LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
17. WAHLPERIODE

STELLUNGNAHME
17/2366

A01

DVfR Deutsche Vereinigung für Rehabilitation

DVfR • Maaßstraße 26 • 69123 Heidelberg

Landtag Nordrhein-Westfalen
Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales
Postfach 10 11 43

40002 Düsseldorf

Deutsche Vereinigung für
Rehabilitation e. V. (DVfR)
Maaßstraße 26
69123 Heidelberg

Tel.: 06221 / 18 79 01-0
Fax: 06221 / 16 60 09
E-Mail: info@dvfr.de
www.dvfr.de

16. März 2020

**Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtags Nordrhein-Westfalen zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Selbstbestimmung bei Intensivpflege achten – Reha- und Intensivpflege menschenrechtskonform gestalten“ (Drucksache 17/7902)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bedanken uns sehr für die Einladung zur Anhörung und für die Möglichkeit, zum Antrag der Grünen im Landtag NRW (Drucksache 17/7902) Stellung zu nehmen.

Wir bitten um Verständnis, dass es uns bis zum 18. März 2020 nicht möglich ist, Ihnen eine innerhalb der DVfR konsentierte Stellungnahme zum o.g. Antrag zukommen zu lassen. Gerne übersenden wir Ihnen aber die Stellungnahmen der DVfR zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG, September 2019) sowie zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-IPREG, Dezember 2019).

Der DVfR ist es wichtig, dass die Rechte der Menschen mit Behinderung und intensivpflegerischen Bedarfen bzgl. der Wahl des Ortes der Leistungserbringung und damit des Aufenthaltsortes unangetastet bleiben müssen. Auch die besonderen Wohnformen im Rahmen der Eingliederungshilfe müssen ein Ort sein, an dem die Intensivpflege stattfinden kann. Dies ist im Gesetz eindeutig vorzusehen.

Ferner weist die DVfR darauf hin, dass die möglichen Ansprüche auf Ermöglichung oder Verbesserung selbstbestimmter Teilhabe für Menschen mit intensivpflegerischen Bedarfen sich aus den Vorschriften des SGB IX zur Bedarfsermittlung und zum Teilhabeplan- bzw. Gesamtplanverfahren, an dem Betroffene maßgeblich beteiligt sind, ergeben (vgl. §§ 13, 19ff., 117ff. SGB IX). Die Erkennung, systematische Ermittlung und Feststellung der Reha-Bedarfe ist mittels Instrumenten nach § 13 SGB IX durchzuführen. Reha-Bedarfe sind umfassend und vollständig, bei einer vorläufigen Ermittlung fortlaufend, zu erheben.

Es ist in den gesetzlichen Bestimmungen dafür Sorge zu tragen, dass diese Bedarfe an Leistungen zur Förderung der Teilhabe an jedem Lebensort während einer intensivpflegerischen Betreuung befriedigt werden können. Häufig reicht eine Heilmittelversorgung nicht aus, auch wenn sie mit rehabilitativer Zielsetzung erfolgen sollte. Diese ist zudem derzeit nicht durchgehend sichergestellt.

Zur Bedarfsermittlung in der Praxis im Sinne des SGB IX hatte sich die DVfR in zwei Stellungnahmen im Jahr 2018 geäußert, die wir Ihnen ebenfalls zukommen lassen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr

Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann

– Vorsitzender der DVfR –

Anlagen

**Über die DVfR**

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR) ist in Deutschland die einzige Vereinigung, in der Vertreterinnen und Vertreter aller Akteure im Bereich Rehabilitation und Teilhabe gleichberechtigt zusammenwirken: Selbsthilfe- und Sozialverbände, Sozialleistungsträger, Reha-Einrichtungen und -Dienste, Reha-Experten sowie Berufs- und Fachverbände. Die Mitglieder der DVfR und ihre Partner in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft engagieren sich gemeinsam in einem interdisziplinären und sektorenübergreifenden, konsensorientierten Diskurs für die Weiterentwicklung von Rehabilitation, Teilhabe und Selbstbestimmung.

DVfR
Deutsche Vereinigung
für Rehabilitation

# Stellungnahme der DVfR zum Referentenentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG)

September 2019

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR)
Maaßstraße 26
69123 Heidelberg

Telefon 06221 187 901-0
E-Mail info@dvfr.de
www.dvfr.de

## Inhalt


I. Vorbemerkung ..... 1

II. Stellungnahme im Einzelnen ..... 3

1. Neuregelung zur außerklinischen Intensivpflege ..... 3

a) Zu § 37 c Abs. 1 SGB V n. F.: Verordnung durch besonders qualifizierte Vertragsärzte breiter fassen *(Art. 1 Nr. 2)* ..... 3

b) Zu § 37c Abs. 2 SGB V n. F.: Kein Vorrang von Intensivpflege im Pflegeheim *(Art. 1 Nr. 2)* ..... 4

c) Zu § 37c Abs. 3 SGB V n. F.: Umfang der Leistungen der Pflegeeinrichtung erweitern und Kostenbelastung durch Versorgung im Pflegeheim vermeiden *(Art. 1 Nr. 2)* ..... 5

d) Zu § 132i SGB V n. F.: Fehlversorgung durch mehr Vorgaben und Qualitätskontrollen im Leistungserbringungsrecht verhindern *(Art. 1 Nr. 14)* ..... 6

e) Zu § 39 Abs. 1a SGB V n. F.: Fehlversorgung durch Ausschöpfen von Entwöhnungspotentialen verhindern *(Art. 1 Nr. 3a; 12)* ..... 7

f) Zu § 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1a SGB V n. F.: Entwöhnungsbehandlung in verschiedenen qualifizierten Einrichtungen ermöglichen und mit der Ermittlung bzw. Deckung des Teilhabebedarfs verbinden *(Art. 1 Nr. 12)* ..... 7

2. Änderungen bei der medizinischen Rehabilitation ..... 8

a) Zu A. Problem und Ziel: Systematische Stellung der Neuregelungen zur medizinischen Rehabilitation *(Art. 1 Nr. 4)* ..... 8

b) Zu § 40 Abs. 2 SGB V n. F.: Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts *(Art. 1 Nr. 4)* ..... 9

c) Zu § 40 Abs. 3 S. 2 SGB V n. F.: Zugangsvereinfachungen zur Rehabilitation *(Art. 1 Nr. 4b) aa))* ..... 9

d) Zu § 40 Abs. 3 S.9 SGB V n. F.: Evaluation der neuen Zugangsregelung erweitern *(Art. 1 Nr.4 b) ee))* ..... 11

e) Zu § 40 Abs. 3 S. 6 SGB V n. F.: Dauer der geriatrischen Rehabilitation *(Art. 1 Nr. 4 b) bb))* ..... 11

f) Zu § 40 Abs. 3 S. 8 SGB V n. F.: Aufhebung der Vierjahresfrist für Kinder und Jugendliche *(Art. 1 Nr. 4 b) dd))* ..... 11

g) Zu §§ 111 Abs. 2 und 111c Abs. 2 SGB V n. F.: Leistungserbringungsrecht *(Art. 1 Nr. 8b, 11b)* ..... 12

3. Weiterer Änderungsbedarf ..... 12

Über die DVfR ..... 13

Quellen ..... 14

Anhang: Zur Zielgruppe mit Bedarf an intensivpflegerischer Versorgung ..... 15

# I. Vorbemerkung[1]

Der vorliegende Referentenentwurf (RefE) verfolgt unter anderem das Ziel, den Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu vereinfachen, die Leistungen der Rehabilitation besser an die Bedarfe anzupassen, das Wunsch- und Wahlrecht zu stärken und den Leistungsanspruch für Kinder- und Jugendliche sowie die Versorgungssituation von Menschen mit Intensivpflegebedarf einschließlich Beatmungsbedürftigkeit zu verbessern. Diese Intentionen werden von der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR) nachdrücklich unterstützt. Die Abkoppelung der Vergütungsentwicklung von der Grundlohnsumme der Verzicht auf die Genehmigungspflicht beim Zugang zur geriatrischen Rehabilitation (bei Vorliegen einer ärztlichen Verordnung) sowie die Verbesserungen bei der Kinder- und Jugendrehabilitation werden als wichtige Schritte zur bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Versorgung mit Gesundheits- und Rehabilitationsleistungen ausdrücklich von der DVfR begrüßt.

Die DVfR sieht jedoch kritisch, dass bei einigen Regelungen die Bestimmungen des Sozialgesetzbuchs Neuntes Buch (SGB IX) nicht ausreichend berücksichtigt werden, so dass die Gefahr einer Aufweichung des gemeinsamen Rehabilitations- und Teilhaberechts besteht. So gibt es z. B. in § 38 SGB IX Regelungen zu einheitlichen Grundsätzen bzw. zu gemeinsamen Empfehlungen zu den Verträgen mit Leistungserbringern, die für alle Rehabilitationsträger gelten. Will man deren Umsetzung erreichen, bietet es sich an, dies im SGB IX, statt im SGB V zu regeln.

Die DVfR macht ihre Vorschläge dazu insbesondere im Hinblick auf die Wahrung der Teilhabeinteressen der Betroffenen: Denn es ist nach Auffassung der DVfR sicherzustellen, dass die Rechte von Menschen mit Behinderung nach dem SGB IX, hier insbesondere Teil I, zu denen regelhaft auch die Menschen mit intensivpflegerischem Bedarf gehören, durch die Neuregelungen nicht beeinträchtigt, sondern ihre Teilhabechancen erhalten oder verbessert werden.

Zur Beurteilung des RefE weist die DVfR insbesondere auf folgende Aspekte hin:

a. Die Bestimmung, nach der Intensivpflege regelhaft in vollstationären Pflegeeinrichtungen bzw. in speziellen Intensivpflege-Wohneinheiten erbracht werden muss, wird abgelehnt. Wenn diese Art der Pflege künftig nur noch im Pflegeheim stattfindet, heißt das für Betroffene, dass sie aus ihrem gewohnten Umfeld herausgerissen und zum Umzug in eine stationäre Einrichtung gezwungen werden. Dies stellt eine Verletzung ihres Selbstbestimmungsrechts (Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG sowie Art. 19 der UN-BRK) und des Wunsch- und Wahlrechts (§ 33 S. 2 SGB I) dar.

b. Auch Menschen mit intensivpflegerischem Bedarf einschließlich der Beatmung haben einen Anspruch auf Leistungen zur Förderung ihrer Teilhabe. Hierzu fehlt im RefE jeder Ansatz. Die DVfR weist ausdrücklich darauf hin, dass es sich bei der Gruppe von Menschen mit intensivpflegerischem Bedarf um eine sehr heterogene Gruppe mit

[1] Die GKV weist darauf hin, dass eine Reihe der in dieser Stellungnahme vertretenen Positionen nicht mitgetragen werden können. Insofern wird auf die Stellungnahmen des GKV-Spitzenverbands und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene verwiesen.

sehr differenziert zu betrachtenden Bedarfen handelt, die weit über die Gruppe der Menschen mit einer Beatmungs-Indikation hinausgeht, insbesondere mit Tracheostoma, neurologischen Erkrankungen etc. (s. Anhang). In der Regel besteht neben dem Bedarf an intensivpflegerischer Versorgung auch ein Bedarf an Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation sowie der sozialen Teilhabe. Dem muss bei der Gestaltung der intensivpflegerischen Betreuung unbedingt Rechnung getragen werden.

c. Bei Menschen, die nach einem Krankenhausaufenthalt weiter beatmet werden, bedarf es nicht nur einer Einschätzung einer Entwöhnungsprognose, sondern auch der Erprobung einer Entwöhnung. In vielen Fällen bedürfen sie zudem aufgrund multipler Beeinträchtigung der Frührehabilitation bzw. Leistungen, die als intensivmedizinische Rehabilitation bezeichnet werden (vgl. Schönle et al., Intensivmedizinische Rehabilitation, 2017). Schon seit vielen Jahren werden solche Leistungen im Rahmen des § 39 SGB V oder als Phase B oder C der Neurologischen Rehabilitation in Krankenhäusern (Phase B) oder in spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen (Phase C) erfolgreich erbracht. Insofern ist grundsätzlich eine umfassende Bedarfsermittlung im Hinblick auf Teilhabeleistungen einschließlich der dabei notwendigen Behandlungsleistungen durchzuführen. Dem unbestrittenen Mangel an entsprechenden Plätzen für die Frührehabilitation kann nicht durch reine Weaningstationen, die ausschließlich auf die Entwöhnungsbehandlung ausgerichtet sind, abgeholfen werden. Die Konzentration allein auf das Weaning greift zu kurz. Notwendige Kapazitäten für die Frührehabilitation sowie die intensivmedizinische Rehabilitation sind bedarfsgerecht zu schaffen.

d. In Pflegeeinrichtungen, die Intensivpflege anbieten, sind auch Bedarfe an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu berücksichtigen, vgl. § 40 Abs. 1 S. 2 SGB V. Dazu sind entsprechende Angebote zu etablieren, insbesondere ist von der Möglichkeit der mobilen Rehabilitation Gebrauch zu machen (vgl. Janssen et al., Rehabilitationsbedarf, 2018).

e. In diesen Einrichtungen ist auch der Heil- und Hilfsmittelbedarf zu berücksichtigen. Hier gibt es z. T. erhebliche Versorgungsdefizite. Darauf hat die DVfR im Diskussionspapier ihres Fachausschusses Hilfsmittelversorgung bereits 2016 hingewiesen (vgl. DVfR, Außerklinische Beatmung, 2016) ebenso auf die Notwendigkeit einer teilhabeorientierten Heilmittelversorgung (DVfR, Heilmittel Positionspapier und Expertise, 2016).

f. In der Einleitung zum RefE, auch in der Begründung, wird bei der Beschreibung der medizinischen Rehabilitation der Eindruck erweckt, dass für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ein besonderer Begriff der medizinischen Rehabilitation zugrunde zu legen sei. Dies widerspricht der Gesetzeslage, nach der die medizinische Rehabilitation umfassend und für alle Träger einheitlich in § 42 SGB IX verbindlich definiert wird. Die DVfR fordert, dass im Gesetz durchgängig und eindeutig diese Definition des SGB IX verwendet wird.

g. Neben der geriatrischen Rehabilitation gibt es auch andere Indikationen, bei denen eine Vereinfachung des Zugangs für die Patienten durch Genehmigungsverzicht nach Auffassung mancher Akteure sinnvoll ist. Der Genehmigungsverzicht sollte nach deren Auffassung zudem nicht nur bei der Vorlage vertragsärztlicher

Verordnungen, sondern generell auch für die Anschlussrehabilitation gelten.[2] Eine qualitativ unterschiedliche Versorgung von Menschen mit vergleichbaren erheblichen Beeinträchtigungen nach Indikationen sei nicht zu rechtfertigen.

## II. Stellungnahme im Einzelnen

### 1. Neuregelung zur außerklinischen Intensivpflege

#### a) Zu § 37 c Abs. 1 SGB V n. F.: Verordnung durch besonders qualifizierte Vertragsärzte breiter fassen *(Art. 1 Nr. 2)*

Der RefE sieht in § 37 c Abs. 1 SGB V n. F. vor, dass die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege künftig nur noch durch Vertragsärzt*innen erfolgen darf, die für die Versorgung von Intensivpflegepatient*innen besonders qualifiziert sind. In der Begründung zu dieser Neuregelung wird ausgeführt, dass eine entsprechende Qualifikation insbesondere bei Fachärzt*innen für innere Medizin, für (pädiatrische) Pneumologie oder für Lungenheilkunde vorliege.

Dies stellt eine Engführung gegenüber der derzeitigen Praxis dar. Momentan wird häusliche Krankenpflege in Form der Intensivpflege häufig auch durch Neurolog*innen, Ärzt*innen für physikalische und rehabilitative Medizin, die in der Frührehabilitation tätig sind, Anästhesist*innen und Hausärzt*innen verordnet. Die Berücksichtigung dieser Fachgruppen sollte erhalten bleiben. Sie ist zum einen wichtig, um der jeweiligen Erkrankung Rechnung zu tragen (vgl. Anhang); zum anderen wird hierdurch sichergestellt, dass überhaupt ausreichend Ärzt*innen für die Beurteilung der Entwöhnungsoptionen und die Verordnung von Intensivpflege zur Verfügung stehen.

Die DVfR fordert daher, dass in der Begründung zu § 37c Abs. 1 SGB V n. F. keine Engführung auf bestimmte Fachärzt*innen erfolgt, sondern darauf hingewiesen wird, dass eine Verordnung auch durch andere Facharztgruppen sowie durch Hausärzt*innen erfolgen kann, sofern diese über Erfahrung in der Betreuung von Intensivpflegepatient*innen verfügen. Entsprechende Qualifikationsanforderungen können durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) formuliert werden.

Die DVfR macht zudem darauf aufmerksam, dass es seitens der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) erheblicher Anstrengungen bedarf, im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags eine ausreichende Zahl qualifizierter Ärzt*innen mit entsprechenden Kapazitäten nachzuweisen. Hier ist es voraussichtlich erforderlich, entsprechende Ermächtigungen zu erteilen sowie die Medizinischen Zentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung (MZEB) in die Versorgung einzubeziehen, die z. T. solche Patienten bereits versorgen und über die dazu notwendigen Voraussetzungen verfügen.

Ferner fordert die DVfR, dass in den Richtlinien des G-BA nach § 92 SGB V auch Kriterien für eine wiederholte Prüfung des Bedarfs an Teilhabeleistungen festgeschrieben werden. Die dann folgende Bedarfsermittlung hat nach den gesetzlichen Bestimmungen des SGB IX, s. insbesondere § 13, zu erfolgen.

---

[2] Dies trägt auch die Rentenversicherung für ihre Rehabilitand*innen nicht mit, vgl. auch Fußnote 1.

**b) Zu § 37c Abs. 2 SGB V n. F.: Kein Vorrang von Intensivpflege im Pflegeheim** *(Art. 1 Nr. 2)*

Der RefE sieht in § 37c Abs. 2 SGB V n. F. vor, dass die außerklinische Intensivpflege in der Regel nur in vollstationären Pflegeeinrichtungen oder in Intensivpflege-Wohngemeinschaften durchgeführt werden darf. Lediglich in besonderen Ausnahmefällen besteht weiterhin ein Anspruch auf Versorgung durch einen Pflegedienst in der eigenen Häuslichkeit, in der Familie oder an sonst einem geeigneten Ort.

Menschen mit intensivpflegerischem Bedarf müssen damit in der Regel in die entsprechenden Einrichtungen umziehen. Dies stellt eine unzumutbare Einschränkung ihres Selbstbestimmungsrechts (Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG sowie Art. 19 der UN-BRK) und ihres Wunsch- und Wahlrechts (§ 33 S. 2 SGB I) dar. Darüber hinaus verstieße eine solche Regelung gegen den in § 3 SGB XI normierten Vorrang der häuslichen Pflege, der als Grundsatz „ambulant vor stationär“ auch im Krankenversicherungsrecht gilt (vgl. z. B. §§ 39 Abs. 1 S. 2; 40 Abs. 2 S. 1 SGB V). Die tatsächliche häusliche Versorgung durch die Familien darf keinesfalls gefährdet werden.

Dabei muss insbesondere berücksichtigt werden, dass Menschen, die einer intensivpflegerischen Versorgung bedürfen, in der Regel zugleich auch Menschen mit Behinderungen i. S. d. § 2 SGB IX sind (s. Anhang). Sie haben ein Recht auf selbstbestimmte Teilhabe (vgl. § 1 SGB IX). Ihre besonderen Bedarfe sind bei der Krankenbehandlung zu berücksichtigen (vgl. § 2a SGB V und § 43 SGB IX). Es stellt sich die Frage, wie diesen Belangen im Pflegeheim Rechnung getragen werden kann. Derzeit gibt es beispielsweise zahlreiche Menschen mit Beatmung, die über eine gute pflegerische Versorgung zu Hause verfügen und mithilfe von Assistenzmodellen ein selbstbestimmtes Leben mit Ausbildung, Berufstätigkeit und sozialem Engagement führen. Dies wäre nicht mehr möglich, wenn sie künftig in einer – allein auf Pflege fokussierten – Pflegeeinrichtung leben müssten. Der RefE enthält keine Hinweise darauf, wie dem Recht auf Teilhabe von Menschen mit Behinderungen bei der Unterbringung in einem Pflegeheim durch diesbezügliche Vorgaben für die Leistungserbringung und Qualitätskriterien einschließlich der Sicherstellung des Bezugs von Leistungen zur Teilhabe entsprochen wird. Die Regelungen in § 132i Abs. 6 SGB V n. F sind hierfür nicht hinreichend.

