

Herzlich Willkommen zum Online-Vortrag

Versorgungslücken schließen: Ansätze in der medizinischen Rehabilitation bei komplexen psychischen Erkrankungen

Prof. Dr. Harry Fuchs
Donnerstag, 27. November 2025

HMM 

1. Zielgruppe
2. Unterversorgung
3. Fachliche, politische und rechtliche Entwicklung der medizinischen Rehabilitation psychisch Kranker
4. Bestimmungen des Neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX) zur medizinischen Rehabilitation psychisch kranker Menschen
5. Teilhabeorientierte medizinische Rehabilitation
6. ICF-orientierte Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs
7. Art und Gegenstand der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation
8. „Rehabilitationsfähigkeit“ – Hemmnis bei der Verwirklichung des Anspruchs

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung sind in allen Bereichen der Gesellschaft und Altersgruppen signifikant vertreten.

Von einer schweren psychischen Erkrankung wird gesprochen, wenn über einen längeren Zeitraum (mindestens zwei Jahre) Krankheitssymptome auftreten, die mit erheblichen Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und das soziale Funktionsniveau einhergehen sowie mit einer intensiven Inanspruchnahme des Behandlungs- und psychosozialen Hilfesystems verbunden sind². Komplexe Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft als Folge schwerer psychischer Erkrankung sind damit nicht die Ausnahme, sondern die Regel.

Die Zahl der Betroffenen kann vorsichtig auf 1 bis 2 Prozent der Bevölkerung geschätzt werden. In Deutschland gelten damit ca. 500.000 bis zu 1 Million Menschen als schwer psychisch krank¹.

Psychische Erkrankungen sind aufgrund der daraus für die Betroffenen folgenden komplexen Teilhabebeeinträchtigungen mit erheblichen Kosten für das Sozialsystem und die Wirtschaft verbunden.

¹Arbeitshilfe Rehabilitation und Teilhabe psychisch erkrankter und beeinträchtigter Menschen, BAR Frankfurt 2020.

²S3 Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, Hrsg. DGPPN, Springer Verlag Berlin, 2018. 6

Medizinische Rehabilitation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen – Ist-Situation

- Von den ca. 130.000 medizinischen Rehamaßnahmen der Rentenversicherung wurden 2022 nur ca. 7 % bei psychischen Erkrankungen ambulant ausgeführt – die Diagnosen betrafen im Wesentlichen die F3- und F1-Diagnosebereiche¹.
- Durch die Krankenkassen wurden nur ca. 17.000 medizinische Rehamaßnahmen bei psychischen Erkrankungen finanziert und davon nur ca. 6 % ambulant durchgeführt². Grundlagen waren in der Regel die Rahmenvereinbarungen zur psychosomatischen Rehabilitation oder Suchtrehabilitation. In den Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen sind die Diagnosen im Bereich F20-F29 weitgehend ausgeschlossen. Die Angebote sind somit überwiegend institutionell ausgerichtet und finden in Sondermilieus statt.
- **Bei den Angeboten zur medizinischen Rehabilitation bei schweren psychischen Erkrankungen ist eine Unterversorgung – mit Ausnahme der F1-Diagnosen – festzustellen.** Es fehlt insgesamt an flexibel ausgerichteten insbesondere ambulanten und mobilen Angeboten.

¹vgl. Deutsche Rentenversicherung (Hg.) (2023). Rehabilitation 2022, Tabellenband, S. 44 ff., S. 102 ff. Online: https://statistik-rente.de/drv/extern/publikationen/statistikbaende/documents/Rehabilitation_2022.pdf, zuletzt abgerufen am 29.01.2024

²vgl. Gesetzliche Krankenversicherung (Hg.) (2022). KG5-Statistik 2022. Online: https://www.gbe-bund.de/gbe/!pkg_olap_tables.prc_set_page?p_uid=gast&p_aid=77810770&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=886&p_ansnr=71892252&p_version=5&D.000=3744&D.008=4364&D.100=10101&D.946=14493, zuletzt abgerufen am 29.01.2024

Fachliche, politische und rechtliche Entwicklung der Rehabilitation psychisch kranker Menschen

Ausgangspunkt: Psychiatrie Enquête 1975

Bereits der Schlussbericht der von der Bundesregierung eingesetzten unabhängigen Sachverständigen-Kommission zur Erarbeitung des „Berichts über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschlands“ (Psychiatrie-Enquete – BT Drs.7/4200 vom 25.11.1975) stellt fest, dass „ein wesentlicher Bestandteil der Rehabilitation zahlreicher Patienten, welche stationär in psychiatrischen Krankenhäusern aufgenommen wurden, eine ausreichend intensive, kontinuierliche Nachbetreuung und Nach- und Weiterbehandlung (Nachsorge) im Anschluss an die Entlassung ist“ (S. 211).

