Stellungnahme des BDH Bundesverband Rehabilitation

Zum Vorschlagsentwurf der BAR Fachgruppe Reha-Prozess

Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“

Kontakt:
BDH Bundesverband Rehabilitation
Lievelingsweg 125
53119 Bonn
Tel. 0228 969 84-0
Fax: 0228 969 84-99
bundesverband@bdh-reha.de
www.bdh-reha.de

Ansprechpartnerin:
Julia Köhler, Referat Politische Arbeit
politischearbeit@bdh-reha.de

Stellungnahme des BDH Bundesverband Rehabilitation e.V.

zum Vorschlagsentwurf *Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“*

(der Fachgruppe „Reha-Prozess“ der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation vom 10.08.2026)

Mit der Gemeinsamen Empfehlung Reha- Prozess vereinbaren die Rehabilitationsträger und Integrationsämter unter Mitwirkung u.a. der Vertreter der Verbände von Menschen mit Behinderungen, der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen von Frauen mit Behinderungen die Rahmenbedingungen für einen erfolgreichen Rehabilitationsprozess. Als Leistung zur Teilhabe hat (die) Rehabilitation eine existentielle Bedeutung für Menschen mit Behinderungen, von Behinderung bedrohter und chronisch Kranker, um Selbstbestimmung und eine volle und gleichberechtigte Teilhabe zu erlangen oder zu erhalten. Mit dem Vorschlagsentwurf werden die Vorgaben der UN- BRK umgesetzt und Bedarfserkennung, Bedarfsermittlung, ICF- orientiertes Vorgehen, Teilhabeplanung, Kooperation der Reha- Träger sowie die Einbindung weiterer Akteure sowie die Ausgestaltung der Rehabilitation beschrieben und soll das grundsätzliche gemeinsame Verständnis der Rehabilitation verankern. Die letzte Gemeinsame Empfehlung Reha- Prozess ist aus 2019 und eine Überarbeitung deshalb angezeigt war. *Erfreulicherweise hat die Fachgruppe im Laufe des Arbeitsprozesses den Bundesverband Neurorehabilitation e.V. zur Mitwirkung hinzugezogen, der als Dachverband seine Expertise einbringen konnte.*

Anmerkungen:

Die vorgelegte Empfehlung möchte eine frühe Bedarfserkennung, umfassende Bedarfsermittlung und ICF- orientiertes Vorgehen und umfassende Teilhabeplanung betonen.

Der Entwurf bleibt jedoch für Menschen mit durch neurologische Erkrankungen bedingten Rehabilitationsbedarf an mehreren Stellen zu allgemein. An Schädigungen des zentralen und peripheren Nervensystems leiden fast 60 % der Bevölkerung in der Europäischen Union. In Deutschland werden trotz der neurologischen Grund- Diagnose Erkrankungen zwar häufig nicht im ICD- 10 als solche geführt und kodiert. Das ist auf eine etablierte Fehlzuordnung neurologischer Erkrankungen zu anderen medizinischen Disziplinen zurückzuführen ist.

Zum Beispiel werden die zerebrovaskulären Erkrankungen, zu denen auch der Schlaganfall zählt, im ICD-10 als Krankheiten des Kreislaufsystems klassifiziert. Durch die falsche Zuordnung zu den medizinischen Disziplinen ist das Ausmaß der mit neurologischer Grunderkrankung Betroffenen mit Rehabilitationsbedarf nicht auf Anhieb ersichtlich.

Die spezifischen Anforderungen neurologisch Erkrankter an die Rehabilitation, die Notwendigkeit interprofessioneller Abstimmung, die Erfassung kognitiver, kommunikativer und neuropsychologischer Beeinträchtigungen sowie die notwendige Kontinuität in der langfristigen Rehabilitation werden nicht hinreichend konkretisiert.

Neurologische Erkrankungen werden im Entwurf nicht ausdrücklich adressiert. Es wird zwar auf chronische Erkrankungen, Multimorbidität, Pflegebedürftigkeit und komplexe Bedarfslagen abgestellt. Auf Grund der oben geschilderten hohen Ursächlichkeit für Rehabilitation fehlt die explizite Nennung neurologisch bedingter Behinderungen als typische Konstellation mit häufig

komplexem und multidimensionalem Rehabilitationsbedarf. Für diese Fälle sollten Mindestanforderungen an Bedarfserkennung, Bedarfsermittlung, Teilhabeplanung und Verlaufskoordination formuliert werden.

