

Aufgaben der Rehabilitationsträger und der BAR

Trägerübergreifende Zusammenarbeit nach dem Bundesteilhabegesetz – ein Zwischenstand aus Sicht des BMAS

von Dr. Rolf Schmachtenberg, Staatssekretär im Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

Zum 50-jährigen Bestehen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) im Jahr 2019 ist ein „aktueller Blick“ auf das Bundesteilhabegesetz (BTHG) beinahe ein Anachronismus. Doch ist das BTHG mit seinem konsequenten Ansatz der Personenzentrierung ein Paradigmenwechsel. Damit ist es ein wichtiger Impulsgeber, auch der trägerübergreifenden Zusammenarbeit.

Das Gesetzgebungsverfahren zum BTHG ist bereits Ende 2016 mit der Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt abgeschlossen worden. Mit Inkrafttreten zum 1. Januar 2018 entwickelte es unter anderem den Teil 1 des SGB IX – also das Reha-Verfahrensrecht – innerhalb der bestehenden Logik weiter. Die trägerübergreifende Zusammenarbeit im Recht der Rehabilitation war schon seit 2001 im SGB IX geregelt; das BTHG erschließt einen Übergang in neue Modalitäten dieser Zusammenarbeit. Das Grundprinzip der Leistungsgewährung „wie aus einer Hand“ in einem stark aufgegliederten System sozialer Sicherung war ebenfalls seit 2001 gültig. Es wurde nicht zuletzt durch eine über Jahre hinweg klare Linie in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zweifelsfrei zum Maßstab rechtmäßigen Verwaltungshandelns.

Warum wird dennoch in der Verwaltungspraxis, in der Wissenschaft und im politischen Diskurs lebhaft auf das BTHG verwiesen, wenn es um Leistungs koordinierung in der Rehabilitation geht?

Mehr Transparenz für alle – Teilhabeverfahrensbericht nach § 41 SGB IX

Der Blick über den Gartenzaun hinweg erleichtert das Verständnis und das Miteinander in Angelegenheiten, die alle Nachbarn betreffen. Eine vollständige Bestandsaufnahme über das Reha-Geschehen in Deutschland war bislang kaum möglich. Zu den wenigen verfügbaren trägerübergreifenden Indikatoren zählten die stetig steigende Fallzahlen- und Ausgabenentwicklung in der Eingliederungshilfe, die Reha-Gesamtausgabenstatistik der BAR und die aus der

Rechtsprechung der Sozialgerichte bekannten typischen Zuständigkeitskonflikte in allen Leistungsbereichen des SGB IX. Diese für sich genommen aufschlussreichen, aber zugleich lückenhaften Anhaltspunkte prägen bisher das Erscheinungsbild der Rehabilitation.

Mit dem Teilhabeverfahrensbericht soll sich der Blick auf das richten, was sich hinter dieser Kulisse verbirgt. Durch die Erfassung der Anzahl der Anträge, der Verfahrensdauer sowie der Anzahl von Bewilligungen, Ablehnungen und Rechtsbehelfen schafft der Teilhabeverfahrensbericht einen Überblick über einen Bereich der sozialen Sicherung, der alle staatlichen Ebenen (Sozialversicherung, Bund, Länder und Kommunen) einbindet. Tatsächlich scheint es so, dass hier mit dem BTHG der Weg zu einer neuen Diskurs- und Denkweise eröffnet wird, weil die adressierten Akteure kraft gesetzlichen Auftrags nach einer gemeinsamen Interpretationsgrundlage suchen können und sollen.

Innerhalb dieser Zielsetzung ist es konsequent, dass die BAR auf Grundlage von § 41 SGB IX den gesetzlichen Auftrag erhalten hat, diese gemeinsame Statistik zu erstellen. Die BAR ist in ihrer Rolle als neutrale und fachlich auch in schwierigsten Fragestellungen versierte Plattform unbestritten. Sie kann der Forderung des Gesetzgebers nach einer unvoreingenommenen trägerübergreifenden Berichtslegung besser gerecht werden.

Wichtige Initiativen der Rehabilitationsträger im „BTHG-freien Raum“

Neue Überlegungen und Projekte der Rehabilitationsträger werden oft in einen engen Zusammenhang mit dem BTHG gestellt. Aber bei genauer Betrachtung wird schnell deutlich, dass im Zuge der Weiterentwicklung der Verwaltungspraxis mittlerweile ein eigenständiger Modernisierungsprozess begonnen hat.

Der gesetzliche Auftrag, seit Inkrafttreten des BTHG mit Beteiligung der Antragsteller einen trägerübergreifenden Teilhabeplan zu erstellen und gemeinsame Teilhabeplankonferenzen durchzuführen, setzt notwendigerweise vorgelagerte Absprachen voraus. Anderenfalls wäre es schlicht unmöglich, fristgerecht über Anträge zu entscheiden, die in die Zuständigkeit mehrerer Träger fallen.

Seit Juni 2019 gibt es ein gemeinsames Online-Verzeichnis aller Ansprechstellen der Rehabilitationsträger (www.ansprechstellen.de), das gleichermaßen für Behörden, Antragsteller und Arbeitgeber als ein zeitgemäßes Informationsangebot bei der Suche nach Ansprechpartnern zur Verfügung steht. Nicht etwa gesetzliche Regelungen verlangen nach diesem Online-Verzeichnis, sondern das faktische Bedürfnis, einen Reha-Prozess zügig in Gang setzen

und abstimmen zu können. Als positiver Impulsgeber fungiert hierbei sicherlich auch der Beratungsatlas der Ergänzenden Unabhängigen Teilhabeberatung (www.teilhabeberatung.de), der mithilfe von Postleitzahlen und Themenfeldern zur passenden Beratungsstelle hinführen soll.

Auch die jüngst veröffentlichte Arbeitshilfe der BAR zum Sozialdatenschutz im trägerübergreifenden Reha-Prozess ist eine Antwort auf das stärker werdende Interesse der Rehabilitationsträger, schneller und zielgenauer miteinander bei der Antragsbearbeitung kommunizieren zu können. An dieser Stelle wird besonders gut erkennbar, dass die aktuellen Fragen des Reha-Prozesses aus dem BTHG-Zeitalter herausgewachsen sind. Rechtssichere und praktikable Verfahrensweisen des Datenaustausches sind keine Besonderheit des BTHG, sondern eine notwendige Antwort auf die Herausforderungen der EU-Datenschutzgrundverordnung und die Möglichkeiten der Digitalisierung.

Ausblick – Welche Herausforderungen kommen nach dem BTHG?

Für einen einzigen Reha-Antrag müssen oft zwei, drei oder sogar mehr Behörden eng verzahnt miteinander zusammenarbeiten. Dabei ist sofort erkennbar, welche Chancen sich bieten: Der Trend zur Digitalisierung kann von den Rehabilitationsträgern genutzt werden, um in den bestehenden Verwaltungsabläufen schon jetzt nach Gemeinsamkeiten zu suchen. Mit dem Onlinezugangsgesetz (OZG) haben sich Bund und Länder auf die Einrichtung von Verwaltungsportalen geeinigt, um einen barriere- und medienbruchfreien Zugang zu Verwaltungsleistungen elektronisch anzubieten. Durch das OZG werden alle Behörden verpflichtet, ihre Verwaltungsportale nach einheitlichen Vorgaben zu vernetzen. Wenn Reha-Anträge der Bürgerinnen und Bürger online bearbeitet werden sollen, dann müssen jetzt die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, indem zum Beispiel Behördenformulare möglichst vergleichbar ausgestaltet werden. Gerade wegen der starken Vernetzung der Behörden im Reha-Prozess ist hier der Handlungsdruck in Richtung Digitalisierung besonders hoch. Zugleich kann ein Beitrag zum Abbau von Barrieren im Behördenzugang geleistet werden.

Anlässlich des 50jährigen Bestehens der BAR ist die Umsetzung des BTHG sicherlich ein bedeutsames Arbeitsfeld, das die trägerübergreifende Bedeutung der BAR bei der Anpassung an veränderte gesetzliche Rahmenbedingungen, wie zum Beispiel beim Teilhabeverfahrensbericht, unterstreicht. Aber der Blick auf die aktuellen Projekte zeigt, dass die BAR bereits neue Herausforderungen des Reha-Prozesses aufgegriffen hat und dafür auch die richtige Plattform bleiben wird.

Verbesserung der Reha-Prozesse im gegliederten Sozialleistungssystem

von Dr. Volker Hansen, Abteilungsleiter Soziale Sicherung,
Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)

Erfolgreiche Rehabilitation leistet einen wertvollen Beitrag zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Beschäftigungsfähigkeit von oft dringend benötigten Arbeits- und Fachkräften. Deshalb ist Rehabilitation für Arbeitgeber von großer Bedeutung. Die durch Arbeitsunfähigkeit entstehenden volkswirtschaftlichen Kosten sind gewaltig. Allein die unmittelbaren Kosten durch Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall, Krankengeld und Invaliditätsrenten beliefen sich dem Bundesgesundheitsministerium zufolge im Jahr 2017 auf mehr als 85 Milliarden Euro. Für 2016 errechnete die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin eine durch Arbeitsunfähigkeit ausgefallene Bruttowertschöpfung von insgesamt 133 Milliarden Euro.

Erfolgreiche Rehabilitation durch die Sozialleistungsträger trägt dazu bei, diesen volkswirtschaftlichen Schaden zu begrenzen und bildet die notwendige Ergänzung zum Engagement der Betriebe zur Gesundheitsförderung und zur Wiedereingliederung erkrankter Beschäftigter. Reha-Maßnahmen sind aber auch entscheidend, um berufliche und gesellschaftliche Teilhabe sowie Lebensqualität für den Einzelnen zu ermöglichen. Der Erhalt der persönlichen Autonomie, die Sicherstellung der Selbstversorgungsfähigkeit, die Wiederherstellung, Verbesserung und der Erhalt der vollen oder zumindest teilweisen Leistungs- beziehungsweise Erwerbsfähigkeit sind für die Rehabilitanden im ureigenen Interesse.

Erfolgreiche Reha-Maßnahmen tragen zudem zur Funktionsfähigkeit der Sozialversicherungssysteme bei, wenn dadurch die Zahl der Transferempfänger verringert wird und gleichzeitig Beitragszahler der Sozialversicherung erhalten bleiben. Die Durchführung von Reha-Maßnahmen muss sich an ihren gesetzlichen Zielen messen lassen. Hierzu gehört insbesondere auch eine Integration in den Arbeitsmarkt.

Die jährlichen Aufwendungen für alle Bereiche der Rehabilitation liegen inzwischen bei fast 40 Milliarden Euro. Schon wegen des damit verbundenen hohen Finanzierungsaufwands für die Beitrags- und Steuerzahler muss auch im Bereich der Rehabilitation auf Wirtschaftlichkeit geachtet werden. Im internationalen Vergleich ist das Reha-System in Deutschland hervorragend. Dennoch sind Fortschritte möglich und notwendig. Die Reformansätze des Bundesteilhabegesetzes zur Weiterentwicklung des Rehabilitations- und Teilhaberechts, das

stufenweise von 2017 bis 2023 in Kraft tritt, sind grundsätzlich richtig. Allerdings sind insbesondere auch auf der untergesetzlichen Ebene weitere Verbesserungen im Bereich der Rehabilitation erforderlich.

Aus Arbeitbersicht kommt es dabei vor allem darauf an,

1. den Reha-Bedarf frühzeitiger zu erkennen und eine zeitnahe Versorgung sicherzustellen,
2. die Rehabilitation nach den Grundsätzen von Wirkung und Wirtschaftlichkeit auszurichten,
3. die Schnittstellenprobleme zu lösen, die trägerübergreifende Zusammenarbeit weiter zu verbessern,
4. Transparenz über den Reha-Prozess zu schaffen, den Teilhabeverfahrensbericht aussagekräftig zu gestalten,
5. trägerübergreifende Ansprechpartner zu schaffen,
6. die medizinische und berufliche Rehabilitation bestmöglich aufeinander abzustimmen,
7. die Rehabilitation für SGB II-Leistungsbezieher zu verbessern,
8. den Grundsatz ambulant vor stationär konsequent umzusetzen,
9. die Angebote der Berufsförderungswerke noch betriebsnäher auszugestalten,
10. die Wirtschaftlichkeit von trägereigenen Reha-Einrichtungen sicherzustellen.

