Deutscher
Caritasverband e.V.

Eva M. Welskop-Deffaa
Präsidentin

Reinhardtstraße 13, 10117 Berlin
Karlstraße 40, 79104 Freiburg
Telefon 030 284 447-404
www.caritas.de

Ihr Ansprechpartner:
Janina Bessenich
Geschäftsführerin
Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V.
Reinhardtstr. 13, 10117 Berlin
Tel. 030 – 30 87 88 60
Kontakt: cbp@caritas.de

Datum: 16.01.2024

Stellungnahme

des Deutschen Caritasverbandes und des Fachverbandes Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie

zur Vorbereitung des Dialogforums zum Thema „Teilhabe an Gesundheit – Medizinische Rehabilitation und Prävention“

am 08.02.2024

im Rahmen der Fortführung des Psychiatriedialogs – Seelische Gesundheit in den Lebensphasen und Lebenslagen

Der Deutsche Caritasverband und der Fachverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. (CBP) nehmen die Gelegenheit zur Stellungnahme gern gemeinsam wahr.
Der CBP ist ein anerkannter Fachverband im Deutschen Caritasverband.
Die Mitglieder des CBP unterstützen die selbstbestimmte Teilhabe von ca. 200.000 Menschen mit Behinderung und psychischen Erkrankungen am Leben in der Gesellschaft.

0. Gesetzlicher und untergesetzlicher Regelungsrahmen

Das Regelungssystem des SGB IX richtet sich ausschließlich an die Rehabilitationsträger nach § 5 SGB IX. In seinem Zusammenspiel mit den Leistungsgesetzen der einzelnen Rehabilitationsträger ist es komplex und wird der Stellungnahme deshalb zusammenfassend vorangestellt.

Die medizinische Rehabilitation ist in den §§ 42 und 43 SGB IX geregelt.
Während § 42 SGB IX in seinem Absatz 1 die Ziele der medizinischen Rehabilitation benennt, enthalten die Absätze 2 und 3 einen nicht abschließenden Katalog an Leistungen, die im Rahmen der medizinischen Rehabilitation erbracht werden.

§ 43 SGB IX stellt für den Personenkreis der Menschen mit Behinderung und der von Behinderung bedrohten Menschen im Sinne des § 2 Abs 1 SGB IX die Verbindung zwischen der Krankenbehandlung und der medizinischen Rehabilitation her.
Die Ziele der medizinischen Rehabilitation werden mit dieser Vorschrift auch auf die Krankenbehandlung ausgedehnt und die Vorschriften über den Teilhabeplan (§ 19 SGB IX) gelten auch für die Krankenbehandlung. Das bedeutet, dass – zumindest für diesen Personenkreis – bereits gesetzlich normiert ist, dass die Prüfung etwaiger Rehabilitationsbedarfe und die Einbeziehung von Rehabilitationsträgern (§ 19 SGB IX) schon im Rahmen der Krankenbehandlung beginnen kann.
In den Leistungsgesetzen der einzelnen Träger, die für die medizinische Rehabilitation im Einzelfall zuständig sein können, ist geregelt, welche konkreten Leistungen aus dem Katalog des § 42 Abs. 2 und 3 SGB IX die einzelnen Rehabilitationsträger erbringen.
Träger der medizinischen Rehabilitation sind gem. § 6 SGB IX:

- nach Absatz 1 Nr. 1 die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung: Die Vorschriften über die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen zur medizinischen Rehabilitation finden sich in den Vorschriften §§ 11 Abs. 2, 27 Abs. 1 Nr. 6, 40-43a SGB V und § 74 SGB V;
- nach Absatz 1 Nr. 3 die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung: Die Vorschriften über die Leistungen der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung zur medizinischen Rehabilitation finden sich in den Vorschriften §§ 26-34 SGB VII.
- nach Absatz 1 Nr. 4 die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und die Träger der Altershilfe für Landwirte: Die Vorschriften über die Leistungen der Träger der

gesetzlichen Rentenversicherung zur medizinischen Rehabilitation finden sich in den Vorschriften §§ 9, 15, 15a SGB VI und § 7 ALG.

