

## Editorial



Rund 2 Millionen Menschen erhalten jährlich in Deutschland eine stationäre oder ambulante Rehabilitation. Damit verbunden sind Hoffnungen und ganz konkrete Ziele: schnell wieder „auf die Beine kommen“, wieder arbeiten, wieder an Aktivitäten teilhaben können. Nach einer zielgerichteten Ermittlung und Feststellung des Reha-Bedarfs, nach einer durchdachten Planung und Vorbereitung der konkreten Rehabilitationsmaßnahme, ist deren Durchführung der „Lackmus-Test“, auf den es dann ankommt.

Ob eine Rehabilitationsmaßnahme erfolgreich ist und das angestrebte Ziel dauerhaft erreicht wird, hängt von zahlreichen Faktoren ab, die teilweise voneinander abhängen und sich gegenseitig bedingen. Das sind zum einen die Rahmenbedingungen der Rehabilitationsmaßnahme selbst; dazu zählt auch ein reibungsloser Prozess ihrer Durchführung. Und letzten Endes haben die Motivation und die Mitwirkung, die der Rehabilitand selbst einbringt, einen wesentlichen Einfluss auf den Erfolg.

In die Durchführung einer Reha-Maßnahme sind vielfach eine Reihe an Akteuren eingebunden: Reha-Träger, Klinikpersonal, Haus-, Fach-, Betriebsärztinnen und -ärzte und eben der Mensch mit Behinderung oder drohender Behinderung selbst. Sie alle sollen in den unterschiedlichen Konstellationen an einem Strang ziehen, durch Informations- und Kooperationskanäle miteinander verbunden sein und für eine reibungslose Durchführung einer Reha-Maßnahme sorgen. Das ist besonders dann notwendig, wenn es um die Koppelung von medizinischer Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben geht, aber genauso, wenn die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft im Mittelpunkt steht. Es gibt eine Reihe diesem Zweck dienende Rehabilitationsprogramme – MBOR, BEM, Stufenweise Wiedereingliederung, etc. –, deren Erfolge messbar sind.

Ebenso gibt es eine Vielzahl von geeigneten Hilfestellungen, Konzepten und Vereinbarungen, die die Zusammenarbeit von Reha-Trägern und Einrichtungen und aller anderen Akteure unterstützen und gewährleisten sollen. Diese Zusammenarbeit ist kein Selbstzweck: Funktioniert sie gut und klappen die Übergänge reibungslos, ist das ein Erfolgsfaktor für die Reha-Maßnahme. Das ist zum Nutzen aller: allen voran des Rehabilitanden und ebenso der Reha-Träger, denn nur eine erfolgreiche Reha-Maßnahme erfüllt ihren Zweck und ist – auch ökonomisch – sinnvoll.

Ihre

Dr. Helga Seel

## Inhalt

Im Reha-Prozess: Durchführung von Leistungen zur Teilhabe	I
Statements zu innovativen Ansätzen	III
1. Beiratssitzung zur Neukonzeptionierung des BAR-Fachbuchs	VII
Grundsicherung und Mehrbedarfe bei Rehabilitation	VIII

## Im Reha-Prozess: Durchführung von Leistungen zur Teilhabe

Eine Vielzahl von Leistungen, Einrichtungen und Dienstleistern, regionalen Akteuren und Angeboten: Die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe ist der wesentliche Schritt im Reha-Prozess, in dem durch eine eng verzahnte medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation rund zwei Millionen Menschen im Jahr die für sie bestmögliche Beratung, Behandlung und Unterstützung erhalten. Sie ist allerdings auch geprägt von zahlreichen Hürden und Barrieren innerhalb der Institutionen, zwischen den Professionen und in den Verwaltungsabläufen. Man spricht dann gerne von Koordinations- und Reibungsverlusten im Behandlungsverlauf von Reha-Maßnahmen. Und gleichzeitig auch von abgestimmter Kommunikation und Vernetzung um diese zu vermeiden.

