

Das Rehabilitationsrecht in der Praxis der Sozialleistungsträger

– Tagungsbericht –

Ilka Zimmermann und André Aeustergerling

Das Rehabilitationsrecht gewinnt für die sozialrechtliche und betriebliche Praxis sowie für das Gesundheitswesen an Bedeutung. Renten und Krankengeld, andauernde Arbeitsunfähigkeit und Ausgliederung aus dem Arbeitsleben, die Chronifizierung von Krankheiten und Pflegebedürftigkeit sollen durch Rehabilitation vermieden werden. Rehabilitation ist somit vor allem Risikoprävention. Zudem enthält das SGB IX Grundlagen für die Verknüpfung von Arbeitsrecht und Sozialrecht sowie für die Überwindung der Barrieren zwischen Krankenhäusern, Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen, Ärzten sowie weiteren Akteuren des Gesundheits- und Sozialwesens. Diese müssen jedoch vielfach noch erschlossen werden. Vor diesem Hintergrund trafen sich am 6. und 7. November 2008 Vertreter aus Praxis und Wissenschaft des Sozialrechts in Neubrandenburg, um Zukunftsentwürfe vorzustellen und unterschiedliche Aspekte des SGB IX im sozialpolitischen, gesundheitsökonomischen sowie pflegewissenschaftlichen Kontext kritisch zu reflektieren und zu diskutieren. Veranstalter der interdisziplinären Tagung war der Sozialrechtsverbund Norddeutschland e. V.

Ministerin zeigt Veränderungen in der Behindertenpolitik auf

Die Tagung wurde von Dr. Ingrid Künzler (Deutsche Rentenversicherung Nord) im Namen des Sozialrechtsverbundes Norddeutschland e. V. und mit Grußworten eröffnet. Es sprachen die im Oktober 2008 neu ernannte Ministerin für Soziales und Gesundheit des Landes Mecklenburg-Vorpommern, Manuela Schwesig, der amtierende Rektor der Hochschule Neubrandenburg, Prof. Dr. Micha Teuscher, Nicola Lafrenz vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Harald Walter für die Stadt Neubrandenburg sowie der Präsident des Landessozialgerichts Mecklenburg-Vorpommern Martin Lutz. *Manuela Schwesig* machte deutlich, dass sich das Selbstverständnis von Menschen mit Behinderung und die Grundlagen der Behindertenpolitik in den letzten Jahren geändert haben. So wollen Menschen mit Behinderung ebenso wie Menschen ohne Behinderung am gesellschaftlichen Leben teilhaben, nicht von der Fürsorge der Gesellschaft abhängig sein sowie ihre Rechte auf Mitsprache und Mitentscheidung gleichberechtigt nutzen. Insofern sei es nicht nur wichtig, die sozialrechtlichen Ansprüche der Betrof-

fenen sicherzustellen, sondern alle Lebensbereiche so zu gestalten, dass gleiche Chancen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, ohne besondere Erschwernisse, gewährleistet seien. Zudem verwies *Frau Schwesig* mit Blick auf die deutsche Geschichte und in der Auseinandersetzung mit neuen nationalsozialistischen Gruppierungen auf die besondere Verantwortung für Menschen mit Behinderungen. Sie machte deutlich, dass nichts gefährlicher sei als das Abschotten, Wegschließen und Unsichtbarmachen, so wie über viele Jahrzehnte mit geistig und körperlich behinderten Menschen umgegangen worden sei. Doch auch der demografische Wandel gebe dem Rehabilitationsrecht große Bedeutung. So gelte es, besonders im Bereich der Eingliederungshilfe die Versorgungsstrukturen zu verbessern und die Emanzipation der behinderten Menschen zu fördern, um den stetigen Kostenanstieg einzudämmen. Die Ministerin sprach sich auch für die Förderung des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) sowie der betrieblichen Prävention aus. Sie verwies in diesem Kontext auf die aktuellen politischen Bestrebungen im Land, rief zur Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure in der Praxis auf und ermutigte die Anwesenden, BEM- und Präventionskonzepte zeitnah zu entwickeln sowie umzusetzen.

