

Stärkere Vernetzung ist richtig – Schaffung von Doppelstrukturen vermeiden

Stellungnahme zum Antrag der Fraktion CDU/CSU „Reintegration in das Erwerbsleben verbessern - Durch Lotsen positive Effekte für den Arbeitsmarkt und die Sozialversicherungen nutzen“ (BT-Drs. 20/9738)

3. Juli 2024

Zusammenfassung

Der Antrag verfolgt die richtige und wichtige Zielsetzung, die Anzahl der Erwerbsminderungsrenten durch gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung zu reduzieren. Die vorgeschlagene Verbesserung des Fallmanagements kann jedenfalls bei „komplexen Versorgungssituationen“ oder bei „hohen Behandlungsbedarfen“ sinnvoll sein.

Medizinische und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen werden in den kommenden Jahren an Bedeutung gewinnen. Die Ausgaben für alle Arten von Rehabilitation lagen im Jahr 2022 bei insgesamt 43,6 Mrd. € und bilden der Höhe nach damit fast einen eigenen Sozialversicherungszweig. Ziel muss immer der effiziente Mitteleinsatz sein. Der Schlüssel zu diesem Ziel ist die koordinierte Zusammenarbeit im gegliederten Leistungssystem. Vermieden werden muss dagegen der Aufbau von Doppelstrukturen.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation ist die geeignete Einrichtung, um die trägerübergreifende Zusammenarbeit zu verbessern. Sie vereint Leistungsträger und Sozialpartner und legt mit dem gemeinsamen Grundantrag den Grundstein für eine bessere Koordinierung und einen schnelleren Zugang. Vor diesem Hintergrund ist der Antrag der Fraktion der CDU/CSU zu begrüßen, der vor allem Rehabilitanden bzw. Menschen mit hohem Rehabedarf in den Blick nimmt. Prävention und Rehabilitation sind von entscheidender Bedeutung.

Im Einzelnen

„Versorgung wie aus einer Hand“ verfolgen, aber Doppelstrukturen vermeiden

Reha-Maßnahmen sind vor allem dann erfolgreich, wenn sie zeitnah angewendet werden. Daher muss vermieden werden, dass Menschen bei unterschiedlichen Leistungserbringern oder bei parallellaufenden Maßnahmen wertvolle Zeit verlieren, weil die Leistungen nicht koordiniert erbracht werden. Der Deutschen Rentenversicherung als größten Reha-Träger die alleinige Verantwortung für die Lotsenfunktion zu übertragen, ist grundsätzlich naheliegend. Für diese trägerübergreifende Verantwortung dürfen aber nicht nur die Beitragszahler zur gesetzlichen Rentenversicherung die finanziellen Folgen schultern. Auch, wenn die organisatorische Abwicklung über einen Träger sinnvoll ist, müssen die Kosten hierfür aufgeteilt werden. Dies gilt insbesondere mit Blick auf steuerfinanzierte Unterstützungssysteme, die ebenfalls profitieren würden.



Eine doppelte Zuständigkeit der neu geschaffenen Lotsen gegenüber bestehenden Fallmanagementsystemen ist hingegen nicht sinnvoll. Wo diese Strukturen bereits bestehen, ist auf eine zusätzliche Struktur zu verzichten. Andernfalls würden zusätzliche Schnittstellen geschaffen, die komplexe Verfahren noch komplexer machen, mehr Zeit in Anspruch nehmen und letztlich die Wiederherstellung der Beschäftigungsfähigkeit gefährden.

Die Träger der Rehabilitation müssen optimal zusammenarbeiten, relevante Informationen untereinander austauschen und 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.

Zur besseren Verzahnung von Reha-Leistungen wurden bereits wichtige Schritte unternommen:

- Das Projekt „Gemeinsamer Grundantrag für Reha- und Teilhabeleistungen“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation hat zum Ziel die fachlich-inhaltliche sowie technische Entwicklung und Erprobung eines trägerübergreifend abgestimmten volligitalen Antrags für Reha- und Teilhabeleistungen, mit dem grundsätzlich alle Leistungen aller Reha-Träger beantragt werden können. Ein solcher „Antrag für alle(s)“ zur ganzheitlichen Beantragung von Reha- und Teilhabeleistungen als gemeinsame Grundlage der Reha-Träger für eine zügige Zuständigkeitsklärung und umfassende Bedarfsermittlung soll Schnittstellenprobleme abbauen und einen sehr schnellen und ganzheitlichen Zugang der Rehabilitanden etablieren.
- 55 verschiedene Modellprojekte laufen bereits über das Förderprogramm „Rehapro“ vom BMAS, die von persönlichen Gesundheitslotsen über Leistungen in Rehadhäusern bis zur Unterstützung kleiner Unternehmen beim betrieblichen Eingliederungsmanagement reichen. Diese müssen nun ausgewertet und gebündelt werden, um genau den Fällen mit komplexen Versorgungsstrukturen ein Fallmanagement zu bieten.
- Das Teilhabeplanverfahren soll dazu dienen, eine Leistungserbringung wie aus einer Hand sicherzustellen, indem hier die Leistungsbedarfe ermittelt und festgestellt, die in Frage kommenden Leistungen und Rehabilitationsträger koordiniert und der gesamte Reha-Prozess durch den „leistenden Rehabilitationsträger“ gesteuert wird.
- Rehabilitanden benötigen teilweise sowohl Leistungen der medizinischen als auch der beruflichen Rehabilitation. Beide Leistungen werden durch die sog. MBOR-Angebote in den medizinischen Rehaeinrichtungen miteinander verzahnt.

