

**Präsidium
Bundesvorstand
Bundesausschuss
alle Landesverbände**

Antrag 6

Annahme

Rehabilitation

Inhalt

1	Forderungen zur Weiterentwicklung des Rehabilitationsrechts	3
1.1	Integration der Rehabilitationsträger	4
1.1.1	Ausbau des SGB IX zu einem Leistungsgesetz	4
1.1.2	Verbesserung der Beratung.....	4
1.1.2.1	Unabhängige Teilhabeberatung	4
1.1.2.2	Beratung durch die Rehabilitationsträger	4
1.1.3	Koordinierung von Leistungen	4
1.1.4	Rechtsanspruch auf umfassende Bedarfsermittlung, Bedarfsfeststellung und Teilhabeplanung	5
1.1.5	Begutachtung	6
1.1.6	Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts	6
1.1.7	Teilhabeleistungen als Pflichtleistungen	6
1.1.8	Neuordnung der Finanzen	7
1.2	Regelungsbedarf in den einzelnen Bereichen	8
1.2.1	Grundsicherung für Arbeitsuchende	8
1.2.2	Krankenversicherung	8
1.2.3	Pflegeversicherung	9
1.2.4	Rentenversicherung	9

1 Forderungen zur Weiterentwicklung des Rehabilitationsrechts

Träger der Leistungen zur Rehabilitation sind:

- die gesetzliche Krankenversicherung,
- die Bundesagentur für Arbeit,
- die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung,
- die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und der Alterssicherung für Landwirte,
- die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden,
- die Träger der öffentlichen Jugendhilfe und
- die Träger der Sozialhilfe.

Im SGB IX Teil 1 ist das für alle Rehabilitationsträger geltende Rehabilitations- und Teilhaberecht zusammengefasst. Aufgrund der Vorbehaltsregelung in § 7 SGB IX werden zum Teil trägerübergreifende Grundprinzipien des SGB IX wie das Wunsch- und Wahlrecht konterkariert. Es bestehen unterschiedliche Ansprüche mit unterschiedlichen Voraussetzungen, die von verschiedenen Trägern mit wieder jeweils anderen Leistungsgrundsätzen (Trägerlogiken) unter einer eigenen Finanzierungsverantwortung gesteuert und gemanagt werden.

Mit den Änderungen des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) sind lediglich Regelungen zu Maßnahmen der Prävention, zur Erkennung und Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs und die Verfahrensvorschriften zur Koordinierung der Leistungen von dem Vorrang der Leistungsgesetze der Rehabilitationsträger ausgenommen. Sie gelten unmittelbar und uneingeschränkt.

Das Hauptproblem des gegliederten Systems der Rehabilitation bleibt aber bestehen: unterschiedliche versicherungsrechtliche und persönliche Anspruchsvoraussetzungen und Zuständigkeitsregelungen der einzelnen Leistungsträger. So darf etwa der Rentenversicherungsträger Rehabilitationsleistungen nur erbringen, wenn die Erwerbsfähigkeit wesentlich gefährdet ist oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden kann, selbst wenn aus medizinischer Sicht die vorherige Einleitung von Maßnahmen sinnvoll und notwendig ist.

Der Rechtsanspruch auf Rehabilitation muss von den Leistungsträgern umfassend und teilhabeorientiert umgesetzt werden. Die Information und Beratung über bestehende Rechte muss verbessert werden.

Ob Teilhabeleistungen gewährt und wie sie im Einzelnen ausgestaltet werden, darf nicht von der Zuständigkeit des Leistungsträgers und dessen speziellem Leistungsrecht und Leistungsprinzipien abhängig sein. Leistungen und Leistungsvoraussetzungen sollten deshalb im Hinblick auf den bestehenden Rehabilitationsbedarf und die Erreichung des eigentlichen Rehabilitationszieles optimiert werden. Der Sozialverband VdK sieht daher die Notwendigkeit weiterer Verbesserungen im SGB IX Teil 1.

1.1 Integration der Rehabilitationsträger

1.1.1 Ausbau des SGB IX zu einem Leistungsgesetz

Aus Sicht des Sozialverbands VdK sollte insgesamt das SGB IX Teil 1 zu einem für alle Leistungsträger verbindlichen Verfahrens- und Leistungsrecht mit dem Ziel der vollen und wirksamen Teilhabe und Selbstbestimmung behinderter Menschen entsprechend den Wertungen und Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) weiterentwickelt werden.

