

Notwendige Angebote der medizinischen Rehabilitation in der Region für die Gruppe behinderter Menschen

Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann

WS 8 „Regional zusammenarbeiten“

AG 3 Rechainnovativen

Kongress der DVfR

„Teilhabe – Anspruch und Wirklichkeit in der medizinischen
Rehabilitation“

14.-15.11. 2016 in Berlin

Regional zusammenarbeiten

Sozialraumorientierung sozialen Handelns bedeutet eine Differenzierung sozialer Angebote nach Größe, regionaler Nähe und Erreichbar- und Verfügbarkeit.

Folgende Differenzierung wird vorgeschlagen:

- **primäres Versorgungsgebiet (PVG)** (Wohnung (Privatsphäre), Nachbarschaft, Kommune)
- **Standardversorgungsgebiet (SVG)** (Region – Kreis, 100 -250 000 Einwohner)
- **Überregionales Versorgungsgebiet (ÜVG)** (Bundesland – Großregion, 1-4 Mio. Einwohner)
- **Nationales Versorgungsgebiet (NVG)** (BRD, ca. 80 Mio. Einwohner)

Reha-Leistungen in Sozialräumen

Leistung	SVG	SVG	ÜVG	ÜVG	% aller
Med Reha Fälle	150 T.	250 T.	1 Mio.	4 Mio.	Reha-Fälle
Medreha RV	1905	3175	12700	50800	
Davon amb.	267	444	1778	7112	(14 %)
Davon Kinder	57	95	381	1524	(3 %)
Davon Nachs.	5	8	30	122	
Davon Neuro	105	175	698	2794	(5,5 %)
Medreha KV	1387	2312	9250	37000	
Davon amb.	161	268	1073	4292	(11,6 %)
Davon > 64J	1096	1826	7307	29230	(79 %)
Statneuro	45	75	300	1200 (aus BMG)	
Statgeriatr.	105	175	700	2800	
Reha-Budget RV	11,31 Mio. €	18,85 Mio. €	75,4 Mio. €	301 Mio. €	
Reha-Budget KV	5,55 Mio. €	9,25 Mio. €	37 Mio. €	148 Mio. €	

(Reha gesamt lt. BAR 2014)

Regional zusammenarbeiten

Eingliederungshilfe Bezieher von EGH-Leistungen (nach ConSens 2014 Stand 2012)

Leistung	SVG	SVG	ÜVG	ÜVG
Eingl.hilfe Personen	150 T.	250T.	1 Mio.	4Mio.
• Stat. Wohnen	390	650	2600	10400 (Personen
• Amb. Wohnen	285	475	1900	7600 (dto)
• WfbM	480 (1/3)	800	3200	12800 (dto)
• TAFÖ	45 (1/3)	75	300	1200 (dto)
	870	1417	5667	22667
Phase E für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen (DVFR 2014: Phase E der NeuroReha...)				
MeH Phase E	135	225	900	3600 (70000 neu)
MeH	405	675	2700	10800 (B. > 1 Jahr/ mit Bedarf an Ph. E
	540	900	3600	14400

Regional zusammenarbeiten

Daraus lässt sich folgern:

- Ca. 2 % aller Einwohner einer Region erhalten eine Maßnahme med. Reha im Jahr. Davon ca. 13 % ambulant. (RV und KV)
- Die Reha-Budgets und Leistungszahlen sind selbst für ein kleines SVG schon erheblich. (RV, KV)
- Die Zahl von Menschen mit Behinderungen mit irgendeiner Leistung der Eingliederungshilfe (ohne Heilpädagogik und Schulbildung für Kinder) erreicht mit ca. 0,58 % nicht einmal 1 % der Bevölkerung.

Klienten der Eingliederungshilfe Med. Reha-Bedarf

Der Bedarf an Leistungen medizinischer Rehabilitation ist für Nutzer der EGH bislang nicht annähernd exakt ermittelt. Ebenso ihre Rolle vor EGH Bezug und erst recht, ob Med. Reha den Bezug von EGH-Leistungen verhindert oder vermindert.

