

Zur Bedeutung der Heilmittel für die Förderung der Teilhabe unter Berücksichtigung des Auftrags therapeutischer Fachberufe – ein Beitrag zur aktuellen Diskussion

Expertise der DVfR

Februar 2016

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR)
Maaßstraße 26
69123 Heidelberg

Telefon 06221 187 901-0
E-Mail info@dvfr.de
www.dvfr.de

1. Einleitung	5
a) Aktuelle Probleme der Versorgung mit Heilmitteln	5
b) Grundlagen.....	6
c) Typische Settings im Bereich der Heilmittelerbringung	9
2. Der rechtliche Rahmen der Erbringung von Heilmitteln.....	15
3. Heilmittel und Förderung der Teilhabe – eine systematische Betrachtung	16
a) Gehalt und Bedeutung von Teilhabe.....	16
b) Heilmittel und Teilhabe	18
c) Empfehlungen	21
4. Grundlagen für ein teilhabeorientiertes Konzept der Heilmittelversorgung	21
a) Verstärkte Teilhabeorientierung der Heilmittelversorgung.....	21
b) Die Bedeutung der ICF für die teilhabeorientierte Heilmittelversorgung	21
c) Indikationsstellung für die teilhabeorientierte Heilmittelversorgung unter Berücksichtigung des gegliederten Systems.....	22
d) Kompetenzerwerb für eine teilhabeorientierte Heilmittelversorgung.....	23
e) Komplexität der Problemlagen, Interdisziplinarität und Teamarbeit	23
f) Teilhabeorientierte Heilmittelversorgung und Lebenswelt	24
g) Teilhabeorientierung Heilmittelversorgung und Hilfsmittel.....	25
h) Teilhabeorientierte Heilmittelversorgung aus der Betroffenenperspektive	25
i) Teilhabeorientierte Heilmittelversorgung und ihre Evidenz.....	27
j) Zusammenspiel von „interner“ und „externer“ Evidenz mit Blick auf die Teilhabe.....	28
k) Empfehlungen der DVfR.....	30
5. Gestaltungsmöglichkeiten und Modelle für eine teilhabeorientierte Heilmittelversorgung	31
a) Zur Bedeutung und Gestaltung der Interdisziplinarität	31
b) Konkrete Organisationsmöglichkeiten teilhabeorientierter interdisziplinärer Arbeit.....	32
c) Weitere Form der Zusammenarbeit: Informationsaustausch.....	34
d) Weitere Form der Zusammenarbeit: Gemeinsame Behandlungs- und Teilhabeplanung	35
e) Weitere mögliche/anstrebenswerte Form der Zusammenarbeit: ambulantes multiprofessionelles interdisziplinäres Team	35
f) Formen der Zusammenarbeit: Der Arzt als Koordinator	36
g) Formen der Zusammenarbeit: Case-Management.....	37
h) Empfehlungen der DVfR.....	38
6. Ein Setting-Ansatz für die Gestaltung und Zuordnung von teilhabeorientierten Heilmitteln.....	38
a) Leistungen der therapeutischen Fachdienste für die Förderung der Teilhabe in lebensweltlichen und institutionellen Settings.....	38
b) Medizinische Settings	40
c) Integrative Settings.....	43

d) Zum Verhältnis von Teilhabeförderung und kurativer Therapie in integrativen Settings.....	45
e) Zuordnung der Leistungen im integrierten Setting.....	46
f) Externe therapeutische Fachkräfte in teilhabeorientierten Einrichtungen	47
g) Isolierte Settings – teilhabeorientierte Heilmittelerbringung ohne integrativen Ansatz	48
h) Zusammenfassung	50
i) Empfehlungen der DVfR.....	50
7. Perspektiven einer sozialräumlichen Organisation teilhabeorientierter Heilmittelversorgung.....	51
a) Bedeutung der Wohnort- und Lebensweltnähe: Differenzierung der Versorgungsregionen.....	51
b) Vernetzung und Kooperation der Einrichtungen.....	52
c) Spezialisierungen und sozialräumliche Differenzierung	53
d) Regionale Kooperation der Leistungsträger im Rahmen des SGB IX.....	54
e) Neue Formen der Versorgung	54
f) Empfehlungen der DVfR.....	55
8. Leistungsrechtliche Zuordnung von Heilmitteln.....	55
a) Vielfalt der Konstellationen bei der Leistungserbringung.....	55
b) Leistungsgeschehen als Bündelung von Zielen und Leistungen	59
c) Ausgestaltung eines Individualanspruchs	64
Anhang:.....	66
1. Teilhabeorientierte Heilmittelerbringung im Kontext der therapeutischen Fachberufe	66
a) Exemplarisch: Ergotherapie	66
b) Exemplarisch: Physiotherapie.....	68
c) Exemplarisch: Logopädie/ Sprachtherapie.....	71
2. Kinder als Personengruppe mit besonderem Bedarf an teilhabeorientierter Heilmittelerbringung.....	73
3. Teilhabeorientierte Heilmittel: Konkretisierung der Zieldimensionen anhand von Teilhabesicherungskonzepten (Muster für die Praxis)	76
4. Grafiken.....	79
a) Grafik 1: Integrative Lösung (Variante 1), integratives Setting.....	79
b) Grafik 2: Integrative Lösung (Variante 2), integratives Setting.....	80
c) Grafik 3: Additive Lösung, nicht-integratives Setting mit externen Therapeuten.....	81
d) Grafik 4: Isolierte Lösung, isoliertes Setting	82
5. Literatur und Quellen	83
6. Mitglieder des Ad-Hoc-Ausschusses	89

1. Einleitung

a) Aktuelle Probleme der Versorgung mit Heilmitteln

Heilmittel¹, also vor allem Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie, erreichen einen inzwischen beträchtlichen Anteil an den Leistungen im Gesundheitswesen. Der Heilmittelumsatz für die Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) steigt seit Jahren.² Auch in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung, in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken, in Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) und Frühfördereinrichtungen, aber auch in den Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, der Eingliederungshilfe, den (Förder-) Kindertagesstätten und (Förder-)Schulen sowie in den Einrichtungen der Altenhilfe spielen sie eine bedeutende Rolle. Therapeuten³ der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie entwickeln akademische Berufsbilder und sind mit ihrer Qualifikation unverzichtbarer Bestandteil zahlreicher interdisziplinärer Teams in der Behandlung und Rehabilitation.

Neben einer durchgehend hohen Wertschätzung dieser Therapien gibt es jedoch auch Stimmen, die die Notwendigkeit der Behandlungen in diesem Ausmaß in Frage stellen. Auch treten Unklarheiten und Unstimmigkeiten über die korrekte leistungsrechtliche Zuordnung von Heilmitteln auf, wenn diese nicht nur der Behandlung von akuten und chronischen Krankheiten sowie Behinderungen dienen, sondern auch der Förderung der Teilhabe. So klagen z. B. Träger der Eingliederungshilfe einerseits, dass sie therapeutische Leistungen finanzieren, die sie im Zuständigkeitsbereich der GKV sehen und kürzen daher Stellen für therapeutische Fachkräfte. Andererseits monieren sie, dass die Möglichkeiten, die Kompetenzen von Menschen mit Behinderungen durch Heilmittel zu fördern, nicht ausgeschöpft werden. Die gesetzlichen Krankenkassen wiederum befürchten u. a., dass eigentlich gebotene heilpädagogische Leistungen und Assistenzleistungen in den Bereich der Heilmittel „verschoben“ werden, obwohl die Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) dies ausdrücklich ausschließt.⁴ Vertragsärzte fühlen sich oft zu Verordnungen gedrängt, die sie für nicht hinreichend begründbar halten, oder auf Grund derer sie nachteilige Wirtschaftlichkeitsprüfungen befürchten. Heilmittelerbringer schließlich beklagen, dass

¹ Das SGB V kennt keine Legaldefinition des Heilmittels. Die §§ 32 Abs.2 Satz 2, 107 Abs. 2 Nr. 2 und 24 Abs. 1 SGB V nennen lediglich beispielhaft einzelne Heilmittelarten (z. B. physikalische Therapie, Sprachtherapie und Ergotherapie). Eine Legaldefinition des Heilmittels, die auch dem Begriffsverständnis der gesetzlichen Krankenversicherung im SGB V entspricht (vgl. nur BSG, Urt. v. 4.4.2006 - B 1 KR 12/04 R, BSGE 96, 153), enthält § 30 SGB VII. Danach sind Heilmittel „alle ärztlich verordneten Dienstleistungen, die einem Heilzweck dienen oder einen Heilerfolg sichern und nur von entsprechend ausgebildeten Personen erbracht werden dürfen. Hierzu gehören insbesondere Maßnahmen der physikalischen Therapie sowie der Sprach- und Beschäftigungstherapie“. In der aktuellen Fassung der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sind nach § 2 Abs. 1 Heilmittel „persönlich zu erbringende medizinische Leistungen“, und zwar die einzelnen Maßnahmen der Physikalischen Therapie, der Podologischen Therapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie der Ergotherapie (zu finden unter www.g-ba.de). Als Leistungen der medizinischen Rehabilitation nennt § 26 Abs. 2 Nr. 4 SGB IX „Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie“.

² Vgl. dazu Waltersbacher, Heilmittelbericht 2014; Sauer/Rothgang/Glaeske, BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2014. Mit dem Anstieg der Ausgaben für Heilmittel befasst sich auch die Bundestags-Drucksache 18/7283 vom 15.01.2016 (Antwort der Bundesregierung zum Thema „Versorgung mit Heilmitteln – Einkommenssituation und Verteilung der Heilmittelerbringer in Deutschland“).

³ Gender-Hinweis: Die verwendete maskuline Sprachform dient der leichteren Lesbarkeit und meint immer auch das jeweils andere Geschlecht.

⁴ Vgl. § 6 Abs. 2 Satz 3 der Heilmittel-Richtlinie (oben Fn. 1).

vielfach überbordende Bürokratie sowie „Regressangst“ das Verordnungsgeschehen dominieren.

Während die Anwendung von Heilmitteln für die Behandlung von akuten und chronischen Krankheiten sowie von Behinderungen weitgehend unumstritten ist, bleibt oft unklar, inwieweit Heilmittel auch der Förderung der Teilhabe dienen sollen und können und wer dafür der zuständige Leistungsträger sein kann. Die Klärung dieser Fragen, die nicht nur von den zu verfolgenden Zielen abhängt, sondern offenbar auch von den verschiedenen „Settings“, d. h. den Orten, an denen die therapeutischen Fachberufe tätig werden, erscheint bedeutsam im Hinblick auf die weitere Entwicklung und Gestaltung der Heilmittelversorgung sowie der Tätigkeit und den Aufgaben der therapeutischen Fachberufe insgesamt. Dies gilt insbesondere auch für die Organisation der Behandlung und Teilhabeförderung in Einzelpraxen, in Teams oder in komplexen Organisationsformen. Dabei besteht besonders bei Menschen mit Krankheiten und Behinderungen ein Interesse an einer multidisziplinären Bedarfsermittlung, interdisziplinärer und abgestimmter „ganzheitlicher“ Behandlung und Förderung sowie einem Leistungsangebot, in dem die Hilfen des multiprofessionellen Teams „wie aus einer Hand“ organisiert sind.

Angesichts dieser Problemlagen unternimmt der Ad-hoc-Ausschuss „Heilmittelversorgung“ der DVfR in seiner Expertise zur teilhabeorientierten Heilmittelversorgung den Versuch, auf der Basis des geltenden Rechts auszuloten, wie eine teilhabeorientierte Heilmittelversorgung und Arbeit der therapeutischen Fachdienste nicht nur in kurativen Settings, sondern auch im Hinblick auf die medizinische, pädagogische, berufliche und soziale Rehabilitation zukünftig gestaltet und organisiert werden kann. Dabei beschränkt sich die DVfR bewusst auf den Aspekt der Förderung der selbstbestimmten Teilhabe und die dazu notwendigen organisatorischen und leistungsrechtlichen Voraussetzungen und beansprucht nicht, eine vollständige Analyse und Bewertung der gesamten Heilmittelversorgung vorzulegen.

Die Ergebnisse dieser Expertise könnten u. a. helfen, die Regelung des § 27 SGB IX, wonach die in § 26 Abs. 1 SGB IX genannte Ziele auch bei Leistungen der Krankenbehandlung gelten, wirksam werden zu lassen und zwar in den verschiedenen Settings, in denen Leistungen zur Teilhabe durch die verschiedenen Rehabilitationsträger im Sinne des § 6 SGB IX erbracht werden. Die DVfR sieht dieses Vorhaben auch als Beitrag zum einen zur Umsetzung des Rechtes von Menschen mit Behinderungen auf wirksame und geeignete Maßnahmen zur Ermöglichung bestmöglicher und umfassender Partizipation im Sinne der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen – UN-BRK (vgl. insbesondere Art. 26 Abs. 1 UN-BRK). Zum anderen geht es um das Recht auf spezielle Maßnahmen, die auf Grund der Behinderung erforderlich sind (Art. 25 UN-BRK). All diese Rechte sind zudem schon seit mehr als zehn Jahren im an selbstbestimmter Teilhabe orientierten SGB IX angelegt (vgl. § 1 Abs. 1 SGB IX).

Die Expertise soll nicht zuletzt zur Diskussion anregen und dafür eine Grundlage bilden.

b) Grundlagen

Tätigkeiten von therapeutischen Fachkräften (insbesondere Ergo- und Physiotherapeuten sowie Logopäden) sind Bestandteil des Systems der gesundheitlichen und rehabilitativen Versorgung in Deutschland. Ihre im Gesamtzusammenhang zu beschreibenden Aufgaben sind zum einen am Ziel der Krankenbehandlung, zum anderen aber stets auch am Ziel der selbstbestimmten Teilhabe orientiert. Dies gilt insbesondere dann, wenn eine Behinderung

droht oder bereits eingetreten ist, denn die UN-BRK ist in Deutschland unmittelbar geltendes Recht. Demnach müssen alle staatlichen Stellen dafür Sorge tragen, dass die Bedingungen für Menschen mit Behinderungen in allen Bereichen, das heißt in der gesamten Lebenswelt, eine „volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe“ zulassen (Präambel, Buchst. e), Art. 1 Satz 2 UN-BRK). Dabei geht es hier nicht um die Frage, ob sich aus der UN-BRK unmittelbar Rechtsansprüche von Menschen mit Behinderungen ergeben können, sondern um die staatliche Verpflichtung, das bestehende Recht auf seine Vereinbarkeit mit den Vorgaben der UN-BRK zu überprüfen und konventionswidriges Recht nicht mehr anzuwenden, zu ändern oder zumindest konventionsgemäß (durch eine konventionskonforme Auslegung) zu praktizieren.⁵

Auch das SGB IX rückt das Ziel der gleichberechtigten Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Leben in der Gesellschaft in den Vordergrund (§ 1 Satz 1 SGB IX) und verdeutlicht zugleich die teilhabebezogene Dimension medizinischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen (§ 27 SGB IX⁶; dazu unten Kap. 2 und 3). Im Hinblick auf pflegebedürftige Menschen gelten diese Regelungen – wie auch die Regelungen der UN-BRK – gleichermaßen, zumal pflegebedürftige Menschen im Sinne der Pflegeversicherung auch behindert im Sinne des § 2 SGB IX sind (soweit durch den Pflegebedarf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung droht).

Freilich kann nur eine selbstbestimmte Teilhabe das Ziel des SGB IX erfüllen; eine fremdbestimmte Teilhabe würde dieses gesetzlich festgelegte Ziel verletzen. Selbstbestimmte Teilhabe in diesem Sinne ist gegeben, wenn ein Mensch sozial in die Lebensbereiche eingebunden ist, an denen er teilhaben will (dazu Kap. 3). Teilhabe basiert dabei auf individuumsbezogenen Grundbefähigungen und auf kontextbezogenen Faktoren in der Umwelt. Sie setzt weitgehende Barrierefreiheit voraus. Durch Beeinträchtigungen wie Krankheiten und Behinderungen können Wechselwirkungen zwischen den eingeschränkten Grundbefähigungen der betroffenen Menschen und den kontextbezogenen Faktoren in der Umwelt entstehen und bestehen, welche die Aktivitäten und Teilhabe sowie ihre Freiheit zur selbstbestimmten Lebensführung einschränken. Dabei lassen sich Grundbefähigungen und Kontextfaktoren mit medizinisch-therapeutischen Verfahren (auch unter Einbindung der Bezugspersonen im primären und sekundären Netzwerk) positiv beeinflussen, wenn sie eine teilhabebezogene Dimension haben, die bei der Indikationsstellung und bei der Bedarfsfeststellung zu ermitteln und festzulegen ist.

In diesem Zusammenhang muss bei therapeutischen Maßnahmen eine Teilhabeorientierung zwar nicht stets im Vordergrund stehen oder in der aktuellen Behandlungssituation unmittelbar relevant sein. Entscheidend ist vielmehr, dass immer dann, wenn Teilhabe betroffen sein kann, immer auch teilhabegeprägte Ziele zu verfolgen sind. Dies gilt auch für die Leistungen der therapeutischen Fachkräfte, die Heilmittel in der ambulanten Versorgung oder im Rahmen therapeutischer Leistungen im Krankenhaus als Teil der Krankenbehandlung erbringen, und die in den unterschiedlichen Bereichen der Lebenswelt für die selbstbestimmte Teilhabe von Bedeutung sind.⁷

⁵ Vgl. Trenk-Hinterberger, in: Kreuz/Lachwitz/Trenk-Hinterberger 2013, Einführung, S. 12 ff.

⁶ § 27 SGB IX: „Die in § 26 Abs. 1 genannten Ziele sowie § 10 gelten auch bei Leistungen der Krankenbehandlung“.

⁷ Wenn im Folgenden von Heilmitteln gesprochen wird, sind in der Regel allgemein Leistungen therapeutischer Fachdienste (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie) gemeint, vgl. § 26 Abs. 2 Nr. 4 SGB IX. Ist die Heilmittelerbringung im Rahmen des § 32 SGB V (i.V.m. §§ 124 und 125 SGB V) gemeint, wird dies an entsprechender Stelle kenntlich gemacht.

Ein auf diesen Grundsätzen aufbauendes, teilhabeorientiertes Konzept der Heilmittelerbringung ist nur auf Grundlage des Modells der internationalen Klassifikation der Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF) vorstellbar (Kap. 4). Es erfordert insbesondere ein gewandeltes Selbstverständnis der an der Heilmittelversorgung beteiligten Disziplinen, die Einbeziehung aller Bereiche der Lebenswelt bei dieser Versorgung und die interdisziplinäre Kooperation in Teamarbeit.⁸ Ohne Berücksichtigung der Betroffenenperspektive ist eine Evidenzbasierung der Heilmittelerbringung nicht möglich (s. Kap. 4.i) und 4.j)). Fehlen nämlich Kenntnisse zu den individuellen Teilhabebedürfnissen und -ressourcen, kann häufig nicht entschieden werden, welche von mehreren Behandlungsmöglichkeiten indiziert ist. Werden notwendigerweise Kriterien der Teilhabeförderung in die Ergebnisdefinition einbezogen, prägt dies auch die Evaluation und damit die Gewinnung von Evidenz. So verstanden kann Evidenzbasierung Teilhabeorientierung stärken. Zu einer teilhabeorientierten Tätigkeit von therapeutischen Fachberufen gehören ferner die interdisziplinäre Arbeitsweise sowie konkrete Organisationsformen (z. B. Teilhabeplanung und Kooperationsmodelle) (dazu Kap. 5).

Die inhaltliche Gestaltung und die leistungsrechtliche Zuordnung von teilhabeorientierten therapeutischen Leistungen hängen teilweise mit der Struktur und der Aufgabe bestimmter „Settings“, innerhalb derer die therapeutischen Fachkräfte tätig werden (vgl. dazu auch unten Kap. 1 c)). Um dem gerecht zu werden, empfiehlt die DVfR für eine Konzeption der Heilmittelversorgung die Verwendung eines „Setting-Ansatzes“ (dazu Kap. 6), so dass die Kontexte Berücksichtigung finden können, in denen Therapeuten (einzeln oder in multiprofessioneller interdisziplinärer Teamarbeit) tätig werden (z. B. in der ambulanten Versorgung, in Förderschulen, Berufsbildungswerken und Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe). Dabei wird ermittelt, wie die jeweiligen (kurativen und/oder teilhabeorientierten) Ziele, welche die therapeutischen Fachkräfte verfolgen, zustande kommen und Berücksichtigung finden können. Auf der Grundlage des „Setting-Ansatzes“ können zudem die Weichenstellungen für eine adäquate Finanzierung einer teilhabeorientierten Heilmittelerbringung aufgezeigt werden (vgl. Kap. 8). Je nach Setting und Aufgabe können therapeutische Tätigkeiten einem oder mehreren (Sozial-)Leistungsträgern zugeordnet werden (vgl. im Einzelnen Kap. 8).

Einige Personengruppen haben einen besonders umfangreichen und einen insbesondere auf die Teilhabe zu orientierenden Bedarf an therapeutischen Leistungen (z. B. Menschen aller Altersgruppen mit angeborenen und erworbenen Behinderungen, mit erworbenen Hirnschädigungen, mit mehrfachen Behinderungen sowie pflegebedürftige Menschen). Diesen besonderen Bedarfen muss aus Sicht der DVfR mehr als bisher Rechnung getragen werden.

Im Kontext einer teilhabeorientierten Versorgung mit therapeutischen Leistungen darf die Bedeutung der sozialräumlichen Dimension nicht vernachlässigt werden, die insbesondere Aspekte der Wohnort- und Lebensweltnähe der Versorgung, der institutionellen Organisation der Heilmittelerbringung sowie der Vernetzung und Kooperation in der Versorgung umfasst (dazu Kap. 7). Bei einer so vom jeweiligen Setting geprägten, sozialraum- und teilhabeorientierten Heilmittelerbringung stellen sich zwangsläufig Fragen nach der leistungsrechtlichen Zuordnung der erforderlichen Heilmittelerbringung, nach einer adäquaten Finanzierungsform und nach geeigneten rechtlichen Instrumenten der Kooperation und Koordination der zuständigen Leistungsträger (vgl. dazu ebenfalls Kap. 8).

⁸ Dazu umfassend Robert-Bosch-Stiftung, Memorandum Kooperation Gesundheitsberufe 2011.

c) *Typische Settings im Bereich der Heilmittelerbringung*

Man kann schematisch eine Gruppenbildung zu den Settings, in denen therapeutische Leistungen erbracht werden, vornehmen und ihnen jeweils typische Fallkonstellationen der Heilmittelversorgung zuordnen (konkretes, ggf. vorgeschriebenes Setting; Indikationen⁹; therapeutische Maßnahmen). Dabei können kurative Leistungen im engen Sinne mit anderen, die Setting-spezifisch sind, verbunden werden. (zum Setting-Ansatz s. a. Kap. 6, zur leistungsrechtlichen Zuordnung vgl. Kap. 8).

(1) **Rein kuratives Setting** (immer mit § 27 SGB IX, d. h. mit impliziter Teilhabeförderung)¹⁰

- Krankenhaus¹¹ (§ 39 SGB V):

Indikationen	Leistungen	Teilhabebezug
z. B. postoperative Zustände; Schlaganfallpatienten	Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie	Ggf. Bericht für die nachfolgenden Behandler. Optimal: Anleitung und Beratung von Bezugspersonen.

Tab. 1: Krankenhaus

- Therapeutische Praxis (§ 124 Abs. 1 und 2 SGB V, § 11 Heilmittel-Richtlinie):

Indikationen	Leistungen	Teilhabebezug
z. B. chronischer Rückenschmerz; Schulterverletzung nach Unfall; Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen	Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie	Verbesserung der Teilhabechancen mittelbar durch funktionelles Training

Tab. 2: Therapeutische Praxis

⁹ Zu Kindern als Personengruppe mit besonderem Bedarf an teilhabeorientierter Heilmittelerbringung finden sich nähere Erläuterungen im Anhang, Abschnitt 2.

¹⁰ Das vorliegende Positionspapier geht davon aus, dass die gesetzlich vorgegebene Orientierung auf Teilhabe im Rahmen der Heilmittelerbringung ihre leistungsrechtliche Entsprechung finden muss, dazu Kap. 8.

¹¹ Dies schließt ggf. die Tagesklinik mit ein.

- Therapeutische Praxis: Hausbesuch¹² (§ 124 Abs. 1 und 2 SGB V, § 11 Heilmittel-Richtlinie):

Indikationen	Leistungen	Teilhabebezug
Diverse Krankheitsbilder, wenn der Patient die Praxis aus medizinischen Gründen nicht aufsuchen kann	Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie	Im Kontext der häuslichen Umgebung können direkt Aktivitäten geübt werden, soweit dies durch die Heilmittelrichtlinie und Verträge abgedeckt ist. ¹³ Kooperation mit Bezugspersonen ist möglich.

Tab. 3: Therapeutische Praxis: Hausbesuch

- Therapeutische Praxis: „ausgelagerte“ Praxis¹⁴ (§ 124 Abs. 1 und 2 SGB V, § 11 Heilmittel-Richtlinie):

Indikationen	Leistungen	Teilhabebezug
z. B. infantile Cerebralparese; interkurrente Erkrankungen nach Unfällen; Erkrankungen des (zentralen) Nervensystems bzw. der Psyche; sog. geistige Behinderung	Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie	Im Kontext der Einrichtung können direkt Aktivitäten geübt werden, soweit dies durch Heilmittelrichtlinien und Verträge abgedeckt ist. ¹⁵ Ein interdisziplinäres Team ist möglich.

Tab. 4: Therapeutische Praxis: „ausgelagerte“ Praxis

¹² Auch in Alten- und Pflegeheimen sowie Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe (vgl. § 11 Abs. 2 Heilmittel-Richtlinie des G-BA).

¹³ Derzeit ist die Abbildung unvollständig; die Leistungserbringung findet praktisch ausschließlich im Rahmen der Krankenbehandlung der Gesetzlichen Krankenversicherung statt und folgt deshalb den dort gültigen gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen.

¹⁴ Therapeutische Maßnahmen einer Therapiepraxis in Einrichtungen mit speziellen Räumlichkeiten, z. B. in der Kindertagesstätte, der Schule, der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), der Tagesförderstätte, den Einrichtungen der beruflichen Bildung (z. B. Berufsbildungs- und Berufsförderungswerk), z. T. auch in Wohnheimen. Nach § 11 Abs. 2 Satz 3 der Heilmittel-Richtlinie für Kinder und Jugendliche in besonders spezialisierten Einrichtungen regelhaft möglich, für Erwachsene analoge Regelungen in Fragen 19 und 20 des konsentierten Frage-/Antwortkatalogs der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (abrufbar unter www.kbv.de/media/sp/HeilM_RL_Aenderungen_FAQ.pdf).

¹⁵ Derzeit unvollständig abgebildet.

- Sozialpädiatrische Zentren¹⁶ (§§ 119 und 43a SGB V, § 4 Frühförderungsverordnung):

Indikationen	Leistungen	Teilhabebezug
SPZ-spezifisch ¹⁷	Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie	Die Leistungserbringung erfolgt im Kontext des umfassenden Behandlungsplans, ggf. in Abstimmung mit der Frühförderung

Tab. 5: Sozialpädiatrische Zentren

(2) Medizinische Rehabilitation¹⁸ (§ 26 ff. SGB IX)

- Ambulantes Setting medizinische Rehabilitation (einschließlich mobiler Rehabilitation):

Indikationen	Leistungen	Teilhabebezug ¹⁹	Besondere Formen
z. B. Beinamputation; Schädel-Hirn-Trauma/Halbseitenlähmung; Herzinfarkt; chronischer Rückenschmerz; nach Unfällen und Operationen	In einem kompletten Rehabilitationsteam: Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie	Wird durch die definierten (ggf. trägerspezifischen) Rehabilitationsziele hergestellt und durch ein interdisziplinäres Team verwirklicht. Bei mobiler Rehabilitation (Behandlung zu Hause) werden unmittelbar und umfassend Aktivitäten und Teilhabe gefördert; Kooperation mit Bezugspersonen ist möglich.	Ambulante Nachsorge (z. B. IRENA); interdisziplinäre Frühförderung (ggf. im SPZ-Kontext); Funktionstraining und Reha-Sport

Tab.6: Ambulantes Setting medizinische Rehabilitation (einschließlich mobiler Rehabilitation)

- Stationäres Setting medizinische Rehabilitation²⁰:

¹⁶ Therapeutische Maßnahmen werden von den SPZ z. T. außerhalb der interdisziplinären Frühförderung erbracht (leistungsrechtlich gehört ihre Tätigkeit nach § 119 SGB V zum kurativen Bereich).

¹⁷ Vgl. Anhang, Abschnitt 2.

¹⁸ Es handelt sich um Maßnahmen im Rahmen der Medizinischen Rehabilitation nach § 26 SGB IX durch die gesetzlichen Krankenkassen, die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, die Träger der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden sowie die Träger der Jugend- und Sozialhilfe (§ 6 Abs. 1 SGB IX mit den einzelgesetzlichen Vorgaben).

¹⁹ Vgl. auch Bunge 2011.

Indikationen	Leistungen	Teilhabebezug
Muskuloskeletale, psychosomatische, neurologische und andere Indikationsgruppen	In einem kompletten Rehabilitationsteam: Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie	Wird durch die definierten (ggf. trügerspezifischen) Rehabilitationsziele hergestellt und durch ein interdisziplinäres Team verwirklicht.

Tab. 7: Stationäres Setting (medizinische Rehabilitation)

(3) Medizinisch-berufliche Rehabilitation (Phase-II-Einrichtungen)

- Stationäres Setting:

Indikationen	Leistungen	Teilhabebezug
z. B. schwere neurologische Schädigungen (etwa Schädel-Hirn-Trauma oder Schlaganfall)	Im interdisziplinären Team: Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, ergänzt um berufs- bzw. arbeitsplatzbezogene Förderung	Wird durch die definierten (ggf. trügerspezifischen) Rehabilitationsziele hergestellt und durch ein interdisziplinäres Team verwirklicht

Tab. 8: Stationäres Setting (medizinisch-berufliche Rehabilitation)

- Ambulantes Setting²¹

²⁰ Anders als bei der rein kurativen Heilmittelerbringung im Krankenhaus umfassen die Leistungen im Rahmen der stationären medizinischen Rehabilitation darüber hinausgehende teilhabeorientierte Maßnahmen.

²¹ Dieses ist derzeit (Ausnahme z. B. m&i-Fachklinik Herzogenaurach in Kooperation mit dem Berufsförderungswerk Nürnberg) regelhaft noch nicht vorhanden (vgl. zum ambulanten Setting im Rahmen der Phase-II auch die Stellungnahme der DVfR aus dem Jahr 2013 „Phase E der Neuro-Rehabilitation als Brücke zur Inklusion“).

(4) Berufliche Rehabilitation (§ 33 ff. SGB IX)

- Interdisziplinäre Förderung²² in Berufsbildungs- und Berufsförderungswerken (§ 35 SGB IX):

Indikationen	Leistungen	Teilhabebezug
z. B. infantile Cerebralparese; erworbene Behinderungen (z. B. Depression nach Amputation; Suchterkrankungen); Sinnesbehinderungen	Integriert im interdisziplinären Team: Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie in der Einrichtung mit speziellem Arbeitsweltbezug	Ergibt sich aus der spezifischen Aufgabe der Einrichtung

Tab. 9: Interdisziplinäre Förderung in Berufsbildungs- und Berufsförderungswerken

- Interdisziplinäre Förderung in Werkstätten für behinderte Menschen²³ (§§ 39 ff., 136 ff. SGB IX):

Indikationen	Leistungen	Teilhabebezug
z. B. Tetraspastik; (sog.) geistige, körperliche und seelische Behinderungen	Im interdisziplinären Team: Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie	Therapeutische Leistungen sind erforderlich, damit eine Tätigkeit überhaupt erst möglich oder gefördert wird ²⁴

Tab. 10: Interdisziplinäre Förderung in Werkstätten für behinderte Menschen

²² Selbst wenn es „nur“ um Heilbehandlung geht, hat die Heilmittelerbringung in den BBW und BFW wegen der berufsbildenden bzw. berufsfördernden Wirkung Vorteile gegenüber dem rein kurativen Setting; zudem sprechen organisatorische Gründe dafür, dass die Heilmittelerbringung in den jeweiligen Einrichtungen stattfindet (z. B. wegen der genaueren Einschätzung des Leistungsvermögens durch die Therapeuten), vgl. im Einzelnen Kap. 6. Therapeutische Fachdienste in diesen Einrichtungen können also sowohl kurative als auch teilhabebezogene Leistungen ausführen (z. B. Beteiligung bei der Unterstützungsplanung, Assessment, Beratung bei Arbeitsgestaltung, usw.) Dies schließt nicht aus, dass auch externe therapeutische Praxen in BBW/BFW tätig werden, um dort kurative Leistungen zu erbringen.

²³ Therapeutische Fachdienste sind nach § 10 Werkstättenverordnung vorgesehen (dazu auch Kap. 6 c) (4)). Einige WfbM verfügen allerdings über keine solchen therapeutischen Fachdienste. Auf eine Differenzierung zwischen den Bereichen berufliche Bildung und Arbeitsbereich wird hier mangels einer im vorliegenden Zusammenhang relevanten Bedeutung verzichtet.

²⁴ Dies schließt nicht aus, dass externe Praxen in WfbM tätig werden, um dort kurative Leistungen zu erbringen.

- Interdisziplinäre Förderung im ambulanten Setting²⁵:

Indikationen	Leistungen	Teilhabebezug
sog. leichtere Behinderungen	Im interdisziplinären Team: Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie	Ergibt sich aus der spezifischen Aufgabe der Einrichtung

Tab. 11: Interdisziplinäre Förderung im ambulanten Setting (Berufliche Rehabilitation)

(5) Erziehung und Bildung

- Interdisziplinäre Förderung in Kindergarten und Kindertagesstätte²⁶:

Indikationen	Leistungen	Teilhabebezug
Kinder mit deutlichen Entwicklungsverzögerungen und diversen Krankheitsbildern, z. B. infantile Cerebralparese	Im kompletten Rehabilitationsteam: Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie als Bestandteil des interdisziplinären Teams zur umfassenden Förderung	Umfassende Förderung auch der Teilhabe entsprechend der Aufgabe der Einrichtung ²⁷

Tab. 12: Interdisziplinäre Förderung in Kindergarten und Kindertagesstätte

- Interdisziplinäre Förderung in der Schule:

Indikationen	Leistungen	Teilhabebezug
z. B. Infantile Cerebralparese; Spina bifida; schwer- und mehrfach behinderte Kinder	Im interdisziplinären Team: Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie	Umfassende Förderung auch der Teilhabe entsprechend der Aufgabe der Einrichtung, hier v. a. Ermöglichung und Unterstützung des Schulbesuches und des Erreichens der Lernziele ²⁸

Tab 13: Interdisziplinäre Förderung in der Schule

²⁵ Zum Beispiel Lehrgänge, Seminare oder andere ambulante berufliche Qualifizierungs- bzw. Eingliederungsmaßnahmen etwa der Bundesagentur für Arbeit oder der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung. Hier gibt es häufig kein interdisziplinäres Team mit therapeutischen Fachdiensten. Dies schließt nicht aus, dass externe Praxen dort tätig werden, um kurative Leistungen zu erbringen.

²⁶ In Kindertagesstätten besteht in der Regel kein interdisziplinäres Team mit therapeutischen Fachdiensten. In Förderkindertagesstätten gibt es – abhängig von der Konzeption – teils therapeutische Fachdienste in den Einrichtungen selbst, teils werden externe (niedergelassene) Therapeuten tätig.

²⁷ Dies kann bei Förderkindertagesstätten auch kurative Leistungen einschließen, umfasst aber im Wesentlichen eine Mitwirkung beim Förderplan und dessen Umsetzung. Dies schließt nicht aus, dass externe Praxen in Kindertagesstätten tätig werden, um dort kurative Leistungen zu erbringen.

²⁸ Regelmäßig ist dies in Förderschulen mit Schwerpunkt Körperbehinderung der Fall. In Regelschulen hingegen fehlen solche Fachdienste, was eine gravierende Benachteiligung der „Regelschüler“ gegenüber Schülern der Förderschulen darstellt. Nicht ausgeschlossen ist, dass externe Praxen in Förderschulen und Regelschulen tätig werden, um dort kurative Leistungen zu erbringen.

(6) Wohnen

- Interdisziplinäre Förderung in tagesstrukturierenden Angeboten²⁹:

Indikationen	Leistungen	Teilhabebezug
Schwer- und mehrfach behinderte Personen; psychische Erkrankungen.	Im interdisziplinären Team: Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie	Ermöglichung der Tagesförderung, Kompetenzerhalt bzw. -förderung im alltäglichen Kontext ³⁰

Tab. 14: Interdisziplinäre Förderung in tagesstrukturierenden Angeboten

- Interdisziplinäre Förderung in Wohnangeboten:

Indikationen	Leistungen	Teilhabebezug
Körperliche, geistige und mehrfache Behinderungen mit schwergradigen Grunderkrankungen bzw. Komplikationen, z. B. Schädel-Hirn-Trauma, hohe Querschnittslähmungen, Spina bifida, spastische Tetraparesen, neurodegenerative Erkrankungen	Im interdisziplinären Team: Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie	Umfassende und spezialisierte Förderung der Teilhabe; Mitwirkung bei Teilhabeplanung und Umsetzung; Beratung und Anleitung der Mitarbeiter; Förderung der Alltagskompetenzen ³¹

Tab. 15: Interdisziplinäre Förderung in Wohnangeboten

2. Der rechtliche Rahmen der Erbringung von Heilmitteln

Nach § 27 SGB IX gelten die in § 26 Abs. 1 SGB IX für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation genannten Ziele auch bei Leistungen der Krankenbehandlung (einschließlich der Versorgung mit Heilmitteln, §§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4, 32 SGB V und § 26 Abs. 2 Nr. 4 SGB IX). Ziele der Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation sowie der Krankenbehandlung sind demnach: Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, eine Verschlimmerung

²⁹ Diese haben fast durchgängig Therapeuten, die im Hinblick auf die Vergütung im Pflegesatz einbezogen sind.

