



21.05.2014

Positionspapier der BAGFW zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) möchte mit dem vorliegenden Positionspapier auf den aus ihrer Sicht drängenden rehapolitischen Handlungsbedarf hinweisen.

Einleitung

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) möchte mit dem vorliegenden Positionspapier auf den aus ihrer Sicht drängenden rehapoliti- schen Handlungsbedarf hinweisen.

Einerseits hat sich in den letzten Jahrzehnten ein hoch qualifiziertes System der medizinischen Rehabilitation entwickelt. Andererseits ist dieses System mit sehr hohen Zugangshürden versehen, die mit dem SGB IX angestrebten Ziele der Koordination, Kooperation und Kongruenz sind nur mangelhaft realisiert und es ist nur unzureichend auf die Teilhabeziele und Bedarfslagen von spezifischen Personengruppen ausgerichtet.

Je nach sozialer Schicht sind Unterschiede in den Belastungen, in den (Bewältigungs-)Ressourcen, im Gesundheitsverhalten und in den Zugängen zur Gesundheitsversorgung nachweisbar. Angesichts dieser gesundheitlichen Ungleichheit ist es auch für die medizinische Rehabilitation von großer Bedeutung, sozial benachteiligte Menschen besonders im Blick zu haben. Die BAGFW verfolgt in ihrer anwaltschaftlichen Funktion das Ziel, dass alle Menschen, die Leistungen der medizinischen Rehabilitation benötigen, diese auch bedarfsgerecht erhalten.

Die BAGFW folgt dem Verständnis der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

(BAR), wonach die medizinische Rehabilitation da ansetzt, wo Selbstbestimmung und Autonomie eines Menschen aufgrund von Gesundheitsstörungen verloren gegangen oder gefährdet sind. Das kann

durch (chronische) körperliche Krankheit, Unfall, Pflegebedürftigkeit, im Zusammenhang mit einer Behinderung oder seelische Störung hervorgerufen werden. Medizinische Rehabilitation geht über die Ebene der Körperfunktionen und -strukturen hinaus, sie soll auch Fähigkeitsstörungen und sozialen Beeinträchtigungen vorbeugen, sie beseitigen, verbessern oder kompensieren. Kurz: Teilhabe und Lebensqualität sichern.

Die medizinische Rehabilitation ist aber darüber hinaus auch eine wesentliche Grundlage für ein Gesundheitswesen, das Antworten auf die Herausforderungen des demographischen Wandels haben muss. Dem altersbedingten Rückgang von Leistungsfähigkeit, der Zunahme von chronischen und Mehrfacherkrankungen wird ein

Gesundheitssystem nicht gerecht, das seinen Fokus einseitig auf die Akutversorgung setzt. Demgegenüber gewinnen Vorbeugung, Rückfallvermeidung und Verschlimmerungsverhütung von Gesundheitsstörungen, chronischen Erkrankungen und Behinderungen an Bedeutung.

Dabei kann heute als unbestritten gelten, dass sich Rehabilitation lohnt. Zu allererst für die Menschen, deren Potential gezielt gefördert und einer weiteren Einschränkung ihrer Teilhabemöglichkeiten entgegengewirkt wird. Aber auch der volkswirtschaftliche Nutzen von medizinischer

Rehabilitation ist nachgewiesen. Daher sollten der Gesellschaft Investitionen in die medizinische Rehabilitation wert sein.

Kapitel 1 Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation für alle Menschen gewährleisten

Während der Zugang zur Anschlussheilbehandlung aus dem Krankenhaus heraus in den allermeisten Fällen unproblematisch gewährleistet ist, sind andere Zugangswege von deutlich höheren Hürden gekennzeichnet. Dabei überlagern sich mehrere, auf den ersten Blick eher geringe Erschwernisse und werden zu ernsthaften Barrieren. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege möchte auf folgende Punkte aufmerksam machen:

(1) In der vertragsärztlichen Versorgung dürfen nach der Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nur Ärzte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation verordnen, die aufgrund ihrer Reha-Qualifikation durch die Kassenärztliche Vereinigung die Genehmigung dazu erhalten haben. Für die Versicherten bedeutet dies, dass sie unter Umständen nicht von ihrem vertrauten Arzt/ihrer Ärztin eine entsprechende Verordnung erhalten können.

(2) Darüber hinaus stellt im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung das zwei- stufige Antragsverfahren (bei dem im ersten Schritt der Arzt eine Verordnung beim Kostenträger anzeigt) eine unnötige bürokratische Hürde dar.

(3) Zudem werden die Verfahren von den Kostenträgern (vor allem Renten- und Krankenversicherung) unterschiedlich ausgestaltet.

(4) Wird ein Leistungsantrag abgelehnt, so erfolgt dies ohne direkte Rücksprache mit dem verordnenden Arzt oder Untersuchung des Patienten.

(5) Die teilweise hohen, zugleich regional unterschiedlichen Ablehnungsquoten weisen auf die unterschiedliche Anwendung der Entscheidungskriterien hin.

(6) Ein weiteres Problem besteht im sequentiellen Krankheitsverständnis des SGB V, wonach Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erst zu erbringen sind, wenn eine ambulante Krankenbehandlung nicht ausreicht. Dies widerspricht dem Grundsatz, erforderliche Rehabilitative Leistung

so früh wie möglich zu erbringen.

Lösungsansätze:

Die BAGFW setzt sich dafür ein, dass die niedergelassenen Ärzte, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation verordnen dürfen, in ausreichender Zahl flächendeckend vorhanden sind.

Soll ein Leistungsantrag abgelehnt oder soll von der Verordnung durch den Leistungsträger abgewichen werden, sind aus Sicht der BAGFW sowohl die/der Versicherte als auch der Arzt/die Ärztin in die Entscheidung durch Information und ein Recht auf Stellungnahme einzubeziehen.

Aus unserer Sicht steht das zweistufige Verfahren im Widerspruch zu dem im SGB IX formulierten Anspruch, den Zugang zu Reha-Leistungen einfach und unbürokratisch zu gestalten (vgl. § 10 Koordinierung der Leistungen und § 14 Zuständigkeitsklärung). Die Reha-Richtlinie soll dahingehend verändert werden, dass künftig das Muster 60 (mit dem eine Verordnung der Krankenkassen angezeigt wird), entfällt. Zudem setzt sich die BAGFW

dafür ein, dass die bislang verschiedenen Antragsformulare der Kostenträger vereinheitlicht werden.

