

---

# Sozialpolitischer Antrag Nr. 11

## des Präsidiums und des Bundesvorstands

zum Thema  
**Medizinische und berufliche Rehabilitation**

### 19. Ordentlicher Bundesverbandstag

Empfehlung der Sozialpolitischen Kommission:

**Annahme**

## Inhalt

1. Zur Ausgangssituation.....	3
2. Forderungen des Sozialverbands VdK Deutschland .....	4
2.1. Forderungen in Bezug auf alle Reha-Träger .....	4
2.1.1. Einheitliches Reha-System.....	4
2.1.2. Echtes Wunsch- und Wahlrecht, Teilhabeleistungen als Pflichtleistungen .....	4
2.1.3. Indikationsübergreifende Reha, lückenlose Reha-Kette, barrierefreie Reha-Einrichtungen, mobile Reha.....	5
2.2. Forderungen für einzelne Reha-Träger .....	5
2.2.1. Krankenversicherung.....	5
2.2.2. Rentenversicherung.....	7
2.2.3. Bundesagentur für Arbeit/Jobcenter .....	7

## 1. Zur Ausgangssituation

Maßnahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation tragen entscheidend zu einem guten und gesunden Leben sowie zu einem funktionierenden Sozialversicherungssystem bei. Die großen Reha-Träger gesetzliche Krankenversicherung und Rentenversicherung haben in 2019 zusammen fast zwei Millionen Reha-Maßnahmen bewilligt.<sup>1</sup> Eine Reha rechnet sich sowohl für den Einzelnen als auch für die Gesellschaft und die öffentlichen Haushalte und somit auch für die Beitrags- und Steuerzahler. Die Deutsche Rentenversicherung gibt an, dass sich eine medizinische Reha auch für den Träger bereits lohnt, wenn der Versicherte durch die Reha erst vier Monate später eine Erwerbsminderungsrente bezieht. Dabei sind über 86 Prozent der Rehabilitanden nach zwei Jahren immer noch im Beruf. Bei einer beruflichen Reha gilt dies wegen der längeren Maßnahmendauer nach drei bis fünf Jahren.

Eine Reha ist also nicht nur eine lohnende Investition für den Einzelnen, sondern auch in unser Solidarsystem, wenn Menschen somit länger gesund und im Beruf sind, anstatt Krankengeld oder Erwerbsminderungsrente beziehen zu müssen.

Aber dieses System hat auch große Schwachstellen: Noch ist eine Reha zu unbekannt und sie zu erlangen, hat noch zu viele Hürden. Deshalb stagniert die Zahl der Reha-Maßnahmen bei gesetzlichen Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern nahezu seit mehreren Jahren. Laut Studien haben bis zu 40 Prozent der Erwerbsminderungsrentner keine medizinische Reha in Anspruch genommen.

Abhilfe ist schon bei den Grundlagen geboten, denn das Reha-System ist zersplittert. Träger von Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation können sein:

- die gesetzliche Krankenversicherung,
- die Bundesagentur für Arbeit,
- die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung,
- die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und der Alterssicherung für Landwirte,
- die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden,
- die Träger der öffentlichen Jugendhilfe und
- die Träger der Sozialhilfe.
- Die Jobcenter sind keine Reha-Träger. Sie entscheiden dennoch unter Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit über deren Vorschläge zur beruflichen Rehabilitation.

Im Ergebnis entscheiden acht verschiedene Sozialversicherungsträger über Reha-Maßnahmen nach sieben verschiedenen Büchern des Sozialgesetzbuches. Zum Teil – wie etwa bei der medizinischen Reha nach einer Krebserkrankung – bestehen Doppelzuständigkeiten verschiedener Reha-Träger. Im Sozialgesetzbuch IX ist zwar das Recht für alle Reha-Träger zusammengefasst, durch den Regelungsvorbehalt (§ 7 SGB IX) gelten aber doch die Einzelschriften der anderen Bücher des SGB. Das bedeutet unterschiedliche Verfahren, Formulare, rechtliche Grundlagen und Entscheidungswege. Schon vermeintlich einfache Dinge wie ein einheitliches Antragsformular für alle Reha-Träger stellt eine große Herausforderung dar. Außerdem reichen die einzelnen Träger die Anträge der Versicherten weiter und machen das Verfahren noch unübersichtlicher und unwägbarer.