Als eine denkbare Lösung werden Rehabilitationseinrichtungen in Form von „Übergangsheimen“ angesehen (S. 224).

Reha-Verständnis der Enquête

Die Enquete versteht unter medizinischer Rehabilitation **alle Leistungen und Hilfen, die erforderlich sind, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten (S. 228)**. Dies entspricht vollinhaltlich dem heute geltenden Teilhaberecht.

Nach Ansicht der Enquête-Kommission sind die im **Rehabilitations-Angleichungsgesetz ausdrücklich erwähnten therapeutischen Möglichkeiten wie Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprach-, Beschäftigungs-, Arbeitstherapie und Belastungserprobung für die medizinische Rehabilitation psychisch Kranker von besonderer Bedeutung (S. 228)**.

Zur Versorgung psychisch kranker alter Menschen wird festgestellt, dass der „Rehabilitation dieser Gruppe im Sinne einer medizinischen und sozialen Rehabilitation entscheidende Bedeutung“ zukomme (S. 254).

Strukturell sieht die Enquete-Kommission für eigenständige Abteilungen zur Behandlung psychisch kranker Menschen, die den **„Rehabilitationskrankenhäusern“** (das ist die Diktion der Enquete-Kommission von 1975) angegliedert werden sollen, entsprechend vielfältige Aufgaben (S. 305, 307, 308).

Bei der Begriffswahl ist zu bedenken, dass die Definitionen des heutigen Rehabilitationsrechts (SGB IX insbesondere § 42) noch nicht bekannt waren.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion 1988

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen stellt im Januar 1988 „weiterhin ernstzunehmende Defizite“ in der nichtstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Langzeitversorgung fest:

„Übergreifende, nicht befristete Lösungen vor allem im Rahmen der Sozialversicherung“ seien verhindert worden (Jahresgutachten 1988, S. 208).

„Die überwiegende Kostenträgerschaft durch die örtlichen Sozialhilfeträger institutionalisiert angesichts der Finanzlage öffentlicher Haushalte die Mangelsituation“ (Jahresgutachten, S. 219).

Expertenkommission der Bundesregierung 1988

In den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im Bereich der Behandlung psychisch kranker Menschen vom 11. November 1988 wird die sehr große Zahl von Langzeitpatientinnen und -patienten als spezifisches Problem bezeichnet (S. 286), die in „Heime ohne qualifizierte, rehabilitativ orientierte Versorgung“ entlassen werden.

Die meisten Fälle verblieben im Krankenhaus, „weil spezifische Rehabilitationsprogramme (medizinische und berufliche Rehabilitation) und komplementäre Einrichtungen und Dienste zur Wiedereingliederung in der Heimatregion fehlen“.

Psychisch kranke Erwachsene hätten bisher kaum Chancen, medizinische und berufliche Rehabilitation zu erhalten, wenn sie nicht zu den Diagnosegruppen der Abhängigkeitskranken sowie der Neurose- und psychosomatischen Kranken gehörten.

Das Konzept der Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke (RPK) sei bislang noch ein erster Einstieg für diesen Personenkreis (S. 288) (bei dem es bis heute geblieben ist).

Gesetzentwurf der SPD-Fraktion des Bundestages 1988

Die Fraktion der SPD legte 1988 den Entwurf eines „Gesetzes zur Beseitigung der Sonderstellung von psychisch Kranken in der Krankenversicherung“ (BT-Drs. 11/2594) vor, mit dem im Zusammenhang mit der damaligen Bestimmung über die medizinische Rehabilitation der GKV (§ 184a RVO) die neue Regelung des § 184b RVO die Krankenkassen zur Übernahme der Kosten in „Übergangseinrichtungen für psychisch Kranke“ mit zweifelsfrei rehabilitativem Charakter verpflichten sollte. Dieser Entwurf fand jedoch keine Mehrheit im Deutschen Bundestag

Nach der Begründung sollen diese Leistungen von besonderer Bedeutung sein, „wenn dadurch das Ziel der Krankenbehandlung im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erreicht werden soll. Dies kann vor allem bei schweren Krankheiten, nach der Entgiftungsphase bei Suchtkrankheiten und der Akutbehandlung psychisch Kranker angebracht sein“. In der Diskussion zum Gesetzgebungsverfahren wurde die Begrenzung auf vier Wochen und auf Einrichtungen mit Versorgungsvertrag kritisch gesehen.