Die Rehabilitation im System des Sozialleistungsrechts

Im ersten Vortragsblock „Die Rehabilitation im System des Sozialleistungsrechts“ referierten *Prof. Dr. Felix Welti* (Hochschule Neubrandenburg) und *Dr. Bernard Braun* (Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen). *Prof. Dr. Welti* stellte zunächst heraus, dass die praktische Umsetzung des Rehabilitationsrechts durch die Sozialleistungsträger bislang in einem grundlegenden Spannungsverhältnis zum normativen System des SGB IX stehe. Das Rehabilitationsrecht genieße weder in der Rechtssprechung, der Politik und der öffentlichen Wahrnehmung noch in der wissenschaftlichen Forschung die Aufmerksamkeit, die ihm und den behinderten Menschen zuteil werden müsse, um eine zufriedenstellende Umsetzung zu gewährleisten. Im weiteren Fortgang ordnete *Prof. Dr. Welti* die Stellung des SGB IX verfassungs- und europarechtlich sowie sozialpolitisch ein. Dabei sah er die Gefahr, dass verschärfter Wettbewerb zur Steigerung der Effizienz im sozialen Bereich zu einer systematischen Ausgrenzung von schwächeren und behinderten Menschen führe. Inwieweit das SGB IX hier seine regulativen Funktionen entfalten könne, werde sich erst zukünftig zeigen. Zudem wurde die Stellung des SGB IX zum spezifischen Leistungsrecht der verschiedenen Sozialleistungsträger erörtert. Gerade das Verhältnis von SGB IX und SGB V wurde dabei differenziert betrachtet. Gemäß §§ 4 und 26 SGB IX würden unter Rehabilitation diejenigen Leistungen subsumiert, die mit Blick auf Behinderung, Erwerbsfähigkeit sowie Pflegebedürftigkeit erbracht werden. Maßnahmen der

medizinischen Rehabilitation könnten nach § 27 SGB V auch Teil der Krankenbehandlung sein. Insbesondere bei chronischen Krankheiten könnten Maßnahmen zur Linderung der Beschwerden zugleich auch Behinderung ausgleichen, vermeiden oder gar verhindern. Dementsprechend sei Rehabilitation in der Krankenversicherung nicht als Unterfall oder Phase der Krankenbehandlung anzusehen, sondern habe ein eigenständiges Leistungsziel, sodass hier die Regeln des SGB IX Geltung fänden. Dennoch spiegelt sich die Aufgabe der Krankenkassen als Rehabilitationsträger im Leistungserbringungsrecht nicht wieder. Daher forderte *Prof. Dr. Welti* eine Konkretisierung des Leistungsanspruchs unter Mitwirkung der entsprechenden Dienste und Einrichtungen, sachkundiger Professionen, Betroffenenverbände und anderen Rehabilitationsträger. Resümierend stellte er fest, dass das SGB IX bislang zwar zu einer Verbesserung der Situation behinderter Menschen beigetragen habe, aber dennoch nicht von einer Erfolgsgeschichte gesprochen werden könne.

Im anschließenden Vortrag beleuchtete *Dr. Braun* die maßgeblichen Aspekte für die Funktionsfähigkeit des SGB IX aus sozialpolitischer Perspektive. Nachdem er notwendige Voraussetzungen für eine wirksame Umsetzung der normativen Vorgaben des SGB IX dargelegt hatte, zeigte er die in der Praxis vorherrschenden Probleme auf. Als wesentliches Funktionshindernis in der Umsetzung des SGB IX sah *Dr. Braun* die Problematik der divergenten Anreize für die einzelnen Rehabilitationsträger, das „two bosses dilemma“. Insbesondere in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bestehe danach eine Diskrepanz zwischen der politisch gewollten Wettbewerbsorientierung und dem daraus resultierenden Wettbewerb um Versicherte und der gesetzlichen Aufgabe eines Rehabilitationsträgers. Hier seien vorrangig Kostengesichtspunkte die hemmenden Faktoren. Am Beispiel der Gemeinsamen Servicestellen (GS) stellte *Dr. Braun* ein weiteres zentrales Funktionshindernis dar. Allgemein würde zwar proklamiert, dass behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen in den GS umfangreiche Beratung und Unterstützung aus einer Hand erfahren, aus Sicht der Betroffenen finde die praktische Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zumeist aber nur unzureichend statt. Gleichzeitig müsse jedoch darauf verwiesen werden, dass bislang keine unabhängige und methodisch hochwertige empirische Datenlage vorhanden sei, die eine objektive Evaluierung der Umsetzung und Wirkung des SGB IX ermöglicht. Diesbezüglich sei eine transparente Erhebung über die praktische Gestaltung des Rehabilitationsrechts und möglicher Umsetzungsprobleme vorrangig aus Sicht der Betroffenen und Träger notwendig. Darüber hinaus forderte *Dr. Braun* eine grundlegende und längerfristige Debatte über Sinn und Notwendigkeit der gegliederten Organisation der Rehabilitationsträger bis hin zum Modell eines einheitlichen Rehabilitationsträgers.

