

## Schriftliche Stellungnahme

für die öffentliche Anhörung zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
Entwurf eines Sozialgesetzbuchs – Neuntes Buch – (SGB IX)  
Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (BT-Drucksache 14/5074)  
am 19. und 20. Februar 2001 in Berlin

### Fachverband Sucht

#### 1. Präambel

Zielsetzung eines SGB IX ist es, ein einheitliches Recht der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen zu realisieren.

Die hohe Anzahl rehabilitationsbedürftiger Menschen, die Zunahme chronischer Erkrankungen und Veränderungsprozesse in der Arbeitswelt stellen an die Rehabilitation, das gesamte System der sozialen Sicherung und die Gesellschaft neue und erhebliche Anforderungen. Eine gesetzliche Verpflichtung aller Leistungsträger zur Sicherstellung der Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben sowie an der Gesellschaft ist von daher zu begrüßen. Von daher wird unterstützt, dass ein umfassender Einbezug der verschiedenen Rehabilitationsträger in das SGB IX erfolgt. Rehabilitationsträger sind:

- die gesetzliche Krankenkassen,
- die Bundesanstalt für Arbeit,
- die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung,
- die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung,
- die Verwaltungsbehörden der Kriegsopferversorgung und Träger der Kriegsopferfürsorge
- die Träger der öffentlichen Jugendhilfe,
- die Träger der Sozialhilfe.

Insgesamt muß sichergestellt sein, dass die Leistungen zur Teilhabe auf hohem qualitativen Niveau erbracht, die verschiedenen Leistungen aufeinander abgestimmt und die jeweiligen Zuständigkeiten klar geregelt werden. Grundlage harmonisierter Rechtsvorschriften muß ein gemeinsames Verständnis von Rehabilitation sein, auf dessen Basis das gegliederte System der sozialen Sicherheit für rehabilitationsbedürftige und

behinderte Menschen weitgehende und wirkungsvolle Möglichkeiten zur Teilhabe am Arbeitsleben und an der Gesellschaft sichert. Es ist zu begrüßen, wenn in der Entschließung des Deutschen Bundestages zur Notwendigkeit des Gesetzes ausgeführt wurde: „Im Mittelpunkt der politischen Anstrengungen stehen nicht mehr die Fürsorge und die Versorgung von behinderten Menschen, sondern ihre selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und die Beseitigung der Hindernisse, die ihrer Chancengleichheit entgegenstehen.“

Im Gesetzentwurf der Regierungskoalition werden Prävention, Rehabilitation und Eingliederung als Mittel und Wege beschrieben, um behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen ihre selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen.

Der Bereich der Prävention von Behinderungen (Primärprävention (Vorbeugung) und Sekundärprävention i. S. der medizinischen Vorsorge, um dem rezidivierenden bzw. progredierenden Verlauf chronischer Krankheiten entgegenzuwirken) wird allerdings im Gesetzesentwurf kaum ausgeführt (s. § 3, 3, § 13 (2) 1). Vom Grundsatz her sollte - in Abgrenzung zu den Bereichen Akutversorgung und medizinische Rehabilitation - der Begriff der Prävention noch deutlicher konkretisiert und mit Rechtsansprüchen verbunden werden. Entsprechend sollten die Zuständigkeiten der Leistungsträger für präventive Leistungen geklärt und die breitere Umsetzung qualitätsgesicherter präventiver Aktivitäten ermöglicht werden.

Wir verweisen ferner darauf, dass grundsätzlich neben den Verbänden der Selbsthilfegruppen behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen, den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege etc. auch die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundes-



ebene maßgebliche Spitzenverbände der Rehabilitation im Gesetz an den entsprechenden Stellen (z.B. § 13 (6), § 19 (1), § 20 (3), bei denen es um eine Beteiligung bzw. Mitsprache geht, zu nennen sind.

Im besonderen verweisen wir darauf, dass im Bereich der Rehabilitation von Abhängigkeitskrankungen bereits vielfältige Strukturen bestehen, die eine kompetente Beratung und Behandlung suchtkranker Menschen in Deutschland ermöglichen. Hierzu gehören:

- Gemeinsame Rahmenvereinbarungen der Spitzenverbände der gesetzlichen Sozialleistungsträger
- ein (weitgehend) flächendeckendes Netz von Beratungsstellen (als „Service- und Beratungsstellen“) in allen Suchtfragen
- ambulante und stationäre Behandlungseinrichtungen mit differenzierten Behandlungsangeboten und indikationspezifisch ausgerichteten Kooperationsformen.

Entwicklungsmöglichkeiten in der Suchtkrankenhilfe sehen wir derzeit vor allen in folgenden Punkten:

1. Da sich derzeit ein Großteil der suchtkranken Menschen nicht in einer adäquaten suchtspezifischen Behandlung befindet - diese aber, bedingt durch die Folgeerkrankungen der Abhängigkeit, häufig in Kontakt zum niedergelassenen Arzt oder zu einem Krankenhaus stehen - ist ein Ausbau der Früherkennung und Frühintervention im akutmedizinischen Bereich (niedergelassener Arzt, Krankenhaus) und dessen stärkere Verknüpfung mit der Suchtkrankenhilfe dringend erforderlich. Zielsetzung muß es sein, rehabilitationsbedürftigen Menschen frühzeitig eine fachgerechte suchtspezifische Behandlung zukommen zu lassen. Eine Verlagerung von Rehabilitationsleistungen in die Akutversorgung hinein ist hingegen aus Qualitätsaspekten heraus abzulehnen.
2. Wir verweisen ferner darauf, dass Ansätze zur beruflichen (Re-) Integration von arbeitslosen suchtkranken Menschen zukünftig noch weiter ausgebaut werden sollten, damit die Teilhabe an Beruf und Gesellschaft sowie die Stabilisierung des Rehabilitationsprozesses entsprechend gefördert werden.