Eine erfolgreiche Durchführung von Reha-Maßnahmen hängt zudem von unterschiedlichen Perspektiven ab. „Experten“ planen, steuern und vollziehen zwar den Behandlungsablauf, aber sie müssen sich auch auf die Sichtweise anderer, hier der Menschen mit Behinderung, einlassen. Denn niemand weiß besser, was für ihn notwendig ist, als der Betroffene selbst, Stichwort: Personenzentrierung. Verstehen alle Beteiligten dasselbe? Haben sie die gleichen Vorstellungen, wie eine erfolgreiche Reha-Maßnahme zu gestalten ist? Hier sind sicherlich auch schon während der Teilhabeplanung entsprechende Meilensteine zu setzen. Die Durchführung muss eine Lösung sein, die passt, möglichst in jedem individuellen Fall. Nur durch sektörübergreifende Prozesssteuerung, ein notwendiges Maß an Standardisierung und verbesserter Kommunikation, lassen sich Qualität und Wirtschaftlichkeit der Behandlungsabläufe gewährleisten. Im Mit-





Abb. 1 Der idealtypische Reha-Prozess als Phasenmodell (vgl. Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ der BAR).

teltpunkt muss dabei eine intensive Kooperation und Kommunikation auf Augenhöhe stehen sowie die Bereitschaft zum gegenseitigen Verständnis aller Beteiligten und ihrer Arbeitsprozesse. Eine erfolgreiche Rehabilitation hängt nicht so sehr von der Maßnahme selbst ab, als von der Gesamtheit aller Abläufe und deren reibungslosen Verläufen. Die erfolgreiche Durchführung von Leistungen zur Teilhabe als einem Abschnitt des Reha-Prozesses, setzt eine optimale Verzahnung der Leistungen und eine effiziente Kommunikation zur Abstimmung der Akteure untereinander voraus. Der Unterstützungs- und Gestaltungsauftrag der BAR spiegelt sich auch in dem Arbeitsfeld zur Durchführung von Leistungen.

### Vorhaben der BAR 2016–18 Rahmenempfehlungen ambulante medizinische Rehabilitation

Seit 2001 sind auf Ebene der BAR insgesamt sieben indikationsspezifische Rahmenempfehlungen für die ambulante medizinische Rehabilitation erarbeitet worden. Jedem Werk steht ein allgemeiner Teil vor, der indikationsübergreifende Grundsätze und Anforderungen an die Qualität der Angebote beschreibt und 2015 aktualisiert wurde. Für

den Zeitraum 2016 – 2018 stehen die Überarbeitungen zunächst folgender Indikationsspezifischer Teile an: Neurologie, Muskuloskeletale Erkrankungen und Kardiologie.

### Berufsbezogene medizinische Rehabilitation

Insbesondere mit der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) der Deutschen Rentenversicherung und der Arbeitsplatzbezogenen Muskuloskeletalen Rehabilitation (ABMR) der Gesetzlichen Unfallversicherung liegen neue trägerspezifische Konzepte und darauf basierende Angebote vor, mit der die Arbeitsplatzorientierung in den Mittelpunkt der medizinischen Rehabilitation rückt.

Erstmals werden diese und weitere, ähnliche Ansätze auf trägerübergreifender Ebene aufgegriffen und auf ihre Unterschiede und Vorteile zu weiteren Angeboten untersucht und vorgestellt. Die Beratungsergebnisse einer Expertenrunde sollen aufbereitet und zugänglich gemacht werden, um so die Perspektiven berufsbezogener medizinischer Rehabilitation zu stärken und weiteren Zielgruppen zu vermitteln.

### Arbeitshilfen

#### Behandlung und Rehabilitation querschnittgelähmter Menschen

Ausgehend von dem „Konzept zur trägerübergreifenden umfassenden Behandlung und Rehabilitation querschnittgelähmter Menschen“ aus dem Jahr 2007 erfolgt eine Standortbestimmung über aktuelle Behandlungs- und Rehabilitationsangebote und die Perspektiven in der Versorgung dieser Zielgruppe. Über ein geeignetes Format, z.B. in Form eines Expertengesprächs, wird die BAR dieses Thema neu aufbereiten und die Wiederaufnahme der trägerübergreifenden Fachdiskussion in Anknüpfung an die vorhandenen Ausarbeitungen vorbereiten, durchführen und zur weiteren Nutzung sichern und zugänglich machen.

