

Spitzenverbände der Reha-Leistungserbringer

Gemeinsame Positionen zur zukünftigen Sicherung und Weiterentwicklung der Rehabilitation und Teilhabe für die laufende 19. Legislaturperiode

Krankheiten, Behinderungen und Unfälle können jeden Menschen treffen – oft mit gravierenden Folgen für Alltag und Arbeit. Hier helfen Leistungen zur Rehabilitation und zur Förderung der Teilhabe, in deren Rahmen alle Phasen des Krankheitsverlaufs, individuelle Ressourcen und Teilhabebedarfe sowie vorhandene Bedürfnisse und Möglichkeiten berücksichtigt werden. Die Rehabilitation verzahnt frühzeitig medizinische, berufliche und soziale Aspekte und stimmt Behandlung, Therapie, Training, Schulung und Assistenzbedarfe aufeinander ab. Hierbei werden der Mensch selbst und auch das soziale Umfeld berücksichtigt, Angehörige und Bezugspersonen werden bei Bedarf einbezogen.

Rehabilitation und Teilhabe dienen damit unmittelbar der Inklusion von Menschen mit Behinderung, chronischen Erkrankungen und von Behinderung bedrohten Menschen. Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) hat deshalb das uneingeschränkte und selbstverständliche Recht von Menschen mit Behinderung auf Teilhabe klargestellt und fordert in Artikel 26 einen bedarfsgerechten Zugang und die Stärkung von Rehabilitationsdiensten und -programmen, um die Teilhabe von Menschen mit Behinderung zu erreichen und zu bewahren. Der Gesetzgeber hat mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) den Stellenwert der Rehabilitation und Teilhabe für eine inklusive Gesellschaft unterstrichen.

Die Spitzenverbände der Reha-Leistungserbringer aus den Bereichen der medizinischen, beruflichen Rehabilitation und sozialen Teilhabe fordern eine weitere Stärkung des Stellenwerts der Rehabilitation und Teilhabe durch den Gesetzgeber und legen dazu dieses Positionspapier vor.

I. Rahmenbedingungen

1. Zugang und finanzielle Rahmenbedingungen

Um einen frühzeitigen, bedarfsgerechten und unbürokratischen Zugang zu Rehabilitation und Teilhabe realisieren zu können, muss sich die Politik aktiv für den Abbau noch bestehender Zugangsbarrieren einsetzen. Dies betrifft insbesondere Fragen zur Bewilligung und Finanzierung der Leistungen sowie Regelungen von Zuständigkeiten.

Die Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe müssen sich an der Notwendigkeit orientieren, die dringend erforderlichen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe in einer älter werdenden und länger arbeitenden Gesellschaft erbringen zu können, jedoch keinesfalls an einem „gedeckelten“ Reha-Budget der Deutschen

Rentenversicherung (DRV), das zudem ab 2018 abschmelzen soll. Aus diesem Grund sollte darauf hingewirkt werden, das Reha-Budget und die Ausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung am vorhandenen Rehabilitationsbedarf zu orientieren.

Für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sollte sichergestellt werden, dass Rehabilitationsmaßnahmen beispielsweise zur Vermeidung von Pflege, im erforderlichen Umfang auch tatsächlich erbracht werden. Ein Grund dafür, dass dies derzeit nicht ausreichend erfolgt, kann darin liegen, dass der GKV Anreize zur Erbringung dieser Rehabilitationsleistungen fehlen, denn der Erfolg einer Reha-Maßnahme zeigt sich nicht in einem Effekt für die Krankenkasse, sondern für die Pflegeversicherung. Die GKV ist verpflichtet, Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe bedarfsgerecht zu erbringen und diese entsprechend zu vergüten. Für erforderlich halten die Verbände der Leistungserbringer, dass die GKV detaillierte, indikationsbezogene Bewilligungs- und Ablehnungsquoten veröffentlicht und über die Modifizierung des Genehmigungsvorbehalts, beispielsweise in Form der Einführung einer Direkt-Verordnungsmöglichkeit für Reha-Maßnahmen, im politischen Raum nachgedacht wird.

