

**Stellungnahme
der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)
zu dem
Vorschlagsentwurf der Gemeinsamen Empfehlung Reha-Prozess**

Die Aktualisierung und Überarbeitung der Gemeinsamen Empfehlung (GE) Reha-Prozess in zeitlichem engen Abstand mit dem Inkrafttreten des Teilhaberechts in den festgelegten Reformstufen ist sehr begrüßenswert. Aus unserer Sicht ist es stimmig und unerlässlich, den Menschen mit Behinderung in den Mittelpunkt zu stellen und den Rehabilitationsprozess am bio-psycho-sozialen Modell, das die Grundlage der ICF darstellt, zu orientieren. Dies ist in diesem Vorschlagsentwurf der GE Reha-Prozess an verschiedenen Stellen aufgegriffen. Damit die Umsetzung dieser Grundsätze tatsächlich gelingen kann, ist es aus unserer Sicht erforderlich, den Aspekt der Personen- und Bedarfszentrierung unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts in der GE Reha-Prozess verbindlich an weiteren Stellen herauszustellen und das bio-psycho-soziale Modell im stärkeren Ausmaß zugrunde zu legen. Konkrete Vorschläge dazu sind in dieser Stellungnahme aufgegriffen.

Die Rehabilitationsträger sind gemeinsam dafür verantwortlich und haben durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass ein Rehabilitationsbedarf frühzeitig erkannt und auf eine Antragstellung hingewirkt wird. Dabei sind insbesondere auch die vielfältigen Zugangswege zu Rehabilitations- und Teilhabeleistungen, z. B. durch fachlich fundierte Beratung, systematisch einzubeziehen. Damit das Postulat ‚Der Mensch mit Behinderung steht im Mittelpunkt‘ auch tatsächlich bereits von der Bedarfserkennung an verwirklicht werden kann, sind aus unserer Sicht systematische Pfade der Zusammenarbeit zwischen den Rehabilitationsträgern und weiteren Akteuren erforderlich. Bedarfserkennung für Rehabilitations- und Teilhabeleistungen erfolgt nicht selten unabhängig der Informations- und Beratungsstrukturen der Rehabilitationsträger. Die Zugangswege, sowohl zu den „Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatungsstellen“, als auch zu den bestehenden Beratungsangeboten weiterer Akteure, wie Sozialdienste in Akutkrankenhäusern und in Rehabilitationseinrichtungen sowie ambulante gesundheitsbezogene Beratungsstellen, sollten konsequent erleichtert werden. Insofern sollte der bestehenden Gemeinsamen Empfehlung „Sozialdienste“ stärker Geltung verschafft werden, indem diese explizit in dieser GE benannt wird.

Neben der Zugangsberatung gilt ebenso die Notwendigkeit der verbesserten Zusammenarbeit für die Fallsteuerung während des Rehabilitationsprozesses, insbesondere für komplexe Fälle. In der GE Reha-Prozess sollten systematische und verbindliche Pfade zur Zusammenarbeit und Fallsteuerung stärker herausgestellt werden. Hierbei sollte im Sinne einer Qualitätssicherung und dem Grunde nach einheitlichen Leistungsgewährung der Bezug zu gemeinsamen fachlichen Standards hergestellt werden. Die Leitlinien Case Management der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) sollten für die Fallsteuerung zugrunde gelegt werden [vgl. Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V. (2015) (Hrsg.): Case Management Leitlinien – Rahmenempfehlungen, Standards und ethische Grundlagen. Heidelberg: Verlag medhochzwei]. Ebenfalls ist zu empfehlen, einheitliche, trägerübergreifende Kriterien für komplexe Fallsteuerungsindikationen zu definieren,

um in diesen definierten Fällen mit hohem Beratungs- und Unterstützungsbedarf den Rehabilitationsprozess effektiv und effizient zu gestalten.