- **Reha vor Bezug von EGH**
 - bei neuen erworbenen Beeinträchtigungen
 - Erworbene Hirnschädigungen
 - Psychische Erkrankungen
 - Suchterkrankungen
 - Selten: Muskuloskelettal: Polytrauma, meist Kombination
 - bei bestehenden Beeinträchtigungen vor Bezug von EGH
 - Körperliche Behinderungen
 - Kognitive Behinderungen
 - Sozioemotionale und seelische Behinderungen

- **Reha bei Bezug von EGH**
 - Muskuloskelettal
 - Neurologisch (erworbene HS)
 - Psychische Erkrankungen
 - geriatrisch
 - Onkologie
 - Seltener: Herz/Kreislauf, Lunge, Haut,

Medizinische Reha für Menschen mit Behinderung

Eine stationäre oder ambulante medizinische Reha-Leistung kann erforderlich sein als:

- Als Anschlussreha, sofern der Klient bei einer Maßnahme mitwirken kann, ggf. mit Begleitung im Rahmen der üblichen Indikationen, u.a. auch postoperativ.
 - Im Rahmen der GKV (RV in der Regel außen vor) nach Verschlechterungen bzw. im Zusammenhang chronisch progredienter Erkrankung, sofern der Patient mitwirken kann. (Vgl. Reha-Richtlinien): trägerspezifische Ziele
 - Wie vor, ggf. in spezieller Einrichtung, die auf Belange geistig behinderter Menschen eingestellt ist (z. B. Ruhrtalklinik)
 - Ggf. ist Barrierefreiheit in vollem Umfang erforderlich
 - Spezialindikationen vgl. z. B. Muskeldystrophie, Polio, MS, Parkinson, teilweise als Krankenhausbehandlung
 - Im Rahmen der Frührehabilitation (geriatrisch, neurologisch)
- Ein erheblicher Teil der schwer geistig- und mehrfachbehinderten Menschen hat z. Zt. keine Chance auf eine medizinische Reha-Maßnahme. Dies gilt auch für Menschen mit schweren sozio-emotionalen Störungen bzw. sog. Doppeldiagnosen.

Medizinische Reha für Menschen mit Behinderung

- Für in stationären oder ambulanten Settings nicht mitwirkungsfähige, aber Reha-bedürftige Menschen ist Mobile Reha die geeignete Reha-Form, da sie im vertrauten Setting durchgeführt werden kann. Diese steht aber nur an wenigen Standorten zur Verfügung.
- Für psychisch Kranke /seelisch Behinderte fehlt es an Reha-Angeboten außerhalb von RPK und Tageskliniken, ebenso bei indikationsbezogener Reha bei schwergradiger psychischer Comorbidität.
- Von den Leistungen der med. Reha im engen Sinne, s. Aufstellung unten, kommt der Reha-Sport und gelegentlich das Funktionstraining in Betracht.
- Für bestimmte Personengruppen kommt Phase II in Betracht, in der Regel aber nicht für bereits behinderte Menschen, sondern für die, bei denen nach akutem Ereignis im Einzelfall das Verbleiben einer Behinderung zu erwarten ist.

Fazit: Für die kleine Gruppe schwer geistig, körperlich, seelisch oder mehrfach behinderter Menschen wird es nicht möglich und wahrscheinlich auch überwiegend nicht sinnvoll sein, stationäre und ambulante Reha-Angebote speziell für diese Personengruppe zu schaffen. (Ausnahmen wären zu diskutieren, z. B. Intensivreha für Kinder und Jugendliche mit zerebralen Bewegungsstörungen usw.).

Bedarfe von Menschen mit Behinderungen in der Region

- Diese Personengruppen benötigen als besonders gut geeignetes Angebot Mobile Rehabilitation. Diese kann nur in der Region eines SVG angeboten werden, also regional.
- Darüber hinaus benötigen sie jedoch vor allem eine intensiviertere und spezialisierte medizinische kontinuierliche Versorgung, die in der Intensität variiert werden kann, die einerseits der hohen Morbidität und Comorbidität der Gruppe der Menschen mit Behinderung gerecht wird, zum anderen aber auch rehabilitative Ziele verfolgt, auch wenn es sich nicht um Reha-Maßnahmen im engen Sinne handelt. Diese können häufig in andere Leistungen zur Teilhabe integriert werden. Dazu finden sich in der folgenden Auflistung einzelne Hinweise:
- Im Folgenden sollen einige Angebote aufgelistet und ggf. in ihrer Bedeutung für die regionale Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung dargestellt werden. Änderungsbedarfe werden ggf. angegeben.

Regionale Angebote?!