---

<sup>1</sup> Laut Antwort der Bundesregierung vom 28.09.2020 auf eine kleine Anfrage der Fraktion der FDP waren es 1.924.063 Reha-Maßnahmen in 2019 (BT-Drucks. 19/22874).

## 2. Forderungen des Sozialverbands VdK Deutschland

Der Sozialverband VdK Deutschland sieht beträchtlichen Handlungsbedarf bei der Vereinheitlichung des Reha-Systems und durch Verbesserungen, die alle Reha-Träger betreffen. Darüber hinaus stellt der VdK Forderungen für die einzelnen Reha-Träger auf.

### 2.1. Forderungen in Bezug auf alle Reha-Träger

#### 2.1.1. Einheitliches Reha-System

Das Nebeneinander unterschiedlicher Reha-Träger mit ihren unterschiedlichen Verfahren, Grundsätzen und Rechtsgrundlagen ist zu beenden. Ziel ist, eine Reha für alle Versicherten einfacher und niedrigschwelliger zugänglich zu machen. Denn eine Reha ist eine Investition in die Gesundheit und damit auch in die Erwerbsfähigkeit der Versicherten. Damit ist sie auch eine Investition in unser Sozialversicherungssystem, wenn Versicherte Sozialversicherungsbeiträge zahlen, anstatt Krankengeld oder Erwerbsminderungsrente beziehen zu müssen.

**Der VdK fordert ein einheitliches Reha-System, in dem ein einheitlicher Reha-Träger für alle Reha-Maßnahmen zuständig ist und in einem einheitlichen Verfahren und nach einem Sozialgesetzbuch über die Rehabilitationsmaßnahmen entscheidet. Die Vorschriften aus den verschiedenen Sozialgesetzbüchern müssen hierzu zusammengefasst werden. Begutachtungen müssen durch einen einheitlichen Medizinischen Dienst vorgenommen werden.**

**Bis zur Umsetzung dieser weitreichenden Forderung sind zunächst Doppel-Zuständigkeiten und Zweifelsfälle zwischen den Reha-Trägern aufzulösen und einer eindeutigen Lösung zuzuführen.**

#### 2.1.2. Echtes Wunsch- und Wahlrecht, Teilhabeleistungen als Pflichtleistungen

Rehabilitanden haben laut SGB IX und vielen Einzelvorschriften ein Wunsch- und Wahlrecht bei den Reha-Maßnahmen. Allerdings liegt die Entscheidung über die Reha-Maßnahme und die Auswahl der Reha-Einrichtung nach ständiger Rechtsprechung der Sozialgerichte im pflichtgemäßen Ermessen der Reha-Träger. Die Träger dürfen auch nach Kostengesichtspunkten entscheiden, was zum Beispiel oft eine Zuweisung zu den eigenen Einrichtungen oder Vertragseinrichtungen zur Folge hat. Dies gilt selbst dann, wenn der Rehabilitand eine andere Einrichtung auswählt und dafür auch medizinische Gründe durch seinen Arzt anführt. Das kann dazu führen, dass der Versicherte in eine Einrichtung muss, die weit weg von seinem Wohnort liegt oder dass er nicht die Behandlung bekommt, die er und sein Arzt für richtig halten. Die Reha muss sich aber nach dem Versicherten richten.

Ermessensentscheidungen machen das Leistungsgeschehen für alle Versicherten, aber gerade für behinderte Menschen, intransparent. Außerdem sind sie gerichtlich nicht voll überprüfbar. Die Transparenz von ablehnenden Entscheidungen muss erhöht werden.