Der Anregung des Bundesrates, ausdrücklich Regelungen zur Rehabilitation in das SGB V aufzunehmen, folgte der Bundestag nicht (BT-Drs. 11/2493, S. 12).

1992 Problembeschreibung: Partikularinteressen

Die Verengung der Sicht aufgrund von Partikularinteressen ist bis heute Teil des Problems.

In einem für die **Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) der Höheren Kommunalverbände und der BAG der überörtlichen Träger der Sozialhilfe** erstellten **Parteigutachten** vom 15. Januar 1992 kommen Prof. Dr. Wolfgang Gitter und Dr. Gabriele Köhler-Fleischmann nach Inkrafttreten des Gesetzes zur **Strukturreform im Gesundheitswesen (GRG)** **zur Frage der Leistungsverpflichtung zu dem Ergebnis, dass die Behandlung psychisch kranker Menschen in einer Übergangseinrichtung unter bestimmten Voraussetzungen grundsätzlich als Leistung der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Krankenversicherung angesehen werden kann** (Gutachten S. 50).

Im **Ergebnis trifft dies auch für die Leistungsverpflichtung der gesetzlichen Rentenversicherung zu** (Gutachten S. 18 ff).

Bundesregierung 1992: Verantwortung der Selbstverwaltung

Die Bunderegierung sieht in ihrer Antwort auf eine Große Anfrage der Fraktion der SPD vom 18. Dezember 1992 (BT-Drs. 12/4016) zur Situation der psychisch kranken Menschen keine Möglichkeit, durch Einführung zusätzlicher Leistungsvorschriften in das SGB V zur weiteren Entlastung psychisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen beizutragen.

Eine Ausweitung der Leistungsansprüche wäre mit dem Ziel der Gesundheitsreform, den Beitragssatz der GKV zu stabilisieren, nicht vereinbar (S. 18).

Das SGB V enthalte die ausdrückliche Vorschrift, dass den besonderen Bedürfnissen psychisch kranker Menschen Rechnung zu tragen sei, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie (S. 18).

Es liege in der Verantwortung der Selbstverwaltung, diesen Grundsatz auszufüllen (S. 19). Die Bundesregierung geht danach zweifelsfrei davon aus, dass die Rechtsgrundlagen für die medizinische Rehabilitation vorhanden, aber von der Selbstverwaltung umzusetzen sind.

1992 Bundesregierung kündigt Prüfung im Zusammenhang mit einem SGB IX an

Im Übrigen vertritt die Bundesregierung seinerzeit die Auffassung, dass Rehabilitationsangebote für psychisch Kranke und Behinderte in ausreichender Ortsnähe vorhanden sind (S. 22), erklärt aber zugleich, dass sie nicht über ausreichendes Datenmaterial verfüge.

Auf die Feststellung des Sachverständigenrates, dass die Chancen für Rehabilitation häufig ungenutzt bleiben, weil die Bewilligungsverfahren im gegliederten Sozialleistungssystem für die Betroffenen und ihre Familien zu belastend und zeitraubend sind, kündigt die Bundesregierung an, dass die anstehende Einordnung des Rehabilitations- und Schwerbehindertenrechts in das SGB IX Gelegenheit zur Prüfung gebe, wie auf der Grundlage des bestehenden gegliederten Sozialleistungssystems die gegebenen Rehabilitationsmöglichkeiten gerade auch für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen noch besser zugänglich und nutzbar gemacht werden können (BT-Drs. 12/4016, S. 19, 23).

Zusammenfassung

Die Analyse zeigt, dass den politischen Akteuren spätestens 1992 die Unterversorgung im Bereich der medizinischen Rehabilitation psychisch Kranker seit der Psychiatrie-Enquete bewusst und in der politischen Diskussion nicht nur präsent war, sondern auch zu verschiedenen Aktivitäten führte.

Die Annahme der Bundesregierung, dass es vor dem Hintergrund ausreichender Rechtsgrundlagen für die Gewährung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nur der Umsetzung durch die Selbstverwaltung bedürfe, hat sich als unzutreffend erwiesen.