³⁰ Hier können auch ggf. kurative Leistungen durch die Teammitglieder notwendig werden. In der Regel geht es aber um die Erreichung der Ziele der Einrichtung. Dies schließt nicht aus, dass externe Praxen in Tagesförderstätten und anderen tagesstrukturierenden Angeboten tätig werden, um dort kurative Leistungen zu erbringen.

³¹ Hier können auch ggf. kurative Leistungen durch die Teammitglieder notwendig werden. In der Regel geht es aber um die Erreichung einer möglichst umfassenden Selbstständigkeit und Selbstbestimmung und einen entsprechenden Kompetenzaufbau sowie Vermeidung gesundheitlicher Verschlechterung. Häufig werden externe Praxen in Wohneinrichtungen tätig und erbringen dort kurative Leistungen. Je nach Spezialisierung und Besonderheit des Unterstützungsbedarfes zur Förderung der Teilhabe gibt es interdisziplinäre Teams unter Einschluss therapeutischer Fachdienste auch in Wohneinrichtungen einschließlich der Finanzierung über den Pflegesatz.

zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern. Insofern wird mit dem SGB IX das kurative Paradigma der Krankenbehandlung – also auch der Heilmittelversorgung – nach dem SGB V durch das Paradigma der Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX überlagert bzw. ergänzt. Dies hat zur Folge, dass die für die Krankenbehandlung geltenden Vorschriften des SGB V in jeder Phase dieser Behandlung daraufhin geprüft werden müssen, inwieweit sie jeweils im Sinne der Teilhabeorientierung des SGB IX anzuwenden sind. Dies gilt immer dann, wenn es um die Belange behinderter oder chronisch kranker Menschen geht, und immer dann, wenn Behinderungen oder Chronifizierungen einzutreten drohen. Eine solche Sichtweise entspricht auch der übergreifenden Leitvorstellung der UN-BRK von der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe (vgl. oben Kap. 1).

Ferner bestimmt § 27 SGB IX, dass die Grundsätze des § 10 SGB IX auch bei Leistungen der Krankenbehandlung – einschließlich der Hilfsmittelversorgung – gelten. Dies bedeutet, dass zum einen die nach dem individuellen Bedarf erforderlichen Leistungen „funktionsbezogen“ festzustellen und auszurichten sind. Der Begriff „funktionsbezogen“ wurde dabei vom Gesetzgeber unmittelbar auf die ICF bezogen; erfasst werden die beim Leistungsberechtigten im Zeitpunkt der Feststellung vorliegenden Probleme und Ressourcen im Hinblick auf Schädigungen im Bereich der körperlichen Funktionen sowie im Hinblick auf Aktivitäten und Teilhabe.

Zum anderen müssen für die Koordination von gebündelten Leistungen, die auf Teilhabe zielen und interdisziplinär, multiprofessionell und multidimensional gestaltet sind, geeignete Strukturen bestehen.

Schließlich normiert Art. 26 Abs. 1 Satz 2 Buchst. a) UN-BRK die Verpflichtung der Vertragsstaaten (und aller seiner Organe), umfassende Habilitations- sowie Rehabilitationsdienste und -programme so zu organisieren, zu stärken und zu erweitern, so dass diese Leistungen und Programme auf der Grundlage einer interdisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken durchgeführt werden. Dieses Postulat impliziert insbesondere, dass auch im Bereich der Heilmittelversorgung Vertreter unterschiedlicher Fachrichtungen zu beteiligen sind mit dem Ziel, in einem interdisziplinären, multiprofessionellen und multidimensionalen diagnostischen und therapeutischen Prozess die Probleme und Ressourcen des Einzelnen im Hinblick auf Schädigungen im Bereich der körperlichen Funktionen sowie im Bereich der Aktivitäten und der Teilhabe mit der Vielfalt diagnostischer und therapeutischer Ansätze sowie in interdisziplinärer und institutionalisierter Teamarbeit zu erfassen.

3. Heilmittel und Förderung der Teilhabe – eine systematische Betrachtung

a) Gehalt und Bedeutung von Teilhabe

Selbstbestimmte Teilhabe ist dann gegeben, wenn eine Person sozial inkludiert ist. Dies bedeutet, dass individuelle und umweltbezogene Faktoren es ihr ermöglichen, die ihr persönlich wichtigen und ihrer Lebenssituation entsprechenden Positionen (z. B. „Rollen“ in der Familie, im Beruf, in der sozialen, religiösen und politischen Gemeinschaft) auch selbstbestimmt auszuwählen, einzunehmen und zu ihrer Zufriedenheit auszufüllen. Teilhabe basiert

also auf individuumsbezogenen Voraussetzungen (z. B. eigenen Wünschen und Fähigkeiten) und gesellschaftlichen Voraussetzungen (z. B. Arbeitsbedingungen).³²

Teilhaben kann ein Mensch dann, wenn er zu solchen Aktivitäten befähigt ist, die er sich auf der Basis der eigenen Lebensgeschichte und unter seinen konkreten Lebensbedingungen in seinem persönlichen Lebensführungskonzept vorstellen und mehr oder weniger praktisch umzusetzen imstande ist. Es geht dabei um die verschiedenen Situationen der Lebenswelt, also z. B. um die unmittelbare Lebensführung und Selbstversorgung (einschließlich der selbstbestimmten Anleitung von Helfern) in der Wohnung, in der Familie, in Schule und Beruf sowie heute ganz wesentlich in den virtuellen Sozialen Netzwerken, im Internet und in der Welt der medial vermittelten Aktivitäten. Diese Fähigkeiten zu selbstbestimmter Teilhabe (und das Dazu-in-die-Lage-versetzt-Sein) kann man als Grundfähigkeiten – besser als Grundbefähigungen – bezeichnen, über die Menschen als prinzipielle Voraussetzungen für ein menschenwürdiges Leben verfügen sollen.³³

Über je mehr Fähigkeiten ein Mensch verfügt und zu je mehr Aktivitäten er befähigt ist, desto größer werden seine Entscheidungsspielräume, d. h. seine Entscheidungsfreiheit, seine Chancen auf Selbstbestimmung und damit letztlich auch die Chancen auf Teilhabe. Der Begriff „Befähigung zu Aktivitäten“ darf indes nicht dahingehend missverstanden werden, dass es sich um körperliche oder geistige Fähigkeiten einer Person selbst handeln muss. „Befähigung zu einer Aktivität“ heißt vielmehr auch, dass die Bedingungen der Möglichkeit einer Aktivität vorhanden sind sowie ferner, eine Aktivität veranlassen zu können, ob man sie nun selber ausführt oder durch andere nach seinem Willen ausführen lässt – der Begriff „Empowerment“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) trifft insoweit den entscheidenden Kern.³⁴

Krankheiten oder Unfälle können Körperstrukturen derart schädigen und Körperfunktionen derart beeinträchtigen, dass die betroffene Person in ihren Grundbefähigungen und damit in ihren Aktivitäten deutlich eingeschränkt wird – es sei denn, die Kontextfaktoren sind so beschaffen, dass die Beeinträchtigung bzw. Beeinträchtigung im Hinblick auf die Aktivitäten nicht zum Tragen kommt. Es geht hier also um eine optimale, d. h. Aktivitäten fördernde und barrierefreie Gestaltung der Umwelt. Stellen umgekehrt die Kontextfaktoren in der Umwelt und in der eigenen Person Barrieren dar und wirken damit nicht als Förderfaktoren, kann die Beeinträchtigung von Aktivitäten zu einer Beeinträchtigung der Teilhabe führen. Von einer „Behinderung“ wird erst dann gesprochen, wenn Beeinträchtigungen der Funktionen und der Aktivitäten mit Barrieren zusammentreffen und der Mensch in der Teilhabe tatsächlich beeinträchtigt ist: „Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“ (Art. 1 Satz 2 UN-BRK).

³² Dazu DVfR-DGRW, Diskussionspapier Teilhabeforschung 2012 (S. 2).

³³ Im Begriff der Befähigung werden auch die Bedingungen der Realisierung einer Fähigkeit mitgedacht, während Fähigkeit sich ausschließlich auf die Kompetenzen der Person selbst bezieht.

³⁴ Ginge man von einer Befähigung zu einer Aktivität nur bei der Befähigung zur eigenen körperlichen oder geistigen Ausführung der Aktivität aus (wie es einige Nutzer der ICF tun), hätte dies die gravierende Folge, dass alle Personen exkludiert würden, die diese körperlichen und geistigen Fähigkeiten nicht (mehr) erwerben können.

Systematisch werden diese Komponenten und ihre Beziehungen zueinander im Konzept der ICF dargestellt und damit der Analyse und Kommunikation sowie der Intervention zugänglich gemacht (zur ICF im Kontext der Heilmittelerbringung vgl. Kap. 4. b)).

b) Heilmittel und Teilhabe

Viele Krankheiten, die in Beeinträchtigungen von Strukturen und Funktionen bestehen, lassen sich auf dieser Ebene der Strukturen und Funktionen mit medizinisch-therapeutischen Verfahren beeinflussen. Dies erfolgt als Krankenbehandlung mit dem Ziel der Heilung, der Minderung der Beeinträchtigung oder Verbesserung der Funktionsfähigkeit oder der Vermeidung einer Verschlechterung und folgt demnach einem kurativen Paradigma.

Ziel dieser Maßnahmen ist es auch, soweit wie möglich Gesundheit und damit eine möglichst hohe Lebensqualität zu erreichen. Mittelbar kann es durch die Verbesserung der Funktionen auch zu einer Verminderung der Beeinträchtigungen von Aktivitäten und dann auch zu einer Verminderung der Beeinträchtigung der Teilhabe kommen. Insofern haben kurative Maßnahmen im Grunde stets auch eine teilhabebezogene Dimension, ohne dass diese immer im Vordergrund stehen oder aktuell in der Behandlungssituation schon handlungsrelevant werden muss. Wird die Verbesserung der Teilhabe tatsächlich mitgedacht, und wird diese Orientierung relevant, kann man von kurativen Maßnahmen mit rehabilitativer Zielsetzung sprechen.³⁵ Dennoch zielt die kurative Behandlung auf die Krankheit, die z. B. als regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand oder als Störung des körperlichen, geistigen oder seelischen Wohlbefindens angesehen werden kann. Es geht also um Beseitigung, Verminderung oder Linderung ihrer Symptome und damit auch um eine Verbesserung/Erhaltung der Gesundheit bzw. der Lebensqualität.

Medizinisch-therapeutische Maßnahmen – z. B. als Heilmittel in der ambulanten Versorgung oder als therapeutische Leistungen im Krankenhaus (insbesondere Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie) – sind Teil der Krankenbehandlung, orientieren sich am kurativen Paradigma, und werden deshalb unstrittig als solche finanziert, unbeschadet einer möglichen rehabilitativen Zielsetzung.

Tatsächlich können medizinisch-therapeutische Maßnahmen auch wesentlich und unmittelbar auf die Förderung der Aktivitäten und Teilhabe zielen und diese ermöglichen oder verbessern. Dies ist z. B. in der medizinischen Rehabilitation der Fall. Hier ist die Zielsetzung etwa die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, die Vermeidung von Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit bzw. die Erhaltung der Leistungsfähigkeit im Beruf, die Wiederherstellung der Selbstständigkeit bei der Selbstversorgung oder die Förderung der beruflichen und privaten Leistungsfähigkeit.

³⁵ Rehabilitation wird hier im Sinne der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation – WHO) verstanden: „(Re-)Habilitation umfasst den koordinierten Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, pädagogischer und technischer Maßnahmen sowie Einflussnahmen auf das physische und soziale Umfeld zur Funktionsverbesserung, zum Erreichen einer größtmöglichen Eigenaktivität und zur weitestgehend unabhängigen Partizipation in allen Lebensbereichen, damit der Betroffene in seiner Lebensgestaltung so frei wie möglich wird.“ (WHO, Technical Report 668/1981, S. 9). Der World Report on Disability der WHO und der Weltbank (WHO/The World Bank 2011, S. 96) versteht unter Rehabilitation ein „Bündel von Maßnahmen, das Individuen, die Behinderungen haben oder wahrscheinlich haben werden, dabei unterstützt, ein optimales Funktionsniveau im Austausch mit ihrer Umgebung zu erreichen und zu erhalten“. Bei dem Begriff der rehabilitativen Zielsetzung handelt es sich um einen beschreibenden Begriff, für den keine Legaldefinition existiert.

Auch wenn die Maßnahme auf die Teilhabeverbesserung zielt, werden freilich z. B. in der stationären medizinischen Rehabilitation überwiegend dieselben therapeutischen Strategien angewendet wie in der kurativen Medizin. Allerdings unterscheiden sie sich je nach Setting zum Teil in der Methodik und Didaktik, durch zusätzliche Inhalte (z. B. Gespräche und Beratungen) sowie in den Trainingsinhalten.

Solche Maßnahmen verfolgen weitergehende Ziele, was noch deutlicher wird, wenn die Übungen einen starken Alltagsbezug haben und z. B. auch persönliche Verrichtungen des täglichen Lebens umfassen (z. B. Essen, Anziehen, Toilettengang usw.): Hier steht mit Blick auf die Teilhabe originär eine Aktivität der betreffenden Person im Vordergrund. Werden die Übungen in der Lebenswelt selbst durchgeführt (im häuslichen Setting, am Arbeitsplatz, in der Kindertagesstätte oder in der Schule), kommt der Aspekt der Förderung der Aktivitäten im Sinne der Förderung oder Herstellung der „Performance“ (im Sinne der ICF als tatsächliche Ausführung) zum Tragen, d. h. in Bezug zur tatsächlich erfolgenden Aktivität in der Lebenswelt. So wird beispielsweise das Kochen geübt, wenn tatsächlich gekocht werden muss, die Wege zwischen den Klassenräumen unter Nutzung des konkreten Treppenhauses werden trainiert oder auch das Heben und Tragen am Arbeitsplatz geübt. Dies geschieht z. B. in der mobilen Rehabilitation oder bei Hausbesuchen von Therapeuten.

Deutlich wird: Je alltagsbezogener die Behandlung, desto eher geschieht auch die Förderung der Aktivitäten, und desto näher kommt diese der unmittelbaren Teilhabeförderung.

Zur Teilhabe gehören in der Regel aber auch andere Personen. Deshalb erfordert die unmittelbare Förderung der Teilhabe in der Regel auch die Einbeziehung, Beratung, Anleitung und gemeinsame Teilhabeplanung mit den Bezugspersonen im primären oder sekundären sozialen Netzwerk und zudem die Erschließung oder den Einsatz weiterer Angebote, z. B. der persönlichen Assistenz oder der Unterstützung beim Management krankheits- und behinderungsassoziiierter Maßnahmen. Solche Teilhabeförderung kann auch durch Experten aus den medizinisch-therapeutischen Berufen durchgeführt werden. Auch hier hängt es vom Setting ab, ob dies ihre Aufgabe ist (in der Regel in einem rehabilitativen Setting: beruflich, medizinisch oder sozial) oder ob sie diese Aufgabe nur am Rande im Rahmen ihrer Behandlung ergänzend und im zulässigen (und refinanzierten) Umfang im Rahmen der Krankenbehandlung quasi als eine damit gebündelte Leistung mit durchführen.

Leistungsrechtlich lässt sich dies nicht immer eindeutig abbilden, denn natürlich sind die Übergänge fließend: Kurative und rehabilitative Aspekte mischen sich, und die Maßnahmen haben jeweils verschiedene Schwerpunkte (vgl. auch Kap. 8). So wird z. B. die medizinisch-therapeutische Betreuung eines Querschnittgelähmten die Lähmung in der Regel nicht rückgängig machen. Gleichwohl kann die verbliebene Beweglichkeit erhalten und eine Linderung der Schmerzen erreicht werden, während zudem die Restfunktionen gefördert und noch mögliche Aktivitäten geübt werden können (ggf. unter Modifikation der Kontextfaktoren). Schließlich kann die Betreuung auch unmittelbar auf Teilhabe zielen, indem die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben gefördert und begleitet wird. Den medizinisch-therapeutischen Fachberufen kann mithin weder eine rein kurative noch eine rein rehabilitative Aufgabe zugeschrieben werden.

Die DVfR vertritt die These, dass immer dann, wenn die Teilhabe betroffen ist oder sein kann, eine Bedarfsermittlung nicht nur bezüglich kurativer, sondern auch rehabilitativer Ziele und ggf. notwendiger Leistungen zur Teilhabe unter Einschluss therapeutischer Leistungen durchgeführt werden soll. Dies ergibt sich bereits aus § 10 SGB IX (dazu schon oben Kap. 2). In Zukunft sollte dies in einem einheitlich gestalteten, bei Bedarf trägerübergreifenden

Bedarfsfeststellungsverfahren erfolgen, in dem festzulegen ist, in welchem Setting diese Ziele verfolgt, welche Leistungen konkret erbracht und damit auch finanziert werden sollen. Dabei sollte handlungsleitend sein, dass gleichzeitig mehrere Ziele bearbeitet werden können, so dass es im Einzelfall sogar innerhalb eines Settings zu kurativen und rehabilitativen Leistungsanteilen kommen kann, die dann auch dementsprechend („dual“) zu finanzieren sind. Beispiele hierfür sind etwa die Komplexleistung der interdisziplinären Frühförderung, die Arbeit von therapeutischen Fachdiensten in Schulen, Kindertagesstätten und Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation.³⁶

Um die fachliche Basis dieser Zuschreibungen zu verdeutlichen, sei auf folgende Darstellung³⁷ verwiesen. Unterschieden werden darin analog der ICF 3 Achsen von Beeinträchtigungen, deren Beeinträchtigungsgrade nicht zwingend miteinander korrelieren.

Abb. 1 zeigt, dass bei mittlerer Beeinträchtigung der Funktion die Aktivitäten stärker und die Teilhabe sehr stark beeinträchtigt sein können.

Funktion	0/.....X...../10
Aktivitäten	0/.....X...../10
Teilhabe	0/.....X...../10

Abb. 1: Grad der Beeinträchtigung (x) in einer Skala von 0–10.

Abb. 2 zeigt, dass bei gleicher Beeinträchtigung der Funktionen die Aktivitäten weniger stark beeinträchtigt sein können, die Teilhabe sogar weiterhin in sehr hohem Umfang möglich ist.³⁸

Funktion	0/.....X...../10
Aktivitäten	0/.....X...../10
Teilhabe	0/...X...../10

Abb. 2: Grad der Beeinträchtigung (x) in einer Skala von 0–10.

Ein Grund für die unterschiedlichen Teilhabebeeinträchtigungen können die Kontextfaktoren sein, die für das Ausmaß der Beeinträchtigung von Aktivitäten und Teilhabe in der Regel entscheidend sind. Diese können Hilfsmittel, Umfeldbarrieren, persönliche Faktoren und auch Training und Anleitung in verschiedenen Settings sowie konkrete Umsetzung im Alltag – ggf. mit fachlicher Assistenz – umfassen. Insofern können therapeutische Disziplinen wesentlich und unmittelbar zu Aktivitäten und Teilhabe beitragen, wenn sie helfen, Kontextfaktoren zu variieren und teilhabefördernd zu gestalten. In den Selbstverständnissen der therapeutischen Berufe ist dies zwar angelegt, wird jedoch in der Praxis ganz unterschiedlich ausgeführt (zu den therapeutischen Fachberufen vgl. Abschnitt 1 im Anhang).

³⁶ So werden im Land Rheinland-Pfalz durch eine Vereinbarung zur therapeutischen Versorgung von Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf an Förderschulen im gemeinsamen Unterricht pädagogische und therapeutische Leistungen interdisziplinär zusammengeführt. Vereinbarungspartner sind dort das Kultusministerium, die Träger der privaten Förderschulen einerseits und die gesetzlichen Krankenkassen andererseits.

³⁷ Behrens/Weber/Schubert 2012.

³⁸ Zudem kann die Fähigkeit zur Teilhabe von der praktizierten Teilhabe abweichen. Die ICF kennt dafür den Unterschied zwischen „Capacity“ und „Performance“ und zur Beschreibung und Erklärung der Unterschiede in der Beeinträchtigung der Teilhabe die Methode der systematischen Variation der Kontextfaktoren.

c) Empfehlungen

Die DVfR empfiehlt:

- (1) Die Versorgung mit therapeutischen Leistungen in Form von Heilmitteln sollte sich unter Berücksichtigung von § 27 SGB IX im Hinblick auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität an der Förderung der selbstbestimmten Teilhabe auf der Grundlage der ICF orientieren.
- (2) Geht es um umfassende selbstbestimmte Teilhabe, sollten die therapeutischen Leistungen im Bedarfsfeststellungsverfahren Bestandteil dieses Verfahrens sein.
- (3) Therapeutische Leistungen sollten in allen Settings erbracht werden, wo sie zur Förderung der Teilhabe erforderlich sind, keineswegs nur in kurativen Settings, so z. B. in Kindertagesstätten, Schulen, Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, Wohn- und Pflegeeinrichtungen. Die therapeutischen Fachkräfte sollten dort Teil eines interdisziplinären Teams sein.

4. Grundlagen für ein teilhabeorientiertes Konzept der Heilmittelversorgung

a) Verstärkte Teilhabeorientierung der Heilmittelversorgung

Heilmittelversorgung ist ein Teil der Leistungen, die im System der Gesundheitsversorgung zur Beseitigung oder zur Bewältigung von Krankheiten und Behinderungen und ihrer Folgen im Rahmen der Krankenbehandlung und der Rehabilitation sowie in anderen Bereichen des Sozialwesens eingesetzt werden. Die Gestaltung der Gesundheitsversorgung ist bislang nicht selbstverständlich und vor allem nicht durchgängig daran orientiert, die Möglichkeiten zur Teilhabe zu verbessern. Die Aufgabe der Verbesserung der Teilhabe wird dabei oft Subsystemen außerhalb der kurativen Versorgung zugesprochen, z. B. dem Bereich der Medizinischen Rehabilitation. Kurative Leistungen richten sich freilich in der bisherigen Praxis in aller Regel nur auf die Krankenbehandlung, obwohl der Gesetzgeber in § 27 SGB IX festgelegt hat, dass die Krankenbehandlung auch den in § 26 Abs. 1 SGB IX genannten Zielen der medizinischen Rehabilitation dienen soll (auf das Verhältnis zwischen kurativem und rehabilitativem Paradigma wurde bereits in Kap. 2 und 3 eingegangen.)

Die DVfR ist der Überzeugung, dass die Gesundheitsversorgung und so auch die Versorgung mit Heilmitteln verstärkt am Ziel der Teilhabe orientiert werden sollte. Sie vermisst die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben, nicht zuletzt auch die der UN-BRK (dazu schon Kap. 2). Wie die anderen Ziele auch sollten diese teilhabebezogenen Ziele sowohl in der Systemperspektive als auch im Einzelfall möglichst genau und ausdrücklich bestimmt werden, da – wie ausgeführt – nicht davon ausgegangen werden kann, dass sich durch Beseitigungen der Beeinträchtigung von Strukturen und Funktionen zugleich auch die Aktivitäten und Teilhabe in gleichem Maße verbessern lassen.

b) Die Bedeutung der ICF für die teilhabeorientierte Heilmittelversorgung

Eine teilhabeorientierte Heilmittelversorgung ist nur mit Rückgriff auf die ICF vorstellbar, denn diese stellt die konzeptionelle Grundlage für teilhabefördernde Leistungen dar. Dies bedeutet, dass in der Perspektive des Individuums seine Bedarfe an Heilmitteln nicht nur auf der Ebene der Strukturen und Funktionen, sondern auch auf der Ebene der Teilhabe, hier also im Hinblick auf deren Verbesserung zu formulieren sind. Dabei können die Ebenen der Aktivitäten und der Teilhabe im Rahmen der ICF sehr gut von denen der Funktionsbeein-

trüchtigungen und der strukturellen Schädigungen abgegrenzt werden. Dies bedeutet aber, dass im Einzelfall eine Erhebung der konkreten Aktivitäten mit konkreten Teilhabemöglichkeiten und selbstbestimmten Teilhabeziele ebenso notwendig ist wie eine Erhebung der dafür relevanten Kontextfaktoren und deren Veränderungsoptionen. Hierfür stellt die ICF die benötigten Kategorien und damit eine Möglichkeit der Operationalisierung bereit.

Dabei ist von besonderer Bedeutung, dass im Rahmen der ICF-Orientierung auch die Kontextfaktoren betrachtet werden. Je nach Vorhandensein von Barrieren oder Förderfaktoren werden Aktivitäten und Teilhabe bei gegebener gesundheitlicher Beeinträchtigung möglich oder nicht. So müssen sich alle Versorgungsangebote, die sich auf die Verbesserung der Möglichkeit zur Teilhabe beziehen wollen, immer auch mit Kontextfaktoren beschäftigen, wenn sie nicht Gefahr laufen wollen, wirkungslos zu bleiben oder zumindest das Potential der Teilhabe nicht auszuschöpfen. Dies gilt insbesondere für die Disziplinen der Physiotherapie, der Ergotherapie und der Logopädie, da sowohl ihre kurative Wirksamkeit als auch ihre Wirksamkeit im Hinblick auf die Verbesserung der Teilhabe oft wesentlich von den Kontextfaktoren abhängt, und sie zudem vielfach geeignet sind, diese Faktoren zu beeinflussen oder bei deren (Um-)Gestaltung mitzuwirken (vgl. schon Kap. 3 b)).

Dazu lassen sich zahlreiche Beispiele anführen, etwa die Anwendung von Hilfsmitteln, die Gestaltung funktions- und aktivitätsverbessernder Umweltverhältnisse sowie die Gestaltung von alltäglichen Lebensräumen, wie Wohnungen, Küchen, Bädern usw., oder auch die Art und Weise der Nahrungszubereitung und -zuführung.

c) Indikationsstellung für die teilhabeorientierte Heilmittelversorgung unter Berücksichtigung des gegliederten Systems

Weder in den Leistungsvereinbarungen zwischen den (Sozial-)Leistungsträgern und den Leistungserbringern der Heilmittel noch in der alltäglichen Praxis ist ausreichend geklärt, wie weit die Tätigkeiten therapeutischer Fachberufe in die Bereiche der Teilhabe und insbesondere in die Gestaltung der Kontextfaktoren hineinwirken sollen. Die Zieldimensionen therapeutischer Tätigkeit hängen noch wesentlich davon ab, in welchem Setting therapeutische Fachkräfte tätig werden. Traditionelle „medizinische“ Settings wie die Tätigkeit im Krankenhaus oder in der Praxis der niedergelassenen Vertreter der Fachberufe unterscheiden sich hier deutlich von nicht primär medizinisch geprägten Settings wie z. B. in Kindertagesstätten, Schulen oder Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation (zur Analyse dieser Zusammenhänge vgl. Kap. 6, in dem der sog. Setting-Ansatz vorgestellt wird.). Diese Überlegungen müssen auch für die Feststellung des individuellen Bedarfs an Heilmitteln und damit für die Stellung der personenbezogenen Indikation für Heilmittel relevant werden.

Analysiert man die Indikationskataloge für die einzelnen therapeutischen Disziplinen im Heilmittelkatalog (also dem Zweiten Teil der Heilmittel-Richtlinie des G-BA), finden sich im Bereich der Physiotherapie und Logopädie ausschließlich Ziele auf der funktionellen Ebene, im Bereich der Ergotherapie zumindest einige wenige auf der Ebene der Aktivitäten. In der gesamten Heilmittel-Richtlinie des G-BA sind aber keine Ziele explizit formuliert, die sich auf die Teilhabe selbst beziehen. Damit wird aus Sicht der DVfR die Umsetzung des § 27 SGB IX verfehlt.

Bei der Definition von Zielen ist nämlich zu beachten, dass nach § 27 SGB IX auch Teilhabeziele Bestandteil der genannten Heilmittel-Richtlinie und der Indikationen im Heilmittelkatalog, damit aber auch in den Leistungsvereinbarungen enthalten sein müssen. Dies könnte

bedeuten, dass Heilmittel im Einzelfall möglicherweise vorwiegend zum Erreichen von Teilhabezielen auch im Rahmen der GKV eingesetzt werden.

Andererseits kann die GKV auf Grund ihres gesetzlichen Auftrages im gegliederten System der sozialen Sicherung nicht alle möglichen Tätigkeitsbereiche der therapeutischen Disziplinen abdecken und auch nicht für die Verwirklichung sämtlicher Teilhabeziele zuständig sein. Umgekehrt können aber die therapeutischen Fachberufe nicht auf die Tätigkeit bzw. Leistungen im Rahmen der GKV reduziert werden. Grundsätzlich kommen auch andere (Sozial-) Leistungsträger für solche Leistungen in Betracht. Im Rahmen des bereits angedeuteten Setting-Ansatzes kann dargestellt werden, wie die Leistungen, die der Teilhabe dienen und in bestimmten Kontexten erbracht werden, anderen (Sozial-)Leistungsträgern als der GKV zugeordnet werden können (s. Kap. 6 und 8).

d) Kompetenzerwerb für eine teilhabeorientierte Heilmittelversorgung

Teilhabeorientierte Heilmittelerbringung setzt voraus, dass die therapeutischen Fachkräfte auch über entsprechende Kompetenzen verfügen, durch ihre Tätigkeit die Möglichkeit von Aktivitäten und Teilhabe zu verbessern.³⁹ Dies ist nicht selbstverständlich, da die konkrete Lebensumwelt, in der Teilhabe stattfindet, nur partiell und je nach Berufsbild unterschiedlich in der Ausbildung und auch in der Fort- und Weiterbildung repräsentiert ist. So setzt z. B. die gemeinsame Zielfindung mit den Patienten und die Berücksichtigung der Lebenswelt bei der Gestaltung der Therapien eine hermeneutische und kommunikative Kompetenz sowie die Beherrschung spezifischer Techniken voraus, ferner die Anwendung von Hilfsmitteln und die Fähigkeit, die Behandlungen in die alltäglichen praktischen Lebensvollzüge einzupassen. Je mehr Teilhabeorientierung auch im Rahmen der Erbringung von Heilmitteln Platz greift, desto komplexer wird die Problematik, der sich ein Therapeut zu stellen hat.

Die Verwirklichung eines teilhabeorientierten Konzeptes setzt also voraus, dass auch in Aus-, Fort- und Weiterbildung der therapeutischen Fachberufe Grundlagen für das Verständnis von Teilhabe und bezüglich der Strategien der Verbesserung der Teilhabe mit therapeutischen Mitteln erlernt werden.⁴⁰

e) Komplexität der Problemlagen, Interdisziplinarität und Teamarbeit

Zugleich wird deutlich, dass durch die Multifokalität der Problemlagen (z. B. eines Schlaganfallpatienten oder eines durch eine infantile Cerebralparese behinderten Menschen) Interdependenzen zwischen den verschiedenen Fachdisziplinen (etwa im Hinblick auf Grobmotorik, Feinmotorik und Kommunikationsfähigkeit) bestehen, die gleichermaßen beachtet werden müssen, um Teilhabechancen zu verbessern. Die häufig komplexen Sachverhalte können deshalb nicht von einer Disziplin alleine bewältigt werden: Teilhabeorientierung erfordert in der Regel im Rahmen der Heilmittelversorgung eine Kooperation der verschiedenen Berufsgruppen, häufig nicht im Sinne eines nur multiprofessionellen Ansatzes, sondern eines interdisziplinären Teams.

Dies kann zum einen eine Kooperation der Berufsgruppen Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie im Sinne einer horizontalen Arbeitsteilung⁴¹ sein, zum anderen auch zwischen

³⁹ Behrens/Langer 2010.

⁴⁰ Vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung, GesinE 2012.

⁴¹ Der Unterschied zwischen „vertikaler“ und „horizontaler“ Arbeitsteilung lässt sich in seinen Folgen cum grano salis so zusammenfassen: Bei vertikaler Arbeitsteilung wartet ein weisungsabhängiger Therapeut auf die Weisung oder Verschreibung eines Vorgesetzten oder Arztes. Bei horizontaler

Ärzten, Therapeuten, Pflegekräften und Sozialarbeit sowie Heilpädagogik im Sinne einer vertikalen Arbeitsteilung.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob die bisher übliche vertikale Arbeitsteilung im Rahmen von teilhabeorientierten Leistungen noch in gleichem Maße eine Berechtigung hat. Wird sie schon für den kurativen Bereich bestritten, ist im Rahmen der Teilhabe erst recht zu postulieren, dass hier ein interdisziplinäres Vorgehen verbunden mit horizontaler Arbeitsteilung notwendig ist. Sogar im streng kurativen Bereich wird die Bedeutung der horizontalen Kooperation zwischen verschiedenen Berufsgruppen bereits mehr und mehr anerkannt, so u. a. im Gutachten des Sachverständigenrates zur Entwicklung im Gesundheitswesen von 2007.⁴²

Aufgrund der Komplexität der Problemlagen bei der Teilhabeorientierung von therapeutischen Leistungen ist nicht nur eine Kooperation der verschiedenen Fachgruppen, sondern eine teamartige Zusammenarbeit notwendig. Diese teamartige Zusammenarbeit wird vom Sachverständigenrat so beschrieben, dass sich alle Beteiligten an einem gemeinsamen Gegenstand (Thema) orientieren sollen – anders ausgedrückt: Sie verfolgen gemeinsame Ziele im Rahmen einer gemeinsamen Problemdefinition und im Rahmen einer gemeinsamen Lösungsstrategie. Diese kann dann kooperativ in einem interdisziplinären Team verwirklicht werden.⁴³ Auf die Möglichkeiten der Organisation einer solchen Kooperation wird in Kap. 5 eingegangen.

f) Teilhabeorientierte Heilmittelversorgung und Lebenswelt

Teilhabe an der Lebenswelt findet an verschiedenen Orten statt, so in der Familie, im Beruf, in der Freizeit, im Ehrenamt usw. Auch die Subsysteme der Gesellschaft, wie z. B. das Gesundheitssystem, stellen Teile dieser Lebenswelt dar, in der sich Menschen mehr oder weniger intensiv und umfassend bewegen. Dem wird dadurch Rechnung getragen, dass das SGB IX verschiedene Bereiche von Leistungen zur Teilhabe unterscheidet, nämlich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sowie unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen (§ 5 SGB IX).

Arbeitsteilung dagegen ist ein nicht weisungsgebundener Therapeut uneingeschränkt dafür verantwortlich, alle für seine Therapien notwendigen Informationen und Handlungen einzuholen (Holschuld), also z. B. Diagnostiken und Studienübersichten zur externen Evidenz, und seine Patienten wo immer nötig zu überweisen oder vorzustellen. Er kann seine Verantwortung also nicht auf eine fehlerhafte oder zu späte Verschreibung oder Weisung eines Vorgesetzten oder Beauftragenden abwälzen. Die horizontale Arbeitsteilung ist die Regel in der Kooperation z. B. von psychologischen Therapeuten und Ärzten, zwischen Internisten und Radiologen. Die Internisten unterstellen sich nicht den Weisungen eines Röntgenologen, wenn sie eine Röntgendiagnostik brauchen. Die psychologischen Psychotherapeuten, die zu körperlichen Untersuchungen weder berechtigt noch befähigt sind, unterstellen sich nicht einem Arzt, wenn sie eine organische Abklärung zum Ausschluss einer Fehlbehandlung brauchen. Horizontale Arbeitsteilung gilt nicht nur als effizienter, was dahingestellt sein mag. Wichtiger an ihr ist, dass der jeweils unmittelbar mit dem Patienten Handelnde die uneingeschränkte Verantwortung trägt und sie nicht auf einen Vorgesetzten oder Verschreibenden, der selber bei der Handlung gar nicht dabei ist, abwälzen kann. Das Risiko organisierter Unverantwortlichkeit ist bei horizontaler Arbeitsteilung also geringer als bei vertikaler Arbeitsteilung; vgl. Kapitel 5 In Behrens/Langer 2010, basierend auf der juristischen Kommentierung von Nebe/Behrens.

⁴² Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – Gutachten 2007, Bundestags-Drucksache 16/6339, S. 25 ff.

⁴³ Dazu das Gutachten 2007 (oben Fn. 42), S. 80 ff.

Insofern sind alle Bereiche für eine teilhabeorientierte Heilmittelversorgung in den Blick zu nehmen: Es reicht nicht aus, die Heilmittelversorgung nur im Rahmen des Gesundheitssystems und erst recht nicht, sie nur im Rahmen des kurativen Systems zu gestalten. Alle Bereiche der Teilhabe sind daraufhin anzusehen, ob und inwieweit sie durch therapeutische Fachkräfte unterstützt werden können. Diese Überlegung wird im sog. Setting-Ansatz weiter ausgeführt (dazu Kap. 6).

g) Teilhabeorientierung Heilmittelversorgung und Hilfsmittel

Die Hilfsmittelversorgung ist den Hilfsmittelerbringern vorbehalten (zu deren Qualifikation vgl. § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V), die überwiegend auf Verordnung eines Vertragsarztes tätig werden. Heilmittelerbringer sind im Prozess der Hilfsmittelversorgung systematisch nicht vorgesehen. Ist ein Hilfsmittel ausgeliefert, kann die Erprobung und auch das Training bezüglich eines Hilfsmittels Bestandteil der Heilmittelerbringung sein. Einige Sanitätshäuser beschäftigen auch therapeutische Fachkräfte als Produktberater im Verkauf und in der Versorgung. Teilweise unterhalten Sanitätshäuser auch eine eigene Gehschule und setzen dafür auch therapeutische Fachkräfte ein.