Lotsenkonzept muss Grundsatz der Wirtschaftlichkeit entsprechen

Ein funktionierendes Lotsensystem in komplexen Fällen kann zu einer schnelleren Aktenbearbeitung, einer früheren Behandlung und somit zu einer erfolgreichen Rückkehr in den Arbeitsmarkt führen. Dies würde auch geringere Kosten für die Reha-Träger bedeuten.

Rehabilitation muss nach den Grundsätzen von Wirkung und Wirtschaftlichkeit ausgerichtet sein. 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. Natürlich ist dabei die gesundheitliche Indikation zu beachten, die im Einzelfall eine ambulante Reha-Maßnahme



ausschließen kann. Auch hier kann ein Lotse helfen, Maßnahmen einer ambulanten Reha durchzuführen.

Fraglich ist allerdings, ob überhaupt eine hinreichende Zahl von Lotsen auf dem Arbeitsmarkt verfügbar ist. Dies ist angesichts des Fachkräftemangels keinesfalls sicher. Vielversprechender könnten qualifizierende Umschulungen bestehender personeller Kapazitäten sein.

Es ist zu beachten, dass die Koordinierung verschiedener Sozialleistungsträger ein Anforderungsprofil aufweist, das deutlich über rein medizinisch-fachliche Kenntnisse hinaus geht. In der Praxis sind Teilhabepflichtkonferenzen gem. § 20 SGB IX sowie eine intensive Nutzung der Ansprechstellenverzeichnisse der BAR unerlässlich. Die im Antrag aufgelisteten Sozialpädagogen und Pflegefachkräfte besitzen beispielsweise nicht die erforderlichen Kenntnisse zur Koordinierung verschiedener Sozialleistungsträger in besonders anspruchsvollen Fällen und werden diese auch mit umfangreichen Weiterbildungsmaßnahmen kaum vollumfänglich erlernen können. Außerdem werden vor allem Pflegefachpersonen dringend in ihrer erlernten Tätigkeit benötigt. Besser geeignet wären Sozialversicherungsfachangestellte, die den Blick für regulatorische Hürden mitbringen und mit Hilfe der zahlreichen Ansprechpartner je nach gesundheitlichem Profil der Rehabilitanden die erforderlichen Informationen zusammentragen und mit allen Beteiligten abstimmen können.

Alle Beteiligten in die Koordinierung der Lotsentätigkeit mit einbeziehen

Gerade, wenn die Lotsen in eine erfolgreiche Wiedereingliederung begleiten sollen, müssen die Arbeitgeber der betroffenen Personen frühzeitig mit einbezogen werden. Nicht nur die Betroffenen brauchen Unterstützung. Auch Arbeitgeber brauchen einen trägerübergreifenden Ansprechpartner, der durch den Reha-Dschungel lotst. Schon während der medizinischen Rehabilitation müssen Arbeitgeber sowie Werks- und Betriebsärzte 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 ist zudem auch deshalb geboten, weil diese ihre Personalplanung auf die Wiedereingliederung ausrichten müssen.

Entscheidungshoheit über Reha-Maßnahme bei den Reha-Trägern belassen

Die Forderung, Krankenhausärzten und niedergelassenen Vertragsärzten – i. d. R. im Zuge des Entlassungsmanagements im Krankenhaus – in einem unbürokratischen Verfahren die Feststellung der Erforderlichkeit zu übertragen sowie Ärzte verstärkt auf das Fallmanagement in der Ausbildung, in den Weiterbildungsordnungen für Fachärzte sowie in Schulungen aufmerksam zu machen, kann auf die gesamte Reha-Landschaft ausgeweitet 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.

Gleichzeitig muss die Hoheit über die Entscheidung der Reha-Maßnahme ausschließlich beim zuständigen Reha-Träger liegen. Die Feststellung der Erforderlichkeit darf sich nur auf die genau zu definierenden Voraussetzungen einer „komplexen Versorgungssituation“ beziehen und keine Leistungsgenehmigung Dritter zu Lasten der Reha-Träger werden.

Soweit der Antrag ein individuelles Fallmanagement auch für Beamte und Angehörige der berufsständischen Versorgung vorsieht, ist darauf zu achten, dass die damit verbundenen



Kosten nicht zu Lasten der gesetzlichen Sozialversicherung, sondern zu Lasten der Beihilfeträger und der berufsständischen Versorgungswerke gehen.

Ansprechpartner:

BDA | DIE ARBEITGEBER

Bundesvereinigung der
Deutschen Arbeitgeberverbände

Soziale Sicherung

T +49 30 2033-1600

soziale.sicherung@arbeitgeber.de

Die BDA organisiert als Spitzenverband die sozial- und wirtschaftspolitischen Interessen der gesamten deutschen Wirtschaft. Wir bündeln die Interessen von einer Million Betrieben mit rund 30,5 Millionen Beschäftigten. Diese Betriebe sind der BDA durch freiwillige Mitgliedschaft in Arbeitgeberverbänden verbunden.