Die dem sequenziellen Krankheitsverständnis geschuldete Nachrangigkeit der medizinischen Rehabilitation gegenüber der kurativen Medizin (im § 40 SGB V) ist aufzuheben. Ärzten und Patienten müssen zielgruppenspezifische, strukturierte Informationsangebote und -materialien zum Reha-Zugang sowie zu Möglichkeiten, Zielstellungen und Inhalten medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen verfügbar gemacht werden. Die rehabilitative Kompetenz innerhalb der Gesundheitsberufe ist zu verbessern.

Angesichts von z.T. sehr hohen, zugleich regional unterschiedlichen Ablehnungsquoten sind die Bewilligungsverfahren nicht nur hinsichtlich der Entscheidungskriterien, sondern auch hinsichtlich ihrer fachlichen Validierung zur Diskussion zu stellen. Die Qualität der Begutachtung in den verschiedenen Kontexten (z. B. im Zusammenhang mit der Pflegebegutachtung) ist zu sichern.

1.1 Zugangsbarrieren beseitigen

Im Folgenden sollen für einige vulnerable Zielgruppen zentrale

Zugangsbarrieren exemplarisch beschrieben werden. Auf die Rehabilitationsansprüche dieser Zielgruppen möchte die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in besonderer Weise aufmerksam machen.

1.1.1 Ältere Menschen

Immer wieder werden fehlende Anreize auf Seiten der Gesetzlichen Krankenversicherung als Grund für die geringe Investition in Rehabilitationsleistungen für alte und/oder pflegebedürftige Menschen angeführt. Die Krankenkassen, so die Argumentation, würden die Kosten der Rehabilitation tragen, die Pflegekassen würden hingegen durch die Rehabilitationsleistungen entlastet, weil Pflegebedürftigkeit vermindert oder hinausgezögert werde.

Gerade mit Blick auf die Auswirkungen des demographischen Wandels und der zu erwartenden Zunahme chronischer Erkrankungen ist es von besonderer Bedeutung, dass ältere Menschen die Leistungsangebote der medizinischen Rehabilitation in Anspruch nehmen können. Dies ist jedoch vielfach nicht gewährleistet. Experten sehen in der Rehabilitation älterer

und alter Menschen ein großes, aber nach wie vor zu wenig genutztes Potenzial. Dabei konnten positive Effekte der Rehabilitation auf die Lebensqualität alter Menschen (und teilweise auf die Kostenentwicklung) bereits nachgewiesen werden.

Alte Menschen haben oft multiple und parallel bestehende Versorgungsbedarfe, die leistungsrechtlich in die Logik verschiedener Sozialgesetzbücher und unterschiedlicher Finanzierungsverantwortlichkeiten fallen. Diese Komplexität erschwert die Orientierung im Leistungssystem sowie die Durchsetzung von Leistungsansprüchen.

Vielfach sind die rehabilitativen Angebote nicht auf die Bedarfslagen der Zielgruppe zugeschnitten und oft wohnortfern. Das aber steht dem Wunsch der Mehrzahl der Nutzerinnen und Nutzer gerade im höheren Lebensalter entgegen, auch während der Rehabilitation im vertrauten Lebensumfeld zu verbleiben. Wenn sich alte Menschen gegen eine weit vom Lebensumfeld entfernt liegende Rehabilitationseinrichtung entscheiden, wird ihnen fälschlicherweise oft der Rehabilitationswille abgesprochen.

Mobile geriatrische Rehabilitationsdienste, die den Bedarfen älterer Menschen entsprechen könnten, gibt es bundesweit nur an wenigen Standorten. Restriktive Rahmenvorgaben der Kostenträger und enge

finanzielle Spielräume ermöglichen den Leistungserbringern kaum die erforderliche wirtschaftliche Grundlage. Daher sind die mobile geriatrische Rehabilitation und ihre besonderen Vorteile weder bei vielen Ärzten noch in der Bevölkerung hinreichend bekannt.

Hoch problematisch ist es zudem, wenn Anträge wegen Pflegebedürftigkeit und/ oder z.B. einer bestehenden (auch nur anfänglichen) Demenz abgelehnt werden, da aus Sicht der Kostenträger diese Personen nicht rehabilitationsfähig seien.

Lösungsansätze:

Die gesetzliche Krankenversicherung ist originärer Träger der medizinischen Rehabilitation für nicht mehr Erwerbstätige. Positive Kosteneffekte für andere sozialen Leistungssysteme sind kein Argument für die Verschiebung dieser Verantwortung. Deshalb lehnt die BAGFW den im Koalitionsvertrag als Prüfauftrag formulierten Vorschlag ab, die Pflegeversicherung als Kostenträger für die geriatrische Rehabilitation zu erwägen.

Damit die Rehabilitationsfähigkeit von alten Menschen realistisch abgebildet werden kann, ist die Anwendung altersspezifischer

Assessments zur Erfassung des Rehabilitationsbedarfs und zur Formulierung von Rehabilitationszielen notwendig, die sich an den aktuellen gerontologischen und geriatrischen Erkenntnissen orientieren.

Darüber hinaus sind aus Sicht der BAGFW zielgruppenspezifische Rehabilitationsangebote zwingend erforderlich, die die Lebenssituation und die besonderen Bedarfe älterer Menschen berücksichtigen.

Gerade bei komplexen Versorgungsbedarfen muss die medizinische Rehabilitation in einem koordinierten Netz von gesundheitlichen Leistungen erbracht werden, in dem Kuration, Rehabilitation, Nachsorge und Pflege frühzeitig ineinander greifen. Heilmittel wie z.B. Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie etc. müssen unkompliziert bewilligt und als aufsuchende Therapieangebote in der Häuslichkeit erbracht werden können.

Ein zentrales Ziel der Rehabilitation muss sein, den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen; dazu gehört auch die Stabilisierung in der nach-rehabilitativen Phase durch funktionsverbessernde und teilhabefördernde (Behandlungs-) Maßnahmen. Dies muss neben der längerfristigen Hilfsmittelversorgung auch die nachsorgende Beratung, entlastende Angebote für pflegende Angehörige und letztlich die barrierefreie Wohnraum- und Umfeldgestaltung umfassen.

