

Handlungsfeld Rehabilitation

Positionspapier der SPD-Bundestagsfraktion vom 27.06.2017

Einleitung

Durch Rehabilitation kann die Gesundheit von Patienten wieder hergestellt und chronische Krankheit, Behinderung, Erwerbsunfähigkeit und Pflegebedürftigkeit vermieden oder zumindest vermindert werden. Rehabilitation fördert Lebensqualität und Selbstbestimmung der Betroffenen und ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Nicht nur für die Einzelnen, sondern auch für die Gesellschaft ist der Erhalt unserer Gesundheit und Leistungsfähigkeit von großer Bedeutung. Verschiedene Studien haben es gezeigt – Rehabilitation lohnt sich volkswirtschaftlich.

Wir werden älter. Wir arbeiten länger. Und wir wollen – auch im Alter – gesund und selbstbestimmt leben. Prävention, Rehabilitation und Nachsorge gewinnen aufgrund des demografischen Wandels, vielfältiger Anforderungen in der Arbeitswelt sowie der Zunahme komplexer und chronischer Krankheitsbilder an Bedeutung.

Als SPD-Bundestagsfraktion wollen wir verhindern, dass Menschen aus gesundheitlichen Gründen früh aus dem Arbeitsleben ausscheiden oder von Erwerbsminderungsrente leben müssen. Aktuell erhalten nur etwa die Hälfte der Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentner vorher eine Rehabilitation. Auch Pflegebedürftige bzw. von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen nehmen Rehabilitationsleistungen zu selten in Anspruch. Die Rehabilitationsempfehlungen bei Pflegebegutachtungen sind nach wie vor zu gering.

Damit das Thema Rehabilitation in unserer Gesellschaft einen deutlich größeren Stellenwert einnimmt, brauchen wir einen Paradigmenwechsel. Das Bewusstsein für die Notwendigkeit und die Wirksamkeit von Rehabilitation muss bei allen Akteuren gefördert werden.

In dieser Legislaturperiode haben wir Prävention, Rehabilitation, Nachsorge und Teilhabe durch mehrere Gesetze maßgeblich gestärkt: Rentenpaket, Versorgungsstärkungsgesetz, Präventionsgesetz, Pflegestärkungsgesetze, Flexirentengesetz, Bundesteilhabegesetz.

Diesen Weg wollen wir in der nächsten Legislaturperiode konsequent weitergehen und dabei den Grundsatz „Prävention vor Rehabilitation vor Rente und Pflege“ weiter verfolgen.

Deshalb wollen wir:

- die Bedarfe frühzeitig erkennen und Prävention vor Rehabilitation stärken,
- den Zugang zur Rehabilitation beschleunigen und erleichtern,
- besondere Bedarfe in der Rehabilitation besser berücksichtigen,
- eine bessere Vernetzung und verbindliche Vertragsgestaltung unterstützen,
- trägerübergreifende Datenauswertung, Forschung und Qualitätssicherung fördern.

1. Bedarfserkennung und Prävention vor Rehabilitation

Es ist wichtig, dass Präventions- und Rehabilitationsbedarfe frühzeitig erkannt und individuell passende Maßnahmen angeboten werden. Erkrankungen muss schon durch präventive Maßnahmen vorgebeugt werden. Es ist sicherzustellen, dass – wo möglich – Prävention vor Rehabilitation stattfindet, aber auch – wo nötig – zeitnah eine Rehabilitation eingeleitet wird. Prävention und Rehabilitation müssen von Beginn an und überall als eine Möglichkeit mitgedacht werden. Damit Bedarfe frühzeitig erkannt werden, muss das Bewusstsein bei allen beteiligten Akteuren weiter geschärft werden. Den Grundsatz „Prävention vor Rehabilitation“ wollen wir weiter stärken.

Dazu haben wir mit Präventionsgesetz, Flexirentengesetz und Bundesteilhabegesetz wichtige Verbesserungen auf den Weg gebracht. Die Modellprojekte, die wir durch das Flexirentengesetz und das Bundesteilhabegesetz fördern, wollen wir aufbauend auf den Erfahrungen durch dauerhafte und flächendeckende Konzepte verstetigen.