Betriebliches Eingliederungsmanagement und betriebliche Prävention

Der zweite Vortragsblock war dem Thema „BEM und betriebliche Prävention“ gewidmet. Zunächst stellte *Prof. Dr. Olaf Deinert* (Universität Göttingen) die rechtlichen Rahmenbedingungen des BEM (§ 84 Abs. 2 SGB IX) und der betrieblichen Prävention (§ 84 Abs. 1 SGB IX) sowie Konsequenzen für die betriebliche Praxis vor. Hierbei machte er deutlich, dass sowohl das Präventionsverfahren als auch das BEM dazu dienen, Beschäftigungslosigkeit von vornherein zu vermeiden. Zudem wies er darauf hin, dass eine Betrachtung nur im Kontext des Kündigungsschutzes zu kurz greife. Vielmehr gehe es um eine Effektivierung der Ansprüche behinderter Menschen auf behinderungsgerechte Beschäftigung gemäß § 81 Abs. 4 SGB IX. Obwohl die Erkenntnisse, die in diesem Verfahren gewonnen werden, auch Gründe für eine Kündigung zutage fördern könnten, widerspreche dies dem Sinn und Zweck des § 84 SGB IX. Eine Regelung zum Schutz vor Missbrauch der Norm gebe es bisher jedoch nicht. Fest stehe aber, dass beide Verfahren zu einem Zeitpunkt stattzufinden haben, zu dem eine Kündigung noch nicht in Betracht gezogen sein darf. Weiterhin zeigte *Prof. Dr. Deinert* auf, dass das Präventionsverfahren im Gegensatz zum BEM lediglich für schwer behinderte Menschen und diesen gleichgestellte Menschen (§ 2 Abs. 3 SGB IX) gelte und außer Acht gelassen werden könne, ob die Schwierigkeiten im Arbeitsverhältnis einen Bezug zur Behinderung des Arbeitnehmers haben oder nicht. Hinsichtlich des BEM wies er darauf hin, dass die Maßnahmen zur Erhaltung des Arbeitsplatzes sehr vielfältig seien (z. B. Arbeitshilfe, Anpassung des Arbeitsplatzes, innerbetriebliche Versetzung). Abschließend führte *Prof. Dr. Deinert* aus, dass das gesetzgeberische Ziel des § 84 SGB IX in der Praxis noch nicht überall angekommen sei und die Rechtsprechung die Norm nicht auf den Anwendungsbereich des Kündigungsschutzgesetzes reduzieren sollte. Sowohl das Präventionsverfahren als auch das BEM sollten zukünftig im Sinne des Gesetzgebers interpretiert und umgesetzt werden.

Über Erfahrungen der betrieblichen Praxis berichteten *Werner Semmelhack* (Berufsförderungswerk Stralsund) und *Karl-Heinz Köpke* (Hamburg) über Erfahrungen der betrieblichen Praxis. Zunächst stellte *Herr Semmelhack* das Forschungsprojekt EIBE¹ vor, welches seit 2006 von der Arbeitsgemeinschaft der Berufsförderungswerke in Kooperation mit dem Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH (IQPR) durchgeführt wird. Ziel des Projektes ist es, ein BEM-Konzept für das eigene Unternehmen sowie ein Modell für ein betriebliches Gesundheitsmanagement in klein- und mittelständischen Unternehmen zu entwickeln. Die

1 Einführung und Implementierung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements, hierbei handelt es sich um ein vom BMAS gefördertes Projekt.

Konzipierung und Umsetzung des BEM im Berufsförderungswerk (BFW) Stralsund habe sich äußerst positiv gestaltet. Das Konzept konnte sich als gelebtes und funktionierendes Verfahren im Unternehmen durchsetzen. Es seien keine krankheitsbedingten Kündigungen notwendig geworden. Zudem konnten die Ausfallzeiten um 12 % gesenkt werden. Diesen Umstand führte *Herr Semmelhack* darauf zurück, dass alle Mitarbeiter über Sinn, Inhalt und Ziel des Projektes aufgeklärt und von Anfang an in die Prozesse einbezogen worden seien. Als positiv können auch die abgeschlossene Betriebsvereinbarung, die Weiterbildung einiger Mitarbeiter zu Disability Managern und die Entwicklung eines Datenschutzprogramms angesehen werden.