1.1.2 Menschen mit Behinderung

Spätestens seit Inkrafttreten der UN Behindertenrechtskonvention im Mai 2009 in Deutschland sind auch die Rehabilitationsträger im Rahmen ihrer Aufgabenstellung verpflichtet, Menschen mit Behinderungen einen barrierefreien Zugang zu den medizinischen Rehabilitationsleistungen und -diensten zu ermöglichen und das Leistungssystem inklusionsfest auszugestalten.

Die Lebenswirklichkeit von Menschen mit Behinderung sieht in Bezug auf den Zugang zur medizinischen Rehabilitation jedoch anders aus. Das komplexe Reha-System mit seinen verschiedenen Rehabilitationsträgern sowie der Vielzahl an gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen macht es für die Menschen mit Behinderung oft schwierig, ihre Leistungsansprüche zu verstehen und im Konfliktfall durchzusetzen.

Oftmals sind Reha-Maßnahmen mit Voraussetzungen und Kriterien verbunden, die Menschen mit bestimmten Behinderungen oder komplexen Problemlagen (z. B. geistige Behinderung, Autismus, schwere Sinnes-, Körper- oder psychische Behinderungen) von Angeboten grundsätzlich ausschließen. Weitere Zugangshindernisse reichen von baulichen Barrieren (z.B. Schwellen, zu schmale Türen, Drehgriffe an

Türen, fehlende Aufzüge oder zugängliche Toiletten) über mangelnde Orientierungshilfen für sinnesbehinderte und kognitiv beeinträchtigte Menschen (z. B. zu kleine oder kontrastarme Beschriftungen) bis zu ungelösten Kommunikationsproblemen (z.B. durch fehlende Gebärdensprach- und Schriftdolmetscher, Übersetzungen in Leichte Sprache).

Nach wie vor dominieren stationäre Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation,

so wurden im Jahr 2010 lediglich 12 % der medizinischen Reha-Leistungen ambulant durchgeführt. Für eine an den individuellen Reha-Zielen älterer Menschen ausgerichtete Rehabilitation fehlen vielfach ambulante wohnortnah verfügbare barrierefreie (Anschluss-) Angebote.

Lösungsansätze:

Ziel muss es sein, möglichst allen Menschen mit Behinderungen einen barrierefreien Zugang zu rehabilitativen Leistungen zu ermöglichen. Dabei sind die Perspektiven von Frauen und Männern mit Behinderungen und ihre spezifischen Bedarfe – sowohl in Bezug auf Erkrankungen als auch in Bezug auf Umgang, Assistenz und Kommunikation – einzubeziehen. Sie sind als Experten in eigener Sache anzuerkennen.

Zugangsbarrieren zur medizinischen Rehabilitation sind unter Berücksichtigung des Konzeptes des „universellen Design“ bei der Gestaltung von Informations- und Kommunikationssystemen, Produkten, Umfeldern, Programmen sowie Dienstleistungsangeboten abzubauen.

Es bedarf flächendeckender wohnortnaher Versorgungsstrukturen und ambulanter Angebote. Medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation sind besser miteinander zu verknüpfen. Der Kooperation mit mobilen Rehabilitationsdiensten und ambulanten Rehabilitationszentren kann hierbei eine besondere Bedeutung zukommen. Die Einbeziehung und Refinanzierung erforderlicher nichtmedizinischer personeller Unterstützung (z.B. Assistenzpersonen von Menschen mit Behinderungen, die Leistungen ambulanter Dienste oder stationärer Einrichtungen erhalten) ist in der medizinischen Rehabilitation zu gewährleisten.

1.1.3 Sozial benachteiligte Menschen

Insbesondere sehr arme Menschen und/oder Menschen mit sehr niedriger Schulbildung bzw. mit sehr niedrigem beruflichem Status haben oft Schwierigkeiten, gesundheitliche Versorgungsleistungen ihrem Bedarf entsprechend in Anspruch zu nehmen. Erlebte Ausgrenzungserfahrungen, geringe Kenntnis des Gesundheitssystems, Schwierigkeiten mit dem

fachlichen Sprachcode, auch Scham (etwa aufgrund abgetragener Kleidung) und Verständigungsprobleme können als Barrieren wirksam werden.

Diese allgemeinen Hemmnisse verstärken sich, wenn es darum geht, sich im komplexen Rehabilitationssystem zurecht zu finden und die eigenen Leistungsansprüche geltend zu machen. Sozial benachteiligten Menschen sind gesetzlich verankerte Leistungsansprüche oftmals nicht bekannt, ebenso wenig die Antragsvoraussetzungen oder das Verfahren und die Orte der Antragstellung. Zudem fehlt es an leicht verständlichen Informationsangeboten und -materialien zum Zugang sowie zu Möglichkeiten, Inhalten und Zielen medizinischer Rehabilitation.

Geringe finanzielle Mittel können zudem dazu führen, dass Aufwendungen für die Gesundheit möglichst vermieden oder notwendige ärztliche Behandlungen hinausgezögert werden, weil die Deckung des alltäglichen Lebensbedarfs Priorität hat.

So können die entstehenden „Neben“kosten einer bewilligten Rehabilitationsleistung noch immer das „Aus“ für diese Zielgruppe bedeuten. Aus der medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter (nach § 41 SGB V) beispielsweise ist bekannt, dass deren Durchführung bei sozial benachteiligten Frauen mitunter an fehlenden

finanziellen Mitteln für Fahrtkostenvorauszahlung, Kosten vor Ort (z.B. Eintrittsgelder,

Kreativangebote) und Bekleidung (z.B. Badeanzug, Gummistiefel) und der Zuzahlung zu scheitern drohen.

Lösungsansätze:

Es besteht ein deutlicher Bedarf an leicht zugänglichen und leicht verständlichen Informationen, z.B. in einfacher Sprache oder in verschiedenen Muttersprachen. Ferner ist eine niedrigschwellige Unterstützung bei der komplexen Antragstellung notwendig.

Die Rehabilitationsmaßnahmen müssen ebenso wie die Beratung im Vorfeld inklusiv in der Weise sein, dass sie in ihrer Ausgestaltung die Lebenslage und Bedarfe sozial benachteiligter Menschen berücksichtigen.

Medizinisch notwendige Maßnahmen der Rehabilitation dürfen nicht an fehlenden Eigenmitteln scheitern und so die gesundheitliche Ungleichheit aufgrund sozialer Benachteiligung vergrößern.