Für Physiotherapeuten ist die systematische Mitarbeit bei der Hilfsmittelversorgung (Auswahl, Gestaltung, Modifizierung) durch den Orthopädietechniker bislang nicht vorgesehen, da lediglich die Anwendung der Hilfsmittel angeleitet und unterstützend geübt werden kann. Bei der Berufsgruppe der Ergotherapeuten hingegen ist beispielsweise das Training der Alltagskompetenzen unter Berücksichtigung von Hilfsmitteln und Alltagshilfen und ggf. deren Anpassung (z. B. Schienen) als Leistung in Verträgen mit den Krankenkassen vereinbart. Auch bei Logopäden kommt ein Hilfsmiteleinsatz zu Trainingszwecken in Betracht⁴⁴. Hier wäre es wünschenswert, dass im Sinne einer teilhabeorientierten Hilfsmittelversorgung die Kompetenz der therapeutischen Fachberufe in geeigneter Form einbezogen würde, unbeschadet der leistungsrechtlichen Zuständigkeit im Hinblick auf die Hilfsmittelerbringer. In bestimmten Settings wird dies bereits mit großem Gewinn praktiziert, indem therapeutische Fachkräfte umfassend bei der Hilfsmittelversorgung mitwirken können, soweit dies erforderlich ist, so z. B. in Förderkindergärten und Förderschulen, in SPZ, in Wohneinrichtungen und in Werkstätten für behinderte Menschen. Gelegentlich kommt es auch zu einer punktuellen Kooperation im häuslichen Kontext (z. B. bei mobiler Rehabilitation zu Hause).

Rehabilitative Konzepte in ambulanter oder stationärer Form integrieren unter ärztlicher Leitung und unter Ausnutzung spezifischer Fachkompetenz ebenfalls die besonderen Möglichkeiten in der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln zum Erreichen spezieller Teilhabeziele.

h) Teilhabeorientierte Heilmittelversorgung aus der Betroffenenperspektive

Teilhabe bedeutet – wie schon in Kap. 3 ausgeführt – selbstbestimmte Teilhabe an der Lebenswelt, also an den alltäglichen praktischen Lebensvollzügen, die ein jeder Mensch üblicherweise vollzieht. Wie ein Mensch sein Leben führen möchte, welche Ziele er dabei verfolgt, ist individuell unterschiedlich und wird von ihm selbst bestimmt. Selbstbestimmung sieht dabei nie von Grenzen der Ressourcen und von Normen ab – im Gegenteil: Selbstbestimmung bedeutet die selbstbestimmte Auswahl zwischen begrenzten Optionen. In dieser idealtypischen Konstruktion jedoch gilt dem Subjekt des Betroffenen die entscheidende Auf-

⁴⁴ Die Arbeit in der Logopädie umfasst konzeptionell sowohl die Anleitung als auch den Einsatz von technischen Hilfsmitteln im Alltag; siehe z. B. Nonn 2011.

merksamkeit, weil immer dann, wenn es um die Verbesserung der individuellen konkreten Lebensführung geht, er entscheidet, wie er leben möchte.

Während gelegentlich davon ausgegangen wird, dass bei rein physikalischen, biochemischen oder auch biologischen Gegebenheiten gelegentlich die Einbeziehung des subjektiven Elementes verzichtbar ist (denn es werden Organe behandelt, nicht Personen), erscheint es von vornherein offenkundig, dass dies im Bereich der Teilhabe nicht möglich ist. Insofern kommt in einem teilhabeorientierten Konzept der Heilmittelversorgung dem Betroffenen eine besondere Bedeutung zu. Diese spiegelt sich nicht nur im Mitspracherecht bei der Gestaltung der Heilmittelversorgung insgesamt⁴⁵, sondern bezieht sich in erster Linie auf die konkrete Aushandlung der jeweiligen individuellen Therapieziele.

Je mehr therapeutische Fachkräfte sich an der Verbesserung der Teilhabe orientieren wollen und sollen, desto mehr müssen sie in eine Kommunikation mit dem Betroffenen treten, sich mit seiner Perspektive beschäftigen und mit ihm letztendlich das zu erarbeitende Teilhabeziel aushandeln, und zwar in dem Umfang, in dem er dies möchte.⁴⁶ Dies schließt durchaus Beratung, einen gemeinsamen Arbeits- und Entwicklungsprozess usw. ein: Die Zielfestlegung ist kein einseitiger Vorgang. Die letzte Entscheidung liegt allein beim Betroffenen, denn nur er kann im klärenden Gespräch mit den Therapeuten seine höchstindividuellen Teilhabeziele klären, die Behandlungsoptionen, die ihm die Therapeuten aus ihrer evidenzbasierten Kenntnis der Wirksamkeit von Behandlungen bei Dritten vorstellen, ziel- und ressourcenbezogen bewerten und seine individuellen Entscheidungen treffen.

Allerdings müssen Arzt und Therapeut im Rahmen ihrer gesetzlichen vertraglichen Pflichten prüfen, ob die Voraussetzungen für eine Verordnung zu Lasten eines Sozialleistungsträgers vorliegen.

Insofern muss ein teilhabeorientiertes Konzept der Heilmittelversorgung auch Antworten darauf geben, wie der Betroffene bei der Anwendung von Heilmitteln unmittelbar und konkret praktisch einbezogen wird, da er der Auftraggeber ist. Wie bereits ausgeführt, setzt dies einen kommunikativen Prozess voraus, den der Therapeut mit dem Betroffenen führt. Dies erfordert wiederum kommunikative und professionelle Kompetenzen, weil der Therapeut nicht einfach seine Vorstellung von der Lebenswelt übertragen kann, sondern in geeigneter Weise mit dem Gegenüber kommunizieren muss, um diesem überhaupt die Chance zu geben, selbstbestimmt zu entscheiden.

Um die Informationsbedürfnisse des Betroffenen befriedigen zu können, muss der Therapeut in der Lage sein, seine Vorschläge zu erläutern und auch im Hinblick auf die Prognose und die möglichen Wirkungen und Nebenwirkungen zu begründen. Dies setzt eine hohe fachliche Qualifikation auch im Hinblick auf Fragen zur Teilhabe voraus, die für den einzelnen Patienten oft nur im interdisziplinären Team erarbeitet werden können.

Je unmittelbarer therapeutisches Handeln auf Teilhabe zielt, desto eher ist zu erwarten, dass die therapeutischen Maßnahmen in die private Lebenswelt eingreifen. Deshalb sind hier in besonderem Maße ein Einverständnis des Betroffenen mit den Interventionen einerseits und ein entsprechendes Verhalten der therapeutischen Fachkräfte im Hinblick auf Respektierung der Wünsche und Achtung der Privatsphäre andererseits notwendig.

⁴⁵ So z. B. in Gestalt der Mitwirkungsrechte der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss.

⁴⁶ Vgl. z. B. Kompetenzprofil für die Logopädie 2014, S. 37 ff.

i) Teilhabeorientierte Heilmittelversorgung und ihre Evidenz

Auch eine teilhabeorientierte Heilmittelversorgung muss sich der Frage nach der Evidenz stellen. Werden beabsichtigte Wirkungen erreicht, und sind die dafür angewendeten Mittel notwendig und zweckmäßig? Das ist die Aufgabe der Evidenz-Klärung in ihren beiden Ausprägungen – für den „Durchschnitt“ einer Population („externe Evidenz“) und für den konkreten individuellen Klienten („interne Evidenz“). Auf der Basis gesicherter Wirksamkeit (Effektivität) kann dann (und nie vorher) die Frage nach der Wirtschaftlichkeit untersucht werden, also die Frage, welche von zwei gleich wirksamen Handlungen die kostengünstigere ist.⁴⁷

Die Beschreibung von therapeutischen Wirkungen im Hinblick auf die Teilhabe muss sich an dem Erreichen der individuellen Teilhabeziele orientieren. Damit ist das Evaluationskriterium das Erreichen der jeweiligen individuellen Ziele (z. B. wie der Alltag zu verbringen sei) und nicht einer bestimmten Norm. So kann für den einen das Erreichen der nächsten größeren Stadt in einer Entfernung von 30 Kilometer ein entscheidendes Teilhabeziel sein, während dem anderen der Gang in den eigenen Garten völlig genügen mag. Insofern ist eine Objektivierung und Quantifizierung von Teilhabezielen nicht unabhängig von der Person möglich. Erst empirisch zeigt sich, dass viele einzelne Personen tatsächlich ähnliche Teilhabeziele haben – es sind ihnen aber keine Durchschnittsziele vorgeschrieben. Insbesondere kann es bei der Evaluation nicht nur auf die sog. fachlichen Kriterien ankommen. Vielmehr muss der Betroffene selbst an der Definition und auch Überprüfung der Ziele wesentlich mit beteiligt sein. Will man von einer Evidenzbasierung der Heilmittelversorgung sprechen, wird man deshalb nicht nur die externe Evidenz, sondern auch die interne Evidenz berücksichtigen müssen.⁴⁸

Ein zu mangelnder externer Evidenz führendes Problem ist, dass therapeutische Leistungen nicht patentierbar sind. Daher gibt es kein privates finanzielles Interesse, die wirksamste Leistung in genügend guten Studien zu ermitteln. In solchen Situationen ist die öffentliche Förderung eine Voraussetzung dafür, dass überhaupt geforscht wird und externe Evidenz entsteht. Dieses Problem ist nicht dadurch zu lösen, dass für eine therapeutische Leistung ein geringeres Evidenzniveau als ausreichend angesehen wird. Vielmehr müssen Aussagen auf Meta-Analysen mit definierten Standards (z. B. Cochrane-Reviews oder Grade-Standards) beruhen.⁴⁹ Diese wiederum setzen gute empirische Studien voraus. Sonst ist zuzugeben, dass die externe Evidenz keine vertrauenswürdigen Zusammenfassungen in Handlungsanweisungen oder Leitlinien gestattet. Generell gilt: Externe Evidenz stellt bestenfalls plausible Prognosen zusammen, die im Einzelfall zu prüfen sind. Der augenblickliche Forschungsstand weist international gesehen für zahlreiche therapeutische Leistungen keine hinreichenden Untersuchungen auf. Diese müssten settingspezifisch im Vergleich zu einem unspezifischen Beziehungsaspekt durchgeführt werden. Das gilt besonders für Maßnahmen der Förderung selbstbestimmter Teilhabe. Besonders wichtig sind die Aufmerksamkeit und Forschung zu unerwünschten Wirkungen.

⁴⁷ Zum Wirtschaftlichkeitsgebot im Bereich der GKV vgl. Trenk-Hinterberger, in: Spickhoff, Medizinrecht 2014, § 12 SGB V Rdn. 2 ff.

⁴⁸ Dazu Behrens/Weber/Schubert 2012.

⁴⁹ Price 2005.

j) *Zusammenspiel von „interner“ und „externer“ Evidenz mit Blick auf die Teilhabe*

Evidenzbasierung der Heilmittelversorgung ohne Teilhabeorientierung ist praktisch nicht denkbar. Denn entweder gelingt es, durch therapeutische Maßnahmen (ggf. im Verbund mit anderen) die Strukturen und Funktionen so (wieder-)herzustellen, dass keine Beeinträchtigungen verbleiben (was in der Regel gut messbar ist) und so auch keine gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Teilhabe mehr eintreten kann. In diesem Falle hat aber die Orientierung einer Behandlung auf die Ermöglichung der Teilhabe keine hohe Relevanz, es sei denn, eine Beeinträchtigung auf der funktionellen Ebene hätte dazu geführt, dass eine Behinderung droht. Oder aber es verbleibt eine gesundheitliche Beeinträchtigung, welche die Teilhabe beeinträchtigen kann oder dies im Zusammenwirken mit Kontextfaktoren tatsächlich tut, so dass eine Behinderung gegeben ist.

Individuell und gesellschaftlich können solche Beeinträchtigungen mehr oder weniger relevant sein. Einige körperliche Zustände sind primär unangenehm, unabhängig davon, ob sie die Teilhabe beeinträchtigen oder nicht: Dazu gehören Schmerzen, ständige Behandlungsmaßnahmen, mangelnde Zuverlässigkeit der Körperfunktionen usw., also unmittelbare unangenehme Leiberfahrungen, die durch Therapie beseitigt werden sollen.

Zum Teil erlangen solche Beeinträchtigungen aber erst eine hohe Bedeutung, wenn sie Aktivitäten und Teilhabe einschränken. Die Patienten erwarten von der Behandlung die Verbesserung ihrer körperlichen oder psychischen Situation, weil sie sich gesund fühlen wollen. Was aber, wenn die Beeinträchtigungen aller Therapie zum Trotz anhalten, eine Krankheit chronisch wird? Viele Patienten wollen dies nicht akzeptieren und wünschen eine weitergehende Behandlung, andere akzeptieren dies und schränken sich in ihrem Leben ein. In vielen Fällen aber kommt es den Patienten, grob vereinfacht, darauf an, die Auswirkungen dieser Krankheit auf ihr Leben gering zu halten. Hier kann die Teilhabeorientierung der Behandlung hilfreich sein. Insofern ist stets zu analysieren, wie relevant sich die funktionellen Beeinträchtigungen auf die Teilhabe auswirken und wie die Wirkungen der Behandlungen auf die Teilhabe sein können bzw. sind.

Dass eine Evidenzbasierung der Versorgung mit therapeutischen Leistungen notwendig ist, ist keine Frage und bereits seit den Schriften der Wanderärzte von Kos (also den hippokratischen Schriften) selbstverständlich: Ethisch sind Ärzte, Therapeuten und Fachpflegende verpflichtet, nur Behandlungen durchzuführen, deren wahrscheinliche Wirksamkeit erwiesen ist.⁵⁰

Weniger beachtet wird aber, dass die wahrscheinliche Wirksamkeit für den Durchschnitt einer Gruppe von Patienten statistisch noch nicht den Schluss auf den einzelnen Patienten erlaubt – also den Schluss, die für den Durchschnitt wirksame Therapie sei auch für den jeweiligen individuellen Patienten das richtige. Daher umfasst Evidenzbasierung der Heilmittelversorgung zwei Schritte: Die Therapeuten kennen erstens (z. B. aus den im Internet veröffentlichten Metaanalysen) alle Therapien, die bei anderen „im Durchschnitt“ erwiesenermaßen wirkten („externe Evidenz“). Zweitens ermittelt der Therapeut im Rahmen eines Gespräches auf Augenhöhe, z. B. im Rahmen der Anamnese und der fortlaufenden Behandlung, die Bedürfnisse des Patienten, seine Teilhabeziele sowie seine Empfindungen und klärt die Ressourcen, aus deren Kenntnis die ihm vorgetragene externe Evidenz verschiedener Be-

⁵⁰ Diese Ethik hat Schleiermacher für die Pädagogik verallgemeinert (vgl. Schleiermacher 2000, S. 44; dazu Heil 2006). Erst im zwanzigsten Jahrhundert wurden allerdings die Methoden des Wirksamkeitsnachweises hinreichend entwickelt, um einige Fehlschluss-Gefahren („bias“) zu reduzieren.

handlungen bewertet werden und er seine Entscheidungen treffen kann (Aufbau „interner Evidenz“).

Diese beiden Schritte sind nötig, weil der Schluss von der externen Evidenz auf den einzelnen Betroffenen statistisch nicht möglich ist. Aus der Notwendigkeit, interne Evidenz für eine Indikation aufzubauen, folgt, dass auch kurative Behandlungen ein Kenntnis der Teilhabebedürfnisse voraussetzen, denn ohne Kenntnis der individuellen Teilhabebedürfnisse und -ressourcen kann häufig nicht entschieden werden, welche spezielle Behandlung von mehreren Behandlungsmöglichkeiten mit ihren jeweiligen Nebenwirkungen und Voraussetzungen indiziert ist. Daher ist schon bei der ersten Darstellung des Verhältnisses von externer und interner Evidenz im Jahr 1992 vorgeschlagen worden, die Teilhabeziele und Ressourcen des individuellen Betroffenen in den Termini der ICF (damals noch der ICIDH) darzustellen. Dabei entscheidet allein der Betroffene, ob er das Angebot des therapeutischen Professionsangehörigen zu einem klärenden Gespräch über Behandlungsoptionen in Relation zu seinen Bedürfnissen und Teilhabezielen annimmt oder nicht. Das setzt ein großes Vertrauen voraus, das nicht qua Amt vorausgesetzt werden kann.

Es besteht eine besondere Herausforderung für den Aufbau externer und interner Evidenz darin, dass Verordnung und Ausführung getrennt sind: Für die Verordnung ist stets der Arzt zuständig, für die Durchführung die therapeutische Fachkraft. Dadurch ist die individuumsbezogene Ausbildung interner Evidenz erschwert. Therapeuten haben aber nur sehr eingegrenzte Möglichkeiten, über die von ihnen angebotenen Behandlungen hinaus mit dem Patienten über andere Bewältigungsstrategien zu sprechen. Hier bedarf es einer Weiterentwicklung der therapeutischen Professionen um dem Anspruch, selbst evidenzbasiert zu handeln einlösen zu können.

Eine weitere Herausforderung besteht darin, dass sich die Wirkung auf die Funktionen, aber erst recht auf die Teilhabe, meist nicht auf die Behandlung einer Disziplin zurückführen lässt (jedenfalls nicht, wenn es sich um komplexe Beeinträchtigungen handelt) sondern auf die Behandlung durch ein Team in Verbindung mit Kontextfaktoren, die u. a. durch die Settings bestimmt sind, in denen die Behandlungen stattfinden (vgl. auch Kap. 6). Insofern ist der Aufbau externer Evidenz für einzelne therapeutische Disziplinen schwierig, wenn nicht Surrogatparameter auf der Funktionsebene benutzt werden, die jedoch nicht zwingend eine Relevanz für die Erfüllung der Patientenbedürfnisse oder die Teilhabe haben müssen. Dies ist bei der Bewertung der Forschungslage zur Evidenz zu berücksichtigen.

Für jede evidenzbasierte Praxis der Erbringung von Heilmitteln ist also die Unterscheidung von externer und interner Evidenz entscheidend. „Externe Evidenz“ fasst alles Wissen über die Wirkungen zusammen, die Therapien bei anderen, nicht beim zu behandelnden Patienten gehabt haben. „Interne Evidenz“ fasst dagegen alle Erkenntnisse über die Ziele selbstbestimmter Teilhabe dieses individuell therapeutisch zu versorgenden Patienten zusammen, alle Erkenntnisse über seine individuellen Ressourcen und Kontexte sowie alle Erkenntnisse über die Verträglichkeit und die Wahrnehmung von Therapien bei ihm selbst. Interne Evidenz kann so gut wie nie allein aus externer Evidenz erschlossen werden, sondern sie kann der Patient nur im klärenden Gespräch mit seinem Therapeuten selbst erarbeiten.

In diesem klärenden Gespräch leistet externe Evidenz einen wichtigen Beitrag: Was anderen geholfen hat, könnte auch dem jeweiligen Patienten helfen. Bei der Abwägung der Entscheidungen kann diese Erfahrung anderer neben den eigenen Erfahrungen sehr wertvoll sein, schon bei der Frage, welche Ziele sich der jeweilige Patient setzt. Externe Evidenz ist also

eine der Quellen beim Aufbau interner Evidenz. Dazu muss die Erfahrung anderer allerdings so verzerrungsfrei und transparent dokumentiert sein, dass der Dokumentation vertraut und eingeschätzt werden kann, ob diese anderen Patienten dem jeweiligen Patienten ähnlich sind oder nicht. In dieser Vertrauenswürdigkeit und Transparenz von Studienergebnissen gibt es große Unterschiede. Solche Unterschiede werden oft im Fachkauderwelsch als gute oder nicht so gute externe Evidenz bezeichnet.⁵¹ Gemeint ist: Ist die Dokumentation der Erfahrungen anderer vertrauenswürdig und transparent?

Tatsache ist: Auch die beste, die vertrauenswürdigste externe Evidenz entbindet nicht von der Notwendigkeit, interne Evidenz aufbauen zu müssen. In aller Regel kann aus der externen Evidenz allein nicht die richtige Therapie im Einzelfall statistisch abgeleitet werden. Es bedarf zur Entscheidungsvorbereitung des Aufbaus interner Evidenz. Externe Evidenz liegt oft als Häufigkeitsverteilung in Populationen vor. Aus der Tatsache z. B., dass jeder zweite zufällig mit einer bestimmten Therapie Behandelte einen deutlich besseren Verlauf zeigte als alle mit einem Placebo Behandelten, lässt sich statistisch nicht schließen, wie die Therapie bei einem individuellen Patienten wirken wird. Das ist für Statistiker eine Binsenwahrheit. Aus Häufigkeitsverteilungen sind Behandlungen nicht logisch abzuleiten, es ist eine Entscheidung zu treffen. Daher kann externe Evidenz allein auch so gut wie nie die richtige Behandlung im Einzelfall vorschreiben. Therapeuten müssen fähig sein, in den klärenden Gesprächen mit ihren Patienten externe Evidenz zu mustern, um ihren Patienten beim Aufbau interner Evidenz zu helfen.

k) Empfehlungen der DVfR

Die DVfR empfiehlt:

- (1) Die Betroffenen sind sowohl institutionell als auch individuell verstärkt bei der Heilmittelversorgung zu beteiligen. Ihre Perspektive soll dadurch systematisch berücksichtigt werden, dass im Rahmen einer teilhabeorientierten Heilmittelversorgung nach einer konsentierten Bedarfsfeststellung individuelle Behandlungs- und Teilhabeziele mehr als bisher vereinbart und diese zur Grundlage der Behandlung gemacht werden. Die Privatsphäre ist zu achten.
- (2) Die Aus- und Weiterbildung der Therapeuten sollte Kompetenzen zur Förderung der Teilhabe vermitteln.⁵²
- (3) Angesichts der Multifokalität bei Beeinträchtigungen der Teilhabe sollten Formen der interdisziplinären und eine teamorientierten Arbeitsorganisation erprobt bzw. weiterentwickelt werden, gerade im ambulanten Bereich.
- (4) Die therapeutischen Fachkräfte sollten bei der Hilfsmittelversorgung regelmäßig beteiligt werden, ggf. auch bei der Wohnungsgestaltung, und dafür auch qualifiziert werden. Für ihre Mitwirkung sollten Grundlagen in den Leistungsvereinbarungen geschaffen werden.
- (5) Bei der Bewertung der therapeutischen Versorgung sollte die bestmögliche verfügbare Evidenz berücksichtigt werden, und zwar nicht nur die externe, sondern auch die

⁵¹ Zu den unterschiedlichen Evidenzstufen in der Praxis des G-BA zur Bewertung medizinischer Methoden vgl. das 2. Kapitel, § 11 der Verfahrensordnung des G-BA (abrufbar unter www.g-ba.de).

⁵² Dies ist z. B. in der Logopädie schon Inhalt der Ausbildung; siehe Springer et al. (2005).

interne Evidenz unter Bezugnahme auf die individuellen Teilhabeziele. Dabei sollte der Relevanz der Teilhabe für die Betroffenen verstärkt Rechnung getragen werden.

5. Gestaltungsmöglichkeiten und Modelle für eine teilhabeorientierte Heilmittelversorgung

Damit Teilhabeziele erreicht werden können, ist wie bereits ausgeführt, in vielen Fällen eine multiprofessionelle und interdisziplinäre Herangehensweise erforderlich: Es bedarf der engen Zusammenarbeit einerseits der Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden mit den Pflegekräften und den Ärzten sowie andererseits der Vorgenannten mit den Betroffenen.

Darüber hinaus erfordert die Indikationsstellung eine hohe Präzision durch gezielte Feststellung der zugrunde liegenden strukturellen und funktionellen Schäden, der sich daraus ergebenden Funktionseinbuße und der aus dieser Einbuße resultierenden Teilhabestörung. Die Indikation ist somit sehr viel zielgerichteter und gleichzeitig umfassender zu stellen als bei der reinen Verordnung von Heilmitteln im therapeutischen Umfeld.

Darüber hinaus ist es notwendig, basierend auf präzisen Assessments, dass die verschiedenen Heilmittelerbringer mit ihren unterschiedlichen Berufsfeldern/Kompetenzen tätig werden. Die Schwerpunkte der Therapie sind dabei jeweils auf den zu behandelnden Patienten abzustimmen. So kann z. B. bei einer Aphasie die Sprachtherapie im Vordergrund stehen, gleichzeitig sind jedoch die Beübung körperlicher Funktionseinschränkungen (z. B. Einschränkung der Kopfkontrolle) und die Wiederherstellung der Teilhabe in einem multimodalen Therapieansatz wichtig. Dies gelingt nachweislich am wirksamsten durch eine interdisziplinäre Herangehensweise, bei der sämtliche beteiligten therapeutischen Fachkräfte sich an der betroffenen Person in ihrem Kontext und nicht ausschließlich an der Schädigung orientieren, somit ihre Bemühungen gemeinsam konsentieren und wie ineinander greifende Zahnräder den Prozess der Rehabilitation wirksam vorantreiben.

a) Zur Bedeutung und Gestaltung der Interdisziplinarität

Laut Definition⁵³ zeichnet sich das multidisziplinäre Arbeiten im Team durch folgende Aspekte aus:

- Fachkräfte verschiedener Disziplinen vorhanden;
- Austausch überwiegend in der eigenen Berufsgruppe;
- fachspezifische Ziele, eigene Denkweise der Berufsgruppe;
- Orientierung an der gestörten Körperfunktion, damit Ausrichtung auf die Wiederherstellung der Aktivität;
- isolierte Sichtweisen und isoliertes Arbeiten am Patienten;
- geringer Aufwand.

Interdisziplinarität im Rahmen der Teamarbeit zeichnet sich durch folgende Aspekte aus:

- integriertes Zusammenwirken;
- gemeinsame übergeordnete und damit problembezogene Ziele;

⁵³ Vgl. Bühler 2008.

- Orientierung an der Person in ihrem Kontext und nicht ausschließlich an der Schädigung;
- regelmäßige, strukturell verankerte, wechselseitige und direkte Information und Kommunikation aller Teammitglieder;
- hoher Zeitaufwand und Aufwand für interdisziplinäre Teamleitung.

Mehrfache Erhebungen in den vergangenen Jahren haben beim Vergleich des multidisziplinären mit interdisziplinärem Arbeiten eine deutlich bessere Bewertung des Vorgehens im interdisziplinären Kontext ergeben, sowohl was

- den Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Berufsgruppen,
- die Zusammenarbeit mit den Fachkollegen der eigenen Disziplin,
- die Zusammenarbeit mit den Fachkollegen anderer Disziplinen,
- die Zufriedenheit im Behandlungsteam und
- die Leitung des Behandlungsteams

anbetrifft.

Bezüglich des Betriebsklimas wurden erstaunlicherweise keine Unterschiede festgestellt, wohl aber im Hinblick auf die interne Organisation und Kommunikation sowie die Vorgesetzten-Beurteilung.⁵⁴

Multidisziplinarität in der Rehabilitation ist ein anerkanntes Vorgehen, welches in zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten einen hohen Evidenzgrad erzielt hat.⁵⁵

„Interdisziplinär“ kann die Zusammenarbeit dann genannt werden, wenn bei ihr mehrere Disziplinen integrativ zusammenwirken, wobei die Disziplinen ihre eigenen Denkweisen einbringen und anstreben, mit ihnen zu problembezogenen aggregierten Denkweisen zu kommen. Interdisziplinarität bietet gegenüber der Kleinteiligkeit der Moderne, der Fragmentierung der Lebenswelt und der Spezialisierung ein sinnhaftes Zusammenführen unterschiedlicher Menschen, Fähigkeiten und Wissensbereiche.

Eine neuere Studie über die Behandlungsqualität in sämtlichen Rehabilitationskliniken der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV)⁵⁶ hat als einen der wesentlichen Faktoren für gute Rehabilitationsergebnisse im Vergleich der schlechtesten fünf Kliniken mit den besten fünf Kliniken in der Gesamtwertung herausgearbeitet, dass in den fünf erfolgreichsten Kliniken ein interdisziplinäres Vorgehen eingeführt worden ist.

Gerade bezüglich der Teilhabeorientierung erscheint eine interdisziplinäre Teamarbeit der Heilmittelerbringer der einzige adäquate Weg zu sein, den Patienten auf dem Weg zurück zur Teilhabe an seinem sozialen und beruflichen Leben erfolgreich begleiten zu können.

b) Konkrete Organisationsmöglichkeiten teilhabeorientierter interdisziplinärer Arbeit

Ein Beispiel für eine konkrete Organisationsmöglichkeit teilhabeorientierter und interdisziplinärer Arbeit ist sicherlich die neurologische/neurochirurgische Frührehabilitation und die fachübergreifende Frührehabilitation im Akutkrankenhaus.

⁵⁴ Vgl. Körner/Bengel 2004.

⁵⁵ Dazu Neumann/Gutenbrunner 2010.

⁵⁶ MeeR – Merkmale einer guten und erfolgreichen Reha-Einrichtung 2014.

Die Frührehabilitation ist die frühestmöglich einsetzende, kombinierte, akutmedizinische und rehabilitativ-medizinische Behandlung von Krankenhauspatienten verschiedener medizinischer Fachgebiete mit einer akuten Gesundheitsstörung und einer relevanten Beeinträchtigung von Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Partizipation.⁵⁷

Die Bedeutung der Frührehabilitation kommt auch in der Regelung des § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V zum Ausdruck, wonach die akutstationäre Behandlung „auch die im Einzelfall erforderliche und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation“ umfasst. In der Begründung zu dieser Regelung wird ausgeführt: „Die Rehabilitation soll von Anfang an integraler Bestandteil der medizinischen Versorgung sein. Ärzteschaft, Pflegepersonal und das spezifische Fachpersonal haben an dieser Aufgabe mitzuwirken (...). Über die bereits vorhandenen Rehabilitationsansätze im Krankenhaus hinaus sind zukünftig bereits bei Aufnahme in das Akutkrankenhaus der funktionelle Status, das Rehabilitationspotential und der Rehabilitationsbedarf in die Diagnosestellung einzubeziehen und ein am individuellen Bedarf ausgerichtetes Rehabilitationskonzept in die Krankenbehandlung zu integrieren.“⁵⁸

Die strukturellen Voraussetzungen zur Erbringung von Frührehabilitation laut Prozedurenkatalog OPS 8-552/8-559 (zur neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation und zur fachübergreifenden Frührehabilitation)⁵⁹ sind folgende:

- fachärztliche Behandlungsleitung, wobei hier nicht nur die Facharztqualifikation im jeweiligen Gebiet gefordert wird, sondern eine mehrjährige rehabilitative Erfahrung;
- standardisiertes Frührehabilitations-Assessment (Bewusstseinslage, Kommunikation, Kognition, Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Verhalten, Emotion);
- aktivierende-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Personal;
- Vorhandensein und Einsatz von folgenden Therapiebereichen: Physiotherapie, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Neuropsychologie, Logopädie / Fasziorale Therapie, therapeutische Pflege.

Der Prozedurenkatalog fordert zwar nicht ausdrücklich ein interdisziplinäres Arbeiten. Dieses ergibt sich jedoch in der Praxis durch die Notwendigkeit, schwerbetroffenen Patienten im Durchschnitt des stationären Aufenthaltes 300 Therapieminuten am Tag zukommen zu lassen.

Dies gelingt nur durch interdisziplinäre Behandlung der Frührehabilitations-Patienten durch die Rehabilitationspflege zusammen mit der Physiotherapie, der Logopädie und häufig auch der Physikalischen Therapie. Folgerichtig fordert der OPS-Katalog zwingend wöchentliche Teambesprechungen mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele mit allen am Patienten tätigen Therapeuten. Hier erfolgt in exemplarischer Weise in interdisziplinärer Zusammenarbeit eine wöchentliche Assessment-Dokumentation des Rehabilitationsverlaufes mit Festlegung der Therapieziele für die darauffolgende Woche und ggf. Korrektur der Rehabilitationsziele, falls sich dies aus dem interdisziplinären Austausch ergibt.

⁵⁷ Vgl. Positionspapier zur fachübergreifenden Frührehabilitation der Gemeinsamen Arbeitsgruppe DRG (gAG-DRG).

⁵⁸ Bundestags-Drucksache 14/5074, S. 117.

⁵⁹ OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel) ist die amtliche Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemein medizinischen Maßnahmen im stationären Bereich und beim ambulanten Operieren (dazu www.dimdi.de).

Der Rehabilitationsarzt koordiniert diese Teambesprechungen, er fungiert als Leiter des Teams über die Bereichsgrenzen der Pflege, der Therapiebereiche und des Ärztlichen Dienstes hinaus.

Ein weiteres Beispiel für die Organisationsmöglichkeiten teilhabeorientierter und interdisziplinärer Arbeit findet sich etwa in einem ambulanten Rehabilitationszentrum, welches vorwiegend Unfallverletzte zu Lasten der Unfallversicherungsträger behandelt. Durch den klaren Auftrag der Rückführung an den Arbeitsplatz bot es sich an, aus einem tradierten multidisziplinären Vorgehen eine zukunftsgerichtete Interdisziplinarität herzustellen. So konnte in einem gemeinsam gestalteten Prozess eine interdisziplinäre Leitung des Reha-Zentrums etabliert werden bei insgesamt 40 Therapeuten. Es wurde eine interdisziplinäre Gruppeneinteilung durchgeführt mit klarer Absprache interdisziplinärer Vorgehensweisen, Behandlungspfaden und Befundabsprachen (Teamtreffen). Auch die Fortbildungen wurden interdisziplinär gestaltet. In einem zweiten Schritt wurden die Ärzte in die verschiedenen interdisziplinären Teams des Reha-Zentrums einbezogen, um einen Konsens über die Behandlungsstandards zu erzielen, damit bei Stagnation der Therapie weitere Diagnostik schnell eingeleitet werden konnte, und um zu gewährleisten, dass es einen gleichbleibenden Ansprechpartner für die Patienten und die Therapeuten gab.

Auf diese Weise konnte eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit erzielt werden, in Verbindung mit einer ausgesprochen positiven Rückmeldung durch die Unfallverletzten. Der Anteil der medizinisch-beruflichen Maßnahmen (Arbeitsplatzbezogene Muskuloskelettale Rehabilitation, ABMR) wurde durch das interdisziplinäre teilhabeorientierte Vorgehen der Therapeuten deutlich gesteigert und erfolgreich mit einer Rückkehr an den Arbeitsplatz abgeschlossen.

Solche interdisziplinär und fachübergreifend arbeitenden Frührehabilitationseinrichtungen sind selten. Sie können insofern als Illustration einer modellhaften Idee dienen. In der Praxis jedoch ist zu überlegen, welche weiteren konkreten Organisationsmöglichkeiten der Zusammenarbeit bestehen.

Neben diesen beiden Beispielen lassen sich zahlreiche weitere anführen, in denen interdisziplinäre Arbeit geleistet wird (vgl. dazu insbesondere Kap. 6 zum Setting-Ansatz).

c) Weitere Form der Zusammenarbeit: Informationsaustausch

Zunächst kann die einfachste Form einer Zusammenarbeit darin bestehen, dass sich die verschiedenen Disziplinen über das, was sie tun, informieren. Bereits durch den Austausch von Assessment-Ergebnissen, von Befunden, von erkannten Problemlagen und entsprechenden Zielen sowie deren Mitteilung an die jeweils andere Berufsgruppe kann damit die Zusammenarbeit im Hinblick auf das Erreichen eines Zieles verbessert werden.

Dies gilt insbesondere für die Berichte aus der laufenden oder abgeschlossenen Behandlung, die über diese Behandlung informieren, die gelöst sind und vor allem auch die ungelösten Probleme benennen und dann Vorschläge für ein weiteres Vorgehen unterbreiten können.

Hier stellt sich dann jeweils die Frage, wie solche Informationen zusammengeführt werden, und welche Rolle der Betroffene dabei spielt. Es ist schwer vorstellbar, dass sich außerhalb einer klinischen Einrichtung über den Kopf des Betroffenen hinweg Therapeuten, Ärzte und Pflegekräfte (also alle Fachdienste) über die Teilhabe der Betroffenen verständigen, ohne diesen zu beteiligen.

Insofern geht die DVfR davon aus, dass Informationsaustausch grundsätzlich über die Betroffenen selbst vermittelt wird, damit diese die Hoheit über die Informationsweitergabe be-

halten. Je teilhabeorientierter die Arbeit wird, desto eher können sie „mitreden“. Je naturwissenschaftlicher, technischer oder fachlicher der Diskurs aber verläuft, desto mehr werden sie Informationen einfach nur weiterleiten, ohne sich an der Bewertung selbst beteiligen zu können oder einen Informationsaustausch der Fachleute anregen bzw. legitimieren.

d) Weitere Form der Zusammenarbeit: Gemeinsame Behandlungs- und Teilhabeplanung

Eine weitere Möglichkeit der Zusammenarbeit stellt eine gemeinsame Behandlungs- und Teilhabeplanung dar, die allerdings nur dann als Aufbau interner Evidenz bezeichnet werden kann, wenn die Betroffenen mitentscheidend beteiligt sind.⁶⁰ Zu bestimmten Zeitpunkten können sich die verschiedenen Fachkräfte und der Betroffene treffen, um über eine gemeinsame Problemdefinition und gemeinsame Lösungswege sowie die Abstimmung der verschiedenen Maßnahmen zu beraten. Dies kann z. B. im Rahmen einer Teambesprechung, einer Fallkonferenz, eines Reha-Plan-Gesprächs oder in anderen Settings, so z. B. auch in einer Teilhabeplanungskonferenz, geschehen. Solche interdisziplinären Fallkonferenzen sind nicht nur aus stationären Einrichtungen, sondern auch aus verschiedenen ambulanten, nicht-stationären Bereichen der Medizin und der Rehabilitation bekannt. Sogar Visiten oder Übergabegespräche mit den Therapeuten, Ärzten und Pflegekräften können als ein derartiges „Konferenzmodell“ angesehen werden.

