UNIVERSITÄT AUGSBURG
Universitätsbibliothek

OPEN ACCESS
OPUS AUGSBURG

Medizinische Rehabilitation von Menschen mit vorbestehenden Beeinträchtigungen/Behinderungen - Herausforderungen und Handlungsbedarfe: ein Positionspapier der Wissenschaftlich-Medizinischen Allianz für Rehabilitation (WMAR)

Matthias Bethge, Patrick Brzoska, Thilo Busche, Rolf Buschmann-Steinhage, Christoph Egen, Judith Gartmann, Bernhard Greitemann, Christoph Gutenbrunner, Tatjana Levin, Christina Janßen, Christian Kempny, Stephan Martin, Stefanie Neudecker, Birgit Prodinger, Matthias Schmidt-Ohlemann, Lia Seibel, Jana Stucke, Dorothee Weißflog, Felix Welti

Angaben zur Veröffentlichung / Publication details:

Bethge, Matthias, Patrick Brzoska, Thilo Busche, Rolf Buschmann-Steinhage, Christoph Egen, Judith Gartmann, Bernhard Greitemann, et al. 2026. “Medizinische Rehabilitation von Menschen mit vorbestehenden Beeinträchtigungen/Behinderungen - Herausforderungen und Handlungsbedarfe: ein Positionspapier der Wissenschaftlich-Medizinischen Allianz für Rehabilitation (WMAR).” Hannover: Wissenschaftlich-Medizinische Allianz für Rehabilitation e.V. https://doi.org/10.26068/mhhrpm/20260507-000.

Nutzungsbedingungen / Terms of use: **CC BY-NC-SA 4.0**

Dieses Dokument wird unter folgenden Bedingungen zur Verfügung gestellt: / This document is made available under these conditions:
CC-BY-NC-SA 4.0: Creative Commons: Namensnennung - Nicht kommerziell - Weitergabe unter gleichen Bedingungen
Weitere Informationen finden Sie unter: / For more information see:
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.de

Medizinische Rehabilitation von Menschen mit vorbestehenden Beeinträchtigungen/Behinderungen – Herausforderungen und Handlungsbedarfe

Ein Positionspapier der Wissenschaftlich-Medizinischen Allianz für Rehabilitation (WMAR)

Zitationsempfehlung: WMAR & Kommission Inklusive Rehabilitation (2026). Medizinische Rehabilitation von Menschen mit vorbestehenden Beeinträchtigungen/Behinderungen – Herausforderungen und Handlungsbedarfe. Ein Positionspapier der Wissenschaftlich-Medizinischen Rehabilitation. Download unter: https://daten.verwaltungsportal.de/dateien/news/1/2/0/8/5/4/2/WMAR-Positionspapier_2026.pdf

Stand: Mai 2026

Inhaltsverzeichnis

Kommissionsmitglieder | Autor:innen in alphabetischer Auflistung 5
Executive Summary 6
Handlungsbedarfe und Empfehlungen 8
Schlussfolgerung 9
Präambel: Begrifflichkeiten 11

1. Hintergrund und Zielstellung des Positionspapiers 16

2. Normative Grundlagen der medizinischen Rehabilitation 20
2.1. Grundgesetz (GG) 20
2.2. UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) 20
2.3. Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) 22
2.4. Sozialgesetzbuch (SGB) 22
2.4.1. SGB I (Allgemeiner Teil) 22
2.4.2. SGB IX Teil 1 (Trägerübergreifende Vorschriften zur Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen) 23
2.4.3. SGB V (Krankenversicherung) 27
2.4.4. SGB VI (Rentenversicherung) 28
2.4.5. SGB VII (Unfallversicherung) 29
2.4.6. SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) 30
2.4.7. SGB IX Teil 2 (Eingliederungshilfe) 31
2.4.8. SGB XI (Pflegeversicherung) 31
2.4.9. SGB XIV (Soziales Entschädigungsrecht) 32
2.5. Zivilrechtliche Regelungen 33
2.6. Zusammenfassung 33

3. Versorgungsstrukturen und -prozesse 35
3.1. Vorhandene Dienste und Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation 35
3.2. Prozesse und Leistungen der medizinischen Rehabilitation 37
3.2.1. Zur Durchführung der Leistungen nach bewilligter medizinischer Rehabilitation durch Leistungsträger 37
3.2.2. Rehabilitationssettings 40
3.2.3. Rehabilitationsdauer 42
3.3. Dienste und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung mit relevanten Leistungen mit rehabilitativen Zielstellungen für Menschen mit Behinderungen 42
3.3.1. Krankenhäuser 43
3.3.2. Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) 44
3.3.3. Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit Behinderungen (MZEB) 44
3.3.4. Spezialambulanzen 45
3.3.5. Hausärztliche Versorgung 45
3.3.6. Fachärztliche Versorgung 45
3.3.7. Fachärztliche Praxen der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin (PRM) 46
3.3.8. Heilmittelversorgung mit rehabilitativer Zielsetzung 46
3.3.9. Hilfsmittel 47
3.3.10. Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) 48
3.3.11. Tageskliniken (somatisch, Psychiatrie, KJP, Gerontopsychiatrie) 48
3.3.12. Stationsäquivalente Behandlung in der Psychiatrie 48
3.3.13. Psychotherapeutische Versorgung 48
3.3.14. Gesundheitssorge in der Eingliederungshilfe 49
3.3.15. Gesundheitssorge in KiTa und Schulen (Förder- und Regeleinrichtungen) 50
3.3.16. Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) 50

3.3.17. Weitere Dienste und Einrichtungen 51
3.4. Bestehende Versorgungsdefizite und -lücken 51
3.4.1. Barrierefreiheit und angemessene Vorkehrungen 52
3.4.2. Rehabilitationsfähigkeit 54
3.4.3. Defizite in der Konzeption von Angeboten und Kapazitätsmängel in der medizinischen Rehabilitation 55
3.4.4. Strukturelle, organisatorische und finanzielle Herausforderungen 56
3.5. Zusammenfassung 57

4. Barrieren im Rehabilitations-Prozess 59
4.1. Beeinträchtigungsassoziierte Barrieren in Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen 60
4.2. Rehabilitationsbedarfserkennung und Initiation 66
4.3. Antragsverfahren 67
4.3.1. Zuständigkeit des Leistungsträgers 69
4.3.2. Leistungsentscheidung, Ablehnung und Widerspruch 70
4.4. Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung, Diagnostik und Indikationszuordnung 70
4.5. Wahl der Rehabilitationseinrichtung 72
4.6. Hilfsmittelversorgung in der medizinischen Rehabilitation 74

5. Forschungsstand zur medizinischen Rehabilitation von Menschen mit vorbestehenden Beeinträchtigungen/Behinderungen 76

6. Handlungsbedarfe, die sich aus der Analyse ergeben 79
6.1. Am Rehabilitationsprozess orientierte Handlungsbedarfe 79
6.1.1. Information und Unterstützung/Bedarfserkennung/Initiierung 79
6.1.2. Bedarfsermittlung 80
6.1.3. Auswahl der Einrichtung 81
6.1.4. Vorbereitung des Rehabilitationsaufenthaltes 82
6.1.5. Während der Rehabilitation 82
6.1.6. Nach der Rehabilitation 82
6.2. Übergeordnete Handlungsbedarfe 83

7. Schlussfolgerungen 87

Literatur 89

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schematische und vereinfachte Darstellung der rehabilitativen Versorgungsstrukturen im Bereich der Neurologie (Phasenmodell) sowie in den anderen Bereichen von DRV und GKV 14
Abbildung 2: Zwei Wege in die medizinische Rehabilitation 68

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beeinträchtigungsbezogene Barrieren in der medizinischen Rehabilitation 65

Abkürzungsverzeichnis

ADL	Aktivitäten des täglichen Lebens
AHB	Anschlussheilbehandlung
AGG	Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz
AGM	Abschlussgesundheitsmaßnahme
AR	Anschlussrehabilitation
BAS	Bundesamt für Soziale Sicherung
BGG	Behindertengleichstellungsgesetz
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BSG	Bundessozialgericht
BTHG	Bundesteilhabegesetz
BVB	Besonderer Versorgungsbedarf
DVfR	Deutsche Vereinigung für Rehabilitation
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
DRV	Deutsche Rentenversicherung
GdB	Grad der Behinderung
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
LHB	Langfristiger Heilmittelbedarf
PKV	Private Krankenversicherung
PRM	Physikalische und Rehabilitative Medizin
SGB	Sozialgesetzbuch
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
WMAR	Wissenschaftlich-Medizinische Allianz für Rehabilitation
WfbM	Werkstätten für Menschen mit Behinderungen
WHO	World Health Organization

Kommissionsmitglieder | Autor:innen in alphabetischer Auflistung

1. Bethge, Matthias (Universität zu Lübeck)
2. Brzoska, Patrick (Universität Witten/Herdecke)
3. Busche, Thilo (Medizinische Hochschule Hannover)
4. Buschmann-Steinhage, Rolf (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation)
5. Egen, Christoph (Medizinische Hochschule Hannover)
6. Gartmann, Judith (Medizinische Hochschule Hannover)
7. Greitemann, Bernhard (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation)
8. Gutenbrunner, Christoph (Rehabilitation International)
9. Levin, Tatjana (Medizinische Hochschule Hannover)
10. Janßen, Christina (Universität Kassel)
11. Kempny, Christian (Universität Witten/Herdecke)
12. Martin, Stephan (Diakovere Hannover)
13. Neudecker, Stefanie (Universität Bielefeld)
14. Prodinger, Birgit (Universität Augsburg)
15. Schmidt-Ohlemann, Matthias (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation)
16. Seibel, Lia (Universität Bielefeld)
17. Stucke, Jana (Universität Bielefeld)
18. Weißflog, Dorothee (Medizinische Hochschule Hannover)
19. Welti, Felix (Universität Kassel)

Koordination der Kommission „Inklusive Rehabilitation“: Christoph Egen & Matthias Bethge

Executive Summary

Das vorliegende Positionspapier beleuchtet die komplexe und bislang wenig beforschte Situation der medizinischen Rehabilitation für Menschen mit vorbestehenden Beeinträchtigungen/Behinderungen in Deutschland. Dabei geht es nicht um die medizinische Rehabilitation von Menschen mit neu erworbenen Beeinträchtigungen oder Krankheitsfolgen, sondern von Menschen, die bereits mit einer Beeinträchtigung leben und aufgrund einer zusätzlichen Erkrankung, Operation oder Verschlechterung ihrer Gesundheit einen Rehabilitationsbedarf aufweisen. Diese Zielgruppe, die in ihren Beeinträchtigungen und Versorgungsbedarfen sehr heterogen ist, steht dabei vor erheblichen strukturellen und organisatorischen Hürden, die ihnen rechtlich zustehenden und objektivierbar notwendigen Rehabilitationsleistungen zu erhalten. Das Positionspapier greift auch die im Staatenbericht des UN-Ausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen geäußerten Bedenken zur Ungleichheit in der rehabilitativen Versorgung in Deutschland auf.

Vor dem Hintergrund des allgemeinen Gleichstellungsgrundsatzes und insbesondere der in der UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen weltweit akzeptierten Forderung, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigten Zugang zu Gesundheits- und Rehabilitationsleistungen haben sollen, untersucht das Positionspapier die bestehenden Defizite in der rehabilitativen Versorgung von Menschen mit vorbestehenden Beeinträchtigungen und leitet konkrete Empfehlungen zur Überwindung bestehender Barrieren im Zugang sowie der Durchführung ab. Es basiert auf einer umfassenden Analyse der rechtlichen Grundlagen, der bestehenden Versorgungsstrukturen, der Barrieren im Zugang zur Rehabilitation und zum rehabilitativen Versorgungsprozess sowie des aktuellen Forschungsstands. Es zeigt sich, dass in Deutschland eine solide rechtliche Grundlage bezüglich des Anspruchs auf eine medizinische Rehabilitation besteht. Diese fußt insbesondere auf dem Grundgesetz und dem 9. Sozialgesetzbuch und entspricht weitgehend auch den Normen der UN-Behindertenrechtskonvention. In der Praxis bleibt die Umsetzung dieser Vorgaben aber weit hinter den Ansprüchen zurück. Das ist u. a. dadurch begründet, dass sich die medizinische Rehabilitation in Deutschland als eigenständiges Leistungssystem stark mit über langer Zeit vorwiegend stationären Angeboten entwickelt hat und indikationsbezogen und standardisiert ausgestaltet ist. Traditionell ist es nach wie vor stark auf Erwerbsfähigkeit fokussiert, wenngleich auch nicht erwerbstätige Zielgruppen, z. B. geriatrische Patient:innen, inzwischen Zugang zu Rehabilitationsleistungen haben. Gleichwohl hat die Ausgestaltung der medizinischen Rehabilitation zum Ausschluss von Menschen mit schweren und komplexen Beeinträchtigungen, aber auch von Menschen mit z. B. Sinnesbeeinträchtigungen, beigetragen.

Kernaussagen und zentrale Probleme

Rechtliche Grundlagen sind vorhanden – aber unzureichend umgesetzt: Deutschland verfügt über eine umfassende Normenhierarchie, die das Recht auf barrierefreie und inklusive Rehabilitation garantieren soll. Die UN-Behindertenrechtskonvention, das 9. Sozialgesetzbuch und das Behindertengleichstellungsgesetz verpflichten die Leistungsträger (u. a. Gesetzliche Krankenversicherung oder Gesetzliche Rentenversicherung) zur Schaffung von barrierefreien und

bedarfsgerechten Angeboten. Dennoch fehlt es an einer konsequenten Umsetzung. Strukturelle Barrieren, wie eine fehlende barrierefreie räumliche und apparative Ausstattung, unzureichende Kommunikationshilfen oder fehlende personelle Assistenz bzw. Unterstützung, sind weit verbreitet. Zugleich wird die Pflicht zu „angemessenen Vorkehrungen“ (Art. 5 UN-BRK), die zumindest individuell den Zugang sichern sollen, vielfach nur punktuell, nicht hinreichend und nicht verlässlich erfüllt.

Versorgungsstrukturen sind unzureichend für Menschen mit schweren und komplexen Beeinträchtigungen: Die medizinische Rehabilitation in Deutschland ist stark segmentiert und orientiert sich an krankheitsspezifischen Indikationen in den Fächern Orthopädie, Neurologie, Kardiologie, Psychosomatik und anderen. Dies führt dazu, dass Menschen mit beispielsweisen schweren und komplexen Beeinträchtigungen – z. B. gleichzeitige kognitive und motorische Beeinträchtigungen – meist keine passende Rehabilitationseinrichtung finden, da es hiervon nur sehr wenige oder gar keine gibt. Besonders betroffen sind Menschen mit hohem Pflegebedarf, Multimorbidität, schweren psychischen Erkrankungen oder komplexen Verhaltensauffälligkeiten. Ausnahmen bestehen z. B. in der geriatrischen und in der Phase C der neurologischen Rehabilitation. Die Mobile Rehabilitation, die eine besonders niedrigschwellige und individuelle rehabilitative Versorgung auf Einzelfallebene für diesen Personenkreis ermöglichen könnte, ist nur in geringem Umfang verfügbar.

Der Bedarf an medizinischer Rehabilitation besteht einerseits im Hinblick auf die Verbesserung der Teilhabe bei vorbestehender Beeinträchtigung, z. B. aufgrund von Verschlechterungen (Postpolio, Spastik und Kontrakturen, Gehvermögen, Hörfähigkeit), Nutzung neuer Hilfsmittel, Trainings- und damit Funktionsverlusten, andererseits aufgrund akut eingetretener zusätzlicher Erkrankungen oder von Unfällen, z. B. Schlaganfall bei bestehender Blindheit oder Schenkelhalsfraktur bei ausgeprägter kognitiver Beeinträchtigung.

Das Konstrukt der „Rehabilitationsfähigkeit“ ist problematisch und exkludierend: Ein zentrales Hindernis ist das Konstrukt der „Rehabilitationsfähigkeit“, das in der Praxis oft als Ausschlusskriterium für den Zugang zur Rehabilitation dient. Es basiert nicht auf der Frage, ob im individuellen Fall eine Rehabilitation möglich und sinnvoll ist, sondern auf der Passung zwischen individuellem Versorgungsbedarf und den verfügbaren Rehabilitationseinrichtungen. In der Praxis bedeutet dies: Wer nicht selbstständig essen, sich waschen, sich auf Station bewegen oder an Gruppenangeboten teilnehmen kann, wird oft als „nicht reha-fähig“ eingestuft. Das Konstrukt der „Rehabilitationsfähigkeit“ verstärkt somit gesundheitliche Ungleichheiten und führt zu systematischer Ausgrenzung von Personen mit schweren und komplexen Beeinträchtigungen.

Barrieren im Rehabilitationsprozess sind vielfältig und systematisch: Der gesamte Rehabilitationsprozess – von der Bedarfserkennung über den Antrag, der Auswahl der Einrichtung und der Durchführung der Rehabilitation – ist von zahlreichen Barrieren geprägt:

- Information und Wissen: Viele Betroffene und Zu- bzw. Angehörige kennen die Rechte und Möglichkeiten nicht. Ärzt:innen sind in der Veranlassung von Rehabilitationsleistungen (einschließlich der Identifizierung von Rehabilitationszielen und der Stellung einer Rehabilitationsprognose) häufig nicht bzw. nicht ausreichend geschult.

- **Bedarfserkennung und Zuständigkeit**: Die Abgrenzung von Kuration und Rehabilitation ist bei komplexen Teilhabebeeinträchtigungen herausfordernd und kann dazu führen, dass der Rehabilitationsbedarf nicht oder nicht rechtzeitig oder nicht vollständig erkannt wird.
- **Antragsverfahren**: Komplexe Formulare können besonders Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen belasten.
- **Ablehnungen**: Ablehnungen aufgrund „fehlender Rehabilitationsfähigkeit" sind nicht immer nachvollziehbar und werden als diskriminierend empfunden.
- **Barrierefreiheit**: Nur wenige Einrichtungen sind umfassend barrierefrei – nicht nur baulich, sondern auch kommunikativ und organisatorisch.
- **Wunsch- und Wahlrecht**: Dessen Ausübung ist aufgrund unzureichender oder unzuverlässiger Informationen, u. a. zur Barrierefreiheit, schwierig.

Forschungslücken behindern evidenzbasierte Entscheidungen: Es fehlen systematische Daten über den tatsächlichen Rehabilitationsbedarf von Individuen und bestimmten Bevölkerungsgruppen, die Inanspruchnahme von Leistungen und die Wirksamkeit von Maßnahmen bei Menschen mit vorbestehenden Beeinträchtigungen. Die wenigen verfügbaren Studien weisen darauf hin, dass der Bedarf hoch, die Versorgung aber unzureichend ist. Die Rehabilitationsforschung ist in Deutschland stark auf die krankheitsbezogene Indikation und einzelne rehabilitative Leistungsarten fokussiert und bildet die bedarfsorientierte Versorgungskette nicht adäquat ab. Darüber hinaus werden Zielgruppen mit komplexen Bedarfen sowie Menschen mit schweren und komplexen Beeinträchtigungen mit wenigen Ausnahmen in der Forschung nicht berücksichtigt.

Handlungsbedarfe und Empfehlungen

Das Positionspapier formuliert eine Reihe zentraler Handlungsbedarfe, die dringend umgesetzt werden müssen, um ein barrierefreies, inklusives und bedarfsgerechtes Rehabilitationssystem zu schaffen:

1. **Überarbeitung des Konstrukts der „Rehabilitationsfähigkeit"**: Es muss durch eine Beschreibung des Potenzials von Rehabilitationsleistungen und eine stärkere Teilhabezielorientierung ersetzt werden. Dabei ist darauf zu achten, dass für alle Menschen mit Rehabilitationsbedarfen – unabhängig von Schwere und Komplexität – entsprechende Leistungen angeboten werden, die auf eine Verbesserung der Teilhabe und Selbstbestimmung sowie der Lebensqualität und der Selbstständigkeit abzielen.
2. **Etablierung zielgruppenspezifischer Angebote**: Es müssen neue, spezialisierte Angebote für Menschen mit schweren und komplexen Beeinträchtigungen geschaffen werden – mit ausreichender Kapazität und angemessener Finanzierung (ähnlich den Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung). Dies kann auch durch den Ausbau der bestehenden Infrastruktur erfolgen (geriatrische Rehabilitation, neurologische Rehabilitation, Mobile Rehabilitation etc.).
3. **Förderung der Mobilen Rehabilitation**: Die Mobilen Rehabilitationsdienste sollten flächendeckend ausgebaut, von allen Rehabilitationsträger finanziert, und insbesondere für Menschen mit hohem

Pflegebedarf und/oder psychischen Erkrankungen, kognitiven und/oder mehrfachen Beeinträchtigungen angeboten werden.

4. Verbesserung der Kommunikation und Koordination: Es bedarf eines leistungsträgerübergreifenden, barrierefreien Informationsportals, das alle Angebote, deren Barrierefreiheit und spezifische Schwerpunkte transparent und zuverlässig zugänglich macht.
5. Forschungsförderung: Es ist dringend notwendig, leistungsträgerübergreifend Daten über den Rehabilitationsbedarf, die Inanspruchnahme und die Wirksamkeit zu erheben. Dazu gehören auch die Entwicklung und Validierung von ICF-basierten Assessments einschließlich deren Übertragung in Leichte Sprache.
6. Ausbildung und Sensibilisierung: Fachkräfte in der medizinischen Rehabilitation und diejenigen, die den Rehabilitationsbedarf feststellen und die Rehabilitationsleistungen veranlassen, müssen gezielt auf die Bedarfe von Menschen mit Behinderungen hin ausgebildet und sensibilisiert werden – insbesondere Kompetenzen in den Bereichen Kommunikation, psychosoziale Unterstützung und individuelle Planung zur Erreichung von Teilhabezielen erwerben.
7. Finanzielle Anpassung der Vergütung: Die Vergütung muss so gestaltet werden, dass Rehabilitationseinrichtungen die notwendige personelle und infrastrukturelle Unterstützung leisten können – insbesondere bei spezifischen Bedarfen bzw. Anforderungen. Dazu muss die Bereitschaft aller Beteiligten bestehen, die vorhandenen Spielräume der Vergütungsgestaltung zu nutzen.
8. Implementierung ärztlicher Rehabilitationsbeauftragter in Krankenhäusern: Um die Versorgungsunterbrechung zwischen Akutversorgung und Rehabilitation zu vermeiden und adäquate Versorgungspfade zu indizieren, sollten alle Krankenhäuser bzw. zumindest Krankenhäuser der Maximalversorgung entsprechend kompetente ärztliche Rehabilitationsbeauftragte einrichten. Kompetenzen zur Erkennung von Rehabilitationsbedarfen und zur differenzierten Bedarfsermittlung müssen auch im ambulanten Bereich vorgehalten werden. Dazu bieten sich u. a. Sozialpädiatrische Zentren, Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung sowie andere Dienste und Einrichtungen, die Menschen mit Behinderungen versorgen oder beraten, an.

Schlussfolgerung

Die medizinische Rehabilitation ist eine zentrale Strategie zur Förderung von Teilhabe, Gesundheit und Selbstbestimmung – insbesondere für Menschen mit vorbestehenden Beeinträchtigungen/Behinderungen. Doch das derzeitige System ist nicht auf diese Zielgruppe ausgerichtet. Es ist geprägt von Standardisierung, Kostenoptimierung und einem Verständnis von „Rehabilitationsfähigkeit“, das viele Menschen, insbesondere Menschen mit schweren und komplexen Beeinträchtigungen ausschließt, die am dringendsten Unterstützung benötigen und auch ein Recht darauf haben.

Das Positionspapier fordert eine grundlegende Neuausrichtung: Die Rehabilitation sollte sich weniger an der Indikation, sondern konsequent an der Teilhabe der Betroffenen ausrichten, und dabei die individuellen Lebensumstände differenziert berücksichtigen. Dafür ist der Aufbau indikationsübergreifender Rehabilitationskonzepte – wie sie auch in der geriatrischen Rehabilitation umgesetzt werden – notwendig. Nur so kann ein echtes, barrierefreies und inklusives Gesundheitssystem entstehen, das den Menschenrechten und den Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention gerecht wird. Die notwendigen Maßnahmen erfordern jedoch den Willen, die bestehenden Strukturen zu hinterfragen und die Bedarfe der Betroffenen in den Mittelpunkt zu stellen.

Da jeder Mensch durch Unfälle, Erkrankungen oder einfach durch den natürlichen Alterungsprozess temporär oder dauerhaft von Beeinträchtigungen betroffen sein kann, hat das Thema eine besonders hohe gesellschaftliche Relevanz.

Eine barrierefreie, inklusive, bedarfsgerechte und menschenzentrierte Gesundheitsversorgung, die eine nach diesen Kriterien gestaltete medizinische Rehabilitation einschließt und zugleich Prävention und Kuration rehabilitativ, d. h. an der Teilhabe, ausrichtet, ist nicht nur eine rechtliche und soziale Pflicht, sondern die Zukunft der Gesundheitsversorgung.

Präambel: Begrifflichkeiten

Beeinträchtigung und Behinderung

In der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit („International Classification of Functioning, Disability and Health"; ICF) der WHO (2001) wird der Begriff der Beeinträchtigung („Impairment") für Einschränkungen in den Bereichen Körperfunktionen (einschl. psychische Funktionen) und Körperstrukturen verwendet. Diesem „negative aspect" wird als „positive aspect" der Begriff der funktionellen und strukturellen Integrität gegenübergestellt. Das entsprechende Begriffspaar in den Bereichen Aktivitäten und Partizipation lautet „Aktivitäten und Partizipation" („positive aspect") bzw. „activity limitations and participation restrictions" („negative aspect"). Zusammenfassend wird für den gesamten Bereich von Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Partizipation als positiver Aspekt der Begriff „Functioning" („Funktionsfähigkeit") und als negativer Aspekt der Begriff „Disability" („Behinderung") verwendet.

Die WHO verweist in ihrem World Report on Disability (WHO 2011) darauf hin, dass eine Behinderung erst durch die Interaktion einer Person mit einer Gesundheitsstörung bzw. Beeinträchtigung mit ihrer Umwelt entsteht, wenn die Person hierbei in ihrer Teilhabe eingeschränkt wird. Behinderung stellt also nicht eine Eigenschaft einer Person dar, sondern das negative Ergebnis der Interaktion; Behinderung ist eine Teilhabeeinschränkung.

Diese Konstrukte wurden für die Gesundheitsberichterstattung entwickelt, eigen sich aber auch zur Beschreibung der Lebenssituation von Individuen sowie zur Indikationsstellung und Zieldefinition in der Rehabilitation. Sie ist darüber hinaus unabhängig davon, ob eine Beeinträchtigung vorübergehend oder auf Dauer besteht. In beiden Fällen ergibt sich der medizinische Rehabilitationsbedarf neben der Erkrankung ganz überwiegend aus der Art und Schwere der Beeinträchtigung. **Die Personengruppe, für die dieses zutrifft, wird in diesem Positionspapier als „Menschen mit Beeinträchtigungen" bezeichnet**. Dabei darf aber nicht außer Acht gelassen werden, dass die Rehabilitation im sozialen und umfassenden Sinne natürlich auch auf die Verminderung oder Beseitigung der Behinderung abzielt.

Der Begriff „**Menschen mit Behinderungen**" („persons with disabilities") stammt aus einem anderen Kontext, nämlich dem der politischen und rechtlichen Gleichstellung von Menschen mit und ohne Behinderungen. Dabei wird der Begriff der Behinderung – wie auch oben beschrieben – als Problem in der Interaktion von Individuen und der Umwelt beschrieben. Dieses Konstrukt ist die Grundlage der UN-Konvention für die Rechte der Menschen mit Behinderungen (UN-BRK), wobei eine Definition dieser Personengruppen mit klaren Ein- und Ausschlusskriterien nicht vorgenommen wird.[1] Die UN-Konvention, die sich auf bestimmte Personengruppen bezieht, ist trotz der genannten definitorischen Schwäche, zur Grundlage aller nachfolgenden Gesetze und Vorschriften geworden und darüber hinaus in politischen Gleichberechtigungs- und Antidiskriminierungskampagnen als fester Begriff verankert. Auch ist er für die Identitätsbildung von Personengruppen mit bestimmten Funktionseinschränkungen

[1] „Persons with disabilities **include** those who have long-term physical, mental, intellectual or sensory impairments which in interaction with various barriers may hinder their full and effective participation in society on an equal basis with others" (UN-BRK 2009, Hervorhebung WMAR & Kommission Inklusive Rehabilitation).

wichtig geworden, die sich nicht als beeinträchtigt, sondern im Sinne der menschlichen Vielfalt als „anders“ verstehen.

Der Begriff „Menschen mit Behinderungen“ wird in diesem Positionspapier verwendet, wenn aufgrund von dauerhaften Beeinträchtigungen von körperlichen, mentalen und geistigen Funktionen, ein systematischer Ausschluss gesellschaftlicher Teilhabe vorliegt bzw. ein solcher droht.

Die Autor:innen dieses Positionspapiers sind sich darüber bewusst, dass die Begriffsbildung zum Thema Beeinträchtigung und Behinderung einer ständigen Entwicklung unterliegen, und dass eine in allen Bereichen durchgängig einheitlich verwendete Begrifflichkeit nicht existiert. Das Positionspapier folgt im Sprachgebrauch der oben skizzierten und etablierten Unterscheidung von Beeinträchtigung und Behinderung:

- Als **Menschen mit Beeinträchtigungen** werden Menschen bezeichnet, die durch eine dauerhafte Schädigung von Körperstrukturen und/oder -funktionen (einschl. psychischer Funktionsstörungen) vorübergehend oder dauerhaft beeinträchtigt sind. Die konkrete Beeinträchtigung[2] steht hier im Vordergrund.
- Als **Menschen mit Behinderungen** werden Menschen mit Beeinträchtigungen bezeichnet, bei denen die Beeinträchtigungen so mit Barrieren in ihrer räumlichen und gesellschaftlichen Umwelt zusammenwirken, dass diese Menschen dadurch nicht gleichberechtigt mit anderen Menschen an einzelnen Lebensbereichen teilhaben können. Der Begriff der Behinderung ist insofern komplexer, da er die gesellschaftliche Ebene mit in den Blick nimmt (BMAS 2022; BMAS 2021; UN-BRK 2009).

Medizinische Rehabilitation

Das Positionspapier folgt dem für die Forschung entwickelten internationalen Verständnis von Rehabilitation:

> "In a healthcare context, rehabilitation is defined as a multimodal, person-centred, collaborative process including interventions targeting a person's capacity (by adressing body structures, functions, and activities/participation) and/or contextual factors related to performance with the goal of optimizing the functioning of persons with health conditions currently experiencing disability or likely to experience disability, or persons with disability." (Negrini et al. 2022)

[2] Folgende **10 Beeinträchtigungen** werden laut BMAS (2022) voneinander unterschieden:

1. Beeinträchtigung beim Sehen,
2. Beeinträchtigung beim Hören,
3. Beeinträchtigung beim Sprechen,
4. Beeinträchtigung beim Bewegen,
5. Beeinträchtigung beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag,
6. Beeinträchtigung durch seelische oder psychische Probleme,
7. Beeinträchtigung durch eine Suchterkrankung,
8. Beeinträchtigung durch chronische Erkrankungen,
9. Beeinträchtigung durch Schmerzen,
10. andere dauerhafte Beeinträchtigung oder Behinderung.

Rehabilitation im medizinischen Kontext ist als ein multimodaler **Prozess** zu verstehen, der sich an den individuellen Teilhabezielen orientiert, und diese Ziele durch den Einsatz verschiedener Maßnahmen und unter Einbeziehung der Kontextfaktoren zu realisieren versucht. Die Maßnahmen werden multiprofessionell erbracht (Meyer et al. 2022). In diesem **weiten Verständnis** wäre eine komplexe Heilmittelversorgung (z. B. Physiotherapie in Kombination mit Ergotherapie), die sich an Teilhabezielen ausrichtet, ebenfalls unter dem Begriff der medizinischen Rehabilitation zu subsummieren. In einem **sozial- bzw. leistungsrechtlichen Verständnis** dient die medizinische Rehabilitation dazu (1.) Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern, (2.) Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern, (3.) die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder (4.) die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern (§ 4 SGB IX, ferner § 11 Abs. 2 § 40 ff SGB V, § 15 SGB VI, § 26 SGB VII, § 62 SGB XIV, § 42 SGB IX, § 35a SGB VIII).

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) ist prinzipiell Leistungsträger, wenn die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit im Fokus der Rehabilitation steht (Grundsatz „Reha vor Rente“). Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist nicht nur zuständig, wenn es um die Förderung, Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit oder die Vermeidung, Beseitigung oder Verminderung der Pflegebedürftigkeit (Grundsatz „Reha vor Pflege“) geht, sondern auch, wenn es um die Erhaltung und Ermöglichung der Teilhabe, einschließlich der ganzheitlichen Entwicklungsförderung, einer möglichst selbstbestimmten Lebensführung und die Minderung laufender Sozialleistungen geht.

Die Leistungen werden insbesondere durch Dienste und Einrichtungen mit entsprechendem Versorgungsvertrag stationär, (ganztägig) ambulant oder mobil (nur GKV) auf Antrag der versicherten Person und nach Bewilligung durch den Leistungsträger für eine Dauer – je nach Indikation – von 3 bis 6 Wochen erbracht.

Darüber hinaus wird die medizinische Rehabilitation von der WHO als eine von fünf Gesundheitsstrategien (Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege, Palliation) beschrieben (WHO 1978). Aufgrund des demographischen Wandels sowie des technischen und akutmedizinischen Fortschritts, kann die Rehabilitation als „die Gesundheitsstrategie des 21. Jahrhunderts“ betrachtet werden (Stucki et al. 2018).

Abbildung 1 stellt schematisch die Möglichkeiten der rehabilitativen Versorgung in Deutschland jenseits der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) dar und verdeutlicht die Komplexität, die insbesondere durch die unterschiedlichen Sektoren entsteht. Dabei ist zu bedenken, dass in Deutschland rehabilitativ orientierte Versorgung auch im kurativen Sektor erbracht wird (im Krankenhaus, durch Haus-/Fachärzt:innen, im SPZ, MZEB etc.).

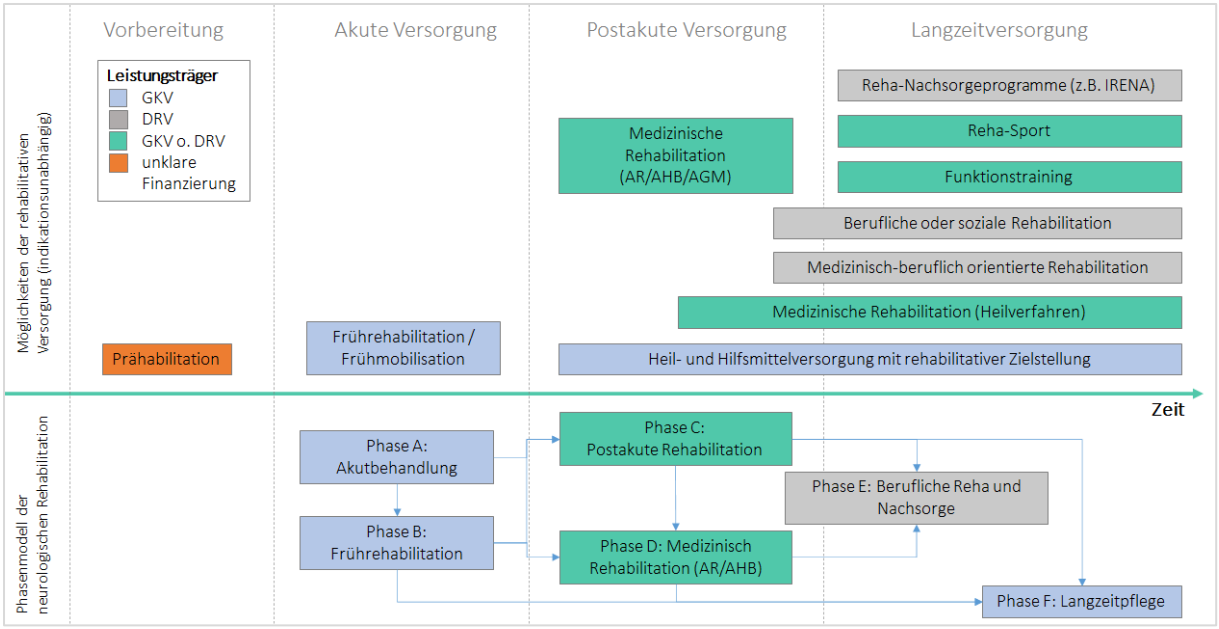


Abbildung 1: Schematische und vereinfachte Darstellung der rehabilitativen Versorgungsstrukturen im Bereich der Neurologie (Phasenmodell) sowie in den anderen Bereichen von DRV und GKV (Egen 2026)

Während die Strukturen bei der DGUV sowie im Indikationsgebiet der Neurologie regelhaft eng ineinandergreifen, sind sie bei den anderen Indikationen in GKV und DRV stärker von einzelnen im Rehabilitationsprozess beteiligten und koordinierenden Personen, deren Wissen sowie den regional zur Verfügung stehenden Strukturen abhängig.

Inklusion und Teilhabe

Inklusion bedeutet die Gestaltung einer Gesellschaft, in der alle Menschen grundsätzlich gleiche Chancen und Rechte haben – d. h. nicht, dass alle Menschen gleich sind und es keine Unterschiede zwischen ihnen gibt. Es geht darum, Besonderheit zu achten und Unterschiede von Menschen zu respektieren. Um Chancengerechtigkeit herzustellen sind die Strukturen, Systeme und Umgebungen bedarfsgerecht so zu gestalten, dass sie für alle zugänglich und offen sind, unabhängig von Merkmalen wie Herkunft, Alter, Geschlecht oder Behinderung. D. h., die Strukturen müssen sich den Bedürfnissen der Menschen anpassen und nicht die Menschen an die Strukturen. Inklusion ist ein gesamtgesellschaftlicher Prozess, der auf die Überwindung von Marginalisierung, Diskriminierung und Stigmatisierung zielt (Bernasconi 2024). Inklusion ist eine Voraussetzung dafür, dass Teilhabe funktionieren kann (Wansing 2015).

Teilhabe bedeutet das aktive Einbezogensein aller Menschen am gesellschaftlichen Leben, unabhängig von individuellen Unterschieden wie Herkunft, Gesundheit oder Geschlecht. Dazu gehört auch, sich einbezogen zu fühlen („enhanced sense of belonging“; UN-BRK). Menschen sollten die Möglichkeit haben, sich einzubringen und am Leben in Bereichen wie Arbeit, Bildung, Kultur und Freizeit teilzunehmen. Dies umfasst die aktive Beteiligung und Mitbestimmung in der Gesellschaft sowie den

gleichberechtigten Zugang zu Ressourcen, Bildung, Arbeit, Kultur und Gesundheitsversorgung, um ein selbstbestimmtes Leben führen zu können (Bernasconi 2024).

Während bei Teilhabe der Fokus auf dem einzelnen Menschen und seinen Möglichkeiten zur Selbstbestimmung und Mitwirkung liegt, liegt er bei Inklusion auf der Strukturebene und dem System (z. B. barrierefreie Gebäude und angepasste Lehrpläne).

> „Eine umfassende Gesundheitsversorgung und ein leistungsfähiges System der Rehabilitation sind nicht nur Mittel zur Inklusion, sondern selbst Ausdruck von Inklusion in einer Gesellschaft, die ihren Mitgliedern das bereitstellt, was sie brauchen, und die sie befähigt, ihr Recht auf Teilhabe wahrzunehmen. Dabei soll gelten: Alles, was der Befähigung zur Teilhabe dient, soll auch der Inklusion dienen."
>
> Matthias Schmidt-Ohlemann 2015, S. 213

1. Hintergrund und Zielstellung des Positionspapiers

Hintergrund: Über die Inanspruchnahme, die verschiedenen Hürden bei der Beantragung sowie die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen existieren in Deutschland bislang kaum systematische Datengrundlagen. Erste Ergebnisse eines derzeit noch laufenden Projekts der Universität Bielefeld weisen darauf hin, dass nicht nur in Deutschland, sondern auch im internationalen Kontext eklatante Wissens- und Forschungslücken über die medizinische Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen vorliegen (Gillitzer et al. 2024).