1.2 Gewährleistung des Wunsch- und Wahlrechts

Das Wunsch- und Wahlrecht ist Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts der betroffenen Menschen und ein wichtiges Element bei der Motivation zur Rehabilitation und der aktiven Mitgestaltung. Ohne diese Faktoren sind eine erfolgreiche Rehabilitation sowie eine nachhaltige Wirksamkeit im Hinblick auf die Reha-Ziele nur sehr eingeschränkt möglich.

Gemäß § 9 SGB IX haben die Rehabilitationsträger bei der Entscheidung den berechtigten Wünschen des Leistungsberechtigten zu entsprechen. In der Realität werden jedoch häufig die Wünsche der Leistungsberechtigten von den Kostenträgern nicht ausreichend berücksichtigt. Die Ursachen liegen vor allem darin, dass die

Reha-Träger die Entscheidung, welche Klinik sie belegen, vorrangig nach Kostengesichtspunkten treffen. Zudem beschränken sie sich auf den Kreis ihrer jeweiligen Vertrags-Kliniken.

In § 40 Absatz 2 Satz 2 SGB V ist zwar ausdrücklich normiert, dass die Leistungsberechtigten im Rahmen ihres Wahlrechts auch andere Einrichtungen in Anspruch nehmen können. Jedoch hat dies zur Folge, dass die Mehrkosten vom Leistungsberechtigten zu tragen sind. Dies ist

Menschen mit geringem Einkommen nicht möglich.

Lösungsansätze:

Um die Selbstbestimmungsrechte der Leistungsberechtigten zu verwirklichen, muss der Grundsatz des § 9 SGB IX umgesetzt werden. Die Konvergenz mit den anderen einschlägigen Sozialgesetzbüchern ist herzustellen. Es muss klargestellt werden, dass den berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten gemäß ihrer persönlichen Lebenssituation, ihrem Alter, ihrem Geschlecht und der Familie sowie der religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse nachzukommen ist, wenn medizinische Gründe dem nicht entgegen stehen.

Hat ein Rehabilitationsträger einen Vertrag mit der Einrichtung bzw. Dienst der medizinischen Rehabilitation abgeschlossen, muss diese Einrichtung auch von allen Leistungsberechtigten – unabhängig davon, welcher Reha-Träger für die Leistung zuständig ist – gewählt werden können. Das Wunsch- und Wahlrecht darf nicht durch bloßen Verweis auf das Wirtschaftlichkeitsgebot der Leistungserbringung oder durch eine Zuzahlungsverpflichtung eingeschränkt werden.

Kapitel 2 Infrastrukturelle Voraussetzungen

2.1 Kooperation und Koordination als zentrale Zielsetzung des SGB IX

Aus der Vielgliedrigkeit des Gesundheitssystems resultiert eine Vielzahl von Schnittstellen-Problemen, die eine am individuellen Bedarf ausgerichtete Leistungserbringung und Fallsteuerung auch in der medizinischen Rehabilitation erschweren. Mit dem SGB IX verfolgte der Gesetzgeber das Ziel, die bedarfsgerechte Koordination der Rehabilitationsleistungen und die Kooperation der Leistungsträger zu gewährleisten. Dazu dienen insbesondere die Regelungen zur Vereinheitlichung von Normen und Verfahren im Allgemeinen Teil des SGB IX. Die damit verbundenen Kooperations-, Koordinations- und Konvergenzbestimmungen sind jedoch trotz der Bemühungen der Reha-Träger und der Leistungserbringer in der Praxis noch nicht vollständig umgesetzt. Zudem sind die Bestimmungen der verschiedenen Leistungsgesetze weitgehend unverändert geblieben und nicht ausreichend mit dem SGB IX abgestimmt worden.

Lösungsansätze:

Erforderlich sind vernetzte und integrierte Behandlungsformen in der Weise, dass

die jeweiligen Reha-Ziele und Reha-Leistungen trägerübergreifend so bestimmt und durchgehend gesichert werden, dass sie aus Sicht der leistungsberechtigten Rehabilitanden „wie aus einer Hand“ erscheinen.

Für die Realisierung dieses Ziels müssen verschiedene fachliche und strukturelle

Voraussetzungen geschaffen werden.

2.2 Frühzeitige und trägerübergreifende Bedarfserhebung und Planung

Durch die frühestmögliche Erkennung eines vorliegenden Reha-Bedarfes kann eine Chronifizierung und Verschlimmerung von Erkrankungen, eine vorzeitige Pflegebedürftigkeit oder Berufsunfähigkeit verhindert werden. Im SGB IX – und den Gemeinsamen Empfehlungen der Rehabilitationsträger – sind Bestimmungen zur frühzeitigen Bedarfserkennung formuliert. So ist gemäß § 10 SGB IX bei Zuständigkeit verschiedener Träger der nach § 14 SGB IX leistende Reha-Träger dafür verantwortlich, dass die beteiligten Rehabilitations-Träger den individuellen Bedarf feststellen und die nahtlose Realisierung der erforderlichen Leistungen sicherstellen. Diese Bestimmungen werden jedoch unzureichend umgesetzt. Auch gibt es bislang keine für alle Sozialgesetzbücher einheitliche Festlegung von Anforderungen, Instrumenten oder Verfahren der Bedarfsermittlung und Planung der

Leistungserbringung.

Lösungsansätze:

Grundsätzlich ist im Versorgungssystem sicherzustellen, dass erste Anhaltspunkte für einen möglichen Rehabilitationsbedarf erkannt und überprüft werden. Dies können beispielsweise das Vorliegen einer chronischen Erkrankung, Multimorbidität, (drohende) Pflegebedürftigkeit, (drohende) Behinderung sowie besonders belastende Arbeits- und Lebensbedingungen oder ein längerer Krankenhausaufenthalt, aber auch der Bezug einer Erwerbsminderungsrente sein.

Grundlage für die Bedarfsermittlung soll eine umfassende, unabhängige und fachlich kompetente Information und Beratung sein. Die Bedarfsermittlung selbst soll auf der konzeptionellen Grundlage der ICF erfolgen, sich am individuellen Hilfebedarf und den vorhandenen persönlichen Ressourcen orientieren sowie die Kontextfaktoren berücksichtigen. Sie muss als Aushandlungsprozess gestaltet werden und gemeinsam mit dem Rehabilitanden erfolgen. Dabei ist der Hilfebedarf zunächst unabhängig von leistungsrechtlichen Fragen ergebnisoffen zu ermitteln, d.h. Bedarfserhebung

und leistungsrechtliche Bescheidung sind strikt zu trennen.