**Der VdK fordert ein echtes Wunsch- und Wahlrecht der Rehabilitanden. Kostengesichtspunkte dürfen dieses Recht weder aushebeln noch vorrangig sein. Teilhabeleistungen müssen Pflichtleistungen sein. Für mehr Transparenz müssen Entscheidungen und Bewertungen schriftlich begründet werden.**

### 2.1.3. Indikationsübergreifende Reha, lückenlose Reha-Kette, barrierefreie Reha-Einrichtungen, mobile Reha

Eine medizinische Reha darf nicht nur alleine auslösende Erkrankung behandeln, sondern muss auch weitere Erkrankungen im Blick haben. Hat zum Beispiel der Herz-Kreislauf-Patient auch eine Erkrankung des Gehirns, sollte beides in der Reha behandelt werden. Das erspart nicht nur eine erneute Reha, sondern nimmt den Patienten insgesamt in den Blick und kann so zum Erfolg der Reha in Bezug auf die erste Krankheit entscheidend beitragen.

Gerade bei Schwerverletzten tritt immer wieder eine Lücke in der Reha-Kette auf. Schwerverletzte sind nach einer Operation oft nach den Vorgaben des Reha-Trägers nicht reha-fähig, da sie noch nicht ausreichend selbstständig, zum Beispiel beim Ankleiden oder bei der Nahrungsaufnahme, sind. Diese Patienten erhalten dann keine Anschlussrehabilitation oder weitere Rehabilitationsmaßnahmen. Sie kommen in Kurzzeitpflege oder nach Hause und weisen erst nach mehreren Monaten die nötige Reha-Fähigkeit auf. Die Patienten fallen in ein regelrechtes „Reha-Loch“, das oft die komplette Wiedererlangung aller Fähigkeiten verhindert.

Reha-Einrichtungen müssen barrierefrei sein. Dies sollte eine Selbstverständlichkeit sein, aber immer noch sind gerade ältere Bauten nicht barrierefrei. Wenn aber Versicherte mit Behinderung oder zeitweisen Einschränkungen nicht alle Behandlungen wahrnehmen können, gefährdet dies den Erfolg der Reha. Die Versicherten fühlen sich nicht ernst genommen und stellen die Reha an sich in Frage.

Teilweise nehmen Menschen eine Reha nicht in Anspruch, weil die Reha in einem fremden Umfeld stattfindet. Dies kann am eigenen Pflegebedarf, der Sorge um einen pflegebedürftigen Angehörigen, der unzureichenden Barrierefreiheit oder einfach daran liegen, dass der Mensch das eigene Umfeld nicht verlassen will. Die mobile Reha kann hier Abhilfe schaffen, wenn das Ziel der Reha und die zugrundeliegende Erkrankung dafür geeignet sind. Es gibt jedoch lediglich 21 Standorte in Deutschland mit Angeboten der mobilen Reha. Das SGB VI kennt noch gar keine gesetzliche Grundlage dazu für die Rentenversicherungsträger als Reha-Träger und es gibt noch keine Verträge der Rentenversicherungsträger mit den Einrichtungen der mobilen Reha.

**Der VdK fordert, dass medizinische Rehabilitationen indikationsübergreifend stattfinden, wenn der Patient weitere behandlungsbedürftige Erkrankungen hat.**

**Der VdK fordert weiterhin eine lückenlose Reha-Kette bei schweren Unfällen oder Erkrankungen. Eine Frührehabilitation muss zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzen, um mit erreichter Reha-Fähigkeit in eine Anschlussrehabilitation oder weitere Reha-Maßnahmen zu führen.**

