Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.

zum Vorschlagsentwurf (Stand 10. August 2026) einer Gemeinsamen Empfehlung Reha-Prozess

Sozialverband VdK Deutschland e. V.
Abteilung Sozialpolitik
Linienstraße 131
10115 Berlin

Telefon: 030 9210580-300
E-Mail: sozialpolitik@vdk.de

Berlin, 07.10.2026

Der Sozialverband VdK Deutschland e. V. (VdK) ist als Dachverband von 13 Landesverbänden mit über 2,3 Millionen Mitgliedern der größte Sozialverband in Deutschland. Die Sozialrechtsberatung und das Ehrenamt zeichnen den seit mehr als 75 Jahren bestehenden Verband aus.

Zudem vertritt der VdK die sozialpolitischen Interessen seiner Mitglieder, insbesondere der Rentnerinnen und Rentner, Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen sowie Pflegebedürftigen und deren Angehörigen.

Der gemeinnützige Verein finanziert sich allein durch Mitgliedsbeiträge und ist parteipolitisch und konfessionell neutral.

1. Zu den Zielen der Gemeinsamen Empfehlungen und ihrer Umsetzung

Die Gemeinsamen Empfehlungen (GE) der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) sind ein zentrales Instrument zur Umsetzung des SGB IX. Mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) wurden die Regelungen zur Zusammenarbeit der Träger ausdrücklich gestärkt und verbindlicher ausgestaltet, auch um die Koordination und Kooperation der Rehabilitationsträger zu gewährleisten und Leistungen „wie aus einer Hand“ sicherzustellen.

Die GE konkretisieren die gesetzlichen Vorgaben des SGBa IX durch untergesetzliche Regelungen. Sie ermöglichen es den Trägern und der Sozialverwaltung, sich auf eine einheitliche Ausgestaltung und Umsetzung der gesetzlichen Aufträge zu verständigen. Ihre rechtliche Wirkung beruht vor allem auf der Zustimmung der beteiligten Träger; kommt keine GE zustande, kann das Bundesministerium ersatzweise eine Verordnung erlassen. Das SGB IX nennt die Bereiche, für die eine Ausgestaltung in Gemeinsamen Empfehlungen vorgesehen ist. Darunter u. a. die Zuständigkeitsklärung, Ermittlung und Feststellung des Rehabilitationsbedarfs einschließlich der Instrumente zur Bedarfsermittlung, die Teilhabeplanung und Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe, die in der GE Reha-Prozess vereinbart werden. Die erste Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ in der Fassung nach dem BTHG ist im Februar 2019 von der BAR verabschiedet und veröffentlicht worden; sie ist zum 1. Dezember 2018 in Kraft getreten.

Zum vorgelegten Vorschlagsentwurf (Stand 10. August 2026) nimmt der VdK zu ausgewählten Punkten wie folgt Stellung:

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK dankt der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) und den beteiligten Rehabilitationsträgern für die Möglichkeit, zum Vorschlagsentwurf Stellung zu nehmen. Er begrüßt, dass die Gemeinsame Empfehlung (GE) „Reha-Prozess“ überarbeitet wird. Angesichts der zwischenzeitlichen Praxiserfahrungen und der fortlaufenden Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes ist eine Aktualisierung der bisherigen Fassung von Februar 2019, die zum 1. Dezember 2018 in Kraft getreten war, sinnvoll.

Gleichzeitig weist der VdK erneut darauf hin, dass Gemeinsame Empfehlungen nach § 26 SGB IX in der Praxis weiterhin zu wenig verbindlich sind. Trotz der mit dem BTHG gestärkten Kooperationspflichten kommt es regelmäßig vor, dass einzelne Rehabilitationsträger die vereinbarten Standards nicht oder nur unvollständig umsetzen. So erfolgen die trägerübergreifende Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung nicht durchgängig wie vorgesehen.

Aus Sicht des VdK braucht es daher eine stärkere rechtliche Verbindlichkeit der GE sowie klare Sanktionsmechanismen, wenn Träger die vereinbarten Prozesse missachten. Es muss sichergestellt werden, dass die GE im gesetzlich vorgesehenen Umfang vereinbart und dann auch tatsächlich angewandt werden, z. B. in dem sie die Arbeitsanweisungen und Dienstordnungen der Träger aufgenommen werden, um ihre praktische Wirkung zu entfalten oder zu erhöhen. Nur so kann das Ziel „Rehabilitation wie aus einer Hand“ für die betroffenen Menschen verlässlich eingelöst werden.

