

Für eine bessere und erfolgreichere Rehabilitation

Zehn Vorschläge zur Verbesserung der Reha-Prozesse im gegliederten Sozialleistungssystem

April 2019

Zusammenfassung

Erfolgreiche Rehabilitation leistet einen wertvollen Beitrag zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Beschäftigungsfähigkeit von oft dringend benötigten Arbeits- und Fachkräften. Deshalb ist Rehabilitation für Arbeitgeber von großer Bedeutung. Die durch Arbeitsunfähigkeit entstehenden volkswirtschaftlichen Kosten sind gewaltig. Allein die unmittelbaren Kosten durch Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall, Krankengeld und Invaliditätsrenten beliefen sich im Jahr 2017 auf mehr als 85 Mrd. € (vgl. Sozialbudget 2017, Bundesgesundheitsministerium 2018). Für 2016 errechnete die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin eine durch Arbeitsunfähigkeit ausgefallene Bruttowertschöpfung von insgesamt 133 Mrd. €. Erfolgreiche Rehabilitation durch die Sozialleistungsträger trägt dazu bei, diesen volkswirtschaftlichen Schaden zu begrenzen und bildet die notwendige Ergänzung zum Engagement der Betriebe zur Gesundheitsförderung und zur Wiedereingliederung erkrankter Beschäftigter.

Reha-Maßnahmen sind aber auch entscheidend, um berufliche und gesellschaftliche Teilhabe sowie Lebensqualität für den Einzelnen zu ermöglichen. Der Erhalt der persönlichen Autonomie, die Sicherstellung der Selbstversorgungsfähigkeit, die Wiederherstellung, Verbesserung und der Erhalt der vollen oder zumindest teilweisen Leistungs- bzw. Erwerbsfähigkeit sind für die Rehabilitanden im ureigenen Interesse.

Erfolgreiche Reha-Maßnahmen tragen zudem zur Funktionsfähigkeit der Sozialversicherungssysteme bei, wenn dadurch die Zahl der Transferempfänger verringert wird und gleichzeitig Beitragszahler der Sozialversicherung erhalten bleiben.

Die Durchführung von Reha-Maßnahmen muss sich an ihren gesetzlichen Zielen messen lassen. Hierzu gehört insbesondere auch eine Integration in den Arbeitsmarkt.

Die jährlichen Aufwendungen für alle Bereiche der Rehabilitation liegen inzwischen bei fast 40 Mrd. €. Schon wegen des damit verbundenen hohen Finanzierungsaufwands für die Beitrags- und Steuerzahler muss auch im Bereich der Rehabilitation auf Wirtschaftlichkeit geachtet werden.

Im internationalen Vergleich ist das Reha-System in Deutschland hervorragend. Dennoch sind Fortschritte möglich und notwendig. Die Reformansätze des Bundesteilhabegesetzes zur Weiterentwicklung des Rehabilitations- und Teilhaberechts, das stufenweise von 2017 bis 2023 in Kraft tritt, sind grundsätzlich richtig. Allerdings sind insbesondere auch auf der untergesetzlichen Ebene weitere Verbesserungen im Bereich der Rehabilitation erforderlich.



Die BDA macht hierzu folgende Vorschläge:

1. Reha-Bedarf frühzeitiger erkennen und zeitnahe Versorgung sicherstellen
2. Rehabilitation nach den Grundsätzen von Wirkung und Wirtschaftlichkeit ausrichten
3. Schnittstellenprobleme lösen – trägerübergreifende Zusammenarbeit weiter verbessern
4. Transparenz über den Reha-Prozess schaffen – Teilhabeverfahrensbericht muss aussagekräftig sein
5. Trägerübergreifenden Ansprechpartner schaffen
6. Medizinische und berufliche Rehabilitation bestmöglich aufeinander abstimmen
7. Rehabilitation für SGB-II-Leistungsbezieher verbessern
8. Grundsatz ambulant vor stationär konsequent umsetzen
9. Angebote der Berufsförderungswerke noch betriebsnäher ausgestalten
10. Wirtschaftlichkeit von trägereigenen Reha-Einrichtungen sicherstellen

