

Editorial



Controller mögen sie, Journalisten auch, und die Leser sowieso. Denn Zahlen machen aus Botschaften scheinbar Fakten und aus Fakten Botschaften. Aber: Zahlen sprechen nicht für sich – sie bedürfen einer sorgfältigen Interpretation unter Nutzung aller verfügbaren Informationen. Sie müssen „gelesen“ werden, in ein Verhältnis gebracht, in einen Kontext gesetzt werden. Denn wie kann man bewerten, ob Reha-Leistungen (zu) teuer sind, wenn man die Ausgaben nicht in Bezug zum Nutzen setzt. Wenn man nämlich das vielzitierte Diktum einer Prognos-Studie, nach der

die Gesellschaft für jeden in die medizinische Rehabilitation investierten Euro fünf zurückbekomme, anführt, relativieren sich die durchaus hohen Ausgaben für die Dienstleistung Reha und Teilhabe ganz schnell.

Was darf es also kosten? Was ist uns beispielweise das komplexe Reha-Ziel berufliche Teilhabe wert? Allemal geht es um Effektivität und Effizienz, um Investitionen und was dabei herauskommt. Es geht also um Zahlen und Statistiken, und die lassen sich mit dem sogenannten sozialmedizinischen Verlauf von Rehabilitationsmaßnahmen belastbar ins Verhältnis setzen. Man kann Rückschlüsse ziehen, kann eine Kosten-Nutzen-Rechnung aufmachen und erkennt schnell, ob die Investition sich amortisiert hat. Nehmen wir noch einmal die Prognos-Studie. Deren Analyse hat bereits für das Jahr 2005 ergeben, dass durch erfolgreiche Reha-Maßnahmen ca. 6 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage vermieden werden konnten. Das sind 54.400 Berufstätigkeitsjahre oder ein Nettonutzen der Rehabilitation von 5,7 Milliarden Euro. Diese Zahlen sprechen dann für sich.

Ich grüße Sie herzlich
Ihre Helga Seel
Geschäftsführerin der BAR

Inhalt

Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe	I
Das Rehabilitationsgeschehen – Zahlen sprechen Bände	IV
Bundesweit aktiv – Die BAR unterwegs	V
Vorstand, Haushaltsausschuss und Mitgliederversammlung der BAR in Kassel	V
Abgrenzung medizinische Reha / ambulante ärztliche Behandlung	VIII

Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe

Reha braucht eine verlässliche Datenlage – diesen Handlungsauftrag formuliert auch die UN-BRK in Artikel 31: Eine Grundlage zur Entwicklung von Maßnahmen zur umfassenden Verwirklichung von Rehabilitation und Teilhabe, ist das Vorliegen verlässlicher Zahlen, Daten und Fakten. Statistische Informationen und quantitative Angaben ermöglichen erst die systematische Verknüpfung zwischen Theorie und Praxis.

Dazu werden durch die BAR stets aktuell die Zahlen aus einzelnen reha-trägerspezifischen Statistiken gebündelt und aufbereitet. So stehen als Zusammenstellung die Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe im 3-Jahresvergleich zur Verfügung.

31,3 Mrd. Euro für Reha-Leistungen

10 Jahre rückblickend stiegen die Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe kontinuierlich. Und zwar trägerübergreifend: für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Im Jahr 2013 waren das 31,3 Mrd.€, das sind 629 Mio.€ zusätzliche Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr und 5,6 Mrd.€ mehr als noch 2004. Schaut man genauer hin, lassen sich bestimmte Tendenzen aufzeigen.