### Schlaganfall

Die derzeitige Arbeitshilfe Schlaganfall ist im Jahr 1998 veröffentlicht worden. Insofern ist die Notwendigkeit der Aktualisierung sowohl im Layout als auch inhaltlich ersichtlich. Neben der konzeptionellen Verankerung des bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodells, der ICF sowie der Grundgedanken der UN-BRK sind darüber hinaus Erkenntnisse und Entwicklungen der letzten Jahre aus der Kuration, Rehabilitation und Prävention sowie aktueller gesellschaftlicher und epidemiologischer Kontexte aufzubereiten und in die Arbeitshilfe einzubeziehen.

Das Spektrum zeigt einen Ausschnitt der Vorhaben, die die BAR in den nächsten Jahren bearbeiten wird, hier besonders die Themen, die unmittelbar die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe betreffen.

Diese und andere Vorhaben mit Leben zu füllen und in der Praxis umzusetzen, ist eine Gemeinschaftsaufgabe der BAR und ihrer Mitglieder, aber auch aller anderen Akteure, die in der Verantwortung für die Erreichung der Inklusion und Teilhabe behinderter Menschen stehen. ●

## Statements zu innovativen Ansätzen

**Wie können in der Reha-Durchführung einzelne Leistungsbereiche, Leistungsträger und weitere Akteure im Reha-Prozess verknüpft werden?**

Bei der Durchführung der Leistungen zur Teilhabe wird die Vielfalt der innovativen Ansätze deutlich. Vier Beispiele sollen das exemplarisch aufzeigen: Das Budget für Arbeit in Rheinland-Pfalz, die Arbeitsplatzbezogene Muskuloskeletale Rehabilitation (ABMR) in der gesetzlichen Unfallversicherung, die Geriatrische Rehabilitation und das Betriebliche Eingliederungsmanagement bei Unternehmen.



*Budget für Arbeit: Harald Diehl, Referatsleiter Grundsatzfragen der Eingliederungshilfe, der beruflichen Rehabilitation und des Schwerbehindertenrechts, Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland Pfalz*



*ABMR in der DGUV: Ullrich Haak, Geschäftsbereich Rehabilitation und Leistung Stv. Geschäftsbereichsleiter, Gemeinde-Unfallversicherungsverband Hannover Landesunfallkasse Niedersachsen*



*Geriatrische Reha: Dr. Norbert Lübke, Leiter des Kompetenz-Centrum Geriatrie beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Nord*



*BEM bei Unternehmen: Benjamin Boll, Leitung Gesundheit und Personalentwicklung, EDEKA Handelsgesellschaft Hessenring*



## Welche Besonderheiten in der Reha-Durchführung ergeben sich?

### Budget für Arbeit

Das Budget für Arbeit wurde zuerst in Rheinland-Pfalz im Jahr 2006 modellhaft eingeführt und ist dort mittlerweile als Regelleistung etabliert. Das Budget für Arbeit ist eine Geldleistung, mit der Menschen mit Behinderungen, die Anspruch auf Beschäftigung im Arbeitsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen haben, der Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt erleichtert werden soll. Statt die Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen zu finanzieren, zahlen die Träger der Sozialhilfe einen dauerhaften Lohnkostenzuschuss an Arbeitgeber, um damit die Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu fördern. Die Geldleistung wird als „Budget für Arbeit“ statt an den Menschen mit Behinderung direkt an den Arbeitgeber als Ausgleich für die Minderleistung gezahlt.

Die dauerhafte finanzielle Förderung erhöht die Bereitschaft der Arbeitgeber, Menschen mit Behinderungen einzustellen und ihnen gesellschaftliche Teilhabe, Selbstbestimmung und Gleichstellung zu ermöglichen. Das Budget für Arbeit ist aber auch eine Möglichkeit, Finanzströme zu steuern und den Eingliederungstitel zu entlasten, da die Aufwendungen für das Budget für Arbeit in der Regel unter den Kosten, die vergleichsweise in einer Werkstatt entstehen würden, liegen.