Verschiedene internationale und nationale politische Berichte informieren darüber, dass Menschen mit Behinderungen stark von gesundheitlicher Ungleichheit betroffen sind. Diese Unterschiede zeigen sich in allen drei relevanten Gesundheitsindikatoren: höhere Mortalitäts- und Morbiditätsraten sowie größere Einschränkungen in der Funktionsfähigkeit im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (WHO 2022). Konkret weisen Menschen mit Behinderungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung, eine schlechtere Gesundheit sowie ein höheres Risiko für Multimorbidität sowie für chronische, schwere oder psychische Erkrankungen auf (WHO 2025; BMAS 2021; WHO & World Bank 2011). Weiterhin ist die Erwerbstätigkeitsquote von Menschen mit Behinderungen in Deutschland deutlich geringer als von Menschen ohne Behinderungen, was zu einer schlechteren materiellen Situation dieser Personengruppe führt, was wiederum einen negativen Einfluss auf die Gesundheit ausüben kann (BMAS 2021). Diese Risiken implizieren, dass Menschen mit Behinderungen einen potenziell höheren medizinischen Rehabilitationsbedarf als Menschen ohne Behinderungen haben (Neudecker et al. 2025). Aufgrund geringer Forschungsaktivitäten und mangels entsprechender Routinedaten liegen hierzu bislang keine objektivierbaren Zahlen vor (Buschmann-Steinhage et al. 2025; Ramm & Welti 2017). Bei der letzten Staatenprüfung zur Implementierung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland zeigten sich die Vereinten Nationen „besorgt" über das Fehlen von Mechanismen, die sicherstellen, dass Menschen mit Behinderungen „Leistungen der ganzheitlichen Rehabilitation erhalten" und darüber, dass „Menschen mit intellektuellen und/oder psychosozialen Behinderungen sowie gehörlose oder schwerhörige Menschen aufgrund mangelnder Ausbildung und diskriminierenden Verhaltens von Angehörigen der Gesundheitsberufe mit geringerer Wahrscheinlichkeit eine hochwertige Gesundheitsversorgung erhalten" (UN-Ausschuss 2024).

Aufgrund verschiedener Einzelfallbeschreibungen sowie der klinischen Erfahrung der Autor:innen dieses Positionspapiers besteht die Vermutung, dass rehabilitative Versorgungsdefizite und -lücken vor allem für Menschen mit kognitiven und/oder mehrfachen Beeinträchtigungen in Deutschland existieren

(Hasseler 2015, Wetzel & Rathmann 2020; Egen & Beyer 2022). Aber auch Menschen mit sensorischen, psychischen und physischen Beeinträchtigungen sind davon betroffen. Diese Versorgungsdefizite und -lücken können durch fehlendes Wissen über rechtliche Ansprüche auf Seiten der Betroffenen, der Angehörigen, des medizinischen Personals sowie der Haus- und Fachärzt:innen bedingt sein, aber auch durch unzureichende gesetzliche Rahmenbedingungen, fehlende Angebotsstrukturen, nicht-barrierefreie Rehabilitationseinrichtungen, fehlendes Wissen bei den Leistungsträgern über entsprechende Reha-Möglichkeiten oder Vorurteile beteiligter Personen und Personengruppen gegenüber Menschen mit Behinderungen, die deren Rehabilitationsbedarf und Teilhabechancen systematisch unterschätzen.

Zielstellung und Zielgruppe: Ziele des Positionspapiers sind die fachliche Beschreibung von Problemen und Herausforderungen im Bereich der medizinisch orientierten Rehabilitation für Menschen, die mit Behinderungen leben und einen Rehabilitationsbedarf aufweisen, der

1. durch ein chronisches oder akutes Gesundheitsproblem (inkl. Multimorbidität) zusätzlich zu der bestehenden Beeinträchtigung entstanden ist. Die bestehende Beeinträchtigung oder Behinderung stellt dabei nicht die rehabilitationsbegründende Indikation dar (z. B. bestehende kognitive Beeinträchtigung und ein Rehabilitationsbedarf nach einer Hüftgelenksersatzoperation aufgrund von Koxarthrose)

ODER

2. sich direkt aus der bestehenden Beeinträchtigung ergibt (z. B. Menschen mit schweren neuromuskulären Beeinträchtigungen, die eine ggf. regelmäßig wiederholte medizinische Rehabilitation benötigen).

Aus den vorbestehenden Beeinträchtigungen und/oder dem bestehenden Rehabilitationsbedarf können sich weitere, sog. besondere Versorgungsbedarfe bzw. Anforderungen an die Leistungserbringer der medizinischen Rehabilitation ergeben, für die die aktuelle Versorgungsstruktur (noch) nicht ausgelegt ist. Von „besonderen Bedarfen“ wird gesprochen, wenn ihre Deckung mit erheblichem Mehraufwand für den Leistungserbringer verbunden ist, die im Rahmen der mit den Leistungsträgern vereinbarten Versorgungskonzepte und Vergütungsregelungen in der Regel nicht erbracht werden können (Buschmann-Steinhage et al. 2025). Diese Bedarfe bzw. Anforderungen können sich dabei konkret auf die rehabilitative Behandlung beziehen (z. B. primäre Einzeltherapie bei Menschen mit Autismus) oder auf die Infrastruktur in der Rehabilitationseinrichtung (z. B. Orientierungssysteme für Menschen mit Sehbeeinträchtigungen). Auch wenn der „besondere Bedarf” in der Person mit Behinderung begründet wird, so wird deutlich, dass dieser erst in der Interaktion der Person mit vorbestehenden Beeinträchtigungen und existierenden, nicht barrierefreien und nicht inklusiven Versorgungsstrukturen im Gesundheitssystem entsteht.

Es ist darüber hinaus erkennbar, dass es sich bei der Zielgruppe nicht um einen homogenen, sondern um einen äußerst heterogenen Personenkreis mit unterschiedlichsten Beeinträchtigungen und unterschiedlichsten Versorgungsbedarfen handelt, woraus sich unterschiedlichste Anforderungen an Rehabilitationseinrichtungen ergeben. Diese Komplexität hat eine hohe Relevanz für die rehabilitative Versorgung, da eine Clusterung dieses Personenkreises und dadurch die Anwendung eines

Standardvorgehens kaum möglich ist. Das verursacht auch eine Schwierigkeit bei der Analyse der derzeitigen Situation, da die bestehenden Dienste und Einrichtungen eben unterschiedliche Auswirkung auf die verschiedenen Personen der Zielgruppe haben. Diese Unzulänglichkeit muss hier in Kauf genommen werden. Stellenweise wird allerdings auch versucht ganz konkret auf die Schwierigkeiten einzelner Gruppen innerhalb des Personenkreises einzugehen. Dies ist aber nicht durchgängig möglich und für dieses Positionspapier auch nicht notwendig.

Die Gemeinsamkeit dieser heterogenen Zielgruppe liegt in dem Vorhandensein eines ungedeckten Rehabilitationsbedarfs und einer häufig unterstellten nicht vorhandenen Rehabilitationsfähigkeit (Buschmann-Steinhage et al. 2025; Hasseler 2015). Dabei gilt es zu bedenken, dass der Begriff der Rehabilitationsfähigkeit keine gesetzliche Grundlage hat, sondern erst in untergesetzlichen Regelungen Anwendung findet (Egen et al. 2024). Der Gesetzgeber gibt lediglich vor, dass der individuelle Rehabilitationsbedarf durch die Leistungsträger ermittelt werden muss (§ 13 SGB IX). Das Konstrukt der „Rehabilitationsfähigkeit" beschreibt im Kern das Matching einer Person mit den bestehenden Rehabilitationsangeboten (Inhalt und Umfang der Therapieangebote, infrastrukturelle und personelle Ausstattung, einer Rehabilitationseinrichtung) und nicht die tatsächliche Fähigkeit einer Person, an einer für sie geeigneten medizinischen Rehabilitation teilzunehmen. Jeder Mensch ist prinzipiell „reha-fähig". Allenfalls kann die aktuelle Teilnahmefähigkeit an einer Rehabilitationsleistung durch eine akute Erkrankung oder eine fehlende Teilnahmebereitschaft einer Person mit Behinderung eingeschränkt sein.

Das Positionspapier hat den Anspruch einen umfassenden Einblick in die derzeitige rehabilitative Versorgungssituation von Menschen mit vorbestehenden Beeinträchtigungen/Behinderungen zu geben und daraus Forderungen für eine Verbesserung abzuleiten. Dabei stellt sich immer wieder die Frage, wie barrierefrei und inklusiv die bestehenden Versorgungsangebote der medizinischen Rehabilitation sind bzw. sein sollten und welche exklusiven (speziellen) Versorgungsangebote es (zukünftig) für eine bedarfsorientierte Rehabilitation dieser Zielgruppe braucht.

Adressat:innen: Adressat:innen des Positionspapiers sind in erster Linie Leistungsträger und Leistungserbringer der medizinischen Rehabilitation im Geltungsbereich von DRV und GKV.[3] Die DGUV und der Träger der Sozialen Entschädigung, der Eingliederungshilfe sowie der Kinder- und Jugendhilfe werden ebenfalls berücksichtigt, aber nicht schwerpunktmäßig betrachtet.

Weitere Adressat:innen sind Entscheidungsträger in der Politik, Fachkräfte, die in der Reha-Antragsstellung involviert sind, sowie Angehörige von Berufsverbänden und anderen zivilgesellschaftliche Organisationen.

Vorgehensweise: *Kapitel 2* beschäftigt sich mit den gesetzlichen Grundlagen der Rehabilitation für Menschen mit vorbestehenden Beeinträchtigungen/Behinderungen und setzt sich mit der Frage auseinander, ob eine ausreichende gesetzliche Grundlage für eine bedarfsgerechte rehabilitative Versorgung vorhanden ist oder in der Gesetzgebung rechtliche Lücken existieren, die noch geschlossen

[3] Privat krankenversicherte Personen können ebenfalls von den rehabilitativen Versorgungslücken betroffen sein, die PKV ist aber kein gesetzlicher Leistungsträger der medizinischen Rehabilitation, sondern zahlt die notwendigen Leistungen nur, wenn dies im privaten Versicherungsvertrag geregelt ist. Dies ist bei Anschlussrehabilitation im Gegensatz zum Heilverfahren häufig der Fall.

werden müssen. *Kapitel 3* beschreibt die vorhandenen Versorgungsstrukturen und -prozesse für die rehabilitative Versorgung von Menschen mit vorbestehenden Behinderungen. Hier wird auch auf diejenigen Dienste und Einrichtungen eingegangen, die in Deutschland dem kurativen Bereich zugeordnet werden, aber häufig eine rehabilitative Zielstellung verfolgen. Ebenfalls werden die bestehenden Versorgungsdefizite und -lücken dargestellt. *Kapitel 4* geht auf die vorhandenen Barrieren im Rehabilitations-Prozess (von der Bedarfserkennung bis zur Durchführung der Rehabilitation) ein. Im *Kapitel 5* wird der aktuelle Forschungstand hinsichtlich der Rehabilitation von Menschen mit vorbestehenden Beeinträchtigungen/Behinderungen beschrieben. *Kapitel 6* unternimmt den Versuch aus den vorliegenden Erkenntnissen konkrete Handlungsbedarfe zu formulieren. Im *Kapitel 7* werden alle Ergebnisse zusammengefasst.

2. Normative Grundlagen der medizinischen Rehabilitation

Anforderungen an eine barrierefreie und inklusive Rehabilitation in Deutschland ergeben sich aus einem Zusammenspiel verschiedener rechtlicher Normen. Diese Normen stehen in einem hierarchischen Verhältnis zueinander und prägen sowohl die inhaltliche Ausrichtung als auch die rechtliche Verbindlichkeit der Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen.

2.1. Grundgesetz (GG)

An oberster Stelle steht das GG, die Verfassung der Bundesrepublik Deutschland. Es bildet die verfassungsrechtliche Grundlage für alle nachgeordneten Gesetze. Besonders relevant für eine barrierefreie und inklusive Rehabilitation sind: Art. 1 GG (Schutz der Menschenwürde), Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG (Diskriminierungsverbot wegen einer Behinderung) sowie Art. 20 Abs. 1 GG (Sozialstaatsgebot).

Diese Bestimmungen verpflichten Staat und Gesellschaft, Menschen mit Behinderungen gleichzustellen, ihre Teilhabe zu fördern und Diskriminierungen zu verhindern, für soziale Gerechtigkeit und soziale Sicherheit zu sorgen und ein funktionierendes und zugängliches System sozialer Sicherung vorzuhalten. Alle Gesetze und Maßnahmen im Bereich der Rehabilitation müssen mit dem Grundgesetz vereinbar sein.

2.2. UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)

Die UN-BRK, seit 2009 in Deutschland geltendes Recht, ist ein völkerrechtlicher Vertrag, der entsprechend Art. 59 GG durch ein Zustimmungsgesetz in nationales Recht überführt wurde. Sie besitzt in der deutschen Rechtsordnung einfachgesetzlichen Rang, steht somit unter dem Grundgesetz, jedoch über behördlichem Verwaltungshandeln. Ihre besondere Ausstrahlungswirkung ergibt sich daraus, dass sowohl einfaches Recht als auch Verfassungsrecht völkerrechtsfreundlich – also im Einklang mit völkerrechtlichen Verpflichtungen – ausgelegt werden müssen (BVerfGE 111, S. 307 (317); BVerfGE 160, S. 79 (115); Janßen 2024).

Die Rehabilitationsträger sind als Körperschaften des öffentlichen Rechts unmittelbar an die UN-BRK gebunden und müssen ihre Vorgaben umsetzen. Die völkerrechtsfreundliche Auslegung kommt insbesondere dann zum Tragen, wenn eine Norm unbestimmte Rechtsbegriffe enthält oder wenn den Rehabilitationsträgern Ermessen (Welti 2021), z. B. hinsichtlich der Auswahl einer konkreten Maßnahme, eingeräumt wird.

Sechs zentrale Artikel der UN-BRK liefern wesentliche inhaltliche Orientierungspunkte für die Gestaltung einer barrierefreien und inklusiven rehabilitativen Versorgung.

Art. 4 Abs. 3 UN-BRK betont die Verpflichtung zur aktiven Einbeziehung von Menschen mit Behinderungen und ihrer Interessenvertretungen in die Entwicklung und Umsetzung von Rechtsvorschriften, Konzepten und Entscheidungsprozessen, die Menschen mit Behinderungen und die Umsetzung der in der UN-BRK formulierten Prinzipien betreffen. Dies schließt die in Art. 26 UN-BRK

geforderten Rehabilitationsangebote ein. Partizipation ist dabei kein freiwilliges Prinzip, sondern ein verbindlicher Bestandteil barrierefreier und inklusiver Versorgung.

Art. 5 UN-BRK gewährleistet die Gleichheit vor dem Gesetz und verbietet jede Diskriminierung aufgrund von Behinderung, einschließlich beim gleichberechtigten Zugang zu rehabilitativen Leistungen, unabhängig von Art, Ausprägung oder Ursache der Behinderung. Art. 5 Abs. 2 UN-BRK erfasst dabei sowohl unmittelbare als auch mittelbare Diskriminierungen und qualifiziert auch die Versagung angemessener Vorkehrungen als Diskriminierung. Nach Art. 5 Abs. 3 UN-BRK sind die Vertragsstaaten verpflichtet, solche Vorkehrungen zu gewährleisten. Angemessene Vorkehrungen sind notwendige und geeignete, einzelfallbezogene Anpassungen zur Vermeidung von Benachteiligungen, soweit sie keine unverhältnismäßige oder unbillige Belastung darstellen, etwa durch die Bereitstellung von Gebärdensprachdolmetschenden, persönlicher Assistenz oder Assistenztieren. Das Bundesverfassungsgericht versteht Art. 5 UN-BRK zugleich als Diskriminierungsverbot und als Grundlage eines eigenständigen Prüfungsmaßstabs für angemessene Vorkehrungen; beide sind aufeinander bezogen und im Sinne effektiver Gleichberechtigung auszulegen (BVerfGE 74, S. 358 (370); BVerfGE 111, S. 307 (317); BVerfGE 128, S. 326 (367 f.); BVerfGE 142, S. 313 (345); BVerfGE 149, S. 293 (328); BVerfGE 151, S. 1 (27 f.); BVerfG, NJW 2020, S. 1282 (1283); BVerfGE 160, S. 79 (115 f.); BVerfGE 167, S. 239 (286); Banafsche, in: Deinert et al. 2022, Stichwort Behindertenrechtskonvention, Rn. 12; Banafsche 2015; Kotzur und Richter 2012).

Art. 9 UN-BRK verpflichtet Staaten zur umfassenden Herstellung von Barrierefreiheit – räumlich, technisch, kommunikativ und digital. Hierzu müssen die Vertragsstaaten Barrieren abbauen, also die Rahmenbedingungen präventiv so gestalten, dass auf einer allgemeinen Ebene keine Zugangsbarrieren mehr bestehen. Während es sich bei angemessenen Vorkehrungen um Maßnahmen im Einzelfall handelt, bezieht sich die Pflicht zur Barrierefreiheit auf strukturelle Maßnahmen für ganze Gruppen oder Situationen (CRPD Committee 2014; Palleit 2012; Naguib, in: Naguib et al. 2023, Art. 9 UN-BRK, Rn. 11). Für den Gesundheitsbereich bedeutet dies, dass alle Angebote grundsätzlich für alle Menschen uneingeschränkt zugänglich gestaltet sein müssen. Ist ein bestimmtes Angebot noch nicht barrierefrei, müssen im Einzelfall angemessene Vorkehrungen vom Leistungsträger gewährt werden, um den Zugang im Einzelfall zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang sollten sowohl die Leistungserbringer als auch die Rehabilitationsträger bedenken, dass eine barrierefreie Gestaltung unter Berücksichtigung aller Behinderungsarten auf Dauer auch kostengünstiger sein kann. Nach der Allgemeinen Bemerkung Nr. 2 des UN-Ausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen sind die Vertragsstaaten gehalten, Pläne (z. B. Aktionspläne) zu verabschieden, um Barrieren zu ermitteln und langfristig abzubauen (CRPD Committee 2014; Naguib, in: Naguib et al. 2023, Art. 9 UN-BRK).

Art. 25 UN-BRK formuliert das Recht auf Gesundheit ausdrücklich auch für Menschen mit Behinderungen und betont deren Anspruch auf qualitativ hochwertige, diskriminierungsfreie und erreichbare Gesundheits- und Rehabilitationsdienste.

Art. 26 UN-BRK schließlich konkretisiert u. a. das Recht auf Rehabilitation. Er fordert bedarfsgerechte, frühzeitige und wohnortnahe Maßnahmen, die auf die größtmögliche Selbstbestimmung, Unabhängigkeit und Teilhabe der Betroffenen ausgerichtet sind.

2.3. Behindertengleichstellungsgesetz (BGG)

Das BGG konkretisiert die Vorgaben des Grundgesetzes und der UN-BRK für den Zuständigkeitsbereich des Bundes. Es zielt auf den Abbau von Benachteiligungen und die Herstellung von Barrierefreiheit in Behörden, Kommunikation und Infrastruktur (§ 1 Abs. 1 BGG). Zwar enthält es keine direkten Leistungsansprüche auf Rehabilitation, bildet aber einen rechtlichen Rahmen, innerhalb dessen Inklusion und gleichberechtigte Teilhabe gefördert werden müssen. Das BGG des Bundes ist in erster Linie für die in § 1 Abs. 1a BGG definierten Träger öffentlicher Gewalt verbindlich. Hierzu zählen die Bundesbehörden. Das sind Dienststellen und sonstige Einrichtungen der Bundesverwaltung, einschließlich der bundesunmittelbaren Körperschaften, bundesunmittelbaren Anstalten und bundesunmittelbaren Stiftungen des öffentlichen Rechts (Ritz et al., in: Fuchs et al. 2021, § 1 BGG, Rn. 5). Zu den Bundesbehörden zählen auch die Rehabilitationsträger, sofern sie unter der Aufsicht des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) stehen (Schlichtungsstelle BGG o.J.). Landesunmittelbare Sozialversicherungsträger sowie andere Rehabilitationsträger auf Landesebene sind aber auch an das BGG gebunden, soweit sie Bundesrecht ausführen (§ 1 Abs. 2 Satz 2 BGG). In diesen Fällen sollen sie im Rahmen ihres Aufgabenbereichs die in Abs. 1 genannten Ziele aktiv fördern und bei der Planung von Maßnahmen beachten. Dies gilt auch für Eigeneinrichtungen beispielsweise der Rentenversicherungsträger. Für die Rehabilitationsträger auf Landesebene gilt weiterhin das jeweilige Behindertengleichstellungsgesetz auf Landesebene. Diese Gesetze beinhalten mit dem BGG vergleichbare Regelungen und vermitteln z. T. auch individuelle Rechtsansprüche, z. B. auf die Nutzung von Kommunikationshilfen (§ 8 Abs. 3 Hessisches Behindertengleichstellungsgesetz).

2.4. Sozialgesetzbuch (SGB)

Die praktische Umsetzung der Rehabilitation erfolgt insbesondere durch die Regelungen des Sozialgesetzbuchs, die ebenfalls einfachgesetzlichen Rang haben. Das Sozialgesetzbuch ist eine inhaltliche Einheit und umfasst mehrere Bücher. Diese Leistungsgesetze müssen im Lichte der UN-BRK und des Grundgesetzes inklusiv interpretiert und angewendet werden. Zunächst fassen wir im Folgenden die für eine barrierefreie und inklusive Rehabilitation wichtigen Regelungen aus dem SGB I und SGB IX, Teil 1 zusammen. Anschließend betrachten wir relevante Bestimmungen aus den Leistungsgesetzen für die Krankenversicherung (SGB V), Rentenversicherung (SGB VI) und Unfallversicherung (SGB VII) sowie der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII), der Eingliederungshilfe (SGB IX, Teil 2), der Pflegeversicherung (SGB XI) und dem Sozialen Entschädigungsrecht (SGB XIV). Diese konkretisieren die allgemeinen Regelungen des SGB I und SGB IX für bestimmten Personengruppen.

2.4.1. SGB I (Allgemeiner Teil)

Das SGB I legt grundlegende Prinzipien und Regelungen für das gesamte deutsche Sozialrecht, und damit auch das Rehabilitationsrecht, fest. Es definiert soziale Rechte, Sozialleistungen und die zuständigen Sozialleistungsträger. Ziel ist es, eine einheitliche Grundlage für alle Bereiche des Sozialrechts zu schaffen und soziale Sicherheit zu gewährleisten.

Ein zentrales Element des SGB I im Zusammenhang mit barrierefreier und inklusiver Rehabilitation ist die Verantwortung der Träger sozialer Leistungen für eine barrierefreie Infrastruktur. Gemäß § 17 Abs. 1 Nr. 4, Abs. 2 und Abs. 2a SGB I müssen Dienste und Einrichtungen der Sozialleistungsträger barrierefrei gestaltet sein. Dies umfasst unter anderem das Recht auf die Bereitstellung von Gebärdensprachdolmetschenden, anderen Kommunikationshilfen sowie die Nutzung Leichter Sprache bei der Leistungserbringung. Diese Vorgaben sind für die Rehabilitation von großer Bedeutung, da hier die Zugänglichkeit für Menschen mit Behinderungen besonders gewährleistet sein muss.

Darüber hinaus enthält das SGB I ein ausdrückliches Benachteiligungsverbot (§ 33c SGB I). Danach darf niemand bei der Inanspruchnahme sozialer Rechte aufgrund der Rasse, ethnischen Herkunft oder einer Behinderung benachteiligt werden. Allerdings können konkrete Ansprüche aus diesem Verbot nur dann geltend gemacht werden, insofern sie durch Regelungen der besonderen Teile des Sozialgesetzbuchs näher bestimmt sind.

2.4.2. SGB IX Teil 1 (Trägerübergreifende Vorschriften zur Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen)

Das SGB IX konkretisiert im Teil 1 unter anderem den Behinderungsbegriff, die Koordinierung der Rehabilitationsträger und ihrer Leistungen sowie die medizinische Rehabilitation als Teilhabeleistung einschließlich ihrer Ausführung und barrierefreien Ausgestaltung.

Behinderungsbegriff: Gemäß § 2 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB IX sind Menschen mit Behinderungen Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Dieser Behinderungsbegriff geht auf die UN-BRK (Art. 1 U-Abs. 2 UN-BRK) sowie auf das biopsychosoziale Modell von Behinderung der ICF zurück (Busse 2017; Welti, in: Deinert et al. 2022, Stichwort Behinderung, Rn. 7). Die Voraussetzung eines für das Lebensalter untypischen Zustandes wird vielfach kritisiert (Frehe 2016; BT-Drs. 18/10523, S. 51). Ob eine gesundheitliche Beeinträchtigung alterstypisch ist, ist schwer festzustellen, da Alterungsprozesse sehr individuell verlaufen und von multiplen Faktoren, wie z. B. dem Lebenswandel abhängen (Frehe 2016; Welti, in: Deinert et al. 2022, Stichwort Behinderung, Rn. 19). Auch altersbedingte Beeinträchtigungen können zu erheblichen Teilhabebeeinträchtigungen führen (Bieritz-Harder, in: Bieritz-Harder et al. 2024, Eingliederungshilfe, Rn. 5; Fuchs, in: Fuchs et al. 2021, § 2 SGB IX, Rn. 22b). Auch die UN-BRK legt keine Altersgrenze fest und nimmt stellenweise sogar ausdrücklich Bezug auf die mehrdimensionale Diskriminierung aufgrund von Behinderung und Alter (Art. 8 Abs. 1 lit. b UN-BRK; Präambel, lit. p). Pflegebedürftigkeit gemäß §§ 14 und 15 SGB XI gilt nicht als alterstypischer Zustand i. S. d. § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB IX, sodass Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe grundsätzlich auch an ältere und pflegebedürftige Menschen erbracht werden müssen, wenn die sonstigen Anspruchsvoraussetzungen vorliegen (BT-Drs. 18/9522, S. 227; Welti, in: Deinert et al. 2022, Stichwort Behinderung, Rn. 19; Bieritz-Harder, in: Bieritz-Harder et al. 2024, Eingliederungshilfe, Rn. 5). Der Behinderungsbegriff ist

grundsätzlich im gesamten Sozialrecht einschlägig und von den Rehabilitationsträgern zu beachten (Welti, in: Deinert et al. 2022, Stichwort Behinderung, Rn. 32 f.). Das Vorliegen einer anerkannten Schwerbehinderung oder Gleichstellung gemäß § 2 Abs. 2 und 3 SGB IX ist keine Voraussetzung für den Anspruch auf eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

Wunsch- und Wahlrecht: Nach § 8 SGB IX ist bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten zu entsprechen. Dabei ist auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht zu nehmen.

Koordinierung: Durch das SGB IX Teil 1 sollen die Leistungen zur Teilhabe möglichst einheitlich geregelt werden. Darüber hinaus soll das SGB IX auch zu einer verbesserten Koordinierung der Leistungsträger untereinander beitragen. Ein wichtiges Instrument zur Koordinierung sind die Gemeinsamen Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR).

Gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 SGB IX gelten die Vorschriften in Teil 1 für die Leistungen zur Teilhabe, soweit sich aus den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt. Die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe richten sich gemäß § 7 Abs. 1 Satz 2 SGB IX nach den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen. Für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind gemäß § 6 Abs. 1 i. V. m. § 5 Nr. 1 SGB IX die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, die Träger der Sozialen Entschädigung und der Träger der Soldatenentschädigung, die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sowie die Träger der Eingliederungshilfe zuständig. Wird beispielsweise eine medizinische Rehabilitation vom Träger der Rentenversicherung begehrt, müssen die Leistungsvoraussetzungen in §§ 10 und 11 SGB VI erfüllt werden. Der in § 7 Abs. 1 Satz 1 SGB IX geregelte grundsätzliche Vorrang des SGB IX Teil 1 vor den Leistungsgesetzen bezieht sich in erster Linie auf den Leistungsinhalt (Stevens-Bartol, in: Feldes et al. 2023, § 7 SGB IX Rn. 7; Schaumberg 2019). Insbesondere die in § 1 SGB IX geregelten Ziele des SGB IX sind bei der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe vollumfänglich zu berücksichtigen, auch wenn sie über die im jeweiligen Leistungsgesetz geregelten Ziele hinausgehen (Stevens-Bartol, in: Feldes et al. 2023, § 7 SGB IX, Rn. 7).

§ 7 Abs. 2 SGB IX regelt, dass abweichend von Abs. 1 die Vorschriften der Kapitel 2 bis 4 zum Verfahrensrecht den für die jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen vorgehen. Eine wichtige Rolle im Verfahrensrecht nimmt § 14 SGB IX ein. Die Regelung soll sicherstellen, dass sich Zuständigkeitsstreitigkeiten zwischen den Rehabilitationsträgern nicht negativ auf die antragstellenden Menschen mit Behinderungen auswirken (Stevens-Bartol/Kothe, in: Feldes et al. 2023, § 14, Rn. 1 ff.; Benedix, in: Knickrehm et al. 2025, § 14 SGB IX, Rn. 1). Allein die Tatsache, dass fast alle in § 6 Abs. 1 SGB IX genannten Rehabilitationsträger für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zuständig sein können, zeigt die Notwendigkeit einer guten Koordinierung bereits im Antragsverfahren.

§ 14 SGB IX regelt, dass der Antrag auf Rehabilitationsleistungen grundsätzlich nur einmal weitergeleitet werden darf, wenn der erstangegangene Träger feststellt, dass er für die beantragten Leistungen insgesamt nicht zuständig ist (§ 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX) (Schaumberg 2019). Der Rehabilitationsträger

ist insgesamt nicht zuständig, wenn er entweder gemäß §§ 5 und 6 SGB IX nicht für die Leistung zuständig sein kann oder wenn die spezifischen Voraussetzungen nach seinem Leistungsgesetz nicht erfüllt werden (Schaumberg 2019), wenn also z. B. eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation bei der Rentenversicherung beantragt wurde, die antragsstellende Person aber die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen gemäß § 11 SGB VI nicht erfüllt. Der zweitangegangene Träger, an den der Antrag weitergeleitet wurde, muss den Rehabilitationsbedarf ungeachtet seiner tatsächlichen Zuständigkeit anhand der Instrumente zur Bedarfsermittlung nach § 13 Abs. 2 SGB IX unverzüglich und umfassend feststellen und die Leistungen erbringen (§ 14 Abs. 2 Satz 4 i. V. m. Satz 1 SGB IX). Die antragsstellende Person wird dabei so gestellt, als hätte sie gleichzeitig bei allen Rehabilitationsträgern Leistungen beantragt (Kellner, in: Rolfs et al. 2025, § 14 SGB IX, Rn. 2), indem ein Rehabilitationsträger im Außenverhältnis zur leistungsberechtigten Person ungeachtet seiner tatsächlichen Zuständigkeit die gesamte Fallverantwortung trägt (von Boetticher 2020; von Boetticher/Kuhn-Zuber 2022; Eicher 2023). Im Innenverhältnis kann sich der eigentlich unzuständige Träger die Kosten von dem materiell-rechtlich zuständigen Träger gemäß § 16 Abs. 1 SGB IX im Nachhinein erstatten lassen.

Mit dem Bundesteilhabegesetz wurde mit der sogenannten „Turbo-Klärung“ gemäß § 14 Abs. 3 SGB IX eine Ausnahme von dem Grundsatz geregelt, wonach ein Antrag auf Rehabilitationsleistungen nur einmal weitergeleitet werden darf. Danach ist eine Weiterleitung an einen dritten Rehabilitationsträger möglich, wenn der zweitangegangene Träger nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz für die Leistung insgesamt nicht zuständig ist und er den Antrag im Einvernehmen mit dem dritten Rehabilitationsträger an diesen weiterleitet (Schaumberg 2019). Der dritte Träger hat sodann innerhalb der in Abs. 2 Satz 4 genannten Fristen über den Antrag zu entscheiden. Das heißt, dass die Entscheidungsfrist gemäß § 14 Abs. 2 Satz 2 und 3 SGB IX für den drittangegangenen Träger nicht von Neuem zu laufen beginnt. Die Regelungen in § 14 SGB IX sind somit darauf ausgelegt, dass Menschen mit Behinderungen, die eine Rehabilitationsleistung beantragen, diese möglichst zügig erhalten (Stevens-Bartol/Kothe, in: Feldes et al. 2023, § 14 SGB IX, Rn. 1, 6; Wangler, in: Greiner/Winkler 2026, § 14 SGB IX, Rn. 4).

§ 15 SGB IX verpflichtet die Rehabilitationsträger dazu, weitere Rehabilitationsträger einzubeziehen, wenn zum Zeitpunkt der Antragsstellung weitere Rehabilitationsbedarfe erkannt werden. Sind Rehabilitationsleistungen verschiedener Leistungsträger oder mehrerer Leistungsgruppen erforderlich, ist zwingend ein Teilhabeplanverfahren gemäß § 19 SGB IX durchzuführen.

Gemäß § 43 SGB IX gelten die in § 42 Abs. 1 genannten Ziele und § 12 Abs. 1 und 3 sowie § 19 auch bei Leistungen der Krankenbehandlung. Diese Regelung soll sicherstellen, dass auch die Akutmedizin schon die Teilhabeziele verfolgt (vgl. *Kapitel 3.3.1*), die Rehabilitation so früh wie möglich beginnt und ein nahtloser Übergang von der Akutbehandlung zur medizinischen Rehabilitation gewährleistet wird. Werden Leistungen zur Krankenbehandlung erbracht, müssen die Beteiligten bereits zu diesem Zeitpunkt erwägen, ob Leistungen zur Teilhabe erforderlich sein werden und ggf. ein Teilhabeplanverfahren gemäß § 19 SGB IX in Gang setzen (Luik, in: Düwell et al. 2026, § 43 SGB IX, Rn. 9).

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation: Gemäß § 42 Abs. 1 SGB IX werden zur medizinischen Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Menschen die erforderlichen Leistungen erbracht, um Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten (Nr. 1) oder Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhindern sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu verhüten oder laufende Sozialleistungen zu mindern (Nr. 2). Ergänzend sind auch die übergreifenden Teilhabeziele in § 4 Abs. 1 zu berücksichtigen, insbesondere Nr. 3 und 4.

§ 42 SGB IX nimmt somit ausdrücklich Bezug auf den Behinderungsbegriff gemäß § 2 Abs. 1 SGB IX. Anlass und Grund für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation ist jedoch häufig nicht die vorbestehende Behinderung, sondern eine neue Erkrankung, ein Unfall, eine Operation oder eine massive Verschlechterung der Beeinträchtigung (Gesundheitsstörung im biopsychosozialen Modell). Neben der Vermeidung von Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit dienen die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation explizit auch dazu, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern und eine Verschlimmerung zu verhindern. An dieser Stelle kommt der auch in § 5 SGB XI geregelte Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation zum Ausdruck. In § 42 Abs. 2 SGB IX werden nicht abschließend mögliche Leistungen der medizinischen Rehabilitation aufgezählt (Welti, in: Deinert et al. 2022, Stichwort Medizinische Rehabilitation, Rn. 12). Hierzu zählen beispielsweise die Behandlung durch Ärzt:innen, Zahnärzt:innen und Angehörige anderer Heilberufe (Nr. 1) und Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie (Nr. 4).

Menschen mit Behinderungen haben die Möglichkeit, sich von einer Bezugsperson in die Rehabilitationseinrichtung begleiten zu lassen. Die Kosten für eine wegen der Behinderung erforderliche Begleitperson und den damit einhergehenden Verdienstausfall können im Rahmen der Reisekosten gemäß § 73 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 SGB IX bei dem jeweiligen Rehabilitationsträger geltend gemacht werden (Kemper, in: Ehmann et al. 2023, § 73 SGB IX, Rn. 15; Schweitzer, in: Rolfs et al. 2025, § 73 SGB IX, Rn. 7; Krohn-Aicher/Masuch 2024). Gemäß § 73 Abs. 1 S. 1 SGB IX werden als Reisekosten die erforderlichen Fahr-, Verpflegungs- und Übernachtungskosten übernommen, die im Zusammenhang mit der Ausführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben stehen. Zu den Reisekosten zählen nach § 73 Abs. 1 S. 2 SGB IX auch die Kosten für eine wegen der Behinderung erforderliche Begleitperson einschließlich des für die Zeit der Begleitung entstehenden Verdienstausfalls. Diese Vorschrift vermittelt aber noch keinen Rechtsanspruch, welcher vielmehr im jeweiligen Leistungsgesetz ausgestaltet werden muss. Einige Leistungsgesetze wie das SGB V, das SGB VI und SGB VII verweisen auf § 73 SGB IX, andere Gesetze wie das SGB XIV gestalten einen entsprechenden Anspruch selbst aus. § 73 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 SGB IX sieht aber keine Finanzierung einer professionellen Assistenzkraft vor, sondern lediglich die Erstattung des Verdienstausfalls von Angehörigen oder Bekannten, welche die Begleitung unentgeltlich übernehmen (BSG, Urt. v. 26.11.1991, 9a RV 22/90, juris Rn. 9 f.; Kemper, in: Ehmann et al. 2023, § 73 SGB IX, Rn. 18; Schlette, in: Schlegel/Voelzke 2023, § 73, Rn. 30). Die Möglichkeit einer Begleitung entbindet die Leistungsträger und Leistungserbringer aber nicht von ihrer Pflicht, Barrieren bei der Inanspruchnahme von stationären Rehabilitationsleistungen zu beseitigen.

Leistungserbringung und Barrierefreiheit: Übergeordnete Regelungen zur Durchführung der medizinischen Rehabilitation finden sich in den §§ 28 ff. SGB IX. Diese werden durch spezifischere Regelungen in einigen Leistungsgesetzen ergänzt (Welti, in: Deinert et al. 2022, Stichwort Medizinische Rehabilitation, Rn. 30). § 28 Abs. 1 Satz 1 SGB IX regelt zunächst, dass der Rehabilitationsträger Leistungen zur Teilhabe allein oder gemeinsam mit anderen Leistungsträgern (Nr. 1), durch andere Leistungsträger (Nr. 2) oder unter Inanspruchnahme von geeigneten, insbesondere auch freien und gemeinnützigen oder privaten Rehabilitationsdiensten und Rehabilitationseinrichtungen nach § 36 SGB IX ausführen kann. Gemäß § 36 Abs. 1 Satz SGB IX wirken die Rehabilitationsträger gemeinsam unter Beteiligung der Bundesregierung und der Landesregierungen darauf hin, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und Rehabilitationseinrichtungen in ausreichender Anzahl und Qualität zur Verfügung stehen. Dabei achten die Rehabilitationsträger gemäß § 36 Abs. 1 Satz 2 SGB IX darauf, dass für eine ausreichende Anzahl von Rehabilitationsdiensten und Rehabilitationseinrichtungen keine Zugangs- und Kommunikationsbarrieren bestehen. Hierdurch wird unter anderem die allgemeine Hinwirkungspflicht gemäß § 17 Abs. 1 Nr. 4 SGB I für die Rehabilitation konkretisiert. Zwar verbietet die Regelung den Rehabilitationsträgern nicht, auch mit Leistungserbringern Verträge abzuschließen, die nicht barrierefrei sind, jedoch müssen die Rehabilitationsträger ein im Einzelfall passendes Angebot vorhalten (Wangler, in: Greiner/Winkler 2026, § 36 SGB IX, Rn. 7; Joussen, in: Düwell et al. 2026, § 36 SGB IX, Rn. 9). Ist kein barrierefreies Angebot verfügbar, müssen ggf. angemessene Vorkehrungen, z. B. durch die Finanzierung einer Assistenzperson, zur Verfügung gestellt werden.