Neben dem Aspekt der fehlenden Teilhabemöglichkeiten in einem Pflegeheim muss außerdem berücksichtigt werden, dass das Pflegepersonal in einer stationären Einrichtung im Gegensatz zu dem persönlichen Umfeld des Menschen mit Behinderung nicht dessen individuelle, biografische und ggf. behinderungsbedingte Besonderheiten kennt und diesen dementsprechend meist schlechter Rechnung tragen kann. In der Regel haben Menschen mit Intensivpflegebedarf auch Schwierigkeiten in der Kommunikation und können fremden Personen ihre Bedürfnisse schwer verständlich machen. Dies gilt erst recht bei Menschen mit vorbestehender geistiger Behinderung, die ihre Situation nur schwer einschätzen und sich daher schlecht in einer durch Intensivpflege geprägten Umgebung orientieren können. Der Umzug aus der häuslichen Umgebung in eine stationäre Pflegeeinrichtung führt somit nicht zwangsläufig zu einer besseren, sondern häufig sogar zu einer schlechteren Versorgung des betroffenen Personenkreises und gefährdet ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, die in vertrauter eigener Häuslichkeit mit langzeitig vertrauten Menschen in der Regel deutlich leichter möglich ist. Die Eröffnung von Perspektiven sozialer Teilhabe auch bei Beatmung oder bei fortbestehender Behinderung hat eine hohe Bedeutung für die

Betroffenen und ihre Angehörigen und erweist sich als äußerst relevanter salutogenetischer Faktor.

Die DVfR fordert daher mit Nachdruck, dass bei einem intensivpflegerischen Bedarf nicht die Versorgung im Pflegeheim oder in einer Intensivpflege-Wohngemeinschaft i. S. d. § 132i Abs. 5 SGB V n. F. den Vorrang genießt, sondern dass sich Versicherte auch weiterhin gleichermaßen für die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit oder an sonst einem „geeigneten Ort“ entscheiden können. Die Definition des „geeigneten Orts“ sollte dabei § 37 SGB V entsprechen. Danach sind „geeignete Orte“ insbesondere betreute Wohnformen, Schulen, Kindergärten aber auch besondere Wohnformen i. S. d. SGB IX Teil 2 bzw. stationäre Einrichtungen i. S. d. § 43a SGB XI, Einrichtungen der Tagesstrukturierung, Werkstätten für behinderte Menschen sowie ggf. auch der Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Es muss ferner klargestellt werden, dass der intensivpflegerische Bedarf auch in geeigneten Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation gedeckt werden kann.

### c) Zu § 37c Abs. 3 SGB V n. F.: Umfang der Leistungen der Pflegeeinrichtung erweitern und Kostenbelastung durch Versorgung im Pflegeheim vermeiden *(Art. 1 Nr. 2)*

Der RefE bestimmt den Leistungsanspruch gegenüber dem Pflegeheim so, dass lediglich die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der medizinischen Behandlungspflege erfasst sind. Das greift für die Personengruppe mit Beatmungsbedarf zu kurz. Nach Auffassung der DVfR hat die Einrichtung in diesen Fällen auch sicherzustellen, dass die Erbringung von Heilmitteln sowie die Hilfsmittelversorgung durch Kooperationsverträge sichergestellt ist und dass regelhaft der Bedarf an anderen Teilhabeleistungen geprüft wird, vgl. dazu § 132i SGB V n. F. Ferner ist klarzustellen, dass ggf. auch Leistungen zur sozialen Teilhabe ergänzend erbracht werden können, sofern der Bedarf dafür bei der umfassenden Bedarfsermittlung festgestellt ist. Eine gesetzliche Beschränkung auf reine Pflegeleistungen darf es nach Auffassung der DVfR nicht geben. Dies würde bestehende Einrichtungen gefährden, die bereits kombinierte Leistungen anbieten. Die intensivpflegerische Versorgung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung soll – laut Begründung des RefE – nicht mit finanziellen Mehrbelastungen für Versicherte verbunden sein. Insofern ordnet § 37c Abs. 3 SGB V n. F. an, dass der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege auch die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, für medizinische Behandlungspflege und die notwendigen Investitionskosten umfasst. Die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung in der vollstationären Einrichtung werden demgegenüber nur übernommen, wenn die Krankenkassen dies in ihren Satzungen vorgesehen haben.

Angesichts des gesetzgeberischen Ziels, eine Kostenmehrbelastung der Versicherten zu vermeiden, ist diese Wahlmöglichkeit der Krankenkassen hinsichtlich einer Kostenübernahme der Unterkunfts- und Verpflegungskosten inkonsequent. Sieht die Satzung der jeweiligen Krankenkasse die Kostenübernahme nicht vor, bedeutet dies für Versicherte eine Mehrbelastung, wenn sie – statt zu Hause – in einem Pflegeheim versorgt werden. Sie müssen neben den oft weiterlaufenden Kosten für ihre normale Unterkunft die zusätzlichen Kosten der Unterbringung im Pflegeheim tragen.

Die DVfR fordert daher, dass im Falle einer vollstationären Versorgung in einem Pflegeheim auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung regelhaft übernommen werden.

**d) Zu § 132i SGB V n. F.: Fehlversorgung durch mehr Vorgaben und Qualitätskontrollen im Leistungserbringungsrecht verhindern** *(Art. 1 Nr. 14)*

Zwar ist die Intention des Gesetzgebers, eine qualitätsgesicherte Versorgung zu gewährleisten, nachvollziehbar. Gerade bei der ambulanten Intensivpflege von Beatmungspatient*innen kam es in der Vergangenheit zu Fehlversorgungen auf Grund von Fehlanreizen in der Leistungserbringung. Allerdings ist auch die Versorgung in Pflegeheimen oft mangelhaft. Es ist bekannt, dass trotz aller Qualitätsvorgaben und Kontrollen regelmäßig gefährliche Pflege in Pflegeheimen vorkommt. Insofern ist allein durch einen Umzug in eine stationäre Einrichtung nicht automatisch eine bessere Intensivpflege gewährleistet.

Selbst wenn in Pflegeheimen regelhaft eine bessere Pflegequalität zu erwarten wäre, dürfte diese nicht mit einem Verzicht auf das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen und dem Verlust der Teilhabemöglichkeit im vertrauten Umfeld erkauft werden. Die notwendige Qualität der Intensivpflege darf nur durch eine bessere Regulierung und Kontrolle der Leistungserbringung gesichert werden.

Insofern ist es zu begrüßen, dass der RefE die Neuregelung des § 132i SGB V n. F. im Leistungserbringungsrecht vorsieht, nach der die Krankenkassen und die Leistungserbringer bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen beispielsweise zur Qualität der Leistungserbringung, zum Personalschlüssel, zur Sicherstellung der Umsetzung von Maßnahmen zur Beatmungsentwöhnung und zum Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern als Basis der Leistungserbringung erarbeiten sollen.

Aus Sicht der DVfR sollte in den Rahmenempfehlungen, also auch für stationäre Pflegeeinrichtungen und Intensivpflege-Wohngemeinschaften,

- konkret festgelegt werden, dass regelmäßig (nach festzulegenden Kriterien) eine Bedarfsermittlung bzgl. weiterer Teilhabeleistungen erfolgt,
- in diesem Zusammenhang auch mögliche Leistungen der mobilen Rehabilitation geprüft werden,
- konkretisiert werden, dass unter nichtärztlicher Leistungserbringung insbesondere auch eine bedarfsgerechte teilhabeorientierte Hilfsmittelversorgung zu verstehen ist (vgl. dazu DVfR, Hilfsmittelversorgung, 2009),
- festgelegt werden, welche Anforderungen an diese Hilfsmittelversorgung unter dem Aspekt der Teilhabesicherung zu stellen sind.

Die Formulierung in § 132i Abs. 6 Nr. 2 SGB n. F. „rehabilitative Versorgung …“ sollte gestrichen werden, da in der Heilmittel-Richtlinie des G-BA eine rehabilitative Versorgung gerade nicht vorgesehen ist und die Heilmittelerbringung als Krankenbehandlung erbracht wird. In diesem Setting können die Heilmittel als Leistung gem. § 32 SGB V erbracht werden. Ferner ist zu regeln, wie die soziale Teilhabe durch die Pflegeeinrichtung bzw. den Pflegedienst selbst zu fördern ist.

Zudem reichen die nach der Heilmittel-Richtlinie möglichen Leistungen für eine bedarfsgerechte, auf die Teilhabe orientierte rehabilitative Versorgung häufig nicht aus. In der Rahmenrichtlinie sollten deshalb – unter der fachlichen Beteiligung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) – die rehabilitativen Leistungsbestandteile losgelöst von der Heilmittel-Richtline definiert werden.

Es soll an dieser Stelle außerdem noch darauf hingewiesen werden, dass es für Pflegeeinrichtungen teilweise äußerst schwierig ist, im ambulanten Sektor Kooperationsvereinbarungen mit Ärzt*innen und Therapeut*innen abzuschließen, um die ärztliche und therapeutische Versorgung sicherzustellen, da für die Vertragsärzt*innen und die Heilmittelerbringer keine gesetzliche Verpflichtung zum Abschluss einer Kooperationsvereinbarung besteht. Außerdem ist das Prinzip der freien Arzt- und Therapeutenwahl zu berücksichtigen. Hier bedarf es verlässlicher und praktikabler Lösungen z. B. im Rahmen des Gesamtvertrags für den vertragsärztlichen Bereich oder der Rahmenvereinbarungen mit den Heilmittelerbringern.

### e) Zu § 39 Abs. 1a SGB V n. F.: Fehlversorgung durch Ausschöpfen von Entwöhnungspotentialen verhindern *(Art. 1 Nr. 3a; 12)*

Auch die vorgesehenen Maßnahmen zur Unterstützung einer Beatmungsentwöhnung, sofern möglich und zielführend[3], sind ein Schritt in die richtige Richtung.

Hervorzuheben ist hier insbesondere, dass Krankenhäuser laut der Begründung zu § 39 Abs. 1a SGB V n. F. nun eine voreilige Überführung von Beatmungspatient*innen in die außerklinische Intensivpflege verhindern sollen, indem im Rahmen des Entlassmanagements zuvor der Versuch der Beatmungsentwöhnung durch spezialisierte Fachärzt*innen unternommen wird (vgl. § 39 Abs.1a S. 6 SGB V n. F.). Allerdings erschließt sich dieser Auftrag nicht unmittelbar aus dem neuen Gesetzeswortlaut § 39 Abs. 1a S. 6 SGB V n. F., sondern nur im Zusammenhang mit der entsprechenden Begründung im RefE.

Die DVfR fordert insofern eine ausdrücklichere Formulierung direkt im Gesetzestext.

Schließlich ist an dieser Stelle noch darauf hinzuweisen, dass eine Regelung im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 SGB V nicht weit genug reicht; sie erfasst im Wesentlichen nur die – dem Vertragsarztrecht entsprechenden – Aufgaben des Krankenhauses beim Übergang von diesem in einen anderen Versorgungsbereich. Aus Sicht der DVfR wären zusätzlich Regelungen im Versorgungsmanagement gemäß § 11 Abs. 4 SGB V notwendig, da bei der Sicherung der Weiterversorgung und der Feststellung des Entwöhnungspotentials auch Teilhabebedarfe zu berücksichtigen sind.

### f) Zu § 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1a SGB V n. F.: Entwöhnungsbehandlung in verschiedenen qualifizierten Einrichtungen ermöglichen und mit der Ermittlung bzw. Deckung des Teilhabebedarfs verbinden *(Art. 1 Nr. 12)*

Die vorgesehene Änderung des § 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1a SGB V n. F. wird grundsätzlich begrüßt. Danach sollen die Vertragsparteien auf Landesebene in den Verträgen über die Krankenhausbehandlung vorsehen, dass der Beatmungsstatus von Beatmungspatienten vor ihrer Entlassung durch eine hierfür qualifizierte Fachärztin oder einen Facharzt festgestellt wird. Laut Begründung soll mit dieser Bestimmung sichergestellt werden, dass

[3] Menschen mit bestimmten chronischen degenerativen Erkrankungen, wie z. B. Muskeldystrophien, verhilft die Beatmung zu Hause erst zu einem selbstbestimmteren normalisierten Leben. Eine Beatmungsentwöhnung ist bei diesem Krankheitsbild kaum möglich und nicht zielführend.

Entwöhnungspotentiale ausgeschöpft werden, dies ergibt sich aber ebenfalls nicht unmittelbar aus dem Gesetzestext.

Aus Sicht der DVfR sollte sich der Zweck der Vorschrift aber auch hier noch klarer aus dem Gesetzeswortlaut ergeben, und nicht nur aus der Begründung. Ferner ist darauf hinzuweisen, dass die Feststellung des Beatmungsstatus oft erst nach einer Erprobung einer Entwöhnung möglich ist. Deshalb sollte die Regelung auch einen Hinweis auf eine im Einzelfall erforderliche Erprobung enthalten.

Nach Auffassung der DVfR sollte zudem in der Begründung zu dieser Vorschrift klargestellt werden, dass die Entwöhnungsbehandlung nicht nur in spezialisierten Entwöhnungszentren von Krankenhäusern erfolgen kann, sondern dass hierfür alle Einrichtungen in Betracht kommen, die eine entsprechende Qualifikation aufweisen, z. B. auch Rehabilitationseinrichtungen. Beispielsweise wird die Beatmungsentwöhnung seit vielen Jahren unter anderem auch in neurologischen Rehabilitationskliniken durchgeführt, da der Beatmungspflicht häufig neurologische Erkrankungen zugrunde liegen. Die dort entwickelten Kompetenzen müssen weiterhin genutzt werden können.

Die neue Vorschrift ist dahingehend zu ergänzen, dass nicht nur die Feststellung des Beatmungsstatus erfolgt, sondern auch eine Ermittlung eines Bedarfs an Teilhabeleistungen. Dies entspricht den gesetzlichen Bestimmungen zum Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V.

Es wird daher der folgende Wortlaut des § 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1a SGB V n. F. vorgeschlagen:

*„… dabei ist auch vorzusehen, dass vor der Entlassung oder Verlegung von Beatmungspatienten eine qualifizierte fachärztliche Feststellung des Beatmungszustands einschließlich einer Erprobung der Entwöhnung sowie eine Ermittlung eines Bedarfs an Leistungen der Frührehabilitation oder an Leistungen zur Teilhabe erfolgt und vorhandene Entwöhnungspotentiale voll ausgeschöpft werden, sofern dies dem Patientenwillen entspricht.“*

Die berechtigten Interessen der Betroffenen mit Trachealkanüle und/oder Beatmung und der Verbesserung ihrer Rehabilitationschancen durch ein Verschließen des Tracheostomas und Entwöhnung von der Beatmung dürfen keinesfalls durch reine wirtschaftliche Interessen verhindert werden. Die Genesung und die Fortschritte der Patient*innen allein stehen im Mittelpunkt und nicht wirtschaftliche Erwägungen.

## 2. Änderungen bei der medizinischen Rehabilitation

### a) Zu A. Problem und Ziel: Systematische Stellung der Neuregelungen zur medizinischen Rehabilitation *(Art. 1 Nr. 4)*

Um die Einheitlichkeit des Rehabilitationsrechts zu wahren, sollte sichergestellt werden, dass die im SGB V getroffenen Regelungen zur medizinischen Rehabilitation mit dem Rehabilitationsrecht des SGB IX kompatibel sind und nicht im Widerspruch zu dem leistungsträgerübergreifenden Teilhaberecht des SGB IX stehen. Insofern sollte bereits in der Problem- und Zielbeschreibung des RefE darauf geachtet werden, dass die Definition der medizinischen Rehabilitation nicht verkürzt dargestellt wird. Dort heißt es derzeit im zweiten Absatz:

*„Die medizinische Rehabilitation hat die Aufgabe, Körperfunktionen (wieder-)herzustellen und Aktivitäten zu ermöglichen, so dass Menschen sich in ihrem Alltag zurechtfinden oder wieder in diesen zurückfinden. Bei chronischen Erkrankungen liegt die Aufgabe der medizinischen Rehabilitation darin, bereits eingetretene Funktions- und Aktivitätsstörungen soweit möglich zu reduzieren und dauerhaften Beeinträchtigungen, wie einer Pflegesituation, vorzubeugen.“*

Dies entspricht weder der gesetzlichen Regelung in § 11 Abs. 2 SGB V noch dem trägerübergreifenden Recht des SGB IX, hier § 42. Um der Einheitlichkeit des Rehabilitationsrechts Rechnung zu tragen und eine Einengung des Begriffs der medizinischen Rehabilitation zu vermeiden, wird vorgeschlagen, an dieser Stelle die Formulierung des § 42 SGB IX zu verwenden.

### b) Zu § 40 Abs. 2 SGB V n. F.: Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts *(Art. 1 Nr. 4)*

Der RefE sieht in § 40 Abs. 2 SGB V n. F. vor, dass Versicherte, die sich für eine andere als die von der Krankenkasse bestimmte Rehabilitationseinrichtung entscheiden, nicht mehr die gesamten, sondern nur noch die Hälfte der Mehrkosten tragen müssen.

Die DVfR begrüßt die Intention des Gesetzgebers, das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten (§§ 8 SGB IX; 33 SGB I) zu stärken. Die Begrenzung der Pflicht zur Kostentragung auf die Hälfte erscheint jedoch willkürlich. Eine Kostenreduzierung auf null würde das Wahlrecht der Versicherten noch besser stärken. Dabei weist die DVfR darauf hin, dass der Versicherte die Mehrkosten zur Zeit nur dann zu tragen hat, wenn er eine Einrichtung auswählt, obwohl die Krankenkasse die berechtigten Wünsche nach § 8 SGB IX berücksichtigt hat. In der Praxis ist dieser Punkt jedoch oft streitig.

Die DVfR fordert daher, dass Versicherte sich ohne Mehrkosten auch für eine andere zertifizierte Einrichtung als die von der Krankenkasse bestimmte entscheiden können.

### c) Zu § 40 Abs. 3 S. 2 SGB V n. F.: Zugangsvereinfachungen zur Rehabilitation *(Art. 1 Nr. 4b) aa))*

Gemäß § 40 Abs. 3 S. 2 SGB V n. F. sollen Krankenkassen bei einem Antrag auf eine vertragsärztlich verordnete geriatrische Rehabilitation nicht mehr die medizinische Erforderlichkeit prüfen, sofern die Ärztin oder der Arzt die geriatrische Indikation durch geeignete Abschätzinstrumente überprüft hat. Bei allen anderen Indikationen kann die Krankenkasse die medizinische Erforderlichkeit nur noch auf Grundlage einer gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) verneinen (vgl. § 40 Abs. 3 S. 3 SGB V n. F.).

Die DVfR begrüßt die Intention des Gesetzgebers, mit dieser Änderung dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ und zugleich der Förderung der selbstbestimmten Teilhabe auch im Alter Rechnung zu tragen. Durch einen schnelleren Zugang zur Rehabilitation – so die allgemeine Erwartung – kann voraussichtlich erreicht werden, dass deutlich mehr ältere Menschen mit entsprechendem Bedarf tatsächlich solche Leistungen erhalten.

Inkonsistent ist, dass sich die Regelung ausschließlich auf die vertragsärztliche Versorgung bezieht und die Anschlussrehabilitation nicht ausdrücklich mit einbezieht.

Außerdem sollte die anspruchsbegründende Wirkung, die der ärztlichen Verordnung durch die Neuregelung zugebilligt wird, nicht dazu führen, dass die Rechte auf umfassende Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung nach dem SGB IX beeinträchtigt werden. Selbst wenn die Vorlage einer Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation ausreicht und die Krankenkasse den Antrag diesbezüglich nicht mehr auf medizinische Erforderlichkeit hin prüft, muss sie bei einem Antrag auf Rehabilitationsleistungen auch weiterhin den Rehabilitationsbedarf umfassend ermitteln (§ 13 SGB IX).

Darüber hinaus muss es möglich bleiben, Rehabilitationsleistungen auch ohne Verordnung einer Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes zu beantragen. Dies könnte durch einen Zusatz klargestellt werden: „*Die Pflichten der Krankenkassen als Rehabilitationsträger sowie die Rechte des Versicherten nach § 19 des Vierten und Neunten Buch des Sozialgesetzbuches bleiben unberührt.“*

Schließlich weist die DVfR in diesem Zusammenhang ausdrücklich darauf hin, dass nicht nur ältere Menschen einen besonders hohen und dringlichen Rehabilitationsbedarf aufweisen. Dies trifft unter anderem auch auf Patienten mit schweren neurologisch bedingten Beeinträchtigungen sowie auf einige andere Personengruppen zu, die z. B. Leistungen der Frührehabilitation wegen schwerer multipler Erkrankungen und Syndrome erhalten haben. Der Pflegebedarf kann auch bei diesem Personenkreis durch einen vereinfachten Zugang zu Rehabilitationsleistungen reduziert oder verhindert werden.