Die Nichtumsetzung hat allerdings die Diskussion der Unterversorgung von der Rehabilitation und Teilhabe weg- und stattdessen verstärkt hin- zu Lösungen im Bereich der Akutversorgung oder Sozialhilfe/Eingliederungshilfe geführt.

Bestimmungen des Neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX) zur medizinischen Rehabilitation psychisch kranker Menschen

Anspruch auf Förderung der Teilhabe durch Teilhabeleistungen

§ 1 SGB IX gewährt einen Anspruch auf Förderung von Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohten Menschen durch Leistungen iSv § 5 SGB IX – u.a. medizinische Rehabilitation – um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern und gebietet, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.

§ 4 Abs. 2 Satz 1 SGB X unterstreicht, dass Leistungen zur Teilhabe zur Erreichung von Teilhabezielen gewährt werden.

Die Ansprüche auf Krankenbehandlung nach dem SGB V und zur Teilhabe (u.a. medizinische Rehabilitation) bestehen unabhängig voneinander und sind auf unterschiedliche Leistungsziele (SGB V – Krankenbehandlung; SGB IX – Beseitigung von Teilhabebeeinträchtigungen/ Krankheitsfolgenbewältigung) ausgerichtet.

Förderung der Teilhabe durch Medizinische Rehabilitation

Was unter medizinischer Rehabilitation zu verstehen ist und welche Behandlungsformen und –methoden Leistungsbestandteil sein können, definiert § 42 SGB IX rechtskreis- und trägerübergreifend einheitlich für alle Rehabilitationsträger, die diese Leistungen erbringen können (Kranken-, Renten-, Unfallversicherung, Soziale Entschädigung, Eingliederungshilfe, Kinder- und Jugendhilfe).

§ 42 SGB IX unterscheidet nicht nach Leistungsformen (ambulant, stationär, mobil). Es sind alle Formen erfasst, die geeignet sind, mit ihrer Struktur- und Prozessqualität die bei der Bedarfsermittlung festgestellten Teilhabeziele zu erreichen.

Welche Leistungsform in Frage kommt, richtet sich nach dem individuellen Bedarf und der Prognose auf die Erreichung der Teilhabeziele.

Das in § 36 Abs. 2 Satz 1 SGB IX verankerte Auswahlermessen verpflichtet zur Inanspruchnahme des Leistungserbringers, der die Leistung in der am besten geeigneten Form ausführt

Psychiatrierelevante Leistungsmodule der med. Rehabilitation

Im Gesetzgebungsverfahren zum SGB IX im Jahr 2001 wurde die Ankündigung der Bundesregierung von 1993 aufgegriffen zu prüfen, wie die gegebenen Rehabilitationsmöglichkeiten gerade auch für psychisch Behinderte noch besser zugänglich und nutzbar gemacht werden können. Das Ergebnis dieser Prüfung beinhaltet u. a. § 42 Abs. 3 SGB IX.

Bestandteil der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind danach neben medizinischen ausdrücklich auch psychologische und pädagogische Hilfen, insbesondere zur Unterstützung u. a.

- bei Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,
 - Hilfen zur Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen,
 - Hilfen zur seelischen Stabilisierung,
 - zur Förderung der sozialen Kompetenz, u. a. durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen,
 - Training lebenspraktischer Fähigkeiten
 - Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation.
- mithin bedeutende Leistungsmodule für Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Fazit zur Entwicklungsgeschichte

- Danach kann kein Zweifel mehr daran bestehen, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von allen zur Erbringung von solchen Leistungen verpflichteten Rehabilitationsträgern in ambulanter, mobiler und stationärer Form erhalten können.
- Auch der Gegenstand dieser Leistungen ist für alle Träger übergreifend einheitlich in § 42 SGB IX geregelt.
- Die davon abweichende Realität ist darauf zurückzuführen, dass – wie die Bundesregierung bereits Anfang der 90er Jahre selbst erklärte – bis heute ein Mangel bei der Umsetzung geltenden Rechts durch die Rehabilitationsträger besteht, die ihren Sicherstellungsauftrag nach § 36 SGB IX nicht erfüllen.
- Eine weitere Ursache ist die Tatsache, dass die fachlichen Akteure und Vertreter der Interessen der betroffenen Menschen die medizinische Rehabilitation und ihre Möglichkeiten seit 1990 aus dem Fokus verloren haben und fast ausschließlich auf die (auch rechtlich begrenzten) Möglichkeiten der akutmedizinischen Versorgung gesetzt haben.