2.4.3. SGB V (Krankenversicherung)

Das SGB V enthält verschiedene Regelungen, um den Zugang zur medizinischen Rehabilitation für Menschen mit Behinderungen barrierefrei zu gestalten und eine selbstbestimmte Durchführung medizinischer Rehabilitation zu sichern.

Gemäß § 2a SGB V sind die besonderen Belange von Menschen mit Behinderungen und chronischen Krankheiten bei allen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu berücksichtigen. Dies verpflichtet die Krankenkassen und Leistungserbringer, Barrieren abzubauen und spezifische Bedarfe dieser Personengruppen systematisch in der Versorgung zu beachten.

Ein umfassender Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ergibt sich aus § 11 Abs. 2 SGB V, in Verbindung mit § 27 Abs. 1 Nr. 6, § 40 ff. sowie § 111 SGB V. Diese Vorschriften sichern Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen einen Zugang zu rehabilitativen Maßnahmen zur Wiederherstellung oder Erhaltung ihrer Gesundheit.

Die medizinische Rehabilitation der GKV hat außerdem Vorrang vor Pflege (§ 31 SGB XI) und bei der Pflegebegutachtung ist auch immer ein Rehabilitationsbedarf zu prüfen (§ 18b SGB XI).

Auch Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich sind Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Hier wird besonders deutlich, dass die Verantwortung der Träger der medizinischen Rehabilitation über Leistungen in Einrichtungen hinausreicht. Das gilt auch für Leistungen wie die Soziotherapie (§ 37a SGB V) und die ergänzenden Leistungen (§ 43 SGB V) sowie die in Medizinischen Zentren für Erwachsene mit

Behinderung (§ 119c SGB V) und Sozialpädiatrischen Zentren (§ 119 SGB V) vorhandene Infrastruktur für die Behandlung von Menschen mit Behinderungen.

Besondere Relevanz hat zudem § 11 Abs. 3 SGB V: Dieser regelt, dass bei stationären Behandlungen – einschließlich medizinischer Rehabilitation gemäß § 107 Abs. 2 SGB V – auch die Mitaufnahme einer Begleitperson möglich ist, wenn dies aus medizinischen Gründen notwendig ist. Bei Menschen, die ihre Pflege im Arbeitgebermodell selbst organisieren, kann auch eine selbstbeschäftigte Pflegekraft aufgenommen werden. Erfolgt die Pflege hingegen über klassische Pflegedienste im Dienstleistungsmodell, ist die Mitaufnahme einer Begleitperson nur zulässig, wenn eine medizinische Notwendigkeit nachgewiesen werden kann. Diese Regelung, die ursprünglich nur für stationäre Krankenhausbehandlungen galt, wurde später ausdrücklich auf die stationäre medizinische Rehabilitation ausgeweitet.

Eine weitere zentrale Bestimmung betrifft die Finanzierung der häuslichen Pflege während des Aufenthalts in einer Rehabilitationseinrichtung. Ambulante Pflegeleistungen nach §§ 36 ff. SGB XI ruhen gemäß § 34 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB XI, wenn die pflegebedürftige Person stationär untergebracht ist – dies betrifft auch stationäre Rehabilitationseinrichtungen. Nur bei Pflege im Arbeitgebermodell ist eine Weiterfinanzierung der Pflege während des Aufenthalts in einer Rehabilitationseinrichtung durch § 63b Abs. 4 SGB XII sichergestellt. Eine Ausnahme besteht lediglich für die Zahlung von Pflegegeld gemäß § 37 SGB XI oder anteiligem Pflegegeld gemäß § 38 SGB XI in den ersten vier Wochen der stationären Maßnahme (§ 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI).

Auch Fahrkosten zur medizinischen Rehabilitation werden übernommen. Nach § 60 Abs. 5 SGB V in Verbindung mit § 73 Abs. 1 und 3 SGB IX gehören dazu auch Reisekosten für Pflegepersonen im Sinne des § 19 SGB XI sowie auch die Kosten für den Verdienstausfall einer Begleitperson (§ 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB IX).

Nicht zuletzt stärkt die in § 140f SGB V normierte Beteiligung von Interessenvertretungen der Patient:innen an Entscheidungsprozessen in der gesetzlichen Krankenversicherung die Partizipation von Menschen mit Behinderungen.

2.4.4. SGB VI (Rentenversicherung)

Die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung ist eine Leistung auf Antrag, die bei Vorliegen persönlicher und versicherungsrechtlicher Voraussetzungen durch die Rentenversicherung zu gewähren ist (Anspruchsleistung).

Als persönliche Voraussetzungen für eine medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung gelten gemäß § 10 Abs. 1 SGB VI eine deutlich gefährdete oder bereits eingeschränkte Erwerbsfähigkeit sowie die realistische Aussicht, dass die Erwerbsfähigkeit durch eine medizinische Rehabilitation erhalten, verbessert oder wiederhergestellt werden kann. Ein Anspruch auf medizinische Rehabilitation gilt auch dann, wenn eine Behinderung schon besteht oder die Erwerbsfähigkeit bereits gemindert ist. Ein Anspruch besteht nach einer Entscheidung des Bundessozialgerichts nicht, wenn Menschen, die in Werkstätten für behinderte Menschen beschäftigt sind, eine Rehabilitation beantragen, die nur die

Erhaltung der Werkstattfähigkeit zum Ziel hat. Dieser Personenkreis hat hingegen Anspruch auf Leistungen gemäß § 40 SGB V. Die Differenzierung nach dem zuständigen Rehabilitationsträger stelle laut Bundessozialgericht (BSG) auch keine Diskriminierung aufgrund der Behinderung gemäß Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG i. V. m. Art. 5 Abs. 2 UN-BRK dar (BSG, Urt. v. 16.06.2015, B 13 R 12/14 R, juris Rn. 14 ff.; BSG, Urt. v. 26.02.2020, B 5 R 1/19 R, juris Rn. 31).

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung sind erfüllt, wenn mindestens 15 Jahre lang Rentenversicherungsbeiträge entrichtet wurden (Wartezeit) oder eine Erwerbsminderungsrente bezogen wird (§ 11 Abs. 1 SGB VI). Bei absehbarer Erwerbsminderung reduziert sich die Wartezeit auf fünf Jahre. Auch wenn Personen in den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung wenigstens sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen aus einer Beschäftigung vorweisen können (das ist der häufigste Fall), gelten die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen als erfüllt (§ 11 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB VI). Leistungen der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung werden nicht in der Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit einer Krankheit erbracht. Diese akute Behandlungsbedürftigkeit bezieht sich auf ein Phasenmodell, in dem die Rehabilitation einer Akutbehandlung folgt (z. B. nach einem Myokardinfarkt oder aufgrund einer Krebserkrankung). Treten jedoch während einer Rehabilitation Gesundheitsprobleme auf, die mit den Mitteln der Rehabilitationseinrichtung bewältigt werden können, werden diese mitbehandelt. Die Träger der Rentenversicherung können sich die dafür entstehenden Kosten in bestimmten Fällen von den Krankenkassen erstatten lassen. Chronische Begleiterkrankungen stellen in diesem Zusammenhang keinen Ausschlussgrund für eine medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung dar.

Gemäß § 28 Abs. 1 SGB VI besteht unter anderem ein ergänzender Anspruch auf Leistungen nach § 73 SGB IX und damit auch auf Reisekosten, inklusive der Kosten für eine wegen der Behinderung erforderliche Begleitperson einschließlich des für die Zeit der Begleitung entstehenden Verdienstausfalls (§ 73 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 SGB IX). Einen ausdrücklichen Anspruch auf die Mitaufnahme der Begleitperson wie in § 11 Abs. 3 SGB V sieht das SGB VI aber nicht vor. Hier sind die Menschen mit Behinderungen und ihre Begleitpersonen auf das Wohlwollen der Rehabilitationseinrichtung angewiesen.

2.4.5. SGB VII (Unfallversicherung)

In der gesetzlichen Unfallversicherung ist die medizinische Rehabilitation Teil der Heilbehandlung gemäß §§ 26 Abs. 1 Satz 1, 27 Abs. 1 Nr. 7 SGB VII. Hinsichtlich des Leistungskatalogs verweist § 27 Abs. 1 Nr. 7 SGB VII weitgehend auf den Katalog in § 42 Abs. 2 SGB IX. Anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung, in der die Anspruchsentstehung maßgeblich durch das Wirtschaftlichkeitsgebot bestimmt wird (§ 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V) und in der die Leistungen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen, haben die Unfallversicherungsträger den in § 26 Abs. 2 Nr. 1 bis 5 SGB VII genannten Handlungserfordernissen mit allen geeigneten Mitteln möglichst frühzeitig nachzukommen (Baron/Lüder, in: Becker et al. 2024, § 26 SGB VII, Rn. 5).

Die gesetzliche Unfallversicherung ist vorrangig gegenüber den anderen Rehabilitationsträgern für die medizinische Rehabilitation zuständig, wenn die zugrundeliegende Funktionsbeeinträchtigung Folge eines Arbeitsunfalls (§ 8 SGB VII) oder einer Berufskrankheit (§ 9 SGB VII) ist. Wie in der gesetzlichen Krankenversicherung und gesetzlichen Rentenversicherung muss die Person zum entsprechend versicherten Personenkreis gemäß § 2 ff. SGB VII gehören. Zu den kraft Gesetzes versicherten Personen zählen auch Menschen mit Behinderungen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen, bei einem anderen Leistungsanbieter nach § 60 SGB IX oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 226 SGB IX oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind (Welti, in: Deinert et al. 2022, Stichwort Medizinische Rehabilitation, Rn. 42).

Ebenso wie das SGB VI sieht auch das SGB VII einen Anspruch auf ergänzende Leistungen in Form von Reisekosten vor. § 43 Abs. 1 S. 1 SGB VII verweist insoweit auf § 73 SGB IX. Gemäß § 43 Abs. 4 SGB VII wird auch entgangener Arbeitsverdienst einer Begleitperson ersetzt, wenn der Ersatz in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Pflegekraft entstehenden Kosten steht. Das Nähere regeln die Verbände der Unfallversicherungsträger gemäß § 43 Abs. 5 SGB VII durch gemeinsame Richtlinien. Ein ausdrücklicher Anspruch auf die Mitaufnahme der Begleitperson besteht auch nach dem SGB VII nicht.

2.4.6. SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe)

Im Rahmen der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung oder drohender seelischer Behinderung gemäß § 35a SGB VIII können auch die Träger der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zuständig sein (§ 6 Abs. 1 Nr. 6 i. V. m. § 5 Nr. 1 SGB IX). Bei Kindern und Jugendlichen mit körperlichen und/oder kognitiven Behinderungen oder die von einer solchen Behinderung bedroht sind, gehen die Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX vor (§ 10 Abs. 4 S. 2 SGB VIII). In dem Zusammenhang können gerade bei Kindern und Jugendlichen mit mehrfachen Behinderungen komplizierte Abgrenzungsfragen aufkommen (u.a. Schönecker, Meysen, in: Münder et al. 2022, § 10 SGB VIII, Rn. 48). Diese Abgrenzungsschwierigkeiten dürfen aber nicht zu Lasten der leistungsberechtigten Kinder und Jugendlichen gehen, sondern müssen alleine zwischen dem Träger der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe und dem Träger der Eingliederungshilfe ausgetragen werden. Die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe sind gegenüber den Leistungen anderer Sozialleistungsträger und damit auch der Sozialversicherungsträger nachrangig (§ 10 Abs. 1 SGB VIII). Somit wird der Anwendungsbereich von § 35a SGB VIII im Bereich der medizinischen Rehabilitation vergleichbar mit der Eingliederungshilfe nach Teil 2 des SGB IX gering sein (vgl. Welti, in: Deinert et al. 2022, Stichwort Medizinische Rehabilitation, Rn. 89).

2.4.7. SGB IX Teil 2 (Eingliederungshilfe)

Die Träger der Eingliederungshilfe sind nachrangig (§ 91 SGB IX) auch für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zuständig (§§ 90 Abs. 1 u. 2, 99, 102 Abs. 1 Nr. 1, 109, 110 SGB IX) (Welti, in: Deinert et al. 2022, Stichwort Medizinische Rehabilitation, Rn. 91 ff.). Ein Anspruch nach dem Recht der Eingliederungshilfe besteht aber nur, wenn der Mensch mit Behinderung nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist oder wenn die gesetzliche Krankenversicherung nicht leistet (§ 104 Abs. 1 Satz 1 i. V. m. § 91 Abs. 1 SGB IX). Dies betrifft unter anderem Menschen mit Behinderungen, die nicht im Arbeitsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) (§ 58 SGB IX) oder bei einem anderen Leistungsanbieter (§ 60 SGB IX) tätig sind und somit nicht pflichtversichert nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB V sind, nicht (mehr) familienversichert gemäß § 10 Abs. 2 Nr. 4 SGB V sind (beispielsweise, wenn die Eltern verstorben sind) und auch kein anderer Pflichtversicherungstatbestand gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 1-12 SGB V greift. Zu denken ist hier beispielsweise an Menschen, die in einer Tagesförderstätte gemäß § 219 Abs. 3 SGB IX gefördert werden. Für Personen, die Leistungen der Eingliederungshilfe beziehen, kommt gemäß § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V auch keine „Auffangversicherung“ nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V in Betracht. Dies kann vor dem Hintergrund des Rechts auf Gesundheit (Art. 25 UN-BRK) und des Diskriminierungsverbots gemäß Art. 5 Abs. 2 UN-BRK durchaus kritisch gesehen werden (Lachwitz, in: Kreutz et al. 2013, Art. 25 UN-BRK, Rn. 12). Menschen mit Behinderungen ohne Krankenversicherungsschutz, erhalten die Leistungen von einer von ihnen zuvor selbst gewählten Krankenkasse, die sich die Kosten vom Träger der Eingliederungshilfe im Innenverhältnis erstatten lassen kann („Quasiversicherung” gemäß § 264 SGB V) (von Boetticher/Bieritz-Harder, in: Düwell et al. 2026, § 109 SGB IX, Rn. 7 ff.).

§ 109 Abs. 2 SGB IX ordnet an, dass die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen. Dazu zählen grundsätzlich auch Leistungen gemäß § 11 Abs. 3 und § 60 Abs. 5 SGB V und damit auch die Mitaufnahme einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Begleitperson sowie die Erstattung des Verdienstausfalls der Begleitperson. Seit dem 01.11.2022 haben Menschen mit Behinderungen unter den Voraussetzungen des § 113 Abs. 6 SGB IX während einer stationären Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V Anspruch auf Begleitung durch vertraute Bezugspersonen, die ihnen im Alltag bereits Leistungen der Eingliederungshilfe erbringen. Ein Anspruch auf Begleitung während einer stationären Rehabilitationsmaßnahme durch Assistenzpersonen der Eingliederungshilfe wurde nicht geregelt, obwohl auch hier die Notwendigkeit der Begleitung durch eine Assistenz bestehen kann.

2.4.8. SGB XI (Pflegeversicherung)

Nach § 5 SGB XI Abs. 4 und 6 sind die Pflegekassen verpflichtet, durch geeignete Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation darauf hinzuwirken, dass Pflegebedürftigkeit gar nicht erst entsteht oder sich nicht verschlimmert. Dies stellt klar, dass Leistungen der Pflegeversicherung nicht isoliert betrachtet werden sollen, sondern immer auch geprüft werden muss, ob rehabilitative Maßnahmen die Selbstständigkeit der betroffenen Person erhalten oder wiederherstellen können.

Ergänzend konkretisiert § 31 SGB XI einen Vorrang rehabilitativer Maßnahmen. Danach haben Leistungen zur medizinischen Rehabilitation grundsätzlich Vorrang vor Pflegeleistungen, wenn durch sie Pflegebedürftigkeit vermieden, überwunden oder vermindert oder einer Verschlimmerung entgegengewirkt werden kann. Die Pflegekassen sind daher verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass Versicherte entsprechende Rehabilitationsleistungen erhalten und diese nicht durch frühzeitige Gewährung von Pflegeleistungen ersetzt werden.

Eine zentrale Rolle bei der Umsetzung dieses Grundsatzes spielt das Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Im Rahmen dieser Begutachtung muss gemäß § 18b SGB XI auch geprüft werden, ob ein Bedarf an medizinischer Rehabilitation besteht. Wird ein solcher Bedarf festgestellt, muss eine entsprechende Empfehlung ausgesprochen werden. Diese Rehabilitationsempfehlung wird anschließend von der Pflegekasse an den zuständigen Rehabilitationsträger weitergeleitet. Die Pflegekasse ist selbst in der Regel nicht für die Durchführung von Rehabilitationsleistungen zuständig, kann Leistungen zur medizinischen Rehabilitation aber vorläufig erbringen (§ 32 SGB XI). In Allgemeinen werden Empfehlungen zur medizinischen Rehabilitation allerdings an den jeweils zuständigen Träger weitergeleitet. Häufig ist dies die Gesetzliche Krankenversicherung. Auch bei bereits pflegebedürftigen Personen bleibt die medizinische Rehabilitation ein wichtiges Instrument. Ziel entsprechender Maßnahmen ist es, die vorhandenen Fähigkeiten zu erhalten oder zu verbessern und dadurch eine Verschlechterung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder den Pflegegrad zu reduzieren.

2.4.9. SGB XIV (Soziales Entschädigungsrecht)

Im Sozialen Entschädigungsrecht ist die in § 62 Abs. 1 Nr. 4 SGB XIV benannte medizinische Rehabilitation Teil der Krankenbehandlung gemäß § 42 SGB IX. § 42 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB XIV verweist hierzu u. a. auf die §§ 27-43c SGB V, sodass die Leistungen dem Leistungsspektrum des SGB V entsprechen. Auch in Bezug auf das Leistungserbringungsrecht verweist § 42 Abs. 1 Satz 2 SGB XIV auf das SGB V. Dies bedeutet u. a., dass die Leistungserbringung nur durch die nach dem SGB V zugelassenen Leistungserbringer erfolgen darf (Vogl, in: Knickrehm/Rademacker 2024, § 42 SGB XIV, Rn. 18). Die Ansprüche nach dem Sozialen Entschädigungsrecht sind vorrangig gegenüber den Ansprüchen gegenüber den anderen Rehabilitationsträgern, mit Ausnahme der Unfallversicherung (Welti, in: Deinert et al. 2022, Stichwort Medizinische Rehabilitation, Rn. 45).

Benötigen Menschen mit Behinderungen während der Rehabilitationsmaßnahme eine Begleitperson, werden gemäß § 53 Abs. 1 S. 2 SGB XIV auch für die Begleitperson die notwendigen Reisekosten einschließlich des Gepäcktransports sowie der Kosten für Verpflegung und Unterkunft in angemessenem Umfang ersetzt. Gemäß § 53 Abs. 3 SGB XIV wird bei notwendiger Begleitung zudem Ersatz für entgangenen Arbeitsverdienst in angemessenem Umfang geleistet, wenn die berechtigte Person der Begleitperson zur Erstattung verpflichtet ist.

2.5. Zivilrechtliche Regelungen

Für die Ausgestaltung einer barrierefreien und inklusiven Rehabilitation sind auch zivilrechtliche Regelungen von zentraler Bedeutung. Der Erbringung medizinischer Rehabilitationsleistungen liegt, sofern ärztliche oder heilberufliche Leistungen erbracht werden, regelmäßig ein Behandlungsvertrag im Sinne der §§ 630a ff. BGB zugrunde. Aus diesem Vertragsverhältnis ergeben sich Schutz- und Rücksichtnahmepflichten gegenüber den zu rehabilitierenden Personen, die auch Anforderungen an eine barrierefreie Leistungserbringung umfassen können. Selbst in Fällen, in denen Rehabilitationsleistungen durch Eigeneinrichtungen der Renten- oder Unfallversicherung erbracht werden und das Rechtsverhältnis öffentlich-rechtlicher Natur ist, lässt sich Barrierefreiheit als zivilrechtliche Rücksichtnahmepflicht gemäß § 241 Abs. 2 in Verbindung mit § 242 BGB begründen (Hlava 2018). Ergänzend kann eine fehlende oder unzureichende Barrierefreiheit ohne angemessene Ausgleichsmaßnahmen im Einzelfall eine Diskriminierung nach § 19 Abs. 1 Nr. 1 Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG) darstellen, etwa beim Zugang zu Krankenhaus- oder Rehabilitationsleistungen. Diese zivilrechtlichen Vorschriften sind im Lichte der UN-Behindertenrechtskonvention sowie des Benachteiligungsverbots aus Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG auszulegen, wodurch zivilrechtliche Diskriminierungstatbestände in der medizinischen Rehabilitation eine besondere Bedeutung für die Verwirklichung barrierefreier und inklusiver Versorgungsstrukturen erlangen (Hlava 2018, Welti 2016). Unter Umständen können bei Vorliegen einer Diskriminierung Schadensersatzansprüche nach dem BGB oder dem AGG geltend gemacht werden.

2.6. Zusammenfassung

Das Recht auf eine barrierefreie und inklusive medizinische Rehabilitation in Deutschland wird durch eine mehrstufige Normenhierarchie bestimmt. Das GG als höchste Norm garantiert Menschenwürde und Gleichbehandlung. Die UN-BRK bildet den völkerrechtlichen Maßstab für eine barrierefreie und inklusive Rehabilitation. Sie hat in Deutschland einfachgesetzlichen Rang, aber nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts wie andere völkerrechtliche Verträge eine Ausstrahlungswirkung auf die gesamte Rechtsordnung. Das BGG ist Bundesrecht zur Förderung von Gleichstellung und Barrierefreiheit. Die Sozialgesetzbücher regeln die Leistungsansprüche auf Rehabilitation und Teilhabe im Detail. Diese Normen wirken komplementär: Während das Grundgesetz und die UN-BRK die menschenrechtliche Grundlage bilden, sorgen das BGG und die Sozialgesetzbücher für die konkrete Umsetzung in Verwaltung und Praxis.

Diese Normstruktur begründet auch für Menschen mit Behinderungen ein Recht auf notwendige Maßnahmen zum Schutz, zur Erhaltung, zur Besserung und zur Wiederherstellung ihrer Gesundheit und Leistungsfähigkeit. Dies schließt die medizinische Rehabilitation ein.

Die Rehabilitationsträger haben Zuständigkeiten zügig zu klären. Im Wege der Teilhabeplanung (§§ 19 ff. SGB IX) sind sie gehalten, sämtliche Bedarfe des Menschen mit Behinderung umfassend zu erheben. Hierzu zählt auch ein möglicher Bedarf an medizinischen Rehabilitationsleistungen. Eine isolierte Betrachtung des eigenen Leistungskatalogs oder auch eine isoliert medizinisch ausgerichtete

Bedarfsermittlung ohne Berücksichtigung der ICF reicht nicht aus. Darüber hinaus sind die Rehabilitationsträger verpflichtet, Leistungen umfassend und zeitnah bereitzustellen sowie ausreichend barrierefrei zugängliche Dienste und Einrichtungen vorzuhalten. Zugleich ist das Wunsch- und Wahlrecht der leistungsberechtigten Person bei der Durchführung der Rehabilitation zu beachten.

Die geltenden Assistenzregelungen sollen gewährleisten, dass die Kosten für notwendige Assistenz während einer Rehabilitation – gegebenenfalls einschließlich entstehender Verdienstausfälle – von den zuständigen Rehabilitationsträgern übernommen werden. Diese Assistenzregelungen greifen subsidiär ein, wenn trotz bestehender Verpflichtungen zur Barrierefreiheit eine Rehabilitation ohne persönliche Assistenz nicht durchführbar ist. Gerade bei den Regelungen zur Begleitung von Menschen mit Behinderungen während einer medizinischen Rehabilitationsleistung wird der Bedarf an einer klareren Formulierung der Normen und zudem besseren Systematisierung des Regelungsgeflechts deutlich, das selbst für Jurist:innen nur schwer zu durchdringen ist.

3. Versorgungsstrukturen und -prozesse

Dieses Kapitel befasst sich mit den vorhandenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder solcher mit rehabilitativer Zielsetzung für Menschen mit Behinderung.

3.1. Vorhandene Dienste und Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation in Deutschland zeichnet sich durch eine Vielfalt an Versorgungsformen und Einrichtungen aus, die unterschiedliche individuelle Bedürfnisse und Bedarfe der Patient:innen in ganz unterschiedlichen Indikationsbereichen abdecken sollen. Dazu zählen die stationäre, (ganztägig) ambulante und mobile Form, Leistungen zur Nachsorge sowie ergänzende Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Die Leistungen der medizinischen Rehabilitation werden in Deutschland als komplexe Leistung durch ein ärztlich geleitetes Team in multiprofessioneller Arbeitsweise für Patient:innen angeboten, für die die ambulante Krankenversorgung nicht ausreichend ist, um bei ihnen eine (drohende) Behinderung zu vermeiden, zu vermindern oder zu beseitigen, insbesondere eine (drohende) Erwerbsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit, und die deshalb auf eine Rehabilitationsleistung angewiesen sind, z. B. häufig nach einem Krankenhausaufenthalt. Dabei können unterschiedlich komplexe bzw. schwere Beeinträchtigungen vorliegen. Die medizinische Rehabilitation findet durch spezialisierte Dienste und Einrichtungen über einen drei- bis vierwöchigen Zeitraum statt, der bedarfsgerecht verlängert werden kann. Im Bereich der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen, der Psychosomatik und der Kinderrehabilitation sind meist längere Zeiträume vorgesehen (Schmidt-Ohlemann 2022).

Die medizinische Rehabilitation erfolgt in der Regel indikationsspezifisch, das heißt, sie wird je nach der rehabilitationsbegründenden Diagnose gestaltet. Mögliche Indikationsbereiche sind beispielsweise Orthopädie, Kardiologie oder Neurologie. Eine Orientierung an einer einzelnen Indikation bzw. Erkrankung stößt jedoch bei Vorhandensein von jeweils behandlungsbedürftigen Komorbiditäten bzw. Multimorbidität an Grenzen. Aus diesem Grund sind die geriatrische und die onkologische Rehabilitation sowie die Rehabilitation für Kinder und Jugendliche krankheitsübergreifend organisiert. Für den Fall, dass zwei gleichwertige Diagnosen mit Teilhabebeeinträchtigungen vorliegen, die jeweils einer medizinischen Rehabilitation bedürfen, wird das Modell der dualen Rehabilitation in Pilotprojekten von der DRV erprobt.[4]

Die indikationsspezifische Ausrichtung der Rehabilitationskonzepte spiegelt sich auch in den Qualitätsstandards, die regelmäßig anhand von Qualitätsindikatoren abgeprüft werden, und somit in der Vergütung wider. Deshalb sind die Möglichkeiten der Mitbehandlung von Komorbiditäten, Multimorbidität, vorbestehender körperlicher oder psychischer Beeinträchtigungen oder auch von schweren interkurrenten Erkrankungen in den Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen begrenzt. Das kann dazu führen, dass die „Rehabilitationsfähigkeit“ bei Multimorbidität mit Behandlungsbedürftigkeit oder vorbestehenden Beeinträchtigungen in Frage gestellt wird und eine

[4] siehe https://www.klinikgruppe-drv-bund.de/DE/unsere_kliniken/duale_reha/duale_reha.html

Aufnahme unterbleibt oder solche Erkrankungen und Beeinträchtigungen in der Rehabilitation nicht zum Thema gemacht werden.

Die Leistungen der medizinischen Rehabilitation können um besondere Schwerpunkte ergänzt werden, z. B. um eine berufliche Orientierung (MBOR).

Die medizinische Rehabilitation umfasst medizinische, therapeutische, pflegerische und psychosoziale Komponenten, z. B. Hilfen zur Krankheitsbewältigung sowie Edukation und ggf. Ernährungsberatung, die durch ein multiprofessionelles Team unter ärztlicher Leitung erbracht werden. Die Finanzierung erfolgt primär durch DRV und GKV (Barmer o. J.; DRV 2024) oder andere Leistungsträger (Unfallversicherung, Eingliederungshilfe als nachrangiger Ausfallbürge).[5] Im Jahr 2024 wurden in 1.067 stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (54 % in privater, 27 % in freigemeinnütziger und 19 % in öffentlicher Trägerschaft) mit 160.697 Betten bei ca. 1,9 Mio. Patient:innen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen erbracht (Destatis 2025).

Wird die medizinische Rehabilitation aus dem Krankenhaus entsprechend den hierfür geltenden Regelungen heraus beantragt und ggf. nahtlos bzw. innerhalb weniger Tage angetreten, spricht man von Anschlussrehabilitation (AR/AHB/AGM). Im Bereich der GKV beträgt der Anteil der Anschlussrehabilitation ca. 75 % bzw. 567.106 Fälle (BMG 2025). Im Bereich der DRV beläuft sich der Anteil der Anschlussrehabilitation auf ca. 36 % bzw. 361.729 Fälle (DRV 2025a). Ansonsten kommen die Rehabilitand:innen für die sog. Heilverfahren aus der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung (siehe auch *Kapitel 4*). Die Ablehnungsquote für stationäre und (ganztägig) ambulante Rehabilitation beträgt bei der GKV ca. 11 % (aus medizinischen Gründen: 9,7 %) (BMG 2025) und bei der DRV ca. 26 % (DRV 2025a).

Die medizinische Rehabilitation kann stationär, (ganztägig) ambulant oder mobil erbracht werden, wobei die mobile Form derzeit nur im GKV-Bereich und dort fast ausschließlich für die geriatrische Indikation angeboten wird (siehe *Kapitel 3.2.2*).

Ferner sind zielgruppenorientierte Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation vorhanden, z. B. für Kinder und Jugendliche oder für die familienorientierte Rehabilitation, ferner besondere Einrichtungen für Rehabilitand:innen mit „besonderen Teilhabebedarfen“ (Parkinson, Cochlea-Implantat u. a.) sowie „Spezialeinrichtungen“ (Rehabilitand:innen mit kognitiven Beeinträchtigungen, Epilepsie u. a.) (DRV 2026).

Die Frührehabilitation (inkl. Frühmobilisation) erfolgt im Krankenhaus oder an spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen und ist leistungsrechtlich der Krankenhausbehandlung zuzuordnen. Sie setzt unmittelbar nach einer akuten Erkrankung oder Operation ein und zielt auf eine zeitnahe Wiederherstellung von Körperfunktionen als Voraussetzung für die Teilhabe ab, und zwar noch während der Phase der Krankenhausbedürftigkeit. Frührehabilitation wird als geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, als neurologische sowie als fachübergreifende Frührehabilitation angeboten. Ihr Einsatz erfolgt – sofern eine entsprechende Einrichtung vorhanden ist – bei Menschen mit schweren

[5] Gelegentlich finanzieren auch private Unfall- und Haftpflichtversicherungen medizinische Rehabilitation, um sonst erforderliche Entschädigungen (z. B. Renten) zu vermeiden oder zu verringern.

und komplexen Beeinträchtigungen, beispielsweise nach einem Schlaganfall oder einem Schädel-Hirn-Trauma dann, wenn einerseits noch Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit und andererseits bereits der Bedarf an rehabilitativer Behandlung besteht (vgl. dazu das Phasenmodell der neurologischen Rehabilitation).

Ferner bestehen Dienste und Einrichtungen, die Leistungen der Nachsorge anbieten. Dies gilt auch für die ergänzenden Leistungen wie Rehabilitationssport und Funktionstraining.

Modelle wie die Prähabilitation, Tele-Rehabilitation, digital unterstützte Rehabilitation und Nachsorge sowie Fallmanagement-Ansätze gewinnen an Bedeutung, z. B. zur Schließung von Versorgungslücken sowie zur Steigerung der Effizienz und Nachhaltigkeit (Wobith et al. 2026; Grieben et al. 2025; Stampa et al. 2025; DRV 2023). Die vorliegende Evidenz legt nahe, dass die Digitalisierung insbesondere in der Nachsorge und bei der Überbrückung von Ressourcenengpässen unterstützend wirken kann (Valle & Schmitt-Sody 2023).

Ob die vorhandenen Dienste und Einrichtungen die Bedarfe aller Versicherten an medizinischen Leistungen zur Teilhabe, auch an speziellen Leistungen, in qualitativer und quantitativer Hinsicht unter Berücksichtigung von Barrierefreiheit und Zugänglichkeit hinreichend abdecken, ist fraglich (siehe *Kapitel 3.4*).

3.2. Prozesse und Leistungen der medizinischen Rehabilitation

Der Rehabilitationsprozess ist in einer Gemeinsamen Empfehlung der BAR als standardisierter Prozess beschrieben und soll eine effektive und effiziente Ausgestaltung der gesamten Rehabilitation sicherstellen. Er umfasst auch die frühestmögliche und wirksame Erkennung von Bedarfen und notwendiger Teilhabeleistungen des SGB IX sowie eine möglichst schnelle und bedarfsgerechte Leistungserbringung (BAR 2019). Nachdem der Bedarf erkannt, ein Antrag gestellt, der zuständige Kostenträger geklärt und eine Bedarfsermittlung und -feststellung sowie Teilhabeplanung stattgefunden haben (vgl. dazu *Kapitel 4*), folgt die Leistungsentscheidung und Durchführung der Leistungen.

Der Bedarfsermittlung kommt dabei entscheidende Bedeutung zu, da sie die Grundlage jeder Entscheidung und jeder Leistung darstellt. Zur Darstellung der Bedarfsermittlung, des Antragsverfahrens und der Leistungsentscheidung speziell für Menschen mit Behinderungen siehe *Kapitel 4*.

3.2.1. Zur Durchführung der Leistungen nach bewilligter medizinischer Rehabilitation durch Leistungsträger

Nach erfolgter Bewilligung der medizinischen Rehabilitation durch den Leistungsträger unter bestmöglicher Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts der Versicherten, erhalten die Rehabilitationseinrichtungen sowie die Rehabilitand:innen einen Bewilligungsbescheid. In einigen Indikationsbereichen (Psychosomatik, Abhängigkeitserkrankungen) oder in Einzelfällen schicken

Leistungsträger vor Beginn der Maßnahme die medizinischen Unterlagen zur Abklärung in die ausgewählte Klinik, damit diese entscheiden kann, ob und ggf. wann eine Aufnahme tatsächlich möglich ist. Die in der Rehabilitationseinrichtung verantwortlichen Mediziner:innen sichten die Unterlagen und prüfen anhand dieser auf „Rehabilitationsfähigkeit“ und Erreichbarkeit möglicher Rehabilitationsziele in der eigenen Abteilung. Damit soll u. a. erreicht werden, dass die Zusammensetzung der therapeutischen Gruppen für die Erreichung der Rehabilitationsziele förderlich gestaltet werden kann und die zugewiesenen Personen in das gegebene Rehabilitationskonzept integrierbar sind. Ist dies nicht der Fall, und kommt es daher zu einer Ablehnung durch den Leistungserbringer, sollte durch den Leistungsträger die Suche nach einer Alternative folgen. Dies ist z. B. auch üblich, wenn der Indikationsbezug nicht hinreichend hergestellt werden kann oder wenn weitere Diagnosen vorhanden sind, also eine relevante Multimorbidität vorliegt, der aufgrund der vorhandenen personellen Qualifikationen nicht hinreichend Rechnung getragen werden kann, z. B. wenn neben der rehabilitationsbegründenden orthopädischen Diagnose (z. B. Hüft-TEP) eine rehabilitationsbedürftige neurologische Erkrankung vorliegt. Das sollte im Regelfall allerdings bereits vor der Bewilligung geklärt sein.

Der überwiegende Teil der Fälle wird auf der Basis der vorgelegten Unterlagen in der Regel ohne weitere Abklärung zur Aufnahme in die Rehabilitationseinrichtung vorgesehen.

Einige Rehabilitationseinrichtungen versenden nach Bewilligung und Zuweisung vor Aufnahme noch einen Fragebogen zur Ermittlung besonderer Unterstützungsbedarfe an die Rehabilitand:innen. Das ist z. B. der Fall, wenn sich bei den angegebenen ICD-Diagnosen oder aus den Antragsunterlagen Hinweise auf nicht indikationsbezogene, angeborene oder erworbene Beeinträchtigungen ergeben. Liegen Assessments wie SINGER oder Barthel-Index vor, können daraus konkrete Hinweise zur ggf. eingeschränkten eigenständigen Alltagsbewältigung, zur Pflegebedürftigkeit oder anderen Beeinträchtigungen gewonnen werden.

Es liegen keine Daten dazu vor, wie oft daraufhin eine Aufnahme trotz Bewilligung abgelehnt oder auf einen späteren Zeitpunkt verschoben wird, wenn Ressourcen verfügbar sind, z. B. barrierefreies Zimmer inkl. Begleitperson, kurze Wege, Zusatzpersonal usw.

Die klinische Erfahrung anhand von Einzelfällen zeigt, dass in einem persönlichen Gespräch durch ärztliche Mitarbeitende oder Mitarbeitende des Sozialdienstes der Rehabilitationseinrichtung die sich aus dem Antrag ergebenden Vorbehalte gegen eine Aufnahme oft dahingehend klären lassen, dass eine Aufnahme erfolgen kann, zumindest, wenn bestimmte Vorkehrungen, z. B. Lage des Zimmers möglich sind. Denn bereits die einweisende Klinik oder die Vertragsärzt:innen prüfen, ob ein Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung möglich ist. Die Einrichtung hat theoretisch viele Möglichkeiten, auf bestimmte Bedarfe einzugehen und die betreffenden Rehabilitand:innen haben in der Regel Verständnis dafür, dass nicht in allen Bereichen eine vollständige Passgenauigkeit erreicht werden kann. Jedoch wird von einer persönlichen Kontaktaufnahme vorab von Seiten der Rehabilitationseinrichtung nur selten Gebrauch gemacht. Diese erfolgt eher durch den Sozialdienst eines Krankenhauses, der dringend einen Platz sucht und gelegentlich Einzelfalllösungen erreichen kann. Daten dazu liegen nicht vor.

Ergibt sich aus dem Vorgespräch die Notwendigkeit eines zusätzlichen personellen Unterstützungsbedarfs während der Zeit der Rehabilitation, so kann geklärt werden, inwieweit dieser im Alltag der Rehabilitationseinrichtung und insbesondere auch im Rahmen der Therapien geleistet werden kann oder welche anderweitigen Vorkehrungen getroffen werden können oder ob die Mitaufnahme von An- und Zugehörigen möglich und sinnvoll sein könnte. Das sind dann Einzelfallentscheidungen. Bei medizinischer Indikation kann eine Übernahme der Aufenthaltskosten der Begleitperson erfolgen. In der Vergangenheit haben Personen im Freiwilligen Sozialen Jahr in solchen Fällen häufig unterstützende Aufgaben übernommen. Derzeit sind solche individuellen Assistenzleistungen praktisch nicht mehr vorgesehen bzw. nicht mehr möglich. Mit solchen individuellen Vorkehrungen kann in manchen Einzelfällen eine medizinische Rehabilitation trotz besonderer Bedarfe ermöglicht werden. Dies gelingt jedoch nicht im Regelfall, nicht verlässlich und nicht flächendeckend.

Im stationären und (ganztägig) ambulanten Setting ist insbesondere bei z. B. sprachlichen Problemen oder leichten kognitiven Einschränkungen oft die Unterstützung durch Mitpatient:innen zu beobachten. Es sei jedoch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass dieses nicht vorauszusehen oder zu erzwingen ist. Andernfalls sind hierfür die entsprechenden professionellen Ressourcen bereitzustellen.

Bei dem geschilderten Auswahlprozess einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung bestehen teilweise erhebliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Antragsverfahren (AR/AHB/AGM und Heilverfahren) sowie zwischen den Leistungsträgern. Nach einem Polytrauma bzw. schweren Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit einem Unfall kann z. B. ein lückenloser Weg in die Rehabilitation (AR/AHB/AGM) mit Ausnahme bei Zuständigkeit der Unfallversicherung nicht als selbstverständlich erwartet werden, da die Rehabilitationseinrichtungen sich im Rahmen der bestehenden Vergütungsregelungen nicht auf erhöhte Zusatzbedarfe einstellen und so Rehabilitand:innen mit erhöhtem Unterstützungsbedarf daher nicht aufgenommen werden können. Dies verdeutlichen konkrete Projekte, wie das PaTronus-Projekt (Blätzinger et al. 2025) und das HalloReha-Projekt, die lückenlose Versorgungspfade zwischen akutmedizinischer und rehabilitativer Versorgung in solchen Fällen derzeit erproben.

