

Eckpunkte der Diakonie Deutschland zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation



Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Vorwort | 3 |
| 1 Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation | 4 |
| 2 Personen mit komplexen Teilhabeeinschränkungen und besonderen Bedarfen rehabilitieren – medizinische Rehabilitation neu ausrichten | 5 |
| 3 Rehabilitative Versorgung sicherstellen und weiterentwickeln | 7 |
| 3.1 Sicherstellung und Kooperation im Sozialraum | 7 |
| 3.2 Vertragsrecht reformieren – Novellierung des SGB IX | 7 |
| 4 Gemeinwohlorientierung sichern, Einfluss von Finanzinvestoren begrenzen | 9 |
| 5 Zugangshürden abbauen | 10 |
| 5.1 Medizinische Prüfung durch die Krankenkassen begrenzen | 10 |
| 5.2 Frühzeitige Bedarfserkennung verbessern, Bedarfsermittlung öffnen | 10 |
| 5.3 Konkretisierung und Aktualisierung der Bedarfsermittlung durch Reha-Einrichtungen | 10 |
| 5.4 Medizinische Rehabilitation für pflegende Angehörige zugänglicher machen, Pflegebedürftige gut versorgen | 11 |
| 5.5 Fallbegleitung verwirklichen | 11 |
| 6 Mobile Rehabilitation bundesweit und flächendeckend umsetzen | 12 |
| 7 Komplexleistung Frühförderung weiterentwickeln | 13 |
| 8 Leistungen zur stationären medizinischen Vorsorge und Rehabilitation der GKV für Mütter und Väter sichern | 14 |
| 9 Medizinische Rehabilitation bei (drohender) Pflegebedürftigkeit stärken | 15 |
| 10 Medizinische Rehabilitation von langzeitarbeitslosen Menschen besser erschließen | 17 |
| 11 Medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen weiterentwickeln | 18 |
| 12 Medizinische Rehabilitation für psychisch kranke Menschen besser erschließen | 19 |
| 13 Ambulante medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen sichern | 20 |
| 14 Medizinische Rehabilitation barrierefrei und inklusiv gestalten | 21 |
| 15 Medizinische Rehabilitation ökologisch nachhaltig gestalten – Klimaschutz und Klimaanpassung | 22 |
| 16 Wirtschaftlichkeit der Einrichtungen gewährleisten, Schiedsstellen im SGB VI schaffen und Reha-Deckel abschaffen | 23 |
| Impressum | 24 |

Vorwort

Mit diesem Papier legt die Diakonie Deutschland Eckpunkte zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation vor. Es ist unser diakonisches Anliegen, Not zu lindern, ungerechte gesellschaftliche Verhältnisse zu verändern und uns anwaltschaftlich mit und für den betroffenen Menschen zu engagieren.

Wir sind als Diakonie Deutschland Mitgestalterin des Sozialstaats und es ist unser Ziel, dass soziale Sicherheit, Teilhabe und gesundheitliche Chancengleichheit verwirklicht werden. Die Weiterentwicklung der medizinisch-rehabilitativen Infrastruktur ist ein Beitrag dazu, die sozialstaatliche Daseinsvorsorge für die Bürgerinnen und Bürger krisenfester zu machen. Denn eine gute rehabilitative Versorgung zeigt, dass jeder Mensch mit seiner Würde und seinen Rechten zählt.

In der aktuellen sozialpolitischen Situation wollen wir mit den Eckpunkten auf die größer werdende Bedeutung der medizinischen Rehabilitation hinweisen. Sie dient der Teilhabesicherung – sei es nach einem Unfall, in einem längeren Behandlungsprozess, bei (drohender) chronischer Krankheit, Pflegebedürftigkeit oder anderen, etwa psychisch bedingten Einschränkungen – und hat für die Rehabilitanden oftmals eine existenzielle Bedeutung. In einer älter werdenden Gesellschaft sichert sie auch die Beschäftigungsfähigkeit vieler Menschen ab. Die Diakonie Deutschland setzt sich dafür ein, dass sich die Bürgerinnen und Bürger aller Altersgruppen und unabhängig von ihrem sozialen Status auf die rehabilitative Infrastruktur verlassen können.

Das in unserer Gesellschaft etablierte Geflecht der medizinischen Rehabilitation hat sich in vielfacher Hinsicht bewährt. Trotzdem bedarf es deutlicher Reformen, um auch Menschen mit besonderen Bedarfen, die bislang kaum Rehabilitationschancen hatten, Leistungen zu erschließen. Beispielhaft sind hier pflegebedürftige, psychisch kranke oder Menschen mit komplexeren Beeinträchtigungen und Teilhabeeinschränkungen zu nennen.

In diesen Eckpunkten werden dazu mehrere Vorschläge gemacht, die sich nicht nur an die politisch Verantwortlichen auf Bundesebene, in den Ländern und Kommunen, sondern auch an die Rehabilitationsträger, die Fachgesellschaften, Bundes- und Landesbehörden, die Selbsthilfe und die rehabilitativen Einrichtungen und ihre Verbände richten.

Die diakonischen Vorschläge thematisieren die unzureichende Datenlage zu besonderen Bedarfen, konzeptionelle Hürden, Probleme der Bedarfserkennung und -ermittlung und nicht ausreichende rehabilitative Angebote; vor allem die geringe Zahl mobiler Rehabilitationsdienste ist zu nennen. Wir machen auf Probleme des Sicherstellungsauftrags aufmerksam und die Tatsache, dass die Leistungen refinanziert werden müssen.

Weil die Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation im Interesse unterschiedlicher Akteure ist, setzt die Diakonie auf einen fachlichen und politischen Verständigungsprozess mit dem Ziel, für alle Menschen mit gesundheitlich bedingten Teilhabeeinschränkungen eine qualifizierte rehabilitative Versorgung zu gewährleisten.



Elke Ronneberger

Bundesvorständin Sozialpolitik der Diakonie Deutschland

1

Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation leistet einen Beitrag zu Teilhabe und Gesundheit, zur Achtung der Würde aller Menschen und zur sozialen Sicherheit. Die rehabilitative Infrastruktur ist ein Element der sozialstaatlichen Daseinsvorsorge, deren Funktionieren das Vertrauen der Bürgerinnen und Bürger in das Gemeinwesen stärkt. Sie leistet auch einen Beitrag für die Funktionsfähigkeit der Wirtschaft und anderer sozialer Sicherungssysteme. Dazu gehören auch die Erhaltung der Erwerbsfähigkeit und die Verringerung des Risikos, pflegebedürftig zu werden.

Damit diese Anliegen verwirklicht werden, setzt sich die Diakonie Deutschland dafür ein, den Zugang zur medizinischen Rehabilitation zu erleichtern, den Teilhabebedarf frühzeitig zu erkennen und die rehabilitative Versorgung stärker in Versorgungsketten und die Sozialräume zu integrieren. Die unterschiedlichen Sektoren dürfen die Versorgungsketten nicht unterbrechen.

Aufgrund des demografischen Wandels, des damit verbundenen Anstiegs von chronischen Krankheiten und (drohenden) Teilhabeeinschränkungen, der gesundheitlichen Ungleichheit sowie der aus der UN-Behindertenrechtskonvention resultierenden Verpflichtungen, die auch im SGB IX Niederschlag gefunden haben, bedarf es aus Sicht der Diakonie Deutschland mutiger Reformen, um Teilhabe zu sichern. Ein besonderes Augenmerk ist auf die rehabilitative Versorgung von Menschen mit besonderen Bedarfen zu richten.

