

## **Überarbeitung der Gemeinsamen Empfehlungen der Leistungsträger zum Reha-Prozess vor dem Hintergrund des BTHG**

### **Stellungnahme des Netzwerks für berufliche Rehabilitation (NbR) zum Arbeitsentwurf der Gemeinsamen Empfehlungen (Stand 12.1.2018)**

Die Mitglieder im Netzwerk für berufliche Rehabilitation (NbR) sind

- ✓ die Bundesarbeitsgemeinschaft der beruflichen Trainingszentren e.V. (BAG BTZ)
- ✓ die Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke e.V. (BAG BBW)
- ✓ die Bundesarbeitsgemeinschaft der medizinisch-beruflichen Rehabilitationseinrichtungen (BAG mbR)
- ✓ die Bundesarbeitsgemeinschaft der Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (BAG RPK)
- ✓ die Bundesarbeitsgemeinschaft der Werkstätten für behinderte Menschen e.V. (BAG WfbM)
- ✓ der Bundesarbeitskreis der Berufsförderungswerke (BAK BFW)
- ✓ der Bundesverband der Berufsförderungswerke (BV BFW)

### **Einführung**

Die von den Reha-Trägern zu vereinbarenden Gemeinsamen Empfehlungen (GE) dienen dem Ziel, durch eine verstärkte Kooperation und gemeinsame Absprachen eine einheitliche, trägerübergreifende und koordinierte Leistungserbringung zu gewährleisten. Der entsprechende Handlungsrahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) ist im SGB IX gesetzlich geregelt.

Die Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess vom 01.08.2014 war an einem gemeinsamen und prozessorientierten Grundverständnis ausgerichtet. Mit Einführung des BTHG ist jetzt eine neue Grundlage für einen idealtypischen Reha-Prozess zu beachten, zu dem nach Auffassung des NbR folgende Phasen<sup>1</sup> bzw. Meilensteine gehören:

- Antragstellung
- Bedarfserkennung
- Bedarfsermittlung mit Teilhabeplan (Dokumentation des Teilhabeplans)
- Bedarfsfeststellung (Verwaltungsakt)
- Teilhabeplanung / ggf. Teilhabeplankonferenz
- Erbringung von Leistungen
- Überprüfung der Teilhabeziele
- Aktivitäten zum/am Ende einer Leistung zur Teilhabe<sup>2</sup>
- Evaluation

---

<sup>1</sup> Die Phasen sind oftmals zeitlich nicht voneinander zu trennen, sondern überlappen sich inhaltlich wie auch zeitlich.

<sup>2</sup> Hierzu zählen insbesondere auch Nachsorge-Leistungen – siehe unten

Im ersten Halbjahr 2018 wird seitens der BAR das förmliche Zustimmungsverfahren bei den Leistungsträgern eingeleitet. An diesem Verfahren werden über die Leistungsträger hinaus auch die auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände der Leistungserbringer von ambulanten und stationären Rehabilitationsleistungen beteiligt.

Die Gemeinsamen Empfehlungen (GE) der BAR bilden für Reha-Träger verbindliche Handlungsgrundlagen. Im vorliegenden Arbeitsentwurf werden insbesondere Fragen des Zugangs zur Rehabilitation sowie zur Teilhabeplanung in der Zuständigkeit der Leistungsträger neu geregelt sowie vereinzelt auch Fragen der Zusammenarbeit mit Leistungserbringern behandelt.

**Für eine umfassende und personenzentrierte Teilhabeplanung sowie für eine effiziente Rehabilitation gibt der NbR folgende Punkte zur Beachtung und bittet entsprechend um Ergänzung bzw. inhaltliche Berücksichtigung:**

### **1. Teilhabeplanung**

Für einen optimalen Reha-Prozess im Sinne der Menschen mit Behinderungen ist die fachliche Einbeziehung der Leistungserbringer zwingend notwendig. Gerade vor dem Hintergrund, dass die Stellung der Leistungsberechtigten als Verfahrensbeteiligte künftig gestärkt werden soll – was der NbR ausdrücklich begrüßt –, wird dies ein hohes Maß an Transparenz und Partizipation der beteiligten Personen erfordern.