Im beschriebenen Sinne ist es aus unserer Sicht positiv und zutreffend, dass die Sozialdienste, insbesondere die Sozialdienste im Krankenhaus in diesem Vorschlagsentwurf der GE an verschiedenen Stellen konkret benannt werden. Sowohl in der Bedarfserkennung als auch im weiteren Rehabilitationsprozess ist eine qualitative Beratung ein wesentlicher Schlüssel für das Erschließen und die koordinierte Umsetzung von individuell angemessenen Unterstützungsleistungen. Fachkräfte der Sozialen Arbeit sind in unterschiedlichen Settings ein wichtiger Partner der Rehabilitationsträger und unerlässlicher Teil des interdisziplinären Teams. Der zirkulären Betrachtungsweise des Rehabilitationsprozesses entsprechend sind Fachkräfte der Sozialen Arbeit sektorenübergreifend im Akut- und Rehabilitationsbereich in unterschiedlichen ambulanten und stationären Institutionen etabliert, um durch sozialarbeiterische Interventionen eine angemessene Beratung, Bedarfserkennung und Leistungsgewährung zu unterstützen. Die systematische und frühzeitige Erkennung eines Versorgungs- und/oder Rehabilitationsbedarfs ist nicht zuletzt seit In-Kraft-Treten der Rahmenempfehlung zum Entlassmanagement als fester Bestandteil der Entlassplanung bekräftigt worden. Im interdisziplinären Team sind auch Fachkräfte der Sozialen Arbeit in Sozialdiensten der Akut- und Rehabilitationskliniken für die qualifizierte Gestaltung von Übergängen im Rehabilitationsprozess von entscheidender Bedeutung. Vor diesem Hintergrund sollten Fachkräfte der Sozialen Arbeit in der GE Reha-Prozess an mehreren Stellen benannt werden.

Mit Blick auf den vorliegenden Vorschlagentwurf haben wir folgende konkrete Anmerkungen und Ergänzungsvorschläge:

Seite 8, § 3: Die Aufzählungssystematik der Akteure ist aus unserer Sicht nicht nachvollziehbar und systematisch gestaltet. Darüber hinaus sollte an dieser Stelle in der Reihenfolge der Benennung der Akteure der Mensch mit Behinderung im Mittelpunkt stehen, folglich wäre das soziale Umfeld der potentiellen Rehabilitand*innen aus unserer Sicht zuerst zu nennen. In der Aufzählung bedarf es in der Reihenfolge und Systematisierung der Nachbesserung. In der bestehenden oder geänderten Systematik sollten Fachkräfte der Sozialen Arbeit in Sozial- und Beratungsdiensten wegen der zentralen Rolle in der Zugangsbahnung und -steuerung explizit erwähnt sein. Dies gilt sowohl für den ambulanten, als auch den stationären Bereich (Beispiele: Pflegestützpunkte, gesundheitsbezogene ambulante Beratungsstellen, Sozialdienst im Krankenhaus, Sozialdienst in Rehabilitationskliniken).

Seite 11, § 7 (1) Satz 1: *„Die Rehabilitationsträger berücksichtigen die Anforderung der Zugänglichkeit / Barrierefreiheit sowohl bei Informations- und Beratungsangeboten als auch beim Verwaltungsverfahren einschließlich der Teilhabeplanung und Teilhabekonferenz“.* Dies sollte aus unserer Sicht verbindlich formuliert werden, analog des Absatzes 3: *„Die Rehabilitationsträger verpflichten sich, ...“*

Seite 11, § 6 (2): *„Rehabilitationsträger bieten über ihre trägerspezifischen Stellen Auskünfte und Beratung zu Leistungen zur Teilhabe an“.* Wie konkret die Ausgestaltung der Auskunft- und Beratung erfolgt, sollte zumindest trägerspezifisch schriftlich präzisiert werden unter Berücksichtigung der vorliegenden trägerübergreifenden Beratungsstandards.

Seite 13, § 10: Damit systematisch und frühzeitig Anzeichen eines möglichen Bedarfs für betreffende Zielgruppen (Menschen mit Behinderung, Menschen, denen eine Behinderung droht, chronisch kranke Menschen, pflegebedürftige Menschen) erkannt werden können ist es notwendig, auch eine sektorenübergreifende Bedarfserkennung losgelöst von den Rehabilitationsträgern zu stärken. Begrüßenswert ist, dass dies in einem kontinuierlichen Entwick-

lungsprozess sichergestellt werden soll. Aus unserer Sicht ist es hierzu dringend erforderlich neben der „Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung“ verstärkt die Beratungsangebote der Sozialen Arbeit in den bestehenden Sozialdiensten und ambulanten gesundheitsbezogenen Beratungsstellen zu fokussieren und systematisch und verbindlich in ein Konzept der sektorenübergreifenden Bedarfserkennung einzubeziehen.