Im Einzelnen

1. Reha-Bedarf frühzeitiger erkennen und zeitnahe Versorgung sicherstellen

Der Bedarf an Reha-Maßnahmen muss so früh wie möglich erkannt werden, weil ein direkter Zusammenhang zwischen Erfolg der Reha-Maßnahme und der frühzeitigen Erkennung des Bedarfs besteht. Wird die Reha-Maßnahme zu spät durchgeführt, kann das im Einzelfall mit vermeidbaren wie schwerwiegenden Folgen verbunden sein. Die Spannweite der negativen Folgen reicht von verlängerten Ausfallzeiten über vorzeitige Erwerbsminderung bis hin zu irreversiblen Gesund-

heitsschäden. Es gibt noch erhebliches Potenzial bei der frühzeitigen Erkennung des Reha-Bedarfs:

- Krankenkassen müssen frühzeitig aktiv werden – nicht erst dann, wenn nach Ablauf der sechs Wochen Entgeltfortzahlung Krankengeldzahlungen drohen. Das bislang meist späte Engagement der Krankenkassen beruht vor allem darauf, dass die Entgeltfortzahlung in der ersten Phase der Arbeitsunfähigkeit ausschließlich arbeitgeberfinanziert ist. Deshalb haben die Krankenkassen zunächst kein finanzielles Interesse, Ausfallzeiten von Beschäftigten zu verringern. Krankenkassen schalten sich daher oft erst in den Behandlungsverlauf ein, wenn die Krankengeldzahlung beginnt und es anfängt, für sie teuer zu werden. Würden die Krankheitskosten von Arbeitgebern und Beschäftigten paritätisch aufgebracht, müsste die Entgeltfortzahlung von den Krankenkassen finanziert werden. Damit wäre für die Krankenkassen auch ein finanzieller Anreiz gegeben, schnellstmöglich aktiv zu werden.

Haus- und Betriebsärzte müssen in der Aus- und Weiterbildung für das Thema Rehabilitation sensibilisiert werden. Ärzte sind im Regelfall die ersten Ansprechpartner, wenn gesundheitliche Beeinträchtigungen auftreten. Die Bedarfserkennung durch Ärzte darf kein vorgelagerter Flaschenhals für den Zugang zu Reha-Maßnahmen sein. Es ist daher zu begrüßen, dass mittlerweile in der Approbationsordnung für Ärzte (§ 27 Abs. 1 ÄApprO) ein Querschnittsbereich „Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren“ eingeführt worden ist und damit bereits während des Medizinstudiums die Inhalte der Rehabilitation vermittelt werden. Eine verstärkte Aufnahme des Themas Rehabilitation in die Weiterbildung gerade auch für Haus- und Betriebsärzte erscheint hilfreich. Darüber hinaus sollten auch die verschiedenen Reha-Träger in Abstimmung miteinander die zuständigen Ärzte informieren, damit notwendige Reha-Maßnahmen zügig beantragt werden. Das Antragsverfahren für Reha-Leistungen sollte dabei auch deutlich einfacher gestaltet werden (siehe auch Nr. 3.).