Zur Überwindung der – trotz aller bisher erreichten Verbesserungen – immer noch bestehenden großen Schnittstellenprobleme im Rehabilitationsbereich müssen die Träger der Rehabilitation optimal zusammenarbeiten und relevante Informationen untereinander austauschen. Nur dann ist ein gegliedertes Rehabilitations- und Sozialleistungssystem, in dem je nach Lebenslage unterschiedliche und zum Teil auch mehrere Leistungsträger gleichzeitig zuständig sind, im Sinne der Betroffenen zu rechtfertigen. Der mit dem Bundesteilhabegesetz eingeleitete Weg der verbesserten Zusammenarbeit zwischen den Reha-Trägern muss daher konsequent in der Praxis umgesetzt werden.

Notwendig ist zudem, dass alle Sozialleistungsträger der Bedeutung der trägerübergreifenden Zusammenarbeit hinreichend Rechnung tragen und tatkräftig und engagiert auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) mitarbeiten. Auch diejenigen Träger, die sich bisher nur punktuell auf Ebene der BAR beteiligen, müssen sich da, wo es erforderlich ist, aktiver in die Arbeit der BAR einbringen. Dazu gehört auch, dass die Träger der Eingliederungshilfe in der BAR aktiv mitarbeiten und in die gemeinsamen Empfehlungen der BAR miteinbezogen werden. Für eine bessere Zusammenarbeit der Reha-Träger wären auch gemeinsame Schulungen der Beschäftigten der Reha-Träger der einzelnen Sozialversicherungszweige sinnvoll. So könnte ein trägerübergreifendes Verständnis von Rehabilitation entwickelt werden.

Durch Wände gehen? Bewegungsmuster im Teilhabesystem

von Bernd Giraud, Fachbereichsleiter Programme und Produkte,
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR)

Durch Wände gehen ist nicht möglich¹. Was ist stattdessen möglich, wenn in einem ausdifferenzierten Sozialleistungssystem Bewegung und Verbesserung nicht nur als Simulation erlebt werden soll? In welches Verhältnis sind die unterschiedlichen, für sich berechtigten Interessen, Logiken, Rationalitäten zu bringen?

Die Arbeit der BAR findet unter komplexen Rahmenbedingungen statt. Umso erstaunlicher ist dagegen, wie einfach und eindeutig sich ihr satzungsgemäßer und gesetzlicher Auftrag zusammenfassen lässt: Die Zusammenarbeit der Leistungsträger fördern (Systementwicklung), um die Teilhabe von Menschen mit Behinderung zu verbessern (Teilhabeproduktion).

Ein Blick in die Werkstatt soll einen Eindruck vermitteln, welche Bewegungsmuster es gibt, um diesen Auftrag zu erfüllen, ohne durch Wände zu gehen oder auf dem Holzweg zu sein². Welche Ersatzkonstrukte führen dabei zu welchen Effekten und wie erhöht sich die Wahrscheinlichkeit anspruchsvoller Ergebnisse? Vorab ist es ratsam, Beharrungsmuster auszuschließen:

1. Rückschritte

Das Ergebnis eines Aushandlungsprozesses bleibt hinter dem zurück, was jeder Beteiligte für sich bereits akzeptiert hat. Insbesondere bei Wettbewerbsthemen können trägerübergreifende Projekte wie zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) und zur Beschäftigungsfähigkeit solche Tendenzen beinhalten.

2. Formelkompromisse

Sie finden sich oft in Vereinbarungen, die verdecken, dass es kaum Verhandlungsergebnisse gibt. Sie wahren die Form und lassen Regelungsbedarfe

-
- 1 Inspirierend hierzu: Über moderne Formen der Kriegführung: Weizman, Eyal: Sperrzonen. Hamburg: Edition Nautilus, 2009.
 - 2 Vgl. zur Begriffsverwendung auch: Heidegger, Martin: Holzwege. Frankfurt am Main: Vittorio Klostermann, 1950.

unaufgeräumt zurück. Die erste Generation der Gemeinsamen Empfehlungen (GE) war davon mitbestimmt.

3. Bestätigung des Status quo

Diese Muster führen dazu, dass wiedergegeben wird, was schon bekannt ist. Insbesondere das Berichtswesen über GEs und Gemeinsamen Servicestelle ist/war davon mitgeprägt.

4. Umetikettierung

Bereits vorliegende Ergebnisse werden ohne notwendige Anpassungen an den trägerübergreifenden Kontext unter neuer Überschrift veröffentlicht. Dies kann bei Aufgabenüberlagerungen in der Selbsthilfe, Prävention und Qualitätssicherung Auswirkungen haben.

5. Konzepte ohne Umsetzung, Projekte ohne Linie

In einem Projekt wird intensiv beraten, in der konzeptionellen Entwicklung werden gute Kompromisse gefunden und den Ergebnissen wird zugestimmt. Und das war es dann (zunächst). Dies zeigte sich bei Serviceangeboten mit trägerübergreifendem Wissen für Reha-Berater und bei den Themen Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit.

Zu welchen Langzeitwirkungen solche Bewegungsmängel führen können, ist von vielen Faktoren und ihren Wechselwirkungen abhängig. Dass ungelöste Aufgabenstellungen in neuer Form wiederkommen können, lässt sich an den Veränderungen in der Beratungslandschaft durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) festmachen. In der Summe wird dies aus der Abschaffung der Gemeinsamen Servicestellen, der Etablierung der Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB) und der Einführung von trägerspezifischen Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe (mit Online-Verzeichnis der BAR) deutlich. Wie diese Veränderungen zusammenhängen, ist bereits als Frage nach Absichten, Ursachen, Wirkungen und Ergebnissen im Reha-System komplex. Umso mehr braucht es Antworten der Leistungsträger (plus Selbstverwaltung) zum Selbstverständnis ihren bürger-/arbeitgeberfreundlichen Beratungsangebote.

Auch das Persönliche Budget ist wegen seiner sozialpolitischen Aufladung und seinem Laborcharakter für trägerübergreifende Zusammenarbeit von Bedeutung. Denn die im SGB IX zunächst nur dort hinterlegten Verfahrensregelungen eines „Beauftragten“ kehren mit dem BTHG und dem „Leistenden Träger“ als verallgemeinerter Koordinierungsmechanismus bei trägerübergreifenden Fallkonstellationen in die Sachleistung ein. Der Gesetzgeber hat also mit dieser Figur ein strukturbildendes Element für den Reha-Prozess in einem gegliederten Sozialleistungssystem geschaffen.

Nunmehr kann das neujustierte Reha-System unter Beweis stellen, dass Menschen mit komplexen Bedarfen besser teilhaben und Leistungen wirksamer und wirtschaftlicher erbracht werden. Die wesentlichen trägerübergreifenden Grundlagen dafür sind die Neuregelungen zur Zusammenarbeit im SGB IX und die Verabredungen in der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“. In der Summe wird deutlich, dass es bei der Systemoptimierung und Teilhabeproduktion um mehr geht, als um den formal korrekten Umgang mit Anträgen. Mangelnde Bewegung würde daher vermutlich zu Druckstellen im System führen, die weiteren Handlungsbedarf auslösen. Dies zeigt bereits die Wiederkehr von Begriffen wie „Personenzentrierung“ und „Individualisierung“ an, die als „Stachel im Fleisch“ gegen zu viel Selbstzweck im System wirken³.

Jenseits solcher Beharrungsmuster und deren Spätfolgen erweisen sich folgende Bewegungsmuster als vielversprechend für eine Systemoptimierung:

1. Gesellschaftlichen und politischen Handlungsdruck aufgreifen
Die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) und das SGB IX stehen auf (inter-)nationaler Ebene für politische Handlungsbedarfe. Gesellschaftliche Entwicklungen lassen sich mit den Stichworten Digitalisierung, demografischer Wandel, Verlängerung der Lebensarbeitszeit, Fachkräftemangel und mit dem Kampf für eine freie und inklusive Gesellschaft beschreiben. Auswirkungen lassen sich bis auf die Ebene konkreter Themen wie den BEM-Kompass, die stufenweise Wiedereingliederung, die Arbeitsplatzgestaltung durch Technik und die Barrierefreiheit nachweisen.
2. Interessen der BAR-Mitglieder zentral stellen
Eine umfassende Ausrichtung an den Interessen der Mitglieder ist entscheidend, um Ziele zu erreichen. Die Orientierungsrahmen von 2010 bis 2018 und das Schwerpunktprogramm 2019 bis 2021 spiegeln dies wider. Neben einer zunehmenden Professionalisierung stehen sie für eine veränderte Funktion der BAR für ihre Mitglieder. Früher mitgeprägt von Aspekten der Legitimation und des Arbeitsnachweises, finden sich dort Gestaltungsaufträge und Zukunftsthemen der Rehabilitation wieder.
3. Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung nutzen
Ihre Klammerfunktion wirkt über trägerspezifische Aspekte hinaus als „Generalauftrag“ für die gesamte Sozialversicherung und deren Zusammenwirken mit der steuerfinanzierten Eingliederungshilfe. Bereits beim BTHG

3 Interessant dazu: Interview mit Jürgen Habermas zum Unbehagen in einer unversöhnten Moderne: Habermas, Jürgen: Die neue Unübersichtlichkeit. Frankfurt: Suhrkamp Verlag Frankfurt, 1985.

bewährt, nützt dies auch bei konkreten Themen wie den Verfahrensgrundsätzen für GEs und beim Grundantrag für Teilhabeleistungen.

4. Zeichen der Zeit erkennen

Wann immer neue Themen anstehen, ist die Bewegungsfreiheit groß. Das galt für die Entwicklung eines neurologischen Phasenmodells, für Angebotsstrukturen der ambulanten medizinischen Rehabilitation sowie beim Persönlichen Budget und bei der Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF) in Deutschland. Auch die Vorarbeiten für das BTHG sind hier einzuordnen, einschließlich neuer Optionen in Sachen Datenschutz. Überfällig sind Entwicklungen moderner Kommunikationsformen (Soziale Medien) und in der Weiterbildung (Webinare, E-Learning), beim trägerübergreifenden Fallmanagement und für Empfehlungen zur stationären medizinischen Rehabilitation.

5. Menschen mit Behinderung partizipieren

Die Beteiligung von Experten in eigener Sache führt zu besseren Ergebnissen. Über Aspekte der Legitimation hinaus stellen sie ein eigenes Qualitätsmerkmal dar (Trägerübergreifende Beratungsstandards, Weiterbildung). Manch „professioneller“ Rettungsversuch erübrigt sich⁴.

6. Konkret werden

Die Rahmenvereinbarung Rehabilitationssport und Funktionstraining enthält konkrete Regelungen zur inhaltlichen, personellen und räumlichen Ausgestaltung der Leistungen. Trägerspezifische Vergütungsvereinbarungen knüpfen daran an. Bei der Zertifizierung stationärer medizinischer Reha-Einrichtungen wurden bei der BAR gemeinsame Vorgaben abgestimmt. Noch nicht auf der Tagesordnung steht eine GE „Verträge mit Leistungserbringern“.

7. Praktiker beteiligen

Konzepte und Vereinbarungen gewinnen an Akzeptanz und Qualität, wenn Praktiker ihre Erfahrungen einbringen. Seien es Fachgespräche, Praxisdialoge, regionale Vernetzungsangebote oder Arbeitshilfen: Die Ergebnisse werden besser und die Nutzer werden erreicht. Auch die Instrumente für die Umsetzung des BTHG und der GE Reha-Prozess werden Praxistests unterzogen. Dies gilt für das Ansprechstellenverzeichnis, den Fristenrechner und den Zuständigkeitsnavigator.

4 Vgl.: Über Rettungen ohne Untergänge: Blumenberg, Hans: Die Sorge geht über den Fluß. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1987.

8. Transparenz herstellen⁵

Eng verbunden mit dem Teilhabeverfahrensbericht (THVB) ist die Absicht, mehr Transparenz im Leistungsgeschehen zu erreichen. Auch die Ausgabenstatistiken über Reha-Leistungen bieten einen Einblick in die Entwicklung der Träger-/Leistungsbereiche. Zahlen, Daten, Fakten und deren Einordnung werden für Nachsteuerungen im System gebraucht, auch wenn es um Modellprojekte nach § 11 SGB IX nach der Modellphase geht.

9. Überzeugt sein und überzeugen

Nicht zu unterschätzen ist die Wirksamkeit von klaren Überzeugungen und die Fähigkeit, wichtige Akteure zu überzeugen. Denn es sind immer Personen, die sich für Themen engagieren und andere motivieren, dies ebenfalls zu tun. Zu nennen ist das Engagement für Personengruppen wie Kinder/Jugendliche, Menschen mit Querschnittlähmung oder Trauma-Patienten und für Angebote wie Integrationsfachdienste, Unterstützte Beschäftigung oder die Rehabilitation psychisch kranker Menschen.

10. Kontinuität und Nachhaltigkeit sichern

Schnelle Erfolge sind in der Verbandsarbeit die Ausnahme. Viele Themen nehmen einen langen Weg, die Beweislast hat oft der Veränderer⁶. Echte Erfolge zeigen sich meist auf der Langstrecke:

- im Verfahren durch Verankern partizipativer Elemente
- bei Produkten durch mehr Substanz in GEs
- bei der Verwertung von Ergebnissen in der Praxis
- im Bewusstsein der Akteure durch eine inklusive und ressourcenorientierte Haltung, wenn es um Menschen mit Beeinträchtigungen geht.

Es war und ist zu beweisen: Werden Beharrungsmuster vermieden, führt Bewegung zu Fortschritt. Dann stehen Türen offen und durch Wände gehen ist gar nicht notwendig.

5 Vgl. Han, Byung-Chul: Transparenzgesellschaft. Berlin: Matthes & Seitz, 2012.

6 Vgl. Marquardt, Odo: Zukunft braucht Herkunft. Stuttgart: Reclam Verlag, 2003.

Helga Seel - 9783631803936

Downloaded from PubFactory at 12/12/2019 10:43:50PM

via free access

Neue Herausforderungen für die BAR und die Lebensverlaufsperspektive im Rehabilitationsprozess

von Prof. Dr. Katja Nebe, Juristische und
Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg

Koordinierung im Reha-Prozess – zögerliche Rezeption der Gemeinsamen Empfehlungen

Der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) ist zur positiven Bilanz ihres Wirkens zu gratulieren. Ein Rückblick zeigt, dass es nicht nur Anerkennung gab. So kritisierte die Bundesregierung im Jahr 2004¹ die Arbeit der BAR als zu zögerlich und führte exemplarisch die Koordinierungsprobleme im Bereich der Komplexleistung „Früherkennung und Frühförderung“ an.² Verbesserungspotenzial sah die Bundesregierung zudem im Grad der Konkretisierung der erlassenen Gemeinsamen Empfehlungen (GE). Die Berechtigung dieser Kritik kann und soll hier nicht vertieft werden. Eine solche Analyse müsste aber zumindest hinterfragen, ob Gründe für Effektivitätsreserven nicht auch beim Gesetzgeber selbst lagen.

So war beispielsweise die in § 5 Reha-Angleichungsgesetz (RehaAnglG) normierte Pflicht zur Erstellung eines Gesamtplans mit Erlass des SGB IX im Jahr 2001 zumindest nicht mehr ausdrücklich im neuen Recht fortgeschrieben worden.³ Ebenso wäre zu eruieren, inwieweit die für die Rehabilitationsträger zuständigen Aufsichtsbehörden dafür gesorgt haben, die von der BAR erarbeiteten GE und die damit verbundene Selbstbindung der Rehabilitationsträger⁴ in deren Verwaltungspraxis wirksam werden zu lassen. Auch ließe sich die Rezeption der GE in der Rechtsprechung sicher durchaus verbreitern. Eine Recherche

-
- 1 Bericht über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe, BT-Drs. 15/4575, S. 28 f.
 - 2 Nachdem die Gemeinsame Empfehlung, gem. § 30 Abs. 3 SGB IX a.F. speziell hierfür vorgesehen, gescheitert war, wurde die bis heute geltende Frühförderungsverordnung erlassen.
 - 3 Kritisch zutreffend Schian/Giraud in Feldes/Kohte/Stevens-Bartol, SGB IX, 4. A., § 19 Rn. 1.
 - 4 Dazu instruktiv Welti in Lachwitz/Schellhorn/Welti, HK-SGB IX, 3. A., § 13 Rn. 5 bis 8.

Helga Seel - 9783631803936

Downloaded from PubFactory at 12/12/2019 10:43:50PM

via free access

in der juris-Rechtsprechungsdatenbank ergibt noch verhältnismäßig wenige Treffer unter dem Stichwort „Gemeinsame Empfehlung“. Wiederum zeigen die auffindbaren Judikate, dass auch die Rechtsprechung in systematisch differenzierender Weise GE beziehungsweise diesen vergleichbare Vereinbarungen auf BAR-Ebene in die Rechtsfindung einbezieht⁵ und hierbei auch den Auftrag des Gesetzgebers kritisch im Auge behält.⁶ Dieser kurze Streifzug skizziert ein lohnendes Untersuchungsfeld, warum auch die seit 2003 zahlreich verabschiedeten GE die schon Jahrzehnte zuvor erkannte und mit dem RehaAnglG beabsichtigte Koordinierung der Reha-Träger nicht nachhaltig bewirkt haben.

Verbesserte Koordinierung durch BTHG-Reform

a) Wiederentdeckung des Teilhabeplanverfahrens

Die Defizite in der Koordinierung der Leistungsträger wurden immer wieder aufgezeigt.⁷ Mit der Reform durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) will der Gesetzgeber nachbessern, um die Verantwortung zwischen den Trägern besser zu koordinieren. Die neuen Bestimmungen unter der 4. Kapitelüberschrift „Koordinierung der Leistungen“ haben mit der in § 7 Abs. 2 SGB IX verankerten Vorrangigkeit gegenüber den Leistungsgesetzen und ihrer Abweichungsfestigkeit gegenüber Landesrecht einen herausragenden Stellenwert.⁸ Der Teilhabeplan wurde durch seine unmittelbare Verankerung direkt im Gesetz deutlich aufgewertet.⁹ Ihrer erweiterten Verantwortung hat die BAR bereits entsprochen und die GE „Reha-Prozess“ nach einem transparenten Diskussionsprozess verabschiedet. Im Zuge der BTHG-Reform ist die BAR zusätzlich gestärkt, institutionell durch die Vorgabe, sie als Arbeitsgemeinschaft gemäß § 94 SGB X zu organisieren, und strukturell durch die erweiterten Aufgaben, wie sich nun im eigens für die BAR gefassten 8. Kapitel (§§ 39–41 SGB IX) ersehen lässt.

5 Vgl. zur diffizilen Abgrenzung zwischen Akutbehandlung und (Früh-)Rehabilitation für Neurologiepatienten BGH, 18.11.2010, III ZR 239/09, KHR 2010, 164 = VersR 2011, 348 und anschließend VGH BW, 16.4.2015, 10 S 96/13, MedR 2016, 453.

6 Zur fehlenden Kompetenz, Leistungsansprüche auf BAR-Ebene zu begrenzen, BSG, 17.6.2008, B 1 KR 31/07 R, mit Anm. Stähler jurisPR-SozR 5/2009 Anm. 2.

7 Vgl. nur BSGE 113, 40 ff., dazu Ulrich, DVfR Forum A, A4-2014.

8 BT-Drs. 18/9522, S. 203.

9 Gefordert u.a. von Luik, RP-Reha 2015, Nr. 1, S. 12–14.

b) Fokus: Inklusiver Arbeitsmarkt

Die koordinierenden Regelungen sowohl im Gesetz als auch in den GE dienen zwar sämtlichen Leistungen zur Teilhabe, gleichwohl fokussiert die BTHG-Reform besonders auf die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Dies erklärt sich durch das herausgehobene Reformziel, einen inklusiven Arbeitsmarkt zu erreichen,¹⁰ und zeigt sich an zahlreichen (Neu-)Regelungen hierfür, wie zum Beispiel dem Budget für Arbeit. Das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) wurde zwar nicht neu geregelt, aber immerhin mit seiner koordinierenden Suchfunktion stärker an die Verantwortung der Reha-Träger herangerückt.¹¹ Die BAR soll zudem zur besseren Effizienz eine GE zum BEM erstellen.¹² Sie dürfte hierfür auch die richtige Adressatin sein, denn die bereits vereinbarten GE enthalten weitsichtige Koordinierungsvorgaben im verzweigten Beziehungsgeflecht bei Rehabilitation längerfristig arbeitsunfähiger Beschäftigter. Die Bedeutung des in der Praxis oft noch schwachen Dialogs zwischen Reha-Medizin, niedergelassenen ÄrztInnen und der betrieblichen Ebene, insbesondere mit Betriebsärzten, wird darin als wichtiger Gelingensfaktor näher präzisiert.¹³

c) Reserven – besondere Bedeutung für chronisch kranke und behinderte Kinder und Jugendliche

Den Belangen von beeinträchtigten beziehungsweise chronisch kranken Kindern und Jugendlichen wird auch mit dem reformierten SGB IX nicht hinreichend Rechnung getragen. Zwar werden diese besonderen Belange in §§ 1 Abs. 3, 8 Abs. 1 SGB IX unterstrichen. Dennoch fehlen verbindliche Regelungen zur Koordinierung der Akteure innerhalb der für Kinder und Jugendliche relevanten Lebenswelten. Inklusion lässt sich mit Teilhabeleistungen nur bewirken, wenn alle Verantwortlichen in die abweichungsfesten Koordinierungsvorschriften einbezogen werden. Eltern und behinderte Kinder benötigen unterstützende Sozialleistungen und für die Teilhabebedarfe der Kinder und Jugendlichen die notwendigen Koordinierungen.¹⁴ Zutreffend spricht die Bundesregierung im zweiten Teilhabebericht mehrfach von den besonderen Exklusionsrisiken

10 BT-Drs. 18/9522, S. 1.

11 Vgl. §§ 3 Abs. 1, 10 Abs. 5, 12 Abs. 1 S. 3 SGB IX.

12 Entschließungsantrag BT-Drs. 18/10528, S. 4, dort unter Nr. 5.

13 Dazu Nebe in DRV-Schriften, Bd. 77, 2008, 317 f.; dies., a.a.O., Bd. 83, 2009, S. 281 f.; dies., a.a.O., Bd. 111, 2017, S. 267 f.

14 Dazu Pakleppa, Interview in RP-Reha, 2018, Nr. 1 S. 22 ff.

behinderter Kinder für ihren Lebensverlauf bei unzureichend koordinierten Teilhabeleistungen.¹⁵

Inklusive Menschenrechte durch Lebensverlaufsperspektive in der Rehabilitation

Will die BAR auch künftig verantwortliche Mitgestalterin sein, dann muss sie die Menschen mit Behinderungen in deren individueller Lebensverlaufsperspektive im Blick haben.¹⁶ Die GE lassen gegenwärtig leider allzu häufig erkennen, dass die Perspektive derer, die regelhaft auf Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe oder der Eingliederungshilfe angewiesen sind, in den Szenarien der Teilhabeplanung und Koordinierung nicht adäquat berücksichtigt werden. Die GE „Reha-Prozess“ ist für Kinder und Jugendliche wenig passgenau. Sollen mit der BTHG-Reform tatsächlich pfadabhängige Steuerungsmechanismen in die „lebenslange“ Eingliederungshilfe aufgebrochen werden, dann müssen die lebensverlaufsperspektivisch zu erwartenden Leistungsbedarfe von Beginn an in die Teilhabeplanverfahren einbezogen und die GE ebenso konstruktiv ausdifferenziert werden, wie diejenigen zur Sicherung der beruflichen Teilhabe. Langfristig müssen die insoweit wichtigsten Leistungsträger gleichberechtigte Mitglieder BAR werden.

15 BMAS, 2. Teilhabebericht, S. 151.

16 Vgl. die Lebensverlaufsperspektive in der Arbeitswelt, dazu Groskreutz u.a., Das Recht auf eine selbstbestimmte Erwerbsbiografie, 2013; 1 ff. sowie 1. Gleichstellungsbericht der Bundesregierung BT-Drs. 17/6240.

Die BAR und die Sozialverbände – eine konstruktiv-kritische Zusammenarbeit

von Adolf Bauer, Präsident Sozialverband
Deutschland e. V. (SoVD)

Seit nunmehr 50 Jahren ist die Bundesgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) nicht nur ein fester Bestandteil, sondern auch ein wichtiger Akteur in der Rehabilitationslandschaft in Deutschland. Der Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD), vormals Reichsbund, hat die Arbeit der BAR stets eng sowie konstruktiv-kritisch begleitet und würdigt anlässlich des 50-jährigen Jubiläums der BAR ausdrücklich die erreichten Erfolge.

Im gegliederten Sozialleistungssystem ist es eine große Herausforderung, Reha-Leistungen „wie aus einer Hand“ zu ermöglichen. Betroffene haben ein Recht auf diese Form der Leistungserbringung und wollen nicht zwischen Reha-Trägern „hin und her gereicht“ werden. Sie erwarten zügige und verbindliche Zuständigkeitsklärungen sowie schnelle, abgestimmte und umfassend bedarfsgerechte Reha-Leistungen. Die BAR kann hier notwendige Brücken bauen, Absprachen zwischen den Reha-Trägern befördern und Weiterentwicklungen forcieren.

Viele positive Veränderungen im Reha-Recht konnten in den letzten fünf Dekaden erreicht beziehungsweise erkämpft werden. Mit dem Schwerbehindertengesetz aus dem Jahr 1974 wurde die finale Betrachtungsweise von Behinderung durchgesetzt. Dies sicherte allen schwerbehinderten Menschen unabhängig von der Ursache der Behinderung die notwendigen Leistungen zu. Ebenfalls 1974 wurde das Reha-Angleichungsgesetz beschlossen. Es hatte zum Ziel, das Geschehen der Rehabilitation im Interesse behinderter Menschen besser aufeinander abzustimmen und Schnittstellen zu überwinden, entwickelte jedoch leider wenig Rechtsverbindlichkeit. Ein zentraler behindertenpolitischer Meilenstein folgte dann 1994, als das Diskriminierungsverbot für behinderte Menschen endlich Aufnahme in das Grundgesetz fand. Nach hartem Ringen trat 2001 das Sozialgesetzbuch IX zur Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung in Kraft. Es normierte ein wegweisendes neues Rehabilitations- und Teilhaberecht. Durch Koordination, Kooperation und Konvergenz sollte ein gemeinsames Recht und eine einheitliche Plattform der Rehabilitation und der Behindertenpolitik erreicht und der Leistungszugang für betroffene Menschen verbessert werden. In der Folgezeit mussten die Behindertenverbände jedoch

konstatieren, dass viele der gut gemeinten Regelungen in der Praxis „stecken blieben“. Ebenfalls 2001 trat das Behindertengleichstellungsgesetz mit wichtigen Regelungen zur Barrierefreiheit in Kraft. Seit 2006 unterstreicht die UN-Behindertenrechtskonvention das Recht auf Rehabilitation und Teilhabe in seiner menschenrechtlichen Dimension. Um den Praxisdefiziten des SGB IX entgegenzuwirken, wurde mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) 2016 das Reha-Verfahrensrecht schließlich noch einmal geschärft und der Abschied der Eingliederungshilfe vom Fürsorgerecht endlich eingeleitet.

Diese sozialpolitisch positiven, wenngleich hart erkämpften Entwicklungen lassen sich spiegelbildlich auch in der Entwicklung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation nachzeichnen. War die BAR anfangs noch ein loser Zusammenschluss, den die Sozialpartner 1969 als Versuch zur Sicherstellung und Gestaltung der Rehabilitation im Gesamtsystem der sozialen Sicherung auf den Weg brachten, so konnte 2008 der verbindliche Vereinsstatus erreicht werden. Mit dem BTHG erlangte die BAR schließlich ihre gesetzliche Verankerung einschließlich dezidierter gesetzlicher Aufgabenzuweisungen. Besonders wichtig ist aus Sicht des SoVD der in § 41 SGB IX neu verankerte Teilhabeverfahrensbericht, dessen Erstellung der BAR obliegt. Dieser Bericht soll die Praxis der Reha-Träger transparenter machen. Er wird eine wichtige Grundlage liefern, um Defizite zu erkennen und Weiterentwicklungen zu ermöglichen.

Die (Pflicht zur) Zusammenarbeit der Reha-Träger ist in den letzten Jahren stetig vorangekommen – auch wenn es Rückschläge gab, große Widerstände zu überwinden waren und Umsetzungsdefizite bleiben. Die BAR stellt sich diesen Herausforderungen seit ihrer Gründung. Sie tut dies mit enormer Fachlichkeit, mit großer Kompromissfähigkeit und zuweilen auch mit unbeirrbarer Beharrlichkeit.

Unterstützt und begleitet wird sie vom Sachverständigenrat der Behindertenverbände. In diesem, inzwischen in „Sachverständigenbeirat Partizipation“ umbenannten Gremium arbeitet der SoVD seit Jahrzehnten engagiert mit; zum Teil hatte der SoVD dort auch den Vorsitz. Auch die BAR-Arbeitsgruppe „Barrierefreie Umweltgestaltung“ hat der SoVD über viele Jahre begleitet und unterstützt. Denn es ist uns als Behinderten- und Sozialverband ein wichtiges Anliegen, dass die praktischen Erfahrungen der Menschen mit Behinderungen und Reha-Bedarfen in der BAR zu Wort kommen und berücksichtigt werden – getreu dem Grundsatz „Nichts über uns ohne uns“. Während dieser Grundsatz in den Anfangsjahren der BAR fast noch ein revolutionärer Gedanke war, so ist er inzwischen politisch weitgehend akzeptiert. Er wird immer stärker berücksichtigt und umgesetzt.

Und das ist auch richtig so. Denn die Behindertenverbände sind unverzichtbare Kritiker, Mahner, Impulsgeber und Motor in behindertenpolitischen Debatten. Insoweit unterstützen und bereichern sie auch die Arbeit der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.

Die fast 1.500 Reha-Träger in Deutschland mögen sehr unterschiedlich sein. Zuweilen haben sie heterogene Perspektiven und Sprachen, divergierende rechtliche Grundlagen oder unterschiedliche Verwaltungsstrukturen. Was sie jedoch eint beziehungsweise einen muss, ist die Pflicht, zügig, umfassend und bedarfsdeckend alle notwendigen Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe zur Verfügung zu stellen und hierfür gemeinsam Konsens und Verständigung herbeizuführen. Denn es geht um den Menschen. Er steht im Zentrum des Reha- und Teilhaberechts. Er muss auch im Mittelpunkt der Arbeit der BAR stehen. Damit dies gelingt, wird der SoVD die BAR auch in Zukunft nach Kräften unterstützen und die gemeinsame Zusammenarbeit fortsetzen. Wie gewohnt: konstruktiv-kritisch.

Fünf Jahrzehnte Zusammenarbeit: BAR als „Denkfabrik“ für gemeinsame Lösungen

von Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender AOK-Bundesverband

Rehabilitation und Teilhabe als ganzheitlichen Prozess gestalten – das ist das gemeinsame Ziel aller Reha-Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, der Unfallversicherung und der Rentenversicherung sowie der Sozialpartner. Um dieses Ziel zu erreichen, sind eine trägerübergreifende Zusammenarbeit und Kommunikation unabdingbar. Die zentrale Plattform für den Austausch und für die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger im gegliederten System der sozialen Sicherung ist die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR).

Die größte Herausforderung für die BAR ist aktuell die Umsetzung des Ende 2016 vom Bundestag verabschiedeten Bundesteilhabegesetzes (BTHG). Das Gesetz soll die UN-Behindertenrechtskonvention in nationales deutsches Recht überführen, indem es mehr Möglichkeiten der Teilhabe und Selbstbestimmung für Menschen mit Behinderungen schafft. Das BTHG hat grundlegende Änderungen bei den Leistungen für diese Menschen, beim Zugang zu den Leistungen sowie bei den damit verbundenen Verfahren notwendig gemacht.

Die erforderliche Neuordnung des Sozialgesetzbuches erfolgte Anfang 2018. Sie wird mit der Integration der Eingliederungshilfe in das neunte Sozialgesetzbuch bis zum Jahr 2020 weiter umgesetzt. Unter dem Dach der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation erfolgt der dazu notwendige interdisziplinäre Austausch zwischen den Trägern der Rentenversicherung, der Unfallversicherung, der Bundesagentur für Arbeit, der gesetzlichen Krankenversicherung, der Kriegsopferversorgung – und fürsorge, der öffentlichen Jugendhilfe und der Eingliederungshilfe. Die AOK-Gemeinschaft engagiert sich hier in verschiedenen Gremien und schätzt den Austausch in den Arbeitsgruppen, der zu Transparenz zwischen den verschiedenen Trägern führt. Durch die beteiligten Ländervorteiler wird die im Gesetz verankerte komplexe Aufgabe der gemeinsamen Befassung und Konsensfindung in Gemeinsamen Empfehlungen für verschiedene Versorgungsregionen ermöglicht.

Eine große Stärke der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation ist es, dass sie den Trägern der Rehabilitation und Teilhabe eine sektorübergreifende Sichtweise ermöglicht. Diese Sichtweise führt zu sachgerechten Entscheidungen, die für alle Beteiligten passen. Sichtbar wurde ein gutes Zusammenspiel zum Beispiel bei der Erarbeitung der Gemeinsamen Empfehlung zur Gestaltung

des Reha-Prozesses. Die AOK-Gemeinschaft nahm darin die Aufgabe wahr, in Zusammenarbeit mit dem GKV-Spitzenverband die für eine Krankenkasse spezifischen praktischen Anforderungen an Zuständigkeitsklärung, Bedarfserkennung und Teilhabeplanung einzubringen. Im Einvernehmen mit den anderen Trägern konnten daraufhin tragfähige Lösungen konsentiert werden.

Die AOKs unterstützen zudem die notwendige Weiterentwicklung von trägerübergreifenden Qualitätskriterien. Ein wichtiger Baustein im sektorübergreifenden Versorgungsgeschehen ist zum Beispiel das Entlassmanagement, mit dem die Qualität der Versorgung für die Betroffenen deutlich verbessert werden kann. Die AOK-Gemeinschaft setzt sich für eine qualitätsorientierte Versorgung ein, in der die akutstationäre Krankenhausbehandlung enger mit der Anschlussrehabilitation verzahnt wird. In einer Gemeinsamen Empfehlung wurden Standards für die Bedarfsprüfung festgelegt. Sie können einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, die akutstationäre Fehlversorgung von geriatrischen oder traumalogischen Patienten zu korrigieren und existierende Versorgungslücken zu schließen. Dazu ist der Schulterschluss aller Träger notwendig. Denn bislang gelingt es nicht immer, die Versorgungsziele der Rehabilitation für Patienten zu erreichen, die in Pflegeheimen oder in der häuslichen Umgebung pflegerisch versorgt werden. Gerade Patienten mit bestehenden oder sich abzeichnenden Pflegebedarfen nutzen zu selten zielgerichtet Rehabilitationsleistungen – mit der Folge von hohen Kosten für Anschlussbehandlungen.

Neben den bundesweiten Regelungen ermöglicht es die regionale Verankerung der AOKs in besonderer Weise, neue Wege der Rehabilitation zu beschreiten, um die Versorgung der Versicherten zu verbessern. So erprobt beispielsweise die AOK Baden-Württemberg ein neues Konzept für die rehabilitative Kurzzeitpflege im stationären Umfeld für Versicherte mit und ohne bestehende Pflegebedürftigkeit. Es handelt sich um ein trägerübergreifendes Versorgungsmodell der Pflege-, Kranken- und Rentenversicherung. Dabei werden Leistungsinhalte der stationären Kurzzeitpflege um rehabilitative Maßnahmen ergänzt und im Setting der Rehabilitation erbracht. Ziele sind die Erhöhung der Rehabilitationsfähigkeit nach einem Akutaufenthalt sowie die Verringerung oder Vermeidung eines Pflegegrades.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation hat sich über fünf Jahrzehnte als eine Art übergreifende „Denkfabrik“ für alle Träger der Rehabilitation und Teilhabe bewährt, die zu sachgerechten Lösungen für die Versicherten führt. Die Empfehlungen und Arbeitshilfen der BAR sind wertvolle Leitplanken für das praktische Handeln der Akteure der Rehabilitation und Teilhabe. Mit dem Ziel, die trägerübergreifende Versorgung zu optimieren, wird die AOK auch zukünftig die Zusammenarbeit unter dem Dach der BAR fördern und fordern.

Selektive Schlaglichter der Standortbestimmung – ein kurzer Einwurf von der Seitenlinie

von Dr. Michael Schubert, Fachbereichsleiter
Teilhabeverfahrensbericht, Systembeobachtung und Forschung,
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR)
bis 09/2018, jetzt Geschäftsführer Schubert-Verlag

Genug erreicht in 50 Jahren Arbeit?

Nummehr ein halbes Jahrhundert besteht der Auftrag der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR), den wir heute als Aufgabendreieck von Kooperation, Koordination und Konvergenz im gegliederten Rehabilitationssystem beschreiben. Will man die BAR als große Erfolgsgeschichte der Sozialpartner zur Überwindung von Heterogenitäten und Divergenzen im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe bilanzieren, stellt sich die Frage: Warum braucht es sie dann nach 50 Jahren immer noch?

Diese Zuspitzung leitet allerdings fehl. Der Gesetzgeber hält aus einer Reihe guter Gründe bis heute am gegliederten System fest. Mit diesem verbunden sind trägerspezifische Leistungsgesetze und damit unterschiedliche Rechtsgrundlagen für Leistungen zur Teilhabe. Im Wandel der Zeit sind so – ausgehend von (auch) gesetzlich angelegten trägereigenen Systemlogiken – trägerübergreifende Gemeinsamkeiten und gemeinsame Handlungsstränge unterhalb der abstrakten Gesetzesebene immer neu zu finden und herzustellen. Dies benötigt einen Ort. Dabei scheint es bemerkenswert, dass verschiedenen, heute als aktuell wahrgenommenen Herausforderungen bei Lichte betrachtet längst kein Novitätenstatus zugeschrieben werden kann. Aber auch dies stellt die Erforderlichkeit und Notwendigkeit der BAR als institutionalisierten Ort der Verständigung keineswegs in Frage. Wenngleich der Auftrag der BAR deutlich darüber hinausgeht, ist sie bereits allein für die Herstellung der Basis eines trägerübergreifenden Zusammenfindens und Zusammenwirkens unverzichtbar: für Begegnung, Austausch und Perspektivwechsel.

Der sozialgesetzliche Handlungsrahmen, die Handlungsmöglichkeiten und auch die Erwartungen der Mitglieder wie der weiteren Fachöffentlichkeit an die BAR als Zusammenschluss der Rehabilitationsträger in Deutschland haben sich

mit Blick auf die Erfüllung ihrer satzungsmäßigen und nun auch gesetzlichen Aufgaben deutlich vergrößert. Dies vereinfacht zwar nicht per se die Aufgabenerfüllung, entwickelt aber die Spielregeln weiter, wodurch breitere Möglichkeitsräume für eine höhere Wirksamkeit und Ergebnisqualität entstehen. Diese gilt es zukünftig konsequent zu nutzen und auszubauen.

Alle Rehabilitationsträger gleichermaßen unter einem Dach?

Das SGB IX Teil 1 als für alle Rehabilitationsträger gleichermaßen gültiges Leistungsverfahrensrecht kennt in aller Regel keine Trägerspezifika. Soweit es die verfassungsmäßige Gesetzgebungskompetenz des Bundes zuließ, folgt so der gesetzliche Rahmen einem egalitären Narrativ. Gespiegelt auf die Aufgaben trägerübergreifender Verständigung bestehen jedoch trotz des günstigeren Handlungsrahmens auch wesentliche systemimmanente Herausforderungen weiter, zu denen noch Lösungen zu finden sein werden, damit das Dach der Verständigung alle Träger der Leistungen zur Teilhabe gleichermaßen überspannt. Institutionell formuliert: Der Ort der Verständigung muss dem gesetzlichen Narrativ folgen können.

Während die Träger der Sozialversicherung über aufbauorganisatorische und verbandliche Strukturen in Aushandlungsprozesse weithin einbindbar sind, ist dies für die circa 1000 steuerfinanzierten und in Länderhoheit organisierten Träger der Eingliederungs- und Jugendhilfe bislang so nicht gegeben. Allein, dies hilft nicht in der Sache. Bei aller Unterschiedlichkeit der Rehabilitationsträger im Detail sind viele Potenziale trägerübergreifender Verabredungen für die jeweils eigene Arbeit längst nicht geborgen. Durch den gerade in den letzten Jahren verstärkten Bedeutungszuwachs eines trägerübergreifend abgestimmten Agierens der Rehabilitationsträger erscheint die Notwendigkeit der Zusammenarbeit bei allen Rehabilitationsträgern unbestreitbar. Dabei ist der effektivste Weg der Interessenvertretung eine Mitwirkung und Mitgestaltung. Auch gilt es gleichermaßen zu erkennen und Schlussfolgerungen daraus abzuleiten, dass die steuerfinanzierten Trägerbereiche durch die aktuellen rechtlichen Änderungen mehr denn je Produktives zum trägerübergreifenden Konzert beizutragen haben. Die Themenfelder Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung sind hierfür nur zwei Beispiele.

Nicht alle Wege führen nach Rom: Vom Output zum Outcome

Prozessual betrachtet ist neben dem Erfordernis der Entwicklung von Antworten auf Fragen der Mandatierung und der Handlungskompetenzen von

Trägervetretern auf trägerübergreifender Ebene der Wille zur Verständigung grundlegend. Eine wirksame Aufgabenerfüllung benötigt Ergebnisse, die Antworten auf praktische Probleme geben oder solchen präventiv begegnen. Auf dem Weg der Neubestimmung des Verhältnisses von trägerspezifischen Logiken und trägerübergreifenden Einheitlichkeiten ging es gerade in den letzten Jahren ein gutes Stück voran.

Der Prozess des Zustandekommens von Vereinbarungen ist oftmals komplex und schwierig. Zurecht vorbei ist die Zeit, in der Vereinbarungen nur Gesetzestext paraphrasierten. Gleichsam überholt erscheint es, wenn trägerübergreifende Vereinbarungen ausschließlich bestehende trägerspezifische Regelungen addieren. Vielmehr müssen trägerübergreifende Arbeitsergebnisse im systematischen Zusammendenken von Trägerübergreifendem und Trägerspezifischem entstehen. Konvergenz entsteht nur dann, wenn Trägerübergreifendes Bedeutsamkeit erlangt und es auch Trägerspezifisches weiterzuentwickeln vermag.

Die auf die Erarbeitung von Verabredungen folgende konsequente und erforderlichenfalls ebenfalls trägerübergreifend abgestimmte Umsetzung dieser Verabredungen ist der eigentliche Gradmesser von Sinn und Unsinn von Papierarbeit. Der Mehrwert entsteht in der Praxis. Allein: Zur institutionellen Wirkung von Verfahrensrecht sowie von Verfahrensabsprachen ist im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe bislang wenig bekannt; beispielsweise dazu, wie Recht und dessen Konkretisierung in Strukturen und Prozessen mit welchen Ergebnissen und Konsequenzen umgesetzt wird.

Selbstverständnis und Beinfreiheit

Die BAR ist eine Organisation im Wandel. Infolge der sich verändernden Erwartungen, der Notwendigkeit des Belegs der institutionellen Bedeutsamkeit und auch infolge der jüngsten rechtlichen Aufwertung der BAR erscheint ein Fortschreiten im Prozess der Prüfung der eigenen Rollendefinitionen innerhalb des Zusammenschlusses BAR bedeutsam. Damit sind wir bei Fragen der Haltung und des Selbstverständnisses. Konsequenterweise kann es sich dabei nicht allein um eine Selbstvergewisserung zum Bestehenden handeln, sondern es muss auch um ein Hinterfragen und Justieren des Selbstkonzeptes gehen. Wahrnehmbares Resultat dieses Weges ist Kommunikation, welche oftmals, aber keineswegs ausschließlich in Arbeitsweisen innerhalb von Arbeitsprozessen auf der Ebene der BAR ihren Niederschlag findet. Die BAR-Geschäftsstelle ist in diesem Prozess den Kinderschuhen längst entwachsen. Ein Vordenken aktueller Fragen, die eigenständige Entwicklung von Lösungsansätzen, das Anstoßen notwendiger Diskussionen sowie ein Vertreten von eigenen Positionen ist zeitgemäße

Zwangsläufigkeit, welche es im Dienst der Sache auszubauen und zu fördern gilt. Dabei belegen Beispiele der jüngeren Vergangenheit die Potenziale für eine effektive und effiziente Arbeit gemeinsam mit der Gemeinschaft der Rehabilitationsträger und für sie.

Da ich die gesamten 50 Jahre des Bestehens der BAR nicht detailliert zu überblicken vermag, so wage ich zumindest angesichts der vergangenen zwei Jahrzehnte eine Zukunftsprognose: Die nächsten werden für die BAR eine noch spannendere Zeit als die vergangenen 20 Jahre. Es wird sich erweisen, wie es gelingt, eingetretene Pfade zu justieren, Brücken des Gemeinsamen zu verbreitern, (neues) Recht lebendige Praxis werden zu lassen und nicht zuletzt dem Gesetzeswillen auch einen empirischen Spiegel vorzuhalten. Auf dem Weg trägerübergreifenden Handelns zum Wohle von Menschen mit Behinderung wünsche ich stets die notwendige Beharrlichkeit, eine hohe argumentative Durchschlagskraft und, wenn nötig, den erforderlichen Rückenwind.

Gemeinsame Anfänge – gemeinsame Etappen – gemeinsame Herausforderungen

von Dr. Susanne Gebauer, Vorstandsvorsitzende Bundesverband
Deutscher Berufsförderungswerke e. V.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) besteht seit 50 Jahren. Als „gleichaltriger“ Weggefährte gratulieren wir und nehmen das gerne zum Anlass für eine kleine Zusammenschau, was uns als Berufsförderungswerke mit der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation von Anfang verbunden hat, woran wir über fünf Jahrzehnte hinweg gemeinsam gearbeitet haben und was uns in der Zukunft umso mehr verbinden wird.

Gemeinsamer Entstehungskontext

Ein kurzer Blick zurück in die Bundesrepublik Deutschland der 1960er Jahre: das Jahrzehnt des starken und anhaltenden Wirtschaftswachstums, die Bundesanstalt für Arbeit vermeldet „Vollbeschäftigung“. Allerdings – so konstatierte die Bundesregierung in ihrem Sozialbericht vom Jahr 1970 –

„gibt es große soziale Gruppen, die aus eigener Kraft nicht an der allgemeinen Wohlstandssteigerung und am sozialen Fortschritt teilhaben.“

Verwiesen wurde hier insbesondere auf behinderte Menschen, damals beziffert mit einer Zahl von rund vier Millionen. Ihnen sollten verstärkt Hilfen zur Eingliederung oder Wiedereingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft zuteilwerden. Zur Umsetzung dieser Zielsetzung verkündete der damalige Bundesarbeitsminister Walter Arendt im April 1970 das „Aktionsprogramm der Bundesregierung zur Förderung der Rehabilitation der Behinderten“. Anknüpfend an die mit dem Berufsbildungsgesetz und dem Arbeitsförderungsgesetz im Vorjahr auch für behinderte Menschen neu geregelten Rechtsansprüche konkretisiert dieses Programm umfassende, über die öffentliche Hand finanzierte Maßnahmen – angefangen von der besseren Koordinierung der Leistungen im gegliederten Sozialsystem über die Beratung bis hin zur Öffentlichkeitsarbeit. Ein weiterer Programmpunkt zielt auf die Schaffung von bis dahin fehlenden Einrichtungen der Rehabilitation ab – namentlich hier auch „zur beruflichen Umschulung von Behinderten“.

Aufsetzend auf bereits im Nachkriegsdeutschland entstandene, vereinzelt Förderstrukturen gelang es mit dem Aktionsprogramm, ein flächendeckendes

Netz zur beruflichen Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen zu etablieren. Dazu gehören neben den Berufsbildungswerken und den Werkstätten für Menschen mit Behinderungen die Berufsförderungswerke, welche sich bereits im Jahr 1968 zu einer Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossen hatten. Die in der Gründungsurkunde festgehaltenen Grundsätze haben auch nach über 50 Jahren noch Bestand und sind Kernelemente der Satzung des heutigen Bundesverbands Deutscher Berufsförderungswerke: zum einen die enge fachliche Zusammenarbeit zur Entwicklung von gemeinsamen Mindestanforderungen für die berufliche Förderung von Menschen mit Behinderungen, damit einhergehend zum anderen die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Rehabilitationsträgern und der Politik. Aus diesem Selbstverständnis heraus war es für die Berufsförderungswerke auch eine wichtige wie gerne wahrgenommene Aufgabe, die Entstehung und Entwicklung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation aktiv zu begleiten.

Gemeinsame Etappen

In den vergangenen 50 Jahren haben sich die Gesellschaft und die Arbeitswelt enorm verändert. Daher wurden auch immer wieder neue Antworten gesucht, wie man unter den sich wandelnden Lebens- und Arbeitsbedingungen Behinderungen umgehen, überwinden oder zumindest ausgleichen kann. Dies spiegelt sich zunächst in dem über die letzten Jahrzehnte hinweg stark veränderten Rechtsrahmen wider – so zum Beispiel in dem 1974 in Kraft getretenen Reha-Angleichungsgesetz, in der 1994 wirksam gewordenen Ergänzung des Gleichheitsgrundsatzes im Grundgesetz, ebenso mit der Einführung des SGB IX, durch die Verabschiedung der UN-Behindertenrechtskonvention und zuletzt durch das Bundesteilhabegesetz. Bis heute nachwirkende, erhebliche Zäsuren ergaben sich für die Berufsförderungswerke allerdings auch durch die sogenannte Hartz-Reformen, welche sich unmittelbar auf den Zugang von langzeitarbeitslosen Menschen ins Reha-System ausgewirkt haben. Diesen Veränderungen haben sich die Berufsförderungswerke in den letzten fünf Jahrzehnten aktiv gestellt.

Das Leistungsangebot wurde kontinuierlich weiterentwickelt – sowohl unter der Perspektive des individuellen Bedarfs der zu fördernden Menschen mit den Prämissen „Selbstbestimmung und Partizipation“, als auch mit Blick auf den Arbeitsmarkt und die veränderten Kompetenzanforderungen. Bereits in den 1990er Jahren wurden neue betriebsnahe rehabilitative Angebote entwickelt, wie sie heute beim überwiegenden Teil der Leistungserbringer zu finden sind. Ein großer Schritt war die im Zuge der deutschen Wiedervereinigung vorgenommene Erweiterung des Netzplans auf die neuen Bundesländer. Die schnelle

Errichtung der neuen Berufsförderungswerke wurde realisiert, indem westdeutsche Einrichtungen Partnerschaften übernahmen und mit ihren Kompetenzen den Aufbau begleiteten. Darüber hinaus haben die Berufsförderungswerke eine Vielzahl von Modellvorhaben, Forschungsprojekte und größere Initiativen zur Weiterentwicklung des Systems der beruflichen Rehabilitation initiiert und gemeinsam mit den Netzwerkpartnern durchgeführt.

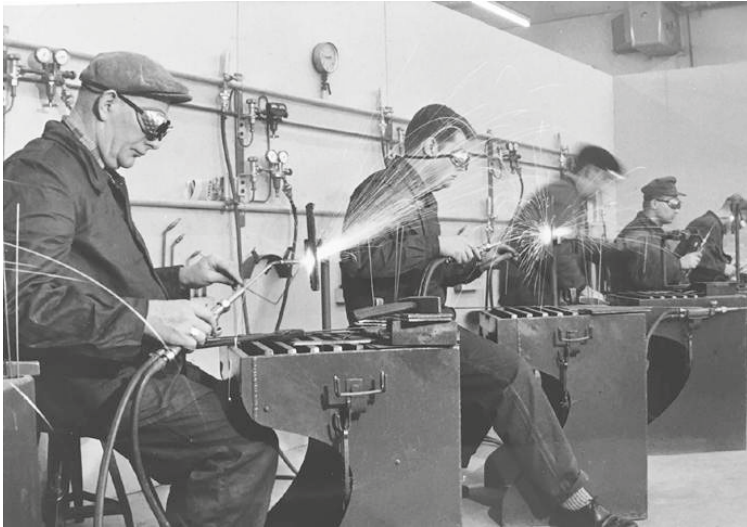
Meilensteine waren die Einführung eines handlungsorientierten Ausbildungskonzepts, die Entwicklung des neuen Reha-Modells und die Initiative RehaFutur. Auch dabei war die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation ein wichtiger Wegbegleiter. Die daraus hervorgegangenen Impulse, die entwickelten Handlungsfelder und die dabei entstandenen Konzepte sind zugleich die Basis, um sich zukunftsfest auszurichten.

Gemeinsame Herausforderungen

Megatrends wie der demografische Wandel, der damit verbundene Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials und älter werdende Belegschaften machen wirksame und effiziente Rehabilitationsprozesse zukünftig noch bedeutsamer. Stationäre Angebote werden weiterhin benötigt, aber die Grenzen und Übergänge zu ambulanten Leistungen werden stärker ineinanderfließen. Vor dem Hintergrund des Bundesteilhabegesetzes haben alle Akteure den erneuten Auftrag erhalten, die Zusammenarbeit zu intensivieren und die Versorgung spezieller Zielgruppen zu verbessern (z. B. Menschen mit psychischen Erkrankungen).

Medizinische und berufliche Rehabilitation müssen sich damit befassen, wie sie die Zusammenarbeit verzahnen, Übergänge verbessern und die Rehabilitationsprozesse im Sinne der Betroffenen effizienter gestalten können. Die Digitalisierung ist ein weiterer Megatrend, der schon heute eine zunehmende Rolle spielt und in Zukunft verstärkte Auswirkungen auf die berufliche Rehabilitation haben wird. Dies betrifft sowohl Qualifizierungsinhalte im Rahmen der beruflichen Rehabilitation, aber auch neue Assistenzsysteme für Menschen mit Behinderungen, ebenso die Prozess- und Strukturqualität mit besonderem Fokus auf die Fortbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Die Zusammenarbeit und Vernetzung mit Unternehmen und eine darauf ausgerichtete Weiterentwicklung des Leistungsspektrums wird ebenfalls Gegenstand der perspektivischen Weiterentwicklung sein. Gerade kleine und mittelständische Unternehmen werden auf unterstützende Angebote und Kooperation angewiesen sein, da sie nicht eigene Ressourcen für betriebliche Gesundheitspolitik oder Rehabilitationsprozesse einsetzen können.



Metalllehrgang in den 1950er Jahren, Quelle: INN-tegrativ gGmbH



Rehabilitand an der CNC-Maschine im BFW Sachsen-Anhalt. Quelle: BV BFW/Kruppa

Die gegenwärtige Offenheit gegenüber den Themen Inklusion und Diversity sowie die vorhandenen Fachkräfteengpässe können hier als Türöffner genutzt werden.

Weiterhin gilt es, die Rehabilitationsprozesse noch stärker am Individuum auszurichten und flexible und passgenaue Angebote bereitzustellen. Der Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke versteht sich hier als Plattform, über die diese Entwicklungsprozesse begleitet und gestaltet werden. Und er bleibt aktiver Partner der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, um gemeinsam Lösungen für künftige sozial und arbeitsmarktpolitische Herausforderungen zu entwickeln.

Die Rolle und Bedeutung der Deutschen Rentenversicherung als Rehabilitationsträger

von Brigitte Gross, Mitglied Direktorium Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund)

Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung sollen das Ausscheiden der Versicherten aus dem Erwerbsleben verhindern beziehungsweise sie wieder in das Erwerbsleben integrieren (Rehabilitation vor Rente). Hier zeigt sich das Prinzip der Risikoordnung: Der Träger erbringt die Leistung (Rehabilitation), der auch das finanzielle Risiko ihres Scheiterns (Erwerbsminderungsrente) trägt. Dafür stehen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen zur Verfügung. Ebenfalls zum Leistungsspektrum gehören die weiteren „(Pflicht-)Leistungen zur Teilhabe“, also Leistungen zur Prävention, zur Nachsorge und die ergänzenden Leistungen. Ziel ist es, die Beschäftigungsfähigkeit zu sichern und Teilhabe zu fördern. Über das SGB VI hinaus gestaltet und begleitet die Deutsche Rentenversicherung die sozialpolitischen Entwicklungen.

Seit der Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung im Jahr 2005 nimmt die DRV Bund zusätzlich Grundsatz- und Querschnittsaufgaben wahr, zum Beispiel die Vertretung der Rentenversicherung gegenüber Politik und allen einschlägigen Bundes-, Landes-, Europäischen und sonstigen nationalen und internationalen Institutionen oder die Klärung grundsätzlicher Fach- und Rechtsfragen. Einen breiten Raum nimmt das wichtige Thema der Rehabilitationsforschung ein.

Die Deutsche Rentenversicherung ist eines der „Elternteile“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), deren Gründung im Jahr 1969 Anlass für diese Festschrift ist. Das gegliederte Rehabilitationsrecht war vor etwa 50 Jahren Anlass für erste Bestrebungen einer Harmonisierung. Vor diesem Hintergrund gaben die Rehabilitationsträger der BAR bewusst die Aufgabe, im Rahmen des geltenden Rechts eine Plattform zu sein für eine übergreifende Koordinierung. Die BAR unterstützt daher das Zusammenwirken der Rehabilitationsträger und vermittelt Wissen über Rehabilitation und Teilhabe.

Das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation (RehaAnglG, in Kraft getreten 1974) beschränkte sich noch auf allgemeingültige Verfahrensvorschriften und einen groben einheitlichen Leistungsrahmen. 1999

lösten schließlich die Ergebnisse der „Koalitionsgruppe Behindertenpolitik“ konkrete politische Schritte aus, aufgrund derer im Juli 2001 das „Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – (SGB IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ in Kraft trat. Zur Stärkung und verbesserten Umsetzung des Grundsatzes „Reha wie aus einer Hand“ traten im Januar 2018 wesentliche Regelungen des Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung – Bundesteilhabegesetz (BTHG) in Kraft. Sie schärfen vor allem die Regelungen im SGB IX zur Zuständigkeit und Leistungserbringung bei komplexen trägerübergreifenden Fällen.

Die Initiativen zur Verbesserung der Zusammenarbeit spiegeln sich in den Produkten, mit denen die Trägerbereiche (neu ab 2001 dabei: Jugendhilfe und Sozialhilfe) auf Ebene der BAR seit 2001 das Thema mit Leben gefüllt haben. Die „Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess“ macht dies am besten deutlich. Die Trägerbereiche erarbeiteten nach 2001 zunächst je eine Gemeinsame Empfehlungen zu den einzelnen Aspekten des Reha-Prozesses (zum Beispiel Zuständigkeitsklärung oder Bedarfsermittlung) und stellten diese in der Fassung vom August 2014 dann aktualisiert und gebündelt in einem Werk dar. Darin fand das weiterentwickelte Verständnis aller Trägerbereiche Ausdruck, nach dem der Weg vom Antrag bis zur Leistungserbringung als ein integrativer Prozess zu sehen ist. Eine vorausschauende Konzeption, denn mit dem BTHG verlangten die strengeren Vorschriften der Zusammenarbeit noch dringender ein gemeinsames prozessorientiertes Grundverständnis. Unter hohem Einsatz aller beteiligten Trägerbereiche gelang es unter Moderation der Geschäftsstelle der BAR, die neue Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess so fertigzustellen, dass sie im Dezember 2018 in Kraft treten konnte¹.

Die Deutsche Rentenversicherung gab dabei wichtige Impulse. So war aus Praxissicht bedeutsam, dass Anfang und Ende von mehreren, im zeitlichen Zusammenhang stehenden Bedarfsermittlungsprozessen und Teilhabeplanverfahren klar definiert sind. Hier fanden die Trägerbereiche Lösungen, die den Interessen der Menschen mit Behinderungen und den Anforderungen der Praxis entsprechen. Die Beratungen zur neuen Gemeinsamen Empfehlung deckten weitere Themen auf, derer sich die Trägerbereiche auf Ebene der BAR annahmen und annehmen werden, so z.B. das Thema Datenschutz beim trägerbereichsübergreifenden Reha-Prozess.

1 „Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung, zur Erkennung, Ermittlung und Feststellung des Rehabilitationsbedarfes (einschließlich Grundsätzen der Bedarfsermittlung), zur Teilhabeplanung und zu Anforderungen von Leistungen zur Teilhabe gemäß § 26 Abs. 1 i. V.m. § 25 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 und 6 und gemäß § 26 Abs. 2 Nr. 2,3,5,7 bis 9 SGB IX“.

Neben den gemeinsamen Empfehlungen veröffentlicht die BAR zahlreiche weitere Produkte als Ergebnis der Beratungen aller Trägerbereiche, zum Beispiel Handlungsempfehlungen, Rahmenempfehlungen und Arbeitshilfen sowie Datenbanken und elektronische Verzeichnisse. Eines der neuesten digitale Verzeichnisse, das Verzeichnis aller Ansprechstellen aller Rehabilitationsträger (§ 12 Abs. 1 Satz 3 SGB IX), hat die Deutsche Rentenversicherung von Beginn an unterstützt. Es ist ein modernes Beispiel dafür, dass die Deutsche Rentenversicherung zusammen mit den anderen Trägerbereichen die Plattform der BAR seit nunmehr 50 Jahren nutzt und mitgestaltet für das verbindende Ziel: die gemeinsame Umsetzung des SGB IX im Interesse der Menschen mit Behinderung.

Der Sachverständigenrat der Ärzteschaft der BAR – Wirkung nach innen und außen

von Prof. Dr. Wolfgang Seger, Vorsitzender Sachverständigenrat
der Ärzteschaft der BAR

Rehabilitationsleistungen werden für behinderte und von Behinderung bedrohte Personen erbracht, um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Der Behinderungsbegriff des SGB IX setzt unter anderem voraus, dass die körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Für das Erkennen, die Durchführung sowie Nachsorge insbesondere medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen ist somit ärztliche Kompetenz unerlässlich. Ärzte sind oft die ersten professionellen Akteure, die einen möglichen Bedarf an Leistungen zur Teilhabe erkennen, über geeignete Leistungen beraten und die Betroffenen bei der Antragstellung von Teilhabeleistungen auf dem Weg zur Rehabilitation unterstützen. Mit dem Sachverständigenrat (SVR) der Ärzteschaft steht der BAR ein kompetentes ärztliches Expertengremium der verschiedensten Fachrichtungen und Funktionen zur Verfügung. Mitglieder des Sachverständigenrates der Ärzteschaft haben die BAR in ihrem 50-jährigen Bestehen bei der Ausgestaltung und Weiterentwicklung der rehabilitativen Versorgung fortlaufend beraten und unterstützt.

Hierzu stellte der SVR seine Expertise bei der trägerübergreifenden Entwicklung von Grundlagen für die Rehabilitation zur Verfügung, so beispielsweise für die Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung nach trägerübergreifenden Grundsätzen“, zu den verschiedensten aktuellen Themen im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe sowie zur Entwicklung von Praxisleitfäden der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit und Gesundheit (ICF) bis hin zur Erarbeitung grundsätzlicher Positionen mit Bedeutung für die Weiterentwicklung der Rehabilitation.

Dazu zählte auch die Verankerung eines nationalen Entwurfs der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention zur Systematik von personenbezogenen Faktoren der ICF in die Empfehlungen der BAR. Mit Blick auf die demographischen Herausforderungen wurde ein Grundsatzpapier zur Bedeutung von Multimorbidität für rehabilitationsbedürftige Menschen und ein Konzept

für die Rehabilitation funktionell schwerstgeschädigter Versicherter, die längerfristig intensivpflichtig sind, erarbeitet. Es wurde eine Informationsbroschüre zu häufig gestellten Fragen zur sozialmedizinischen Begutachtung erstellt sowie eine zukunftsweisende Analyse zu Herausforderungen bei der Weiterentwicklung der Rehabilitation durchgeführt. Im Fokus standen dabei insbesondere der Erhalt beziehungsweise die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit auch für ältere Arbeitnehmer, die Stärkung von Autonomie und Selbstbestimmung nicht (mehr) erwerbsfähiger Menschen, die Rehabilitation als ganzheitlicher Prozess über die Grenzen der Versorgungsbereiche hinweg sowie der dringende Handlungsbedarf, vorhandene wissenschaftliche Erkenntnisse verstärkt zu nutzen und Rehabilitation in die Aus-, Fort- und Weiterbildung der professionellen Akteure angemessen zu integrieren. Immer wieder standen auch Überlegungen einer sach- und fachgerechten, pädagogisch und zielgruppenorientiert aufbereiteten Weiterbildung im Mittelpunkt. Besonderes Beispiel hierfür sind die Praxisleitfäden zur ICF für niedergelassene Ärzte, Personal an Rehabilitationskliniken und Krankenhäusern wie auch für in der beruflichen Rehabilitation tätige Akteure. Diese Aktivitäten hatten zugleich das Ziel, eine möglichst einheitliche Anwendung der Grundlagen der ICF zu fördern. Inzwischen sind die Praxisleitfäden in der zweiten Auflage erschienen und als gern in die Hand genommene und lebhaft nachgefragte Schulungsmaterialien nicht mehr wegzudenken.

Derzeit wird eine weitere Arbeitshilfe zur Erhebung von Kontextfaktoren erarbeitet, um deren Nutzung für die frühzeitige Erkennung und Feststellung von Teilhabedarfenden sach- und fachgerecht zu fördern. In die Diskussion im Gesetzgebungsverfahren zum Bundesteilhabegesetz hat sich der SVR mit einer vielbeachteten Stellungnahme zur sachgerechten Auswahl des leistungsberechtigten Personenkreises durch eine kompetente fachliche Orientierung am bio-psycho-sozialen Modell und der darauf gründenden ICF eingebracht. Mitglieder des SVR haben im Redaktionsteam zur Herausgabe des umfassenden und didaktisch modern aufbereiteten Wegweisers der BAR an einem aktuellen und vollständigen Überblick über alle Aspekte der Rehabilitation und Teilhabe wie auch als Autoren mitgearbeitet.

Mit den Fortschritten der Hochleistungsmedizin ist auch die Rehabilitationsmedizin einem Wandel unterworfen. So sind in den vergangenen Jahren die Überlebenschancen nach Polytraumatisierung gestiegen. Die Anforderungen an eine nachfolgende Rehabilitation haben damit ebenfalls zugenommen, um nach komplexen Verletzungen trotz verbleibender psychischer und körperlicher Einschränkungen eine gute Lebensqualität, eine Rückkehr an den Arbeitsplatz und eine möglichst umfassende familiäre und gesellschaftliche Teilhabe anzustreben. Der SVR überprüft, welche Wege für eine Weiterentwicklung der

Traumarehabilitation eingeschlagen werden müssen. Hochleistungsmedizin und Hochleistungsrehabilitation sind zwei Seiten der gleichen Medaille.

Die Anbindung der Mitglieder des SVR an sowohl verschiedene Sozialleistungsträger als auch an Wissenschaft und Praxis der rehabilitativen Versorgung sichert eine kompetente und am aktuellen Stand orientierte Beratung der BAR, ergänzt um die Hinzuziehung externer Experten je nach Beratungsgegenstand. Diese breit angelegte Expertise des SVR, ergänzt um persönliche Erfahrungen und Kompetenzen in Rehabilitationsfragen, aber auch kritische und gegebenenfalls divergente, transparente und ergebnisoffene Erörterungen, wird mit dem Ziel einer konsensualen trägerübergreifenden Ergebnisorientierung zum Wohle der Versicherten der Solidargemeinschaft eingesetzt.

Eine gegenseitige Information von Sachverständigenrat der Ärzteschaft und BAR über Entwicklungen im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe sichert vor dem Hintergrund einer 50-jährigen produktiven Zusammenarbeit den Erfolg für weitere sach- und fachverständige sowie innovative Entwicklungsprojekte der zukünftigen rehabilitativen Versorgung.

„Nichts über uns ohne uns“ – Partizipation bei der BAR und mit der BAR

von Barbara Vieweg, Stellvertretende Geschäftsführerin
Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben
in Deutschland e. V. (ISL)

Die Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland – ISL e. V. arbeitet seit Mitte der 1990er Jahre im Sachverständigenrat der Behindertenverbände bei der BAR mit und war unter anderem auch an der Erarbeitung einiger Gemeinsamer Empfehlungen beteiligt.

Eine Mitarbeit auf Ebene der BAR war im Verband zunächst nicht unumstritten, weil wir uns als Selbstvertretungsorganisation nicht als Teil des Rehabilitationssystems verstanden haben. Zu oft wurden die unterschiedlichen Sichtweisen beider Seiten deutlich. Die jahrzehntelange Tradition der bundesdeutschen Behindertenhilfe ist von Sondereinrichtungen gekennzeichnet, die kaum die Selbstbestimmung behinderter Menschen förderten. Menschen mit Behinderungen machten die Erfahrung, dass ihre beantragten Leistungen nicht bewilligt wurden oder sie bei der Antragsbegründung einen großen Rechtfertigungsdruck spürten.

Für eine Mitarbeit bei der BAR war dann schließlich die Erkenntnis ausschlaggebend, dass eine Nichtbeteiligung von Expert*innen in eigener Sache auch keine Lösung darstellt, wenn es um wichtige Themen der Rehabilitation geht. Im Mittelpunkt des Rehabilitationsgeschehens steht der Mensch mit Behinderung, eine wirkungsvolle Beteiligung der Verbände behinderter Menschen an Gemeinsamen Empfehlungen ist damit geradezu unverzichtbar.

Wie sollen Leistungen ausgestaltet sein, damit sie das Leben behinderter Menschen eigenverantwortlicher, bedarfsdeckender und selbstbestimmter ermöglichen? Expert*innen in eigener Sache können und müssen hierzu einen wichtigen Beitrag leisten. In vielen Beratungen auf Ebene der BAR konnte so auch die menschenrechtliche Sicht von Behinderung vermittelt werden. Menschen mit Behinderungen sind Inhaber*innen von Rechten, die durch einen an der Person ausgerichteten Rehabilitationsprozess verwirklicht werden müssen.

Schon mit dem Sozialgesetzbuch IX im Jahre 2001 wurden sowohl die Rolle der BAR als auch die Beteiligungsrechte von Organisationen der Menschen mit

Behinderungen gestärkt. „Nichts über uns ohne uns“ wurde in einigen Gemeinsamen Empfehlungen praktisch realisiert. Durch die Beteiligung der Expert*innen in eigener Sache konnten damit auch die unterschiedlichen Interessenslagen der Träger der Rehabilitation und der Verbände behinderter Menschen deutlich gemacht werden und damit zu neuen Erkenntnissen und Ergebnissen führen.

An dieser Stelle sollen einige Maßstäbe setzende Gemeinsame Empfehlungen genannt werden: Selbsthilfeförderung, Persönliches Budget, Unterstützte Beschäftigung. Bereits in den 1990er Jahren wurde auf Initiative der BAR die berufliche Rehabilitation behinderter Frauen aufgegriffen und gemeinsam mit den Verbänden behinderter Menschen ein Schulungskonzept entwickelt.

Die Beteiligungsrechte wie sie mit dem SGB IX entstanden sind, führten auch zu einem gewachsenen Selbstbewusstsein der Verbandsvertreter*innen in den Beratungen. Konfliktpunkte wurden offen angesprochen. So hat der Sachverständigenrat der Behindertenverbände ein Urteil aus dem Jahr 2013 zum Anlass genommen, eine Stellungnahme zum Wunsch- und Wahlrecht behinderter Menschen zu erarbeiten. Dieses muss im Rahmen des Rehabilitationsprozesses durchgängig beachtet werden, nur dann steht der Mensch mit Behinderung im Mittelpunkt und die Leistung kann personenzentriert erfolgen.

Partizipation ganz praktisch – mit dem Bundesteilhabegesetz wurden die Aufgaben der BAR geschärft:

„ (...) Förderung der Partizipation Betroffener durch stärkere Einbindung von Selbsthilfe- und Selbstvertretungsorganisationen von Menschen mit Behinderungen in die konzeptionelle Arbeit der BAR und deren Organe...“ (§ 39, Abs. 7 SGB IX).

Mit der Neukonzeption des Sachverständigenrates der Behindertenverbände zu einem Sachverständigenrat Partizipation wurden zunächst begrifflich die Weichen gestellt. Eine Einbindung in die konzeptionelle Arbeit der BAR hebt die Partizipation auf eine neue Stufe. Nunmehr geht es nicht nur um die Mitarbeit bei Gemeinsamen Empfehlungen, sondern auch um die Einflussnahme auf neue Vorhaben der BAR. Ein gelungenes Beispiel aus jüngster Vergangenheit sind die trägerübergreifenden Beratungsstandards der Rehabilitationsträger. Hier haben die Vertreter*innen der Verbände behinderter Menschen wichtige Impulse aus ihrer langjährigen Beratungserfahrung einfließen lassen können. Vor allem die Beratung nach der Methode des Peer Counseling sei hier hervorgehoben. Diese Beratungsstandards sind jetzt auch für die Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung von großem Interesse.

Die Einbeziehung behinderter Expert*innen zeigt sich auch an ihrem praktischen Einsatz als Referent*innen in den Seminarangeboten der BAR. Mit einem

Beitrag zum Beispiel unter dem Titel „Das SGB IX aus Sicht von Menschen mit Behinderungen“ können deren Erfahrungen und Forderungen in die Weiterbildung von Mitarbeiter*innen der Rehabilitationsträger eingebracht werden und so einen wichtigen Beitrag für eine menschenrechtsbasierte Behindertenhilfe leisten.

Damit setzt die BAR den Grundsatz „Nichts über uns ohne uns“ konsequent um.

Der leistende Reha-Träger als Agent

von Dr. Stefan Schüring, Fachbereichsleiter
 Teilhabeverfahrensbericht, Systembeobachtung und Forschung,
 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR)

Die Transaktionen im Reha-System zeichnen sich gemäß der Prinzipal-Agenten-Theorie durch die Handlungen mehrere Akteure aus, die in einem arbeitsteiligen Prozess die Zielsetzung des Rehabilitanden (Prinzipal) als Auftraggeber verfolgen (sollten). Der Träger wird demnach als Agent des Prinzipals tätig und übt in seinem Handlungsrahmen zum Wohlergehen des Prinzipals eine oder mehrere Tätigkeiten aus.

Aus diesem Zusammenspiel erwachsen gemäß der Prinzipal-Agenten-Theorie anreizorientierte Problemstellungen, die im Reha-System durch zahlreiche Instrumente und Institutionen umgangen werden. Die Aufgaben und Möglichkeiten der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation zählen ebenfalls dazu.

Die Akteure im Reha-System

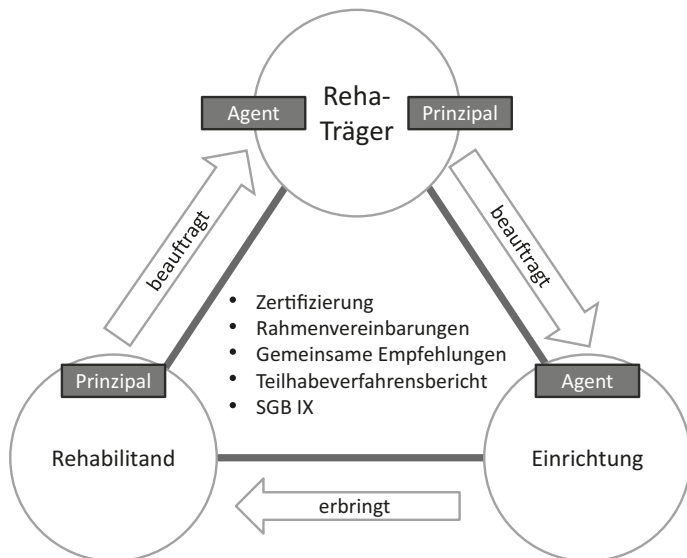
Im Reha-System treffen die Leistungsberechtigten im Falle eines Anspruchs auf neun mögliche Kostenträger. Zusammen mit den fünf Leistungsgruppen der

- medizinischen Rehabilitation,
- Teilhabe am Arbeitsleben,
- unterhaltssichernden und anderen ergänzenden Leistungen
- Teilhabe an Bildung und
- sozialen Teilhabe

ergeben sich insgesamt 28 Kombinationsmöglichkeiten aus Zuständigkeit und Leistungsgruppenanspruch. Dies lässt die jeweiligen Vorrangigkeitsprüfungen und Variationen paralleler beziehungsweise koordinierter (Mehrfach-) Zuständigkeit noch außer Acht. Aufgrund dieser vorherrschenden Komplexität ist der Leistungsberechtigte oftmals auf kompetente Beratung und Informationen angewiesen. Erster Ansprechpartner ist oftmals ein Reha-Träger.

Der Reha-Träger auf der anderen Seite muss zur Prüfung der Voraussetzung der Leistungsgewährung über möglichst spezifische Informationen verfügen, um den Leistungsanspruch angemessen zu prüfen und gegebenenfalls unter den Reha-Trägern zu koordinieren.

Zur eigentlichen Leistungserbringung kommt zudem der Erbringer ins Spiel. Es entsteht das soziale Dreiecksverhältnis, in welchem der Berechtigte einen Anspruch an den Träger geltend macht, welcher wiederum die Leistung am Teilhabeberechtigten gegenüber dem Erbringer erstattet.



Das soziale Dreiecksverhältnis als Agency Problem

Asymmetrie der Information

In diesem Dreieck ist die Annahme vollständiger Information zwischen den Akteuren nicht gegeben. Die Prinzipal-Agenten-Theorie zeigt Handlungsoptionen bei asymmetrischer Informationsverteilung zwischen dem Leistungsberechtigten und den weiteren Handlungsbeteiligten im Rehabilitationsprozess auf.

Der Leistungsberechtigte trägt als Prinzipal seinen Teilhabedarf an den Rehabilitationsträger heran und übergibt Aufgaben und Entscheidungskompetenzen zur Leistungsgewährung an den Reha-Träger. Der Reha-Träger wird in diesem Moment zum Agenten des Leistungsberechtigten. Ein Agent zeichnet sich auch dadurch aus, dass er einen Informationsvorsprung gegenüber dem Rehabilitanden hat. Dieser Vorsprung bezieht sich auf den Umfang des Leistungsanspruchs, die Auswahl und Qualität der Leistungserbringung und die Möglichkeiten der Inanspruchnahme trägerübergreifender Planung.

Der leistende Reha-Träger wird beauftragt im Sinne des Teilhabeberechtigten, eine Leistung nicht nur in Kostenträgerschaft zu bezahlen oder zu beauftragen, sondern auch die Interessen gegenüber anderen Reha-Trägern „aus einer Hand“ zu wahren. Koordiniert der leistende Träger zwischen der Erbringung mehrerer Träger, agiert dieser in einer Doppelrolle. In der Interaktion zum Leistungsberechtigten agiert er als Agent und in der Beziehung zwischen weiteren beteiligten Reha-Trägern und den Leistungserbringern wird er zum Prinzipal. Neben dem Informationsvorsprung haben Agenten zudem eigene Interessen.

Im Sinne ihrer beitragszahlenden Mitglieder liegt eines dieser Interessen im wirtschaftlichen und sparsamen Haushalten. Der Leistungsberechtigte muss darauf vertrauen, dass der Träger unter Beachtung seiner wirtschaftlichen Möglichkeiten die Leistungsgewährung im Sinne des Anspruchsberechtigten ausführt, ohne dass dieser die Qualität der Leistungsgewährung objektiv beurteilen kann.

Insgesamt lassen sich drei Arten asymmetrischer Informationsverteilung voneinander abgrenzen:

- hidden characteristics
- hidden actions
- hidden intentions

Bei den verborgenen Eigenschaften (hidden characteristics) handelt es sich um unveränderbare (im Sinne kostenneutraler) Eigenschaften der Leistungserbringung. Im Falle der Leistungserbringung durch eine Reha-Einrichtung liegen dem Reha-Träger im Vorfeld keine Informationen darüber vor, wie die Qualität der Leistungserbringung erfolgt. Daraus resultiert die Gefahr der adversen Selektion des Leistungserbringers, also des Risikos der Auswahl eines unerwünschten Vertragspartners.

Werden keine Lösungsansätze zur Beseitigung der Problematik verfolgt, führt die systematische adverse Selektion zur Verdrängung guter Qualitäten der Leistungserbringung. Den Nachweis hierüber führten G. Akerlof, J. Stiglitz und M. Spence und erhielten für das sogenannte „Lemons-Problem“ im Jahr 2001 den Nobelpreis für Wirtschaftswissenschaften.

Im Lemons-Problem untersuchte Akerlof den Gebrauchtwagenmarkt in den USA. Dort werden die problembehafteten „Montagsautos“ als Zitronen (Lemons) bezeichnet. Da ein potentieller Käufer eines Gebrauchtwagens im Vorfeld nicht beurteilen kann, ob es sich bei einem Auto um ein Montagsgewagen handelt, ist er auch nicht bereit, den angemessenen höheren Preis zu zahlen, sollte das Auto keine Mängel aufweisen. In der Folge sind alle Käufer von Gebrauchtwagen ausschließlich bereit, niedrige Preise zu zahlen, und qualitativ hochwertige Gebrauchtwagen verbleiben in den Verkaufshallen der Verkäufer.

Da sich die guten Qualitäten folglich nicht verkaufen lassen, verschwinden diese aus den Angeboten und vom Markt.

Ein Beispiel für die Umgehung dieser Problematik sind TÜV-Siegel für gute Gebrauchtwagen oder das Welt-Auto-Programm der Volkswagen AG. Dort werden, zum Beispiel durch Garantieverlängerungen, Qualitätsstandards signalisiert, die dem Käufer zeigen, dass es sich um qualitativ höherwertige Autos handeln soll, welche einen höheren Preis rechtfertigen.

Auch für Reha-Träger werden daher Informationen als Lösungsansätze bereitgehalten, welche die Informationsasymmetrie beseitigen sollen. Hierzu zählen die gesetzlich vorgeschriebenen Zertifizierungen für die Qualität der Leistungserbringung durch die Vereinbarung auf Ebene der BAR. Die Vorschriften zur Qualitätssicherung sollen sicherstellen, dass Reha-Einrichtungen in einem kontinuierlichen Verfahren Identifizierung, Analyse und Verbesserung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ermöglichen.

Ein weiteres Beispiel für die Kodifizierung guter Standards zur Leistungserbringung sind die Rahmenempfehlungen zur medizinischen Rehabilitation der BAR, welche ebenfalls darauf abzielen, dass die Leistungserbringung nach einheitlich hohen Anforderungen erfolgt. In der Folge kann gewährleistet werden, dass Qualitätsstandards eingehalten und eine angemessene Vergütung der Leistungserbringer nach einheitlichen Mindeststandards der Leistungserbringung ermöglicht wird. Auch eine rahmenvertragliche Vereinbarung zu § 38 SGB IX würden diese systemrelevante Anforderung sicherstellen.

Rehabilitation als Vertrag

Mit einem Antrag auf Rehabilitation bahnt sich zwischen dem Rehabilitanden und der Kostenträger ein Kontrakt an. Der Rehabilitand zum Beispiel einer Rentenversicherung schließt einen impliziten Vertrag mit dem Agenten, in denen sich beide Seiten zur Erfüllung einer Leistung vereinbaren.

Der Versicherte vereinbart, dass er zum Erhalt seiner Arbeitsleistung rehabilitiert werden möchte (und weiterhin Sozialversicherungsbeiträge entrichtet) und die Rentenversicherung verpflichtet sich, dass im Gegenzug die Kosten der Reha-Maßnahme übernommen werden.

In dieser Konstellation zeigt die Prinzipal-Agenten-Theorie Lösungsansätze zur Überwindung von systembedingten Problemen. Hier können drei verschiedene Phasen unterschieden werden, in denen Lösungen für anreizorientierte Probleme (Moral-Hazard) Anwendung finden:

1. in der Anbahnungsphase des Vertrages, also bei der Beantragung einer Leistung,
2. in der Durchführungsphase einer Maßnahme
3. oder in der anschließenden Wiedereingliederung.

Während der Anbahnungsphase unterstützen die Träger den Versicherten durch eine Vielzahl von Informationsangeboten zur Leistungsgewährung, so dass dieser sich einen Überblick über seine Ansprüche verschaffen kann. Ergänzt wird dieses Informationsangebot durch die EUTB, die „Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung“. Die Einbindung Dritter dient dem Ziel, das Informationsangebot neutral zu vermitteln. Dies betrifft insbesondere Fragen zur Zuständigkeit.

Bei der Klärung der Zuständigkeit bestünde aufgrund der unzureichenden Information die Möglichkeit, dass es zu einer langen Entscheidungsdauer oder einem Hin- und Herschieben von Zuständigkeiten kommt. Um dieser Problematik vorzubeugen, hat der Gesetzgeber im SGB IX sehr konkrete Vorgaben gemacht. Aufgrund der möglichen Fehlanreize soll die Zuständigkeitsklärung zum frühestmöglichen Zeitpunkt und so schnell, vollständig und eindeutig wie möglich erfolgen. Zuständigkeitsfragen dürfen nicht zulasten des Rehabilitanden zu lange ungeklärt bleiben.

Auch die Arbeit der BAR dient der Umsetzung dieser Lösungsansätze, um die systemimmanenten Anreizstrukturen zwischen Prinzipalen und Agenten im Reha-System auszugleichen. Die Gemeinsamen Empfehlungen setzen Standards zur Koordination zwischen dem Träger und dem Rehabilitanden und zur Kooperation zwischen den Reha-Trägern.

Der Teilhabeverfahrensbericht, der ab 2019 jährlich zu erstellen ist, wird zu mehr Transparenz in dieses Zusammenspiel beitragen: Er wird auch Einblicke darüber liefern, wie die dafür etablierten Vorgaben umgesetzt werden.