Teilhabeorientierte medizinische Rehabilitation

Medizinische Rehabilitation ist auf Teilhabeziele orientiert

Gesetzlich sind durch das SGB IX alle notwendigen Regelungen getroffen, um den spezifischen rehabilitativen Bedarf der Menschen mit komplexen Teilhabebeeinträchtigungen in Folge psychischer Erkrankung wirksam zu decken.

Mit dem Inkrafttreten des SGB IX am 1. Juli 2001 sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei allen dafür leistungsverpflichteten Rehabilitationsträgern auf die **Beseitigung, die Minderung, den Ausgleich oder die Vermeidung der Verschlimmerung der Beeinträchtigung der Teilhabe, mithin der Krankheitsfolgen auszurichten und nicht mehr isoliert auf das Ziel der Unterstützung des Erfolges der Krankenbehandlung.**

Dies stellt einen relevanten Paradigmenwechsel mit Folgen für den gesamten Rehabilitationsprozess dar.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sollen also zur Förderung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, zur Erreichung von Teilhabezielen erbracht werden¹. Diese Teilhabeziele sind gesetzlich definiert² und werden im Rahmen der Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs individuell konkretisiert³.

¹§§ 5 Nr. 1, 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX. 8

²§§ 4 Abs. 1, 42 Abs. 1 SGB IX. 9

³§ 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX.

ICF-orientierte Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs

Orientierung am bio-psycho-sozialen Modell der WHO

Auch für die teilhabeorientierte Ermittlung des Rehabilitationsbedarfes findet sich eine differenzierte gesetzliche Regelung, die für die Zielgruppe der Menschen mit komplexen Teilhabebeeinträchtigungen in Folge psychischer Erkrankung anzuwenden ist.

Das SGB IX orientiert sich grundsätzlich am bio-psycho-sozialen Modell von Behinderung bzw. an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Die gesetzlichen Vorgaben zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs folgen nach Diktion und Aufbau der Logik und dem Inhalt der ICF.

Abweichungsfeste Erfassung von vier Kriterien

Nach § 13 Abs. 2 SGB IX ist eine individuelle und funktionsbezogene Bedarfsermittlung zu dokumentieren, die insbesondere erfasst,

- ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht,
- welche Auswirkungen die Behinderung auf die Teilhabe der Leistungsberechtigten hat,
- welche Ziele mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen und
- welche Leistungen im Rahmen einer Prognose zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich sind.

Rechtlich liegt eine Behinderung vor, wenn ein Mensch mit einer körperlichen, seelischen, geistigen oder Sinnesbeeinträchtigung in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft gehindert ist. Diese Voraussetzungen sind bei Menschen mit komplexen Teilhabebeeinträchtigungen in Folge psychischer Erkrankung gegeben.

Beeinträchtigung der Aktivitäten in Lebensbereichen

Welche Auswirkungen die Behinderung auf die Teilhabe der Leistungsberechtigten hat, ist entsprechend dem bio-psycho-sozialen Modell der ICF auf der Grundlage funktioneller oder struktureller Schädigungen bezogen auf die Lebensbereiche der Berechtigten (§ 118 Satz 3 SGB IX) in zwei Schritten zu ermitteln.

Im ersten Schritt sind in den folgenden Bereichen zunächst die nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten festzustellen

Lernen und Wissensanwendung

allgemeine Aufgaben und Anforderungen

Kommunikation

Mobilität

Selbstversorgung

häusliches Leben

interpersonelle Interaktion und Beziehungen

bedeutende Lebensbereiche

Gemeinschaftsleben, soziales und staatsbürgerliches Leben

Beeinträchtigung der Teilhabe in Lebensbereichen

Im zweiten Schritt ist zu klären, welche konkreten Auswirkungen die Aktivitätsbeeinträchtigungen auf die Teilhabe in der individuellen Lebenssituation der Leistungsberechtigten tatsächlich haben.

Aus den Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe sind Ziele für die medizinische Rehabilitation abzuleiten, die mit den Leistungen der medizinischen Rehabilitation voraussichtlich auch erreicht werden können.

Zugleich gilt es noch vorhandene Ressourcen auch in der Lebenswelt zu identifizieren, zu stärken und für den Rehabilitationsverlauf zu nutzen.