Im weiteren wird auf einzelne Aspekte des Arbeitsentwurf eingegangen.

## 2. Stellungnahme zu einzelnen Paragraphen des Arbeitsentwurfs

### § 2 Behinderung

Der Begriff der Behinderung greift den Rehabilitationsbegriff der WHO nur unzulänglich auf. Nach der gewählten Formulierung sind zwar Partizipationsstörungen (Störungen der Teilhabe) eine Indikation für Rehabilitationsleistungen, nicht jedoch andauernde Aktivitätseinschränkungen (Fähigkeitsstörungen). Diese müssen jedoch berücksichtigt werden, damit

auch frühzeitige und umfassende medizinische Rehabilitationsleistungen eingeleitet werden können. Nicht alle (chronischen) Krankheiten, die einen Reha-Bedarf auslösen, führen zu einer „Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.“

### § 3 Vorrang von Prävention

Der Bereich der Prävention wird im Gesetzesentwurf - in Abgrenzung zur Kuratation und Rehabilitation - weder definiert, noch wird ausgeführt, was unter geeigneten Maßnahmen, die den Eintritt der Behinderung vermeiden sollen, zu verstehen ist. Offen bleibt auch, ob die Rehabilitationsträger gemeinsame Ansätze zur Prävention entwickeln sollen, oder ob bestehende Regelungen (z.B. im Rahmen des SGB V § 20) als Auftrag für einzelne Rehabilitationsträger als ausreichend angesehen werden. Es wird im § 13 (2), 1. lediglich ausgeführt, dass es den Rehabilitationsträgern überlassen bleibt, welche Maßnahmen nach § 3 geeignet sind und wie diese statistisch erfasst und bewertet werden können.

### § 9 Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten

(1) Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass Leistungen zur Teilhabe der Zustimmung der Leistungsberechtigten bedürfen. Im Mittelpunkt muß stehen, dass die Leistungsberechtigten eine adäquate, qualitativ hochwertige und indikationsgerechte Behandlung erhalten.

Eine Regelung des Wunsch- und Wahlrechts muß im Einklang mit anderen Gesetzestexten stehen. Nach § 13 SGB VI bestimmt beispielsweise der Träger der Rentenversicherung im Einzelfall unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit, Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtungen. Dieses Korrektiv halten wir für sinnvoll, damit hinsichtlich der Auswahl von weiterbehandelnden Einrichtungen (z.B. Rehabilitationskliniken) nicht Interessen von Einrichtungsträgern (über entsprechende ambulante Beratungsangebote) eine steuernde Funktion erhalten können. Von daher schlagen wir folgende Formulierung vor:

„Bei der Entscheidung über die Leistungen und bei den Ausführungen der Leistungen zur Teilhabe sind berechnete Wünsche der Leistungsempfänger zu berücksichtigen, soweit sie angemessen sind. Im übrigen gilt § 33 des Ersten Buches.....“

### § 11 Zusammenwirken der Leistungen

Eine abgestimmte Ausführung der im Einzelfall erforderlichen Leistungen ist zu begrüßen.

Von daher sollte bereits im Rahmen von Leistungen der medizinischen Rehabilitation regelhaft geprüft werden, ob zusätzliche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind. Das Zusammenwirken von Rehabilitationsträgern und -einrichtungen unter Einbeziehung der Bundesanstalt für Arbeit wird von daher als notwendig erachtet.

### § 12 Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger



Es ist zu begrüßen, wenn nach § 12 (1) die Rehabilitationsträger verantwortlich regeln, dass

z.B.

- erforderliche Leistungen zur Teilhabe nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich erbracht werden,
- Abgrenzungsfragen einvernehmlich geklärt werden,
- Begutachtungen nach einheitlichen Grundsätzen durchgeführt werden,
- Prävention geleistet wird.

#### § 13 Empfehlungen (1)

Es ist zu begrüßen, wenn die Zusammenarbeit der Leistungsträger verbindlich geregelt wird. Hier ist allerdings zu klären, ob die Festlegung von Leistungszuständigkeiten durch gemeinsame Empfehlungen, auch deren Rechtsverbindlichkeit beinhaltet. Im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen sind entsprechende Empfehlungsvereinbarungen bereits verabschiedet worden.

#### § 13 Abs. 2 Nr. 1

Es sollte klargestellt werden, welcher Rehabilitationsträger für spezifische Leistungen der Prävention zuständig ist bzw. welche trägerübergreifenden Zuständigkeiten bestehen. Auf dieser Grundlage sollten Mitbestimmungsregelungen hinsichtlich Beurteilung, Erfassung und Weiterentwicklung von präventiven Leistungen getroffen werden.