Die Feststellung des individuellen Reha-Bedarfs muss trägerübergreifend organisiert werden. Diesbezüglich spricht sich die BAGFW für die Fortentwicklung des im SGB

IX bereits verankerten Federführungsprinzips aus: Der nach § 14 zuständige Rehabi- litationsträger oder ein von diesem beauftragter Träger soll den gesamten Teilhabe- bedarf der leistungsberechtigten Person ermitteln, den Teilhabeplan und ggf. ein Fallmanagement zur Verfügung stellen.

Die BAGFW unterstützt den Vorschlag des Deutschen Vereins, dass ein individueller Anspruch auf ein Verfahren unter Beteiligung aller Leistungsträger ausdrücklich nor- miert wird, sofern nicht der Sachverhalt eine einfache Entscheidung nahe legt. Ferner wird die Forderung unterstützt, dass bei mangelhafter Beteiligung eines Leistungs- trägers der federführende Träger für den anderen leistet und von ihm Erstattung ver- langen kann.

2.3 Rehabilitative Versorgung im Sozialraum und Sicherstellungsauftrag

Gerade für chronisch kranke Menschen und Menschen mit Behinderung gilt, dass Teilhabe oft nur durch den unmittelbaren Einbezug von Kontextfaktoren aus der Lebenswelt verbessert werden kann – insbesondere dann, wenn Teilhabe trotz weiter bestehender Beeinträchtigungen möglich sein soll.

Die medizinische Rehabilitation ist bislang jedoch noch ungenügend in den Sozialraum integriert und mit anderen Leistungsangeboten verbunden. Nach wie vor fehlen ambulante, wohnortnah verfügbare oder mobile Angebote als sinnvolle Ergänzung der Akutversorgung oder der stationären Rehabilitation. Dafür sind tragende Netzwerkstrukturen erforderlich, die bislang noch nicht ausreichend entwickelt wurden.

Nach § 19 Abs. 1 SGB IX sind die Reha-Träger gemeinsam – und unter Beteiligung der Bundesregierung und der Landesregierungen als oberste Aufsichtsbehörden – dafür verantwortlich, dass die fachlich und regional erforderlichen Leistungserbringer

in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen. Dieser Sicherstellungsauftrag bezieht sich in erster Linie auf die Verpflichtung der Reha-Träger zur Koordination ihrer auf die Infrastruktur bezogenen Aktivitäten. Ein wichtiges Instrument zur Umsetzung des Sicherstellungsauftrages wären die regionalen Arbeitsgemeinschaften gem. § 12 Abs. 2 SGB IX, die bisher jedoch nicht umgesetzt worden sind.

Lösungsansätze:

Um ein bedarfsgerechtes System zu gestalten, befürwortet die BAGFW den Ausbau wohnortnaher ambulanter und mobiler Rehabilitationsdienste. Für eine niedrig- schwellige trägerübergreifende und fachlich unabhängige Information, Beratung, Be- darfsermittlung und trägerunabhängige Begutachtung sind sektorenübergreifende Kompetenznetzwerke zu entwickeln. Sie sollen über die Professionen des Gesund- heitssystems i.e.S. hinausgehen und andere Bereiche, wie beispielsweise die psy- chosoziale Versorgung, mit einbeziehen.

Die Kompetenznetzwerke sollen das erforderliche Fall- und Schnittstellenmanage- ment abstimmen und sozial- und reamedizinische Konsilien im Krankenhaus, in sta- tionären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Gemein- depsychiatrie gewährleisten.

Daher soll auch innerhalb der Rehabilitationsmaßnahme geklärt werden, welche Rol- le dem Sozialraum zukommen soll, also welche Bedeutung dabei die Familie, die Nachbarn, der Betrieb, die im Quartier vorhandenen Strukturen - wie beispielsweise die Dienste der Freien Wohlfahrtspflege - haben können. Im Rahmen der sozial- räumlichen Versorgung muss

allerdings bedacht werden, dass nicht alle – hochspe- zialisierten und differenzierten – Leistungen in der erforderlichen Qualität wohnort- nah erbracht werden können. Daher ist jeweils zu prüfen, wann die wohnortfernere Erbringung bedarfsgerechter ist und wann und in welchen Fällen eine Rehabilitation im nahen Sozialraum zielführender ist.

Zur Umsetzung des Sicherstellungsauftrags sollen die Bestimmungen des SGB IX zu den regionalen Arbeitsgemeinschaften, zu denen sich die Rehabilitationsträger und ihre Verbände nach § 12 Abs. 2 SGB IX zusammenschließen sollen, künftig ver- pflichtenden Charakter erhalten. Zudem sollen die Aufgaben der regionalen Arbeits- gemeinschaften im Gesetz ausformuliert und konkretisiert werden.

2.4 Schnittstellen und Übergänge

Die medizinische Rehabilitation ist bisher nur unzureichend mit den anderen Sekto- ren des Gesundheitssystems verbunden. Oftmals sind Übergangsprobleme festzu- stellen. Das medizinische System ist kurativ ausgerichtet.

2.4.1 Kurative Versorgung und medizinische Rehabilitation

Obwohl die chronischen Krankheiten an Bedeutung zunehmen, ist die kurative Versorgung sowohl hinsichtlich der Bedarfsermittlung als auch sektorenübergreifenden Versorgung zu wenig rehabilitativ ausgerichtet.

Auch die Disease-Management-Programme sind bisher vorwiegend kurativ-medizinisch ausgerichtet. Die Verträge zur Integrierten Versorgung gem. § 140 a – d SGB V haben bisher nicht flächendeckend zur Ausgestaltung umfassender und vernetzter Strukturen unter Einbindung rehabilitativer Leistungen geführt.

Lösungsansätze:

Die Kurative Versorgung ist in der Weise stärker rehabilitativ auszurichten, dass regelmäßig geprüft wird, ob Patientinnen und Patienten in ihrer Teilhabe eingeschränkt sind. Dies gilt auch für die Disease-Management-Programme, denn eine chronische Krankheit muss immer als ein Anhaltspunkt für einen Rehabilitationsbedarf bewertet und auf den hieraus resultierenden Reha-Bedarf überprüft werden. Eine nahtlose Überleitung aus der Kurativversorgung in die Rehabilitation ist durch eine frühzeitige Gesamtplanung sicherzustellen.

