

Bedarfsgerechte mobile Rehabilitationsstrukturen aufbauen - zwischen Ordnungs- politik und Anreizsystemen

Matthias-Schmidt-Ohlemann

Symposium Mobile Rehabilitation

**„Mobile Rehabilitation – eine zukunftsfähige Versorgungsform für
Patient*innen, Leistungsträger, Zuweiser, Leistungserbringer“**

22. März 2024

Berlin

- Anspruch auf **Krankenbehandlung**, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen. § 2a SGB V)
 - **Anknüpfungspunkt ist hier die Krankheit.**
 - Allerdings gelten die **Ziele der medizinischen Rehabilitation**, wie sie in § 42 Abs. 1 SGB IX formuliert sind, auch für die **Krankenbehandlung (§ 43 SGB IX)**
 - Anspruch auf **Leistungen der medizinischen Rehabilitation** (sind im SGB V zwar unter Krankenbehandlung aufgeführt), stellen eine **eigene Leistungsart** dar, um Behinderungen einschl. chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten, Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegbedürftigkeit zu vermeiden.... Sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu verhüten...zu mindern.
 - **Anknüpfungspunkt ist hier die (drohende) Behinderung (legal definiert als Beeinträchtigung der Teilhabe auf Grund eines Gesundheitsproblems, § 2 SGB IX)**
 - die trägerübergreifende gemeinsame gesetzliche Grundlage für Leistungen der medizinischen Rehabilitation ist das SGB IX, soweit in Einzelgesetzen nichts Abweichendes geregelt ist (z.B. SGB V in § 40 ff und §111ff, im SGB VI § 15f usw.)
- ➔ **Wer definiert legitime Ansprüche und damit Bedarfe?**
- ➔ **Wer sorgt für die Bereitstellung bedarfsdeckender Angebote?**

- **Krankenbehandlung** oder Behandlung oder Therapie. Darunter fallen auch
 - Teilhabeorientierte Behandlung: Nähere Charakterisierung des therapeutischen Handelns
 - Leistungen der **(Kranken)Behandlung mit rehabilitativer Zielsetzung**: Nähere Charakterisierung des Bezuges zum Leistungsrecht
- **Medizinische Rehabilitation** oder **Leistungen der medizinischen Rehabilitation**
 - Medizinische Rehabilitation : Nähere Charakterisierung des medizinischen Angebotes, zugleich leistungsrechtlich korrekter Begriff
 - Leistungen der medizinischen Rehabilitation: Nähere Charakterisierung sowohl leistungsrechtlich als auch leistungserbringerrechtlich
- Achtung: **Rehabilitationsmedizin/rehabilitationsmedizinische Versorgung** oder **Behandlung** kann beides sein. Man spricht von rehabilitativer Medizin und einem **rehabilitationsmedizinischen (oder rehabilitativen) Paradigma**

- **Bedarfe an Leistungen medizinischer Rehabilitation** von Versicherten werden z.Zt. im dt. Rehasystem nur dann anerkannt (und eine fehlende Bedarfsdeckung als Versorgungslücke identifiziert), wenn u.a. die Bedingung seitens der RehabilitandInnen erfüllt ist, dass diese **rehabfähig** sind und dass bei Ihnen **Rehabilitationsziele** identifiziert werden können, die mittels einer Rehamaßnahme erreichbar sind.
- „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.“ (RehaRL GBA)
- **Rehabfähigkeit wird aktuell wesentlich durch das Angebot der Rehaeinrichtungen geprägt**, das z.B. Selbständigkeit auf der Stationsebene voraussetzt. Z.Zt. werden gerade Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen oder mit Pflegebedürftigkeit in den vorhandenen Rehakliniken als nicht rehabfähig eingeschätzt.
- **Diese Praxis ist gesetzlich nicht gedeckt:** Rehabilitandenseitige Einschränkungen sind nicht vorgesehen (Plausibel hingegen: Akuterkrankung), **solange mit einer bedarfsgerechten Gestaltung der Rehaleistung Teilhabeziele erreicht werden können.**
- Das **derzeitige Konzept der Rehabfähigkeit** ist eine wesentliche nicht nur praktische sondern **gesetzeswidrige Barriere** für Menschen mit Beeinträchtigungen und bedeutet ihre **Exklusion aus dem System der Rehabilitation bzw. eine systematische Versorgungslücke.**

Limitierende Faktoren seitens der Rehaklinik, die zur Verneinung von Refähigkeit 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:

Versorgungslücken und Defizite in der Rehabilitation - hier bei Menschen mit Bedarf an aufsuchender Rehabilitation

- Der Begriff **Versorgungslücke** in der Rehabilitation soll einen **strukturellen Mangel an verfügbaren und zugänglichen Strukturen**, die zur Befriedigung anerkannter Bedarfe benötigt werden, bezeichnen. Solche Bedarfe müssen bekannt sein oder erhoben werden und der Grad der Bedarfsdeckung ist zu ermitteln.