1.1.2 Verbesserung der Beratung

1.1.2.1 Unabhängige Teilhabeberatung

Das neue Angebot der unabhängigen Teilhabeberatung muss auch eine umfassende trägerübergreifende und qualifizierte Reha-Beratung gewährleisten. Eine befristete Förderung, wie derzeit geregelt, lehnt der Sozialverband VdK ab, da damit ein Aufbau von Beratungsstrukturen von vornherein infrage gestellt wird. Nicht sachgerecht ist, dass auf diese Beratung kein Rechtsanspruch besteht.

1.1.2.2 Beratung durch die Rehabilitationsträger

Parallel muss sichergestellt werden, dass die den Servicestellen ursprünglich zugewiesenen Aufgaben nicht einfach verloren gehen. Hierzu gehört die Einführung eines Rechtsanspruchs auf trägerübergreifende Beratung und die Unterstützung und Begleitung des Leistungsberechtigten bis zur Entscheidung des Rehabilitationsträgers etwa durch den „nach § 14 leistenden Rehabilitationsträger“.

1.1.3 Koordinierung von Leistungen

Die umfassende Ermittlung des individuellen Bedarfs ist für den behinderten Menschen von existentieller Bedeutung. Auf ihr beruht die Feststellung der notwendigen

Leistungen; ihre Qualität ist damit ganz entscheidend für seine künftige Lebenssituation. Das eigentliche Ziel des SGB IX, Leistungen wie aus einer Hand zu gewähren, war in den vergangenen 15 Jahren seit Inkrafttreten des SGB IX nicht umgesetzt worden.

Der Sozialverband VdK begrüßt die Neuregelung, nach der grundsätzlich ein einziger gestellter Leistungsantrag ausreicht, um ein umfassendes Prüf- und Entscheidungsverfahren in Gang zu setzen und nach der der nach § 14 SGB IX zuständige „leistende Rehabilitationsträger“ ermächtigt und verpflichtet wird, den Bedarf trägerübergreifend zu ermitteln und festzustellen sowie einen einheitlichen Bescheid zu erstellen. Dies entspricht der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts und einer langjährigen Forderung des Sozialverbands VdK. Konsequenz ist dabei, dass der leistende Rehabilitationsträger einen Anspruch auf volle Kostenerstattung einschließlich (pauschaler) Verwaltungskosten erhält. Für die Eingliederungshilfe gelten allerdings viele Parallel- und Sondernormen. Das schwächt das SGB IX-Verfahrensrecht mit dem Anspruch, alle Rehabilitationsträger gleichermaßen zu verpflichten, Leistungen zügig, abgestimmt und wie aus einer Hand für die Betroffenen zu sichern.

Ausnahmen vom umfassenden Prüf- und Entscheidungsverfahren der Reha-Träger hält der Sozialverband VdK für nicht sachgerecht. Deshalb sollte eine **Weiterleitung an einen dritten Rehabilitationsträger daher nur mit Zustimmung des Leistungsberechtigten** möglich sein. Des Weiteren sollte **kein sogenanntes Antragsplitting** erfolgen, wenn der leistende Rehabilitationsträger für diese weitere Leistung nicht Rehabilitationsträger sein kann, weil sie zu einer anderen Leistungsgruppe gehört. Die **Zuständigkeitsregelungen sollten auch für die Pflegeversicherung** gelten, wenn sich der Leistungsberechtigte an sie wendet. **Dazu sollte die Pflegeversicherung selbst Rehabilitationsträger werden.**

Wenngleich das neu geschaffene Teilhabeplanverfahren zu begrüßen ist, sollte es mit einem Rechtsanspruch der Betroffenen ausgestattet sein, mit allen Träger in einer Teilhabekonferenz gemeinsam „an einem Tisch“ zu verhandeln.