Im Kontrast dazu berichtete *Herr Köpke* über Unsicherheiten und Umsetzungsprobleme. Seine Ausführungen stützte er auf eine Befragung von dreißig kleinen und mittleren Betrieben (KMU) in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein, die im Rahmen der Studie „Gesundheit am Arbeitsplatz – von der Gesundheitsförderung zum Eingliederungsmanagement im Betrieb“² durchgeführt wurde. Dabei deckte er auf, dass das BEM von der Hälfte der Betriebe positiv bewertet und in Einzelfällen bereits Bestrebungen zur Implementierung unternommen wurden (z. B. Aufklärung der Mitarbeiter, Betriebsvereinbarungen, erfolgreich abgeschlossene Eingliederungsprozesse). Dennoch würden gerade kleine Betriebe dem BEM skeptisch gegenüberstehen und darin keine Lösung für ihre Probleme mit langfristig erwerbsgeminderten Beschäftigten sehen. Insbesondere in der Um- und Neugestaltung von Arbeitsplätzen gäbe es Defizite, die es im Zuge von externen Beratungs- und Unterstützungsangeboten (z. B. über Möglichkeiten medizinisch-beruflicher Interventionen, zur Anpassung von Arbeitsplätzen und weiterer Fördermöglichkeiten) zu beheben gelte. Ferner wurde die Vereinbarung der Rehabilitationsträger vom 22. März 2004³ in der Praxis bislang nicht umgesetzt wird, Betriebsärzte folglich nicht über die Rehabilitation von betroffenen Mitarbeitern informiert werden und die betriebliche Eingliederung dadurch erschwert wird. Um die Missstände zu beheben sowie die Akzeptanz und Umsetzung des BEM in der Praxis zu fördern, forderte *Herr Köpke* alle in § 84 Abs. 2 SGB IX genannten Akteure zur Zusammenarbeit auf. Nur so können der Bekanntheits- und Umsetzungsgrad des BEM erhöht, die Skepsis in den Betrieben abgebaut, Beschäftigungsalternativen geschaffen sowie betriebliche und externe Potentiale ausgeschöpft werden. In der Diskussion wurde die Bedeutung des BEM im Sinne einer Win-Win-Situation für Arbeitnehmer und Arbeitgeber sowie die Notwendigkeit von Informations- und Beratungsangeboten sowie der hohe Unterstützungsbedarf von KMU noch einmal unterstrichen.

2 Laufendes Forschungsprojekt im Auftrag der DRV Nord.

3 „Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX“.

Schnittstellenmanagement und Integrierte Versorgung

Im nächsten Vortragsblock fand die Problematik des Schnittstellenmanagements und der Integrierten Versorgung Beachtung. Zunächst wurde der rechtliche und sozialpolitische Hintergrund von *Harry Fuchs* (Düsseldorf) vorgestellt. Einleitend ging *Herr Fuchs* auf die verschiedenen gesundheitspolitischen Reformen⁴ ein, mit denen der Gesetzgeber versucht hat, die Schwierigkeiten an den Schnittstellen des gegliederten Gesundheits- und Sozialsystems zu bewältigen. Die Ergebnisse der Reformen seien sowohl verfahrensrechtliche (z. B. Teilhabe- und Versorgungsmanagement) als auch leistungsrechtliche (z. B. Integrierte Versorgung und Persönliches Budget) Instrumente zur Überwindung der sektoralen Grenzen. Die vorhandenen Schnittstellenprobleme seien somit nicht durch fehlende oder unzureichende Rechtsvorschriften zu begründen. Vielmehr werde die Nichtüberwindung der Barrieren von der inadäquaten Umsetzung des geltenden Rechts sowie der unzureichenden Kooperation und Koordination der Sozialleistungsträger ausgelöst. Vordringliche Aufgabe sei es laut *Herrn Fuchs* daher, auf die Sozialleistungsträger einzuwirken, damit die bereits bestehenden rechtlichen Normen sachgerecht umgesetzt werden. Stetig neue und mit dem SGB IX teilweise nicht in Einklang zu bringende gesetzliche Regelungen stellen hingegen keine Lösung dar, um eine ursächliche Problembewältigung zu gewährleisten.