Gesetzliche Krankenversicherung

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ist ein Plus von 2,6 % zu verzeichnen und damit ein Ausgabenvolumen von 2,8 Mrd.€. Das lässt sich vor allem auf Mehrausgaben im Bereich stationärer Reha (+11,1%), Rehasport/ Funktionstraining (+10,8%) und der Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung (+10,8%) zurückführen. Fast gleich geblieben sind die Aufwendungen für Anschlussrehabilitationen (1,7 Mrd.€) und ambulante Reha-Leistungen



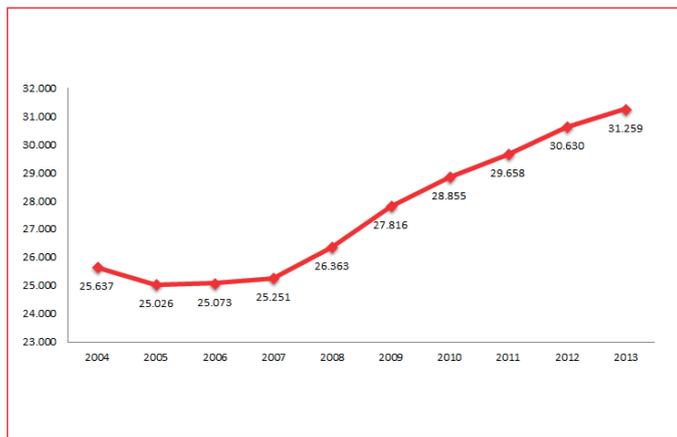


Abb. 1 Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe von 2004 bis 2013 (in Mio. €; Bildquelle: BAR).

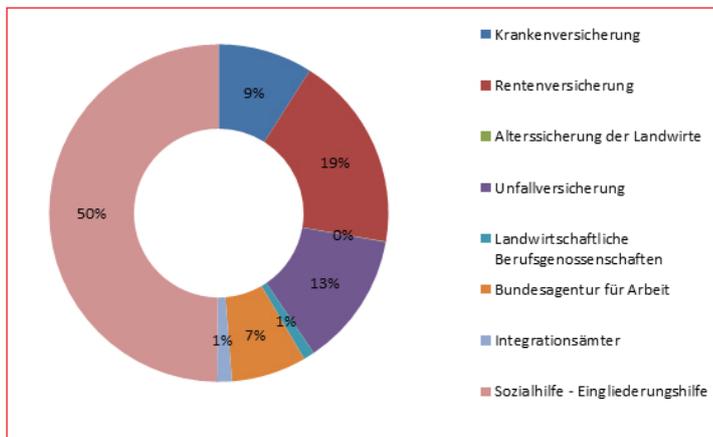


Abb. 2 Ausgaben-Verhältnis der Rehabilitationsträger in 2013 (Bildquelle: BAR).

(113 Mio. €). Eine sinkende Tendenz ergibt sich im Bereich der Rehabilitation für Mütter und Väter (-10,4%).

Hinzuweisen ist vor allem auf Reha-Leistungen, die über das Persönliche Budget finanziert wurden. Die Investitionen dazu haben sich seit 2009 verzehnfacht. 2013 wurden 11,6 Mio. € dafür ausgegeben.

Gesetzliche Rentenversicherung

Die Deutsche Rentenversicherung hat mit insgesamt 5,8 Mrd. € den zweitgrößten Ausgabenanteil an Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Dabei sind die Aufwendungen 2013 fast gleich geblieben (-0,4%). So wie im Vorjahr entfielen 66 % – das sind 3,8 Mrd. € – davon auf den Bereich der medizinischen Rehabilitation und 20 % auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Bei beiden Leistungen zeigten sich nur marginale Abweichungen zu 2012.

Interessant ist auch bei der DRV die Ausgabenentwicklung beim Persönlichen Budget, zu dem seit 2011 statistische Angaben vorliegen. 489421 € wurden 2013 dafür aufgewendet und damit 48,6% mehr als noch 2012.

Alterssicherung der Landwirte

Die Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe durch die Landwirtschaftlichen Alterskas-

sen werden getrennt von der Statistik der Deutschen Rentenversicherung erfasst. Hier setzte sich ein tendenzieller Rückgang der Ausgaben seit 2004 (20,4 Mio. €) auf 14,6 Mio. € im Jahr 2013 fort. Im Vergleich zum Vorjahr (14,9 Mio. €) macht dies eine prozentuale Abnahme um 2,2% aus.