**Sämtliche Reha-Einrichtungen müssen barrierefrei sein.**

**Das Potenzial der mobilen Reha ist zu ermitteln und nutzbar zu machen.**

## 2.2. Forderungen für einzelne Reha-Träger

### 2.2.1. Krankenversicherung

Der Zugang zur Rehabilitation ist gerade bei den gesetzlichen Krankenkassen immer noch schwierig. Hier haben die meisten Widersprüche Erfolg: In 2019 waren 62 Prozent der eingelegten Widersprüche gegen Ablehnungsbescheide für Reha-Maßnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung

erfolgreich.<sup>2</sup> Das Genehmigungsverfahren durch die Krankenkasse ist eine große Hürde. Mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) von 2020 hat der Gesetzgeber hier einen ersten Schritt getan und die geriatrische Reha auf Verordnung eines Vertragsarztes ermöglicht. Dies muss für alle medizinischen Rehas gelten.

Gerade im hohen Lebensalter steigt das Risiko fortschreitender chronischer Erkrankung und zunehmender Gebrechlichkeit. Bestehende Rehabilitationspotentiale werden häufig nicht genutzt. Für geriatrische Patienten – auch in Pflegeheimen – muss daher der frühestmögliche Zugang zu Reha-Maßnahmen sichergestellt werden. Ziel ist die Erhaltung von Selbstständigkeit, Autonomie und Teilhabe.

Reha-Patienten mit Pflegeaufwand, die aufgrund einer Vorerkrankung pflegebedürftig und nicht mehr genügend selbstständig sind, finden teilweise keinen Platz in einer Reha-Einrichtung, da dort keine Ressourcen für die Pflege vorhanden sind. Das ist geradezu widersinnig, da die Krankenkassen medizinische Rehas bewilligen müssen, um eine Pflegebedürftigkeit „zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern“ (§ 11 Abs. 2 SGB V). Gerade die Reha für schon Pflegebedürftige ist also im Gesetz vorgesehen.

Die Trennung zwischen Geriatrie im Krankenhaus und geriatrischer Rehabilitation muss überwunden werden. Entsprechend dem Bedarf müssen ausreichend Angebote der mobilen, ambulanten und stationären Rehabilitation zur Verfügung stehen. Besonders zu beachten ist die fachliche und ethisch fundierte Versorgung von demenzkranken Menschen und ihren Angehörigen.

Die Verantwortung für eine Familie zu haben, ist eine Herausforderung. Eltern, aber auch pflegende Angehörige, können daher einen Bedarf nach einer medizinischen Vorsorge- oder Reha-Maßnahme haben. Derzeit haben Mütter und Väter einen Anspruch auf eine Kur, wenn die medizinischen Voraussetzungen vorliegen. Auch pflegende Angehörige können seit 2012 eine Kur beantragen. Durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz haben pflegende Angehörige seit 2019 einen eigenen Anspruch auf eine Kur. Vorher galt der Grundsatz: „ambulant vor stationär“.

Trotz dieses Anspruchs stehen Eltern vor erheblichen Hürden, eine passende Kur genehmigt zu bekommen. In den letzten Jahren haben nicht nur immer mehr Mütter einen Antrag auf eine Kur gestellt, sondern die Ablehnungsrate ist mit jedem Jahr gestiegen. 2019 wurde bereits fast jeder fünfte Antrag auf eine Kur abgelehnt. Zusätzlich sind die wenigsten Kliniken auf Eltern oder Kinder mit Behinderung vorbereitet. Dies führt oft zu weiten Anfahrtswegen für diese Personengruppen, was für viele nicht umsetzbar ist und sie damit an der Inanspruchnahme einer Kur hindert. Auch gibt es nur sehr wenige Kliniken, die eine Kur für pflegende Angehörige anbieten.

