



BAR
Bundesarbeitsgemeinschaft
für Rehabilitation

Schwerpunkt

**Zahlen, Daten,
Fakten**

BAR | REHA-INFO

1/2022

Inhalt

- 3 Tipps & Tools**
- 4 Zahlen, Daten, Fakten**
- 4 Trägerübergreifende Ausgabenstatistik der BAR**
- 8 Antragsrückgang und kürzere Bearbeitungsdauer
Dritter Teilhabeverfahrensbericht zeigt Entwicklungen im Reha- und Teilhabesystem auf**
- 10 Reha-Entwicklung
Von der Qualitätssicherung zur qualitätsorientierten Reha-Steuerung**
- 12 Recht
Datenschutz als Grundlage für Vertrauen und Zusammenarbeit im BEM**

Impressum

Reha-Info der BAR, Heft 1, Februar 2022

Herausgeber: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR), Solmsstr. 18, 60486 Frankfurt am Main

Verantwortlich für den Inhalt:
Prof. Dr. Helga Seel

Redaktion: Günter Thielgen (verantwortlich), Dr. Regina Ernst, Franziska Fink, Bernd Giraud, Dr. Teresia Widera

Ausgabenstatistik: Christian Brand, Dr. Stefan Schüring

Teilhabeverfahrensbericht (THVB):
Dr. Lisa-Rebekka Ulrich, Dr. Stefan Schüring

Rechtsbeitrag: Dr. Thomas Stähler, Marcus Schian

Telefon: 069/605018-0

E-Mail: presse@bar-frankfurt.de

Internet: www.bar-frankfurt.de

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) ist der Zusammenschluss der Reha-Träger. Seit 1969 fördert sie im gegliederten Sozialleistungssystem die Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen. Die BAR koordiniert und unterstützt das Zusammenwirken der Reha-Träger, vermittelt Wissen und arbeitet mit an der Weiterentwicklung von Rehabilitation und Teilhabe. Ihre Mitglieder sind die Träger der Gesetzlichen Renten-, Kranken- und Unfallversicherung, die Bundesagentur für Arbeit, die Bundesländer, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, die Kasenärztliche Bundesvereinigung sowie die Sozialpartner.

Nachdruck und Vervielfältigungen, auch auszugsweise, sind nur mit Genehmigung der BAR gestattet.

Druck: reha gmbh, Saarbrücken

Druckauflage: 2700 Exemplare

Schlussredaktion und Grafik: Perfect Page, Karlsruhe
Jill Köppe-Ritzenthaler, Clarissa Rosemann

Titelbild: Vlastimil Šesták, adobe stock
Composing: Clarissa Rosemann

Gedruckt auf Umweltpapier Circleoffset Premium White, FSC®-zertifiziert, Blauer Umweltengel und EU Ecolabel



Prof. Dr. Helga Seel
Geschäftsführerin der BAR

Liebe Leserin und lieber Leser,

seit zwei Jahren bestimmt das Thema Corona das berufliche und private Leben. Unsere Gesellschaft ist am Beginn eines Jahrzehnts im Umbruch. Umbrüche müssen gestaltet und Neuerungen auf den Weg gebracht werden. Auch für die Rehabilitation zeichnen sich Herausforderungen ab, damit Teilhabe von Menschen mit Behinderungen weiter gut gelingen kann.

So hat die neue Bundesregierung in ihrem Koalitionsvertrag Forderungen der Reha-Branche aufgenommen und beispielsweise die bedarfsgerechte Ausgestaltung des Reha-Budgets der Deutschen Rentenversicherung auf ihre Agenda gesetzt. Außerdem sollen die enormen Potenziale der Reha und Vorsorge gestärkt werden, mit Plänen für einen verbesserten Zugang zu Maßnahmen der Reha, oder der Stärkung des Grundsatzes Prävention vor Reha vor Rente.

Damit gilt es, sich trotz – oder gerade wegen der Pandemieherausforderungen – auch den wichtigen Baustellen zur Verbesserung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen anzunehmen. Mit der Verabschiedung der Schwerpunktplanung der BAR für die Jahre 2022 bis 2024 durch den Vorstand wurden wichtige Weichen für die Arbeit der BAR in den kommenden Jahren gestellt. Daraus ergeben sich zahlreiche Verknüpfungen zu den im Koalitionsvertrag formulierten Zielen und die BAR wird mit ihren Vorhaben Beiträge zur Zielerreichung leisten können.

Diese konkretisieren sich in Fachthemen – wie beispielsweise der Qualitätssicherung in der Rehabilitation, dem Schutz von Sozialdaten, der Qualifizierung von Reha-Beraterinnen und Beratern – aber auch in gesellschaftlichen Kernthemen wie Barrierefreiheit, Digitalisierung oder Partizipation.

Nach wie vor ist eine gute Datenbasis die Grundlage für Entwicklung und Weiterentwicklung. Diese Ausgabe befasst sich schon beinahe traditionell mit Zahlen, Daten, Fakten zu Reha und Teilhabe, wirft einen Blick auf die trägerübergreifenden Ausgaben und erläutert den dritten Teilhabeverfahrensbericht, der Daten zum Reha-Geschehen in einen Kontext setzt und sie damit „handlungsleitend“ macht. Ein Beitrag zur Qualitätssicherung, die ja letztendlich auf das Ergebnis einer nachhaltigen Reha abzielt, rundet die Ausgabe ab.

Ich wünsche Ihnen eine spannende Lektüre.
Ihre Helga Seel



Fort und Weiterbildung der BAR

● Seminarprogramm 2022

Fort- und Weiterbildung wird immer wichtiger. Denn nur wenn komplexe Inhalte verständlich aufbereitet und an Fachkräfte vermittelt werden, können diese ihr Wissen erweitern und das eigene Handeln reflektieren. Das Seminarprogramm der BAR ist dreistufig mit drei Seminartypen: die Vermittlung von Grundlagen zur Rehabilitation und Teilhabe (Basis), die Vermittlung von Handlungswissen und Praxistransfers (Fokus) und der gemeinsame Austausch von Erfahrungs- und Praxiswissen (Dialog). Ob Präsenzseminar, Onlineseminar oder E-Learning, Ziel ist, den Teilnehmenden Orientierungs- und Handlungswissen zur Verfügung zu stellen und über Praxisbezüge den Blick für die Möglichkeiten der Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen zu schärfen, aber auch die Netzwerkbildung zu fördern. Das Seminarprogramm steht auf der BAR-Website, hier ist auch eine Direktanmeldung möglich.



www.bar-frankfurt.de > Service > Fort-und-Weiterbildung > BAR-Seminare



Long COVID

● Eine Bestandsaufnahme

Der Versorgungsbereich der medizinischen Rehabilitation ist überwiegend auf die Versorgung von Betroffenen mit Long COVID vorbereitet. Dies ergab eine aktuelle Befragung der BAR, die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) initiiert wurde. Die Mehrheit der Einrichtungen, in denen Long COVID behandelt wird, verfügt über freie Kapazitäten. Die Ergebnisse der Long-COVID-Bestandserhebung unterstreichen die Bedeutung der medizinischen Rehabilitation in der Behandlung der gesundheitlichen und teilhabebezogenen Langzeitfolgen von COVID-19. Qualitative Vertiefungen werden die Einordnung und Bewertung der Ergebnisse unterstützen. Die Gesamtergebnisse der Erhebung sind auf der Website der BAR veröffentlicht.