### ABMR in der DGUV

Die ABMR (Arbeitsplatzbezogene Muskuloskeletale Rehabilitation) ist eine Leistungsform, die sich speziell am beruflichen Tätigkeitsprofil des Rehabilitanden orientiert. Die Einführung der ABMR ist eine konsequente Ergänzung des Heilverfahrens und insbesondere des Reha-Managements in der gesetzlichen Unfallversicherung. Nach der Akutversorgung und primären Rehabilitationsphase wird hier das Augenmerk frühestmöglich auf die erforderlichen arbeitsplatzspezifischen Anforderungen des Versicherten gelegt. Die Indikation der ABMR besteht insbesondere für Menschen, die körperlich arbeiten oder körperlich sehr speziellen oder auch monotonen Arbeitsbelastungen ausgesetzt sind.

Das durch die gesetzlichen Unfallversicherungsträger forcierte Kernziel „zurück auf den Arbeitsplatz“ wird durch diese Maßnahme nochmals unterstrichen. Die vorgeschalteten Therapien der EAP (Erweiterte Ambulante Physiotherapie), BGSW (Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung) und KSR (Komplexe Stationäre Rehabilitation) sollen eine optimale Ausgangssituation für die eingeleitete ABMR schaffen. Als Besonderheit ist in der Praxis hervorzuheben, dass sich die therapeutischen Maßnahmen nicht nur auf die physische Belastbarkeit begrenzen. Dies ist der gültigen Handlungsanleitung nicht explizit zu entnehmen.

### Geriatrische Reha

Wir haben es in der geriatrischen Rehabilitation oft mit schwer und multiple betroffenen Rehabilitanden zu tun. Obgleich Rehaerfolge auch bei Älteren und Pflegebedürftigen gut belegt sind, besteht selten Aussicht auf vollständige Restitution. Es sind entsprechend mehr Heilmittel-Professionen vorzuhalten und mehr Pflege- und Sozialdienstleistungen erforderlich. Die grenzkompenzierten, oft aber auch erschöpften funktionalen Reserven geriatrischer Rehabilitanden bergen ein relativ hohes Risiko akuter Verschlechterungen vorbestehender Begleiterkrankungen, aber auch zusätzlicher Funktionsbeeinträchtigungen bei Immobilität. Dies begründet die hohe Bedeutung bereits frührehabilitativ im Krankenhaus einsetzender Maßnahmen. Die Multimorbidität erfordert eine breite Qualifikation sowohl des ärztlichen wie des therapeutischen und pflegerischen Personals. Eine besondere Herausforderung stellt bspw. die erfolgreiche Rehabilitation von Frakturen oder von einem Schlaganfall betroffener, kognitiv beeinträchtigter Menschen dar. Schließlich gewinnen wegen der geringen Aussicht auf vollständige Restitution Maßnahmen zur Kompensation und Adaptation der Umwelt eine stärkere Bedeutung.

### BEM bei Unternehmen

Schwerpunkt der betrieblichen Betrachtung bzgl. einer Reha-Durchführung liegt am Beginn und am Ende. Zu Beginn ist es oftmals schwer, den zeitlichen Rahmen genannt zu bekommen bzw. abzuschätzen. Oftmals ist man zu Beginn nur mit der Aussage konfrontiert: „Ich habe eine Reha beantragt.“ Weiteres ist den betroffenen Mitarbeitern gar nicht bekannt bzw. es folgt die Aussage: „Die haben mir gesagt, die Entscheidung kann bis zu sechs Wochen dauern, dann kann´s aber schnell gehen.“ Dies ist für den Fachbereich bzgl. Personalplanung sowie Aufgabenverteilung natürlich unbefriedigend.