Mögliche kognitive und kommunikative Beeinträchtigungen sind in der Beteiligung - zum Beispiel in § 4 Abs. 1, § 6 Abs. 2, § 7, § 16, § 44 Abs. 2 - der Antragstellenden nicht berücksichtigt. Der Entwurf sieht Information, Beratung, Ansprechpersonen und barrierefreie Beratung vor. Wie Menschen mit Aphasie, Dysarthrie, Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörungen, exekutiven Störungsbilden, Demenz oder eingeschränkter Krankheitseinsicht wirksam beteiligt werden können, bleibt ~~viel zu~~ unkonkret. Eine Lösung wäre, unterstützte Kommunikation, leichte oder angepasste Sprache, wiederholte Beratung, Einbindung vertrauter Bezugspersonen, neuropsychologische oder sprachtherapeutische Unterstützung ausdrücklich als Anforderung an Beratung, Antragstellung, Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung zu benennen.

§ 4 Abs. 2

Erfreulicherweise wurde die Notwendigkeit der Effektivierung des Antragsverfahrens erkannt und im vorliegenden Entwurf versucht, zu verbessern. So wurde ein Fokus auf die Verfahren im Rehabilitationsprozess gelegt und deren Ziele explizit genannt, wobei die Partizipation der Betroffenen betont wird, in dem diese ihre eigenen Kompetenzen einbringen aber auch ihre individuellen Bedürfnisse benannt werden. Weiterhin wird die Notwendigkeit einer zielführenden und zügigen Zusammenarbeit der Reha- Träger erkannt und in § 4 Abs. 2 die notwendige wechselseitige Erreichbarkeit auch über die digitalen Medien etabliert.

§ 10

Auch die Etablierung des vom Gesetzgeber in § 3 SGB IX definierten Vorrangs der Prävention im Rahmen der Bedarfserkennung im § 10 Ab. 1 ist als längst überfällig zu begrüßen. Allerdings ist der an die Träger formulierte Auftrag in diesem Zusammenhang viel zu schwach und dürfte in der Praxis kaum Relevanz entfalten. Mit dem Appell an die Reha- Träger, frühzeitig und unterstützend daraufhin zu wirken, den Eintritt einer Behinderung oder chronischen Erkrankung zu verhindern, dürfte die so wertvollen Präventionsgesichtspunkte in der Bedarfserkennung verpuffen.

§ 12 Abs. III:

In der Auflistung der Gegebenheiten, aus denen sich Rehabilitationsbedarf ergeben kann, wird ~~nun~~ unter § 12 Abs. 3 nun auch die sozialmedizinische Stellungnahme bzw. ein psychologisches Gutachten von Fachdiensten der Reha- Träger oder weiteren Stellen aufgeführt, die einen Reha-Bedarf beschreiben. Allerdings wäre auch hier eine verbindlichere Formulierung wünschenswert. Die Praxis zeigt, dass Reha- Indikationen, die von den MD's der Krankenkassen oder den Ärztlichen Diensten der Agentur für Arbeit in gutachterlichen Stellungnahmen beschrieben werden, beispielsweise von den Trägern der Rentenversicherung wenig beachtet oder ausgewertet werden.

§ 15

Die Empfehlung zur Einbindung anderer Sozialleistungsträger, um frühzeitig Reha- Bedarf zu erkennen, hat im Entwurf mit § 15 einen eigenen Paragrafen erhalten, nachdem sie vorher in § 12

Abs. 3 verankert war. Diese Konkretisierung verschafft der Empfehlung einen höheren Stellenwert. Inwieweit Informationen und Unterlagen, aus denen sich Rehabilitationsbedarf ergibt, tatsächlich auch proaktiv an zuständige Rehabilitationsträger weitergegeben werden, bleibt abzuwarten. Insbesondere die Verpflichtung der Pflegekassen, bei Erkennung von Reha- Bedarf die Reha- Träger einzubinden, dürfte angesichts der geplanten Regelungen zur Einschätzung des Rehabilitationsbedarfs von Relevanz werden.