Gleich aus welchem vorherigen Setting – akutstationär, Kurzzeitpflege, häusliches/institutionelles Umfeld – die Person in die Rehabilitation kommt, kann es auch nach einer Aufnahme der betreffenden Person in die Einrichtung zu einer vorzeitigen Beendigung der Maßnahme durch die Einrichtung kommen, wenn sich zeigt, dass die vorhandenen Bedarfe und Problemlagen nicht hinreichend berücksichtigt werden können, z. B. weil diese in den Antragsunterlagen nicht zutreffend beschrieben wurden. Dies ist ebenfalls ein von den Autor:innen nicht selten zu beobachtender Prozess und scheint gerade Personen mit vorbestehender Beeinträchtigung zu betreffen.

Es zeigt sich, dass die Rehabilitationseinrichtungen durch ihr indikationsspezifisches Konzept und die verhandelten Entgelte bzw. personellen und räumlich-technischen Möglichkeiten kaum Spielräume haben, auf spezifische Bedarfe von Rehabilitand:innen einzugehen. Diese Optionen sind wesentlich durch das Ausmaß der verwirklichten Barrierefreiheit geprägt, jedoch eng begrenzt. Dies gilt insbesondere dann, wenn aufgrund vorbestehender Beeinträchtigungen ein erhöhter individueller

Pflege- bzw. Assistenzbedarf oder Kontrollbedarf besteht (ADL, Leben auf Station, Aufsuchen der Räumlichkeiten wie Speisesaal usw., Hinlauftendenz), die methodisch-didaktischen Prinzipien der Anwendungen spezifisch angepasst werden müssen (Übungsanleitung, Edukation etc.) oder wenn die Therapien statt in Gruppen- als Einzeltherapien erfolgen müssen. Solche Bedarfe führen meist bereits im Vorfeld zur Ablehnung, nicht selten jedoch zum Nichtantritt trotz Genehmigung (s. o.) oder zum Abbruch.

Diese Problematiken stellen sich im Rahmen der Mobilen Rehabilitation praktisch nicht, da die Rehabilitand:innen in ihrer betreuungskompetenten Versorgungsstruktur bleiben. Ist diese nicht vorhanden, ist Mobile Rehabilitation auch nicht möglich. Das individualisierte Vorgehen in vertrauter Umgebung sowie der Einbezug der An- und Zugehörigen erleichtern das therapeutische Vorgehen gerade bei Rehabilitand:innen mit schweren und komplexen Beeinträchtigungen, sodass die strukturellen und prozeduralen Anforderungen an Dienste der Mobilen Rehabilitation einfach zu halten und zu erfüllen sind.

3.2.2. Rehabilitationssettings

Die bewilligte medizinische Rehabilitation erfolgt in verschiedenen Settings.

a. Als wohnortferne zusammenhängende komplexe Leistung mit einem interdisziplinären (berufsgruppen-übergreifend) und mehrdimensionalen Therapieansatz inkl. Unterkunft und Verpflegung in Rehabilitationseinrichtungen (stationär). Wohnortferne Lagen bieten den Vorteil einer guten Distanzierungsmöglichkeit vom üblichen Umfeld. Neben der dort meist möglichen hohen Therapiedichte, der oft umfangreichen apparativen Ausstattung und der attraktiven Umgebung zur aktiven Betätigung werden Kontakte mit anderen Patient:innen, der Erfahrungsaustausch mit der Peer-Group sowie gruppendynamische Effekte als Vorteile genannt. Nachteilig gerade für Menschen mit vorbestehenden Beeinträchtigungen wirkt sich aber aus, dass die Umgebung vollständig fremd ist und An- und Zugehörige zur Beratung und Unterstützung i. d. R. nicht zur Verfügung stehen und Verbindungen in den Sozialraum hinein stark erschwert sind.

b. Als wohnortnahe zusammenhängende komplexe Leistung wie unter a. (stationär). Dabei erleichtern wohnortnahe Lagen den Einbezug des sozialen Umfeldes, den Besuch der An- und Zugehörigen und die Vernetzung im Sozialraum (z. B. geriatrische Rehabilitation).

c. Als (ganztägig) ambulante komplexe Leistung (mind. 6 Stunden, analog a.) in ambulanten Rehabilitationszentren, die auch an einer stationären Rehabilitationseinrichtung oder anderen Einrichtungen angeschlossen sein können. Hier wird das weitgehend vollständige Programm der stationären Rehabilitation angeboten. Jedoch wohnen die Rehabilitand:innen zu Hause. Das ermöglicht die Erhaltung der sozialen Einbindung. Dazu muss die Beförderung sichergestellt sein.

d. Insbesondere im Suchtbereich gibt es auch die ambulante medizinische Rehabilitation im engeren Sinne, mit mehreren Therapieeinheiten pro Woche.

e. Als mobile komplexe Leistung in der häuslichen Umgebung durch ein interdisziplinäres Team mit einem mehrdimensionalen Therapieansatz in Form von Haubesuchen, die auch in Heimen, also

stationären oder besonderen Wohnformen möglich sind. Sie wird derzeit als geriatrische Rehabilitation angeboten, kommt jedoch auch für jüngere Menschen mit Beeinträchtigungen zur Anwendung – sofern die GKV als Leistungsträger zustimmt. Diese Rehabilitationsform ist besonders niedrigschwellig und für Rehabilitand:innen geeignet, die auf die Unterstützung ihrer Bezugspersonen und eine vertraute Umgebung angewiesen sind und bei denen vorwiegend adaptive Ziele im Vordergrund der Rehabilitation stehen. Dadurch, dass hierbei ausschließlich Einzeltherapien in der konkreten Lebenswelt erfolgen, können auch Menschen mit erheblichen kognitiven Beeinträchtigungen oder Verhaltensauffälligkeiten behandelt werden. Die Notwendigkeit des Transfers des Erlernten oder die Integration in fremde Gruppen entfällt hier ebenso wie Irritationen durch eine fremde Umgebung. In der praktischen Anwendung ist die Mobile Rehabilitation mit ca. 30 Standorten und ca. 4.000 betreuten Rehabilitand:innen im Jahr noch wenig verbreitet, nur im GKV-Bereich vorhanden und wird derzeit durch ein Pilotprojekt für den Bereich der Psychiatrie weiterentwickelt (BAG MoRe 2020; Verband der Ersatzkassen 2025; Rheuma-Liga 2022).

f. Leistungen der Nachsorge nach einer medizinischen Rehabilitation durch die DRV im Rahmen spezieller, evaluierter Nachsorgeprogramme (z. B. IRENA, T-RENA, Psy-RENA). Ist die GKV der Rehabilitationsträger gibt es solche speziellen Nachsorgeprogramme nicht. Die entsprechenden Aufgaben der Nachsorge sollen im Rahmen der weiterführenden Behandlung der ambulanten Gesundheitsversorgung bewältigt werden.

g. Als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation kommen neben existenzsichernden Leistungen Funktionstraining und Rehabilitationssport in Betracht, die nach einer medizinischen Rehabilitationsleistung durch die DRV von dieser finanziert werden, ansonsten zu Lasten der GKV oder der Unfallversicherung auch von Vertragsärzt:innen bzw. Durchgangsärzt:innen verordnet werden können. Durch die kontinuierliche soziale Einbindung beim Funktionstraining in eine Selbsthilfegruppe und -organisation wird Teilhabe unmittelbar verwirklicht.

h. Hilfsmittel können Leistungen der medizinischen Rehabilitation darstellen, wenn sie dem Behinderungsausgleich dienen (§ 33 SGB V und § 42 SGB IX). Die Hilfsmittelversorgung ist jedoch regelhaft auch Bestandteil der Krankenbehandlung. Die Verantwortung für die Bedarfserkennung, -ermittlung und Verordnung liegt deshalb bei den vertragsärztlichen Leistungserbringern, wobei Rehabilitationsdienste und -einrichtungen mitwirken können (siehe *Kapitel 4.6*).

Bei medizinischer Notwendigkeit kommt bei stationärer Rehabilitationsleistung die Mitaufnahme einer Begleitperson in Betracht. Dies ist für Rehabilitand:innen mit hohen oder spezifischen Unterstützungsbedarfen oft erforderlich. Die Unterkunftskosten übernimmt der Leistungsträger, falls er die Notwendigkeit anerkennt. DGUV und DRV können im Einzelfall Lohnersatzleistungen für Begleitpersonen anbieten.

Besondere Bestimmungen gelten bei der Rehabilitation von Pflegenden, u. a. für die Versorgung der Pflegebedürftigen.

3.2.3. Rehabilitationsdauer

Die Rehabilitationsdauer ist gesetzlich auf 3 Wochen festgelegt („sollen für längstens drei Wochen erbracht werden“ § 40 Abs. 3 SGB V und § 15 Abs. 2 SGB VI), wobei Verlängerungen aus medizinischen Gründen oder bei konzeptionellen Erweiterungen (z. B. MBOR) möglich sind. Dazu bestehen Ausnahmen, so z. B. für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen (mind. 4 Wochen), in der Psychosomatik (mind. 5 Wochen) sowie bei Abhängigkeitserkrankungen.

Die Mobile Rehabilitation umfasst zunächst in der Regel 40 Therapieeinheiten an 20 Behandlungstagen, wobei deren Aufteilung in Grenzen flexibel gehandhabt werden kann (GKV-Spitzenverband 2021).

Die Dauer der Frührehabilitation ist an die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit gebunden.

Eine stärkere zeitliche Flexibilisierung der Rehabilitationsleistungen wird häufig gefordert (BMAS & DVfR 2020; Egen et al. 2021), ist jedoch abgesehen von Modellversuchen, noch nicht eingeführt. Ausnahmen bilden Rehabilitationsleistungen im Rahmen der Unfallversicherung. Diese erfolgen stationär oder ambulant unter der Regie eines individuellen Reha-Managements.

3.3. Dienste und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung mit relevanten Leistungen mit rehabilitativen Zielstellungen für Menschen mit Behinderungen

Neben den Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, mit denen zur Erbringung von Leistungen entsprechende Verträge geschlossen sind und die deshalb Leistungen zur medizinischen Rehabilitation i. S. des SGB IX sowie der Leistungsgesetze (SGB V, VI, VII) erbringen, gibt es zahlreiche weitere Dienste und Einrichtungen im Gesundheitswesen, die Leistungen, insbesondere der Krankenbehandlung erbringen, die für den Erhalt oder die Verbesserung der Teilhabe eine große Bedeutung haben. Dies wird auch durch § 43 SGB IX (Krankenbehandlung und Rehabilitation) deutlich.

Die Funktionen solcher Dienste und Einrichtungen können darin bestehen,

- durch Behandlung (oder auch durch Prävention, Diagnostik, Palliation und Pflege) Schädigungen von Strukturen und Funktionen so zu beeinflussen (zu beseitigen, verringern etc.), dass Aktivitäten möglich werden und dadurch Teilhabe besser gelingen kann,
- die Behandlungsmaßnahmen so zu gestalten, dass die Teilhabe dadurch möglichst wenig beeinträchtigt wird und
- Bewältigungsmöglichkeiten von Funktionsschädigungen zu schaffen bzw. zu erleichtern, einschließlich Kompensationsmöglichkeiten und Adaptationsstrategien. Dies beinhaltet u. a. auch Information und Beratung.

Nicht immer kann dabei eine eindeutige fachliche Grenze zwischen Kuration und Rehabilitation gezogen werden.

Ein spezifischer Aspekt der gesellschaftlichen Teilhabe besteht darin, dass einige Dienste und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderungen diejenigen Leistungen anbieten, die sie speziell aufgrund ihrer Behinderung benötigen, z. B. Sozialpädiatrische Zentren und

Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung (§§ 119 und 119c SGB V, Art. 25 UN-BRK). Das kann sich auf die Leistungen selbst, als auch auf die Art ihrer Durchführung beziehen.

Durch unzureichende Barrierefreiheit sind jedoch nicht alle vorhandenen Dienste und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, z. B. vertragsärztliche Praxen oder Krankenhäuser, für Menschen mit Behinderungen hinreichend nutzbar (Deutscher Bundestag 2025).

Leistungen der Gesundheitsversorgung werden manchmal auch dann eingesetzt, wenn eigentlich eine Indikation für eine medizinische Rehabilitationsleistung besteht, aber kein passendes Angebot zur Verfügung steht oder die Rehabilitationsfähigkeit verneint wird. Insofern dienen die regulären Leistungen der Krankenbehandlung dann als Ersatz für Rehabilitationsleistungen. Ob es so gelingt, dann den Bedarf und den Rechtsanspruch auf Teilhabeförderung im Sinne des SGB IX zu decken bzw. hinreichend einzulösen und relevante Teilhabeziele ausreichend zu erreichen, muss bezweifelt werden. Es handelt sich hier nicht um angemessene Vorkehrungen im Sinne der UN-BRK. Gleichwohl: Je besser die Krankenbehandlung ist und je mehr sie die Förderung von Aktivitäten und Teilhabe mit leistet, desto eher entspricht das Gesundheitssystem den normativen Ansprüchen der UN-BRK.

3.3.1. Krankenhäuser

Krankenhäuser sollen ihre Behandlungsstrategien so ausrichten, dass nicht nur Krankheitssymptome beseitigt oder vermindert, sondern auch Aktivitäten und damit Teilhabe gefördert werden. Krankenhäuser sind häufig auf die Versorgung von Menschen mit Beeinträchtigungen, die nicht durch die akute Krankheit bedingt sind, nicht hinreichend eingestellt: So sind die meisten Krankenhäuser nicht oder nicht hinreichend barrierefrei. Sie sind z. B. mit der Betreuung von Menschen mit kognitiver und/oder mehrfacher Beeinträchtigung aufgrund zeitlicher und kommunikativer Bedarfe und Barrieren oft überfordert. Lösungsstrategien können die Mitaufnahme einer kompetenten und vertrauten Begleitperson sein oder ein spezielles krankenhausinternes Case-Management (vgl. Qualitätsverträge). Eine weitere Strategie ist die Spezialisierung von Krankenhäusern oder Abteilungen, die die spezifischen Bedarfe mittels einer erhöhten und spezialisierten Personalausstattung und bedarfsgerechter räumlicher und technischer Voraussetzungen abdecken können.

Das Krankenhaus Mara in Bielefeld oder auch das Krankenhaus St. Camillus in Ursberg gehören zu den wenigen Häusern, die sich auf Menschen mit Behinderungen spezialisiert haben. Darüber hinaus haben manche Krankenhäuser einzelne spezialisierte Stationen für Menschen mit Behinderungen, wie beispielsweise das evangelische Krankenhaus Hagen-Haspe, das Krankenhaus Rummelsberg sowie die JERWA-Station der Schön-Kliniken, wobei letztere Ende 2025 trotz großer Proteste und Petitionen zunächst geschlossen wurde und nun als Modell weiterentwickelt werden soll.

Hinzu kommen auf bestimmte Indikationen spezialisierte Kliniken, die auch komplexe Unterstützungsbedarfe berücksichtigen können, z. B. die Seguin-Klinik, das evangelische Krankenhaus Alsterdorf oder die 27 vorhandenen Querschnittszentren.

Die Teilhabeorientierung von Krankenhäusern zeigt sich u. a. dann, wenn in ihnen umfassende Barrierefreiheit verwirklicht ist, Aktivitäten und Teilhabe bei der Therapieplanung berücksichtigt

werden, Frühmobilisation und funktionelle Therapien regelhaft angewendet werden, eine Abteilung für Frührehabilitation zur Verfügung steht, die Pflege teilhabefördernd einschließlich entsprechender Anleitung gestaltet wird und wenn ein umfangreiches Entlassmanagement sektorenübergreifend durchgeführt wird, mit Unterstützung der Weiterversorgung, ggf. auch durch Dienste der Eingliederungshilfe oder Sozialpsychiatrie und Erkennung von Bedarfen an Teilhabeleistungen, insbesondere Sicherstellung der Anschlussrehabilitation. Diese Voraussetzungen sind derzeit in den Krankenhäusern i. d. R. nicht bedarfsgerecht vorhanden.

3.3.2. Sozialpädiatrische Zentren (SPZ)

Seit 1968 gibt es in Deutschland Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) nach § 119 SGB V. Bis 2022 haben sich 162 solcher Zentren etabliert. 10 dieser Zentren bieten neben der ambulanten auch eine stationäre Behandlung an. Im SPZ werden – auf Überweisung von Vertragsärzt:innen – Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr mit vermuteten oder bestätigten Beeinträchtigungen der körperlichen, geistigen und seelischen Entwicklung behandelt, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzt:innen oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. Die sozialpädiatrische Versorgung erfolgt unter Einbezug des familiären und außerfamiliären Umfeldes (Kita, Schule, Peer-Group) und beinhaltet auch soziale und psychologische Beratung und Anleitung, häufig auch die Verordnung von Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln, die Antragstellung für Frühförderung usw. Bei diesen Zentren ist die Förderung von Aktivitäten und Teilhabe explizit Bestandteil ihres Versorgungsauftrages und der niedrigschwellige, barrierefreie Zugang Grundlage des Versorgungskonzeptes.

3.3.3. Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit Behinderungen (MZEB)

MZEB wurden 2015 mit dem neu eingefügten § 119c im SGB V vom Gesetzgeber ermöglicht. Vor 2015 fielen junge Erwachsene mit Behinderungen, die von einem SPZ betreut wurden ab dem 18. Lebensjahr meist in die haus- und fachärztliche Versorgung, die i. d. R. über keine ausreichenden zeitlichen und fachlichen Ressourcen für die „besonderen Bedarfe“ und Anforderungen von Menschen mit kognitiven und/oder mehrfachen Beeinträchtigungen verfügt. Derzeit gibt es etwa 65 aktive Zentren in Deutschland.

MZEB sind spezialisierte Behandlungszentren für Erwachsene mit kognitiven und/oder mehrfachen Beeinträchtigungen. Zugang erfolgt durch eine fach-/hausärztliche Überweisung. Z. T. müssen zusätzlich Eingangskriterien – die je nach Zentrum variieren – erfüllt sein, z. B. ein bestimmter Grad der Behinderung (GdB > 70), bestimmte Merkzeichen (z. B. G, aG, BI oder GI) und/oder entsprechende Diagnosen (z. B. aus ICD-10 Kap. G und F). MZEB bieten eine umfassende medizinische Versorgung und Koordination, die über die Möglichkeiten von haus- oder fachärztlichen Praxen hinausgeht, und arbeiten dabei interdisziplinär im Team aus Ärzt:innen, Psycholog:innen und Therapeut:innen und Fachkräften der sozialen Arbeit und der Pflege. Hauptaufgaben sind die Diagnose, die Behandlung bei komplexen gesundheitlichen Problemen, u. a. auch die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln, die Koordination der

Behandlungsmaßnahmen und die Beratung von Patient:innen mit Behinderungen sowie deren Angehörigen und Betreuenden. Dabei spielt die Verbesserung von Aktivitäten und Teilhabe, z. B. die Ermöglichung einer beruflichen Tätigkeit oder selbstständigen Wohnens eine große Rolle. Der Zugang ist barrierefrei.

3.3.4. Spezialambulanzen

Es existieren zahlreiche Spezialambulanzen zur Behandlung spezieller, meist seltener Krankheitsbilder (oft an Universitätskliniken), die neben der Krankenbehandlung auch die Verordnung von Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich umfassen und psychosoziale Beratung und Unterstützung gerade auch bei Teilhabefragen anbieten können. Beispiele sind Ambulanzen für Muskelkranke, Multiple Sklerose, Epileptologie und Morbus Crohn. Neben krankheitsbezogenen Ambulanzen gibt es auch einige allgemeine krankheitsübergreifende, z. B. aus dem Fachgebiet der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin, der Neuropädiatrie, der Frühgeborenen-Nachsorge oder im Bereich der Sozialpsychiatrie.

3.3.5. Hausärztliche Versorgung

Hausärztliche Praxen bilden in der Regel die erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Problemen für Menschen mit Behinderungen. Sie sind zentrale Koordinatoren und Gate-Keeper für zahlreiche Leistungen, die auch der Teilhabesicherung dienen, u. a. Heil- und Hilfsmittelverordnungen, Überweisungen zu anderen fachärztlichen Praxen, Beratungen zur Lebensführung und Pflege (Wohnungsumgestaltung), insbesondere im Rahmen von Hausbesuchen. Durch den oft langjährigen Kontakt kennen sie die einzelnen Patient:innen und ihr Umfeld und können Änderungen ihres Gesundheitszustandes deshalb oft gut erfassen und die An- und Zugehörigen zum weiteren Vorgehen beraten, vor allem wenn eine Krankenhauseinweisung für die betreffende Person kaum zumutbar ist. Eine gute und erreichbare hausärztliche Versorgung ist in der Regel eine wesentliche Voraussetzung für gelingende Teilhabe von Menschen mit Behinderungen.

Allerdings sind hausärztliche Praxen hinsichtlich Barrierefreiheit, räumlicher und apparativer Ausstattung, zeitlicher und personeller Ressourcen sowie fachlicher Kompetenz i. d. R. nicht optimal aufgestellt, um auf die spezifischen Bedürfnisse, Bedarfe und Anforderungen von vor allem Menschen mit kognitiver und/oder mehrfacher Beeinträchtigung hinreichend eingehen zu können (Spielberg 2023). Darüber hinaus wird der benötigte zeitliche und ggf. personelle Mehraufwand nicht vergütet.

3.3.6. Fachärztliche Versorgung

Menschen mit Behinderungen haben – wie alle anderen auch – Anspruch auf bedarfsgerechte fachärztliche Diagnostik und Therapie. Hier gibt es offenbar erhebliche Defizite, z. B. im Hinblick auf Hör- und Sehbeeinträchtigungen, gynäkologische, urologische, neurologische, psychiatrische und orthopädische Mitbetreuung sowie Schmerztherapie. Dieses Defizit ist insbesondere dem Problem der Barrierefreiheit von fachärztlichen Praxen und den spezifischen fachlichen Anforderungen bei der

Diagnostik und Therapie von Menschen mit Behinderungen geschuldet. Es gibt beispielsweise so gut wie keine gynäkologischen fachärztlichen Praxen, die mit speziellen Stühlen und größeren Räumlichkeiten für Personen mit Mobilitätseinschränkungen ausgestattet sind (BMG 2019). Auch kann der zeitliche und personelle Mehrbedarf in diesem Bereich z. B. für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen bei der Vergütung nicht geltend gemacht werden.

Beeinträchtigungen erfordern eine Anpassung und Modifizierung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Eine suffiziente fachärztliche Behandlung ist oft eine entscheidende Voraussetzung für die Teilhabe. Eine besondere Herausforderung ist die Multimorbidität, die z. B. auch bei der Betreuung von Menschen mit schwerer psychischer Beeinträchtigung eine hohe Bedeutung hat.

3.3.7. Fachärztliche Praxen der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin (PRM)

Niedergelassene Fachärzt:innen für Physikalische und Rehabilitative Medizin (PRM) können nach der diagnostischen Abklärung funktioneller Schädigungen mit der eine Erstbehandlung beginnen und weitere Maßnahmen koordinieren bzw. verordnen, z. B. Physio- Ergotherapie oder Logopädie sowie die Hilfsmittelversorgung und teilhabebezogene Beratung. Nicht immer sind diese Praxen mit den spezifischen Teilhabeeinrichtungen der Region vernetzt.

Die niedergelassenen PRM-Fachärzt:innen sind prinzipiell eine gute, jedoch kaum bekannte Anlaufstelle für Menschen mit den unterschiedlichsten Beeinträchtigungen und vom Fachgebiet her für die Förderung von Aktivitäten und Teilhabe besonders qualifiziert. Laut Bundesärzteregister gibt es derzeit in Deutschland 584 niedergelassene PRM-Fachärzt:innen, davon sind allerdings einige rein schmerztherapeutisch tätig. Auch hier ist die mangelnde Barrierefreiheit ein relevantes Thema.

3.3.8. Heilmittelversorgung mit rehabilitativer Zielsetzung

Heilmittel zielen unmittelbar auf Funktionsverbesserungen und dadurch mittelbar auch auf Aktivitäten und Teilhabe, auch wenn die Heilmittelversorgung dem kurativen Bereich zugeordnet ist. Sie spielen im Alltag von Menschen mit Behinderungen oft eine große Rolle. In der Aufgabenbeschreibung der Ergotherapie (§ 35 HeilmRL des G-BA) wird beispielsweise ausdrücklich die Verbesserung von Aktivitäten und Teilhabe genannt. Dementsprechend kann diese auch, zumindest teilweise, in der alltäglichen Umgebung als Hausbesuch durchgeführt werden. Die Option des Hausbesuches findet sich bei medizinischer Indikation bei allen Heilmitteln (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Podologie, Ernährungsberatung), steht aber nicht flächendeckend zur Verfügung.

Zudem finden Heilmittel für Menschen mit Behinderungen auch in speziellen Settings, z. B. (Förder-)Kitas, (Förder-)Schulen, Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM), Tagesförderstätten oder Wohneinrichtungen und inzwischen für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen auch in Regeleinrichtungen statt und sind dort meist in die Teilhabeförderung integriert.

Die Behandlungen werden häufig durch Therapeut:innen durchgeführt, die zusätzlich qualifiziert sind (z. B. Vojta, Bobath, PNF). Menschen mit kognitiven und/oder mehrfachen Beeinträchtigungen sind

i. d. R. von der Zuzahlungspflicht im Heilmittelbereich (10 % der Heilmittelkosten zzgl. 10 € Verordnungsgebühr) befreit (Begrenzung auf 1 % im Rahmen der Überforderungsklausel bzw. Chroniker-Regelung).

Der Personenkreis von Menschen mit kognitiver und/oder mehrfacher Beeinträchtigung weist i. d. R. einen besonderen Versorgungsbedarf (BVB) oder einen langfristigen Heilmittelbedarf (LHB) auf, der in Anlage 2 der Heilmittelrichtlinie näher bestimmt wird (KBV 2026). In beiden Fällen müssen die Heilmittel allerdings alle 12 Wochen ärztlich neu verordnet werden. Durch diese zwei Sonderregelungen können Vertragsärzt:innen Heilmittel budgetneutral (ohne Wirtschaftlichkeitsprüfung) verordnen, also ohne einen Regress fürchten zu müssen.

Ein nicht unerheblich großer Anteil der rehabilitativ ausgerichteten, nicht nur an funktionellen, sondern auch an der Teilhabe orientierten Versorgung für Menschen mit kognitiven und/oder mehrfachen Beeinträchtigungen findet daher regelhaft durch physio- und/oder ergotherapeutische Praxen statt. Dieser Bereich substituiert derzeit vermutlich auch die fehlenden Möglichkeiten einer entsprechenden medizinischen Rehabilitation – gleichwohl hier der multiprofessionelle Ansatz i. d. R. fehlt. Die rehabilitative Langzeitversorgung dieser Zielgruppe wird in Deutschland am ehesten durch physio- und/oder ergotherapeutische Praxen erbracht.

Wie viele Praxen ihren Schwerpunkt auf Menschen mit kognitiven und/oder mehrfachen Beeinträchtigungen legen, ist dabei den Autor:innen des Positionspapiers nicht bekannt. Für internationale Vergleiche ist von Bedeutung, dass Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie als Heilmittel außerhalb von Rehabilitationseinrichtungen leistungsrechtlich in Deutschland der Krankenbehandlung zugeordnet sind, im internationalen Berichtswesen jedoch überwiegend der Rehabilitation zugerechnet werden.

3.3.9. Hilfsmittel

Hilfsmittel können zum Ausgleich der Behinderung zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden. Sie können in diesem Fall leistungsrechtlich als Leistungen der Rehabilitation (SGB IX) angesehen werden, ihre Verordnung durch Vertragsärzt:innen ist jedoch im Rahmen der Krankenbehandlung geregelt. Alle Leistungsträger können Leistungen für Hilfsmittel oder technische Hilfen erbringen, auch die Pflegeversicherung.

Hilfsmittel sind zentraler Bestandteil der Ermöglichung und Förderung von Aktivitäten und Teilhabe.

Der Versorgungsprozess, insbesondere das Genehmigungsverfahren der Krankenkassen ist allerdings vielfach durch erhebliche Barrieren gekennzeichnet. Rollstühle, Sitzschalen, Mobilitätshilfen etc. werden oft nur nach langen Auseinandersetzungen zeitverzögert genehmigt (Dittmann & Fuchs 2024; Dittmann & Fuchs 2023; Schmidt-Ohlemann 2022).

Die Möglichkeiten der Teilhabeförderung durch Hilfsmittelversorgung werden derzeit bei Weitem noch nicht ausgeschöpft. Dies gilt auch für Pflegehilfsmittel und die Gestaltung des Wohnumfelds.

3.3.10. Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)

Die Psychiatrischen Institutsambulanzen sind multiprofessionelle ambulante Behandlungsangebote psychiatrischer Fachkrankenhäuser und psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, die gemäß § 118 SGB V zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt sind. Sie dienen der Versorgung von Patient:innen mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen, die an der vorhandenen psychiatrischen Versorgung nicht teilnehmen können und insbesondere auch der Vermeidung der (Re)Hospitalisierung. PIA arbeiten niedrigschwellig, auch zugehend und beteiligen sich in unterschiedlichem Ausmaß an der Versorgung von Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen.

Durch die Einbindung des sozialen Kontextes, in dem sie u. a. auch Beratungsaufgaben übernehmen, sind sie für die Verbesserung der Teilhabe von großer Bedeutung. Psychotherapeutische Leistungen und funktionsverbessernde Leistungen können sie hingegen nicht selbst anbieten.

3.3.11. Tageskliniken (somatisch, Psychiatrie, KJP, Gerontopsychiatrie)

Die psychiatrischen und wenigen geriatrischen Tageskliniken setzen die Krankenhausbehandlung fort und gestalten den Übergang in die Häuslichkeit. Sie verfolgen rehabilitative Zielsetzungen, obwohl die Behandlung noch sehr im Vordergrund steht. Auf Patient:innen mit komplexen Beeinträchtigungen sind Tageskliniken nicht ausgerichtet, so dass hier in der Regel keine Aufnahme erfolgen kann. Außerdem sind Tageskliniken häufig nicht barrierefrei.

3.3.12. Stationsäquivalente Behandlung in der Psychiatrie

Die stationsäquivalente Behandlung in der Psychiatrie ermöglicht eine Krankenhausbehandlung in häuslicher Umgebung. Im Vordergrund steht die Behandlung der psychiatrischen Symptomatik. Davon können Patient:innen mit komplexen Beeinträchtigungen profitieren, auch im Hinblick auf die Förderung der Teilhabe.

3.3.13. Psychotherapeutische Versorgung

Psychotherapeutische Versorgung unterstützt im Rahmen der Therapie dabei, vorhandene Ressourcen zu stärken, psychische Belastungen zu bewältigen und die Teilhabe sowie Selbstständigkeit im Alltag nachhaltig zu fördern. Dies ist insbesondere für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen wichtig, da sie eine deutlich höhere Prävalenz psychischer Erkrankungen als die Allgemeinbevölkerung aufweisen (Mazza et al. 2020). Allerdings wird ihr Behandlungsbedarf häufig nicht erkannt oder es wird kein Zugang gefunden. Dies ist unter anderem auch durch erhebliche strukturelle und fachliche Barrieren im Zugang zu psychotherapeutischer Versorgung dieser Personengruppe in Deutschland bedingt. Bedeutsam ist hier auch ein sogenanntes Diagnostic Overshadowing, bei dem Symptome psychischer Erkrankungen fälschlicherweise der kognitiven Beeinträchtigung zugeschrieben werden (Schütteler & Slotta 2023), der überdurchschnittliche und nicht immer leitliniengerechte Einsatz von Psychopharmaka in dieser Bevölkerungsgruppe (Schützwohl et al. 2017) sowie die häufige

Behandlungsablehnung durch Therapeut:innen aufgrund mangelnder Erfahrung, Unsicherheiten oder ableistischer Haltungen (Wieting et al. 2024; Schütteler & Slotta 2023).

Auch strukturelle Faktoren erschweren den Zugang: Viele diagnostische und therapeutische Materialien sind nicht barrierearm, der zeitliche Aufwand ist erhöht, und der Einbezug von Angehörigen oder Assistenzpersonen wird häufig als zusätzliche Belastung wahrgenommen (Schütteler & Slotta 2023; Janßen 2019). Insgesamt entsteht so ein komplexes Gefüge aus individuellen, institutionellen und gesellschaftlichen Hürden, was eine bedarfsgerechte psychotherapeutische Versorgung erheblich erschwert. Und das, obwohl sich gerade psychische Erkrankungen bei Menschen mit Behinderungen besonders negativ auf die Teilhabe auswirken können.

3.3.14. Gesundheitssorge in der Eingliederungshilfe

Gesundheitssorge (Gesundheitsförderung und -erhaltung) bedeutet im Grunde die Möglichkeit zur Selbstversorgung hinsichtlich Ernährung, allgemeiner Fitness, Gesundheit (inkl. gesundheitliche Verhaltensweisen und Vorsorge) und das Management der eigenen Gesundheitsversorgung (nicht gemeint ist das Aufgabengebiet „Gesundheitssorge“ im Rahmen gesetzlicher Betreuung). Menschen mit Behinderung, die ihre Gesundheitssorge nicht aus eigenen Vermögen wahrnehmen können, steht eine Unterstützung der Gesundheitssorge durch die Eingliederungshilfe zu (DVfR 2021). Die Unterstützungsleistungen richten sich hierbei nach den individuellen Bedarfen. Die Hilfen gehen über das Informieren bis zur Begleitung bei ärztlichen und/oder therapeutischen Terminen oder auch die Übernahme von entsprechenden Aktivitäten zur Sicherung der Wirksamkeit ärztlicher oder ärztlich verordneter Leistungen. Häufig sind neben und unabhängig von erfolgter Ergo- und Physiotherapie bei Gesundheitsproblemen Selbstübungen zum Erhalt oder der Verbesserung der Funktionsfähigkeit erforderlich, bei denen vor allem Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen Unterstützung benötigen. Ziel der Gesundheitssorge ist es, über das Empowerment der betreffenden Person Krankheiten und Funktionseinschränkungen vorzubeugen, eine Verschlimmerung zur verhindern oder eine Wiederherstellung einzuleiten.

Unterstützungsleistungen der Gesundheitssorge sichern auch die Inanspruchnahme von Diensten und Einrichtungen des Gesundheitswesens, u. a. durch Unterstützung bei der Überwindung von Barrieren, und fördern somit die Teilhabe am System der Gesundheitsversorgung, dienen also unmittelbar der sozialen Teilhabe. Sie ermöglichen zugleich die Umsetzung ärztlicher und ärztlich verordneter Maßnahmen (§ 78 SGB IX) und somit deren Wirksamkeit auch hinsichtlich der Verbesserung von Aktivitäten und Teilhabe.

Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Podologie können durch therapeutische Praxen in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe erbracht werden: in besonderen Wohnformen (mit Hausbesuch), in Werkstätten und Tagesförderstätten (siehe § 11 G-BA Heilmittelrichtlinie). Solche Dienste und Einrichtungen können auch selbst solche Leistungen erbringen, wenn sie als Heilmittelerbringer zugelassen sind. Therapeutische Fachkräfte können auch zur Verwirklichung der Ziele der Eingliederungshilfe außerhalb der Zuständigkeit der GKV eingesetzt werden (Schmidt-Ohlemann 2020; Schürken & Häfner 2020). Bei Zusammenwirken dieser Fachkräfte und bei ärztlicher Koordination

können hohe Therapieintensitäten erreicht werden, die denen in Rehabilitationseinrichtungen durchaus entsprechen können. Diese Option ist, selbst wenn sie nur partiell umgesetzt wird, vielleicht eine Ursache für den unzureichenden Ausbau von Rehabilitationseinrichtungen für Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen und die geringe Verbreitung der Mobilen Rehabilitation.

3.3.15. Gesundheitssorge in KiTa und Schulen (Förder- und Regeleinrichtungen)

Kitas und Schulen, insbesondere, wenn sie sogenannte Fördereinrichtungen sind, erbringen umfangreiche Leistungen der Gesundheitsversorgung und der Teilhabeförderung. In vielen Fördereinrichtungen arbeiten therapeutische und pädagogische Fachkräfte der Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Motopädie, Sportlehrkräfte sowie Pflegekräfte usw. Mitglieder der Einrichtungsteams verwirklichen umfangreiche Förderpläne, die eindeutig Teilhabeziele aufweisen. Bei Krankheit, nach Operationen, bei Wachstumsschüben usw. übernehmen sie Aufgaben, wie sie auch im Rahmen der medizinischen Rehabilitation anfallen könnten. Dabei werden alle Dimensionen im biopsychosozialen Modell bearbeitet. Auch die Hilfsmittelversorgung wird in diesen Einrichtungen in Kooperation mit den Eltern organisiert und interdisziplinär begleitet. Dies alles ist durch den umfassenden Bildungs- und Erziehungsauftrag der Fördereinrichtungen abgedeckt, auch bei komplexen Beeinträchtigungen. Regeleinrichtungen können dies aufgrund mangelnder konzeptioneller Verankerung und entsprechend unzureichender Ausstattung in der Regel nicht leisten.

Nur selten werden Kinder als so komplex beeinträchtigt beurteilt, dass die Fördereinrichtungen sie nicht aufnehmen können. Dies liegt dann an fehlender personeller und räumlicher Ausstattung.

Regelschulen können i. d. R. keine umfassende gesundheitliche und zugleich teilhabeorientierte Versorgung leisten, auch dann nicht, wenn sie programmatisch inklusiv arbeiten. Die Eltern übernehmen dann die Koordination verschiedener Leistungen und die verschiedenen Leistungserbringer müssen zu einer Kooperation mit der Schule bereit sein. Hier liegen erhebliche Barrieren vor, so dass sich in Deutschland ein relativ großer Teil der Eltern von Kindern mit komplexen Beeinträchtigungen für den Besuch einer Fördereinrichtung entscheidet. Z. T. werden in Förderschulen hohe Therapieintensitäten erreicht, wie sie sogar in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen kaum erbracht werden können. In der vertrauten Umgebung können Aktivitäten alltags- und realitätsnah geübt werden und unmittelbar in die Teilhabe münden.

3.3.16. Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)

Die EUTB nach § 32 SGB IX ist ein kostenloses, bundesweites Angebot der Beratung für Menschen mit Behinderungen, von Behinderung bedrohte Menschen sowie deren Angehörige. Über 500 Einrichtungen bieten Orientierung und Unterstützung bei allen Fragen rund um die Rehabilitation und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, basierend auf dem Prinzip „Betroffene beraten Betroffene“. Die EUTB-Beratung ist unabhängig von Leistungsträgern und ergänzt andere gesetzlich verankerte Beratungsangebote (z. B. Beratung durch Rehabilitationsträger), um ein selbstbestimmtes Leben zu fördern. Ca. 40 % der Beratungen drehen sich um die „Beantragung einer benötigten Reha-Leistung

oder Leistung zur Teilhabe“ (Prognos 2023), was darauf hinweist, dass hier ein nicht unerheblicher Bedarf vorhanden ist. Eine Beratungsstelle ist über https://www.teilhabeberatung.de zu finden.

3.3.17. Weitere Dienste und Einrichtungen

Es besteht eine Vielzahl weiterer Dienste und Einrichtungen mit gesundheits- und teilhabebezogenen Angeboten, von denen hier nur einige Beispiele genannt werden sollen: Öffentlicher Gesundheitsdienst, arbeits- und betriebsmedizinische Dienste, Integrationsfachdienste, Soziotherapie, Beratungsstellen der Leistungsträger, Kommunen sowie der freien Wohlfahrtspflege u.v.a.