2.4.2 Rehabilitation und Pflege

Die geriatrische Rehabilitation ist ein entscheidendes Instrument zur Vermeidung, Minderung und Verhütung einer Verschlimmerung von Pflegebedürftigkeit. In Kapitel

1.1.1. dieses Papiers ist bereits auf die besonderen Probleme in der medizinischen

Rehabilitation älterer Menschen eingegangen worden.

Derzeit existiert keine ausreichende flächendeckende Angebotsstruktur für die medizinische Rehabilitation pflegebedürftiger bzw. geriatrischer Patienten. Mobile geriatrische Rehabilitationsdienste gibt es, wie oben ausgeführt, bisher nur an wenigen Standorten im gesamten Bundesgebiet.

Der Rehabilitationsbedarf pflegebedürftiger Menschen wird oftmals nicht erkannt, die notwendigen Leistungen zu spät erbracht und nicht ausreichend sektoren- übergreifend koordiniert.

Lösungsansätze:

Die Sicherstellung eines bedarfsgerechten flächendeckenden und flexiblen regionalen Angebots ist als eine öffentliche Aufgabe anzusehen, die die Rehabilitationsträger in Kooperation mit den Kommunen umzusetzen haben.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege setzt sich für Veränderungen im Zugang, der Bedarfserhebung und hinsichtlich der Angebotsstruktur ein:

Das durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz bereits modifizierte Verfahren zur Einleitung von medizinischer Rehabilitation (nach §§ 18, 18a SGB XI) kann dadurch entbürokratisiert und beschleunigt werden, dass die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs durch den medizinischen Dienst oder unabhängige Gutachter im Rahmen der Feststellung der Pflegebedürftigkeit Grundlage der Leistungsentscheidung des Reha-Trägers wird. Dies allerdings setzt eine optimierte Schulung der Gutachter im Hinblick auf zielgruppenspezifische Rehabilitationsziele, -Konzepte und regionale Angebote voraus sowie die Beherrschung adäquater und zielgruppensensibler Assessmentverfahren zur Erhebung des Rehabilitationsbedarfs.

Auf der Grundlage fachlich anerkannter Assessmentinstrumente ist auch für pflegebedürftige Menschen eine frühzeitige Bedarfserkennung des Rehabilitationspotential durchzuführen und ein trägerübergreifender

Behandlungsplan zu entwickeln, der die nahtlose und zügige Leistungserbringung von Reha-Träger, Kranken- und Pflege- versicherung sicherstellt.

Bei der Gestaltung der Rehabilitationsmaßnahmen für Pflegende ist nicht nur der einzelne Pflegende in den Blick zu nehmen, sondern auch dessen Pflegesituation selbst: Deren Verbesserung und Optimierung sollte deshalb stets Bestandteil der Rehabilitationsmaßnahme sein. Dazu bieten sich z. B. eine nachgehende häusliche Beratung z.B. durch Therapeuten und durch Hilfsmittelexperten in der häuslichen Umgebung oder eine ggf. kurze Phase der Mobilen Rehabilitation an.

Besondere Bedeutung sollten dabei Maßnahmen haben, die das Leben in der häus- lichen Umgebung ermöglichen, die die Selbstbestimmung und Mitgestaltung in der Pflege fördern und Pflegeprozesse sowie die Alltagsgestaltung nachhaltig er- leichtern, die Angehörigen oder Bezugspersonen befähigen und unterstützen, die Pflege ohne Überbeanspruchung und ohne negative Folgen für ihre eigene Gesund- heit und als gelingende Lebensaufgabe leisten zu können.

2.4.3 Medizinische Rehabilitation und Nachsorge

Nachsorge dient der Sicherung des Rehabilitationserfolges. Obwohl Maßnahmen der Nachsorge im Sozialrecht verankert sind, ist eine systematische Planung und Einleitung von Nachsorge längst nicht immer gewährleistet.

Lösungsansätze:

Bei Beendigung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation sollte – unabhängig von der Form ihrer Erbringung – die Verpflichtung bestehen zu prüfen, ob und in welchem Umfang Nachsorgeleistungen erforderlich sind.

Für die Nachsorge sollten von den Rehabilitationsträgern im Sinne des § 13 SGB IX gemeinsam zielgruppenspezifische Konzepte entwickelt werden. Die Nachsorgeangebote sollen – unter Nutzung der regionalen und sozialräumlich ausgerichteten Kompetenznetzwerke – berufsbegleitend durchführbar, wohnortnah und flexibel gestaltet werden, um die Barrieren bei der Inanspruchnahme möglichst gering zu halten. Deshalb ist auch zu prüfen, ob und wie „neue Medien“ für die Nachsorge genutzt werden können.

Im Rahmen der Nachsorge sollen bei Bedarf auch funktionsverbessernde

und teil- habefördernde Behandlungsmaßnahmen einschließlich Hilfsmittelversorgung erfolgen können und durch weitere Maßnahmen (wie z.B. Wohnraumgestaltung, barriere- freie Umwelt, universal design) teilhabeorientiert flankiert werden.

Die BAGFW schlägt vor, dass sich die Rehabilitationsträger und Leistungserbringer auf eine Rahmenvereinbarung zur Nachsorge verständigen.

2.4.4 Medizinische Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben

Der verstärkten Zusammenarbeit zwischen Rehabilitationsträgern, Leistungs- erbringern und Unternehmen des allgemeinen Arbeitsmarktes kommt große Bedeu- tung dafür zu, dass Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bis zum Eintritt in den Ru- hestand und darüber hinaus gesund bleiben. Die medizinische Rehabilitation ist jedoch noch nicht ausreichend beruflich orientiert. Auch ein gutes Zusammenspiel mit der betrieblichen Prävention hat sich noch nicht ausgebildet.

Lösungsansätze:

Aus Sicht der BAGFW ist eine noch deutlichere berufliche Orientierung der medizini- schen Rehabilitation in der Weise erforderlich, dass die medizinische Rehabilitation in Diagnose und Therapie stärker auf die beruflichen/arbeitsbezogenen Belange ab- hebt. Durch trägerübergreifende Bedarfsermittlung und Planung der Leistungs- erbringung soll die Verzahnung von Maßnahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation gewährleistet werden.