Die DVfR fordert daher, dass die medizinische Erforderlichkeit der ärztlich verordneten Rehabilitation nicht mehr seitens der Krankenkasse überprüft wird, wenn bei der oder dem Betroffenen eine schwergradige Beeinträchtigung und ein dringlicher Rehabilitationsbedarf unzweifelhaft bestehen und durch entsprechende Befundermittlung einschließlich Assessmentinstrumenten nachvollziehbar dokumentiert sind. Entsprechende Vorgaben können im Rahmen der BAR unter Beteiligung des G-BA vereinbart werden. Dabei sind insbesondere die Bedarfe von Menschen mit Behinderungen zu berücksichtigen.

Für eine solche Regelung spricht zudem, dass zu befürchten ist, dass auf Grund des vereinfachten Zugangs überwiegend nur noch geriatrische Rehabilitationsleistungen verordnet werden, obwohl eine indikationsspezifische Rehabilitation besser geeignet wäre. Dies gilt z. B. für Patienten mit entzündlich-rheumatischen sowie orthopädischen und neurologischen Erkrankungen. Auch ältere Menschen, welche die Kriterien des geriatrischen Patienten erfüllen, können in vielen Fällen in indikationsspezifischen Rehabilitationseinrichtungen erfolgreich rehabilitiert werden.

Die DVfR weist zudem darauf hin, dass der Zugang zur medizinischen Rehabilitation gemäß § 40 Abs. 3 S. 2 SGB V n. F. zu einem Anstieg von Rehabilitand*innen im Bereich der geriatrischen Rehabilitation und damit zu Versorgungsengpässen führen kann, wenn der erhöhten Nachfrage ein zu geringes Angebot von Leistungserbringern gegenübersteht. Da dieser Effekt einer erhöhten Nachfrage erwünscht ist, sollten rechtzeitig Kapazitätsanpassungen vorgesehen werden. Zudem ist Voraussetzung für den Erfolg dieser neuen Regelung, dass in allen Bundesländern ausreichend Angebote zur geriatrischen Rehabilitation nach § 111 SGB V vorhanden sind. Dies ist derzeit in einigen Bundesländern nicht der Fall. Dort geht die Gesetzesänderung ins Leere.

**d) Zu § 40 Abs. 3 S.9 SGB V n. F.: Evaluation der neuen Zugangsregelung erweitern** *(Art. 1 Nr.4 b) ee))*

Die DVfR begrüßt die vorgesehene Evaluation der neuen Zugangsregelung, um eventuell eintretende Fehlentwicklungen schnell erkennen und ggf. gegensteuern zu können. Gegenstand der Evaluation sollte auch die Bedarfsgerechtigkeit der Leistungsangebote sein. Sollte es nämlich zu einer Unterversorgung kommen, weil zu wenige Rehabilitations-einrichtungen für die Rehabilitand*innen zur Verfügung stehen, muss eine Kapazitätsanpassung erfolgen.

**e) Zu § 40 Abs. 3 S. 6 SGB V n. F.: Dauer der geriatrischen Rehabilitation** *(Art. 1 Nr. 4 b) bb))*

Der RefE sieht in § 40 Abs. 3. S. 6 SGB V n. F. vor, dass Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation künftig in der Regel ambulant für 20 Behandlungstage und stationär für drei Wochen erbracht werden. Bislang bildete diese Zeitspanne, die nun für den Bereich der geriatrischen Rehabilitation zur Regel erklärt wird, die Obergrenze.

Die DVfR begrüßt diese Regelung, nicht zuletzt deshalb, da ältere Rehabilitand*innen oft eine längere Adaptionszeit an die rehabilitativen Therapien und deren Reizsetzung benötigen. Es kommt dennoch immer zu kürzeren Bewilligungszeiten, insbesondere im Bereich der ambulanten und der mobilen Rehabilitation. Die DVfR sieht aber auch hier den Bedarf, sie über die Fälle der geriatrischen Rehabilitation hinaus auszuweiten. Durch die jetzige Formulierung, die eine Behandlungsdauer von 20 Tagen bzw. drei Wochen durch das Wort „längstens“ als Obergrenze definiert, wird die Behandlungszeit zu stark limitiert. Das gilt nicht nur für die geriatrische Rehabilitation, sondern für zahlreiche Rehabilitationsleistungen, bei denen ein Bedarf an mindestens 20 Tagen Rehabilitationsdauer besteht. Die DVfR weist darauf hin, dass die bisher den Krankenkassen in § 40 SGB V gesetzlich zugestandene Gestaltungsmöglichkeit erhalten bleiben muss, in Leitlinien auch eine über die Regelbehandlungsdauer hinausgehende Behandlungsdauer zu definieren.

Die DVfR verweist zugleich darauf, dass vielfach eine Flexibilisierung der Leistungen der medizinischen Rehabilitation gefordert wurde. Deshalb sollte bei den Versorgungsverträgen mit den Einrichtungen die Möglichkeit eingeräumt werden, im Rahmen einer Konzeption der Flexibilisierung von den Regeldauern abzuweichen, insbesondere wenn eine Kombination von stationärer und ambulanter Rehabilitation (einschließlich mobiler Rehabilitation) vorgesehen ist.

**f) Zu § 40 Abs. 3 S. 8 SGB V n. F.: Aufhebung der Vierjahresfrist für Kinder und Jugendliche** *(Art. 1 Nr. 4 b) dd))*

Der RefE sieht in § 40 Abs. 3 S. 8 SGB V n. F. vor, dass Kinder und Jugendliche, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bereits vor dem Ablauf von vier Jahren erneut eine Rehabilitationsleistung in Anspruch nehmen können.

Die Änderung wird begrüßt. Sie entspricht der Regelung zur Kinderrehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, die durch das Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz) eingeführt wurde (vgl. § 15a SGB VI).

Die DVfR fordert aber darüber hinaus, dass die Vorschriften des SGB V und des SGB VI für den Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation auch hinsichtlich des weiteren Anspruchsinhalts angeglichen werden. So sollte z. B. die Altersgrenze für den Anspruch auf Kinder- und Jugendrehabilitation einheitlich gestaltet werden, so dass junge Erwachsene mit Behinderungen, die nicht selbst für ihren Unterhalt sorgen können, sowohl im Rentenversicherungsrecht als auch im Krankenversicherungsrecht bis zum 27. Lebensjahr die Leistung zu den vergünstigten Konditionen erhalten können (vgl. für das Rentenversicherungsrecht §§ 15a Abs. 3 S. 2 i. V. m. 48 Abs. 4 Nr. 2d SGB VI).

### g) Zu §§ 111 Abs. 2 und 111c Abs. 2 SGB V n. F.: Leistungserbringungsrecht *(Art. 1 Nr. 8b, 11b)*

Der RefE sieht in §§ 111 Abs. 2 und 111c Abs. 2 SGB V n. F. vor, dass der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Leistungserbringer sowohl für den Bereich der stationären als auch für den Bereich der ambulanten Rehabilitation auf Bundesebene einheitliche Versorgungsverträge schließen.

Die DVfR begrüßt die gesetzgeberische Intention, mehr Transparenz bei den Versorgungs- und Vergütungsverträgen zu schaffen und bundesweit verbindliche Rahmenverträge sicherzustellen. Sie weist jedoch darauf hin, dass es – anders als auf Seite 14 des RefE beschrieben – bereits jetzt einheitliche Grundsätze oder Empfehlungen für Versorgungs- und Vergütungsverträge, beispielsweise die gemeinsamen Empfehlungen und Vereinbarungen zur medizinischen Rehabilitation auf der Ebene der BAR gibt. Vorgaben dazu finden sich ferner in § 38 SGB IX.

Um die Einheitlichkeit des Rehabilitationsrechts zu wahren, sollte die Änderung einschließlich der Schiedsstellenregelung deshalb im trägerübergreifenden Recht des SGB IX vorgenommen werden. Hierzu bestehen innerhalb der DVfR jedoch unterschiedliche Positionen.

## 3. Weiterer Änderungsbedarf

Für Menschen mit geistiger oder schwerer mehrfacher Behinderung ist eine stationäre Rehabilitation regelmäßig eine große Herausforderung, da jede Abweichung vom Alltag große Ängste und Orientierungsschwierigkeiten auslösen kann. Außerdem sind ihre besonderen Bedürfnisse dem Einrichtungspersonal nicht immer bekannt und die Kommunikation ist häufig schwierig. So können gerade bei Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf Versorgungsmängel auftreten.

Umso wichtiger ist die Begleitung und Unterstützung durch nahestehende Personen oder persönliche Assistenten. Bislang ist für die medizinisch notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson die Zahlung einer Pauschale von 45 Euro am Tag vorgesehen.[4] Dies reicht zur Finanzierung der Unterkunft und Verpflegung einer Privatperson.

Fehlt es aber an einem primären sozialen Netz aus Angehörigen und Freund*innen, die während des Aufenthalts Unterstützung bieten können, oder kann der Pflege- bzw.

[4] § 11 Abs. 3 SBG V i. V. m. § 2 der Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1 S. 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz v. 16.09.2004, abzurufen unter www.gkv-spitzenverband.de

Assistenzbedarf nur durch eine Fachkraft gedeckt werden, kommt es zu Problemen. Lebt ein Mensch mit Behinderung beispielsweise in einer Einrichtung der Behindertenhilfe, wird die benötigte Unterstützungsleistung häufig durch deren Personal erbracht. Der Verdienstausfall der Mitarbeiter*innen während der Begleitung kann mit der Pauschale aber nicht ausreichend vergütet werden.

Zurzeit wird nur für diejenigen Menschen mit Behinderungen, die ihr Pflegepersonal selbst als Arbeitgeber*in beschäftigen, die Betreuung durch eine Fachkraft während eines stationären Rehabilitationsaufenthalts weiterfinanziert (vgl. § 34 Abs. 2 S. 2 SGB XI; § 63b Abs. 4 SGB XII). Menschen mit einer geistigen oder schweren mehrfachen Behinderung ist es aber oftmals nicht möglich, das Arbeitgebermodell zu wählen. Die bisherigen Regelungen über Krankenhauszusatzentgelte haben hier keine Wirkungen entfaltet.

Die DVfR fordert daher, dass die Mitnahme und die Betreuung durch eine Fachkraft bei einer stationären Rehabilitation für alle Menschen mit geistiger oder schwerer mehrfacher Behinderung mit hohem Unterstützungsbedarf analog der Regelung für Assistenz im Arbeitgebermodell finanziert wird, sofern dies erforderlich ist, um den Erfolg der Rehabilitationsleistung zu erreichen.

Heidelberg, September 2019

**Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann**
Vorsitzender der DVfR

**Über die DVfR**

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR) ist in Deutschland die einzige Vereinigung, in der Vertreterinnen und Vertreter aller Akteure im Bereich Rehabilitation und Teilhabe gleichberechtigt zusammenwirken: Selbsthilfe- und Sozialverbände, Sozialleistungsträger, Rehabilitationseinrichtungen und -dienste, Reha-Experten sowie Berufs- und Fachverbände. Die Mitglieder der DVfR, ihre Partner in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft und alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter engagieren sich gemeinsam in einem interdisziplinären und sektorenübergreifenden, konsensorientierten Diskurs für die Weiterentwicklung von Rehabilitation, Teilhabe und Selbstbestimmung.

## Quellen

*DVfR:* Überwindung von Problemen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln – Lösungsoptionen der DVfR, 2009, abrufbar unter https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/DVfR_L%C3%B6sungsoptionen_Hilfsmittelversorgung_Okt._2009.pdf (abgekürzt: DVfR, Hilfsmittelversorgung, 2009)

*DVfR:* „Positionspapier: Heilmittel fördern selbstbestimmte Teilhabe“ und „Expertise: Zur Bedeutung der Heilmittel für die Förderung der Teilhabe unter Berücksichtigung des Auftrags therapeutischer Fachberufe – ein Beitrag zur aktuellen Diskussion“, 2016, abrufbar unter https://www.dvfr.de/arbeitsschwerpunkte/stellungnahmen-der-dvfr/detail/artikel/dvfr-legt-vorschlaege-fuer-teilhabeorientierte-heilmittelversorgung-vor-1/ (abgekürzt: DVfR, Heilmittel Positionspapier und Expertise, 2016)

*DVfR:* Empfehlungen zur Verbesserung der teilhabeorientierten Versorgung und Rehabilitation für Menschen mit außerklinischer Beatmung – Diskussionspapier des DVfR-Fachausschusses „Aktuelle Probleme der Versorgung mit Hilfsmitteln“, März 2016, abrufbar unter https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/Diskussionspapier_der_DVfR_zur_au%C3%9Ferklinischen_Beatmung_M%C3%A4rz_2016_.pdf (abgekürzt: DVfR, Außerklinische Beatmung, 2016)

*Janssen H et al.*: Ermittlung des allgemeinen Rehabilitationsbedarfs und Evaluation Mobiler Geriatrischer Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege. Studie im Auftrag des BMG (2018), abrufbar unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Schlussbericht_MoGeRe_10._Sept_2018.pdf, Stand 14. Juni 2019 (abgekürzt: Janssen et al., Rehabilitationsbedarf, 2018)

*P. W. Schönle, J. Beyer, M. Bredehorst, S. Grotkamp, V. Brahner, W. Seger, W. Cibis, A. Badke, S. Weinbrenner (Projektgruppe des Sachverständigenrats der Ärzteschaft der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation BAR):* Intensivmedizinische Rehabilitation funktionell schwerstgeschädigter Patienten in Neurol Rehabil 2017; 23 (3): 249-255 (abgekürzt: Schönle et al., Intensivmedizinische Rehabilitation, 2017)

## Anhang: Zur Zielgruppe mit Bedarf an intensivpflegerischer Versorgung

Die Personengruppe, die einen Bedarf an intensivpflegerischer Versorgung haben kann, ist heterogen und deutlich größer als die der beatmungspflichten Patienten bei Lungenerkrankungen. Sie umfasst Patienten z. B. der Neurologie, Unfallchirurgie, Allgemeinchirurgie, Kardiochirurgie, Kardiologie, Pulmologie oder Gastroenterologie. Dazu gehören Patienten mit dauerhaftem oder zumindest längerfristigem Intensivpflegebedarf z. B. mit:

- Beatmung/Langzeitbeatmung/Tracheostoma auf Grund von Erkrankung/Schädigungen des respiratorischen Systems
- Beatmung/Langzeitbeatmung /Tracheostoma bei neurologischen Erkrankungen bzw. Schädigungen (z. B. Muskeldystrophie, ALS, anderen Systemerkrankungen, s. u.)
- schweren Polytraumata (mit Multiorganverletzungen/-versagen)
- schweren Verbrennungen
- schweren internistischen Erkrankungen (z. B. bei Sepsis, Multiorganversagen u. a.)
- Zustand nach komplikationsreichen postoperativen Verläufen nach abdominal-, kardio- und thoraxchirurgischen Eingriffen
- hochgradigen Schädigungen des peripheren Nerven-Muskel-Systems
- schwersten Schädigungen des zentralen Nervensystems als Folge von Schädelhirntraumen, ischämischen Hirninfarkten, Hirnblutungen, zerebralen Hypoxien (insbesondere mit Zustand nach Reanimation), Enzephalitiden, Hirntumoren, Guillain-Barré Syndrom, hoher Querschnitt, u. a. in Form von Koma, Wachkoma, minimaler Bewusstseinszustand, Locked-in Syndrom,

Diese Gesundheitsstörungen gehen oft einher mit ausgeprägten Beeinträchtigungen der Autonomie und Teilhabe aufgrund schwerer Schädigungen der Motorik und der spezifischen mentalen Funktionen, wie z. B.:

- Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Denken
- Psychomotorik und Emotionalität,
- Wahrnehmung (Selbst-/Zeitwahrnehmung)
- höhere kognitive Leistungen (kognitiv-sprachlich/-rechnerisch)
- Durchführung komplexer Bewegungshandlungen und zielgerichtetes Handeln.

Bei diesen Patientengruppen besteht zudem nach der Akutbehandlung häufig ein Bedarf an Frührehabilitation oder Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Ein Bedarf an Leistungen der medizinischen Rehabilitation kann auch im weiteren Verlauf eintreten. Neben einem hohen Pflegebedarf bis hin zur Intensivpflege besteht häufig ein Bedarf an Leistungen zur sozialen Teilhabe sowie in einigen Fällen auch an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

DVfR • Maaßstraße 26 • 69123 Heidelberg

Herrn
Minister Spahn
Friedrichstraße 108
10117 Berlin

Deutsche Vereinigung für
Rehabilitation e. V. (DVfR)
Maaßstraße 26
69123 Heidelberg

Tel.: 06221 / 18 79 01-0
Fax: 06221 / 16 60 09
E-Mail: info@dvfr.de
www.dvfr.de

12. Dezember 2019

**Kurzstellungnahme der DVfR zu Art. 1 Nr. 2 und 3 (§ 37c SGB V) des Referentenentwurfes der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-IPREG)“**

Sehr geehrter Herr Minister Spahn,

die DVfR hatte bereits im September 2019 zum Referentenentwurf des „RISG“ ausführlich Position bezogen (s. Anlage). Am 10.12.2019 ist uns der Referentenentwurf des GKV-IPREG zugegangen. Auf Grund der Dringlichkeit nehmen wir zunächst nur zu Art. 1 Nr. 2 und 3 des Referentenentwurfes, d. h. zu § 37 Abs. 2 und § 37c SGB V neu Stellung.

1. **Zu Art. 1 Nr. 2 (§ 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V neu)**

   Der Referentenentwurf sieht in Art. 1 Nr. 2 vor, dass der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nicht für solche Versicherte bestehen soll, die auf Grund eines besonders hohen Bedarfes an medizinischer Behandlungspflege Anspruch auf Leistungen nach § 37c SGB V neu haben.

   **Bewertung:** Diese Regelung schränkt den Leistungsanspruch der Versicherten gegenüber der bisherigen Regelung ein und wird daher abgelehnt. Es muss gewährleistet sein, dass der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V für Menschen mit Intensivpflegebedarf uneingeschränkt erhalten bleibt. Die Erbringung von Behandlungspflege in der eigenen Häuslichkeit, in Schulen, Kindergärten oder an sonst geeigneten Orten darf keinesfalls von einer Prüfung des Einzelfalls bezüglich der Angemessenheit abhängig gemacht werden.

2. **Zu Art. 1 Nr. 3 (§ 37c SGB V neu)**

   a. Der Referentenentwurf sieht in Art. 1 Nr. 3 (§ 37c Abs. 2) zunächst vor, dass außerklinische Intensivpflege ohne Priorisierung grundsätzlich an vier Orten (Abs. 2 Nr. 1–4) erfolgen kann.

      **Bewertung**: Diese Regelung wird inhaltlich begrüßt.

b. Er sieht dort ferner vor, dass den Wünschen der Versicherten, die sich auf den Ort der Leistung richten, nur dann zu entsprechen ist, soweit sie angemessen sind und die medizinisch-pflegerische Versorgung an diesem Ort sichergestellt ist. Zur Feststellung der Angemessenheit wird auf § 104 Abs. 2 und 3 SGB IX verwiesen. Die Feststellung dieser Voraussetzungen erfolgt durch die Krankenkasse nach persönlicher Begutachtung des Versicherten und des Leistungsortes durch den Medizinischen Dienst.

**Bewertung:** Diese Vorschrift verstößt gegen Art. 19 UN-BRK sowie gegen Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG (Selbstbestimmungsrecht) und Art. 11 GG (Freizügigkeit). Die Regelung wird deshalb abgelehnt.
Da sie eine Verschlechterung der Rechte der Betroffenen bedeutet – bislang konnte der Wohnort frei gewählt werden –, verstößt sie gegen Art. 4 der UN-BRK.