Die gesetzlichen Grundlagen sind dazu eindeutig: § 19 Abs. 2 Nr. 5 SGB IX sieht „die Einbeziehung von Diensten und Einrichtungen bei der Leistungserbringung“ im Teilhabeplanverfahren vor. § 20 Abs. 3 konkretisiert diese Einbeziehung in der Teilhabeplankonferenz unter Bezugnahme auf die Interessen der Leistungsberechtigten. Im Sozialgesetzbuch X wird das Sozialverwaltungsverfahren der öffentlich-rechtlichen Behörden geregelt. Dort heißt es unter § 12 (1) 3. „Beteiligte sind diejenigen, mit denen die Behörde einen öffentlich-rechtlichen Vertrag schließen will oder geschlossen hat.“ Auch das ist als Beleg für die Einbeziehung der Leistungserbringer zu beachten.

**Der bisherige Arbeitsentwurf zum Reha-Prozess bleibt aus Sicht des NbR im Hinblick auf die Einbeziehung der Leistungserbringer hinter den gesetzlich festgeschriebenen Prinzipien deutlich zurück. Im Sinne einer erfolgreichen Reha-Planung im sozialrechtlichen Dreiecksverhältnis muss eine enge Einbindung der Einrichtungen und Dienste entsprechend in § 53 ff. der Gemeinsamen Empfehlungen stärker berücksichtigt werden.**

Künftig gewinnen auch vorhandene Beratungsangebote der Träger wie auch die neue, ergänzende unabhängige Teilhabeberatung erheblich an Bedeutung. Diese müssen Informationsangebote zu Leistungserbringern sowie -anbietern bereithalten.

**Aus Sicht des NbR muss im Sinne einer bedarfsgerechten, transparenten und personenzentrierten Leistungserbringung gewährleistet sein, dass die GE nicht hinter den im BTHG festgelegten Grundsätzen der Einbeziehung der Leistungsberechtigten und Leistungserbringer zurückbleiben.**

## 2. Dokumentation der Leistungserbringer

Eine Einheitlichkeit in der Dokumentation, auch über Trägergrenzen hinweg, wird als Ziel verfolgt, aber in der GE nicht verbindlich festgelegt. In § 37 (Einheitlichkeit, Nachprüfbarkeit und Dokumentation) heißt es hierzu unter (1):

*„Die eingesetzten Instrumente gewährleisten eine individuelle und funktionsbezogene Bedarfsermittlung und sichern unter Beachtung datenschutzrechtlicher Regelungen die Dokumentation und Nachprüfbarkeit der Bedarfsermittlung. Durch Nutzung der Möglichkeiten des bio-psycho-sozialen Modells, das der ICF zugrunde liegt, wird bei der Entwicklung und Weiterentwicklung der Instrumente, wo möglich, eine trägerübergreifende Vereinheitlichung verfolgt.“*

Damit bleibt für Leistungserbringer, die im Rahmen der Reha mit unterschiedlichen Leistungsträgern arbeiten, weiterhin die Notwendigkeit bestehen, auch künftig unterschiedliche Berichtsformate und IT-Schnittstellen bedienen zu müssen (z. B. Berichte an die BA, die UV, örtlicher Jugend- und Sozialhilfeträger oder die DRV).

Hier liegen auf Seiten aller Akteure wie auch bei der trägerübergreifenden Zusammenarbeit langfristig potentiell hohe Einsparpotentiale, wenn es zu einer Einheitlichkeit der Berichtsformate (inhaltlich und technisch) kommt, insbesondere vor dem Hintergrund der Chancen, welche mit einer fortschreitenden Digitalisierung verbunden sind. Die Qualität der Leistungen für Menschen mit Behinderungen und das Zusammenwirken aller am Prozess Beteiligten darf nicht aufgrund bürokratischer Hürden leiden. **Die zu erwartenden Mehrkosten, die stellenweise bereits jetzt in der Handhabung verschiedener Dokumentationssysteme der Leistungsträger anfallen, müssen perspektivisch auch für die Leistungserbringer refinanziert sein.**