Beim Ende ist zwar der zeitliche Rahmen der Reha vorhersehbarer, gleichzeitig ergeben sich immer wieder Fragen zur tatsächlichen Einsatzfähigkeit. Wird ein Wiedereingliederungsprozess gestartet, ist dies in der Regel im betrieblichen Kontext händelbar. Schwierig ist nur die Pauschalaussage: „Dynamisches Arbeiten wird empfohlen.“ (Mal stehen, mal sitzen, nicht zu viel Heben und Tragen, 5–20 kg, nicht über die Maßen bücken, keine Drehbewegungen, nicht zu viel Zeitdruck, Stress vermeiden.) Schön wären hier, unter Berücksichtigung des Datenschutzes, konkretere Aussagen bezogen auf den Fall (keine Diagnosen!). Was kann der Mitarbeiter nach den Rehabilitationsmaßnahmen aus Sicht des Trägers noch innerhalb seiner Tätigkeit leisten?

Gedankenstoß: Vielleicht wäre die Wandlung des Arbeitgebers vom reinen Beobachter zum zusätzlichen Begleiter innerhalb der Reha-Durchführung, wenn es sich um Tätigkeitsorientierung handelt, hilfreich? Hierdurch könnte auch der Reha-Prozess (Erfolg und Nachhaltigkeit) an sich gewinnen.

## Wie werden die unterschiedlichen Leistungsbereiche bzw. Akteure verzahnt?

### Budget für Arbeit

Um den gesetzlichen Auftrag, den Übergang von der Werkstattbeschäftigung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt, zu forcieren, haben wir uns als Land mit den Akteuren in einer Zielvereinbarung u. a. über die „Schaffung“ eines Budgets für Arbeit verständigt.

Aufgrund unserer landesgesetzlichen Regelungen wird die Leistungsgewährung im „konkreten Einzelfall“ von den 36 örtlichen Trägern der Sozialhilfe (kreisfreien Städte und Landkreise) übernommen. Die Kosten des Budgets sind gedeckelt; sie sollen die tatsächlich entstandenen Kosten im Arbeitsbereich der Werkstatt nicht übersteigen. Das Land Rheinland-Pfalz beteiligt sich mit 50% an den Kosten des Budgets für Arbeit. Die Kostenbeteiligung erfolgt seit 1. Januar 2014 im Rahmen des Kommunalen Finanzausgleichs.

### ABMR in der DGUV

Besonders in den Blick zu nehmen ist der optimale Zeitpunkt für den Beginn einer ABMR. Wichtig ist, dass die erforderliche und zurückgewonnene Grundbelastung der Versicherten stimmt, damit der Grundstein für den Beginn der Maßnahme gelegt werden kann. Wie bei allen Maßnahmen im Reha-Prozess ist es elementare Aufgabe der Reha-Manager/innen, die Maßnahmen zur Rehabilitation zu koordinieren, mit den beteiligten Akteuren abzustimmen sowie rechtzeitig zu initiieren und einzuleiten. Die ABMR ist frühzeitig in den Reha-Plan zu integrieren. Auch in dieser Rehabilitationsphase ist es zwingend erforderlich, die Versicherten multimodal zu behandeln, psychisch zu unterstützen und bei Bedarf zu stabilisieren. Damit ist nicht gemeint, andere Module wie das Psychotherapeutenverfahren separat anlaufen zu lassen, sondern psychologische oder neuropsychologische Komponenten direkt in die ABMR zu integrieren. Im Klartext heißt dies, persönliche Kontexte und Eigenschaften der Versicherten wie Ängste, unzureichende Stressbewältigung, falsche Selbsteinschätzung der Belastbarkeit oder externe Faktoren wie z. B. Mobbing am Arbeitsplatz frühzeitig bei der Therapie zu berücksichtigen. Idealerweise sind vom Reha-Manager diese Einflussfaktoren bereits im Vorfeld recherchiert.