2. Fachkräfte

Es ist dringend erforderlich, qualifizierte Fachkräfte für die Rehabilitation und Teilhabe zu gewinnen. Dies betrifft u.a. Ärzte¹, Psychologen, Sozialarbeiter, Therapeuten wie auch Heilerziehungspfleger und Pflegekräfte gleichermaßen. Insbesondere die pflegerische Versorgung in Reha-Einrichtungen gerät aktuell immer stärker unter Druck. So wird mit dem Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz die Neueinstellung von Pflegekräften in Krankenhäusern gefördert, was im Zusammenhang mit dem bestehenden Mangel an Fachkräften auf dem Gesundheitsmarkt den Personalmangel in Reha-Einrichtungen noch verschärfen wird. Der Bereich der Rehabilitation ist im Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz nicht entsprechend berücksichtigt worden. Von daher sollten auch im Bereich der Rehabilitation entsprechende Mittel zur Verfügung gestellt werden, um dem Personalmangel entgegenwirken zu können. Es ist zudem dringend geboten, den Beruf der Pflege in der Gesellschaft wieder wertschätzend darzustellen, um zukünftig genügend Ausbildungsplätze besetzen und somit potenzielle Nachwuchskräfte für den Pflegeberuf rekrutieren zu können. Für den Bereich der Pflege sollte die Politik in diesem Sinne eine öffentlichkeitswirksame Kampagne initiieren. Auch sollten hinsichtlich der Vereinbarkeit von Familie und Beruf Modelle gefunden werden, die die Attraktivität der Berufstätigkeit in der Rehabilitation steigern. Informationsveranstaltungen und Fachtagungen sollten in Kooperation mit den Fachverbänden von Politikern unterstützt werden, um auch auf diesem Wege dem generellen Fachkräftemangel in der Rehabilitation entgegen zu wirken. Zudem sollten Rehabilitationseinrichtungen als Ausbildungsträger für relevante Berufsgruppen zugelassen werden.

3. Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes

Das BTHG hat das Ziel, die Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen, chronischen Erkrankungen und von Behinderung bedrohten

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird die männliche Schriftweise verwendet.

Menschen zu stärken. Damit der Grundsatz der Personenzentrierung im BTHG auch effektiv umgesetzt werden kann, kommt der rechtskreisübergreifenden Koordination der Reha-Träger (z.B. zwischen Eingliederungshilfe und Jugendhilfe) besondere Bedeutung zu. Um tatsächlich Verbesserungen für die Lebenssituation der Menschen mit Behinderung zu erzielen, ist eine entsprechende Evaluation unerlässlich.

Im Rahmen des BTHG hat der Gesetzgeber mit § 11 SGB IX dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales den Auftrag erteilt, Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation durchzuführen. Ziel der Modellvorhaben ist es, die Grundsätze „Prävention vor Rehabilitation“ und „Rehabilitation vor Rente“ zu stärken. Um die Anzahl der Zugänge in die Erwerbsminderungsrente und die Eingliederungshilfe bzw. Sozialhilfe nachhaltig zu senken und damit Erwerbsfähigkeit längerfristig zu erhalten, sollten erfolgreich durchgeführte Modellvorhaben unbedingt auch zur Weiterentwicklung des Regelangebots genutzt werden.

Um dem Grundsatz „Teilhabe vor Pflege“ gerecht zu werden, darf es keine Unterscheidung zwischen förder-/teilhabe-fähigen und nicht förder-/nicht teilhabefähigen Personen geben. Für alle Menschen mit Teilhabe-einschränkungen, auch pflegebedürftige Menschen, ist der Anspruch auf bedarfsgerechte Teilhabeleistungen umzusetzen.