www.bar-frankfurt.de
> Themen > Weiterentwicklung und Forschung > Long-COVID in der Reha: Erhebung



Neue Publikationen

● Reha-Sport und Funktionstraining

In der Bewegung liegt die Kraft: Reha-Träger und Leistungserbringer haben ab 2022 neue Regelungen zur Umsetzung des Anspruchs auf Reha-Sport und Funktionstraining vereinbart. So wurde auf Basis von Modellprojekten die Ausgestaltung von Angeboten des Herzsports weiterentwickelt und das Spektrum von Angeboten des Reha-Sports geöffnet. Mit den Erfahrungen aus der Corona-Pandemie wurde die Möglichkeit von Übungen im Freien aufgenommen und als mögliches Format dauerhaft ergänzt. Modernisiert wurde auch das Anerkennungsverfahren. Als Hilfestellung für die Praxis wurde dazu eine Checkliste zur Anerkennung von Angeboten entwickelt.

● Arbeitshilfe Datenschutz II

Kompliziert, aber machbar – das ist eine Quintessenz zum Datenschutz in der Reha. Um die Praxis zu unterstützen, hat die BAR in einer Arbeitsgruppe mit Reha-Trägern, Ministerien, Datenschutzbehörden und weiteren Experten eine zweite BAR-Arbeitshilfe zum Thema erarbeitet, die nun erschienen ist.



www.bar-frankfurt.de > Service > Publikationen:
> Reha-Vereinbarungen | > Reha-Grundlagen



Bild: H.L.Ko, adobe stock

Trägerübergreifende Ausgabenstatistik der BAR Ausgaben für Reha und Teilhabe steigen auch in der Pandemie

+1,0%

Je nach Trägerbereich
sehr unterschiedliche
Entwicklungen

Im Jahr 2020 war auch der Bereich der Rehabilitation und Teilhabe von den Auswirkungen der globalen Corona-Pandemie betroffen. Durch sie konnten viele Leistungen nicht mehr in der gleichen Art und Weise durchgeführt werden wie zuvor. Die Leistungserbringer waren teilweise von schwerwiegenden finanziellen Einbußen oder sogar Schließungen bedroht. Durch das Sozialdienstleister-Einsatzgesetz (SoDEG) wurde eine Rechtsgrundlage geschaffen, die es den Trägern der Rehabilitation und Teilhabe ermöglichte, Ausgleichszahlungen für Ausfälle der Einnahmen an die Leistungserbringer zu tätigen. Diese Zahlungen finden in Teilen ebenfalls Eingang in die Ausgabenstatistik der jeweiligen Trägerbereiche.

In dieser außergewöhnlichen Situation steigen die Reha-Ausgaben der Leistungsträger insgesamt weiter an und betragen für das Jahr 2020 insgesamt 40,4 Mrd. Euro, was im Vergleich zum Vorjahr einem Anstieg von rund 399 Mio. Euro bzw. 1,0 Prozent entspricht. Die Steigerung fällt dabei niedriger aus als in den vergangenen Jahren. Der differenzierte Blick in die einzelnen Trägerbereiche zeigt sehr unterschiedliche Entwicklungen. Im Folgenden werden zunächst die Anteile der einzelnen Trägerbereiche an den Gesamtausgaben ausgewertet. Es folgt ein Vergleich der Entwicklung der Reha-Ausgaben mit der des Bruttoinlandsproduktes sowie

mit der des Sozialbudgets. Die Gegenüberstellung ermöglicht, zusätzliche Erkenntnisse über das Verhältnis der Ausgabenentwicklung des Reha-Sektors im Kontext der Entwicklung der Wirtschaft und des Sozialleistungssystems zu gewinnen. Wie jedes Jahr werden die Ausgaben der einzelnen Trägerbereiche für Reha und Teilhabe sowie der Integrationsämter detailliert ausgewertet. Ergänzend zu diesen Auswertungen betrachtet ein erweiterter Beitrag auf der BAR-Website die Entwicklungen der Reha-Ausgaben der einzelnen Rehabilitationsträgerbereiche in einer Zeitreihenanalyse (www.bar-frankfurt.de > Themen > Zahlen-daten-und-fakten).

Gesamtausgaben nach Trägerbereichen

Im Jahr 2020 steigen die Ausgaben der Trägerbereiche sowie der Integrationsämter im Vergleich zum Vorjahr um 1,0 Prozent auf insgesamt 40,4 Mrd. Euro. Damit setzt sich der Anstieg der Reha-Ausgaben zwar fort, allerdings in geringerem Umfang als zuletzt. Im vorigen Berichtsjahr 2019 betrug die Steigerung der Ausgaben 5,1 Prozent, in den letzten fünf Jahren lag sie durchschnittlich bei 4,2 Prozent.

Die absoluten Ausgaben der Trägerbereiche für die Jahre 2016 bis 2020 sind in Abbildung 1 dargestellt. Das Spektrum an Leistungen zu Reha und Teilhabe ist

Schwerpunkt: Zahlen, Daten, Fakten

dabei sehr vielfältig und die unterschiedlichen Trägerbereiche sind für unterschiedliche Leistungsarten und -formen zuständig. Die Vielfalt der Leistungsarten geht daher nicht immer mit gleichen und zwischen den Trägerbereichen vergleichbaren Kostenarten einher (siehe Tabelle 1, Seite 7). Grundsätzlich entspricht die Verteilung auf die einzelnen Trägerbereiche der der Vorjahre. Im Jahr 2020 gibt es aber einzelne Verschiebungen.

Wie auch in den vergangenen Jahren entsprechen die Ausgaben der Eingliederungshilfe in etwa der Hälfte der Gesamtausgaben. Für 2020 beträgt der Anteil 53,5 Prozent. Er liegt damit 0,9 Prozentpunkte höher als im Vorjahr (2019: 52,4 %). Nahezu identisch bleiben die Anteile der Rentenversicherung mit 17,3 Prozent (2019: 17,3 %) und der Unfallversicherung mit 12,5 Prozent (2019: 12,7 %).