In bestimmten Settings ist dies bereits selbstverständlich, so insbesondere im stationären Bereich oder in der ambulanten Rehabilitation, wobei hier die therapeutischen Fachkräfte nicht regelmäßig einbezogen sind. Im Idealfall wird die teilhabeorientierte Behandlungsplanung innerhalb eines konstanten interdisziplinären Teams durchgeführt, da sich erst dann die Vorteile der Teamarbeit erschließen lassen.

e) Weitere mögliche/anstrebenswerte Form der Zusammenarbeit: ambulantes multiprofessionelles interdisziplinäres Team

Im ambulanten Bereich fehlt der Ansatz eines multiprofessionellen, interdisziplinär arbeitenden ambulanten Teams bislang vollständig: Ausgehend vom Modell der Einzelpraxis des Therapeuten und auch des Arztes sind regelhafte interdisziplinäre teamartige Zusammenarbeitsstrukturen nicht vorgesehen (vgl. schon oben Kap. 4. k)). Sie können auch nicht einfach etabliert werden, da hierfür die vergütungsrechtliche Grundlage fehlt (zu möglichen Lösungen vgl. Kap. 8). Es gibt allerdings einige Ausnahmen, nämlich dann, wenn es gelingt, eine gemeinsame Fallbesprechung zu organisieren. Dies ist freilich derzeit nur in sehr wenigen Settings möglich, z. B. in Förderschulen, regelmäßig jedoch eben nicht in der Arztpraxis oder auch in der Therapeutenpraxis. Teilweise wird versucht, durch Selbstorganisation von Gemeinschaftspraxen mehrerer Berufe zumindest ein Minimum gemeinsamer Arbeit zu etablieren. Vergütungsrechtliche Lösungen bestehen jedoch auch in diesem Fall nicht.

Dabei ist zu beachten, dass bereits in dem erwähnten Gutachten des Sachverständigenrats aus dem Jahr 2007⁶¹ nachdrücklich auf die Notwendigkeit solcher multiprofessionellen, ambulanten Teams für die Bewältigung einer ganzen Reihe von wichtigen Problemlagen hingewiesen wird. Dies gilt insbesondere für die Teilhabeorientierung, aber auch für eine ganze Reihe kurativer Fragestellungen.

⁶⁰ Behrens/Langer 2010.

⁶¹ Dazu oben Fn. 42.

Ein wichtiges Beispiel ist die frühe ambulante Behandlung von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen. Hier bräuchte eine Zusammenarbeit mehrerer Berufsgruppen zweifellos bessere Resultate als die Addition verschiedener einzelner Maßnahmen.

Beispiele gelingender interdisziplinärer Kooperation in Konferenzform sind etwa die Fallkonferenzen in Förderschulen und die Fallbesprechungen in WfbM, in BBW oder in manchen Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe usw.

Hier werden interdisziplinäre Konzepte verwirklicht, was aber leider nicht regelhaft der Fall ist. So sind etwa an vielen Förderschulen, z. B. solchen für ganzheitliche Entwicklung (also für Schüler mit sog. geistiger Behinderung), keine fest in das Team der Schule eingebundenen therapeutischen Fachkräfte vorgesehen; erst recht gilt dies für die Förderschulen mit dem Schwerpunkt „Lernen“.

Anders ist die Lage fast bundesweit in den Förderschulen mit dem Schwerpunkt motorische Entwicklung und auch für blinde, seh- und hörbehinderte Kinder und Jugendliche (auf die Möglichkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit wird noch unter dem Setting-Ansatz näher eingegangen, vgl. Kap. 6).

Insgesamt sollte geprüft werden, inwieweit die Zusammenarbeit in ambulanten interdisziplinären Teams modellhaft erprobt und geeignete Organisationsmodelle entwickelt werden können, so dass solche Formen der Zusammenarbeit dann auch in der Heilmittel-Richtlinie des G-BA etabliert und in den Leistungs- und Honorarvereinbarungen verankert werden können.

f) Formen der Zusammenarbeit: Der Arzt als Koordinator

Kommt der Patient nicht als Koordinator in Betracht, wirft dies die Frage auf, ob man nicht allein dem verordnenden Arzt die koordinierende Rolle zusprechen kann. Damit ist die Erwartung verbunden, auf Konferenzen verzichten zu können. Man spricht in diesem Fall von einer vertikalen Arbeitsteilung und einem nur multiprofessionellen, nicht interdisziplinären Ansatz. Dies wird insbesondere vom Hausarzt erwartet, der die Koordination der verschiedenen therapeutischen Disziplinen gewährleisten soll.

In der Praxis ist jedoch festzustellen, dass Hausärzte zwar versuchen, die gesamte Situation des Patienten in den Blick zu nehmen, jedoch weder eine echte multiprofessionelle, geschweige denn eine interdisziplinäre teamartige Kooperation gelingt. Im besten Falle kommuniziert der Hausarzt mit den Patienten und den jeweiligen Therapeuten über Therapieziele, Therapiegrenzen u. ä. In der Realität geschieht dies jedoch in der Regel nur bei zufälligen Begegnungen am Krankenbett (Hausbesuch) oder bei Auftreten von Komplikationen. Es gibt hier keine regelhafte Kooperationsform (siehe oben Kap. 5. d) zu den multiprofessionellen ambulanten Teams).

Auch ist es dem niedergelassenen Arzt aufgrund seiner unzureichenden Ausbildung häufig nicht möglich, fachgerecht die jeweiligen therapeutischen Strategien zu beurteilen und insofern einen fachlichen Dialog mit den Therapeuten zu führen. Schließlich fehlt ein entscheidendes Moment für eine teamartige Zusammenarbeit, nämlich die kontinuierliche Kooperation, bei der man sich kennenlernt und dann auch jeweils auf den früheren Gesprächen aufbauen kann. Solche Kooperationsbeziehungen finden sich im ambulanten Setting nur vereinzelt und sind nicht systematisch vorhanden. Hinzu kommt, dass dieser zeitliche Mehraufwand nicht vergütet wird.

g) Formen der Zusammenarbeit: Case-Management

Eine weitere Möglichkeit der Verzahnung und Herstellung von Kooperation ist das Case-Management. Am Beispiel des Reha-Managements der gesetzlichen Unfallversicherung sowie den Fallmanagern in manchen Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken kann man zeigen, dass ein solches Fallmanagement geeignet sein kann, die interdisziplinäre Kooperation zu verbessern.⁶² Dabei kann entweder der Fallmanager selbst die Informationsübermittlung zwischen den verschiedenen Gruppen übernehmen, oder er kann Konferenzen einberufen und damit eine Kooperation bewirken. Dies konnte außerhalb des Zuständigkeitsbereichs der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) jedoch bislang nicht durchgängig umgesetzt werden, u. a. wegen der ungeklärten Kostenübernahme für diese Leistung, und stößt insofern an die Grenzen der Finanzierung (zu konkreten Beispielen s.u. Kap. 8).

Die DVfR empfiehlt deshalb die Einführung von Fallmanagement als Leistungsbestandteil für alle Bereiche der Leistungen zur Teilhabe und dessen gesetzliche Verankerung im SGB IX und den Leistungsgesetzen.

Als Beispiele außerhalb der Medizin können die Integrationsfachdienste genannt werden, die eine solche Case-Managementfunktion für ausgewählte Personengruppen und für ausgewählte Leistungsträger übernehmen können (§§ 109 ff. SGB IX). Auch in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach dem SGB XII wird das Fallmanagement – beispielsweise in Baden-Württemberg – umgesetzt und ist dort in allen 44 Stadt- und Landkreisen implementiert.⁶³ Die konkrete Umsetzung (organisatorisch, strukturell und konzeptionell) ist dabei Gegenstand der kommunalen Selbstverwaltung und erfolgt nach den unterschiedlichen örtlichen Strukturen. Neben der personenzentrierten Fallsteuerung sollen fachliche und sozialpolitische Rahmenziele erreicht werden: eine stärkere Partizipation und Inklusion der Menschen mit Behinderung, eine stärkere präventive Ausrichtung und ein effektiverer bzw. effizienterer Einsatz der finanziellen Mittel, die Weiterentwicklung der Qualität der regionalen Strukturen und Prozesse sowie der Ausbau ambulanter Betreuungs- und Unterstützungsangebote.

Schließlich gibt es inzwischen kommerzielle Anbieter von Case-Management.⁶⁴ So sind die Case-Managementangebote für den Kreis der Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen überwiegend privat organisiert und refinanzieren sich zum großen Teil aus Entgelten der DGUV sowie der privaten Haftpflicht- und Unfallversicherung.

Die Übernahme von Fallmanagementaufgaben im Auftrag der GKV, der DRV und der Arbeitsverwaltung (Bundesagentur für Arbeit) sind ausgesprochen selten. Auch die Rehabilitationsberater/Rehabilitationsfachberater der DRV können ein solches Fallmanagement, das auch die Heilmittelerbringer und zudem die ärztliche Seite zusammenbringt, in der Regel nicht leisten.

⁶² Auf der Grundlage eines gemeinsam erstellten Reha-Plans und unter partnerschaftlicher Einbindung aller am Verfahren Beteiligten koordinieren und begleiten die Reha-Manager die medizinische Rehabilitation und die Teilhabeleistungen (Reha-Management). Nähere Informationen sind dem Handlungsleitfaden zum Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung zu entnehmen (www.dguv.de/dguv/medien/inhalt/rehabilitation/documents/handlungsleitfaden.pdf).

⁶³ Vgl. Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS), 2014 (Grundlagenpapier, abrufbar unter <http://www.kvjs.de/fileadmin/dateien/soziales/fallman/fallmanagement-feb2014.pdf>).

⁶⁴ So z. B. das ambulante und klinische Case Management der GHD (GesundHeits GmbH Deutschland – www.gesundheitsgmbh.de).

h) Empfehlungen der DVfR

Die DVfR empfiehlt:

- (1) Insbesondere im Bereich ambulanter Heilmittelversorgung fehlen Modelle einer multi-professionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit. Dort und in anderen Settings (s. Kap. 6) sollten daher multiprofessionelle/interdisziplinäre Teams erprobt und nach Bewährung etabliert werden, die regelhaft kooperieren. Um dies zu ermöglichen, sollte eine gesicherte Finanzierungsform gefunden werden (s. dazu Kap. 8).
- (2) Teilhabeorientierte Behandlungsplanung, regelmäßige patientenbezogene Fallkonferenzen, ein Case-Management und die Mitwirkung in einem regionalen Netzwerk sind leistungsrechtlich vorzusehen (z. B. in SGB V, VI, VII, VII, IX, XI, XII), und zwar auch in kurativen Settings und damit einer vergütungsrechtlichen Regelung zugänglich zu machen.
- (3) Die Möglichkeit, die Zusammenarbeit in ambulanten interdisziplinären Teams in den Heilmittel-Richtlinien des G-BA zu etablieren, ist zu prüfen.

6. Ein Setting-Ansatz für die Gestaltung und Zuordnung von teilhabeorientierten Heilmitteln

a) Leistungen der therapeutischen Fachdienste für die Förderung der Teilhabe in lebensweltlichen und institutionellen Settings

Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden werden in verschiedenen Settings tätig. Dabei leisten sie nicht nur Behandlungseinheiten im Sinne von Heilmitteln. Vielmehr kann die Tätigkeit der Therapeuten weitaus mehr bedeuten als die definierte Abgabe einer bestimmten, vertraglich verabredeten Heilmittleinheit. Sie kann folgende Elemente umfassen, die je nach Settings unterschiedlich gewichtet werden können, wobei Überschneidungen der kurativen und teilhabeorientierten Elemente möglich sind:

- Kurative Leistungen:
 - Befragung und Untersuchung zur Erstellung funktioneller, fachgebietsbezogener Befunde;
 - Behandlung;
 - Beratung der Patienten und Bezugspersonen;
 - Ggf. schriftlicher Befund oder Bericht;
 - abschließende Überprüfung im Hinblick auf die Zielerreichung.
- Teilhabebezogene Leistungen:
 - Befragung und Untersuchung zur Erstellung spezifischer funktioneller Befunde;
 - Assessment von Beeinträchtigungen der Funktionen, Aktivitäten, Teilhabe einschließlich relevanter Kontextfaktoren;
 - Bereitstellung von Informationen für oder Mitwirkung und Mitarbeit an der Erstellung eines Behandlungs- oder Förderplanes einschließlich einer prognostischen Beurteilung und der Erarbeitung geeigneter Maßnahmen zur Zielerreichung;

- Information und Beratung von Klient und Bezugspersonen sowie von anderen Fachkräften, z. B. Orthopädietechnikern, ferner Ärzten, Pflegekräften usw. bezüglich funktioneller Aspekte für Aktivitäten und Teilhabeberatung, die sich auch auf Kontextfaktoren, also Hilfsmittel, Umweltfaktoren wie Wohnungsgestaltung, Arbeitsplatzgestaltung, Lernmittelgestaltung usw. beziehen kann;
- Anleitung, Training und Übung am Arbeitsplatz einschließlich Vorschlägen für eine adäquate Arbeitsplatzgestaltung;
- Anleitung, Training und Übung in den verschiedenen Bereichen der Lebenswelt einschließlich der Einrichtungen bzw. der nichtmedizinischen Settings, u. a. im Hinblick auf Selbständigkeit im häuslichen Umfeld;
- Abschließende Überprüfung im Hinblick auf die Zielerreichung.

Diese Unterscheidung ist schematisch, da auch die kurativen Leistungen teilhabeorientiert erfolgen sollen und teilhabebezogene Leistungen auch kurative Behandlung beinhalten können. Beide Leistungskomponenten lassen sich deshalb nur analytisch trennen (zu Beispielen für eine teilhabeorientierte Heilmittelerbringung in verschiedenen Settings vgl. die Teilhabe-sicherungskonzepte im Anhang, Abschnitt 3).

Therapeuten können in verschiedenen personellen Konstellationen tätig sein: Allein, in lockerer Kooperation (ohne vertragliche Bindung) mit anderen Fachkollegen, gemeinsam mit anderen Therapeuten in einem multiprofessionellen Arbeitszusammenhang und/oder als Mitglied eines interdisziplinären Teams (was eine gemeinsame Zielbestimmung, wechselseitigen Austausch und Beeinflussung der Maßnahmen einschließlich regelmäßiger Teamsitzungen mit einschließt). Dabei gibt es therapeutische Teams innerhalb einer Profession, multiprofessionelle heilmittelgebietsübergreifend arbeitende multiprofessionelle Teams und multiprofessionell zusammengesetzte Teams aus Ärzten, Pflegekräften, Orthopädietechnikern usw., die in unterschiedlicher Intensität zusammenwirken.

Die Arbeitsorte können Behandlungsräume, Patienten- oder Klientenzimmer, Klassenräume, Arbeitsplätze, Aufenthaltsräume in Heimen, die häusliche Umgebung, Vereine mit Turnhallen, Sanitätshäuser usw. sein, unter der Bedingung, dass sie den Qualitätsstandards entsprechen.

Soll Heilmittelerbringung teilhabeorientiert sein, also auch die Aktivitäten und die Teilhabe mit einbeziehen, schließt dies in der Regel die Berücksichtigung und Beeinflussung von Kontextfaktoren mit ein (vgl. auch Kap. 3 a) und b). Außerdem können unterschiedliche Zielbereiche angestrebt werden, die auf der strukturellen, der funktionellen und der Aktivitäts- oder der Teilhabeebene liegen können. Im Teilhabebereich wiederum gibt es verschiedene Lebensbereiche, in denen Therapeuten wirksam werden können.

Die Orte, an denen Therapeuten in ihrer Funktion als Therapeuten tätig werden können, und ihre Arbeitsweisen an solchen Orten sollen nun näher beschrieben werden, da diese entscheidend dafür sein können,

- welche Ziele verfolgt werden können bzw. sollen,
- welche Kontextfaktoren zu berücksichtigen sind und
- welcher (Sozial-)Leistungsträger für die Finanzierung zuständig sein kann.

Insofern kann man die Heilmittelerbringung, also die Tätigkeit der Therapeuten im klassischen medizinischen therapeutischen Setting, nicht allein für sich betrachten. Vielmehr muss man die verschiedenen Tätigkeitskomponenten und Arbeitsorte in den Blick nehmen. Nur so

können alle Tätigkeiten und Aufgaben der therapeutischen Fachberufe im Gesundheits- und Sozialwesen angemessen berücksichtigt werden.

Um die Arbeit von Therapeuten im gesamten Gesundheits- und Sozialwesen richtig zu verorten, bietet sich die Wahl eines Setting-Ansatzes an. Der Setting-Ansatz berücksichtigt einerseits den Kontext, in dem Therapeuten tätig werden, und andererseits das Zustandekommen und die Ausrichtung auf die jeweiligen Ziele. Im Folgenden ist zu untersuchen, inwieweit im jeweiligen Setting kurative und teilhabeorientierte Behandlung stattfindet, inwieweit dort multiprofessionelle und interdisziplinäre Teamarbeit zur Bewältigung komplexer Probleme im Hinblick auf die Teilhabe erfolgt und therapeutische Fachkräfte benötigt werden, um das Ziel einer Teilhabeverbesserung zu erreichen. Das Setting-Konzept soll auch Ansätze dafür liefern, wie sich die Leistungs- und Finanzierungszuständigkeit in den jeweiligen Settings gestalten könnte (vgl. auch Kap. 8).

b) Medizinische Settings

Typische medizinische Settings für therapeutische Fachkräfte sind:

(1) Das Krankenhaus

Im Krankenhaus geht es in der Regel um Akutbehandlung. Allerdings kommt es hier bereits zur Beratung von Pflegekräften und Bezugspersonen, z. B. im Hinblick auf Schluckstörungen, auf mögliche Bewegungen, etliche Abläufe usw. Gerade im Akutkrankenhaus sollte zumindest auch eine Erprobung, Einübung und ggf. Beratung bezüglich Hilfsmitteln erfolgen. Die Orientierung auf die Teilhabe spielt in diesem Setting indes eine noch ungeordnete Rolle (entgegen dem Gesetzesauftrag in § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V; dazu oben Kap. 5. b)). Die Arbeitsweise ist in der Regel multiprofessionell, jedoch nicht entsprechend einem interdisziplinären Team (Ausnahmen: Frührehabilitation, s. ebenfalls Kap. 5. b)). An vielen Krankenhäusern steht keine Ergotherapie oder Logopädie zur Verfügung.

(2) Die stationäre, ambulante und mobile medizinische Rehabilitation

In der medizinischen Rehabilitation ist regelhaft und schon definitionsgemäß die Erbringung von Heilmitteln bzw. die Ausführung von Therapien zumindest durch mehrere Professionen vorgesehen. In der Regel geht dem eine (mehr oder weniger umfangreiche) Befundung und damit eine Zielklärung in der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung voraus. Nicht immer resultiert daraus auch Teamarbeit; vielmehr kommt es in der Rehabilitation häufig zur Aneinanderreihung verschiedener einzelner therapeutischer Maßnahmen. Eine patientenbezogene Teambetreuung ist nicht durchgehend gesichert, sondern es werden in der Regel andere Teamkooperationen (organisatorische Absprachen, gemeinsame Fortbildung usw.) praktiziert. Im ambulanten Setting eines ambulanten Rehabilitationszentrums z. B. gilt ähnliches wie für die stationäre Rehabilitation.

Einen gravierenden Unterschied dazu stellt die mobile Rehabilitation dar: Hier müssen die Therapeuten ihre Tätigkeit durch regelmäßige Teambesprechungen patientenbezogen abstimmen, da sie zu einem Zeitpunkt überwiegend allein, gelegentlich auch zu zweit in der Wohnung des Klienten tätig werden. Sie arbeiten also im unmittelbaren Lebensbereich des Patienten und können insofern unmittelbar Aktivitäten und Teilhabe sowie die wirksamen Kontextfaktoren beobachten und ggf. beeinflussen. Zum Teil können sogar unmittelbar anliegende Haushaltsaktivitäten im eigentlichen, persönli-

chen Umfeld geübt werden. Auch Hilfsmittel können in ihrer tatsächlichen Einsetzbarkeit erprobt und ggf. angepasst werden.

Das Setting im stationären und ambulanten Bereich hingegen ist durch Virtualität gekennzeichnet: Zwar können auch hier Hilfsmittel erprobt, alltägliche Verrichtungen geübt und ggf. Änderungen veranlasst werden, jedoch als „therapeutische Veranstaltung“ in einem nicht den tatsächlichen Umständen entsprechenden Rahmen. Dies gilt analog auch für die Tagesklinik, wenngleich bei allen ambulanten Formen durch den zeitweiligen Aufenthalt zu Hause eine größere Alltagsnähe gegeben ist.

(3) Die Praxis niedergelassener Heilmittelerbringer

Die Mehrzahl der ambulanten Behandlungen findet in den Praxen niedergelassener Therapeuten der verschiedenen Fachdisziplinen statt. Hier gibt es zwar Praxisteam im Sinne multiprofessioneller Teams, die jedoch in der Regel nicht patientenbezogen zusammenarbeiten. In der Regel findet in solchen Praxen auch keine systematische Zusammenarbeit mit dem verordnenden Arzt, dem Heilmittelerbringer oder auch der Pflegekraft statt, obwohl das persönliche Umfeld berücksichtigt werden sollte. Eine Ausnahme können Hausbesuche sein, wenn die Therapien im Rahmen eines häuslichen Settings stattfinden. Hier stellt sich allerdings die Frage, ob die Behandlungen im häuslichen Setting tatsächlich dadurch teilhabeorientierter werden. Systematisch ist diese Frage noch nicht untersucht worden. Aus praktischer Beobachtung heraus ist jedoch zu schließen, dass in vielen Fällen auch zu Hause nur eine funktionsbezogene Therapie stattfindet. Letztlich ist derzeit jedoch unbekannt, ob und wie ein teilhabebezogenes Assessment stattfindet, ob und wie Teilhabeziele definiert werden und welche Kenntnisse vorhanden sind, um solche Ziele zu erreichen, z. B. im Hinblick auf den Einsatz von Hilfsmitteln. Auch die Kooperation mit der Pflege findet offenbar nur selten statt.

Das Setting „therapeutische Praxis“ ist dadurch gekennzeichnet, dass die Tätigkeit laut Leistungsbeschreibung als Einzelleistung konzipiert ist, in der weder systematische Beratung noch Teamarbeit noch Absprachen usw. vorgesehen sind, und infolgedessen auch keine entsprechenden Abrechnungsziffern existieren. Das typische Setting in der therapeutischen Praxis ist vielmehr die Betreuung im Verhältnis 1:1 zwischen Therapeut und Patient. Hier setzt eine zentrale Kritik des Sachverständigenrates an, der ambulante multiprofessionelle interdisziplinäre Teams fordert, die in Form einer interdisziplinären Tätigkeit gemeinsame Ziele verfolgen und sich vor allem umfassend nicht nur auf funktionelle Verbesserung, sondern vielmehr auf die Verbesserungen von Aktivitäten und Teilhabe konzentrieren können.⁶⁵ Solche Teams könnten sich auch in das Bedarfsfeststellungsverfahren und die Entwicklung eines langfristigen Teilhabeplanes einbringen und so zu einer bedarfsgerechten Erbringung von Leistungen zur Teilhabe beitragen.

(4) Das Sozialpädiatrische Zentrum (SPZ)

Ein Sonderfall der ambulanten interdisziplinären und teilhabeorientierten Therapieerbringung stellt die Arbeit im SPZ dar (§ 119 SGB V, § 43 a SGB V, § 30 SGB IX, § 4 Frühförderungsverordnung). Hier wird aufbauend auf einer kinder- und jugendärztlichen Untersuchung und einer umfassenden Einschätzung auch von Aktivi-

⁶⁵ Vgl. dazu oben Fn. 42.

täten- und Teilhabebeeinträchtigungen ein Behandlungsplan erstellt, der auch regelmäßig Teilhabeaspekte berücksichtigt und wiederholt patientenbezogen angepasst wird. Auch ist die Beratung der Eltern systematischer Bestandteil der Therapieerbringung. Neben den therapeutischen Fachberufen sind weitere Disziplinen wie Psychologie, teilweise die Pflege sowie die Heilpädagogik und die Sozialarbeit beteiligt. Die SPZ werden über regional unterschiedliche Quartalspauschalen finanziert, die für die zusätzlichen teilhabeorientierten Angebote durch Leistungen der Sozialhilfe ergänzt werden.

Eine solche Regelung fehlt im Bereich des SGB V ansonsten weitgehend. Die Teilhabeorientierung der SPZ gerät jedoch in Gefahr, wenn sich diese ausschließlich zu diagnostischen Zentren hin entwickeln würden.

(5) Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit Behinderungen

Es ist zu hoffen, dass auch die jüngst geregelten und neu zu konzipierenden medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (§ 119c SGB V, § 43 b SGB V)⁶⁶ ein entsprechendes Arbeitsmodell entwickeln, in dem Therapien im Rahmen eines interdisziplinären Teams in besonderer Weise teilhabeorientiert erbracht werden. Hier sollen die vorgenannten behinderten Menschen, die durch das SPZ aus Altersgründen nicht mehr versorgt werden können umfassend im Hinblick auf mit ihrer Grunderkrankung bzw. mit ihren Komplikationen in Zusammenhang stehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe behandelt und gefördert werden.⁶⁷ Dabei ist ein interdisziplinärer Teamprozess vorgesehen (§ 119c Abs. 2 Satz 2 SGB V).

(6) Frühförderstellen

Frühförderstellen bieten pädagogische und therapeutische Maßnahmen an und richten sich an Kinder mit einer Behinderung oder die von einer Behinderung bedroht sind (§ 30 SGB IX, Frühförderungsverordnung). Der relevante Zeitraum sind die ersten Lebensjahre bis zum Kindergarteneintritt oder bis zur Einschulung. Wirken pädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen zusammen, spricht man von einer Komplexleistung (§ 30 Abs. 1 Satz 2 SGB IX). Dazu gibt es ferner auf Länderebene Rahmenvereinbarungen bzw. Rahmenempfehlungen (z. B. zu den fachlichen Anforderungen). Wesentlich ist neben der Betreuung des Kindes, die Eltern und das Umfeld einzubeziehen und zu unterstützen.

(7) Zusammenfassung

Auch wenn für die medizinischen Settings teilweise behauptet wird, dass interdisziplinäre Teamarbeit für die therapeutischen Fachberufe selbstverständlich sei, muss man dennoch feststellen, dass dies nicht durchgängig der Fall ist und dass aufgrund der medizinisch-kurativen Orientierung die Ausrichtung auf Teilhabe insbesondere im

⁶⁶ Politische Grundlage dafür war der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 18. Legislaturperiode (2013), S. 76: „Für Erwachsene mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen werden medizinische Behandlungszentren analog zu den sozialpädiatrischen Zentren zur (zahn-)medizinischen Behandlung (neuer § 119c SGB V) geschaffen.“

⁶⁷ Vgl. Schmidt-Ohlemann 2014. Siehe ferner: Fachverbände für Menschen mit Behinderung, Rahmenkonzeption Medizinische Zentren für Erwachsene mit geistiger oder mehrfacher Behinderung (MZEB – Vorläufige Fassung vom 6./7.11.2014).

Krankenhaus und in der ambulanten Versorgung, teilweise aber auch in der medizinischen Rehabilitation verloren geht.

In medizinischen Settings ist die Erbringung von therapeutischen Leistung ein Leistungsbestandteil einer Gesamtleistung (Fallpauschale, Tagessatz in der Reha-Klinik, Pauschalvergütung oder Therapievergütung in den SPZ) oder sie wird als einzelne Leistung der niedergelassenen Praxis vergütet. Auffällig ist, dass in solchen medizinischen Settings nach den Erkenntnissen der DVfR der Aufwand für interdisziplinäre Arbeit einerseits und eine möglichst hohe Teilhabeorientierung andererseits häufig nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt wird, denn Teamarbeit, Beratung, teilhabebezogenes Assessment, intensive Kontakte und Arbeit mit den Bezugspersonen und die Beschäftigung mit Kontextfaktoren einschließlich der Hilfsmittel in der Lebenswelt auch außerhalb des medizinischen Settings werden nur in geringem Umfang vergütet. Dies ist in erster Linie der Gestaltung des medizinischen Settings als reinen „Behandlungsorten“ geschuldet.

Die DVfR geht daher davon aus, dass für eine stärkere Teilhabeorientierung (und damit die Umsetzung des § 27 SGB IX) die dazu notwendigen Leistungsbestandteile anerkannt und damit in die Kalkulation der Vergütungen aufgenommen werden sollten (vgl. auch Kap. 8).

c) *Integrative Settings*

Integrative Settings zeichnen sich dadurch aus, dass therapeutische Fachkräfte als Bestandteil eines interdisziplinären Teams in Zusammenhängen arbeiten, die nicht primär medizinischen sondern anderen Zwecken dienen, in denen aber die Tätigkeit der therapeutischen Fachkräfte unverzichtbar ist, um das jeweilige Ziel der Dienste und Einrichtungen zu erreichen. Dazu können folgende Beispiele⁶⁸ angeführt werden:

(1) Die Förderkindertagesstätte / der Förderkindergarten

Hier sind in das Team der Kindertagesstätte bzw. des Kindergartens therapeutische Fachkräfte fest integriert. Sie leisten dort auch durchaus Einzelbehandlung, beobachten jedoch die Kinder in ihrem regulären sozialen Zusammenhang, geben Hinweise beim Spielen, beim Sport, auch außerhalb des eigentlichen Kindergartenraumes, wirken mit bei der Hilfsmittelversorgung und bei der Beratung der pädagogischen Fachkräfte im Hinblick auf Bewegungsförderung, Sprachtherapie usw.

Sie können somit als Bestandteil eines interdisziplinären Teams über ihre eigene Tätigkeit hinaus zum Erfolg der pädagogischen Bemühungen, nämlich eine bestmögliche Entwicklung des Kindes zu fördern, beitragen. Dabei sind häufig medizinische Aspekte unverzichtbar, z. B. im Bereich der Sprachtherapie, der Mobilitätsförderung und in der Frage der Aktivitäten des täglichen Lebens: So ist für Kinder mit Cerebralparese oft die ergotherapeutische frühzeitige Hilfestellung zum Erreichen wichtiger Funktionen und damit auch Aktivitäten sinnvoll und notwendig. Dies ist besonders deutlich zu sehen bei der Hilfsmittelversorgung auch sehr kleiner Kinder, z. B. mit angeborenen Muskelerkrankungen, die mit Hilfe elektronisch zu steuernder Rollstühle möglich ist. Dies gilt entsprechend auch für die Kommunikation hörgeschädigter Kinder usw. Die therapeutischen Fachkräfte sind regelmäßig Mitglieder des interdisziplinären Teams.

⁶⁸ Unberücksichtigt bleibt u. a. der Rehabilitationssport.

(2) Die Förderschule

Ein weiteres Beispiel sind die Förderschulen für Kinder und Jugendliche mit Körperbehinderung, bei denen in der Regel in allen Bundesländern therapeutische Fachkräfte in das Team der Lehrkräfte integriert sind. Dabei handelt es sich um Physiotherapeuten und meist auch Ergotherapeuten, gelegentlich auch um Logopäden. In den meisten Schulen mit dem Schwerpunkt ganzheitliche Entwicklung für Schüler mit kognitiver Beeinträchtigung (sog. geistiger Behinderung) und in Schulen für lernbehinderte sowie für sozio-emotional beeinträchtigte Kinder sind hingegen Therapeuten in der Regel nicht in das Kollegium integriert.

Für die therapeutischen Fachkräfte an den sog. Körperbehinderten-Schulen gilt Gleiches wie bei den für Förderkindergärten: Auch sie führen einzelne Behandlungen durch, wirken aber sowohl beim Unterricht in der Klasse, in der interdisziplinären Teamarbeit der Klassenverbände, bei der Hilfsmittelversorgung, bei der Beratung der Eltern, der Lehrkräfte usw. mit. In vielen Fällen begleiten sie die Kinder auch im Bereich außerhalb der Schule, können dort wichtige Hilfen geben (z. B. bei Schullandheimaufenthalt) und damit auch die emotionale Seite der Kinder berücksichtigen. Nicht selten stellen therapeutische Fachkräfte durch die immer wieder einmal herstellbare Einzelsituation wichtige Vertrauenspersonen für die Kinder und Jugendlichen dar. Die therapeutischen Fachkräfte sind regelmäßig Mitglieder des interdisziplinären Teams.

(3) Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke (BBW und BFW)

In BBW und BFW (§ 35 SGB IX) sind als medizinische Fachdienste zunächst nur Ärzte vorgesehen. Dennoch verfügen sie häufig auch über therapeutische Fachkräfte, die sie in ihr interdisziplinäres Team aufnehmen. Sie sind notwendig, um das Leistungsvermögen der (nicht allein in den motorischen, sondern zum Teil auch in den kognitiven, verhaltensbezogenen, sprachlichen bzw. kommunikativen Fähigkeiten beeinträchtigten) Rehabilitanden genauer einschätzen zu können sowie einen Teilhabeplan zur Verbesserung der Fähigkeiten und damit auch der Möglichkeiten zu erarbeiten. Aufbauend auf der diagnostischen Einschätzung der therapeutischen Fachkräfte und unter Nutzung therapeutischen Wissens kann dann konkret eine Strategie entwickelt werden, um die vorliegende Beeinträchtigung zu vermindern.

Diese Fachkräfte sind jedoch nicht umfassend in allen BBW und BFW vorhanden, was vor allem von der jeweiligen Zusammensetzung der Rehabilitanden abhängt. Teilweise wird auch die Auffassung vertreten, dass therapeutische Fachkräfte in diesen Einrichtungen nicht notwendig seien, weil ein Behandlungsbedarf durch niedergelassene Therapeuten gedeckt werden könne. Für integrierte Therapeuten spricht aber, dass nicht wenige Rehabilitanden Schwierigkeiten haben, Therapie für sich zu akzeptieren, dass weiterhin durch die Inanspruchnahme externer Therapeuten Unterrichts- und Ausbildungszeit versäumt werden kann, und dass schließlich eine Koordination der Therapie mit den Zielen der beruflichen Ausbildung oft nur schwer gelingt. Wie bereits erwähnt, ist für das Ausmaß der Notwendigkeit eines interdisziplinären Teams die Zusammensetzung der Klientel des BBW entscheidend, also letztendlich dessen Konzeption, dies gilt auch für die BFW.

(4) Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)

WfbM (§§ 39 ff., 136 ff. SGB IX) müssen nach § 10 der Werkstättenverordnung (WVO)⁶⁹ über begleitende Fachdienste verfügen. Häufig werden dazu Ergotherapeuten, gelegentlich auch Physiotherapeuten und nur selten Logopäden eingesetzt. Ihre Zahl und ihr Einsatzgebiet hängen von der Konzeption der jeweiligen Werkstatt und der betreuten Beschäftigten ab. Als Bestandteil eines interdisziplinären Teams erfüllen die eingesetzten Therapeuten die oben genannten Aufgaben mit dem Schwerpunkt der Ermöglichung von Tätigkeiten, Anpassung der Arbeitsplätze, Arbeitserprobung und Training.

(5) Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe

Ein weiteres Beispiel ist die Integration von therapeutischen Fachkräften in interdisziplinäre Teams in manchen Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe (§§ 53 ff., 75 ff. SGB XII). Auch hier sind in einigen Einrichtungen, in denen Menschen mit Behinderungen wohnen, insbesondere solche mit Körper- und Mehrfachbehinderung, therapeutische Fachkräfte im sog. Pflegesatz enthalten. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass man für die angemessene Förderung der Aktivitäten und der Teilhabe auf therapeutisches Wissen einerseits nicht verzichten kann, andererseits auch die konkrete motorische, feinmotorische oder sprachliche Förderung in den Alltag eingebaut und zugleich auch von allen Teammitgliedern unterstützt werden muss. So kann beispielweise das isolierte Gehen oder Stehen ein- bis dreimal pro Woche in einem rein therapeutischen Setting letztendlich nicht nachhaltig wirken, wenn es nicht im Alltag (und in der alltäglichen Umgebung) regelmäßig geübt und durchgeführt wird. Dies gilt erst recht für zahlreiche feinmotorische und sprachliche Kompetenzen. Dabei werden auch Einzelbehandlungen durchgeführt; ganz wesentlich ist aber die Beratung und Tätigkeit innerhalb der Wohngruppe und im Freizeitbereich, ferner der Austausch mit den pädagogischen und pflegerischen Fachkräften, die Hilfsmittelgestaltung usw. Dementsprechend ist die Stellenausstattung in solchen Einrichtungen nur äußerst selten darauf gerichtet, den gesamten Behandlungsbedarf abzudecken, sondern vielmehr nur darauf, das Ziel der Eingliederungshilfe, nämlich die Teilhabeförderung zu gewährleisten.

d) Zum Verhältnis von Teilhabeförderung und kurativer Therapie in integrativen Settings

In den oben genannten Beispielen ist davon auszugehen, dass neben der Teilhabeförderung durch das interdisziplinäre Team im Einzelfall auch eine therapeutische Einzelbetreuung der Klienten mit kurativer Zielsetzung stattfinden kann. Dies ist je nach Einrichtung unterschiedlich, zudem variiert die Bedeutung der kurativen Zielsetzung stark. Kurative Behandlung innerhalb von Einrichtungen ist u. a. oft auch deshalb notwendig, weil es für die Betroffenen wegen der häufig ganztägigen Betreuung kaum eine Möglichkeit gibt, therapeutische Leistungen z. B. nach der Schule oder nach der Arbeit außerhalb der Einrichtung zu erhalten.

Solche Behandlungen in den Einrichtungen finden zwar in einem Kontext statt, der in der Regel einem anderen Ziel verpflichtet ist (nämlich der Teilhabeförderung und der Ermögli-

⁶⁹ § 10 Abs. 1 Satz 1 und 2 WVO: „Die Werkstatt muss zur pädagogischen, sozialen und medizinischen Betreuung der behinderten Menschen über begleitende Dienste verfügen, die den Bedürfnissen der behinderten Menschen gerecht werden. Eine erforderliche psychologische Betreuung ist sicherzustellen.“

chung von bestimmten Aktivitäten), bedienen sich aber natürlich therapeutischer Methoden zur Erreichung kurativer Ziele. Meist lassen sich aber in diesen Settings kurative und teilhabebezogene Tätigkeiten der therapeutischen Fachkräfte nicht voneinander trennen. Daraus resultiert die Problematik, dass innerhalb dieser Settings, die sich auf soziale, schulische oder berufliche Rehabilitation beziehen, Elemente aus der Krankenbehandlung in die Aufgabe solcher Einrichtungen und Dienste integriert werden.