Beispiele für Lücken sind:

- **Mobile Rehabilitation bei** Mobilitäts-, Sinnes- oder kognitiven Beeinträchtigungen
 - **Anschlussrehabilitation** bei schwer psychisch kranken Menschen fehlt
 - Psychosomatisch/psychotherapeutische bei ausgeprägter **Pflegebedürftigkeit oder Behinderung**
 - Der Begriff **Defizit** in der Rehabilitation soll **Struktur- und Prozessdefizite im Zugang zur Rehabilitation und innerhalb der Rehabilitationsmaßnahmen, insbesondere im Hinblick auf die Qualität bezeichnen**. Beispiele in der somatischen Rehabilitation bei Menschen mit Pflegebedürftigkeit oder Demenz, z.B.:
 - Fehlende Barrierefreiheit
 - Mangelnde Individualisierung u.a. wegen vorwiegender Gruppenorientierung
- ➔ **Es gibt keinen verbindlichen Mechanismus, mittels dessen Versorgungslücken definiert werden**
- ➔ **Reha von vulnerablen Gruppen wird seit Jahren marginalisiert: Bei Pflegebedürftigkeit, Behinderung, Blindheit usw.**

Was fehlt für die Beseitigung der Rehalücken, hier der Mobilen Rehabilitation?

Zur Erinnerung: Vorrangige Versorgungslücken im Bereich der medizinischen Rehabilitation:

- **Mobile Rehabilitation (für geriatrische, für multipel beeinträchtigte Menschen unter 60 Jahren, bei schweren psychischen Erkrankungen, als postakute Rehabilitation oder bei außerklinischer Intensivpflege)**
 - Anschlussrehabilitation nach stationärer Behandlung bei schweren psychischen Erkrankungen
 - Somatische und psychosomatische/psychotherapeutische Rehabilitation bei Pflegebedürftigkeit oder ausgeprägten Behinderungen(Sehen, Hören, Intelligenz etc.)
 - Postakute komplexe Rehabilitation nach Polytrauma
 - Postakute komplexe Rehabilitation nach schweren Eingriffen und Erkrankungen (Amputation, Sepsis usw.)
 - Fachübergreifende Rehabilitation bei Multimorbidität und
 - Fachübergreifende Frührehabilitation als Krankenhausbehandlung
 - Ambulante Rehabilitation für Kinder und Jugendliche
- ➔ **Zusammenfassende Problemdarstellung: Werkstattbericht Rehainnovativen (www.reha-recht.de)**
- ➔ **Einzelne Problemdarstellungen von Fachgesellschaften und Verbänden**
- ➔ **An der Notwendigkeit von MoGeRe keine ernsthaften Zweifel.**

- **Zu den Hauptaufgaben des Staates gehört die Sicherung der gleichberechtigten, umfassenden Teilhabe aller Bürgerinnen und Bürger und die Vermeidung jeglicher Benachteiligung und Diskriminierung sowie die Selbstbestimmung (hier: bei der Teilhabe).**
- **Sicherstellung bedeutet Erhaltung und Herstellung von Teilhabe durch Maßnahmen und Vorkehrungen zur Förderung der Teilhabe.**
- In einem allgemeinen ethischen Diskurs kann man hier gut an den Capability-Ansatz von A. Sen und M. Nussbaum anknüpfen, der als Wesensaufgabe von Staaten herleitet, Befähigungsgerechtigkeit herzustellen.
- Faktisch bedienen sich die Staaten der Vereinbarung überstaatlicher normativer Grundlagen, z.B. in Konventionen und gesetzlicher Grundlagen innerhalb der Nationalstaaten.
- Für die Förderung der Teilhabe von Menschen mit (drohenden) Beeinträchtigungen und zur Vermeidung, Beseitigung oder Minderung von Beeinträchtigungen z.B. durch eine gute Gesundheitsversorgung u.a. gibt es eine Fülle verschiedener Maßnahmen und Leistungen

Wie aber wird sichergestellt, dass es genug Einrichtungen und Dienste und damit ausreichend geeignete Leistungen für die Förderung der Teilhabe, hier der Rehabilitation gibt?