- Die Präventionsangebote der Sozialversicherungsträger sollten bekannter gemacht werden. Bei deren Durchführung können gegebenenfalls bestehende Reha-Bedarfe frühzeitig erkannt werden.
- Verbessert werden muss auch das trägerübergreifende Denken und Handeln der sozialmedizinischen Dienste in den einzelnen Sozialversicherungszweigen. Dies kann durch einen intensiveren Austausch der Dienste untereinander erfolgen. Langfristig könnte auch ein für die gesamte Sozialversicherung tätiger Dienst geschaffen werden.
- Mit der frühzeitigen Erkennung von Reha-Bedarf allein ist aber noch nichts gewonnen, wenn anschließend keine zeitnahe Versorgung folgt. Insbesondere bietet die heute bessere Diagnose von psychischen Erkrankungen die Chance einer frühzeitigeren und erfolgreicherer Behandlung. Leider wird diese Chance häufig nicht genutzt: Obwohl der GKV-Spitzenverband auf Initiative der Arbeitgeber und Gewerkschaften für Verbesserungen gesorgt hat, bleibt die Versorgung psychisch Erkrankter nach wie vor unbefriedigend. Durch lange Wartezeiten für eine psychotherapeutische Behandlung werden Leiden verlängert oder sogar verschlimmert und die Genesung erschwert. Laut Bundespsychotherapeutenkammer liegen die durchschnittlichen Wartezeiten für ein Erstgespräch noch immer bei 6 Wochen, in einigen Bundesländern sogar deutlich darüber. Aus Mangel an entsprechenden Angeboten erhalten psychisch Erkrankte statt einer schnellen ambulanten Versorgung viel zu häufig eine Einweisung für eine stationäre Reha-Maßnahme, die wesentlich teurer, aber nicht notwendig wirksamer ist. Ärzte, Therapeuten, Bundesgesundheitsministerium und Sozialversicherungsträger sind gefordert, eine bessere Versorgung psychisch Erkrankter zu gewährleisten. Erste Erkenntnisse der 2016 eingeführten Terminalservicestellen, die überwiegend zur Vermittlung von Terminen im Bereich der Psychotherapie genutzt werden, sollten dabei systematisch ausgewertet werden.

2. Rehabilitation nach den Grundsätzen von Wirkung und Wirtschaftlichkeit ausrichten

Reha-Leistungen müssen nach dem Grundsatz von Wirkung und Wirtschaftlichkeit erbracht werden. Auch im Interesse der Rehabilitanden muss gewährleistet sein, dass Reha-Ziele erreicht und insbesondere auch die berufliche (Wieder-)Eingliederung unterstützt werden.

Im Interesse der Beitrags- und Steuerzahler und entsprechend dem gesetzlichen Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit (§ 69 Abs. 2 SGB IV) müssen die Maßnahmen so ausgestaltet werden, dass unnötige Ausgaben vermieden werden. Dies gilt ganz besonders, weil Rehabilitation ein enorm ausgabenintensiver Bereich des Sozialsystems ist. Die Ausgaben für Reha-Leistungen sind in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Wurden 2006 noch rund 25 Mrd. € für Reha-Leistungen ausgegeben, liegen die Aufwendungen inzwischen bei fast 40 Mrd. € und damit um rund die Hälfte höher. Dieser Anstieg liegt deutlich höher als der zwischenzeitliche Anstieg des nominalen Bruttoinlandsprodukts.

Um sicherzustellen, dass Rehabilitation nach dem Grundsatz von Wirkung und Wirtschaftlichkeit erfolgt, müssen die Reha-Maßnahmen einem objektivierten kontinuierlichen Verbesserungsprozess im Sinne eines „lernenden Systems“ unterzogen werden. Voraussetzung dafür ist, dass Wirkungen und Kosten der Rehabilitation transparenter werden.

Heute fehlt häufig eine echte Erfolgskontrolle der durchgeführten Maßnahmen. Die bloße Erfassung der Patientenzufriedenheit reicht hierfür nicht. Notwendig ist eine Erfolgskontrolle, aus der hervorgeht, inwieweit Rehabilitanden durch die durchgeführten Maßnahmen das angestrebte Ziel erreichen – beispielsweise die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben. Ein wichtiger Schritt dabei wäre, systematisch die vor der Reha-Maßnahme prognostizierte weitere Beschäftigungsfähigkeit bzw. die weitere Dauer der Arbeitsunfähigkeit der tatsächlich beobachteten



weiteren Beschäftigungs- bzw. Krankheitsdauer gegenüberzustellen.

Schon das vergleichsweise einfache Verfahren einer Befragung zur Evaluation der Maßnahmen kann durch die richtige Prozessgestaltung verbessert werden. Dazu sollte nicht nur das Ergebnis derjenigen einfließen, die eine Maßnahme durchführen, sondern die Einschätzung aller beteiligten Stellen, also auch der Hausärzte und Arbeitgeber, insbesondere auch bei einem Abbruch der Behandlung. Zudem kann in ergänzenden, nachgelagerten Abfragen geprüft werden, ob die Erfolge sich nachhaltig niederschlagen, z. B. dadurch, dass die Wiedereingliederung in das Arbeitsleben auch über einen längeren Zeitraum gelingt.