Gesetzliche Unfallversicherung

Eine weitere Steigerung der Reha-Ausgaben ergab sich im Leistungsspektrum der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV). So sind 2013 etwa 4 Mrd. € investiert worden. Der Ausgabenanstieg (+3,8%) trifft auf alle Bereiche zu, bis auf die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (-1,1%). Medizinische Reha-Maßnahmen lassen sich nach den Geschäfts- und Rechnungsergebnissen der DGUV nicht gesondert auswerten, da sie zusammen mit den Heilbehandlungen ausgewiesen werden.

Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften

Getrennt von der Statistik der DGUV werden die Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe durch die Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften erfasst. Sie beliefen sich 2013 auf 332 Mio. € und sind damit um 1,3% gestiegen.

2011 wurden erstmals auch die Ausgaben

für das Persönliche Budget nach § 17 SGBIX ausgewiesen. So lässt sich im Jahr 2013 ein Anstieg von 839 161 € auf 957 256 € erkennen.

Bundesagentur für Arbeit

Die Aufwendungen für den Bereich der beruflichen Eingliederung von behinderten Menschen gingen 2013 nach den Jahresendergebnissen der Bundesagentur für Arbeit (BA) um 1,5% auf 2,2 Mrd. € zurück. 95% fallen davon auf Pflichtleistungen, die leicht rückläufig sind (-1,9%). Nach der signifikanten Erhöhung der Ermessungsleistungen aus 2012 (+68,8%), fiel diese 2013 mit 113 Mio. € (+4,6%) nur geringfügig aus.

Auch im Bereich der BA stiegen die Ausgaben für das Persönliche Budget von 6,7 Mio. € (2012) auf rund 8 Mio. € im Jahr 2013.

Integrationsämter

Aus Mitteln der Ausgleichsabgabe für die berufliche Eingliederung schwerbehinderter Menschen wurden durch die Integrationsämter 2013 etwa 447 Mio. € ausgegeben und somit 4,2% mehr als im Vorjahr. Der Hauptanteil der Mittel entfiel wie in den Jahren zuvor auf die Begleitende Hilfe im Arbeitsleben (77% der Gesamtausgaben). Das Fördervolumen der regionalen Arbeitsmarktprogramme ist seit 2008 zum ersten Mal

gesunken (-18,7%), das entspricht dem Ausgabenniveau aus dem Jahr 2011 (25 Mio €). Abgesehen von einem Ausreißer (2012) konnte der steigende Trend des persönlichen Budgets bei den Integrationsämtern mit einem Ausgabenvolumen von 470 000 € fortgesetzt werden.

Sozialhilfe

Die Sozialhilfeträger erbrachten im Rahmen der Eingliederungshilfe 2013 nach der Sozialhilfestatistik des Statistischen Bundesamtes Leistungen in Höhe von 15,6 Mrd. €, was 50% aller Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe entspricht. Die kontinuierliche Steigerung der Aufwendungen für die Eingliederungshilfe ist auch im Jahr 2013 zu verzeichnen (+2,9%). Der größte Ausgabenposten ist dabei Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach § 55 SGB IX mit 9,8 Mrd. €, bzw. 63% der Eingliederungshilfe. Rückläufig sind dagegen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (-10,4%) und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (-15%). Wobei bei letzteren die Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen mit zu berücksichtigen sind, die sich mit einem Ausgaben-Plus von 4,7% auf ca. 4 Mrd. € erhöht haben. ●

Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe (in Mio. €) ¹	2011	2012	2013	Veränd. in %
Krankenversicherung	2706	2749	2819	2,6%
darunter:				
- Stationäre Anschlussrehabilitation gesamt	1677	1682	1691	0,5%
- Stationäre Rehabilitation gesamt	306	324	360	11,1%
- Rehabilitation für Mütter und Väter	20	20	18	-10,4%
- Ambulante Rehabilitation gesamt	110	110	113	2,9%
- Beiträge zur UV für Rehabilitanden	58	63	59	-5,9%
- Rehasport / Funktionstraining	170	170	189	10,8%
- Sonstige ergänzende Leistungen	85	87	91	4,6%
- Leistungen in sozialpäd. Zentren	186	195	189	-3,5%
- Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung	88	89	99	10,8%
- Persönliches Budget	5,7	8,6	11,6	36,1%
Rentenversicherung	5658	5862	5841	-0,4%
darunter:				
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	3629	3859	3830	-0,7%
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)	1228	1172	1194	1,9%
- sonstige Leistungen nach § 31 SGB VI	493	504	482	-4,4%
- Sozialversicherungsbeiträge	307	327	335	2,2%
- Persönliches Budget	0,1	0,3	0,5	48,6%
Alterssicherung der Landwirte	16,3	14,9	14,6	-2,2%
Unfallversicherung	3798	3850	3997	3,8%
darunter ² :				
- Ambulante Heilbehandlung u. Zahnersatz	1275	1308	1348	3,0%
- Stat. Behandlung u. häusl. Krankenpflege	1047	1042	1079	3,6%
- Verletztengeld und bes. Unterstützung	602	601	640	6,4%
- Sonstige Heilbehandlungskosten	687	714	747	4,6%
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)	187	185	184	-1,1%
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften	341	328	332	1,3%
darunter:				
- Persönliches Budget	0,6	0,8	1,0	14,1%
Bundesagentur für Arbeit	2341	2269	2234	-1,5%
darunter:				
- Pflichtleistungen der LTA	2271	2154	2113	-1,9%
- Ermessensleistungen der LTA	64	108	113	4,6%
- Persönliches Budget	5,8	6,7	8,0	19,4%
Integrationsämter	397	429	447	4,2%
darunter:				
- Begleitende Hilfe im Arbeitsleben ³	311	330	346	4,8%
- Arbeitsmarktprogramme	25	31	25	-18,7%
- Sonstige Leistungen	61	67	75	12,2%
darunter:				
- Persönliches Budget	0,3	0,1	0,5	327,3%
Sozialhilfe - Eingliederungshilfe	14402	15129	15575	2,9%
darunter:				
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	41	39	35	-10,4%
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	219	39	33	-15,0%
- Leistungen in anerkannten WfbM	3851	3855	4037	4,7%
- Weitere Leistungen zur Teilhabe	10291	11196	11471	2,4%
darunter:				
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach § 55 SGB IX	8790	9622	9843	2,3%
- Weitere Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 54 SGB XII	1044	1118	1199	7,3%
- Sonstige Leistungen der Eingliederungshilfe	457	456	429	-6,0%
Ausgaben insgesamt	26658	30630	31259	2,1%

Tab. 1: Statistik für Rehabilitation und Teilhabe 2011–2013.

¹ Abweichungen im Summenverhältnis ergeben sich durch das Runden der Zahlen.

² In der DGUV kann eine Aufspaltung der Ausgaben zur Heilbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation nicht vorgenommen werden.



Das Rehabilitationsgeschehen

Zahlen sprechen Bände

Menschen, die im Spektrum von Reha und Teilhabe stehen, sind alles andere als eine Randgruppe. Die Zahlen belegen das auf eindrucksvolle Weise. Um ihre Teilhabe kontinuierlich weiter zu verbessern und Bedarfe zu erkennen, braucht es auch verlässliches Zahlenmaterial.