**Aus Sicht des NbR sollten daher im Rahmen des Berichtswesens gemeinsam mit den Leistungserbringern einheitliche Mindeststandards abgestimmt werden. Ein möglichst einheitliches, auch für die Menschen mit Behinderungen verständliches Format, wäre zukunftsweisend. Ein Muster, bezogen auf die berufliche Reha als Anlage zur GE könnte hierzu ein erster Schritt sein.**

## 3. Zusammenarbeit der Reha-Träger

Nach § 16 liegt die Initiative zur Vernetzung zunächst bei den Leistungsträgern mit dem Ziel, nachhaltige Strukturen der Zusammenarbeit zu schaffen, um eine effiziente Teilhabe für Menschen mit Behinderungen zu organisieren. Ausschreibungen zur Vergabe sowie kurzfristige Beauftragungen von Einrichtungen sind eher gegenläufig zu dem Ziel, nachhaltige Strukturen zu entwickeln und zu pflegen. In § 16 (2) werden weitere Akteure für eine Vernetzung als Kann-Bestimmung aufgeführt.

Komplexe Problemlagen der Menschen mit Behinderungen erfordern im Einzelfall vernetzte Hilfen. Dazu gehören als relevante Akteure auch immer die Leistungserbringer, die im sozialrechtlichen Dreieck im Auftrag der Leistungsträger und im wettbewerblichen Sozialleistungssystem Teilhabe für Menschen mit Behinderungen realisieren.

**Aus Sicht des NbR sollte die Zusammenarbeit mit den Reha-Trägern insgesamt verbindlich gestaltet und mit Mindeststandards gesichert werden. Dies gilt auch für die in § 13 aufgezählten Akteure: Hier sollten die Leistungserbringer, die im aktuellen**

**Entwurf nicht explizit erwähnt werden, unbedingt benannt und aufgenommen werden. Denn sie bringen die notwendigen Praxiserfahrungen zur Umsetzung des Reha-Prozesses mit.**

#### **4. Umwelt des Leistungsberechtigten**

Auch wenn die GE Reha-Prozess ihrem Anspruch nach dem bio-psycho-sozialen Modell der ICF folgt (siehe § 41 Abs. 2 und 3), tritt die Bedeutung der Um- und Mitwelt (z. B. Familie, häusliche Situation, spezifische Lebenswelt) für eine wirksame Rehabilitation doch weitgehend in den Hintergrund. Als Ansatzpunkt für aktive Interventionen zur Verbesserung der individuellen Teilhabe wird weitgehend die Person selbst gesehen, das Um- und Mitfeld bleibt ausgenommen.

Eine Verbesserung der individuellen Teilhabe kann jedoch prinzipiell erfolgen durch

- eine gesteigerte Funktions- bzw. Leistungsfähigkeit der einzelnen Person und/oder
- verbesserte Umweltbedingungen (so genannte Förderfaktoren in der Umwelt).

Lediglich in § 43 (2) wird zu der Klärung erforderlicher Leistungen allgemein ausgeführt: *„Hierzu sind auch Möglichkeiten der Gestaltung der Umwelt zu prüfen.“ (Gestaltung!)*

Eine Prüfung der Umweltfaktoren kann jedoch die aktive Gestaltung der für den Einzelfall jeweils relevanten Umwelt nicht ersetzen. Im Rahmen dessen gilt es, Barrieren (auch immaterielle) zu identifizieren und abzubauen, wie es bspw. auch im Arbeitsentwurf des b3-Projektes „Basiskonzept für die Bedarfsermittlung“ dargestellt ist.

**Daher sieht das NbR für eine angemessene Berücksichtigung der Umweltfaktoren mit Blick auf die bisherigen Ergebnisse des Forschungs- und Entwicklungsprojekts „b3“ einen Konkretisierungs- und Ergänzungsbedarf. Interventionen, die die Umwelt des Menschen mit Behinderungen nicht berücksichtigen, sind in ihrer Wirksamkeit oft sehr eingeschränkt.**

#### **5. Kompetenzbegriff**

Kompetenzen einer Person werden im Arbeitsentwurf an mehreren Stellen wiederholt als wichtig benannt. Der verwendete Kompetenzbegriff wird jedoch nicht näher erläutert. Zudem taucht der Begriff im BTHG überhaupt nicht auf.