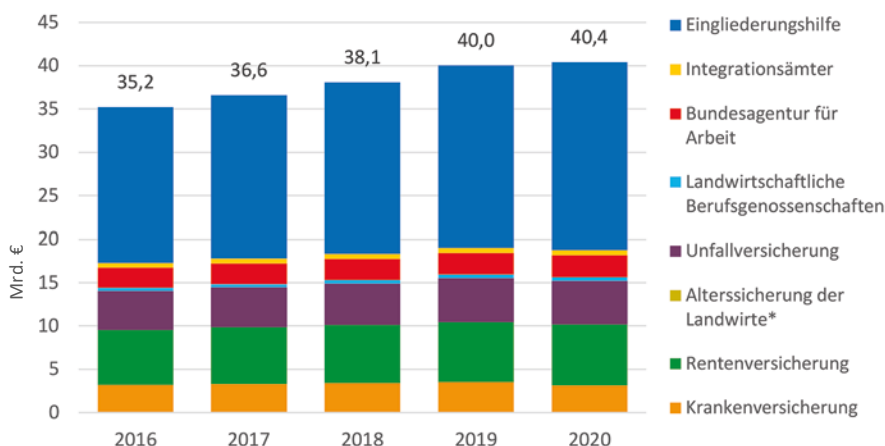
Verringert hat sich der prozentuale Anteil der gesetzlichen Krankenkassen. Er liegt für 2020 bei 7,7 Prozent, was einem Rückgang um 1,1 Prozentpunkte entspricht (2019: 8,8 %). Nahezu unverändert ist der Anteil der Bundesagentur für Arbeit mit 6,4 Prozent (2019: 6,3 %).

Bei den auf die Ausgaben bezogenen, vergleichsweise kleineren Trägerbereichen entsprechen die relativen Anteile an den Gesamtausgaben im Wesentlichen denen des Vorjahres. So beträgt der Anteil der Integrationsämter 1,4 Prozent (2019: 1,5 %). Auf die Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften entfallen 1,1 Prozent aller Ausgaben (2019: 1,0 %). Den geringsten Anteil hat die Alterssicherung der Landwirte mit 0,03 Prozent aller Ausgaben – dieser Wert ist gleichgeblieben.

Reha-Ausgaben im Kontext

In den vergangenen beiden Berichtsjahren wurde die Entwicklung der Reha-Ausgaben ins Verhältnis zur Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes und des Sozialbudgets gesetzt. Dabei wurde festgestellt, dass nach jahrelanger nahezu paralleler Entwicklung das Sozialbud-

Abbildung 1: Gesamtausgaben und Anteile der Trägerbereiche 2016 bis 2020



* Ausgabenvolumen der Alterssicherung der Landwirte grafisch nicht darstellbar (Werte < 1%)

© BAR 2022

get und insbesondere die Reha-Ausgaben schneller wachsen als das BIP. Von 2015 bis 2019 legte das BIP um insgesamt 14,8 Prozent zu, das Sozialbudget wuchs um 17,7 Prozent, die Reha-Ausgaben erhöhten sich um 18,5 Prozent. Durch die globale Pandemie, die ergriffenen Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung und insbesondere durch finanzielle Hilfspakete der öffentlichen Haushalte wird der in den letzten Jahren festgestellte Trend unterbrochen. Während die Reha-Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr um 1,0 Prozent ansteigen, steigt das Sozialbudget um 7,1 Prozent. Das BIP hingegen schrumpft um 3,0 Prozent.

Ausgaben der einzelnen Trägerbereiche

Die absoluten Ausgaben der einzelnen Trägerbereiche können der ausführlichen Tabelle 1 auf Seite 7 entnommen werden. Durch die ausgewiesenen Aufwandsarten können im Folgenden trägerspezifische Besonderheiten und Trends analysiert werden.

Gesetzliche Krankenversicherung

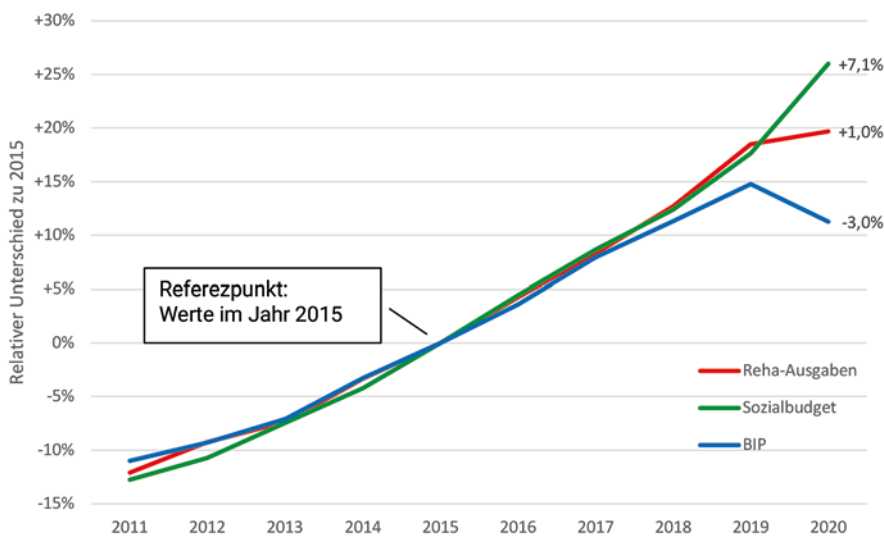
Bei den Krankenkassen sinken die Reha-Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr um 11,7 Prozent auf insgesamt 3,1 Mrd. Euro. Damit verringern sich die Ausgaben nach kontinuierlichem Wachstum

erstmals seit 2006. Der Rückgang erstreckt sich auf alle Ausgabenfelder mit Ausnahme der Ausgaben für das Persönliche Budget, die um 15,3 Prozent auf 67 Mio. Euro ansteigen. 1,8 Mrd. Euro entfallen auf die stationäre Anschlussrehabilitation (-6,3 %), die weiterhin den größten Einzelposten darstellt. Die Ausgaben für die stationäre Rehabilitation sinken um 21,2 Prozent auf 394 Mio. Euro (2019: 500 Mio. Euro). Die Ausgaben für die ambulante Rehabilitation verzeichnen einen Rückgang um 11,7 Prozent auf 125 Mio. Euro (2019: 141 Mio. Euro). Die Ausgaben enthalten auch Aufwendungen nach dem Sozialdienstleister-Einsatzgesetz (SodEG). Der Rückgang der Leistungsausgaben der GKV im Jahr 2020 für Reha und Teilhabe steht im Kontrast zu einer Erhöhung des Ausgabenvolumens der GKV im Jahr 2020 im Krankenhausbereich, in der ambulanten Versorgung sowie der Versorgung mit Arzneimitteln und Heil-/Hilfsmitteln.

Gesetzliche Rentenversicherung

Die Träger der Rentenversicherung geben 2020 insgesamt 7 Mrd. Euro für Leistungen zur Reha und Teilhabe aus, was einem Anstieg von 1,8 Prozent im Jahresvergleich entspricht. Der Zuwachs fällt damit geringfügig niedriger aus als in den vergangenen Jahren.

Abbildung 2: Entwicklung der Reha-Ausgaben, des Sozialbudgets und des Bruttoinlandsproduktes (BIP, in jeweiligen Preisen) im Verhältnis zum Basisjahr 2015 und Veränderung zum Vorjahr in Prozent



© BAR 2022

Mit 4,9 Mrd. Euro sind die Ausgaben der Rentenversicherung für medizinische Rehabilitation weiterhin die höchsten unter allen Trägerbereichen (+5,8 %). Für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) werden 1,2 Mrd. Euro verausgabt. Hier liegt ein Rückgang um 4,1 Prozent im Vergleich zu 2019 vor. Die Ausgaben für LTA sanken bereits in den vergangenen Jahren, jedoch weniger stark.