- nach Absatz 1 Nr. 5 die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden (§§ 9 ff. BVG bis zum 31.12.2023; ab dem 01.01.2024 § 62 Nr. 4 SGB XIV);
- nach Absatz 1 Nr. 6 die Träger der öffentlichen Jugendhilfe: Diese erbringen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 35a SGB VIII bei seelischer Behinderung von Kindern und Jugendlichen.
- nach Absatz 1 Nr. 7 die Träger der Eingliederungshilfe: Die Vorschriften über die Leistungen der Träger der Eingliederungshilfe zur medizinischen Rehabilitation finden sich in §§ 90 ff. SGB IX.

Ferner ergibt sich aus den §§ 14 und 15 SGB I und der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zum „sozialrechtlichen Herstellungsanspruch“ eine umfassende Beratungs- und Betreuungspflicht der Sozialleistungsträger, auch ohne konkretes Beratungsbegehren des Versicherten. Insbesondere dann „wenn anlässlich einer konkreten Sachbearbeitung in einem Sozialrechtsverhältnis dem jeweiligen Mitarbeiter eine naheliegende (rechtliche) Gestaltungsmöglichkeit ersichtlich ist, die ein verständiger Versicherter (mutmaßlich) wahrnehmen würde, wenn sie ihm bekannt wäre“ (BSG, Urteil vom 4. September 2013 – B 12 AL 2/12 R – m.w.N.)

Die **Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess** der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation regelt Einzelheiten zur Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger untereinander und zur Gestaltung des Rehabilitationsprozesses.

Mit der **Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Reha-RL)** des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) werden die Voraussetzungen und das Verfahren der medizinischen Rehabilitation im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung geregelt. Dort sind die Begriffe „Rehabilitationsbedürftigkeit“ (§ 8 Reha-RL), „Rehabilitationsfähigkeit“ (§9 Reha-RL) und „Rehabilitationsprognose“ (§ 10 Reha-RL) definiert.

Die Leistungen der medizinischen Rehabilitation setzen voraus, dass die Leistungen beantragt und bewilligt werden.

In Abhängigkeit von den versicherungsrechtlichen Voraussetzungen im Einzelfall (Versichertenstatus, Ursache der Behinderung u.a.) gewähren unterschiedliche Reha-Träger unterschiedliche Leistungen der medizinischen Rehabilitation.

1. Themenstellung Medizinische Rehabilitation

Im Folgendem wird auf die Problematik der Unterversorgung von Menschen mit psychischen Störungen hingewiesen, die nicht das aufwendige Verfahren zur Feststellung des Bedarfs an der medizinischen Rehabilitation durchlaufen

a) Schnittstelle zwischen medizinischen Behandlungsleistungen, Erkennung eines Rehabilitationsbedarfs, dem Verfahren zur Bewilligung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation und der weiteren Teilhabeplanung

Während das vorrangige Ziel der Krankenbehandlung die Heilung oder Vermeidung einer Verschlimmerung einer Erkrankung ist, geht es in der medizinischen Rehabilitation darum, „Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhindern sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu verhüten oder laufende Sozialleistungen zu mindern“, § 42 Abs. 1 SGB IX.

Menschen mit psychischen Erkrankungen und/oder in psychischen Krisen können sich sehr häufig im Anschluss an die Krankenbehandlung nicht eigeninitiativ Informationen beschaffen und unterschiedliche Beratungs- bzw. Ansprechstellen aufsuchen bzw. kontaktieren, um die Bewilligung medizinischer oder anderer Rehabilitationsleistungen zu erwirken.

Die möglichst schnelle Erkennung des Bedarfs der Menschen mit einer psychischen Erkrankung ist die Voraussetzung für die gelingende medizinische Behandlung und Rehabilitation.

Um einen möglichst nahtlosen Übergang von der Krankenbehandlung in das System der Rehabilitations- und Teilhabeleistungen zu gewährleisten, genügt es nicht, wie am Ende des ersten Dialogprozesses empfohlen, gemeinsam mit Menschen mit psychischer Erkrankung einen Behandlungsplan aufzustellen (Empfehlung 3.6 des ersten Dialogprozesses). Die vorgeschlagene individuelle Behandlungs- und Leistungsberatung (Empfehlung 3.10) erscheint nicht ausreichend, um sicherzustellen, dass Lücken in der individuellen Versorgung entstehen, sobald die medizinische Behandlung beendet ist.