4. Stärkung des personenzentrierten und sektorenübergreifenden Fallmanagements

Das personenzentrierte und träger- und sektorenübergreifende Fallmanagement sollte dringend gestärkt werden. Da die Hilfebedarfe häufig komplex sind, sollte eine einfache Orientierung und nachhaltige Unterstützung der Betroffenen an den Schnittstellen der professionellen Hilfsangebote ermöglicht werden. Die Zuständigkeiten in den verschiedenen Versorgungssektoren unseres gegliederten Sozialversicherungs- und Gesundheitssystems sollten so geregelt sein, dass eine sektorenübergreifende Nahtlosigkeit insbesondere beim Übergang in die medizinische Rehabilitation und von der medizinischen zur beruflichen Rehabilitation und zu einer anschließenden Nachsorge mit Hilfe eines optimalen Schnittstellenmanagements gesichert ist. Hierzu sollten alle Sektoren des Sozial- und Gesundheitssystems mit einbezogen werden und integrativ, koordinierend und beratend im Gesamtsystem der gesundheitlichen Versorgung fungieren.

II. Rechte der Rehabilitanden

1. Wunsch- und Wahlrecht

Die Pluralität von Behandlungsangeboten und Angebotsstrukturen bildet die Voraussetzung dafür, dass eine Individualisierung und Flexibilisierung der Behandlung und das im SGB IX verankerte Wunsch- und Wahlrecht überhaupt erst realisiert werden können. Deshalb benötigen wir auch zukünftig differenzierte, passgenaue und personenzentrierte Behandlungsangebote in der beruflichen und medizinischen Rehabilitation. Der Zugang sollte hierbei bedarfsgerecht und möglichst nahtlos ausgestaltet sein und keine Hürden beinhalten. Lange Zeiten bis zur Inanspruchnahme

einer Rehabilitationsleistung sollten vermieden werden. Der frühzeitige und nahtlose Zugang (z.B. aus dem Krankenhaus, der ärztlichen/psychotherapeutischen Behandlung) zu erforderlichen Rehabilitationsleistungen sollte gefördert werden, um einer weiteren Chronifizierung der Erkrankung entgegen zu wirken und die Teilhabechancen zu verbessern.

Für die leistungsberechtigten Menschen ist es entscheidend, dass ihr Wunsch- und Wahlrecht nicht durch einen bloßen Verweis auf (höhere) Kosten eingeschränkt wird. Es bedarf einer Klarstellung im SGB IX, dass das Wunsch- und Wahlrecht unabhängig von Kosten und ohne Tragung von sog. Mehrkosten durch die Versicherten von den Rehabilitationsträgern zu beachten ist.

2. Berücksichtigung besonderer Bedarfslagen

Im Zusammenhang mit dem gesellschaftlichen Wandel, der durch einen sich stetig verschärfenden Fachkräftemangel, ein steigendes Renteneintrittsalter und eine wachsende Zahl älterer, chronisch kranker oder pflegebedürftiger Menschen gekennzeichnet ist, gewinnen Rehabilitation und Teilhabe von Jahr zu Jahr immer mehr an Bedeutung. Immer mehr Menschen benötigen zur Sicherung ihrer Teilhabe eine medizinische, berufliche Reha oder soziale Teilhabe, gleichzeitig bestehen für bestimmte Personengruppen derzeit noch Zugangshürden, die dringend abgebaut werden müssen.

So können Rehabilitationsmaßnahmen für Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen noch viel zu selten realisiert werden, obwohl gerade diese Menschen von einer Rehabilitation profitieren würden. Der Zugang zu rehabilitativen Leistungen sollte deshalb niedrigschwellig ermöglicht werden.

Auch Menschen mit kognitiver oder körperlicher Behinderung und hohem Unterstützungsbedarf haben de facto einen sehr erschwerten Zugang zur medizinischen Rehabilitation. Dies liegt auch daran, dass Reha-Einrichtungen in der Regel nicht auf diesen Personenkreis speziell zugeschnitten sind und eine entsprechende erforderliche spezifische Betreuung nicht gewährleisten können. Auch ist die Mitaufnahme einer von dem Menschen mit Behinderung organisierten begleitenden Assistenz nur selten möglich. Medizinisch-rehabilitative Leistungen müssen im Zusammenwirken der Leistungsträger und -erbringer auch diesen Menschen besser zugänglich gemacht und notwendige Assistenz sichergestellt werden.