**Nach Ansicht des NbR ist eine Erläuterung zum Kompetenz-Verständnis der GE nötig, die den Begriff nicht ausschließlich über das Kriterium „berufliche Verwertbarkeit“ definiert und Anschlussfähigkeit zur ICF gewährleistet. Im Sinne der Überwindung der auf Defizite angelegten Behinderungsbilder sind im Sinne eines stärkenorientierten Kompetenzverständnisses unbedingt auch die Ressourcen in den Blick zu nehmen, die die Betroffenen selbst haben oder die in deren Mitwelt verankert sind.**

#### **6. Weitere Punkte für die GE**

##### **Nachsorge**

In die Aufzählung der idealtypischen Phasen eines Reha-Qualitätsprozesses (s. S. 1) sollte der Prozess „Nachsorge“ mit aufgenommen werden. Nachsorge ist insbesondere bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung Garant für einen nachhaltigen Erfolg der

beruflichen Rehabilitationsmaßnahme. Evidenzbasierte Elemente des „Supported Employment“ in Kombination mit Maßnahmen zur Unterstützung des Arbeitgebers entfalten hierbei besondere Wirksamkeit.

**Das NbR sieht die Aufnahme mittel- bis langfristiger Nachsorgemaßnahmen zur nachhaltigen Stabilisierung des Teilhabeziels als dringend erforderlich an.**

### Fallmanagement

Zur konsequenten und zielorientierten Durchführung des Reha-Prozesses ist ein durchgehendes und, sobald mehr als ein Leistungsträger zuständig ist, auch trägerübergreifendes Fallmanagement nötig.

Akteure und Schnittstellen werden in der GE zwar dargestellt, die GE lässt jedoch offen, welche Strukturen und Ressourcen für ein derartiges Fallmanagement verbindlich vorgehalten werden sollen, insbesondere bei trägerübergreifendem Handeln.

**Aus Sicht des NbR sollte im Interesse der Menschen mit Behinderungen das Ziel eines trägerübergreifenden Fallmanagements zur Prozesssteuerung „wie aus einer Hand“ unbedingt weiterverfolgt werden. Dazu ist ein Case-Management oder Lotsen-Verfahren denkbar. Im Entwurf ist dieser Ansatz bislang nicht erkennbar. Um hier die Schaffung zusätzlicher Institutionen zu vermeiden, wäre zu prüfen, ob bei komplexen Problemlagen ein Träger die trägerübergreifende Fallsteuerung im Sinne des Case-Managements-Ansatzes übernehmen könnte.**

Zur Weiterentwicklung und Umsetzung eines derartigen trägerübergreifenden Fallmanagements werden voraussichtlich auch die geplanten Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation nach § 11 SGB IX („RehaPro“) exemplarisch beitragen.

### Verfahrensvarianten bei der Teilhabeplanung

Die Varianten zur Einleitung und Durchführung eines Teilhabeplan-Verfahrens (§ 51 ff.) sind äußerst vielfältig, ebenso wie die darin einzubindenden Akteure.

In einigen Fällen ist dieses Verfahren rechtsverbindlich vorgesehen (mehrere Rehabilitationsträger bzw. verschiedene Leistungsgruppen), in anderen Fällen handelt es sich um optionale Wege (§ 51 (3)). Diese Heterogenität trägt nicht zur Transparenz, insbesondere auch für die Menschen mit Behinderung bei.

Nach Auffassung der im NbR vertretenen Leistungserbringer geht es im Kern darum, wie die unterschiedlichen Perspektiven aller Akteure (im sozialrechtlichen Dreieck) Eingang in das Teilhabeplan-Verfahren finden.

**Ein verständliches Ablaufschema zur Einleitung und Durchführung der Teilhabeplanung im Sinne eines Abstimmungsverfahrens bei LTA könnte aus Sicht des NbR zur Transparenz über Aufgaben, jeweilige Rolle und Verantwortung der unterschiedlichen Akteure im Verfahren beitragen. Wichtige Verfahrensvarianten könnten hierzu ggf. gesondert dargestellt werden.**