Sobald sich Anhaltspunkte für weitere Rehabilitations- oder Teilhabebedarfe ergeben, muss verpflichtend auf eine entsprechende Antragstellung beim zuständigen Reha-Träger hingewirkt werden.

Die mitunter fehlenden Anschlüsse zwischen den Systemen betreffen nicht nur Menschen mit psychischen Erkrankungen, sondern alle Versicherten.
Zwar erstreckt sich § 43 SGB IX bereits jetzt auf die Regelungen zu den Zielen der Rehabilitation, zur frühzeitigen Bedarfserkennung und zum Teilhabeplan auf die Krankenbehandlung. Innerhalb des SGB IX läuft diese Vorschrift jedoch ins Leere, da dort „Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe“ geregelt sind. Eine Vorschrift, die die Krankenkassen in dieser Weise an die Rehabilitationsziele, die frühzeitige Bedarfserkennung und an das Teilhabeplanverfahren bindet, muss daher im SGB V selbst stärker verankert werden.

Regelungsvorschlag:
Es wäre sachgerecht, die Empfehlung 3.10 des Ersten Psychiatriedialogs zu ergänzen und das Gebot der „Frühzeitigen Bedarfserkennung“ aus § 12 Absatz 1 Satz 1 SGB IX in einem § 11 Abs 2 **Satz 4** SGB V auf das System der Gesetzlichen Krankenversicherung zu übertragen:

§ 11 Abs. 2 SGB V würde dann wie folgt lauten:
„Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Leistungen der aktivierenden Pflege nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit werden von den Pflegekassen erbracht. Die Leistungen nach Satz 1 werden unter Beachtung des Neunten Buches erbracht, soweit in diesem Buch nichts anderes bestimmt ist**.**
Die Krankenkassen stellen, auch soweit sie nicht als Rehabilitationsträger tätig sind, sicher, dass ein Rehabilitationsbedarf frühzeitig erkannt und auf eine Antragstellung der Leistungsberechtigten beim zuständigen Rehabilitationsträger hingewirkt wird.“

Ein Kooperationsgebot, wie es bereits mit der Empfehlung 3.11. des Dialogprozesses beschrieben ist, muss für Menschen mit psychischen Erkrankungen um die Verpflichtung ergänzt werden, Bedarfe nach anderen Leistungssystemen mit der versicherten Person gemeinsam zu erörtern, Das Ergebnis dieser Erörterung ist zu dokumentieren und der versicherten Person (bzw. ihrem Bevollmächtigten oder rechtlichen Betreuer) sowie den Kooperationspartnern zur Verfügung zu stellen.

An den vorgeschlagenen Ergänzungen am Ende des ersten Psychiatriedialogs (Empfehlung 3.11) zu § 2 Abs.1 Satz 1 SGB V und § 70 und 135 d SGB V (Förderung gemeindepsychiatrischer Verbünde) wird ausdrücklich festgehalten. Sie werden durch die hier vorgeschlagene Änderung nicht entbehrlich.

Beratungs- und Betreuungsanspruch, §§ 14,15 SGB I:
Bildung und Betrieb regionaler intersektoraler Netzwerke fördern und finanzieren

Die vorgeschlagene Kooperation ist mit einer ausdrücklichen Vorschrift zur Förderung von Netzwerken mit Trägern anderer sozialer Sicherungssysteme im SGB I zu verbinden.

Die §§ 14 und 15 SGB I wurden durch das Bundessozialgericht in ständiger Rechtsprechung zu einem umfassenden, alle Leistungen der sozialen Sicherung betreffenden Beratungs- und Betreuungsanspruch ausgebaut. Dieser wird durch die Gerichte bestätigt, wenn es einzelnen Leistungsberechtigten gelingt, einen Beratungsfehler nachzuweisen. Der so entwickelte „Sozialrechtliche Herstellungsanspruch“ gewährt nach jahrelanger Verzögerung durch das gerichtliche Verfahren einen Nachteilsausgleich für Leistungen, die dem Versicherten aufgrund des Beratungsfehlers entgangen sind.

Die „Schnittstellen“ zwischen den Systemen, die beständig beklagt werden, gefährden nicht selten den Behandlungs- oder Rehabilitationserfolg. Sie können im gegliederten Sozialleistungssystem dadurch überwunden werden, dass regionale Netzwerke der

Akteure aus den verschiedenen Leistungssystemen geschaffen werden. Vorhandene und neu zu schaffende Beratungsangebote in den Kommunen müssen miteinander in Kontakt treten und diesen Kontakt beständig pflegen.