1. Leistungen der medizinischen Rehabilitation im engen Sinne

- *Stationäre medizinische Rehabilitation:* In der Region sollten vorhandene stationäre Einrichtungen Wege der ambulanten Mitbetreuung schwer betroffener Klientel finden. Grundsätzlich sollten aber zumindest einige stat. Einrichtungen auf schwerbehinderte Klienten eingerichtet sein. S. a. regionale Einbettung von Reha-Einrichtungen allgemein (SVG-bezogen).
- *Amb. med. Reha:* s. o. Dazu ist Barrierefreiheit erforderlich. Hier sind individuell Maßnahmen zu ermöglichen.
- *Mobile Reha:* Optimale regionale Form der Reha für die Personengruppe (Regelangebot im SVG)
- *Reha-Sport:* Wichtiges Angebot, das Vereine und Anbieter voraussetzt. Während dies im SVG geschehen sollte, bedarf es einer landesweiten Unterstützungsstruktur (Landesbehindertensportbünde), die vor Ort unterstützen, auch finanziell.

Regionale Angebote ?!

- *Funktionstraining*: Bislang wenig an den Bedarfen schwer und mehrfachbehinderter Menschen ausgerichtet
- *Nachsorgeleistungen*: Noch quantitativ recht gering. Angebot für schwerbehinderte Menschen fehlt. Im SVG regelhaft notwendig und sollte dort breit durchgeführt werden können (vgl. Flexirentengesetz: Nachsorge wird Pflichtleistung)
- *Phase II: med.-berufliche Reha*: Wichtige Option, allerdings nur bei Erwerbsperspektive. Nur im ÜVG anzubieten.

2. Med. Reha im Rahmen anderer Reha-Leistungen: Rehabilitationsmedizinische Versorgung

- *Berufliche Rehabilitation*
 - *Berufsvorbereitung (amb., stat.):* Begleitende medizinisch-therapeutische Dienste sollten zur Verfügung stehen (amb. im SVG, stat. eher ÜVG) und in den Leistungsvereinbarungen der Dienste vorzusehen. Enge regionale Kooperation (SVG) sinnvoll.
 - *BBW/BFW:* s. o. Ist z. T. der Fall. Auf deren Erhalt ist hinzuwirken, auch wenn es sich um sog. andere Einrichtungen handelt (ÜVG).
 - *WfbM (Berufliche Bildung und Arbeitsbereich):*
 - » Trotz § 10 Werkstattverordnung medizinisch-therapeutische Versorgung sehr unterschiedlich
 - » Interdisziplinäre Fachteams möglich
 - » regionale Kooperationen mit Praxen von Ärzten und Therapeuten sehr unterschiedlich, z. T. nicht vorhanden. Hier liegt eine wichtige Aufgabe auch von Werkstätten und eine Chance auf med. Versorgung mit rehabilitativem Schwerpunkt (SVG).
 - *RPK:* Med. Versorgung ist integriert.

3. Eingliederungshilfe:

- Zu den Aufgaben der Eingliederungshilfe gehört auch § 53 SGB XII (rehabilitativer Auftrag). Dieser setzt auch Fachpersonal für die funktionelle Förderung sowie zur Gewährleistung der ärztlichen Anordnungen sowie der Pflege voraus.
- Einrichtungen mit schwerstmehrfachbehinderten Menschen (komplexer Versorgungsbedarf) mit ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Diensten, die überwiegend die GKV-pflichtigen Leistungen im Rahmen von Verträgen oder Ermächtigungen abrechnen, ansonsten aber aus der Eingliederungshilfe finanziert werden. Dies ist im Sinne einer dualen Finanzierung sachgerecht. Med. Rehabilitation zwar nicht im leistungsrechtlich, jedoch rehabilitationsmedizinisch aber umfassend und interdisziplinär.
- Ist dieses Angebot umfassend, ggf. in Kooperation mit den regional vorhandenen Leistungserbringern, ersetzt dies oft Leistungen der med. Reha für den besonders schwer behinderten Personenkreis.

Regionale Angebote

- Im Sinne von Kurzeitaufnahmen kann dies auch vorübergehend analog einer Anschlussreha erfolgen. Das Leistungsspektrum der Einrichtungen ist hier sehr unterschiedlich: Im SVG nur gering, im ÜVG meist in wenigstens 1 Einrichtung ausgeprägt (vgl. dazu auch DVfR: Teilhabeorientierte Heilmittelversorgung, sowie unten MZEB).
- *Ambulantes Wohnen*: Hier fehlt in der Regel ein interdisziplinäres und koordinierendes Team. Angewiesenheit auf die reguläre ambulante Versorgung. Diese ist für die Personengruppe defizitär (Chancen: MZEB).
- EGH und Pflege-Kombi: Es gibt Einrichtungen, in denen Leistungen der stat. Pflege und der Eingliederungshilfe kombiniert werden; siehe dazu Nr. 1. Meist fehlt jedoch der rehabilitative Ansatz und die Pflege steht im Vordergrund. Patienten werden nach OP's oft hierher zurückverlegt mit der Maßgabe, hier Anschlussreha-ähnliche Versorgung zu ermöglichen.