Zukünftig wollen wir Menschen mit Angeboten der Prävention und Rehabilitation besser erreichen. Wir wollen die Kapazitäten der unterschiedlichen Rehabilitations- und Sozialversicherungsträger bündeln. Angebote an und in Unternehmen müssen kooperativ und nicht in Konkurrenz erfolgen. Die Rehabilitationsträger sollten die Angebote der anderen Träger mitdenken und die Leistungen aufeinander abstimmen. Gemeinsam mit den unterschiedlichen Sozialversicherungsträgern wollen wir den integrierten Firmenservice weiter ausbauen.

Eine positive Grundeinstellung der Arbeitgeber gegenüber präventiven Maßnahmen der medizinischen Vorsorge ist zentral für den Erfolg. Deshalb wollen wir prüfen, ob die bestehenden Regelungen zur Finanzierung der Entgeltfortzahlung für kleine und mittelständische Unternehmen einen zu starken negativen Anreiz darstellen und ggf. Verbesserungen vorschlagen.

2. Zugang zur Rehabilitation trägerübergreifend beschleunigen und erleichtern

Wir setzen uns für einen niedrighschwelligen, schnellen, gerechten, wohnortnahen und barrierefreien Zugang zu einer personenzentrierten Rehabilitation ein.

Zugänge müssen einfacher und schneller gestaltet und die Inanspruchnahme von Rehabilitation erhöht werden. Beim Abbau bestehender Zugangshürden nehmen wir insbesondere benachteiligte Gruppen wie z.B. Kinder und Jugendliche aus einkommensschwachen Familien, Menschen mit geringen Deutschkenntnissen, Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen sowie ältere Menschen stärker in den Blick.

Information und Beratung verbessern

Rehabilitationsbedarfe werden häufig nicht rechtzeitig erkannt, da Betroffene, Arbeitgeber, die Bundesagentur für Arbeit und Jobcenter sowie Ärzte nicht hinreichend über Möglichkeiten und Wirksamkeit einer frühzeitigen Rehabilitation und neuer Therapiemethoden informiert sind. Deshalb wollen wir Information und Beratung verbessern.

Betroffene müssen durch die Rehabilitationsträger besser über ihren Anspruch auf Leistungen, die Potenziale von Prävention und Rehabilitation, ihre Wunsch- und Wahlrechte, Antragsverfahren, Bearbeitungsfristen und Widerspruchsmöglichkeiten aufgeklärt werden. Rehabilitationsträger sollten Betroffene beim Antragsverfahren stärker als bisher aktiv unterstützen und feste telefonisch erreichbare Ansprechpartner benennen, die als verantwortliche Gesprächspartner transparent werden. Außerdem sollten sie ihre Beratungskräfte so schulen,

dass sie befähigt sind, mit Blick auf die spezifischen Angebote der unterschiedlichen Sozialleistungsträger zu beraten.

Die Verpflichtung der Reha-Träger zu einer umfassenden Beratung beinhaltet auch die Bereitstellung von vernetzten Ansprechstellen, in denen trägerübergreifend zu allen Reha-Angeboten beraten wird. Dieses vernetzte Beratungsangebot bietet den Betroffenen Unterstützung im gegliederten System der Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation. Ergänzend zu der Beratung durch Rehabilitationsträger werden auf Basis des Bundesteilhabegesetzes unabhängige Beratungsstellen aufgebaut.

Die Informationen müssen verständlicher aufbereitet werden und sich gezielter an den Lebenslagen und individuellen Bedürfnissen der Menschen ausrichten.

Die Ärzteschaft ist für die Einleitung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen verantwortlich. Daher fordern wir insbesondere die Ärztekammern auf, zu prüfen, ob der Rehabilitation in den Weiterbildungsordnungen ein größerer Stellenwert eingeräumt werden muss. Außerdem sind die Kassenärztlichen Vereinigungen fortgesetzt dazu angehalten, für die Teilnahme an Fortbildungen zu werben, wie in der Reha-Richtlinie bereits vereinbart. Auch das Personal in nichtärztlichen Gesundheitsberufen muss befähigt werden, Reha-Bedarfe zu erkennen.