- Der **soziale Rechtsstaat** realisiert sich nicht nur in individuellen Leistungen und Ansprüchen, sondern auch in der **Verantwortung für eine Infrastruktur**, in der diese realisiert werden können
- Er soll notwendige Versorgungsleistungen nicht selbst anbieten sondern diese durch Einrichtungen u. Dienste der Zivilgesellschaft (Markt, Wohlfahrtspflege) erbringen lassen,
- **Wirtschaftliche Interessen (Markt) und soziales Engagement (Wohlfahrtspflege) alleine realisieren diese oft nicht hinreichend:** Staatliches Eingreifen im Sinne von Ersatz ist nur subsidiär möglich.
- **Daher besteht die Notwendigkeit staatlicher Regulierung, in der Regel nicht** als staatl. Realisierung von Leistungen.

- „Daseinsvorsorge“ als Kategorie der Leistungsverwaltung (Im EU-Recht: „Leistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse“)
- In Deutschland grundsätzlicher Vorrang der Länder (Art. 30 GG) und Kommunen (Art. 28 GG) bei der Regulierung und Schaffung von Infrastruktur
- Ausnahmen erwähnt das GG explizit, so die Finanzierung von Krankenhäusern (Gesetzgebungskompetenz seit 1969)
- Aber extensive (Mit-)verantwortung des Bundes im Rahmen von Sozialgesetzgebung

(Welti 2023, DVfR Kongress, s. www.dvfr.de)

- **UN-BRK** Art 25 und 26
- **Infrastrukturverantwortung der Sozialleistungsträger** nach § 17 Abs. 1 SGB I (Ausführung der Sozialleistungen: Dass die erforderlichen Dienste rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen)
- **Kooperationsverantwortung der Sozialleistungsträger** nach § 95 SGB X (Zusammenarbeit bei aller Beteiligten nach § 86 SGB X bei Planung und Forschung, u.a. bei der Bedarfsermittlung)
- **Verpflichtung im SGB IX** – Teil 1 zur trägerübergreifenden Zusammenarbeit in Infrastrukturfragen bundesweit und landesweit Hinwirkung auf eine ausreichende Zahl an geeigneten Einrichtungen (§ 36 Abs. 1 SGB IX)
 - **Voraussetzungen:**
 - Kooperation der **Leistungsträger: Regionale Arbeitsgemeinschaften** (§ 25 Abs. 2 SGB IX)
 - Kooperation der **Leistungserbringer: Regionale Arbeitsgemeinschaften** (§ 36 Abs. 4 SGB IX)
 - **Wahrnehmung der Strukturverantwortung für die Bereitstellung notwendiger Dienste und Einrichtungen durch die Länder**

(vgl. auch Welti 2023)

(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.....

- Sicherstellungsauftrag – oder nur Hinwirkung, d.h. Aufforderung, sich zu bemühen?
- Kooperationen, z.B. regionale Ags?
- Instrumentarium, z.B. Planungsvorgaben?
- Hinreichende Daten zu Bedarfen und Bedarfsdeckung, insbesondere im jeweiligen Sozialraum?
- Hinreichende Berücksichtigung der Rolle der Länder?

Die Forderung nach Schließung von Versorgungslücken in der medizinischen Rehabilitation ist kein Selbstzweck:

Diese ist, insbesondere im Bereich der Mobilen Rehabilitationsangebote und hier v.a. geriatrischer MoRe dringend notwendig, um

- **Umfang und Ausmaß von Pflegebedürftigkeit** zu vermindern
 - Den **Unterstützungsbedarf Pflegebedürftiger** zu vermindern
 - Das **primäre Soziale Netz, v.a. die An- und Zugehörigen zu befähigen** und zu unterstützen, die Versorgung pflegebedürftiger und behinderter Menschen sicherzustellen, ihre Teilhabe zu fördern und einen Verbleib in der Häuslichkeit zu ermöglichen
 - Medizinische Rehabilitation mit einer **deutlich geringeren Zahl von Pflegefachkräften** als in stationären Rehaformen zu ermöglichen,
 - zugleich zu einer **stärkere Teilhabeorientierung der Pflege** sei es im häuslichen Kontext, sei es im Pflegeheim beizutragen, auch durch **bedarfsgerechte Hilfsmittelversorgung und Wohnungsgestaltung.**
 - Zur Vernetzung und Kooperation im Sozialraum beizutragen.
- ➔ **Mobile Geriatrische Rehabilitation gehört auf die aktuelle politische Agenda.**

Was fehlt für die Beseitigung der Rehalücken, hier der Mobilen Rehabilitation?