- Weltweit leben **19,4%** Menschen mit Behinderung, die 15 Jahre und älter sind.¹
- Fast **17 Mio. Menschen** der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland sind von einer gesundheitlichen Beeinträchtigung betroffen.²
- In Deutschland leben rund **7,5 Mio.** schwerbehinderte Menschen, das ist jeder Elfte.³
- In der Gesundheitswirtschaft sind in Deutschland ca. **6 Mio.** Menschen tätig.⁴
- **54%** der schwerbehinderten Menschen sind über 65 Jahre alt.⁵
- Psychische Erkrankungen verursachen mit **25,2 Tagen** die längsten Ausfallzeiten von Berufstätigen.⁶
- **43,5 %** der Betriebe führen bereits Maßnahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements durch.⁷
- In 1187 stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen wurden im Jahr 2013 fast **2 Mio.** Rehabilitanden behandelt.⁸
- Die Ausgaben für Mutter-Vater-Kind-Kuren haben sich 2011 von **281 Mio.** Euro auf **324 Mio.** Euro im Jahr 2012 erhöht.⁹
- Die durchschnittliche Dauer einer stufenweisen Wiedereingliederung zu Lasten der DRV nach einer medizinischen Reha beträgt **50,4 Tage**.¹⁰
- Insgesamt wurden in den Jahren 2010-2013 **30 558 Menschen** in den Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation beraten.¹¹

1 WHO, 2013

2 Teilhabebericht 2013

3 Statistisches Bundesamt, 2013

4 WifOR-Institut, 2012

5 Statistisches Bundesamt, 2013

6 AOK-Fehlzeitenreport 2014

7 Humboldt-Universität Berlin, 2013

8 Statistisches Bundesamt, 2013

9 GKV-Statistik, 2013

10 DRV-Bund, 2014

11 BAR, 2014

Bundesweit aktiv

Die BAR unterwegs

Präsenz zeigen, Meinung kundtun, Einfluss durch Expertise nehmen. Die BAR hat einen großen Bestand an Wissen im Themenfeld Reha und Teilhabe und fundierte Erfahrung auf der sozialpolitischen Bühne. Das ist die Basis, aber nur der Austausch mit anderen Akteuren, mit Entscheidern und mit den Menschen mit Behinderung selbst, bereitet den Boden zur Entwicklung eines zukunftsfähigen Teilhabesystems. So ist die BAR „vor Ort“ und bringt sich in die vielfältigen Fach- und Politikdiskurse ein, in Podiumsdiskussionen, Seminaren, Arbeitsgruppen und auf Kongressen.



Anzahl der Aktivitäten in der jeweiligen Region



Vorstand, Haushaltsausschuss und Mitgliederversammlung der BAR in Kassel

Zu Gast bei der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau in Kassel war die BAR im Dezember 2014 mit Vorstand, Haushaltsausschuss und Mitgliederversammlung. Für den Gastgeber würdigten die Vorsitzenden Leo Blum und Arnd Spahn die BAR als zuverlässigen strategischen Partner und begrüßten die über 60 Anwesenden, die aus dem ganzen Bundesgebiet angereist waren.

Unter dem Vorsitz von Dr. Volker Hansen beriet der Vorstand über aktuelle sozial- und behindertenpolitische Themen. Ganz oben auf der Agenda stand das laufende Beteiligungsverfahren des BMAS zum Bundesteilhabegesetz. Hier wurde deutlich, dass die BAR gut daran tat, das Reformvorhaben zur Eingliederungshilfe von Beginn an als Aufgabe aller Sozialleistungsträger zu verstehen. Denn während isolierte Sonderregelungen immer Gefahr laufen, zusätzliche Schnittstellen zu produzieren, wächst die Einsicht, dass die beabsichtigten Effekte dieser Reform von der Weiterentwicklung

trägerübergreifender Regelungsmechanismen des SGB IX profitieren und sogar davon abhängen. Bei der Umsetzung von gesetzlichen Aufgaben in einem gegliederten System geht es immer um Koordination, Kooperation und Zusammenarbeit und dafür braucht es funktionierende Strukturen und Verfahren. Deren Umsetzung wird dann von den Haltungen der handelnden Akteure bestimmt. Diese so einfache wie überzeugende Wahrheit prägt das Handeln im Vorstand und in der BAR und wird sich auch in und nach dem für 2015 und 2016 angekündigten Gesetzgebungsverfahren zeigen.

Auch das übergeordnete Thema Demografiestrategie der Bundesregierung verdeutlichte gerade unter den Stichworten Trägerübergreifendes Fallmanagement und Unternehmensservice die notwendige Einordnung von Rehabilitation und Teilhabe in den betrieblichen Kontext und die dazu laufenden Aktivitäten der BAR.