#### § 13 Abs. 2 Nr. 6

Selbsthilfeförderung ist nicht bei allen Leistungsträgern in den Leistungsgesetzen vorgesehen. Dies bildet allerdings die Voraussetzung für den Fall, dass gemeinsame Empfehlungen vereinbart werden. Darüber hinaus ist die Behandlung von Krankheiten kein Ziel der Selbsthilfe.

#### § 13 (6)

Die Rehabilitationsträger sollen Verbände und Selbsthilfegruppen behinderter Menschen einschließlich der Interessenvertretungen behinderter Frauen an den entsprechenden Empfehlungen beteiligen. Hierbei sind maßgebliche Spitzenorganisationen der Rehabilitation auf Bundesebene zu beteiligen.

#### § 13 (7)

Kritisch zu hinterfragen ist, ob es zielführend ist, dass die zu treffenden Vereinbarungen nach § 13 auch im Benehmen mit Bund und Ländern getroffen werden sollen. Abstimmungsprozesse der Rehabilitationsträger werden hierdurch zusätzlich erschwert. Insgesamt muss die Verantwortung für die Planung, Durchführung und Ausgestaltung der Leistung grundsätzlich bei den jeweils zuständigen Leistungsträgern und ihren Selbstverwaltungsorganen verbleiben.

#### § 14 Zuständigkeitsklärung

Es stellt sich die Frage, ob die im Gesetzesentwurf dargelegten Fristen den Handlungsnotwendigkeiten und -möglichkeiten der Rehabilitationsträgern entsprechen. Während ein Rehabilitationsträger bei klarer Zuständigkeit innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang über den Antrag zu entscheiden hat, muß er bei strittigen Fällen innerhalb von 14 Tagen feststellen, ob er zuständig ist und dann ggf. den Antrag weiterleiten. In problematischen Fällen kann sich das Verfahren darüber hinaus bis zur Entscheidung über ca. 9 Wochen hinziehen (über die Einschaltung und Auswahl von Gutachtern, Zuständigkeitsklärungen).

Die Zielsetzung, eine rasche Klärung der Zuständigkeiten herbeizuführen wird unterstützt.

#### § 15 Erstattung selbstbeschaffter Leistungen

Kann über den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe nicht innerhalb der Fristen nach § 15 Abs. 2 entschieden werden, ist der Rehabilitationsträger verpflichtet, dies dem Leistungsberechtigten mitzuteilen. Erfolgt dies nicht oder liegt kein zureichender Grund vor, kann der Leistungsberechtigte nach Ablauf einer angemessenen Frist dem zuständigen oder vorleistungspflichtigen Rehabilitationsträger eine angemessene Frist setzen und dabei erklären, dass er sich nach Ablauf der Frist die Leistung selbst beschafft. Der zuständige Rehabilitationsträger soll dann zur Erstattung verpflichtet sein.

Grundsätzlich sollte eine rasche Bearbeitung der Rehabilitationsanträge durch die Leistungsträger sichergestellt werden. Die abschließende Klärung, was unter einer angemessenen Frist zu verstehen ist, ist unter Verweis auf die Ausführungen zu § 14 erforderlich.

Kritisch zu fragen ist, warum die Erstattungspflicht für verschiedene Rehabilitationsträger (z.B. Jugendhilfe, Sozialhilfe, Kriegsopferfürsorge) nicht bestehen soll.

#### § 17 (1) Nr. 4 Ausführungen der Leistungen

Im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen ist es nicht sinnvoll, Leistungen zur Teilhabe durch ein persönliches Budget auszuführen. Bei Abhängigkeitserkrankungen stellen häufig die fehlende Einsicht in die Behandlungsnotwendigkeit und die damit verbundene Gefahr der Chronifizierung der Erkrankung besondere Aspekte dar. Von daher sind die Motivationsbildung und Unterstützung der Inanspruchnahme erforderlicher Rehabilitationsleistungen zentrale Zielsetzungen, um suchtkranke Menschen frühzeitig einer adäquaten Behandlung zuzuführen. Dieser Prozess muß unter Einbezug des Rehabilitanden erfolgen, allerdings sollte ihm die Steuerung über ein persönliches Budget nicht übertragen werden. Im übrigen halten wir derartige Steuerungsmodelle auch aus dem Aspekt der notwendigen Qualitätsprüfungen der Rehabilitationsangebote durch die Leistungsträger für problematisch.

#### § 18 Leistungsort

Sachleistungen können nach § 18 auch im Ausland erbracht werden, wenn sie dort bei zumindest gleicher Qualität und Wirksamkeit wirtschaftlich ausgeführt



werden können. Im Suchtbereich ist aufgrund verschiedener konzeptioneller Rahmenbedingungen und spezifischer Qualitätsaspekte der stationären Rehabilitation (Einbezug von Angehörigen, des Arbeitsgebers, Wochenendheimfahrt im Rahmen der Rückfallprophylaxe etc.) auch weiterhin davon auszugehen, dass eine Behandlungseinrichtung vorrangig im Inland bzw. im grenznahen Bereich liegen sollte.

#### § 19 Rehabilitationsdienste und -einrichtungen

Nach § 19 Abs. 1 wirken die Rehabilitationsträger gemeinsam mit der Bundesregierung und den Landesregierungen darauf hin, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen. Hierbei werden die Verbände und Selbsthilfegruppen behinderter Menschen sowie die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege beteiligt. Grundsätzlich sind hierbei auch die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände zu nennen.