Das gedeckelte Reha-Budget der gesetzlichen Rentenversicherung ist nach Korrekturen durch den Gesetzgeber so ausgestaltet, dass seine Höhe mit dem sich demografisch bedingt ändernden Reha-Bedarf korreliert. Es hält alle Beteiligten zu kosteneffizientem Handeln an, ohne medizinisch sinnvolle Maßnahmen zu gefährden. Damit trägt es zu einem wirtschaftlichen Mitteleinsatz in der Rehabilitation bei. Zudem wird keine einzige notwendige Reha-Maßnahme durch die bestehende Budgetierung verhindert.

Die Reha-Träger müssen in Zusammenarbeit mit der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich Verbesserungspotenziale herausarbeiten und kontinuierlich die Effizienzreserven heben. Dies ist nicht nur im Interesse der Beitragszahler, sondern vor allem auch im Interesse der Rehabilitanden nach qualitativ hochwertigen, wirksamen und nachhaltigen Reha-Maßnahmen.

3. Schnittstellenprobleme lösen – trägerübergreifende Zusammenarbeit weiter verbessern

Die Träger der Rehabilitation müssen optimal zusammenarbeiten, relevante Informationen untereinander austauschen und trotz erreichter Verbesserungen noch immer vorhandene Schnittstellenprobleme überwinden. Nur

dann ist ein gegliedertes Sozialleistungssystem, in dem je nach Lebenslage unterschiedliche und zum Teil auch mehrere Leistungsträger gleichzeitig zuständig sind, im Sinne der Betroffenen zu rechtfertigen. Der mit dem Bundesteilhabegesetz eingeleitete Weg der verbesserten Zusammenarbeit zwischen den Reha-Trägern muss daher konsequent in der Praxis umgesetzt werden.

Hierzu muss insbesondere der Informationsaustausch zwischen den Beteiligten verbessert werden, um die Erledigung der Anträge zu beschleunigen und die Erfolgsaussichten der Maßnahmen zu verbessern. Reha-Träger sollten künftig Kenntnis über relevante gesundheitliche Probleme von Versicherten erhalten, sobald diese Informationen anderen Reha-Trägern vorliegen. An einem solchen Informationsaustausch müssen insbesondere die Krankenkassen, die über Informationen zu Gründen, Häufigkeiten und Länge von Zeiten der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit verfügen, die Versorgungsämter (Antrag auf Grad der Behinderung, bei einem Grad der Behinderung ab 50), die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (Antrag auf Rehabilitation oder Erwerbsminderungsrente), die Arbeitsagenturen (Antrag auf Gleichstellung, wenn der festgestellte Grad der Behinderung weniger als 50, aber mindestens 30 beträgt) und die Jobcenter beteiligt sein. Relevante Informationen müssen an die beteiligten Träger der medizinischen Rehabilitation weitergeleitet werden. Soweit erforderlich, muss der Gesetzgeber für die notwendige Grundlage sorgen, dass dieser Datenaustausch datenschutzrechtlich möglich ist. Bis dies der Fall ist, sollten die beteiligten Träger ggf. mit Einwilligungserklärungen der Beteiligten arbeiten.

Notwendig ist zudem, dass alle Sozialversicherungsträger der Bedeutung der trägerübergreifenden Zusammenarbeit hinreichend Rechnung tragen und tatkräftig und engagiert auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) mitarbeiten. Auch diejenigen Träger, die sich bisher nur punktuell auf Ebene der BAR beteiligen, müssen sich da, wo es erforderlich ist, aktiver in die Arbeit der BAR einbringen. Dazu gehört auch, dass die Träger der Eingliederungshilfe



in der BAR aktiv mitarbeiten und in die gemeinsamen Empfehlungen der BAR miteinbezogen werden.

Für eine bessere Zusammenarbeit der Reha-Träger wären auch gemeinsame Schulungen der Beschäftigten der Reha-Träger der einzelnen Sozialversicherungszweige sinnvoll. So könnte ein trägerübergreifendes Verständnis von Rehabilitation entwickelt werden.