Im anschließenden Referat ging *Prof. Dr. Axel C. Mühlbacher* (Hochschule Neubrandenburg, IGM – Institut für Gesundheitsökonomie und Medizinmanagement) auf Praxisprobleme und Lösungsvorschläge zur Bewältigung von Schnittstellenproblemen in der Rehabilitation aus gesundheitsökonomischer Sicht ein. Hierzu stellte er zunächst dar, dass die sektoral gegliederte Gesundheitsversorgung vor strukturellen Problemen stehe, die durch die demografische Entwicklung sowie die Zunahme von Multimorbidität und von chronischen Krankheiten bedingt werden. Vor diesem Hintergrund und angesichts des zunehmenden Anteils älterer Arbeitnehmer könne eine steigende Nachfrage nach hochwertiger medizinischer Rehabilitation prognostiziert werden. Im Weiteren ging *Prof. Dr. Mühlbacher* auf Besonderheiten in der Rehabilitation ein, durch die eine Überwindung der Schnittstellenprobleme unter ökonomischen Aspekten beeinflusst werde. Hierzu zählen unter anderem die Ausgestaltung der Beziehungen zwischen Leistungsträgern sowie die Analyse der Beziehung zwischen Leistungsträgern und Versicherten. So herrsche auf Seiten der Leistungsträger in der Rehabilitation kein Wettbewerb. Die Versicherten seien einem gesetzlichen Rentenversicherungsträger zugeordnet, so dass faktisch eine

⁴ Gesundheitsreform 2000, Einführung des SGB IX, GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, Pflegeweiterentwicklungsgesetz.

Einheitsversicherung mit relativ geringen Wahlfreiheiten bestehe. Zwar sei die Berücksichtigung von Versichertenpräferenzen in § 9 SGB IX (Wunsch- und Wahlrecht) normativ festgeschrieben, doch bestünden zwischen dem rechtlichen Anspruch und der Versorgungswirklichkeit derzeit Diskrepanzen. Auch die Trennung der Zuständigkeit für rehabilitative Leistungen nach dem Erwerbsstatus der Versicherten werde kontrovers diskutiert. Hier biete die Integrierte Versorgung nach Ansicht von *Prof. Dr. Mühlbacher* als ein Instrument zur Versorgungssteuerung rehabilitativer Leistungen eine umfassende und wirksame Möglichkeit, um Schnittstellen zu überwinden und eine koordinierte Versorgung der Patienten zu gewährleisten. Zudem sollten Informationsdefizite bei der Vertragsgestaltung abgebaut sowie anreiz- und leistungsorientierte Vergütungsformen eingesetzt werden.

In der anschließenden Diskussion wurde deutlich, dass die Meinungen über die Anerkennung des Nutzens und der Notwendigkeit von integrierten Versorgungsformen im Gesundheitswesen und im Teilsektor Rehabilitation weit auseinander gehen. Obwohl alle Akteure dieselben Ziele verfolgen (Optimierung der Patientenversorgung und Förderung der sozialen Teilhabe behinderter Menschen), sind die Wege zur Zielerreichung sehr vielfältig. Diese zu bündeln und auf einen kooperativen Kurs zu bringen, stellt eine Herausforderung für die Zukunft dar.

Rehabilitation vor Pflege

Der letzte Vortragsblock widmete sich der Thematik „Rehabilitation vor Pflege“. Im ersten Beitrag deckte *Prof. Dr. Thomas Klie* (Evangelische Fachhochschule Freiburg im Breisgau) die rechtswissenschaftlichen und sozialpolitischen Gesichtspunkte der Materie auf. Hierbei machte er deutlich, dass es sich um ein altes Thema handle, welches im Zuge der jüngeren gesetzgeberischen Entwicklungen wieder an Aktualität und Bedeutung gewonnen habe. So wurde mit der Einführung des § 40 Abs. 3 SGB V⁵ der unter dem Aspekt des demografischen Wandels notwendige Rechtsanspruch auf geriatrische Rehabilitation gesetzlich klargestellt. Zudem begrenze die neue Zusatzzahlung für die erfolgreiche Durchführung von aktivierenden und rehabilitativen Maßnahmen (§ 87a Abs. 4 SGB XI) die Wirkungen des rehabilitationsfeindlichen Pflegestufensystems der stationären Pflege. Weitere positive Neuerungen seien die Einführung der Pflegeberatung (§ 7a SGB XI) und die Miterhebung des Rehabilitationsbedarfs im Rahmen der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit (§ 18 Abs. 6 SGB XI)⁶, da diese die Vernetzung von Pflege und Rehabilitation fördern sowie die Zusammenarbeit beider Leistungsbereiche fordern.