In der Vergangenheit war die Versorgungsplanung in der medizinischen Rehabilitation bei den jeweiligen Leistungsträgern, welche über die entsprechenden Planungs- und Durchführungsdaten verfügen sowie an die Einhaltung entsprechender Budgetvorgaben gehalten sind, angesiedelt.

Ein Einbezug von Organisationen, Bund und Ländern würde dazu führen, dass weitere Interessen in die Abstimmungsprozesse einfließen. Im Krankenhausbereich haben sich die vorgeschlagenen Instrumente der Bedarfsplanung nicht bewährt, da zusätzliche Interessenkonflikte durch Strukturförderabsichten der Gebietskörperschaften und der Landesregierungen bestehen. Beispielsweise können regionale bzw. Landesinteressen das Ziel verfolgen, Akutbetten - unter dem Gesichtspunkt einer bestehenden Überversorgung - in Rehabilitationsbetten umzuwidmen. Im Suchtbereich könnte dies bedeuten, dass über die zeitliche Ausdehnung des qualifizierten Entzuges verstärkt auch rehabilitative Anteile in die Akutbehandlung einfließen würden.

Dies würde die Strukturen der rehabilitativen Versorgung und die Existenz der medizinischen Rehabilitationskliniken unmittelbar berühren.

Derartige Entwicklungen sind aufgrund der bestehenden Strukturen und fachlicher Erwägungen abzulehnen.

Ferner weisen wir darauf hin, dass eine auf Landesgrenzen bezogene Planung aufgrund von Kooperationsbeziehungen, welche über Landesgrenzen hinweggehen sowie der Spezialisierung von verschiedenen Rehabilitationskliniken, nachteilige Konsequenzen hätte.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, in welcher Form Verbände und Selbsthilfegruppen sowie die Verbände der Wohlfahrtspflege und maßgebliche Spitzenverbände der Rehabilitation beteiligt werden sollen. Nach

unserer Auffassung kann es sich lediglich um eine Mitwirkung handeln.

#### § 19 (2)

Im Referentenentwurf ist vorgesehen, soweit die Zielsetzungen im Einzelfall mit vergleichbarer Wirkung erreichbar sind, Leistungen unter Berücksichtigung der persönlichen Umstände nach Möglichkeit in ambulanter oder teilstationärer Form zu erbringen.

Die Entscheidung über eine geeignete Behandlungsform sollte sich an praktikablen Indikationskriterien des konkreten Einzelfalls orientieren. Von daher benötigt der Leistungsträger Flexibilität für seine Entscheidungen, die neben wirtschaftlichen auch qualitative Aspekte berücksichtigen muß. Der Vorrang ambulanter und teilstationärer Leistungen vor stationären kann daher nur unter der Voraussetzung gelten, dass diese Leistungen ebenso geeignet sind, das Reha-Ziel zu erreichen, diese mit entsprechender Qualität erbracht werden und damit keine höheren Kosten verbunden sind. Es wird vorgeschlagen, ambulante, teilstationäre und stationäre Rehabilitation vom Grundsatz her gleichrangig nebeneinander zu stellen.

#### § 19 (6)

Rehabilitationsdienste und -einrichtungen mit gleicher Aufgabenstellung sollen Arbeitsgemeinschaften bilden. Auf Bundesebene gibt es unterschiedliche Organisationen im Bereich der medizinischen Rehabilitation sowie den einzelnen Indikationsfeldern.

Es stellt sich die Frage, in welcher Weise diese in Arbeitsgemeinschaften zusammengefasst werden können und welche Funktionen und Kompetenzen den Arbeitsgemeinschaften zugesprochen werden können. Die Eigenständigkeit der unterschiedlichen Organisationen und Verbände ist hierbei zu wahren. Wir weisen ferner darauf, dass eine Vertragsfähigkeit von derartigen Arbeitsgemeinschaften nicht besteht und die Vertragsfähigkeit auf diejenigen Verbände beschränkt ist, die zur Vertretung ihrer Mitglieder auch befugt sind.

#### § 20 Qualitätssicherung

Gemeinsame Empfehlungen der Leistungsträger zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Rehabilitationsleistungen sowie für die Durchführung vergleichender Qualitätsanalysen werden als notwendig angesehen. Von daher ist auch die Erklärung der Spitzenverbände der Kranken-, Renten- und Unfallversicherung vom Oktober 1999 über eine gemeinsame Zusammenarbeit in der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation zu begrüßen. Wichtig ist, dass in den Einrichtungen nicht unterschiedliche QS-Programme verschiedener Leistungsträger zur Anwendung kommen dürfen. Unterstützt wird darüber hinaus das Anliegen, einrichtungsinterne Qualitätsmanagementsysteme zu etablieren. Es sollte den Erbringern der Leistungen überlassen bleiben, wie sie ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement gewährleisten.



Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation soll eine Vereinbarung zur Qualitätssicherung vorbereiten und hierbei Verbände und Selbsthilfegruppen beteiligen. Hierbei sind die Spitzenorganisationen der Rehabilitation auf Bundesebene ebenfalls zu berücksichtigen. Qualitätssicherungsprogramme sollten ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen umfassen.