Die Ausgaben enthalten auch Aufwendungen nach dem Sozialdienstleister-Einsatzgesetz (SodEG).

Alterssicherung der Landwirte

Die Alterssicherung der Landwirte weist ihre Ausgaben separat von der Deutschen Rentenversicherung aus. Im Vergleich zum Vorjahr sinken die Ausgaben um 20,2 Prozent auf 10,2 Mio. Euro. Im Vorjahr betrugen die Ausgaben 12,7 Mio. Euro. Dieser Trägerbereich verzeichnet damit prozentual den größten Ausgabenrückgang.

Gesetzliche Unfallversicherung

Auch die Ausgaben der Unfallversicherung gehen 2020 zurück. Sie sinken erstmals seit 2007 und im Vorjahresvergleich um 0,7 Prozent auf 5,0 Mrd. Euro.

Der Rückgang betrifft insbesondere die anteilig größten Posten: Ausgaben für ambulante Heilbehandlung und Zahnersatz sinken um 2,1 Prozent auf 1,7 Mrd. Euro, die Ausgaben für stationäre Behandlung und häusliche Krankenpflege sinken um 2,6 Prozent auf 1,2 Mrd. Euro. Zuwächse sind beim Verletztengeld und besonderer Unterstützung (+1,8 %) sowie sonstigen Heilbehandlungskosten zu verzeichnen (+2 %).

Bei den Angaben der Unfallversicherung ist zu beachten, dass diese nicht nur Reha-Ausgaben, sondern auch die Ausgaben für medizinische Akutbehandlung umfassen. Die Ausgaben für LTA sinken um 0,8 Prozent auf nunmehr 165 Mio. Euro. Im Vorjahr betrug der Rückgang 3,8 Prozent.

Landwirtschaftliche Unfallversicherung

Wie auch bei der Alterssicherung der Landwirte werden die Ausgaben der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften getrennt von den übrigen Trägern der Unfallversicherung ausgewiesen. Die Reha-Ausgaben betragen 2020 428 Mio. Euro, das sind 3,3 Prozent mehr als im Vorjahr.

Bundesagentur für Arbeit

Die Ausgaben der Bundesagentur für Arbeit betragen 2020 insgesamt 2,6 Mrd. Euro. Das entspricht einer Steigerung um 2,3 Prozent im Vergleich zu 2019. Pflichtleistungen der LTA machen mit 2,4 Mrd. Euro den größten Anteil im Trägerbereich der BA aus. Diese steigen um 2,6 Prozent an. Ermessensleistungen der LTA haben 2020 einen Umfang von 108 Mio. Euro (-3,5 %). Auch in diesem Trägerbereich machen Leistungen in Form des Persönlichen Budgets mit 14 Mio. Euro nur einen geringen Anteil (0,5 %) aller Ausgaben aus und sind im Berichtsjahr um 0,9 Prozent gesunken.

Integrationsämter

Aus den Mitteln der Ausgleichsabgabe der Arbeitgeber finanzieren die Integrationsämter ihre Leistungen an Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung bzw. an jene Unternehmen, die sie beschäftigen. Im Jahr 2020 betragen die Ausgaben der Integrationsämter insgesamt 583 Mio. Euro. Dies entspricht einem Rückgang von 0,5 Prozent. Den größten Anteil an den Ausgaben machen mit 80 Prozent begleitende Hilfen im Arbeitsleben aus, deren Ausgabevolumen um 3,5 Prozent steigt.

Eingliederungshilfe

Gemessen an den Ausgaben für Reha- und Teilhabeleistungen bleibt die Eingliederungshilfe der mit Abstand größte Trägerbereich. Im Jahr 2020 belaufen sich die Ausgaben auf 21,6 Mrd. Euro, was einer Steigerung von 3,1 Prozent zum Vorjahr entspricht. Die Ausgaben und Einnahmen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX werden für 2020 erstmalig nach den Leistungsgruppen des § 5 SGB IX ausgewiesen. Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden 2020 insgesamt 48 Mio. Euro verausgabt. Dies entspricht einem Anteil von 0,2 Prozent an den Gesamtausgaben der Eingliederungshilfe und einem Anstieg von 12,3 Prozent

Schwerpunkt: Zahlen, Daten, Fakten

zum Vorjahr. Für LTA betragen die Ausgaben 5,1 Mrd. Euro, was einen Rückgang von 5,2 Prozent bedeutet (2019: 5,3 Mrd. Euro). Von den Ausgaben für LTA entfallen 99,2 Prozent auf Leistungen zur Beschäftigung in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM). Die Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe an Bildung betragen 1,8 Mrd. Euro. Ein Vorjahresvergleich ist hier ebenso wenig möglich wie bei den Leistungen zur sozialen Teilhabe, die mit 14,3 Mrd. Euro den größten Posten innerhalb der Eingliederungshilfe ausmachen.

Fußnoten Tabelle:

- [1] Rundungsabweichungen können auftreten. Für die Richtigkeit der genannten Zahlen können wir keine Gewähr übernehmen, da diese in der Verantwortung der einzelnen Herausgeber liegen.
- [2] In der UV kann eine Trennung der Ausgaben zur Heilbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation nicht vorgenommen werden.
- [3] Die Statistik der Ausgaben der Eingliederungshilfe wurde zum Berichtsjahr 2020 umfassend umgestellt. Zeitreihen können daher nicht in allen Einzelposten fortgeführt werden (-/Zellen). LTA enthalten im Unterschied zur letzter Ausgabenstatistik nun Leistungen zur Beschäftigung in WfbM.

Datenquellen

- BA (2021): Finanzentwicklung im Beitragshaushalt SGB III (Dezember 2020).
- BMAS (2021): Sozialbericht 2021.
- BMG (2021): Gesetzliche Krankenversicherung. Endgültige Rechnungsergebnisse 2020.
- Destatis (2021a): Bruttoausgaben der Eingliederungshilfe.
- Destatis (2021b): VGR des Bundes – Bruttowertschöpfung, Bruttoinlandsprodukt (in jeweiligen Preisen): Deutschland, Jahre.
- DGUV (2021): Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand 2020.
- SVLFG (2021a): Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der Alterssicherung der Landwirte.
- SVLFG (2021b): Rechnungsergebnisse der landwirtschaftlichen Unfallversicherung.

Die Ausgaben der Integrationsämter werden im BIH-Jahresbericht 2020 | 2021 der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen veröffentlicht. Dieser stand zum Redaktionsschluss noch nicht zur Verfügung. Es handelt sich um vorab an die BAR übermittelte Daten.

Die Ausgaben der Deutschen Rentenversicherung werden in dieser Form nicht mehr veröffentlicht. Es handelt sich um Sonderauswertungen der Deutschen Rentenversicherung zur Erstellung der Ausgabestatistik der BAR.