Für die Ablehnung sind folgende Argumente maßgeblich:

i. Durch diese Regelung kann letztlich die Krankenkasse die Entscheidung über den Wohnort ggf. gegen den Willen des Betroffenen (ggf. vertreten durch den gesetzlichen Betreuer) fällen. Dies ist nicht vertretbar, da der Begriff der Angemessenheit nicht näher bestimmt wird. Ferner wird nicht berücksichtigt, dass die Möglichkeiten der Teilhabe allein durch eine Begutachtung, hier durch einen medizinischen Dienst, nicht ausreichend bestimmt werden können. Dies ergibt sich aus Art. 26 UN-BRK und den Vorschriften des SGB IX (§§ 13, 19 ff., 117 ff.) zur Bedarfsermittlung und zum Teilhabeplan- bzw. Gesamtplanverfahren, die einen Prozess regeln, an dem der Betroffene maßgeblich beteiligt ist und in dem der Sachverhalt in Konferenzen diskursiv verhandelt werden kann.

ii. Eine Konkretisierung der Kriterien erfolgt in der Gesetzesbegründung in unzulässiger Weise. Dort wird nämlich ausgeführt, dass unter Bezugnahme auf § 104 Abs. 2 und 3 SGB IX die besonders aufwändige Leistungserbringung „… ungeachtet der damit verbundenen Mehrkosten möglich …“ sei, wenn „…. Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglicht werden“. In der Begründung wird z. B. der Eindruck erweckt, dass beatmete Patienten noch eigene Motorik aufweisen müssen, um das Leben selbstbestimmt zu gestalten, oder zur Schule gehen oder am Arbeitsleben teilnehmen müssen, damit Teilhabefähigkeit unterstellt werden kann. Um die Ermöglichung der Teilhabe oder die Teilhabefähigkeit kann es aber nicht gehen.
Dies widerspricht nämlich der UN-BRK, die von der Teilhabefähigkeit aller Menschen ausgeht. Dies findet zudem im bio-psycho-sozialen Modell im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) keine Grundlage (vgl. die abgeschlossene Diskussion zu § 99 SGB IX einschließlich des Entwurfes der Leistungsberechtigtenverordnung). Der Begriff der Teilhabefähigkeit oder auch eine Graduierung derselben sind der ICF ebenso wesensfremd wie ein normierender Maßstab der Teilhabe.

iii. Der Hinweis auf § 104 Abs. 2 und 3 SGB IX kann hier nicht überzeugen, da für diese Regelung im Rahmen des SGB IX völlig andere Voraussetzungen gegeben sind: Die Bedarfsermittlung hinsichtlich teilhabebezogener Leistungen erfolgt nicht durch eine medizinische Begutachtung. Die Bedarfsermittlung erfolgt durch Instrumente gemäß § 13 SGB IX und wird in Form der Teilhabe- bzw. Gesamtplanung unter Beteiligung des Betroffenen konkretisiert. Dazu sind detaillierte Vorschriften insbesondere in den §§ 19 ff. und 117 ff. SGB IX zu beachten. Ergebnis ist ein Teilhabe- bzw. Gesamtplan, der ggf. in einer Konferenz mit dem Betroffenen erörtert wird. In diesem gemeinsamen Verfahren wird u. a. die Zumutbarkeit diskutiert. Durch das nun in § 37c SGB V neu vorgesehene Verfahren wird dieses im SGB IX geregelte Verfahren, das u. a. den Kriterien nach § 117 Abs. 1 SGB IX entsprechen und eine Beteiligung der Betroffenen vorsehen muss,

ausgehebelt und durch ein medizinisches Gutachten ersetzt, obwohl es sich um die Bestimmung von Teilhabeoptionen handelt. Dies widerspricht den gesetzlichen Bestimmungen des SGB IX, die für die Bestimmung des teilhabebezogenen Leistungsbedarfes im Hinblick auf die Teilhabe maßgeblich sind.

iv. Der Referentenentwurf geht zudem von einem völlig inakzeptablen Verständnis des Begriffs der Teilhabe aus: Laut Begründung prüft der Medizinische Dienst, ob die intensivpflegerische Versorgung „… Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglicht“. Diese Formulierung unterstellt, dass diese Möglichkeit verneint werden kann. Das widerspricht dem in der ICF verwendeten Begriff der Teilhabe als Einbezogensein in eine Lebenssituation. Die ICF und die UN-BRK gehen davon aus, dass Teilhabe immer möglich ist, auch unabhängig von bestimmten funktionellen Kompetenzen des Betroffenen (vgl. auch ii).
Für die Personengruppe der sehr schwer Betroffenen ist dies durchaus relevant: Denn entgegen der Unterstellung im Referentenentwurf, dass ggf. keine Teilhabe möglich sei, kann man fachlich belegen, dass schwerstmehrfachbehinderte Menschen, Menschen im Locked-in-Syndrom und sogar Menschen in einem dem Zustand der reaktionslosen Wachheit (sog. Wachkoma) benachbarten Zustand des Minimalbewusstseins (minimally conscious state) am Leben in der Gemeinschaft teilhaben können, selbst wenn sie keine gezielten Handlungen ausführen können. Ihre Teilhabe wird maßgeblich davon geprägt, dass sie von vertrauten und empathischen Menschen in vertrauter Umgebung betreut und begleitet werden: Sie zeigen Reaktionen, die sehr differenziert sind, und senden zugleich Signale aus, die von vertrauten Personen gedeutet und verstanden werden können, z. B. auch als Wunschäußerung (vgl. dazu die Konzepte der basalen Stimulation und der basalen Kommunikation). Die liebevolle und fürsorgliche Betreuung durch vertraute, meist familiäre Bezugspersonen bedeutet eine wechselseitige Beziehung, die für beide Seiten eine enorme Bedeutung haben kann. Sie ist oft nur im eigenen häuslichen Kontext lebbar. Die Zuerkennung von Teilhabefähigkeit nur bei bestimmten, in der Gesetzesbegründung genannten Handlungen entbehrt jeder fachlichen Grundlage und verstößt eklatant gegen die Menschenrechte.

**Zusammenfassung:**

Die vorgelegte Fassung des § 37c SGB V Referentenentwurf ist abzulehnen. Die Wahlfreiheit hinsichtlich des Ortes der Leistungserbringung und damit des Aufenthaltsortes muss unangetastet bleiben. Die vorgeschlagene Lösung verstößt gegen die UN-BRK und gegen das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland. Sie missdeutet die vorhandenen Regelungen im SGB IX bzw. leistet einem Fehlgebrauch derselben unter Umständen Vorschub. Sie beschneidet die Rechte der Menschen mit Behinderung und intensivpflegerischen Bedarfen.

Die DVfR sieht hier einen umfassenden Diskussionsbedarf, auch im Hinblick auf notwendige Leistungen zur Teilhabe für diese Personengruppe, und spricht sich für einen umfassenden Diskussions- und Beteiligungsprozess der Zivilgesellschaft aus.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann
Vorsitzender der DVfR

**Über die DVfR**

Die DVfR ist in Deutschland die einzige Vereinigung, in der Vertreterinnen und Vertreter aller Akteure im Bereich Rehabilitation und Teilhabe gleichberechtigt zusammenwirken: Selbsthilfe- und Sozialverbände, Sozialleistungsträger, Rehabilitationseinrichtungen und -dienste, Reha-Experten sowie Berufs- und Fachverbände. Die Mitglieder der DVfR und ihre Partner in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft engagieren sich gemeinsam in einem interdisziplinären und sektorenübergreifenden, konsensorientierten Diskurs für die Weiterentwicklung von Rehabilitation, Teilhabe und Selbstbestimmung.

Anlage:

Stellungnahme der DVfR zum Referentenentwurf der Bundesregierung:
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG), September 2019

**Positionspapier der DVfR zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG):**

# „Zum Verfahren der Bedarfsermittlung und -feststellung in der Praxis und zur Bedeutung von § 13 SGB IX“

*Beschlossen vom Hauptvorstand der DVfR am 16.10.2018*


I. Einleitung ..... 2

II. Zur Gestaltung der Bedarfsermittlung in der derzeitigen Praxis ..... 3

1. Zum Ablauf der Bedarfsermittlung in der Praxis: Delegation und Verantwortung des leistenden Rehabilitationsträgers ..... 3
2. Bedarfsermittlung zur Klärung der Zuständigkeit ggf. mehrerer Träger durch die Bedarfsermittlung nach Antragseingang ..... 7
3. Bedarfsermittlung in der Praxis während der Rehabilitationsleistung und Abschluss der Bedarfsermittlung durch Bedarfsfeststellung und Teilhabe-/Gesamtplanung in der Verantwortung des leistenden Rehabilitationsträgers ..... 8

III. Hinweise der DVfR zur Gestaltung der Bedarfsermittlung ..... 11

1. Zur Bedeutung und Umsetzung des § 13 SGB IX ..... 11
2. Instrumente, Arbeitsmittel und Arbeitsprozesse ..... 12
3. Zur Umsetzung des § 13 Absatz 2 SGB IX ..... 14
4. Bedarfsermittlung: Fokussierung vs. umfassende Bedarfsermittlung, einzeitiges vs. mehrzeitiges Vorgehen ..... 15
5. Weitere Aspekte: Beauftragung von Sachverständigen, Erstellung von Gutachten, multi-/interdisziplinäre Bedarfsermittlung ..... 17
6. Zu Inhalten der Bedarfsermittlung: Bezeichnung der Schädigungen und Gesundheitsversorgung: Comorbidität und Gesundheitssorge ..... 18

IV. Zusammenfassung ..... 18

Über die DVfR ..... 19

## I. Einleitung

Das Positionspapier „Zur Umsetzung des BTHG: Zum Verfahren der Bedarfsermittlung und -feststellung in der Praxis und zur Bedeutung von § 13 SGB IX“ stellt weitere Arbeitsergebnisse aus dem Ausschuss der DVfR „Umsetzung des BTHG“ zur Diskussion und knüpft an bereits veröffentlichte Arbeitsergebnisse an.[1]

Anlass der Beschäftigung mit Verfahren der Bedarfsermittlung und -feststellung ist die Beobachtung vieler beteiligter Akteure, dass eine vollständige und umfassende Bedarfsermittlung und -feststellung unmittelbar nach Eingang eines Antrages auf eine Leistung zur Teilhabe nicht immer möglich ist, insbesondere nicht in den vom Gesetz vorgesehenen Zeiträumen. Zudem wird bezweifelt, dass eine vollständige und umfassende Bedarfsermittlung vor einer Rehabilitationsleistung durchgeführt werden kann bzw. sollte: Dem stehe schon die hohe Zahl von Rehabilitationsanträgen entgegen, v. a. im Bereich der medizinischen Rehabilitation. Des Weiteren sei eine vollständige und umfassende Bedarfsermittlung auch nicht immer notwendig, um zu einer sachgerechten Entscheidung bzgl. der beantragten Leistung, z. B. einer Leistung der Anschlussrehabilitation, zu kommen. Schließlich sollte oft das Ergebnis der Rehabilitation abgewartet werden, bevor - je nach verbleibenden Beeinträchtigungen - ggf. weitere Bedarfe an Leistungen zur Teilhabe ermittelt werden könnten.

Diesem Verständnis steht die Vorgabe des Gesetzgebers entgegen, wonach der Bedarf unverzüglich und umfassend vom zuständigen Rehabilitationsträger ermittelt und festgestellt (§ 14 Absatz 2 Satz 1 SGB IX) oder unverzüglich festgestellt wird, ob andere Rehabilitationsträger zuständig sind bzw. weitere Träger einbezogen werden müssen (§ 15 SGB IX). Ist das der Fall, gibt es detaillierte Vorgaben zum Verfahren der Teilhabeplanung. Aus dieser Pflicht können die Rehabilitationsträger nicht entlassen werden. Der Ausschuss „Umsetzung des BTHG“ der DVfR hat sich deshalb mit der Frage beschäftigt, wie gesetzeskonforme konkrete Lösungsmöglichkeiten aussehen könnten.

Ein weiterer Anlass der Beschäftigung mit Verfahren zur Bedarfsermittlung und -feststellung ist die Beobachtung, dass die Rolle von Stellungnahmen, Gutachten und sozialmedizinischen Beurteilungen meist externer Expertinnen bzw. Experten im Zusammenhang der Bedarfsermittlung nach §§ 13 bzw. 17 SGB IX gegenüber der Verpflichtung der Rehabilitationsträger, selbst den Bedarf zu ermitteln und festzustellen, oft unklar bleibt.

Schließlich bleibt entgegen der gesetzlichen Vorgabe (vgl. § 19 SGB IX einschließlich Begründung) in der Praxis vielfach offen,

- wie die Ergebnisse einer Teilhabeleistung im Hinblick auf die trotz Rehabilitationsleistung verbleibenden Beeinträchtigung der Teilhabe bei der Bedarfsermittlung und der nachfolgenden Teilhabeplanung berücksichtigt werden sollen,
- ob diese in eine auf den Antrag folgende Bedarfsermittlung noch einzubeziehen sind
- und wie eine entsprechende Teilhabeplanung und deren Umsetzung zu erfolgen hat.

Auch hier versucht der BTHG-Ausschuss der DVfR, einige Lösungsvorschläge zu unterbreiten.

Bei all dem ist der Intention des Gesetzgebers Rechnung zu tragen, dass es sich um ein durchgängiges Verfahren handelt, das den Betroffenen gegenüber wie aus einer Hand abläuft, und bei

[1] Vgl. die ICF-Stellungnahme der DVfR von 2017, abrufbar unter: https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/DVfR-Stellungnahme_ICF-Nutzung_im_BTHG_bf.pdf (zuletzt abgerufen am 11.10.2018).

welchem dem leistenden Rehabilitationsträger die Hauptverantwortung für den gesamten Prozess zugewiesen ist.

In diesem Zusammenhang ist auf § 19 Absatz 3 SGB IX zu verweisen. Demnach sichert der leistende Rehabilitationsträger auch nach einer Rehabilitationsleistung für die weitere Teilhabeplanung und Umsetzung des Teilhabeplans das Verfahren durchgehend und bleibt zuständig, bis ggf. ein anderer Rehabilitationsträger die Rolle des leistenden Trägers übernimmt oder das Ziel der Teilhabe erreicht ist, d. h. auch im Sinne der Fortschreibung.

In ersten Teil des Positionspapiers wird die derzeitige Praxis der Bedarfsermittlung und der daraus folgenden Schritte dargestellt und einer kritischen Würdigung unterzogen im Hinblick auf die Aufgaben des leistenden Rehabilitationsträgers, den Prozess und den Abschluss des Bedarfsermittlungsverfahrens. In zweiten Teil gibt die DVfR Hinweise zur Gestaltung der Bedarfsermittlung.

## II. Zur Gestaltung der Bedarfsermittlung in der derzeitigen Praxis

### 1. Zum Ablauf der Bedarfsermittlung in der Praxis: Delegation und Verantwortung des leistenden Rehabilitationsträgers

Anliegen des Gesetzgebers ist es, dass bei Menschen mit (drohenden) Behinderungen frühzeitig ein Bedarf an Leistungen zur Teilhabe erkannt (§ 12 SGB IX), der Bedarf ermittelt (§ 13 SGB IX) und festgestellt sowie geklärt wird, wer zuständiger Leistungsträger ist (§ 14 SGB IX) und ob ggf. mehrere Leistungsträger für Leistungen zur Teilhabe in Betracht kommen (§ 15 SGB IX). Ferner ist bei Beteiligung mehrerer Leistungsträger ein Teilhabeplan aufzustellen (§ 19 SGB IX) und ggf. eine Teilhabeplankonferenz durchzuführen (§ 20 SGB IX). Sofern der Träger der Leistungen ein Träger der Eingliederungshilfe ist, führt dieser ein Gesamtplanverfahren nach §§ 117 ff. SGB IX durch, bei mehreren Rehabilitationsträgern als Teil des Teilhabeplanverfahrens. Ist der antragsannehmende Rehabilitationsträger allein zuständig, führt er die Bedarfsermittlung unverzüglich durch und entscheidet innerhalb kurzer Frist über die Leistung.

Am Anfang steht stets die Bedarfserkennung und -ermittlung, die sich abweichungsfest nach den Vorgaben des § 13 SGB IX zu richten und ggf. zusätzlich die Vorgaben nach §§ 117 ff. SGB IX zu berücksichtigen hat. Der Bedarf ist umfassend und vollständig zu erheben.

Bei den inzwischen vorliegenden Bedarfsermittlungsinstrumenten bzw. -verfahren der Rehabilitationsträger – sei es der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der gesetzlichen Rentenversicherung (RV), der Bundesagentur für Arbeit (BA) oder der Träger der Eingliederungshilfe – ist zu beobachten, dass die Vorgaben des § 13 SGB IX im Hinblick auf Vollständigkeit, umfassende Bedarfsermittlung unter Einschluss aller relevanten Gesundheitsstörungen und aller Lebensbereiche nicht immer eingehalten werden. Auch ermittelt der Rehabilitationsträger oft nicht selbst, sondern delegiert die Bedarfsermittlung an Dritte. Sofern dies transparent, strukturiert und qualifiziert erfolgt und die Verantwortlichkeit des leistenden Rehabilitationsträgers gewahrt bleibt, erscheint ein solches Verfahren rechtlich durchaus möglich und zulässig. Bei Art und Umfang der Bedarfsermittlung sind zwischen den Rehabilitationsträgern ferner erhebliche Unterschiede festzustellen, die zum Teil mit trägerspezifischen Belangen begründet werden. Auch wenn die Verfahren sich mehr oder weniger standardisierter Arbeitsmittel bedienen (z. B. Muster 61), kann die Qualität der Bedarfsermittlung im Einzelfall sehr unterschiedlich sein. Erfahrungsgemäß findet häufig auch keine ausdrückliche vollständige Bedarfsfeststellung auf der Grundlage der Bedarfsermittlung statt – vielmehr wird „nur“ über den Antrag und damit die beantragte Leistung

entschieden, nicht jedoch der Bedarf abschließend umfassend festgestellt und daran eine Teilhabeplanung angeschlossen.

Bei der Umsetzung von § 13 SGB IX sind oft folgende Defizite zu beobachten:

- Eine umfassende Ermittlung der Gesundheitsstörungen, die sich auf die Teilhabe auswirken können, findet nicht ausreichend statt, z. B. häufig bei den Instrumenten der Eingliederungshilfe. Dabei kann die Ermittlung von Gesundheitsschäden auch in einem separaten Verfahrensschritt erfolgen.
- Eine umfassende Ermittlung der relevanten Schädigungen auf der Struktur- und der Funktionsebene (vgl. International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) ist nicht immer gewährleistet, z. B. in den Formularen der RV, der BA und der Eingliederungshilfe. Dabei stellt sich das Problem, dass die Erhebung dieser ICF-Kategorien nicht immer einen großen Erkenntnisgewinn darstellt, so dass zum Teil je nach Frage- und Problemstellung geprüft werden muss, welche Daten tatsächlich erhoben werden müssen.
- Eine umfassende und vollständige Ermittlung der dadurch bedingten Beeinträchtigungen der Teilhabe (ICF) findet nur selten statt, am ehesten in einigen Instrumenten der Eingliederungshilfe.
- Eine Ermittlung der Ziele in allen Kategorien der ICF, die mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen, findet meist nur im Hinblick auf die trägerspezifischen Ziele statt und ist auch dort nicht immer vollständig.
- Zumeist wird nur im Hinblick auf die Leistungen des leistenden Trägers ermittelt, welche Leistungen im Rahmen einer Prognose zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich sind. Ergibt die Ermittlung weitere Leistungen über die beantragte Leistung beim leistenden Rehabilitationsträger hinaus, werden diese nur teilweise zu einer umfassenden Bedarfsfeststellung zusammengefasst. Als eine solche kann man z. B. die sozialmedizinische Beurteilung am Ende einer Rehabilitationsleistung der RV durchaus verstehen. Allerdings wird der Bedarf an diesen weiteren Leistungen dann nicht durch den Rehabilitationsträger selbst festgestellt und anschließend in einem Teilhabeplanverfahren umgesetzt. Vielmehr wird in diesem Falle die Empfehlung durch die Rehabilitationsklinik erstellt, wobei ihr die Aufgabe der Umsetzung dann nicht mehr zufällt.

Diese exemplarische und holzschnittartig vereinfachende Darstellung beleuchtet die Umsetzungsproblematik des BTHG in der Praxis. Hieran anschließend stellen sich folgende Fragen: Wie kann eine derart umfangreiche Bedarfsermittlung und -feststellung vor einer ggf. dringlichen Rehabilitationsleistung durchgeführt werden? Und ist sie tatsächlich immer erforderlich?

In vielen Fällen erfolgt die Bedarfsermittlung in der Praxis nicht durch Mitarbeitenden des Rehabilitationsträgers, sondern wird häufig delegiert, z. B. an die Vertragsärztinnen und -ärzte, die Arbeitgeber, die Leistungserbringer (z. B. Eingliederungshilfe), an die oder den Betroffenen. Nach Eingang der in Auftrag gegebenen Bedarfsermittlungsunterlagen und ggf. weiterer Unterlagen nimmt der Rehabilitationsträger die Aus- und Bewertung vor und fordert dann dieser Grundlage entweder weitere Informationen an, ermittelt selbst weitergehend (z. B. durch Gutachten) oder entscheidet über den Antrag auf eine Rehabilitationsleistung. Abschließend ist stets die Bedarfsfeststellung erforderlich. Auf deren Grundlage kommen als Entscheidungsoptionen Ablehnung, Genehmigung, Weiterleitung oder teilweise Weiterleitung in Betracht. Für den Fall mehrerer zuständiger Rehabilitationsträger oder bei Betroffenheit mehrerer Leistungsbereiche, z. B. medizinische Rehabilitation

und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA), sowie auf Wunsch des Betroffenen ist ein Teilhabeplanverfahren durchzuführen. In der Praxis gibt es jedoch im Regelfall weder eine umfassende, vollständige und zugleich abschließende Bedarfsfeststellung, noch erfüllt die dokumentierte Bedarfsermittlung alle Anforderungen nach § 13 SGB IX. Ferner kommt es in der Regel nicht zur Einleitung eines vollständigen Teilhabeverfahrens durch den leistenden Rehabilitationsträger.