### Geriatrische Reha

Verzahnung der Leistungsbereiche über die klassischen Sektorengrenzen hinweg ist für geriatrische Patienten ein zentrales Thema, da diese i. d. R. bei Übernahme in die Rehabilitation keine „unbeschriebenen Blätter“ sind, sondern oft schon viele Vorversorger (Angehörige, Hausarzt, Pflegedienste) mit unterschiedlichen, erfolgreichen oder weniger erfolgreichen Versorgungsansätzen involviert waren. Diese müssen i. d. R. auch die Nachbetreuung weiter übernehmen. Geriatrische Rehabilitation ist daher wie kaum eine andere auf kontinuierliche, sektorenübergreifende Kommunikation angewiesen, soll sie nachhaltig erfolgreich sein. Einheitliche Screenings und Assessments an den Sektorengrenzen und gestufte rehabilitative Angebotsstrukturen können diese Verzahnungsherausforderungen erleichtern. Auch die Frührehabilitation ist für alte Menschen ein solcher wichtiger Vernetzungsbaustein zwischen Kuration und Rehabilitation. Perspektivisch brauchen wir noch explizitere Casemanagementstrukturen als Bindeglied zwischen medizinischer und kontextlicher Versorgungsorganisation.

**BEM bei Unternehmen**

Den Rahmen für diese Thematik bietet das BEM. Dort werden die verantwortlichen Träger mit integriert. Nach erstem internem Gespräch wird, nach Zustimmung des Mitarbeiters, als überwiegend erster externer Akteur die jeweilig zuständige Krankenkasse hinzugezogen. Sollte es sich während des Prozesses ergeben, dass andere externe Akteure eingeschaltet werden müssen oder die Krankenkasse nicht zuständig ist, wird dies über das Gesundheitsmanagement koordiniert.

Die Koordination erfolgt wie unter Punkt 2 bereits erwähnt über das Gesundheitsmanagement. Hier werden die internen Akteure wie Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz, Fachbereiche, Betriebliche Gesundheitsförderung, Betriebsrat, Schwerbehindertenvertretung, Personalabteilung und Personal- und Sozialentwicklung sowie die externen Akteure wie Krankenkassen, Rentenversicherung, Agentur für Arbeit, Integrationsamt, Berufsgenossenschaft, Unfallversicherung, mit dem Ziel, den Mitarbeiter schnellstmöglich wieder in den Arbeitsprozess zurückzuführen, koordiniert, informiert und organisiert.

**Was muss noch verbessert werden?****Budget für Arbeit**

Eine zielgerichtete Leistungsgewährung kann nur erfolgen, wenn die Beteiligten (Werkstätten, örtliche Träger und – potenzielle – Arbeitgeber mit dem Menschen mit Behinderungen und evtl. seinem Betreuer bzw. seinen Angehörigen) zusammenarbeiten. Dabei ist die dauerhafte Rückkehrmöglichkeit in die Werkstatt ein ganz wichtiges Element.

Es ist sicherlich wichtig, diese Kommunikation noch weiter zu verbessern.

**ABMR in der DGUV**

Die Verzahnung und der nahezu tägliche Austausch der behandelnden Ärzte und Therapeuten ist zwingend erforderlich und weiter zu forcieren. Aus diesem Grund gilt es zukünftig, die für die ABMR vorgesehenen Therapieelemente weiterhin anzupassen und zu ergänzen. Außerdem sollte der bisher fixe Zeitkorridor von vier Wochen überdacht werden, weil er sich ausschließlich an den physischen Arbeitsbelastungen orientiert.

**Geriatrische Reha**

Besondere Bedarfe für geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen müssen bspw. durch Anwendung obligater Screeningverfahren erkannt werden. Die alte Kunst generalistisch medizinischer Koordinationsfunktion muss wieder stärker wertgeschätzt und wahrgenommen werden, von den Hausärzten in der ambulanten Versorgung wie von Geriatern in klinisch-stationären Strukturen. Unterstützung und Entlastung brauchen sie durch – am besten sektorenübergreifend begleitende –, noch patientenfreundlicher zu konzipierende Koordinationsstrukturen für die kontextliche Versorgung. Letztlich sollten die Chancen mobiler rehabilitativer Leistungserbringung im gewohnten Wohnumfeld der Versicherten nicht nur im Sinne von Ausnahmefällen, sondern auch zur Verbesserung der Nachhaltigkeit nach stationären oder extern ambulanten Rehamassnahmen genutzt werden.