Ausführlichere Quellenangaben mit Verlinkungen sind verfügbar unter: www.bar-frankfurt.de/themen/zahlen-daten-und-fakten

Tab.1 Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe

(2018 – 2020) in Millionen Euro [1]

	2018	2019	2020	Veränd.
	in Mio €	in Mio €	in Mio €	19–20
Krankenversicherung	3.377	3.535	3.122	-11,7%
Stationäre Anschlussrehabilitation gesamt	1.882	1.908	1.788	-6,3%
Stationäre Rehabilitation gesamt	454	500	394	-21,2%
Rehabilitation für Mütter und Väter	10	7	4	-47,2%
Ambulante Rehabilitation gesamt	134	141	125	-11,7%
Beiträge zur UV für Rehabilitanden	66	62	83	34,5%
Rehasport/Funktionstraining	277	293	137	-53,3%
Sonstige ergänzende Leistungen	105	113	102	-9,7%
Leistungen in sozialpäd. Zentren	248	271	267	-1,5%
Belastungserprobung u. Arbeitstherapie	0,55	0,60	0,58	-3,1%
Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung	146	165	143	-13,7%
Ergänzende Leistungen zur Reha (DMP)	14	15	12	-22,1%
Persönliches Budget	41	58	67	15,3%
Rentenversicherung	6.757	6.907	7.032	1,8%
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	4.461	4.633	4.903	5,8%
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)	1.328	1.289	1.237	-4,1%
Prävention, Kinderrehabilitation, Nachsorge, Sonstige Leistungen	577	590	514	-12,9%
Sozialversicherungsbeiträge	390	394	377	-4,3%
Persönliches Budget	0,50	0,50	0,52	3,1%
Alterssicherung der Landwirte	13	13	10	-20,2%
Unfallversicherung [2]	4.761	5.076	5.039	-0,7%
Ambulante Heilbehandlung u. Zahnersatz	1.639	1.764	1.726	-2,1%
Stationäre Behandlung u. häusliche Krankenpflege	1.206	1.271	1.238	-2,6%
Verletztengeld und besondere Unterstützung	766	827	842	1,8%
Sonstige Heilbehandlungskosten	977	1.047	1.068	2,0%
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)	173	167	165	-0,8%
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften	391	414	428	3,3%
Persönliches Budget	1,94	1,92	1,94	1,2%
Bundesagentur für Arbeit	2.436	2.510	2.567	2,3%
Pflichtleistungen der LTA	2.310	2.384	2.446	2,6%
Ermessensleistungen der LTA	113	111	108	-3,5%
Persönliches Budget	14	14	14	-0,9%
Integrationsämter	576	586	583	-0,5%
Begleitende Hilfe im Arbeitsleben	453	471	488	3,5%
Arbeitsmarktprogramme	49	50	42	-16,3%
Sonstige Leistungen	74	65	53	-17,9%
davon Trägerübergreifendes Persönliches Budget	0,48	0,44	0,23	-47,6%
Eingliederungshilfe [3]	19.748	20.973	21.631	3,1%
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	42	42	48	12,3%
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	5.161	5.339	5.061	-5,2%
davon Leistungen zur Beschäftigung in WfbM	5.118	5.288	5.022	-5,0%
Leistungen zur Teilhabe an Bildung	/	/	1.841	/
Leistungen zur sozialen Teilhabe	/	/	14.279	/
davon Assistenzleistungen	/	/	11.146	/
Sonstige Leistungen der Eingliederungshilfe	/	/	402	/
Ausgaben insgesamt	38.058	40.012	40.411	1,0%

© BAR 2022

Antragsrückgang und kürzere Bearbeitungsdauer Dritter Teilhabeverfahrensbericht zeigt Entwicklungen im Reha- und Teilhablesystem auf



Blickt man auf das Jahr 2020, hatte nicht nur der Ausbruch der SARS-CoV-2-Pandemie unmittelbare Auswirkungen auf das System der Rehabilitation und Teilhabe. Auch wichtige gesetzlich induzierte Fortentwicklungen haben stattgefunden, wie zum Beispiel das Inkrafttreten der dritten Reformstufe des Bundesteilhabegesetzes (BTHG). Die Daten aus dem Teilhabeverfahrensbericht nach § 41 SGB IX liefern konkrete Einblicke in die Entwicklungen und zu den Auswirkungen auf das Antrags- und Leistungsgeschehen im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe. Die BAR hat am 30. Dezember 2021 den dritten Teilhabeverfahrensbericht veröffentlicht. Dem Bericht liegen die Daten der Rehabilitationsträger aus dem Jahr 2020 zugrunde.

Mit dem dritten Teilhabeverfahrensbericht können erstmals die Daten zu ausgewählten Sachverhalten aus zwei Berichtsjahren – 2019 und 2020 – mittels Zeitreihenanalyse verglichen und Veränderungen aufgezeigt werden. Der Hintergrund, die Zielsetzung und allgemeine Informationen zur Methodik des Teilhabeverfahrensberichts sind in der Reha-Info 1/2020¹ ausführlich beschrieben. Im Nachfolgenden werden ausgewählte Ergebnisse aus dem aktuellen Teilhabeverfahrensbericht vorgestellt.

Ausgewählte Ergebnisse

Für den dritten Teilhabeverfahrensbericht liegen Daten von 1.064 Trägern vor. Die Meldequote liegt bei knapp 85 Prozent und ist im Vergleich zum Vorjahr um sechs Prozentpunkte gestiegen. Insgesamt waren 1.258 Rehabilitationsträger für das Berichtsjahr 2020 bei der BAR für eine Datenübermittlung registriert. Knapp 15 Prozent der Rehabilitationsträger sind ihrer gesetzlichen Berichtspflicht nicht nachgekommen (Nicht-Meldung). Auch sie werden im Teilhabeverfahrensbericht abgebildet.

Anzahl gestellter Anträge

In 2020 sind knapp 2,8 Millionen Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe bei den Rehabilitationsträgern eingegangen. Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich bei den gestellten Anträgen ein Rückgang um 14,7 Prozent² (siehe Abb. 1).

Bearbeitungsdauer von Anträgen

Die Bearbeitungsdauer ergibt sich aus der Zeit vom Antragseingang beim leistenden Rehabilitationsträger bis zur Entscheidung über den Antrag. In 2020 dauerte es im Durchschnitt 21,7 Tage bis zur Entscheidung über einen Antrag – unabhängig davon, wie über einen Antrag entschieden wurde. Wird ein Antrag vollständig oder teilweise bewilligt, dauerte es 2020 im Vergleich zu 2019 durchschnittlich 1,5 Tage³ kürzer, bis die Entscheidung vorlag.