5 im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (2007).

6 Einführung im Rahmen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes (2008).

Allerdings würden die neuen Gesetze nicht den bestehenden allokativen Fehlanreizen und der Trennung von Finanzierungslast und Erfolgsinteressen entgegensteuern. So habe der Gesetzgeber versäumt, die Pflegeversicherung zum Rehabilitationsträger zu ernennen. In der Praxis führe dies dazu, dass Zuständigkeiten abgegrenzt werden müssen, obwohl die Leistungen kooperativ erbracht werden sollen. Diese Kooperation scheint umso wichtiger, wenn man sich die unterschiedlichen Anknüpfungspunkte beider Tätigkeitsfelder vergegenwärtigt: Rehabilitation zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, Rehabilitation durch Pflege, Pflege als Voraussetzung zur Teilhabesicherung, Vorrang von Rehabilitations- vor Pflegeleistungen und Teilhabesicherung bei Pflegebedürftigkeit. Eine Option, die Versorgung von behinderten und pflegebedürftigen Menschen zu verbessern und die Sektorierung im dargelegten Spannungsfeld aufzuheben, sieht *Prof. Dr. Klie* in der Übernahme der Fachpflege ins SGB V.

An den Vortrag von Prof. Dr. Klie anknüpfend stellte *Prof. Dr. Bedriska Bethke* (Hochschule Neubrandenburg) den Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ aus pflegewissenschaftlicher Sicht dar. Sie machte deutlich, dass Rehabilitationsleistungen bereits seit der Einführung des SGB XI vor und in der Pflege zur Förderung und Erleichterung einer möglichst selbstbestimmten, selbstständigen und an einer gleichberechtigten Teilhabe orientierten Lebensführung zu erbringen seien. Insofern seien alle Gesundheitsprofessionen aufgefordert, entsprechend den Zielsetzungen der Rehabilitation zu handeln und gerade im Hinblick auf die stetige Zunahme von chronisch und multimorbid Kranken inter- und multidisziplinäre Versorgungskonzepte umzusetzen. Nur so könne dem Anspruch auf Rehabilitation vor und in der Pflege entsprochen, Pflegebedürftigkeit verhindert oder vermindert, die Versorgungsqualität verbessert und Pflegekosten reduziert werden. Für die Umsetzung dieses Anspruches bedarf es zudem eines erweiterten Verständnisses von Pflegebedürftigkeit, das an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) anknüpft. Die derzeitigen Bemühungen um eine Reformierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs stufte *Prof. Dr. Bethke* dabei als positiv ein, beklagte jedoch die erneute Vernachlässigung der sozialen Teilhabe. In Bezug auf die Umsetzung einer aktivierenden Pflege merkte sie zudem an, dass diese lediglich auf das Ziel beschränkt sei, Eigenaktivität zu erreichen. Die Prävention von Pflegebedürftigkeit falle hingegen in die Zuständigkeit der Rehabilitation und schließe die Pflege somit aus der Verantwortung aus. Da die Pflege aber die Profession mit dem häufigsten und intensivsten Kontakt zum Klienten ist, sollte sie in den Rehabilitationsprozess als koordinierendes Bindeglied zwischen allen beteiligten Akteuren einbezogen werden. Trotz dieser Forderung wies *Prof. Dr. Bethke* darauf hin, dass die Entwicklung des eigenen Profils der professionellen Pflege in der Rehabilitation bisher kaum statt gefunden habe und Pflegende auf die spezifischen Aufgaben in der Reha-

bilitation noch nicht hinreichend vorbereitet seien. Um die aufgezeigten Potentiale der pflegerischen Profession in der Rehabilitation zu nutzen und sie hinsichtlich der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit mit in die Verantwortung zu ziehen, müsse am Wissen und an den Kompetenzen der Pflegenden sowie der Entwicklung wissenschaftlicher Integrationskonzepte angesetzt und ausreichende (finanzielle) Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

Ergebnisse aus den Workshops

In den anschließenden Workshops hatten die Tagungsteilnehmer schließlich die Möglichkeit, sich mit den Schwerpunktthemen intensiver auseinanderzusetzen.