Mittelfristiges Ziel sollte es sein, zu einem einheitlichen Antragsverfahren und einem zwischen den Reha-Trägern abgestimmten Antragsformular bzw. einem elektronischen Antrag zu kommen. Mit den Möglichkeiten der Digitalisierung kann und muss das Antragsverfahren beschleunigt, verständlich formuliert und barrierefrei entwickelt werden. Der Datenaustausch zwischen den Trägern muss mit datenschutzrechtlichen Erleichterungen flankiert werden, wo es erforderlich ist und wo es im Interesse der Rehabilitanden verantwortet werden kann.

Die Reha-Träger müssen sich bewusst sein, dass Rehabilitation in einem in mehrere Träger gegliederten System nur erfolgreich sein kann, wenn die Schnittstellenprobleme minimiert werden. Nur dann ist es gerechtfertigt, an der bisherigen Aufsplitterung des Reha-Bereichs festzuhalten. Bei fortbestehenden Effizienzverlusten zu Lasten der Beitragszahler stünde die Frage im Raum, ob es bei der vielfältigen Trägerstruktur bleiben kann.

4. Transparenz über den Reha-Prozess schaffen – Teilhabeverfahrensbericht muss aussagekräftig sein

Der Teilhabeverfahrensbericht muss aussagekräftige Daten enthalten, da nur so die notwendige Transparenz im Reha-Geschehen hergestellt werden kann und zielgerichtete Schlussfolgerungen im Sinne der Beteiligten gezogen werden können.

Nach dem neuen Bundesteilhabegesetz muss die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) seit 2018 jährlich in einem Teilhabeverfahrensbericht die Zusammenar-

beit der Reha-Träger und das Reha-Leistungsgeschehen transparent aufbereiten. Das soll dem Gesetzgeber Möglichkeiten der Evaluation und Steuerung eröffnen sowie ein besseres Erkennen verfahrenshemmender Divergenzen und Intransparenzen im Rehabilitationsrecht ermöglichen.

Unverzichtbar ist dafür, dass alle Reha-Träger auch tatsächlich wie vereinbart der BAR zügig die nach dem Gesetz zu erhebenden und zu übermittelnden Daten bereitstellen.

Zu diesen Daten gehören

- die Anzahl der Anträge und der Weiterleitungen an andere Träger,
- die Einhaltung der Bearbeitungsfristen,
- die Durchlaufzeiten der Anträge sowie
- die Anzahl der Leistungsberechtigten, die sechs Monate nach dem Ende der Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen haben.

5. Trägerübergreifenden Ansprechpartner schaffen

Sowohl für Arbeitgeber als auch für die Rehabilitanden und ihre behandelnden Ärzte muss das gegliederte System der Rehabilitation durchschaubar sein. Alle Beteiligten müssen schnell und unbürokratisch erkennen können, welcher Träger für welche Reha-Maßnahmen zuständig ist und welche Angebote zur Rehabilitation es im Einzelnen gibt. Es bedarf einer abgestimmten, schnellen, wirksamen und betriebsnahen Unterstützung und Beratung durch die Reha-Träger.

Mit dem Bundesteilhabegesetz wurden die Gemeinsamen Servicestellen, die bislang zur Unterstützung Ratsuchender in Reha-Fragen eingerichtet worden waren, abgeschafft und für die Betroffenen durch eine unabhängige Teilhabeberatung ersetzt. Die Lücke bei der trägerübergreifenden Beratung von Arbeitgebern wurde aber bisher nur unzureichend geschlossen, denn die in § 12 Abs. 1 SGB IX



vom Gesetzgeber geforderten „Ansprechstellen“ bei den Reha-Trägern haben keinen trägerübergreifenden Beratungsauftrag. Es fehlt damit nach wie vor an einem in allen Reha-Fragen kompetenten Ansprechpartner für Arbeitgeber. In diesem Zusammenhang könnten auch weitere Beratungsangebote beispielsweise zu Präventionsmaßnahmen Berücksichtigung finden. Dabei zeigt das bei den Bildungswerken der Wirtschaft durchgeführte Projekt „Unternehmensnetzwerk Inklusion“ eindrücklich, dass ein solcher Ansprechpartner, der Arbeitgeber zu den richtigen Beratungs- und Unterstützungsangeboten der Reha-Träger lotst, für Arbeitgeber wichtig ist. Es sollte daher mittelfristiges Ziel sein, trägerübergreifende Lotsen für Arbeitgeber zu schaffen, die schnell und unbürokratisch passgenaue Beratung in der Region vermitteln können.