1.1.4 Rechtsanspruch auf umfassende Bedarfsermittlung, Bedarfsfeststellung und Teilhabeplanung

Der Sozialverband VdK begrüßt, dass mit dem BTHG Regelungen zur Zuständigkeitsklärung, Bedarfsermittlung, zum Teilhabeplanverfahren und zu den Erstattungsverfahren geschärft und verbindlicher ausgestattet wurden. Geblieben ist aber dennoch ein Nebeneinander unterschiedlicher Regelungen für unterschiedliche Personengruppen: Ist der Träger der Eingliederungshilfe der für die Durchführung des Teilhabeplanverfahrens verantwortliche Rehabilitationsträger, gelten für ihn ergänzend zu den Regelungen des Teilhabeplanverfahrens nach § 19 SGB IX die spezielle Eingliederungshilfsvorschriften für den „Gesamtplan“. Ist der Träger der öffentlichen Jugend-

hilfe der für die Durchführung des Teilhabeplans verantwortliche Rehabilitationsträger, gelten für ihn die Vorschriften für den „Hilfeplan“ nach dem SGB VIII.

Aus Sicht des Sozialverbands VdK muss das SGB IX Teil 1 mit einer umfassenden Regelung zur Bedarfsermittlung, Bedarfsfeststellung und Teilhabeplanung und einem für alle Leistungsträger verbindlich geltenden Verfahrens- und Leistungsrecht entsprechend den Vorgaben der UN-BRK weiterentwickelt werden.

1.1.5 Begutachtung

Der Sozialverband VdK ist der Ansicht, dass ein einheitlicher, gemeinsam finanzierter medizinischer Dienst für alle Sozialleistungsträger eingerichtet werden sollte. Ziel muss es u. a. sein, dass nach Einleitung des Rehabilitationsverfahrens eine umfassende trägerübergreifende Begutachtung nach einheitlichen Standards erfolgt, die den gesamten Teilhabebereich erfasst, so dass weitere Begutachtungen nicht mehr notwendig sind.

1.1.6 Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts

Das Wunsch- und Wahlrecht in § 9 SGB IX ist auch mit dem BTHG aufgrund des Regelungsvorbehalts in Spezialgesetzen nach § 7 SGB IX durch spezielle Verfahrensvorschriften und das Wirtschaftlichkeitsgebot im Leistungsrecht der Rehabilitationsträger nicht gestärkt worden. Nach Auffassung des Sozialverbands VdK muss sichergestellt werden, dass berechtigte Wünsche ohne Kostenvorbehalt Berücksichtigung finden müssen.

Mit dem BTHG ist bei Leistungen der Eingliederungshilfe ein Wunsch- und Wahlrecht „zweiter Klasse“ eingeführt worden, bei dem „berechtigte“ Wünsche auf „angemessene“ Wünsche eingeschränkt wurden. Des Weiteren ist ein Kostenvergleich entsprechend den Grundsätzen des sogenannten Mehrkostenvorbehalts vorgesehen.

Aus Sicht des Sozialverbands VdK kommt ein Kostenvergleich nur in Betracht, wenn Angebote verschiedener Einrichtungen miteinander verglichen werden. Bei personenzentrierten Unterstützungsleistungen insbesondere im Bereich von Wohnen, Freizeitgestaltung oder ehrenamtlichem Engagement hat ein Kostenvorbehalt grundsätzlich keine Berechtigung und muss gestrichen werden.

1.1.7 Teilhabeleistungen als Pflichtleistungen

Teilweise sehen die Leistungsgesetze der Träger nur Ermessensleistungen vor. Ermessensspielräume der Träger machen für die behinderten Menschen das Leistungsgeschehen intransparent, zumal sie gerichtlich nicht voll überprüfbar sind. So

kommt die Studie „Diskriminierungsrisiken in der öffentlichen Arbeitsvermittlung“¹ zu dem Ergebnis, dass der Bewilligung oder Nichtbewilligung von arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen häufig intransparente und nicht begründete Entscheidungen zugrunde liegen. Der Studie nach kommt es beispielsweise dazu, dass Wünsche nach Weiterbildungsmaßnahmen bei der Gutscheivergabe ohne Begründung abgelehnt werden. Hinter solchen Ablehnungen steht mitunter außer budgetären Gründen auch eine negative Erfolgsprognose der Vermittlungsfachkraft, die sich ausschließlich auf äußerlich erkennbare oder bekannte pauschale Merkmale, wie z. B. das Alter oder eine Behinderung, stützt. Arbeitsuchende mit Behinderung haben häufig mit Schnittstellen zu anderen Leistungsträgern, Behörden und sozialen Diensten zu tun und machen vielfach die Erfahrung, dass ihre besonderen Bedarfe nicht angemessen berücksichtigt werden, dass sich Verfahrensabläufe wegen der Beteiligung anderer Einrichtungen verlangsamen und damit ungünstig auf das Ziel der gleichberechtigten Integration in den Arbeitsmarkt auswirken.²

Der Gesetzgeber hat bereits aufgrund der negativen Erfahrungen im Bereich der geriatrischen Rehabilitation die Leistungen der medizinischen Rehabilitation im SGB V als Pflichtleistungen ausgestattet.

