

**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.

Teilhabeorientierung vs. Rehabedürftigkeit und Rehabilitationsfähigkeit - eine rehabilitationsmedizinische Perspektive

Matthias Schmidt-Ohlemann

Harry Fuchs

WS 6 „Rehafähigkeit und Reha-Prognose beim Zugang zur Rehabilitation“

Ltg. Dr. Rolf Buschmann-Steinhage

DVfR-Kongress „Rehabilitation und selbstbestimmte Teilhabe von Menschen mit psychischen
Erkrankungen – Personenzentrierung und Recovery-Orientierung-

Berlin 12.-13.September 2023

Reharichtlinie des GBA (GKV, SGB V):

§ 9 Rehabilitationsfähigkeit

- Rehabilitationsfähig sind Versicherte, wenn sie aufgrund ihrer somatischen und psychischen Verfassung die für die Durchführung und Mitwirkung bei der Leistung zur medizinischen Rehabilitation notwendige Belastbarkeit besitzen.

Rehafähigkeit im Sinne der DRV unter der Perspektive Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit:

- Der Begriff der Reha-Fähigkeit bezieht sich auf die körperliche und psychische Verfassung der Patienten als Voraussetzung für die Teilnahme an einer Rehabilitation. Zur Beurteilung der Reha-Fähigkeit sind im Wesentlichen folgende Fragen zu beantworten:
 - Besteht Reisefähigkeit?
 - Ist die Patientin oder der Patient **physisch und psychisch belastbar genug, um das strukturierte vier- bis sechsstündige Behandlungsprogramm der Rehabilitation mit einem großen Anteil an Gruppenbehandlungen zu verkraften?**
 - In der Regel wird die **eigenständige Mobilität und Selbstversorgung auf Stationsebene** vorausgesetzt. (Ausnahmen z.B. in der neurologischen Rehabilitation: Reha-Fähigkeit nach fdst „liegt bei einer Person vor, wenn sie keine akute Erkrankung mehr hat und sie an dem Rehabilitationsprogramm aktiv teilnehmen kann: Sie muss in einem gewissen Rahmen körperlich und mental belastbar sein, Bewusstsein haben und mit den Therapeutinnen und Therapeuten kooperieren können.“)

„1.5.2 Rehabilitationsfähigkeit

Rehabilitationsfähig ist eine Versicherte oder ein Versicherter, wenn sie oder er aufgrund ihrer oder seiner somatischen und psychischen Verfassung die für die Durchführung und die Mitwirkung bei der Rehabilitationsleistung notwendige Belastbarkeit besitzt.

Für die Rehabilitationsfähigkeit sind in Abhängigkeit von den individuellen Rehabilitationszielen und vor dem Hintergrund relevanter Kontextfaktoren zunächst die Rehabilitationsstrategien (siehe Kap. 2.3.2)

" Restitution

" Kompensation

" Adaptation

zu bewerten, mit denen am ehesten die jeweiligen Rehabilitationsziele erreicht werden können.

Die Anforderungen an die Belastbarkeit der Rehabilitandin oder des Rehabilitanden unterscheiden sich in Abhängigkeit vom Indikationsschwerpunkt und der Art der Durchführung der Rehabilitationsleistung.

So ist die Rehabilitationsfähigkeit für z. B. eine kardiologische Rehabilitation eine andere als die für eine geriatrische Rehabilitation. Das bedeutet, dass für Patientinnen und Patienten mit einem Rehabilitationsbedarf und formuliertem Rehabilitationsziel abschließend beurteilt werden muss, ob **für den jeweiligen Indikationsschwerpunkt und die Art der Durchführung Rehabilitationsfähigkeit** besteht.“

Die Indikation ergibt sich erst aus der Zusammenschau aus : Rehabedürftigkeit, Refähigkeit, Rehazielen, Rehaprognose, Allokation (Setting, Eignung)