Der erste Workshop wurde von *Markus Taddicken* (BGW) geleitet und widmete sich der Thematik des BEM. Zunächst stellte *Klaus Wicher* (Berufsförderungswerk Hamburg) in einem Impulsreferat zentrale Ergebnisse des Projektes „Prävention als Chance für Unternehmen und Mitarbeiter“ (PACUM) vor. Dabei unterstrich er die Bedeutung von individuell auf den jeweiligen Betrieb abgestimmten Maßnahmen, die Erforderlichkeit einer hohen Fach- und Sozialkompetenz von Gesundheitsmanagern sowie die bereits angesprochene Notwendigkeit der externen Beratung für Klein- und Mittelbetriebe. Anschließend wurden in der Arbeitsgruppe Handlungsoptionen für eine verbesserte Umsetzung des BEM generiert. Hierbei wurde deutlich, dass vor allem der Abschluss von Betriebsvereinbarungen und die Aufklärung von Arbeitnehmern sowie Arbeitgebern hinsichtlich der Handlungsoptionen und des Nutzen des BEM gefördert werden müssen. Zudem gilt es, Betroffene in den Mittelpunkt ihres Eingliederungsprozesses zu stellen und die erfolgreiche Integration durch Mitsprache und Selbstbestimmung zu begünstigen. In der transparenten Darstellung von Motivationen und Prozessen sowie einer vertrauensvollen und von Kommunikation geprägten Zusammenarbeit liegen weitere Potentiale, die zukünftig zur Förderung des BEM in der Praxis aktiviert werden sollten.

Der zweite Workshop behandelte das Thema „Rehabilitation und Pflege“. Unter der Leitung von *Katja Claus* (IKK Nord) und *Dr. Christoph Gries* (DAK) diskutierten Vertreter aus Wissenschaft, Politik, Krankenkassen, Rehabilitationskliniken und Pflegeheimen sowie Menschen mit Behinderungen unterschiedliche Probleme in der Praxis und mögliche Lösungen. Zunächst wurde festgestellt, dass beide Sektoren und Leistungsbereiche nicht nur separat im Sinne von Rehabilitation vor Pflege, sondern auch hinsichtlich ihrer Partizipationspotentiale in der intersektoralen Zusammenarbeit betrachtet werden sollten. Als Zukunftsvision wurden hier z. B. Pflegeheime als Rehabilitationsheime mit speziell für Rehabilitationsaufgaben geschultem Pflegepersonal sowie ein um die Aspekte Teilhabe und Kontextbezogenheit erweiterter Pflege-

bedürftigkeitsbegriff gesehen. Es wurde jedoch kritisiert, dass der Gesetzgeber für die Prävention von Pflegebedürftigkeit noch immer falsche Anreize setze, indem er die Pflegeversicherung (PV) als Rehabilitationsträger ausschließe und den Präventionsauftrag sowie die Kosten den Kranken- und Rentenversicherungsträgern auferlege. Als Lösungsmöglichkeiten wurden die Reintegration der PV in die GKV und die Entwicklung der PV zum Rehabilitationsträger erörtert. Weiterhin sprachen sich die Teilnehmer des Workshops für eine frühzeitig einsetzende Rehabilitation in der Pflege aus und forderten in diesem Kontext eine stärkere Kommunikation zwischen allen beteiligten Akteuren über die Sektorengrenzen hinaus. Zudem sollte die Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit gefördert werden, um Betroffene über Möglichkeiten und Potentiale der Rehabilitation zu beraten und über den Anspruch auf Rehabilitation bei bereits bestehender Pflegebedürftigkeit aufzuklären. Hierbei sollten die Institutionen der Rehabilitation und Pflegeberatungsstellen sowie Betroffene und Selbsthilfegruppen einbezogen werden. So könnte die Selbstbestimmung von Betroffenen gefördert, aber auch Fehlanreize durch Geldleistungen (z. B. Verweigerung einer Rehabilitation aus Angst vor Aberkennung der Pflegestufe) thematisiert und überwunden werden. Ein großes Potential zur Verbesserung der Compliance von Pflegebedürftigen und zur Erreichung von Rehabilitationszielen wird zudem in Angeboten zur Rehabilitation im häuslichen Umfeld gesehen. Zu diesem Zweck sollte die mobile Rehabilitation ausgebaut werden.