1. **Keine systematische, regelhafte und umfassende Prüfung, ob und welche Versorgungslücken im Bereich der medizinischen Rehabilitation bestehen.** - Erfolgt für die MoRe durch keinen der Beteiligten nach § 36 außer (in Teilen) BAG MoRe (AG nach § 36 Abs. 4 SGB IX) sowie durch einzelne Fachverbände.
2. Kein **gemeinsamer institutionalisierter Diskurs der nach § 36 SGB IX Zuständigen** - und zwar weder auf der Ebene der Länder, des Bundes noch der Rehaträger. (Marginal in der BAR)
3. Keine **hinreichende Datenlage zu einigen Bedarfen** (Berichterstattung, Forschung) und zu **Angeboten?** - Zu einigen Bedarfslagen stehen, allerdings nur unzureichende, Daten (zumindest aus Sicht der Leistungsträger) zur Verfügung. Zu Angeboten stehen Versorgungsdaten nur zur MoGeRe zur Verfügung,
4. Kein **systematischer Abgleich: Deckt das Angebot den Bedarf?** - Ein systematischer Abgleich und ggf. Ableitung eines Handlungsbedarfes erfolgt nicht..
5. Gibt es **hinreichend erprobte Lösungsansätze?** - Für die MoGeRe ja, für die moPsychRe und die MoneuRe nur ansatzweise.
6. Gibt es **Umsetzungsinitiativen seitens der Zuständigen nach § 36 SGB IX:** - Lediglich Freistaat Bayern durch Förderprogramm. Defizit in politischer Programmatik!
7. Gibt es Ansätze, **vorhandene Barrieren für Leistungsanbieter zu vermindern oder Gründungen zu fördern?** Bislang nicht bekannt.

Die Identifizierung von Versorgungslücken und die Bedarfsanmeldung für Leistungsangebote zur Bedarfsdeckung sind (aus verschiedenen Gründen) offenbar nicht ausreichend, das Schließen von relevanten Versorgungslücken anzustoßen.

Deshalb bedarf es eines proaktiven politischen Handlungskonzeptes mit dem Ziel der Bedarfserkennung und Bedarfsdeckung: **Ordnungspolitik**. Dazu sollte gehören:

1. **Wahrnehmung der Infrastrukturverantwortung nach § 36 Abs. 1 SGB IX durch alle dort benannten Akteure,**
 - a) **bundesgesetzliche Verpflichtung zu einem regelmäßigen Diskurs in Form einer Arbeitsgemeinschaft (§ 25 SGB IX) der nach § 36 SGB IX Zuständigen einschl. der Rehaträger,**
 - b) ggf. dezidierter Hinweis auf mögliche **Landesgesetzgebung**, z.B. um Zweifel an der Gesetzgebungskompetenz zu regionaler Kooperation einschl. der Selbstverwaltung zu beseitigen
2. Schaffung der Voraussetzungen für die Bedarfserkennung und damit der Beseitigung von Versorgungslücken in der Rehabilitation durch die Rehaträger z.B. in Form einer **Beobachtungs- und Berichtspflicht zu Bedarfen und zur Bedarfsdeckung, z.B. durch die BAR**
3. **MoRe wird Regelleistung aller Rehaträger (explizit nicht nur im SGB V)**
4. **Forschungsprogramm zu Rehalücken und zu Umsetzungskonzepten mobiler Rehabilitation in den angegebenen Indikation, z.B. auch als Aufgabe der BAR: § 39 Abs. 2 Nr. 9 SGB IX**

Es müssen hinreichend Leistungsanbieter gewonnen werden werden. Dieses kann nur durch Anreize erreicht werden:

1. MoRe findet Aufnahme in die gesundheits- und sozialpolitische Programmatik (Bund, Länder, Kommunen)
2. MoRe wird reguläres Angebot aller Rehaträger
3. Anschubförderung
4. Attraktive und zuverlässige Vergütung, auch ohne Verwertung von Immobilien
5. Erleichterungen bei der Beantragung und flexible Rahmenbedingungen bei der Gestaltung
6. Förderung von regionalen Kooperationen von Einrichtungen
7. Stabile Trägerlandschaft
8. Konzeptionelle Weiterentwicklung der Rehabilitation und der Gesundheitsversorgung zu sozialraumorientierten Konzepten (Reha fehlt bei den Gesundheitsregionen des GVG)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Dr. med. Matthas Schmidt-Ohlemann

Facharzt für Orthopädie, Rheumatologie, physikalische und rehabilitative Medizin.

Landesarzt für Körperbehinderte

Vorsitzender der DVfR

Mitglied im Vorstand der BAG MoRe

Pestalozzistr. 5

55543 Bad Kreuznach

Matthias.Schmidt.Ohlemann@googlemail.com