Dies hat mehrere Gründe:

- Eine umfassende und vollständige Bedarfsermittlung durch Mitarbeitende der Rehabilitationsträger selbst stellt diese bei der Antragstellung vor beträchtliche praktische Schwierigkeiten, schon aufgrund der großen Zahl an Anträgen. Dies gilt z. B. bei Anträgen zur medizinischen Rehabilitation der RV und der GKV, teilweise auch für die Träger der Eingliederungshilfe sowie bei Anträgen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

  Insofern ist die Delegation der Bedarfsermittlung an andere Expertinnen und Experten plausibel. Beispiele für eine solche ggf. vollständige oder teilweise Delegation:

  - Die Bedarfsermittlung wird bei Leistungen der Anschlussrehabilitation im Interesse einer möglichst zügigen Weiterbehandlung praktisch allein durch das vorbehandelnde Krankenhaus durchgeführt (sowohl GKV als auch RV), wobei die Teilhabeziele nicht regelhaft nach der Maßgabe des § 13 SGB IX vollständig herausgearbeitet und dokumentiert werden.
  - Die Bedarfsermittlung wird im Falle der medizinischen Rehabilitation aus dem ambulanten Versorgungssystems im Bereich der GKV praktisch allein über den behandelnden Arzt mittels Muster 61 durchgeführt, wobei auch das Muster 61 nicht immer die vollständige Bedarfsermittlung einschließlich der nicht trägerspezifischen Teilhabeziele sichert.
  - Bei Rehabilitationsanträgen aus dem ambulanten Versorgungssystem an die RV werden meist durch Formblätter umfangreiche Angaben des Versicherten erhoben und es wird ein Befundbericht des behandelnden Arztes angefordert, ergänzt ggf. durch weitere fachärztliche Berichte. (Allerdings wird z. B. bei der Deutschen RV Rheinland stets ein umfangreiches eigenes Gutachten erstellt.).
  - Bei Anträgen zu LTA werden umfangreiche Angaben der versicherten Person erhoben, und es wird ein Befundbericht der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes angefordert, ergänzt ggf. durch weitere fachärztliche Berichte und/oder durch arbeitspsychologische oder arbeitsmedizinische Untersuchungsergebnisse der BA. Hinzu kommen in diesem Fall auch Angaben des Arbeitgebers zum Arbeitsplatz und den beruflichen Anforderungen.
  - Bei Anträgen zur Eingliederungshilfe gibt es unterschiedliche Verfahrensweisen: Teilweise wird die Bedarfsermittlung ausschließlich durch die Mitarbeitenden des Trägers der Eingliederungshilfe selbst durchgeführt, wobei die schriftlichen Darlegungen der Antragstellerin oder des Antragstellers sowie ggf. weitere Unterlagen berücksichtigt werden und in der Regel ein Teilhabegespräch durchgeführt wird. Teilweise werden bei diesem Verfahren Berichte und Unterlagen des Leistungserbringers zusätzlich angefordert. Zum Teil wird ein Teilhabeplan/Gesamtplan durch den Leistungserbringer erstellt, oft auf Anforderung durch den Leistungsträger, der dann mehr oder weniger intensiv geprüft wird, z. B. auch in einem Teilhabeplangespräch, einer Teilhabeplankonferenz etc.

- Die Praxis der Delegation der Bedarfsermittlung führt in der Praxis dazu, dass eine darauf fußende Bedarfsfeststellung als Verwaltungsakt meist nicht durchgeführt, sondern lediglich eine Entscheidung über die beantragte Leistung getroffen wird. Auch unterbleibt in den meisten „Routinefällen“ die Prüfung, ob über die bewilligte oder abgelehnte Leistung hinaus weitere Leistungen desselben Trägers oder anderer Träger erforderlich sind, die zu einem Teilhabeplan führen müssten.

  Allerdings erscheint die Praxis der Delegation überwiegend unvermeidlich, da allein die Zahl der zu bearbeitenden Anträge eine Bearbeitung durch die Rehabilitationsträger selbst unrealistisch erscheinen lässt. Das gilt wohl auch für erhebliche Teile der Eingliederungshilfe. Zudem sind nur dadurch Informationen aus der laufenden Behandlung und medizinischen Betreuung, über den Arbeitsplatz oder über die Lebenslage und die bisher erfolgten individuellen Teilhabeleistungen und ihre Wirksamkeit zu gewinnen und die Kompetenz der Leistungserbringer zu nutzen.

Die Zahl der Anträge (über 2 Mio. allein im Bereich der medizinischen Rehabilitation), aber auch die vorgegebenen Fristen sowie die Komplexität der umfassenden Bedarfsermittlung, schließlich das noch nicht absehbare Ergebnis der Rehabilitationsleistung stehen einer umfassenden und vollständigen Bedarfsermittlung und -feststellung in den vorgegebenen Fristen und einer anschließend sofort erfolgenden Teilhabeplanung entgegen.

Die Ergebnisse der Bedarfsermittlung sind in einem Erhebungsinstrument zu dokumentieren, das die Vorgaben nach §§ 13 und ggf. 117 SGB IX erfüllt. Dieses Instrument soll die umfassende und sachgerechte Bedarfsermittlung sicherstellen, damit eine darauf aufbauende sachgerechte Bedarfsfeststellung und ggf. eine Teilhabe-/Gesamtplanung erfolgen kann.

Inwieweit die verwendeten Erhebungsinstrumente (z. B. Muster 61, Formulare der RV, BEI der Eingliederungshilfe) den gesetzlichen Anforderungen entsprechen, ist Gegenstand eines Forschungsprojekts (vgl. § 13 Absatz 3 SGB IX). Nach Einschätzung des BTHG-Ausschusses der DVfR wird den genannten Vorschriften noch nicht durchgehend Rechnung getragen.

**Die DVfR weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Verantwortung für die vollständige, umfassende und sachgerechte Bedarfsermittlung nach §§ 13 bzw. 117 ff. SGB IX auch bei deren Delegation an Dritte vollständig beim Rehabilitationsträger verbleibt. Die Bedarfsermittlung ist mit einem Verwaltungsakt in Form einer Bedarfsfeststellung abzuschließen. Für den leistenden Rehabilitationsträger gilt der Amtsermittlungsgrundsatz, nachdem weitere Informationen einzuholen sind, wenn bei Prüfung der eingereichten Unterlagen erkennbar ist, dass die formalen Vorschriften der §§ 13, 19 ff. und 117 ff. SGB IX nicht eingehalten wurden und die Bedarfsermittlung nicht umfassend und vollständig erfolgt ist.**

Ist dies der Fall, hat der Träger weitergehende Informationen zu beschaffen und ggf. selbst für eine umfassende Bedarfsermittlung zu sorgen. Um das zu vermeiden, sollten die Rehabilitationsträger von Anfang an geeignete Arbeitsmittel verwenden, die eine sachgerechte Bedarfsermittlung ermöglichen. Entscheidend ist jedoch nicht allein die Gestaltung des Arbeitsmittels selbst, sondern die sachgerechte Gestaltung des gesamten Verfahrens (s. u.).

Daraus ergibt sich die Frage, wie in den zahlreichen Routinefällen den Vorgaben des Gesetzgebers entsprochen werden kann. Die DVfR unterbreitet dazu den Vorschlag einer sequentiellen Bearbeitung, u. a. mit einer vorläufigen Bedarfsermittlung und -feststellung für eilige Fälle und Routinefälle (s. u.).

## 2. Bedarfsermittlung zur Klärung der Zuständigkeit ggf. mehrerer Träger durch die Bedarfsermittlung nach Antragseingang

Damit der Rehabilitationsprozess zielgerichtet und sachgerecht erfolgen kann, ist in jedem Fall zunächst zu klären, welcher Rehabilitationsträger zuständig ist, und ob es neben einem leistenden Rehabilitationsträger noch weitere Leistungsträger gibt, die bei dem dann erforderlichen Teilhabeplanverfahren einzubeziehen sind. Diese Entscheidung muss auch bei einer vorläufigen Bedarfsermittlung und -feststellung getroffen werden, da ansonsten die Entscheidung über die beantragte Rehabilitationsleistung möglicherweise in eine falsche Richtung führt. Dies kann z. B. bei der Gruppe von Menschen mit neu erworbenen Hirnschädigungen, bei Suchtkranken oder Menschen mit seelischen Behinderungen der Fall sein, wenn diese Eingliederungshilfe oder LTA beantragen.

**Als problematisch stellt sich aus Sicht der DVfR dar, dass derzeit die am Anfang durchzuführende, systematische Erhebung eines Bedarfs an Leistungen mehrerer Träger oder mehrerer Leistungsbereiche als Voraussetzung einer umfassenden Teilhabeplanung nicht durchgängig sichergestellt ist.**

Häufig wird nämlich lediglich eine Entscheidung über die konkret beantragte Leistung getroffen: Die Erfahrungen zeigen, dass bislang aus der ersten Bedarfsermittlung in der Regel nur die Entscheidung über den Leistungsantrag – z. B. auf medizinische Rehabilitation – erfolgt. Hingegen fehlt es an einer Feststellung, ob weitere Leistungen anderer Träger erforderlich sein können und insofern eine Teilhabeplanung erfolgen muss bzw. die praktische Einleitung eines Teilhabeplanverfahrens, ggf. einschl. eines Gesamtplanverfahrens.

Das liegt zunächst daran, dass die Bedarfsermittlung aufgrund des Antrags häufig nicht umfassend erfolgt. Dies wiederum hat seinen Grund (und damit das Problem) darin, dass auf eine umfassende, ggf. sehr aufwändige und nicht ohne erhebliche Verzögerungen durchführbare Bedarfsermittlung verzichtet wird, weil andernfalls die ggf. dringliche Rehabilitationsleistung verzögert würde (z. B. eine Leistung zur Anschlussrehabilitation). Eine generelle umfassende Bedarfsermittlung in allen Antragsfällen, die vorab jeder Leistung zur Teilhabe stattfindet, wäre nicht zu realisieren und wohl auch unverhältnismäßig (s. o.). Dazu tragen auch die Fristenregelungen im Gesetz bei.

Ein weiterer Grund besteht darin, dass die durch die Rehabilitationsmaßnahme (hier meist der medizinischen Rehabilitation) bewirkten Effekte noch nicht bekannt sind, also der Teilhabebedarf nach der Rehabilitationsleistung vorher nicht immer zuverlässig abgeschätzt werden kann. Dies gilt auch für manche LTA und Leistungen der Eingliederungshilfe: So können z. B. oft erst im Rahmen einer Berufsfindungsmaßnahme, im Rahmen einer Maßnahme der beruflichen Bildung oder eines sog. Probewohnens in einer Einrichtung Bedarfe genauer ermittelt werden. Dabei besteht die Schwierigkeit, dass vor der Bewilligung einer Rehabilitationsleistung Ziele formuliert sein müssen, deren Erreichung (Wirksamkeit) dann im Anschluss an die Leistung vom leistenden Rehabilitationsträger zu prüfen ist.

Gerade wenn auf eine umfassende und vollständige Bedarfsermittlung zugunsten eines vorgeschalteten fokussierten, selektiven Vorgehens im Sinne einer vorläufigen Bedarfsermittlung und -feststellung verzichtet wird, ist eine ausdrückliche Entscheidung des Rehabilitationsträgers auf der Grundlage der ggf. vorläufigen Bedarfsermittlung erforderlich,

- ob weitere Leistungsträger sofort beizuziehen sind,
- ob dies sicher nicht der Fall ist, oder

- ob diese Frage erst während bzw. nach der durchgeführten Rehabilitationsleistung geklärt werden kann und in welchem Zeitrahmen dies erfolgen soll.

Die erste Bedarfsermittlung muss also ermöglichen, diese notwendigen Entscheidungen sachgerecht zu treffen. Nach den bisherigen Erkenntnissen des BTHG-Ausschusses der DVfR erfolgt dies nicht immer, insbesondere aber nicht explizit.

**Diese Überlegungen weisen aus Sicht der DVfR darauf hin, dass der leistende Rehabilitationsträger in der Verpflichtung steht,**

- **eine umfassende Bedarfsermittlung durchzuführen,**
- **den künftigen Bedarf festzustellen**
- **sowie darauf aufbauend, ggf. während oder nach einer erbrachten Rehabilitationsleistung, eine Entscheidung bzgl. der weiteren Teilhabeplanung bzw. Gesamtplanung zu treffen,**

**und zwar unabhängig davon, ob er eine vorläufige und erste Bedarfsermittlung durchführt, die eine beantragte Leistung rasch ermöglicht.**

Die nach oder während einer Rehabilitationsleistung durchgeführte Bedarfsermittlung muss mit einer Feststellung über den Abschluss der Bedarfsermittlung und einer Bedarfsfeststellung enden. Diese kann in der Entscheidung bestehen, dass ein weitergehendes Teilhabeplanverfahren entweder erforderlich oder wegen Erreichung der umfassend ermittelten Teilhabeziele nicht notwendig ist.

**Die DVfR weist darauf hin, dass im Falle einer Ablehnung des Antrags unbedingt eine umfassende und vollständige, abschließende Bedarfsermittlung und -feststellung durchzuführen ist. Wird die vorläufige Bedarfsermittlung und -feststellung als ausreichend angesehen, ist dies im Bescheid aufzuführen und ggf. zu begründen.**

### 3. Bedarfsermittlung in der Praxis während der Rehabilitationsleistung und Abschluss der Bedarfsermittlung durch Bedarfsfeststellung und Teilhabe-/Gesamtplanung in der Verantwortung des leistenden Rehabilitationsträgers

Die gesetzliche Grundlage für das weitere Verfahren ergibt sich aus § 19 SGB IX und dessen Begründung: Anders als vor dem BTHG bleibt der leistende Rehabilitationsträger weiterhin für den fortlaufenden Prozess und dessen Steuerung verantwortlich, selbst wenn andere Träger Leistungen erbringen (Splitting). Das Ende dieser Steuerungsverantwortung ist formal nicht festgelegt und dürfte entweder bei vollständiger Erreichung der erhobenen Teilhabeziele oder bei einem abgestimmten Wechsel des leistenden Rehabilitationsträgers erreicht sein.

Demgegenüber gestaltet sich das Verfahren derzeit überwiegend wie folgt:

In der Regel wartet der Rehabilitationsträger im Falle einer bewilligten Leistung deren Resultat ab. Im Bereich der RV erfolgt der Leistungsabschluss mit sozialmedizinischen Empfehlungen zu weiteren Behandlungs- und ggf. Rehabilitationsleistungen, dokumentiert im Abschlussbericht. Ein (nach § 19 SGB IX im Falle der Betroffenheit mehrerer Leistungsbereiche oder Träger vorgeschriebenes) Teilhabeplanverfahren in der Verantwortung des leistenden Trägers findet jedoch in der Regel nicht statt, sondern bleibt den nachfolgenden Akteuren überlassen.

Nicht immer wird der Träger der RV auf Grundlage der sozialmedizinischen Empfehlungen selbst tätig. Es geht hier um solche Fälle, bei denen es die Aufgabe des leistenden Rehabilitationsträgers ist, die Bedarfsermittlung zu Ende zu führen und ggf. eine Bedarfsfeststellung vorzunehmen, oder

aber die empfohlenen Leistungen in einem Teilhabeplan zusammenzufassen und ggf. selbst zu veranlassen. Auch wenn die sozialmedizinischen Empfehlungen fachlich einer Bedarfsermittlung (einschließlich der Benennung der Teilhabeziele) entsprechen, handelt es sich bei diesen nicht um eine vom Rehabilitationsträger zu treffende Bedarfsfeststellung und auch nicht um einen Teilhabeplan im Sinne des § 19 SGB IX. Vielmehr wird erwartet, dass die oder der Betroffene, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Betriebe etc. die Initiative ergreifen, z. B. auch im Hinblick auf eine Beteiligung der BA bzw. der Jobcenter bei Vorliegen von Arbeitslosigkeit oder der Eingliederungshilfe. Eine Beteiligung der Integrationsämter (vgl. § 22 Absatz 3 SGB IX) findet in dieser Phase nur selten statt. Im Grunde wird hier unterstellt, dass ein neues Verfahren mit neuen Anträgen und neuem Verfahren durchzuführen ist.

**Die DVfR weist darauf hin, dass in vielen Fällen bereits am Anfang vor einer Rehabilitationsleistung ersichtlich ist, dass nach der einen Leistung mit Wahrscheinlichkeit weitere folgen sollten. Wenn der diesbezügliche Bedarf wegen des Vorliegens einer lediglich vorläufigen Ermittlung nicht am Anfang ermittelt worden ist, besteht die Notwendigkeit, dass der leistende Träger diese nach der Rehabilitationsleistung fortsetzt.**

Diese Ausführungen gelten analog für eine medizinische Rehabilitationsleistung der GKV, wobei dort häufig sozialmedizinische Empfehlungen fehlen bzw. unvollständig sind. Auch das Entlass- oder Versorgungsmanagement können wichtige Grundlagen für die abschließende Bedarfsermittlung und -feststellung bieten. In jedem Falle müsste die Krankenkasse den Prozess der Bedarfsermittlung durch eine Bedarfsfeststellung zum Abschluss bringen und über eine ggf. folgende Teilhabeplanung entscheiden (vgl. dazu § 15 SGB IX). Insbesondere wären im Bereich der GKV häufig neben anderen Rehabilitationsträgern nach § 22 Absatz 2 SGB IX die Pflegekassen am Teilhabeplanverfahren zu beteiligen.

Ähnlich verhält es sich bei Leistungen der Eingliederungshilfe, wenn die Träger dieser Leistungen sich auf die Erstellung eines Gesamtplanes beschränkt und mögliche Leistungen anderer Rehabilitationsträger dabei nicht berücksichtigt werden. Auch hier gibt es die Konstruktion der vorläufigen Leistungserbringung, zumindest im Eilfall (§ 120 Absatz 3 SGB IX), sei es durch ein Probewohnen, vor einer Aufnahme in eine Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), bei der beruflichen Bildung oder bei einer vorläufigen, zeitlich eng befristeten Leistungszusage, innerhalb derer dann eine umfassende Bedarfsermittlung und -feststellung stattfinden kann, aus der dann die weitere Teilhabe- bzw. Gesamtplanung resultiert.

Häufig beziehen sich die Empfehlungen in den Entlassungsberichten medizinischer Rehabilitationsleistungen, den Abschlussberichten von LTA oder in den Gesamtplänen allerdings auf diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die nach herrschender Meinung nicht den Rehabilitationsleistungen, sondern der Krankenbehandlung zugeordnet werden.[2] Die Träger der Eingliederungshilfe z. B. verfolgen damit möglicherweise das Ziel, alle Leistungen aus dem System der sozialen Sicherung in Anspruch nehmen zu lassen, um damit letztlich eine mögliche Entlastung bei den erforderlichen Leistungen durch die Eingliederungshilfe und ihrer finanziellen Belastung zu erreichen. Ist sichergestellt, dass die Zielsetzung des Gesetzgebers nach einer vollen Teilhabe am ge-

[2] Hier wird zum Teil die Auffassung vertreten, dass auch einzelne Leistungen nach § 42 SGB IX Rehabilitationsleistungen zu Lasten der Rehabilitationsträger sein können. Diese Diskussion ist bislang kontrovers geblieben. Es wird deshalb unbeschadet der Bewertung einer der Positionen davon ausgegangen, dass therapeutische Einzelleistungen in der Praxis der Krankenbehandlung zugeordnet werden.

sellschaftlichen Leben ernst genommen wird, ist dieses Vorgehen legitim und nicht kritisch zu beurteilen.

Die Krankenbehandlung wird also nicht dem System der Rehabilitation zugeordnet, vielmehr finden sich die einschlägigen Regelungen im SGB V. Dort dominiert der Sicherstellungsauftrag der Vertragsärztinnen und -ärzte bzw. der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen nach §§ 73 und 75 SGB V, sodass die Krankenkassen bei solchen Leistungen nicht als Rehabilitationsträger am Teilhabeplanverfahren beteiligt werden können. Hier fehlt es an einer gesetzlichen Grundlage für eine Einbeziehung der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes, der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten oder anderer Leistungserbringer im Rahmen der Krankenbehandlung. Dies gilt auch z. B. für empfohlene ergänzende Leistungen zur Rehabilitation wie z. B. für Rehabilitationssport oder Funktionstraining, da deren Verordnung den Vertragsärztinnen und -ärzten im Rahmen des Sicherstellungsauftrags obliegt, und bisher die Krankenkasse hier nicht als Rehabilitationsträger selbstständig agiert. Eine Änderung zeichnet sich im Bereich der Hilfsmittelversorgung ab, wenn diese dem Behinderungsausgleich dient und nicht primär therapeutischen Zielen. Hier weist die jüngste Rechtsprechung des Bundessozialgerichts in die Richtung, dass in diesen Fällen die Krankenkassen als Rehabilitationsträger fungieren.[3] Folglich wäre es sachgerecht, wenn die Krankenkassen dann in das Teilhabeplanverfahren einbezogen werden, wenn eine Hilfsmittelversorgung zur Verbesserung der Teilhabe erforderlich und der Bedarf ermittelt worden ist. Dies würde gelten, obwohl die Verordnung der Hilfsmittel nach § 33 SGB V i. V. m. § 47 SGB IX derzeit den Vertragsärztinnen bzw. -ärzten übertragen ist. Hierfür gibt es aber mit § 47 SGB IX eine gesetzliche Grundlage.