Der dritte Workshop widmete sich dem Thema „Rehabilitation, Schnittstellenmanagement und Integrierte Versorgung“. Unter der Leitung von *Wilfried Egelkraut* (DRV Nord) debattierten die Teilnehmer der Arbeitsgruppe zur Fragestellung der externen Schnittstellenproblematik, welche nach ihrer Auffassung einen wesentlichen Einfluss auf die Zusammenarbeit der verschiedenen Rehabilitationsträger untereinander sowie auf den Zugang der Betroffenen zu Rehabilitationsmaßnahmen habe. Nachdem die Bedeutung der Gemeinsamen Servicestellen (GS) als wichtige und notwendige Anlaufstelle für Betroffene untermauert wurde, rückte deren Ausgestaltung in den Mittelpunkt der Diskussion. Dabei wurde kritisiert, dass die Vernetzung der Rehabilitationsträger durch die GS bisher nur unzureichend gewährleistet werde. Ziel müsse es sein, ihren Bekanntheitsgrad zu erhöhen und ihre wesentlichen Aufgaben transparent zu kommunizieren. Zudem sei eine multiprofessionelle Besetzung angezeigt, die eine intensive und kontinuierliche Zusammenarbeit der verschiedenen Rehabilitationsträger ermöglicht. Statt eines integrativen Fallmanagers bekämen Menschen mit Behinderungen bislang bei jeder Behörde einen anderen Bearbeiter zur Seite gestellt. Vor diesem Hintergrund wurden mögliche Reformen diskutiert. Es sei denkbar, die GS ähnlich dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen als trägerunabhängige Einrichtungen mit eigener Rechtspersönlichkeit zu organisieren.

Dies würde die Bindung der Rehabilitationsträger an die Vorgaben der Servicestellen erhöhen und diese stärker in die Verantwortung nehmen. Auch die vollständige Angliederung der GS an die Rentenversicherung als verantwortlichem Träger wurde in Betracht gezogen. Vorrangiges gesundheitspolitische Ziel müsse es jedenfalls sein, eine koordinierte Beratung aus einer Hand zu gewährleisten und zu einer Entlastung sowie niedrigschwelliger Inanspruchnahme beizutragen.

Fazit und Ausblick

Die Tagung hat umfassende Einblicke in die Umsetzung des Rehabilitationsrechts in der Praxis der Sozialleistungsträger ermöglicht. Besondere Beachtung fanden dabei die betriebliche Prävention und das BEM, die Überwindung von Schnittstellenproblemen im Sektor der Rehabilitation sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit, insbesondere von Rehabilitation und Pflege. Die differenzierte Beleuchtung konnte nicht nur zur Aufdeckung der teilweise gegensätzlichen Interessenlagen von Politik, Wissenschaft und Praxis, sondern auch zu weiterführenden Diskussionen beitragen. Diese förderten neue Erkenntnisse und weckten Verständnis für die jeweils anderen Professionen und Akteure. Zudem konnten im Verlauf der Tagung viele positive Entwicklungen in der Praxis des Rehabilitationsrechts aufgezeigt werden. Es wurden aber auch Umsetzungsprobleme sowie bestehende Diskrepanzen zwischen Theorie und Praxis aufgedeckt. Diese zeigten sich vor allem bei der Anerkennung und der Etablierung des BEM sowie in der notwendigen Reform der gesetzlichen Vorgaben zur Stärkung und Nutzung von Potentialen der pflegerischen Professionen in der Rehabilitation.

Die Diskussion über das SGB IX wird auch in Zukunft weitergehen. Dies ist wünschenswert, da man nicht bei der Erkenntnis stehen bleiben darf, dass sich Gesetz und Wirklichkeit teilweise nicht entsprechen. Anknüpfungspunkte für eine bessere Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen sowie für die Überwindung bestehender Schnittstellenprobleme in der Koordination und Erbringung von Rehabilitationsleistungen wurden im Verlauf der Tagung aufgezeigt. Diese gilt es zukünftig im Sinne einer gleichberechtigten Teilhabe und der Optimierung von Versorgungsprozessen unter Einbeziehung aller Akteure umzusetzen.