- Sozialmedizinisch kann Rehabedürftigkeit ohne Rehafähigkeit bestehen.
- Es macht auf den ersten Blick wenig Sinn, eine positive Rehaprognose bei nicht vorhandener Rehafähigkeit zu stellen – oder? Doch dann, wenn Rehafähigkeit durch die Anpassung des Angebotes der Rehaeinrichtung hergestellt werden kann.
- Die Rehafähigkeit hängt derzeit von folgenden Faktoren ab:
 - Patientenseitig: Keine Ausschlusskriterien oder Komplikationen, z.B. akute Krankheit, Diagnostik noch nicht abgeschlossen
 - Pat wünscht Reha oder ist zumindest einverstanden: Problem in Geriatrie, Psychiatrie, bei Angst vor Arbeitsplatzverlust oder Nachteilen.
 - Von den Anforderungen der Rehaklinik an die RehabilitanInnen. Diese sind wesentlich durch das Rehakonzept und die daraus abgeleiteten Angebote bestimmt. Für diese sind auch Aspekte der Kosten von Bedeutung. (s.u.)
 - Von der vorwiegend notwendigen Rehastrategie und dem Vorhandensein eines entsprechenden Settings
 - Restitutiv (vorwiegend stationär und ambulant, weniger mobil)
 - Kompensatorisch (stationär und ambulant, auch mobil)
 - adaptiv (vorwiegend mobil, stationär und ambulant stark begrenzt)

Limitierende Faktoren seitens der Rehaklinik, die zur Verneinung von Rehafähigkeit führen können, weil sie nicht o. nicht hinreichend bewältigt werden können, oder aus vertraglichen und finanziellen Gründen nicht berücksichtigt werden können, z.B:

- Fehlende Selbständigkeit auf der Stationsebene, v.a. Selbstversorgung, Grad der Pflegebedürftigkeit
- Fehlende eigenständige Mobilität in der Rehaklinik
- Engmaschig versorgungspflichtige Wunden (häufige und komplexe Verbandswechsel, ggf. septisch)
- Intensive med. Behandlungsmaßnahmen (Infusionstherapien...)
- Intensivierte, mehrfach täglich therapeutische Einzelmaßnahmen
- Fehlende Kommunikationskompetenz (Aphasie/Dysarthrie, Fremdsprachlichkeit)
- Keine Aktive Teilnahme an Gruppenangeboten möglich
- Mitwirkungsmöglichkeiten begrenzt (z.B. Ängste, Zwänge)
- Verhaltensauffälligkeiten im Rahmen einer Demenz oder kognitiven Beeinträchtigung
- Blindheit, Schwere, nicht ausgleichbare Hörstörung
- Speziell:
 - schwierige Motivierbarkeit bei emotionalen Störungen (Depression)
 - Prothesenversorgung zur Erreichung der Rehazielle erforderlich
 - Erhebliche Co-/Multimorbidität
 - Fehlender Zugang zur RPK bei fehlender Erwerbsprognose:

Es geht um Ermöglichung von Rehamaßnahmen bedarfsgerecht, niedrigschwellig, barrierefrei zur Umsetzung des vorhandenen Rechtsanspruches, also v.a. Änderung der Anforderungen an den Patienten.

Ein Teil der Limitationen lässt sich durch Individualisierung, durch Flexibilisierung, durch Änderung des Settings, durch Spezialisierung und letztlich einen Aufwuchs an qualifiziertem Personal vermindern, z.B.

- Fehlende Selbständigkeit auf der Stationsebene, v.a. Selbstversorgung, Grad der Pflegebedürftigkeit
 - *Mehr Pflege- und Assistenzkräfte*
- Fehlende eigenständige Mobilität in der Rehaklinik
 - *Hilfsmittel, Mobilitätsassistenz, Barrierefreiheit*
- Engmaschig versorgungspflichtige Wunden (häufige und komplexe Verbandswechsel, ggf. septisch)
 - *Qualifiziertes Wundmanagement mit mehr Personal*
- Intensive med. Behandlungsmaßnahmen (Infusionstherapien...)
 - *Bauliche/technische Maßnahmen zur Überwachung, Fachpflege, ärztl Personal*
- Intensivierte, mehrfach täglich therapeutische Einzelmaßnahmen
 - *Ersatz der Gruppen durch Einzeltherapie: Mehr Therapeuten (qualifiziert!)*
- Fehlende Kommunikationskompetenz (Aphasie/Dysarthrie, Fremdsprachlichkeit)
 - *Nutzung Ersatzstrategien (Zeitbedarf, Kompetenz), Assistenz!!, Dolmetscher*

