

**Deutsche Vereinigung für Rehabilitation  
Kongress**

**Rehabilitation und selbstbestimmte Teilhabe von Menschen mit  
psychischen Erkrankungen**

**– Personenzentrierung und Recovery-Orientierung –  
WS 6 Reha-Fähigkeit und Reha-Prognose beim Zugang zur  
Rehabilitation**

**12. September 2023, Berlin**

**Teilhabeorientierung versus Rehabilitationsbedürftigkeit  
und Rehabilitationsfähigkeit?**

**Prof. Dr. Harry Fuchs**

**Hochschule Düsseldorf**

# Versorgung mit medizinischer Rehabilitation

- Was unter medizinischer Rehabilitation zu verstehen ist und welche Behandlungsformen und –methoden Leistungsbestandteil sein können, definiert § 42 SGB IX trägerübergreifend einheitlich für alle Rehabilitationsträger, die diese Leistungen nach § 6 SGB IX erbringen können.
- § 42 SGB IX unterscheidet nicht nach Leistungsformen (ambulant, stationär, mobil). Es sind alle Formen erfasst, die geeignet sind, mit ihrer Struktur- und Prozessqualität die bei der Bedarfsermittlung festgestellten Teilhabeziele zu erreichen.
- Welche Leistungsform in Frage kommt, richtet sich nach dem individuellen Bedarf und der Prognose auf die Erreichung der Teilhabeziele.
- Das in § 36 Abs. 2 Satz 1 SGB IX verankerte Auswahlermessen verpflichtet zur Inanspruchnahme des Leistungserbringers, der die Leistung in der am besten geeigneten Form ausführt.

# Zugangshemmnisse zur medizinischen Rehabilitation?

- Im Rahmen der 31. und 32. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquien wurde von Chefarzten verschiedener Rehabilitationskliniken die in verschiedenen Indikationsbereichen bestehende erhebliche Unterversorgung aufgezeigt. Betroffen davon sind in besonderer Weise Menschen mit schweren und schwersten Beeinträchtigungen und Behinderungen und /oder Pflegebedarf, die keine Rehabilitationsleistungen erhalten, obwohl aus fachlicher Sicht eine wirksame Rehabilitation möglich ist und aus den geltenden Rechtsgrundlagen keine Hemmnisse ersichtlich sind.
- Wenn die geltenden gesetzlichen Bestimmungen keine Ursachen für die Deckung eines erwiesenen Rehabilitationsbedarfs erkennen lassen, rücken untergesetzliche, von den selbstverwalteten Körperschaften erlassenen Verwaltungsvorschriften in den Blick, die in Gemeinsamen Empfehlungen der Rehabilitationsträger oder Arbeitsanweisungen u.ä. niedergelegt sind.
- Hier findet man die Begriffe Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose.

# Rehabilitationsbedürftigkeit

- Dieser Begriff findet sich keinem für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetz.
- § 1 SGB IX gewährt einen **Anspruch auf Förderung** von Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohten Menschen **durch Leistungen iSv § 5 SGB IX – u.a. medizinische Rehabilitation – um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern** und gebietet, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.
- Ob ein individueller Rehabilitationsbedarf besteht, ist nach § 13 SGB IX auf der Basis der dort zu treffenden Feststellung zu ermitteln.
- Die in den verschiedenen Regelwerken zu findenden unterschiedlichen Definitionen zur Rehabilitationsbedürftigkeit knüpfen zwar zTl an den Behinderungsbegriff des § 2 Abs. 1 SGB IX, haben aber keinen Bezug zur gesetzlich geregelten Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs, aus dem sich im Ergebnis die „Bedürftigkeit“ nach Leistungen zur Teilhabe ergibt.
- Der Begriff der „Rehabilitationsbedürftigkeit“ entspricht in der regelhaft genutzten Terminologie nicht den gesetzlichen Vorgaben und ist auch nicht mehr zeitgemäß

# Rehabilitationsfähigkeit

- Auch hier handelt es sich um einen Begriff, für den sich keine gesetzliche Grundlage findet.
- Der Begriff wird in den Regelwerken und in der Literatur als körperliche und psychische Fähigkeit/Belastbarkeit mit Blick auf Reisefähigkeit, selbständige Versorgung, aber auch Motivation beschrieben beschrieben.
- Da die gesetzlichen Grundlagen eine Einschränkung oder Begrenzung des Leistungsanspruchs nicht kennen, werden hier gesetzliche Leistungsansprüche durch zudem noch bedenkliche Kriterien verweigert.
- Die – häufig auch durch Kostenaspekte indizierte – Gestaltung von Gegenstand, Umfang und Ausführung/Qualität der Leistungen (§ 25 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX) definiert die Rehabilitationsfähigkeit des Rehabilitanden und nicht der individuelle Bedarf an Förderung seiner Teilhabe.