Erstattung selbstbeschaffter Leistungen (nach § 18 SGB IX)

Wenn über einen Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe nicht innerhalb von zwei Monaten ab Antragseingang entschieden werden kann, teilt der leistende Rehabilitationsträger dem

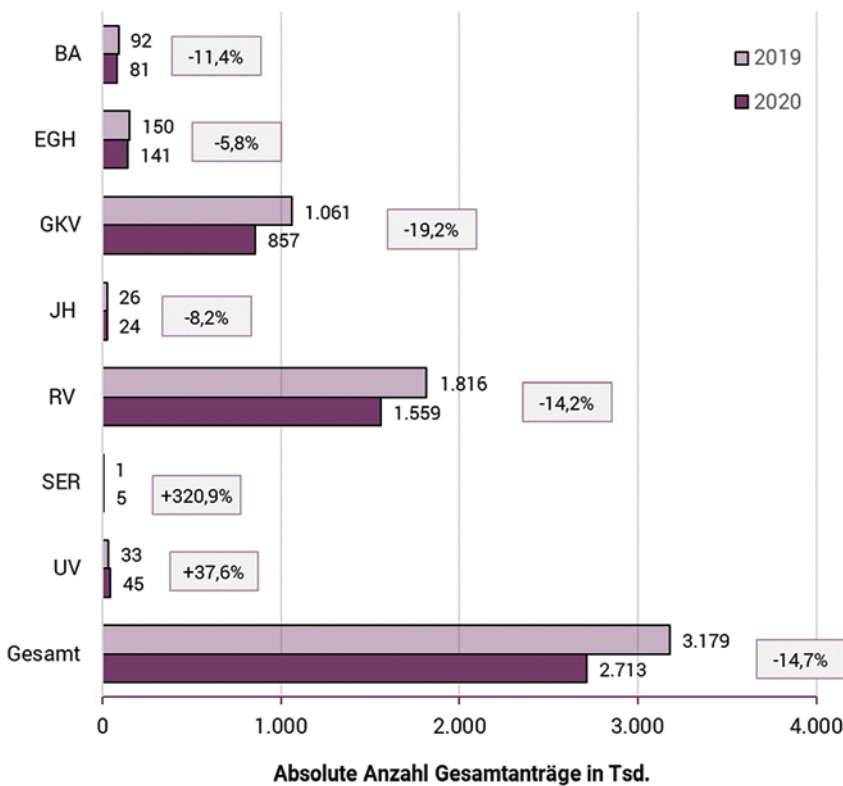
Antragstellenden vor Ablauf der zwei Monate die Gründe hierfür und das voraussichtliche Datum der Entscheidung schriftlich mit. Erfolgt keine begründete Mitteilung oder ist der in einer begründeten Mitteilung genannte Zeitraum abgelaufen, gilt die beantragte Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschafft sich die bzw. der Leistungsberechtigte eine als genehmigt geltende Leistung dann selbst, ist der leistende Rehabilitationsträger zur Erstattung der selbstbeschafften Leistungen verpflichtet. Dies gilt nicht für die Trägerbereiche EGH, JH und KOF (§ 18 Abs. 7 SGB IX). Eine Verpflichtung zur Erstattung selbstbeschaffter Leistungen in Fällen der Unaufschiebbarkeit oder der unberechtigten Ablehnung einer beantragten Leistung gilt hingegen für alle Trägerbereiche (§ 18 Abs. 6 SGB IX).

Von insgesamt 158 in 2020 entschiedenen Erstattungsanträgen, wurden knapp 94 Prozent bewilligt (Erstattung in voller Höhe als auch Erstattung eines Teils der Aufwendungen; siehe Abb. 2).

Widersprüche

Antragstellende haben die Möglichkeit, gegen die Leistungsentscheidung eines Rehabilitationsträgers rechtlich vorzugehen. Für den Teilhabeverfahrensbericht werden Rechtsbehelfe in Form von Widersprüchen und Klagen erfasst. Der Erfolg eines Widerspruchs oder einer Klage wird hier aus Sicht der Leistungsberechtigten formuliert. Ein Rechtsbehelf wird im Teilhabeverfahrensbericht also als erfolgreich erfasst, wenn ihm aus Sicht der Leistungsberechtigten stattgegeben wurde. In 2020 sind die Hälfte aller eingegangenen

Abbildung 1: Absolute Anzahl der Gesamtanträge nach Trägerbereich und Berichtsjahr



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl der Gesamtanträge sowohl für das Berichtsjahr 2019 als auch für das Berichtsjahr 2020 vorliegen. Die Anzahl der Gesamtanträge in der Datengrundlage wurde jeweils entsprechend angepasst. Im umrandeten Feld rechts neben den Balken ist für jeden Trägerbereich angegeben, um wieviel Prozent die Anzahl der Gesamtanträge im Berichtsjahr 2020 von der Anzahl der entsprechenden Gesamtanträge im Berichtsjahr 2019 abweicht.

©BAR 2022

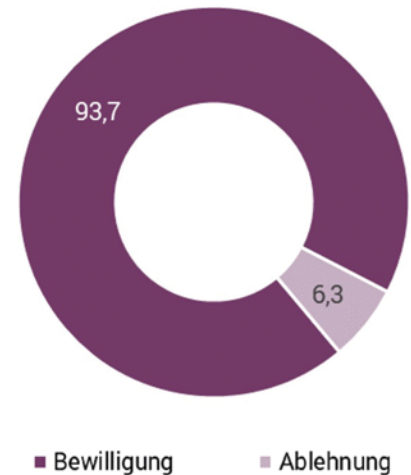
Widersprüche zugunsten von Leistungsberechtigten entschieden worden. Diese und weitere Ergebnisse werden im dritten Teilhabeverfahrensbericht in Kapitel 3 gezeigt.

Arbeiten mit dem Teilhabeverfahrensbericht

Der Gesetzgeber hat mit dem Teilhabeverfahrensbericht ein Instrument geschaffen, das sowohl den gegenwärtigen Stand als auch Veränderungen der Entscheidungsprozesse der Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe darstellt und somit die Transparenz im Reha-

Leistungsgeschehen erhöht. Der Teilhabeverfahrensbericht etabliert sich als wertvolle Informationsgrundlage für die Betrachtung von Entwicklung im System der Rehabilitation und Teilhabe. Dadurch wird Transparenz hergestellt, die es allen handelnden Akteuren ermöglicht, Weiterentwicklungen anzustoßen und das Ergebnis der Veränderungsprozesse im Zeitverlauf zu betrachten. Im Frühjahr 2022 übermitteln die Rehabilitationsträger ihre Daten für den vierten Teilhabeverfahrensbericht, der Ende 2022 erscheinen wird. Auch dieser Bericht wird wieder interessante Einblicke in die Ent-

Abbildung 2: Prozentuale Verteilung der bewilligten bzw. abgelehnten Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der bewilligten als auch zur Anzahl der abgelehnten Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen vorliegen und die mindestens einen solchen Erstattungsantrag bewilligt oder abgelehnt (also mindestens einen Erstattungsantrag entschieden) haben. Datengrundlage: 158 entschiedene Erstattungsanträge von 51 Trägern. Absolute Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes in dieser Darstellung nicht berücksichtigt.

©BAR 2022

wicklungen der trägerübergreifenden Zusammenarbeit und des Reha- und Teilhabesystems insgesamt geben.

i Der dritte Teilhabeverfahrensbericht steht ab sofort unter www.bar-frankfurt.de > Teilhabeverfahrensbericht zum Download zur Verfügung. Die barrierefreie Fassung sowie eine gedruckte Broschüre können demnächst ebenfalls über die Internetseite der BAR bezogen werden.