Strategien zur Herstellung von Rehafähigkeit

- Keine Aktive Teilnahme an Gruppenangeboten möglich
 - *Mehr Einzeltherapie oder Übungsfeld Alltag bei mobiler Rehabilitation*
- Mitwirkungsmöglichkeiten begrenzt (z.B. Ängste, Zwänge)
 - *Begleitung im Krankenhaus, Reha in vertrauter Umgebung, z.B. mobil*
- Verhaltensauffälligkeiten im Rahmen einer Demenz oder kognitiven Beeinträchtigung
 - *Begleitung, Tagesstruktur, Heilerziehungspflege, vertraute Umgebung*
- Blindheit, schwere, nicht ausgleichbare Hörstörung
 - *Umfassende Barrierefreiheit, individuelle Anleitung und Übungskonzeption, Assistenz*
- Spezielle Gruppen z.B.:
- schwierige Motivierbarkeit bei emotionalen Störungen (Depression)
 - *Begleitung, mobile Reha*
- Prothesenversorgung zur Erreichung der Rehaziele erforderlich
 - *Kooperation mit kompetenter OT in der Klinik, Klärung der Kostenübernahme, Prothesenteam*
- Erhebliche Co-/multimorbidität
 - *Interdisziplinäres ärztliches und therapeutisches Team*
- Fehlende Erwerbsprognose ohne Zugang zur RPK
 - *Eigenständige med. Reha an RPK*

- Bistlang wenig systematisch entwickelt außer
 - Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung (BGSW), v.a. Traumatologie
 - Zusatzvereinbarungen/Entgelte der DRV z.B. bei Amputation, Brandverletzungen, Transplantationsbehandlungen, onkologischen behandlungen
 - Zusatzvereinbarungen der GKV bei alterstraumatologischen und-orthopädischen Fällen mit hohem Pflegebedarf (wohl selten)
- Vielfach Bemühungen um Einzelfallösungen, allerdings oft nicht möglich, nicht leistbar o. finanzierbar. Hängt oft von Handlungsspielräumen und Motivationslage der MA innerhalb der Kliniken ab.
- Die grunds. vorhandenen konzept. Spielräume für eine Leistungsergänzung werden nicht genutzt:
 - Aufwändige Konzeptionelle und organisatorische Änderungen
 - Bauliche Voraussetzungen fehlen
 - Mehr Mitarbeitende – kaum realisierbar
 - Mehrkosten werden nicht reinaziert
 - Verhandlung um Zulagen/Sonderentgelte sehr Streitbehaftet, aufwändig
 - Trend zur Standardrehabilitation
 - Und: Die Entgelte seien auf den Durchschnittsfall bezogen, also seien auch einige aufwändigere Rehabilitanden zu versorgen.
- Mobile Rehabilitation ist in nur geringem Umfang im Bereich Geriatrie vorhanden.

Deutlich wird: Viele Pat werden rehabfähig (oder auch besser versorgt) wenn sie auf folgende Angebote zurückgreifen könnten

1. **Postakute komplexe Rehabilitation** bei **Polytrauma** und ähnlichen Krankheitsbildern (große Eingriffe/schwere Erkrankungen Bewegungsapparat): Diskurs bei der BAR
2. **Postakute spezialisierte Rehabilitation** bei **Amputation** und mit (potent.) **Prothesenversorgung**
3. **Postakute Rehabilitation** bei **hoher (Behandlungs)Pflegebedürftigkeit** und **hohem Behandlungsbedarf** einschl. **amputierter Patienten ohne Prothesenversorgung**
4. Rehabilitation bei **vorbestehender erheblicher Pflegebedürftigkeit und/oder Behinderung**
5. **Spezialisierte Rehabilitation** entsprechend den **behinderungsassoziierten Bedarfen** einchl. **Mehrfachbehinderung**
6. **Mobile geriatrische Rehabilitation**, v.a auch in Pflegeeinrichtungen
7. **Anschlussreha für schwer akut psychisch kranke Menschen**, als **ambulantes und stat. Angebot** z.B. an RPK, insbesondere **auch als mobile Rehabilitation**.
8. **Spezialisierte Rehaangebote für Menschen mit akuter Erblindung**, bei erheblichen, durch Reha besserbaren **Teilhabebeeinträchtigungen wegen Blindheit** und bei Blindheit im Zusammenhang mit anderen Rehabedarfen