# Rehabilitationsfähigkeit 2

- Der Gesetzgeber gibt in § 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX verbindlich vor, dass Leistungen zur Teilhabe zur Erreichung der während der Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs nach § 13 SGB IX erkannten möglichen Teilhabeziele zu erbringen sind.
- Die Leistungen müssen nach § 28 Abs. 2 SGB IX bezogen auf die Erreichung dieser Teilhabeziele wirksam sein.
- Geeignete Leistungserbringer sind nach § 28. Abs. 1 Nr. 3 SGB IX nur solche, die mit ihrer Struktur- und Prozessqualität die Teilhabeziele auch wirksam erreichen kann.
- Das in § 36 Abs. Abs. 2 Satz 1 SGB IX verankerte Auswahlermessen verpflichtet die Träger zudem zur Auswahl des Trägers mit der am besten geeigneten Leistungsform.
- Danach gaben sich Gegenstand, Umfang und Ausführung am individuellen Bedarf auszurichten. Die Leistungsgestaltung folgt dem Bedarf. Die vorgegebene Leistungsgestaltung schränkt nicht den Bedarf ein.
- Rechtlich entscheidend ist danach die Fähigkeit, mit Unterstützung durch entsprechend zielgerichtete Leistungsgestaltung wirksam Teilhabeziele erreichen zu könne. Der derzeit verwendete Begriff der Rehabilitationsfähigkeit steht mithin sogar im Gegensatz zur gesetzlichen Intention der wirksamen Erreichung von Teilhabezielen.

# Rehabilitationsprognose

- § 13 Abs. 2 Nr. 4 SGB IX verlangt von allen in § 6 SGB IX genannten Trägern der medizinischen Rehabilitation (mithin auch den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV)) im Rahmen der Bedarfsermittlung eine Prognose, welche Leistungen zur Teilhabe zur Erreichung der Teilhabeziele voraussichtlich erfolgreich sein können.
- Dies basiert auf der gesetzlichen Verpflichtung nach § 28 Abs. 2 SGB IX nur wirksame Teilhabeleistungen auszuführen, da nach Begründung zum BTHG unwirksame Leistungen nicht wirtschaftlich sind.
- Die gesetzlich verpflichtende „Teilhabepronose“ bezieht sich mithin auf die Wirksamkeit einer angestrebten Leistung bezogen auf die während der Bedarfsermittlung festgestellten Teilhabeziele.
- Mit Ausnahme der GRV ist dies die einzige Rechtsgrundlage für eine Prognose. D.h., dass bei allen übrigen Trägern der medizinischen Rehabilitation die sogen. Rehabilitationsprognose auf eine „TeilhabeWirksamkeitsprognose“ mit teilhabeorientiertem Inhalt umzustellen ist.

# Sonderregelung GRV ?

- Das Recht der GRV sah seit 1957 (§ 13 AVG) die Gewährung von medizinischen Leistungen zur Rehabilitation vor, wenn die Erwerbsfähigkeit durch diese Leistungen wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden konnte. Die Bedingung einer positiven Auswirkung auf die Erwerbsfähigkeit war für die GRV Leistungsvoraussetzung ohne deren Vorliegen ein Leistungsanspruch gegen die GRV nicht bestand. Deshalb hatte sie immer eine entsprechende Prognose bzgl. der Erfolgsaussicht bezogen auf die Erwerbsfähigkeit vorzunehmen.
- Mit dem Inkrafttreten des SGB IX am 1.7.2001 wurde § 15 Abs. 1 SGB VI durch Art 6 Nr. 13 des SGB IX vom 19.6.2001 neu gefasst (BGBl I, Nr. 27 vom 22.6.2001).
- Mit der Neufassung entfiel der Bezug auf Wirksamkeit bezogen auf die Erwerbsfähigkeit. An ihre Stelle trat ein Verweis auf die §§ 26 bis 32 SGB IX (heute §§ 42 bis 47 SGB IX).
- Seitdem gelten auch in der GRV die Leistungszielbeschreibungen des § 42 Abs. 1 SGB IX, die nicht mehr den Charakter von Leistungsvoraussetzungen haben.
- Wie bei den übrigen Trägern ist auch hier die Teilhabewirksamkeitsprognose nach § 13 Abs. 2 Nr. 4 SGB IX maßgeblich.