**BEM bei Unternehmen**

Allumfassend ist das Thema Kommunikation unter den Trägern, hier besteht erheblicher Bedarf. Besonders in Fällen des Übergangs von Leistungsbezügen bzw. mehrerer Träger oder Trägerübergängen, werden die betroffenen Mitarbeiter nicht gut betreut und oftmals im Bürokratiedschungel allein gelassen. Man gewinnt den Eindruck, dass es nicht um die schnelle Rückkehr der Mitarbeiter an den Arbeitsplatz oder den fließenden sicheren Übergang in Rente geht, sondern um reine Kostenabwehr.



## 1. Beiratssitzung zur Neukonzeptionierung des BAR-Fachbuchs:

### „Wegweiser Rehabilitation und Teilhabe – für Ärzte und weitere Gesundheitsberufe“

Studien zeigen: Es bestehen – insbesondere bei Ärzten – immer noch Informationsdefizite und Unsicherheiten im Zusammenhang mit Rehabilitation und Teilhabe, die mit den derzeit zur Verfügung stehenden Informationsquellen nicht gedeckt werden.

Genau da setzt das neue Buchkonzept an: Information und Aufklärung über das System der Rehabilitation, sozialmedizinisches Wissen und vor allem praxisrelevante Erläuterungen. Für Ärzte und weitere Gesundheitsberufe, die unmittelbar am und mit den Menschen arbeiten: behandelnd, beratend und betreuend. Die potenziellen Leserinnen und Leser sind nicht nur in der Reha tätig, sondern vor allem in vor- und nachgelagerten Bereichen, die sich mit dem Zugang und der Nachsorge beschäftigen, wie z.B. Arzt- und Therapiepraxen, Kliniken und Beratungsstellen.

Um das Buchprojekt auf ein tragfähiges Fundament zu stellen, wird die BAR als Herausgeberin neben dem Springer-Verlag durch ein multiprofessionell besetztes Redaktionsteam unterstützt. Und da ein Buch nur so gut ist, wie es auch am Ende bei der Zielgruppe ankommt, wurde darüber hinaus ein hochrangig besetzter Beirat als beratendes Gremium etabliert. Mit unterschiedlichster Expertise aus Leistungsträgern, -erbringern, Selbsthilfe, weiteren Verbänden und der Politik gibt der Beirat während des gesamten Buchprojekts durch inhaltliche und strategische Empfehlungen

wesentliche Impulse für die Umsetzung und spätere Verbreitung des Fachbuchs. Die Auftaktsitzung fand am 18.03.2016 in der BAR statt. Die konstruktive Diskussion bestätigte die Notwendigkeit der neuen Publikation und es wurden wertvolle Anregungen für die Neukonzeptionierung gegeben. Die Herausgabe des BAR-Fachbuchs ist für 2017 vorgesehen – jetzt gilt es das Konzept und die Gliederung mit Inhalten zu füllen. Hierfür konnten bereits über 40 Autorinnen und Autoren gewonnen werden. ●



Bildquelle: BAR



Personen v. l. n. r., 1. Reihe: Dr. Sabine Grotkamp, Ludger Peschkes, Bettina Schulze, Ulrike Geith, Dr. Helga Seel, Dr. Astrid Horlacher, Carola Fischer, Dr. Susanne Weinbrenner, Dana Walter, Matthias Nagel, 2. Reihe: Johannes Magin, Renate Scheddin, Markus Oberscheven, Leo Blum, Barbara Vieweg, Thomas Bublitz, Joscha Brunßen, Dr. Sibylle Steiner, Karl-Heinz Kellermann, Prof. Dr. Wilfried Mau, Dr. Stefan Gronemeyer, Sebastian Bönisch.