Inhaltlich fordert der VdK eine Nachschärfung in Bezug auf § 21 (vormals § 19) der GE, insbesondere zur Frage, wann ein die Frist auslösender Antrag nach § 14 SGB IX vorliegt. Die bisherige und weiterhin gewählte Formulierung in § 21 Abs. 2 hält der VdK für nicht SGB-IX-konform.

2. Zu den Regelungen im Einzelnen

Im Folgenden nimmt der Sozialverband VdK Deutschland zu § 21 des GE-Entwurfs Stellung.

2.1. § 21 Antrag, Frist für die Zuständigkeitsklärung (vormals § 19, neu § 21 Abs. 1 – Abs. 8)

Abs. 1 bleibt unverändert.

Neu aufgenommen werden soll in **Abs. 2** eine Konkretisierung der Zwei-Wochenfrist in nach § 14 Abs. 1 und der Hinweis auf den BAR-Fristenrechner im Internet. Bezüglich der Frage, wann ein die Frist auslösender Antrag vorliegt, bleibt der Entwurf jedoch bei der bisherigen Formulierung, die absolut kritisch zu bewerten ist.

Ein **neuer Abs. 3** regelt die Unterstützung der Antragsteller beim Ausfüllen von Antragsvordrucken und Online-Tools sowie die Gleichstellung ärztlicher Verordnungen mit einem Antrag.

Eine **Ergänzung in Abs. 4** stellt klar, dass nicht nur in der Unfallversicherung der Tag an dem der Träger Kenntnis von einem voraussichtlichen Rehabilitationsbedarfs erlangt, als Tag des Eingangs des Antrags gilt. Gleiches gilt die Träger des sozialen Entschädigungsrechts und in bestimmten Fällen der Eingliederungshilfe[1].

[1] Ausnahme für im Gesamtplanverfahren ermittelten Bedarf. Hier sieht § 108 Abs. 2 SGB IX eine wichtige Ausnahme vor: „Eines Antrages bedarf es nicht für Leistungen, deren Bedarf in dem Verfahren nach Kapitel 7 ermittelt worden ist." Wird im Gesamtplanverfahren (§§ 117 ff. SGB IX) ein Bedarf für (weitere) Eingliederungshilfeleistungen festgestellt, müssen diese ohne neuen Antrag bewilligt werden.

Abs. 5 (vormals Abs. 4 in § 19 der GE) bleibt unverändert.

Abs. 6 neu regelt, dass ein bei einem Jobcenter eingegangener Antrag die Zwei-Wochen-Frist des § 14 SGB IX nicht in Gang setzt und die Weitergabe des Antrags an die Bundesagentur für Arbeit nicht als Weiterleitung im Sinne von § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX gilt.

Abs. 7 neu stellt klar, dass die „Schnellen Hilfen" im Sozialen Entschädigungsrecht (Traumaambulanzbehandlung und Fallmanagement) keine Leistungen zur Teilhabe i.S.d. § 14 SGB IX sind.

Abs. 8 neu stellt klar, dass bei gemischten Anträgen (Anträge auf Leistungen zur Teilhabe und gleichzeitig auf andere Sozialleistungen), die Regelungen nach §§ 14ff. SGB IX nur auf den Teilhabe-Teil eines gemischten Antrags anwendbar sind.

Bewertung des VdK

Der VdK begrüßt einige Präzisierungen und neu aufgenommene Absätze, meldet jedoch erhebliche rechtliche Bedenken zur Frage des fristauslösenden Antrags gemäß **Abs. 2** des GE-Entwurfs an. Problematisch sind sowohl in der bisherigen als auch in der vorgeschlagenen Fassung der GE die Formulierungen dazu, wann ein Antrag als fristauslösend gilt. Der Satz:

„Ein die Frist auslösender Antrag auf Leistungen zur Teilhabe liegt vor, wenn Unterlagen vorliegen, die eine Beurteilung der Zuständigkeit ermöglichen. Hierzu gehört insbesondere, dass die Identität sowie ein konkretisierbares Leistungsbegehren des Antragstellers erkennbar sind und sich dieses konkretisierbare Leistungsbegehren unabhängig von den verwendeten Begriffen auf Leistungen zur Teilhabe i.S.v. § 4 SGB IX bezieht."

stellt als Regelung in einer GE einen klaren Widerspruch zur gesetzlichen Regelung in § 14 SGB IX dar.

