zu prüfen ist, welche Unterstützung seitens der Politik bzw. des Gesetzgebers sowie der Selbstverwaltung in Betracht kommt, um dieses Ziel zu erreichen. Ggf. sind gesetzliche Änderungen notwendig, um eine **flächen- und bedarfsdeckende Etablierung der MZEB** zu erreichen. Zu analysieren ist, welche Weiterentwicklung der Konzeption dazu erforderlich ist und wie die Leistungserbringer und die Leistungsträger veranlasst werden können, MZEB zu beantragen bzw. zuzulassen (vgl. I.6.15 der Beiträge).

Rehabilitation und Pflege

Das Kapitel II der Maßnahmenübersicht zur Barrierefreiheit in der Langzeitpflege enthält leider keine Maßnahmen zur Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit (und damit zur Reduktion des Bedarfes an Pflegeplätzen und Pflegepersonen), zur gezielten, rehabilitativ gestalteten Unterstützung der Angehörigen bei der Pflege sowie einer stärkeren **Orientierung der Pflege an der Ermöglichung und Verbesserung der Selbstbestimmung und der Teilhabe**: Dies gilt sowohl für die häusliche Krankenpflege im Rahmen des SGB V als auch für die Pflege im Rahmen des SGB XI. 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“ 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 (vgl. auch II.1.1 der Beiträge).

Im Sinne der erwerbsfähigen Menschen mit Behinderungen oder Pflegebedürftigkeit sind auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung entsprechende Vorkehrungen zur Aufnahme Pflegebedürftiger in von der Rentenversicherung federgeführten Reha-Einrichtungen zu treffen.

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.

Dazu gehören u. a. verbindliche Vorgaben zum Internetzugang via WLAN für die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen und solchen der Eingliederungshilfe (II.15 und 16).

Digitalisierung

Die Digitalisierung kann Prozesse vereinfachen. Sie darf aber keine Personengruppe ausschließen. Es muss weiterhin bedarfsgerechte analoge Angebote geben, um Exklusion vieler Bürgerinnen und Bürger zu vermeiden. Dazu fehlt eine Aussage. Ein Anrecht auf analoge Kommunikation bleibt zu beachten

Bei der Entwicklung digitaler Formate ist die Mitwirkung der Versicherten und ihrer Verbände essenziell.

Bei Aktivitäten zur Digitalisierung ist zu beachten, dass die Förderung der Teilhabe in der Regel auch persönliche Kontakte, unmittelbare soziale Begegnungen und auch längerfristigen 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.

4. Schlussbemerkung

Abschließend plädiert die DVfR dafür, den **Diskussionsprozess** zu einem diversen, inklusiven und barrierefreien Gesundheitswesen zu **verstetigen**. Der Weg zu einem solchen Gesundheitswesen wird sowohl Zeit als auch die Beteiligung vieler Akteure benötigen. Es könnte z. B. jährlich in themenfeldbezogenen Fachgesprächen überprüft werden, welche Maßnahmen bereits ergriffen, welche Fortschritte schon erreicht wurden und welche Schritte als Nächstes notwendig sind.

Heidelberg, 15.08.2024

Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann
Vorsitzender der DVfR

Über die DVfR

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR) ist in Deutschland die einzige Vereinigung, in der Vertreterinnen und Vertreter aller Akteure im Bereich Rehabilitation und Teilhabe gleichberechtigt zusammenwirken: Selbsthilfe- und Sozialverbände, Sozialleistungsträger, Rehabilitationseinrichtungen und -dienste, 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 für die Weiterentwicklung von Rehabilitation, Teilhabe und Selbstbestimmung.

Anhang

- (1) Agenda für einen Aktionsplan „Inklusives Gesundheitswesen“ der Bundesregierung – ein Beitrag aus der DVfR vom November 2022:
<https://www.dvfr.de/arbeitschwerpunkte/stellungnahmen-der-dvfr/detail/artikel/beitrag-aus-der-dvfr-fuer-einen-aktionsplan-inklusive-gesundheitswesen>
- (2) Beiträge aus der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) für das schriftliche Beteiligungsverfahren zum Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen vom 13. Dezember 2023:
https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/BMG_Forumblatt_Aktionsplan_Beitrug_der_DVfR_bf.pdf
- (3) Diskussionspapier des Fachausschusses „Interdisziplinäre Entwicklungsförderung und Rehabilitation für Kinder“ der DVfR: Umfassende sozialpädiatrische Behandlung für Kinder mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen durch Wegfall der Finanzierung nichtärztlicher sozialpädiatrischer Leistungen in Gefahr – Versorgungslücke durch gesetzliche Klarstellung schließen!:
https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/24-05-13_Nicht%20%C3%A4rztliche_sozialp%C3%A4diatrische_Leistungen_bf.pdf

Positionspapiere, Stellungnahmen usw. der DVfR

Stellungnahme der DVfR: Berücksichtigung von Rehabilitation und Teilhabe in der Ausbildung der Gesundheitsfachberufe vom 24. August 2022:

<https://www.dvfr.de/arbeitschwerpunkte/stellungnahmen-der-dvfr/detail/artikel/erweiterte-kompetenzen-zu-rehabilitation-und-teilhabe-in-ausbildung-von-gesundheitsfachberufen-verankern>

Positionspapier der DVfR zur Gesundheitssorge – Erhalt und Förderung von Gesundheit für Menschen mit Behinderungen unter besonderer Berücksichtigung der Eingliederungshilfe vom 16. Juli 2021: <https://www.dvfr.de/arbeitschwerpunkte/stellungnahmen-der-dvfr/detail/artikel/positionspapier-der-dvfr-zur-gesundheitssorge-erhalt-und-foerderung-von-gesundheit-fuer-menschen-mit-behinderungen-unter-besonderer-beruecksichtigung-der-eingliederungshilfe>

Positionspapier der DVfR zur medizinischen Rehabilitation vor und bei Pflege vom 14. Dezember 2020: <https://www.dvfr.de/arbeitschwerpunkte/stellungnahmen-der-dvfr/detail/artikel/positionspapier-der-dvfr-zur-medizinischen-rehabilitation-vor-und-bei-pflege>

Diskussionspapier der DVfR zur Sicherung der beruflichen Teilhabe bei psychischen Beeinträchtigungen vom 23. Juli 2019:

<https://www.dvfr.de/arbeitschwerpunkte/stellungnahmen-der-dvfr/detail/artikel/diskussionspapier-der-dvfr-zur-sicherung-der-beruflichen-teilhabe-bei-psychischen-beeintraechtigungen>

Stellungnahme der DVfR zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) vom 15. Juli 2016:

<https://www.dvfr.de/arbeitsschwerpunkte/stellungnahmen-der-dvfr/detail/artikel/dvfr-fordert-mehr-teilhabeorientierung-in-der-heil-und-hilfsmittelversorgung>

Zur Bedeutung der Heilmittel für die Förderung der Teilhabe unter Berücksichtigung des Auftrags therapeutischer Fachberufe – ein Beitrag zur aktuellen Diskussion vom 19. Februar 2016: <https://www.dvfr.de/arbeitsschwerpunkte/stellungnahmen-der-dvfr/detail/artikel/dvfr-legt-vorschlaege-fuer-teilhabeorientierte-heilmittelversorgung-vor-1>