Antragsverfahren vereinfachen

Die unterschiedlichen Antragsverfahren je Träger sind für Betroffene sowie Ärzte intransparent und schwer zu durchschauen. Daher sind die Antragsformulare und -verfahren trägerübergreifend zu vereinheitlichen und einfach und verständlich zu gestalten.

Die direkte Einleitung einer Rehabilitation auf der Grundlage typisierter Fallgruppen ohne vorgelagerte Entscheidung des Trägers ist möglich – wie das Verfahren bei der Anschlussheilbehandlung zeigt. Daher ist zu prüfen, ob verbindliche Tatbestände (Fallgruppen, Indikationen) festgelegt werden können, bei denen eine Rehabilitation regelhaft zu erbringen ist und direkt, ohne aufwändige Genehmigungsverfahren eingeleitet werden kann. Hierzu sollen in der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) Empfehlungen erarbeitet werden.

Wird ein Antrag abgelehnt, erhalten Patient und behandelnder Arzt häufig keine oder unzureichende Informationen über die Ablehnungsgründe. Ablehnungsbescheide bestehen oft nur aus allgemeinen Textbausteinen und sind schwer nachvollziehbar. Wir halten es für unbedingt notwendig, dass Ablehnungsbescheide aller Träger schriftlich, hinreichend medizinisch begründet und für die Betroffenen verständlich und nachvollziehbar sind. Sie sollten Vorschläge für alternative Behandlungsmöglichkeiten und einen Kontakt für Rückfragen beinhalten.

Wir wollen prüfen, ob und ggf. wie das aktuelle Genehmigungsverfahren durch ein Verordnungsverfahren ersetzt werden kann. Schwierigkeiten bei der Beantragung von Leistungen und lange Verfahren können so minimiert werden.

Leistungen wie aus einer Hand

Der Zugang zur Rehabilitation wird neben zum Teil langen und komplizierten Verfahren auch durch Abgrenzungsschwierigkeiten bei der Zuständigkeit erschwert. Durch das Bundesteilhabegesetz gibt es klarere Zuständigkeitsregeln und verbesserte Erstattungsregelungen zwischen den Rehabilitationsträgern. Außerdem müssen Betroffene künftig nur noch einen An-

trag stellen, um alle benötigten Leistungen von verschiedenen Trägern zu bekommen. Bei trägerübergreifenden Leistungen ist ein Träger als „leistender Träger“ zuständig. Ein Fallmanagement wie beim neuen Teilhabeplanverfahren sorgt für ein nahtloses Ineinandergreifen erforderlicher Leistungen.

Die Umsetzung der neuen Regelungen in die Praxis werden wir genau beobachten und diese gegebenenfalls bedarfsorientiert anpassen. Denn wir wollen erreichen, dass die Verfahren beschleunigt werden, die Träger sich untereinander besser abstimmen, Betroffene nicht länger von Träger zu Träger verwiesen werden und frühzeitig alle notwendigen Leistungen wie aus einer Hand erhalten.

Zugangshürden abbauen

Zugangshürden zu Leistungen der Prävention und Rehabilitation wollen wir weiter abbauen.

Wir wollen die Motivation und die Ressourcen von Kindern und Jugendlichen aus einkommensschwachen Familien für Rehabilitation erhöhen. Gleiches gilt für die Motivation der Eltern, ihre Kinder bei einer notwendigen Rehabilitation zu unterstützen. Ein potentielles Hemmnis ist z.B., dass einige Eltern befürchten, das Arbeitslosengeld II könnte bei einer Reha-Maßnahme des Kindes gekürzt werden.

Wir werden prüfen, inwieweit Zuzahlungen bei stationären Reha-Maßnahmen Hemmnisse für die Teilnahme sind. Außerdem wollen wir prüfen, ob die 4-Jahres-Frist für Leistungen der Rehabilitation weiter flexibilisiert werden sollte.