Seite 13, 14, § 11 (1): Wir begrüßen es, dass konkrete Beispiele für Fallgestaltungen als Orientierung für mögliche Rehabilitationsbedarfe in den Blick genommen werden. Bei Buchstaben k) wird durch die Fokussierung auf auffälliges Verhalten ‘in der Kindertagesstätte oder der Schule’ suggeriert, dass es dafür eine Begrenzung auf das Kindes- und Jugendalter gibt. Aus unserer Sicht kann auffälliges Verhalten, das eventuell ein Anhaltspunkt für einen Rehabilitationsbedarf und/oder eine Teilhabebeeinschränkung sein könnte, in jedem Lebensalter und in allen Lebenswelten wie z. B. Schule, Bildung, Beruf, Wohnen auftreten.

Um das Augenmerk auch gezielt auf die Situation und Bedarfslage pflegender Angehöriger zu richten, sollte diese besondere Zielgruppe als ergänzender Buchstabe hinzugefügt werden.

Seite 15 § 12 (6): Im Satz 1 sollte Erkennung ergänzt werden: *“Die Rehabilitationsträger fördern die Erkennung und die Konkretisierung eines*”

Seite 16 § 13 (3): Aus unserer Sicht ist es zutreffend und wichtig, dass bei der Bedarfserkennung weitere und unterschiedliche Akteure des Gesundheitswesens genannt und systematisch einbezogen werden. An dieser Stelle sollte deutlicher herausgestellt werden, dass bereits zur Bedarfserkennung sowie in erkannten Bedarfsfällen gezielt auch von medizinisch-therapeutischen Fachkräften an bestehenden Beratungsangebote z. B. der Sozialen Arbeit vermittelt werden sollte. In vielen Kliniken ist in diesem Sinne eine systematische Konsultation des Sozialdienstes gelebte Praxis. Einen entsprechenden Pfad sowie eine regelhafte Finanzierung gibt es für den ambulanten Versorgungs- / Beratungsbereich nicht in dieser Systematik. Hier besteht aus Sicht der DVSG ein erheblicher Handlungsbedarf.

Seite 16 § 13 (3): Im Hinblick auf die Aufzählung der Akteure aus dem sozialen und pädagogischen Kontext wird deutlich, dass die genannten Sozialarbeiter*innen / Sozialpädagog*innen, die vor allem auch in den der Fußnote 22 aufgezählten Beratungsstellen und weiteren Diensten die größte Berufsgruppe stellen, eine bedeutende Brückenfunktion zwischen dem Sozial- und Gesundheitswesen wahrnehmen. Die systematische Verzahnung von Beratungsangeboten aus dem Sozial- und Gesundheitswesen untereinander und mit den Rehabilitationsträgern könnte für die sektorenübergreifende Bedarfserkennung und im weiteren Rehabilitationsprozess besser genutzt werden.

S. 17 + 18 §§ 14 – 16: Aus Sicht der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit ist die angesprochene Informationsvermittlung und die Systematisierung der Zusammenarbeit zwischen den potentiellen Leistungsberechtigten, den Rehabilitationsträgern und den bestehenden Beratungsdiensten konkreter zu fassen. Zur Teilhabeverwirklichung und Erschließung von individuell angemessenen Rehabilitationsleistungen bedarf es niederschwelliger Zugangswege und einer Etablierung systematischer Pfade der Zusammenarbeit sowohl aus dem stationären Bereich, aufbauend auf bereits seit Jahren gut etablierten und funktionierenden Verfahren (z. B. AHB, AR), aber vor allem auch aus dem ambulanten Beratungssetting. Bestehende Probleme, wie beispielsweise die Schwierigkeit des Zugangs zu den Beratungsstellen für vulnerable Gruppen, das nicht flächendeckende Netz, die fehlende systematische Zusammenarbeit und Verweisung aus dem haus- und fachärztlichen Bereich sowie die unzureichende Finanzierung der ambulanten Beratungsangebote, bedürfen aus Sicht der DVSG der dringenden Lösung.

(siehe DVSG-Positionspapiere „Entlassungsmanagement durch Soziale Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken“ (Oktober 2013) und „Ambulante Beratung“ (Dezember 2013), verfügbar unter: <http://dvsg.org/publikationen/stellungnahmenpositionen/>)

S. 16 § 16 (3): Um insbesondere bei komplexen Bedarfslagen und Fallgestaltungen eine individuelle und personenzentrierte Beratung und Bedarfserkennung zu ermöglichen, sind aus unserer Sicht ebenso Kooperationsvereinbarungen und Finanzierungen zu fördern, die ein interdisziplinäres Unterstützungs- und Zugangssystem im Blick haben. Dabei sollten verschiedene Berufsgruppen und Organisationen berücksichtigt und in Teams gebündelt werden, unter anderem auch die Fachkräfte der Sozialen Arbeit.