Zur Vereinheitlichung der Rechtsanwendung ist es aus Sicht des Sozialverbands VdK deshalb notwendig, für alle Träger einheitliche Rechtsansprüche auf Pflichtleistungen, z. B. zur Teilhabe in den Leistungsgruppen medizinische Rehabilitation, Teilhabe am Arbeitsleben und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, vorzusehen.

Die Transparenz von Entscheidungen und Bewertungen im Rehabilitationsprozess muss verbessert werden, z. B. mit grundsätzlich schriftlichen Begründungen.

Zur Sicherung einer einheitlichen hohen Behandlungsqualität müssen alle Träger der medizinischen Rehabilitation bedarfsgerechte Pflegesätze zahlen.

1.1.8 Neuordnung der Finanzen

In dem bestehenden gegliederten System sind die Leistungsträger, die eine Rehabilitationsmaßnahme finanzieren, später nicht immer die finanziellen Gewinner. So profitiert von Aufwendungen der Krankenkasse für Rehabilitationsmaßnahmen zur Vermeidung oder Verringerung von Pflegebedürftigkeit die Pflegeversicherung. **Um „Verschiebeparkplätze“ auszuschließen, muss die gesetzliche Pflegeversicherung Rehabilitationsträger werden.**

¹ Brussig, Frings, Kirsch 2017: Diskriminierungsrisiken in der öffentlichen Arbeitsvermittlung

² ebd.

1.2 Regelungsbedarf in den einzelnen Bereichen

1.2.1 Grundsicherung für Arbeitsuchende

Mit dem SGB II-Rechtskreis sind neue Schnittstellen und Leistungsgrundsätze eingeführt worden, die für behinderte Menschen den Zugang zu ihren nach dem SGB IX vorgesehenen Leistungen erschweren. Insbesondere fehlt es dort vielfach an geeignetem Personal, um Rehabilitationsbedarf zu erkennen und schwerbehinderte Arbeitslose angemessen zu betreuen. Des Weiteren nutzen SGB IX-Träger bestehende arbeitsmarktpolitische Instrumente zur Förderung der Vermittlung behinderter und schwerbehinderter Arbeitsloser auf den allgemeinen Arbeitsmarkt nicht ausreichend.

Behinderte Menschen dürfen im SGB II-Rechtskreis keine schlechteren Chancen auf Förderung durch Rehabilitations- und arbeitsmarktpolitische Maßnahmen haben als im System der Arbeitslosenversicherung. Notwendig ist, dass bei den Jobcentern nach dem Vorbild der Auskunfts- und Beratungsstellen für Rehabilitanden und schwerbehinderte Menschen (Reha-SB-Stellen) qualifizierte Beratungsstrukturen aufgebaut werden und die notwendigen Expertenteams zur Verfügung stehen.

1.2.2 Krankenversicherung

Der Zugang zur Rehabilitation ist immer noch schwierig. Hier finden die meisten Widersprüche statt. **Ärzte müssen ohne Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen Rehabilitation und präventive Maßnahmen im Rahmen eines einheitlichen Systems direkt verordnen können. Darüber hinaus müssen noch vorhandene kasseninterne Reha-Budgets abgeschafft werden.**

Der VdK fordert, dass die medizinische Rehabilitation verpflichtender Bestandteil der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärzten wird.

Gerade im hohen Lebensalter steigt das Risiko fortschreitender chronischer Erkrankung und zunehmender Gebrechlichkeit. Bestehende Rehabilitationspotentiale werden häufig nicht genutzt.

Für geriatrische Patienten – auch in Pflegeheimen – muss daher der frühestmögliche Zugang zu Rehabilitations- und Präventionsmaßnahmen sichergestellt werden. Ziel ist die Erhaltung von Selbstständigkeit, Autonomie und Teilhabe. Finanzielle Fehlanreize, die die Inanspruchnahme notwendiger Rehabilitationsleistungen be- oder verhindern, müssen durch Bonus- und Ausgleichssysteme ersetzt werden. Die Trennung zwischen Geriatrie im Krankenhaus und geriatrischer Rehabilitation muss überwunden werden. Entsprechend dem Be-

darf müssen ausreichend Angebote der mobilen, ambulanten und stationären Rehabilitation zur Verfügung stehen. Besonders zu beachten ist die fachliche und ethisch fundierte Versorgung von demenzkranken Menschen und ihren Angehörigen³.