Die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen von Menschen mit Migrations- und Flüchtlingshintergrund ist im Vergleich zur Gesamtbevölkerung Deutschlands immer noch unterdurchschnittlich. Daher sollte auch für diese Menschen aktiv an einer Verbesserung des Zugangs zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation gearbeitet werden, denn Rehabilitation stellt einen wichtigen Baustein zur Integration dar. Hier ist vor allem eine gemeinsame Informations- und Beratungsarbeit von Politik, Reha-Trägern, Reha-Leistungserbringern und Selbsthilfeorganisationen sowie eine Anpassung der Reha-Maßnahmen auf die Bedürfnisse der Menschen mit Migrationshintergrund gefragt.

Auch Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf haben das Recht, entsprechend ihres Wunsch- und Wahlrechts, tagesstrukturierende Maßnahmen und/oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bzw. Leistungen zur beruflichen Bildung in Anspruch zu nehmen. Dabei darf es keine Rolle spielen, dass sie vermeintlich kein Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung erbringen. Dies sollte von der Politik gegenüber den Kostenträgern deutlich eingefordert werden.

Berufliche Qualifizierungen können zum langfristigen Erhalt von Beschäftigungsfähigkeit beitragen. Eine frühzeitige Reha-Bedarfserkennung im beruflichen Umfeld und beruflich ausgerichtete, auf den jeweiligen Arbeitsplatz zugeschnittene Präventionsleistungen sollten als ein Präventionsinstrument der Kostenträger weiter ausgebaut und umgesetzt werden.

3. Rehabilitation für Kinder und Jugendliche

Kinder und Jugendliche mit (drohender) Behinderung und deren Familien brauchen Sicherheit hinsichtlich der Gewährleistung von Leistungen der Früherkennung und Frühförderung. Mit dem BTHG wurden die Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung konkretisiert. Dieses Leistungsspektrum, zu dem auch die Leistungen zur Sicherung der Interdisziplinarität und die offene Erstberatung (vor einer möglichen Diagnose) stehen, müssen vollumfänglich durch die Leistungsträger refinanziert werden.

Das Menschenrecht auf inklusive Bildung muss anerkannt und notwendige sächliche und personelle Ressourcen sollten gewährleistet werden. Bund und Länder müssen Verantwortung übernehmen und dafür Sorge tragen, dass personelle und sächliche Ressourcenvorbehalte in den Landesschulgesetzen gestrichen werden. Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche umfassen als Komplexleistungen auch die Ermöglichung des Schulbesuchs und die schulische Förderung. Im Zusammenwirken von Leistungsträgern, -erbringern und den zuständigen Schulbehörden müssen hierzu praktikable und unbürokratische Lösungen gefunden werden.

Die Entwicklung einer inklusiven Kinder- und Jugendhilfe ist eine zentrale sozialpolitische Aufgabe für die 19. Legislaturperiode. Die Kinder- und Jugendhilfe ist als Rehabilitationsträger, die den Regelungen des SGB IX (1. Teil) verpflichtet ist, zu stärken. Um möglichst vielen jungen Menschen mit Behinderung bzw. mit einer drohenden Behinderung und einer Einschränkung der Teilhabe einen gelingenden Übergang ins Erwachsenenalter zu ermöglichen, muss die Gewährung von Hilfen zur Entwicklung und Teilhabe grundsätzlich über das 18. Lebensjahr hinaus möglich sein. Abzulehnen sind Länderöffnungsklauseln, die zu einer föderalen Jugendhilfe „nach Kassenlage“ führen würden.

Einer besonderen Unterstützung bedürfen Kinder suchtkranker Eltern. Betreuungsangebote wie auch präventiv ausgerichtete Leistungen für Kinder, die ihre Eltern in eine Suchtrehabilitationsklinik zur Durchführung einer Entwöhnungsbehandlung begleiten, müssen bedarfsgerecht ausgestaltet und auch ausreichend finanziert werden.