S. 18 § 17 (2): Aus unserer Sicht sollte die Orientierung am bio-psycho-sozialen Modell deutlich formuliert werden. Vorschlag für den letzten Satz in diesem Absatz: *„Diese sind unter Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells auszurichten, das der ICF zu Grunde liegt.“*

S. 19 § 18 (3): In der Aufzählung fehlen ambulante gesundheitsbezogene Beratungsstellen, die einen bedeutsamen Beitrag insbesondere für den Zugang zur Rehabilitation leisten. Wir schlagen vor den zweiten Aufzählungspunkt zu ergänzen durch *„...sowie Akteure aus dem ambulanten Bereich, insbesondere ambulante gesundheitsbezogene Beratungsstellen.“*

Seite 26 § 28 (3): Wohlwissend, dass § 17 SGB IX Gutachten der Sozialen Arbeit nicht vorsieht, besteht hierzu aus unserer Sicht die Notwendigkeit. Gerade in Bezug auf mögliche gegebene oder drohende Teilhabebeeinträchtigungen und die Identifizierung von Ressourcen und Barrieren sind auch Fachkräfte der Sozialen Arbeit mit ihrer Expertise einzubeziehen. Die zielgerichtete und sinnvolle Nutzung des Klassifikationssystems der ICF auf der Grundlage des bio-psycho-sozialen Modells erfordert nicht nur die Einbeziehung einer sozialmedizinischen und psychologischen Expertise, sondern auch auf einer Sozialen Diagnostik beruhende fachliche Einschätzungen.

S. 33 § 42: Individuelle Teilhabeziele sind in unterschiedlichen Phasen des Rehabilitationsprozesses in enger Absprache mit den Rehabilitand*innen zu erarbeiten. Hierzu ist, insbesondere in komplexen Fällen, eine qualifizierte Beratung unerlässlich. Die bloße „Erfragung“ durch die Rehabilitationsträger ist zu wenig.

S. 34 § 44: Um auf der Grundlage des bio-psycho-sozialen Modells und der ICF eine Bedarfserkennung und/oder -ermittlung vorzunehmen, sollte auch die wissenschaftliche Expertise und Forschungsaktivitäten der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit genutzt und weiterentwickelt werden. Erfahrungsgemäß werden Forschungsk Kooperationen häufig mit Universitäten entwickelt, gepflegt und ausgebaut. Die Vernetzungen mit den Forschungskapazitäten der Hochschulen für angewandte Wissenschaften sind weniger entwickelt und sollten, insbesondere im Hinblick auf die Aspekte Teilhabe sowie Kontextfaktoren der ICF, ausgebaut werden.

Seite 34, § 45: Da der Mensch mit Behinderung während des gesamten Reha-Prozesses im Mittelpunkt steht, sollte sich dies auch dadurch widerspiegeln, dass die Inhalte zur Partizipation weiter vorne platziert werden (Vorschlag: Reihenfolge von Satz 1 und 2 im ersten Absatz tauschen). Darüber hinaus ist es nicht ausreichend die Wünsche, Vorstellungen, Bedürfnisse und persönlichen Ziele der potentiellen Rehabilitand*innen in allen Fällen nur proaktiv zu erfragen. Häufig ist hierzu in unterschiedlichen Phasen des Rehabilitationsprozesses eine qualifizierte Beratung notwendig, die Menschen mit Bedarf an Rehabilitations- und Teilhabeleistungen unterstützt.

S. 37 § 50: Zur Sicherstellung guter Beratung empfehlen wir im Sinne einer Qualitätssicherung und –verstetigung an dieser Stelle einen Hinweis auf die von der BAR herausgegebenen „Trägerübergreifenden Beratungsstandards“.

Abschließend möchten wir am Rand anmerken, dass in der Empfehlung **eine ‘Genderformulierung’** nicht konsequent durchgehalten wird. Die Verwendung der weiblichen und männlichen Schreibweise ist an einigen Textstellen und für manche Begriffspaarungen nicht umgesetzt (z. B. der bzw. die Leistungsberechtigte oder der bzw. die Versicherte).

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)
Berlin, 25. April 2018