## Grundsicherung und Mehrbedarfe bei Rehabilitation

Zusammenstellung ausgewählter Kernaussagen des Bundessozialgerichts\*

Die Möglichkeiten der Unterhaltssicherung nach dem SGBII während Rehabilitationsleistungen werfen verschiedene Rechtsfragen auf. Die Gesetzeslage ist insbesondere geprägt von komplexen Verweisen auf die Regelungen des SGBIII. Einige Fragen hat das Bundessozialgericht in jüngeren Entscheidungen – z.T. erneut – beantwortet:

Leistungen wegen behinderungsbedingten Mehrbedarfes nach §21 Abs.4 SGBII können bei Teilnahme an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben nur dann ausgelöst werden, wenn es sich hierbei um eine „regelförmige“ (besondere) Maßnahme handelt.

Für den Begriff der regelförmigen Maßnahme maßgeblich ist ein organisatorischer Mindestrahmen. Wesentlich ist ein formuliertes, regelmäßig auf eine auf dem Arbeitsmarkt einsetzbare Qualifikation gerichtete Maßnahmeziel. Der Maßnahme muss ein festgelegter Lehrplan zu Grunde liegen, in dem einzelne unselbständige Bestandteile in einem engen zeitlichen und organisatorischen Zusammenhang stehen. Erforderlich ist eine organisatorische Verbundenheit, die unterschiedliche Veranstaltungen in aller Re-

gel schon im Vorhinein als einheitliche Maßnahme ausgewiesen sein lässt.

Ob eine regelförmige Maßnahme als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben einzuordnen ist, die einen Anspruch nach §21 Abs.4 SGBII auslösen kann, oder als eine andere Leistung, entscheidet sich nach ihrem Inhalt und Schwerpunkt, z.B. in Abgrenzung zur medizinischen Rehabilitation (§26 SGBIX).

„Sonstige Hilfen“ im Sinne von §21 Abs.4 SGBII liegen nur dann vor, wenn die Leistungen jedenfalls über das hinausgehen, was in §14 SGBII als allgemeine Unterstützungsaufgabe der Jobcenter vorgesehen ist.

**BSG, Ur t. v. 06.04.2011 – B 4 AS 3/10 R – und Ur t. v. 05.08.2015 – B 4 A 9/15 R**

Auszubildende sind von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach SGBII grundsätzlich ausgeschlossen (§7 Abs.5 SGBII), wenn sie eine nach dem SGBIII abstrakt förderungsfähige Ausbildung oder Berufsvorbereitung absolvieren. Der Leistungsausschluss greift auch dann, wenn die Ausbildung/Berufsvorbereitung als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben nach den §§97 ff. SGBIII (§§112 ff. SGBIII n.F.)

erbracht wird. Dies ergibt sich bei Auslegung des §7 Abs.5 SGBII nach Wortsinn, Entstehungsgeschichte, Systematik und Regelungszweck. Die Unterhaltssicherung erfolgt insoweit vorrangig über das Ausbildungsgeld (§122 Abs.1 Nr.1 SGBIII), in Härtefällen kann nach §27 Abs.4 SGBII ein Darlehen gewährt werden.

**BSG, Ur t. v. 06.08.2014 – B 4 AS 55/13 R – und Ur t. v. 17.02.2015 – B 14 AS 25/14 R**

Der in §7 Abs.4 SGBII geregelte Ausschluss von Leistungen nach dem SGBII gilt auch bei Aufnahme in Reha-Einrichtungen ab sechs Monaten Dauer. Reha-Einrichtungen sind vom Wortlaut des §7 Abs.4 S.3 Nr.1 SGBII („Krankenhäuser“) mit umfasst wegen des dortigen allgemeinen Verweises auf §107 SGBV, der sich auch auf Abs.2 dieser Bestimmung erstreckt. Insoweit kommt es nicht darauf an, welcher Reha-Träger die Rehabilitationsleistung finanziert. Die voraussichtliche Dauer des Aufenthalts ist nach den Umständen bei Aufnahme in die Klinik zu bestimmen.

**BSG, Ur t. v. 02.12.2014 – B 14 AS 66/13 R**

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

### Impressum

Reha-Info zur Zeitschrift Die Rehabilitation, 55. Jahrgang, Heft 2, April 2016  
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 Bönsch;

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.