Eine neue Chance für eine stärkere Verbindung von betrieblicher Gesundheits- sicherung und medizinischer Rehabilitation eröffnet das Betriebliche Eingliederungs- management (§ 84 Abs. 2 SGB IX). Die betriebliche Prävention und das BEM bieten die Möglichkeit, einen Rehabilitationsbedarf frühzeitig zu erkennen. Damit dies auch geschieht, ist ein koordiniertes und trägerübergreifendes Informations- und Bera- tungsangebot der Sozialleistungsträger für die Unternehmen und die Beschäftigten notwendig.

2.4.5 Stärkung der Selbsthilfe

Aus Sicht der BAGFW sind die Selbsthilfeverbände ein „produktiver Stachel“ im pro- fessionellen Versorgungssystem, da sie Beteiligung konsequent einfordern und si- cherstellen sowie auf

Weiterentwicklungsbedarfe aus Sicht der betroffenen Menschen aufmerksam machen.

Das Engagement vieler Rehabilitanden in Selbsthilfegruppen in der Phase nach einer Rehabilitation kann einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung des Reha-Erfolgs leisten, denn Selbsthilfegruppen erbringen wichtige psychosoziale Unterstützungsleistungen für die Rehabilitanden.

Oft sind die Vorstellungen der Rehabilitanden über die Arbeit von Selbsthilfegruppen eher vage, die Erwartungen diffus und die Hemmschwellen zur Kontaktaufnahme hoch.

Lösungsansätze:

Für die BAGFW stellt die selbsthilfe-freundliche Gestaltung der medizinischen Rehabilitation ein wichtiges Qualitätsmerkmal dar. Rehabilitanden sollten bereits während der Rehabilitation über die Möglichkeiten und Chancen von Selbsthilfegruppen informiert werden.

Hinsichtlich der Finanzierung betont die BAGFW, dass die Förderung der

Selbsthilfe nicht alleine den Sozialversicherungsträgern überlassen werden kann. Die öffentliche Hand ist gefordert, auf allen Ebenen gute Rahmenbedingungen für die Selbsthilfe zu schaffen.

Im Rahmen einer reformierten Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation sind die

Mitspracherechte der Selbsthilfe besser auszugestalten (vgl. Kapitel 3.2).

Kapitel 3 Sicherung der wirtschaftlichen Grundlagen und Systemsteuerung der medizinischen Rehabilitation

3.1 Sicherung der wirtschaftlichen Grundlagen

Bereits in den letzten Jahren wurde das Teilhabebudget der Rentenversicherung mehrfach ausgeschöpft. Die Leistungsausgaben der Krankenversicherung für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind rückläufig. Aufgrund des demographischen Wandels und des Bedeutungsgewinns chronischer Krankheiten erwartet die BAGFW, dass der Rehabilitationsbedarf in den nächsten Jahren jedoch eher zunehmen wird.

Innovative Rehabilitationskonzepte, wie die Mobile Rehabilitation, werden aus finanziellen Gründen von den Krankenkassen nicht umgesetzt. Die steigenden Qualitätsanforderungen, die Personalkostenentwicklung, die Preisentwicklung und der Investitionsbedarf spiegeln sich in den Vergütungen nicht wider.

Die Festlegung der Vergütung ist derzeit weder sachdienlich noch fair: Sie ist nicht sachdienlich, da die im Bereich der Freien Wohlfahrtspflege vereinbarten Tarife nur unzureichend bei der Festlegung der Vergütung berücksichtigt werden. Sie sind nicht fair, da die Verhandlungssituation strukturell asymmetrisch ist.

Lösungsansätze:

Da es eine „Rehabilitation nach Kassenlage“ nicht geben kann, bewertet die BAGFW die Einführung eines demographischen Faktors in die Berechnung des Teilhabebudgets der Rentenversicherung (nach § 220 SGB VI) als Schritt in die richtige Richtung, um den zu erwartenden Bedarf gerecht zu werden. Für den Bereich der GKV sind die Gründe für den Rückgang der Ausgaben für die medizinische Rehabilitation sorgfältig zu erschließen.

Eine auskömmliche Finanzierung muss einerseits die Umsetzung zukunftsweisender Konzepte und andererseits die Übernahme der tatsächlich entstehenden Kosten einer hochwertigen Versorgung gewährleisten. Allgemeine Kostensteigerungen und einrichtungsspezifische Belange müssen Berücksichtigung finden. Die BAGFW fordert zudem eine Verpflichtung der Rehabilitationsträger zur Anerkennung der tariflichen Regelungen (bzw. Vereinbarungen zwischen Arbeitnehmern und -gebern) in der Kalkulation der Vergütungssätze. Die Reha-Träger sollten dazu verpflichtet werden, sich mit den Leistungserbringern (einschließlich der Freien Wohlfahrtspflege) in bundesweiten Rahmenvereinbarungen auf Vergütungsgrundsätze zu verständigen.

3.2. Reform der Systemsteuerung

Im Unterschied zu den anderen Versorgungssektoren sind der medizinischen Rehabilitation kollektivvertragliche Regelungen und gemeinsame Aushandlungen mit den Leistungserbringern weitgehend fremd. Die im SGB IX eröffnete Möglichkeit, dass die Rehabilitationsträger mit Arbeitsgemeinschaften von Rehabilitationsdiensten und

-einrichtungen mit gleicher Aufgabenstellung (nach § 19 Abs. 6 SGB IX) Rahmenverträge abschließen (nach § 21 Abs. 2 SGB IX) wird nicht wahrgenommen. Durch diese leistungserbringungsrechtliche

Konstellation besteht, wie oben bereits erwähnt, eine scharfe Asymmetrie zwischen Leistungserbringern und Rehabilitationsträgern. Ein weiteres Problem besteht darin, dass grundlegende leistungserbringungsrechtliche Regelungen des SGB IX nicht ausreichend mit Regelungen der besonderen Sozialgesetzbücher abgestimmt sind.

Lösungsansätze:

In einer Reform der Systemsteuerung sind die übergreifend geltenden Regelungen des SGB IX weiter zu entwickeln und die leistungserbringungsrechtlichen Normen der besonderen Sozialgesetzbücher auf ihre Kompatibilität mit den übergreifenden Bestimmungen des SGB IX hin zu überprüfen.

Reha-Träger und Leistungserbringer sollen verpflichtet werden, Rahmenverträge

(nach § 21 SGB IX) abzuschließen.

Die BAGFW schlägt zudem vor, die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zu einem gemeinsamen Selbstverwaltungsorgan von Reha-Trägern und Leistungserbringern - einschließlich der Freien

Wohlfahrtspflege und unter Beteiligung der Selbsthilfe - auszubauen.
Innerhalb der BAR sollte zur Umsetzung des Sicher-

stellungsauftrags nach § 19 SGB IX eine Koordinierungsstelle geschaffen werden, an der auch die zuständigen bundes- und landesministeriellen Verantwortlichen mitwirken.

Die regionale Sicherstellung der rehabilitativen Versorgung soll unter Einbeziehung der regionalen Arbeitsgemeinschaften (nach § 12 Abs. 2 SGB IX) erfolgen.

Als einen ersten Schritt in die Richtung einer partnerschaftlichen Systemgestaltung zwischen Reha-Trägern und Leistungserbringern sind die Schiedsstellen für die medizinische Rehabilitation und Vorsorge im SGB V zu bewerten. Neben der Krankenversicherung müssen aber auch andere Reha-Träger einbezogen werden. Deshalb ist die Schiedsstellenregelung auch im SGB IX zu verankern, in den besonderen Sozialgesetzbüchern ist darauf zu verweisen. Der Regelungsbereich der Schiedsstellen sollte zudem dahingehend erweitert werden, dass er sämtliche Inhalte der zwischen Leistungserbringern und Reha-Trägern abzuschließenden Verträge umfasst.

Kapitel 4 Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und Teilhabeforschung

4.1 Qualitätssicherung und -management

Durch die Bestimmungen des SGB IX zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement und zur externen, vergleichenden Qualitätssicherung unterliegen die Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation hohen Qualitätsansprüchen. Derzeit haben die Rehabilitationsträger unterschiedliche Qualitätssicherungssysteme. Sie sind mitunter mit erheblichem Verwaltungsaufwand für die Einrichtungen verbunden und werden in der Vergütung nur unzureichend berücksichtigt.

Lösungsansätze:

Im Interesse der Rehabilitanden steht die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege zu den hohen Qualitätsstandards der medizinischen Rehabilitation, tritt jedoch zugleich für eine bürokratiearme Weiterentwicklung zum Nutzen der Rehabilitanden ein. Die steigenden Qualitätsanforderungen müssen zudem in den Vergütungen berücksichtigt werden.

Inhaltlich spricht sich die BAGFW dafür aus, dass die Anwendung der ICF als konzeptionelle Grundlage und als Qualitätskriterium verstärkt Berücksichtigung findet, da sie Teilhabeeinschränkungen und Ressourcen deutlich macht,

Über das bereits eingefügte „Federführungsprinzip“ hinaus spricht sich die BAGFW für ein trägerübergreifendes System der vergleichenden Qualitätssicherung (derzeit unterschiedliche Systeme der GKV und GRV) aus, das zwischen Leistungserbringern und Rehaträgern vereinbart wird.

4.2. Teilhabeforschung und Verbesserung der Datenlage

Die Datenbasis in der medizinischen Rehabilitation ist bislang unzureichend. So liegen beispielsweise keine validen Daten zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen im Bereich der GKV oder zur Rehabilitation pflegebedürftiger Menschen vor. Zu vielen Fragen des Prozesses der Teilhabesicherung liegen nur wenige Informationen vor.

Lösungsansätze:

Die BAGFW spricht sich für eine trägerübergreifend abgestimmte Statistik der Rehabilitationsträger aus, die Aussagen zum Antrags- und Bewilligungsgeschehen trifft, regional und geschlechtsspezifisch differenziert ist und weitere für die Rehabilitationsforschung relevante Daten bereit hält.

Da das Ziel der Rehabilitation in der Ermöglichung von Teilhabe besteht, ist die Forschung verstärkt als Teilhabeforschung auszurichten. Das bedeutet, dass in Zukunft neben klinischen Parametern vermehrt Fragen zur Gestaltung der Lebenspraxis in den Vordergrund rücken sollten. Die Forschung sollte nicht nur die einzelne Rehabili-

tationsmaßnahme, sondern den gesamten Prozess der Teilhabesicherung in den

Fokus nehmen.

Ausblick

Die medizinische Rehabilitation war bislang zu Unrecht das „ungeliebte Kind“ im Gesundheitssystem. Aber angesichts der nachgewiesenen Wirksamkeit der Rehabilitations-Leistungen einerseits und der

absehbaren Entwicklungen künftiger Krankheitsentwicklungen andererseits ist sie ein wichtiger und unverzichtbarer Bestandteil einer umfassenden Versorgung und ein wichtiger Beitrag zur (Wieder-)Herstellung und Sicherung der Teilhabe.

Die BAGFW sieht politischen Handlungsbedarf bezüglich der Überwindung der hohen Zugangshürden, der Eröffnung von Rehabilitationschancen für Bevölkerungsgruppen, die bislang kaum Zugang zu Rehabilitationsleistungen finden sowie der frühzeitigen und trägerübergreifenden Bedarfsfeststellung.

Notwendig ist eine rehabilitationspolitische Strategie, die neben der klassischen stationären und ambulanten Rehabilitation auch neue flexible Konzepte berücksichtigt und etabliert. Bei der Verbesserung der Rahmenbedingungen ist es aus unserer Sicht unerlässlich, eine ausbalancierte Gestaltungsmacht in der Selbstverwaltung herzustellen.

Mit den vorliegenden Positionen lädt die BAGFW zur Diskussion zur Reform des Systems der medizinischen Rehabilitation ein. Dabei ist es unerlässlich, auch die Umsetzungsprobleme und eine Weiterentwicklung des SGB IX intensiv zu beraten, damit die medizinische Rehabilitation einen substantiellen Beitrag dazu leisten kann, die Lebensqualität des Einzelnen zu verbessern und allen Menschen Teilhabe am sozialen Leben zu ermöglichen.

Dateien

2014-05-21_Positionspapier_Medizinische_Rehabilitation.pdf 116 KB

[Zum Seitenanfang](#)