Gemeinsame fachliche Fortbildungen und die notwendige Netzwerkarbeit müssen auskömmlich finanziert werden, Gemeinsame Fallbesprechungen, die im Bedarfsfall außerhalb eines Teilhabeplanverfahrens und während der medizinischen Behandlung stattfinden, gehören ebenfalls in die Finanzierung.

Das Zusammenwirken innerhalb des gegliederten Systems im Interesse einer personenzentrierten, ICF-orientierten und nahtlosen Versorgung bedarf besonderer Anstrengungen der beteiligten Leistungsträger, der Länder und der Kommunen. Es geht nicht darum, bestehende Rechtsansprüche, vorhandene Angebote zur medizinischen Behandlung und zur Rehabilitation und Teilhabe zu kennen und sie beständig weiterzuentwickeln. Ziel muss es sein, wirtschaftliche und bedarfsgerechte Leistungen bereit zu stellen.

Insbesondere Menschen mit psychischer Erkrankung dürfen nicht auf ihre Eigeninitiative verwiesen bleiben, um ihren Weg durch das System zu finden.

Für die Finanzierung solcher Netzwerke sollten Länder und Kommunen gemeinsam mit den Leistungsträgern sorgen, da sie die Verantwortung für ihre Sicherstellung tragen.

Regelungsvorschlag:
§ 15 a SGB I – Bildung vernetzter kommunaler Beratungs- und Betreuungsangebote

(1) „Zur Sicherstellung der umfassenden Information und Beratung nach §§ 14, 15 SGB I sind Länder und Kommunen verpflichtet, gemeinsam mit den Leistungsträgern, wohnortnahe kommunale Beratungsstellen vorzuhalten und deren Zusammenarbeit mit den regionalen Leistungserbringern zu gewährleisten."

(2) „Zur Entwicklung dieser Beratungsstellen werden regionale Arbeitsgruppen gebildet, in denen die Kommunen, Leistungsträger, Leistungserbringer und Vertreter von Betroffenenorganisationen vertreten sind."

b) Medizinische Rehabilitation mit Fokus auf Lebensweltorientierung, Partizipation und in der Lebensspanne

Für Menschen mit Behinderung und solche, die von einer Behinderung bedroht sind, gelten Personenzentrierung, ICF-Orientierung und Partizipation als grundlegende Prinzipien, an denen sich gesetzeskonforme medizinische Rehabilitation messen lassen muss. Wie oben bereits gezeigt, erstrecken sich die Verpflichtungen zur frühzeitigen Bedarfserkennung (§12 SGB IX), zum Teilhabeplan (§ 19 SGB IX) und zu den die Rehabilitationszielen (§ 42 Abs. 1 SGB IX) auf die medizinische Behandlung.

Allerdings zeigt auch der mittlerweile Fünfte Teilhabeverfahrensbericht (THVB) der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), dass die Regelungen zur Erbringung von „Reha-Leistungen wie aus einer Hand" bei weitem nicht umgesetzt sind. Es wurden bundesweit 2022 insgesamt ca. 3 Millionen Rehabilitationsanträge gestellt. Der prozentuale Anteil trägerübergreifender Teilhabeplanungen liegt allerdings nur bei 0,27

Prozent. (Tabelle 32, Seite 122 THVB). Angesichts dieser außerordentlich geringen Quote spricht viel dafür, dass die Rehabilitationsträger die Rehabilitationsbedarfe zu eng und nur auf das eigene Leistungssystem bezogen erfassen.

Dies gilt im Bereich der medizinischen Rehabilitation der Krankenkassen insbesondere dann, wenn mangels der in §§ 8-10 Reha-Richtlinie eine der Voraussetzungen „Rehabilitationsbedarf", „Rehabilitationsfähigkeit" und „Rehabilitationsprognose" nicht gegeben ist.
In diesem Fall findet keine medizinische Rehabilitationsmaßnahme im Sinne der Reha-Richtlinie statt und bestehende weitere Teilhabebedarfe gehen unter. Denn erst mit „§ 14 – Sicherung des Rehabilitationserfolges" ist geregelt, dass an der medizinischen Rehabilitation beteiligte Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten „weitere Maßnahmen" oder ein Verfahren zu Rehabilitation und Teilhabe einleiten.