Arbeitgeber sollten da, wo es sinnvoll ist, in den Reha-Prozess eingebunden werden. Zu Recht sollen nach der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) auch Betriebsärzte und Arbeitgeber im Rahmen des gesetzlich neu eingeführten Teilhabeplanverfahrens beteiligt werden. Das Teilhabeplanverfahren soll gerade dazu dienen, eine Leistungserbringung wie aus einer Hand sicherzustellen, indem hier die Leistungsbedarfe ermittelt und festgestellt, die in Frage kommenden Leistungen und Rehabilitations-träger koordiniert und der gesamte Reha-Prozess durch den „leistenden Rehabilitationsträger“ gesteuert wird.

6. Medizinische und berufliche Rehabilitation bestmöglich aufeinander abstimmen

Für eine erfolgreiche Rehabilitation und eine möglichst baldige Wiedereingliederung in das Erwerbsleben ist entscheidend, dass die erforderlichen Reha-Maßnahmen aufeinander abgestimmt sind. Dies gilt auch für das Zusammenspiel von medizinischer und beruflicher Rehabilitation. Ohne hinreichende Verzahnung dieser Maßnahmen können erhebliche Verzögerungen beim Reintegrationsprozess entstehen. Auch deshalb ist es wichtig,

dass die Reha-Träger eng zusammenarbeiten.

Zielführend kann eine medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) sein. Jede Einrichtung der medizinischen Rehabilitation muss ohnehin diagnostische und therapeutische Kompetenz auf dem Feld der beruflichen Integration entwickeln und vorhalten. Bei besonderen beruflichen Problemlagen legt die MBOR einen in der Intensität noch darüberhinausgehenden besonderen Schwerpunkt auf die spezifischen Problemlagen des – bisherigen oder angestrebten – Arbeitsplatzes. Diese Anstrengungen müssen aber noch deutlich intensiviert und ausgebaut werden.

Bereits während der medizinischen Rehabilitation müssen die möglicherweise bestehenden Notwendigkeiten einer Maßnahme der beruflichen Rehabilitation berücksichtigt und frühzeitig entsprechende Maßnahmen vorbereitet werden. Das gilt insbesondere dort, wo es zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation zu einem Wechsel des Reha-Trägers kommt. Stellt sich im Rahmen der medizinischen Rehabilitation heraus, dass sich der behandelte Patient beruflich verändern muss, hat diese Information zeitnah zu den notwendigen Konsequenzen im Reha-Prozess zu führen. Auch hier sind die behandelnden Ärzte und die Reha-Träger gefordert, ihre Prozesse zu verbessern und die Wirksamkeit der Maßnahmen transparent zu machen.

Gerade, wenn es um die Wiedereingliederung in ein bestehendes Arbeitsverhältnis geht, müssen Arbeitgeber sowie Werks- und Betriebsärzte schon während der medizinischen Rehabilitation in den Wiedereingliederungsprozess einbezogen werden. Nur in Zusammenarbeit mit dem jeweiligen Arbeitgeber kann entschieden werden, mit welcher Unterstützung Betroffene ihre Arbeit auf dem konkreten Arbeitsplatz wieder aufnehmen können oder ob passende Ausweichmöglichkeiten im Betrieb vorhanden sind. Eine rechtzeitige Information und Einbindung der Arbeitgeber sind zudem auch deshalb geboten, weil diese ihre Personalplanung auf die Wiedereingliederung ausrichten müssen.