§ 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX knüpft die Zwei-Wochen-Frist ausdrücklich an den Eingang des Antrags beim Träger, nicht aber an das Vorliegen bestimmter Unterlagen. Diese Phase dient der rein formalen Zuständigkeitsklärung. § 14 Abs. 2 SGB IX regelt die Bedarfsermittlung und stellt klar, dass ein ggf. erforderliches Gutachten die Entscheidungsfrist erst nach dessen Vorliegen auslöst. Das Gesetz trennt also strikt zwischen Zuständigkeitsklärung (Abs. 1) und Bedarfsermittlung (Abs. 2).

Mit der o. g. Formulierung knüpft die GE weiterhin den Fristbeginn an eine deutliche höhere Schwelle als das Gesetz. Sie erlaubt es, die Einholung eines Gutachtens oder die Vorlage von medizinischen Befundberichten bereits in die Zuständigkeitsprüfung nach Abs. 1 hineinzuziehen und damit den Fristbeginn zu suspendieren. Das ist systemwidrig, weil das Gesetz das Gutachten als Instrument der Bedarfsermittlung nach Fristbeginn einordnet – nicht als Voraussetzung des Antragseingangs. Der Konflikt wird vom SGB IX selbst gelöst, z. B. durch Weiterleitung oder Erstattungsregelungen, nicht aber durch einen Friststillstand.

Der VdK erinnert darauf hin, dass der Gesetzgeber die Zwei-Wochen-Frist geschaffen hat, um Zuständigkeitsstreitigkeiten zwischen Trägern nicht zulasten der Betroffenen auszutragen und einen schnellstmöglichen Zugang zu Leistungen zur Teilhabe zu ermöglichen. Wer den Antragseingang vom vollständigen Vorliegen aller medizinischen Unterlagen abhängig macht,

entwertet diese Fristen und verlagert das Verzögerungsrisiko auf kranke und behinderte Menschen. Dies widerspricht sowohl dem Leitgedanken des SGB IX als auch der UN-Behindertenrechtskonvention, wonach Teilhabeleistungen ohne Verzögerung und bürokratische Hürden zugänglich sein sollen. Besonders problematisch ist, dass Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen häufig keinen vollständigen Antrag mit sämtlichen Dokumenten auf einmal einreichen können. Sie dürfen nicht bestraft werden, weil die vollständige Sachverhaltsaufklärung erst im Verfahren stattfindet. Zudem bleibt offen, welche Unterlagen genau erforderlich sein sollen. Unterschiedliche Erwartungen von Trägern (ärztliche Befunde, Gutachten, Entlassberichte, Atteste etc.) fördern eine uneinheitliche Praxis.

Die Formulierung „wenn Unterlagen vorliegen“ schafft ein Schlupfloch für Rehabilitationsträger. Sie können behaupten, die Frist habe noch gar nicht begonnen, weil „noch nicht alle Unterlagen da“ seien. Das untergräbt die Schutzfunktion der engen Fristen und begünstigt Verzögerungstaktiken. Sie unterläuft die Formlosigkeit und die Amtsermittlung. Anträge sind nach § 9 SGB X formlos, also auch mündlich möglich. Nach § 16 SGB I ist Antrag jede auf eine Sozialleistung gerichtete Willenserklärung; er gilt mit Eingang als gestellt. Nach § 20 SGB X hat der Träger den Sachverhalt von Amts wegen aufzuklären. Nach § 17 SGB IX beauftragt der Rehabilitationsträger selbst den Gutachter („Auftragserteilung"); das Gutachten ist mithin ein Instrument, das der Träger im Rahmen der Bedarfsermittlung selbst einholt — nicht eine Unterlage, die der Antragsteller dem Antrag beilegen muss.

Nicht zuletzt wirkt die Formulierung kontraproduktiv in Bezug den geplanten gemeinsamen trägerübergreifenden Grundantrag, der gerade Verfahren beschleunigen und Rechtssicherheit schaffen soll.