- Der Begriff der Rehafähigkeit als als Begrenzung eines Rehaanspruchs hat keine gesetzliche Grundlage.
- Der Bedarf ist nach § 13 SGB IX zu ermitteln und dann zu decken.
- Die Unterstellung von fehlender Rehafähigkeit bei einer Reihe von Versichertengruppen ist erst dann zulässig, wenn tatsächlich keine sinnvollen, d.h. mit Wahrscheinlichkeit wirksamen Rehaangebote möglich sind.
- Ist Rehafähigkeit aus in der Art der Rehamaßnahme liegenden Gründen nicht gegeben, ist dies Anlaß, bedarfsdeckende Angebote zu schaffen.
- Die Schließung der Lücken bedeutet nicht zwangsläufig neue Einrichtungen oder neue Abteilungen. erfordert aber konzeptionelle, organisatorische und finanzielle Weiterentwicklungen vorhandener Einrichtungen.
- Eine deutliche Versorgungslücke besteht für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Hier läuft der Rehaanspruch meist ins Leere. (Nicht gemeint ist der Bereich der psychosomatisch/psychotherapeutisch orientierten Reha und das besondere Segment der RPK) Es lassen sich aber aus Erfahrungen ambulanter Rehabilitation sowie der RPK geeignete Rehaangebote identifizieren.
- Die Option der mobilen psychiatrischen Rehabilitation ist zu entwickeln, die vorhandene Konzeption in größerem Umfang umzusetzen und weiter zu erforschen

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Dr. med. Matthas Schmidt-Ohlemann

Facharzt für Orthopädie, Rheumatologie, physikalische und rehabilitative Medizin.

Landesarzt für Körperbehinderte

Vors. der DVfR

Pestalozzistr. 5

55543 Bad Kreuznach

Matthias.Schmidt.Ohlemann@googlemail.com

I. im Krankenhaus nach der Amputation als Anschlussreha

A. med. Reha mit vorhandener Interimsprothese

1. Verlegung aus dem Akuthaus mit Prothese (selten) in die stat., ambulante oder mobile Reha
2. Entlassung aus dem Akuthaus nach Hause mit konkreter Rehaanmeldung in 2-3 Wochen mit **im ambulanten Intervall erfolgreicher Interimsprothesenversorgung**

B. Med. Reha mit **Prothesenversorgung während der Reha** (Interimsversorgung, nach ca. 8-10 Tagen), nur, wenn Stumpf schon ok ist oder sehr wahrscheinlich sein wird. (Interimsstumpffähig)

C. Med.Reha ohne Prothesenversorgung

II. Aus der vertragsärztlichen Versorgung Med. Reha

A. nach verzögerter Prothesenneuversorgung

B. Zur Überprüfung, ggf. Änderung/Neukonzeption

Fragen:

1. Sind 2 Rehaleistungen möglich: zunächst ohne Prothese u.U. für Selbständigkeit und ggf. mittelfristig für Prothesenfähigkeit, dann mit Prothese.
2. Ist med. Reha mit adaptiven Zielsetzungen nach Prothesenfehlschlag möglich

Bei Prothesenversorgung zu bedenken (Abhängigkeit der Rehafähigkeit mit Prothesenversorgung von der Kompetenz der Rehaklinik +, ++, +++)

- Stumpsituation Haut (Naht, Nekrose, Decu, Schwellung) xx
- Stumpsituation: Mechanik/Muskulatur, Endbelastungsfähigkeit x
- Besondere Situation: Doppelseitig? xx
- Anderes Bein belastungsfähig: Stand...
- Allgemeiner Kräftezustand: Stabilisierung mindestens Barren, Gehstützen xxx
- Andere Erkrankungen: z.B. Apoplex, nach Frakturen xxx
- Risiko: AVK, Gerinnungshemmung/Sturzgefahr usw. x
- Zu erwartender Mobilitätsgrad und Nutzungsform x
- Wunsch/Perspektive des Patienten
- Versorgungssituation und weitere Kontextfaktoren (Beurteilung) x
- Interimsprothese: welche PASTEILE oder Anpassungen xxx

Ob die Bedingungen für eine Reha auch bei schwer beeinträchtigten/komplikationsbehafteten Patienten so gestaltet werden können, dass sie erfolgreich ist, hängt wesentlich von der Kompetenz der Rehaklinik/-einrichtung ab. Dies ist oft keine Frage der Rehafähigkeit.