**Der VdK fordert, dass eine medizinische Reha immer auf Verordnung des Arztes zu bewilligen ist. Der Hausarzt muss eine koordinierende Rolle für das Ineinandergreifen von Heilbehandlung und Reha haben. Dafür muss die medizinische Rehabilitation verpflichtender Bestandteil der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärzten werden. Gerade für die geriatrische Reha müssen ausreichend mobile, ambulante und stationäre Plätze vorhanden sein. Die Krankenkassen müssen für ausreichend Reha-Plätze für pflegebedürftige Rehabilitanden sorgen.**

**Darüber hinaus fordert der VdK eine Verpflichtung aller Kliniken, die Mutter-/Vater- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Kuren oder Kuren für pflegende Angehörige anbieten, zur Inklusion. Die Auswahl der Klinik darf nicht von einer Behinderung abhängig sein.**

---

<sup>2</sup> Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR). 2. Teilhabeverfahrensbericht, 2020. Frankfurt/Main, Dezember 2020, Seite 144.

**Es braucht außerdem eine Ausweitung des derzeitigen Angebots an Kur-Kliniken für Eltern, aber auch für pflegende Angehörige.**

### 2.2.2. Rentenversicherung

Das Reha-Budget wurde 1997 zusammen mit einer Deckelung der Verwaltungs- und Verfahrenskosten bei den Rentenversicherungsträgern eingeführt. Es soll dafür sorgen, dass die Ausgaben aus den Sozialversicherungsbeiträgen nicht zu sehr in Reha-Leistungen anstelle von Rentenleistungen fließen. Das Reha-Budget wurde lediglich in einem Jahr leicht überschritten. Eine Deckelung der Verwaltungsausgaben mag sinnvoll sein. Bei den Ausgaben für Reha-Leistungen ist es trotz der seltenen Überschreitung alles andere als sinnvoll, da eine Reha eine Investition in die Gesundheit des Einzelnen und in das Sozialversicherungssystem ist. Wenn 86 Prozent der Rehabilitanden der Rentenversicherung auch zwei Jahre danach noch im Beruf sind, statt eine Erwerbsminderungsrente zu beziehen, sollte es eher mehr als weniger Reha-Leistungen geben. Ebenso passt der Grundsatz „Reha vor Rente“ nicht zu einer Deckelung der Reha-Kosten. Wer regelhaft eine Reha verlangt, bevor eine Erwerbsminderungsrente gewährt wird, darf nicht die Möglichkeiten für eine Reha beschränken.

Auch wenn das Reha-Budget kaum zu einer konkreten Einschränkung der Ausgaben und Bewilligungen geführt hat, ist eine Reha-Bewilligung nach Budgetierung abzulehnen.

**Der VdK fordert daher, das Reha-Budget ersatzlos abzuschaffen.**

### 2.2.3. Bundesagentur für Arbeit/Jobcenter

Mit dem SGB-II-Rechtskreis sind neue Schnittstellen und Leistungsgrundsätze eingeführt worden, die für Menschen mit Reha-Bedarf den Zugang erschweren. Das Verfahren beim Jobcenter fällt in zwei Teile: Anspruch auf Arbeitslosengeld II und Reha-Anspruch. Für das Arbeitslosengeld II ist das Jobcenter zuständig, für die Reha ist eigentlich die Bundesagentur für Arbeit der zuständige Reha-Träger. Dennoch wird auch über die Reha vom Jobcenter unter Hinzuziehung der Bundesagentur für Arbeit zum Reha-Bedarf und für einen Eingliederungsvorschlag entschieden. Das Jobcenter ist nicht an den Vorschlag gebunden; trifft das Jobcenter innerhalb von drei Wochen keine Entscheidung über die Reha, gilt der Vorschlag als genehmigt.

Viele Jobcenter haben Reha-Teams und daher das geeignete Personal, um Rehabilitationsbedarf zu erkennen; aber eben nicht alle.