Entsprechend wird von Seiten der für diese Einrichtungen zuständigen Sozialleistungsträger die Frage aufgeworfen, ob diese kurativen Leistungen nicht außerhalb der Einrichtungen erbracht werden müssten. Wenn man dies verneint und eine integrative Leistungserbringung für notwendig hält, müsste geklärt werden, inwieweit die Anteile der Tätigkeit, die man als kurativ im engen Sinne (also letztlich der Krankenbehandlung dienend) bezeichnen kann, von dem für die Krankenbehandlung zuständigen Träger zu finanzieren sind. Dies wird in der Regel die GKV sein. Dass dies möglich ist und wie dies erfolgen kann, wird unten weiter ausgeführt. Es handelt dabei im Übrigen nicht um Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation. Je ausgeprägter der kurative Charakter der therapeutischen Tätigkeit ist, desto relevanter wird diese Frage.

Die Beantwortung hängt auch von der Zahl therapeutischer Fachkräfte in Einrichtungen ab: Stehen z. B. einer Förderschule nur zwei oder drei Therapeuten zur Verfügung, so ist offenkundig, dass der Anteil von einzeltherapeutischen Leistungen nur sehr gering sein kann, wenn vorwiegend teilhabebezogene Aufgaben zu erfüllen sind. Muss aber auch die kurative Behandlung in den Einrichtungen erfolgen und besteht ein entsprechender Therapiebedarf, sollten deutlich mehr Therapeuten zur Verfügung stehen. Dies ist im Übrigen z. B. im Bereich der Förderschulen dann sinnvoll, wenn es sich um eine Ganztagschule handelt. Andererseits sollte immer auch die umfassende schulische Förderung durch die Fachdienste berücksichtigt werden, so dass die Krankenbehandlung und die schulische Förderung gemeinsam organisiert werden können: Die Therapie muss dabei in der Schulzeit erfolgen und sollte für behinderte Schüler integriert im Schulkontext erfolgen. Zugleich kann aber nicht erwartet werden, dass der Schulträger alle Aufwendungen für kurative Leistungen selbst übernimmt.

e) Zuordnung der Leistungen im integrierten Setting

Will man am integrierten Konzept festhalten, muss nach Wegen gesucht werden, wie diese Leistungen dem zuständigen (Sozial-)Leistungsträger – in der Regel dem Träger der GKV – in Rechnung gestellt und auf der anderen Seite die Erhaltung des interdisziplinären Prozesses gewährleistet werden kann, der auf die Erfüllung des jeweiligen Zieles der jeweiligen Einrichtung gerichtet ist. Ob die Integration notwendig ist, hängt davon ab, ob tatsächlich für das Erreichen der Ziele ein interdisziplinäres Team notwendig ist, was für jede Einrichtung im Einzelfall zu klären ist.

Die DVfR geht davon aus, dass ein integratives Konzept unter Einschluss therapeutischer Fachdienste für Förderkindergärten, Förderschulen, BBW und BFW regelhaft sowie für viele Einrichtungen der Eingliederungshilfe (Werkstätten, Tagesförderstätten, Wohneinrichtungen) je nach dem Bedarf der Klientel erforderlich ist. Entsprechendes gilt für inklusive Einrichtungen. Dies legt im Übrigen auch die UN-BRK nahe, wenn sie in Art. 26 Abs. 1 Satz 2 Buchst. a) von einer multiprofessionellen und multidisziplinären Erfassung (multidisciplinary assessment) der Problemlagen spricht und umfassende Rehabilitationsdienste einfordert, ohne jeweils eine strenge Zuordnung zu den Systemen Gesundheitsversorgung oder Rehabilitation vorzugeben.

Deshalb ist es fachlich begründet, wenn die für die Einrichtungen zuständigen (Sozial-)Leistungsträger als Träger der Hauptleistung für die Finanzierung der interdisziplinären Teams verantwortlich und zuständig wären. Werden in diesem Kontext und Setting therapeutische Leistungen erbracht, müssen Wege gesucht werden, wie der dafür zuständige Träger diese finanziert (dazu Kap. 8). Dies kann auch unter den aktuellen gesetzlichen Rahmenbedingungen gelingen. So wurden bislang teilweise die Einrichtungen selbst als Leistungserbringer für Heilmittel zugelassen, die dann für die kurativen Leistungen der therapeutischen Fachdienste Verträge nach §§ 124 ff. SGB V geschlossen haben (vgl. auch Kap. 8). In diesen Verträgen wurde akzeptiert, dass die Leistungserbringung nicht in einer Praxis und auch nicht zu Hause, sondern in einem integrativen Setting erfolgt, in dem teilhabebezogene Leistungen und kurative Leistungen integriert erbracht werden.⁷⁰ Dies führte dazu, dass sich teilweise die Tarife für Leistungen in integrativen Settings von denen für niedergelassene Therapeuten unterscheiden. Auf diese Weise konnte eine sachgerechte Zuordnung von Leistungen erreicht werden, ohne die interdisziplinär gestaltete Gesamtleistung zu gefährden.

An diesem Beispiel zeigt sich auch, dass es unter Berücksichtigung eines solchen Setting-Ansatzes nicht primär auf die Bezahlung einer Leistung aus ausschließlich einer Hand ankommt, wie es das Ideal der Komplexleistung darstellt (so die interdisziplinäre Frühförderung als Komplexleistung über einen gemeinsamen Tarif, analog der Pflegesatz für Heimunterbringung, die Tagessätze für Kindertagesstätten usw.; dazu oben bei b) (6))

f) Externe therapeutische Fachkräfte in teilhabeorientierten Einrichtungen

Ein Versuch, die therapeutische Versorgung in Einrichtungen sicherzustellen, ohne diese Fachkräfte an den interdisziplinären Teams zu beteiligen, besteht in dem Modell, bei dem niedergelassene Therapeuten zu Einzeltherapien in eine Einrichtung kommen. Von diesem Modell wird in breitem Umfang Gebrauch gemacht, und zwar immer dann, wenn ein integrierter interdisziplinärer Ansatz nicht notwendig ist oder eine solche Notwendigkeit nicht gesehen wird und Finanzierungsentlastungen erwünscht sind. Bezüglich der Notwendigkeit eines interdisziplinären Ansatzes gibt es durchaus auch innerhalb der DVfR für die verschiedenen Einrichtungstypen verschiedene Ansichten. Auch wenn hier keine Vertiefung dieser konzeptionellen Diskussion möglich ist, verhält es sich nach Auffassung der DVfR jedenfalls nicht selten so, dass die Umsetzung eines teilhabeorientierten interdisziplinären Ansatzes unter Einschluss therapeutischer Fachdienste lediglich aus fiskalischen Gründen, nicht aber aus fachlichen Gründen unterbleibt.

Der Nachteil dieses Modells liegt darin, dass in der Regel keine Integration in das interdisziplinäre Team stattfindet, und die Teilhabeorientierung der Therapien und die Verzahnung mit der Aufgabe der jeweiligen Einrichtung unzureichend ist. Dabei soll nicht verkannt werden, dass es zu Absprachen und auch zu einer gewissen Zusammenarbeit im Hinblick auf die Teilhabeorientierung kommen kann. Die Erfahrungen zeigen aber, dass dies meist nur personenbezogen und in unproblematischen Fällen erfolgreich funktioniert.

⁷⁰ Dass dies nicht trivial ist, zeigt die Diskussion um mögliche Orte der Leistungserbringung im G-BA zur Heilmittel-Richtlinie: So wurde im Jahr 2011 § 11 Abs. 2 der Heilmittel-Richtlinie dahingehend angepasst, dass ohne Verordnung eines Hausbesuchs die Behandlung außerhalb der Praxis des Therapeuten für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, ggf. darüber hinaus bis zum Abschluss der bereits begonnenen schulischen Ausbildung möglich ist, „die ganztägig in einer auf deren Förderung ausgerichteten Tageseinrichtung untergebracht sind ...“. Diese Regelung gilt allerdings nicht für Erwachsene. Vgl. dazu die Stellungnahmen der DVfR vom 26.1.2010 und vom 15.3.2011, abrufbar unter www.dvfr.de.

Um die Zusammenarbeit zwischen Einrichtung und niedergelassenen Therapeuten zu fördern, können auch Zusatzentgelte verabredet werden, die ermöglichen, dass die Therapeuten an Teamgesprächen, Elternberatungen usw. teilnehmen können (praktiziert z. B. in Hessen). Allerdings sind bei diesem Modell gemeinsame Teamsitzungen (Teambuilding) und Teamentwicklung nicht regelhaft möglich, und die Verpflichtung auf die Verwirklichung gemeinsamer Teilhabeziele ist ausgesprochen schwierig. In dieser Konstruktion verantwortet ausschließlich der verordnende Arzt die Verordnung von Therapien und der Therapeut seine Aktivitäten: Weder Schulleitung noch die Lehrkräfte oder auch die Eltern usw. haben im Hinblick auf die Teilhabe verbindliche Einflussmöglichkeiten auf die Therapeuten. Hier besteht keine (insbesondere auch keine rechtliche) Verpflichtung, sich an einem gemeinsamen Teilhabeziel und Teilhabeplan zu orientieren, der im Zuge des Aufbaus interner Evidenz in der Begegnung zwischen Therapeuten, Lehrern und Eltern mit dem Betroffenen erarbeitet wird. Wenn der interdisziplinäre Aufbau interner Evidenz auch den externen Therapeutinnen zwingend vorgeschrieben ist, führt dies dazu, dass eine solche Heilmittelerbringung durch externe Therapeuten komplex an Teilhabezielen orientiert sein kann, wie es im Einzelfall vielleicht schon derzeit versucht wird.

g) Isolierte Settings – teilhabeorientierte Heilmittelerbringung ohne integrativen Ansatz

(1) Kindergärten, Kindertagesstätten und Schulen mit und ohne inklusive Betreuung von Kindern mit Behinderung

In diesen Einrichtungen sind konzeptionell keine therapeutischen Aktivitäten vorgesehen, und zwar weder für Kinder mit Behinderungen noch für erkrankte Kinder ohne Behinderungen. Dies gilt auch für eine Reihe von inklusiven Kindertagesstätten und für fast alle Inklusionsschulen (also Regelschulen, die behinderte Schüler aufnehmen). In wenigen Fällen sind Therapien durch niedergelassene Therapeuten möglich – eine systematische Integration in die pädagogische oder schulische Förderung findet allerdings nicht statt. Im Gegensatz zu anderen Ländern – etwa den USA oder Schweden – gibt es z. B. in der Regel keine Behandlungsräume und keine Einbeziehung von therapeutischen Fachkräften in den Unterricht oder in das Angebot begleitender Dienste an Schulen während der Schulzeit (Sozialarbeit, Pflege, Therapie). In Deutschland wird davon ausgegangen, dass die Aktivitäten von therapeutischen Fachkräften grundsätzlich außerhalb der Schule stattzufinden haben. Dies stellt eine hohe Anforderung an die Eltern dar, welche die therapeutische Versorgung selbst zu organisieren haben, aber auch an die Kinder (neben ihren schulischen Herausforderungen).

Das Konzept stößt dann an Grenzen, wenn zum einen die Mitwirkung von therapeutischen Fachkräften im Team einer Schule erforderlich wäre, um eine bestmögliche Förderung der Teilhabe und den Schulerfolg zu erreichen, zum anderen aber auch dann, wenn durch Ganztagschulen Kinder faktisch keine Möglichkeit mehr haben, außerhalb der Schulzeit eine Therapie zu bekommen. Es ist für Kinder in der Regel unzumutbar, wenn sie von morgens um 7.00 / 7.30 Uhr bis nachmittags um 16.30 / 17.00 Uhr von zu Hause entfernt sind, dann noch im nennenswerten Umfang therapeutische Einheiten zu absolvieren. Dies kann vorübergehend im Rahmen der Bewältigung einer akuten Erkrankung erfolgen, jedoch nicht ein Schulleben lang. Bislang ist es nicht regelhaft gelungen, die Therapien in die Stundenpläne und in die Räume der Schulen zu integrieren. Deshalb ist eine therapeutische Unterversorgung der behin-

dernten Schüler, die teilhabeorientierte Heilmittel benötigen, in Regelschulen festzustellen. Es gibt einzelne Versuche, dies aufzulockern. Aber selbst an Inklusionsschulen sind in der Regel lediglich Sonderpädagogen und Assistenzkräfte, nicht hingegen therapeutische Fachkräfte vorgesehen. Dies ist ein gravierender Nachteil und letztendlich auch eine Benachteiligung von Besuchern dieser Einrichtungen gegenüber denen, die Förderschulen besuchen und bedeutet nicht selten einen Ausschluss von kurativen Behandlungen, insbesondere aber von einer interdisziplinären, teilhabeorientierten Versorgung.⁷¹ Insofern ist festzustellen, dass in den Regelschulen und an vielen Inklusionsschulen (dies gilt analog auch für die Regelkindergärten) kein Setting für eine interdisziplinäre Tätigkeit und damit für eine teilhabeorientierte Heilmittelerbringung gegeben ist, und diese Settings in der Regel sogar die regelmäßige und systematische Inanspruchnahme von einfachen Heilmitteln erschweren, erst recht aber eine Inanspruchnahme teilhabeorientierter Heilmittel.

(2) Arbeitsplatz und Betrieb

Auch die Betriebe sind – anders als z. B. teilweise in Skandinavien – Orte, an denen systematisch und regelhaft keine Therapie stattfindet und therapeutische Fachkräfte nicht eingesetzt werden. In wenigen werksärztlichen Zentren, Fitnessräumen, Gymnastikräumen usw. gibt es therapeutische Fachkräfte; nur ganz wenige Großbetriebe verfügen über eine ambulante Behandlungsmöglichkeit. Auch hier wird die Behandlung letztendlich außerhalb des Betriebes durchgeführt. Auch bei Maßnahmen zur betrieblichen Eingliederung gelingt es in der Regel nicht, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten am Arbeitsplatz hinzuziehen, um den Arbeitsplatz ggf. mitzugestalten oder den Arbeitnehmer speziell bei bestimmten Arbeitsvollzügen anleiten zu können.⁷²

Insofern ist festzustellen, dass Betriebe und der konkrete Arbeitsplatz derzeit in aller Regel keine Settings sind, in denen therapeutische Fachkräfte wirken, geschweige denn sich auch für die Teilhabeförderung einsetzen können.

(3) Ambulante Leistungen der Eingliederungshilfe

Eine ähnlich problematische Situation besteht bei den ambulanten Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe, d. h. bei der persönlichen Assistenz, beim betreuten Wohnen usw. In aller Regel ist hier ein interdisziplinäres Team unter Beteiligung von Therapeuten nicht vorgesehen. Vielmehr wird davon ausgegangen, dass dies über die niedergelassenen Therapeuten ausreichend zu gewährleisten sei. Diese Annahme unterstellt, dass Klienten im ambulanten Setting grundsätzlich keinen Bedarf an interdisziplinärer Förderung durch ein ambulantes interdisziplinäres Team haben. Die Therapeuten sind auch meist nicht an der Bedarfsfeststellung und an der interdisziplinären Erstellung eines Teilhabeplanes, der ggf. interdisziplinär umzusetzen ist, beteiligt. Auch wird von Seiten der Teilhabeplaner oft unterstellt, dass die ambulante Heilmittelerbringung ohnehin hilft, Teilhabeziele zu verwirklichen. Dies ist aber nicht durchgängig der Fall: Die kurativen Leistungen beinhalten in der Regel keine teilhabebezogenen Leistungen. Demgegenüber können – wie bereits dargestellt – in allen

⁷¹ S. dazu oben Kap. 4 mit der Beschreibung von Defiziten in der Teilhabeorientierung der Heilmittelerbringung.

⁷² Ausnahme: Therapeutische Arbeitsplatzbegleitung im Rahmen des Reha-Verfahrens der gesetzlichen Unfallversicherung.

therapeutischen Bereichen auch unmittelbar Teilhabeziele bearbeitet werden, so dass nicht einzusehen ist, dass es im ambulanten Setting nicht auch die Betätigung von therapeutischen Fachkräften im Rahmen ambulanter Assistenzleistungen geben soll. Dies kann auch dann der Fall sein, wenn solche Therapeuten einerseits zwar therapeutische Leistungen im Rahmen der Krankenbehandlung erbringen, zugleich aber auch durch ihre umfassende Beratung der Betreuungskräfte, durch Beeinflussung der Kontextfaktoren, durch die Hilfsmittelgestaltung usw. eine deutliche Verbesserung der Teilhabe bewirken können. Insofern ist auch hier festzustellen, dass im Rahmen der ambulanten Eingliederungshilfe kein geeignetes Setting für eine interdisziplinäre sowie auch multiprofessionelle und teilhabebezogene Heilmittelerbringung besteht.

(4) Stationäre Altenhilfe

In der stationären Altenhilfe sind regelhaft keine therapeutischen Fachkräfte vorgesehen. Die Konzeption einzelner Altenhilfeträger erlaubt es allerdings, zumindest ergo- oder physiotherapeutische Fachkräfte zur Tagesgestaltung und damit letztendlich auch zur Förderung der Bewohner einzustellen (für Physiotherapie und Logopädie ist dies jedoch gesetzlich nicht vorgesehen, wenn auch faktisch in einigen Einrichtungen betrieben). Mitunter sind die betreffenden Therapeuten dann auch für Hilfsmittelversorgung zuständig. Es überwiegen jedoch Beschäftigungsangebote und zum Teil auch koordinative Aufgaben im Hinblick auf die Förderung, etwa das Assessment, die Unterstützung der Pflegekräfte, die Übungen einzelner Aktivitäten des täglichen Lebens usw. Gelegentlich wird aus dem Etat für Fachkräfte auch eine solche Stelle mitfinanziert, die dann im interdisziplinären Sinne die Altenpflege unterstützt.

h) Zusammenfassung

Zusammenfassend ist festzustellen, dass es einerseits verschiedene Settings gibt, in denen systematisch eine Mitwirkung von therapeutischen Fachkräften zur Behandlung und zur Förderung der Teilhabe vorgesehen ist und andererseits Settings bestehen, in denen dies nicht oder nicht durchgehend der Fall ist. Weil nicht in allen Settings ein interdisziplinäres Team bedarfsgerecht vorgesehen ist oder tatsächlich zur Verfügung steht, werden Teilhabechancen nicht genutzt.

i) Empfehlungen der DVfR

Die DVfR empfiehlt:

- (1) Die Tätigkeit von therapeutischen Fachkräften in interdisziplinären Teams sollte in allen integrativen Settings grundsätzlich anerkannt und zum Standard (Strukturqualität) des Leistungsangebotes gehören; dabei sollten sowohl teilhabebezogene als auch kurative Leistungen erbracht werden können. Dazu gehören insbesondere inklusive Kindertagesstätten, Förder- und inklusive Schulen, BBW und BFW, WfbM und Wohn-einrichtungen der Eingliederungshilfe (bei besonderer Klientel und spezifischen Bedarfen).
- (2) Auch in nichtintegrativen Settings sollte es einen Zugang zu teilhabebezogenen Leistungen von therapeutischen Fachkräften geben. Dazu bedarf es u. a. ambulanter interdisziplinärer Teams, die in den verschiedenen Lebensbereichen solche Leistungen neben oder unabhängig von kurativen Leistungen erbringen können; ferner bedarf es

einer Öffnung von Einrichtungen und Diensten mit integrierten Settings für eine solche Leistungserbringung. Auch andere Formen der interdisziplinären Teamarbeit sollten in diesen Settings zur Anwendung kommen.

- (3) Die Inanspruchnahme von therapeutischen Fachkräften sollte im Hinblick auf teilhabebezogene Leistungen personenbezogen bei der Bedarfsfeststellung berücksichtigt werden.
- (4) Teilhabebezogenen Leistungen sollten in den nichtintegrativen bzw. isolierten Settings durch besonders qualifizierte Fachkräfte als rehabilitative Einzelleistung ermöglicht werden.
- (5) Integrative Settings unter Beteiligung von therapeutischen Fachkräften sollten für eine Förderung der Teilhabe im Sinne der UN-BRK und des SGB IX auch in inklusiven Settings möglich sein, als wichtiger Bestandteil etabliert werden und im Rahmen einer regionalen Bedarfsplanung zur Verfügung stehen.

7. Perspektiven einer sozialräumlichen Organisation teilhabeorientierter Heilmittelversorgung

a) Bedeutung der Wohnort- und Lebensweltnähe: Differenzierung der Versorgungsregionen

Teilhabeorientierte Heilmittelversorgung versucht, die Kontextfaktoren einerseits und die praktischen Möglichkeiten für Aktivitäten und Teilhabe andererseits unmittelbar in den Blick zu nehmen. Damit unterscheidet sie sich von der rein auf die Funktion bezogenen Therapie in rein therapeutischen Settings. Um die für den Patienten relevante Lebenswelt in den Blick nehmen zu können, sind häufig Kenntnisse über diese Lebenswelt notwendig, die nicht allein aus der Schilderung des Patienten gewonnen werden können, sondern die Kenntnis der Bedingungen selbst voraussetzen. Dies gilt insbesondere dann, wenn Menschen eine Behinderung aufweisen, die sie auf behinderungsspezifischen Hilfen angewiesen sein lässt, z. B. im Rahmen der Eingliederungshilfe (im Sinne der Förderung) oder auch im Bereich des Arbeitslebens in einer WfbM usw. Ferner ist diese Notwendigkeit auch dann gegeben, wenn Menschen aufgrund einer akuten oder auch chronischen Erkrankung auf Anpassungsprozesse innerhalb ihrer Lebenswelt angewiesen sind, z. B. am Arbeitsplatz oder auch zu Hause, im Rahmen der Wohnfeldanpassung usw. Insofern bedeutet teilhabeorientierte Heilmittelversorgung die Option, dass tatsächlich die Settings der Lebenswelt bearbeitet werden können, wenn dies zum Erreichen der funktionellen und der teilhabebezogenen Ziele erforderlich ist.

Dies kann im häuslichen Umfeld von therapeutischen Fachdiensten ohne Schwierigkeiten bei vorliegender medizinischer Indikation über einen Hausbesuch im Rahmen der Heilmittelversorgung gewährleistet werden. Im Bereich von Einrichtungen der Eingliederungshilfe besteht die Möglichkeit, dass innerhalb dieser Einrichtungen behandelt wird. Für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr und Schüler auch darüber hinaus ist dies in § 11 Abs. 2 Satz 3 der Heilmittel-Richtlinie des G-BA entsprechend festgelegt. Im Bereich der Erwachsenen gibt es eine informelle Absprache und Praxis, dass es sich bei der Behandlung in Einrichtungen um ausgelagerte Praxistätigkeiten handeln kann.⁷³ In manchen Fällen ist dazu

⁷³ Dazu die Fragen 19 und 20 des konsentierten Fragen-/Antwortkatalogs der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (abrufbar unter www.kbv.de/media/sp/HeilM_RL_Aenderungen_FAQ.pdf).

eine eigene Pauschale zwischen den Leistungserbringern und den Leistungsträgern vereinbart.

Damit Hausbesuche ausgeführt werden können, ist es aber erforderlich, dass die Therapeuten in Wohnortnähe zur Verfügung stehen, da nicht beliebig lange Fahrzeiten bewältigt werden können (allein aufgrund der Effizienz der Tätigkeit und der vorhandenen Vergütungsstrukturen).

Derzeit ist in Deutschland eine Heilmittelversorgung noch nicht überall flächendeckend gegeben, insbesondere nicht in den Disziplinen Ergotherapie und Logopädie. Allerdings ist zu beobachten, dass diese Lücken sich mehr und mehr schließen. Dort wo Lücken bestehen, sollte verstärkt die Möglichkeiten von ggf. vorhandenen Einrichtungen genutzt werden, um die Heilmittelversorgung sicherzustellen, z. B. Rehabilitationskliniken, Krankenhäuser, zum Teil auch Einrichtungen der Behindertenhilfe.

Eine Bedarfsplanung oder eine anerkannte Abschätzung der Größenordnungen für den Bedarf an Heilmittelbringern in einer Region besteht bislang nicht. Dies hängt auch damit zusammen, dass der Mobilitätsgrad der Betroffenen durchaus unterschiedlich ist. Allerdings sollte in den jeweiligen Versorgungsregionen sichergestellt sein, dass alle drei Disziplinen ausreichend vorhanden sind, so dass grundsätzlich in ausreichendem Maße Hausbesuche erfolgen können und dass insbesondere auch die therapeutische Versorgung in besonderen Einrichtungen sichergestellt ist.

In vielen Einrichtungen der Eingliederungshilfe, in WfbM, in BBW und anderen Einrichtungen der beruflichen oder sozialen Rehabilitation, natürlich ohnehin in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, stehen in der Regel therapeutische Fachkräfte zur Verfügung, die unmittelbar der Teilhabeförderung dienen. Grundsätzlich ist es sinnvoll, dass diese auch innerhalb der Region andere Menschen mit ähnlichem Hilfebedarf behandeln können (s. u.). Zugleich ist darauf hinzuweisen, dass in der Regel niedergelassene Therapeuten allein die Versorgung innerhalb von speziellen Einrichtungen aus Gründen der Spezialisierung und der Differenzierung der Angebote und auch des spezifischen Settings nicht durchgängig ausreichend sicherstellen können (s. u.).

b) Vernetzung und Kooperation der Einrichtungen

Sofern spezialisierte Einrichtungen in einer Region vorhanden sind und über eigene therapeutische Fachkräfte verfügen, sollten diese mit in die Versorgung behinderter Menschen unter Berücksichtigung der sonstigen ambulanten Leistungserbringer einbezogen werden. Es kann in der Regel nicht gewährleistet werden, dass alle therapeutischen Bedarfe von Mitarbeitern von Einrichtungen (Schulen, WfbM, Wohneinrichtungen) allein abgedeckt werden, selbst wenn diese die Leistungen überwiegend im Rahmen der Krankenbehandlung erbringen und diese auch mit den Krankenkassen abrechnen.

Insofern ist es sinnvoll, dass die Einrichtungen mit niedergelassenen Leistungserbringern zusammenarbeiten, und dass überhaupt möglichst umfassend Kooperationen stattfinden: Zwischen den verschiedenen Einrichtungen, bei denen teilhabeorientierte Heilmittelversorgung geleistet wird (etwa bei Übergängen vom Kindergarten in die Schule, aus der Schule in den Beruf usw.) zwischen WfbM und Betrieben, und insbesondere auch zwischen Heilmittelbringern und Hilfsmittelexperten, um durch eine Optimierung der Hilfsmittelausstattung zur Förderung der Teilhabe mit beizutragen. Zugleich sollte es Ziel sein, dass auch mit ambulanten Diensten der Eingliederungshilfe oder der beruflichen Rehabilitation, z. B. den Integri-

onsfachdiensten, zusammengearbeitet wird – oft gelingt es ja, etwa im Bereich der seelischen Behinderung, dass durch eine Kombination von Ergotherapie und Soziotherapie Beschäftigungs- oder Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt wird. Insofern kommt es darauf an, dass im jeweiligen Sozialraum nicht nur in stationären oder teilstationären Settings kooperiert wird, sondern auch in den ambulanten Bereichen. Dies gilt insbesondere auch für die Regelschulen, mit denen eine enge Zusammenarbeit verabredet werden sollte. Dabei kann es sich durchaus um niedergelassene therapeutische Fachkräfte handeln, jedoch auch um spezialisierte Einrichtungen oder spezialisierte therapeutische Dienste.

c) Spezialisierungen und sozialräumliche Differenzierung

Die DVfR geht davon aus, dass es nicht „den“ Sozialraum gibt, sondern dass es unterschiedlich differenzierte Sozialräume zu betrachten gilt. Im unmittelbaren primären Wohnbereich, dem Quartier, werden häufig Heilmittelerbringer nicht oder nur im Bereich der Physiotherapie vorhanden sein. Hier kann nicht davon ausgegangen werden, dass regelhaft eine Heilmittelversorgung gewährleistet werden kann – jedenfalls nicht eine, die auf die Förderung der Teilhabe spezialisiert ist.

Der nächste Sozialraum kann im Anschluss an verschiedene Regionalisierungskonzepte als sog. Standardversorgungsgebiet⁷⁴ bezeichnet werden, das zwischen 100.000 und 300.000 Menschen erfasst. Hier ist in jedem Falle eine Heilmittelversorgung für alle Disziplinen sicher zu stellen und auch solche, die auf Teilhabeförderung spezialisiert sind. Es ist deshalb sinnvoll, im Rahmen der Sozialraumgestaltung zu klären, welche spezialisierten therapeutischen Fachdienste es geben sollte, um die jeweiligen Bedarfe abzudecken (vgl. oben a) und b)). Dies gilt insbesondere auch für die therapeutischen Fachdienste im Zusammenhang mit anderen Leistungen der Rehabilitation. Dabei sind Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen und anderen schwergradigen Beeinträchtigungen in die Überlegungen mit einzubeziehen. Zugleich gibt es hochspezialisierte Bedarfe an therapeutischen Fachdiensten, z. B. im Bereich der unterstützten Kommunikation, der Begleitung bei hoch spezialisierter Kommunikationshilfsmittelversorgung, Hightech-Steuerungen, spezialisierten Sitz- und Liegeschalenversorgung sowie bei besonderen orthopädiotechnischen Apparate und Orthesen. Hierfür wird in der Regel im Rahmen des Standardversorgungsgebietes keine entsprechende Versorgung möglich sein, weshalb als Bezugsgröße das überregionale Versorgungsgebiet (in der Regel 500.000 bis 1,5 Millionen Einwohner je nach flächiger Verbreitung) herangezogen werden sollte. Den hochspezialisierten Bedarfen wird z. B. durch die Einrichtung bestimmter Beratungsstellen und spezialisierter Dienste und Einrichtungen Rechnung getragen.

Da indes nicht überall ein eigener Dienst für Spezialfunktionen vorgehalten werden kann, z. B. auch in der Betreuung von Menschen mit Muskeldystrophie, von ALS-Patienten (wichtig etwa in der Endphase bei Beatmung) o. ä., sollte darauf geachtet werden, dass zumindest im überregionalen Versorgungsgebiet allgemein zugängliche Angebote an spezialisierten therapeutischen Fachdiensten mit diesen Fachkenntnissen vorhanden sind. Dies kann in unterschiedlicher Struktur geschehen, und zwar sowohl in Form spezialisierter niedergelassener Praxen als aber auch in Verbindung mit Einrichtungen der sozialen oder beruflichen Rehabilitation.

⁷⁴ Anknüpfend an die Sozialraumorientierung der Psychiatrie im Sinne der Definition von Versorgungsregionen (vgl. Psychiatrie Enquete 1975) wurde für die Behindertenhilfe bereits 1994 eine Differenzierung der Versorgungsregionen vorgeschlagen; dazu Schmidt-Ohlemann 1994.

Im Bereich der Heilmittelbringung bedarf es in der Regel nicht eines nationalen Versorgungsgebietes. Eine Ausnahme kann dann bestehen, wenn bestimmte neue Verfahren erprobt werden oder nur in bestimmten Settings angewendet werden können. Solche neuen Therapieverfahren sind allerdings ausgesprochen selten und in der Regel experimentell, so dass diese ohnehin Universitätskliniken oder Spezialeinrichtungen vorbehalten bleiben.

d) Regionale Kooperation der Leistungsträger im Rahmen des SGB IX

Die systematische Kooperation der sozialen Leistungsträger kann nicht isoliert in Bezug auf die Heilmittelversorgung betrachtet werden. Ihre Gestaltung muss vielmehr der gesamten Rehabilitationsaufgabe Rechnung tragen. Auf den Setting-Ansatz mit einer Integration verschiedener Leistungsformen wurde bereits hingewiesen (vgl. Kap. 6); es ist allerdings von zentraler Bedeutung, dass die jeweiligen Leistungsträger bereit sind, Leistungen in den jeweiligen Settings anderer Rehabilitationsträger anzuerkennen, so etwa auch weiterhin die Erbringung von Heilmitteln im Zusammenhang schulischer oder beruflicher Rehabilitation usw. Bei diesen Leistungen handelt es sich oft nicht um Rehabilitationsleistungen im engen Sinne (bezogen auf die therapeutischen Fachdienste), sondern es kann durchaus auch um kurative Leistungen gehen (s. o.).

Dies bedeutet, dass es hier im Grunde nicht um eine Kooperation der Rehabilitationsträger im Sinne des SGB IX geht, sondern vielmehr darum, dass z. B. die Träger der Eingliederungshilfe mit den Krankenkassen als Träger der Krankenbehandlung kooperieren müssten, die dann aber nicht als Rehabilitationsträger agieren würden, selbst wenn dabei eine Orientierung an den Zielen der Rehabilitation vorgeschrieben ist (vgl. § 27 SGB IX). Dies ist etwa dann der Fall, wenn in einer Teilhabekonferenz im Rahmen der Eingliederungshilfe die Anregung zur Durchführung von therapeutischen Fachleistungen erfolgt, die allerdings in die Verantwortung des niedergelassenen Arztes gehören und von diesem entsprechend verordnet werden müssen. In diesem Fall ist nicht primär die Krankenkasse als Rehabilitationsträger angesprochen, sondern das vertragsärztliche System, das aber grundsätzlich nicht zum Rehabilitationssystem gehört. Hier besteht eine gravierende Schnittstelle, die derzeit noch ungelöst ist.

e) Neue Formen der Versorgung

Im Hinblick auf die sozialräumliche Organisation ist es sinnvoll, die Anregungen des Sachverständigenrates zur Bildung von interdisziplinären Teams auf der Wohnortebene umzusetzen, hier in der Regel auf der Ebene des Standardversorgungsgebietes.⁷⁵ Dazu ist erforderlich, dass sich solche therapeutischen Fachkräfte in lockeren Kooperationsformen zusammenfinden und Arbeitsformen entwickeln können, und diese dann auch entsprechend finanziert werden.

Eine andere Form der Tätigkeit therapeutischer Fachdienste in unmittelbar teilhabefördernder Funktion im jeweiligen Setting ist die mobile Rehabilitation. Von dieser sollte verstärkt Gebrauch gemacht werden, zumal ihre Inanspruchnahme durch die kürzlich erfolgte Änderung des § 40 SGB V deutlich erleichtert wird. Allerdings fehlt es in Deutschland zahlenmäßig an mobilen Rehabilitationsdiensten; hier ist ein Ausbau unbedingt notwendig.

Die Zulassung von in Spezialeinrichtungen der Eingliederungshilfe oder der beruflichen Rehabilitation oder auch der medizinischen Rehabilitation tätigen therapeutischen Fachdiensten

⁷⁵ Dazu oben Fn. 42.

zur Leistungserbringung nach §§ 124,125 SGB V stellt eine gute Möglichkeit dar; sie gibt es bereits jetzt recht häufig. Gleichwohl wird sie noch nicht von allen Einrichtungen entsprechend genutzt, obwohl z. B. solche spezialisierten Einrichtungen regelmäßig die Voraussetzungen für die Zulassung nach § 124 SGB V erfüllen, so dass die Zulassung generell nicht in Frage steht, sofern jedenfalls bestimmte personelle und sachliche Ausstattungen gewährleistet sind (dazu Kap. 8 b)). Die Möglichkeit dieser Zulassung besteht auch z. B. in Kindertagesstätten, Kindergärten, Schulen usw. So gelingt es, die Krankenkassen als Träger der Krankenhilfe angemessen an den Kosten zu beteiligen.

Bei der Hilfsmittelversorgung hat sich bereits bewährt, dass von den Hilfsmittelerbringern therapeutische Fachkräfte in der Beratung und der Gestaltung der Hilfsmittel eingesetzt werden; dies kommt häufig der Qualität der Versorgung zu Gute. Auch stellt dies eine Option dar, die Kompetenz therapeutischer Fachdienste teilhabeorientiert einzubinden.

f) *Empfehlungen der DVfR*

Die DVfR empfiehlt:

- (1) Bei der am Sozialraum orientierten Planung für die Strukturierung und Bereitstellung von Unterstützungsleistungen für Menschen mit Behinderungen sollte auch die Hilfsmittelversorgung berücksichtigt werden. Dabei sollten verschiedene Sozialräume mit verschiedenen Aufgaben differenziert werden.
- (2) Die mobile Rehabilitation sollte zügig flächendeckend ausgebaut werden.

8. Leistungsrechtliche Zuordnung von Heilmitteln

a) *Vielfalt der Konstellationen bei der Leistungserbringung*

Die Versorgung mit Heilmitteln erfolgt in der Praxis in unterschiedlichen lebensweltlichen und institutionellen Settings (dazu Kap. 6):

- (1) In medizinischen Settings mit kurativem Schwerpunkt (z. B. in Krankenhäusern oder in Praxen niedergelassener Heilmittelerbringer):

Diese Settings sind weitgehend durch eine medizinisch-kurative Ausrichtung (überwiegend zu Lasten der GKV) geprägt, wobei eine möglichst hohe Teilhabeorientierung häufig nicht oder (noch) nicht ausreichend realisiert wird: Heilmittel zielen hier primär auf Körperfunktionen und Körperstrukturen, die geschädigt oder beeinträchtigt sind.

- (2) In medizinischen Settings mit rehabilitativem Schwerpunkt (z. B. in stationären Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation):

In diesen Settings stehen die Behandlung der Krankheit und ihrer Symptome – verbunden mit definierten trägerspezifischen Rehabilitationszielen – im Vordergrund.