1.2.3 Pflegeversicherung

Die zunehmende Zahl pflegebedürftiger Menschen ist keine zwangsläufige Folge einer älter werdenden Gesellschaft. Durch präventive Maßnahmen kann verhindert werden, dass Pflegebedürftigkeit überhaupt entsteht. Durch rehabilitative Maßnahmen kann Pflegebedürftigkeit ganz überwunden, in ihren Auswirkungen abgemildert oder eine Verschlimmerung verhindert werden. Um „Verschiebebahnhöfe“ auszuschließen, muss die gesetzliche Pflegeversicherung Rehabilitationsträger werden.

Aus Sicht des Sozialverbands VdK ist auch weiterhin eine Präventions- und Rehabilitationsoffensive unbedingt notwendig, um der steigenden Zahl pflegebedürftiger Menschen entgegenzuwirken. Hierzu ist notwendig, dass der präventive Hausbesuch in den Pflichtleistungskatalog der Kranken- bzw. Pflegeversicherung aufgenommen wird. Der Hausarzt muss als Präventionslotse fungieren und individuelle Präventionsangebote für ältere Menschen müssen bereitgestellt werden. Der Rechtsanspruch auf geriatrische Rehabilitation muss tatsächlich umgesetzt werden. Um die Rehabilitationsfähigkeit älterer Menschen zu erhöhen, sind spezifische Programme und Maßnahmen, z. B. im Rahmen der Kurzzeitpflege, zu entwickeln.

Pflegende Angehörige versuchen bestmöglich, die Pflege und Betreuung ihrer pflegebedürftigen Angehörigen zu organisieren. Dabei ist die Belastung für pflegende Angehörige immens. Sie brauchen dringend Entlastung und Unterstützung. **Deshalb müssen entlastende Hilfen, Prävention und Rehabilitation pflegender Angehöriger dringend verbessert werden, und bestehende Rechtsansprüche müssen umgesetzt werden.**

1.2.4 Rentenversicherung

Durch die Einführung des Reha-Budgets wurden die Reha-Ausgaben für 1997 auf das noch um 600 Mio. DM verminderte Niveau von 1993 abgesenkt sowie die weitere Fortschreibung allein an der Lohnentwicklung ohne Berücksichtigung jeglicher Bedarfparameter orientiert. Im Ergebnis bedeutet dies, dass die Reha-Ausgaben nach Abzug der Lohnsteigerungen ungeachtet der demografischen Entwicklung und der Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt dauerhaft auf dem Stand von 1993 festge-

³ Empfehlung 26, 7. Altenbericht

schrieben sind.⁴ In 2010 und 2012 war das Reha-Budget trotz aller Sparbemühungen und einer restriktiven Bewilligungspraxis der Rentenversicherung nahezu ausgeschöpft.

Mit dem RV-Leistungsverbesserungsgesetz hat der Gesetzgeber auf diese Situation reagiert. Es wurde eine demografische Komponente eingeführt, die sich an der Veränderung des Anteils der Bevölkerung im Reha-intensiven Alter von 45 bis 67 Jahren gegenüber der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter von 20 bis 67 Jahren orientiert. Beginnend im Jahr 2014 wird das Reha-Budget zunächst um rund 100 Mio. Euro zusätzlich erhöht. Durch die Berücksichtigung der demografischen Entwicklung steigt die Erhöhung bis 2017 auf knapp 250 Mio. Euro an. Anschließend wird diese zusätzliche Erhöhung des Reha-Budgets aber wieder abgebaut.

Bestehende individuelle Rechtsansprüche auf medizinische Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben müssen unter Beachtung der gesetzlich vorgeschriebenen Wunsch- und Wahlrechte erfüllt werden. Der Sozialverband VdK fordert daher die vollständige Abschaffung des Reha-Budgets.

⁴ Polster, Kasseler Kommentar, Sozialversicherungsrecht, 71. Ergänzungslieferung 2011, RN 4.