Inhaltliche Ausführungen zur Qualitätssicherung fehlen im § 20. In diesem Zusammenhang wird vorgeschlagen, sich bei näheren Ausführungen auf das SGB V (§§ 135 - 137 d) zu beziehen. Allerdings ist dort an entsprechender Stelle die Berücksichtigung des Qualitätssicherungsprogramms der Rentenversicherung sowie die Beteiligung der Leistungserbringer und weiterer Rehabilitationsträger bei der Erstellung von Leitlinien zur Diagnose und Behandlung in der Rehabilitation etc. zu ergänzen.

#### § 21 Verträge mit Leistungserbringern

Mit den Einrichtungen sollen Verträge abgeschlossen werden, welche z. B. Regelungen über

1. Qualitätsanforderungen an die Ausführung der Leistungen, das hierbei tätige Personal den Umfang begleitender Fachdienste,
2. Grundsätze der Rehabilitationsträger zur Festlegung der Vergütungen etc.

enthalten.

Bislang werden (Belegungs-) Verträge mit den Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation für die Rentenversicherung nach § 15 Abs. 2 Satz 1 bzw. § 16 Abs. 3 Satz 1 SGB VI abgeschlossen, ohne dass dort besondere Erfordernisse beschrieben werden. Hier gilt bisher weitgehend das Prinzip der Vertragsfreiheit. Eine Annäherung an das Selbstkostenerstattungsprinzip durch eine gesetzliche Reglementierung der (Belegungs-) Verträge in Anlehnung an die Versorgungsverträge der Krankenversicherung nach § 111 SGB V würde zu deutlichen Nachteilen führen. Ein Vergütungssystem sollte leistungsbezogen ausgerichtet sein und den Rehabilitationseinrichtungen Gestaltungsmöglichkeiten unter marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten einräumen. Allerdings sollte durch die Festlegung gemeinsamer Qualitätsanforderungen und entsprechender Standards (z.B. Personalschlüssel, Qualifikation der Mitarbeiter/innen, interdisziplinäre Teamstrukturen etc.) das hohe qualitative Niveau der stationären Rehabilitationsleistungen abgesichert werden, so dass einzelne Leistungsträger nicht durch gesonderte Vorgaben und Qualitätseinschränkungen davon abweichen können.

Ferner sollte der Abschluß von Rahmenverträgen mit den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände in den § 21 aufgenommen werden.

Auf eine besondere Hervorhebung, dass in den Verträgen nach § 21 (2) Nr. 6 Regelungen getroffen werden sollen, die die Beschäftigung eines angemessenen

Anteils behinderter, insbesondere schwerbehinderter Frauen vorsieht, sollte verzichtet werden. Hier greifen die allgemeinen gesetzlichen Vorgaben und Sanktionsmechanismen.

#### Drittes Kapitel Gemeinsame Servicestellen

##### § 22 Aufgaben

Den gesetzlichen Anspruch auf umfassende und qualifizierte Beratung durch gemeinsame Servicestellen der Rehabilitationsträger im SGB IX zu verankern, ist zu begrüßen. Allerdings sollten hierbei insbesondere bestehende Kooperationsformen auf der Grundlage von Gesamtvereinbarungen der Leistungsträger mit einem höheren Grad an Verbindlichkeit ausgestattet werden. Kommunikationstechnisch „vernetzte“ Beratungsstrukturen könnten somit unter Nutzung bereits vorhandener Ressourcen ausgebaut werden. Die Einrichtung neuer, gemeinsamer Servicestellen scheint insbesondere aus Kostengründen problematisch.

In diesem Zusammenhang wird auf die Rolle der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke - welche flächendeckend in Deutschland vorgehalten werden - hingewiesen.

Nach Vorgabe des Arbeitsentwurfs wären die zu etablierenden Servicestellen z.B. auch mit der Unterstützung der Inanspruchnahme von Leistungen sowie der Antragstellung befasst. Derzeit werden derartige Tätigkeiten (incl. Erstellung des Sozialberichts für die Leistungsträger etc.) im Suchtbereich von ambulanten Suchtberatungsstellen erbracht. Bestehende Strukturen im Suchtbereich müssen in die zukünftigen Entwicklungen integriert werden.

##### § 23 Servicestellen

In § 23 (3) ist die Kompetenz der Berater in den Servicestellen angesprochen.

Eine qualifizierte Beratung der Servicestellen in den vielfältigen Fragen des Behindertenrechts, der beruflichen und medizinischen Rehabilitation und angrenzende Gebiete würde umfassende Erkenntnisse der Rechtsfragen, Angebotsstrukturen etc. erfordern. Hier stellt sich die Frage, wie diese Kompetenzen flächendeckend - ohne einen erheblichen Personalbedarf in den entsprechenden Servicestellen - gewährleistet werden sollen.

##### § 24 Bericht

Der zu erstellende Bericht müsste auch auf Bundesebene unter Einbezug der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Rehabilitation und Selbsthilfe erörtert werden.

##### § 26 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Ausgehend von einem biopsychosozialen Krankheitsmodell ist darauf hinzuweisen, dass medizinische Rehabilitation in den Einrichtungen interdisziplinär erbracht wird.

Es ist zu prüfen, ob die nachfolgende Auflistung der Leistungen der medizinischen Rehabilitation im § 26 das umfassende Spektrum der Leistungen zur medizi-



nischen Rehabilitation umfasst. In der gemeinsamen Rahmenempfehlung zum § 111a SGB V wird ein solches Verständnis zugrundegelegt. Wir empfehlen die Übernahme des entsprechenden Textes unter 5.2 (Seite 17) der Rahmenempfehlung.