Kriterien für die stationäre Reha:

- Selbstversorgung auf Station,
- überwiegendes Gruppenangebot kann wahrgenommen werden,
- geringer Anteil an Einzeltherapie ausreichend,
- Nettotherapiezeiten 3 Stunden und mehr können verkraftet werden,
- Transferfähigkeit des Gelernten ist vorhanden
- Kommunikation ist sichergestellt: visuell, auditiv, sprachlich

Ob ein Patient rehafähig ist, ist abhängig von der Konzeption und Ausstattung der Einrichtung, z.B. Zahl der Pflegekräfte, der Therapeutische Fachkräfte für Einzeltherapie, sowie dem Rehasetting:

Mobile Rehabilitation im häuslichen Umfeld:

- Selbstversorgung ggf. durch Angehörige o. Pflegedienst
- Kein Gruppenangebot nur Einzeltherapien, individuell anpassbar,
- Anleitung im Übungsfeld alltägliche praktische Verrichtungen
- Nettotherapiezeiten 1-2 TE, Alltagsbewältigung ist Übungsfeld, ggf. mit Unterstützung
- Transferfähigkeit ist nicht notwendig
- Kommunikation ist sichergestellt: visuell, auditiv, sprachlich durch vertraute Umgebung und durch soziales Umfeld.
- Zeitliche Flexibilisierung leicht umsetzbar.

Anhang

Der Anspruch auf med. Leistungen zur Teilhabe ergibt sich aus dem SGB IX :

- Vorliegen einer (ggf. drohenden) Behinderung mit Beeinträchtigung der Teilhabe.
- Vorhandensein eines oder mehrerer (allgemein im Gesetz benannten) individueller Ziele im Sinne der Verbesserung der Teilhabe.
- Vorhandensein von med. Leistungen zur Teilhabe, die mit Wahrscheinlichkeit zur Erreichung der Ziele führen.

Ob ein Anspruch besteht und ggf. auf welche Leistung wird durch eine Bedarfsermittlung (vgl. § 13 SGB IX) abgeklärt.

Die Verantwortung für die bedarfsdeckende Bereitstellung von Leistungen der med. Rehabilitation ist in § 36 SGB IX geregelt.

Theoretisch: Das Rehakonzept der Rehamaßnahme folgt dem Bedarf.

Praktisch: Die Rehaträger und anbieter haben bestimmte Konzepte entwickelt und entsprechende Leistungen vertraglich vereinbart. Sind diese für bestimmte Bedarfe, z.B. bei Pflegebedürftigkeit nicht ausgelegt, führt dies zum Ausschluss des eigentlich Leistungsberechtigten, trotz Bedarfes. Um dies in der Praxis durchzusetzen, hat sich der Begriff der Rehafähigkeit etabliert:

In den gesetzlichen Bestimmungen finden sich aber keine individuellen Voraussetzungen für den Bezug von Leistungen, wie z.B. die Rehafähigkeit. Es kommt nur darauf an:

Ob und welche Ziele mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen und

welche Leistungen im Rahmen einer Prognose zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich sind.

§ 4 SGB IX ...die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
3. die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder
4. die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.

§ 42 SGB IX:

Zur medizinischen Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Menschen werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um

1. Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhindern sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu verhüten oder laufende Sozialleistungen zu mindern.

Rehafähigkeit nach Amputation: Thesen zur Diskussion von **Rehaversorgungslücken**