Teilhabebeeinträchtigung bei psychisch Kranken

Menschen mit komplexen Teilhabebeeinträchtigungen in Folge psychischer Erkrankung zeigen (definitionsgemäß) ein langwieriges Krankheitsgeschehen und überdauernde Einschränkungen auf den Ebenen der Funktion, der Aktivitäten und der Teilhabe.

Eine individuelle Ermittlung des Rehabilitationsbedarfes kann aufgrund der Komplexität der Beeinträchtigungen nur mit genauer Kenntnis der psychisch erkrankten Menschen, mit genauer Kenntnis der Diagnose, der vorhandenen beeinträchtigten Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie des sozialen Umfeldes unter Berücksichtigung der vielfältigen Wechselwirkungen erfolgen.

„Aufgrund der sehr unterschiedlichen Auswirkungen einer Erkrankung mit gleicher ICD-10 Diagnose auf die Funktionsfähigkeit ist den Teilhabebeeinträchtigungen gegenüber ICD-Diagnosen prioritäre Bedeutung beizumessen“¹

¹ RPK-Empfehlungsvereinbarung, BAR Frankfurt 2024, S. 14 ff.

Art und Gegenstand der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation

Inhalt der medizinischen Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation kann stationär, ambulant oder mobil erbracht werden. Bei der Wahl des Settings müssen die individuellen Rehabilitationsbedarfe Berücksichtigung finden und die Settingeffekte den abgeleiteten Teilhabezielen entsprechen.

Auch die inhaltliche Ausgestaltung der medizinischen Rehabilitation muss den Bedarfen der Menschen mit komplexen Teilhabebeeinträchtigungen in Folge psychischer Erkrankung Rechnung tragen. Hier sind die gesetzlichen Regelungen ebenfalls umfassend.

Rehabilitationseinrichtungen und -dienste müssen geeignet sein, mit ihren Strukturen und Prozessen die im Rahmen der Bedarfsermittlung definierten Teilhabeziele wirksam zu erreichen (Ergebnisqualität, § 28 Abs. 2 SGB IX).

Schon nach Ansicht der von der Bundesregierung eingesetzten unabhängigen Sachverständigen-Kommission zur Erarbeitung des Berichts über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschlands (Psychiatrie-Enquete – BT Drs.7/4200 vom 25.11.1975) sind die im Rehabilitations-Angleichungsgesetz ausdrücklich erwähnten therapeutischen Möglichkeiten wie Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprach-, Beschäftigungs-, Arbeitstherapie und Belastungserprobung für die medizinische Rehabilitation psychisch kranker Menschen von besonderer Bedeutung (S. 228).

Neben diesen in § 42 Abs. 2 SGB IX – als nicht abschließende Aufzählung – genannten Methoden der medizinischen Rehabilitation sind für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen insbesondere auch die im Absatz 3 genannten medizinischen, psychologischen und pädagogischen Hilfen als Bestandteile der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation relevant

Zum Begriff der „Rehabilitationsfähigkeit“

als Hemmnis bei der Einleitung und Durchführung
medizinischer Leistungen zur Rehabilitation für Menschen mit
komplexen psychischen Erkrankungen

Zum Begriff der

Rehabilitationsfähigkeit

Der Gesetzgeber regelt in § 13 SGB VI, dass der Träger der Rentenversicherung keine Leistungen der medizinischen Rehabilitation in der Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit erbringt, es sei denn, diese tritt während der Ausführung der medizinischen Reha ein, anstelle einer sonst erforderlichen Krankenhausbehandlung

Dies ist jedoch nicht immer eindeutig feststellbar, insbesondere bei Leistungen der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Krankenversicherung, z. B. bei Leistungen der Anschlussrehabilitation. Auch kann die Beurteilung einer akuten Behandlungsbedürftigkeit besonders in der Psychiatrie im Einzelfall schwierig sein.

Abgesehen von diesen Einschränkungen bzw. Kontraindikationen ist es schwer vorstellbar, dass es Krankheitsbilder oder funktionelle Beeinträchtigungen sowie Situationen gibt, für die es keine geeigneten medizinischen Rehabilitationsleistungen geben soll, die Teilhabe ermöglichen oder verbessern: Jeder Mensch ist teilhabefähig und hat einen Anspruch darauf, dass für ihn geeignete Leistungen entwickelt und bereitgestellt werden, wenn diese erforderlich sind, um die Ziele nach den §§ 1 und 4 SGB IX zu erreichen.