2

Personen mit komplexen Teilhabe-einschränkungen und besonderen Bedarfen rehabilitieren – medizinische Rehabilitation neu ausrichten

In den Rehabilitationswissenschaften, in der Selbsthilfe und bei Fachverbänden mehren sich Hinweise auf Versorgungslücken durch fehlende Angebote in der medizinischen Rehabilitation für Menschen mit komplexen Teilhabe-einschränkungen beziehungsweise besonderen Bedarfen. Sie haben deshalb oftmals nur begrenzte Rehabilitations- und Teilhabechancen. Komplexe Teilhabe-einschränkungen zeichnen sich durch Beeinträchtigungen mehrerer Aktivitäten in verschiedenen Lebenssituationen (bei meist multiplen Schädigungen) aus. Die von Unterversorgung betroffenen Personenkreise unterscheiden sich sowohl in den Indikationen als auch den Teilhabe-einschränkungen, die sie verursachen, deutlich.

Besondere Bedarfe können unter anderem bei folgenden Konstellationen auftreten: bei Pflegebedürftigkeit, Menschen mit schweren teilhaberelevanten psychischen Störungen, bei vorbestehenden Behinderungen und spezifischen, die Rehabilitation begründenden Erkrankungen (zum Beispiel mit Cochlea-Implantat), in einem postakuten Zustand mit noch hohem behandlungspflegerischen und individuellem Therapiebedarf (zum Beispiel nach großen Operationen), bei Multimorbidität, bei Post- bzw. Long-Covid-Erkrankungen, Seh- oder Hörbeeinträchtigungen, bei Angewiesenheit auf ein spezifisches rehabilitatives Setting (zum Beispiel im häuslichen Umfeld).

Die Versorgungsprobleme sind nicht allein durch ein besseres Schnittstellenmanagement, Abbau von Barrieren und einen leichteren Zugang zu Leistungen zu lösen, sondern durch eine Veränderung der rehabilitativen Leistungsangebote.

Viele Patienten könnten realistische Teilhabeziele erreichen, wenn sie auf Angebote einer komplexen Rehabilitation auch bei hoher Behandlungs- und Pflegebedürftigkeit zurückgreifen könnten, die in unterschiedlichen Settings ansetzt – etwa als mobile geriatrische Rehabilitation, auch in Pflegeeinrichtungen, als ambulante rehabilitative Elemente für psychisch kranke Menschen oder als spezialisierte Rehabilitationsangebote für Menschen mit Sinnes- oder anderen Beeinträchtigungen.

Die Rehabilitationseinrichtungen können besonderen Bedarfe nur durch Mehraufwand begegnen. Hierzu gehören unter anderem ein erhöhter Aufwand bei der Anamnese, ein erhöhter Personalbedarf, eine erhöhte Therapiefrequenz, ein erhöhter Beratungsbedarf und Schnittstellenmanagement.

Bestehende Angebote kommen bei der rehabilitativen Behandlung komplexer Teilhabe-einschränkungen oftmals nicht nur hinsichtlich ihrer Ausstattung an ihre Grenzen.

Versorgungsdefizite verbinden sich mit konzeptionellen Problemen, zu nennen sind Annahmen zu fehlender Rehabilitationsfähigkeit, unrealistischen Rehabilitationszielen (Rehabilitationsprognose) und zu Zweifeln an Kooperationsfähigkeit und zur Motivierbarkeit. Das Konzept der Rehabilitationsfähigkeit (und der Rehabilitationsprognose) ist jedoch nicht gesetzlich unterlegt. Es sollte aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht nur im Zusammenspiel von Belastungen und individuellen Rehabilitationszielen, Kontextfaktoren und Rehastrategien in einem Setting verwendet werden (vgl. dazu auch die Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation des MDB https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/2023_11_09_BGA_Vorsorge_und_Reha_V231211.pdf), beziehungsweise ersetzt werden durch Aussagen zur Ermöglichung von Teilhabe durch Rehabilitation. Andernfalls dient das

Konstrukt der Rehabilitationsfähigkeit dazu, Leistungsansprüche an defizitären Angeboten zu messen und in der Konsequenz auszuhebeln.

Die Diakonie Deutschland macht folgende Vorschläge:

- Die Rehabilitationsträger sollten – ihrem gesetzlichen Auftrag entsprechend – umfänglich über Dienste und Einrichtungen informieren, die rehabilitative Leistungen bei komplexen Teilhabebeeinschränkungen beziehungsweise besonderen Bedarfen anbieten.
- Die Rehabilitationsträger und die Verbände der Leistungserbringer einschließlich der Freien Wohlfahrtspflege sollten sich gemeinsam öffentlich – auch in Umsetzung des Sicherstellungsauftrags – zur medizinischen Rehabilitation auch für Personen mit besonderen Bedarfen verpflichten.
- Vor dem Hintergrund der neuen »Verbindlichen Entscheidungen« der DRV und der Rahmenempfehlungen Vorsorge und Rehabilitation des GKV-Spitzenverbands und der Spitzenverbände der Reha-Leistungserbringer gehen die Rehabilitationsträger auf die Rehabilitationseinrichtungen zu und regen die Entwicklung von Rehabilitationskonzepten für Personengruppen mit besonderen Bedarfen an.
- Auf Bundesebene sollen – bei Einbezug rehabilitationswissenschaftlichen Sachverstands – die Träger der medizinischen Rehabilitation, die Leistungserbringer einschließlich der Wohlfahrtsverbände sowie der Verbände der behinderten Menschen und der Selbsthilfe in einem Konsensverfahren das missverständliche Konzept der »Rehabilitationsfähigkeit« klären oder durch Konzepte der Teilhabeermöglichung ablösen. **In der Folge sind die entsprechenden untergesetzlichen Regelungen anzupassen.** Die Aufgabe ist im SGB IX zu verankern. Dies gilt analog auch für die »Rehabilitationsprognose«.
- Das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖP), das Robert Koch-Institut (RKI) und die zuständigen Stellen auf Landesebene sollten – unter Beteiligung der Rehabilitationswissenschaften, der Reha-Träger und der Beratungsstellen, einschließlich der Selbsthilfe – die vorhandenen Daten zu besonderen rehabilitativen Bedarfen zusammentragen sowie im Rahmen der Teilhabeforschung Projekte anstoßen. Die Aufgabe ist im SGB IX zu verankern.
- Ebenfalls auf Bundesebene und im SGB IX verankert, verstündigen sich die Träger der medizinischen Rehabilitation, die Leistungserbringer – einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege – unter Einbezug der Verbände der Menschen mit Behinderungen und der Selbsthilfe sowie fachwissenschaftlichen Sachverstands auf Empfehlungen zur Versorgung von Menschen mit komplexen Teilhabebeeinschränkungen und besonderen Bedarfen. Dazu gehört auch das Konzept der »Komplexen Stationären Rehabilitation«, das sich in den Kliniken der Berufsgenossenschaften bewährt hat. Für die Empfehlungen ist eine Schiedsstellenregelung zu schaffen.