Diese Ausführungen zeigen, dass in den Fällen, in denen eine Teilhabeleistung durch den leistenden Rehabilitationsträger bewilligt und daraufhin erbracht wird und zu Beginn des Prozesses keine umfassende, sondern nur eine vorläufige Bedarfsermittlung erfolgt ist, das Verfahren zur Bedarfsermittlung nicht immer ausreichend zum Abschluss gebracht wird. Dazu kommt, dass meist keine endgültige Bedarfsfeststellung, ggf. unter Einschluss von während der Rehabilitationsleistung gewonnenen Erkenntnissen, und damit keine Teilhabeplanung über die erfolgte Rehabilitationsleistung hinaus durchgeführt wird. Dies entspricht nicht dem gesetzlichen Auftrag, bei Bedarf an Leistungen mehrerer Rehabilitationsträger ein Teilhabeplanverfahren in der Verantwortung des leistenden Rehabilitationsträgers einzuleiten, zu steuern und bis zu einem Ende fortzuführen.

Empfehlungen aus der Rehabilitationsleistung führen nur dann nicht zur Notwendigkeit einer Teilhabeplanung, wenn sie sich auf Krankenbehandlung oder Pflege beziehen. Diese stellen nämlich keine Rehabilitationsleistungen dar und unterliegen insofern nicht den Vorschriften des 1. Teils des SGB IX. Allerdings ist zu beachten, dass Leistungen der Rehabilitation nicht auf stationäre oder ambulante medizinische Leistungen begrenzt sind, es sind auch ergänzende Leistungen zu berücksichtigen sowie die zahlreichen Optionen für LTA. Ein Beispiel für nachfolgende Leistungen in der Verantwortung des leistenden Rehabilitationsträgers stellen Nachsorgeprogramme der RV dar, wie z. B. IRENA u. a.

Wird ein Antrag auf eine Rehabilitationsleistung abgelehnt, kann die umfassende und vollständige Bedarfsermittlung nicht auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden. In diesen Fällen ist die Bedarfsermittlung abschließend umfassend und vollständig durchzuführen. Der Gesetzgeber verfolgt damit das Ziel, dass Bedarfe an anderen, nicht beantragten Leistungen, nicht übersehen werden, sondern ggf. einer Teilhabeplanung zugeführt werden.

---

[3] Urteil vom 15. März 2018, Az. B 3 KR 18/17 R

**Die DVfR weist deshalb darauf hin, dass unter Berücksichtigung der erheblichen praktischen Schwierigkeiten einer umfassenden und vollständigen Bedarfsermittlung ganz am Anfang eines Rehabilitationsprozesses bei einer großen Zahl von Antragstellerinnen bzw. Antragstellern zusätzliche (untergesetzliche) Regelungen für die Prozessgestaltung erforderlich sind, z. B. als Bestandteil der „Gemeinsamen Empfehlung Reha-Prozess" der BAR (GE RP)[4]. Mit diesen kann sichergestellt werden, dass eine Teilhabeplanung und ggf. eine Gesamtplanung in der Verantwortung des leistenden Trägers (der medizinischen Rehabilitation, aber auch der Eingliederungshilfe, ggf. auch der Teilhabe am Arbeitsleben, d. h. RV oder BA) mit dem Resultat eines verbindlichen Teilhabe- bzw. Gesamtplans stattfindet. Dies gilt sowohl für den Fall der Ablehnung von Leistungen als auch für den Fall genehmigter Leistungen für die Zeit nach deren Abschluss.**

Unter der großen Zahl von Menschen, die Leistungen der medizinischen Rehabilitation der Eingliederungshilfe oder der LTA in Anspruch nehmen, wird der Anteil der Personen, die ein Teilhabeplanverfahren benötigen, wahrscheinlich relativ klein sein. Es erscheint daher praktisch möglich, für diesen Personenkreis eine abschließende umfassende Bedarfsermittlung, eine Bedarfsfeststellung und ggf. ein Teilhabeplanverfahren durch den leistenden Rehabilitationsträger mit dem gesetzlich vorgeschriebenen Ergebnis eines verbindlichen Teilhabeplans umzusetzen.

**Nach Auffassung der DVfR kann das gesamte Verfahren als sequentieller Prozess aufgefasst werden, bei dem nicht alle Elemente der Bedarfsermittlung und der Teilhabe- bzw. Gesamtplanung am Anfang vor der ersten Rehabilitationsleistung ermittelt werden müssen (vorläufige Bedarfsermittlung und -feststellung). Dafür ist zu gewährleisten, dass zu Beginn die Zuständigkeit weiterer Rehabilitationsträger zuverlässig ermittelt und dieser Prozess gesetzeskonform in der Verantwortung des leistenden Trägers insgesamt vollständig bis zu einem definierten Abschluss fortgeführt wird.**

Dies ist ein praktisch realisierbares Vorgehen, das die bisherigen bewährten Prozesselemente aufnimmt und gleichzeitig dem gesetzgeberischen Anliegen eines durchgängigen Rehabilitationsprozesses zur Förderung der Teilhabe Rechnung trägt. Im Ergebnis hilft es, die derzeit immer wieder beklagten Schnittstellenprobleme zu überwinden.

## III. Hinweise der DVfR zur Gestaltung der Bedarfsermittlung

Für die Gestaltung der Bedarfsermittlung auf der Grundlage des SGB IX gibt die DVfR folgende lösungsorientierte Hinweise:

### 1. Zur Bedeutung und Umsetzung des § 13 SGB IX

Die DVfR weist auf die grundsätzliche und besondere Bedeutung des § 13 SGB IX hin. Mit den dort enthaltenen Regelungen für die Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs werden zugleich die Inhalte der Bedarfsermittlung insgesamt und für alle Rehabilitationsträger vorgegeben. § 13 SGB IX ist auch bei der Gesamtplanung nach § 117 ff. SGB IX vollumfänglich zu berücksichtigen.

Die Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX stellt die Grundlage für die folgende Teilhabe- und/oder Gesamtplanung dar. Alle Informationen und Unterlagen sind durch systematisierte Arbeitsprozesse

[4] BAR: Entwurf einer Gemeinsamen Empfehlung Reha-Prozess, abrufbar unter https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/downloads/GE-RPZ-Arbeitsentwurf_Stand_12012018versand.pdf (zuletzt abgerufen am 10.10.2018)

so zusammenzuführen, dass die Erfüllung sämtlicher Vorgaben der Vorschrift sichergestellt ist. Dabei ist ein (leitfadengestütztes) Bedarfsermittlungsgespräch unverzichtbar (s. u.).

## 2. Instrumente, Arbeitsmittel und Arbeitsprozesse

Die verwendeten Begrifflichkeiten werden in der Gesetzesbegründung erläutert und finden so etwa bei der Gemeinsamen Empfehlung Rehaprozess (GE RP) der BAR Berücksichtigung. Demnach ist das „Instrument" als übergeordneter Begriff zu verstehen, der standardisierte Arbeitsmittel und systematische Arbeitsprozesse umfasst. Dabei bleiben auch diese Begriffe trotz der Erläuterung in der Gesetzesbegründung teilweise unklar und bedürfen der Erläuterung, die z. B. in der GE RP in unmittelbarer Anlehnung an die Gesetzesbegründung erfolgt.

Nach der GE RP können folgende Festlegungen unterschieden werden:

- Zu den standardisierten Arbeitsmitteln gehören „z. B. funktionelle Prüfungen (Sehtests, Intelligenztests, Hörtests), Assessment- und Diagnoseinstrumente, Fragebögen, IT-Anwendungen, Antragsunterlagen, Befundberichte, Checklisten, Leitfäden etc. …" (§ 38 Absatz 3 GE RP).
- „Systematische Arbeitsprozesse können z. B. sein Erhebungen, Analysen, Dokumentation, Planung und Ergebniskontrolle, insbesondere auch in ihrer systematischen Verbindung zueinander. Sie sorgen z. B. dafür
    - Verbindungen zwischen dem Einsatz von Arbeitsmitteln nach Absatz 3 darzulegen und
    - eine Verknüpfung von gewonnenen Erkenntnissen und dem Einsatz von Arbeitsmitteln herzustellen." (§ 38 Absatz 2 GE)
- „Begutachtungen nach § 17 SGB IX stellen eine besondere Art von Instrumenten dar, die Aspekte von Absatz 2 (der Gemeinsamen Empfehlung zu systematischen Arbeitsprozessen, Anm. d. Verf.) und Absatz 3 (der Gemeinsamen Empfehlung zu standardisierten Arbeitsmitteln, Anm. d. Verf.) kombinieren. Inhaltlich unterliegen sie ebenfalls den hier genannten Grundsätzen, Verfahrensaspekte sind in § 28 (der GE RP, Anm. d. Verf.) geregelt. Es gilt die „Gemeinsame Empfehlung Begutachtung"." (§ 38 Absatz 4 GE RP, Anm. d. Verf.)

**Aus Sicht der DVfR bleibt dabei noch offen, welche Bedeutung dem Gespräch mit der oder dem Betroffenen (ggf. einschließlich gesetzlicher Betreuungspersonen oder anderen Vertrauenspersonen) zugemessen und wo dieses systematisch abgebildet wird. Die DVfR hat in ihrem Positionspapier zu ICF und BTHG[5] deutlich gemacht, dass es sich bei der Analyse der Beeinträchtigungen und ihrer Auswirkung auf die Teilhabe (im Zusammenhang mit den Kontextfaktoren), der Formulierung der Teilhabeziele und der Benennung von Leistungen, die prognostisch die Teilhabeziele erreichbar machen sollen, um einen kommunikativen, hermeneutischen Prozess handelt. Dieser ist nicht beliebig formalisierbar und kann durch reine Assessmentinstrumente nur unterstützt, aber nicht ersetzt werden.**

Zu Recht wird deshalb in § 36 Absatz 3 der GE RP ausgeführt: „Hierbei erfasst jeder Rehabilitationsträger Informationen zu allen Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells sowie deren Wechselwirkungen zumindest dem Grunde nach. Dafür bieten sich insbesondere strukturierte Gespräche zum Einholen von Informationen, z. B. in Beratungs- und Befundgesprächen an. Die strukturierten Gespräche können durch entsprechende Hilfestellungen unterstützt werden." Auch die

[5] DVfR a. a. O., S.1

Orientierungshilfe der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS) zur Gesamtplanung stellt das leitfadengestützte Gespräch als notwendigen Verfahrensbestandteil heraus.[6]

Diese Gespräche könnten sowohl den systematischen Arbeitsprozessen als auch den standardisierten Instrumenten zugeordnet werden. Entscheidend ist, dass die Bedarfsermittlung nicht ausschließlich mittels Assessmentinstrumenten (= Arbeitsmittel im engen Sinne) durchgeführt werden kann bzw. darf. Diese erfassen nämlich jeweils nur partielle Aspekte und haben zudem meistens auch metrische oder qualitativ begrenzte Eigenschaften, so dass eine umfassende und den individuellen Wünschen (relevant für die Zielbestimmung) entsprechende Bedarfsermittlung dadurch allein nicht gelingen kann. Dies gilt z. B. auch für Arbeitsmittel, die auf der Basis sog. ICF-Core Sets erstellt werden.[7]

Damit wird deutlich, dass zwischen der praktischen Durchführung der Bedarfsermittlung und der Dokumentation der Ergebnisse der Bedarfsermittlung, die der Bedarfsfeststellung zugrunde gelegt werden muss, unterschieden werden sollte. Zur Zeit ist nicht eindeutig, welche Rolle den sog. Bedarfsermittlungsinstrumenten in der Eingliederungshilfe (z. B. BEI Nordrhein-Westfalen, BEI Baden Württemberg, BENI Niedersachsen, ITP Thüringen) zukommen soll: Sind sie die Instrumente, die den Prozess der Bedarfsermittlung am Ende vollständig abbilden, oder sind sie nur Arbeitsmittel, die nur eine begrenzte Aufgabe haben und durch weitere Unterlagen im Verwaltungsprozess ergänzt werden?

**Die DVfR regt an, im Interesse der Betroffenen den konkreten Durchführungsprozess der Bedarfsermittlung strukturiert und qualitätsgesichert zu gestalten und empfiehlt, als vorrangiges und unverzichtbares Arbeitsmittel das leitfadengestützte Bedarfsermittlungsgespräch vorzusehen. Durch eine Leitfadenunterstützung kann eine ausreichende Standardisierung hergestellt werden. Die Ergebnisse dieses Gesprächs sind freitextlich und für den Betroffenen verständlich zu dokumentieren. Dabei können Ergebnisse von Assessments einbezogen werden.**

Erfahrungen aus der bislang durchgeführten Bedarfsermittlung zeigen, dass Ergebnisse von Assessments ohne individuellen kommunikativen Diskurs in der Regel keine ausreichende Erarbeitung von Zielen erlauben. Dies gilt insbesondere in der Eingliederungshilfe, jedoch auch für andere Teilhabeleistungen, z. B. der medizinischen Rehabilitation oder der LTA (Ausnahmen bei sehr begrenzten und einfachen Bedarfen). Deshalb werden in zahlreichen Fällen bereits Bedarfsermittlungsgespräche geführt; in der Eingliederungshilfe oft durch Leistungserbringer vor der Teilhabe- bzw. Gesamtplanung oder in deren Zusammenhang, dann häufig durch den Rehabilitationsträger.

Die Dokumentation des Bedarfsermittlungsgesprächs kann mit unterschiedlichen Arbeitsmitteln erfolgen, die ggf. trägerspezifisch oder leistungsartbezogen gestaltet werden (z. B. Muster 61 u. a.). So wird das Gespräch z. B. für eine Leistung der medizinischen Rehabilitation in der Regel die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt führen, die/der das Ergebnis so dokumentieren sollte, dass die Anforderungen nach § 13 Absatz 2 SGB IX erfüllt werden (z. B. mittels des Muster 61 oder in Form des Antrags der RV oder der GKV auf eine Anschlussrehabilitation). Insofern sind die vorhandenen Dokumentationsinstrumente daraufhin zu überprüfen, ob sie die Anforderungen nach § 13 Absatz 2 SGB IX erfüllen.

---

[6] Orientierungshilfe der BAGüS zur Gesamtplanung abrufbar unter https://www.lwl.org/spur-download/bag/02_2018an.pdf (zuletzt abgerufen am 10.10.2018)

[7] Vgl. DVfR a. a. O., S.1; BAGüS ebenda

**Die DVfR weist darauf hin, dass zwischen der Durchführung von Gesprächen im Rahmen der Bedarfsermittlung, ihrer Auswertung und ihrer Dokumentation unterschieden werden sollte. So wirkungsvoll Leitfäden die Durchführung von Gesprächen unterstützen können, erscheint es doch aus Sicht der DVfR problematisch, wenn die vorhandenen Bedarfsermittlungsinstrumente (s. o.) unmittelbar als Gesprächsleitfäden eingesetzt werden. Dies dürfte die Beteiligten überfordern, da die Formulare eher systematisch als gesprächsorientiert strukturiert wurden.**

Die Überforderung bei einer unmittelbaren Anwendung der vorgelegten Instrumente resultiert z. B. daraus, dass das bio-psycho-soziale Modell und die klassifikatorische ICF-Systematik sich nur mittelbar mit den Alltagserfahrungen und dem Alltagshandeln verbinden lassen. Geprüft werden sollte aber eine Gestaltbarkeit der Instrumente der Bedarfsermittlung dahingehend, dass sie nicht nur die systematische Dokumentation sichern, sondern auch der Funktion eines Gesprächsleitfadens gerecht werden können. In jedem Fall muss dabei auf eine kleinteilige und Objektivierbarkeit vorspiegelnde Anwendung der ICF verzichtet werden.

## 3. Zur Umsetzung des § 13 Absatz 2 SGB IX

Damit rückt die konkrete Gestaltung des Bedarfsermittlungsgesprächs in den Vordergrund: Wie wird sichergestellt, dass einerseits alle Elemente von § 13 Absatz 2 SGB IX tatsächlich und angemessen thematisiert werden und andererseits der Betroffene ausreichend einbezogen wird? Beides ist anspruchsvoll und oft schwierig. *Conty* und *Pöld-Krämer* analysieren die damit verbundenen Probleme systematisch.[8] Aus ihren Erkenntnissen folgt, dass die kommunikativen Kompetenzen der betroffenen Gesprächspartnerinnen und -partner von entscheidender Relevanz sind. Hierbei geht es um den Grad ihrer Information über Teilhabe- und Leistungsoptionen, um die Gesprächsatmosphäre (ggf. einschließlich Leichter Sprache), vor allem aber auch um eine entsprechende Vorbereitung einschließlich der Antizipation möglicher Wirkungen von Leistungen und der Möglichkeiten der Variation von Kontextfaktoren von Relevanz. Diese Anforderungen stellen eine Herausforderung dar.

Sie sind allerdings nicht völlig neu, ist den genannten Aspekten doch regelhaft auch jetzt schon im Bereich der sozialen Arbeit und der interdisziplinären Teams Rechnung zu tragen. Es kommt nun aber darauf an, dass sie (auch) im konkreten Verfahren nach § 13 SGB IX berücksichtigt werden. Deshalb ist es bei der Bedarfsermittlung ganz wesentlich, den Prozess insgesamt, v. a. aber das Bedarfsermittlungsgespräch, diskursiv zu gestalten und der oder dem Betroffenen sowohl eine angemessene Vorbereitung und Einstellung als auch ein Gesprächssetting zu ermöglichen, das ihn tatsächlich als Subjekt mit einbezieht. Dies setzt wesentlich eine entsprechende fachliche und kommunikative Qualifikation der professionellen Partnerinnen bzw. Partner voraus. Zur Unterstützung bei der Vorbereitung auf das Gespräch zur Bedarfsermittlung können im Übrigen beispielsweise angemessen formulierte Anschreiben an die bzw. den Leistungsberechtigten und weitere Beteiligte, verbunden mit einer „Selbstauskunft“ dienen. Letztere dient einerseits der Vorbereitung auf eine komplexe Gesprächssituation und kann andererseits als schriftliche Darstellung der Wünsche und Zielsetzungen von Leistungsberechtigten genutzt werden.

Dabei ist in der Regel eine Vor- und Zuarbeit professioneller Fachkräfte in den Settings erforderlich, die dem Bedarfsermittlungsgespräch vorgelagert sind. Dies gilt nicht nur in Fällen, in denen die

[8] Conty, M., Pöld-Krämer, S.: „‚Behinderung‘ und ihre Feststellung – neue Anforderungen des Bundesteilhabegesetzes (BTHG)“ (Ausschussvorlage)

Bedarfsermittlung multiprofessionell erfolgen sollte, sondern grundsätzlich, damit die oder der Betroffene bzw. seine Bezugspersonen sich konkret über verschiedene Möglichkeiten von Leistungen informieren und diese alltags- und lebensweltnah antizipieren können.[9] Diesem Anspruch ist bei der Entwicklung von Arbeitsmitteln, z. B. Bedarfsermittlungsinstrumenten, und ihrer konkreten Anwendung Rechnung zu tragen. Solche vorgelagerten Diskussions- und Klärungsprozesse sind also bedarfsgerecht vorzusehen. Dabei lässt sich in vielen Fällen aus fachlicher Sicht eine Beteiligung der Leistungserbringer für die oder den jeweilig Betroffenen nicht vermeiden, wenn genau diese über die entsprechenden qualifizierten Informationen gerade auch zu Wünschen und Möglichkeiten der Klientin oder des Klienten verfügen. So erfolgt z. B. in der GKV eine Delegation der Bedarfsermittlung für eine medizinische Rehabilitationsleistung an die behandelnde Vertragsärztin bzw. den behandelnden Vertragsarzt, die bzw. der die Patientin oder den Patienten gut kennt.

Bestandteile von solchen vorbereitenden Aktivitäten sind Prozesse, die unter Maßnahmen der Bedarfserkennung, der Beratung und der Information gefasst werden. Diese sind jedoch in vielen Fällen nicht hinreichend und vor allem nicht obligatorisch so geregelt, als dass man hierauf bei der Bedarfsermittlung ausreichend aufbauen könnte.

Dies genannten Zusammenhänge umfassend zu untersuchen, ist Aufgabe des bereits erwähnten Forschungsprojekts nach § 13 Absatz 3 SGB IX Es geht also nicht allein um die Bestandsaufnahme einzelner vorhandener Instrumente im Sinne von Arbeitsmitteln bzw. Assessmentinstrumenten, sondern um den Gesamtprozess zur Umsetzung des § 13 Absatz 2 SGB IX.