III. Stärkung der Leistungserbringer

1. Faire Vertragsbeziehungen und Beteiligung

Leistungsträger und -erbringer müssen im Bereich der Rehabilitation auf Basis zu vereinbarenden verbindlicher Grundsätze und Rahmenbedingungen Versorgungs-, Leistungs-, Belegungs- und Vergütungsverträge schließen. Diese müssen fair und partnerschaftlich ausgehandelt werden. Gesetzlich vorgesehene verbindliche Rahmenverträge zwischen Rehabilitationsträgern und den Verbänden der Leistungserbringer (Rehabilitationsdienste und -einrichtungen) sowie Schlichtungsverfahren in allen Bereich der Sozialgesetzgebung könnten dabei helfen, auf Basis gemeinsamer Regularien, entsprechende Lösungen herbeizuführen. In allen Leistungsbereichen muss der Zugang für alle Leistungserbringer nach transparenten Kriterien die Basis für die Zusammenarbeit bieten. Vertragsverhandlungen sind unter Berücksichtigung der realen Kosten für eine Rehabilitationsleistung fair zu gestalten, das sozialrechtliche Dreiecksverhältnis gilt.

Bei der Weiterentwicklung der Rehabilitation und Teilhabe durch den Gesetzgeber und die Rehabilitationsträger sollten die Leistungsanbieter über deren Verbände frühzeitig beteiligt werden. Die Verfahrensrechte der Verbände der Leistungsanbieter bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) sollten gestärkt werden. Die BAR sollte als Charakter einer gemeinsamen Selbstverwaltung von Reha-Trägern, Leistungserbringern und Patientenvertretern weiterentwickelt werden.

2. Leistungsgerechte Vergütung

Eine qualitativ hochwertige, am individuellen Bedarf des jeweiligen Rehabilitanden ausgerichtete und zielführende Rehabilitationsmaßnahme mit entsprechender Nachsorge stellt hohe Anforderungen an die Einrichtungen, die diese Leistungen erbringen. Dies gilt sowohl in personeller, räumlicher als auch apparativer Hinsicht. Sie setzt ein hoch qualifiziertes interdisziplinäres Behandlungsteam voraus. Die mit einer rehabilitativen Leistung verfolgten Ziele, wie die Teilhabe am Arbeitsleben und am gesellschaftlichen Leben oder die Abwendung einer Behinderung zielen auf die Selbstbestimmung und Teilhabe der betroffenen Menschen. Sie sind zudem mit einem „return-on-investment“ für die Gesellschaft verbunden. Um auch weiterhin entsprechend hochwertige und passgenaue Rehabilitationsmaßnahmen anbieten zu können, muss eine leistungsgerechte Vergütung der erbrachten Reha-Leistungen, die insbesondere auch die steigenden strukturellen Anforderungen berücksichtigt und tarifliche Entlohnung der Beschäftigten ermöglicht, durch die Leistungsträger gesichert werden. Generell gilt, dass nur mit einer leistungsgerechten Vergütung sichergestellt werden kann, dass die Leistungserbringer weiterhin qualitativ hochwertige Leistungen erbringen können.

Ein Beispiel für die große Diskrepanz zwischen Anforderungen und Vergütung ist der Leistungsbereich der Vorsorge und Rehabilitation von Müttern/Vätern und Kindern. Die an Mutter-Vater-Kind-Einrichtungen gestellten Qualitäts- und Leistungsanforderungen steigen stetig an. Die seit Jahren durchgeführten Vergütungserhöhungen höchstens in Höhe der Veränderungsrate decken - wie in anderen Bereichen auch - die durch die Anforderungen entstehenden Kosten nicht.