- (3) In integrativen Settings (z. B. in Förderkindertagesstätten und -kindergärten, Förderschulen, BBW und BFW, WfbM, Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe):

In diesen Settings dominiert die Teilhabeförderung (im Sinne einer Förderung der Teilhabe im Rahmen der schulischen, beruflichen und sozialen Lebenswelt). Bestimmte Leistungsträger (z. B. Bundesagentur für Arbeit, Sozialhilfeträger, Schulträger) sind als Träger einer Leistung (z. B. der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsle-

ben in einem BBW oder in einer WfbM, Leistungen zur schulischen Bildung in einer Förderschule) für die Sicherstellung und Finanzierung dieser „Hauptleistung“ zuständig. Im Einzelfall kann aber auch eine therapeutische Einzelbetreuung mit kurativer Zielsetzung erfolgen (z. B. weil es für die Betroffenen wegen der häufig ganztägigen Betreuung in der Regel keine zumutbare Möglichkeit gibt, therapeutische Leistungen nach der Schule oder nach der Arbeit in der Praxis eines niedergelassenen Therapeuten zu erhalten), wobei die Bedeutung der kurativen Zielsetzung je nach Einrichtung variieren kann. In solchen Fällen werden innerhalb dieser Settings Leistungen der Krankenbehandlung in die teilhabeorientierte Ausrichtung der genannten Einrichtungen und Dienste integriert (und dafür in der bisherigen Praxis auch geeignete Vergütungsmöglichkeiten geschaffen).

- (4) In isolierten Settings (z. B. Kindergärten, Kindertagesstätten und Schulen, Arbeitsplätzen, betreutem Wohnen, Einrichtungen der stationären Altenhilfe):

In diesen Settings gibt es in aller Regel konzeptionell und systematisch keine Aktivitäten der Fachkräfte der Physiotherapie, der Ergotherapie und der Logopädie. Eine Heilmittelversorgung findet allenfalls über (externe) niedergelassene Therapeuten statt, wobei der medizinisch-kurative Aspekt bestimmend ist und allenfalls am Rande Aspekte der Teilhabeförderung Beachtung finden. In den genannten Settings sind bestimmte Leistungsträger (z. B. Schulträger) als Träger einer Leistung (z. B. der Leistungen zur schulischen Bildung in einer Regelschule) für die Sicherstellung und Finanzierung dieser „Hauptleistung“ zuständig.

- (5) Ferner ist zu beachten, in welcher Weise in den oben genannten (insbesondere in den integrativen und isolierten) Settings bereits jetzt therapeutische Fachkräfte der Physiotherapie, der Ergotherapie und der Logopädie tätig werden. Zu unterscheiden sind hier im Wesentlichen integrative Lösungen – unten (5.1) –, additive Lösungen – unten (5.2) – und isolierte Lösungen – unten (5.3) –, die sich in der Praxis zum Teil seit vielen Jahren bewährt haben, und zwar sowohl im Hinblick auf die fachliche Leistungserbringung, als auch hinsichtlich der leistungs- und vergütungsrechtlichen Zuordnung (vgl. zu allen genannten Lösungen die Grafiken in Anhang, Abschnitt 4).

(5.1) Integrative Lösungen

- Therapeutische Fachkräfte (z. B. Ergotherapeuten) sind als nichtselbständig Beschäftigte im Rahmen eines Settings tätig, z. B. als Mitglied
 - eines (interdisziplinären) begleitenden Dienstes (Beispiel: WfbM, § 10 Abs. 2 WVO) oder
 - eines (interdisziplinären) therapeutischen Fachdienstes (Beispiel: Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, § 35 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB IX).⁷⁶

Die gesamte Tätigkeit dieser therapeutischen Fachkräfte, die von den genannten Einrichtungen angestellt sind, wird auf der Grundlage von Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen mit den zuständigen Sozialleistungsträgern als Bestandteil eines Pauschalbetrags (quasi „aus einer Hand“) über das Leistungsentgelt finanziert.

⁷⁶ Dazu auch Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.), Gemeinsame Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ nach § 35 SGB IX vom 23.2.2012, S. 8.

- Therapeutische Fachkräfte (z. B. Logopäden) sind als nichtselbständig Beschäftigte im Rahmen eines interdisziplinären Settings tätig, z. B. in
 - einer Schule: Dort erbringen sie sowohl kurative als auch teilhabefördernde Leistungen. Therapie und Unterricht werden zusammen und abgestimmt erbracht. Therapeutische und pädagogische Fachkräfte wirken in einem interdisziplinären Team zusammen (so z. B. in Körperbehindertenschulen in Rheinland-Pfalz);
 - einer Pflegeeinrichtung: Dort erbringen sie sowohl kurative als auch teilhabefördernde Leistungen. Therapie, Pflege und psychosoziale Unterstützung wirken in einem interdisziplinären Team zusammen (schon jetzt in einigen Altenheimen durch Integration von Ergotherapeuten);
 - einer Komplexeinrichtung „Wohnen“: Dort erbringen sie sowohl kurative als auch teilhabefördernde Leistungen. Therapie, Pflege, (Heil-)Pädagogik und Assistenzkräfte wirken in einem interdisziplinären Team zusammen (schon jetzt in einigen Wohneinrichtungen, v. a. für Menschen mit Körperbehinderungen).

Die Finanzierung der Tätigkeit dieser therapeutischen Fachkräfte kann – was den kurativen Aspekt der Heilmittelversorgung betrifft – von den zuständigen gesetzlichen Krankenkassen auf der Grundlage des SGB V (und der Heilmittel-Richtlinie des G-BA) finanziert werden, wenn diese Einrichtungen als Leistungserbringer für Heilmittel nach §§ 124,125 SGB V tätig sind und tatsächlich therapeutische Leistungen entsprechend den Verträgen mit den Krankenkassen und den Leistungserbringerverbänden für Heilmittel erbracht werden. Die auf die Teilhabeförderung bezogenen Leistungen werden finanziert

- bei den Schulen: von den für die Schulen zuständigen Schulträgern (Kultusverwaltung),
- bei den Pflegeeinrichtungen: als Bestandteil des Pflegesatzes von den (in der Regel) zuständigen Pflegekassen bzw. von Selbstzahlern als Zusatzleistung zur Pflege,
- bei den Wohneinrichtungen: als Bestandteil des Pflegesatzes von den Trägern der Eingliederungshilfe oder anderen ggf. zuständigen Leistungsträgern.

Darüber hinaus werden die Kosten für den teilhabebezogenen Zusatzbedarf (z. B. für besonders ausgestattete Räume, den Beratungsbedarf, die „Overhead-Kosten“ der interdisziplinären Zusammenarbeit wie Teambesprechungen usw.) auf der Grundlage von Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen

- bei den genannten Schulen: mit den Schulträgern (Kultusverwaltung),
- bei den genannten Pflegeeinrichtungen: mit den (in der Regel) zuständigen Pflegekassen,
- bei den Wohneinrichtungen: mit den Trägern der Eingliederungshilfe vergütet.

In diesen Fällen werden alle Leistungen im Rahmen der genannten Settings durch einen Leistungserbringer gebündelt, so dass eine Leistung „wie aus einer Hand“ entsteht.

(5.2) Additive Lösungen

- Therapeutische Fachkräfte (z. B. Ergotherapeuten) sind als externe Dienstleister im Rahmen eines interdisziplinären Settings tätig (ohne vom Träger dieses Settings nichtselbständig beschäftigt zu sein), z. B. in
 - Schulen (so in Hessen) oder
 - Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation (z. B. BBW) oder Wohnheimen für behinderte Menschen.

Die Finanzierung der Tätigkeit dieser externen therapeutischen Fachkräfte wird – was den kurativen Anteil der Heilmittelversorgung betrifft – von den zuständigen gesetzlichen Krankenkassen auf der Grundlage des SGB V (und der Heilmittel-Richtlinie des G-BA) finanziert. Die Kosten für den teilhabebezogenen Zusatzbedarf (z. B. für besonders ausgestattete Räume, den Beratungsbedarf, die „Overhead-Kosten“ der interdisziplinären Zusammenarbeit wie Teambesprechungen usw.) werden auf der Grundlage von Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen

- bei den genannten Schulen: mit den Schulträgern (Kultusverwaltung),
- bei den genannten Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation oder den Wohnheimen: mit den zuständigen Rehabilitationsträgern

vergütet. Die therapeutischen Fachkräfte erhalten ggf. für Zusatzleistungen (wie Beratungen) ein zusätzliches Entgelt.

Die Leistungserbringung erfolgt als Hausbesuch oder als Leistung in der Einrichtung (sog. ausgelagerte Praxis, vgl. dazu z. B. § 11 Abs. 2 der Heilmittel-Richtlinie des G-BA bzw. die Fragen 19 und 20 des konsentierten Frage-/Antwortkatalogs der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung⁷⁷).

- Therapeutische Fachkräfte sind als externe Dienstleister im Rahmen eines interdisziplinären Settings tätig (ohne vom Träger dieses Settings nichtselbständig beschäftigt zu sein), z. B. in Pflegeeinrichtungen.

Die Finanzierung der Tätigkeit dieser externen therapeutischen Fachkräfte wird – was den kurativen Anteil der Heilmittelversorgung betrifft – von den zuständigen gesetzlichen Krankenkassen auf der Grundlage des SGB V (und der Heilmittel-Richtlinie des G-BA) finanziert. Die Kosten für den teilhabebezogenen Zusatzbedarf (z. B. für besonders ausgestattete Räume, den Beratungsbedarf, die „Overhead-Kosten“ der interdisziplinären Zusammenarbeit wie Teambesprechungen usw.) werden auf der Grundlage von Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen (in der Regel) mit den zuständigen Pflegekassen vergütet.

Im Rahmen solcher Settings mit additiven Lösungen werden mithin kurative und teilhabeorientierte Leistungen nicht durch einen Leistungserbringer „wie aus einer Hand“ gebündelt (wie bei den oben genannten integrierten Lösungen); vielmehr wird die kurative Leistung eines externen Therapeuten um einen settingspezifischen Anteil des teilhabebezogenen Zusatzbedarfs ergänzt. Externe Therapeuten können dafür ggf. ein Entgelt erhalten.

⁷⁷ www.kbv.de/media/sp/HeilM_RL_Aenderungen_FAQ.pdf. Vgl. oben auch Fn 73.

(5.3) Isolierte Lösungen

Therapeutische Fachkräfte sind als externe Dienstleister ohne Einbezug in ein interdisziplinäres Setting tätig, z. B. in

- Wohnheimen für behinderte Menschen,
- Alten- und Pflegeheimen,
- Wohngemeinschaften pflegebedürftiger Menschen oder
- Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation (BBW usw.).

Die Finanzierung der Tätigkeit dieser externen therapeutischen Fachkräfte (ggf. auch in Gestalt eines Hausbesuchs) wird von den zuständigen gesetzlichen Krankenkassen auf der Grundlage des SGB V (und der Heilmittel-Richtlinie des G-BA) finanziert. Eine Kooperation mit dem Personal des Settings findet nicht statt; teilhabebezogene Zusatzkosten (z. B. für besonders ausgestattete Räume, den Beratungsbedarf, die „Overhead-Kosten“ der interdisziplinären Zusammenarbeit wie Teambesprechungen usw.) fallen deshalb nicht an.

Im Rahmen solcher Settings mit isolierten Lösungen findet also weder eine Leistungsbündelung statt (wie bei den integrierten Settings), noch wird die kurative Leistung des externen Therapeuten um Anteile eines teilhabebezogenen Zusatzbedarfs ergänzt.

b) Leistungsgeschehen als Bündelung von Zielen und Leistungen

Die teilhabeorientierte Erbringung von Heilmitteln kann – wie in den vorangehenden Kapiteln gezeigt – kurative, rehabilitative und teilhabebezogene Ziele gleichzeitig beinhalten. Eine solche Bündelung von Zielen bei der Leistungserbringung muss auf einer sachgerechten rechtlichen Grundlage erfolgen, die sicherstellt, dass Leistungen mit den genannten Zielen den am Leistungsgeschehen beteiligten Leistungsträgern entsprechend ihrer Aufgabe und Zuständigkeit zugeordnet werden und zugleich eine Bündelung von Leistungen mit den genannten Zielen möglich ist (auch was die Finanzierung solcher Leistungsbündelung betrifft). Dies setzt geeignete gesetzliche und untergesetzliche Regelungen voraus, die es z. B. ermöglichen, dass eine Kooperation der jeweils zuständigen Leistungsträger (und zugleich Finanzierungsträger) durch Vereinbarungen untereinander über die Art der Leistungen, Vergütungsmodalitäten und Verfahrensfragen sowie durch Verträge des Trägers des Settings mit den jeweiligen Leistungsträgern stattfinden kann. Auf diese Weise könnte (unter Wahrung der jeweiligen Aufgaben- und Finanzierungszuständigkeiten) eine Verknüpfung zwischen den beteiligten Zuständigkeitssektoren und damit eine gebündelte Leistungserbringung ermöglicht werden, um die genannten Ziele zu erreichen.

Eine so gestaltete Leistungsbündelung könnte flexibel den Erfordernissen des jeweiligen Settings angepasst werden, in dessen Rahmen die Heilmittelerbringung erfolgt (dazu oben a) sowie Kap. 6). Dabei ginge es im Hinblick auf eine solche Leistungserbringung in einem bestimmten Setting (nachfolgend unter (1) bis (5)) nicht darum, einem Leistungsträger (und zugleich Finanzierungsträger) Leistungen zur Verantwortung und zur Vergütung zuzuweisen, die nicht zu seinem Aufgaben gehören und für die er nicht zuständig ist, sondern darum, dass die betroffenen Leistungsträger (und zugleich Finanzierungsträger) in Wahrnehmung

ihrer Kooperationspflicht (§ 10 SGB IX)⁷⁸ die ihnen (je nach therapeutischem Ziel) zuzuordnenden Leistungen ermitteln und quantifizieren sowie einen Weg finden, wie sie diese entsprechend vergüten (z. B. in Gestalt von Pauschalen oder in jeweils den beteiligten Leistungsträgern zuzuordnenden Entgelten) bzw. dass diese Aufgabe der therapeutische Leistungserbringer bzw. der Träger des Settings übernimmt, der mit den zuständigen Leistungsträgern Verträge schließt und dadurch eine geeignete (gebündelte) Finanzierung erreicht. Diese Verträge richten sich in den (oben unter a) (5)) beschriebenen Varianten in der Regel nach den gültigen Rahmenvereinbarungen mit den Leistungserbringern, z. B. für Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie usw., oder nach den Pflegesatzvereinbarungen in Pflege- oder Wohneinrichtungen.

In der Praxis finden sich für eine solche Leistungs- und Finanzierungsbündelung auf der Grundlage von spezifischen Vereinbarungen unterschiedliche Beispiele in den oben (bei a) (5)) genannten Konstellationen. Zu bedenken wäre allerdings, ob nicht (über den rechtlichen Rahmen hinaus, auf dessen Grundlage eine teilhabeorientierte Heilmittelversorgung in den angeführten Konstellationen bereits jetzt erfolgt) im Leistungsrecht *de lege ferenda* eine spezielle Regelung vorgesehen werden sollte, die die Möglichkeit einer Leistungs- und Finanzierungsbündelung im obigen Sinne klarstellt.

Ausgehend von den bereits praktizierten Modellen einer leistungsrechtlichen Zuordnung und im Hinblick darauf, dass die teilhabeorientierte Erbringung von Heilmitteln kurative, rehabilitative und teilhabebezogene Ziele gleichzeitig beinhalten kann, sind in den verschiedenen Settings folgende Formen der Leistungserbringung und ihrer leistungsrechtlichen Zuordnung denkbar:

(1) Medizinisches Setting mit kurativem Schwerpunkt

Erfolgt die Heilmittelerbringung im Rahmen einer Krankenbehandlung in einem medizinischen Setting mit kurativem Schwerpunkt, wären (unter Beachtung des § 27 SGB IX) die teilhabeorientierten Anteile der Heilmittelerbringung als Teil der Krankenbehandlung anzusehen und damit dem für die Krankenbehandlung zuständigen Sozialleistungsträger zuzuordnen (in der Regel dem Träger der GKV). Dabei wäre u. a. (ggf. gesetzlich) zu bestimmen,

- welche teilhabeorientierten Ziele/Bestandteile des Heilmittels noch zum Leistungsspektrum der GKV gehören (z. B. Beratung im Hinblick auf Kommunikationshilfen), nicht aber zu „den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder den Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung“, die außerhalb dieses Leistungsspektrums liegen (vgl. § 43 Abs. 1 Nr. 1 SGB V),
- welche teilhabeorientierten Ziele/Bestandteile von Heilmitteln folglich in die Heilmittel-Richtlinie (und den Heilmittelkatalog) des G-BA aufzunehmen wären⁷⁹,

⁷⁸ Zur Reform von Kooperation und Koordination der Akteure des Teilhaberechts vgl. Fuchs 2010; Welti 2014.

⁷⁹ Dazu schon oben Kap. 4 c): In der Heilmittel-Richtlinie und im Heilmittelkatalog sind Heilmittel als Maßnahme der Krankenbehandlung bislang durch das kurative Paradigma geprägt: Sie zielen primär auf Körperfunktionen und Körperstrukturen, die geschädigt oder beeinträchtigt sind (auch wenn in § 3 Abs. 5 der Heilmittel-Richtlinie – beiläufig und ohne Konsequenzen für die Gestaltung der Richtlinie – auf die „Beeinträchtigung der Aktivitäten [Fähigkeitsstörungen] unter Berücksichtigung der individuellen Kontextfaktoren in Bezug auf Person und Umwelt“ verwiesen wird).

- wie eine flexiblere Gestaltung der Orte der Heilmittelerbringung (hinsichtlich der Tätigkeit von niedergelassenen Therapeuten) in der Heilmittel-Richtlinie des G-BA berücksichtigt werden könnte,
- wie eine Zusammenarbeit in ambulanten interdisziplinären und multiprofessionellen Teams (dazu Kap. 5) in der Heilmittel-Richtlinie des G-BA zu etablieren wären,
- wie beim Zusammentreffen von kurativen und teilhabeorientierten Zielen/Bestandteilen von Heilmitteln (z. B. in Gestalt des Einbezugs von Kontextfaktoren wie Veränderung der Wohnsituation und der Berufstätigkeit oder der Handhabung von Hilfsmitteln in der Lebenswelt außerhalb des medizinischen Settings) eine Bündelung von Leistungen gestaltet wird, die von unterschiedlichen Leistungsträgern zu erbringen sind (z. B. GKV einerseits und Träger der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben⁸⁰ bzw. der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft andererseits), und zwar im Rahmen dieses Settings („wie aus einer Hand“, ggf. in der Person des Therapeuten),
- wie sichergestellt werden kann, dass notwendige Leistungen nicht wegen begrenzter Heilmittelbudgets in der vertragsärztlichen Versorgung unterbleiben.

Schließlich wäre in diesem Zusammenhang zu beachten, dass durch die erforderliche multiprofessionelle und interdisziplinäre Teamarbeit im Rahmen der Heilmittelerbringung ein besonderer Aufwand entsteht (z. B. durch die multiprofessionelle und interdisziplinäre Teilhabeplanung sowie die in diesem Rahmen erforderlichen Fallkonferenzen und die Beteiligung an regionalen Netzwerken), der untrennbarer Bestandteil der Leistung „teilhabeorientierte Heilmittelerbringung“ ist. Für diesen besonderen Aufwand wäre eine adäquate Finanzierungsform zu finden, z. B. im Bereich des Krankenhauses in Gestalt des Einbezugs des genannten besonderen Aufwands in die pauschalierte Vergütung oder im Bereich der niedergelassenen Therapeuten durch entsprechende Vergütungsvereinbarungen mit den zuständigen Leistungsträgern.

(2) Medizinisches Setting mit rehabilitativem Schwerpunkt

Liegt der Schwerpunkt der Heilmittelerbringung im Rahmen eines medizinischen Settings auf rehabilitativen Aspekten (i. S. d. §§ 4, 5, 26 SGB IX) sind teilhabeorientierte Bestandteile der Heilmittelerbringung (z. B. im Hinblick auf soziale und kommunikative Fähigkeiten, Aktivierung von Selbsthilfepotentialen, Aktivitäten des täglichen Lebens im vertrauten Umfeld) als Teil der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation i. S. d. § 26 SGB IX anzusehen und dann dem für die medizinische Rehabilitation zuständigen Sozialleistungsträger zuzuordnen. Dies ist in der Regel bei den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation insbesondere nach SGB V, VI und VII bereits der Fall (vgl. § 26 Abs. 3 SGB IX). Darüber hinaus wäre (ggf. gesetzlich) zu bestimmen,

- welche teilhabeorientierte Ziele/Bestandteile der Heilmittel noch zu den trägerspezifischen Rehabilitationszielen/dem Leistungsspektrum des jeweiligen Trägers der medizinischen Rehabilitation gehören (und damit eine leistungs- und vergütungsrechtliche Zuordnung zu dem für die medizinische Rehabilitation zuständigen Sozialleistungsträger erfolgt), sowie

⁸⁰ Vgl. die in § 33 Abs. 6 SGB IX genannten teilhabeorientierten Leistungen im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

- welche teilhabeorientierten Bestandteile des Heilmittels (z. B. im Hinblick auf die Rückkehr auf einen besonders auszugestaltenden Arbeitsplatz) zum Leistungsspektrum eines anderen Sozialleistungsträgers gehören (z. B. der Bundesagentur für Arbeit) und wie dann eine Bündelung von Leistungen unterschiedlich zuständiger Sozialleistungsträger im Rahmen dieses medizinischen Settings („wie aus einer Hand“, ggf. durch die Person des Therapeuten) und eine dementsprechende Vergütung zu gestalten sind.

Zudem wäre auch hier für den besonderen Aufwand, der durch die Zusammenarbeit in multiprofessionellen und interdisziplinären Teams entsteht, eine adäquate Finanzierungsform zu finden (oben (1)), wobei sich anbietet, dass der für die medizinische Rehabilitation zuständige Leistungsträger die Kosten für den genannten besonderen Aufwand trägt.

(3) Integrative Settings

In integrativen Settings sind bestimmte Leistungsträger (z. B. Bundesagentur für Arbeit, Sozialhilfeträger, Schulträger) als Träger einer Leistung (z. B. der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in einem BBW, der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft in einem Wohnheim für behinderte Menschen, der Leistungen zur schulischen Bildung) für die Sicherstellung und Finanzierung dieser Leistung (die man als „Hauptleistung“ bezeichnen kann) zuständig. Zudem kann aber – was in der Praxis nur teilweise und unsystematisch erfolgt – gemeinsam (gebündelt) mit dieser Leistung im Rahmen des jeweiligen Settings

- eine kurative Heilmittelversorgung (z. B. durch nichtselbständig beschäftigte Therapeuten eines BBW, einer Wohneinrichtung für behinderte Menschen, einer Förderschule) erforderlich sein,
- eine teilhabeorientierte Leistung neben der Hauptleistung (gebündelt) notwendig werden (z. B. durch nichtselbständig beschäftigte Therapeuten eines BBW oder einer Förderschule), die dann je nach Zielrichtung einem anderen Leistungsträger (als dem Träger der „Hauptleistung“) leistungs- und vergütungsrechtlich zuzuordnen ist (z. B. Heilmittelversorgung mit Ausrichtung auf soziale Teilhabe von Teilnehmenden in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, etwa hinsichtlich interpersoneller Beziehungen oder des Gebrauchs von Kommunikationsgeräten).

Hält man es für erforderlich, dass in integrativen Settings eine kurative und zugleich eine teilhabebezogene Heilmittelversorgung in multiprofessioneller und interdisziplinärer Kooperation als Standard erfolgt (und z. B. nicht nur durch externe Therapeuten, die zu Einzeltherapien ohne Einbezug in die genannte Kooperationsweise in die Einrichtung kommen), müssen rechtliche Lösungen für eine solche Bündelung von Leistungen (und von Finanzierungswegen) kurativer und teilhabeorientierter Natur gefunden werden. Dies erfordert insbesondere, dass

- die Träger der genannten integrativen Settings als „vergleichbare Einrichtungen“ im Sinne des § 124 Abs. 3 SGB V angesehen werden und damit als Leistungserbringer nach §§ 124, 125 SGB V auch Leistungen mit einer kurativen und teilhabeorientierter Zielsetzung - gebündelt im multiprofessionellen und interdisziplinären Team - erbringen können. Dabei ist u. a. sicherzustellen, dass als (stationäre) „vergleichbare Einrichtungen“ nicht nur solche anzusehen sind, in denen „Patien-

ten untergebracht und gepflegt werden können⁸¹, und dass die Anforderungen an eine „Praxisausstattung“ gemäß § 124 Abs. 3 i.V.m. § 124 Abs. 2 Nr. 3 SGB V nicht überzogen werden dürften, sondern an die Gegebenheiten des Settings angepasst sein müssten;⁸²

- eine flexiblere Gestaltung der Leistungsorte für eine Heilmittelerbringung mit kurativer Ausrichtung ermöglicht wird (also nicht nur die Praxis von niedergelassenen Therapeuten als Leistungsort in Betracht kommt, sondern z. B. auch der „Leistungsort Förderschule“ oder „Leistungsort BFW“);
- eine Erweiterung des kurativen Schwerpunkts der Heilmittelerbringung um settingspezifische teilhabeorientierte Zusatzbedarfe erfolgt, wobei (wie bei (1)) eine Erweiterung des Leistungsspektrums der GKV zu prüfen ist (mit einer entsprechenden Berücksichtigung in der Heilmittel-Richtlinie und im Heilmittelkatalog des G-BA);
- bei einer teilhabeorientierten Heilmittelversorgung neben der Hauptleistung (z. B. durch nichtselbständig beschäftigte Therapeuten eines BBW), die dann je nach Zielrichtung einem anderen Leistungsträger (z. B. der Bundesagentur für Arbeit als dem Träger der „Hauptleistung“) zuzuordnen ist, eine Bündelung von Leistungen der jeweils zuständigen Leistungsträger im Rahmen des Settings („wie aus einer Hand“, gebündelt im multiprofessionellen und interdisziplinären Team) möglich sein muss;
- für den besonderen Aufwand, der durch die Zusammenarbeit in multiprofessionellen und interdisziplinären Teams entsteht, eine adäquate Finanzierungsform zu finden ist (vgl. oben (1)), wobei sich anbietet, dass der für das integrative Setting in der Hauptsache zuständige Leistungsträger die Kosten für den genannten besonderen Aufwand trägt.

(4) Isolierte Settings

Sind in isolierten Settings bestimmte Leistungsträger (z. B. Schulträger) als Träger einer Leistung (z. B. der Leistungen zur schulischen Bildung in der Regelschule) für die Sicherstellung und Finanzierung dieser Leistung (die man als „Hauptleistung“ bezeichnen kann) zuständig, so kann aber gemeinsam mit dieser Leistung im Rahmen des jeweiligen Settings

- eine kurative Heilmittelversorgung (z. B. durch nicht-selbständig beschäftigte Therapeuten einer Regelschule oder durch externe Therapeuten, die im räumlichen Bereich des Settings „Regelschule“ tätig werden) erforderlich sein;

⁸¹ So aber Badtke 2014, S. 221, unter Berufung auf § 107 Abs. 1 Nr. 4, Abs. 2 Nr. 4, Abs. 2 Nr. 3 SGB V. Zu den Voraussetzungen des § 124 Abs. 3 SGB V vgl. BSG, Urteil vom 19.9.2013 - B 3 KR 8/12 R, BSGE 114, 237.

⁸² Dies gilt insbesondere hinsichtlich der Vorgaben für die Praxisausstattung in den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 124 Abs. 4 SGB V zur einheitlichen Anwendung der Zulassungsbedingungen nach § 124 Abs. 2 SGB V für Leistungserbringer von Heilmitteln, die als Dienstleistung an Versicherte abgegeben werden (Zulassungsempfehlungen) in der Fassung vom 1.3.2012 (www.gkv-spitzenverband.de). Zu den §§ 124, 125 SGB V im Einzelnen eingehend Badtke 2014, S. 177 ff. und BSG, Urteil vom 27.3.1996 - 3 RK 25/95, BSGE 78, 125 (zur Raumhöhe einer therapeutischen Praxis).

- eine teilhabeorientierte Leistung neben der Hauptleistung notwendig werden (z. B. durch nichtselbständig beschäftigte Therapeuten einer Pflegeeinrichtung oder durch externe Therapeuten, die im räumlichen Bereich des Settings tätig werden), die dann je nach Zielrichtung einem anderen Leistungsträger (als dem Träger der „Hauptleistung“) leistungs- und vergütungsrechtlich zuzuordnen ist (z. B. Heilmittelversorgung mit Ausrichtung auf soziale Teilhabe, etwa hinsichtlich interpersoneller Beziehungen oder den Gebrauch von Kommunikationsgeräten).

Erfolgt auch in isolierten Settings eine kurative und zugleich eine teilhabebezogene Heilmittelversorgung in multiprofessioneller und interdisziplinärer Kooperation als Standard (und z. B. nicht nur durch externe Therapeuten, die zu Einzeltherapien ohne Einbezug in die genannte Kooperationsweise in die Einrichtung kommen), müssen rechtliche Lösungen für eine solche Bündelung von Leistungen (und von Finanzierungswegen) kurativer und teilhabeorientierter Natur gefunden werden. Dies erfordert insbesondere, dass

- die Träger der genannten isolierten Settings als „vergleichbare Einrichtungen“ im Sinne des § 124 Abs. 3 SGB V angesehen werden und damit als Leistungserbringer nach §§ 124, 125 SGB V auch Leistungen mit einer kurativen und teilhabeorientierter Zielsetzung gebündelt in der Person der nichtselbständig beschäftigten Therapeuten erbringen können (wie oben bei (3));
- eine flexiblere Gestaltung der Leistungsorte für eine Heilmittelerbringung mit kurativer Ausrichtung ermöglicht wird (also nicht nur die Praxis von niedergelassenen Therapeuten als Leistungsort in Betracht kommt, sondern z. B. auch der „Leistungsort Schule“ oder „Leistungsort Einrichtung der stationären Pflegehilfe“);
- eine Erweiterung des kurativen Schwerpunkts der Heilmittelerbringung um settingspezifische teilhabeorientierte Zusatzbedarfe erfolgt, wobei (wie bei (1)) eine Erweiterung des Leistungsspektrums der GKV zu prüfen ist (mit einer entsprechenden Berücksichtigung in der Heilmittel-Richtlinie und im Heilmittelkatalog des G-BA);
- bei einer teilhabeorientierte Heilmittelversorgung neben der Hauptleistung (z. B. durch nichtselbständig beschäftigte Therapeuten einer Regelschule), die dann je nach Zielrichtung einem anderen Leistungsträger (z. B. dem Schulträger als dem Träger der „Hauptleistung“) zuzuordnen ist, eine Bündelung von Leistungen der jeweils zuständigen Leistungsträger im Rahmen des Settings („wie aus einer Hand“, gebündelt im multiprofessionellen und interdisziplinären Team) möglich ist;
- für den besonderen Aufwand, der durch die Zusammenarbeit in multiprofessionellen und interdisziplinären Teams entsteht, eine adäquate Finanzierungsform zu finden ist (vgl. oben (1)), wobei sich anbietet, dass der für das isolierte Setting in der Hauptsache zuständige Leistungsträger die Kosten für den genannten besonderen Aufwand trägt.

c) Ausgestaltung eines Individualanspruchs

Entscheidend wäre aber in allen Bereichen (8. b) (1)-(4)), dass bereits der individuelle Anspruch des Nutzers gegen einen Anspruchsverpflichteten (z. B. gegen den Träger der GKV)

auch auf eine teilhabeorientierte Heilmittelleistung gerichtet ist.⁸³ Dafür würde sich eine klarstellende gesetzliche Regelung anbieten.⁸⁴ Auf der Grundlage eines so gestalteten individuellen Anspruchs müssten dann die anspruchspflichtigen Leistungsträger dem Nutzer auf der Ebene der Bereitstellung der Leistung (in dem jeweiligen Setting) auch eine teilhabeorientierte Heilmittelleistung als Einzelleistung verschaffen (z. B. aufgrund gesetzlicher Regelung und auf der Grundlage von Vereinbarungen) oder selbst gewähren (z. B. als Schulträger durch von ihm beschäftigte therapeutische Fachkräfte).

⁸³ Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auf die Diskussion um die Teilhabeorientierung bei der Leistung von Hilfsmitteln zu Lasten der GKV (und dementsprechend um einen Individualanspruch auf ein Hilfsmittel, das möglichst umfassend Teilhabe ermöglicht): Während das BSG einen Anspruch auf eine solche Teilhabeorientierung im Rahmen des (vom Gericht so bezeichneten) „mittelbaren Behinderungsausgleichs“ nur in sehr engen Grenzen anerkennen will (vgl. nur BSG, Urteil vom 25.2.2015 - B 3 KR 13/13 R: Autoschwenksitz), wird in der Literatur eine solche Begrenzung auf den „mittelbaren Behinderungsausgleich“ abgelehnt und gefordert, dass bei der Hilfsmittelversorgung die selbstbestimmte Teilhabe im Vordergrund steht und damit insbesondere auch die individuellen Kontextfaktoren (insbesondere Familie, Wohnung und Wohnort) zu berücksichtigen sind (vgl. nur Welti 2009, Schütze 2013, Henning 2015).

⁸⁴ Zum individuellen Rechtsanspruch auf eine trägerübergreifende Koordination vgl. Deutscher Verein 2013; Rasch 2015.

Anhang:

1. Teilhabeorientierte Heilmittelerbringung im Kontext der therapeutischen Fachberufe

Zweifellos ist die Teilhabeorientierung gesetzlich noch nicht hinreichend im Tätigkeitsspektrum von Physiotherapie und Logopädie und nur sehr begrenzt im Tätigkeitsspektrum von Ergotherapie verankert. Gleichwohl hat die Teilhabeorientierung in der therapeutischen und logopädischen Forschung prioritäre Bedeutung gewonnen. 70 Promovierte und Promovierende im Promotionskolleg „Partizipation als Ziel von Pflege und Therapie“, das aus dem DFG-Sonderforschungsbereich 580 entstand, belegen das mit ihren Projekten und Veröffentlichungen.⁸⁵ Auch die von 1.700 deutschen Pflegeexperten und Pflegewissenschaftlern erarbeitete „Agenda Pflegeforschung für Deutschland“ beweist durchweg die Teilhabeorientierung. Das wird in wichtigen Teilbereichen auch vom Cochrane-Zentrum unterstützt.⁸⁶

a) Exemplarisch: Ergotherapie

Primäres Ziel der Ergotherapie ist der Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Handlungsfähigkeit, der gesellschaftlichen Teilhabe und der Lebensqualität des Rehabilitanden sowie ggf. auch seiner Angehörigen (z. B. wenn die Auswirkungen der Erkrankung eine andere Aufgabenverteilung zuhause nötig machen oder die Angehörigen den Betroffenen bei Handlungen betreuen, supervidieren oder anleiten müssen). Konkrete, individuelle Ziele werden aus der ergotherapeutischen Diagnostik und dem übergeordneten Rehabilitations(-teil-)ziel abgeleitet und mit dem Rehabilitanden vereinbart. Die Information, Beratung und Schulung des Patienten und/oder seiner Bezugspersonen über die Ziele und den Therapieverlauf sind unverzichtbare Bestandteile der Ergotherapie. Eine Beratung kann beispielsweise neben der laufenden Therapie in der Praxis ggf. auch im häuslichen und sozialen Umfeld erfolgen und dient dazu, die erarbeiteten Ziele in den Alltag zu transferieren. In der einschlägigen Fachliteratur werden als weitere wichtige Kernelemente der Ergotherapie die Klientenzentriertheit und – wo möglich – ein betätigungsorientierter Top-Down-Ansatz betrachtet: Der Klient (Patient und/oder Bezugspersonen) wird von Anfang an in die Zielsetzung und regelmäßige Evaluation der Therapie mit einbezogen (klientenzentrierte Ergotherapie). Dieses Vorgehen in der Therapie – ausgehend von konkreten Betätigungen auf Teilhabe-Ebene über die Analyse förderlicher und hinderlicher Kontextfaktoren hin zu Körperfunktionen/-strukturen und Aktivitäten – wird als „Top-Down-Ansatz“ bezeichnet.

Die Zielsetzung in der Ergotherapie berücksichtigt

- die Prioritäten des Klienten, d. h. welche Ziele dem Rehabilitanden und/oder seiner Bezugsperson besonders wichtig sind, um Handlungsfähigkeit, Teilhabe und/oder Lebensqualität zu erhalten und zu verbessern;
- Symptome, Art und Ausmaß der Erkrankung;

⁸⁵ Zu diesem Promotionskolleg www.ingra.uni-halle.de/phd_programs/.

⁸⁶ Cochrane ist ein internationales Netzwerk von Wissenschaftlern und Ärzten, das sich an den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin orientiert. Das zentrale Ziel ist die Verbesserung der wissenschaftlichen Grundlagen für Entscheidungen im Gesundheitssystem (www.cochrane.de).

- Kontextfaktoren, d. h. Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren des Rehabilitanden und seiner Umwelt im Hinblick auf Förderfaktoren und Barrieren;
- die Rehabilitationsprognose;
- die übergeordneten Rehabilitationsziele;
- die Aufgabenverteilung im multidisziplinären Behandlungsteam.

Die Aufgaben der Ergotherapie werden in Leistungsbeschreibungen sowie Verträgen mit den Kostenträgern dargestellt, in denen auch die einzelnen Maßnahmen näher erläutert sind.

Ergotherapeutische Ziele lassen sich unterteilen in sog. Handlungs- und Basisziele. Handlungsziele bezeichnen zielgerichtete und für den Klienten bedeutungsvolle Aktivitäten (konkrete Tätigkeiten oder Handlungen auf der Ebene von Aktivitäten und Teilhabe der ICF). Basisziele bezeichnen Fähigkeiten des Rehabilitanden (Körperfunktionen/-strukturen, Aktivitäten und personenbezogene Faktoren), die zur Erreichung der Handlungsziele wichtig sind, voraussichtlich positiv verändert werden können und eine Grundlage für das Eingebunden sein in Betätigungen und für die Handlungsfähigkeit darstellen.

