

Editorial



Die Weiterentwicklung der Rehabilitation in Deutschland benötigt eine verlässliche Grundlage: Politische oder institutionelle Entwicklungen sollen auf handfesten Daten beruhen, Bürger wollen sich informieren und der Rechtsstaat basiert auf Transparenz. Auch die UN-Behindertenrechtskonvention richtet in Artikel 31 diesen Auftrag an die Staaten: Eine Grundlage zur Entwicklung von Maßnahmen zur umfassenden Verwirklichung von Rehabilitation und Teilhabe ist das Vorliegen verlässlicher Zahlen.

Besonders freue ich mich, dass wir Ihnen in diesem Jahr zum zehnten Mal die Ausgabe-statistik der Reha-Träger präsentieren können. Die Statistik über die Höhe der Ausgaben aller Reha-Träger und Integrationsämter ist die einzige übergreifende Zusammenfassung über die Höhe der erbrachten Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe in Deutschland. Seit nunmehr zehn Jahren bündelt die BAR zu Beginn des Jahres die Höhe der Ausgaben der verschiedenen Reha-Träger für Rehabilitation und Teilhabe, bereitet sie auf, vergleicht sie im Zeitverlauf und stellt sie ihren Mitgliedern und der Öffentlichkeit zur Verfügung.

Mit der Novellierung des SGB IX hat der Gesetzgeber nun eine gesetzliche Grundlage für Daten im Bereich Rehabilitation und Teilhabe geschaffen – den Teilhabeverfahrensbericht. Ziel des Berichts ist es, erstmalig in Deutschland trägerübergreifend Transparenz über die Zusammenarbeit der Reha-Träger herzustellen. Im Unterschied zum Teilhabebericht, erfragt der Teilhabeverfahrensbericht Daten zum Reha-Leistungsgeschehen: Wie viele Anträge gehen ein? Wie viele werden weitergeleitet? Wie lange dauert es von Antrag bis zur Leistung? Der Bericht soll den Trägern und der Politik demnächst Möglichkeiten zur Steuerung und Evaluation der Verfahren eröffnen. Dazu werden die Daten von über 1 400 Reha-Trägern in Deutschland erfasst und bei der BAR zusammengetragen und erstmalig in 2019 in einem ersten Bericht veröffentlicht. Einen aussagekräftigen Teilhabeverfahrensbericht hinzubekommen ist eine Herausforderung für alle Beteiligten. Die Arbeiten dazu laufen auf Hochtouren.

Ich grüße Sie herzlich

Ihre Helga Seel
Geschäftsführerin der BAR

Inhalt

Trägerübergreifende Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe	I
Der Teilhabeverfahrensbericht	V
Verbindlichere Regelungen zur Zusammenarbeit der Reha-Träger	VI
Genehmigungsfiktion bei nicht fristgerechter Entscheidung über den Antrag	VIII

Trägerübergreifende Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe

Laut Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen (2017) leben in Deutschland beinahe 13 Millionen Menschen mit Beeinträchtigungen. Das sind rund 16% der in Deutschland wohnhaften Bevölkerung. Bei den Beeinträchtigungen handelt es sich um chronische Krankheiten sowie anerkannte (Schwer-)Behinderungen, die zu einem überwiegenden Teil auf Grunderkrankungen zurückgeführt werden können. Solche Grunderkrankungen bilden die kausale Grundlage und begünstigen den Ausbruch von Folgeerkrankungen. Zum Beispiel führen venöse und arterielle Durchblutungsstörungen ggf. zu schlechter heilenden Wunden. Insgesamt steigt der Anteil von Menschen mit Beeinträchtigungen in Relation zur Gesamtbevölkerung mit zunehmendem Alter prozentual an. Gerade mit Blick auf die Demografie ergibt sich ein künftiges Handlungsfeld für Politik und Gesellschaft. Unter den Menschen mit Beeinträchtigungen hat insbesondere die Zahl der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in der längsschnittlichen Betrachtung deutlich zugenommen. In Befragungsstudien geben rund ein Viertel dieser Menschen an, aus gesundheitlichen Gründen dauerhaft bei alltäglichen Aktivitäten eingeschränkt zu sein (Studie GEDA 2014/2015-EHIS). Um nicht nur die Teilhabechancen dieser Menschen zu verbessern, sind belastbare Datenerhebungen als Grundlage vergleichender Analysen bestehender Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Sozialleistungssysteme notwendig.

Die Reha-Träger und Integrationsämter erbringen eine Fülle von Leistungen, die nicht nur der Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen dienen. Seit über zehn Jahren bündelt die BAR jährlich die Höhe der Ausgaben der unterschiedli-



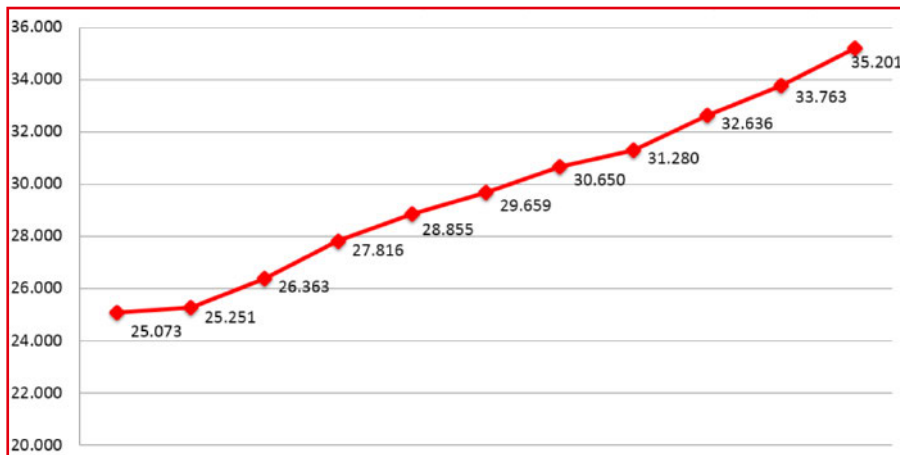


Abb. 1 Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe von 2006 bis 2016 (in Mio. €).

chen Reha-Träger im Bereich Rehabilitation und Teilhabe. Diese Ausgabenstatistik soll einen Teil dazu beitragen, das Rehabilitationsgeschehen und die Höhe der Ausgaben transparent für alle Akteure darzustellen und zeitliche Entwicklungen aufzuzeigen.

35,2 Mrd. Euro für Leistungen zur Reha und Teilhabe

Konsequenter Aufwärtstrend: Die Ausgaben für Reha und Teilhabe betragen im Jahr 2016 insgesamt 35,2 Mrd. Euro. Gegenüber 2015 ergibt sich eine Steigerung von 4,3%. Im Dreijahresvergleich ist ein Zuwachs von 7,9% zu verzeichnen. Im 10-Jahresvergleich ergibt sich eine Steigerung von etwa 40%. Das entspricht nominal einem Plus von 10,1 Mrd. Euro gegenüber 2006. Der größte Träger von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ist die Eingliederungshilfe. Ihr Anteil beträgt inzwischen etwa 51% der Gesamtausgaben. Wie gestalten sich insgesamt die Entwicklungen bei den einzelnen Reha-Trägern? Dazu eine nähere Betrachtung der Zahlen.

Gesetzliche Krankenversicherung

Die Ausgaben im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung steigen im Jahr 2016 in der Gesamtbetrachtung um 4,1%. Das ergibt ein Volumen von über 3 Mrd. Euro, von dem der Großteil auf den Kostenpunkt

„Stationäre Anschlussrehabilitation“ entfällt (1,8 Mrd. Euro). Bei nur geringen Ausgabenveränderungen im stationären Bereich, nimmt gerade die ambulante Rehabilitation im langfristigen Vergleich um 54,2% zu (2006: 83 Mio. Euro, 2016: 128 Mio. Euro). Im Vergleich zum Vorjahr sind die Aufwendungen für das Persönliche Budget in der gesetzlichen Krankenversicherung am deutlichsten gestiegen (+32,5%), was für ein erhöhtes Engagement der Krankenkassen oder eine Abnahme von Vorbehalten der Versicherten für diese Leistungsform spricht. Bei den starken Ausgabenschwankungen im Bereich des Persönlichen Budgets bleibt unklar, ob wenige Versicherte eine hohe Geldleistung im Rahmen des Persönlichen Budgets oder viele Versicherte eine geringe Geldleistung in Anspruch genommen haben.

Gesetzliche Rentenversicherung

Die Gesetzliche Rentenversicherung trägt wie auch in den Vorjahren den zweitgrößten Ausgabenteil an Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe in Deutschland. Mit insgesamt 6,4 Mrd. Euro bzw. einem Plus von 2,5% verändert sich der Wert im Vergleich zu 2015 nur gering. In absoluten Zahlen sind die Ausgaben für „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ mit 4,2 Mrd. Euro am höchsten. Im 10-Jahresrückblick

wendet die Rentenversicherung mittlerweile 1,3 Mrd. mehr (+44,8%) für die medizinische Rehabilitation auf. Die geburtenstarken Jahrgänge (1955-1969) haben mittlerweile ein Alter erreicht, in dem sie vermehrt medizinische Reha-Leistungen in Anspruch nehmen, um mit der nötigen körperlichen und psychischen Fitness weiterhin am Arbeitsleben teilnehmen zu können. Der Zuwachs, den die Leistungsgewährung über das Persönliche Budget in 2015 erfahren hat, konnte im Jahr 2016 nicht fortgesetzt werden; vielmehr ist hier eine Abnahme der Ausgaben um 32,6% zu verzeichnen. Über die Gründe kann nur spekuliert werden. Im Gesamtverhältnis der Ausgaben der GRV für Reha und Teilhabe spielt das Persönliche Budget jedoch nach wie vor eine untergeordnete Rolle mit Ausgaben im Promillebereich.

Alterssicherung der Landwirte

Die Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe durch der Landwirtschaftlichen Alterskasse werden historisch bedingt im Bereich der Deutschen Rentenversicherung separat erfasst und ausgewiesen. Die Aufwendungen der Alterssicherung der Landwirte für Reha und Teilhabe sinken 2016 im Vergleich zum Vorjahr um 6,7 Prozentpunkte auf 12,7 Mio. Euro. In der retrospektiven Betrachtung von 2006 bis 2016 ist ein Trend zu rückläufigen Ausgaben festzustellen, der mit dem Rückgang der landwirtschaftlichen Betriebe in Deutschland korrespondiert.

Gesetzliche Unfallversicherung

Im Zeitverlauf ist ein anhaltend konstanter Ausgabenanstieg in den Jahren 2006 bis 2016 in der gesetzlichen Unfallversicherung festzustellen. Im Vergleich der Jahre 2015 und 2016 beträgt der Kostenanstieg 4,5%. Die Gesamtausgaben verteilen sich zum einen auf den Bereich „Ambulante Heilbehandlung und Zahnersatz“ (+56 Mio. Euro) und zum anderen auf sonstige Heilbehandlungskosten (+58 Mio. Euro). Zu beachten

ist, dass nach den Geschäfts- und Rechnungsergebnissen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) medizinische Reha-Maßnahmen unter der Position Heilbehandlungen geführt werden und eine gesonderte Ausweisung nicht vorgenommen wird. Neben der medizinischen Rehabilitation fällt auch die Akutbehandlung in den Bereich der Heilbehandlung. Einen leichten Rückgang von 2 Mio. Euro verzeichnen die Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (-0,8%). Die Höhe der Leistungen zum Persönlichen Budget wird nicht separat ausgewiesen.

Landwirtschaftliche Unfallversicherung

Unabhängig von der Statistik der gesetzlichen Unfallversicherung werden die Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe der Landwirtschaftlichen Unfallversicherung historisch bedingt separat ausgewiesen. Sie verbuchen 2016 einen Wert von 367 Mio. Euro und damit eine weitere Zunahme von 1,5% im Vergleich zum Vorjahr. Ein Teil der Aufwendungen wird über das „Persönliche Budget“ erbracht: Die Ausgaben haben sich gegenüber 2015 fast verdoppelt und betragen 2016 nunmehr 1,7 Mio. Euro.

Bundesagentur für Arbeit

Die Aufwendungen der Bundesagentur für Arbeit im Bereich der Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben blieben in den letzten drei Jahren recht stabil und pendeln sich auf dem Niveau von rund 2,3 Mrd. Euro ein. Gegenüber dem Vorjahr ist im Jahr 2016 ein Ausgabenplus von 3,1% festzustellen. Den größten Kostenanteil machen „Pflichtleistungen für die Teilhabe am Arbeitsleben“ aus (2,2 Mrd. Euro). Ihnen folgen mit Abstand die „Ermessensleistungen für die Teilhabe am Arbeitsleben“ (112 Mio. Euro) und das „Persönliche Budget“ (12 Mio. Euro).

Integrationsämter

Mit einer weiteren positiven Ausgabenentwicklung investierten die Integrationsämter 2016 rund 529 Mio. Euro für die Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben. Aus der sogenannten Ausgleichsabgabe, die die Arbeitgeber erbringen, wurde der größte Teil für Begleitende Hilfen im Arbeitsleben (412 Mio. Euro) verwendet. Im Vergleich zum Vorjahr rückläufig gestalten sich die Investitionen für Leistungen zur Förderung der Einstellung schwerbehinderter Menschen über regionale Arbeitsmark-

programme (-6,8%). Die Aufwendungen über das Persönliche Budget gehen weiter zurück.

Eingliederungshilfe

Mit fast 18 Mrd. Euro macht die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen den größten Teil der Aufwendungen für Reha und Teilhabe aus. Finanziert durch die Sozialhilfeträger, bestreitet die Eingliederungshilfe gleichzeitig mehr als die Hälfte der Ausgaben der Sozialleistungsträger für Reha- und Teilhabeleistungen (51%). Im Jahr 2016 haben alle Leistungsgruppen eine Ausgabenausweitung um durchschnittlich 5,2% gegenüber dem Vorjahr erfahren. Der geringste Zuwachs zeigt sich bei weiteren Leistungen der Eingliederungshilfe nach §54 SGB XII (+3,5%), hier werden z.B. Hilfen für eine angemessene Schulbildung erfasst. Das höchste Ausgabenwachstum erfahren 2016 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (+7,3%). Im Zeitvergleich zeigt sich eine demgegenüber konträre Ausgabendynamik in der Sozialhilfe: In der Gegenüberstellung von 2006 und 2016 wird ersichtlich, dass die Aufwendungen für medizinische Rehabilitation auf die Hälfte gesunken sind (2006: 74 Mio. Euro, 2016:

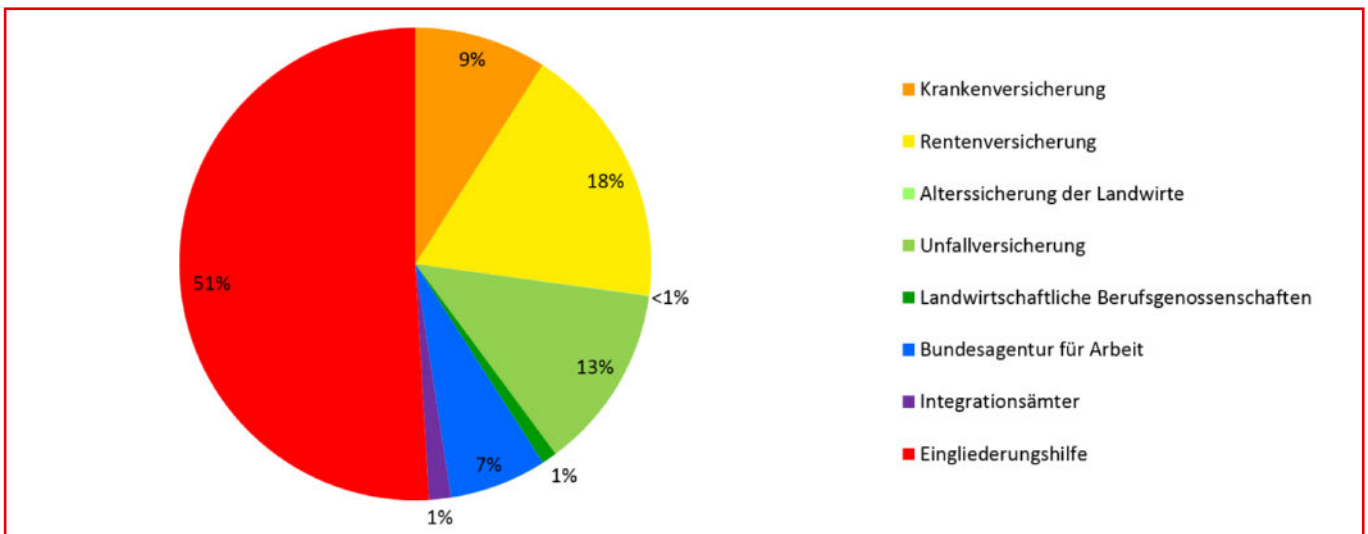


Abb. 2 Ausgaben-Verhältnis der Rehabilitationsträger 2016 (in %).

	2014	2015	2016	Veränd. zum Vorjahr in %
Krankenversicherung	Σ 2961	3067	3192	4,1%
Stationäre Anschlussrehabilitation gesamt	1730	1775	1818	2,4%
Stationäre Rehabilitation gesamt	383	388	406	4,7%
Rehabilitation für Mütter und Väter	14	15	13	-10,1%
Ambulante Rehabilitation gesamt	116	122	128	4,9%
Beiträge zur UV für Rehabilitanden	54	59	60	1,9%
Rehasport / Funktionstraining	215	234	251	7,3%
Sonstige ergänzende Leistungen	101	105	112	7,1%
Leistungen in sozialpäd. Zentren	205	221	234	6,1%
Belastungserprobung u. Arbeitstherapie	0,5	0,8	0,7	-10,3%
Leistungen in Frühförderstellen	107	113	126	11,2%
Ergänzende Leistungen zur Reha	21	15	16	5,5%
Persönliches Budget	15	20	27	32,5%
Rentenversicherung	Σ 6031	6208	6364	2,5%
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	3947	4050	4151	2,5%
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)	1246	1296	1331	2,7%
Sonstige Leistungen nach § 31 SGB VI	487	494	515	4,1%
Sozialversicherungsbeiträge	350	367	367	-0,1%
Persönliches Budget	0,5	0,8	0,6	-32,6%
Alterssicherung der Landwirte	Σ 13	14	13	-6,7%
Unfallversicherung [2]	Σ 4152	4271	4464	4,5%
Ambulante Heilbehandlung u. Zahnersatz	1402	1477	1533	3,8%
Stat. Behandlung u. häusl. Krankenpflege	1117	1100	1149	4,5%
Verletztengeld und bes. Unterstützung	659	681	712	4,6%
Sonstige Heilbehandlungskosten	788	827	885	7,0%
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)	186	187	185	-0,8%
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften	Σ 349	361	367	1,5%
Persönliches Budget	1,3	0,9	1,7	99,0%
Bundesagentur für Arbeit	Σ 2266	2278	2349	3,1%
Pflichtleistungen der LTA	2141	2153	2225	3,3%
Ermessensleistungen der LTA	115	114	112	-2,1%
Persönliches Budget	9,9	11	12	12,0%
Integrationsämter	Σ 507	520	529	1,8%
Begleitende Hilfe im Arbeitsleben	384	400	412	3,0%
Arbeitsmarktprogramme	43	47	44	-6,8%
Sonstige Leistungen:	80	73	73	0,9%
Persönliches Budget	0,3	0,5	0,2	-61,7%
Eingliederungshilfe	Σ 16358	17044	17924	5,2%
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	36	35	37	7,3%
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	33	26	28	6,0%
Leistungen in anerkannten WfbM	4241	4406	4581	4,0%
Weitere Leistungen zur Teilhabe:	12048	12576	13278	5,6%
Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach § 55 SGB IX	10305	10713	11335	5,8%
Weitere Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 54 SGB XII	1304	1392	1440	3,5%
Sonstige Leistungen der Eingliederungshilfe	440	472	503	6,7%
Ausgaben insgesamt	Σ 32636	33763	35201	4,3%

37 Mio. Euro). Die Aufwände für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben betragen nur noch 11% der Investitionen von vor 10 Jahren (2006: 246 Mio. Euro, 2016: 28 Mio. Euro). Demgegenüber entfallen fast ein Drittel Mehrausgaben auf Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM). Für Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft werden von der Eingliederungshilfe rund 38% mehr aufgebracht. ●

Tab. 1 Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe (in Mio. Euro)[1].

[1] Abweichungen im Summenverhältnis ergeben sich durch das Runden der Zahlen.
Für die Richtigkeit der genannten Zahlen können wir keine Gewähr übernehmen, da diese in der Verantwortung der einzelnen Herausgeber liegen.
[2] In der DGUV kann eine Aufspaltung der Ausgaben zur Heilbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation nicht vorgenommen werden.

Quellen:
BMG, Endgültige Rechnungsergebnisse der Gesetzlichen Krankenversicherung 2014-2016
Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitation 2014-2016
Landwirtschaftliche Alterssicherung, Geschäfts- und Rechnungsergebnisse 2014-2016
DGUV, Geschäfts- und Rechnungsergebnisse 2014-2016
Landwirtschaftliche Unfallversicherung, Geschäfts- und Rechnungsergebnisse 2014-2016
Bundesagentur für Arbeit, Monatsergebnisse des Beitragshaushalts 2014-2016
BIH, Jahresbericht 2014-2016
Statistisches Bundesamt, Statistik der Sozialhilfe 2014-2016

Der Teilhabeverfahrensbericht

Neue gesetzliche Aufgabe der BAR, deren Mitglieder und der Rehabilitationsträger

Zum gesetzlichen Auftrag

Daten zur Anzahl der Anträge, Verfahrensdauer, Weiterleitung, Ablehnung und Rechtsbehelfen wie Widerspruch und Klage bei Leistungen zur Teilhabe für Menschen mit Behinderung werden von den Rehabilitationsträgern bisher weder nach einheitlichen Vorgaben erhoben noch sind sie untereinander vergleichbar.

Mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) verpflichtet der Gesetzgeber die Rehabilitationsträger in Deutschland ab 2018 zur jährlichen Erstellung eines Teilhabeverfahrensberichts. Dieser soll Auskunft geben über definierte Sachverhalte im Leistungsverfahren. Der Bericht bezieht sich auf Leistungsfälle bei Leistungen zur Teilhabe (§5 SGB IX) und basiert auf den Verwaltungsdaten der Reha-Träger.

Für den Gesetzgeber soll der Teilhabeverfahrensbericht

- die Zusammenarbeit der Träger und das Reha-Leistungsgeschehen transparenter machen
- Möglichkeiten der Evaluation und Steuerung eröffnen sowie
- ein besseres Erkennen verfahrenshemmender Divergenzen und Intransparenzen im Rehabilitationsrecht ermöglichen.¹

Der Bericht stellt die Grundlage für die Nachvollziehbarkeit der Entwicklung der Umsetzung der UN-BRK in Bezug auf die Kooperation und Koordination der Rehabilitationsträger dar.

Welche Daten sind zu berichten?

Der Gesetzgeber normiert mit §41 Abs. 1 SGB IX 16 von allen Rehabilitationsträgern zu ermittelnde Sachverhalte im Reha-Leistungsgeschehen, insbesondere zu Häufigkeiten und Zeitdauern. Gegenstände sind z.B. die Anzahl an

- gestellten Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe,
- Weiterleitungen von Anträgen wegen vollständiger Unzuständigkeit,
- Fristüberschreitungen im Verfahren,
- Trägerübergreifenden Teilhabeplanungen,
- Erstattungsverfahren zwischen Trägern sowie infolge selbstbeschaffter Leistungen oder
- Widersprüchen und Klagen

Im Teilhabeverfahrensbericht zu berichtende Zeitdauern beziehen sich z.B. auf die Bearbeitungszeit von Leistungsanträgen, den Zeitraum zwischen Leistungsbescheid und Leistungsbeginn sowie auf Prozesse der Begutachtung.

Wer ist am Teilhabeverfahrensbericht beteiligt?

Nach aktuellem Stand sind mit der Norm des §41 SGB IX mehr als 1400 Rehabilitationsträger und mehr als 20 beteiligte Spitzenverbände bzw. oberste Landesbehörden adressiert. Die Zahlen setzen sich wie in Tabelle 2 ersichtlich zusammen.

Wie entsteht der Teilhabeverfahrensbericht?

Neben den inhaltlichen Aspekten legt der Gesetzgeber auch den Weg der Entstehung des Berichtes fest. Er beauftragt

- die BAR, den Teilhabeverfahrensbericht zu erstellen,
- alle Reha-Träger über die Spitzenverbände bzw. obersten Landesbehörden, die Daten in einem mit der BAR technisch abgestimmten Datenformat zu liefern



Rehabilitationsträger § 6 Abs. 1 SGB IX	Spitzenverbände/oberste Behörden i.S.v. Abs. 2
1. Gesetzliche Krankenkassen (110)	GKV-Spitzenverband (1)
2. Bundesagentur für Arbeit (1)	Bundesagentur für Arbeit (1)
3. Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und Träger der Unfallversicherung der Landwirte (33)	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung; Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (2)
4. Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und Träger der Alterssicherung der Landwirte (17)	Deutsche Rentenversicherung Bund; Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (2)
5. Träger der Kriegsopferfürsorge (KOF) und Träger der Kriegsopferversorgung (KOV)	
a. KOF örtlich (211)	Deutscher Landkreistag, Deutscher Städtetag (2)
b. KOF überörtlich (17)	Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (1)
c. KOV (52)	
6. Träger der öffentlichen Jugendhilfe (ca. 620)	Landesministerien (16)
7. Träger der Eingliederungshilfe (ca. 425)	Landesministerien (16)
Σ = ca. 1 486 Rehabilitationsträger	Σ = mind. 26 Spitzenverbände / oberste Behörden

¹ vgl. Drucksache 18/9522, S. 248f.

Tab. 2 Beteiligte an Datenerhebung und Datenbereitstellung des Teilhabeverfahrensberichtes (Stand: 1/2018).

sowie

- die BAR die Angaben unter Beteiligung der Rehabilitationsträger auszuwerten.

Ausgangspunkt des Berichtes sind Daten der Rehabilitationsträger zu den Leistungsprozessen. Bei den jeweiligen Rehabilitationsträgern findet die Erfassung dieser Daten hinsichtlich der geforderten Sachverhalte statt. Die so entstehenden Meldedaten werden dann letztendlich der BAR jährlich

übermittelt. Grundlegende Voraussetzung hierbei ist, dass die für den Bericht erforderlichen Daten bei den jeweiligen Rehabilitationsträgern vorliegen bzw. erhoben werden.

Ein Blick in die Umsetzung

Die Rehabilitationsträger, deren Spitzenverbände bzw. obersten Landesbehörden und die BAR sind mit Verabschiedung des BTHG Ende 2016 mit Vorbereitungen zum

Berichtsaufbau befasst. Angesichts der Komplexität der Aufgabe, der Vielzahl der beteiligten Akteure sowie der heterogenen Ausgangslage im gegliederten Rehabilitationssystem erfolgt deren Umsetzung stufenweise. Der erste Teilhabeverfahrensbericht wird im Jahr 2019 vorliegen. ●

¹ Ggf. übernehmen teils die Spitzenverbände die Auswertungen, sofern diese die Individualdaten vorliegen haben.

Verbindlichere Regelungen zur Zusammenarbeit der Reha-Träger

Arbeitsentwurf „Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess“



„Die Zusammenarbeit der unter dem Dach der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) befindlichen Rehabilitationsträger und die Transparenz des Rehabilitationsgeschehens soll verbessert werden“ – so lautet eines der Ziele des Gesetzes, nachzulesen in der Begründung zum Bundesteilhabegesetz (BTHG).

Wie das geschehen soll, darin ist der Gesetzgeber eindeutig: „Mit diesem Gesetz soll das SGB IX, Teil 1 gestärkt und verbindlicher ausgestaltet werden, ohne dabei das gegliederte System in Frage zu stellen,“ heißt es in der Gesetzesbegründung. Und weiter: „Die Regelungen zur Zuständigkeitsklärung, Bedarfsermittlung, zum Teilhabeplanverfahren und zu den Erstattungsverfahren der Rehabilitationsträger werden geschärft und gelten künftig für alle Rehabilitationsträger verbindlich.“ Damit ist die Marschroute klar, die Arbeitsaufträge sind abgesteckt. Der Gesetzgeber nimmt die Akteure in die Pflicht. Um die Nachteile des Systems zu reduzie-

ren und bestenfalls zu beseitigen, hat der Gesetzgeber also neue und verbindlichere Regelungen geschaffen. Herausforderungen und Chance zugleich ist es nun, diese gesetzlichen Regelungen in Form von Gemeinsamen Empfehlungen und in „Eigenregie“ weiter auszugestalten und für die Praxis vor Ort handhabbar zu machen.

Wie arbeiten die Akteure zusammen?

Mit der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben haben die Reha-Träger auf Ebene der BAR bereits im Frühjahr 2017 begonnen. Gemeinsam haben seither Vertreterinnen und Vertreter aus allen Trägerbereichen sowie von Behindertenverbänden und Zusammenschlüssen von Leistungserbringern intensiv an der Konkretisierung und Ausgestaltung der einschlägigen gesetzlichen Neuregelungen des BTHG in einer Gemeinsamen Empfehlung gearbeitet. Unter enormem Zeitdruck ist es der Fachgruppe

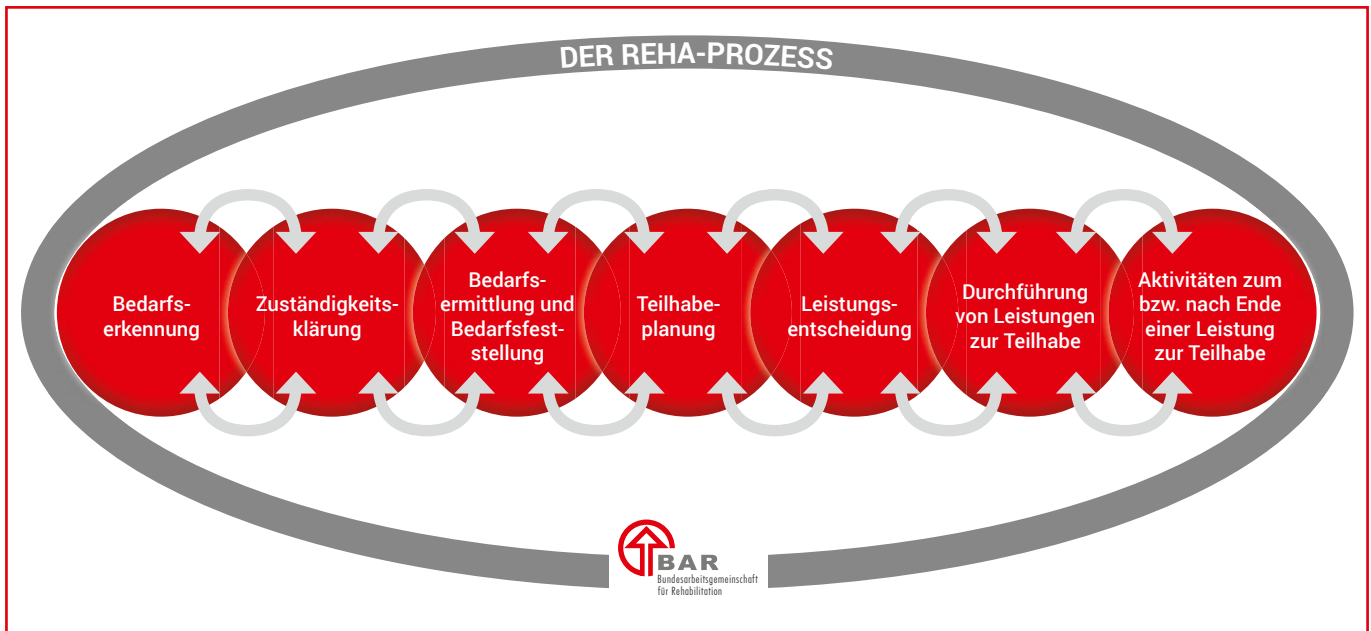
bis Januar 2018 gelungen, die komplexen Regelungen in einen Arbeitsentwurf der Gemeinsamen Empfehlung detailliert zu konkretisieren und auszugestalten. Die Beteiligung aller Akteure an diesem intensiven Prozess macht deutlich, wie wichtig die Reha-Träger die Konkretisierung der gesetzlichen Vorgaben nehmen. Auch wenn die Regelungsinhalte komplex sind, die Handlungsspielräume müssen für alle handhabbar sein und dem gesetzlichen Auftrag entsprechen.

Was steht im Arbeitsentwurf?

Ergebnis der trägerübergreifenden Beratungen ist ein gemeinsames Grundverständnis der zentralen rechtlichen Regelungen und deren Anwendung in den Phasen des Reha-Prozesses.

Der Arbeitsentwurf enthält zahlreiche durch das neue SGB IX erforderliche Ergänzungen, Konkretisierungen und Neuerungen der bisherigen Regelungsinhalte. Gegenstand sind die Regelungen aus Kapitel 4 (Kordinierung der Leistungen) aus dem ersten Teil des SGB IX. Auch die Neuregelungen zur Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX, wonach trägerübergreifend Grundsätze der Instrumente zur Bedarfsermittlung zu entwickeln sind.

Es ist gelungen, die wesentlichen Regelungsgegenstände zusammenhängend und in



Bildquelle: BAR

Abb. 3 Der Reha-Prozess.

einer einzigen Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ abzubilden. Dies betrifft z. B. auch die Verankerung der Teilhabeplanung nach § 19ff. SGB IX. Darüber hinaus wird vor allem das gemeinsame Verständnis des Reha-Prozesses mit seinen 5 Phasen auf Wunsch der Reha-Träger ergänzt um die Phasen „Zuständigkeitsklärung“ und „Leistungsentscheidung“. Diese Phasen waren bisher überwiegend in der eigenständigen Gemeinsamen Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung geregelt, die in die neue Gemeinsame Empfehlung integriert wird. Mit der Abbildung des gesamten Reha-Prozesses in einer einzigen Gemeinsamen Empfehlung wollen die Reha-Träger eine in sich geschlossene Nutzung dieser Gemeinsamen Empfehlung unterstützen und zwar über den gesamten Reha-Prozess: von der Vorbereitung über die Durchführung der Reha-Maßnahme bzw. der Reha-Maßnahmen bis zur Nachsorge.

Im Überblick umfasst der Rehabilitationsprozess nun sieben Phasen, denen jeweils ein Kapitel im Teil 2 „Ausgestaltung des Rehabilitationsprozesses“ gewidmet ist:

- Kapitel 1: Bedarfserkennung
- Kapitel 2: Zuständigkeitsklärung
- Kapitel 3: Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung
- Kapitel 4: Teilhabeplanung
- Kapitel 5: Leistungsentscheidung
- Kapitel 6: Durchführung von Leistungen zur Teilhabe
- Kapitel 7: Aktivitäten zum bzw. nach Ende einer Leistung zur Teilhabe

Der Vorstand der BAR hat im November 2017 dem Entwurf der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ zugestimmt. Wegen ihrer besonderen Bedeutung hat der Vorstand beschlossen, dass noch im Januar 2018 ein Arbeitsentwurf der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ bekannt gegeben wird. Damit soll der seit dem 1. Januar 2018 geltenden neuen Rechtslage Rechnung getragen werden. Zusammen mit den Vorgaben in den jeweiligen Trägerbereichen will die Gemeinsame Empfehlung die Praxis vor Ort bei der Umsetzung unterstützen, also genau dann, wenn es auch auf trägerübergreifendes Handeln ankommt.

Wie geht es weiter?

Nach der Bekanntgabe des Arbeitsentwurfs startet im März 2018 das formale Beteiligungs- und Zustimmungsverfahren der Gemeinsamen Empfehlung einschließlich der Herstellung des Benehmens. Im Verlauf des Verfahrens besteht die Möglichkeit des Austauschs und der Abstimmung über die Regelungen und Inhalte des Arbeitsentwurfs. Gleichzeitig können erste Erfahrungen bei der Umsetzung der ab Januar 2018 geltenden neuen gesetzlichen Vorgaben einfließen.

Neben den notwendigen Abstimmungsprozessen wird das Jahr 2018 inhaltlich vor allem im Zeichen der Umsetzung der Regelungen, der Implementierung des neuen Prozessmodells sowie der Unterstützung der Praxis vor Ort stehen. Die BAR wird dazu regelmäßig informieren.

Weitere Informationen unter:
www.bar-frankfurt.de/rehabilitation-und-teilhabe/bthg •





Genehmigungsfiktion bei nicht fristgerechter Entscheidung über den Antrag

Ausgewählte Kernaussagen des Bundessozialgerichts*

Seit 2013 ist im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung eine Genehmigungsfiktion bei nicht fristgerechter Leistungsentscheidung vorgesehen (§ 13 Abs 3a SGB V). Diese Genehmigungsfiktion erfasst ausdrücklich nicht Leistungen zur Teilhabe (§ 13 Abs 3a S 9 SGB V). Ab 1.1.2018 ist die Möglichkeit einer Genehmigungsfiktion nun auch im Bereich der Leistungen zur Teilhabe gesetzlich verankert (§ 18 Abs 3 SGB IX, beachte jedoch auch Abs 7). Die vergleichsweise neue Rechtsfigur wirft eine Reihe sozialverwaltungsrechtlicher Fragen auf. Ein Blick in die höchstrichterliche Rechtsprechung zur bisherigen Regelung des § 13 Abs 3a SGB V bietet eine mögliche Basis für erste Einschätzungen zu diesen Fragen im Rehabilitationsrecht. Nachfolgend sind ausgewählte, redaktionell abgewandelte Kernaussagen einschlägiger BSG-Entscheidungen zusammengestellt:

1. Die Genehmigungsfiktion tritt nur ein, wenn die beantragte Leistung nicht offensichtlich außerhalb des gesetzlichen Leistungskatalogs liegt.
2. Der Versicherte kann die kraft Fiktion genehmigte Leistung entweder als Naturalleistung oder bei Selbstbeschaf-

fung in Form von Kostenerstattung verlangen.

3. Eine fingierte Leistungsgenehmigung kann nur zurückgenommen, widerrufen oder aufgehoben werden, wenn die Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion von Anfang an nicht vorlagen oder später entfallen sind.

BSG, Ur t. v. 08.03.2016 – B 1 KR 25/15 R

Die Genehmigungsfiktion tritt bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen auch dann ein, wenn eine Leistung begehrt wird, die nicht objektiv medizinisch notwendig ist, sofern der Versicherte subjektiv von der Erforderlichkeit der Leistung ausgehen durfte, weil die Leistung nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs liegt.

BSG, Ur t. v. 11.05.2017 – B 3 KR 30/15 R – und – B 3 KR 17/16 R

1. Stellt sich nach Mitteilung einer ersten, sachlich gerechtfertigten – die 3-Wochen-Frist des § 13 Abs 3a S 1 SGB V überschreitenden – Frist heraus, dass diese Frist sich aus hinreichenden Sachgründen als zu kurz erweist, kann eine Genehmigungsfiktion dadurch vermieden werden, dass dem Antragsteller vor Fristablauf die hinreichenden Gründe mit der geänderten taggenauen Prognose erneut – ggf.

wiederholt – mitgeteilt werden.

2. Ist die Genehmigung einer beantragten Leistung kraft Fiktion erfolgt, steht dies der Bewilligung der beantragten Leistung durch einen Leistungsbescheid gleich. Die Genehmigungsfiktion bewirkt ohne Bekanntgabe (§§ 37, 39 Abs 1 SGB X) einen in jeder Hinsicht voll wirksamen (bestandskräftigen) Verwaltungsakt iSv § 31 S 1 SGB X und hat rechtlich zur Folge, dass dem Versicherten unmittelbar ein Anspruch auf Versorgung mit der Leistung zusteht. Unwirksam werden kann eine fingierte Genehmigung somit auch nur nach den geltenden allgemeinen Grundsätzen über Erledigung, Widerruf und Rücknahme eines begünstigenden Verwaltungsaktes.

BSG, Ur t. v. 11.07.2017 – B 1 KR 26/16 R – und Ur t. v. 11.07.2017 – B 1 KR 1/17 R

Die Rücknahme einer begünstigten Entscheidung ist nur zulässig, soweit sie rechtswidrig war. Da eine fiktive Genehmigung jedoch kraft Gesetzes entsteht, ist sie daher regelmäßig nicht rechtswidrig, es sei denn, diese gründet auf rechtsmissbräuchlichem Handeln des Antragstellers.

BSG, Ur t. v. 07.11.2017 – B 1 KR 15/17 R – und Ur t. v. 07.11.2017 – B 1 KR 24/17 R •

*Leitsätze des Gerichts, Orientierungssätze und Aussagen aus Entscheidungsgründen nach JURIS, redaktionell abgewandelt

Impressum

Reha-Info zur Zeitschrift Die Rehabilitation, 57. Jahrgang, Heft 1, Februar 2018
Die Reha-Info erscheint außerhalb des Verantwortungsbereichs der Herausgeber der Zeitschrift Die Rehabilitation.
Herausgeber: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V., Solmsstr. 18, 60486 Frankfurt am Main
Redaktion: Günter Thielgen (verantwortlich), Bernd Giraud, Maike Lux, Mathias Sutorius;

Rechtsbeiträge: Dr. Thomas Stähler, Marcus Schian
Telefon: 069/605018-0
E-Mail: info@bar-frankfurt.de
Internet: http://www.bar-frankfurt.de
Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V. ist die gemeinsame Repräsentanz der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung,

der gesetzlichen Krankenversicherung, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, der Bundesländer, der Spitzenverbände der Sozialpartner, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Förderung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.