Das gesellschaftlich zunehmend relevante Thema der Multimorbidität wurde durch ein Positionspapier des Sachverständigenrates der Ärzteschaft in seinen Auswirkungen auf die medizinisch-rehabilitative Versorgung diskutiert. Hier werden Träger und An-



bieter von Leistungen vor neue Herausforderungen gestellt, um diesen Personenkreis auch in Zukunft mit passenden Angeboten Unterstützung anbieten zu können.

Wie sich diese Themen in der praktischen Arbeit der BAR wiederfinden, machten die Beratungen zu den Projekten deutlich. Neben zahlreichen noch laufenden Projekten konnte der Vorstand Ergebnisse aus insgesamt sechs Projekten beraten, die sich mit so unterschiedlichen Themen wie Betriebliches Eingliederungsmanagement, Stufenweiser Wiedereingliederung, Umsetzung der UN-BRK, einem Wegweiser in leichter Sprache sowie Praxisleitfäden zur ICF und einem Projekt zum Qualitätsmanagement und der Zertifizierung stationärer medizinischer Einrichtungen befassten. Die Ergebnisse werden sukzessive veröffentlicht. Daneben steht die neu gestaltete Homepage der BAR exemplarisch für die neuen Wege, die die BAR einschlägt, um zielgruppenspezifisch aufbereitetes Wissen zur Verfügung zu stellen und sich damit stärker an den Lebenswelten und den jeweiligen Zugängen

von Akteuren zu Themen der Rehabilitation und Teilhabe zu orientieren.

Weitere erfreuliche Entwicklungen und Entscheidungen: ein auf drei Jahre angelegtes und mit Mitteln des Ausgleichsfonds gefördertes Projekt „Basiskonzept für die Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation“ wurde auf den Weg gebracht. Auch ein neu konzipierter „Wegweiser für Ärzte/Ärztinnen und andere Fachkräfte in der Rehabilitation“ wurde einschließlich der dafür notwendigen finanziellen Mittel von Vorstand und Haushaltsausschuss genehmigt. Im Ergebnis sind das zwei besondere Chancen für die BAR mit ihrer Expertise einen Mehrwert für die Zusammenarbeit im gegliederten Sozialsystem sowohl für die Träger und Erbringer von Leistungen als auch für Menschen mit Behinderung zu schaffen.

Die Mitgliederversammlung

Das Schwerpunktthema der Mitgliederversammlung „Kommunikation, Vernetzung und Zusammenarbeit im gegliederten Sozi-

alsystem“ unter der Moderation des Vorsitzenden Eckehard Linnemann (s. Bildergalerie) wurde durch mehrere Impulsreferate eingeleitet. Professor Dr. Hugo Mennemann von der Fachhochschule Münster schuf eine theoretisch-wissenschaftliche Fundierung des Themas, die Entwicklungen in der Praxis berücksichtigt und fördert (s. Bildergalerie). Netzwerke entwickeln sich nicht von alleine. Sie sind abhängig von der Organisationskultur und als eine Struktur zu begreifen, die die Organisation verändert. Dies ist aber nur mit einem Haltungs-, Erkenntnis- und Handlungswechsel möglich. Gelingendes Netzwerken setzt das Einnehmen der eigenen Rolle in einem integrierten Versorgungssystem voraus. Erst aus dieser Perspektive lassen sich gemeinsame Grundhaltungen definieren. Jan Miede, stellvertretender Geschäftsführer der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, stellte ein gelungenes Beispiel gelebter, regionaler Zusammenarbeit über (Träger-)grenzen hinweg vor (s. Bildergalerie). Sein „Strategisches Konzept für ein berufliches (Re-)In-

BILDERGALERIE: IMPULSREFERATE UND MODERATION



Abb. 1 Eckehard Linnemann, Vorsitzender der Mitgliederversammlung der BAR



Abb. 2 Valerie Holsboer, Hauptgeschäftsführerin des Bundesverbandes der Systemgastronomie