3

Rehabilitative Versorgung sicherstellen und weiterentwickeln

3.1 Sicherstellung und Kooperation im Sozialraum

Nach § 36 (Rehabilitationsdienste und -einrichtungen) Abs. 1 SGB IX »wirken die Rehabilitationsträger (...) gemeinsam unter Beteiligung der Bundesregierung und der Landesregierungen darauf hin, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Anzahl und Qualität zur Verfügung stehen. Dabei achten die Rehabilitationsträger darauf, dass für eine ausreichende Anzahl von Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen keine Zugangs- und Kommunikationsbarrieren bestehen. Die Verbände von Menschen mit Behinderungen, einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen von Frauen mit Behinderungen sowie die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spaltenverbände werden beteiligt«.

- Da keine Wege beziehungsweise Instrumente genannt werden, werden diese Bestimmungen nicht umgesetzt. Damit können sich die im § 36 genannten Akteure der politischen Verantwortung für die rehabilitative Infrastruktur entziehen. Es wird vorgeschlagen, dass ein anschließender Abs. 2 eine Berichtspflicht der Bundesregierung gegenüber dem Bundestag über den Stand der Umsetzung nach Abs. 1 im Bereich der medizinischen Rehabilitation formuliert. Die Rehabilitationsträger melden, wie sie regional ermitteln, welche Rehabilitationsdienste und -einrichtungen fachlich bedarfsdeckend erforderlich sind, ob dabei Hinweise auf Unter-, Über- und Fehlversorgung festgestellt wurden und welche Maßnahmen sie dazu ergreifen. Die Erstellung des Berichts und die Beteiligungsrechte werden analog zum Teilhabeverfahrensbericht geregelt.
- Es wird ferner vorgeschlagen, dass die für die medizinische Rehabilitation zuständigen Rehabilitationsträger und ihre Verbände regionale Arbeitsgemeinschaften bilden. Die Soll-Bestimmung des § 25 Abs. 4 SGB IX ist dazu zu reformulieren.
- Es wird vorgeschlagen, dass in § 36 (Rehabilitationsdienste und -einrichtungen) SGB X fixiert wird, dass sich in den Ländern die Arbeitsgemeinschaften der Rehabilitationsträger und die Landesregierungen unter Beteiligung der Verbände der Leistungserbringer, einschließlich der Freien Wohlfahrtspflege, auf der Basis der regionalen Gesundheitsberichterstattung und anderer Datenquellen auf Grundzüge der wohnortnahen, das heißt ambulanten beziehungsweise mobilen rehabilitativen Versorgung in den Sozialräumen verständigen. Zur Umsetzung schließen die Leistungsträger und die Leistungserbringer Verträge zur ambulanten Versorgung.
- In SGB V und VI sind verweisende Aussagen auf die Sicherung der rehabilitativen Versorgung in den Ländern und Regionen beziehungsweise im Sozialraum aufzunehmen, die auch als Brückenregelungen zwischen den Sozialversicherungszweigen beziehungsweise Sozialgesetzbüchern fungieren.

3.2 Vertragsrecht reformieren – Novellierung des SGB IX

Das Vertragsrecht in der medizinischen Rehabilitation läuft zwischen der GKV (es gelten die Rahmenempfehlungen Vorsorge und Rehabilitation nach §§ 111 Abs. 7, 111a Abs. 1 und 111c Abs. 5 SGB V) und der DRV (es gelten die »Verbindlichen Entscheidungen« nach § 15 Abs. 9 SGB VI) auseinander und konfrontiert die Rehabilitationseinrichtungen mit komplexen Doppelstrukturen.

- Die Diakonie Deutschland schlägt einen Konsultationsprozess vor, der das Ziel verfolgt, das Vertragsrecht zu harmonisieren. Sie verbindet dies mit dem Anliegen, die gemeinsame Selbstverwaltung zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern durch Vertragspartnerschaften zu stärken.
- In einem ersten Schritt sind – unabhängig vom Konsultationsprozesses – die Leistungsansprüche zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen zwischen DRV und GKV im Sinne des Rechts der Rentenversicherung (DRV) zu harmonisieren.
- In einem weiteren Schritt ist zu prüfen, wie die Verfahren von GKV und DRV zur externen, das heißt vergleichenden Qualitätssicherung in ein gemeinsames Verfahren des GKV, der DRV-Bund und der Leistungserbringer zu überführen sind.

Weitere Themen des von der Diakonie Deutschland vorgeschlagenen Konsultationsprozesses, der in einer Novellierung des SGB IX mündet, sollten die in diesem Text formulierten Anregungen sein:

- zum Sicherstellungsauftrag des § 36 SGB IX
- zu den regionalen Arbeitsgemeinschaften der Rehabilitationsträger
- zu den Verträgen in den Ländern zur Sicherung der ambulanten beziehungsweise mobilen rehabilitativen Versorgung in den Sozialräumen
- zur mobilen Rehabilitation
- zum Fallmanagement
- zu gemeinsamen Rahmenempfehlungen der Träger und Leistungserbringer der medizinischen Rehabilitation zu besonderen Bedarfen und einer darauf bezogenen Schiedsstellenregelung
- zu den vorgeschlagenen Regelungen zum bevölkerungsbezogenen Bedarf
- zu den Konzepten der »Rehabilitationsfähigkeit« und »Rehabilitationsprognose«
- zu den Verträgen nach § 38 SGB IX
- zur Begrenzung des Einflusses von Finanzinvestoren
- zur Bedarfserkennung
- zur Komplexleistung Frühförderung

4

Gemeinwohlorientierung sichern, Einfluss von Finanzinvestoren begrenzen

Wie auch andere Bereichen der Daseinsvorsorge einschließlich des Gesundheitswesens, ist die medizinische Rehabilitation ein attraktives Betätigungsfeld für Finanzinvestoren. Ihre renditebezogenen Ziele setzen auf hohe Einnahmen in kurzen Zeiträumen. Dies wirft Fragen zu Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung, aber auch zu einer langfristig kooperativen Verantwortungsübernahme im Sozialraum zugunsten der Patient:innen auf. Dies betrifft insbesondere die Versorgung von Patient:innen mit komplexen Teilhabeeinschränkungen beziehungsweise besonderen Bedarfen. Zudem fördern rendite- und investmentbezogene Ziele nicht eine am Bedarf orientierte Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern, was in Reha-Prozessen besondere Bedeutung hat.

Bereits durch das GKV-Versorgungsgesetz hatte der Gesetzgeber die Berechtigung der Gründung von medizinischen Versorgungszentren eingeschränkt. In der Begründung zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (2019) heißt es dazu zurückblickend: »Damit sollte der Entwicklung entgegengewirkt werden, dass medizinische Versorgungszentren immer häufiger von Investoren gegründet werden, die allein Kapitalinteressen verfolgen und keinen fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung haben. Die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen von Kapitalinteressen sollte gewährleistet werden.« (BT-Drucks. 19/6337, S. 116). Die BAGFW hat in ihrer Stellungnahme (vom 17.08.2018) gefordert, dass über den Kreis der MVZs hinaus auch keine weiteren Einrichtungen des Gesundheitswesens, genannt werden unter anderem auch Rehabilitationseinrichtungen, in den Besitz von Finanzinvestoren kommen dürfen.

- Die Diakonie Deutschland setzt sich für zugangsbeschränkende Regelungen für Finanzinvestoren im Sozialgesetzbuch IX sowie entsprechende Bestimmungen im Sozialgesetzbuch V und VI ein.