3.4. Bestehende Versorgungsdefizite und -lücken

Die Versorgung mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und solchen der Gesundheitsversorgung mit rehabilitativer Zielsetzung spielt im Gesundheits- und Sozialsystem eine zentrale Rolle, wenn es darum geht, Beeinträchtigungen zu mindern, Teilhabe zu fördern und langfristige gesundheitliche Risiken abzufedern. Anlass für ihre Inanspruchnahme können akute oder chronische Erkrankungen sein, wenn diese Aktivitäten und Teilhabe einschränken oder dies droht oder auch die Lebensqualität, z. B. durch Schmerzen, beeinträchtigt ist oder werden kann.

Auch für Menschen mit vorbestehenden Beeinträchtigungen/Behinderungen und einem Rehabilitationsbedarf ist medizinische Rehabilitation ein entscheidender Baustein, um die Folgen bestehender Beeinträchtigungen und akuter Erkrankungen zu bewältigen, zu vermindern, Selbstständigkeit zu erhalten oder wiederzuerlangen, gesellschaftliche wie berufliche Teilhabe zu ermöglichen und möglichst selbstbestimmt leben zu können. Dennoch zeigen Berichte, dass die Versorgungslage in Deutschland in Bezug auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Menschen mit vorbestehenden Beeinträchtigungen/Behinderungen durch eine Vielzahl struktureller, organisatorischer und finanzieller Defizite geprägt ist (Hasseler 2015; Rathmann et al. 2020). Während international wie national anerkannt ist, dass Menschen mit Behinderungen eine besonders vulnerable Bevölkerungsgruppe darstellen, deren gesundheitliche Ungleichheiten durch höhere Mortalitäts- und Morbiditätsraten sowie erhöhte funktionale Einschränkungen gekennzeichnet sind (Umucu et al. 2025; WHO 2022), liegen zugleich wenige systematische Daten über den Zugang von Menschen mit Behinderungen zur medizinischen Rehabilitation, über individuelle und institutionelle Barrieren oder über die tatsächliche Umsetzung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder auch zu anderen Leistungen mit ausdrücklicher Teilhabeorientierung vor.

Die unzureichende Datenlage stellt dabei selbst ein strukturelles Defizit dar. Weder existieren umfassende bundesweite Datensätze, die den Rehabilitationszugang von Menschen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen systematisch abbilden, noch bieten bestehende Erhebungen – wie Teilhabesurveys (Link et al. 2025) – eine ausreichende Grundlage zur Analyse rehabilitativer Bedarfe und Versorgungspfade. Auch administrative Routinedaten lassen sich nur eingeschränkt nutzen, da in Reha-Statistiken in der Regel die rehabilitationsrelevante Erstdiagnose dokumentiert wird, während komplexe oder multiple Beeinträchtigungen häufig nicht adäquat erfasst werden (Brünger et al. 2025)

und dies auch nur dann geschieht, wenn mindestens ein Antrag gestellt worden ist. Bevölkerungsepidemiologische Daten zu Rehabilitationsbedarfen bei Menschen mit Behinderungen liegen nicht vor. Weitergehende Angaben z. B. zu vorangegangenen Beschäftigungsformen, etwa in Werkstätten für behinderte Menschen, oder zur Schwerbehinderung bilden zudem nur Teilgruppen ab oder sind zu unspezifisch, sodass sie als Indikator für den gesamten Personenkreis der Menschen mit Behinderungen ungeeignet sind. Hinzu kommt, dass in diesen Fällen häufig andere Leistungsträger als die DRV für die medizinische Rehabilitation zuständig sind, deren Informationen nicht erschlossen werden, sodass weitere systematische Datenlücken entstehen. Diese Forschungslücke insbesondere bzgl. der Personen mit Rehabilitationsbedarf, die mit dem Rehabilitationssystem nicht oder noch nicht in Kontakt getreten sind, erschwert es, die bestehenden Probleme zielgerichtet zu identifizieren, Prioritäten zu setzen und Rehabilitationsangebote so weiterzuentwickeln, dass sie barrierefreier, inklusiver, bedarfsgerechter und wirksam werden. Zu diesen Schwierigkeiten trägt bei, dass es anscheinend kaum ausgewiesene passgenaue und bedarfsgerechte Angebote der medizinischen Rehabilitation für einige Personengruppen mit vorbestehenden erheblichen Beeinträchtigungen/Behinderungen gibt.

3.4.1. Barrierefreiheit und angemessene Vorkehrungen

Eines der zentralen Versorgungsdefizite stellt die nach wie vor unzureichende Barrierefreiheit in vielen Kliniken, Diensten und Einrichtungen und die mangelnde Umsetzung angemessener Vorkehrungen dar. Obwohl nationale und internationale rechtliche Grundlagen – insbesondere die UN-BRK – die Schaffung umfassender Barrierefreiheit, ersatzweise angemessene Vorkehrungen in allen Lebensbereichen vorschreiben (Skempes et al. 2015; BMG 2024), bleibt ihre praktische Umsetzung auch im Rehabilitationsbereich unvollständig (United Nations 2023). Barrierefreiheit umfasst dabei nicht nur bauliche Aspekte wie rollstuhlgerechte Zugänge, barrierefreie Badezimmer oder ausreichende Aufzugskapazitäten, sondern auch die Überwindung sensorischer, kommunikativer, digitaler und sozialer Barrieren, die für Menschen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen weitreichende Konsequenzen haben (siehe *Kapitel 4*). Um einen barrierefreien Zugang für Menschen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen zu gewährleisten, braucht es gezielte Maßnahmen und bedarfsgerechte Unterstützungsstrukturen für z. B. folgende Zielgruppen:

- für **Menschen mit Sehbeeinträchtigungen** z. B. taktile Leitsysteme, kontrastreiche Beschriftungen und barrierefrei zugängliche Informationsmaterialien (Umsetzung von Schriftform in Sprache) sowie angepasste Übungsanleitungen;
- für **Menschen mit Hörbehinderungen** z. B. Höranlagen, visuelle Anzeigen, Dolmetschdienste und angepasste Informations- und Anleitungsstrategien;
- für **Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen** z. B. die Aufbereitung von Informationen in leicht verständlicher Sprache, ggf. über sprachliche anstelle schriftlicher Medien, transparente Kommunikation von Abläufen und Verfügbarkeit von Orientierungshilfen, ggf. lebenspraktische oder auch sozioemotionale Assistenz bzw. Begleitung;

- für **Menschen mit Beeinträchtigungen der Kommunikation** (wie bei Aphasie oder schwerer Dysarthrie), z. B. die Nutzung von assistiven Technologien oder körpernahen Kommunikationsstrategien (unterstützte Kommunikation), Dolmetschende;
- für **Menschen mit psychischen Erkrankungen** z. B. geeignete Verhaltensregeln und Umgangsformen, empathische Kommunikation und Unterstützung zur Bewältigung der seelischen Probleme, ggf. auch Begleitung;
- für **Menschen mit herausforderndem Verhalten**, ggf. mit Selbst- oder Fremdgefährdung, unangepasstem Sozialverhalten z. B. durch spezifische Umfeldgestaltung, Umgangsstrategien, emotionale Stabilisierung durch Begleitung und Assistenz.

In der Realität ist eine umfassende, alle Beeinträchtigungen berücksichtigende Form barrierearmer Versorgung selten anzutreffen (Scheer et al. 2003). Viele Einrichtungen beachten nur eine oder wenige Dimensionen der Barrierefreiheit. Für bestimmte Zielgruppen gibt es offenbar keine oder nur sehr wenige spezialisierte, barrierefreie Einrichtungen. Bislang fehlen verlässliche Daten zu Bedarfen und zu Angeboten im Hinblick auf Barrierefreiheit. Viele Rehabilitationseinrichtungen wurden historisch nicht für eine diverse Zielgruppe geplant, und selbst bei baulichen Anpassungen besteht häufig eine Konzentration auf minimal notwendige Maßnahmen, statt auf ein Konzept des universellen Designs (Iwarsson & Stahl 2003). Dieser Mangel an Barrierefreiheit führt dazu, dass Menschen mit Behinderungen nicht nur schon vor Beginn der Rehabilitation mit erheblichen Hürden beim Zugang konfrontiert sein können, sondern auch bei der Durchführung der Rehabilitation, sodass diese – wenn überhaupt – nur eingeschränkt durchgeführt werden können (Neudecker et al. 2025). Zwar stellen Instrumente wie der Reha-Klinik-Wegweiser der Deutschen Rentenversicherung (https://www.meine-rehabilitation.de), das Reha-Einrichtungsverzeichnis der BAR (https://www.reha-einrichtungsverzeichnis.de) oder die privatwirtschaftlichen Reha-Portale (https://www.dasrehaportal.de und https://www.rehaKliniken.de) Informationen zur Barrierefreiheit einzelner Einrichtungen bereit, allerdings bleibt häufig unklar, welche konkreten Anforderungen den ausgewiesenen Kriterien zugrunde liegen. Auch ist nicht klar, ob die ausgewiesenen Informationen noch aktuell sind und der Realität entsprechen bzw. extern überprüft wurden. Insbesondere ist oft unklar, inwieweit sich die Angaben ausschließlich auf bauliche Aspekte und den Aufenthalt in der Einrichtung beziehen oder auch den gesamten Rehabilitationsprozess, einschließlich der therapeutischen Maßnahmen, Patient:innenedukation und der Nachsorge, abdecken. Angaben zur Verfügbarkeit von Leichter Sprache, zur Aufnahme von Betreuenden oder zu spezifischen kommunikativen Unterstützungsangeboten oder zu individueller Assistenz fehlen in der Regel vollständig.

Es zeigt sich, dass die Herstellung von Barrierefreiheit zielgruppenspezifische Anforderungen berücksichtigen muss, sodass davon auszugehen ist, dass nicht jede Einrichtung die Forderung nach Barrierefreiheit in allen Dimensionen erfüllen muss. Dem trägt der Gesetzgeber dadurch Rechnung, dass er eine Hinwirkungspflicht der Akteur:innen auf eine ausreichende Zahl von Einrichtungen formuliert (§ 36 Abs. 1 S. 2 SGB IX), für die **keine Zugangs- oder Kommunikationsbarrieren** bestehen.

3.4.2. Rehabilitationsfähigkeit

Eng damit verknüpft ist das Problem der fehlenden Möglichkeiten zur Teilnahme aufgrund mangelnder Passung zwischen den Anforderungen der Rehabilitationseinrichtung und den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen der Patient:innen (DVfR 2025). Rehabilitationsangebote, die sich an den Lebenswelten, Alltagserfahrungen und Lernvoraussetzungen sowie an den Kompetenzen von Menschen mit kognitiven oder komplexen Beeinträchtigungen orientieren, sind bislang kaum etabliert. In zahlreichen Rehabilitationseinrichtungen können z. B. Menschen mit nicht nur geringfügigem Pflegebedarf nicht aufgenommen werden (DVfR 2020). Viele Rehabilitationseinrichtungen orientieren sich stattdessen an einem Durchschnittsprofil von Rehabilitand:innen, das (weitgehende) Selbstständigkeit auf der Stationsebene voraussetzt (Ausnahmen: Geriatrie und z. T. Neurologie) und das deshalb für Menschen mit z. B. kognitiven, psychischen, komplexen oder mehrfachen Beeinträchtigungen nicht vollständig zutrifft (Diehl et al. 2021). Die explizite Erwartung eines hohen Maßes an Selbstständigkeit, eigenverantwortlichem Zeitmanagement sowie der Teilnahme an zahlreichen gruppenbasierten therapeutischen Angeboten schließt diese Personengruppe ohne zusätzliche Unterstützung von der Teilnahme faktisch aus.[6] Für diese Gruppen werden damit Voraussetzungen gefordert, die die Rehabilitand:innen nicht erfüllen können bzw. die sie im Alltag mit Unterstützung oder Assistenz durchführen. Einige Therapieangebote, z. B. in Gruppen oder eigenständige Übungen an Geräten können mit ihren Anforderungen spezifische Bedürfnisse und Bedarfe einzelner Rehabilitand:innen nicht berücksichtigen. Beispielsweise können Gruppenangebote Menschen mit schweren sozialen Ängsten oder Autismus überlasten (Shay 2021); auch können Schulungsprogramme wenig zugänglich sein, wenn sie nicht ausreichend die Anforderungen von Menschen mit Sinnesbehinderung für audio-visuelle Formate berücksichtigen. Kognitive Anforderungen wie umfangreiche Selbstmanagementaufgaben, digitalisierte Dokumentation oder das eigenständige Planen des Tagesprogramms können für Menschen mit Lernschwierigkeiten oder bestimmten psychischen Erkrankungen ebenfalls schwer zu bewältigen sein.

Hinzu kommt, dass viele mit kognitiven und/oder komplexen Beeinträchtigungen assoziierte Erkrankungen sehr selten sind, was die Entwicklung und die Etablierung spezialisierter Rehabilitationskonzepte zusätzlich erschwert. Umso wichtiger ist es, bestehende Angebote flexibel anzupassen und rehabilitative Bedarfe sowohl im direkten Zusammenhang mit der zugrundeliegenden Erkrankung als auch im Kontext weiterer Gesundheitsprobleme – etwa nach Schlaganfall oder bei degenerativen Gelenkerkrankungen oder auch seltenen genetischen Syndrome – mitzudenken. Andernfalls führt eine mangelnde Passung dazu, dass Menschen mit vorbestehenden Beeinträchtigungen die Rehabilitationsfähigkeit aberkannt wird oder trotz Bewilligung nur eingeschränkte Teilnahme- und Teilhabechancen innerhalb der Rehabilitation haben. Dies kann zu Versorgungsabbrüchen, geringer Versorgungszufriedenheit und fehlendem Erreichen der Rehabilitationsziele führen.

[6] Ausnahmen bilden hier Spezialeinrichtungen wie z. B. die Ruhrtalklinik in Wickede für Menschen mit kognitiven und/oder körperlichen Beeinträchtigung.

Neben der individuellen Komponente der Rehabilitationsfähigkeit bei der Entscheidung über eine Rehabilitationsleistung im Einzelfall gibt es eine systemische Bedeutung dieser Komponente: Indem ein hohes Maß an Selbstständigkeit generell vorausgesetzt wird, wird zugleich bestimmten Personengruppen die Rehabilitationsfähigkeit generell aberkannt. In der Konsequenz muss für diese Personengruppe dann auch kein passgenaues Angebot entwickelt werden. Dieses Konzept der Rehabilitationsfähigkeit ist hochgradig exklusiv und führt zu einer Verstärkung gesundheitlicher Ungleichheiten, da gerade diejenigen, die am dringendsten rehabilitative Unterstützung benötigen, am wenigsten effektiv davon profitieren (Krahn et al. 2015). Dies ist insofern verhängnisvoll, als es durchaus Ansätze für Rehabilitationskonzepte für Menschen mit schweren und komplexen Beeinträchtigungen gibt, z. B. in der Frührehabilitation und insbesondere in der Mobilen Rehabilitation. Auch Bündelungen von Leistungen mit rehabilitativer Zielsetzung können oft mindestens als angemessene Vorkehrungen gelten. Rehabilitationskonzepte hängen im Übrigen auch davon ab, welche Teilhabeziele verfolgt werden sollen und welche Rehabilitationsstrategien dabei benötigt werden.

3.4.3. Defizite in der Konzeption von Angeboten und Kapazitätsmängel in der medizinischen Rehabilitation

Ein strukturell verankertes Versorgungsdefizit stellt der Mangel an verfügbaren Kapazitäten und Konzepten für stationäre und (ganztägig) ambulante Rehabilitationsleistungen für Menschen mit vorbestehenden Behinderungen dar, wenn die Rehabilitand:innen besondere Bedarfe haben. Eine Ausnahme bildet hier die Mobile Rehabilitation. Das Rehabilitationssystem in Deutschland ist bereits seit Jahren durch einen anhaltenden Druck auf finanzielle Ressourcen (Buschmann-Steinhage 2012) geprägt. Begrenzte Vergütungssätze und steigende Kosten führen dazu, dass Einrichtungen ihre Angebote zunehmend effizienter gestalten müssen, was zu einer Standardisierung und Verdichtung führt. Personalintensive, individuelle und komplexe Maßnahmen – wie sie für viele Menschen mit Behinderungen notwendig sind – lassen sich unter solchen Bedingungen umso schwerer realisieren.

Dies trifft vor allem dann zu, wenn Menschen mit Beeinträchtigungen individuelle Unterstützung benötigen, die einerseits den Tagesablauf in einer Rehabilitationseinrichtung betrifft, andererseits die therapeutischen Maßnahmen selbst. Dies kann die Assistenz im Versorgungalltag, die Unterstützung bei Selbstversorgung, der räumlichen und zeitlichen Orientierung, die Begleitung zu Therapien oder die Kommunikation mit Fachpersonal umfassen (Wulf & Reutlinger 2022; Gartmann et al. 2025b). In vielen Rehabilitationseinrichtungen ist eine solche kontinuierliche, individuell zugeschnittene Begleitung nicht vorgesehen oder wird nur unzureichend gewährleistet. Assistenzkräfte stehen selten zur Verfügung und institutionelle Regelungen schränken flexible Unterstützungsformen ein. Fehlt eine angemessene Begleitung, kann das zur Überforderung führen, sodass die Potenziale einzelner therapeutischer Elemente nicht voll ausgeschöpft werden können. Zugleich kann es erforderlich sein, dass auch die Durchführung der Therapien (Gruppenphysiotherapie, Ergotherapie, Bewegungsbad, Sport) sowie edukative Programme modifiziert werden müssen, insbesondere in Form vermehrter Einzelbehandlungen. Ist dies nicht der Fall, können Rehabilitationsziele nicht oder nicht hinreichend adressiert und erreicht werden. Zudem kann es zu organisatorischen Problemen und nicht zuletzt

Überforderungs- und Ohnmachtsgefühlen der Rehabilitand:innen und ggf. ihrer Begleitpersonen kommen. Besonders deutlich wird dieser Mangel bei Personen mit hochkomplexen, schweren bis sehr schweren Beeinträchtigungen, wenn diese überhaupt in die stationäre Rehabilitation gelangen. Dies scheitert in aller Regel daran, dass für diese Personengruppe spezifische Konzepte der stationären Rehabilitation und ebenso entsprechende Einrichtungen fehlen. Ausnahmen gibt es in der Geriatrie oder Neurologie.

Angebote der medizinischen Rehabilitation sind nicht nur für Personen mit hochkomplexen, schweren bis sehr schweren vorbestehenden Beeinträchtigungen unzureichend, sondern auch für große Gruppen, die Ähnlichkeiten mit dieser Personengruppe aufweisen: Das sind einmal Personen mit nicht nur geringfügigem Pflegebedarf. Hierzu liegt eine umfangreiche Bestandsaufnahme der DVfR vor (DVfR 2020). Zum anderen handelt es sich um Personen mit einer schweren psychischen Erkrankung, die durch die Angebote der psychosomatischen/psychotherapeutischen Rehabilitation nicht erreicht werden. Auch hierzu liegt ein Diskussionspapier aus der DVfR vor (DVfR 2025).

Im System der Rehabilitation wurden bislang auch keine Optionen für Personen mit Demenz aufgezeigt. Eine Positionierung dazu ist bei der DVfR in Arbeit. International gibt der Welt-Alzheimer-Report den Diskussionsstand dazu wieder (ADI 2025).

Alternative Konzepte zur stationären oder (ganztägig) ambulanten Rehabilitation stellt die Mobile Rehabilitation dar. Das Modell der Mobilen Rehabilitation wurde in der Geriatrie bereits erprobt und in die Regelversorgung übernommen, wobei die ca. 30 Dienste keine flächendeckende Versorgung gewährleisten können (Schmidt-Ohlemann & Schweizer 2009). Eine weitere Alternative ist die sogenannte sozialraumorientierte Rehabilitation, die in Hannover experimentell erfolgreich durchgeführt wurde, deren Verstetigung bislang aufgrund unzureichender finanzieller Absicherung nicht stattfand (Gartmann et al. 2025a, b).

3.4.4. Strukturelle, organisatorische und finanzielle Herausforderungen

Aufgrund der Orientierung der Refinanzierung von Rehabilitationsleistungen an Standardfällen fehlen den Leistungserbringern ausreichende finanzielle Mittel u. a. für barrierefreie Infrastruktur, für technische Assistenzsysteme oder für Fortbildungsmaßnahmen, die notwendig wären, um das Personal im Umgang mit Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen zu schulen. Die Finanzierungslage bleibt somit ein strukturelles Hindernis, das Innovationen hemmt und den Anspruch einer barrierefreien, inklusiven, patient:innenzentrierten Rehabilitation untergräbt. Zu den gravierendsten Herausforderungen gehört in diesem Zusammenhang der seit Jahren zunehmende Fachkräftemangel, der nahezu alle Bereiche der rehabilitativen Versorgung betrifft (Jansen & Marquardt 2024; Buschmann-Steinhage 2012; Baldauf & Vitols 2019). Der Fachkräftemangel kann nicht nur zu einer Reduktion von Kapazitäten und Leistungen führen, sondern sich auch auf die Qualität der Versorgung auswirken (Baldauf & Vitols 2019). Menschen mit Behinderungen sind hiervon potenziell besonders stark betroffen, da sie häufig Einrichtungen benötigen, die über multiprofessionelle Teams und entsprechende Erfahrung verfügen. Die Anzahl von Einrichtungen, die diese Anforderungen erfüllen, ist begrenzt und viele Regionen in Deutschland verfügen über keine ausreichende regionale

Versorgungsinfrastruktur (Kempny & Brzoska 2026). Lange Wartezeiten bis zur Durchführung bzw. bis zum Antritt der medizinischen Rehabilitation können sich negativ auf den Gesundheitszustand auswirken. Mögliche Folgen können Verschlechterungen des funktionalen Status, Chronifizierung, auch psychischer, Erkrankungen oder der Verlust von Motivation und Teilhabechancen sein. In ländlichen Regionen verstärkt sich das Problem zusätzlich, da geografische Distanzen den Zugang zur Rehabilitation erschweren (Dupuis et al. 2022; Lewis et al. 2018). Über infrastrukturelle und personelle Engpässe hinaus zeigt sich ein weiteres zentrales Defizit in der fehlenden systematischen Steuerung rehabilitativer Leistungen, die regionale und überregionale Ressourcen koordiniert und eine bedarfsgerechte Angebotsplanung ermöglicht. Insbesondere mangelt es an einer verbindlichen Koordination zwischen Leistungsträgern, Leistungserbringern und den Interessenvertretungen und Verbänden der betroffenen Personengruppen selbst. Übergänge zwischen Versorgungssektoren sind häufig nicht klar geregelt und bestehende Ansätze werden uneinheitlich umgesetzt (BAR 2025).

Ein weiteres strukturelles Defizit besteht in der bislang unzureichenden systematischen Messung der Wirksamkeit barrierefreier und inklusiver Rehabilitationskonzepte. Während rehabilitative Maßnahmen insgesamt evaluiert werden, fehlen spezifische Indikatoren und Instrumente, um zu erfassen, inwieweit Rehabilitationsangebote tatsächlich zur Förderung von Autonomie, Selbstbestimmung und nachhaltiger Teilhabe von Menschen mit Behinderungen beitragen oder zur Prävention von Sekundärfolgen wirksam sind. Damit bleibt unklar, welche Konzepte erfolgreich sind, wo Anpassungsbedarfe bestehen und welche Strukturen langfristig gestärkt werden sollten. Die Möglichkeiten der Aggregation personbezogener Auswertungen, der Erreichung von individuellen Teilhabezielen, die sich für die Personengruppe von Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen aus den Erfahrungen der Eingliederungshilfe (Bedarfsermittlung und Gesamtplanung) meist gut identifizieren lassen, bleiben dabei noch weitgehend ungenutzt (DVfR 2019).

3.5. Zusammenfassung

Im Gesundheits- und Sozialsystem der Bundesrepublik Deutschland gibt es zahlreiche Angebote, die mit den Mitteln der medizinischen Rehabilitation, der Behandlung und anderer Leistungen zur Vermeidung, Verminderung oder Beseitigung von krankheitsbedingten Schädigungen von Strukturen und Funktionen sowie von Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe beitragen. Diese sind nicht allen Personen mit Rehabilitationsbedarf gleichermaßen zugänglich (siehe hierzu auch *Kapitel 4*). Dies gilt insbesondere für Menschen mit vorbestehenden Beeinträchtigungen, bei denen ein aktueller Bedarf an Behandlung bzw. medizinischer Rehabilitation entsteht, z. B. aufgrund einer Verschlechterung vorhandener Krankheiten oder dem Auftreten neuer Erkrankungen. Für diese Personengruppe gibt es allerdings fast keine Angebote der medizinischen Rehabilitation. Auch Personen mit akut aufgetretenen komplexen Beeinträchtigungen finden oft keinen Zugang in die medizinische Rehabilitation bzw. die Durchführung erfolgt nur unter Schwierigkeiten. Dies liegt an fehlenden inklusiven Rehabilitationskonzepte, mangelnder Barrierefreiheit, unzureichenden Ressourcen und daran, dass Rehabilitationsfähigkeit verneint oder die Formulierung erreichbarer Teilhabeziele für unrealistisch gehalten wird. Ausnahmen

bestehen z. T. im Rahmen der Geriatrie sowie der neurologischen Rehabilitation und ferner für die mobile Form der Leistungserbringung.

Stehen Leistungen der medizinischen Rehabilitation nicht zur Verfügung, bleiben die Menschen trotz eindeutigen Bedarfes auf die sonstigen Leistungen des gesundheitlichen Versorgungssystems angewiesen. Auch hier bestehen erhebliche Barrieren. Zugleich sind nur wenige Leistungen der Krankenbehandlung hinreichend teilhabeorientiert. Zwar erbringen spezialisierte Angebote (SPZ, MZEB, PIA u. a.) sowie hausärztliche und therapeutische Praxen oder Hilfsmittelerbringer wichtige Versorgungsleistungen, teilweise mit rehabilitativer Ausrichtung, aber dadurch wird der Bedarf an Leistungen der medizinischen Rehabilitation allerdings nur teilweise kompensiert, vielmehr maskiert.

Deshalb ist Forschung zur rehabilitativen Versorgung vor allem von Menschen mit schweren und komplexen Beeinträchtigungen dringend erforderlich.

4. Barrieren im Rehabilitations-Prozess

Wie in *Kapitel 1* beschrieben, ist die Gruppe der Menschen mit Behinderungen sehr heterogen. Dies gilt es bei der Beschreibung von Barrieren im Zugang zur medizinischen Rehabilitation zu berücksichtigen, denn es gibt keinen „Standardfall", an dem sich die überwiegende Zahl der Barrieren gut beschreiben ließe. Menschen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen und Lebensumständen treffen auf unterschiedliche Weise auf unterschiedliche Barrieren. Bezogen auf das biopsychosoziale Wechselwirkungsmodell und die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) bedeutet dies, dass nicht ausschließlich die Komponenten Körperfunktionen und -strukturen sowie Aktivitäten den Zugang und damit die Teilhabe an medizinischer Rehabilitation beeinflussen, sondern auch umwelt- und personbezogene Kontextfaktoren. Diese Faktoren können sowohl fördernd (Förderfaktor) als auch einschränkend (Barriere) auf die Funktionsfähigkeit und Teilhabe und eben auch auf den Zugang und die Durchführung der Rehabilitationsleistung wirken (BAR 2021). In *Kapitel 4.1* wird der Versuch unternommen, Barrieren, die sich spezifisch beim Vorliegen einzelner Beeinträchtigungen ergeben, exemplarisch zu beschreiben. Damit wird der Heterogenität der Gruppe der Menschen mit vorbestehenden Beeinträchtigungen/Behinderungen Rechnung getragen.

Im Hinblick auf den Zugang zur medizinischen Rehabilitation deutet sich an, dass manche Förderfaktoren, die im Alltagsleben die Teilhabe erleichtern oder fördern, den Zugang zur medizinischen Rehabilitation sogar erschweren und insofern sogar eher als Barriere denn als Ressource wahrgenommen werden. Beispielhaft seien hier die ICF-Kategorien Produkte & Technologien (e1) oder Unterstützung & Beziehungen (e3) genannt. So besteht oft keine Möglichkeit, mehrere Hilfsmittel oder auch einen Elektrorollstuhl in eine stationäre Rehabilitationseinrichtung mitzunehmen, da kein geeigneter Platz, der z. B. das Aufladen ermöglicht, zimmernah zur Verfügung steht oder der Platz insgesamt nicht reicht. Obwohl persönliche Hilfs- und Pflegepersonen (e340) für die Alltagsbewältigung von Betroffenen unerlässlich sind, können diese nicht mit aufgenommen werden, sei es aus Platzgründen oder wegen der gesetzlich nur eingeschränkt vorgesehenen Finanzierung dieser Begleitpersonen (vgl. Kap. 2.4.2.).

Insofern ergibt sich aus der Forderung nach Barrierefreiheit beim Zugang zur Rehabilitation nicht immer ein eindeutiger Handlungsimperativ. Vielmehr ist es erforderlich, verschiedene unterschiedliche Bedarfe zu berücksichtigen und gegenüber den Nutzer:innen transparent zu kommunizieren.

Barrierefreiheit wird durch das BGG wie folgt definiert:

> „Barrierefrei sind bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche, wenn sie für Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe auffindbar, zugänglich und nutzbar sind. Hierbei ist die Nutzung behinderungsbedingt notwendiger Hilfsmittel zulässig." (§ 4 BGG)

Obwohl der Barrierefreiheitsbegriff in dieser Definition alle relevanten Lebensbereiche abdeckt, scheint sich das Verständnis von sowie der Umgang mit Barrierefreiheit in der Praxis zu unterscheiden. Häufig wird dort Barrierefreiheit als Rollstuhlgerechtigkeit verstanden. Erforderlich ist die Bereitstellung von Gebärdensprach- und Schriftdolmetschenden, Assistenzleistungen, Kommunikationstechnologien

sowie Informationen in einfacher bzw. Leichter Sprache. Die Einschätzung über Barrierefreiheit (z. B. seitens Rehabilitationseinrichtungen) erfolgt oft nur hinsichtlich physischer Barrieren. Unberücksichtigt bleiben vielfach therapeutische und kommunikative Prozesse, zwischenmenschliche Beziehungen, Einstellungen und Haltungen, Verwaltungsprozeduren, Antragsverfahren etc. (siehe hierzu *Kapitel 4.1*). Daher verstehen die Autor:innen dieses Positionspapiers zahlreiche der im Folgenden beschriebenen Herausforderungen im Prozess der medizinischen Rehabilitation für einige Gruppen der Menschen mit Beeinträchtigungen als potenzielle Barrieren, die es in Einklang mit der UN-BRK abzubauen gilt. Für den Fall, dass damit ein unverhältnismäßiger Aufwand verbunden ist, werden in der UN-BRK zur Ermöglichung der Teilhabe im Einzelfall angemessene Vorkehrungen (ausführlich dazu siehe *Kapitel 2.2* sowie Kapitel *3.4.1*) gefordert. Diese sind zwar in zahlreichen Fällen möglich und werden durchaus auch von Einrichtungen ergriffen, oft sind sie allerdings vom Engagement einzelner Personen abhängig und nicht personenunabhängig zuverlässig verfügbar. Das Fehlen angemessener Vorkehrungen ist dabei im Sinne des biopsychosozialen Modells als Barriere und im Sinne der UN-BRK als Benachteiligung zu werten (DVfR 2022).

Die Struktur der folgenden Ausführungen zu Barrieren im Zugang zu medizinischer Rehabilitation ist am Standard-Rehabilitations-Prozess orientiert. Nach dem *Kapitel 4.1* zu den beeinträchtigungsbezogenen Barrieren folgt die Beschreibung von Herausforderungen und Barrieren bei der Erkennung eines Rehabilitationsbedarfes und die Initiation des Zugangsprozesses (*Kapitel 4.2*), des Antragsverfahrens (*Kapitel 4.3*), die Bedarfsermittlung und -feststellung (*Kapitel 4.4*) und anschließend der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung und der Allokationsentscheidung (*Kapitel 4.5*). Abschließend wird auf die Hilfsmittelversorgung in Zusammenhang mit der medizinischen Rehabilitation eingegangen (*Kapitel 4.6*).

4.1. Beeinträchtigungsassoziierte Barrieren in Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen

Menschen mit verschiedenen Behinderungen sehen sich in Rehabilitationseinrichtungen oft mit spezifischen Barrieren konfrontiert, die ihre Teilhabe erheblich erschweren. Gemäß dem Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen ist die Sicherstellung der Zugänglichkeit von Rehabilitationseinrichtungen für Menschen mit Behinderung von entscheidender Bedeutung. Diese Zugänglichkeit ist für alle Menschen mit motorischen, kognitiven, kommunikativen, psychischen oder sensorischen Beeinträchtigungen zu gewährleisten (DVfR 2023).

In Fällen, in denen eine sofortige Beseitigung von Barrieren nicht möglich ist, sind angemessene Vorkehrungen zu treffen, um die Nutzung aller Angebote im Bereich der Rehabilitations- und Gesundheitsversorgung für die betroffenen Personen zu gewährleisten (DVfR 2023; UN-BRK 2009). Im Folgenden werden die typischen Problemlagen, die sich aus der Barrierefreiheit ergeben und in Rehabilitationseinrichtungen für verschiedene Beeinträchtigungen auftreten, auf der Grundlage der Ausführungen der DVfR zum Aktionsplan (DVfR 2023) erläutert.

Menschen mit Sehbeeinträchtigung oder Blindheit sehen sich in Rehabilitationseinrichtungen mit Orientierungsschwierigkeiten konfrontiert, da die entsprechenden Maßnahmen nicht ausreichend umgesetzt werden (Brechtelsbauer et al. 2025). Wegleitsysteme, Beschilderungen und Pläne sollten tastbar oder kontrastreich gestaltet sein, um eine selbstständige Fortbewegung im Gebäude zu gewährleisten. Fehlende Beschriftungen in Brailleschrift oder ein Mangel an taktilen Leitlinien stellen erhebliche Barrieren dar. Auch digitale Informationssysteme (beispielsweise Terminanzeigen) sind häufig nicht barrierefrei für Screen-Reader aufbereitet (DVfR 2023).

Die Vermittlung medizinischer Aufklärungen, Therapiepläne sowie Trainingsmaterialien erfolgt in der Regel schriftlich oder visuell. Für Menschen mit Sehbeeinträchtigung fehlen allerdings alternative Formate, wie beispielsweise Informationsschriften in Großdruck, in Braille oder als Audio. Ein weiteres Hindernis ist das weitgehende Fehlen entsprechender Schulungen für das Fachpersonal, die es ermöglichen würden, wichtige Inhalte mündlich und klar zu vermitteln. Ein Beispiel hierfür wäre das Vorlesen von Befunden oder Übungsanleitungen.

Menschen mit einer Hörbeeinträchtigung oder Gehörlosigkeit sehen sich in Rehabilitationseinrichtungen mit Kommunikationsbarrieren konfrontiert. In einer Vielzahl von Kontexten werden ärztliche Gespräche, Therapiesitzungen sowie Gruppenschulungen in mündlicher Form abgehalten (Rannefeld et al. 2023). Ohne die Unterstützung von Gebärdensprachdolmetschenden oder schriftlichen Kommunikationshilfen ist es für gehörlose Rehabilitand:innen nahezu unmöglich, den Inhalten zu folgen (DVfR 2023). Es ist festzustellen, dass auch schwerhörige Personen mit Schwierigkeiten konfrontiert sind, sofern keine technische Unterstützung in Form von Induktionsschleifen (Höranlagen) in Vortragsräumen zur Verfügung steht oder Hintergrundgeräusche in Mehrbett-Zimmern die Verständigung beeinträchtigen. Fehlende visuelle Hinweise, wie etwa zu Durchsagen oder Aufrufen, stellen eine weitere Barriere dar.

Dennoch bleibt die Erfassung wichtiger Informationen wie Terminpläne, Therapiehinweise oder Aufklärungsbögen unerlässlich. Personen mit einer Hörbeeinträchtigung sind in der Regel weniger gut in der Lage, Informationen zu erfassen, insbesondere, wenn schriftliche Informationen nicht gleichzeitig zur Verfügung gestellt werden. Ein zentrales Problem besteht darin, dass vielen Einrichtungen die Finanzierung und Organisation von Dolmetschdiensten nach § 17 Abs. 2 SGB I unklar sind.

Im vorliegenden Kontext bedingt Barrierefreiheit in diesem Bereich die Implementierung zweier Maßnahmen: Einerseits sind dies technische Vorkehrungen, wie optische Alarm- oder Informationssysteme, geeignete Akustik und Hilfsmittel. Andererseits sind zwischenmenschliche Vorkehrungen, wie etwa die Bereitstellung von Dolmetschenden oder schriftlicher Kommunikation, erforderlich, um Verstehensbarrieren abzubauen.

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (z. B. Angststörungen, Depressionen, Schizophrenie) erleben in der Rehabilitation häufig Barrieren, die weniger physischer Natur sind, sondern in der Art der Interaktion und im Setting liegen (Adams et al. 2021; von der Warth et al. 2021). Personen, z. B. mit Autismus oder einer Angst- bzw. Zwangsstörung, können von starren Tagesabläufen, einer unbekannten Umgebung und fremden Menschen überfordert werden. Es besteht die Möglichkeit, dass betroffene Personen Verwaltungsprozesse oder Therapiesituationen aus Angst oder Stress

meiden. In diesem Kontext empfehlen Expert:innen angepasste Umgangsformen sowie eine erhöhte organisatorische und soziale Flexibilität durch das Personal der Rehabilitationseinrichtung. Das Personal ist verpflichtet, achtsam zu kommunizieren, auf spezifische Bedürfnisse (etwa Ängste) einzugehen und möglichst deeskalierend zu wirken (DVfR 2023).

Insgesamt zeigt sich eine unzureichende Anpassung des Angebots für Rehabilitand:innen mit psychischen Erkrankungen, da diese in der Regel als „schwierig" im rehabilitativen Alltag betrachtet werden. In einer Vielzahl von Rehabilitationseinrichtungen steht die Behandlung körperlicher Erkrankungen im Vordergrund. Es ist festzustellen, dass stigmatisierende Einstellungen oder das Fehlen von Verständnis seitens des Personals dazu führen können, dass die Bedürfnisse dieser Gruppe nicht adäquat berücksichtigt werden.

Unter kommunikativen Beeinträchtigungen werden in diesem Zusammenhang z. B. Aphasie nach Schlaganfall, starke Dysarthrie (undeutliche Sprache) bzw. Anarthrie (z. B. im Rahmen einer Infantilen Cerebralparese), Mutismus oder andere Beeinträchtigungen der Ausdrucksfähigkeit subsumiert. Hiervon betroffene Patient:innen verspüren das Bedürfnis, sich mitzuteilen, wobei sich die Möglichkeit dazu als eingeschränkt erweist. Fehlende Rahmenbedingungen im Reha-Alltag können zu erheblichen Schwierigkeiten führen (May et al. 2024). Für Personen, die nicht oder eingeschränkt lautsprachlich kommunizieren, können standardisierte Abläufe, wie beispielsweise Anamnesegespräche, Gruppentherapien oder Visiten, eine Herausforderung darstellen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass ihnen die Möglichkeit fehlt, ihre Anliegen in einer flüssigen Weise zu äußern. Es besteht die Möglichkeit, dass Anweisungen oder Trainingsinhalte, die ausschließlich mündlich vermittelt werden, von ihnen nicht verstanden werden.

Im Rahmen der Planung einer barrierefreien Rehabilitation für Menschen mit kommunikativen Beeinträchtigungen ist die Berücksichtigung alternativer Kommunikationswege von essenzieller Bedeutung. Dazu gehört insbesondere das Konzept der Unterstützten Kommunikation (UK).

Kognitive Beeinträchtigungen, wie etwa Lernschwierigkeiten, Demenz oder Folgen einer Hirnschädigung, können dazu führen, dass die Aufnahme und das Erinnern komplexer Informationen beeinträchtigt sind. In einer Rehabilitationseinrichtung kann dies beispielsweise bedeuten, dass medizinische Sachverhalte, Therapiepläne oder Hausordnungen von Patient:innen nicht verstanden werden, wenn sie in Fachsprache oder komplexen Texten formuliert sind. Eine signifikante Barriere besteht demnach darin, dass Informationsmaterial und Kommunikation nicht in einfacher Sprache erfolgen. Die DVfR fordert ausdrücklich, Informationsmaterial in leichter Sprache bereitzustellen und auch die mündliche Kommunikation entsprechend anzupassen (DVfR 2023). Dies kann gegebenenfalls den Einsatz von Bildern oder Piktogrammen zur Unterstützung beinhalten. Beeinträchtigungen des Gedächtnisses und der exekutiven Leistungen erfordern spezifische methodisch-didaktische Kommunikationswege, die vor allem alltagspraktisch ausgerichtet und häufig unterstützt werden müssen, z. B. durch Gedächtnisstützen, Visualisierungen, nicht selten aber auch durch Begleitpersonen.

Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen bedürfen in der Regel einer engmaschigeren Betreuung und mehr Zeit, um von rehabilitativen Maßnahmen zu profitieren. Standardisierte Abläufe können eine Überforderung auslösen, beispielsweise aufgrund einer hohen Anzahl an unterschiedlichen

Therapieterminen pro Tag oder wechselnder Ansprechpersonen. Eine klare, strukturierte Tagesplanung mit wiederkehrenden Elementen kann dazu beitragen, Überforderung zu reduzieren. Darüber hinaus ist die Einbindung von Angehörigen oder Betreuer:innen von signifikanter Relevanz, da diese die Patient:innen kennen und bei Verständnisproblemen unterstützend zur Seite stehen können (DVfR 2023). In einigen Fällen kann es erforderlich sein, einen professionellen Assistenzdienst hinzuzuziehen. Die Kosten für diesen Dienst können derzeit leider nicht aus der Eingliederungshilfe oder aus Pflegeleistungen gedeckt werden, da die Regelungen zur Begleitung im Krankenhaus nur für Krankenhäuser und nicht für Rehabilitationseinrichtungen gelten (Ausnahme Mitnahme der Assistenz im Arbeitsgebermodell SGB XII). Ein individueller Assistenzdienst hat die Aufgabe, die Patient:innen während des Tages zu begleiten und sie bei der Umsetzung der Therapien zu unterstützen. Dies erfordert eine Anpassung des Personalschlüssels, um den erhöhten Betreuungsaufwand zu decken, sowie die Bereitschaft, Abläufe zu modifizieren. Die Kommunikation sollte stets von Geduld, Wertschätzung und einem Mangel an zeitlichem Druck geprägt sein (DVfR 2023). Ein weiterer Aspekt ist die Umgebung: unübersichtlich gestaltete Räumlichkeiten oder fehlende Orientierungshilfen, können Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen verwirren. Es konnte festgestellt werden, dass die Implementierung einfacher Leitsysteme und klarer Beschriftungen (piktographisch) dazu geeignet ist, die Barrieren zu reduzieren.

Bei einigen Rehabilitand:innen lassen sich in Abhängigkeit von der Art und Schwere der vorliegenden Beeinträchtigung **Verhaltensauffälligkeiten** beobachten, die sich in Form von Aggressionen, starker Unruhe, Tendenzen zum Weglaufen oder sozialen Interaktionsproblemen äußern können. Derlei Verhaltensweisen konfrontieren Rehabilitationsteams mit besonderen Herausforderungen (Gartmann et al. 2025b).

Menschen mit komplexen, also mit mehreren gleichzeitig vorliegenden meist schweren **Beeinträchtigungen** (z. B. Kombination aus kognitiver, motorischer und Sinnesbeeinträchtigung), sehen sich im Rehabilitationssystem mit besonders vielen Barrieren konfrontiert. In einer Vielzahl von Rehabilitationseinrichtungen wird die Priorität auf die Behandlung einer spezifischen Hauptdiagnose gelegt, wie beispielsweise orthopädische oder neurologische Rehabilitation. Patient:innen, die beispielsweise sowohl einen Rollstuhl nutzen als auch eine Sehbeeinträchtigung und eine kognitive Beeinträchtigung haben, können in einer auf Mobilitätstraining ausgerichteten Rehabilitationseinrichtung nicht adäquat versorgt werden. An dieser Stelle wären sowohl eine barrierefreie Orientierungsmöglichkeit als auch eine leicht zugängliche Kommunikationsmöglichkeit erforderlich. Die differenzierte Versorgungsstruktur stellt eine signifikante Barriere für Betroffene mit komplexen Beeinträchtigungen dar.

Menschen, die pflegebedürftig sind (z. B. Senior:innen mit hohem Pflegegrad oder jüngere Menschen mit Schwerbehinderung und umfassendem Hilfebedarf), weisen meistens komplexe Beeinträchtigungen auf, die pflegerische Verrichtungen oder Assistenz durch eine andere Person und oft räumliche und sächliche Ausstattung erfordern. Ihre Teilnahme an einer medizinischen Rehabilitation scheitert an multiplen Barrieren, insbesondere der fehlenden personellen Unterstützung. Deshalb werden sie im Rehabilitationssystem oft als nicht rehabilitationsfähig eingestuft (Kiselev 2017). Diese Einschätzung kann eine Ablehnung von Reha-Anträgen zur Folge haben (DVfR 2020; 2023).

Ausnahmen bestehen z. T. für die Anschlussrehabilitation, die Geriatrie sowie die neurologische Rehabilitation der Phase C.

Zusammenfassung: Gegenwärtig mangelt es an Konzepten, die eine adäquate Patienti:nnenversorgung gewährleisten. Viele Rehabilitationseinrichtungen sind personell und organisatorisch nicht darauf vorbereitet, Patient:innen zu versorgen, die beispielsweise bei nahezu allen Aktivitäten, wie Essen, Körperpflege und Toilettengang, Hilfe benötigen. Fehlende Pflegekapazitäten oder unklare Kostenzuständigkeiten führen dazu, dass Betroffene keine Rehabilitation erhalten, obwohl sie prinzipiell davon profitieren könnten. Die vorliegende Barriere trägt potenziell zur Verschlechterung des Zustands bei. Schließlich ist die Phase nach Akutbehandlungen als kritisch zu erachten, da in dieser Zeit Versorgungslücken entstehen, wenn Pflegebedürftige nicht nahtlos in die Rehabilitation gelangen können.

Die folgende Tabelle 1 nach DVfR (2023) fasst das o. g. zusammen und gibt bereits Hinweise darüber, wie Barrierefreiheit in den Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation hergestellt werden könnte:

Beeinträchtigung	Bereich	Thematik	Barrierefreiheit
Sehbeeinträchtigung oder Blindheit	Einrichtung	Orientierung/ Selbstständiges Fortbewegen am Klinikgelände und in der Klinik	Taktiles Wegeleitsystem Jegliche Beschilderungen, Pläne, (digitale) Informationssysteme in Großdruck, Braille und kontrastreich, in Audioformat Assistenzsysteme Zwei-Sinnes-Prinzip
	Verwaltung & Administration	Visuelle Informationen wie z.B. Formulare, Hinweistafeln, Aushänge	Informationen in Großdruck, Braille, kontrastreich, für Screenreader lesbar, in Audioformat Assistenzsysteme Zwei-Sinnes-Prinzip
	Therapie-Konzept	Visuelle Informationen wie z.B. Aufklärung zu Therapiemethoden, Therapiepläne, Therapiematerialien	
Hörbeeinträchtigung oder Gehörlosigkeit	Einrichtung	Selbstständiges Fortbewegen am Klinikgelände und in der Klinik Durchsagen und Aufrufe, Warnsysteme	Technische Lösungen: z. B. Induktionsschleifen Zwei-Sinnes-Prinzip: Visualisierung Gesprächssituation: Artikulation und Blickkontakt im Gespräch, Gebärdensprachdolmetschende Optische Alarm- und Informationssysteme
	Verwaltung & Administration	Gespräche (Aufnahmen, Entlassung, etc.)	
	Therapie-Konzept	Gespräche (ärztlich, therapeutisch, Gruppentherapien, etc.)	
Beeinträchtigungen der Kommunikation	Einrichtung	Selbstständiges Fortbewegen am Klinikgelände und in der Klinik	Zwei-Sinnes-Prinzip Unterstützte Kommunikation & Assistierende Technologien Betreuungs- oder Begleitpersonen, Persönliche Assistenz
	Verwaltung & Administration	Gespräche (Aufnahmen, Entlassung, etc.) Informationsmaterial	Zwei-Sinnes-Prinzip Unterstützte Kommunikation & Assistierende Technologien, beispielsweise Kommunikationsboards, Schreib-Tablets, Sprachausgabegeräte, etc. Betreuungs- oder Begleitpersonen, Persönliche Assistenz Zeitmanagement für Gespräche und Therapien
	Therapie-Konzept	Gespräche (ärztlich, therapeutisch, Gruppentherapien, etc.) Informationsmaterial	
Beeinträchtigung der Mobilität	Einrichtung	Selbstständiges Fortbewegen am Klinikgelände und in der	Schwellenhöhe, Rampen (max. 6% Steigung) und Aufzüge

		Klinik, inkl. Türen und Wege, Durchgänge auch zwischen Einrichtungsgegenständen	Türbreite (innen und außen) mind. 90cm Angemessene Bewegungsflächen in allen Räumen, inkl. Zimmer und WC Oberkante von Schalter, Tresen, Kassenautomaten, etc. Unterfahrbarkeit von Spülen, Waschbecken, etc. Haltegriffe
	Verwaltung & Administration	Selbstständiges Fortbewegen am Klinikgelände, in der Klinik, in Therapieräumen und Zimmer	Schwellenhöhe max. 3cm, Rampen Türbreite (innen und außen) mind. 90cm Angemessene Bewegungsflächen Oberkante von Schalter, Tresen, Kassenautomaten, etc. Haltegriffe
	Therapie-Konzept	Selbstständiges Fortbewegen in Behandlungs- und Therapieräumen	Schwellenhöhe max. 3cm, Rampen Türbreite (innen und außen) mind. 90cm Angemessene Bewegungsflächen Oberkante von Schalter, Tresen, Kassenautomaten, etc. Haltegriffe Höhenverstellbare Liegen, Therapiegeräte, etc.
Kognitive Beeinträchtigungen	Einrichtung	Orientierung am Klinikgelände und in der Klinik	Unterbrechungsfreie Wegeleitsysteme durch Farbmarkierungen, bildhaften Symbolen, fotorealistischer Darstellung, etc.
	Verwaltung & Administration	Kommunikation und Informationen (schriftlich, mündlich und auditiv) aufnehmen, verarbeiten, merken und abrufen können Standardisierte Verwaltungsprozesse	Informationen in Leichter Sprache, fotorealistische Visualisierungen, Piktogramme, in Sprachausgabe Begleitperson
	Therapie-Konzept	Kommunikation und Informationen (schriftlich, mündlich und auditiv) aufnehmen, verarbeiten, merken und abrufen können Erfassen von Termin- und Therapieplänen, Therapiehinweise, Aufklärungsbögen Therapiesetting, inkl. Interaktion, Setting und standardisierte, getaktete Prozesse	Informationen in Leichter Sprache, fotorealistische und alltagspraktische Visualisierungen, Piktogramme, in Sprachausgabe Strukturierte und transparente Tagestruktur, um Überforderung vorzubeugen Modifikation der Prozesse und Therapiepläne 1:1 Betreuung Pädagogisch-therapeutisches Konzept im Kontext von herausforderndem Verhalten
Beeinträchtigungen mentaler Funktionen	Einrichtung	Orientierung am Klinikgelände und in der Klinik Einstellung und Vorurteilte gegenüber Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen	Persönliche Assistenz Reizarmes Umfeld Geschützter Raum
	Verwaltung & Administration	Struktur und standardisierte Verwaltungsprozesse	Zeitmanagement für Gespräche und Therapien Abläufe modifizieren
	Therapie-Konzept	Therapiesetting, inkl. Interaktion, Setting und standardisierte, getaktete Prozesse	Sensibilisierung des Personals Achtsamkeit im Beziehungsaufbau und der Beziehungsgestaltung Zeitmanagement für Gespräche und Therapien Modifikation der Prozesse und Therapiepläne Strukturierte und transparente Tagestruktur

Tabelle 1: Beeinträchtigungsbezogene Barrieren in der medizinischen Rehabilitation (in Anlehnung an DVfR 2023)

4.2. Rehabilitationsbedarfserkennung und Initiation

Die Bedarfserkennung trifft insbesondere auf folgende Schwierigkeiten bzw. Bedingungen: Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen verfügen häufig nicht über die Kenntnisse zur Möglichkeit einer medizinischen Rehabilitation oder sie ziehen diese Option nicht für sich selbst in Betracht. Zudem kann das selbstständige Erkennen von Rehabilitationsbedarfen und entsprechendes Formulieren von Rehabilitationszielen aufgrund der kognitiven Beeinträchtigung erschwert sein.

Eine starke Abhängigkeit von An- und Zugehörigen verstärkt die Fremdbestimmtheit von Menschen mit Behinderungen, weshalb ein gezieltes Empowerment notwendig ist, um selbstbestimmte Entscheidungen, auch hinsichtlich einer medizinischen Rehabilitation, zu ermöglichen und zu fördern (Cegarra et al. 2023; Moreira et al. 2025).

Menschen mit kognitiven und/oder mehrfachen Beeinträchtigungen sind im Alltag auf die Unterstützung von An- und Zugehörigen sowie Pflege- oder Assistenzpersonen angewiesen, die den Bedarf an einer medizinischen Rehabilitation oder einzelnen rehabilitationsmedizinischen Maßnahmen erkennen und daraus Handlungskonsequenzen ableiten können. So müssen diese Personen zunächst erkennen, dass Beeinträchtigungen auf der Funktions- und Aktivitätsebene bestehen, die die Teilhabe einschränken. Auf dieser Grundlage kann eingeschätzt werden, dass eine medizinische Rehabilitation geeignet ist, um die bestehenden Beeinträchtigungen zu stabilisieren, zu verringern oder zu kompensieren, einer weiteren Verschlechterung vorzubeugen sowie die Entstehung oder Zunahme von Pflegebedürftigkeit zu verhindern – und damit Teilhabe sowie Lebensqualität zu stärken. Dabei werden insbesondere behinderungsunabhängige Rehabilitationsziele adressiert, d. h. Ziele, deren Umsetzung nicht von der Art der Beeinträchtigung abhängig ist, sondern die die Teilhabe und Lebensqualität aller betroffenen Personen fördern.

Bei Beeinträchtigungen, die seit der Geburt bestehen oder im Zeitverlauf erworben wurden, handelt es sich in der Regel um chronische Beeinträchtigungen, deren Krankheitsverläufe sehr unterschiedlich sein können. Die strukturellen, funktionellen sowie partizipativen Beeinträchtigungen und damit einhergehende Lebensqualität können durch eine medizinische Rehabilitation positiv beeinflusst werden (Wade 2020; Takác et al. 2014). Sowohl die Erwerbsfähigkeit als auch eine vollumfängliche Genesung dieser Primärerkrankung ist nicht für alle betroffenen Personen gegeben. Auffallend ist, dass bei einem konstanten Krankheitsverlauf oder progredienter Verschlechterung der Grundsatz „Reha vor Pflege“ unzureichend berücksichtigt wird. Potenzielle Teilhabeziele, die insbesondere die Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) betreffen, z. B. der Erleichterung von Selbstversorgung oder Pflege, finden dabei häufig keine Beachtung. Den Autor:innen drängt sich der Eindruck auf, dass die Bewilligung einer medizinischen Rehabilitation maßgeblich von der Prognose der Erwerbstätigkeit oder Restitution der Beeinträchtigung abhängt, statt sich an der Kompensation bzw. Adaption der Beeinträchtigung sowie dem grundsächlichen Recht auf eine medizinische Rehabilitation zu orientieren.

Rehabilitationsziele sollten durch die Prozessbeteiligten gemeinsam formuliert werden. Für die betroffenen Personen, ihre An- und Zugehörigen, das medizinische Personal und weitere Prozessbeteiligte ergeben sich zentrale Fragen, die den gesamten Rehabilitationsprozess betreffen: Zunächst muss die Rehabilitationsfähigkeit der betroffenen Person eingeschätzt werden. Anschließend

wird entschieden, welche Durchführungsform der medizinischen Rehabilitation – stationär, (ganztägig) ambulant oder mobil – in Betracht kommt, und ob es alternative Versorgungskonzepte gibt. Es gilt zu klären, welche Symptome und Beeinträchtigungen innerhalb der medizinischen Rehabilitation behandelt werden und welche Zugewinne an Fähigkeiten und Kompetenzen dadurch erzielt werden können. Ein weiterer zentraler Aspekt ist, in welchem Ausmaß die Teilhabe durch die Rehabilitation verbessert werden kann und welche Teilhabeziele die betroffene Person verfolgt (Meulenkamp et al. 2019; Wolkorte 2019; Guidetti 2015). Darauf aufbauend muss geprüft werden, mit welchen therapeutischen und rehabilitationsmedizinischen Angeboten die Rehabilitationseinrichtung ausgestattet sein sollte, damit diese Ziele erreicht werden können (Wade 2020; Wolkorte et al. 2019; Oliviers-Pijpers et al. 2018). Gleichzeitig sind die strukturellen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen, etwa hinsichtlich Barrierefreiheit, Sicherstellung der Unterstützung bei Pflege und Transfers sowie der Partizipation (Gartmann et al. 2025b). Auch die räumlichen und sozialen Strukturen der Rehabilitation müssen an die individuellen Bedürfnisse der betroffenen Person angepasst sein (Wade 2020; Waters & Buchanan 2017). Dabei sollte beachtet werden, ob herausforderndes Verhalten oder körperliche Reaktionen wie Tonuserhöhung, Spastiken oder Epilepsie vermieden oder zumindest abgeschwächt werden können (Wolkorte et al. 2019; Oliviers-Pijpers et al. 2018). Ebenso muss frühzeitig geklärt werden, welche Hilfsmittel mitgeführt werden können, z. B. ob ein Elektrorollstuhl transportiert werden kann und wo er während der Rehabilitation gelagert und aufgeladen wird.

Die Beantwortung all dieser Fragen bildet die Grundlage für eine bedarfsgerechte, individuelle Rehabilitationsplanung, die die Teilhabe und Lebensqualität der betroffenen Person konsequent in den Mittelpunkt stellt.

4.3. Antragsverfahren

Im Antragsverfahren zu einer medizinischen Rehabilitation gibt es für Menschen mit vorbestehenden Behinderungen bürokratische Herausforderungen – sowohl bei der GKV als auch der DRV.

Antragsverfahren bei der GKV: Das Antragsverfahren für eine medizinische Rehabilitation bei der GKV läuft über die ärztliche Verordnung aus dem vertragsärztlichen Bereich oder einer ermächtigten Einrichtung wie z. B. SPZ, MZEB oder PIA auf dem Muster 61 oder über das Krankenhaus auf dem Formular für die Anschlussrehabilitation. Diesen Unterlagen sind ggf. weitere Berichte oder Befunde hinzuzufügen, insbesondere, wenn die Angaben auf dem Muster 61 nicht hinreichend erscheinen. Ein formloser Antrag ist möglich, spielt in der alltäglichen Praxis jedoch eine untergeordnete Rolle.

Antragsverfahren bei der DRV: Die Beantragung einer medizinischen Rehabilitation bei der DRV stellt für die Versicherten mit vorbestehenden Behinderungen eine Herausforderung dar. Das Antragsverfahren erfolgt über entsprechende Formulare durch die Versicherten, denen zusätzliche Unterlagen, insbesondere ein ärztlicher Befundbericht auf dem von der DRV zur Verfügung gestellten Formular, z. T. auch ein medizinisches Gutachten und ggf. weitere Befunde und Berichte, beizufügen sind. Antragstellende müssen den Antrag eigenständig ausfüllen und zahlreiche Auskünfte über sich geben.

Abbildung 2 zeigt die zwei Wege in die Medizinische Rehabilitation mit den dazugehörigen Formularen sowie den möglichen Arten der Durchführung auf.

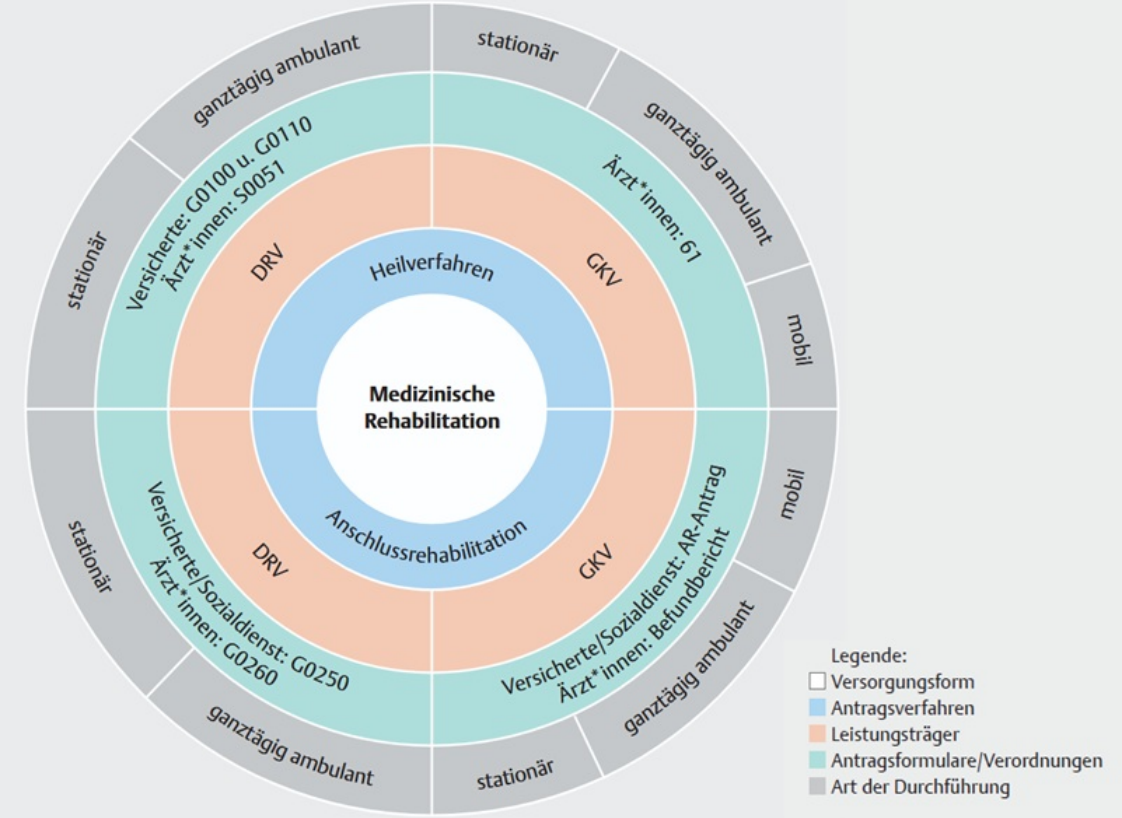


Abbildung 2: Zwei Wege in die medizinische Rehabilitation (Egen et al. 2025)

Das Antragsverfahren für medizinische Rehabilitationsleistungen kann mit einem erheblichen organisatorischen Aufwand verbunden sein, wenn neben dem eigentlichen Antragsformular zusätzliche Unterlagen wie medizinische Befunde, Gutachten oder weitere Nachweise beigefügt werden müssen bzw. angefordert werden, die bei unterschiedlichen Institutionen, insbesondere anderen Ärzt:innen einzuholen sind. So ist es oft sinnvoll, den Bedarf an einer Rehabilitationsleistung vorab zusätzlich zu den Formularen speziell zu begründen. Dabei ist es möglich, diesen Bedarf selbst darzulegen oder dies von Fachärzt:innen, einem SPZ oder MZEB oder einer Spezialambulanz zu erbitten. Dieser Abstimmungs- und Koordinationsaufwand kann insbesondere für Menschen mit vorbestehenden Behinderungen sowie für deren An- und Zugehörige eine zusätzliche Belastung darstellen, da sie oftmals bereits in hohem Maße in die Organisation der medizinischen, pflegerischen und sozialen Versorgung eingebunden sind (Gartmann et al. 2025b). Dies gilt insbesondere dann, wenn die beantragte Rehabilitation zunächst abgelehnt wird und Widerspruch eingelegt und dann umfangreich begründet werden muss.

Für die Beantragung einer Anschlussrehabilitation wird die Antragstellung häufig durch die Sozialdienste der behandelnden Akutkliniken übernommen. Dies kann eine wertvolle Unterstützung darstellen, insbesondere, wenn entsprechende fachliche Expertise im Hinblick auf rehabilitative Bedarfe vorhanden

ist. Dabei kommt der Einbindung von Patient:innen und Betreuungspersonen eine hohe Bedeutung zu, da individuelle Bedarfe und alltagsrelevante Einschränkungen in der Regel nur durch deren Mitwirkung angemessen erfasst werden können.

Der Antragsprozess ist für Personen, die auf unterstützende Netzwerke zurückgreifen können oder über Kenntnisse sozialmedizinischer Zusammenhänge verfügen, besser zu bewältigen. Für Patient:innen ohne entsprechende Unterstützung oder Vorerfahrungen kann sich die Antragstellung hingegen als besonders herausfordernd erweisen.

In der Praxis scheint das Antragsverfahren durch Verwendung von Formularen teilweise auch Funktionen der Bedarfsermittlung zu übernehmen. Für Menschen mit vorbestehenden Beeinträchtigungen/Behinderungen ist dabei häufig eine ausführliche und individuelle Darstellung von Symptomen, Diagnosen, funktionellen Einschränkungen und Lebensumständen erforderlich, um dem Leistungsträger eine bedarfsgerechte und patient:innenorientierte Entscheidungsfindung zu ermöglichen. Mit zunehmender Komplexität der Beeinträchtigung steigt entsprechend auch der Umfang der darzustellenden Informationen. Standardisierte Antragsformulare scheinen allerdings komplexe oder individuelle Bedarfe nur eingeschränkt abzubilden. Wenn die Alltagsrelevanz der Beeinträchtigungen sowie mögliche rehabilitative Entwicklungsperspektiven aus den Antragsunterlagen nachvollziehbar hervorgehen sollen, müssen diese durch zusätzliche Texte ergänzt werden. Die Erstellung solcher Unterlagen kann zeit- und ressourcenintensiv sein und setzt sowohl fachliche Expertise als auch einen guten Zugang zu relevanten Informationen über die betroffene Person voraus.

Darüber hinaus berichten Patient:innen sowie An- und Zugehörige teilweise von Unsicherheiten darüber, an wen sie sich zur Unterstützung bei der Antragstellung wenden können, insbesondere wenn sie diese nicht durch ihre behandelnde Ärztin bzw. ihren behandelnden Arzt erhalten. Beratungsangebote wie die Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung (EUTB), werden zwar überwiegend positiv bewertet, scheinen jedoch nicht flächendeckend bekannt zu sein und werden daher nicht in vollem Umfang genutzt. Auch verfügen sie oft nicht über spezifische Fachkenntnisse. Pflegestützpunkte, Beratungsangebote der Rehabilitationsträger, Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe oder auch der allgemeine Sozialdienst der Gebietskörperschaften werden offenbar wenig zur Beratung in Anspruch genommen und verfügen auch nicht immer über hinreichende Fachkenntnisse.

4.3.1. Zuständigkeit des Leistungsträgers

Im Antragsverfahren zur medizinischen Rehabilitation kann es bereits frühzeitig zu Unklarheiten hinsichtlich der Zuständigkeit des zuständigen Leistungsträgers kommen. Insbesondere die Abgrenzung zwischen GKV und DRV stellt sich in der Praxis mitunter als schwierig dar. In diesem Zusammenhang zeigt sich, dass bei Menschen mit vorbestehenden Beeinträchtigungen/Behinderungen häufig zunächst von einer Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenkassen ausgegangen wird. Diese Annahme scheint teilweise auf der Vorstellung zu beruhen, dass Menschen mit Behinderungen nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erwerbstätig seien.

Diese pauschale Zuordnung erweist sich allerdings häufig als nichtzutreffend: Menschen mit Behinderungen sind in vielfältiger Weise auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt, unter anderem Personen mit Sinnesbeeinträchtigungen, auch mit Pflege- oder Assistenzbedarf, mit neurodivergenten Ausprägungen, mit chronischen Erkrankungen oder mit spezifischen gesundheitlichen Einschränkungen, beispielsweise im Zusammenhang mit einer Stomaversorgung. Vor diesem Hintergrund kommt der DRV auch für diese Zielgruppen eine große Bedeutung zu.

Auch wenn nicht klar sein sollte, wer der Leistungsträger ist, darf dies den Bewilligungsprozess nicht wesentlich behindern, zumindest ist die gesetzliche Grundlage hier sehr klar (siehe *Kapitel 2.4.2*).

4.3.2. Leistungsentscheidung, Ablehnung und Widerspruch

Im Entscheidungsprozess zeigt sich, dass beim Leistungsträger teilweise spezifische Informationen und fachliche Kenntnisse zu Erkrankungen, Beeinträchtigungsformen und den damit verbundenen Bedarfen fehlen. Dies betrifft insbesondere Wissen über die Individualität und Variabilität von Beeinträchtigungen/Behinderungen sowie über die Möglichkeiten rehabilitativer Maßnahmen zur Beeinflussung der Funktionsfähigkeit im Alltag. In diesem Zusammenhang wird der Nutzen medizinischer Rehabilitation bei vorbestehenden Beeinträchtigungen/Behinderungen, chronischen Erkrankungen oder bestehenden Pflegebedarfen nicht immer berücksichtigt.

Ablehnungen von Rehabilitationsleistungen treten bei der Zielgruppe häufig auf und werden teilweise als regulärer Bestandteil des Verfahrens beschrieben. Die Begründungen in standardisierten Ablehnungsschreiben bleiben dabei häufig unklar oder wenig nachvollziehbar. Dadurch ist nicht ersichtlich, welche Informationen für eine positive Leistungsentscheidung gefehlt haben.

Ablehnungen werden, sofern sie begründet sind, teilweise als diskriminierend wahrgenommen.

4.4. Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung, Diagnostik und Indikationszuordnung

Die Bedarfsermittlung und -feststellung bei Menschen mit vorbestehenden Beeinträchtigungen ist durch eine Vielzahl struktureller und inhaltlicher Barrieren gekennzeichnet, die eine präzise, teilhabeorientierte und faire Bewertung der individuellen Rehabilitationsbedarfe erschweren. Die Verantwortung für die Qualität der Bedarfsermittlung liegt häufig bei Mediziner:innen, die i. d. R. nur über begrenzte zeitliche, diagnostische und kontextbezogene Ressourcen verfügen. Besonders im Bereich der Kommunikation zeigen sich Hürden: Aufgrund von Behinderungen kann der Kommunikationsprozess mehr Zeit in Anspruch nehmen oder durch Dritte vermittelt werden, was den partizipativen Charakter der Bedarfserhebung mindert und die Selbstbestimmung der Betroffenen einschränkt. Hinzu kommen diagnostische Schwierigkeiten, wenn atypische, multiple oder schwer interpretierbare Symptomkonstellationen auftreten. Standardisierte diagnostische Verfahren sind dabei häufig weder validiert noch praktikabel für Personen mit schweren oder komplexen Beeinträchtigungen. Ein weiteres Problem stellt das sogenannte Diagnostic Overshadowing dar: Die bestehende Beeinträchtigung rückt in den diagnostischen Vordergrund, während begleitende oder sekundäre Erkrankungen übersehen werden. Dies führt zu unvollständigen Diagnosen und kann auch

die Bewertung durch Kostenträger und Leistungsträger beeinflussen, wenn unklare oder lückenhafte Befunde als Hinweis auf fehlende Rehabilitationsfähigkeit interpretiert werden.

Grundlegende Beeinträchtigungen, etwa eine angeborene oder chronische Krankheit, und rehabilitationsbegründende Diagnosen, die den aktuellen Rehabilitationsbedarf auslösen, stimmen häufig nicht überein. Während die Grunderkrankung die langfristige Teilhabeeinschränkung beschreibt, bezieht sich die rehabilitationsbegründende Diagnose auf ein akutes oder sekundäres Gesundheitsproblem, das durch eine Rehabilitation verbessert werden soll. In manchen Fällen überschneiden sich beide Bereiche, wodurch unklar bleibt, welche Indikation – also welcher medizinische Schwerpunkt – für die Zuweisung zu einer spezifischen Rehabilitationseinrichtung maßgeblich ist. Diese Unschärfe erschwert die systematische Zuordnung im indikationsorientierten Rehabilitationssystem. Begleitende Diagnosen wie Dysphagie, Hauterkrankungen, Epilepsien oder sensorische Überempfindlichkeiten erhöhen die Komplexität zusätzlich und erfordern eine multidisziplinäre Betrachtung bei der Indikationsstellung. Auf Grundlage der Bedarfsermittlung bestimmen die Kostenträger den Rehabilitationsbedarf und erteilen ihre Leistungsentscheidung in Form eines Bescheids. Werden im Antrag individuelle Besonderheiten, Rehabilitationsziele oder notwendige Therapieinhalte nicht hinreichend beschrieben, steigt das Risiko einer Ablehnung deutlich. Diese erfolgt häufig mit dem Verweis auf eine vermeintlich fehlende Rehabilitationsfähigkeit oder unklare Prognosen, ohne, dass die Begründung fachlich oder methodisch nachvollziehbar dargelegt wird. Solche Entscheidungen basieren häufig auf unvollständig ermittelten Sachverhalten und adressieren strukturelle Angebotsdefizite nicht, was von Betroffenen und Angehörigen als diskriminierend erlebt wird.

Eine umfassende Berücksichtigung individueller Kontextfaktoren und Teilhabeziele sollte bereits im Antragsverfahren erfolgen. Gegenwärtig rückt die biopsychosoziale Perspektive jedoch zunehmend in den Hintergrund, während standardisierte administrative Verfahren dominieren. Das hierfür genutzte Formular 61 bildet weder relevante Kontextfaktoren noch Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) oder persönliche Rehabilitationsziele ab. Dadurch wird die Nachvollziehbarkeit der beantragten Maßnahmen eingeschränkt, und die Zuweisung zu einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung erschwert. Eine tatsächliche Bedarfsanalyse erfolgt in der Regel erst zu Beginn der Maßnahme, wodurch eine rechtzeitige und passgenaue Zuweisung verhindert wird. Gleichzeitig umfasst die Bedarfsfeststellung auch die Prüfung, ob ambulante Maßnahmen im kurativen Bereich (z. B. etwa langfristige Heilmitteltherapie, Hilfsmittelversorgung oder wohnumfeldbezogene Anpassungen) ausreichend oder einer medizinischen Rehabilitation vorzuziehen sind. Zwar wird bei komplexen Beeinträchtigungen häufig zutreffend ein langfristiger Heilmittelbedarf anerkannt (s. o.), sodass die Verordnungen nicht mehr der Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen. Dennoch können Heilmittelerbringer eine komplexe, stationäre oder (ganztägig) ambulante Rehabilitation in vielen Fällen nicht ersetzen. Zudem sind die strukturellen und personellen Ressourcen in der ambulanten Heilmittelversorgung häufig ebenfalls nicht auf diese Zielgruppe ausgelegt.

In einer medizinischen Rehabilitation können übergeordnete Rehabilitationsziele von einem multiprofessionellen Team nach Rücksprache mit den Betroffenen im Sinne des Shared Decision Making

auf Langziele für die gesamte Rehabilitationszeit sowie auf Nahziele für die einzelnen Therapien heruntergebrochen werden. Teilhabe und Lebensqualität bleiben dabei stets im Fokus der Behandlung.

4.5. Wahl der Rehabilitationseinrichtung

Wird eine Rehabilitation bewilligt, kommt nicht selten eine unpassende Zuweisung an die Rehabilitationseinrichtung vor. Rehabilitand:innen werden dann einer Einrichtung zugewiesen, die weder auf ihre spezifischen gesundheitlichen Bedürfnisse noch auf ihre persönlichen Voraussetzungen zugeschnitten ist. Gemäß BDPK (o. J.) wird in vielen Fällen nicht die fachlich beste, sondern die preisgünstigste Rehabilitationseinrichtung von den Kostenträgern vorgeschlagen. Dies ist insbesondere bei komplexen Mehrfacherkrankungen oder seltenen Diagnosen problematisch, für die spezialisierte Angebote nicht zur Verfügung stehen. Beispielsweise wird bei Menschen mit rheumatischen Erkrankungen, die gleichzeitig einen Pflegebedarf aufweisen, eine geriatrische Rehabilitation eingeleitet. Dies ist jedoch kritisch zu betrachten, da diese Einrichtungen für diese Personengruppe nicht optimal geeignet sind (Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband o. J.). In Einzelfällen wird die Aufnahme von Patient:innen mit einfachen oder kombinierten Behinderungen in Rehabilitationseinrichtungen abgelehnt, da deren „besonderer“ Bedarf von den Einrichtungen nicht gedeckt werden kann (kobinet-Nachrichten 2013).

Wunsch- und Wahlrecht: Obwohl Rehabilitand:innen laut Gesetz über ein Wunsch- und Wahlrecht bei der Klinikauswahl verfügen (§ 8 SGB IX), ist die Ausübung dieses Rechts in der Praxis oft nur eingeschränkt möglich. Die gewünschte Rehabilitationseinrichtung wird in vielen Fällen mit Verweis auf „wirtschaftliche Gründe“ abgelehnt, sodass Menschen mit Behinderung faktisch weniger Auswahlfreiheit haben. Individuelle Präferenzen hinsichtlich der Einrichtungsnähe, der Wahl der Rehabilitationseinrichtung oder spezifischer Freizeitmöglichkeiten vor Ort werden in der Regel nicht berücksichtigt, da die Kostenträger primär die verfügbaren und kostengünstigen Rehabilitationseinrichtungen zuweisen. Sozialverbände plädieren für ein "echtes" Wunsch- und Wahlrecht, bei dem finanzielle Aspekte das Wahlrecht nicht beeinträchtigen dürfen (Sozialverband VdK Deutschland o. J.). Gemäß den geltenden Bestimmungen ist es entscheidend, dass die Eignung der Klinik für die spezifischen Bedürfnisse der Rehabilitand:innen im Vordergrund steht, um das Wahlrecht effektiv umzusetzen.

Angebote für spezielle Bedarfe und Anforderungen: Ein zusätzliches Problem besteht im Mangel an Reha-Angeboten für sehr spezifische Bedarfe. Für seltene Erkrankungen oder komplexe Beeinträchtigungen gibt es oft kaum geeignete spezialisierte Rehabilitationseinrichtungen, sodass eine passgenaue Zuweisung praktisch nicht möglich ist. Menschen mit schweren Beeinträchtigungen oder hohem Unterstützungsbedarf fallen durch das bestehende Versorgungsraster, da ein hoher Grad an Selbstständigkeit (Reha-Fähigkeit) vorausgesetzt wird und entsprechende spezialisierte Angebote fehlen. Gemäß der Deutschen Rheuma-Liga mangelt es in vielen Regionen an fachspezifischen Einrichtungen für die Rehabilitation von Rheuma-Patient:innen. In der Folge erhält nur ein geringer Anteil der Betroffenen eine angemessene Rehabilitation (Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband o. J.). Dieser Mangel an wohnortnahen spezialisierten Plätzen limitiert die Wahlmöglichkeiten erheblich und

führt zu einer signifikanten Zahl an Betroffenen, die ohne adäquates Rehabilitations-Angebot zurückbleiben. Leistungserbringer, die z. B. die spezifischen Bedarfe und Anforderungen von Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen adressieren, haben konsequenterweise auch einen erhöhten Behandlungs- und Pflegeaufwand, der sich dann auch in der finanziellen Vergütung widerspiegeln muss.

Ablehnungsgründe: Pflegebedürftigkeit stellt einen häufigen Ausschlussgrund in der medizinischen Rehabilitation dar. Erhebliche Hilfe im Alltag ist ein Indikator für eine eingeschränkte Rehabilitationsfähigkeit und kann in der Folge zur Verweigerung der Aufnahme in eine Klinik führen. Insbesondere ab Pflegegrad 2 wird eine beantragte Rehabilitationsleistung für pflegebedürftige Menschen häufig gar nicht erst bewilligt (Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband o. J.). Selbst schwer von ihrer Krankheit betroffene Rheuma-Patient:innen werden etwa von Rehabilitationseinrichtungen oft nicht aufgenommen, mit der Begründung, der intensivierte Pflegeaufwand könne von der Klinik nicht geleistet werden (Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband o. J.). Diese Praxis hat gravierende Auswirkungen auf Menschen mit Behinderung, da gerade sie von medizinischer Rehabilitation profitieren könnten, um Verschlimmerungen zu vermeiden und eine gesteigerte Selbstständigkeit zu erlangen. Die Tatsache, dass eine hohe Pflegebedürftigkeit in vielen Fällen zu einer Ablehnung rehabilitativer Maßnahmen führt, verdeutlicht eine signifikante Lücke im Rehabilitationssystem. Rehabilitationseinrichtungen stellen in der Regel die Erwartung an Patient:innen, über ausreichende Selbstständigkeit zu verfügen. Gemäß den Kriterien zur Rehabilitationsfähigkeit müssen Rehabilitand:innen in der Lage sein, ohne fremde Hilfe zu essen, sich zu waschen und sich auf Stationsebene zu bewegen. Darüber hinaus müssen sie körperlich belastbar und motiviert sein (DRV 2025b). Diese hohen Anforderungen dienen der Sicherung des Therapieerfolgs, schließen jedoch Menschen mit umfangreichem Hilfebedarf systematisch von vornherein aus (Egen et al. 2024). Ausnahmen bestehen in der Regel lediglich in spezifischen Fachgebieten wie der Neurologie oder der Geriatrie, in denen weniger selbstständige Patient:innen behandelt werden wie beispielsweise in der neurologischen Frührehabilitation (DRV 2025b). Das Konzept der Rehabilitationsfähigkeit gründet sich insgesamt weniger auf die Fähigkeiten der Person als vielmehr auf die eingeschränkten Betreuungsmöglichkeiten einer Vielzahl von Einrichtungen (Egen et al. 2024). Dies resultiert in einer signifikanten Anzahl von Menschen mit Behinderung, die trotz hohen Rehabilitationsbedarfs keinen Zugang zu entsprechenden Rehabilitationsleistungen erhalten.

Barrierefreiheit: Die bauliche Barrierefreiheit von Rehabilitationseinrichtungen ist vielerorts noch unzureichend. Der Sozialverband VdK Deutschland konstatiert, dass insbesondere ältere Rehabilitationseinrichtungen nicht vollständig barrierefrei ausgestattet sind (Sozialverband VdK Deutschland o. J.). Für Rollstuhlnutzer:innen, Menschen mit Sehbeeinträchtigungen oder mit anderen Beeinträchtigungen bedeutet dies, dass sie nicht alle Bereiche der Klinik oder alle Therapieräume ohne Weiteres nutzen können. Gemäß dem Sozialverband VdK Deutschland (o. J.) kann der Erfolg einer Rehabilitationsmaßnahme gefährdet sein, wenn Versicherte mit Behinderung bestimmte Anwendungen oder Räumlichkeiten aufgrund baulicher Barrieren nicht erreichen können. Die Betroffenen äußern die Wahrnehmung, nicht ernst genommen zu werden, und stellen den Rehabilitationsnutzen in Frage (Sozialverband VdK Deutschland o.J.). Die vollständige Barrierefreiheit aller Rehabilitationseinrichtungen sollte grundsätzlich als gegeben angenommen werden. In der Praxis zeigt

sich jedoch, dass dies nicht überall umgesetzt ist (Sozialverband VdK Deutschland o. J.). Einige Rehabilitand:innen benötigen aufgrund ihrer komplexen Beeinträchtigung sowie zum Schutz vor Reizüberflutung und zur Prävention von herausforderndem Verhalten, gut abgeschirmte, reizarme Räumlichkeiten. Bereiche mit hohem Publikumsverkehr können eine erhebliche Belastung für sie darstellen und sich ungünstige auf die Therapiebereitschaft auswirken (Gartmann et al. 2025b).

Reha-Beratung: Eine gezielte und individuelle Beratung zur Auswahl einer adäquaten Rehabilitationseinrichtung ist in der Regel nicht vorhanden. Bei der Suche nach einer geeigneten Klinik sind viele Betroffene auf sich allein gestellt und erhalten nur unzureichende Unterstützung bei der Suche nach einer Einrichtung, die auf ihre spezifischen Bedürfnisse zugeschnitten ist. Auch die Leistungsträger, das heißt, in der Regel Krankenkassen oder Rentenversicherungen, sind häufig nicht in der Lage, fundierte Empfehlungen zu geben. Stattdessen schlagen sie meist nur ihre Standardvertragskliniken vor (BDPK o. J.). Gemäß der Empfehlung von Expert:innen sollten die Versicherten für die Wahl der Rehabilitationseinrichtung von ihren behandelnden Ärzt:innen beraten werden. Zudem wird die Eigeninitiative zur Informationsbeschaffung empfohlen (BDPK o. J.). Insgesamt zeigt sich eine Lücke in der unabhängigen Reha-Beratung: Viele Menschen mit Behinderung sind über die Existenz spezialisierter Kliniken nicht informiert, und die offiziellen Stellen bieten in der Regel keine umfassende Lotsenfunktion an. Dies führt zu einer signifikanten Einschränkung des in der Theorie bestehenden Wunsch- und Wahlrechts, da die Auswahl einer adäquaten Rehabilitationseinrichtung ohne fachkundige Beratung als äußerst komplex zu erachten ist.

4.6. Hilfsmittelversorgung in der medizinischen Rehabilitation

Hilfsmittel können für Menschen mit Behinderungen eine zentrale Bedeutung für Selbstständigkeit, Sicherheit, Kommunikation und gesellschaftliche Teilhabe haben. Sie sind in der Regel individuell angepasst und stellen eine wesentliche Voraussetzung für die Alltagsbewältigung dar. Wenn Menschen mit bereits bestehenden Behinderungen und eigenen Hilfsmitteln eine Rehabilitation machen möchten, treten jedoch verschiedene strukturelle, organisatorische und praktische Herausforderungen auf. Bereits im Vorfeld ergeben sich organisatorische und logistische Anforderungen, da häufig mehrere, teils große und komplexe Hilfsmittel – etwa Elektrorollstühle, Lifter oder Kommunikationshilfen – in die Rehabilitationseinrichtung transportiert werden müssen. Der Transport, die Sicherstellung der Vollständigkeit sowie das rechtzeitige Eintreffen der Hilfsmittel erfordern eine koordinierte Abstimmung zwischen den beteiligten Akteur:innen. In der Rehabilitationseinrichtung selbst müssen die räumlichen Voraussetzungen in Patient:innenzimmern, Sanitärbereichen, Stations- und Therapieräumen ausreichend Platz bieten und barrierefrei nutzbar sein. Zudem lassen sich nicht alle therapeutischen Angebote ohne Weiteres mit vorhandenen Hilfsmitteln durchführen, was die Auswahl und Umsetzung von Therapieformen beeinflussen kann.

Ein weiterer zentraler Aspekt ist der fachgerechte Umgang mit den mitgebrachten Hilfsmitteln. Viele Hilfsmittel erfordern spezifische Kenntnisse, Einweisungen oder Erfahrung, beispielsweise im sicheren Einsatz von Liftern oder im Umgang mit technischen und kommunikativen Assistenzsystemen. In der Praxis stehen hierfür nicht immer ausreichende zeitliche Ressourcen oder entsprechende Erfahrung des

Personals zur Verfügung. Hinzu kommen Unsicherheiten im Hinblick auf Zuständigkeiten sowie auf Haftungs- und Sicherheitsfragen, die den Einsatz individueller Hilfsmittel einschränken können. Auch die dauerhafte Funktionsfähigkeit technischer Hilfsmittel, etwa durch regelmäßiges Laden oder einfache Wartungsmaßnahmen, ist nicht eindeutig geregelt. So können beispielsweise brandschutzrechtliche Vorgaben dazu führen, dass elektrische Rollstühle oder andere akkubetriebene Hilfsmittel nicht im Patient:innenzimmer geladen werden dürfen, was zusätzliche organisatorische Abstimmungen und Umwege zu Stellplätzen erforderlich macht.

Darüber hinaus zeigt sich, dass Hilfsmittel häufig stark individualisiert sind und ihr sicherer Gebrauch auf Routine und Erfahrung der Nutzer:innen beruht. Dies betrifft nicht nur spezialisierte oder technisch komplexe Hilfsmittel, sondern auch solche, die in Rehabilitationseinrichtungen grundsätzlich vorhanden sind, etwa Duschstühle oder andere Alltagsassistenzprodukte. Trotz vorhandener Standardausstattung kann es daher sinnvoll und erforderlich sein, die eigenen Hilfsmittel mitzubringen, da diese an den individuellen Bedürfnissen angepasst sind und ihre Nutzung eingeübt ist. Während der Rehabilitation kann sich der individuelle Hilfsmittelbedarf zudem verändern; notwendige Anpassungen oder Modifikationen sind jedoch häufig nicht kurzfristig realisierbar. Schnittstellenprobleme zu externen Leistungserbringern wie Sanitätshäusern oder Herstellern erschweren Reparaturen, Wartung oder Anpassungen zusätzlich. Insgesamt zeigt sich, dass bestehende Strukturen und Abläufe in Rehabilitationseinrichtungen nicht durchgängig auf die Nutzung individueller Hilfsmittel ausgerichtet sind und dadurch eine konsequent personenzentrierte Ausgestaltung der Rehabilitation herausfordern.

Ein besonderes Problem stellt die Hilfsmittelneuversorgung oder eine Änderung vorhandener Hilfsmittel während einer stationären Rehabilitationsleistung dar, wenn diese wohnortfern stattfindet, sodass das versorgende Sanitätshaus am Wohnort die Versorgung in der Rehabilitationseinrichtung nicht übernehmen kann. Auch ist es nicht immer möglich, dass die Rehabilitationseinrichtung ein Hilfsmittel zu Lasten der GKV verordnet, und zwar dann, wenn diese dazu nicht ermächtigt ist. Schwierig ist die Situation auch dann, wenn die Rehabilitationseinrichtung aufgrund ihrer spezifischen Expertise ein anderes Hilfsmittel oder Änderungen an der vorhandenen Versorgung vorschlägt. Häufig müssen sich Patient:innen schließlich auf der Basis der Empfehlung der Einrichtung um die Änderungen am Wohnort selbst kümmern. Sie sind dabei auf umfassende Information durch die Rehabilitationseinrichtung und deren Orthopädietechnik angewiesen.

5. Forschungsstand zur medizinischen Rehabilitation von Menschen mit vorbestehenden Beeinträchtigungen/Behinderungen

Menschen mit Behinderungen sind in besonderem Maße von Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung betroffen. Empirische Studien zeigen, dass sie im Vergleich zu Menschen ohne Behinderungen eine höhere Prävalenz sowohl somatischer als auch psychischer Erkrankungen aufweisen (Hasseler 2014; Stöppler 2015; The Lancet Public Health 2021). Darüber hinaus liegen bei Menschen mit Behinderungen häufiger Multimorbidität sowie chronische und schwere Krankheitsverläufe vor (García-Domínguez et al. 2020; Hanlon et al. 2018; Malt et al. 2013). Diese gesundheitlichen Belastungen gehen mit einem erhöhten Bedarf an Gesundheitsleistungen einher – so auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation (Bösebeck 2017; Stöppler 2015; Hasseler 2014). Es existiert jedoch nur begrenzte Evidenz zu gezielten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen für Menschen mit Behinderungen; ebenso mangelt es an Erkenntnissen über ihre tatsächlichen Bedarfe und entsprechende Anforderungen an Rehabilitationsleistungen.

Vor diesem Hintergrund wurde ein Scoping Review durchgeführt (Neudecker & Stucke et al. 2026), um den derzeitigen Forschungsstand zu systematisieren, die vorhandene Evidenz zu identifizieren und die thematischen Schwerpunkte der bisherigen Forschung zu erfassen. Zu den Themen medizinischer Rehabilitation und Behinderung liegen jeweils eigenständige Studien vor; zudem existieren Arbeiten zur medizinischen Rehabilitation neu erworbener Behinderungen. Deutlich seltener finden sich Studien zur medizinischen Rehabilitation von Menschen, die bereits mit einer Behinderung leben und aufgrund eines zusätzlichen Gesundheitsproblems einen Rehabilitationsbedarf aufweisen.

Die identifizierten Studien sind methodisch und inhaltlich heterogen und umfassen überwiegend beobachtende, qualitative bzw. explorative Designs. Es zeigt sich, dass die Zielgruppe häufig breit oder unspezifisch definiert wird und eine systematische, differenzierte Betrachtung von Menschen mit vorbestehenden Beeinträchtigungen/Behinderungen in rehabilitativen Kontexten weitgehend fehlt.

Einzelne Studien untersuchen verschiedene Aspekte der medizinischen Rehabilitation von Menschen mit vorbestehenden Beeinträchtigungen/Behinderungen, wobei sich die Forschung auf fünf zentrale Themenfelder konzentriert: Rehabilitationsbedarf, Beurteilung und Outcome-Messung, Zugang zu medizinischer Rehabilitation, Einstellungen von Fachkräften sowie Konzeption, Kommunikation und Kooperation in der Versorgung.

Im Bereich Rehabilitationsbedarf, Beurteilung und Outcome-Messung zeigen Studien, dass der Bedarf dieser Zielgruppe heterogen ist und häufig unterschätzt wird (Gaines & Tobis 1981; Plasil et al. 2024). Mit zunehmendem Behinderungsgrad steigt der Rehabilitationsbedarf, der jedoch nur unzureichend in eine adäquate Versorgung mündet (Plasil et al. 2024).

Eine Forschungsrichtung befasst sich mit Assessments zur Erfassung funktionaler Einschränkungen bei Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen. Etablierte Assessments wie der Barthel-Index erfassen funktionale Einschränkungen und Selbstständigkeit bei komplexen Beeinträchtigungen nur unzureichend, weshalb spezialisierte Instrumente, wie die D-Rubrics-Skala entwickelt wurden, die eine

höhere Sensitivität und interne Konsistenz bei komplexen und schweren Beeinträchtigungen aufweisen sollen (Marchiafava et al. 2019).

Weitere Studien befassen sich mit dem Zugang zur medizinischen Rehabilitation für die Zielgruppe. Tongsiri & Riewpaiboon (2013) zeigen, dass Personen mit höherem Beeinträchtigungsgrad oder niedrigerem Einkommen häufiger auf Umweltbarrieren stoßen. Diese Umweltbarrieren können sowohl physischer Natur sein (z. B. fehlende Rampen, ungeeignete Raumgestaltung), als auch einstellungsbezogene Faktoren (z. B. negative oder bevormundende Haltungen gegenüber Menschen mit Behinderung). Qiu et al. (2023) verweisen darauf, dass der Zugang zudem je nach Art der Beeinträchtigung unterschiedlich ist: Bei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen kann er trotz höherem Schweregrad vergleichsweise gut sein, während er bei visuellen, auditiven, motorischen, kognitiven oder sprachlichen Beeinträchtigungen abnimmt. Plasil et al. (2024) verdeutlichen, dass Patient:innen mit intellektuellen Beeinträchtigungen oft individuelle Betreuung benötigen, da standardisierte Gruppenprogramme häufig ungeeignet sind.

Andere Studien untersuchen den Einfluss gesellschaftlicher und berufsgruppenbezogener Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderungen auf den Zugang zu und die Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsleistungen. Sie zeigen, dass Wahrnehmungen, Haltungen und Erwartungen von Fachkräften und der Gesellschaft den Zugang zu Rehabilitation beeinflussen können (Armstrong & Ager 2005; White & Olson 1998). Bildung und Ausbildung der Fachkräfte wurden dabei als relevante Einflussfaktoren identifiziert.

Eine weitere Forschungsrichtung betrachtet die Konzeption von Rehabilitationsleistungen. Willingham et al. (2024) untersuchen, wie moderne Technologien – also Telemedizin, Wearables, Virtual und Augmented Reality, künstliche Intelligenz und Cloud Computing – in der Rehabilitation eingesetzt werden können und zeigen das Potenzial dieser Technologien auf, bestehende Barrieren (z. B. räumliche Distanzen, eingeschränkte Mobilität, fehlende Infrastruktur) zu überwinden und damit den Zugang zu Rehabilitationsleistungen zu verbessern. Miklos et al. (2022) analysieren gruppenbasierte Rehabilitationsleistungen und stellen fest, dass soziale Interaktionen und persönliche Entwicklungsprozesse die Motivation und Wahrnehmung eigener Fähigkeiten verbessern.

Schließlich untersuchen einzelne Studien die Bedeutung von Kommunikation, Information und interprofessioneller Kooperation. Plasil et al. (2024) zeigen, dass fehlende Zusammenarbeit zwischen Fachkräften und mangelndes Wissen über Angebote den Zugang erschweren. Tongsiri & Riewpaiboon (2013) schlagen die Nutzung von ICF-basierten Funktionsprofilen vor, um sowohl Bedarfsanalyse als auch Kommunikation zwischen Patient:innen und Rehabilitationsanbieter:innen zu verbessern und die interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern.

Die bisherigen Erkenntnisse verdeutlichen, dass für die medizinische Rehabilitation von Menschen mit vorbestehenden Behinderungen mehrere zentrale Handlungsfelder bestehen: Es bedarf validierter, anpassbarer Assessments, systematischer Untersuchungen zu Zugang und Barrieren, individualisierter und technologiegestützter Konzepte sowie einer verbesserten interprofessionellen Kommunikation. Nationale Studien, die die spezifischen Bedürfnisse der Zielgruppe im jeweiligen Versorgungskontext erfassen, sind notwendig, um evidenzbasierte Empfehlungen zu entwickeln. Insgesamt zeigt die

Literatur, dass der hohe Rehabilitationsbedarf dieser Gruppe bislang unzureichend abgebildet wird, weshalb eine stärkere Einbeziehung der Betroffenenperspektive und gezielte Forschung dringend erforderlich sind.

6. Handlungsbedarfe, die sich aus der Analyse ergeben

Die sich aus der bisherigen Darstellung der normativen Grundlagen (*Kapitel 2*), der vorhandenen Versorgungsstrukturen (*Kapitel 3*) sowie der vorliegenden Barrieren (*Kapitel 4*) und der wenigen vorliegenden Forschungsergebnisse (*Kapitel 5*) ergebenen Handlungsbedarfe werden im Folgenden anhand des Rehabilitationsprozesses beschrieben. Die Handlungsbedarfe beziehen sich dabei primär auf den Bereich der stationären Rehabilitation, treffen aber zu einem großen Teil auch auf andere medizinische Rehabilitationsleistungen, z. B. Frührehabilitation, (ganztägig) ambulante Rehabilitation, Mobile Rehabilitation und Langzeitversorgung zu. Im Anschluss werden übergeordnete Handlungsbedarfe beschrieben. Die folgende Darstellung der Handlungsbedarfe versteht sich als strukturierte Zusammenfassung zentraler Aspekte, ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben. Die benannten Handlungsbedarfe sind in Zukunft aus unterschiedlichen Perspektiven aller Prozessbeteiligten zu diskutieren/reflektieren und weiterzuentwickeln, damit kontextbezogene und nachhaltig umsetzbare Ansätze für die Praxis geschaffen werden können.

6.1. Am Rehabilitationsprozess orientierte Handlungsbedarfe

6.1.1. Information und Unterstützung/Bedarfserkennung/Initiierung

Barrierefreie Informationen und Wissensvermittlung: Sowohl für den vertragsärztlichen als auch den akutmedizinischen Bereich müssen barrierefreie Informationen für Patient:innen, An- und Zugehörige, Ärzt:innen und Mitarbeitende der Sozialdienste vorhanden sein. Eine adäquate Wissensvermittlung darüber, was eine medizinische Rehabilitation für die Zielgruppe der Menschen mit vorbestehenden Behinderungen und Rehabilitationsbedarf leisten kann, welche Möglichkeiten es gibt und welche Potenziale ggf. gefördert werden können, sollte von Leistungsträgern, Leistungserbringern in der Aus-, Fort- und Weiterbildung curricular abgesichert erfolgen. Dazu gehört neben einem bzgl. der Eignung aussagekräftigen Verzeichnis stationärer Rehabilitationseinrichtungen auch ein Leistungsverzeichnis für mögliche Alternativen zur stationären medizinischen Rehabilitation für alle an der Bedarfserkennung und Initiation von Rehabilitation beteiligten Personen.

Vorhandene Plattformen (Einrichtungsverzeichnisse) sind in ihrem Detaillierungsgrad für eine Entscheidungsfindung nicht aussagekräftig genug und oftmals nicht regelmäßig aktualisiert. Menschen mit Behinderungen und ihren Zu- und Angehörigen fehlen oft relevante Informationen (z. B. zu Barrierefreiheit, Pflegeleistungen, spezifische/spezialisierte therapeutische Behandlungskonzepte). Eine zentrale, leistungsträgerübergreifende, barrierefreie und differenzierte Darstellung von (zielgruppenspezifischen) Angeboten mit erweiterten Filteroptionen sowie verlässlichen Angaben hinsichtlich der o. g. relevanten Informationen ist zwingend erforderlich. Dies wäre auch für die reha-einleitenden Personen, die reha-bewilligenden Personen der Leistungsträger, aber auch für die EUTB eine wichtige Informationsquelle.

Für die Bedarfserkennung müssen die im Gesundheits- und Sozialbereich tätigen Personen allen Hinweisen nachgehen, die auf einen Rehabilitationsbedarf hindeuten. Ist ein solcher Bedarf erkennbar, geht es darum, das Verfahren für eine medizinische Rehabilitation zu initiieren, insbesondere einen

Rehabilitationsantrag zu stellen. Dabei müssen viele Menschen, auch solche mit Behinderungen, unterstützt werden. Das ist eine Aufgabe von Beratungsstellen, Sozialdiensten, Leistungsträgern und Leistungserbringern. Hilfreich können natürlich auch An- und Zugehörige sein.

6.1.2. Bedarfsermittlung

Ist ein Rehabilitationsbedarf grundsätzlich erkannt und die Rehabilitation initiiert, kommt es darauf an, den Bedarf an Teilhabeleistungen differenziert zu ermitteln.

Konsequente Ausrichtung auf Teilhabeziele und Berücksichtigung von Intersektionalität: Alle im Antrags- und Bewilligungsprozess involvierten Personen sollten auf das Problem des Diagnostic Overshadowing achten, was häufig dazu führt, dass die Behinderung als Ursache für jegliche Symptome angenommen wird, was dazu führen kann, dass Untersuchungen und Behandlungen gar nicht oder erst mit zeitlicher Verzögerung stattfinden und Krankheiten nicht adäquat diagnostiziert werden. Oftmals herrscht die Meinung vor, ein Mensch mit Behinderung benötige aufgrund seiner Behinderung keine medizinische Rehabilitation, da sich die Behinderung nicht bessern ließe oder der Mensch mit Behinderung doch passgenau versorgt sei, z. B. in einer WfbM. Um dieser Meinung zu begegnen, hilft auch die konsequente Ausrichtung der medizinischen Rehabilitation an den Teilhabezielen. D. h., bei der Bedarfsermittlung müssen die Teilhabeziele, aber auch der Wunsch nach Erwerbstätigkeit, unter Berücksichtigung weiterer Diversitätsmerkmale (kulturelle Aspekte, Sprachkenntnisse etc.) bzw. entsprechender ICF-Kontextfaktoren im Vordergrund stehen. Es müssen auf das Individuum bezogene und realistische Teilhabeziele bei der Bedarfsermittlung formuliert werden und weniger strukturbezogene Reha-Ziele, die rein auf das Gesundheitsproblem bzw. die Krankheit/Diagnose fokussieren. So können Maßnahmen, die zur Zielerreichung erforderlich sind, identifiziert werden. Das wiederum setzt voraus, dass das Wissen um entsprechende Angebote der medizinischen Rehabilitation und darüber, wie die Angebote inhaltlich konkret aussehen, vorhanden ist. Patient:innenseitig müssen die Vorstellungen, aber auch die Bedarfe und Anforderungen eruiert werden, um als Fachkraft zu wissen, wovon die jeweilige Patient:innengruppe profitieren kann.

Um die potenziellen Barrieren in der medizinischen Rehabilitation prospektiv zu identifizieren, helfen Instrumente wie Barthel-Index und SINGER nur begrenzt. Ein direkter Austausch zwischen den im Antrags- und Bewilligungsprozess involvierten Personen und den potenziellen Leistungserbringern sowie das Vorliegen entsprechender ICF-Funktionsprofile könnten hierbei unterstützen. Ein stark standardisiertes Vorgehen erscheint wenig zielführend.

Die Bedarfsermittlung hat umfassend auf allen Ebenen der ICF zu erfolgen, auch bezogen auf Leistungen, die über die Zuständigkeit des jeweiligen Rehabilitationsträgers hinausgehen. Auf jeden Fall ist eine pauschale Ablehnung aufgrund vermeintlich fehlender Rehabilitationsfähigkeit zu vermeiden (siehe *Abschnitt 6.2*). Ist eine medizinische Rehabilitation trotz vorhandenem Reha-Bedarf im Einzelfall nicht möglich, weil entsprechende Reha-Angebote für die jeweilige Behinderung und/oder Indikation fehlen, ist dies zu dokumentieren, auch um entsprechend bedarfsgerechte Angebote schaffen zu können.

6.1.3. Auswahl der Einrichtung

Ist der Rehabilitationsbedarf genau ermittelt, muss eine geeignete Rehabilitationseinrichtung gefunden und ausgewählt werden. Gerade für Menschen mit Behinderungen spielt dann die Barrierefreiheit eine wichtige Rolle.

Barrierefreie Einrichtungen und Deckung des Bedarfs an Pflege und Assistenz: Dienste und Einrichtungen der Rehabilitation müssen konsequent barrierefrei sein, unter Berücksichtigung der besonderen Bedarfe und Anforderungen (z. B. sind Flure, Fahrstühle, Türen etc. breit genug für Rollstühle, Rollatoren etc., Kennzeichnungen für Sehbeeinträchtigte, Spezialanlagen für Hörbeeinträchtigte, Rückzugsorte bei Sozialängsten, Leichte Sprache für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, angemessene Kommunikationsformen). Das gilt nicht nur für Therapieräume und -prozesse, sondern auch für Verwaltungsprozesse, Anmelde- und Wartebereiche, „Speisesaal“ etc.

Bei einem personenbezogenen Pflege- und/oder Assistenzbedarf muss dieser entsprechend gedeckt werden. Dies gilt sowohl für den Hotelbetrieb (z. B. Anziehen, Waschen, Umziehen, Essen) als auch für die Therapie. Dies kann sowohl durch das Personal vor Ort in der Rehabilitationseinrichtung als auch durch selbst organisiertes Personal durch die Rehabilitand:innen und/oder der An- und Zugehörigen erfolgen.

Neben dem Pflege- und/oder Assistenzbedarf müssen auch besondere Anforderungen an die Therapie berücksichtigt werden, beispielsweise sind Einzeltherapien für einige Menschen mit Beeinträchtigungen eher umsetzbar als Gruppentherapien. Dies gilt es auch in der Therapeut:innenplanung zu berücksichtigen: ggf. vereinfacht die Einplanung von Co-Therpeut:innen sowohl Einzel- als auch Gruppentherapien. Solche Anforderungen bestehen auch für den Aufbau der Übungseinheiten und deren Methodik sowie die Didaktik der edukativen Elemente der medizinischen Rehabilitation.

Die Finanzierung des zusätzlich benötigten Personals wird im Bereich der DRV seit dem 01.01.2026 über die einrichtungsbezogene Vergütungskomponente bei „besonderen Teilhabebedarfen“ und von „Spezialeinrichtungen“ bereits grundsätzlich ermöglicht. Im Bereich der GKV sind freie Verhandlungen der Leistungserbringer entsprechend der Rahmenempfehlungen Vorsorge und Rehabilitation erforderlich.

Ist eine Begleitung durch An- und Zugehörige erforderlich, müssen ggf. Lohnersatzleistungen bzw. bei Begleitung durch Mitarbeitende der Eingliederungshilfe-Einrichtungen entsprechende Kostenerstattungen ermöglicht werden. Das Recht der GKV sieht bisher über einen versteckten Verweis auf § 73 SGB IX in § 60 Abs. 5 SGB V nur die Erstattung des Verdienstausfalls für eine Begleitperson vor, die diese Begleitung unentgeltlich übernimmt. Krankengeld gemäß § 44b SGB V wird nur während der Begleitung zu Krankenhausaufenthalten gemäß § 39 SGB V und auch nur für die Begleitung von Personen im Eingliederungshilfebezug gewährt. Die Begleitung durch eine professionelle Assistenzkraft sieht bislang nur das Recht der Eingliederungshilfe und auch nur bei stationärer Krankenhausbehandlung gemäß § 39 SGB V vor.

Zu Klärung der Fragen hinsichtlich des besonderen Bedarfs und den Anforderungen hilft der direkte Kontakt zwischen der antragstellenden Person und dem Leistungserbringer, der am besten bereits vor

Antragstellung möglich sein sollte. Dies wiederum impliziert das im *Kapitel 6.1.1* geforderte Vorhandensein entsprechender barrierefreier Informationsmaterialien aber auch von kompetenten Ansprechpersonen.

6.1.4. Vorbereitung des Rehabilitationsaufenthaltes

Im Vorfeld des Rehabilitationsaufenthaltes muss die Verfügbarkeit notwendiger Hilfsmittel in der Rehabilitationseinrichtung geklärt werden, da ggf. die Mitnahme eigener Hilfsmittel erforderlich ist bzw. wird. Ressourcen und Räumlichkeiten der Rehabilitationseinrichtung müssen so beschaffen sein, dass eigene Hilfsmittel bedarfsgerecht mitgebracht werden können. Auch deren Transport ist zu gewährleisten.

Des Weiteren muss der Assistenzbedarf klar erfasst werden (z. B. Unterstützung bei der Therapie). Leistungsträger müssen die Finanzierung für Sonderleistungen klären und in die Wege leiten.

6.1.5. Während der Rehabilitation

Der Leistungserbringer muss eine hinreichend barrierefreie Rehabilitation sicherstellen, ggf. durch besondere Vorkehrungen. Das Personal muss bedarfsgerecht verfügbar sein, ggf. durch Aufstockung und zugleich entsprechend geschult sein, um auf die besonderen Bedarfe und Anforderung der jeweiligen Zielgruppe eingehen zu können (z. B. barrierefreie Kommunikation, angepasste Terminplanung und angepasste personelle Ressourcen).

Für die Mobile Rehabilitation ist sicherzustellen, dass an den Lebensorten z. B. auch Werkstätten, Tagesförderstätten oder Heimen, die Zusammenarbeit mit den Mitarbeitenden in ausreichendem zeitlichem Umfang möglich ist und entsprechende räumliche Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

Die Leistungsträger müssen entsprechende Angebote mit spezieller Infrastruktur und Ausstattung sowie speziellen Rehabilitationskonzepten vorhalten. Dabei muss nicht jede Rehabilitationseinrichtung vollständig für jede Person mit jedweder Behinderung barrierefrei sein, aber für die verschiedenen Behinderungsformen und die verschiedenen Reha-Indikationen muss es genügend Rehabilitationseinrichtungen geben. Das ergibt sich aus § 17 SGB I i. V. m. § 36 SGB IX (siehe Abschnitt 2.4.2).

6.1.6. Nach der Rehabilitation

Die Organisation der Reha-Nachsorge ist für die Zielgruppe aufgrund der besonderen Bedarfe und Anforderungen häufig schwierig. Nach einer medizinischen Rehabilitation der DRV kommen verschiedene Nachsorgeprogramme nach § 17 SGB VI in Frage (z. B. IRENA, T-RENA). In anderen Fällen sind Reha-Sport und Funktionstraining (§ 64 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX) nach der Rehabilitation möglich. Sind solche Programme nicht geeignet oder im Einzelfall nicht verfügbar, geht es um eine Übergabe an den vertragsärztlichen Bereich, über den dann eine angemessene Versorgung mit Heilmitteln wie Physio- und Ergotherapie erfolgen muss. Es gilt zu überprüfen, ob die gegebenen Möglichkeiten der Reha-Nachsorge durch die Zielgruppe genutzt werden können oder es spezieller Angebote bedarf.

6.2. Übergeordnete Handlungsbedarfe

Um Menschen mit vorbestehenden Beeinträchtigungen bedarfsgerecht zu rehabilitieren, müssen sich mehrere Aspekte im deutschen Rehabilitationssystem ändern. Folgende übergeordnete und sich teilweise überschneidende Handlungsbedarfe wurden identifiziert:

Wissensvermittlung: Eine konsequente und transparente Wissensvermittlung über bestehende Möglichkeiten der rehabilitativen Versorgung ist erforderlich.

Verbesserung der Kommunikation zwischen den Beteiligten: Die Kommunikation zwischen den Beteiligten (Patient:innen, An- und Zugehörige, Leistungserbringer, Leistungsträger) muss verbessert werden, um sicherzustellen, dass die individuellen Bedürfnisse und Bedarfe von Menschen mit Behinderungen besser erkannt und ermittelt werden.

Verbesserung der Ausbildung von Fachkräften: Die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Fachkräften in der medizinischen Rehabilitation muss verbessert werden, um sicherzustellen, dass diese Fachkräfte die spezifischen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen verstehen und Diagnostik und Therapie auf ihre individuellen Bedürfnisse, Bedarfe und Teilhabeziele zugeschnitten sind. Hierzu gehört auch, die universitäre Verankerung der Rehabilitation zu stärken. Derzeit existiert kein einziger ärztlich besetzter Lehrstuhl für Physikalische und Rehabilitative Medizin (PRM) in Deutschland. Hier besteht vor allem auch hinsichtlich des Referentenentwurfs der neuen ärztlichen Approbationsordnung (BMG 2023) sowie dem neuen Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) (Medizinischer Fakultätentag 2021), in dem die Rehabilitation – nach derzeitigem Stand – eine deutliche Aufwertung erfahren hat, ein dringender Handlungsbedarf.

Leistungsträgerübergreifende Erfassung von Ablehnungsgründen und jährliche Veröffentlichung der Ergebnisse: Zur Identifizierung von konkreten Ablehnungsgründen unter Berücksichtigung verschiedener Merkmale, wie z. B. Grad der Behinderung, Indikationskombination, Wohnsituation und Pflegegrad, Unterstützungs- und Assistenzbedarf, spezifische Barrierefreiheit (z. B. bei schwerer Hörbeeinträchtigung) muss eine konsequente Erfassung und Veröffentlichung leistungsträgerübergreifend initiiert werden. Dies würde zumindest eine erste Quantifizierung derjenigen Personengruppen ermöglichen, für die z. B. keine passende Einrichtung gefunden wurde, auch wenn sich das dann nur auf Versicherte bezieht, die einen Antrag gestellt haben. Für die Personengruppen, die keinen Antrag gestellt haben sind empirische Studien notwendig, die in spezifischen Settings (z. B. bei Bezug von Assistenzleistungen, Besuch einer WfbM oder Tagesförderstätte usw.) oder bevölkerungsepidemiologisch durchgeführt werden.

Verbesserung der Bedarfserkennung und -ermittlung: Es muss sichergestellt werden, dass die individuellen Bedürfnisse von Menschen mit vorbestehenden Beeinträchtigungen besser erkannt und ermittelt werden. Dies kann durch die Verwendung von ICF-basierten Funktionsprofilen erreicht werden, die die Bedarfsanalyse und Kommunikation zwischen Patient:innen und Leistungserbringern verbessern. Leistungsträger werden aufgefordert sich der Aufgabe zu stellen, diejenigen Rehabilitationsangebote zu identifizieren, die am ehesten geeignet ist, das angestrebte Teilhabeziel zu erreichen, und ggf. bestehende rehabilitative Versorgungslücken durch Initiierung bedarfsorientierter

Angebote schnellstmöglich zu schließen. Ablehnungen aufgrund einer scheinbar nicht vorhandenen Rehabilitationsfähigkeit sollte es nicht geben.

Überarbeitung/Ersetzung des Konstrukts der Rehabilitationsfähigkeit: Das Konstrukt der Rehabilitationsfähigkeit gilt es durch Aussagen zur Ermöglichung von Teilhabe durch rehabilitative Maßnahmen zu ersetzen, denn anderenfalls dient das Konstrukt der Rehabilitationsfähigkeit dazu, Leistungsansprüche an defizitären Angeboten zu messen und in der Konsequenz auszuhebeln (siehe hierzu auch Diakonie Deutschland 2026).

Forschungsförderung bzw. Bedarfserhebung: Um die oben genannten Handlungsbedarfe auf Basis entsprechender Daten adressieren zu können, bedarf es vermehrter und gezielter Forschungsaktivitäten, wofür ein entsprechender Förderschwerpunkt – trägerübergreifend – notwendig ist. Hierzu gehören auch Studien über die Wirksamkeit rehabilitativer Leistungen bei verschiedenen Zielgruppen und die Identifikation der erlebten Barrieren. Auch zielgruppenspezifische ICF-orientierte Assessments müssten entwickelt und (auch in einfacher und Leichter Sprache) evaluiert werden.

Zielgruppenspezifische Angebote etablieren: Nach Quantifizierung des Bedarfs müssen in bestehenden Einrichtungen entsprechende zielgruppenspezifische Angebote eingerichtet werden.

Spezialeinrichtungen: Dort, wo der Rehabilitationsbedarf durch vorhandene Rehabilitationseinrichtungen nicht adäquat gedeckt werden kann, müssen Spezialeinrichtungen mit ausreichender Kapazität geschaffen werden, die auf die individuellen Bedürfnisse und Teilhabeziele der jeweiligen Zielgruppe zugeschnitten sind. Die wenigen entsprechend geeigneten vorhandenen Einrichtungen können dazu Erfahrungen beisteuern (Best-Practice).

Sicherstellung einer ausreichenden Finanzierung: Die Vergütung von Rehabilitationsleistungen muss so gestaltet sein, dass Menschen mit Behinderungen eine umfassende und bedarfsgerechte Rehabilitation erhalten können. Dazu gehört auch die Gewährung von Lohnersatzleistungen für Angehörige oder Kostenersatz für Mitarbeitende von Einrichtungen der Eingliederungshilfe während der Reha-Begleitung.

Barrierefreiheit: Diese ist konsequent umzusetzen und dort, wo nicht möglich, sind angemessene Vorkehrungen zu treffen (vgl. *Abschnitt 3.4.1*). Dies umfasst nicht nur die physische Zugänglichkeit, sondern auch die Kommunikation und die therapeutischen Angebote. Um Informationen barrierefrei zugänglich zu machen, bietet sich das „Zwei-Sinne-Prinzip“ an, demzufolge alle relevanten Informationen über mindestens zwei Sinneskanäle zugänglich sein solle. Barrierefreier Zugang zum Gesundheitssystem und somit auch zur Rehabilitation ist ein Menschenrecht.

Konsequente Teilhabezielorientierung: Sowohl bei Auswahl der Rehabilitationseinrichtung als auch bei der Durchführung der Rehabilitation sind die Teilhabeziele und deren Verwirklichungspotenziale entscheidend, weniger die zugrundeliegende Indikation mit ihren körperstrukturellen Zielen. Dazu bietet es sich an, einen jeweils zielgruppenspezifischen Teilhabezielkatalog zu entwickeln, um transparent zu machen, wer unter welchen Bedingungen tatsächlich von Rehabilitation im Sinne der Verbesserung der Teilhabe profitieren kann.

Implementierung ärztlicher Rehabilitationsbeauftragter in Krankenhäusern der Maximalversorgung: Zur besseren Koordination bzw. Einleitung passgenauerer Rehabilitationsleistungen im Rahmen des Entlassmanagements sollten zumindest in allen Kliniken der Maximalversorgung entsprechende ärztliche Rehabilitationsbeauftragte – im Einklang mit dem Beschluss des 126. Deutschen Ärztetags 2022 (Ic-114) – eingerichtet werden.