4. Reha-medizinische Versorgung in Pflegeeinrichtungen

- *Phase F-Einrichtungen*: Weisen teilweise ein ausgeprägt rehabilitatives Konzept einschl. medizinischer Leistungen auf, ohne med. Reha zu sein. Sehr unterschiedlich ausgeprägt, teilweise sehr pflegeorientiert.
- *Einrichtungen zur Langzeitbeatmung*
- *Mobile Rehabilitation in Pflege-Einrichtungen* möglich.

Regional zusammenarbeiten

Leistungen mit rehabilitativer Zielsetzung

1. Ärztliche Betreuung und Beratung (vertragsärztl. Versorgung): Allgemeiner Hinweis: nach § 27 SGB IX, der weitgehend unbeachtet bleibt, ist die Krankenbehandlung an den Zielen des SGB IX auszurichten. Insofern sind rehabilitative Zielsetzungen bei der Versorgung zu beachten. Tatsächlich gelingt es in Einzelfällen, unter optimaler Nutzung ambulanter Versorgungsangebote und optimaler Koordination und Kooperation eine Versorgung zu organisieren, die einer Maßnahme der med. Reha nicht nachsteht. Allerdings mangelt es zumindest an der Koordination und Kooperation, wenn diese nicht durch kompetente Angehörige sichergestellt ist. Nur selten gelingt dies dem Haus- oder Facharzt.
 - *Hausarzt, Facharzt*
 - *Psychotherapeuten*: Stehen praktisch der Gruppe der schwer behinderten Patienten nicht zur Verfügung: mangelnde spezifische Qualifikation, mangelnde Kapazitäten, mangelndes Setting.
 - *PIA*: Teilweise eingebunden, aber kapazitativ eingeschränkt. Oft keine Kompetenz für Mehrfachbehinderung.
 - *Ambulanzen* (Hochschulen u. a.): Spezialambulanzen können beraten, bisweilen auch komplex behandeln, bearbeiten teilweise auch Reha-Themen, z. B. durch Sozialdienst. Sehr unterschiedlich, Kapazitäten eher gering, mehr wegweisend.
 - *Spezialambulanzen* § 116 b: s. v.

Regional zusammenarbeiten

- *Ermächtigte Einzelpersonen*: Immer wieder gibt es Experten zu einem Krankheits-/ Behinderungsbild, die über besondere Kenntnisse verfügen und die an einer Einrichtung angestellt sind, die eine ambulante Versorgung nicht vorsieht, z. B. einer Klinik. Hier kann eine persönliche Ermächtigung die ambulante Behandlung möglich machen. Durch die hohe spezifische Qualifikation können rehabilitative Weichenstellungen erfolgen, jedoch keine Reha-Maßnahmen.
- *Ermächtigte Institute*: In Einzelfällen werden ärztliche Dienste und Einrichtungen zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt, um den besonderen Personenkreis zu versorgen, z. B. im Zusammenhang mit großen Wohneinrichtungen. Zum Teil sind diese auch durch die Pflegesätze finanziert, entweder im Rahmen der Eingliederungshilfe oder als Behandlungspauschale durch die GKV (z. B. Integrative Versorgung in Niedersachsen). Im optimalen Falle kann hier eine interdisziplinäre Leistung erbracht werden, die einer med. Reha-Leistung entspricht, in jedem Falle aber rehabilitative Zielsetzungen verfolgt.
- *MZEB*: Der Gesetzgeber hat das eindeutige Defizit bei der med. Versorgung geistig und schwer mehrfachbehinderter Menschen zum Anlass genommen, für MZEB eine gesetzliche Grundlage zu schaffen. Funktionieren diese (z. Zt. arbeiten nur 3 entsprechende Einrichtungen), können diese in hohem Maße zur rehabilitativen Versorgung beitragen und unter ambulanten Bedingungen dafür sorgen, dass Maßnahmen stat. Reha nicht notwendig werden, sofern die Möglichkeit der Mobilen Reha gegeben ist.