5 Zugangshürden abbauen

5.1 Medizinische Prüfung durch die Krankenkassen begrenzen

Bei einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation wird von den Krankenkassen nicht überprüft, ob sie medizinisch notwendig ist, sofern die Indikation durch dafür geeignete Abschätzungsinstrumente vertragsärztlich überprüft wurde. Für alle anderen Indikationen gilt dies nicht.

- Um den Zugang zu Leistungen zu erleichtern, ist die Regelung für die geriatrische Rehabilitation auf alle Indikationen zu verallgemeinern.
- Die Prüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkassen ist auch für eine Anschlussrehabilitation aus dem Krankenhaus heraus überflüssig, die gesetzlichen Bestimmungen im SGB V und die Reha-Richtlinie des G-BA sind entsprechend zu verändern.

5.2 Frühzeitige Bedarfserkennung verbessern, Bedarfsermittlung öffnen

Nach dem SGB IX stellen die Rehabilitationsträger »durch geeignete Maßnahmen sicher, dass ein Rehabilitationsbedarf frühzeitig erkannt und auf eine Antragstellung der Leistungsberechtigten hingewirkt wird« (§12 Abs. 1). Teilhabeleistungen haben Vorrang vor Rentenleistungen. Pflegebedürftigkeit soll vermieden, gemindert, überwunden oder eine Verschlimmerung verhütet werden (vgl. § 9 SGB IX). In der »Gemeinen Empfehlung Reha-Prozess« haben sich die Rehabilitationsträger auf Aussagen zur Ausgestaltung der frühzeitigen Bedarfserkennung geeinigt.

- Als einen Schritt, um Rehabilitationsbedarfe besser frühzeitig zu erkennen, schlägt die Diakonie Deutschland vor, dass die gesetzlichen Krankenkassen und die gesetzliche Rentenversicherung von sich aus auf Versicherte zugehen, bei denen Anzeichen für einen möglichen Teilhabebedarf bestehen (zum Beispiel bei sechswöchiger Arbeitsunfähigkeit) und rehabilitative (oder präventive) Leistungen anregen.
- Die Diakonie Deutschland schlägt vor, dass sich Rehabilitationsträger, Leistungserbringer, die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege und andere Träger von »Settings« auf Schritte verständigen, wie eine frühzeitige Bedarfserkennung in verschiedenen Handlungsfeldern besser verwirklicht wird.
- Die Diakonie Deutschland schlägt vor, dass in Zukunft auch Pflegefachpersonen und andere hinreichend qualifizierte medizinische Berufsgruppen Aufgaben im Rahmen der Bedarfsermittlung und der Einleitung des Reha-Prozesses übernehmen können. Die gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen sind dazu zu verändern.

5.3 Konkretisierung und Aktualisierung der Bedarfsermittlung durch Reha-Einrichtungen

Im Rahmen des Eingangs-Assessments kann es zu Veränderungen beziehungsweise Ergänzungen des formulierten Teilhabebedarfs kommen, mit der die Patienten: innen der Rehaeinrichtung zugewiesen werden.

- Die Diakonie Deutschland plädiert dafür, die Aufgabe der Konkretisierung beziehungsweise Ergänzung des Rehabilitationsbedarfs durch die Rehaeinrichtung im SGB IX zu verankern; die darauf bezogenen Regelungen (vor allem: GE Reha-Prozess), sind zu verändern; die Leistungen der Rehaeinrichtungen sind zu refinanzieren. Die Konkretisierung und Aktualisierung der Bedarfsermittlung sind in § 38 (Verträge mit Leistungserbringern) SGB IX aufzunehmen.

5.4 Medizinische Rehabilitation für pflegende Angehörige zugänglicher machen, Pflegebedürftige gut versorgen

Durch die Schaffung des § 42b im SGB XI und Veränderungen im § 40 SGB V sollte das Anliegen verwirklicht werden, dass pflegebedürftige Personen während der Zeit, in der ihre Pflegeperson eine stationäre Rehabilitations- oder Vorsorgeleistung in Anspruch nimmt, in derselben Einrichtung (oder einer nahegelegenen stationären Pflegeeinrichtung) versorgt werden. Auf diese Weise sollte eine Hürde für die Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation und Vorsorge durch pflegende Angehörige abgebaut werden.

- Die Regelungen haben sich jedoch als äußerst praxisfern und als zu komplex erwiesen. Sie müssen dringend durch eine Novellierung vereinfacht, transparent und trägerübergreifend gestaltet werden. Der Antrag auf Kostentragung für die Unterbringung und Versorgung der pflegebedürftigen Person sollte einheitlich für alle Fallkonstellationen durch den jeweils für die Rehabilitation oder Vorsorge zuständigen Kostenträger erfolgen.

5.5 Fallbegleitung verwirklichen

Vor allem Personen mit komplexen Teilhabeeinschränkungen beziehungsweise besonderen Bedarfen brauchen sowohl einen besseren Zugang als auch eine bessere Abstimmung des Versorgungsprozesses und eine sektorenübergreifende Fallbegleitung. Hinweise zur Fallbegleitung hat die Diakonie bereits in ihrem Papier zur sektorenübergreifenden Versorgung multimorbider alter Menschen gegeben (vgl. Diakonie Deutschland, Sektorenübergreifende Versorgung für multimorbide alte Menschen, Berlin 2017: https://www.diakonie.de/informieren/blog/tomas-steffens/2025/sektoren_uebergreifende-versorgung-verwirklichen). Weil das System der Teilhabeleistungen wie das Gesundheits- und Sozialsystem sehr differenziert ist, müssen Information, Beratung und Koordinierung rechtskreisübergreifend stattfinden.

Die Etablierung eines Fallmanagements in der Rentenversicherung (SGB VI) durch das SGB VI-Anpassungsgesetz wird von der Diakonie Deutschland ausdrücklich begrüßt. Eine Fallbegleitung ist jedoch auch für die Personen mit Teilhabebedarf sinnvoll, für die die Teilhabe am Arbeitsleben nicht im Vordergrund steht und die deshalb nicht über die Rentenversicherung Teilhabeleistungen erhalten oder – wie Kinder und Jugendliche – sowohl über die Renten- als auch über die Krankenkasse Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten können.

- Laut Koalitionsvertrag wird geprüft, ob das Fallmanagement auf weitere Sozialgesetzbücher ausgeweitet wird. Die Diakonie Deutschland spricht sich dafür aus, das Fallmanagement perspektivisch im trägerübergreifenden Recht Rehabilitation, dem SGB IX, auszustalten. Für die Versorgung von Patient:innen, die (noch) keine Leistungen der medizinischen Rehabilitation erhalten, ist es sinnvoll, dass sich die Akteure (einschließlich der Leistungserbringer) im Sozialraum beziehungsweise in der Gesundheitsregion darauf verständigen, welche Institution für Patient:innen bei Bedarf die Aufgabe der Fallbegleitung wahrnimmt; dies können auch diakonische Einrichtungen sein.