„Medizinische Rehabilitationsleistungen sind komplex, interdisziplinär und individuell ausgerichtet. Sie werden auf der Basis eines ganzheitlich orientierten, dem aktuellen Stand wissenschaftlicher, insbesondere rehabilitationswissenschaftlicher Erkenntnisse entsprechenden nachprüfbar Konzeptes erbracht, z.B. in Form von

- Rehabilitationsspezifischer Diagnostik
- Ärztlicher Behandlung
- Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln
- Physikalische Therapie
- Funktionstraining, Sporttherapie
- Logopädie
- Ergotherapie
- Belastungs- und Arbeitstherapie
- Psychologische Betreuung, Psychotherapie, Sozialtherapie
- Gesundheitsbildung mit Information über Krankheit und Krankheitsbewältigungsstrategien
- Motivationsverbesserungen und Verhaltensmodifizierungen
- Sicherung der Versorgung mit Hilfsmitteln einschließlich Schulung
- Patientenschulung
- Diätetik
- Anleitung zur Selbsthilfe
- Rehabilitationsberatung, Sozialberatung, ggf. Wohnraumberatung
- Pädagogik
- Angehörigenberatung/ -anleitung
- Einleitung der Nachsorge

Der Einsatz bzw. die Vorhaltung der verschiedenen Therapieformen richtet sich nach den indikationsspezifischen Konzepten, der individuellen Rehabilitationsbedürftigkeit und dem spezifischen Versorgungsauftrag der Einrichtungen. Die medizinische Rehabilitation erfordert einen Behandlungsansatz, der über das Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit hinausgehend, auf die einer Schädigung folgenden drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen in der Teilhabe in schulischen, beruflichen und sozialen Leben ausgerichtet ist. Dabei sind körperliche, geistig-seelische und psychosoziale Ressourcen und Belastungsfaktoren zu berücksichtigen als Voraussetzung für einen bestmöglichen Rehabilitationserfolg im Hinblick auf die Wiederherstellung der Aktivitäten

des täglichen Lebens sowie die Verbesserung der Lebensqualität.“

Entsprechend sollte § 26 ergänzt werden. Zumindest sollte sichergestellt sein, dass auch Bereiche wie rehabilitationsspezifische Diagnostik, physikalische Therapie, Ergotherapie, Soziotherapie, Sozialberatung, Sporttherapie, Angehörigenberatung etc. durch die Auflistungen nach § 26 2) und 3) entsprechend abgedeckt sind. Zielsetzung muß ein einheitlicher und verständlicher Leistungskatalog für alle Träger sein.

#### § 27 Krankenbehandlung und Rehabilitation

Bereits während der akutmedizinischen Behandlung sind die Ziele der medizinischen Rehabilitation zu beachten. Eine verbesserte Verzahnung von Akutbehandlung und Rehabilitation ist von daher durch ein patientenorientiertes Reha-Management zu gewährleisten. Dem Krankenhaus kommt im Rahmen der Frührehabilitation im gegliederten System insbesondere die Aufgabe zu, die Reha-Fähigkeit des Patienten herzustellen. Aufgrund der unterschiedlichen Schwerpunkte ist von daher auch eine inhaltliche Abgrenzung zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation wesentlich, um die Entwicklung von Doppelstrukturen zu vermeiden.

Im Bereich der Abhängigkeitserkrankung bedeutet dies, dass in der Akutphase neben dem körperlichen Entzug die individuelle Problemlage erhoben und die Motivation zur Inanspruchnahme einer fachgerechten Entwöhnungsbehandlung gefördert werden sollte.

Von daher wird die Intensivierung frühmobilisierender und frühmotivierender Elemente als Bestandteil der Akutbehandlung begrüßt. Eine Verlagerung von Anteilen der ambulanten, teilstationären oder stationären Entwöhnungsbehandlungen in den akutmedizinischen Bereich hinein wäre allerdings aus Kostengründen sowie aus Qualitätsaspekten heraus abzulehnen. Umgekehrt sollte vielmehr überlegt werden, ob nicht zumindest Teile der Akutbehandlung sowie der Frührehabilitation in dafür geeigneten Reha-Einrichtungen erbracht werden können, unter der Voraussetzung, dass sich an die Entgiftung eine Entwöhnungsbehandlung anschließt.

Im Gegensatz zu den Krankenhäusern ist in den Fachkliniken für Abhängigkeitserkrankungen auch die spezifisch erforderliche rehabilitative Kompetenz vorhanden.

#### § 28 Stufenweise Wiedereingliederung

Es wird begrüßt, wenn das Instrument der stufenweisen Wiedereingliederung über den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (§74 SGB V) hinaus auch für die Rentenversicherung als Möglichkeit eröffnet wird. Zielsetzung ist es, Menschen, die auf Grund gesundheitlicher Einschränkungen vorübergehend nicht am Arbeitsleben teilnehmen können, schrittweise wieder an die volle Leistungsfähigkeit heranzuführen. In diesem Zusammenhang müssen auch unterhaltssichernde Leistungen erbracht werden, damit die wirtschaftliche Sicherstellung des Rehabilitanden gewährleistet ist.



### § 30 Früherkennung und Frühförderung

Nicht nur für Behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder sind medizinischer Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung notwendig.