IV. Qualitätssicherung und Qualitätsorientierung

Zahlreiche wissenschaftliche Studien belegen die positive Wirkung von Rehabilitation auf die Gesundheit und Teilhabe erkrankter, pflegebedürftiger, behinderter bzw. von Krankheit, Pflegebedürftigkeit oder Behinderung bedrohter Menschen. Über die externe Qualitätssicherung der Reha-Einrichtungen durch die Reha-Träger und das interne Qualitätsmanagement werden die qualitativ hochwertigen Reha-Leistungen gesichert und weiterentwickelt. Eine sinnvolle und zielgerichtete Qualitätssicherung bedarf dabei folgender Rahmenbedingungen:

Zum einen sollte dringend eine Harmonisierung der externen Qualitätssicherungskriterien und -verfahren der Reha-Träger angestrebt werden, um eventuelle Mehrfachprüfungen von Reha-Einrichtungen zu vermeiden, eine bessere Vergleichbarkeit der Qualitätsdaten zu ermöglichen und damit die Grundlage für einen transparenten und fairen Qualitätswettbewerb zu schaffen. Primäres Ziel sollte es sein, ein ressourcensparendes und trotzdem effektives Qualitätssicherungsverfahren gemeinsam zu entwickeln und das Auseinanderdriften der Verfahren zu vermeiden. Bei der Weiterentwicklung der externen QS-Verfahren ist es in jedem Fall erforderlich, dass in allen Bereichen die Vertreter der Leistungserbringer als gleichberechtigte Partner in die Entscheidungsprozesse miteinbezogen werden.

Im Rahmen übergreifender Modellvorhaben der Rehabilitationsträger sollten zudem Lösungen zur Reduzierung des Dokumentationsaufwandes zugunsten der konkreten rehabilitativen Arbeit erarbeitet werden (z. B. durch die Nutzung moderner IT-Systeme). Außerdem sollten das interne Qualitätsmanagement und die externe Qualitätssicherung enger miteinander verknüpft werden, um die Weiterentwicklung der Qualität in der Rehabilitation voran zu treiben. Auch aktuelle Forschungserkenntnisse sollten dabei mit einbezogen werden. So könnten z.B. auch durch die Initiierung und Umsetzung von innovativen Projekten verbindliche Standards zu Verfahren und Instrumenten der Bedarfsfeststellung etabliert werden.

Eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung in der Rehabilitation bedarf neben Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung auch einer qualitätsorientierten Belegungssteuerung und einer kosten- und leistungsgerechten Vergütung von Reha-Maßnahmen. Die derzeit bei den Leistungsträgern, insbesondere bei den Krankenkassen, vorherrschende Orientierung an den Kostensätzen muss dringend durch eine Orientierung an der Qualität abgelöst werden. Generell sollte neben der Struktur- und Prozessqualität auch der Ergebnisqualität im Rahmen der Qualitätssicherung ein höherer Stellenwert beigemessen werden.

Dieses Positionspapier wurde von der „Konferenz der Spitzenverbände der Reha-Leistungserbringer“ erstellt. Herausgeber des Papiers sind die folgenden Spitzenverbänden der Reha-Leistungserbringer der medizinischen, beruflichen Rehabilitation und sozialen Teilhabe²:

- AWO Bundesverband e.V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft ambulante berufliche Rehabilitation
- Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke e.V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation e.V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e.V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e.V.
- Bundesarbeitskreis Berufsförderungswerke
- Bundesverband ambulanter medizinischer Rehabilitationszentren e.V.
- Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e.V.
- Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.
- Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V.
- Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.
- Bundesverband Geriatrie e.V.
- Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V.
- Caritas-Bundesverband Kinder- und Jugendreha e.V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch-beruflicher Rehabilitationseinrichtungen e.V.
- Bundesverband NeuroRehabilitation e.V.
- Caritas Suchthilfe e.V. – Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im DCV
- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V.
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e. V.
- Deutscher Caritasverband e.V.
- Diakonie Deutschland
- DRK-Generalsekretariat
- Elly Heuss-Knapp-Stiftung Deutsches Müttergenesungswerk
- Fachverband Sucht e.V.
- Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands – Fachgruppe Rehabilitation
- Zentralverband ambulanter Therapieeinrichtungen Deutschland

Berlin im Februar 2019

² Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. beteiligt sich nicht, da die einzelnen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege vorrangig angesprochen sind, die dem Papier zugestimmt haben.