7. Rehabilitation für SGB-II-Leistungsbezieher verbessern

Die Finanzierung von Rehabilitationsleistungen muss auch in der Grundsicherung ausreichend gewährleistet sein. Während es in der Arbeitslosenversicherung ein gesondertes Budget für Leistungen der beruflichen Rehabilitation gibt, werden in der Grundsicherung für Arbeitssuchende die Mittel für Leistungen zur beruflichen Rehabilitation aus dem Budget für Eingliederungsleistungen der einzelnen Jobcenter entnommen. Bei kleineren Jobcentern können mangels Umverteilungsmöglichkeiten nur ein, zwei oder drei aufwändigere Reha-Fälle schon das komplette Eingliederungsbudget sprengen. Die Frage der Notwendigkeit bzw. Angemessenheit von Maßnahmen beruflicher Rehabilitation wird daher vielfach durch Budgetdruck beeinflusst und Rehabilitationsbedarf vor diesem Hintergrund nicht geprüft. Es muss daher auch in der Grundsicherung für Arbeitssuchende ein gesondertes Budget für Leistungen der beruflichen Rehabilitation geben, damit Arbeitslose mit Reha-Bedarf gefördert werden können.

Ein eigenes Budget für Leistungen der beruflichen Rehabilitation für Empfänger von Grundsicherung muss nicht dazu führen, dass die Aufwendungen für die Grundsicherung insgesamt steigen. Im Gegenteil sollte das Ziel sein, dass die erbrachten Reha-Leistungen durch zielgerichteten Mitteleinsatz nach Wirkung und Wirtschaftlichkeit dazu beitragen, dass mehr Grundsicherungsempfänger in Beschäftigung kommen und dadurch nicht mehr auf SGB-II-Mittel angewiesen sind.

Verstärkte Anstrengungen sind auch bei der medizinischen Rehabilitation von SGB-II-Leistungsempfängern erforderlich. Obwohl insgesamt mehr als 40 % der Grundsicherungs-Empfänger nach eigener Einschätzung schwerwiegende gesundheitliche Einschränkungen aufweisen, nehmen sie nur selten an medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen teil. Jobcenter verfügen über keine auswertbaren Daten, wie viele ihrer Kunden nur eingeschränkt erwerbsfähig sind. Umso wichtiger ist es, dass die Jobcenter in Zusammen-

arbeit mit Krankenkassen und Rentenversicherung dafür sorgen, dass Reha-Bedarfe von Grundsicherungsempfängern systematisch identifiziert und – wo erforderlich – Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation erfolgreich durchgeführt werden.

Wichtig ist darüber hinaus, dass bei den Trägern der Grundsicherung für Arbeitssuchende genügend qualifiziertes Personal in den Bereichen „Rehabilitation/Schwerbehinderung“ zur Verfügung steht. Eine entsprechende Verpflichtung besteht in § 187 Abs. 4 SGB IX bisher nur für Arbeitsagenturen.

8. Grundsatz ambulant vor stationär konsequent umsetzen

Reha-Maßnahmen sollten häufiger als bisher ambulant durchgeführt werden: Ambulante Behandlungen sind oft praxisnäher, fast immer kostengünstiger und bieten auch wegen der gezielten Einbindung integrationsförderlicher Ressourcen der Familie, des sozialen Umfelds und des Betriebs häufig höhere Integrationschancen. Stationäre Maßnahmen sollten nur erfolgen, wenn keine ambulante Maßnahme gleichermaßen zielführend wäre. Dabei ist die gesundheitliche Indikation zu beachten, die im Einzelfall eine ambulante Reha-Maßnahme ausschließen kann.

9. Angebote der Berufsförderungswerke noch betriebsnäher ausgestalten

Die Angebote der Berufsförderungswerke, die im Bereich der Wiedereingliederung eine wesentliche Rolle spielen, müssen sich an den Anforderungen des Arbeitsmarkts orientieren. Wichtig ist dabei, dass nicht am Arbeitsmarkt vorbei bzw. praxisfern gearbeitet wird. Gute Eingliederungschancen bestehen nur dann, wenn die Veränderungen der Arbeitswelt und der betrieblichen Anforderungen berücksichtigt werden. Berufliche Rehabilitation sollte in Kooperation mit Unternehmen so betriebsnah wie möglich erfolgen. Damit die betrieblichen Anteile bei den Maßnahmen erhöht werden können, ist eine noch stärkere Verzahnung mit Unternehmen vor Ort anzustreben. Dazu



bedarf es auch der weiteren Ausarbeitung innovativer und flexibler Konzepte.