Der VdK sieht dringenden Nachbesserungsbedarf im Sinne einer rechtskonformen Formulierung in der GE. Die Gemeinsame Empfehlung ist eine untergesetzliche Norm (§ 26 SGB IX). Sie darf die gesetzlichen Fristen des § 14 SGB IX nicht einschränken. Auf der BAR-Webseite ist der Sachverhalt im Gegensatz zur Formulierung im GE-Entwurf rechtlich korrekt dargestellt[2]. Der bloße Hinweis in der Fußnote, die Vereinbarungspartner würden 2028 eine Weiterentwicklung prüfen, reicht nicht aus. Alternativ muss der Gesetzgeber hier nachsteuern und eine Klarstellung im Gesetz vornehmen, die den Antragseingang klar vom Vorliegen vollständiger Unterlagen entkoppelt und die Zwei-Wochen-Frist des § 14 Abs. 1 SGB IX wirksam schützt.

Die Aufnahme der Unterstützung von Antragstellenden beim Ausfüllen von Vordrucken oder Online-Tools in **Abs. 3** ist ein wichtiger Beitrag zur Barrierefreiheit und zur Vermeidung von Antragsfehlern. Der VdK hat in seiner Beratungspraxis wiederholt erlebt, dass komplexe Formulare und unklare Hinweise zu vermeidbaren Verzögerungen führen. Die ebenfalls in **Abs. 3** eingebrachte Gleichstellung ärztlicher Verordnungen mit einem Antrag trägt dem Umstand Rechnung, dass viele Menschen mit Behinderung zunächst über ihre Ärztin oder ihren Arzt in Kontakt mit dem Reha-System kommen. Die Anerkennung einer ärztlichen Verordnung als

[2] https://www.bar-frankfurt.de/themen/gemeinsame-empfehlungen/faq-gemeinsame-empfehlung-reha-prozess-ge-rp/faqs-nach-phasen-des-reha-prozesses/zustaendigkeitsklaerung/4-wann-liegt-ein-nach-14-abs-1-sgb-ix-fristausloesender-antrag-vor.html „...Nicht erforderlich ist: dass die antragstellende Person in ihrem Antrag ausdrücklich den Begriff der Leistungen zur Teilhabe o.ä. verwendet (...) dass alle Informationen bzw. Unterlagen vorliegen, um den konkreten Bedarf ermitteln zu können (...)

Antrag verhindert, dass Betroffene durch formale Hürden von Leistungen ausgeschlossen werden.

Beide Formulierungen begrüßt der VdK.

Die Klarstellung in **Abs. 4** und der Hinweis auf die Ausnahme für den im Gesamtplanverfahren ermittelten Bedarf ist zu begrüßen. Das gilt allerdings auch für die Träger der Kinder- und Jugendhilfe, die an der Stelle im neuen GE-Entwurf nicht mehr erwähnt werden. Auch für diese gilt, dass es für Leistungen, deren Bedarf im Gesamtplanverfahren nach Kapitel 7 ermittelt worden ist, eines Antrags nicht bedarf.

Dies sollte nach Ansicht des VdK in der GE ergänzt werden.

Die explizite Regelung in **Abs. 6**, dass ein beim Jobcenter eingegangener Antrag die Zwei-Wochen-Frist des § 14 SGB IX nicht auslöst, ist aus VdK-Sicht zu kurz gegriffen. Zwar sind Jobcenter keine Rehabilitationsträger nach dem SGB IX, sie haben lediglich die Integrationsverantwortung für Reha-Fälle im SGB II und sie entscheiden nicht über die Förderung und Finanzierung von Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation. Die Regelung im GE-Entwurf soll vermutlich diese Trennung klarstellen und Fristenkonflikte vermeiden. Das mag aus Perspektive der Leistungsträger nachvollziehbar sein.

In der Praxis kann das jedoch zu erheblichen Verzögerungen führen, insbesondere wenn das Jobcenter den Antrag nicht unverzüglich weiterleitet. In der Beratungspraxis kommt es regelmäßig vor, dass Jobcenter Anträge auf Leistungen zur Teilhabe nicht oder nicht rechtzeitig an den zuständigen Reha-Träger weiterleiten oder eingereichte Unterlagen und Anträge verloren gehen. Betroffene verlieren dadurch wertvolle Zeit, in der sie eigentlich Anspruch auf eine zügige Klärung hätten. Viele Menschen mit Behinderung wissen nicht, dass Jobcenter keine Rehabilitationsträger im Sinne des § 6 SGB IX sind. Sie gehen davon aus, dass ein beim Jobcenter gestellter Antrag wie bei jedem anderen Träger wirkt. Die Formulierung im GE-Entwurf sichert die Jobcenter zwar ab, schafft aber eine Falle für Unwissende. Menschen mit Behinderungen, die Leistungen nach dem SGB II beziehen, sind ohnehin mit komplexen Verfahren konfrontiert. Die zusätzliche Hürde, dass sie Anträge auf Leistungen zur Teilhabe explizit beim voraussichtlich richtigen Reha-Träger oder einem anderen Reha-Träger stellen müssen, überfordert viele Betroffene.