3. Besondere Bedarfe besser berücksichtigen

Eine veränderte Lebens- und Arbeitswelt verlangt statt eines standardisierten Angebots ein individuell abgestimmtes Angebot der Rehabilitationsmaßnahmen. Um etwa den Bedarfen von Kindern und Jugendlichen, psychisch kranken, behinderten oder älteren, pflegebedürftigen Menschen gerecht zu werden, müssen flexible und vielfältige Angebote zur Verfügung stehen. Bestehende Reha-Angebote müssen verbessert und neue, innovative Konzepte entwickelt werden. Dies gilt insbesondere auch für ambulante wohnortnahe Angebote.

Aktuell findet der Großteil der medizinischen Rehabilitation in stationären Einrichtungen statt. Nur ein sehr geringer Anteil der Maßnahmen wird ambulant erbracht. Deshalb wollen wir dort, wo es medizinisch sinnvoll ist, ambulante Angebote stärken und ihre Finanzierung sicherstellen. Strukturelle Anforderungen an die ambulante Rehabilitation müssen überprüft werden. Auch setzen wir uns dafür ein, Angebote für mobile Rehabilitation insbesondere im ländlichen Raum auszubauen.

Mehr Kinder- und Jugendrehabilitation

Für die Kinder- und Jugendrehabilitation sind nach wie vor sowohl die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) als auch die Rentenversicherung (DRV) zuständig.

Obwohl chronische Erkrankungen auch bei Kindern und Jugendlichen zugenommen haben, ist die Zahl der Anträge in der Rehabilitation in den letzten Jahren rückläufig. Unser Ziel ist, die Inanspruchnahme von Kinder- und Jugendrehabilitation deutlich zu erhöhen.

Die Kinder- und Jugendrehabilitation in der DRV haben wir mit zahlreichen Verbesserungen durch das Flexirentengesetz auf einen guten Weg gebracht. Die neuen Regelungen müssen

jetzt in der Praxis umgesetzt werden. Dies gilt insbesondere für die notwendigen Strukturen der Nachsorge und der ambulanten Kinder- und Jugendrehabilitation. Die Umsetzung der beschlossenen Veränderungen werden wir begleiten. Außerdem wollen wir die in der DRV erreichten Verbesserungen – wo notwendig – in der GKV nachvollziehen.

Auch wollen wir erreichen, dass Rentenversicherungen und Krankenkassen ihre Antragsverfahren bundesweit vereinheitlichen. Mittelfristig wollen wir die parallele Zuständigkeit der GKV und DRV aufheben. Es ist schnellstmöglich zu prüfen, unter welchen Bedingungen die Zuständigkeit der Kinder- und Jugendrehabilitation allein der DRV übertragen werden kann. Dazu gehört auch ein entsprechender Finanzierungsausgleich.

Berufliche Reha stärken und Schnittstelle zur medizinischen Reha ausbauen

Die medizinische Rehabilitation muss noch stärker auf die berufliche Situation des Versicherten ausgerichtet werden und dazu besser mit der beruflichen Rehabilitation verzahnt werden. Deshalb setzen wir uns dafür ein, dass die berufliche Orientierung und arbeitstherapeutische Ansätze noch stärker bei der medizinischen Rehabilitation in den Blick genommen werden und sich medizinische und berufliche Rehabilitation besser vernetzen.

Es gilt, lange Wartezeiten zwischen Ende der medizinischen und Beginn der beruflichen Rehabilitation zu vermeiden. Ziel muss sein, fließende Übergänge zu schaffen. Die Grundlage hierfür bildet ein einheitliches, an der ICF orientiertes, trägerübergreifendes Bedarfsfeststellungsverfahren. Diese notwendige frühzeitige und umfassende Gesamtbedarfsfeststellung bedarf einer regelmäßigen Überprüfung sowie gegebenenfalls der Anpassung an sich verändernde Bedarfslagen.

Vorgänge der Rehabilitation sind gemäß einer personenzentrierten Sichtweise nicht ohne das soziale Umfeld des Betroffenen denkbar. Die persönlichen Lebensverhältnisse einschließlich Familie und Ausbildungs- oder Arbeitgeber sind daher stets mit einzubeziehen. Ebenso wichtig ist die Gewährleistung einer längerfristigen Begleitung des Rehabilitanden.