6

Mobile Rehabilitation bundesweit und flächendeckend umsetzen

Die mobile Rehabilitation hat sich als Form der Teilhabesicherung bewährt. Sie ist nicht (mehr) auf bestimmte Indikationen beschränkt. Für die rehabilitative Versorgung einiger Patientengruppen, zum Beispiel pflegebedürftigen Menschen, hat sich mobile Rehabilitation als besonders geeignete Rehabilitationsform herausgestellt. Hervorgehoben werden soll, dass durch das mobile Team auch Aufgaben der Beratung und des Zugangs zu anderen Leistungen (zum Beispiel Mobilitätsdienst) wahrgenommen werden können.

- Angesichts der zögerlichen Umsetzung dieser Form der Rehabilitation schlägt die Diakonie Deutschland vor, die bedarfsgerechte Realisierung mobiler Rehabilitationsdienste in den Sozialräumen verpflichtend in die Sozialgesetzbücher V und VI und IX aufzunehmen. Durch eine Anschubfinanzierung sollen die Länder und der Bund den Ausbau unterstützen.

7

Komplexleistung Frühförderung weiterentwickeln

Leistungen der Frühförderung werden zusammen mit heilpädagogischen Leistungen als Komplexleistung erbracht. Die im SGB IX (§ 46 in Verbindung mit § 79) und in der Frühförderungsverordnung formulierten Regelungen müssen bei der Entwicklung einer inklusiven Kinder- und Jugendhilfe intakt bleiben.

- Eine interdisziplinäre Diagnostik und die Erstellung eines Förder- und Behandlungsplans nach der Frühförderungsverordnung, der bei Bedarf sowohl die medizinisch-rehabilitativen als auch heilpädagogischen Leistungen umfasst, ist immer Voraussetzung für Leistungen der Rehabilitationsträger.
- Die Leistungen enden nach geltender Rechtslage mit Schuleintritt. Um den Übergang des Kindes in die Schule gut zu begleiten, ist es notwendig, dass Frühförderung bis Ende des ersten Schuljahres erbracht werden kann. Dazu sind die Bestimmungen in § 79 SGB IX und in der Frühförderungsverordnung zu verändern.
- Für die Komplexleistung gibt es bislang keine Schiedsstellen in den Ländern. Um Blockaden zwischen den Vertragspartnern vor Ort zu verhindern, fordert die Diakonie Deutschland ihre Einrichtung durch eine gesetzliche Bestimmung im SGB IX.

8

Leistungen zur stationären medizinischen Vorsorge und Rehabilitation der GKV für Mütter und Väter sichern

Die unter dem Dach des Müttergenesungswerks (beziehungsweise des Evangelischen Fachverbands für Frauengesundheit e.V.) arbeitenden Kliniken (sowie Beratungsstellen) für Leistungen nach §§ 24 sowie 41 SGB V leisten einen wichtigen Beitrag zur Gesundheit und Teilhabe von Müttern und (in einigen Einrichtungen auch von Vätern), damit von Familien. Die Leistung kann auch in Form einer Mutter- beziehungsweise Vater-Kind-Maßnahme durchgeführt werden.

Die antragstellenden Personen stehen jedoch vor dem Problem, dass die Wartezeiten ausgesprochen lange (bis zu einem Jahr) sind. Um den Rechtsanspruch der Mütter und Väter einlösen zu können, muss die Zahl der Klinikplätze erhöht werden.

- Die Diakonie Deutschland regt an, dass Bund, Länder und Krankenkassen sich auf ein Förderprogramm zum Ausbau der Bettenzahl verständigen.

Im Unterschied zur Vorsorge werden die Kliniken im Bereich der medizinischen Rehabilitation nur sehr gering belegt; durch den Versorgungsvertrag sind diese Kliniken dennoch zur Vorhaltung von Ressourcen verpflichtet.

- Die Diakonie Deutschland schlägt vor, dass sich zur Klärung von Fragen der Zuweisung in der medizinischen Rehabilitation von Müttern und Vätern die GKV und die Leistungserbringerseite, einschließlich der Wohlfahrtsverbände, und das Müttergenesungswerk auf Regeln zur Auslegung der Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation verständigen, damit der Rechtsanspruch der Mütter beziehungsweise Väter nicht ins Leere läuft.

Die Zahl der Beratungsstellen für Mutter- / Vater-Kind-Kuren, deren Aufgaben auch Vorbereitung auf die Maßnahme und Nachsorge sind, nimmt in den letzten Jahren drastisch ab. Vorschläge der BAGFW, der Diakonie Deutschland und des MGW zu einem Rechtsanspruch auf vor- und nachstationäre Beratungs- beziehungsweise Nachsorgeleistungen (und zu entsprechenden Rahmenverträgen mit den Verbänden) wurden bislang nicht aufgegriffen.

- Die Diakonie Deutschland schlägt einen Konsultationsprozess zwischen Krankenkassen, politisch Verantwortlichen in Bund und Ländern und den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege dazu vor, wie im Sozialraum Beratung, Begleitung und Nachsorge in Zukunft gesichert werden können.

9

Medizinische Rehabilitation bei (drohender) Pflegebedürftigkeit stärken

Zahlreiche Probleme der Bedarfserkennung, der Angebotsstruktur und der Bewältigung von Schnittstellen prägen zusammen mit konzeptionellen Fragen zur Rolle der medizinischen Rehabilitation die Versorgungsrealität der Rehabilitation von Menschen bei (drohender) Pflegebedürftigkeit. Um dem Grundsatz »Reha vor Pflege«, aber auch der Teilhabesicherung von pflegebedürftigen Menschen (»Reha bei Pflege«) nachzukommen, sollten aus Sicht der Diakonie Deutschland prioritär folgende Anliegen verwirklicht werden:

- Ein Schlüsselement ist der präventive Hausbesuch bei älteren Menschen, der sich in zahlreichen Kommunen bewährt hat, um mit Menschen über Gesundheit und Teilhabe in den Austausch zu treten, zu informieren, zu beraten und fallbezogen auch Anzeichen für einen möglichen Bedarf an Teilhabeleistungen zu erkennen und Leistungen zu vermitteln.
- Vor allem bei komplexen Konstellationen kann eine Fallbegleitung geboten sein. Der präventive Hausbesuch und die Fallbegleitung sind sektorenübergreifend in den Sozialräumen zu verankern.
- Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels einerseits und Versorgungsdefiziten andererseits ist die ambulante geriatrische Versorgung auszubauen. Geriatrische Zentren können auch Aufgaben der Vernetzung und der Fallbegleitung wahrnehmen.
- Die Diakonie Deutschland hat in einem Papier zu Eckpunkten für die Versorgung multimorbider alter Menschen ein Konzept für sektorenübergreifende – über die Akutversorgung und auch die medizinische Rehabilitation hinausgehende – Verbünde im Sozialraum formuliert (vgl.: Diakonie Deutschland: Sektorenübergreifende Versorgung für multimorbide alte Menschen, Diakonie Text 01.2017; abzurufen unter: <https://www.diakonie.de/informieren/blog/tomas-steffens/2025/sektorenuebergreifende-versorgung-verwirklichen>.) In SGB IX, XII und V sind entsprechende sozialräumliche Kooperationsanforderungen zu formulieren. Die Verbundpartner, einschließlich der Krankenkassen, müssen die rehabilitative Versorgung älterer Menschen sichern.
- Die mobile Rehabilitation ist bundesweit und flächendeckend zu verwirklichen, denn sie kann einen wesentlichen Beitrag zur rehabilitativen Versorgung in unterschiedlichen Settings (unter anderem auch in den stationären Pflegeeinrichtungen) leisten.
- Zur Bewältigung der Schnittstellenprobleme sind unter anderem für die Krankenhäuser, die Kurzzeitpflege, die Tagespflege, Tageskliniken, für stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen und geriatrische Zentren zwischen den Leistungsträgern und den Leistungserbringern in den regionalen Verbünden Verfahren zu vereinbaren, um einen Rehabilitationsbedarf frühzeitig zu erkennen und unter Beteiligung des Fallmanagements den Reha-Prozess einzuleiten. Die Verfahrensklärungen sind Voraussetzung dafür, dass das Fallmanagement frühzeitig einbezogen werden kann. Auf Bundesebene wird eine Rahmenvereinbarung zwischen den Rehabilitationsträgern und den Spitzenverbänden der Leistungserbringer, einschließlich der Freien Wohlfahrtsverbände, getroffen.