Das Bundessozialgericht (BSG) hat in früheren Entscheidungen einen „funktionalen Zusammenhang" zwischen Jobcenter und Bundesagentur für Arbeit anerkannt und den Antragseingang beim Jobcenter als Eingang bei der BA gewertet (BSG, Urteil v. 4.4.2019, Az.: B 8 SO 12/17 R). Die BAR selbst weist auf ihrer Internetseite richtigerweise auf diese BSG-Rechtsprechung hin. Die neue Regelung in der GE Reha-Prozess kehrt diese Rechtsprechung faktisch um und kann sich benachteiligend für Betroffene auswirken.

Aus VdK-Sicht muss sichergestellt werden, dass irrtümlicherweise bei Jobcentern eingereichte Anträge auf Leistungen zur Teilhabe unverzüglich weitergeleitet werden und die Antragsteller

darüber aufgeklärt und informiert werden. Zumindest sollte an dieser Stelle der GE ein Hinweis auf die Verpflichtungen nach § 16 SGB I (Beratung und Auskunft)[3] erfolgen.

Die Abgrenzung der neuen „Schnellen Hilfen“ in **Abs. 7** von den Leistungen zur Teilhabe nach SGB IX ist nach Ansicht des VdK notwendig, um Parallelverfahren und Fristenkonflikte zu vermeiden. Der Gesetzgeber hatte sie ausdrücklich als „Leistungen eigener Art“ im SGB XIV verortet. Sie sind aber durchaus teilhaberelevant und ergänzen Teilhabeplanverfahren.

Der VdK begrüßt die Klarstellung, dass es auch während des erleichterten Verfahrens nach § 115 SGB XIV betreffend Schnelle Hilfen möglich ist, einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe bei einem voraussichtlich zuständigen Rehabilitationsträg zu stellen.

Der neue **Abs. 8** der GE hat klarstellenden Charakter und schafft Transparenz für Träger und Betroffene, welche Fristen und Verfahren für welche Antragsteile gelten. Richtig ist, dass nicht-teilhabebezogene Leistungen (z. B. reine Existenzsicherung nach SGB II) nicht in das Teilhabeplanverfahren nach §§ 14 ff. SGB IX „hineingezogen" werden. Betroffene sollen weiterhin einen Antrag stellen können, auch wenn dieser verschiedene Leistungsarten umfasst.

Folgende Ergänzungen wären aus Sicht des VdK hier sinnvoll: der angegangene Träger informiert den Antragsteller umgehend darüber, dass nur der Teilhabe-Teil nach §§ 14 ff. SGB IX bearbeitet wird und welche Fristen dafür gelten. Auch hier wäre ein Hinweis auf § 16 SGB I sinnvoll.

3. Fehlende Regelungen

Das SGB IX selbst sieht kein trägerübergreifendes Fallmanagement als eigenständige Leistung vor, sondern regelt trägerspezifische Koordinierungs- und Planungsverfahren (Teilhabeplanverfahren, Teilhabekonferenz). Fallmanagement als Leistung existiert nur in einzelnen Leistungsgesetzen wie dem SGB XIV, dem SGB VI und dem SGB III[4].

Nach § 55 Abs. 3 des Entwurfs der GE sollen diese Träger die Erkenntnisse ihres jeweiligen Fallmanagements in das Teilhabeplan einbringen. Es ist bedauerlich, dass der GE-Entwurf hier kein allgemeines trägerübergreifendes Fallmanagement abbildet. Das wäre aus Sicht des VdK eine sinnvolle Weiterentwicklung des Reha-Geschehens im Sinne einer koordinierten Zusammenarbeit der Träger.

[3] https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_1/__16.html

[4] § 28b SGB III wurde mit dem SGB III-Modernisierungsgesetz eingefügt und regelt die umfassende Beratung junger Menschen durch die Agentur für Arbeit. Damit wurde erstmals den Begriff „Fallmanagement" explizit im SGB III eingeführt – allerdings nur für die Beratung junger Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf.