

Editorial



2019 verspricht ein spannendes und zentrales Jahr für die Rehabilitation in Deutschland zu werden. Es wird sich zeigen, wie die Ideen des Gesetzgebers zur Rehabilitation in der Praxis wirken und ob der Anspruch nach „Mehr Teilhabe“ für Menschen mit Beeinträchtigungen gelingt. Die auf Ebene der BAR erarbeitete und zum 01.12.2018 in Kraft getretene Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess kann hierfür eine wichtige Hilfe sein.

Die BAR erstellt zum ersten Mal einen Teilhabeverfahrensbericht über das Reha-Geschehen. In dem Bericht werden insbesondere Anzahl und Häufigkeit von Anträgen auf Leistungen zur Teilhabe erfasst, um das Reha-Geschehen transparenter zu machen. Zwar wurden 2018 in einem ersten Schritt nur die Daten einer „Auswahl“ von Reha-Trägern erhoben, trotzdem sind sicherlich erste Rückschlüsse mit Veröffentlichung des Berichts zu erwarten.

Bei all den Zahlen darf nicht vergessen werden: Dahinter verbergen sich menschliche Schicksale. Im Jahr 2013 lebten in Deutschland 10,2 Millionen Menschen mit einer amtlich anerkannten Behinderung. Rund 95 % der Behinderungen treten erst im Laufe des Lebens auf, sind also nicht angeboren. D.h. heute dominieren chronische Erkrankungen das Krankheitsspektrum und sind die Hauptursache für Behinderung. Die steigende Lebenserwartung und damit die zunehmende Alterung der Bevölkerung wird auch in Zukunft eine wachsende Zahl von Menschen mit Beeinträchtigungen zur Folge haben.

Umso erfreulicher ist, dass die Ausgaben zur Rehabilitation und Teilhabe auch im Jahr 2017 gestiegen sind und somit die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen direkt unterstützen. Neben der trägerübergreifenden Ausgabenstatistik bietet diese Ausgabe auch einen Ein- und (Rück)blick in die rehabilitationsnahe Forschung. Welche Ansätze zur Verbesserung von Teilhabe und Lebensqualität werden unternommen? Forschung leistet einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung.

Apropos Entwicklung. Auch wir als BAR werden mit verschiedenen Vorhaben und Projekten weiterhin zur Umsetzung des BTHG und damit zum Gelingen von Teilhabe beitragen.

Ich wünsche Ihnen eine spannende Lektüre

Ihre Helga Seel

Inhalt

Trägerübergreifende Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe	I
Rückblick auf die Forschung	V
Aus der Arbeit der BAR	VII
Behandlung eines Verlängerungsantrags gemäß § 14 SGB IX	VIII

Trägerübergreifende Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe

Im Sozialbudget 2017 stehen Krankheit auf Platz 1 und Invalidität auf Platz 4 der maßgeblichen Gründe für Sozialleistungen (Soziale Selbstverwaltung, 2018). Laut Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen (2017) leben in Deutschland beinahe 13 Millionen Menschen mit „Beeinträchtigungen“. Definiert wurde Beeinträchtigung hier als das Vorliegen einer amtlich anerkannten Behinderung oder einer Krankheit, die länger als 6 Wochen andauert. Das betrifft rund 16 % der in Deutschland lebenden Bevölkerung.

Für eine präzise Abgrenzung zwischen „Behinderung“ und „chronische Krankheit“ liegen keine klaren Kriterien vor. Unter den Menschen mit Beeinträchtigungen sind chronisch Kranke, die nicht behindert sind, sofern die chronische Krankheit nicht den Grad einer Behinderung erreicht hat, und jene, die zugleich behindert sind.

Das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung, welche als Folge einer Krankheit oder eines gesundheitlichen Problems entstanden ist, lässt sich nicht (allein) durch Krankheitssymptome und -diagnosen beschreiben. Gesundheitsbedingte Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten werden in Bevölkerungsstichproben (Privathaushalte) mittels Global Activity Limitation Indicators (GALI) erhoben. Hier geben rund ein Viertel der Befragten in Deutschland an (♀:25,1 %, ♂: 23,8 %), dauerhaft (hier: länger als sechs Monate) in der Ausübung ihrer Alltagsaktivitäten mäßig oder stark eingeschränkt zu sein (Robert-Koch-Institut, 2017).

Laut Zwischenbericht zum Nationalen Aktionsplan (NAP) der UN-Behindertenrechtskonvention (BMAS, 2018) ist Deutschland auf einem guten Weg zu mehr Inklusion. Bereits mehr als 60 % diesbezüglicher Maßnahmen konnten erfolgreich abgeschlossen



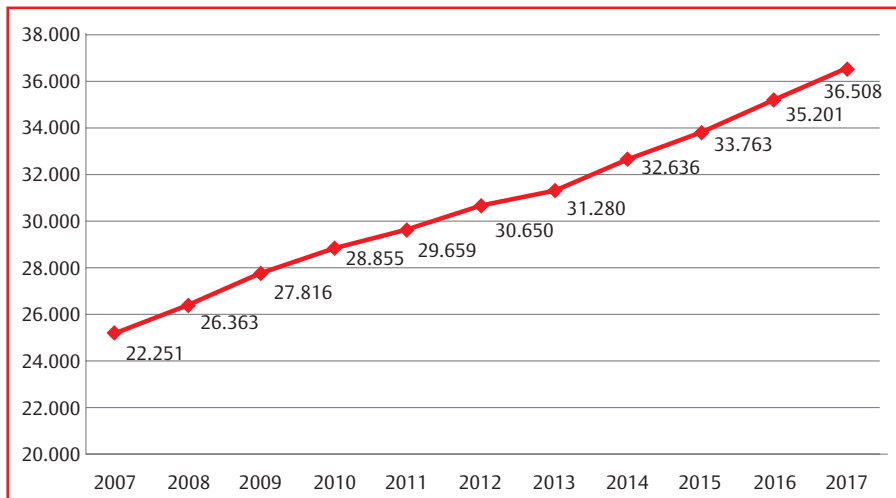


Abb. 1 Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe von 2007 bis 2017 (in Mio. €).

oder umgesetzt werden. Zu den Vorhaben, die verabschiedet wurden, gehört das Bundesteilhabegesetz, das die Leistungen für Menschen mit Behinderungen neu regelt. Die mit dem BTHG verbundenen Reformen sind teilweise zum 1. Januar 2018 in Kraft getreten. Andere werden erst später wirksam. So wird am 1. Januar 2020 die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen aus dem Recht der Sozialhilfe (SGB XII) herausgelöst und in das Rehabilitations- und Teilhaberecht (SGB IX) überführt. Das geht einher mit Änderungen der statistischen Erhebungen, die sich ggf. in Zukunft auch auf die jährlich veröffentlichte Statistik der BAR niederschlagen werden.

Seit über zehn Jahren bündelt die BAR jährlich die Höhe der Ausgaben der unterschiedlichen Reha-Träger sowie der Integrationsämter im Bereich Rehabilitation und Teilhabe. Diese Ausgabenstatistik soll dazu beitragen, das Rehabilitationsgeschehen und die Höhe der Ausgaben transparent für alle Akteure darzustellen, zeitliche Entwicklungen aufzuzeigen und zu hinterfragen, ob die Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe dem Bedarf entsprechen. Die Datenbasis der vorliegenden Ausgabenstatistik fokussiert die Aufwendungen im Jahr **2017**, stellt aber auch Vergleiche zu Vorjahreszeiträumen her.

36,5 Mrd. Euro für Leistungen zur Reha und Teilhabe

Die Ausgaben für Reha und Teilhabe steigen konsequent und betragen im Jahr 2017 insgesamt 36,5 Mrd. Euro. Gegenüber 2016 ergibt sich ein Anstieg um 3,7 %. Im Vergleich der drei Jahre 2015–2017 ist ein Zuwachs von 8,1 % zu verzeichnen. In der Gegenüberstellung der Berichtsjahre 2007 zu 2017 ergibt sich eine Steigerung von rund 44,6 %. Das entspricht nominal einem Plus von 11,3 Mrd. Euro gegenüber 2007. Der größte Ausgabenanteil für Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe entfällt auf die Eingliederungshilfe, die rund 51 % der Gesamtausgaben trägt. Wie gestalten sich insgesamt die Entwicklungen bei den einzelnen Reha-Trägern? Dazu eine nähere Betrachtung der Zahlen.

Gesetzliche Krankenversicherung

In der Gesamtbetrachtung steigen 2017 die Ausgaben im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung gegenüber dem Vorjahr um 3,2 %. Das ergibt ein Volumen von 3,3 Mrd. Euro, von dem der Großteil auf den Kostenträger „Stationäre Anschlussrehabilitation“ entfällt (1,9 Mrd. Euro). Bei nur geringen Ausgabenveränderungen im stationären Bereich, nimmt gerade die ambulante Rehabi-

litation im langfristigen Vergleich um 37,9 % zu (2007: 95 Mio. Euro, 2017: 131 Mio. Euro). Im Vergleich zum Vorjahr sind die Aufwendungen für das „Persönliche Budget“ in der gesetzlichen Krankenversicherung am deutlichsten gesunken (–47,1 %). Die Ausgaben für Disease-Management-Programme (DMP) als ergänzende Leistungen zur Reha haben sich mehr als verdoppelt (Anstieg um 120,4 %), was mit einer steigenden Zahl der Teilnehmer an DMP sowie der Festlegung von weiteren DMP-Indikationen zusammenhängen kann.

Gesetzliche Rentenversicherung

Die Gesetzliche Rentenversicherung trägt wie auch in den Vorjahren den zweitgrößten Ausgabenteil an in 2017 durchgeführten Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe in Deutschland (rund 18 %). Mit Aufwendungen von insgesamt 6,6 Mrd. Euro bzw. einem Plus von 2,9 % verändert sich der Wert im Vergleich zu 2016 nur gering. In absoluten Zahlen sind die Ausgaben für „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ mit 4,3 Mrd. Euro am höchsten. In der Gegenüberstellung der beiden Jahre 2007 und 2017 wendet die Rentenversicherung 1,2 Mrd. mehr (+ 39,4 %) 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. In Bezug auf das „Persönliche Budget“ ist eine Abnahme der Ausgaben um 57 % im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen.

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 steigen 2017 im Vergleich zum Vorjahr um 3,9 % auf 13,2 Mio. Euro. In der retrospektiven Betrachtung von 2007 bis 2017 ist ein allgemeiner Trend zu rückläufigen Ausgaben festzustellen, der mit dem Rückgang der landwirtschaftlichen Betriebe in Deutschland korrespondiert, z.B. – 24,4 % in der Gegenüberstellung von 2007 zu 2017.

Gesetzliche Unfallversicherung

Im Zeitverlauf ist ein anhaltend konstanter Ausgabenanstieg in den Jahren 2007 bis 2017 in der gesetzlichen Unfallversicherung festzustellen. Im Vergleich der Jahre 2016 zu 2017 beträgt der Kostenanstieg 3 %. Wie auch in den Jahren zuvor, entfallen im Jahr 2017 mit 1,6 Mrd. Euro die meisten Ausgaben auf den Bereich „Ambulante Heilbehandlung und Zahnersatz“. Eine Verminderung um 1,8 % erfahren im Jahre 2017 die Aufwendungen für „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“. 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 (Berufsgenossenschaften) historisch bedingt separat ausgewiesen. Sie verbuchen 2017 einen Wert von 381 Mio. Euro und damit eine weitere Zunahme von 3,9 % im Vergleich zum Vorjahr. Ein Teil der Aufwendungen wird über das „Persönliche Budget“ erbracht: Die Ausgaben hierfür betragen im Jahr 2017 rund 1,8 Mio. Euro, was einem Ausgabenplus von 3,9 % gegenüber dem Vorjahr entspricht.

Bundesagentur für Arbeit

Die Aufwendungen der Bundesagentur für Arbeit im Bereich der Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben liegen 2017 bei rund 2,4 Mrd. Euro. Gegenüber dem Vorjahr ist im Jahr 2017 ein Ausgabenanstieg von 2,1 % festzustellen. Den größten Kostenanteil machen „Pflichtleistungen für die Teilhabe am Arbeitsleben“ aus (2,3 Mrd. Euro). Ihnen folgen mit Abstand die „Ermessensleistungen für die Teilhabe am Arbeitsleben“ (112 Mio. Euro) und das „Persönliche Budget“ (12,5 Mio. Euro).

Integrationsämter

Die Integrationsämter geben 2017 mit rund 556 Mio. Euro 5 % mehr Geld für die Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsle-

ben aus. Aus der sogenannten Ausgleichsabgabe, die die Arbeitgeber erbringen, wurde der größte Teil für „Begleitende Hilfen im Arbeitsleben“ (429 Mio. Euro) verwendet. Die Ausgaben für das „Trägerübergreifende Persönliche Budget“ haben sich im Vergleich zum Vorjahr mehr als verdoppelt und liegen jetzt bei 370.000 Euro. Diese Möglichkeit einer flexiblen Leistungsgestaltung lässt ein selbstbestimmtes Handeln der einzelnen Person zu, z.B. indem sie diese Leistungen bei verschiedenen Anbietern in unterschiedlichem Umfang in Anspruch nehmen kann. Im Vorjahr noch als rückläufig identifiziert, gestalten sich die Investitionen für Leistungen zur Förderung der Einstellung schwerbehinderter Menschen über regionale „Arbeitsmarktprogramme“ positiv (+ 18,3 %).

Eingliederungshilfe

Was Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen anbelangt, ist seit 2005 die Gesamtzahl der Leistungsempfänger kontinuierlich angestiegen, insbesondere in der Altersgruppe der über 65-Jährigen. Mit 18,7 Mrd. Euro macht die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen den größten Teil der Aufwendungen für Reha und Teilhabe im Jahr 2017 aus. Finanziert durch die Sozialhilfeträger, bestreitet die Eingliederungshilfe

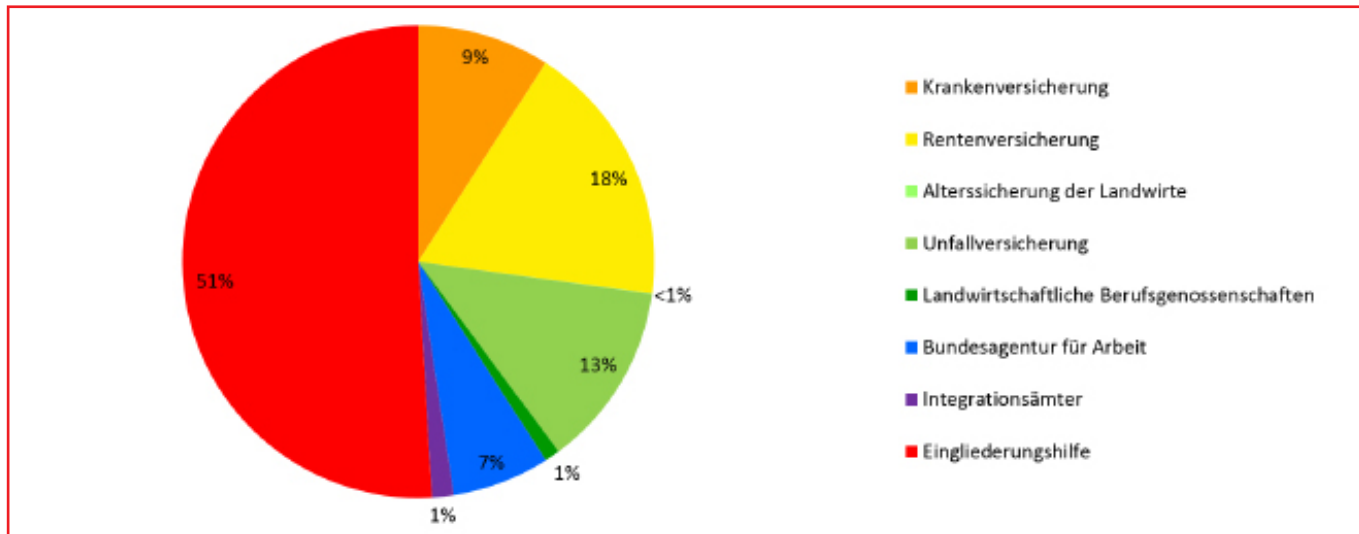


Abb. 2 Ausgaben-Verhältnis der Rehabilitationsträger 2017 (in %).

	2015	2016	2017	Veränd. zum Vorjahr in %
Krankenversicherung	Σ 3067	3192	3295	3,2%
Stationäre Anschlussrehabilitation gesamt	1775	1818	1852	1,9%
Stationäre Rehabilitation gesamt	388	406	416	2,9%
Rehabilitation für Mütter und Väter	15	13	12	-11,5%
Ambulante Rehabilitation gesamt	122	128	131	2,3%
Beiträge zur UV für Rehabilitanden	59	60	65	8,9%
Rehasport / Funktionstraining	234	251	274	9,1%
Sonstige ergänzende Leistungen	105	112	117	3,7%
Leistungen in sozialpäd. Zentren	221	234	242	3,2%
Belastungserprobung u. Arbeitstherapie	0,78	0,7	0,55	-22,2%
Leistungen in Frühförderstellen	113	126	135	7,9%
Ergänzende Leistungen zur Reha (DMP)	15	15	34	120,4%
Persönliches Budget	20,04	26,55	14,04	-47,1%
Rentenversicherung	Σ 6208	6364	6550	2,9%
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	4050	4151	4271	2,9%
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)	1246	1296	1331	2,7%
Sonstige Leistungen nach § 31 SGB VI	494	515	548	6,5%
Sozialversicherungsbeiträge	367	367	392	6,9%
Persönliches Budget	0,83	0,56	0,24	-57,0%
Alterssicherung der Landwirte	Σ 13,6	12,7	13,2	3,9%
Unfallversicherung [2]	Σ 4271	4464	4599	3,0%
Ambulante Heilbehandlung u. Zahnersatz	1477	1533	1539	1,7%
Stat. Behandlung u. häusl. Krankenpflege	1100	1149	1193	3,8%
Verletztengeld und bes. Unterstützung	681	712	737	3,5%
Sonstige Heilbehandlungskosten	827	885	928	4,9%
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)	187	185	182	-1,8%
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften	Σ 361	367	381	3,9%
Persönliches Budget	0,86	1,71	1,78	3,9%
Bundesagentur für Arbeit	Σ 2278	2349	2379	2,1%
Pflichtleistungen der LTA	2153	2225	2273	2,1%
Ermessensleistungen der LTA	114	112	112	0,4%
Persönliches Budget	10,87	12,17	12,48	2,5%
Integrationsämter	Σ 520	529	556	5,0%
Begleitende Hilfe im Arbeitsleben	400	412	429	4,1%
Arbeitsmarktprogramme	47	44	52	18,3%
Sonstige Leistungen:	73	73	75	2,4%
Persönliches Budget	0,47	0,18	0,37	105,6%
Eingliederungshilfe	Σ 17044	17924	18717	4,4%
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	35	37	36	-3,8%
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	26	28	35	27,4%
Leistungen in anerkannten WfbM	4406	4581	4830	5,4%
Weitere Leistungen zur Teilhabe:	12576	13278	13816	4,1%
Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach § 55 SGB IX	10713	11335	11788	4,0%
Weitere Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 54 SGB XII	1392	1440	1568	8,9%
Sonstige Leistungen der Eingliederungshilfe	471	503	526	4,5%
Ausgaben insgesamt	Σ 33763	35201	36508	3,7%

– wie im Vorjahr – gleichzeitig mehr als die Hälfte der Ausgaben der Sozialleistungsträger für Reha- und Teilhabeleistungen (51 %). Im Vergleich der Jahre 2017 zu 2016 ist ein Ausgabenzuwachs um 4,4 % festzustellen. Über die letzten dreizehn Jahre betrachtet zeigt sich: Während die Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft („Soziale Teilhabe“) und für Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen („WfbM“) substantiell steigen, ist für Leistungen zur medizinischen und beruflichen Reha die gegenläufige Ausgabenentwicklung zu beobachten. Dabei ist zu beachten, dass die Eingliederungshilfe für medizinische und berufliche Rehabilitation nur nachrangig zuständig ist, d.h. nur wenn die anderen Rehabilitationsträger für die jeweiligen Leistungen nicht aufkommen. ●

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

[1] Es ergeben sich Rundungsabweichungen. 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 2015–2017
- Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitation 2015–2017
- Landwirtschaftliche Alterssicherung, Geschäfts- und Rechnungsergebnisse 2015–2017
- DGUV, Geschäfts- und Rechnungsergebnisse 2015–2017
- Landwirtschaftliche Unfallversicherung, Geschäfts- und Rechnungsergebnisse 2015–2017
- Bundesagentur für Arbeit, Monatsergebnisse des Beitragshaushalts 2015–2017
- BIH, Jahresbericht 2015–2017
- Statistisches Bundesamt, Statistik der Sozialhilfe 2015–2017

Rückblick auf die Forschung

zu Reha und Teilhabe des Jahres 2018 – eine Auswahl

Mit Einführung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) wurde die Beobachtung und Bewertung der Forschung zur Rehabilitation sowie die Durchführung trägerübergreifender Forschungsvorhaben als Aufgabe der BAR gesetzlich verankert (§ 39 Abs. 2 Nr. 9 SGB IX). In dieser Ausgabe wird erstmalig ein Rück- und Ausblick unternommen – auf neue Forschungsprojekte, Forschungsberichte, Datensammlungen und Reports sowie Forschungsförderung.

Neue Forschungsprojekte

Gesundheitsinformationsverhalten – Die Stiftung Gesundheitswissen und das Hannover Center for Health Communication am Institut für Journalistik und Kommunikationsforschung (IJK) in Hannover starteten im Mai 2018 gemeinsam das Projekt „HINTS Germany“, die erste Gesundheitsinformations-Trendstudie in Deutschland. Es ist die bislang größte nationale Datenerhebung zum Gesundheitsinformationsverhalten der Deutschen. Daraus sollen Erkenntnisse über adäquate Gesundheitskommunikation, bedarfsgerechte Gesundheitsinformationen, die kommunikative Erreichbarkeit verschiedener Bevölkerungsgruppen und die zielgruppengerechte Vermittlung von Gesundheitsinformationen gewonnen werden. In Deutschland sind zunächst zwei Erhebungswellen geplant. Erste Daten werden nach einem Jahr erwartet, die Ergebnisse der zweiten Befragungswelle sollen in zwei Jahren zur Verfügung stehen (5-2018, Online: www.hints-germany.de).

Teilhabe – Wo gelingt Teilhabe und wo nicht? Beginnend mit Mai 2018 führt das Institut für angewandte Sozialwissenschaft (infas) im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) eine postalische Befragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen durch. Ziel ist, herauszufinden, wo Teilhabe gelingt und wo nicht, z.B. Wohnen, Arbeiten oder Freizeit. Die Auswertung dieser ersten in Deutschland bundesweit repräsentativen Erhebung zu diesem Thema soll 2021 vorliegen. Die Auswahl der Befragungspersonen – in Pri-

vathaushalten sowie in Einrichtungen der Eingliederungshilfe, der Altenpflege und des ambulant betreuten Wohnens – erfolgte 2018 über ein statistisches Zufallsverfahren. Es werden 320.000 Haushalte mit der Frage kontaktiert, ob darin Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen leben. Aus diesem Personenkreis wird dann die eigentliche Stichprobe gebildet, aus der heraus 16.000 Menschen mit Behinderungen befragt werden sollen. Parallel soll eine Vergleichsgruppe mit 5.000 Menschen ohne Behinderung rekrutiert werden. Außerdem will das Institut 6.000 Menschen einbeziehen, die in Betreuungseinrichtungen leben oder nur eingeschränkt kommunizieren können. (5-2018, Online: www.infas.de).

Geistige Behinderung – Menschen mit einer geistigen Behinderung sind medizinisch häufig nicht gut versorgt. Die Folge: Krankheiten werden oft nicht angemessen behandelt, Medikamente sind nicht abgestimmt, Vorsorgeuntersuchungen werden nicht wahrgenommen. Die Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW Hamburg), das Sengelmann Institut für Medizin und Inklusion der Evangelischen Stiftung Alsterdorf (SIMI), die Hochschule Bielefeld (FHB) und das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) wollen mit einer Studie das Medikamentenmanagement und die Gesundheitsvorsorge dieser Zielgruppe verbessern. Bei dem Projekt werden aufsuchende Hausbesuche von klinischen Pflegeexperten (nurse practicioners), interdisziplinäre Fallkonferenzen mit Fachexperten eines medizinischen Behandlungszentrums und Fallbe-

sprechungen mit behandelnden Fachärzten erprobt. Der Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses fördert das Projekt in den kommenden drei Jahren (7-2018, Online: www.innovationsfonds.gba.de).

Werkstätten für behinderte Menschen – Es existiert kein verbindlicher, bundesweit vorgegebener Lehrplan für die berufliche Bildung in Werkstätten für behinderte Menschen. Eine Studie des Instituts für Sonderpädagogik an der Universität Würzburg beschäftigt sich im Projekt EVABI mit Beruflicher Bildung in Werkstätten für behinderte Menschen. Es wird die Qualifizierung in bundesweit 20 Werkstätten untersucht. Die bundesweite Studie, initiiert durch die BAG WfbM, läuft bis Ende 2019. Sie wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert. EVABI will Antworten auf folgende Fragen liefern: Wer legt die Lernziele fest und wer begleitet die Lernprozesse? Wer beschließt, welche Berufe dort erlernt werden? Welche individuellen Bildungsverläufe bzw. welche Bildungsergebnisse können bei den TeilnehmerInnen mit Behinderung identifiziert werden? (1-2018, Online: www.sonderpaedagogik-v.uni-wuerzburg.de).

Forschungsförderung, Ausschreibungen und Bekanntmachungen

Die über die folgenden Förderbekanntmachungen ausgewählten Projekte und Studien haben in der Regel ihre Arbeit im Jahre 2018 bereits aufgenommen oder werden sie noch im Laufe des Jahres 2019 beginnen:

Innovationsfonds:

Förderer: Innovationsausschuss des GBA – Gemeinsamer Bundesausschuss

Förderwellen: 2017 – 2019

Schwerpunkte: Neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen, und Studien zur Verbesserung der



bestehenden Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Online: www.innovationsfonds.g-ba.de

Transferorientierte Versorgungsforschung:

Förderer: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund)

Förderung: Richtlinie 2018, Projektauswahl in 2018, Projektbeginn 2018/2019

Schwerpunkte: Themenfelder Rehabilitation und Arbeit, Erwerbsminderung sowie Zugang und Bedarfsgerechtigkeit der Rehabilitation. Berücksichtigung des praxisnahen Ergebnistransfers für eine bedarfsorientierte Rehabilitation sowie der Vielfältigkeit der Versicherten

Online: www.gesundheitsforschung-bmbf.de

Darüber hinaus fördern die **Rehabilitations-träger** (insb. GKV, DRV, DGUV und BA) jährlich mit unterschiedlichen aktuellen Schwerpunkten Forschung zu Rehabilitation und Teilhabe. Für entsprechende Förderhinweise, siehe (online) www.bag-selbsthilfe.de, www.deutsche-rentenversicherung.de, www.dguv.de, www.iab.de.

Forschung zur Umsetzung des Bundes-teilhabegesetzes (BTHG)

Zahlreiche Förderungen und Auftragsvergaben durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) sind im neuen SGB IX vorgesehen. Sie beziehen sich sowohl auf Teil I (Regelungen für Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Menschen) als auch auf Teil II des Buches (Eingliederungshilferecht). Zwei Jahre nach der Verabschiedung des Gesetzes sind alle diese Maßnahmen angelaufen und es liegen erste Ergebnisse vor (vgl. dazu www.gemeinsam-einfach-machen.de).

Die BMAS-finanzierten Förderungen dienen dem Aufbau von Strukturen und der Schaffung von Informationsgrundlagen für

Forschungsberichte, Datensammlungen und Reports

- Bundesbericht Forschung und Innovation 2018 (Bundesministerium für Bildung und Forschung, Online: www.bmbf.de, Stand: 6-2018)
- Pflege-Report 2018 – Qualität in der Pflege (Jacobs, K., Kuhlmei, A., Greß, S., Klauber, J., Schwinger, A. (Hrsg.), Online: www.wido.de, Stand: 3-2018)
- Gesundheitsreport 2018 (Barmer GEK) (Barmer Gesundheitsersatzkasse, Online: www.barmer.de; Stand: 5-2018)
- Monitor Patientenberatung 2017 – Wie können wir Ihnen weiterhelfen (Unabhängige Patientenberatung Deutschland, Online: www.patientenberatung.de, Stand: 6-2018)
- TK-Gesundheitsreport (Techniker Krankenkasse, Online: www.tk.de, Stand: 7-2018)
- Zwischenbericht zum Nationalen Aktionsplan zur UN-Behindertenrechtskonvention (BMAS, Online: www.gemeinsam-einfach-machen.de, Stand: 7-2018):
- Kinder- und Jugendreport 2018 (DAK-Gesundheit, Online: www.dak.de, Stand: 8-2018)
- Gesundheitsreport 2018 – Zahlen-Daten-Fakten – Arbeit und Gesundheit Generation 50+ (BKK Betriebskrankenkasse, Online: www.bkk-dachverband.de, Stand: 11-2018)

die Weiterentwicklung des Reha- und Teilhaberechts. In Teil I sind sie unmittelbar in einzelnen Paragraphen des SGB IX angelegt (vgl. Abb. 1). So erhält z.B. die BAR eine Förderung bzw. Aufwandsersatzung für die Etablierung und ab 2019 für die jährliche Erstellung des **Teilhabeverfahrensberichtes** (§ 41 SGB IX).

Die Förderung der Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (**EUTB**) bis Dezember 2020 ist in § 32 SGB IX vorgesehen. Ein wichtiges Förderkriterium ist die Beratung „von

Betroffenen für Betroffene“. Die Vergabe der Mittel für die Einrichtung von Beratungsstellen erfolgt über die Gesellschaft für soziale Unternehmensberatung (gsub) mbH.

Gemäß § 13 Abs. 3 SGB IX wird im Auftrag des BMAS seit Januar 2018 eine **Implementationsstudie** zu den Instrumenten der Bedarfsermittlung durchgeführt. Diese Untersuchung zur Wirkung der Instrumente nach §13 Abs. 1 SGB IX zielt auf Angleichung und Standardisierung. Die Studie kann als Ergänzung zum inzwischen abgeschlossenen BAR-

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	ff.
RehaPro Modellvorhaben zur Stärkung der Reha (§ 11 SGB IX) <i>DRV, Jobcenter, Knappschaft-Bahn-See</i>	→							
Bedarfsermittlung Vereinheitlichung der Instrumente der Bedarfsermittlung (§ 13 SGB IX) <i>Kienbaum GmbH, Dr. H. Fuchs, HS Magdeburg-Stendal (Prof. Morfeld)</i>	→							
EUTB Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung (§ 32 SGB IX) <i>gsub, Berlin: Fördermittelvergabe</i>	→							
Teilhabeverfahrensbericht Daueraufgabe (§ 41 SGB IX) <i>BAR e.V., Frankfurt/Main</i>	→							

Abb. 1 Förderungen durch BMAS zu Teil I SGB IX

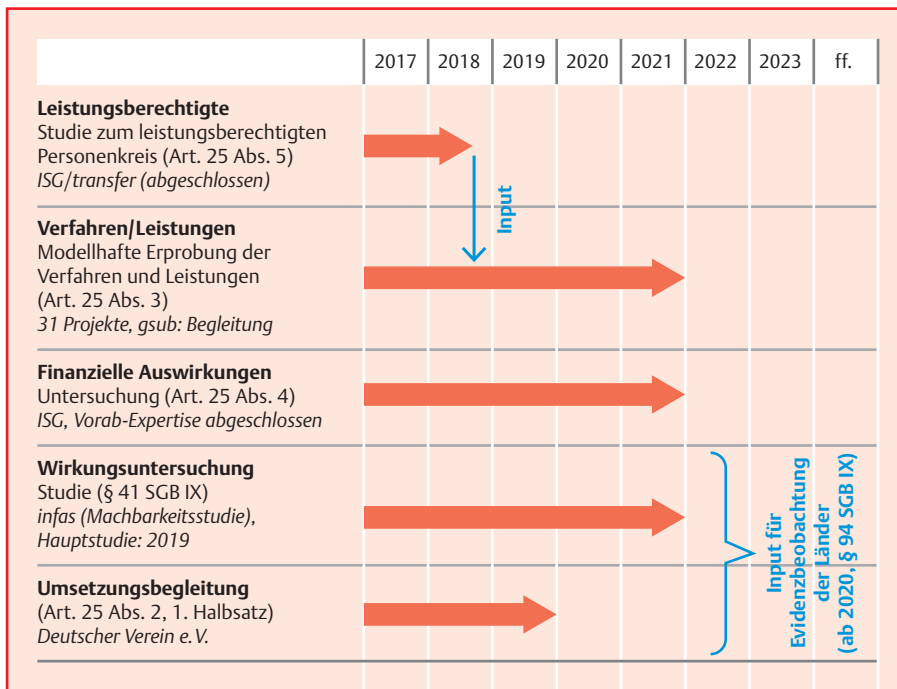


Abb. 2 Umsetzungsunterstützung zu Teil II SGB IX (Artikel 25 BTHG)

Projekt „Basiskonzept für die Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation“ (b3) betrachtet werden.

Für das Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – **rehapro**“ zur Umsetzung von § 11 SGB IX wurde die För-

derrichtlinie im Mai 2018 bekanntgegeben. Es stellt den Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende (Jobcenter) und der Rentenversicherung bis 2022 insgesamt jeweils 500 Mio. Euro für Modellvorhaben zur Verfügung. Im Blickpunkt stehen innovative Vorhaben zu Erwerbsfähigkeit und Verbleib auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Das Inkrafttreten des Teil II SGB IX zum 01. Januar 2020 wird durch fünf weitere BMAS-finanzierte Projekte vorbereitet und begleitet (vgl. Abb. 2). Diese **Umsetzungsunterstützung** ist in Artikel 25 des BTHG angelegt. Hier geht es vorwiegend darum, die Auswirkungen der gesetzlichen Änderungen im Hinblick auf Leistungsberechtigung und Kosten abzuschätzen. Auch sollen neue Verfahren und Leistungen bereits vorab im Modell erprobt werden. Ergebnisse der Umsetzungsbegleitung auf Länderebene sowie der Wirkungsuntersuchung sollen in den Erfahrungsaustausch der Länder einfließen (**Evidenzbeobachtung** nach § 94 SGB IX). ●

Aus der Arbeit der BAR

Aktuelle Information:

Die Gemeinsame Empfehlung (GE) Reha Prozess ist zum 01.12.2018 in Kraft getreten. Die Veröffentlichung kann auf der Website der BAR (www.bar-frankfurt.de) abgerufen und bestellt werden. Weitere Informationen zur GE Reha-Prozess finden Sie in der nächsten Ausgabe.

Weiterentwicklung und Neuerscheinung der Gemeinsamen Empfehlung Qualitätssicherung

„Qualitätssicherung“ hat in der Rehabilitation eine zentrale Bedeutung. Die Qualität einzelner Leistungen zur Teilhabe ist u. a. gekennzeichnet durch eine wirksame und bedarfsgerechte, am bio-psycho-sozialen Modell der WHO (ICF) orientierte und fach-

lich qualifizierte Leistungserbringung. Die Leistungserbringung hat sich vor allem an Teilhabezielen im Sinne des SGB IX zu orientieren. Bei der Weiterentwicklung der Gemeinsamen Empfehlung wurden nun verschiedenste Entwicklungen aufgegriffen und berücksichtigt. Die neue GE Qualitätssicherung beinhaltet z. B. eine Konkretisierung und Schärfung von Zielgruppen und Inhalten. So wurden z.B. die verschiedenen

Qualitätsdimensionen (Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität) stärker akzentuiert, Kriterien für Ergebnisqualität präzisiert und konkretere Vorgaben betreffend Barrierefreiheit formuliert.

Weitere Informationen, Broschüren und Seminarhinweise finden Sie auf unserer Website unter www.bar-frankfurt.de ●

Noch freie Plätze – BAR Seminare im 1. Halbjahr 2019

Einführung in die ICF am 27.03.2019 in Frankfurt am Main

Bedarfsermittlung nach dem BTHG am 10.04.2019 in Frankfurt am Main

Die Aufgaben des leistenden Rehabilitationsträgers nach dem SGB IX am 08.05.2019 in Leipzig

Koordinierte Planung der Teilhabe, Prozessqualität und Dokumentation am 22.05.2019 in Frankfurt am Main



Behandlung eines Verlängerungsantrags gemäß § 14 SGB IX

Orientierungssätze*

- Ein Verlängerungsantrag ist grundsätzlich nicht gemäß § 14 SGB IX zu behandeln, weil bei einem einheitlichen Leistungsfall dieser von dem zunächst leistenden Träger zu Ende zu führen ist.
- Bei unveränderter Sachlage ist auf einen Verlängerungsantrag hin insbesondere keine Zuständigkeitsprüfung gemäß § 14 Abs. 1 SGB IX mehr angezeigt, weil die einmal begründete Zuständigkeit des leistenden Trägers bestehen bleibt.
- Anderes gilt jedoch, wenn der Verlängerungsantrag bei einem anderen, bisher nicht leistenden Rehabilitationsträger gestellt wird.

OVG NRW, Beschluss vom 22.10.2018, Az: 12 B 1348/18

* Leitsätze des Gerichts bzw. Orientierungssätze nach JURIS, redaktionell abgewandelt und gekürzt

Sachverhalt und Entscheidungsgründe

Die Antragstellerin beehrte die Fortsetzung einer stationären Unterbringung als Leistung zur Teilhabe. Die Leistung wurde im ursprünglichen Bewilligungszeitraum vom Rehabilitationsträger A gewährt. Den Verlängerungsantrag richtete die Antragstellerin an den Rehabilitationsträger B, der den Antrag innerhalb von zwei Wochen nach Eingang an den Rehabilitationsträger C weiterleitete. Dieser lehnte seine Zuständigkeit für die beantragte Leistung gegenüber der Antragstellerin ab. Die Antragstellerin beehrte gegen Rehabilitationsträger C einstweiligen Rechtsschutz. Das Verwaltungsgericht verpflichtete Rehabilitationsträger C (Antragsgegnerin) im Wege der einstweiligen Anordnung zur Erbringung von Leistungen an die Antragstellerin.

Die dagegen gerichtete Beschwerde der An-

tragsgegnerin wies das Oberverwaltungsgericht (OVG) nach summarischer Prüfung als unbegründet zurück. Die Antragsgegnerin sei gegenüber der Antragstellerin („im Außenverhältnis“) zuständig geworden, weil der Rehabilitationsträger B den bei ihm gestellten Antrag gemäß § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX rechtzeitig an sie weitergeleitet habe. Bezugnehmend auf bereits vorhandene Rechtsprechung führt das OVG zwar aus, dass ein Verlängerungsantrag bei unveränderter Sachlage grundsätzlich nicht gemäß § 14 SGB IX zu behandeln sei. Denn bei einem einheitlichen Leistungsfall müsse dieser von dem zunächst leistenden Träger zu Ende geführt werden, eine Zuständigkeitsprüfung sei in solchen Fallkonstellationen somit nicht angezeigt (vgl. insoweit bereits Bay. VGH vom 30.07.2018 - 12 ZB 18.175). Dies müsse allerdings anders beurteilt werden und jedenfalls bei summarischer

Prüfung § 14 Abs. 1 SGB IX dann zur Anwendung kommen, wenn der Verlängerungsantrag – wie hier – nicht bei dem zunächst leistenden Rehabilitationsträger gestellt werde. Dadurch habe die Antragstellerin selbst die Zuständigkeitsfrage neu aufgeworfen, die einer schnellen Klärung zuzuführen sei.

Mit seiner Entscheidung entwickelt das OVG NRW die ober- bzw. höchstrichterliche Rechtsprechung für die Behandlung eines Verlängerungsantrags im Rahmen der Zuständigkeitsklärung nach § 14 Abs. 1 SGB IX weiter. Dabei berücksichtigt das OVG konsequent das Ziel der Vorschrift, eine rasche Klärung der Zuständigkeit im Außenverhältnis zum Antragsteller zu erreichen (vgl. BT-Drs. 14/5074 S. 102). Nicht zuletzt weil es sich um ein Verfahren im einstweiligen Rechtsschutz handelt, wird sich zeigen müssen, ob seine Einschätzung bestand hat. Der Beschluss selbst ist nach § 152 Abs. 1 VwGO unanfechtbar. ●

* Leitsätze des Gerichts bzw. Orientierungssätze nach Juris, redaktionell abgewandelt und gekürzt

Impressum

Reha-Info zur Zeitschrift Die Rehabilitation, 58. Jahrgang, Heft 1, Februar 2019
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, Franziska Fink, Mathias Sutorius;

Beiträge zu Forschung und Statistik: Dr. Teresia Widera, Dr. Maren Bredehorst
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.