**Aus Sicht der DVfR ist dabei vor allem auf die Gestaltung des diskursiven Prozesses zu achten und inwieweit die Arbeitsmittel diesen fördern und unterstützen. Hierfür wird man insbesondere die Gestaltung des Bedarfsermittlungsgesprächs als gleichsam zentrales Arbeitsmittel in den Vordergrund rücken müssen. In diesem Zusammenhang wird auch zu ermitteln sein, wer in welchem Setting mit welcher Qualifikation und in welcher Qualität das Bedarfsermittlungsgespräch führt, wie es vorbereitet wird und inwieweit es tatsächlich in die Teilhabeplanung eingeht sowie welche Voraussetzungen für ein bedarfsgerechtes Gespräch geschaffen werden müssen.**

### 4. Bedarfsermittlung: Fokussierung vs. umfassende Bedarfsermittlung, einzeitiges vs. mehrzeitiges Vorgehen

Die Bedarfsermittlung kann von Amts wegen eingeleitet werden, wenn der Rehabilitationsträger Kenntnisse über einen möglichen Bedarf hat oder dies gesetzlich vorgesehen ist, z. B. bei der Rehabilitationsempfehlung bei der Pflegebegutachtung (§ 18 Absatz 6 SGB XI). In der Regel ist ein Antrag der betroffenen bzw. versicherten Person erforderlich. Ggf. wirken die Rehabilitationsträger (und alle anderen beteiligten Akteure) darauf hin, dass die oder der Betroffene einen Antrag stellt.

In der Praxis stellt sich nun die Frage, wie eine umfassende Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX bei jedem Antrag auf eine Leistung zur Teilhabe erfolgen kann.[10] Auf die Bedeutung der Zahl allein der medizinischen Rehabilitationsleistungen wurde bereits hingewiesen. Denkbar sind Konstellationen, bei denen zunächst auf eine alle Bereiche der ICF (Funktionen, Aktivitäten, Teilhabe, Kontextfaktoren) umfassende Bedarfsermittlung zugunsten einer fokussierten und vorläufigen Bedarfsermittlung verzichtet wird. Prozedural müsste dann sichergestellt sein, dass eventuell andere

---

[9] Etwa bei der Frage, wo die oder der Betroffene wohnen möchte, ob sie bzw. er eine Psychotherapie oder eine orthopädische Rehabilitationsmaßnahme z. B. bei somatoformer Schmerzstörung benötigt etc.

[10] Vgl. auch Kap. I dieses Positionspapiers.

Rehabilitationsträger von vornherein mit einbezogen werden und der leistende Rehabilitationsträger den Gesamtprozess der Teilhabeplanung fortführt, und zwar auch nach der Teilhabeleistung.[11]

Andererseits dürfen durch einen Verzicht auf eine umfassende Bedarfsermittlung vor einer Rehabilitationsleistung aufgrund einer Fokussierung keinem Akteur Nachteile entstehen: weder der oder dem Betroffenen, sofern sie bzw. er durch die Fokussierung andere notwendige Leistungen zur Teilhabe nicht erhalten würde, noch den Rehabilitationsträgern, wenn z. B. die Chancen des Arbeitsplatzerhalts dadurch nicht genutzt würden und lange Zeiten von Arbeitsunfähigkeit (ggf. mit Krankengeldbezug) bzw. eine Erwerbsminderungsente die Folge wären.

Dies wirft die Frage auf, ob eine Bedarfsermittlung in der bleibenden Verantwortung des leistenden Trägers auch sequentiell und ggf. in verschiedenen Settings erfolgen kann. Dies wird etwa in der GE RP mit dem Hinweis angesprochen, dass z. B. während einer medizinischen Rehabilitationsleistung weitere Bedarfe etwa für LTA ermittelt und bedarfsgerecht eingeleitet werden können.[12] Der Entlassungsbrief, dem aktuell die Funktion eines Gutachtens zugemessen wird, enthält ggf. Empfehlungen für weitere Teilhabeleistungen, die derzeit allerdings häufig nicht in eine konkrete Teilhabeplanung münden bzw. häufig nicht oder nicht vollständig umgesetzt werden. Auch der Eingangsbereich der WfbM sowie deren Bereich berufliche Bildung haben Bedarfsermittlungsaufgaben.

**Entscheidend ist aus Sicht der DVfR,**

- **dass am Ende eines definierten Zeitraums der umfassende Bedarf ermittelt, dann festgestellt wird, und**
- **auf dieser Grundlage die verbindliche Teilhabeplanung, ggf. mit Gesamtplanung, durch den leistenden Rehabilitationsträger erfolgt, der die Leistungen sodann durchführt oder die Durchführung unter seiner Steuerung veranlasst.**

**Dabei sollen die prognostisch bereits definierten Ziele berücksichtigt und ggf. fortgeschrieben werden. Umfasst werden sollte der Zeitraum unmittelbar nach einer durchgeführten Rehabilitationsleistung, aber auch der Zeitraum, der durch die definierten Ziele bestimmt wird. Ergibt die Bedarfsermittlung während oder nach der Rehabilitationsleistung einen weitergehenden Bedarf, ist dieser zu ermitteln, festzustellen und dann ggf. in eine Teilhabe- oder Gesamtplanung zu überführen (bzw. der vorhandene Teilhabe- bzw. Gesamtplan anzupassen).**

Dies kann nicht nur für medizinische Rehabilitationsleistungen gelten, sondern analog auch für LTA und Leistungen der Eingliederungshilfe.

Es erscheint daher sinnvoll, gerade auch im Rahmen der Bewältigung des „Massengeschäfts“ der Rehabilitation, Struktur- und Prozessmodelle für eine sequentielle Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung zu entwickeln, die individuumsbezogen verbindlich einzuhalten sind. Dazu gehört die Identifizierung von Settings, in denen eine solche zunächst partielle und erst zum Schluss umfas-

---

[11] So stellt sich z. B. die Frage, ob nach einer orthopädischen Operation (Endoprothese) bei klarer Indikation zur Anschlussrehabilitation sofort vor der Rehabilitationsleistung eine umfassende Bedarfsermittlung erfolgen muss oder ob diese auch im Laufe der Rehabilitationsleistung bzw. durch den Rehabilitationsträger danach erfolgen kann. In jedem Falle ist das entlassende Krankenhaus sowohl zum Entlassmanagement als auch zum Versorgungsmanagement verpflichtet. Es ist aber nicht zu verkennen, dass ein möglicher Bedarf an Leistungen zur Teilhabe auch vom Ergebnis der Anschlussrehabilitation abhängen kann.

[12] Vgl. BAR a. a. O., S.10

sende Bedarfsermittlung durchgeführt werden soll, und eine entsprechende Festlegung bei der ersten, ggf. auf die beantragte Leistung fokussierten Bedarfsermittlung. Dabei ist dann auch festzustellen, wer die aus einem ggf. festgestellten Bedarf folgende Teilhabeplanung durchzuführen hat. Dies würde z. B. für die Bedarfsermittlung in Bezug auf LTA oder Leistungen der Eingliederungshilfe während einer medizinischen Rehabilitationsleistung sprechen, ebenso z. B. für die Bedarfsermittlung an Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu Beginn einer Leistung der Eingliederungshilfe (etwa innerhalb der ersten drei Monate nach Heimaufnahme). Wenn eine sinnvolle umfassende Bedarfsermittlung aus der bisherigen Lebenssituation nicht gelingen kann, könnte diese Aufgabe innerhalb der zunächst für notwendig erachteten Rehabilitationsleistung übernommen werden. Dies gilt z. B. auch für Hilfsmittel, ggf. für technische Hilfen im Rahmen eines der Rehabilitationsleistung nachfolgenden Verfahrens zur betrieblichen Wiedereingliederung etc.

**Dabei sollte nach Auffassung der DVfR die oder der Betroffene jederzeit die Möglichkeit haben, eine umfassende Bedarfsermittlung zu beantragen. Eine solche Bedarfsermittlung sollte in der Regel bei Widerspruchsverfahren und vor allem auch vor einem Klageverfahren stattfinden.**

Über eine ggf. sequentielle Bedarfsermittlung sollte in der ersten Phase des Bedarfsermittlungsverfahrens im Einvernehmen entschieden werden.

### 5. Weitere Aspekte: Beauftragung von Sachverständigen, Erstellung von Gutachten, multi-/interdisziplinäre Bedarfsermittlung

Die Beauftragung externer Gutachter zur Beurteilung des Rehabilitationsbedarfs ist in der Praxis relativ selten. Wird der Bedarfsermittlungsprozess wie beschrieben diskursiv durchgeführt, und werden durch Delegation von Elementen der Bedarfsermittlung systematisch behandelnde Ärztinnen oder Ärzte, Therapeutinnen oder Therapeuten, Sozialdienste oder Leistungserbringer aus dem Bereich der Eingliederungshilfe oder zur Teilhabe am Arbeitsleben einbezogen[13], wird die Notwendigkeit externer Gutachten voraussichtlich weiter gering bleiben.

Dem Rehabilitationsträger bleibt es jederzeit überlassen, sich selbst an der Bedarfsermittlung zu beteiligen. Dies kann z. B. auch durch die sozialmedizinischen oder Sozialdienste der GKV, der RV, der BA oder der Versorgungsverwaltung bzw. der Integrationsämter sowie der Gesundheitsämter (vorwiegend im Bereich der Eingliederungshilfe eingebunden) oder durch andere Fachkräfte der Rehabilitationsträger erfolgen.

Aus Sicht der DVfR sind in diesem Zusammenhang zwei mögliche Funktionen streng zu unterscheiden:

a) Die Dienste führen im Auftrag des Rehabilitationsträgers selbst eine Bedarfsermittlung durch. Sie sind dann in vollem Umfang an die Vorgaben der §§ 13 und 117 ff. SGB IX gebunden, sollten ein leitfadengestützte Bedarfsermittlungsgespräch führen und sämtliche Unterlagen berücksichtigen. Ihnen können auch Teile der Bedarfsermittlung übertragen werden, z. B. im Hinblick auf die zugrundeliegende Gesundheitsstörung, die Schädigungen auf der Struktur- und Funktionsebene und die möglichen Auswirkungen auf die Teilhabe. Die Ergebnisse sind dann in die Gesamtbedarfsermittlung einzubeziehen. Die Rechtsgrundlage ergibt aus der Verantwortung der Rehabilitationsträger für die Sicherstellung einer umfassenden und vollständigen Bedarfsermittlung. Diese Aufgabe kann nicht als ausdrücklicher Auftrag zur

[13] Vgl. oben Kapitel 1

Erstellung eines Gutachtens im Sinne von § 17 Absatz 1 SGB IX verstanden werden, da hier ausdrücklich externe Sachverständige aufgeführt sind, bei denen die oder der Betroffene aus drei vorzuschlagenden Personen eine auswählen kann.

b) Die Dienste führen im Auftrag des Rehabilitationsträgers eine Prüfung und Bewertung der vorgelegten Bedarfsermittlung durch und unterstützen den Träger bei der endgültigen Bedarfsfeststellung. Sie können ferner Hinweise zur Teilhabeplangestaltung geben, insbesondere im Hinblick auf weitere Bedarfe z. B. der Krankenbehandlung. Sie haben dabei zu prüfen, ob die Vorgaben des § 13 und ggf. der §§ 117 ff. SGB IX erfüllt sind. Resultat ist eine interne fachliche Beurteilung, die den Rehabilitationsträger in die Lage versetzt, eine sachgerechte Entscheidung zu treffen. Diese Aufgabe ergibt sich aus § 17 Absatz 2 Satz 4 SGB IX.

Die Erstellung von Beurteilungen nach a) und b) sind nicht Gutachten im Sinne von § 14 SGB IX sowie § 17 Absatz 1 und Absatz 2 Sätze 1 bis 3 SGB IX. Insofern können sie bei strenger rechtlicher Betrachtung für die Bemessung der Fristen nach § 14 Absatz 2 SGB IX nicht berücksichtigt werden.

**Aus Sicht der DVfR führt die Erstellung von Beurteilungen nach a) allerdings aufgrund der kurzen Zeiten zu erheblichen Problemen. Solche sozialmedizinischen Beurteilungen, die hier einen wesentlichen Teil der Bedarfsermittlung ausmachen, sind nämlich in der Regel mit einem gewissen Aufwand verbunden. Für a) sollte deshalb in der Praxis § 14 Absatz 2 Satz 3 SGB IX gelten - allerdings mit der Maßgabe, dass die Erstellung einen Zeitraum von sechs Wochen nicht überschreitet.**

Aus Sicht der DVfR bleibt ungeklärt, wann externe Sachverständige zu beauftragen sind. Auch stellt sich die Frage, wie die Multidisziplinarität bei der Bedarfsermittlung zu gewährleisten ist, vgl. dazu Artikel 26 der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen.

Mit diesen Fragestellungen wird sich die DVfR weiter beschäftigen und zu gegebener Zeit Hinweise vorlegen.

### 6. Zu Inhalten der Bedarfsermittlung: Bezeichnung der Schädigungen und Gesundheitsversorgung: Comorbidität und Gesundheitssorge

Zu diesem Themenkomplex hat die DVfR eine eigene Stellungnahme verfasst, auf die wird hiermit verwiesen wird.

## IV. Zusammenfassung

Die DVfR weist darauf hin, dass die Bedarfsermittlung stets auf der Grundlage des § 13 und ggf. der §§ 19 ff. und 117 ff. SGB IX vollständig und umfassend zu erfolgen hat. Sie hält es allerdings für vertretbar, dass die Bedarfsermittlung im Falle eines rasch zu entscheidenden Rehabilitationsantrags sequentiell, fokussiert und vorläufig erfolgen kann. Dafür ist sicherzustellen, dass der leistende Rehabilitationsträger die Verantwortung für die Bedarfsermittlung sowie Steuerung der Teilhabeplanung und -umsetzung im weiteren Verlauf, ggf. auch bis nach Abschluss der Rehabilitationsleistungen, vollumfänglich wahrnimmt. Die Bedarfsermittlung ist bis zur Bedarfsfeststellung fort- und anschließend entsprechend dieser Feststellung eine Teilhabe- bzw. Gesamtplanung durchzuführen.

Das Instrument zur Bedarfsermittlung (als Oberbegriff für Arbeitsmittel und Prozesse verwendet) hat insbesondere die konkrete Gestaltung des Prozesses zur Bedarfsermittlung in den Blick zu nehmen

und dabei ein leitfadengestütztes, barrierefreies Bedarfsermittlungsgespräch vorzusehen. Dies gilt auch, wenn die Bedarfsermittlung delegiert wird.

Die Delegation der Bedarfsermittlung durch den Rehabilitationsträger auf Expertinnen und Experten bzw. Dienste und Einrichtungen ist transparent und so zu gestalten, dass die Bedarfsermittlung vollständig und umfassend nach den Kriterien des § 13, §§ 19 ff. und ggf. der §§ 117 ff. SGB IX durchgeführt wird. Eine fortgesetzte Bedarfsfeststellung, Teilhabeplanung und Umsetzungssteuerung durch den leistenden Rehabilitationsträger kann dies aber nicht ersetzen.

Heidelberg, November 2018

| | |
|---|---|
| Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann | Andreas Bethke |
| Vorsitzender der DVfR | Leiter des DVfR-Ausschusses „Umsetzung des BTHG“ |

Diese Stellungnahme wurde im DVfR-Ausschuss „Umsetzung des BTHG“ erarbeitet.

---

Kontakt:

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR)
Maaßstr. 26, 69123 Heidelberg, sekretariat@dvfr.de, Telefon: 06221 187 901-0

**Über die DVfR**

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR) ist in Deutschland die einzige Vereinigung, in der Vertreterinnen und Vertreter aller Akteure im Bereich Rehabilitation und Teilhabe gleichberechtigt zusammenwirken: Selbsthilfe- und Sozialverbände, Sozialleistungsträger, Rehabilitationseinrichtungen und -dienste, Reha-Experten sowie Berufs- und Fachverbände. Die Mitglieder der DVfR, ihre Partner in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft und alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter engagieren sich gemeinsam in einem interdisziplinären und sektorenübergreifenden, konsensorientierten Diskurs für die Weiterentwicklung von Rehabilitation, Teilhabe und Selbstbestimmung.

DVfR
Deutsche Vereinigung
für Rehabilitation

# Stellungnahme der DVfR zu Inhalten der Bedarfsermittlung im SGB IX: Morbidität, Sorge um Gesundheiterhaltung und Krankheitsbewältigung

*Beschlossen vom Hauptvorstand der DVfR am 16.10.2018*

Die DVfR hat in ihrer „Stellungnahme zur ICF-Nutzung bei der Bedarfsermittlung, Bedarfsfeststellung, Teilhabe- und Gesamtplanung im Kontext des Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG)“ vom August 2017[1] die Auffassung vertreten, dass die der Behinderung zugrundeliegende Gesundheitsstörung im Rahmen der Bedarfsermittlung als ICD 10 codierte Diagnose erfasst werden sollte, um eine möglichst passgenaue Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung, die auch die Prognose berücksichtigt, durchführen zu können. Die Benennung der Gesundheitsstörung nach § 13 SGB IX ist auch bei finaler Betrachtungsweise geboten, bei der es mit Blick auf die Förderung auf die Beeinträchtigungen der Teilhabe, nicht aber auf die zugrunde liegende Diagnose ankommt. Andernfalls wäre dem Sozialleistungsträger die Prüfung des Vorliegens der Voraussetzungen für die Leistungsgewährung nicht möglich. Entsprechend ist die Erfassung der Gesundheitsstörung in den meisten entwickelten Instrumenten auch so vorgesehen.

Unklar ist, inwieweit neben der die Behinderung begründen Diagnose auch weitere Erkrankungen von Menschen mit Behinderungen, die im Folgenden als „Comorbidität“ bezeichnet werden sollen, bei der Bedarfsermittlung aufgenommen werden sollten und wenn ja, an welcher Stelle dies sinnvollerweise erfolgen soll. So kann ein Mensch mit einer geistigen Behinderung z. B. an einer behandlungs- und überwachungsbedürftigen Epilepsie leiden, an einem Diabetes mellitus, an einer neurogenen Blasenentleerungsstörung, an Schmerzen, an einem Decubitus, an einer psychischen Erkrankung etc. Nicht selten bestehen auch unklare Befindlichkeitsstörungen, hinter denen sich eine Krankheit verbergen kann, und die nur durch Beobachtung und eine ggf. dann durchzuführende sorgfältige, aufdeckende Untersuchung abzuklären sind.

Diese Comorbiditäten erfordern einerseits eine Behandlung durch Ärztinnen oder Ärzte, Therapeutinnen oder Therapeuten und Pflegekräfte, andererseits auch zahlreiche Maßnahmen, für die primär die oder der Betroffene selbst verantwortlich ist: Organisation und Durchführung von Arzt- und Therapeutenbesuchen, Medikamenteneinnahme, Einhalten von Diätvorschriften etc. Man kann diese Aktivitäten, die nicht durch Behandler durchgeführt werden, als Sorge um die Gesundheit und eine entsprechende medizinisch-therapeutische Versorgung und als Aktivitäten zur Krankheitsbewältigung beschreiben, die im Folgenden kurz als „Gesundheitssorge“ bezeichnet werden sollen[2]. Gesundheitssorge bedeutet nach dieser Definition all das, was ein Mensch ohne Behinderung für seine Gesundheit und seine

---

1 https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/DVfR-Stellungnahme_ICF-Nutzung_im_BTHG_bf.pdf

2 Nicht zu verwechseln mit der Gesundheitssorge im Rahmen einer rechtlichen Betreuung, vgl. Anlage.

Gesunderhaltung sowie die Krankheitsbewältigung tut oder tun kann. Menschen ohne Behinderung regeln diese alleine bzw. erhalten Hilfe durch ihr primäres soziales Netzwerk, z. B. Familienangehörige, insbesondere wenn Fremdbeobachtung erforderlich ist. Beispielsweise kann ein Mensch mit Epilepsie häufig Art und Schwere seiner Anfälle nicht selbst beschreiben. Ebenso kann auch ein Mensch mit psychischer Erkrankung sein Krankheitsbild und seine Symptome oft nicht zutreffend erkennen, einschätzen und beschreiben oder Änderungen im Rahmen einer Behandlung beurteilen. Die Entwicklung eines Decubitus im Gesäßbereich kann ebenfalls meist nicht selbst wahrgenommen werden etc.