1. Beim geriatrischen Patienten: oft anfangs noch keine Entscheidung über eine Prothesenversorgung möglich oder gewünscht. Welche mittelfristige Strategie wird hier akzeptiert?
2. ☒ In zahlreichen Fällen ist eine Prothesenversorgung unter den gegebenen Versorgungsbedingungen und Abläufen nicht indiziert: Diese Zahl sollte durch eine Verbesserung der Prozessabläufe verringert werden
3. Die Indikation für med. Reha besteht in der Regel auch ohne Prothesenversorgung im Sinne der Teilhabesicherung/-verbesserung.
4. Häufig stehen adaptive Strategien im Vordergrund: Ermöglichung der sicheren Mobilität durch Rollstuhlnutzung. Dazu ist wichtig:
 1. adaptierte individuelle spezielle Hilfsmittelversorgung (mech. Rollstuhl, Tripelmodus, E-Fix , Elektrorollstuhl)
 2. Sichere Transfers und ADL
 3. Bewältigung von Ängsten sowie von relevanten, oft schmerzhaften Begleiterkrankungen
5. Es fehlt an Angeboten der stat. Rehabilitation (oft geriatrische Patienten) als postakute komplexe Reha bei vorliegender Pflegebedürftigkeit. (einschl. adäquater Finanzierung: Zuschläge!)
6. Bei adaptiven Strategien ist das optimale Setting die Mobile Rehabilitation (in KZP, Pflegeeinrichtung, zu Hause). Solche Angebote fehlen weitgehend
7. Es fehlen Rehakliniken mit spezifischer Kompetenz in der Versorgung amputierter Menschen in Wohnortnähe (wichtig auch für die OT-Versorgung) auch postakut bei hohem behandlungs- und Pflegebedarf.
8. Es fehlen ambulante spezialisierte Versorgungsstrukturen

Exkurs

Der Begriff

- Soll **nicht jedes Defizit in der Rehabilitation** bezeichnen.
 - Bsp. Für **Defizit**: Rehaangebot mit internistisch hochkompetenter Betreuung und zugleich krankheitsgruppenspezifischen Gruppen- (und Einzel-)therapien: Angebot erscheint nicht ausreichend (DGRh), wenig Maßnahmen zu Lasten der GKV.
 - Bsp. Für **Rehalücke**: Angebot an Mobiler Rehabilitation fehlt in den meisten Regionen (zur Indikation s. Gemeinsame Empfehlungen zur MoRe des GKV-SV)
- Der Begriff **Versorgungslücke soll einen strukturellen Mangel an verfügbaren und zugänglichen Strukturen**, die zur Befriedigung anerkannter Bedarfe benötigt werden, bezeichnen
- Versorgungslücken bedeuten Exklusion aus dem Versorgungssystem
- Sie bedeuten ein Exklusionsrisiko für das Individuum, das im Hinblick auf seine gesellschaftlichen Teilhabechancen ohne adäquate Leistung bleibt.

Verantwortung für die Bereitstellung notwendiger Angebote?

Wer ist **verantwortlich** für die bedarfsgerechte Bereitstellung von Rehaangeboten?

- Ausreichende Zahl von Angeboten, Ausreichender Leistungsumfang, Anpassung an wechselnde Bedarfe, Deckung bislang unzureichend gedeckter Bedarfe.

Bereitstellung von Angeboten umfasst:

- Konzepterstellung, Organisation, Zugang, Finanzierung

Bislang waren die Leistungserbringer die Motoren der Entwicklung.

- **Dies ist aus verschiedenen Gründen kaum noch der Fall. (U.a. keine positive Gewinnprognose bzw. sichere Finanzierung, keine Kapazitäten für Konzeptentwicklung, Fehlende Priorisierung bei allen Beteiligten):**
 - Gefahr der einfachen Standardreha bzw. Standardangebote
 - Dies gilt insbesondere für inklusive Angebote
 - Es ist nicht erkennbar, dass die Selbstverwaltung insgesamt die notwendige Entwicklung sicherstellt.

Dies wirft die Frage auf, ob und wie die Verantwortung für die Bereitstellung für Inklusion notwendiger Leistungen und damit der Dienste und Einrichtungen gesetzlich hinreichend geregelt ist.

Z.B. für die Beseitigung der Reha-versorgungslücken oder auch anderer Defizite

(1) Die **Rehabilitationsträger wirken gemeinsam unter Beteiligung der Bundesregierung und der Landesregierungen** darauf hin, dass die fachlich und regional erforderlichen **Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Anzahl und Qualität zur Verfügung stehen. Dabei achten die Rehabilitationsträger darauf, dass für eine ausreichende Anzahl von Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen keine Zugangs- und Kommunikationsbarrieren bestehen.** Die Verbände von Menschen mit Behinderungen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen von Frauen mit Behinderungen sowie die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände werden beteiligt.