Das Verfahren zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement wollen wir uns noch einmal genauer anschauen. Die Optimierung der Prozessabläufe zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement sowie die Sicherstellung der Qualität bei der Bereitstellung und Inanspruchnahme stellen nach wie vor eine große Herausforderung – insbesondere in kleinen und mittelständischen Unternehmen – dar.

Auch in Werkstätten für behinderte Menschen wollen wir den Auftrag zur beruflichen Reha stärken. Hilfreich ist es, wenn die Ziele und anzustrebende Wirkung des Berufsbildungsbereiches klar definiert werden. Wir wollen die berufliche Qualifizierung und den Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt fördern. Die personenzentrierte Förderung wird durch die flächendeckende Einführung des Budgets für Arbeit sowie weitere Leistungsanbieter neben den Werkstätten unterstützt.

Wichtige Akteure wie die Bundesagentur für Arbeit und die Jobcenter sind darüber hinaus gefragt, neue Angebote hinsichtlich der Möglichkeiten beruflicher Rehabilitation zu schaffen und dahingehend zu beraten. Voraussetzung hierfür sind gegenstandsorientierte Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Psychische Erkrankungen besser berücksichtigen

Psychische Erkrankungen nehmen in unserer Gesellschaft zu und sind eine häufige Ursache für Arbeitsunfähigkeit. Menschen mit psychischen Erkrankungen sind häufiger von Arbeitslosigkeit und Erwerbsminderung betroffen. Gleichzeitig haben wir eine bedarfsgerechte Versorgung bei psychischen Erkrankungen noch nicht erreicht.

Menschen mit psychischen Erkrankungen sind explizit Zielgruppe der Modellvorhaben durch das Bundesteilhabegesetz in Jobcentern und Rentenversicherung. Es sollen neue, präventive Ansätze entwickelt werden, um frühzeitig vor Eintritt von Reha-Bedarfen, Erwerbsminderungsrente sowie Übergängen in Werkstätten für behinderte Menschen zu intervenieren. Die Erkenntnisse dieser Modellprojekte wollen wir auswerten und gute Erfahrungen in eine dauerhafte Strategie überführen.

Das gesetzlich vorgeschriebene Überleitungsmanagement von Krankenhäusern für Menschen mit psychischen Erkrankungen wollen wir stärken. Außerdem wollen wir flächendeckend ambulante und wohnortnahe Angebote zur Rehabilitation bei psychischer Erkrankung ausbauen, in denen auch das soziale Umfeld einbezogen wird.

Reha vor Pflege

Für ältere Menschen ist es wichtig, ihre Selbständigkeit möglichst lange zu erhalten. Insbesondere in hohem Alter und bei zunehmender Multimorbidität ist die geriatrische Rehabilitation in besonderer Weise geeignet, Selbständigkeit zu erhalten und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Rehabilitationsmaßnahmen finden bei älteren Menschen aber häufig zu spät, oft erst nach einem Sturz oder Trauma statt. Nur ein sehr geringer Teil der Patienten in der geriatrischen Rehabilitation kommt direkt aus dem ambulanten Bereich. Die Anzahl der Rehabilitationsempfehlungen bei Pflegebegutachtungen ist nach wie vor sehr gering.

Mit dem Pflegestärkungsgesetz II und dem neuen Begutachtungsverfahren kann der Bedarf an Rehabilitation besser erfasst werden. Das neue bundeseinheitlich strukturierte Verfahren soll dazu führen, dass bei der Pflegebegutachtung mehr Rehabilitationsempfehlungen ausgesprochen werden. Die Umsetzung der neuen gesetzlichen Regelungen werden wir genau beobachten.

Wir wollen den Zugang zur Rehabilitation aus dem ambulanten Bereich für ältere Menschen verbessern. Hier kommt den Hausärzten eine besondere Rolle zu, da sie ihre Patienten in der Regel am besten kennen und eine drohende Pflegebedürftigkeit frühzeitig identifizieren können. Wir wollen prüfen, inwieweit ab einer bestimmten Altersstufe regelmäßige Screenings eingeführt werden können. Auch ist eine engere Zusammenarbeit der Ärzte und Pflegekräfte im Hinblick auf die Einleitung einer rehabilitativen Maßnahme erforderlich.