Bei der Zuweisung an Berufsförderungswerke durch die Reha-Träger sind objektiv nachvollziehbare Messgrößen mit zu berücksichtigen. Dazu gehören Integrationsquoten, Abbruchquoten oder Kosteneffizienz. Die Reha-Träger haben von den Berufsförderungswerken Effektivität und Effizienz in der Leistungserbringung einzufordern.

Berufsförderungswerke könnten künftig auch als externe Dienstleister für Unternehmen Leistungen im Rahmen des betrieblichen Gesundheits- bzw. Eingliederungsmanagements anbieten. Das Angebot könnte beispielsweise Leistungserprobungen, Potenzialanalysen oder Kooperationen bei der Durchführung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) beinhalten. Dies wird beispielsweise bereits mit der Deutschen Bahn oder Boehringer Ingelheim so praktiziert.

10. Wirtschaftlichkeit von trägereigenen Reha-Einrichtungen sicherstellen

Die gesetzliche Renten- und Unfallversicherung sind nicht nur Reha-Träger, die für ihre Versicherten Reha-Leistungen finanzieren, sondern sie betätigen sich auch mit eigenen Einrichtungen als Anbieter von Reha-Leistungen. Sie betreiben Reha- bzw. Unfallkliniken und Berufsförderungswerke. Dies ist grundsätzlich dann vertretbar, wenn diese Einrichtungen gute Qualität bieten und entsprechend dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit betrieben werden.

Allerdings bringt die Doppelrolle von Reha-Träger und Reha-Anbieter auch einen Interessenkonflikt mit sich. Denn das Interesse eines Reha-Trägers, Reha-Leistungen je nach vorhandenem Bedarf und entsprechend den Kriterien von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu gewähren, steht notwendigerweise in einem Spannungsverhältnis zum Interesse von Reha-Einrichtungen, möglichst durchgängig belegt zu sein und möglichst hohe Vergütungssätze zu erhalten, um mindestens

keine Verluste und besser noch Gewinne zu erwirtschaften.

Die Auslastung von Reha-Einrichtungen muss jedoch dem tatsächlichen Bedarf für die jeweiligen Leistungen entsprechen. Sollte eine Einrichtung unter geringer Auslastung leiden, muss sie darauf reagieren, indem sie entweder ihr Preis-Leistungs-Verhältnis verbessert oder das Angebot zurückfährt. Dieser wichtige Mechanismus, der auch im Interesse der Rehabilitanden als Korrektiv für ineffiziente Leistungserbringung bzw. mangelnde Qualität dient, darf nicht in den Hintergrund geraten.

Umso wichtiger ist es, mit geeigneten Maßnahmen zu gewährleisten, dass die Belegung von Reha-Einrichtungen ausschließlich nach objektiven Kriterien erfolgt, die sich am Interesse einer erfolgreichen Rehabilitation unter Einhaltung von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit (§ 69 Abs. 2 SGB IV) orientieren.

Außerdem bedarf es einer kontinuierlichen Prüfung, ob und inwieweit das Betreiben eigener Reha-Einrichtungen erforderlich ist. Es muss gewährleistet sein, dass der Betrieb einer eigenen Einrichtung tatsächlich im Interesse der Sicherung von Versorgungsqualität oder Versorgungssicherheit oder zur Durchführung von Reha-Forschung notwendig ist. Einrichtungen, die auf absehbare Zeit nicht wirtschaftlich betrieben werden können, müssen geschlossen bzw. veräußert werden.

Ansprechpartner:

BDA | DIE ARBEITGEBER

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

Soziale Sicherung

T +49 30 2033-1600
soziale.sicherung@arbeitgeber.de

Arbeitsmarkt

T +49 30 2033-1400
arbeitsmarkt@arbeitgeber.de