Regional zusammenarbeiten

- Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Landesärzte:
 - Beratung, Information, z. T. mit Verordnungsermächtigung
- Heilmittel
- Hilfsmittel
- Soziotherapie
- Sozialmed. Nachsorge für Kinder
- Informations- und Beratungsmöglichkeiten durch Reha-Träger
 - Servicestellen
 - Pflegestützpunkte
 - Reha-Berater der RV, GKV, UV, BA
- IFD etc.
- andere

Regional zusammenarbeiten

- Beratungseinrichtungen
 - Allgemeine Sozialberatung (ASD)
 - Allgemeine, offene Behindertenberatung
 - Spezialisierte Beratung, z. B.
 - Epilepsie (und Arbeit), Autismus, Prader-Willi, Polio
 - Aphasie
 - Sehbehinderung
 - Hörbehinderung
 - Unterstützte Kommunikation und assistive Technologien: Von besonderer Bedeutung, i.d.R. mischfinanziert und mit Heilmittel- und Hilfsmittelerbringung kombiniert
(vgl. Modell Rheinland-Pfalz)

Regional zusammenarbeiten

- Komplementäre Leistungen
 - Selbsthilfeorganisationen
 - Schlaganfall
 - Not, Forum Gehirn, NOT,
 - Aktion Psychisch Kranke
 - Rheuma-Liga
 - usw., siehe BAG Selbsthilfe
 - Selbsthilfegruppen (örtlich, begrenzt)
 - Angehörigengruppen

Regional zusammenarbeiten

Zusammenfassung:

- Die Gruppe der Menschen mit Behinderung, die die Voraussetzungen für die Eingliederungshilfe erfüllen, können derzeit nur in sehr begrenztem Umfang die Leistungen der med. Reha in Anspruch nehmen.
- Wohnortnahe Angebote würden diese Optionen verbessern, da die Angehörigen eher einbezogen werden können, ggf. in die ambulante Reha.
- Die schwer betroffenen Menschen und insbesondere solche mit schweren sozioemotionalen Störungen, herausforderndem Verhalten, Doppeldiagnosen oder mit schweren körperlichen Behinderungen und hohem Pflegeaufwand sowie hoher Comorbidität werden durch die med. stationären und ambulanten Reha-Angebote nicht hinreichend versorgt.
- Eine wichtige Option für die Personengruppe stellt die mobile Rehabilitation dar.
- Es scheint weniger sinnvoll, für diese besondere (kleine) Personengruppe um jeden Preis spezielle stationäre und ambulante Angebote zu schaffen als vielmehr die anderen regionalen medizinischen Versorgungsstrukturen zu schaffen bzw. zu optimieren, auch im Hinblick auf verbesserte Teilhabemöglichkeiten.
- Solche Leistungen werden derzeit jedoch überwiegend nicht im Bereich der medizinischen Rehabilitation finanziert.

Regional zusammenarbeiten

Zusammenfassung II:

- Unumgänglich ist dabei, dass die Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe sich an der rehabilitationsmedizinischen Versorgung und der interdisziplinären Teilhabeförderung beteiligen.
- Unverzichtbare Bestandteile der regionalen Versorgung sind dabei:
 - Mobile Rehabilitation (SVG)
 - MZEBs (analog SPZ, d. h. großes SVG oder kleines ÜVG)
 - Beratungsstellen für Unterstützte Kommunikation und assistive Technologien (ÜVG)
 - Ambulante Heil- und Hilfsmittelteams, für die es noch eine Struktur zu entwickeln gilt. (Vgl. DVfR: Teilhabeorientierte Heilmittelversorgung) (SVG)
 - Spezialisierte Beratungsstellen (ÜVG)
 - Qualifizierte und spezialisierte stationäre und ambulante Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe, die Gewähr für eine interdisziplinäre Förderung und die Sicherstellung der medizinischen Versorgung in komplexen Fällen bieten (ÜVG)

Regional zusammenarbeiten

Zusammenfassung III:

- Unabhängig davon sollten stationäre und ambulante Einrichtungen der med. Rehabilitation Menschen mit Behinderungen offen stehen und diese nicht von vornherein ausgrenzen. Dafür bieten sich v. a. neurologische und geriatrische Reha-Einrichtungen an (Versorgungsebene ÜVG).
- Im SVG sollte für schwierige Fälle ein Fallmanagement für die medizinischen Maßnahmen mit rehabilitativer Zielsetzung zur Verfügung stehen. Man wird abwarten müssen, ob die MZEB diese Rolle ausfüllen können.