Für ältere Menschen werden flexible und barrierefreie Angebote benötigt. Daher wollen wir Anreize schaffen, ambulante, vor allem mobile Rehabilitationsangebote auszuweiten und flächendeckend zur Verfügung zu stellen. Auch ist es notwendig, die Kooperation der Pflegeheime mit Anbietern mobiler Rehabilitation auszubauen. Dem organisatorischen Aufwand der mobilen Rehabilitation muss eine entsprechende Vergütung gegenüberstehen.

An der Schnittstelle zwischen Krankenversicherung (SGB V) und Pflegeversicherung (SGB XI) wollen wir prüfen, inwieweit die Pflegeversicherung an den Kosten der Rehabilitation für Pflegebedürftige oder von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen beteiligt werden sollte.

Wunsch- und Wahlrecht weiter stärken

Alle Träger sind nach dem allgemeinen Rehabilitationsrecht dazu verpflichtet, den berechtigten Wünschen der Betroffenen zu entsprechen und auf ihre persönliche Lebenssituation, vorhandene Behinderungen, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse Rücksicht zu nehmen (§ 9 SGB IX; ab 01.01.2018: § 8 SGB IX).

Um die Wünsche von Betroffenen zu stärken, wollen wir für die Rentenversicherung (DRV) im SGB VI einen Verweis auf das Wunsch- und Wahlrecht verankern – vergleichbar mit der bereits bestehenden Regelung im SGB V für die Krankenversicherung (GKV).

In der Praxis sind Betroffene vielfach nur unzureichend über ihr Wunsch- und Wahlrecht informiert. Daher sollte ein deutlicher Hinweis auf das Wunsch- und Wahlrecht auf den Antragsformularen zu finden sein.

4. Bessere Vernetzung und verbindliche Vertragsgestaltung

Akteure vernetzen, Nachsorge stärken

Neben der Kooperation der Rehabilitationsträger ist auch eine gute Zusammenarbeit der Leistungserbringer entscheidend. Behandlungsverläufe sind in der Praxis aber häufig unstrukturiert und die unterschiedlichen Leistungserbringer nicht gut vernetzt.

Um Fehlversorgung und Versorgungsbrüche zu vermeiden, wollen wir die Zusammenarbeit und Vernetzung von Prävention, Akutversorgung, Rehabilitation und Nachsorge stärken.

Der Erfolg von Rehabilitation hängt maßgeblich von der Nachsorge ab. Deshalb wollen wir das Bewusstsein für die Notwendigkeit von Nachsorge und Nachsorge als Teil von Vorsorge stärken. Nachsorge muss bereits während der Rehabilitation mitgedacht werden und mit Ende der Reha-Maßnahme muss eine gute Übergabe in die Nachsorge stattfinden. Außerdem setzen wir uns für eine stärker individualisierte Nachsorge ein, die sich auch an der Alltagsumgebung des Patienten ausrichtet. Gerade die Verbindung zum Beruf sollte – z.B. durch Modelle der stufenweisen Wiedereingliederung und betriebliches Eingliederungsmanagement – stärker mitgedacht werden. Nachsorge sollte für einen längeren Zeitraum – mindestens 6 Monate – gewährleistet sein. So können Patienten die Ergebnisse der Rehabilitation in der Nachsorge verstetigen und den Gesundheitszustand stabilisieren. Dies sollte auch im Anschluss an eine ambulante Rehabilitation gewährleistet sein.

Verbindliche Vertragsgestaltung

Bisher ist der Abschluss von Rahmenverträgen der Rehabilitationsträger mit den Verbänden der Leistungserbringer nicht verbindlich geregelt. Im Bereich der GKV werden Versorgungsverträge von den Landesverbänden der Träger mit den Leistungserbringern geschlossen, während Vergütungsverträge direkt zwischen dem Träger und Leistungserbringer vereinbart werden.

Die Rehabilitationsträger können über den Inhalt der Verträge gemeinsame Empfehlungen vereinbaren sowie mit den Verbänden der Leistungserbringer Rahmenverträge schließen. Diese Kann-Regelung hat sich in der Praxis nicht bewährt.