Beispiel: Ein Rehabilitand hat eine Hemiparese rechts mit feinmotorischen Beeinträchtigungen. In der Folge kann er unter anderem nur mit Einschränkungen (vermehrter Zeitaufwand, erhöhte Anstrengung) beim Einkaufen bezahlen, schreiben und das Essen mit dem Messer schneiden. Hier wären mögliche Handlungsziele: Essen mit Messer und Gabel, Bezahlen an der Kasse beim Einkaufen, flüssiges, schnelles Schreiben eines Briefes. Ein mögliches Basisziel wäre die Wiederherstellung der feinmotorischen Geschicklichkeit. Häufig wird an Handlungs- und Basiszielen gleichermaßen gearbeitet.

Für den Bereich der Ergotherapie gibt es deutschlandweit aufgrund der noch jungen akademischen Ausrichtung hierzulande noch wenig Forschungstätigkeit, wohl aber ist die Ergotherapie international ein seit langem akademisiertes Fach mit entsprechenden Wirksamkeitsnachweisen. So ist z. B. nachgewiesen, dass Ergotherapie die Selbständigkeit und Körperfunktionen z. B. bei neurologischen Erkrankungen wie nach einem Schlaganfall verbessern und Verschlechterungen des Allgemeinzustands verhindern kann. Dies ist unter anderem durch eine Metaanalyse auf Cochrane-Niveau belegt.⁸⁷ An der Nahtstelle von Ergo-, Physiotherapie und Fachpflege liegen eine Reihe von Cochrane-Reviews vor, z. B. zur Spiegeltherapie⁸⁸, zur Diagnostik von Nackenschmerz⁸⁹ und zu komplexen Interventionen in der Nachsorge von Schlaganfällen⁹⁰ liegen kontrollierte Studien vor, die im Promotionskolleg „Partizipation als Ziel von Pflege und Therapie“⁹¹ bzw. im Sonderforschungsbereich 580 der Deutschen Forschungsgemeinschaft entstanden sind.

Weiterhin gibt es auf der Basis systematischer Reviews und randomisierter kontrollierter Studien einige Nachweise des Nutzens von Ergotherapie für Verbesserungen

- der basalen ADL (Aktivitäten des täglichen Lebens),⁹²
- der instrumentellen ADL (z. B. Einkaufen, öffentliche Verkehrsmittel benutzen),⁹³

⁸⁷ Legg et al. 2006.

⁸⁸ Thieme et al. 2013.

⁸⁹ Wolf 2013.

⁹⁰ Saal et al. 2015.

⁹¹ Dazu oben Fn. 85.

⁹² Vgl. z. B. Trombly/Ma 2002; Steultjens et al. 2003; Walker et al. 2004; Geusgens et al. 2006.

⁹³ Vgl. z. B. Trombly/Ma 2002; Steultjens et al. 2003; Logan et al. 2004; Walker et al. 2004).

- der Teilhabe am sozialen Leben,⁹⁴
- der Leistungen bei Tätigkeiten im Freizeitbereich.⁹⁵

Wirksamkeitsnachweise gibt es auch für unterschiedliche ergotherapeutische ADL-Trainings (z. B. Anziehtraining).

b) Exemplarisch: Physiotherapie

Das Prinzip der Teilhabeorientierung ist in der Physiotherapie tief verwurzelt und sowohl historisch als auch aktuell programmatisch angelegt. Die Definition von Physiotherapie der Weltkonföderation für Physiotherapie betont die Aufgabe der Physiotherapie Behinderungen auf allen Ebenen, wie sie die ICF formuliert hat, zu vermeiden oder zu vermindern. Ausgehend von dem der Physiotherapie zentralen Begriff der „Bewegung“ und der Förderung von Bewegungsfähigkeit und Mobilität, schließt sie dabei ausdrücklich Maßnahmen im Bereich der Hilfsmittelversorgung und Wohnumfeldanpassung als Teil physiotherapeutischer Intervention ein, um von Behinderung(en) betroffenen Personen einen größtmöglichen Erhalt oder Wiedergewinn von Partizipation zu ermöglichen (WCPT, World Confederation of Physical Therapy 2011). Auch wenn Physiotherapie in der Regel auf der Ebene der Struktur und Funktion ansetzt, und über Funktionsverbesserung, Fazilitierung und Übung (Krankengymnastik bzw. Training) eine Verbesserung der Bewegungsfunktionen und eine höhere körperliche Aktivität anstrebt, so ist diese doch kein Selbstzweck, sondern zielt letztlich die Verbesserung der Teilhabesituation ab.

Teilhabeorientierung in der Physiotherapie wird ihr Potenzial in der Rehabilitation aber nur dann gänzlich entfalten können, wenn die physiotherapeutische Leistungserbringung besser eingebunden wird in patientenzentrierte, bedarfsorientierte und interdisziplinäre Rahmenbedingungen. Hier ist insbesondere in der sozialraumbezogenen Versorgung bzw. in den Rehabilitationsphasen nach Abschluss der stationären Versorgung (Phase E) noch erheblicher Entwicklungsspielraum. Eine teilhabeorientierte Phase E erfordert letztlich ein Fallmanagement, in dem der Einsatz von Physiotherapie integrierter und integraler Bestandteil ist. Modellvorhaben – wie gegenwärtig das des Schlaganfall-Lotsen in Ostwestfalen (ein Projekt der Deutschen Schlaganfall-Hilfe) – zeigen die erheblichen Innovations- und Entwicklungsmöglichkeiten auf, die allein im Organisatorischen liegen, sind aber noch weit davon entfernt, Teil der Regelversorgung zu werden.

Als exemplarischer Problembereich, der auf die Notwendigkeit interdisziplinären Fallmanagements hinweist, kann die in Fachkreisen häufig kritisch diskutierte Übertragung von funktionellen Möglichkeiten der Teilhabe, wie z. B. eine durch Physiotherapie erreichte Gehfähigkeit, in tatsächliche Teilhabe betrachtet werden.⁹⁶ Dies stellt sich als Schnittstellenproblem zwischen stationärer (A–D) und sozialraum- bzw. wohnumfeldbezogenen Versorgungsformen dar, ist aber hierauf nicht beschränkt. Das Problem wird dabei darin gesehen, dass theoretisch mögliche Funktionalität nicht in praktische Partizipation umgesetzt wird, weil hinderliche Faktoren eine Rolle spielen (diese können sein: Angst, Scham, Depression, vielfältige externe Barrieren wie Treppen, Gehwege, Straßenverkehr, unzureichende Hilfsmittelversorgung, aber auch zu sehr „helfende“ Angehörige). Eine funktionell erfolgreiche Physiotherapie (z. B. beim Gehtraining) kann dann aber hinsichtlich der Aktivitäten- und Teilhabeziele erfolg-

⁹⁴ Vgl. z. B. Trombly/Ma 2002; Steultjens et al. 2003.

⁹⁵ Vgl. z. B. Walker et al. 2004.

⁹⁶ Hierzu u. a. Holsbeeke et al. 2009, Inkpen et al. 2012.

los bleiben. Mit dem Hinweis auf diesen Problembereich soll nur cursorisch verdeutlicht werden, wie essentiell sowohl ein interdisziplinärer Ansatz als auch eine Integration der Interessen der Betroffenen in die Definition der Teilhabe- und Funktionalitätsziele unter Einbindung der den Betroffenen nahestehenden Personen sind.

Die Physiotherapie kann sich bereits heute an einem reichen Fundus von Evidenz orientieren. Allein in der Physiotherapy Evidence Database (PEDro) finden sich bibliographische Angaben und in der Regel auch die Abstracts zu über 29.000 evidenzbasierten Leitlinien (515), systematischen Reviews (5271) und randomisierten kontrollierten Studien (23699)⁹⁷, wobei letztere einer systematischen Qualitätsbewertung mit Hilfe der validierten PEDro-Skala unterzogen werden.⁹⁸ Darüber hinaus finden sich Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchung von Physiotherapie auch in anderen einschlägigen Datenbanken (z. B. medline, Cochrane, CINAHL). Ein weiterer entscheidender Faktor für die Teilhabewirkung von Physiotherapie wird darin liegen, inwieweit es der Physiotherapie ermöglicht wird, neuere wissenschaftliche Erkenntnisse in die Praxis zu integrieren.

Die bereits vorliegende Evidenz bezieht sich sowohl auf eine Vielzahl von modernen Therapieansätzen, die in den letzten Jahren und Jahrzehnten insbesondere in der neurologischen physiotherapeutischen Rehabilitation entstanden sind, als auch auf Fragen der Intensität, Frequenz und Dauer von therapeutischen Interventionen. Beispielhaft seien hier die jüngst veröffentlichten evidenzbasierten Leitlinien zu Physiotherapie bei Morbus Parkinson und bei Schlaganfall genannt.⁹⁹ Für den optimalen Erfolg einer teilhabeorientierten Physiotherapie ist die vorhandene Evidenz für die Wirksamkeit von Therapieansätzen fallbezogen abgewogen auf den individuellen Betroffenen zu berücksichtigen. Ebenso ist zu gewährleisten, dass neuere wissenschaftliche Erkenntnisse hinsichtlich Frequenz, Intensität und Dauer therapeutischen Übens einfließen.

Jedoch sind die gegenwärtigen Bedingungen durch die nach wie vor überwiegende fachschulische Ausbildung und die Bedingungen der Leistungserbringung einer Umsetzung der wissenschaftlich gewonnenen Erkenntnisse abträglich. Das fachschulische Niveau der Berufsqualifizierung erschwert die Vermittlung von Kompetenzen, die für eine Umsetzung von wissenschaftlichen Nachweisen in die Praxis (evidenzbasierte Praxis) erforderlich sind.¹⁰⁰

Evidenz und Teilhabeorientierung zunehmend Eingang in innovative Weiterbildungen und Initiativen der Weiterentwicklung der Ausbildung. Hierzu zählen auf freiwilliger Basis agierende Initiativen, wie z. B. der ISQ (Interessenverband zur Sicherung der Qualität in der Physiotherapieausbildung e.V.) und auch Initiativen auf Landesebene, wie z. B. die Umsetzung einer Lernfeldorientierung für die Schulen für Physiotherapie in Nordrhein-Westfalen. Schließlich finden sich in der Physiotherapie in vielen Lehrplänen, Befundformularen usw. das Konzept der Activities of Daily Living, mit dem wenigstens teilweise dem natürlich umfassenderen Konzept der Teilhabe gerecht zu werden versucht wird. Allerdings sind gerade diese privaten bzw. regionalen Initiativen Ausdruck des Reformbedarfs auf nationaler Ebene, auf den bislang nur unzureichend reagiert wird.

⁹⁷ Stand 16.02.2015.

⁹⁸ Maher et al. 2003, Boghal et al. 2005, de Morton 2009.

⁹⁹ KNGF 2014, Keus et al. 2014.

¹⁰⁰ Dies verdeutlicht eine Analyse des Masseurs- und Physiotherapeutengesetzes von 1994 (Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie – MPhG) sowie die einschlägige Ausbildungs- und Prüfungsverordnung von 1994 (Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten [PhysTh-APrV]).

Die Regularien der Leistungserbringung insbesondere im Rahmen der Heilmittel-Richtlinie und des Heilmittelkatalogs des G-BA erschweren ferner eine Umsetzung von wissenschaftlichen Erkenntnissen in die Praxis. Weder kann von verordnenden (Haus-)Ärzten erwartet werden, dass sie sich im Bereich der Entwicklung therapeutischer Möglichkeiten z. B. in der neurologischen Rehabilitation und Therapie auf dem Laufenden halten können, noch ermöglicht der Heilmittelkatalog des G-BA die Umsetzung von wissenschaftlich fundierten Vorgaben hinsichtlich Frequenz, Intensität und Dauer von Übungsbehandlungen. Auch werden durch ihn neuere therapeutische Verfahren, obwohl sie über gute Evidenz verfügen, benachteiligt bzw. ausgegrenzt, oder sie kommen nur mit Hilfe gesonderter Vereinbarungen mit einzelnen Krankenkassen zur begrenzten Umsetzung.

Der Heilmittelkatalog des G-BA sieht ferner für die Physiotherapie keine Therapieziele vor, die der Komponente der Aktivitäten oder gar der Teilhabe zuzuordnen wären. Die im Heilmittelkatalog definierten „Ziele der physikalischen Therapie“ – gemeint ist hiermit allerdings Physiotherapie – sind ausschließlich in der ICF-Komponente „Funktionen und Strukturen“ verordnet. Aufgeführt werden: Schmerzlinderung, Kräftigung, Beweglichkeitsverbesserung, Verbesserung der Motorik, Verbesserung der Ausdauer, Verbesserung von Durchblutung oder vegetativen Regulierungsprozessen, Entstauung, Verbesserung der Sphinkterfunktion, Erlernen einer physiologischen Atmung, Sekretlösung usw. Auch hier besteht ein Reformbedarf, soll einer teilhabeorientierten Heilmittelerbringung in der Physiotherapie Rechnung getragen werden.

Zu thematisieren ist in diesem Zusammenhang auch, dass Physiotherapie im Sozialraum über Verordnungen nur per Hausbesuch möglich ist, welcher dann in der Wohnung der Betroffenen stattzufinden hat. Ein teilhabeorientiertes Gehtraining z. B. auf dem Bürgersteig vor der Wohnung, Straßenüberquerungen oder ein Training der Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln können im Rahmen der physiotherapeutischen Leistungserbringung nach dem Heilmittelkatalog nicht erbracht werden bzw. sind sie versicherungsrechtlich problematisch.

Dies stellt sich in anderen Kontexten der Leistungserbringung anders dar. Im Bereich der Rehabilitation(-skliniken) im engeren Sinne findet die physiotherapeutische Leistungserbringung im Zusammenhang inter- oder wenigstens multidisziplinärer Teams statt. Die Teilhabeorientierung und Ausrichtung an der ICF der Therapieplanung kann dabei als gegeben betrachtet werden.

Auch innovative Weiterbildungen in der Physiotherapie, wie z. B. zur Sturzprävention oder in der neurologischen Physiotherapie, greifen die Forderung nach Förderung der Teilhabemöglichkeiten aktiv auf. Diese innovativen Impulse, die aus dem Berufsstand selbst bzw. seinen Verbänden kommen, können aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Umsetzung eines teilhabeorientierten Ansatzes in der Praxis aufgrund z. B. der Regularien der Leistungserbringung erheblich erschwert sind.

Zusammenfassend lässt sich somit für die Physiotherapie festhalten: Eine bessere Nutzung des Potenzials, das in einer teilhabeorientierteren Physiotherapie liegt, erfordert, dass

- Modelle der Teilhabe (hier insbesondere die ICF) und Konzepte evidenzbasierter Praxis integraler Bestandteil der Ausbildung unabhängig vom formalen Ausbildungsniveau (Fachhochschule oder Fachschule) werden;
- die Leistungserbringung insbesondere im Sozialraum von Betroffenen interdisziplinärer und bedarfsorientierter organisiert wird;

- die Teilhabeorientierung in Regularien der Leistungserbringung, insbesondere im Heilmittelkatalog hinsichtlich der physikalischen Therapie qualitativ und quantitativ ausreichend abgebildet wird, so dass partizipationsfördernde Physiotherapie auch verordnet und erbracht werden kann.

c) Exemplarisch: Logopädie/ Sprachtherapie

Übergeordnete Ziele der Logopädie sind die Anbahnung, Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Kommunikationsfähigkeit sowie der Nahrungsaufnahme bei Schluckstörungen. Diese Ziele impliziert eine verbesserte Teilhabe am öffentlichen Leben und an individuell relevanten Alltagssituationen. Verbesserungen der Kommunikation und Nahrungsaufnahme wirken sich zudem unmittelbar auf die individuelle Lebensqualität der Betroffenen und ihres Umfeldes aus.

Teilhabeorientierte individuelle Behandlungsziele werden auf der Grundlage der logopädischen Diagnostik und dem übergeordneten Rehabilitationsziel unter Einbeziehung der Bezugspersonen (Eltern, Lebenspartner) gemeinsam mit dem Rehabilitanden festgelegt (partizipative und interdisziplinäre Therapiezielfestlegung).

Ein zentraler Bestandteil der logopädischen Behandlung ist die Beratung von Eltern und / oder Angehörigen. Teilhabebezogene Angehörigenarbeit dient unter anderem der Analyse von Kontextfaktoren (Förderfaktoren, Barrieren) und beinhaltet konkrete Absprachen, wie die Teilhabe im häuslichen Alltag weiter gefördert werden kann.¹⁰¹

Die Zielsetzung der Logopädie berücksichtigt

- auf der Ebene der Aktivitäten und Partizipation: die Prioritäten des Klienten, d. h. welche Ziele dem Rehabilitanden und/oder seiner Bezugsperson besonders wichtig sind, um Kommunikationsfähigkeit, Nahrungsaufnahme, soziale und kommunikative Teilhabe und/oder Lebensqualität zu erhalten und zu verbessern;
- auf der Ebene der Kontextfaktoren: Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren des Rehabilitanden und seiner Umwelt im Hinblick auf Förderfaktoren und Barrieren, insbesondere auch die Familiensituation und die soziale Umgebung, die kommunikativen Anforderungen in Schule und Beruf;
- auf der Ebene der Körperfunktionen: Art und Ausmaß der Sprach-, Sprech- und/oder Schluckstörung, Art und Ausmaß assoziierter motorischer, auditiver und visueller Basisfunktionen und die individuelle Lernfähigkeit.

Die Aufgaben der Logopädie werden in Leistungsbeschreibungen sowie Verträgen mit den Kostenträgern dargestellt, in denen auch die einzelnen Maßnahmen näher erläutert werden. Eine Ausnahme stellt hier der KTL-Katalog dar, in dem logopädische Leistungen bisher nicht spezifisch ausgewiesen, sondern dem Kapitel der Ergotherapie zugeordnet sind.

Die Zielsetzung der logopädischen Behandlung von Kommunikationsstörungen unterscheidet störungsspezifische und kommunikativ-pragmatische Ziele. Störungsspezifische Ziele orientieren sich an den jeweiligen Funktionsstörungen und den erhalten sprachsystematischen, sprechmotorischen und/oder artikulatorischen Leistungen. Kommunikativ-pragmatische Ziele sind darauf ausgerichtet, die Alltagskommunikation mit allen verfügbaren verbalen und non-verbalen Mitteln zu ermöglichen und ggf. auch Methoden der unterstützten

¹⁰¹ Vgl. Kompetenzprofil für die Logopädie 2014.

Kommunikation zu nutzen. In der Regel werden störungsspezifische und kommunikativ-pragmatische Ziele parallel verfolgt und in jeder einzelnen Behandlung bearbeitet.

Im Bereich der Schluckstörungen lehnt sich die Terminologie der Zielformulierung an die ICF-Terminologie an. Unterschieden werden funktionsorientierte Ziele, die auf Restitution der am Schlucken beteiligten Strukturen ausgerichtet sind, und teilhabeorientierte Ziele. Letztere verfolgen eine möglichst selbstständige, sichere, orale Nahrungsaufnahme in Gesellschaft.

Störungsspezifische Ziele beschreiben Fähigkeiten des Rehabilitanden (Körperfunktionen/-strukturen, Aktivitäten und personenbezogene Faktoren), die zur Erreichung kommunikativ-pragmatischer Leistungen bzw. der unabhängigen oralen Nahrungsaufnahme wichtig sind, voraussichtlich positiv verändert werden können und für kommunikative Aktivitäten und Teilhabe bzw. Essen und Trinken grundlegend sind. Diese Zielsetzungen gelten sowohl im Erwachsenen- wie auch im Kinderbereich.

Beispiel: Eine Person leidet in Folge eines Schlaganfalls an einer Aphasie. Neben den Einschränkungen in der verbalen Kommunikation (u. a. Wortfindungsstörungen) zeigen sich auch deutliche Probleme in der Schriftsprache (non-verbale Kommunikation). Aufgrund der Funktionsschädigung kann der Rehabilitand keine Unterschrift leisten und keine E-Mail - Nachrichten verfassen um mit Familie und Freunden zu kommunizieren. Ein störungsspezifisches, sprachsystematisches Therapieziel wäre hier die Verbesserung der einzelheitlichen (auch: segmentalen) schriftsprachlichen Lese- und Schreibleistungen. Dieses funktionsorientierte Ziel wird unmittelbar mit teilhabeorientierten, kommunikativ-pragmatischen Zielen verknüpft, indem im Anschluss an die einzelheitliche Erarbeitung beispielsweise aus der Zeitung vorgelesen, ein Formular ausgefüllt, eine E-Mail geschrieben oder eine Online-Bestellung getätigt wird.

Die logopädische Behandlung folgt in den letzten Jahren zunehmend dem Paradigma der Evidenzbasierung.¹⁰² Dies wird unter anderem durch ein Leitlinien-orientiertes Vorgehen gewährleistet. Zu vielen Behandlungsbereichen (u. a. Aphasie, Dysphagie, Dysarthrie, Sprachentwicklungsstörungen) liegen aktuelle Leitlinien vor, die für logopädisch-therapeutisches Handeln unmittelbar relevant sind.

Die Wirksamkeit logopädischer Interventionen im Bereich der neurologischen Störungen ist gut belegt. Bereits in frühen, kontrollierten klinischen Studien mit großen Fallzahlen konnte gezeigt werden, dass Aphasietherapie spezifisch wirksam und die Spracherholung nicht alleine auf Spontanremission zurück zu führen ist.¹⁰³ Aktuelle internationale Metaanalysen bestätigen für die Aphasietherapie einen generellen Nachweis der Effektivität.¹⁰⁴ Hier zeigte sich zudem eine Überlegenheit intensiver Sprachtherapie gegenüber konventioneller, niedrigfrequenter Behandlung. Für einige wenige logopädische Therapieansätze liegen randomisierte Kontrollgruppenstudien vor, die den Nutzen der Behandlung nachweisen:

- Verbesserung der verbalen Ausdrucksmittel durch die Constraint Induced Aphasia Therapy (CIAT);
- Verbesserung semantischer und phonologischer Verarbeitung durch spezifisch semantische und phonologische Interventionsmethoden.

¹⁰² Vgl. Beushausen/Grötzbach 2011.

¹⁰³ So u. a. Poeck et al. 1989.

¹⁰⁴ Kelly et al. 2010.

Darüber hinaus weisen verschiedene, nicht randomisierte Studien oder Studien mit kleinen Fallzahlen auf Verbesserungen sprachlicher und kommunikativer Leistungen in der chronischen Phase einer Aphasie (> 1 Jahr p. o.) und auf die Wirksamkeit computergestützter Methoden der Übungsbehandlung hin.

Die Möglichkeiten zur Förderung der Kommunikation im Alltag durch partizipationsorientierte logopädische Methoden sind wenig untersucht. Ungeklärt ist auch, ob Behandlungsansätze, die direkt auf Fertigkeiten der sozialen und kommunikativen Teilhabe ausgerichtet und dem Abbau von Barrieren ausgerichtet sind, einer störungsspezifischen Intervention überlegen sind. Dies resultiert zum einen aus fehlenden Evidenz-basierten Methoden und zum anderen aus fehlenden standardisierten und praktikablen Untersuchungsverfahren.¹⁰⁵

Wirksamkeitsnachweise für die Dysphagietherapie berücksichtigen in der Mehrzahl Verfahren der funktionell-orientierten Behandlung. Eine kontrollierte, randomisierte Studie erbrachte den Nachweis, dass ein Kräftigungstraining der suprahyoidalen Muskulatur (Kopf-Hebeübungen im Liegen) zur Funktionsverbesserung des oberen Ösophagusphinkters effektiv ist.¹⁰⁶ Innerhalb der kompensatorischen und adaptiven Behandlungsmethoden bei Dysphagie wurde in einer RCT gezeigt, dass die meisten Betroffenen mit Parkinson-Syndrom und/oder Demenz und nachgewiesener Aspiration von einer honigartigen Nahrungskonsistenz profitieren.¹⁰⁷ Eine frühzeitige, intensive Dysphagietherapie, die bereits in der Akutphase der Erkrankung einsetzt, hat einen signifikant besseren Outcome auf die orale Ernährung als eine niedrigfrequente Standard-Dysphagietherapie.¹⁰⁸

Insgesamt sprechen die vorliegenden Befunde für einen bestehenden hohen Forschungsbedarf im Bereich der Logopädie. Die Mehrzahl der relevanten Studien stammt aus dem internationalen Umfeld. Dies ist insbesondere darin begründet, dass die Logopädie in Deutschland traditionell keine akademische Disziplin ist.

Der Deutsche Bundesverband für Logopädie (dbl) ist kontinuierlich an der Entwicklung von Leitlinien beteiligt. Zudem ist eine EBP-Plattform in Arbeit. Schließlich setzt sich der dbl mit Nachdruck für eine primär qualifizierende Akademisierung von Logopädinnen und Logopäden ein, auch weil dies eine unverzichtbare Voraussetzung für die Versorgungsforschung im Heilmittelbereich ist.

2. Kinder als Personengruppe mit besonderem Bedarf an teilhabeorientierter Heilmittelerbringung

Für Kinder und Jugendliche sind folgende Faktoren zu berücksichtigen:

- Individuelle Funktionsstörungen:
 - Das Bild der Funktionsstörungen verändert sich häufig im Verlauf.
 - Bewegungs- und Verhaltensmuster schleifen sich ein oder lassen sich bedingt beeinflussen.
 - Es müssen sowohl therapeutische Behandlungsgesichtspunkte (z. B. die Kontraktur mit einer Schiene korrigieren) als auch die psychosoziale Entwick-

¹⁰⁵ Vgl. Ewers et al. 2012.

¹⁰⁶ Dazu Shaker et al. 2002.

¹⁰⁷ Vgl. Logemann et al. 2008.

¹⁰⁸ RCT; Carnaby et al. 2006.

lungsförderung (das Stehen mit Gleichaltrigen an einem Tisch ist erst durch die Schiene möglich) berücksichtigt werden.

- Das Kind, der Jugendliche ist in Wachstum und Entwicklung:
 - Körperliche Basisfaktoren: Das Kind muss sich in Bezug auf seine motorische Kompetenz / Koordination stetig an neue Gegebenheiten (geänderte Hebelverhältnisse) anpassen. Dies hat auch Auswirkungen auf die Funktionsstörungen: Knochen wachsen schneller als Muskeln, z. B. nehmen Kontrakturen im Verlauf immer wieder zu.
 - Reifung der Strukturen wie Knochen und Muskulatur im Laufe der Entwicklung: z. B. sich verändernde Verhältnisse Muskelbauch/Sehnen, Aufbau der Knochenmasse
 - Motorische und kognitive Reifung und Entwicklung: Das Kind befindet sich in einem anhaltenden Entwicklungsprozess. Im Falle einer frühkindlichen Schädigung kann das Kind nicht auf schon erlangte Kompetenz (z. B. Bewegungspattern) zurückgreifen.
 - Positionsänderungen: das Kind befindet sich nicht nur in der Vertikalen, sondern ist insbesondere in den ersten Lebensjahren von Bewegungsübergängen vom Boden in den Sitz / Kniestand / Krabbeln / Stand geprägt.
 - Altersspezifische physiologische und pathologische Verhaltensmuster sind wichtige Einflussfaktoren: Fremdelphase, Trotzphase, Pubertät, auffällige Muster: z. B.: Konzentrationsprobleme, Autismusspektrumsstörung. Es liegen individuelle sich verändernde Muster des Sozialverhaltens, der sozialen Kompetenz und des Selbstvertrauens vor.
 - Intrinsische Motivation / Eigenantrieb zur Notwendigkeit von Heilmitteln ist beim Kind wechselnd und häufig unzureichend vorhanden.
- Die Kinder werden zunehmend aktiv mit einbezogen.
 - Angebotene Therapieziele müssen sich den stetigen Veränderungen anpassen, sich so gut als möglich an der individuellen Situation des Kindes orientieren, vorausschauend und alltagsrelevant sein. Sie berücksichtigen die Funktionsstörungen und die Teilhabe.
- Die Kinder sind nicht alleiniger Partner des Heilmittelerbringers, sondern auch die Sorgeberechtigten / Eltern mit Ihren Bedürfnissen. Das familiäre Umfeld spielt eine wichtige und sich verändernde Rolle. Zunehmend sind weitere Institutionen wie Kindergarten, Schule, Ausbildungsstätte von Bedeutung.
- Aus der Therapie sind Transferleistungen in diese Bereiche essentiell.
 - Dazu sind praktikable und konstruktive Kooperationen erforderlich.
- Therapeuten haben in diesem Bereich eine wichtige Lotsenfunktion:
 - Die Eltern sind häufig die engsten Co-Therapeuten.
 - Die Therapeuten begleiten sie häufig im Prozess der Krankheitsverarbeitung.
- Ergänzende (fragmentarische) Beispiele:

- Beispiel 1:

Mädchen, *2011

Zweites von drei Kindern, globale Entwicklungsverzögerung bisher unklarer Ätiologie, Tonuserhöhung in den Beinen links mehr als rechts.

Somatische Entwicklung: aufgrund des Längenwachstums Zunahme der Muskelverkürzung im Bereich der ischiocruralen Muskulatur und der Plantarflexoren, dadurch Instabilität im Stand, einseitige Gewichtsbelastung. Sekundär reduziertes Beinlängenwachstum mit Beinlängenverkürzung, Bedrohung von Skoliose. Progrediente Verschlechterung des Gangbildes insbesondere in der Standphase. Stationäre, operative Maßnahmen sind in der Diskussion. Gemäß der Funktionsstörung in der betroffenen Gangphase wird eine Hilfsmittelversorgung geplant. Diese Orthese muss jedoch auch noch den häufig genutzten Bewegungsübergang vom Vierfüßlerstand zum Stand ermöglichen.

Die Hilfen zur Mobilität müssen kindgerecht ausgewählt werden: Als Gehhilfe für den Kindergarten (indoor) wird ein Schiebewagen mit Greifstangen in verschiedenen Höhen und einer vorgebauten Ablagefläche für z. B. Bücher-/ Puppen-transport ausgewählt. Zur Fortbewegung im Kindergarten (outdoor) wird ein Dreirad mit hohem Stabilitätscharakter eingesetzt. Für die Freizeitaktivitäten zu Hause wird ein zweirädriges Laufrad zu einem dreirädrigen umgebaut. Die Sitzhöhe wird so eingestellt werden, dass das Mädchen beim Fahren des Laufrades eine Abrollbewegung des Fußes entsprechend dem Gehen trainiert. Der optimale Einsatz der Hilfen wird mit den Eltern und dem Kind durch eine Physiotherapeutin eingeübt, kontrolliert und mit dem Kindergarten abgestimmt.

Die Eltern werden in die Dehnung der verkürzten Muskeln, Kräftigung der schwachen Muskeln und in ein funktionsbezogenes Training im koordinativen Kontext angeleitet. Die Miteinbeziehung und die Motivation des Kindes sind essentiell. Dafür ist ein spielerischer Aufbau der therapeutischen Intervention erforderlich mit klarer Zielvorstellung.

- Beispiel 2:

Junge, *2009

Seit zwei Jahren bekannte globale Ataxie mit Gangunsicherheit und vermehrter Sturzneigung.

Durch die Teilnahme an einer Psychomotorikgruppe Stärkung seiner Eigenkompetenz. Er kann dort seinen Bewegungsdrang im gesicherten Rahmen ausleben und ist stolz über positive Erfahrungen. Er ist mit einem Kopfschutzhelm und Unterschenkelorthesen versorgt.

Der Vater ist kaum existent, die Mutter und die jüngere Schwester haben ähnliche neurologische Symptome.

Durch die eingeschränkten eigenen Möglichkeiten der Mutter im Alltag und sprachliche Barrieren sind die Koordination und die Umsetzung von Therapieinhalten erschwert.

- Beispiel 3:

Junge, *2006

Bilaterale spastische Cerebralparese nach Frühgeburtlichkeit und periventrikulärer Leukomalazie.

Wechselnde Therapien durchgehend seit der Neugeborenenphase mit der Zielsetzung einer möglichst hohen Lokomotionsstufe und bestmöglicher Alltags-selbstständigkeit.

Die Eltern haben große Probleme, die bestehenden geistigen Beeinträchtigungen zu akzeptieren. Ehrgeiz und eine gewisse Therapieabhängigkeit belasten das System Familie.

3. Teilhabeorientierte Heilmittel: Konkretisierung der Zieldimensionen anhand von Teilhabesicherungskonzepten (Muster für die Praxis)

Um deutlich zu machen, in welchen Bereichen ein interdisziplinäres Team unter Beteiligung der therapeutischen Fachberufe Teilhabe fördern kann und welche Ziele konkret damit verfolgt werden können, soll hier das Konzept der Teilhabesicherungskonzepte exemplarisch dargestellt werden. Es wurde für Menschen mit schweren Beeinträchtigungen entwickelt und wird u. a. in der mobilen Rehabilitation eingesetzt.

Teilhablesicherungskonzepte gehen von Wünschen und selbstgesetzten oder fachlich und gemeinsam festgelegten Zielen aus, deren Erreichung auf Grund der Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit erschwert ist. Sie stellen Bündel von problembezogenen Strategien zur Erreichung dieser Ziele dar, indem sie Maßnahmen zur Problemlösung und zu Bewältigungs-, Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten konzeptionell, praktisch im jeweiligen Kontext umsetzbar und leistungsrechtlich realisierbar bereitstellen, damit eine möglichst optimale Teilhabe und Inklusion erreicht wird und der Betroffene in seinen Entscheidungen so frei wie möglich wird.

Die Personengruppe von Menschen mit Behinderung, die innerhalb oder außerhalb von Einrichtungen lebt und wegen ihrer Behinderung Eingliederungshilfe benötigt, zeichnet sich durch einige allgemeine Charakteristika aus, die für verschiedene Behinderungs- und auch Krankheitsgruppen der verschiedenen Organsysteme gemeinsam zutreffen. Sie hat einen gemeinsamen „Problemhaushalt“, also eine individuell bestimmbare Menge relevanter Probleme im Bereich der Aktivitäten und Teilhabe, die durch angemessene Maßnahmen, insbesondere der persönlichen Förderung, der Beeinflussung der Kontextfaktoren, der Rehabilitation und der Behandlung positiv beeinflusst werden können. Diese lassen sich in problembezogene Teilhabesicherungskonzepte zusammenfassen.

Dabei geht es insbesondere um folgende Bereiche, in denen möglichst umfangreich Aktivitäten und Teilhabe in der gewohnten Umgebung ermöglicht, gefördert bzw. gesichert werden sollen (die folgende Aufzählung ist nicht vollständig).

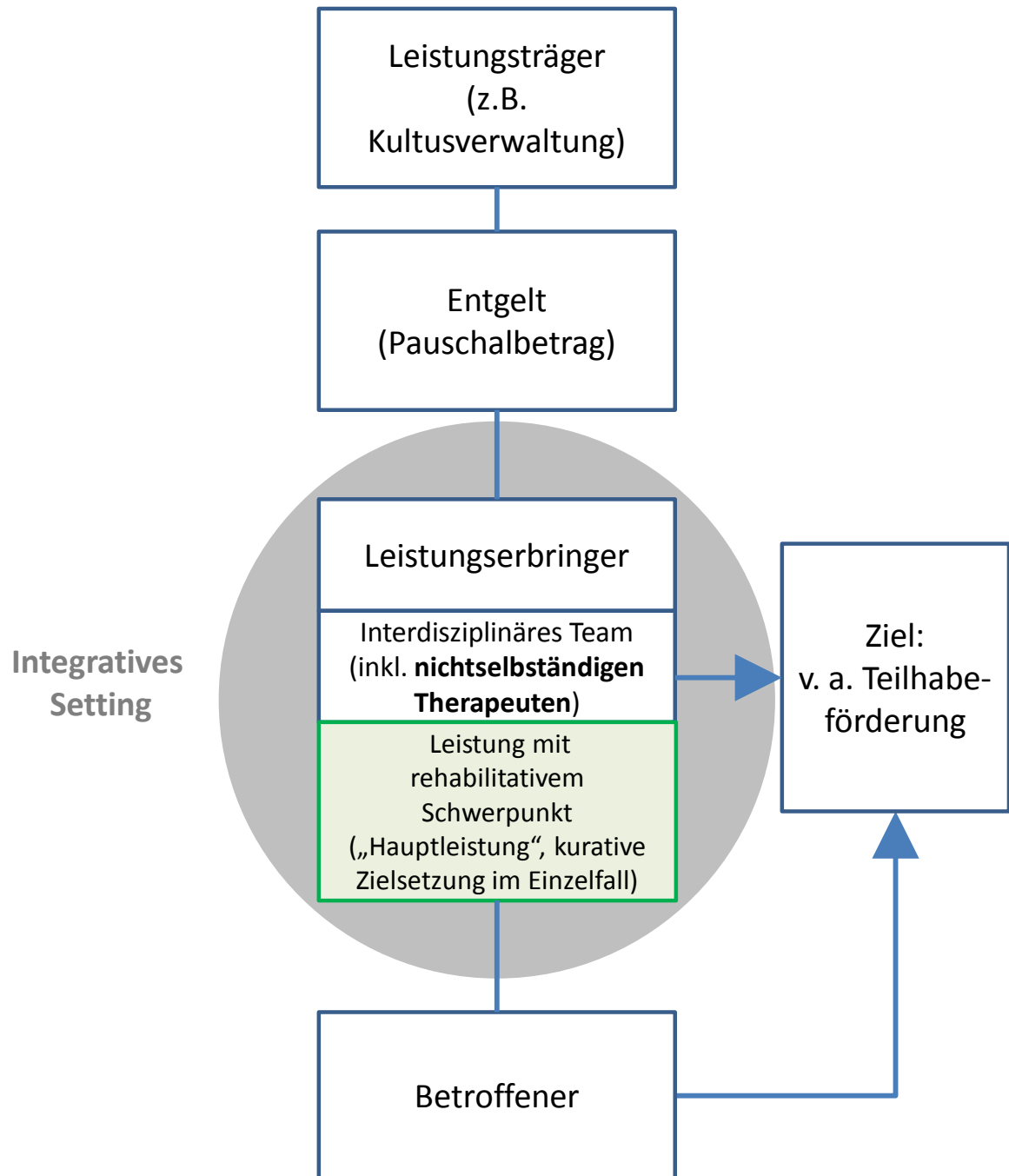
1. Ermöglichung des ggf. mehrstündigen Sitzens im Sinne der Teilhabe am Leben im konkreten Wohnumfeld, ggf. mit in der Häuslichkeit benutzbaren und akzeptierten Hilfsmitteln.
2. Ermöglichung von Sitz, Mobilität und Pflege durch an die Wohnumgebung und die Assistenzpersonen angepasste Transfertechniken bzw. Hilfsmittel.