Das Reha-Recht von Bundesagentur für Arbeit und Jobcenter muss neu geordnet werden. Die Forderung leitet sich aus der Forderung nach einem einheitlichen Reha-Träger ab. So lange dies noch nicht erfüllt ist, muss das bisherige aufgesplittete Reha-Verfahren von Arbeitslosengeld-II-Beziehern zwischen Jobcenter und Bundesagentur für Arbeit vereinheitlicht werden, aber nicht bei den Jobcentern als neuem zusätzlichem Reha-Träger. Dies würde die Reha-Trägerschaft noch weiter aufspalten. Außerdem hat die Bundesagentur für Arbeit viel Erfahrung mit beruflicher Rehabilitation und ist jetzt schon „Auffang-Reha-Träger“ für die berufliche Reha, wenn kein anderer Träger zuständig ist. Eine Kostenerstattung zwischen Jobcenter und Bundesagentur für Arbeit, um letzterer nicht das finanzielle Risiko zu überlassen, ist zu prüfen.

Der VdK fordert eine alleinige Zuständigkeit der Bundesagentur für Arbeit für das Reha-Verfahren für Bezieher von Arbeitslosengeld II. Die Bundesagentur für Arbeit muss allein über die Reha des Arbeitslosen entscheiden und dies auch als echter Reha-Träger finanzieren. Die bisherige Entscheidungshoheit der Jobcenter über die Reha und jede weitere inhaltliche Beteiligung der Jobcenter bis auf die Initiierung und Überweisung bei Erkennen eines Reha-Bedarfs ist aufzuheben. Die Bundesagentur für Arbeit hat das jeweilige Jobcenter über die Reha zu informieren, damit

Aktivierungsmaßnahmen oder Jobangebote darauf abgestimmt werden können. Dies gilt sowohl für Bezieher von Arbeitslosengeld II, deren Reha-Verfahren noch im Arbeitslosengeld-I-Bezug bei der Bundesagentur für Arbeit angefangen hat, als auch für einen beim Jobcenter erkannten Reha-Bedarf.

Der VdK fordert weiterhin die zwingende Einrichtung von Reha-Teams bei allen Jobcentern, um Rehabilitationsbedarf der Bezieher von Arbeitslosengeld II zu erkennen und schwerbehinderte Arbeitslose angemessen zu betreuen. Dies gilt auch angesichts der Forderung zur alleinigen Reha-Trägerschaft der Bundesagentur für Arbeit für ALG-II-Bezieher. Auch wenn die Jobcenter das Reha-Verfahren nicht mehr durchführen, müssen sie doch Reha-Bedarf sachgerecht erkennen und den Versicherten zur Bundesagentur für Arbeit weiterleiten sowie dazu beraten können. Außerdem müssen die Jobcenter auch schwerbehinderte Versicherte angemessen betreuen können.

Behinderte Menschen dürfen im SGB-II-Rechtskreis keine schlechteren Chancen auf Förderung durch rehabilitations- und arbeitsmarktpolitische Maßnahmen haben als im System der Arbeitslosenversicherung. Die Eingliederungsquote für Schwerbehinderte ist aber deutlich niedriger als die von Menschen ohne Behinderung.

Der VdK fordert die notwendigen organisatorischen Maßnahmen, um die Eingliederungsquote für schwerbehinderte Arbeitslose anzuheben. Dazu gehören insbesondere Anreize für die Jobcenter, um sich den schwerbehinderten Arbeitslosen mit dem notwendigen höheren Aufwand an Eingliederungsmaßnahmen zu widmen sowie die erforderliche finanzielle Ausstattung für diesen Zweck. Der VdK fordert weiterhin eine regelmäßige Beteiligung des Arbeitgeberservice für schwerbehinderte Akademiker der Bundesagentur für Arbeit, da die Jobcenter regelmäßig wenig Erfahrung mit dieser Klientel haben.

**Der VdK fordert:**

- **die Vereinheitlichung der Reha-Trägerschaft bei der Bundesagentur für Arbeit,**
- **die zwingende Einrichtung von Reha-Teams bei den Jobcentern,**
- **die notwendigen organisatorischen Maßnahmen, um die Eingliederungsquote für schwerbehinderte Arbeitslose anzuheben und die regelmäßige Beteiligung des Arbeitgeberservice für schwerbehinderte Akademiker der Bundesagentur für Arbeit.**