Abb. 3 Professor Dr. Hugo Mennemann, Fachhochschule Münster

tegrationsmanagement der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover“), stieß bei den Anwesenden auf große Resonanz. Dabei wurde deutlich, dass zukünftige Strategien im Hinblick auf die Erhaltung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit viele Faktoren berücksichtigen müssen, um der abnehmenden und alternden Erwerbsbevölkerung und dem Wandel in der Arbeitswelt entgegenzutreten. Angestrebt wird ein koordiniertes, sektorübergreifendes Handeln, das sich an den Parametern „Vermeidung unkoordinierter Maßnahmen der Sozialpartner“, „Integration der gemeinsamen Ressourcen“ und der „Verzahnung sich ergänzender Expertisen“ orientieren soll. Verena Bentele, Behindertenbeauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderung (s. Bildergalerie) lenkte die Aufmerksamkeit auf den Grund des Handelns aller Akteure: die Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Sie verband die daraus resultierenden Handlungsnotwendigkeiten der BAR und ihrer Mitglieder mit ihrer beruflichen Erfahrung aus der Perso-

nal- und Unternehmensberatung zur Aufstellung und strategischen Ausrichtung von Organisationen.

Dr. Helga Seel, Geschäftsführerin der BAR, stellte die BAR als Plattform für Vernetzung und trägerübergreifende Zusammenarbeit vor (s. Bildergalerie). Vernetzung, Kooperation und Koordination sind für sie dabei kein Selbstzweck, sondern grundlegende Anforderung an die Akteure im gegliederten System. Wesentlich für den Erfolg sei es, im Einzelfall zu erkennen, wo und wieviel an Zusammenarbeit es braucht und in Bezug auf die Weiterentwicklung von Reha und Teilhabe die Verknüpfungen im System zu beachten und diese gemeinsam anzugehen. Gremien sind immer auch von Persönlichkeiten bestimmt, die sich dort engagieren und den Vorsitz führen. Der Abschied von Ingo Nürnberger aus dem Amt des Vorstandsvorsitzenden der BAR war daher Anlass für die Verleihung der Ehrenurkunde der BAR für dessen besondere Verdienste. Als langjähriger Gestalter und zuverlässiger Begleiter der Entwicklung, die die BAR

in den letzten Jahren nehmen konnte, begleiten ihn die guten Wünsche auf seinem weiteren Weg, der sich ihm durch den beruflichen Wechsel vom Abteilungsleiter Sozialpolitik beim DGB Bundesvorstand zum Beigeordneten für Jugend und Soziales der Stadt Bielefeld zum 1. Februar 2015 eröffnet hat.

Eine neue Besetzung im Vorsitz der Mitgliederversammlung erfolgte durch den Weggang von Helmut Fitzke, der ebenfalls mit einer Ehrenkunde für seine Unterstützung der trägerübergreifenden Zusammenarbeit ausgezeichnet wurde. Als Vertreterin für die Seite der Arbeitgeber folgt ihm seit dem 1. Januar 2015 Valerie Holsboer (s. Bildergalerie) nach. Die Hauptgeschäftsführerin des Bundesverbandes der Systemgastronomie verfügt über Erfahrung in Gremien der Sozialversicherung und war bereits für die Bundesagentur für Arbeit in der BAR aktiv, bevor sie jetzt zusätzlich und zusammen mit Eckehard Linnemann den Vorsitz in der Mitgliederversammlung übernahm. ●



BILDERGALERIE: IMPULSREFERATE UND MODERATION



Abb. 4 Verena Bentele, Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen



Abb. 5 Jan Miede, stellvertretender Geschäftsführer der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover



Abb. 6 Dr. Helga Seel, Geschäftsführerin der BAR

Abgrenzung medizinische Reha / ambulante ärztliche Behandlung

Orientierungssätze

1. Isolierte ambulante ärztliche Krankenbehandlung in Form zulässiger Psychotherapie ist regelmäßig keine Leistung zur medizinischen Rehabilitation im Sinne der GKV.
2. Die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche umfasst keine ärztliche ambulante Krankenbehandlung im Sinne der GKV.
3. § 14 Abs. 4 S. 1 SGB IX regelt nur Kostenerstattungen für Rehabilitationsleistungen. Er greift nicht, wenn der Erstattung begehrende Träger weder nach eigenem Recht eine Rehabilitationsleistung erbracht hat noch seine Leistung einen Rehabilitationsanspruch gegen den als erstattungspflichtig in Anspruch genommenen Träger erfüllt.

BSG, Urteil vom 17.12.2013, Az.: B 1 KR 50/12 R

* Leitsätze des Gerichts und Orientierungssätze nach JURIS, jeweils redaktionell abgewandelt

Sachverhalt und Entscheidungsgründe

Ein 1994 geborener Versicherter beantragte 2005 bei der beklagten Krankenkasse (KK) eine Behandlung durch eine seinerzeit nicht als Vertragspsychologin zugelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin. Dies lehnte die KK ab und leitete die Unterlagen an das Kreisjugendamt des klagenden Landkreises (LK als Träger der öffentlichen Jugendhilfe) weiter. Der LK bewilligte Eingliederungshilfe (§ 35a SGB VIII) und übernahm die Kosten für eine Verhaltenstherapie bei nicht als Vertragspsychologin zugelassenen Therapeutinnen. Die Klage des LK gegen die KK auf Erstattung der Therapiekosten wurde in der Berufungsinstanz und schließlich auch im Revisionsverfahren vor dem BSG abgewiesen.

Das BSG stützt seine Entscheidung vor allem darauf, dass die erbrachte Psychotherapie als „isolierte“ ambulante ärztliche Behandlung keine medizinische Reha sei, weder nach dem Leistungsrecht der GKV (SGBV) noch nach dem der Jugendhilfe (SGB VIII). Als maßgeblich für die Abgrenzung sieht es letztlich den im SGBV vorausgesetzten Charakter der medizinischen Reha als „Komplexleistung“ an, der bei isolierter Psychotherapie gerade nicht vorliegt. Diese Abgrenzung ist nach Auffassung

des BSG auch im SGB VIII, SGB IX und SGB XII zu Grunde zu legen. Insbesondere führt, ausweislich der Urteilsgründe, der in § 35a SGB VIII enthaltene Verweis auf § 54 SGB XII und mithin auf § 26 Abs. 2 Nr. 5 SGB IX nicht zu einer anderen Bewertung für das Leistungsrecht der Jugendhilfe. Zwar „umfassen“ medizinische Reha-Leistungen nach § 26 Abs. 2 Nr. 5 SGB IX auch Psychotherapie. Ausschlaggebend ist insoweit indes der Wortlaut des § 54 Abs. 1 S. 2 SGB XII. Danach gelten für die medizinische Reha im Rahmen der Eingliederungshilfe die Maßstäbe des SGBV. In der Konsequenz ist kein Erstattungsanspruch nach § 14 Abs. 4 SGB IX gegeben, weil dieser nur für Reha-Leistungen gilt. Auch Ansprüche aus § 104 oder § 105 SGB IX scheiden aus. Denn sie setzen voraus, dass der leistende Träger die jeweilige Leistung auch nach eigenem Recht hätte erbringen können; und ambulante ärztliche Behandlung ist nicht Teil des Leistungsspektrums der Jugendhilfe.

Die Entscheidung des BSG präzisiert die Abgrenzung zwischen ambulanter ärztlicher Behandlung und medizinischer Rehabilitation und verdeutlicht zugleich Grenzen des offenen Leistungskatalogs der Eingliederungshilfe. ●

Impressum

Reha-Info zur Zeitschrift Die Rehabilitation, 54. Jahrgang, Heft 1, Februar 2015
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, Erich Lenk, Elke Cosanne, Sebastian Bönisch;

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.