3. Ermöglichung von Kommunikation durch Verwendung von im konkreten persönlichen und gesellschaftlichen Umfeld angepassten, erprobten und akzeptierten Kommunikationsstrategien und Kommunikationshilfsmitteln bei eingeschränkter expressiver und rezeptiver Sprache.
4. Ermöglichung der im sozialen Kontext akzeptierten Ernährung bei orofazialer Dysfunktion unter Förderung der Kompetenzen des sozialen Umfeldes bei Zubereitung und Nahrungsaufnahme (Schlucktraining) ggf. einschließlich der Akzeptanz veränderter Essensgewohnheiten.
5. Bewältigung der Inkontinenz mit dem Ziel der (ggf. relativen) Kontinenz einschließlich Hilfsmittel, Management, Toilettengang und Toilettentraining im häuslichen Umfeld.
6. Optimierte Lokomotion, d. h. eigenständige Beweglichkeit ggf. mit Hilfsmitteln zur Lagerung und Bewegung von Ort zu Ort einschließlich Anleitung zur Eigenübung, Kontrollkompetenz.
7. Sicherstellung der Mobilität in Wohnung, Nachbarschaft, naher Stadt und Fernbereich.
8. Sonstige Aktivitäten des täglichen Lebens (selbstständig, mit Hilfe, mit Hilfsmitteln, ggf. Kontrollkompetenz, im konkreten Kontext).
9. Strategien zur Bewältigung eingeschränkter Sinnesfunktionen, u. a. zur Orientierung, Kommunikation, Kulturtechniken, soziale Teilhabe, ggf. mit Hilfsmitteln.
10. Förderung der Belastbarkeit und Handlungskompetenz im konkreten, individuellen Alltagsleben, insbesondere der Handlungsplanung, der Ausführungskontrolle, der Verantwortlichkeit und der Selbstständigkeit im eigenen häuslichen Umfeld.
11. Optimierung der Möglichkeiten der Steuerung (Hilfsmittel) mit dem Ziel der Umfeldkontrolle.
12. Ermöglichung des Lernens, der Wissensanwendung und Förderung der kognitiven Funktionen einschließlich Gedächtnis, Konzentration, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit usw. speziell im Hinblick auf die alltäglichen praktischen Lebensvollzüge im häuslichen Umfeld.
13. Ermöglichung eines selbstgesteuerten Schmerzmanagements unter häuslichen Bedingungen.
14. Bewältigung psychischer Probleme, Erkennung, Behandlung, Bewältigung psychiatrischer oder psychosomatischer Komorbiditäten, insbesondere im sozialen Kontext.
15. Bewältigung von Atmungsproblemen, u. a. bei Schluckstörungen, rezidivierenden Infekten, COPD (chronic obstructive pulmonary disease), Unterbeatmung, Sauerstoffgabe, intermittierende oder dauerhafte Beatmung in häuslicher Umgebung.
16. Vermeidung und Bewältigung von Hautschäden (z. B. Dekubitus, Infektionen) im alltäglichen Leben unter Beibehaltung möglichst hoher Mobilität und Teilhabe einschließlich der Hilfsmittelnutzung im Wohnumfeld.
17. Praktische Ermöglichung und Förderung der Ausübung von Kulturtechniken im Alltag.
18. Ermöglichung relevanter Beschäftigung im Alltag einschließlich solcher Aktivitäten, die dem Betroffenen Bedeutung geben können.

19. Ermöglichung einer Tagesstruktur, ggf. durch Nutzung von Angeboten der Senioren- oder Eingliederungshilfe.
20. Förderung und Stabilisierung des sozialen Netzes durch Information, Beratung, Stützung, Beseitigung von Begegnungshindernissen, Erschließung des öffentlichen Raumes (z. B. Gaststätten).
21. Information und Kontakt zu Organisationen der Selbsthilfe, ggf. Selbstorganisation.
22. Ermöglichung und Förderung eines fachgerechten, teilhabefördernden medizinischen Managements bei Pflegebedürftigkeit, interkurrenten Erkrankungen oder Komplikationen der Grunderkrankungen in der eigenen Häuslichkeit durch das primäre und sekundäre soziale Netz.
23. Ermöglichung und Förderung der Beantragung und Organisation sozialstaatlicher Leistungen unter den konkreten häuslichen Bedingungen u. a. als bedarfsgerechter Hilfemix.
24. Stützung und Beratung der Bezugspersonen.
25. Förderung des regionalen sozialraumbezogenen sekundären sozialen Netzwerks.
26. Ermöglichung von Kontrollkompetenz und Souveränität im Hinblick auf die Gestaltung der Pflegeverrichtungen, die alltäglichen praktischen Lebensvollzüge, die Zeit und die Assistenz.
27. Förderung, Ermöglichung konstanter persönlicher Beziehungen und eines stabilen, angstfreien offenen, freundlichen Umfeldes mit verlässlichen Partnern, Bezugspersonen.

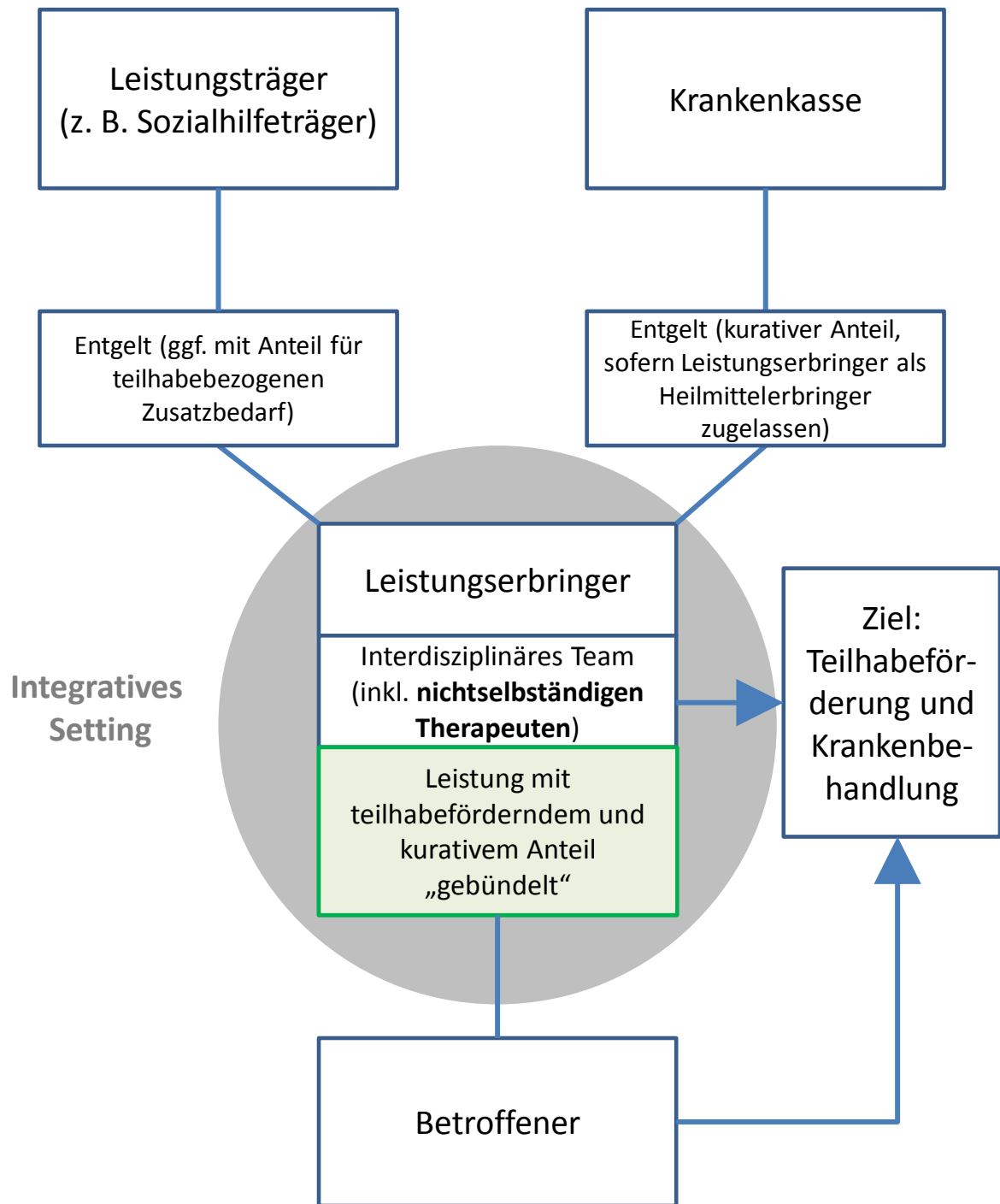
4. Grafiken

a) Grafik 1: Integrative Lösung (Variante 1), integratives Setting



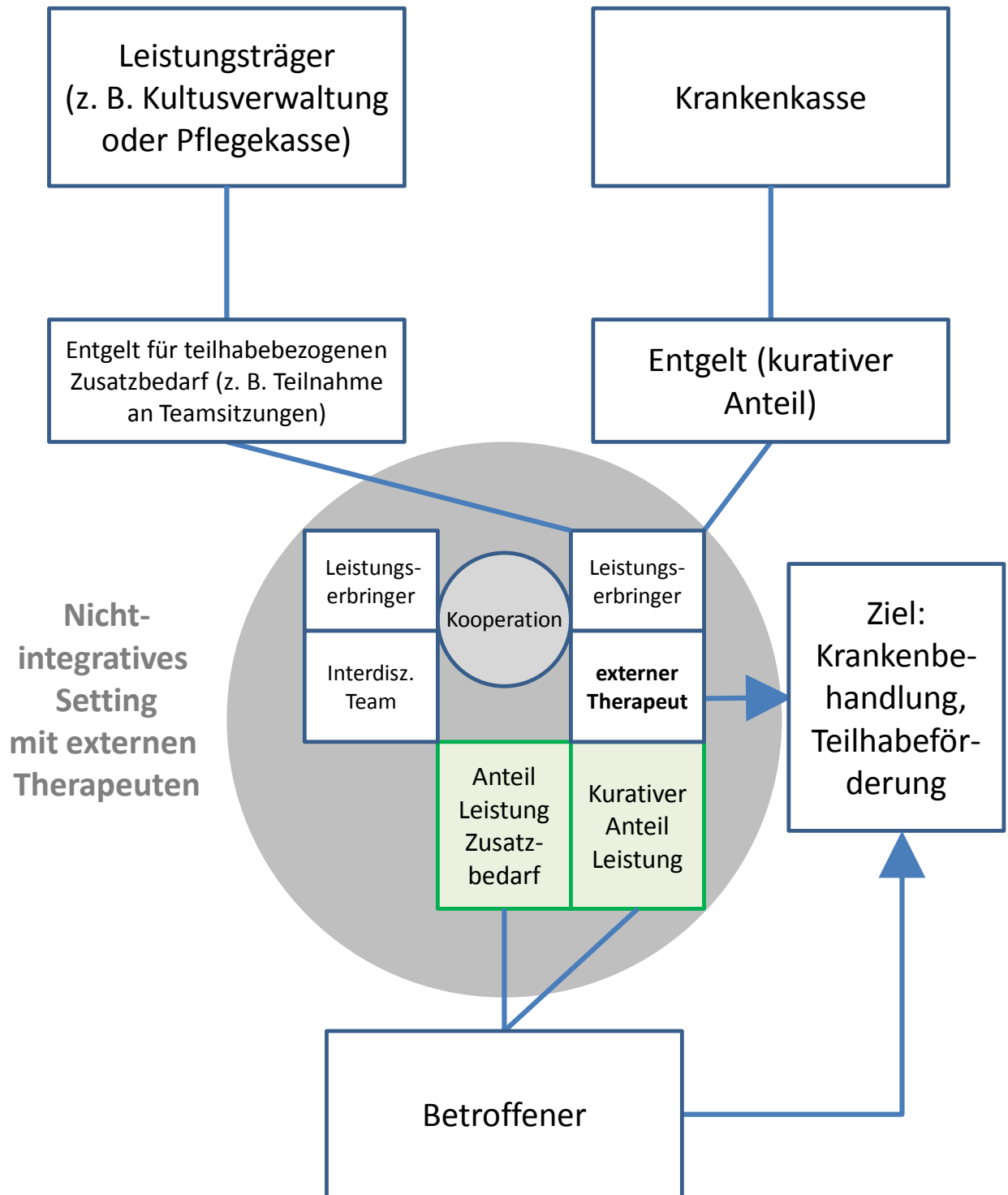
Grafik 1: Integrative Lösung (Variante 1), integratives Setting

b) Grafik 2: Integrative Lösung (Variante 2), integratives Setting



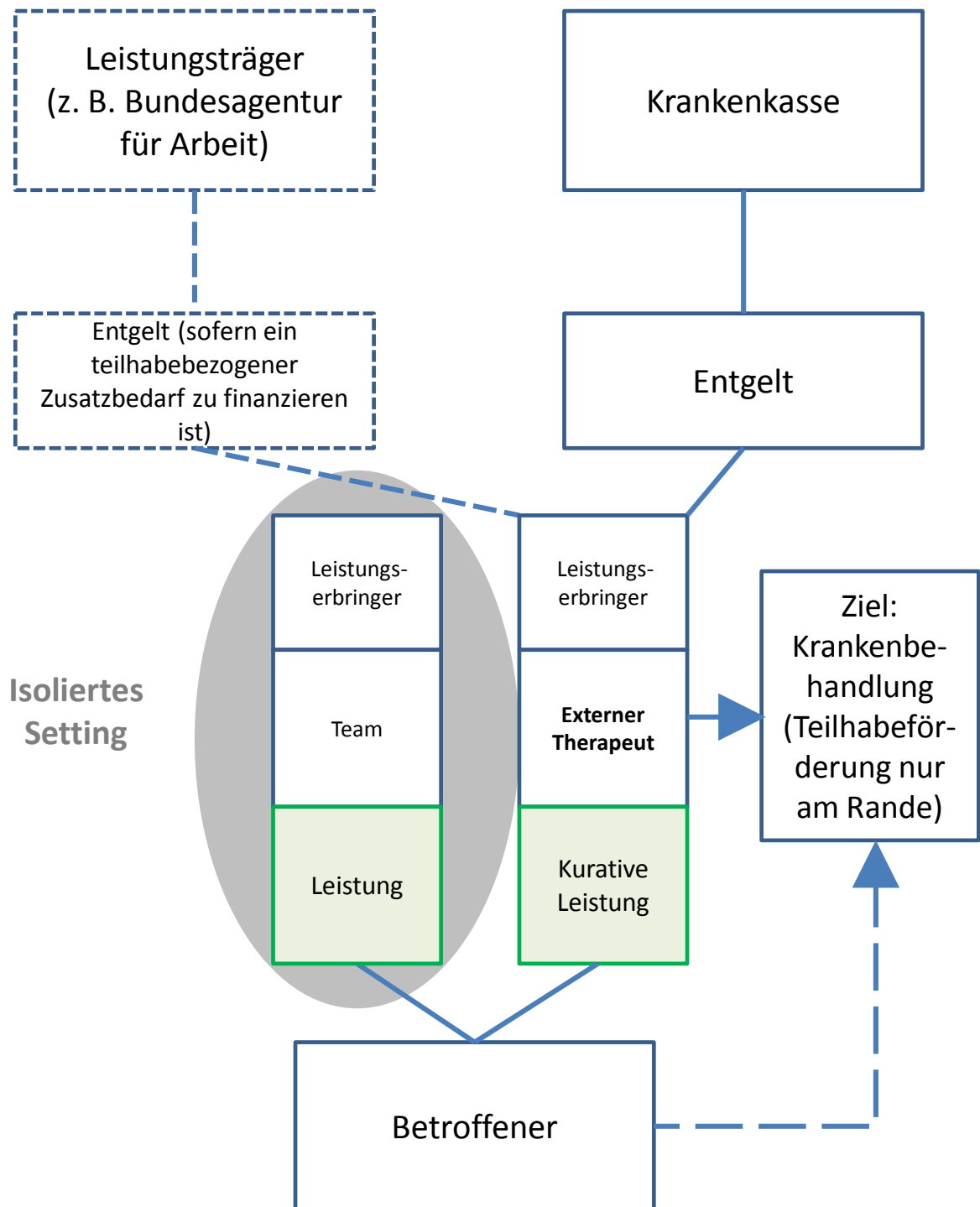
Grafik 2: Integrative Lösung (Variante 2), integratives Setting

c) Grafik 3: Additive Lösung, nicht-integratives Setting mit externen Therapeuten



Grafik 3: Additive Lösung, nicht-integratives Setting mit ext. Therapeuten

d) Grafik 4: Isolierte Lösung, isoliertes Setting



Grafik 4: Isolierte Lösung, isoliertes Setting

5. Literatur und Quellen

Ackermann, Schönle, Fries et al.: Multiprofessionelle neurologische Rehabilitation. In: *Dienner, Putzki, Kommission "Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie"* (Hrsg.): Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Stuttgart & New York; 2008: 880 ff.

(www.awmf.org)

Badtke: Die Heilmittelversorgung im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung. Baden-Baden; 2014

Behrens: „Bedürfnisse“ und „Zufriedenheiten“ als Statussymbole und Anrechte. Lehren aus einem Panel für Bedürfnistheorie und Planung. In: *Hondrich, Vollmer* (Hrsg.): Bedürfnisse. Stabilität und Wandel. Theorie, Zeitdiagnose, Forschungsergebnisse. Opladen; 1983: 193 ff.

Behrens: „Selbstverwirklichung“ – Vom Verblässen aller Alternativen zur Berufsarbeit. Umfragen und Fallstudien zur Krise der Arbeit in Familie und Erwerbstätigkeit. In: *Hoffmann-Nowotny, Gehrmann* (Hrsg.): Ansprüche an die Arbeit. Umfragen und Interpretationen. Soziale Indikatoren XI. Konzepte und Forschungsansätze. Sektion Soziale Indikatoren in der Deutschen Gesellschaft für Soziologie. Frankfurt/New York; 1984: 117 ff.

Behrens: Health System. In: *Glatzer, Hondrich, Noll et al.* (Hrsg.): Recent social trends in West Germany 1969–1990. Montreal & Kingston: London, Buffalo; 1992: 257 ff.

Behrens: Der Prozeß der Invalidisierung. Das demographische Ende eines historischen Bündnisses. In: *Behrend* (Hrsg.): Frühinvalidität – ein „Ventil“ des Arbeitsmarkts? Deutsches Zentrum für Altersfragen; Berlin; 1994: 105 ff.

Behrens: Anerkennung als Person und die Liebe der Caritas. Die Kreuzritter und die Ausdifferenzierung von Medizin und Pflege. In: *Lipp, Lasch* (Hrsg.): Einer kam durch. Zur Lebenswirklichkeit im Zeitalter der Kreuzzüge. Düsseldorf; 2007: 80 ff.

Behrens: Gesundheitsapostel und Professionen im System pflegerischer gesundheitsförderlicher Unterstützung. In: *Behrens* (Hrsg.): Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften. Halle (Saale); 2009: 6 ff.

Behrens, Güth, Kliemt et al.: Games that Doctors Play. Two-layered agency problems in a medical system. 2006 ([ftp://papers.econ.mpg.de/esi/discussionpapers/2006-02.pdf](http://papers.econ.mpg.de/esi/discussionpapers/2006-02.pdf))

Behrens, Langer: Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. Bern; 2010

Behrens, Weber, Schubert (Hrsg.): Von der fürsorglichen Bevormundung über die organisierte Unverantwortlichkeit zur professionsgestützten selbstbestimmten Teilhabe? Opladen, Berlin & Toronto; 2012

Beushausen, Grötzbach: Evidenzbasierte Sprachtherapie: Grundlagen und Praxis. München; 2011

Beyer, Berliner, Beyer et al.: Positionspapier zur fachübergreifenden Frührehabilitation der Gemeinsamen Arbeitsgruppe DRG (gAG-DRG) der Bundesarbeitsgemeinschaft der Akutkrankenhäuser mit Abteilungen für Fachübergreifende Frührehabilitation des Berufsverbandes der Rehabilitationsärzte und der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation. 2009 (abrufbar unter www.bvprm.de)

Bildungswerk Physio-Akademie des Deutschen Verbands für Physiotherapie: Weiterbildung Neurophysiotherapie. (Entwicklungsteam: Martin Huber MSc, Prof. Dr. Thomas Mokrusch, Claudia Pott BSc, Klaus Starrost MSc, Dr. Holm Thieme.) Unveröffentlichte Darstellung des

Konzepts und des Curriculums. 2013

Boghal, Teasell, Foley et al.: The PEDro-Scale provides a more comprehensive measure of methodological quality than the Jadad scale in stroke rehabilitation literature. *Journal of Clinical Epidemiology* 2005: 668 ff.

Bühler: Interdisziplinäre Zielsetzung auf Basis der ICF. Vortrag auf der Fachtagung: „Die ICF als Brücke – Umsetzung der ICF in Feldern der Ergotherapie, Physiotherapie, Sozialarbeit und Pflege“, 22.–23.2.2008, Berlin (Veranstalter: Gesellschaften der Alexianer-Brüder Krankenhaus Hedwigshöhe, Abt. Psychiatrie und Psychotherapie, und Alice Salomon Hochschule Berlin)

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Gemeinsame Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ nach § 35 SGB IX. Frankfurt/Main; 2012

Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.): Bestandsaufnahme der Ausbildung von Gesundheitsberufen im europäischen Vergleich (GesinE). Bonn, Berlin; 2012. Abrufbar unter: https://www.bmbf.de/pub/berufsbildungsforschung_band_15.pdf

Bunge: Zur Abgrenzung zwischen Heilmitteln der Krankenbehandlung und der medizinischen Rehabilitation – BSG, Urt. v. 17.2.2010, Az. B 1 KR 23/09 R. Forum A, Beitrag A14-2011 unter www.reha-recht.de, 8.7.2011

Carnaby et al.: Behavioural intervention for dysphagia in acute stroke: a randomised controlled trial. *Lancet Neurol.* 2006: 31 ff.

Claudiana, Europäischer Sozialfonds (ESF): Ergotherapie – Was bietet sie heute und in Zukunft? Bozen; 2007 (www.dachs.it, abgerufen am 27.5.2014)

Conrad, Herrmann: Schmerzhaftes Schulter nach Schlaganfall. *Neurol Rehabil* 2009: 107 ff.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge: Empfehlungen zur Weiterentwicklung des SGB IX. Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge 2013: 246 ff.

Dietz, Brenneis, Hesse et al.: Therapie des spastischen Syndroms. In: *Diener, Putzki, Kommission „Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie“* (Hrsg.): Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Stuttgart & New York; 2008: 895 ff. (www.awmf.org)

DVE (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V.) (Hrsg.): Ergotherapie in der ambulanten neurologischen Rehabilitation – Eine Leistungsbeschreibung orientiert an der ICF. Karlsbad; 2011

DVE (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V.) (Hrsg.): Indikationskatalog Ergotherapie – Die Darstellung des derzeitigen Spektrums der Ergotherapie in der Sozialversicherung. Idstein; 2011

DVfR, DGRW: Diskussionspapier Teilhabeforschung. März 2012. Abrufbar unter www.dvfr.de

DVfR: Phase E der Neuro-Rehabilitation als Brücke zur Inklusion – Positionen von Experten aus der DVfR zur Postakuten Rehabilitation und Nachsorge für Erwachsene mit erworbenen Hirnschädigungen. Stellungnahme. März 2013. Abrufbar unter www.dvfr.de

Ewers et al.: Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2012: 37 ff.

Fachverbände für Menschen mit Behinderung: Rahmenkonzeption Medizinische Zentren für Erwachsene mit geistiger oder mehrfacher Behinderung (MZEB). Vorläufige Fassung vom

6./7.11.2014. Abrufbar unter www.diefachverbaende.de

Fisher: Occupational Therapy Intervention Process Model – A Model for Planning and Implementing Top-down, Client-centered, and Occupation-based Interventions. Fort Collins: Colorado; 2009

Fuchs: Handlungsbedarf zur Weiterentwicklung des Neunten Sozialgesetzbuchs. Forum D, Diskussionsbeitrag Nr. 1/2010, unter www.reha-recht.de; 19.10.2010

Gemeinsame Arbeitsgruppe DRG (gAG-DRG) der Bundesarbeitsgemeinschaft der Akutkrankenhäuser mit Abteilungen für Fachübergreifende Frührehabilitation des Berufsverbandes der Rehabilitationsärzte und der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation: Positionspapier zur fachübergreifenden Frührehabilitation. 2009 (abrufbar unter www.bvprm.de)

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL). 2011. Abrufbar unter www.g-ba.de

George: Evidenz-basierte Ergotherapie bei Menschen mit Schlaganfall. Der betätigungsorientierte Ansatz. Nervenheilkunde 2006: 1003 ff.

Geusgens, van Heugten, Donkervoort et al.: Transfer of training effects in stroke patients with apraxia: an exploratory study. Neuropsychol Rehabil 2006: 213 ff.

Henning: Hilfsmittelversorgung zum Ausgleich einer Behinderung in der gesetzlichen Krankenversicherung – Kritik an der BSG-Rechtsprechung zum mittelbaren Behinderungsausgleich hinsichtlich des Grundbedürfnisses der Mobilität. SGB (Die Sozialgerichtsbarkeit) 2015: 83 ff.

Heil: Einführung in das philosophisch-pädagogische Denken von Friedrich Schleiermacher. 2. Aufl. London; 2006

Hesse, von Kaick, Quintern et al.: Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel. In: *Diener, Putzki, Kommission „Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie“* (Hrsg.): Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Stuttgart & New York; 2008: 960 ff. (www.awmf.org)

Holsbeeke, Ketelaar, Schoemaker et al.: Capacity, capability, and performance: different constructs or three of a kind? Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2009: 849 ff.

Inkpen, Parker, Kirby: Manual wheelchair skills capacity versus performance. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2012: 1009 ff.

ISQ (Interessenverband zur Sicherstellung der Qualität der Physiotherapieausbildung): Checkliste des ISQ. Gültig vom 1.1.2014 bis 31.12.2016 (http://www.isq-physio.de/downloads/Checkliste_und_Legende_2014-2016.pdf, 14.10.2014)

Karnath, Ziehl, Benke et al.: Rehabilitation bei Störungen der Raumkognition. In: *Diener, Putzki, Kommission „Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie“* (Hrsg.): Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Stuttgart & New York; 2008: 953 ff. (www.awmf.org)

Kelly et al.: Speech and language therapy for aphasia following stroke. Cochrane Data Base System Rev. 2010 (5): CD000425

Keus, Munneke, Graziano et al.: European Physiotherapy Guideline for Parkinson's Disease. KNGF (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie)/ParkinsonNet 2014 (<http://www.appde.eu/european-physiotherapy-guidelines.asp>, abgerufen am 16.2.2015)

KNGF (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie): Clinical Practice Guideline for Physical Therapy in patients with stroke. 2014 (<https://www.fysionet-evidencebased.nl/index.php/kngf-guidelines-in-english>, abgerufen am 16.2.2015)

Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 18. Legislaturperiode. 2013 (www.bundesregierung.de)

Körner, Bengel: Teamarbeit und Teamerfolg bei multi- und interdisziplinären Teams in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 2004: 348 ff.

Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS): Behindertenhilfe-service – Fallmanagement in der Eingliederungshilfe – Gesamtplan nach § 58 SGB XII – Grundlagenpapier. Stuttgart; 2014 (www.kvjs.de)

Kompetenzprofil für Logopädie: Siehe *Rausch, Thelen, Beudert*

Kreutz, Lachwitz, Trenk-Hinterberger: Die UN-Behindertenrechtskonvention in der Praxis. Köln; 2013

Kraus, Voigt-Radloff: Ergotherapie. In: *Bode, Schröder, Waltersbacher* (Hrsg.): Heilmittel-Report 2008. Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie: Eine Bestandsaufnahme. Stuttgart; 2008

Legg, Drummond, Langhorne: Occupational therapy for patients with problems in activities of daily living after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD003585. DOI: 10.1002/14651858.CD003585.pub2

Lehmann et al. Siehe *Bundesministerium für Bildung und Forschung*

Logan, Gladman, Avery et al.: Randomised controlled trial of an occupational therapy intervention to increase outdoor mobility after stroke. *BMJ* 2004; 329: 1372–1375 (doi: 10.1136/bmj.38264.679560.8F)

Logemann et al.: A randomized study of three interventions for aspiration of thin liquids in patients with dementia or Parkinson's disease. *J. Speech Lang Hear Res.* 2008: 173 ff.

Loh, Simon, Kriston et al.: Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen – Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews. *Deutsches Ärzteblatt* 2007: A 1483 ff.

Maher, Sherrington, Herbert et. al.: Reliability of the PEDro-Scale for Rating Quality of Randomized Controlled Trials. *Physical Therapy* 2003: 713 ff.

Meyer, Stamer, Zeisberger et al.: MeeR – Merkmale einer guten und erfolgreichen Reha-Einrichtung (Projekt im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Bund). Abschlussbericht. Hannover; 2014. Abrufbar unter: https://www.mh-hannover.de/fileadmin/institute/epidemiologie/epi/Forschung/Projekte/MeeR/Meer_Abschlussbericht.pdf

de Morton. The PEDro scale is a valid measure of the methodological quality of clinical trials. A demographic study. *Australian Journal of Physiotherapy* 2009: 129 ff.

Müller, George, Reuther et al.: Diagnostik und Therapie von exekutiven Dysfunktionen. In: *Diener, Putzki, Kommission "Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie"* (Hrsg.): Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Stuttgart & New York; 2008: 945 ff. (www.awmf.org)

Nelles, Auff, Dettmers et al.: Rehabilitation von sensomotorischen Störungen. In: *Diener, Putzki, Kommission „Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie“* (Hrsg.): Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Stuttgart & New York; 2008: 887 ff.

Neumann, Gutenbrunner et al.: Interdisciplinarity working in physical and rehabilitation medicine. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2010: 42 ff.

Nonn: Unterstützte Kommunikation in der Logopädie. *Forum Logopädie*. Stuttgart; 2011

PEDro – Physiotherapy Evidence Database: <http://www.pedro.org.au/german/>

PEDro-Scale: Instrument zur Bewertung der methodischen Qualität von RCTs (<http://www.pedro.org.au/german/downloads/pedro-scale>)

Platz (unter Mitarbeit von Roschka): Rehabilitative Therapie bei Armparese nach Schlaganfall. *Neurol Rehabil* 2009; 15 (2): 81–106

Poock et al.: Outcome of intensive language treatment in aphasia. *J Speech Hear Dis* 1989: 471 ff.

Price: Problem- und forschungsorientiertes Lernen. *Praxishandbuch für Lehrende und Lernende in der Pflege*. Bern; 2005

Prosiegel, Bartolome, Bieniek et al.: Neurogene Dysphagien. In: *Diener, Putzki, Kommission „Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie“* (Hrsg.). Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Stuttgart & New York; 2008: 908 ff. (www.awmf.org)

Psychiatrie Enquête 1975: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bundestags-Drucksache 7/4200

Rasch: Plädoyer für einen individuellen Rechtsanspruch auf eine trägerübergreifende Koordination. *Soziale Sicherheit* 2015: 62 ff.

Rausch, Thelen, Beudert: Kompetenzprofil für die Logopädie (Hrsg. Deutscher Bundesverband für Logopädie). 2014 (<https://www.dbl-ev.de/der-dbl/der-verband/kompetenzprofil-fuer-die-logopaedie.html>)

Robert-Bosch-Stiftung: Memorandum Kooperation Gesundheitsberufe – Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung. Stuttgart; 2011

Saal, Becker, Lorenz et al.: Effect of a stroke support service in Germany: a randomized trial. *Topics in Stroke Rehabilitation* 2015; 22 (6): 432–439 (www.maneyonline.com/doi/10.1179/1074935714Z.0000000047)

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung (Gutachten 2007). Bundestags-Drucksache 16/6339

Sauer, Rothgang, Glaeske: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2014 – Auswertungsergebnisse der BARMER GEK Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahren 2012 bis 2013. Berlin; 2014

Schleiermacher: Texte zur Pädagogik. Kommentierte Studienausgabe, Bd. 2. Suhrkamp: Frankfurt/M.; 2000

Schmidt-Ohlemann: Regionalisierung und soziale Netzwerke – für eine regional orientierte Differenzierung und Verstärkung wohnortnaher Hilfsangebote für Menschen mit Körper-

behinderungen. Verband Evangelischer Einrichtungen für die Rehabilitation Behinderter (VEERB): Bad Kreuznach, Stuttgart; 1994

Schmidt-Ohlemann: Medizinische Zentren für erwachsene Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung als neues Element der Gesundheitsversorgung im Koalitionsvertrag. RPRReha (Recht und Praxis der Rehabilitation) 2014: 26 ff.

Schütze: Hilfsmittelversorgung zwischen Krankenversicherung und Sozialhilfe – Versorgungsunsicherheiten im gegliederten Sozialsystem. SGB (Die Sozialgerichtsbarkeit) 2013: 147 ff.

Selinger, Ayerle, Landenberger et al.: GesinE – ein Beitrag zur Gesundheitsberufsbildungsforschung in Europa. Public Health Forum 2013 (4): 9 f. ISSN (Online) 1876-4851, ISSN (Print) 0944-5587

Shaker et al.: Rehabilitation of swallowing by exercise in tube-fed patients with pharyngeal dysphagia secondary to abnormal UES opening. Gastroenterology 2002: 1324 ff.

Spickhoff (Hrsg.): Medizinrecht. 2. Aufl. München; 2014

Springer, Zückner: Empfehlende Ausbildungsrichtlinie für staatlich anerkannte Logopädie-schulen in NRW (im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen). Düsseldorf; 2005

Steultjens, Dekker, Bouter et al.: Occupational therapy for community dwelling elderly people: a systematic review. Stroke 2003: 676 ff.

Sturm, George, Hildebrandt et al.: Diagnostik und Therapie von Aufmerksamkeitsstörungen. In: *Diener, Putzki, Kommission „Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie“* (Hrsg.): Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Stuttgart & New York; 2008: 929 ff. (www.awmf.org)

Thieme, Behrens: Einschränkungen der Partizipation durch die Armparese nach Schlaganfall – Möglichkeiten und Grenzen der Spiegeltherapie. (Sekundäranalyse eines systematischen Reviews). Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften. Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft: Halle (Saale); 2011: 1 ff.

Thieme, Mehrholz, Pohl et al.: Die Spiegeltherapie zur Verbesserung motorischer Funktionen nach Schlaganfall. Neurologie & Rehabilitation 2013: 103 ff.

Thöne-Otto, George, Hildebrandt et al.: Diagnostik und Therapie von Gedächtnisstörungen. In: *Diener, Putzki, Kommission „Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie“* (Hrsg.) Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Stuttgart & New York; 2008: 936 ff. (www.awmf.org)

Trombly, Ma: A synthesis of the effects of occupational therapy for persons with stroke, part I: Restoration of roles, tasks and activities. The American Journal of Occupational Therapy 2002: 250 ff.

Walker, Leonardi-Bee, Bath et al.: Individual patient data meta-analysis of randomised controlled trials of community occupational therapy for stroke patients. Stroke 2004: 2226 ff.

Waltersbacher: Heilmittelbericht 2014 – Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie. Wissenschaftliches Institut der AOK: Berlin; 2014

Welti: Hilfsmittelrecht ist nicht immer klar strukturiert. Sozialrecht und Praxis 2009: 683 ff.

Welti: Das neue Teilhaberecht – Reform des SGB IX. Forum D Beitrag D6-2014 unter www.reha-recht.de; 14.3.2014

Wolf: Die Beschreibung der Bewegungsqualität von Gesunden und Patienten mit Nackenschmerzen im Rahmen der partizipationsbezogenen physiotherapeutischen Diagnostik. Dissertation. Halle; 2013

World Health Organization (WHO): Technical Report 668. Geneva; 1981

World Health Organization (WHO), The World Bank: World Report on Disability. Geneva; 2011

World Confederation for Physical Therapy (WCPT). Policy Statement: Description of Physical Therapy. Edition 2013. http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/PS_Description_PT_Sept2011_FORMATTED_edit2013.pdf (14.10.2014)

Zimmermann, Schaepe, Selinger et al.: Implementierung des Resident Assessment Instruments als Qualitätsentwicklung und Steuerungsinstrument in der stationären Langzeitpflege. In: *Wichmann, Nowak, Zapf* (Hrsg.): Medizin und Gesellschaft: Mönchengladbach 2007: 398 ff.

6. Mitglieder des Ad-Hoc-Ausschusses

Prof. Dr. phil. Johann Behrens

Ilka Busch

Hans-Jürgen Grand

Steffen Heidt

Claudia Breuer

Dr. med. Jean-Jacques Glaesener

Reimund Klier

René Klinke

Otmar Lenz

Dr. med. Andreas Oberle

Dr. med. Dietmar Rohland

Dr. rer. soc. Erwin Scherfer (bis Juni 2015)

Franz Schmeller

Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann (Leitung)

Prof. Dr. jur. Peter Trenk-Hinterberger (Leitung)

Heidelberg, im Februar 2016