1 Verfügbar unter: https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_reha-info_pdfs/reha_info_2020/reha-1-20-umbruch-k4_3_.pdf (letzter Zugriff am 17.12.2021)

2 Für die Berechnung der Werte im Jahresvergleich wurden nur die Daten der Träger berücksichtigt, von denen Angaben zu der/den entsprechenden Meldevariable(n) sowohl für das Berichtsjahr 2019 als auch für das Berichtsjahr 2020 vorliegen. Aus diesem Grund können die Werte im Jahresvergleich von den Werten bei Einzelbetrachtung eines Sachverhalts pro Berichtsjahr abweichen.

3 Siehe Fußnote 2.

Weit mehr als Pflichterfüllung Von der Qualitätssicherung zur qualitätsorientierten Reha-Steuerung

„Qualität“
bezeichnet die
Beschaffenheit, Güte,
den Wert eines Gegen-
standes oder einer
Dienstleistung.

Was verstehen wir unter Qualität in der Rehabilitation? Was macht eine gute Reha-Leistung aus? Wie können wir Qualitätsindikatoren zur Steuerung nutzen? Wie können wir von Qualität als Best-Practice-Beispielen lernen? Wie können wir Qualität nachhaltig sichern? Diesen Fragen ging Prof. Dr. Edwin Toepler, Professor für Management der Rehabilitation an der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg, bei seinem Vortrag am 9. Dezember 2021 vor der Mitgliederversammlung der BAR nach. Die anschließende Diskussion bestätigte die Bedeutung des Themas für den Bereich von Rehabilitation und Teilhabe deutlich.

Jedes Rehabilitationsverfahren ist in die Zukunft gerichtet, denn es geht um die Erreichung eines bestimmten Rehabilitationsziels. Am Anfang steht deshalb zunächst die Ausgangslage des Rehabilitanden: die Art und Schwere seiner Behinderung und die hieraus resultierenden Einschränkungen für die Teilhabe. Es folgen Fragen nach dem Ziel und wie die Beeinträchtigungen überwunden werden können, wie Teilhabe wiederhergestellt, zumindest aber verbessert werden kann.

Vom Einzelfall zur systematischen Erfassung und Auswertung

Herr J., Landwirt und Gutsbesitzer in Rumänien, kam 2002 nach Deutschland. Arbeit fand Herr J. zunächst als Hilfsarbeiter auf dem Bau und später dann als Sicherheitskraft im Schichtdienst – für einen über Fünfzigjährigen eher keine guten gesundheitlichen Rahmenbedingungen. Hinzu kamen Anpassungsschwierigkeiten in Deutschland. Nach einem ersten Herzinfarkt mit 55 Jahren und einer anschließenden Reha-Maßnahme arbeitete er dann Teilzeit im Nachtdienst. Unausgefüllte Tage, verstärkter Alkoholkonsum und das zunehmende Gefühl, von seiner Familie als alter, kranker Mann behandelt zu werden, trugen vermutlich dazu bei, dass es zu einem zweiten Herzinfarkt kam.

In der zweiten Reha und angeleitet durch „seine Reha-Ärztin“ kam es dann zum Umdenken und zu Überlegungen, wie es mit seinem Leben weitergehen soll. Was würde sein Leben verbessern und was würde ihn glücklich machen?

Für Herrn J. war das der Umgang mit Tieren, die er schon in Rumänien züchtete. Und so erwarb er mit Unterstützung seiner Familie ein Grundstück und hält Hasen und Hühner.

Hat J. also eine selbstbestimmte Teilhabe im Sinne des SGB IX erreicht?

Ergebnisse evaluieren und veröffentlichen

Die Rehabilitation hat sich in den vergangenen Jahren stark gewandelt, profiliert und professionalisiert. Qualitätsergebnisse der Rehabilitation in Form von Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität dokumentieren Entwicklungen und geben wichtige Hinweise auf ein funktionierendes System. Auch sind Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement schon lange Zeit in der Medizinischen Rehabilitation etabliert. Dennoch mangelt es immer noch an empirischen Bestätigungen zur Wirksamkeit von Reha-Maßnahmen. Es gibt bisher keine Routinedaten zur Teilhabe auf individueller Ebene, wie

sie im Fall von Herrn J. geschildert wird. Dabei ist das Messen und Berichten von Erreichtem, von Ergebnissen, so Prof. Toepler, wahrscheinlich der wichtigste Schritt, um Gesundheitssysteme zu reformieren und zu verbessern. Dafür braucht es auch den „Blick über den Tellerrand“, denn bei der Bewertung, was Qualität einer Reha-Leistung ausmacht, sind auch die Sichtweisen des Leistungsträgers, der behandelnden Einrichtung, der kooperierenden Institutionen, der Patientinnen und Patienten bedeutsam. Wenn es um Teilhabe am Arbeitsleben geht, zudem auch die des Arbeitgebers.

Eine erfolgreiche Rehabilitation ist das Ziel aller Verantwortlichen – der Rehabilitationsträger, der Leistungserbringer und natürlich der Betroffenen selbst. Das gilt auch für die Sozialpartner, was die beiden Vorsitzenden des Vorstandes der BAR in der aktuellen Ausgabe der Reha-Stimme der DEGEMED aus-



führen. Markus Hofmann, DGB, betont, dass die Versichertenseite größten Wert darauf legt, dass die Qualität der Reha-Maßnahmen durchgängig hoch ist und stetig weiterentwickelt wird. Denn nur eine hohe Ergebnisqualität sichere den Reha-Erfolg. Für die Arbeitgeberseite ergänzt Dr. Susanne Wagenmann, BDA: „Die Sozialpartner wirken partnerschaftlich in den Organen der Selbstverwaltung zusammen und sorgen so auch bei den Trägern für qualitativ hochwertige Leistungen einerseits sowie effizienten und wirtschaftlichen Mitteleinsatz andererseits.“

Qualitätsdaten können und sollen stärker als Steuerungsinstrumente genutzt werden: Für die Leistungsträger sind sie Indikatoren für die Belegungssteuerung und Vergütung, für die Leistungserbringer sind sie ein wichtiger Beitrag zur Qualitäts- und Weiterentwicklung der Einrichtung und für die Leistungsempfänger sind sie eine Unterstützung bei der Ausübung ihres Wunsch- und Wahlrechts. Wenn eine selbstbestimmte und umfassende Teilhabe das Qualitätsziel ist, dann stellen sich die Fragen, wie kann diese Qualität gemessen

werden und wie lässt sie sich nachhaltig steuern?

Qualitätsorientierte Steuerung

Prof. Toepler spannt den Bogen von der Qualitätssicherung zur qualitätsorientierten Reha-Steuerung und verweist dabei auf das neue Messinstrument aus der Reha-Outcome-Studie, den MOC-Index (Messergebnisse ein Jahr nach der Reha). Dabei sind nicht nur Kriterien wichtig wie physische und psychische Körperfunktionen, Aktivitäten und Partizipation, oder berufliche Teilhabe und gesundheitliche Lebensqualität, sondern auch die individuelle Bewertung durch die Rehabilitanden.