Wenn als Reha-Fähigkeit gefordert wird (vgl. etwa die BAR-Rahmenempfehlungen), eine ausreichende somatische und psychische Belastbarkeit auszuweisen, ist es notwendig, die Belastungen durch die Gestaltung der Reha-Leistung, sei es in der Durchführung (Intensität, Dauer und Frequenz von Behandlungen), sei es im Setting oder auch der zeitlichen Abläufe (wie z. B. in der ambulanten oder mobilen Reha häufig möglich) zu vermindern.

Noch Rehabilitationsfähigkeit

Abzugrenzen ist hier die Frage nach der Prognose: ob und wenn ja unter welchen Bedingungen die Teilhabeziele mit der vorgesehenen Maßnahme voraussichtlich zu erreichen sind. Ist eine positive Prognose auch bei einer optimal angepassten Reha-Leistung nicht wahrscheinlich – dies ist in der Praxis nicht selten der Fall –, wird eine Reha-Leistung nicht zu bewilligen sein.

Ist die Prognose negativ, handelt es sich aber systematisch nicht um eine eingeschränkte Reha-Fähigkeit, sondern um die Unmöglichkeit, mit den Mitteln einer Reha-Leistung, auch wenn sie optimal bedarfsgerecht gestaltet ist, Teilhabeziele zu erreichen. Dabei ist einleuchtend, dass die Beurteilung der Reha-Prognose u. U. für ein vorhandenes, aber nicht bedarfsgerechtes Angebot negativ ausfallen kann. Diese Problematik wird z. B. oft bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen oder mit Pflegebedürftigkeit berichtet.

Insofern ist tatsächlich das Problem fehlender Reha-Fähigkeit oder negativer Reha-Prognose meist weder auf Seiten der Betroffenen zu verorten noch dort zu lösen, sondern muss in den meisten Fällen auf Seiten der Leistungsträger und Leistungserbringer bearbeitet werden. Wenn für bestimmte Rehabilitationsbedarfe keine passenden konzeptionellen bzw. institutionellen Antworten in Form von rehabilitativen Angeboten existieren, müssen diese personenzentriert und differenziert entwickelt werden und ggf. niederschwellig und sozialraumbezogen zur Verfügung stehen

Noch Rehabilitationsfähigkeit

Auch für die Gruppe der Personen mit komplexen psychischen Beeinträchtigungen lässt sich fachlich plausibel begründen, dass für sie relevante Teilhabeziele und damit eine Veränderung des Status quo erreichbar sind.

Solche Ziele können auch in der Integration in ein soziales Umfeld, in der Entlastung von An- und Zugehörigen sowie von professionellen Dienstleistern liegen (verminderter Bezug von Sozialleistungen). Auf Grund weitgehend fehlender bedarfsgerechter Angebote für diese Personengruppe können Erfahrungen nur für Einzelfälle gewonnen werden. Deshalb sollte der Aufbau entsprechender Reha-Angebote wissenschaftlich begleitet werden.

Im Übrigen findet sich für den Begriff „Rehabilitationsfähigkeit“ als Voraussetzung für die Leistungsbewilligung keine Rechtsgrundlage. Insbesondere lässt sich aus dem SGB nicht ableiten, dass der Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auf bestimmte Personengruppen zu begrenzen ist. Dem steht auch § 13 SGB VI nicht entgegen. Das Beispiel der Eingliederungshilfe zeigt am Merkmal der Wesentlichkeit, dass es dem Gesetzgeber durchaus möglich gewesen wäre, den Personenkreis für die medizinische Rehabilitation einzuschränken.

Rehabilitationsbedürftigkeit

Die in diesen Regelwerken der Sozialversicherungsträger zu findenden Definitionen zur Rehabilitationsbedürftigkeit knüpfen zwar in Teilen an den Behinderungsbegriff des § 2 Abs. 1 SGB IX an, haben aber keinen Bezug zur gesetzlich geregelten Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs, aus dem sich im Ergebnis die „Bedürftigkeit“ nach Leistungen zur Teilhabe ergibt.

Der Begriff der „Rehabilitationsbedürftigkeit“ entspricht in der regelhaft genutzten Terminologie nicht den gesetzlichen Vorgaben und in seiner Definition nicht dem aktuellen Fachdiskurs. Entscheidend ist hier eine individuelle Ermittlung auf der Grundlage der Teilhabe einschränkung in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren.