(2) Nehmen Rehabilitationsträger zur Ausführung von Leistungen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in Anspruch, erfolgt die Auswahl danach, wer die Leistung in der am besten geeigneten Form ausführt. Dabei werden Rehabilitationsdienste und -einrichtungen freier oder gemeinnütziger Träger entsprechend ihrer Bedeutung für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen berücksichtigt und die Vielfalt der Träger gewahrt sowie deren Selbständigkeit, Selbstverständnis und Unabhängigkeit beachtet. § 51 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 ist anzuwenden.

→ **Sicherstellungsauftrag – oder nur Aufforderung, sich zu bemühen?**

Ein inklusives Gesundheitswesen stellt bedarfsgerecht Leistungen zur Verfügung und sichert deren Inanspruchnahme.

Es schließt Versorgungslücken, beseitigt Defizite und verbessert die Qualität im Hinblick auf die Förderung der Teilhabe.

Dies gilt insbesondere für Menschen, deren Inklusion auf Grund gesundheitlicher und teilhabebezogener Beeinträchtigungen beeinträchtigt oder gefährdet ist.

These:

Wenn die Selbstverwaltung einerseits und die Leistungserbringer andererseits sich nicht freiwillig auf eine Diskussion der inklusiven Bedarfsdeckung (ohne Exklusionsrisiken) einlassen bzw. gewonnene Erkenntnisse nicht freiwillig umsetzen, reicht der derzeitige gesetzliche Rahmen nicht, um dies zu erreichen.

Dies gilt selbst dann, wenn hinreichend handlungsbegründende Forschungsergebnisse vorliegen.

Die Entscheidungsprozesse innerhalb der Selbstverwaltung, z.B. im GBA können durch Patientenbeteiligung Inklusivität im Gesundheitswesen fördern, aber nicht sicherstellen.

Es ist vielfach extrem schwierig, die Exklusionsrisiken anhand von Patientenäußerungen oder patientenbezogenen Daten zu erheben

Ergebnis eines intensiven Diskussionsprozesses, der gesetzlich näher geregelt war, z.B. mit der Pflicht der Konsenssuche: Die für die Wahrnehmung der Interessen der Rehabilitationseinrichtungen maßgeblichen Vereinigungen der Rehabilitationseinrichtungen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden maßgeblichen Verbände erhalten die Gelegenheit zur Stellungnahme. Die Stellungnahmen sind bei der Beschlussfassung durch eine geeignete Organisationsform mit dem Ziel einzubeziehen, eine konsensuale Regelung zu erreichen.

Aus Anlage 3 Vergütung: Definition Reha-Produkt

Kernelement der einrichtungsübergreifenden Komponente sind die **Reha-Produkte**.

Diese ergeben sich aus der medizinischen Reha-Indikation, der Reha-Form und dem vergütungsrelevanten Behandlungskonzept. Jedes Reha-Produkt wird einrichtungsübergreifend anhand einheitlicher Kriterien monetär bewertet.

Die Reha-Indikation bezeichnet die Fachrichtung, in der die Leistung zur medizinischen Rehabilitation durchgeführt wird. Die Reha-Indikation nimmt die grundsätzlichen reha-medizinischen Bedarfe der Rehabilitand*innen auf.

Die Reha-Form definiert die Art der Durchführung der Rehabilitationsleistung. Sie kann insbesondere die Ausprägungen stationär, ganztägig ambulant oder ambulant annehmen.

Weiterhin werden **vergütungsrelevante Behandlungskonzepte** unterschieden, die spezifische Bedarfe der RehabilitandInnen ansprechen, die durch die indikationsspezifische Rehabilitation allein nicht abgedeckt werden.

Vergütungsrelevante Behandlungskonzepte beziehen **Behandlungsinhalte ein, die spezifische Bedarfe der Rehabilitand*innen aufgreifen. Diese werden mittels einer eigenen, einrichtungsübergreifend gültigen Bewertungsrelation abgebildet.**

Die Entscheidung über die Aufnahme von vergütungsrelevanten Behandlungskonzepten in das Vergütungssystem erfolgt nach einheitlichen Kriterien. Diese sind:

- medizinische bzw. teilhabeorientierte Bedeutung für die Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung,
- Beitrag zur Erreichung der individuellen Teilhabeziele
- relevante Fallzahlen und
- deutlich höherer und klar beschreibbarer Aufwand.

Die Entscheidung über die Aufnahme eines vergütungsrelevanten Behandlungskonzepts erfolgt in ganzheitlicher Betrachtung und Abwägung aller Kriterien.