Beispielsweise leben in Deutschland - allein bezogen auf Alkohol - ca. 9,3 Mio. mit riskantem Konsum, davon:

1,6 Mio. Abhängigkeitskranke (ca. 2,4 %)

2,65 Mio. Missbraucher (ca. 4 %).

Menschen mit schädlichem Alkoholkonsum nehmen häufig Leistungen des niedergelassenen Arztes oder Krankenhauses in Anspruch. Untersuchungen in Allgemeinkrankenhäusern (internistische und chirurgische Stationen) weisen eine Quote von 12,7 % Alkoholabhängigen und 4,8 % Alkoholmissbrauchern auf, beim niedergelassenen Arzt erbrachten die Erhebungen 7,2 % Alkoholabhängige und 3,5 % Alkoholmissbraucher.

Die akutmedizinischen Interventionen beziehen sich zumeist auf die somatischen Folgeerkrankungen, die Suchtprobleme werden häufig ausgeblendet. Eine Erhebung des Fachverbandes Sucht e.V. zeigt, dass es im Durchschnitt über 12 Jahre dauert, bis Alkoholranke eine stationäre Rehabilitationseinrichtung für Abhängigkeitserkrankungen aufgesucht haben. Frühzeitige Interventionen im akutmedizinischen Bereich sind von daher sinnvoll, um der Chronifizierung der Krankheit frühzeitig zu begegnen und die Reduktion des Alkoholkonsums bei riskanten Konsumenten anzustreben. Darüber hinaus sollte die Vermittlung zwischen akutmedizinischem Bereich und Suchtkrankenhilfe gefördert werden. Im Krankenhaus hat sich in Modellprojekten die Einrichtung von externen Konsiliardiensten bewährt. Entsprechende Ansätze sollten in die Regelversorgung übergehen.

### § 33 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Von besonderer Bedeutung ist die Frage, inwieweit Risiken des Arbeitsmarktes und entsprechende Förderungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen den verschiedenen Rehabilitationsträgern zugeordnet werden können bzw. inwieweit übergreifende Lösungen gesucht werden müssen. In diesem Zusammenhang sollte man sorgfältig überlegen, welche Rehabilitanden man wann und auf welche Weise in den allgemeinen Arbeitsmarkt wiedereingliedern kann. Der Erfolg klassischer Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation (Berufsbildungswerk, Berufsförderungswerk, Werkstätten für Behinderte) ist angesichts der aktuellen Entwicklungen der Arbeitswelt und des Arbeitsmarktes anzuerkennen, kann aber nur begrenzten Erfolg bei der Eingliederung Behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen haben. Von daher ist auch eine verbindliche Finanzierung von Integrationsfachdiensten, welche nach § 32 (6) 8. im Rahmen ihrer Aufgabenstellung zu beteiligen sind, notwendig. Daneben sollte der Aufbau sogenannter Integrationsunternehmen, -betriebe, -abteilungen (s. § 109 ff.)

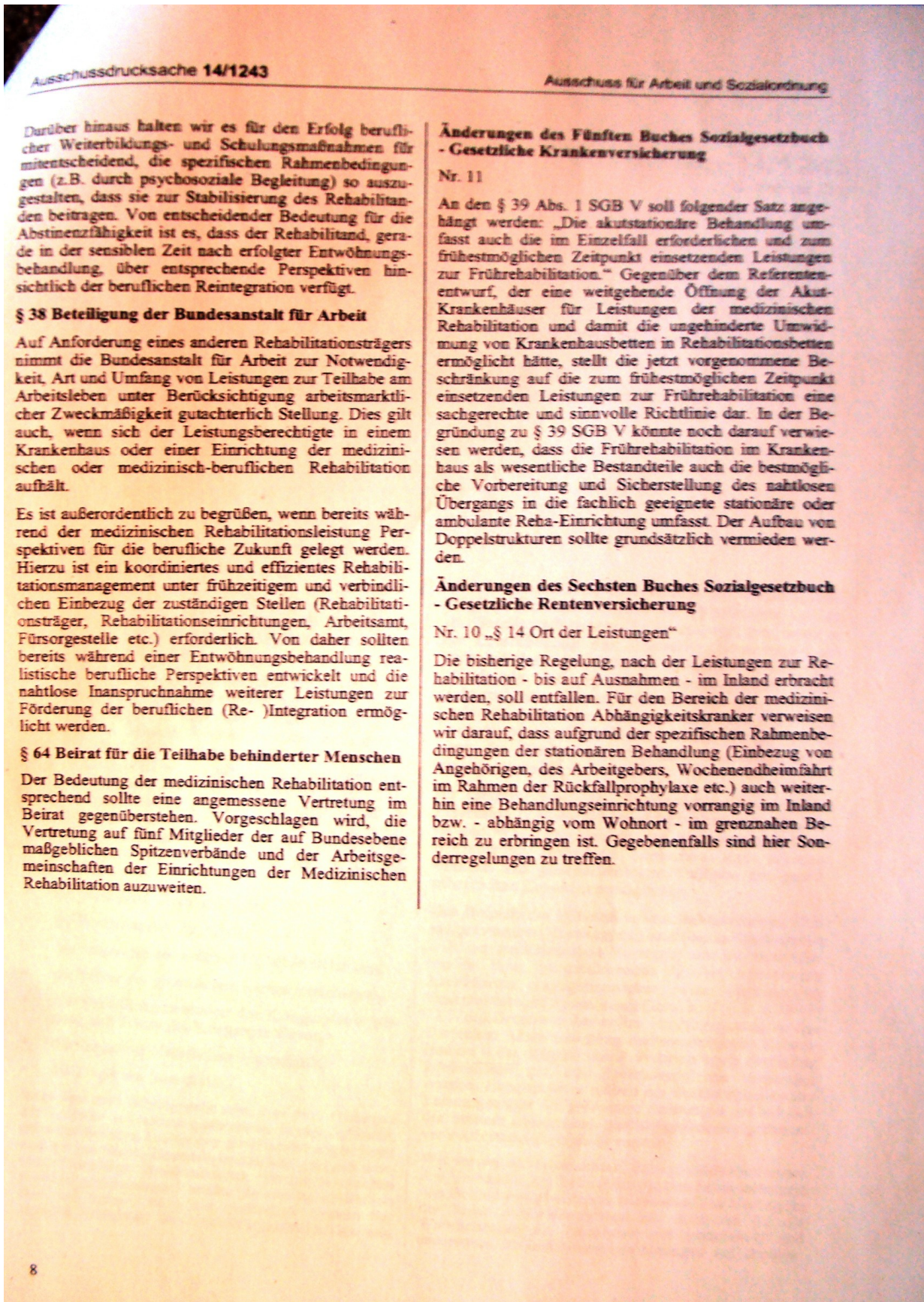
unterstützt werden und deren Existenz durch entsprechende Lohnkostenzuschüsse gesichert werden. Suchtkranke Menschen, die im Anschluß an die Rehabilitation nicht auf den allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelt werden können und den Anforderungen des Arbeitsmarktes (noch) nicht gewachsen sind, sollten durch entsprechende Integrationsprojekte die Chance erhalten, einer adäquaten Beschäftigung nachzugehen. Darüber hinaus sollten sich Bemühungen zur (Re-) Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt stärker am einzelnen Klienten und dem jeweiligen Arbeitgeber bzw. dem spezifischen Arbeitsplatz im Sinne eines Case-Managements ausrichten.