Rehabilitationsprognose

§ 13 Abs. 2 Nr. 4 SGB IX verlangt von allen in § 6 SGB IX genannten Trägern der medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Bedarfsermittlung eine Prognose, welche Leistungen zur Teilhabe zur Erreichung der Teilhabeziele voraussichtlich erfolgreich sein können.

Dies basiert auf der gesetzlichen Verpflichtung nach § 28 Abs. 2 SGB IX nur wirksame Teilhabeleistungen auszuführen, da nach Begründung zum BTHG unwirksame Leistungen nicht wirtschaftlich sind.

In § 13 Abs. 2 Nummer 3 wird zudem angeführt, das zu erfassen ist, welche Ziele mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen.

Die gesetzlich verpflichtende „Teilhabeprognoſe“ bezieht sich mithin auf die Wirksamkeit einer angestrebten Leistung bezogen auf die während der Bedarfsermittlung festgestellten Teilhabeziele.

Dies ist die Rechtsgrundlage für eine Prognose. Die sogenannte Rehabilitationsprognose ist demnach auf eine „Teilhabewirksamkeitsprognose“ mit teilhabebezogenem Inhalt umzustellen.

Ausblick

Koalitionsvertrag 2025 für die 21. Legislaturperiode zwischen CDU, CSU und SPD

Kapitel Inklusion

Wir werden die **Teilhabechancen von Menschen mit komplexen Behinderungen verbessern** (Zeile 666).

Das System der Rehabilitation und Teilhabe werden wir im Sinne des Prinzips „Leistung aus einer Hand“ weiterentwickeln und dabei **die spezifischen Bedarfe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in den Blick nehmen** (Zeilen 674 bis 676)

Kapitel Gesundheit

Nichts

Psychiatrie-Dialog Handlungsempfehlungen

Handlungsempfehlung 6 - Medizinische Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen bedarfsgerecht ausbauen - Lebensweltorientierung stärken durch ambulante und mobile Angebote und eine entsprechende Bedarfsplanung

Die Versorgungslücke in Bezug auf die ambulante und mobile medizinische Rehabilitation für Menschen insbesondere mit schwereren psychischen Beeinträchtigungen gilt es leistungsträgerübergreifend zu schließen und so den Übergang an der Schnittstelle zwischen Akutbehandlung und medizinischer Rehabilitation bedarfsgerecht zu ermöglichen.

Ferner gilt es, die Lebensweltorientierung leistungsträgerübergreifend und leistungsträgerbezogen gesetzlich und strukturell stärker zu verankern.

Dabei ist ein besonderes Augenmerk auf die Stärkung flexibler ambulanter und vor allem mobiler Angebote leistungsträgerübergreifend zu legen. Diese Angebote sind insbesondere als individuelle Option mit hoher Wirksamkeit und im Anschluss an lebensfeldorientierte, aufsuchende Behandlung von Bedeutung. Die Angebote sind über die gesamte Lebensspanne sicherzustellen.

**Herzlichen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!**

Abschließender Hinweis

für den Vortrag wurden herangezogen

- a) der Vortrag des Referenten „Teilhabeorientierung versus Rehabilitationsbedürftigkeit und Rehabilitationsfähigkeit?“ auf dem Kongress der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation „Rehabilitation und selbstbestimmte Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen“ am 12. September 2023, Berlin
- b) das vom Fachausschuss „Psychische Beeinträchtigungen“ der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (dem der Referent angehört) vorgelegte Diskussionspapier „Versorgungslücken in der medizinischen Rehabilitation für Menschen mit komplexen Teilhabebeeinträchtigungen als Folge psychischer Erkrankungen“

<https://www.dvfr.de/arbeitschwerpunkte/stellungnahmen-der-dvfr/detail/artikel/diskussionspapier-des-dvfr-fachausschusses-psychische-beeintraechtigungen-zu-versorgungsluecken-in-der-medizinischen-rehabilitation-fuer-menschen-mit-komplexen-teilhabebeeintraechtigungen>

Hochschule
München
University of
Applied Sciences

MUC.HEALTH

Kontakt:

Mail: mmh-wb@hm.edu

Web: www.hm.edu/master-mental-health

Master Mental Health

Studienfakultät MUC.HEALTH
Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften
Weiterbildungszentrum der Hochschule München

HM 