§ 18

Die Stärkung der Stellung und Mitwirkung der Verbände und Einrichtungen der Selbsthilfe, BetreuerInnen und SozialarbeiterInnen wird ausdrücklich begrüßt. Die in der Beratung Tätigen kennen die Hürden im Reha- Verfahren für die Betroffenen. § 18 Abs. 4 ersetzt § 13 Abs. 5 und macht die Zusammenarbeit für die Entwicklung und Stärkung der Strukturen der Zusammenarbeit für die Bedarfserkennung mit den vorgenannten Akteuren verbindlich. Es wird sich zeigen, ob sich der gute Wille der Reha- Träger in die Praxis umsetzen lässt.

§ 20

Die Stärkung der Position der Leistungserbringer ist längst überfällig. Sie sind diejenigen, die am und mit den Rehabilitanden arbeiten und während einer Reha anderweitigen/ ergänzenden Reha- Bedarf erkennen können und entsprechende Leistungen zur Teilhabe anregen können. Auch unter Berücksichtigung der Empfehlungen unter Teil 2, Kapitel 7 sind die Anregungen zu unverbindlich. Hier wäre eine konkrete regelhafte Rückmelde- und Koordinationsfunktion zu etablieren. Insbesondere in der Neurorehabilitation werden relevante Bedarfe oft erst im Therapieverlauf sichtbar. Leistungserbringer, Heilmittelerbringer, Hilfsmittelversorgung, Pflege und Sozialdienste sollten strukturiert in die Teilhabeplanung, Verlaufsbeobachtung und Zielüberprüfung eingebunden werden.

Wünschenswert in diesem Zusammenhang ist jedoch ganz klar, dass die Leistungserbringer sich in ihrer Einschätzung ausschließlich an der individuellen Situation des Rehabilitanden orientieren und das Kostenrisiko des Reha-Trägers in den Hintergrund tritt.

§ 21

Leider wurde mit dem vorgelegten Vorschlagsentwurf die Chance verpasst, den Antragsbegriff zeitgemäß weiterzuentwickeln. § 21 ist im Wesentlichen unverändert. Demnach liegt ein Fristauslösender Antrag weiterhin erst vor, wenn Unterlagen vorliegen, aus denen sich die Identität und ein konkretisierbares Leistungsbegehren ergibt. Der Unterlagenbezug ist gesetzlich so nicht geregelt und lässt den Rehabilitationsträgern einen Spielraum, der aus Betroffenensicht nicht vertretbar ist. Die Beurteilung der eigenen Zuständigkeit an die Vorlage von Unterlagen durch die Antragstellenden zu knüpfen, engt die an anderen Stellen der GE erweiterten Mitwirkungsmöglichkeiten anderer Akteure in der Bedarfserkennung und – Feststellung wieder ein. Das Gesetz selbst erwähnt in § 14 lediglich einen Antrag. Die ständige BSG- Rechtsprechung legt den Begriff weit aus und fordert keine Unterlagen. Dass die Rehabilitationsträger einen eigenen Begriff des „fristauslösenden Antrags“ entwickelt haben ist dem Massengeschäft der Antragstellung geschuldet. Die gesetzliche Zweiwochenfrist zur Klärung der eigenen Zuständigkeit könne nur eingehalten werden, wenn von Beginn der Frist an Unterlagen vorgelegt würden, die eine Beurteilung der korrekten Zuständigkeit zulassen. Das Argument, dass dies im Interesse des Trägers

und der Antragstellenden liegt, ist zutreffend, jedoch nicht ausschlaggebend. Die Perspektive der Träger ist einerseits nachvollziehbar, andererseits können Praktikabilitätserwägungen in der Umsetzung von Recht und Gesetz keine Auswirkungen auf die Auslegung der Zugrunde liegenden Norm haben. Hinzu kommt: Je nach gesundheitlicher und persönlicher Situation der Antragstellenden ist diesen bei Antragstellung der konkrete Rehabilitationsbedarf selbst nicht bekannt. Welche Unterlagen von Relevanz sind, kann von den Antragstellenden häufig nicht selbst beurteilt werden. Weite Auslegungen der gesetzlichen Regelung können nicht zu Lasten der Antragstellenden gehen.

Das ganz offensichtlich bestehende Spannungsverhältnis zwischen der Zweiwochenfrist des § 14 SGB IX und der schwierigen Umsetzung in der Praxis muss aufgelöst werden, hieran besteht kein Zweifel. Jedoch müssen andere Regularien und Steuerungsmöglichkeiten gefunden werden. Im Vorfeld der Antragstellung durch Beratung sowohl der Primärversorger als auch in der allgemein verfügbaren Aufklärung, beispielsweise durch Stärkung der Anlaufstellen für Beratungen.

Die Fachgruppe Reha- Prozess hat es mit dem vorliegenden Empfehlungsentwurf verpasst, hier eine Lösung zu entwickeln.

(Des Weiteren gibt es keine belastbaren Aussagen und Belege, wie häufig es bei einem weiteren Antragsverständnis ein sachlich unzuständiger Reha- Träger leisten würde.)

§ 28

Im Unterabschnitt 1 des ersten Abschnittes wird sich mit der umfassenden Bedarfsfeststellung und Bedarfsermittlung befasst.

Der Schwachpunkt liegt hier in den Bedarfsermittlungsinstrumenten. Zwar verlangt die gemeinsame Empfehlung eine individuelle und funktionsbezogene, ICF- orientierte Bedarfsermittlung. Es fehlen jedoch für den großen Anteil der neurologischen Grunderkrankungen Neurologie- spezifische Parameter. Weniger sichtbare Einschränkungen und die damit verbundenen Bedarfe werden häufig nicht erfasst. Bei neurologisch bedingten Behinderungen könnten daher regelhaft Feststellungen zum Beispiel zu Mobilität, Gleichgewicht, Sprache, Schlucken, Kognition, Spastik, Hilfsmittelbedarf, Angehörigenbelastung getroffen werden.

§ 47

Die Beteiligung der Antragstellenden mit kognitiven Einschränkungen bleibt hier außen vor und ist individueller auszugestalten. Auch in der Teilhabeplanung in § 51 Abs. 1 fehlt das Augenmerk auf den Rehabilitanden mit kognitiven Defiziten. Beratung hat nicht nur unter Berücksichtigung seiner kommunikativen Bedürfnisse zu erfolgen, sondern auch unter Berücksichtigung neurologisch bedingter Einschränkungen, die vielfältig sein können und besondere Bedingungen an die Interaktionen des Betroffenen stellen.

§§ 53, 59

Eine Teilhabeplanung ist nicht grundsätzlich vorgesehen und verbindlich. Der Teilhabeplan selbst ist kein Verwaltungsakt und damit als inhaltliche Grundlage der Rehabilitationsleistung oder seine Nicht-Erstellung faktisch nicht angreifbar. Gerade für Menschen mit neurologisch bedingten Teilhabebedarfen kann das Fehlen eines Teilhabeplans erhebliche Auswirkungen haben. Auf Grund

der schon geschilderten notwendigen komplexen Versorgungslage mit Früh-Rehabilitation, stationärer/ ambulanter Rehabilitation, Hilfsmittelversorgung, Pflege und sozialer Teilhabeleistungen ist eine Teilhabeplanung für den Behandlungserfolg und die langfriste Sicherstellung der Teilhabeleistungen als koordinierende Institution existenziell. Bei komplexen neurologischen Bedarfslagen sollte die Erstellung, Fortschreibung und praktische Umsetzung eines Teilhabeplans standardisiert sein und verbindlich werden .

§ 87

Im Kapitel um die Aktivitäten zum bzw. nach dem Ende einer Leistung zur Teilhabe liegt ein weiterer Schwachpunkt der Gemeinsamen Empfehlung. Es fehlt eine Kooperationsempfehlung im Anschluss an die erbrachte Teilhabeleistung. Für eine weitere ambulante Versorgung und Teilhabesicherstellung ist für die Antragstellenden, eine strukturierte und systematisierte Vorgehensweise nötig. Dieser Verantwortung können sich die Akteure nicht entziehen. So könnte man bei bestimmten komplexen Beeinträchtigungen, wie z.B. neurologisch bedingten, eine strukturierte Zusammenarbeit mit den nachfolgenden Versorgern absichern. Interprofessionelle Fallabstimmungen, standardisierte Therapieberichte, Teilhabeziel- Abgleiche und Kommunikationswege könnten etabliert und organisiert werden.

25.09.2026, J. Köhler