In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wollen wir die Rahmenbedingungen für Vertragsbeziehungen und Wettbewerbsbedingungen verbindlich und fair gestalten. Es ist zu prü-

fen, ob die Vertragsbeziehungen ähnlich gestaltet werden können wie in der Sozialen Pflegeversicherung: Versorgungsvertrag, Rahmenvertrag und darauf basierend Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen. Es ist unser Ziel, die Rahmenbedingungen so weiterzuentwickeln, dass der Wettbewerbsdruck nicht zu Lasten der Beschäftigten geht.

Finanzierung sicherstellen

In der gesetzlichen Rentenversicherung (DRV) existiert bisher eine Deckelung der Ausgaben für Prävention und Rehabilitation durch ein Rehabilitationsbudget.

Mit dem Rentenpaket haben wir das Rehabilitationsbudget an die demografische Entwicklung angepasst. Dennoch führt das Rehabilitationsbudget dazu, dass bei einigen Trägern der Rentenversicherung Kostengesichtspunkte handlungsleitend sind und Rehabilitation noch zu wenig als Investition verstanden wird. Wir werden daher prüfen, wie das Rehabilitationsbudget in der DRV strukturell weiterentwickelt und gegebenenfalls in die Entscheidungskompetenz der Selbstverwaltung übertragen werden kann. Dies ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass wir Rehabilitation als Investition verstehen und damit Ausgaben bei der Erwerbsminderungsrente vermieden werden können.

5. Datenlage, Forschung und Qualitätssicherung ausbauen

Transparente, trägerübergreifende Datenauswertung

Mit dem Bundesteilhabegesetz haben wir Regelungen zur trägerübergreifenden Datenerhebung und -auswertung getroffen: Künftig werden von allen Trägern Daten wie Anzahl der Anträge, Verfahrensdauer, Weiterleitung, Ablehnung sowie Widerspruch und Klage nach einheitlichen Vorgaben erhoben. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) führt die Daten der Träger zusammen und erstellt ab 2019 jährlich einen Teilhabeverfahrensbericht. Den neuen Teilhabeverfahrensbericht werden wir insbesondere mit Blick auf die Regelungen zu Verfahren sowie zur Zusammenarbeit der Träger analysieren und die Regelungen bei Bedarf weiterentwickeln. Auch das Präventionsgesetz fordert bei der Umsetzung von Settingmaßnahmen (in Kitas, Schulen, Betrieben, Heimen usw.) die Erhebung von Daten und eine Evaluation.

Darüber hinaus wollen wir, dass die Statistik in Bund und Land vereinheitlicht wird und dass zukünftig mehr sozioökonomische Daten (z.B. Bildung, Migrationshintergrund) erhoben und ausgewertet werden.

Mehr Rehabilitationsforschung

Bisher liegen nur wenige Studien zur Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen vor. Angesichts des steigenden Bedarfs ist ein wissenschaftlich fundierter Nachweis über die Qualität, Wirksamkeit und Effizienz von Rehabilitation sowie eine valide gesellschaftliche Kosten-Nutzen-Analyse unbedingt erforderlich.

Wir halten Forschung mit folgenden Zielsetzungen für notwendig: Ursachen für eine mangelnde Inanspruchnahme von Rehabilitation sind zu identifizieren. Neue Versorgungsformen wie mobile Rehabilitation für bestimmte Zielgruppen sind zu evaluieren und innovative Modelle weiterzuentwickeln. Unterversorgte Personengruppen und Schnittstellenprobleme sind zu analysieren und Lösungsansätze zu erarbeiten.

Trägerübergreifende Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung wird von den Rehabilitationsträgern überwiegend nach eigenen Programmen durchgeführt.

Wir wollen auf ein gemeinsames Qualitätssicherungssystem der Träger hinwirken. Damit würden für die Leistungserbringer mehrfache Prüfungen hinsichtlich der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vermieden. Die Qualitätsdaten sollten veröffentlicht werden, um mehr Transparenz für die Betroffenen zu gewährleisten und den Qualitätswettbewerb zu fördern.