Neue vergütungsrelevante Behandlungskonzepte können als temporäres Reha-Produkt in regionalen und zeitlich befristeten Modellen auf ihre Eignung zur Aufnahme in das Vergütungssystem erprobt und geprüft werden. Die zuständigen Gremien der Deutschen Rentenversicherung Bund entscheiden über die endgültige Aufnahme von neuen vergütungsrelevanten Behandlungskonzepten in das Vergütungssystem.

Zusätzlich zu einer einrichtungsübergreifenden Komponente enthält das Vergütungssystem der Deutschen Rentenversicherung einen grundsätzlich begrenzten Verhandlungsspielraum für eine **einrichtungsspezifische Komponente**. Die zuständigen Gremien der Deutschen Rentenversicherung Bund legen die Kriterien dafür fest.

In der einrichtungsspezifischen Komponente werden die besonderen Bedingungen jeder Rehabilitationseinrichtung bei der Erbringung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation berücksichtigt, die nicht über die einrichtungsübergreifende Komponente abgedeckt werden.

Dabei handelt es sich v. a. um folgende einrichtungsspezifische Komponenten bzw. Sachverhalte, die zu **außergewöhnlichen Aufwendungen** führen können:

a) Tarifkomponente

b) Strukturkomponente:

1. Besondere regionale Strukturen
2. Besondere bauliche oder grundstücksbezogene Strukturen
3. Besondere personelle oder ausstattungsbezogene Strukturen
4. **Leistungsspezifische Besonderheiten**

c) Innovations- und Nachhaltigkeitskomponente

d) Zuschläge für erstattungsfähige Sachverhalte (z. B. Kurtaxe; Telematik-Infrastruktur)

Für die Innovations- und Nachhaltigkeitskomponente können in einem befristeten Zeitraum außergewöhnliche Aufwendungen finanziell berücksichtigt werden. Dabei geht es v. a. um die innovative konzeptionelle und methodische Weiterentwicklung der Rehabilitation sowie Innovationen im Bereich der Digitalisierung, die Rehabilitand*innen unmittelbar zugutekommen. Zudem geht es um ressourcenschonende Projekte, die der Verbesserung der Nachhaltigkeit dienen.

„Bezugnehmend auf den dritten und siebten Absatz des Prologs können in der einrichtungsspezifischen Komponente unter Zf. 4 („Leistungsspezifischen Besonderheiten“) der Strukturkomponente grundsätzlich auch außergewöhnliche behinderungs- bzw. krankheitsbedingte Mehraufwände für Versicherte mit komplexen Teilhabebeeinträchtigungen berücksichtigt werden.

Für berücksichtigungsfähige Sachverhalte kann zwischen einer zugelassenen Rehabilitationseinrichtung und dem federführenden Träger der Rentenversicherung in einem transparenten Verhandlungsverfahren eine Vergütung vereinbart werden, die über die einrichtungsübergreifende Komponente hinausgeht.“

- Nach langer Diskussion ist es gelungen, dass besondere Bedarfe auch bei der Finanzierung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation seitens der RV grundsätzlich berücksichtigt werden können.
 - Damit ist eine Option vorhanden, eine bloße Standardrehabilitation zu vermeiden und Rehaleistungen zu differenzieren.
 - Entscheidend ist hier aber, dass die Leistungserbringer die besonderen Bedarfe konzeptionell und in der Struktur- und Prozessqualität umsetzen und dazu bereit sind, in Verhandlungen zu treten.
 - Seitens der Leistungsträger ist die Bereitschaft zum Führen von Verhandlungen und zum Abschluss einer leistungs- und aufwandsgerechten Vergütung erforderlich.
 - Werden auch die Leistungserbringer ihrer Verantwortung für ein inklusives Gesundheitswesen gerecht?
 - Hinweis: Die Herstellung von Barrierefreiheit reicht dazu nicht aus.
 - Auch andere Strategien sind ergänzend zu nutzen, z.B. die Mitnahme einer Assistenz und deren systematischer Einbezug. Erste Erfahrungen zur Umsetzung von § 43b SGB V sowie § 113 SGB IX zeigen ein erhebliches Umsetzungsdefizit.
- ➔ Soll Inklusivität stets durch Sondervereinbarungen gesichert werden, die vom Good Will im Einzelfall abhängen?