- Im Kontext der medizinischen Rehabilitation sind die Kompetenzen der Pflegefachpersonen auszuweiten: Nehmen Pflegefachpersonen (einschließlich Public Health/Community Nurses oder anderer nichtärztlicher Gesundheitsberufe) bei den von ihnen versorgten, behandelten oder beratenen Personen in der ambulanten oder stationären pflegerischen Versorgung, im Rahmen der Krankenbehandlung oder im Kontext einer Beratung Anzeichen dafür wahr, dass Teilhabeeinschränkungen oder Pflegebedürftigkeit durch Leistungen der medizinischen Rehabilitation, einschließlich der mobilen Rehabilitation, gemindert werden könnten, dann informieren und beraten sie die pflegebedürftige Person und die An- und Zugehörigen zu den Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation. Sie informieren die Pflegekasse und den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin und leiten mit Einverständnis der pflegebedürftigen Person den Rehabilitationsprozess ein. SGB XI und V und IX sind entsprechend zu verändern.

10

Medizinische Rehabilitation von langzeitarbeitslosen Menschen besser erschließen

Eine aus den Reihen der Diakonie herausgegebene Studie (vgl.: <https://arbeit-lohnt-sich-immer.de>) zeigt, wie individuelle Lebenslagen, Ängste und fehlende Sicherheit die Rückkehr in Arbeit erschweren – und welche Wege aus der Langzeitarbeitslosigkeit führen können. Statt Sanktionen braucht es den »positiven Druck« als Element einer konstruktiv-kritischen Begleitung, um Unsicherheit abzubauen und zu befähigen.

Das deckt sich mit den vielfältigen Erfahrungen aus dem Bundesprogramm »rehapro« einerseits und den sektorenübergreifenden Vorschlägen der Diakonie zur Teilhabe und Gesundheit von Menschen in Langzeitarbeitslosigkeit andererseits (vgl.: https://www.diakonie.de/diakonie_de/Blog/Autoren/Tomas_Steffens/04_2018_Position_Gesundheit_Langzeitarbeitslosigkeit.pdf).

- Medizinische Rehabilitation kann einen wichtigen Beitrag dazu leisten, Beschäftigungsfähigkeit zu sichern oder wiederherzustellen. Ein entscheidender Weg dazu ist, dass Jobcenter und Arbeitsagentur die Bestimmungen des § 12 SGB IX (Maßnahmen der Unterstützung der frühzeitigen Bedarfserkennung) gut umsetzen. Die Rehabilitationsträger (nach Abs. 2 auch die Jobcenter) haben durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass ein Rehabilitationsbedarf frühzeitig erkannt und auf eine Antragstellung der Leistungsberechtigten hingewirkt wird. Sie sind verpflichtet, die frühzeitige Erkennung des Rehabilitationsbedarfs insbesondere durch die Bereitstellung und Vermittlung von geeigneten barrierefreien Informationsangeboten über Inhalte und Ziele von Leistungen zur Teilhabe, über die Möglichkeit der Leistungsausführung als »Persönliches Budget«, über das Verfahren zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe und Angebote der Beratung, einschließlich der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung nach § 32 SGB IX, zu unterstützen. Die Rehabilitationsträger und die Jobcenter sind verpflichtet, Ansprechstellen zu benennen, die Informationsangebote zu den genannten Themen unter anderem an die Leistungsberechtigten vermitteln.
- Die Diakonie Deutschland schlägt vor, dass in diesem Prozess regelmäßig geprüft wird, ob ein Leistungsanspruch zur medizinischen Rehabilitation gegenüber der Rentenversicherung besteht.
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für langzeitarbeitslose Menschen müssen in ein auf die einzelne Person und ihre Lebenslage abgestimmtes Arrangement ausgerichtet werden. Elemente dazu sind eine sektorenübergreifende Fallbegleitung, die infrastrukturelle Verankerung des Themas der Gesundheit und Teilhabe von Langzeiterwerbslosen im Sozialraum, die kommunalen Eingliederungsleistungen, die Prävention, die medizinische und die berufliche Rehabilitation, die Kooperation der Leistungsträger untereinander und mit der Freien Wohlfahrtspflege sowie die Vermittlung in Arbeit. Dazu sind – wie bereits weiter oben in diesem Papier formuliert – in den Sozialgesetzbüchern »Brückenregelungen« zur Kooperation im Sozialraum zu schaffen.

11

Medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen weiterentwickeln

Mit dem »Flexirentengesetz« wurde 2016 die medizinische Rehabilitation für Kinder und Jugendliche im Recht der Rentenversicherung (SGB VI) neu geordnet. Von den zahlreichen Verbesserungen wurde die gesetzliche Möglichkeit, dass die Kinder- und Jugendreha auch ambulant erbracht beziehungsweise in Anspruch genommen werden kann, kaum umgesetzt.

- Die Diakonie Deutschland spricht sich dafür aus, in einem Dialog zwischen Rehabilitationsträgern, den Verbänden und den zuständigen Bundesministerien Hürden für die Etablierung ambulanter Rehazentren zu identifizieren und die Versorgungslücke zu schließen.
- Ebenso ist die Versorgungslücke bei der Rehabilitation von psychisch kranken Jugendlichen zu schließen. Für sie sollten – angelehnt an die Leistungen in den Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) – Komplexangebote in unterschiedlichen beziehungsweise mehreren rehabilitativen Settings angeboten werden.
- Die Diakonie Deutschland setzt sich dafür ein, dass medizinisch-rehabilitative Leistungen in unterschiedlichen Settings im Rahmen eines Reha-Prozesses realisiert werden. Die medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen kann mehr als bisher sektorenübergreifend gestaltet werden, indem der Übergang von der Akutklinik zur medizinischen Rehabilitation beziehungsweise zu schulischer/ sozialer Integration durch ein multiprofessionelles Team begleitet wird. Die Diakonie Deutschland erwartet, dass die diesbezüglichen Ergebnisse des Bundesprogramms »rehapro« breit diskutiert werden.
- Für die medizinische Rehabilitation sind sowohl die gesetzlichen Krankenkassen als auch die Rentenversicherung zuständige Leistungsanbieter, die Leistungsansprüche sind jedoch sehr unterschiedlich (zu Ungunsten der Kinder, die zu Lasten der GKV rehabilitiert werden). Die Diakonie Deutschland setzt sich dafür ein, die Leistungsansprüche nach den Bestimmungen der Rentenversicherung zu synchronisieren.
- Die bedarfsgerechte Versorgung von Kindern und Jugendlichen umfasst die Mitaufnahme einer Begleitperson, wenn diese für die Durchführung oder den Erfolg der Leistung zur Kinderrehabilitation notwendig ist (§ 15a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB VI). Bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr ist dies regelmäßig der Fall. Die Begleitpersonen werden in den rehabilitativen Prozess einbezogen. Dies und die längere Dauer (in der Regel vier bis sechs Wochen) unterscheiden sie von einem Krankenhausaufenthalt. Die Regelungen zum Kinderkrankengeld (nach §§ 40b § 45 Abs. 1a SGB V) werden dem nicht gerecht. Auch um soziale Benachteiligungen zu vermeiden und Familien nicht von einer Reha-Beantragung abzuhalten, ist sicherzustellen, dass Begleitpersonen weiterhin eine Erstattung des Verdienstausfalls erhalten, unabhängig vom zuständigen Kostenträger.

12

Medizinische Rehabilitation für psychisch kranke Menschen besser erschließen

Für psychisch erkrankte Personen mit Teilhabeeinschränkungen gibt es nur geringe Rehabilitationschancen; paradoxe Weise gilt diese Aussage umso mehr, je größer der Unterstützungsbedarf ist. Das ist zum einen **konzeptionell** darin begründet, dass die Hürden für »Rehabilitationsfähigkeit« hoch gesetzt sind und das Recht auf Teilhabeleistungen faktisch dadurch eingeschränkt ist. **Versorgungsstrukturell** bestehen zwischen der akutmedizinischen Behandlung und der Eingliederungshilfe kaum medizinisch-rehabilitative Angebote; die Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke Menschen (RPK) sind dagegen wichtige rehabilitative Bausteine und verbinden medizinisch-rehabilitative und berufliche Teilhabeleistungen.

- Die medizinische Rehabilitation ist als ein Baustein der psychiatrischen Versorgung zu etablieren. Rehabilitationsträger haben mit den Diensten und Einrichtungen, die medizinisch-rehabilitative Leistungen erbringen, Verträge nach § 38 SGB IX zu schließen. Vertragspartner der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger, können – auch in Abhängigkeit von der jeweiligen Versorgungssituation vor Ort – seitens der Leistungserbringer unter anderem RPK-Einrichtungen, Krankenhäuser, gemeindepsychiatrische Zentren, ambulante beziehungsweise mobile Rehabilitationsdienste oder medizinisch-rehabilitativ qualifizierte Einrichtungen der Eingliederungshilfe sein.
- Ähnlich wie bei der aufsuchenden stationsäquivalenten Behandlung (StäB) sind Kooperationen zwischen Leistungserbringern nach unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern zu ermöglichen beziehungsweise zu fördern, um so eine persönliche Kontinuität in der (Weiter-)Behandlung sicherzustellen und Doppelstrukturen zu vermeiden (vgl. das Modell der Komplexmaßnahme medizinischer und beruflicher Rehabilitation in der RPK-Empfehlungsvereinbarung). Der Ausbau der medizinischen Rehabilitation soll vorrangig ambulant ausgerichtet sein. Das RPK-Konzept ist für Jugendliche anzupassen.
- Der Aufbau mobiler Rehabilitationsdienste in den psychiatrischen Netzwerken sollte durch ein Förderprogramm des Bundes beziehungsweise der Länder (vgl. Kap. 6) unterstützt werden. Durch die Etablierung mobiler Dienste würden medizinisch-rehabilitative Leistungen in unterschiedlichen Settings im Rahmen eines Behandlungsprozesses ermöglicht.
- Parallel zum Aufbau medizinisch-rehabilitativer Kapazitäten ist auch für psychiatrische Indikationen das Verfahren der Anschlussrehabilitation zu praktizieren, das auf der Grundlage eines multiprofessionellen Assessments mit der zu rehabilitierenden Person den Übergang in die Versorgung eines psychiatrischen Verbunds mit medizinisch-rehabilitativer Leistung einleitet. In den Sozialräumen verständigen sich die Akteure (vgl. Kap. 3.1 dieses Papiers) auf der Grundlage eines novellierten § 36 SGB IX über Grundzüge der Versorgung und implementieren medizinisch-rehabilitative Leistungen in die regionalen psychiatrischen Netzwerke.

13

Ambulante medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeits-erkrankungen sichern

In der medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen nehmen die ambulanten Einrichtungen (ARS) wichtige Funktionen wahr. Die rehabilitative Leistung wird in Wohnnähe erbracht, wodurch die Rehabilitand:innen im beruflichen und sozialen Umfeld verbleiben und dies therapeutisch genutzt werden kann. Die ambulante Rehabilitation kann eine wertvolle Ergänzung zu einer stationären Leistung sein. Die Kombination beider Leistungsformen ermöglicht einzelfallbezogen eine individuell am Bedarf ausgestaltete Rehabilitationsleistung.

Eine große Herausforderung stellen für ARS-Einrichtungen wie für stationäre Einrichtungen die Strukturanforderungen der DRV dar, die nicht zuletzt durch den Fachkräftemangel nur schwer durchgängig umzusetzen sind (vgl. dazu die Ausführungen in Kap. 16). Weitere Herausforderungen betreffen die auf die Einrichtungen zukommende Umsetzung des elektronischen Datenaustauschs (vgl. auch dazu Kap. 16) und eine eventuelle Anbindung an die Telematikinfrastruktur. Diese Herausforderungen treffen auf eine Versorgungslandschaft, die dadurch gekennzeichnet ist, dass in vielen Landstrichen ambulante Rehabilitationseinrichtungen rar gesät sind. Aufgaben der Netzwerkarbeit und gegebenenfalls des Casemanagements können aufgrund geringer Ressourcen nicht ausreichend wahrgenommen werden (vgl. Kap. 16).

- Die Diakonie Deutschland setzt sich dafür ein, dass durch die Neubestimmung des Sicherstellungsauftrags und seiner sozialräumlichen Ausgestaltung die Etablierung ambulanter Rehabilitationseinrichtungen bei Abhängigkeitserkrankungen angeregt wird.

Ein weiteres Problem stellt die unzureichende suchtrehabilitative Behandlung von Kindern und Jugendlichen dar. Es gibt kaum Versorgungsangebote und keine Struktur-anforderungen, die Vergütung wird von den Leistungserbringern als völlig unzureichend bewertet. Seitens der DRV fallen die Kliniken für abhängigkeitserkrankte Kinder und Jugendliche nicht unter die vergütungsrelevante Kategorie der »besonderen Einrichtungen«. Versorgungsstrukturell ist problematisch, dass keine ambulanten beziehungsweise mobilen Rehabilitationsdienste für diesen Personenkreis aufgebaut wurden.

- Die Diakonie Deutschland fordert, dass in § 15a (Leistungen zur Kinderrehabilita-tion) SGB VI klargestellt wird, dass die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen auch die medizinische Rehabilitation von abhängigkeitskrankten Kindern und Jugendlichen umfasst.

14

Medizinische Rehabilitation barrierefrei und inklusiv gestalten

Die Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation müssen (wie auch das Gesundheitssystem im Ganzen) grundsätzlich barrierefrei gestaltet beziehungsweise inklusiv ausgerichtet werden, damit alle Menschen mit und ohne Einschränkungen rehabilitiert werden können. Dies ergibt sich aus der UN-Behindertenrechtskonvention und weiteren gesetzlichen Bestimmungen.

Neben den vielen Aspekten der baulichen Barrierefreiheit geht es darüber hinaus auch um technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, Informationsquellen und Kommunikation. Im Vordergrund stehen nicht Maßnahmen für einzelne Personengruppen, sondern die Umsetzung eines Universal Designs, das die Anforderungen aller Nutzer:innen erfüllt. Die Antwort der Bundesregierung (vom 30.10.2025) auf eine Kleine Anfrage zur barrierefreien und inklusiven Gestaltung der Gesundheitsversorgung (<https://dserver.bundestag.de/btd/21/024/2102481.pdf>) hat Schwierigkeiten der Umsetzung des diesbezüglichen Nationalen Aktionsplans gezeigt.

- Die barrierefreie Weiterentwicklung der Einrichtungen ist bereits jetzt durch die Rehabilitationsträger zu refinanzieren. Entsprechende Bestimmungen sind in den Rahmenempfehlungen zur medizinischen Rehabilitation und Vorsorge im Bereich der GKV und in den »Verbindlichen Entscheidungen« der DRV klarzustellen. Auch ist zu prüfen, ob die (vereinbarten) Regelungen zum Entlassungsmanagement bezüglich des Bedarfs von Menschen mit Behinderungen anzupassen sind.

15

Medizinische Rehabilitation ökologisch nachhaltig gestalten – Klimaschutz und Klimaanpassung

Viele Rehabilitationseinrichtungen haben, wie andere Einrichtungen der sozialen Infrastruktur auch, einen Bedarf an ökologisch ausgerichteter Instandhaltung und Modernisierung, um den CO₂-Ausstoß zu verringern. Die energetische Sanierung ist eines von mehreren Elementen im ökologischen Umbauprozess. Zugleich wollen die Einrichtungen sich im Sinne der Klimaanpassung aufstellen. Sie sind Partner im Sozialraum, zum Beispiel bei der Entwicklung und Umsetzung von Hitzeschutzstrategien, um den Sozialraum gesundheitsförderlich zu gestalten (vgl.: https://www.diakonie.de/diakonie_de/user_upload/diakonie.de/PDFs/Stellungnahmen/2025-02-13_Diakonie_Handreichung-Gesundheitsförderung.pdf). Die Einrichtungen sind im Interesse der Rehabilitanden, insbesondere auch der vulnerablen Gruppen, und der Beschäftigten gefordert, Gebäude, Organisation, Abläufe und auch das therapeutische Geschehen unter dem Gesichtspunkt des Gesundheitsschutzes zu gestalten.

- Die für Klimaschutz und Klimaanpassung notwendigen Investitionen müssen refinanziert werden. Um dies zu sichern, sind Nachhaltigkeitsziele in den Sozialgesetzbüchern zu verankern. Versorgungs- und Rahmenverträge sowie Vergütungsvereinbarungen müssen die nachhaltige Gestaltung der rehabilitativen Leistung, damit auch Maßnahmen des Klimaschutzes und der Klimaanpassung, ermöglichen. Zugleich sind gezielte Förderprogramme für Nachhaltigkeitsinvestitionen der Sozialwirtschaft aufzulegen.

16

Wirtschaftlichkeit der Einrichtungen gewährleisten, Schiedsstellen im SGB VI schaffen und Reha-Deckel abschaffen

Viele Einrichtungen stehen angesichts der Kostenentwicklung unter erheblichem Druck. Sie können qualitativen Vorgaben zu Struktur und Personal nur folgen, wenn die Vergütung leistungsangemessen ist.

- Rechtliche Vorgaben, wie die Beteiligung von ambulanten Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen an der elektronischen Datenübermittlung sind – da Zulassungsvoraussetzung beziehungsweise Vertragselement – im Rahmen der monistischen Finanzierung zu refinanzieren.
- Des Weiteren setzt sich die Diakonie Deutschland dafür ein, dass die Leistungen der Vernetzung und gegebenenfalls des Case Managements der ambulanten Einrichtungen über den Vergütungssatz refinanziert werden.

Auch der Fachkräftemangel setzt die Einrichtungen massiv unter Druck. Es droht eine Lücke zwischen Strukturanforderungen einerseits und dem, was tatsächlich umzusetzen ist, andererseits.

- Die Diakonie Deutschland setzt sich für pragmatische Lösungen ein, die die Qualität und Wirksamkeit der rehabilitativen Leistungen gewährleisten und zugleich die Einrichtungen und damit ihren Versorgungsbeitrag sichern. Die Strukturanforderungen der DRV sind deshalb in einem konsensualen Prozess anzupassen. Die Diakonie Deutschland plädiert für eine vertragliche Lösung.

Als ein Problem hat sich erwiesen, dass das neue Vergütungssystem der DRV nicht verhandelt, sondern trotz eines ausführlichen Beratungsprozesses letztlich doch gesetzt wurde. Verhandlungslösungen sind einseitigen Setzungen vorzuziehen. Es war zudem ein politischer Fehler, für das neue Vergütungssystem der DRV auf einen Erprobungszeitraum zu verzichten.

- Die Diakonie Deutschland schließt sich den Forderungen nach einer gleichberechtigten Beteiligung der Verbände der Leistungserbringer, einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, an der Überprüfung und Weiterentwicklung des Vergütungssystems der DRV an.
- Inhaltlich gehört zur Überprüfung auch die Klärung der Frage, ob die Personalkosten der Einrichtungen in der Trägerschaft der Wohlfahrtsverbände auf der Basis von Tarifverträgen beziehungsweise kirchenrechtlichen Regelungen tatsächlich vollständig refinanziert werden. Darauf besteht die Diakonie Deutschland.
- Im Unterschied zum GKV-Bereich gibt es für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung keine Schiedsstellenregelung. Konflikte zwischen Einrichtungen und Rehabilitationsträgern können deshalb nicht unparteiisch und fair bearbeitet werden. Im Sinne einer lösungsorientierten partnerschaftlichen Vertragsbeziehung fordert die Diakonie Deutschland die Etablierung einer Schiedsstellenregelung für die medizinische Rehabilitation im SGB VI.
- Die Ausgaben der Rentenversicherung für Teilhabeleistungen sind (in § 220 SGB VI) gedeckelt. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels mit älter werdenden Belegschaften und des Anliegens, die Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten und eine

vorzeitige Verrentung möglichst zu vermeiden, ist die medizinische Rehabilitation am Bedarf auszurichten. Der Reha-Deckel, der durch das Fallmanagement beansprucht wird, so auch die Einschätzung des Bundesrats in seiner Stellungnahme zum SGB VI-Anpassungsgesetz, ist aufzuheben.

Impressum

Diakonie Deutschland

Evangelisches Werk für Diakonie
und Entwicklung e.V.
Caroline-Michaelis-Str. 1
10115 Berlin
T +49 30 65211-0
F +49 30 65211-3333
www.diakonie.de

Ansprechpartner:

Dr. Tomas Steffens
Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege
Arbeitsfeld Medizinische Rehabilitation, Prävention und Selbsthilfe
T +49 30 65211-1665
tomas.steffens@diakonie.de

Illustration Titelseite:

© Diakonie / Francesco Ciccolella