Legt man dieses Instrument zugrunde, dann lassen sich im Fall von Herrn J. einige Indizien für die Erreichung individueller Teilhabe erkennen. Die berufliche Teilhabe hat er zwar verfehlt, aber die körperlichen und psychischen Einschränkungen konnten verbessert, Partizipation und Aktivitäten gestärkt werden. Und er bezeichnet sich selbst als zufriedenen Menschen. Im Sinne der Ziele des SGB IX und somit einer best-

möglichen Teilhabe wurde hier also tatsächlich Einiges erreicht.

Voraussetzung dafür, dass Qualitätsmanagement-Verfahren einen Beitrag zur Qualitätssicherung, Qualitätsförderung und Weiterentwicklung leisten, ist, dass sie nicht als reine Pflichterfüllung und notwendiges Übel angesehen werden. Sie entfalten dann ihre Möglichkeiten, wenn transparent, offen und fair mit ihnen gearbeitet wird. Nach dem Motto: Qualität ist die Verbesserung des Systems durch genaues Hinschauen. Und das lohnt sich. Laut einer Versorgungsstudie der AOK und der DRV Baden-Württemberg aus dem Jahr 2020 lässt sich durch eine Reha nach einem Jahr eine Bruttowertschöpfung von 4.470 Euro für die Sozialsysteme erzielen.

Best Practice

Wodurch zeichnen sich Kliniken mit überdurchschnittlichem Outcome aus?

- individuelle Therapieplanung, kleine Gruppen
- Individuelle Patientenansprache („persönliche“ Betreuer in Pflege, Therapie)
- Gutes Beschwerdemanagement,
- Freizeitangebote, Lage, Bausubstanz
- sozialmedizinische Beurteilung begründen
- Rhetorisch gute Edukation
- Individuell erarbeitete und formulierte Reha-Ziele
- Nachsorge einleiten
- Kommunikation mit Patienten, im Team (einheitl. Sprache, abteilungsübergreifend, Fachtermini für ausländische Fachkräfte)
- Personalentwicklung (schnell nachbesetzen, Sprachbarrieren abbauen,
- Qualitätsorientierte Klinikleitung, Führungsstruktur

Quelle: Ergebnisse aus der Reha-QM-Outcome-Studie Requamo II



„ Dem Datenschutz kommt in Rehabilitation und Teilhabe eine hohe Bedeutung für eine vertrauensvolle und effektive Zusammenarbeit zu. “



Datenschutz als Grundlage für Vertrauen und Zusammenarbeit im BEM

i Orientierungssätze*

1. Zur Erreichung der Ziele des Betrieblichen Eingliederungsmanagements bedarf es nicht der Bekanntgabe seitens der Arbeitnehmerin mitgeteilter Diagnosedaten gegenüber Vertretern der Arbeitgeberin, die im BEM-Verfahren nicht beteiligt sind.
2. Wird von der Arbeitnehmerin im Rahmen des § 167 Abs. 2 SGB IX eine Einwilligung in eine solche Datenerhebung abverlangt, ist sie im besonderen Maße auf die Freiwilligkeit ihrer Einwilligung hinzuweisen.

LAG Baden-Württemberg, Urteil v. 28.07.2021, Az.: 4 Sa 68/20 (rechtskräftig)

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

Sachverhalt und Entscheidungsgründe

Die Parteien streiten über die Wirksamkeit einer ordentlichen Kündigung. Spätestens ab 2019 traten bei der klagenden Arbeitnehmerin verschiedene Kurzzeiterkrankungen auf, weshalb die beklagte Arbeitgeberin nach ihrem Vortrag ein Verfahren zum BEM einzuleiten beabsichtigte. Neben der Frage des Zugangs des Einladungsschreibens vom Januar 2020 stand vor allem die Verhältnismäßigkeit der Kündigung und in diesem Zusammenhang die rechtskonforme Datenverarbeitung

im BEM im Mittelpunkt. Hierbei ging es insbesondere um eine „Datenschutzklärung“, mit der die Beklagte von der Klägerin eine Einwilligung nicht nur zur „Erhebung“ und „Nutzung“ (auch) von Gesundheitsdaten (s. Art. 4 Nr. 15, Art. 9 EU-DSGVO), sondern auch zur „Bekanntmachung“ der Daten u. a. gegenüber Vorgesetzten und der „Standortleitung“ einholen wollte. Der Kündigungsschutzklage hat das Arbeitsgericht stattgegeben. Die Berufung der Beklagten vor dem LAG war erfolglos.

Ebenso wie die Vorinstanz betont das LAG mit Blick auf § 1 Abs. 2 KSchG, dass die Wirksamkeit einer krankheitsbedingten Kündigung eine negative Gesundheitsprognose und bei deren Vorliegen eine Verhältnismäßigkeitsprüfung voraussetze. Die ordnungsgemäße Durchführung eines BEM sei zwar keine formelle Wirksamkeitsvoraussetzung, die Vorschrift hierzu konkretisiere aber den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz bei einer krankheitsbedingten Kündigung. Insoweit trage die Beklagte die Darlegungs- und Beweislast. Selbst wenn der ordnungsgemäße Zugang des Einladungsschreibens hätte festgestellt werden können, erweise sich jedenfalls die Unterrichtung über die Art und den Umfang der für das BEM erhobenen und verwendeten Daten als unzureichend. Nach Feststellung des Gerichts war das BEM mithin nicht ordnungsgemäß. Für eine „Bekanntmachung“ jedenfalls aller offenbarten Gesundheitsdaten einschließlich Diagnosen gegenüber der Standortlei-

tung, wie in der durch die Beklagte verwendeten „Datenschutzklärung“ vorgesehen, bestehe kein nachvollziehbarer Grund. Es genüge, wenn die Arbeitgeberin wisse, auf welche Einschränkungen bei etwaiger Arbeitsplatzumgestaltung zu achten sei. Der Kenntnis der zugrundeliegenden Diagnosen bedürfe es nicht. Bei „Selbst-Offenbarung“ von Gesundheitsdaten – die nicht zur Durchführung des BEM erforderlich seien – gegenüber den Vorgesetzten, müsse der Arbeitnehmerin bewusst sein, dass dies nur freiwillig geschehen kann und es dazu ihrer (schriftlichen) Einwilligung bedarf.

Vorliegende LAG-Entscheidung setzt die ständige Rechtsprechung zur kündigungsschutzrechtlichen Bedeutung des BEM fort (vgl. z. B. auch Reha-Info 2/2015) und macht bewusst, welche hohe Bedeutung dem Datenschutz für eine vertrauensvolle und effektive Zusammenarbeit der Akteure im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe zukommt. Fragen dazu, welche Daten erforderlich sind bzw. von wem Daten erhoben oder übermittelt werden dürfen, stellen sich wie hier beim BEM im gesamten Reha-Geschehen, in dem regelmäßig gesundheitsbezogene Daten und das Zusammenwirken verschiedener Stellen im Fokus stehen. Mit der Zusammenarbeit der Reha-Träger untereinander und beispielsweise mit Ärztinnen und Ärzten sowie Leistungserbringern befasst sich eine unlängst auf Ebene der BAR veröffentlichte weitere einschlägige Arbeitshilfe („Datenschutz in der Rehabilitation“).

► Lesen Sie in der nächsten Ausgabe: **Familie und Reha**

Erscheinungstermin: 15.4.2022