Die Vorschrift muss daher um eine Bestimmung ergänzt werden, die zur Einleitung des Verfahrens zu weiteren Teilhabeleistungen führt. Menschen mit psychischen Erkrankungen scheitern oftmals an den Hürden der §§ 8-10 der Reha-Richtlinie und können deshalb nicht an einer Maßnahme der medizinischen Rehabilitation teilnehmen. Die Krankenkasse wird mit dem Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation „leistender Reha-Träger" im Sinne des § 14 SGB IX. Diese Rolle endet nicht automatisch mit einer negativen Leistungsentscheidung.

Regelungsvorschlag:
Ein neu einzufügender § 12a der Reha-Richtlinie (Einleitung von Rehabilitationsverfahren bei anderen Trägern) könnte lauten:
„Lehnt die Krankenkasse eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation ab, weil es am Rehabilitationsbedarf, der Rehabilitationsfähigkeit oder einer positiven Rehabilitationsprognose fehlt und ergeben sich während der Prüfung dieser Leistungsvoraussetzungen, dass weitere Leistungen zur Teilhabe angezeigt sind, für welche die Krankenkasse als Rehabilitationsträger nicht zuständig ist (zum Beispiel Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur sozialen Teilhabe, zur Teilhabe an Bildung), leitet sie das weitere Verfahren unter Einbeziehung der oder des Versicherten ein."

Um das System der medizinischen Rehabilitation an die geänderten Rahmenbedingungen der wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Entwicklung anzupassen und auch zukünftig leistungsfähig zu halten, hatte das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) in Kooperation mit der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) und in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Juni 2015 das Projekt „RehaInnovativen" ins Leben gerufen. Der Werkstattbericht dieses Projekts enthält bereits viele Hinweise auf Veränderungsbedarfe.

Dies betrifft die Übergänge in die Rehabilitation, die Notwendigkeit der Flexibilisierung, die stärkere Individualisierung der Leistungen und die Notwendigkeit regionaler Zusammenarbeit zwischen allen beteiligten Akteuren.

Die Verpflichtung zur Entwicklung und zum Ausbau individueller, mobiler und aufsuchender Rehabilitationskonzepte ist mit dem Prinzip der „Personenzentrierung" bereits im Gesetz verankert, An der Umsetzung und der Entwicklung sowie wirtschaftlicher Ausgestaltung entsprechender Angebote müssen Leistungsträger und Leistungserbringer

gemeinsam arbeiten.

Ferner gilt es, das Reha-Management und die Kooperation und Koordination unter den Rehabilitationsträgern weiter auszubauen. Dies gilt für alle Rehabilitationsträger.

Barrierefreiheit auch in der Rehabilitation
Für Menschen mit psychischen Erkrankungen müssen angepasste, barrierefreie Interaktionsformen bei den Verwaltungsvorgängen und im Rahmen der Therapie sichergestellt werden. Dies gilt in besonderem Maße für Menschen, die zusätzlich zu einer psychischen Erkrankung eine kognitive Behinderung oder eine Sinnesbehinderung haben. Eine aus der psychischen Erkrankung oder ihrer Kombination mit einer solchen Behinderung resultierende phasenweise Nichtmitwirkung sollte nicht per se als „non-Compliance“ interpretiert werden und zum Abbruch der Maßnahme oder zur Beendigung des Verwaltungsverfahrens führen.

Es muss ermöglicht werden, auch während der medizinischen Rehabilitation notwendige Assistenz einzubeziehen (ggf. über die Eingliederungshilfe oder die Pflege), da Menschen mit Beeinträchtigungen, die einer Assistenz bedürfen, andernfalls das Angebot nicht nutzen können.
Der Einsatz von Sprachmittler:innen, Gebärdendolmetscher:innen und Möglichkeiten der Unterstützten Kommunikation muss in jeder Phase des Verfahrens möglich sein und bei der zeitlichen Gestaltung der Prozesse mitgedacht werden.

Auch die Einbeziehung der An- und Zugehörigen, die eine maßgebliche Rolle bei der Überwindung der Erkrankung spielen können, muss gestaltet und die Kooperation muss finanziert werden.

Berlin, den 16. Januar 2023