Im übrigen weisen wir darauf hin, dass nach Anordnungen des Verwaltungsrates der Bundesanstalt für Arbeit über die Arbeits- und Berufsförderung Behinderter alkohol- und drogenabhängige Personen, allein auf Grund der Tatsache der Abhängigkeit nicht zum Personenkreis der Behinderten oder von Behinderung Bedrohten gehören. Die Zugehörigkeit zur Personengruppe der Suchtkranken bewirkt also nicht automatisch und zwangsläufig die Behinderteneigenschaft im Sinne des § 2 A-Reha. Erst wenn festgestellt wird, dass ein Gesundheitsschaden vorliegt, der eine funktionale Einschränkung nach sich zieht und als kausale Folge davon die Aussichten beruflich eingegliedert zu bleiben oder zu werden - nicht nur vorübergehend - wesentlich gemindert sind, ist eine Förderung gemäß der A-Reha möglich. Eine Entscheidung darüber, ob ein Reha-Fall vorliegt, trifft in den Arbeitsämtern der Arbeitsberater für Rehabilitation, ggf. unter Einschaltung der Fachdienste.

Eingesetzt wird von daher von der Bundesanstalt für Arbeit eher das Förderinstrumentarium der individuellen Förderung zur beruflichen Bildung. Grundsätzlich sollte eine sozialpädagogische und psychosoziale Betreuung impliziter Inhalt entsprechender Leistungen für Menschen mit Substanzproblemen sein. In den Arbeitsämtern müssen die Zuständigkeiten für die Personengruppe der suchtkranken Menschen klar geregelt sein und es sollten entsprechend ausgestattete Qualifikationsmöglichkeiten der beruflichen Bildung vorgehalten werden.

Darüber hinaus ist es problematisch, wenn nach abgeschlossener Entwöhnungsbehandlung die direkte Inanspruchnahme einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme oder anderer Weiterbildungsmaßnahmen nicht eröffnet wird. Nach Auffassung des ärztlichen Dienstes der Bundesanstalt für Arbeit liegt die Schulungs- und Abstinenzfähigkeit in der Mehrzahl der Fälle nach erfolgter rehabilitativer Behandlung nicht vor. Diese wird in der Regel nach 6-12 Monaten im Anschluß an die Rehabilitationsleistung überprüft, bevor entsprechende Leistungen der BA bewilligt werden. Nach klinikübergreifenden Katamnesen leben ca. 50 % der Rehabilitanden ein Jahr nach Klinikentlassung abstinent. Von daher sollten bei Vorliegen entsprechender Voraussetzungen berufliche Rehabilitationsleistungen oder andere Weiterbildungen der BA entsprechend gewährt werden und die BA frühzeitig, d.h. bereits während der medizinischen Rehabilitationsleistung, in den Reha-Prozess einbezogen werden.





Originalschreiben per 2017-06-15 zur Vermeidung unnötiger Papierberge entsorgt.

C:\IFG Anfragen\2016-10-01 BMAS Gesetzentwurf der Bundesregierung und Begründung zur Verankerung der Ausnahmeregelung bei selbstbeschafften Leistungen in § 15 Abs. 1 Satz 5 SGB IX\2017-05-30 BMAS Schreiben - Anlage 4.odt