Auf Grund einer Behinderung kann für Menschen die Möglichkeit eingeschränkt sein, die Gesundheitssorge für sich selbst ganz oder teilweise zu übernehmen. Dies trifft für viele Personen zu, die Leistungen der Eingliederungshilfe beziehen. Das kann an der Beeinträchtigung der Möglichkeiten liegen, eigene Aktivitäten der Gesundheitssorge zu entfalten, aber auch daran, dass für die oder den Betroffenen in ihrer bzw. seiner Lebenssituation kein primäres soziales Netzwerkwerk zur Verfügung steht, z. B. die Familie, die dabei unterstützen bzw. diese Aktivitäten übernehmen kann. Sind diese Voraussetzungen gegeben, benötigt der Mensch mit Behinderung Unterstützungsleistungen im Alltag im Bereich der Gesundheitssorge. Dafür kommt als Leistungserbringer nur die Eingliederungshilfe in Betracht, sofern diese nicht Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) der der Pflegeversicherung sind.[3]

Aus den praktischen Erfahrungen mit der Gesundheitssorge in Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe aber auch aus einer Untersuchung der Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation mbH (BBI)[4] ergibt sich, dass die Bewältigung der Cormorbiditäten in entsprechenden Fällen einen hohen, zusätzlichen Assistenzbedarf erfordern kann. So beträgt der Zeitanteil für die Gesundheitsförderung in der genannten Studie ca. 22 Prozent und besteht zu einem wesentlichen Anteil in der Begleitung. Ferner ist festzustellen, dass die Bewältigung der Comorbidität eine entscheidende Bedeutung für die Erreichung der Teilhabeziele haben kann: So kann z. B. eine angemessene Medikation die Symptomatik bei begleitenden psychischen Erkrankungen deutlich verbessern. Die Bewältigung von Inkontinenz durch geeignete Maßnahmen (z. B. suprapubischer Blasenkatheter oder Kondomurinal) kann eine Teilnahme an Veranstaltungen ermöglichen. Mit Decubitus ist eine Teilhabe am sozialen Leben oft über längere Zeiten nicht möglich, da zur Entlastung Bettruhe eingehalten werden muss; die Vermeidung eines Decubitus hat daher auch unter Teilhabegesichtspunkten eine hohe Priorität. Krankengymnastik, Ergotherapie und Logopädie können zur Behandlung sowohl der der Behinderung zugrundeliegenden Erkrankung als auch von Comorbiditäten erforderlich sein und oft die soziale Teilhabe erst ermöglichen, z. B. auch nach Operationen und Traumen.

---

[3] Vgl. dazu ausführlich die Anlage „Sorge um Gesundheit, deren Erhaltung und Krankheitsbewältigung: Gesundheitssorge in der Eingliederungshilfe“

[4] Evaluation des Umstellungsprozesses der Hilfebedarfsgruppensystematik in vollstationären Einrichtungen für erwachsene Menschen mit geistiger und / oder Mehrfachbehinderung – (Projekt Heime), Endbericht (2014),http://www.bbi-consult.de/files/04_15_14_abschlussbericht-text.pdf, zuletzt abgerufen am 29.09.2018)

Alle diese Maßnahmen, auch wenn sie zu Lasten der GKV im Rahmen der Krankenbehandlung erbracht werden, bedürfen aber der Organisation, Begleitung und Kontrolle. Ärztliche Anweisungen müssen im Alltag umgesetzt werden. Dabei ist noch zu berücksichtigen, dass die Gesamtmorbidität bei Menschen mit Behinderungen im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung höher ist.

Die DVfR weist deshalb darauf hin, dass die Comorbidität, die Behandlungsbedarfe und die zu deren Sicherung erforderlichen Assistenzleistungen umfassend bei der Bedarfsermittlung zu berücksichtigen sind. Die bisher vorliegenden Bedarfsermittlungsinstrumente (z. B. BEI in Nordrhein-Westfalen, THP in Rheinland-Pfalz u. a). berücksichtigen dies nicht hinreichend. Zum einen werden Leistungen der Gesundheitssorge nicht explizit erfasst, zum anderen sind keine Felder erkennbar, in denen die Comorbiditäten und der daraus resultierende Unterstützungsbedarf bei der Gesundheitssorge abzubilden sind.

**Die DVfR hält es deshalb für erforderlich, dass bei der Bedarfsermittlung auch die Comorbidität einschließlich besonderer gesundheitlicher Risiken systematisch und explizit erfasst und der daraus resultierende Assistenzbedarf ermittelt wird. Dazu ist es in der Regel auch erforderlich, die Schädigungen auf der Funktionsebene bei der Bedarfsermittlung zu beschreiben.**

**Ferner weist die DVfR darauf hin, dass die Bedarfsermittlung das gesamte biopsychosoziale Konzept im Sinne der ICF zu berücksichtigen hat. Eine Reduktion der Bedarfsermittlung auf die Bereiche Aktivitäten und Teilhabe entspricht nicht der gesetzlichen Vorgabe, wie sie in § 13 Absatz 2 und § 117 ff. SGB IX formuliert ist.**

Auf Grund der besonderen Bedeutung sollte die Gesundheitssorge, die in der ICF nur marginal abgebildet ist, ein eigener Punkt bei der Bedarfsermittlung sein. Damit ist auch die Möglichkeit verbunden zu ermitteln, welche Leistungen durch andere Leistungsträger zu erbringen sind und wie dies konkret organisiert werden kann. Es handelt sich hier meist weniger um Teilhabeleistungen anderer Rehabilitationsträger (wobei auch diese in Betracht kommen, z. B. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation), sondern häufiger um Leistungen der Krankenbehandlung und der Pflege. Assistenzleistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe sollen dabei sicherstellen, dass Diagnostik und Behandlung stattfinden und die Behandlung dann auch erfolgreich sein kann, z. B. durch Begleitung zum Arztbesuch und Umsetzung der ärztlichen Anweisungen im Alltag, d. h. auch im Teilhabeplan etc.

**Zusammenfassung:**

Die DVfR weist darauf hin, dass nur durch eine angemessene Berücksichtigung der Comorbidität, der Behandlungsbedarfe und der Gesundheitssorge bei der Bedarfsermittlung die Ziele nach den §§ 1 und 4 SGB IX erreicht werden können. Sie regt an, die Comorbidität und die Leistungen der Gesundheitssorge explizit im Rahmen der Bedarfsermittlung zu erfassen, auch um die notwendigen Leistungen leistungsrechtlich korrekt zuordnen zu können.

Heidelberg, November 2018

Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann
Vorsitzender der DVfR

Andreas Bethke
Leiter des DVfR-Ausschusses „Umsetzung des BTHG“

Diese Stellungnahme wurde im DVfR-Ausschuss „Umsetzung des BTHG“ erarbeitet.

---

Kontakt:

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR)
Maaßstr. 26, 69123 Heidelberg, sekretariat@dvfr.de, Telefon: 06221 187 901-0

**Über die DVfR**

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR) ist in Deutschland die einzige Vereinigung, in der Vertreterinnen und Vertreter aller Akteure im Bereich Rehabilitation und Teilhabe gleichberechtigt zusammenwirken: Selbsthilfe- und Sozialverbände, Sozialleistungsträger, Rehabilitationseinrichtungen und -dienste, Reha-Experten sowie Berufs- und Fachverbände. Die Mitglieder der DVfR, ihre Partner in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft und alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter engagieren sich gemeinsam in einem interdisziplinären und sektorenübergreifenden, konsensorientierten Diskurs für die Weiterentwicklung von Rehabilitation, Teilhabe und Selbstbestimmung.

**Anlage**

**Sorge um Gesundheit, deren Erhaltung und Krankheitsbewältigung: Gesundheitssorge in der Eingliederungshilfe[5]**

Mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) werden die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung aus dem Sozialhilferecht (SGB XII) herausgelöst und in das Rehabilitations- und Teilhaberecht (SGB IX) überführt. Die Leistungen werden gleichzeitig neu geordnet. Im Eingliederungshilferecht gibt es fortan Leistungen in vier Kategorien: Medizinische Rehabilitation, Teilhabe am Arbeitsleben, Teilhabe an Bildung, Soziale Teilhabe. Die jeweiligen Leistungskataloge sind offen gestaltet. Übergreifende Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, Leistungsberechtigten eine individuelle Lebensführung zu ermöglichen, die der Würde des Menschen entspricht, und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern. Jeder Leistungskategorie sind darüber hinaus besondere Aufgaben zugewiesen (§ 90 SGB IX-neu).

Die Leistungen werden fortan dem Grundsatz der Personenzentrierung folgend gewährt; dies bedeutet, dass sie allein am individuellen Bedarf der leistungsberechtigten Person und nicht länger an deren Aufenthaltsort anknüpfen. Auf diese Weise wird die Unterscheidung der Leistungen nach den Sektoren „ambulant, teilstationär, stationär“ entbehrlich und entfällt. Das Paket „stationäre Leistung“ ist deshalb in existenzsichernde Leistungen einerseits und (Fach-)Leistungen der Eingliederungshilfe andererseits aufzuschnüren. Dies gilt zum einen auf der Seite des Leistungsrechts (Rechtsanspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe (§§ 90 ff. SGB IX-neu) und zum anderen auf der Seite des Leistungserbringungsrechts (Vertragsrecht §§ 123 ff. SGB IX-neu).

Im heutigen stationären Sektor trägt die Einrichtung die Gesamtverantwortung für die persönliche Lebensführung der Bewohnerinnen und Bewohner („Rund-um-die-Uhr-Betreuung“). Das Angebot umfasst u. a. Hilfen in den Bereichen emotionale und psychische Entwicklung, Gesundheitsförderung und -erhaltung (con sens im Auftrag des BMAS, 2014, vgl. auch BSG, Urteil vom 26.10.2017, Az. B 8 SO 12/16 R). Menschen mit Behinderung, die einen Rechtsanspruch auf eine stationäre Leistung der Eingliederungshilfe haben, haben damit bei Bedarf einen Rechtsanspruch auf die genannten Hilfen.

Im neuen Leistungsrecht der Eingliederungshilfe enthalten die Leistungskataloge der medizinischen Rehabilitation und der Sozialen Teilhabe Leistungen im Bereich der Gesundheitsförderung und -erhaltung. Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gehen den Leistungen zur Sozialen Teilhabe vor (§ 102 Abs. 2 SGB IX-neu) und sind auf die Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt (§ 109 Abs. 2 SGB IX-neu). Im Katalog der Leistungen zur Sozialen Teilhabe sind Assistenzleistungen aufgeführt (§ 113 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX-neu), zu denen insbesondere Leistungen für die allgemeinen Erledigungen des Alltags gehören, u. a. zur Sicherstellung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen (§ 78 Abs. 1 S. 2 SGB IX-neu), dies sind z. B. die Verabreichung

[5] Die Anlage stellt eine Weiterbearbeitung der Argumentationshilfe der Fachverbände der Behindertenhilfe vom 21.06.2018 zum Thema Gesundheitssorge dar vgl. https://www.diefachverbaende.de/files/stellungnahmen/2018-06-21-GesundheitssorgeArgumentationshilfederFVfinal.pdf);

von Medikamenten oder die Umsetzung von Ernährungsvorgaben. Weitere Leistungen im Bereich der Gesundheitsförderung und -erhaltung sind im neuen Leistungsrecht der Eingliederungshilfe nicht ausdrücklich genannt.

Die Gesundheitsförderung und -erhaltung – kurz: Gesundheitssorge – im alltagspraktischen Lebensvollzug reicht allerdings weit über die in § 78 SGB IX-neu explizit aufgeführten Tatbestände hinaus. Sie umfasst alle Handlungen, die eine Person im Alltag zur Förderung und Erhaltung der eigenen Gesundheit sowie zur Vermeidung und Bewältigung von Krankheit vornimmt. Den Kern der Gesundheitssorge bildet die **Selbstversorgung**, die in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, vgl. den Auszug zum Thema Gesundheitssorge im Anhang, S. 9) wie folgt beschrieben ist:

- für den eigenen physischen Komfort sorgen: bequeme Körperposition, angenehme Körpertemperatur, geeignete Beleuchtung;
- Ernährung und Fitness handhaben: gesunde Lebensmittel verzehren, sich körperlich fit halten;
- Gesundheit erhalten: das tun, was die eigene Gesundheit im Hinblick auf Gesundheitsrisiken und Krankheitsverhütung erfordert;
- sich über diese Notwendigkeiten im Klaren sein.

Über die Selbstversorgung hinaus umfasst die Gesundheitssorge **weitere Maßnahmen**:

- gesundheitsdienliche Verhaltensweisen (Rhythmus Wachen/Schlafen und Aktivität/Ruhe, Vermeidung von Stress und der Entstehung von Sucht etc.), die positive und präventive Wirkungen haben;
- Beobachtung des individuellen Gesundheitszustandes, Aufmerksamkeit für Krankheitsanzeichen und andere gesundheitliche Probleme, Umgang mit Verschlimmerung;
- Aktivierung von Selbsthilfepotentialen, Vorsorge;
- ggf. Anbahnung und Organisation ärztlicher oder (psycho-) therapeutischer Hilfen,
- Umsetzung ärztlicher Anordnungen (vgl. hierzu ausdrücklich § 78 SGB Abs. 1 SGB IX-neu zu den Assistenzleistungen: „Zur selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltages einschließlich der Tagesstrukturierung werden Leistungen für Assistenz erbracht. Sie umfassen insbesondere Leistungen für die allgemeinen Erledigungen des Alltags […] sowie die Sicherstellung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen.[…]“)
- Verarbeitung von Krankheit und Alterungsprozessen u. v. m.

Nicht alle Menschen sind gleichermaßen aus sich heraus in der Lage, für die eigene Gesundheit zu sorgen. Dies kann durch die Art und/oder Schwere einer Krankheit oder Beeinträchtigung bedingt sein; häufig steht Menschen mit Behinderung aber auch kein oder kein ausreichendes primäres soziales Netzwerk zur Verfügung, das die notwendige Unterstützung bei der Gesundheitssorge leisten könnte. Dies gilt insbesondere dort, wo komplexe Beeinträchtigungen oder Einschränkungen in der Kommunikationsfähigkeit vorliegen, die spezifische Kenntnisse oder Erfahrungen der Unterstützenden erfordern.

Menschen mit Behinderung, die ihre Gesundheitssorge nicht aus eigenem Vermögen wahrnehmen können, steht **Unterstützung bei der Gesundheitssorge** zu:

- Ziel: Vorbeugung von Gesundheitsstörungen oder Krankheiten und deren Verschlimmerung, Wiederherstellung der Gesundheit, Bewältigung von (chronischer) Krankheit, Wohlbefinden;
- Inhalt: Beobachtung, Wahrnehmung, Information, Erinnerung, Rat, Motivation/Anregung, Anleitung, Begleitung, praktische Hilfestellung, Übernahme von Handlungen/Verrichtungen (teilweise oder ganz);

Anforderungen an die fachliche Qualifikation und die persönliche Eignung der unterstützenden Person richten sich nach dem individuellen Bedarf des Menschen mit Behinderung.

Soweit die aufgeführten Maßnahmen der Unterstützung bei der Gesundheitssorge nicht zum Aufgabenkreis „Gesundheit“ des rechtlichen Betreuers und nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung oder anderer Rehabilitationsträger gehören und ihrer Zielrichtung nach auch nicht Gegenstand von Leistungen der Pflegeversicherung (z. B. häusliche Pflegehilfe § 36 SGB XI) sind, handelt es sich um Leistungen der Eingliederungshilfe, die – soweit sie nicht der medizinischen Rehabilitation dienen – rechtssystematisch den Assistenzleistungen zur Sozialen Teilhabe (§§ 113 Abs. 2 Nr. 2, 78 SGB IX-neu) zuzuordnen sind. Zudem sind alle pflegerischen Leistungen von der Einrichtung der Eingliederungshilfe zu erbringen, sofern die Pauschale nach § 43 a SGB XI bezogen wird und nicht Sondertatbestände nach § 37 SGB V gegeben sind.

Im Rahmen des Teilhabeplan- bzw. Gesamtplanverfahrens (§§ 12 ff., 117 ff. SGB IX-neu) ist darauf zu achten, dass sämtliche Bedarfe einer Person ermittelt und festgestellt werden. Dies betrifft vor dem Hintergrund des Wegfalls der „stationären Leistung“ in besonderer Weise den individuellen Bedarf einer Person an Unterstützung bei der Gesundheitssorge. Die Instrumente zur Bedarfsermittlung, die sich im Übrigen künftig an der ICF zu orientieren haben (§ 118 SGB IX-neu), müssen entsprechend geschärft werden.

Auf der Seite des Leistungserbringungsrechts muss die Unterstützung bei der Gesundheitssorge sich – auch nach dem neuen Recht (BTHG, PSG II und III) – in der Leistungsvereinbarung zwischen dem Leistungsträger und dem Leistungserbringer angemessen und vergütungsfest abbilden. Im Hinblick auf die Räumlichkeiten des § 71 Abs. 4 S. 1 Nr. 3 SGB XI-neu, die im neuen Recht an die Stelle der stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe treten, sind neben den unmittelbaren Unterstützungshandlungen im alltagspraktischen Lebensvollzug insbesondere die Planung, Organisation und Überwachung der Gesundheitssorge der Bewohner/innen sowie die Durchführung einfachster Maßnahmen der Behandlungspflege zu nennen.

Leistungen der Gesundheitssorge können auch Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten nach § 81 SGB IX-neu sein, wenn dort z. B. gesundes Kochen, persönliche Hygiene etc. geübt wird. Auch die blindentechnische Grundausbildung im Hinblick auf die Gesundheitssorge gehört dazu.

Auch die Förderung der Verständigung sowie die Verwendung von Hilfsmitteln kann sich auf den Bereich der Gesundheitssorge beziehen (vgl. §§ 82, 84 SGB IX-neu).

Im Rahmen der Gesundheitssorge kommen auch Leistungen zur Mobilität in Betracht (§ 83 SGB IX-neu), insbesondere zum Aufsuchen von Ärzten und Therapeuten.

**Fazit:** Die Gesundheitssorge ist im neuen Eingliederungshilferecht zwar nicht in ihrer Gesamtheit ausdrücklich benannt; der Gesetzgeber hat die Leistungskataloge aber mit Bedacht offen gestaltet, um der Vielfalt der Bedarfslagen von Menschen mit Behinderung Rechnung zu tragen und sicherzustellen, dass alle individuell vorliegenden Teilhabebeeinträchtigungen unabhängig von Art und Umfang des Unterstützungsbedarfs ausgeglichen werden können. Die Unterstützung von Menschen mit Behinderung bei der Gesundheitssorge ist eine Assistenzleistung zur Sozialen Teilhabe (§§ 113 Abs. 2 Nr. 2, 78 SGB IX-neu). Der Rechtsanspruch von Menschen mit Behinderung auf Unterstützung bei der Gesundheitssorge wird durch das in Art. 25 UN-BRK garantierte Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung richtungsweisend untermauert.

## Anhang

### Gesundheitssorge in der ICF

Die Gesundheitssorge wird in der ICF ausdrücklich im Bereich der Selbstversorgung verortet. Im Wesentlichen finden sich die relevanten Aktivitätsbereiche unter d 570 „Auf seine Gesundheit achten“.

Im Einzelnen handelt es sich um folgende Items:

**d570 Auf seine Gesundheit achten**

Für physischen Komfort, Gesundheit sowie für physisches und mentales Wohlbefinden zu sorgen, wie eine ausgewogene Ernährung und ein angemessenes Niveau körperlicher Aktivität aufrecht erhalten, sich warm oder kühl halten, Gesundheitsschäden vermeiden, sicheren Sex praktizieren einschließlich Kondome benutzen, für Impfschutz und regelmäßige ärztliche Untersuchungen sorgen.
Inkl. Für physischen Komfort sorgen; Ernährung und Fitness handhaben; die eigene Gesundheit erhalten;

**d5700 Für seinen physischen Komfort sorgen**

Auf sich selbst zu achten, indem man für eine bequeme Körperposition, eine angenehme Körpertemperatur und geeignete Beleuchtung sorgt und man sich über diese Notwendigkeit im Klaren ist;

**d5701 Ernährung und Fitness handhaben**

Auf sich selbst zu achten, indem man gesunde Lebensmittel auswählt und verzehrt, sich körperlich fit hält und man sich über diese Notwendigkeit im Klaren ist;

**d5702 Seine Gesundheit erhalten**

Auf sich selbst zu achten, indem man das tut, was die eigene Gesundheit erfordert, und zwar im Hinblick auf Gesundheitsrisiken und Krankheitsverhütung, und man sich über diese Notwendigkeit im Klaren ist. Hierzu gehören professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, medizinischem oder anderem gesundheitlichem Rat folgen, Gesundheitsrisiken vermeiden wie körperliche Verletzungen, ansteckende Krankheiten, Drogeneinnahme und sexuell übertragbare Krankheiten;

**d5708 Auf seine Gesundheit achten, anders bezeichnet**

**d5709 Auf seine Gesundheit achten, nicht näher bezeichnet**

Auch andere Items können das Thema Gesundheit/Krankheit bzw. Gesundheitssorge betreffen.