Versorgungslücken zwischen Krankenhausbehandlung und Rehabilitation schließen: Nach der akutmedizinischen Behandlung fallen Menschen mit einem zu hohen Pflegebedarf in eine rehabilitative Versorgungslücke. Eine Optimierung der Abstimmung zwischen Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtung und Pflegeeinrichtungen könnte dazu beitragen, diese Lücken zu schließen. Barrierefreiheit für pflegebedürftige Menschen in der Rehabilitation setzt die Beseitigung organisatorischer, finanzieller und fachlicher Hürden voraus, um gleichberechtigte Chancen auf Rehabilitation und Teilhabe zu gewährleisten.

Individualisierung der Rehabilitation: Gerade Menschen mit Behinderungen haben oft besondere individuelle Bedarfe. Das erfordert für die Rehabilitationseinrichtungen entsprechende Gestaltungsspielräume (z. B. mehr Einzeltherapie), die über die Vergütung der Rehabilitationsleistungen auch finanziell abgesichert sein müssen.

Flexibilisierung der medizinischen Rehabilitation: Strikte zeitliche Vorgaben für die Dauer der Rehabilitation widersprechen oft den individuellen Bedarfen und sind entsprechend zu flexibilisieren.

Alternative Angebote schaffen und fördern (Differenzierung): Öffnung der Mobilen Rehabilitation für alle Menschen, die ihrer bedürfen (z. B. auch für Versicherte der DRV). Etablierung der indikationsübergreifenden Mobilen Rehabilitation und entsprechender finanzieller Anreize zur Gründung solcher Einrichtungen, z. B. durch entsprechende Förderprogramme der Bundesländer. Die Mobile Rehabilitation stellt prinzipiell für Menschen mit z. B. schweren psychischen Beeinträchtigungen, kognitiven und/oder mehrfachen Beeinträchtigungen, mit hohem Pflegebedarf, mit herausforderndem Verhalten eine bedarfsgerechte rehabilitative Versorgungsform dar. Eine flächendeckende Verfügbarkeit ist anzustreben. Bestehende Einrichtungen sollten des Weiteren zur Schaffung zielgruppenspezifischer Reha-Angebote aufgefordert werden. Im Krankenhaus fehlt es an *fachübergreifender Frührehabilitation*, die eine wichtige Rolle auch für Menschen mit vorbestehenden Beeinträchtigungen spielen kann. Die aktuelle Krankenhausreform sieht dafür keine Leistungsgruppe vor. Abteilungen für die fachübergreifende Frührehabilitation sollten zumindest in Krankenhäusern der Maximalversorgung eingerichtet werden. Die Bundesländer sollten dazu aufgefordert werden, solche Abteilungen in der Krankenhausplanung vorzusehen.

Verbesserung der Koordination zwischen den verschiedenen Sektoren: Die Koordination zwischen den verschiedenen Sektoren muss verbessert werden, um sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderungen eine umfassende und bedarfsgerechte Rehabilitation erhalten.

Leistungen mit rehabilitativer Zielsetzung als angemessene Vorkehrungen: Eine konsequente Teilhabeorientierung in der Krankenbehandlung und die Nutzung aller vorhandenen Leistungen, bei denen rehabilitative Zielsetzungen verfolgt und erreicht werden, können als angemessene

Vorkehrungen i. S. der UN-BRK angesehen werden. Insofern ist eine Erweiterung des bislang in Deutschland leistungsrechtlich geprägten engen Begriffs der Rehabilitation notwendig.

Insgesamt muss das deutsche Rehabilitationssystem so gestaltet werden, dass es die individuellen Bedürfnisse und Bedarfe von Menschen mit Behinderungen besser erkennt, ermittelt und ihnen eine umfassende und bedarfsgerechte Rehabilitation mit dem Fokus auf Teilhabeziele anbietet. Dies erfordert eine Verbesserung der Bedarfserkennung und -ermittlung, der barrierefreien Rehabilitationseinrichtungen, der spezifischen Rehabilitationseinrichtungen für Menschen mit Behinderungen, der Finanzierung von Rehabilitationsleistungen, der Ausbildung von Fachkräften, der Kommunikation zwischen den Beteiligten und der Koordination zwischen den verschiedenen Sektoren. Viele der vorgeschlagenen Maßnahmen kommen dabei auch Menschen ohne Behinderung zugute.

7. Schlussfolgerungen

Menschen mit vorbestehenden Beeinträchtigungen entwickeln im Laufe des Lebens aufgrund von Unfällen, Erkrankungen oder Multimorbidität einen mindestens so hohen Rehabilitationsbedarf wie Menschen ohne vorbestehende Beeinträchtigungen. Der Rehabilitationsbedarf kann dabei durch die vorbestehende Beeinträchtigung eine höhere Komplexität aufweisen. Dennoch bleibt – so die klinisch-praktische Erfahrung sowie die Hinweise aus den wenigen Forschungsprojekten zu dem Thema – diese Zielgruppe sowohl in der Versorgung als auch in der Forschung mehr oder weniger unsichtbar.

Menschen mit Behinderungen haben ein Recht auf notwendige Maßnahmen zum Schutz, zur Erhaltung, zur Besserung und zur Wiederherstellung ihrer Gesundheit, Funktionsfähigkeit und Teilhabe. Dies schließt die medizinische Rehabilitation ein. Insofern müssen durch Leistungsträger und Leistungserbringer weiter Anstrengungen unternommen werden, um das bestehende System barrierefreier und inklusiver zu gestalten und für Menschen mit vorbestehenden Beeinträchtigungen weiter zu öffnen. Dort, wo es notwendig ist, um den besonderen Bedarfen und Anforderungen, die sich ggf. aus den vorbestehenden Beeinträchtigungen ergeben, gerecht zu werden, sind spezielle Rehabilitationskonzepte zu implementieren und entsprechend dem höheren Aufwand zu vergüten. Das seit dem 1. Januar 2026 gültige produktbezogene Vergütungssystem der DRV (Vergütungszuschläge für z. B. „vergütungsrelevanten Behandlungskonzepte“ sowie „Spezialeinrichtungen“) und die „Rahmenempfehlungen Vorsorge und Rehabilitation“ der GKV können dabei sicher einen wichtigen Beitrag leisten. Damit dies wirksam werden kann, sind aber stets einrichtungsbezogene spezifische Konzepte durch die Leistungserbringer und ihre Dienste und Einrichtungen vorzulegen. Dies sollte systematisch von den Leistungsträgern gefördert und durch eine gemeinsame Bedarfsplanung gemeinsam mit allen Akteur:innen flankiert werden. Ziel ist die Sicherung einer flächendeckenden rehabilitativen Versorgung gemäß des vorhandenen Bedarfs. Damit die Rehabilitationsleistungen konsequent an den jeweiligen Teilhabezielen ausgerichtet werden, darf die indikationsspezifische Betrachtung im gesamten Rehabilitationsprozess dabei nicht im Vordergrund stehen.

Um zunächst die Bedarfe bei Menschen mit verschiedenen Beeinträchtigungen zu quantifizieren sind notwendige Forschungsanstrengungen leistungsträgerübergreifend erforderlich. Nur so kann ein bedarfsgerechter Aufbau rehabilitationsmedizinischer Strukturen erfolgen. Dass dieser erfolgen muss, ist aus Sicht der Autor:innen des Positionspapiers schon heute absehbar.

Die bereits bestehenden Strukturen und Angebote müssen besser kommuniziert werden, damit Menschen mit vorbestehenden Beeinträchtigungen und einem Rehabilitationsbedarf den Weg in die entsprechende rehabilitative Versorgungsstruktur auch finden. Hier wäre ein leistungsträgerübergreifender Wegweiser für Betroffene, An- und Zugehörige und Zuweisende hilfreich, der auch extern überprüft wird, damit sichergestellt ist, dass die zur Verfügung gestellten Informationen auch der Realität entsprechen. Denn die Heterogenität der Zielgruppe in Kombination mit der Komplexität des rehabilitativen Versorgungssystems mit unterschiedlichen trägerspezifischen Vorgaben und relativ starren Sektorengrenzen stellt alle involvierten Personen vor die Herausforderung, eine passende rehabilitative Leistung zu finden, zu beantragen und zu bewilligen oder Alternativen einzuleiten.

§ 43 SGB IX sollte konsequent umgesetzt werden. Rehabilitative, d. h. teilhabebezogene Zielsetzungen sind regelhaft im Gesundheitssystem einschließlich der Pflege zu verfolgen. Das Verhältnis solcher Leistungen zu denen der medizinischen Rehabilitation im engen Sinne gilt es neu zu bestimmen.

Die menschenrechtlich geprägten gesetzlichen Grundlagen, insbesondere Art. 26 der UN-BRK fordern eine bedarfsgerechte, frühzeitige und wohnortnahe Rehabilitation, die auf die größtmögliche Selbstbestimmung, Unabhängigkeit und Teilhabe der Betroffenen ausgerichtet ist.

Gesamtgesellschaftlich kann eine bedarfsgerechte medizinische Rehabilitation zu einer besseren Funktionsfähigkeit, mehr Selbstständigkeit, höheren Teilhabechancen und geringeren Folgekosten für die Sozialversicherung führen. Auch hinsichtlich der Reduzierung des Fachkräftemangels sollte die Rolle der medizinischen Rehabilitation bei Menschen mit vorbestehenden Beeinträchtigungen näher beleuchtet werden, um beispielsweise Potenziale für den ersten Arbeitsmarkt zu sichern und zu heben.

Inklusion ist ein gesamtgesellschaftlicher Prozess, der nicht nur die Bereiche Bildung und Arbeit tangiert, sondern auch den Bereich der Gesundheit inklusive der medizinischen Rehabilitation. Die Leistungsträger und Leistungserbringer sollten sich diesem Thema zusammen mit den Fachverbänden intensiver zuwenden, um die Vorgaben der UN-BRK zu erfüllen. Friedrich Schillers Satz: „wo die Tat nicht spricht, da wird das Wort nicht viel helfen“ (Schiller 1836) kann und sollte hierbei als Mahnung und Aufforderung für alle Beteiligten dienen.

Literatur

Adams D, Young KA. Systematic Review of the Perceived Barriers and Facilitators to Accessing Psychological Treatment for Mental Health Problems in Individuals on the Autism Spectrum. Rev J Autism Dev Disord 2021; 8: 436–453 (2021). DOI: 10.1007/s40489-020-00226-7

ADI (2025). World Alzheimer Report 2025. Reimagining life with dementia – the power of rehabilitation. Download unter: https://www.alzint.org/u/World-Alzheimer-Report-2025.pdf (letzter Zugriff 23.02.2026)

Armstrong J, Ager A. Perspectives on disability in Afghanistan and their implications for rehabilitation services. International Journal of Rehabilitation Research. Internationale Zeitschrift für Rehabilitationsforschung / Revue Internationale De Recherches De Readaptation 2005; 28 (1): 87-92. DOI: 10.1097/00004356-200503000-00013

Baldauf S, Vitols K (2019). Branchenanalyse medizinische Rehabilitation - Wirtschaftliche Perspektiven, Arbeitsplätze und Arbeitsbedingungen in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen. Forschungsförderung Working Paper Nr. 160, Düsseldorf, 125 Seiten

BAG Mobile Rehabilitation (2023). Was ist Mobile Rehabilitation? Online-Ressource. Abgerufen von https://www.bag-more.de (letzter Zugriff 16.02.2026)

Banafsche M. Die internationalen Menschenrechte und das deutsche Recht – ein Überblick. In: Banafsche M, Platzer W, Hrsg. Soziale Menschenrechte und Arbeit. Baden-Baden: Nomos; 2015: 57-87

BAR (2019). Reha-Prozess. Gemeinsame Empfehlung. Download unter: https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_publikationen/reha_vereinbarungen/gemeinsame_empfehlung/downloads/gemeinsame_empfehlung_reha_prozess.pdf (letzter Zugriff 16.02.2026)

BAR (2021). Kontextfaktoren bei der Ermittlung von Teilhabebedarfen – Arbeitshilfe. Download unter: https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_publikationen/reha_grundlagen/pdfs/AHKontext2020.RZBF2neu.pdf (letzter Zugriff 04.03.2026)

BAR (2025). Teilhabeverfahrensbericht 2024. Download unter: https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/THVB/7_THVB_2025.pdf (letzter Zugriff 02.03.2026)

Barmer Ersatzkasse (o. J.). Stationäre Reha: medizinische Rehabilitation in einer Rehaklinik. Online-Ratgeber. Abgerufen von https://www.barmer.de (letzter Zugriff 16.02.2026)

BDPK (o. J.). In 3 Schritten zur Reha. https://www.bdpk.de/fuer-patienten/reha-beratung/in-3-schritten-zur-reha (letzter Zugriff 17.11.2025)

Becker H, Franke E, Molkentin T, Hedermann D, Hrsg. SGB VII. Lehr- und Praxiskommentar (LPK-SGB VII). 6. Aufl. Baden-Baden: Nomos; 2024

Bernasconi T (2024). Pädagogik und Rehabilitation bei geistiger Behinderung. Ernst Reinhard Verlag, München

Bieritz-Harder R, Conradis W, Palsherm I, Hrsg. SGB XII. Lehr- und Praxiskommentar (LPK-SGB XII). 13. Aufl. Baden-Baden: Nomos; 2024

Blätzinger M, Tornow-Walther K, Liebl ME, Höfer C, Greitemann B, Glaesener JJ, Sturm J, Kladny B. Projekt „PaTronus“. Lückenlose Versorgung Schwerst-/Mehrfachverletzter mit Evaluation. Orthopädie und Unfallchirurgie 2025; 15 (4): 32-33

BMAS & DVfR (2020). RehaInnovativen. Werkstattbericht. Impulse für die Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in Deutschland. Download unter: https://www.reha-recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Infothek/Sonstige_Ver%C3%B6ffentlichungen/2021/2020-10-12_Werkstattbericht_RehaInnovativen_final_AT5_BzN2.pdf (letzter Zugriff 01.12.2025)

BMAS (2021). Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen: Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Download unter: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a125-21-teilhabebericht.html (letzter Zugriff 16.02.2026)

BMAS (2022). Abschlussbericht. Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Download unter: https://www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/Forschungsberichte/fb-598-abschlussbericht-repraesentativbefragung-teilhabe.html (letzter Zugriff 16.02.2026)

BMG (2019). Abschlussbericht zum Vorhaben „Evaluation von Spezialambulanzen und gynäkologischen Sprechstundenangeboten zur gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgung von Frauen mit Behinderung". Download unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/Abschlussbericht_E-GYN-FMB.pdf (letzter Zugriff 16.02.2026)

BMG (2023). Referentenentwurf. Neuregelung zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung. Download unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/A/Referentenentwurf_AEApprO.pdf (letzter Zugriff 13.02.2026)

BMG (2024). Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen. Download unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/A/Aktionsplan/Aktionsplan_barrierefreies_Gesundheitswesen_2024.pdf (letzter Zugriff 31.03.2026)

BMG (2025). Ergebnisse der Statistik KG 5, Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen 2024 der Gesetzlichen Krankenversicherungen. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Geschaeftsergebnisse/KG5_2024.pdf (letzter Zugriff 16.02.2026)

Brechtelsbauer B, Hermanns Y, Kugelmann MC, Priebe L, Kolbe O, Capovilla D, Kuhnert KS. Tel-O-Rena – telematische ophthalmologische Reha-Nachsorge. Ophthalmologie 2025; 122: 600-608. DOI: 10.1007/s00347-025-02288-6

Brünger M, Brzoska P, du Prel JB, Ellert S, Exner AK, Knoop T, Leinberger S, March S, Mika T, Reims N. Nutzung von Routinedaten in der Rehabilitationsforschung-Teil 1: Ein Überblick über Art, Zugang, Qualität und Datenschutz. Rehabilitation 2025; 64, 167-175. DOI: 10.1055/a-2575-9422

Buschmann-Steinhage R. Budgetprobleme in der Rehabilitation. Die Rehabilitation 2012; 51: 81-88. DOI: 10.1055/s-0032-1304613

Buschmann-Steinhage R, Schmidt-Ohlemann M, Steffens T. Besondere Bedarfe in der medizinischen Rehabilitation: zuverlässig ermitteln und decken – aktuelle Handlungsoptionen. Rehabilitation 2025; 64(5): 255-258. DOI: 10.1055/a-2685-1917

Busse A. Bundesteilhabegesetz – Sozialgesetzbuch IX. Teil 1 Rehabilitation und Teilhabe. Sozialgerichtsbarkeit 2017; 63: 307-314

Bösebeck F. Ambulante und stationäre Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland. Zeitschrift für Epileptologie 2017; 30 (4): 258-265

Cegarra B, Cattaneo G, Ribes A, Solana-sánchez J, Saurí J. Independent living, emotional well-being, and quality of life in people with disabilities: the mediator role of self-determination and satisfaction with participation. Front Psychol 2023. DOI: 10.3389/fpsyg.2023.1279014

CRPD Committee. General Comment No. 2 (Article 9: Accessibility). UN Doc. CRPD/C/GC/2. 2014

Deinert O, Welti F, Luik, S, Brockmann, J, Hrsg. Stichwortkommentar Behindertenrecht. 3. Aufl. Baden-Baden: Nomos; 2022

Destatis (2025). Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2024 nach Trägern und Bundesländern. Download unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Vorsorgeeinrichtungen-Rehabilitationseinrichtungen/Tabellen/gd-vorsorge-reha-bl.html (letzter Zugriff 16.02.2026)

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V. (o. J.). Rehabilitation – Reha vor und bei Pflege. https://www.rheuma-liga.de/unser-einsatz/bundestagswahl-2025/aktionsplan/rehabilitation (letzter Zugriff am 17.11.2025)

Deutscher Bundestag (2025). Drucksache 21/2481. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Simone Fischer, Dr. Janosch Dahmen, Linda Heitmann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN. Gestaltung barrierefreier und inklusiver Gesundheitsversorgung – Umsetzung konkreter Maßnahmen. 30.10.2025. Download unter: https://dserver.bundestag.de/btd/21/024/2102481.pdf (letzter Zugriff: 04.03.2026)

Diakonie Deutschland (2026). Eckpunkte der Diakonie Deutschland zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation. Download unter: https://www.diakonie.de/diakonie_de/Blog/Autoren/Tomas_Steffens/2026-02-05_DD_Eckpunkte-Medizinische-Rehabilitation.pdf (letzter Zugriff 06.02.2026)

Diehl C, Kreiner C, Diehl R (2021). Kurs- und Lehrbuch Sozialmedizin. Lehrbuch zu den Curricula der Bundesärztekammer. Deutscher Ärzteverlag, Köln

Dittmann R, Fuchs H (2023). Gutachten für den Sozialverband VdK Nordrhein-Westfalen. Auswertung der aktuellen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich im SGB V hinsichtlich der Anwendung des SGB IX, der Grundsätze der Erforderlichkeit von Hilfsmitteln und der normativen Anforderungen an die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst. Download unter https://nrw.vdk.de/assets/lv-nordrhein-westfalen/dokumente/Presse/Pressemitteilungen/2023/Gutachten_Sozialverband_VdK_NRW.pdf (letzter Zugriff 01.03.2026)

Dittmann R, Fuchs H. Die Probleme der Hilfsmittelversorgung in der GKV und die Lösungen des SGB IX. Rehabilitation 2024; 63(3): 147-150. DOI: 10.1055/a-2304-3680

DRV (2024). Reha-Bericht 2024: Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. Deutsche Rentenversicherung Bund. Download unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht_2024.html (letzter Zugriff 16.02.2026)

DRV (2025a). Reha-Bericht 2025: Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. Deutsche Rentenversicherung Bund. Download unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht_2025.html (letzter Zugriff 23.02.2026)

DRV (2025b). Medizinische Voraussetzungen der Anschlussrehabilitation (AHB). Download unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_fuer_aerzte/ahb_indikationskatalog.html (letzter Zugriff 03.12.2025)

DRV (2026). Das neue, produktbezogene Vergütungssystem ab dem 1. Januar 2026. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Anbieter/verguetungssystem/verguetungssystem-2026.html (letzter Zugriff 24.02.2026)

Dupuis F, Dery J, Lucas de Oliveira FC, Pecora AT, Gagnon R, Harding K, Camden C, Roy JS, Lettre J, Hudon A. Strategies to reduce waiting times in outpatient rehabilitation services for adults with physical disabilities: A systematic literature review. Journal of health services research & policy 2022; 27: 157-167

DVfR (2019). Stellungnahme der DVfR zur Bedeutung der Begriffe Wirkung und Wirksamkeit im Recht der Eingliederungshilfe. Download unter: https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/DVfR_Stellungnahme_BTHG_Wirkung_u_Wirksamkeit_bf.pdf (letzter Zugriff 23.02.2026)

DVfR (2020). Medizinische Rehabilitation vor und bei Pflege – Personenkreis, Situation und Lösungsvorschläge Positionspapier der DVfR. Download unter: https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/20-11-12_Position_Med._Reha_vor-bei_Pflege_Ef_bf.pdf (letzter Zugriff 23.02.2026)

DVfR (2021). Gesundheitssorge – Erhalt und Förderung von Gesundheit für Menschen mit Behinderungen unter besonderer Berücksichtigung der Eingliederungshilfe. Positionspapier der DVfR. Download unter: https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/Positionspapier_der_DVfR_Gesundheitssorge_Juni_2021_bf.pdf (letzter Zugriff 16.02.2026)

DVfR (2025). Versorgungslücken in der medizinischen Rehabilitation für Menschen mit komplexen Teilhabebeeinträchtigungen infolge psychischer Erkrankung Diskussionspapier des DVfR-Fachausschusses „Psychische Beeinträchtigungen“. Download unter: https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/25-05-23_Versorgungsl%C3%BCcken_med._Reha_bei_komplexen_Teilhabebeeintr%C3%A4chtigungen_Ef_bf.pdf (letzter Zugriff 23.02.2026)

Düwell FJ, Joussen J, Luik S, von Boetticher A, Hrsg. SGB IX. Lehr- und Praxiskommentar (LPK-SGB IX). 7. Aufl. Baden-Baden: Nomos; 2026

Egen C, Busche T, Gutenbrunner C. Die medizinische Rehabilitation in Deutschland. Leistungsstark, komplex, lückenhaft. Das Krankenhaus 2021; 2: 109-166

Egen C, Beyer J. Rehabilitative Versorgungslücken in Deutschland. Eine kritische Bestandsaufnahme für den Bereich der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung. das Krankenhaus 2022; 9: 761-771

Egen C, Busche T, Bethge M, Bassler M, Gutenbrunner C. Ist das Konstrukt der Rehabilitationsfähigkeit in seiner Anwendung durch DRV und GKV ausgrenzend? Ein Diskussionsbeitrag. Rehabilitation 2024; 63(2): 72-77; DOI: 10.1055/a-2263-2627

Egen C, Ernst J, Eckhardt I. Rehabilitation nach Majoramputation der unteren Extremität. Eine sektorenüberfordernde Aufgabe?! Rehabilitation 2025; 64 (6): 351-376. DOI: 10.1055/a-2689-5804

Egen C (2026). Rehabilitative Versorgung im deutschen Gesundheitssystem – Defizite und Verbesserungsmöglichkeiten. Habilitationsschrift, Medizinische Hochschule Hannover (im Druck)

Ehmann F, Karmanski C, Kuhn-Zuber G, Hrsg. Gesamtkommentar Sozialrechtsberatung (SRB). 3. Aufl. Baden-Baden: Nomos; 2023

Eicher W. Rehabilitation im Sozialrecht. Juris-Die Monatszeitschrift (jM) 2023; 11: 192-199

Feldes W, Kothe W, Stevens-Bartol E, Hrsg. SGB IX. Kommentar für die Praxis. Frankfurt am Main: Bund Verlag; 2023

Frehe H. Kritik am Behinderungsbegriff des Bundesteilhabegesetzentwurfes. DF-Beitrag D27-2016; 18.08.2016. Verfügbar unter: https://www.reha-recht.de

Fuchs H, Ritz H-G, Rosenow R, Hrsg. SGB IX-Kommentar zum Recht behinderter Menschen. 7. Aufl. München: Verlag Franz Vahlen; 2021

Gaines RF, Tobis JS. Rehabilitation recommendations for institutionalized motor-disabled patients. Arch Phys Med Rehabil 1981; 62(4): 180-182

García-Domínguez L, Navas P, Verdugo MÁ, Arias VB. Chronic Health Conditions in Aging Individuals with Intellectual Disabilities. International Journal of Environmental Research and Public Health 2020; 17 (9): 1-12

Gartmann J, Förster K, Bökel A, Busche T, Egen C. Feasibility study of an experimental social space-oriented rehabilitation concept for people with intellectual and/or multiple disabilies: a study protocol. BMJ Open 2025; 15:e085390. DOI: 10.1136/bmjopen-2024-085390

Gartmann J, Bökel A, Levin T, Busche T, Sturm C, Philipp L, Ohse M, Plewnia I, Egen C. Herausforderungen in der rehabilitativen Versorgung von Menschen mit geistiger und / oder Mehrfachbehinderung – ein Erfahrungsbericht aus einer Pilotstudie. Gesundheitswesen 2025; DOI: 10.1055/a-2675-0855

Gillitzer S, Stucke J, Thienel C, Scheiblich N, Brinkmann A, Mader M. Medizinische Rehabilitation für Menschen mit vorbestehenden Behinderungen im internationalen Kontext. GMS 2025; 10.3205/24DKVF039

GKV-Spitzenverband (2021). Gemeinsame Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation. Download unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/m_reha/2021_07_12_Gemeinsame_Empfehlungen_Mobile_Reha_v02.pdf (letzter Zugriff 02.12.2025)

Greiner S, Winkler, J, Hrsg. beck-online. GROSSKOMMENTAR SGB IX (BeckOGK-SGB IX). München: C.H. Beck; 2026.

Grieben C, Martin-Niedecken AL, Nagel N (2025). Digitalisierung in Prävention und Rehabilitation. In: Geibel RC, Arnold U, Wältermann G (eds). Digitale Gesundheit in Deutschland. Springer Gabler, Wiesbaden. DOI: 10.1007/978-3-658-47498-0_10. S. 117-128

Guidetti S, Ranner M, Tham K, Andersson M, Ytterberg C, von Koch L. A 'client-centred activities of daily living' intervention for persons with stroke: one-year follow-up of a randomized controlled trial. J Rehabil Med 2015; 47(7): 605-611. DOI: 10.2340/16501977-1981

Hanlon P, MacDonald S, Wood K, Allan L, Cooper S-A. Long-term condition management in adults with intellectual disability in primary care: a systematic review. BJGP Open 2018; 2 (1): 1-11. DOI: 10.3399/bjgpopen18X101445

Hlava D. Barrierefreie Gesundheitsversorgung. Rechtliche Gewährleistung unter besonderer Berücksichtigung der Rechtsdurchsetzung. Baden-Baden: Nomos; 2018

Hasseler M. Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen als vulnerable Bevölkerungsgruppe in gesundheitlicher Versorgung. Deutsche medizinische Wochenschrift 2014; 139 (40): 2030-2034. DOI: 10.1055/s-0034-1387334

Hasseler M. Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen als vulnerable Bevölkerungsgruppe in der gesundheitlichen Versorgung. Ausgewählte Ergebnisse einer qualitativ-explorierenden Untersuchung mit dem Fokus auf defizitäre Erfahrungen. Rehabilitation 2015; 54: 369-375. DOI: 10.1055/s-0041-108468

Iwarsson S, Stahl A. Accessibility, usability and universal designpositioning and definition of concepts describing person-environment relationships. Disabil Rehabil 2003; 25: 57-66

Janßen C. Versorgungsrelevante Besonderheiten und Hindernisse der Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung. Psychotherapeuten Journal 2019; 18(2): 118-127

Janßen C. Rechtliche Rahmenbedingungen barrierefreier Gesundheitskommunikation. In: Koehler S, Bernabé R, Hrsg. E-Health für ältere Menschen: Deutsche Leichte Sprache als Türöffner: Herausforderungen – Rechte – Lösungen. Berlin: Frank & Timme GmbH; 2024: 101-142

Jansen EM, Marquardt M. Ärztlicher Fachkräftemangel in der Rehabilitation-Ergebnisse einer quantitativen Umfrage in deutschen Rehabilitationsfachabteilungen. Phys Med Rehabil Kuror 2024; 34: 350-357

Kempny C, Brzoska P (2026). Barrierefreiheit für Menschen mit Sinnesbehinderungen in Reha-Kliniken: Versorgungslage und Handlungsbedarf. Vortrag auf dem Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium 24.-26. März 2026 in Leipzig

KBV (2026). Diagnosenliste Langfristiger Heilmittelbedarf / Besonderer Verordnungsbedarf / Blankoverordnung. Stand 1. Januar 2026. Download unter: https://www.kbv.de/documents/praxis/verordnungen/heilmittel/heilmittel-diagnoseliste.pdf (letzter Zugriff 16.02.2026)

Kiselev J, Steinert A, Schindler W, Haesner M, Mueller-Werdan U. (2017). Intensive multidisciplinary home rehabilitation for older people with severe conditions. International Journal of Integrated Care 2027; 17: 176. DOI: 10.5334/ijic.3484

Knickrehm S, Rademacker O, Hrsg. SGB XIV. Lehr- und Praxiskommentar (LPK-SGB XIV). 2. Aufl. Baden-Baden: Nomos; 2024

Knickrehm S, Roßbach G, Waltermann R, Hrsg. Kommentar zum Sozialrecht. 9. Aufl. München: C.H. Beck; 2025

kobinet-Nachrichten (2023). Barrieren in Arztpraxen und Ablehnung durch Reha-Einrichtungen. https://kobinet-nachrichten.org/2023/03/21/barrieren-in-arztpraxen-und-ablehnung-durch-reha-einrichtungen/ (letzter Zugriff 17.11.2025)

Kotzur M, Richter C. Anmerkungen zur Geltung und Verbindlichkeit der Behindertenrechtskonvention im deutschen Recht. In: Welke A, Hrsg. UN-Behindertenrechtskonvention mit rechtlichen Erläuterungen. Berlin: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge; 2012: 81-92

Krahn GL, Walker DK, Correa-De-Araujo R. Persons with disabilities as an unrecognized health disparity population. Am J Public Health 2015; 105: S198-S206

Kreutz M, Lachwitz K, Trenk-Hinterberger P, Hrsg. Die UN-Behindertenrechtskonvention in der Praxis. Köln: Luchterhand; 2013

Krohn-Aicher A, Masuch P. Assistenz im Krankenhaus für Menschen mit Behinderung – ein Beispiel zur immanenten Systematik der Sozialrechtsentwicklung. In: Meßling M, Voelzke T, Hrsg. Die Zukunft des Rechts- und Sozialstaats: FS für Rainer Schlegel. München: C.H. Beck; 2024: 747-762

Lewis AK, Harding KE, Snowdon DA, Taylor NF. Reducing wait time from referral to first visit for community outpatient services may contribute to better health outcomes: a systematic review. BMC Health Services Research 2018: 869.

Link S, Harand J, Deutschmann C, Lütgendorf H, Steinwede J, Kleudgen M (2025). Abschlussbericht Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Download unter: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb-598-abschlussbericht-repraesentativumfrage-teilhabe.pdf?__blob=publicationFile&v=5 (zuletzt eingesehen am 27.01.2026)

Malt EA, Dahl RC, Haugsand TM, Ulvestad IH, Emilsen NM, Hansen B, Cardenas YEG, Skøld RO, Thorsen ATB, Davidsen EMM (2013). Health and disease in adults with Down syndrome. Tidsskrift for den Norske Legeforening 2013; 2013 (3): 290-294

Marchiafava M, Bedetti C, Buratta L, Ilicini S, Cicuttin S, Piccirilli M, D'Alessandro P, Baglioni A, Menna M, Gubbiotti M, Lanfaloni GA, Rossi MG, Elisei S. Evaluation of the Quality of Rehabilitation Treatment in Neurodevelopmental Disorder. Psychiatria Danubina 2019; 31 (Suppl. 3): 455-461

May S, Mühlensiepen F, Plotho L, Darkow R. ‘But I have a cat, I have to talk to her now’: a qualitative study on reasons for not participating in guideline-based aphasia therapy from the perspective of patients in German-speaking countries. BMJ Open 2024; 14. DOI: 10.1136/bmjopen-2024-085849

Mazza MG, Rossetti A, Crespi G, Clerici M. Prevalence of co-occurring psychiatric disorders in adults and adolescents with intellectual disability: A systematic review and meta-analysis. Journal of applied research in intellectual disabilities 2020: 33(2), 126-138. DOI: 10.1111/jar.12654

Medizinischer Fakultätentag (2021). Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM 2.0). Einsehbar unter: https://nklm.de/menu (letzter Zugriff 13.02.2026)

Meulenkamp T, Rijken M, Cardol M, Francke AL, Rademakers J. People with activity limitations' perceptions of their health condition and their relationships with social participation and experienced autonomy. BMC Public Health 2019; 19(1): 1536. DOI: 10.1186/s12889-019-7698-9Meyer T, Bengel J, Wirtz MA. Definitionen der Rehabilitation und zentrale Begriffe. In Ders. (Hrsg.): Lehrbuch Rehabilitationswissenschaften. Hogrefe-Verlag, Bern. 2022. S. 28-41

Miklos M, Jahnsen R, Nyquist A, Hanisch H, Girdler S. "Here we are together, at home you are alone" - social interactions and personal engagement during a group-based rehabilitation program for young adults with disability. Disability and Rehabilitation 2022; 44 (9): 1631-1641. DOI: 10.1080/09638288.2021.1921060

Moreira C, Simões C, Oliveira A, Shogren K, Haiwara M, Pereira A, Rosário P, Gomes R, Gomes F, Santos S. Exploring the interplay between adaptive behavior, support needs, quality of life, and self-determination with persons with intellectual and developmental disabilities. Res Dev Disabil 2025. DOI: 10.1016/j.ridd.2025.105126

Münder J, Meysen T, Trenczek T, Hrsg. Frankfurter Kommentar SGB VIII. 9. Aufl. Baden-Baden: Nomos; 2022

Naguib T, Pärli, K, Landolt, H, Demir, E, Filippo M, Hrsg. UNO-Behindertenrechtskonvention (BRK). Bern: Stämpfli Verlag; 2023

Negrini S, Selb M, Kiekens C, Todhunter-Brown A, Arienti C, Stucki G, Meyer T. Rehabilitation definition for research purposes. A global stakeholders’ initiative by Cochrane Rehabilitation. Eur J Phys Rehabil Med 2022; 58(3): 333-341. DOI: 23736/S1973-9087.22.07509-8

Neudecker S, Stucke J, Brinkmann A, Razum O. Herausforderungen im Prozess der medizinischen Rehabilitation aus Sicht von Menschen mit vorbestehenden Behinderungen. DRV-Bund Schriften 2025; Band 131: 528 -529

Neudecker S, Stucke J, Freymüller N, Mader M, Brinkmann A, Thienel C, Razum O, Meyer-Feil T. Medical rehabilitation for persons with pre-existing disabilities: a scoping review. Alter – European Journal of Disability Research 2026; 20-1: 25-46. DOI: 10.4000/15wk2

Oliviers-Pijpers VC, Cramm JM, Nieboer AP. Influence of the organizational environment on challenging behaviour in people with intellectual disabilities: Professionals’ views. J Appl Res Intellect Disabil 2018; 32(3): 610-621. DOI: 10.1111/jar.12555

Palleit L. Systematische „Enthinderung“: UN-Behindertenrechtskonvention verpflichtet zum Barriereabbau. Position Nr. 7 der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte; 2012

Plasil T, Ersfjord EMI, Berge K, Oldervoll LM. 'a potentially ticking time bomb' - barriers for prevention, diagnosis, and treatment of cardiovascular disease in people with intellectual disabilities. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities 2024; 37(6): e13279. DOI: 10.1111/jar.13279

Prognos (2023). Evaluation der Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung. Download unter: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb-620-evaluation-der-eutb.pdf?__blob=publicationFile&v=3 (zuletzt eingesehen am 27.01.2026)

Qiu N, Zhang T, Cheng J. Examining the impact of spatial accessibility to rehabilitation facilities on the degree of disability: A heterogeneity perspective. SSM - Population Health 2023; 23: 101489. DOI: 10.1016/j.ssmph.2023.101489

Ramm D, Welti F. Die Evaluation des Behindertengleichstellungsgesetzes Rechtliche Aussagen und empirische Ergebnisse zur Barrierefreiheit im Bereich der gesetzlichen Krankenkasse. Gesundheitswesen 2017; 79 (08/09): e56-e61. DOI: 10.1055/s-0042-108577

Rannefeld J, O'Sullivan J, Kuhlmey A, Zoellick. Deaf and hard-of-hearing patients are unsatisfied with and avoid German health care: Results from an online survey in German Sign Language. BMC Public Health 2023; 23 (1): 2026. DOI: 10.1186/s12889-023-16924-w

Rathmann K, Kostka J, Olukcu S. Medizinische Versorgung in Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger und schwerst-mehrfacher Behinderung (MZEB): eine qualitative Studie zu aktuellen Herausforderungen aus Sicht der Behandler_innen. Präv Gesundheitsf 2020; 16: 1-8

Rolfs C, Giesen, R, Meßling, M, Udsching, P, Hrsg. BeckOK Sozialrecht. Stand: 79. Edition, 01.12.2025. München: C.H. Beck

Schaumberg T. Leistungskoordination im SGB IX – Zuständigkeitsklärung, Genehmigungsfiktion und Teilhabeplanung (Teil 1). Die Sozialgerichtsbarkeit (SGb) 2019; 66: 142-149

Scheer J, Kroll T, Neri MT, Beatty P. Access barriers for persons with disabilities: the consumer's perspective. Journal of Disability Policy Studies 2003; 13: 221-230

Schiller F (1836). Die Braut von Messina oder die feindlichen Brüder. Ein Trauerspiel mit Chören. J. G. Cotta'sche Buchhandlung, Stuttgart und Tübingen

Schlegel R, Voelzke T, Hrsg. juris PraxisKommentar SGB IX. 4. Aufl. Saarbrücken; 2023

Schlichtungsstelle BGG. Barrierefreiheit in der Bundesverwaltung. Berlin: Schlichtungsstelle nach dem Behindertengleichstellungsgesetz bei dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen. Download unter: https://www.schlichtungsstelle-bgg.de/Webs/SchliBGG/DE/AS/moegliche-antragsgegner/barrierefreiheit-in-der-bundesverwaltung/barrierefreiheit-bundesverwaltung-node.html (letzter Zugriff 03.03.2026)

Schmidt-Ohlemann M, Schweizer C. Mobile Rehabilitation: Eine Innovation in der ambulanten medizinischen Rehabilitation. Rehabilitation 2009; 48: 15-25

Schmidt-Ohlemann M (2015). Gesundheit und Rehabilitation in einem inklusiven Gemeinwesen. In: Degener T, Diehl E (Hrsg.). Handbuch Behindertenrechtskonvention. Teilhabe als Menschenrecht – Inklusion als gesellschaftliche Aufgabe. Bundeszentrale für politische Bildung, Schriftenreihe 1506, Bonn. S. 204-216

Schmidt-Ohlemann M (2017). Mobile geriatrische Rehabilitation – aus bundespolitischer Perspektive. 25 Jahre Mobile Rehabilitation in Bad Kreuznach Symposium am 28.6.2017, Stiftung Kreuznacher Diakonie. Download unter: https://bag-more.de/wp-content/uploads/2017/08/Mobile-geriatrische-Rehabilitation-aus-bundespolitischer-Perspektive.pdf (letzter Zugriff 16.02.2026)

Schmidt-Ohlemann M. Zum Verhältnis von Heilmitteln nach § 32 SGB V und der Tätigkeit therapeutischer Berufe zu befähigenden Assistenzleistungen nach § 78 SGB IX. RP Reha 2020; 2: 33-42

Schmidt-Ohlemann M (2022). Bedarfsgerechte Hilfsmittelversorgung für Kinder und Jugendliche – Probleme und Handlungsoptionen. Eine Expertise des Landesarztes für Körperbehinderte in Rheinland-Pfalz. Download unter: https://www.reha-recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Infothek/Sonstige_Ver%C3%B6ffentlichungen/2022/Expertise_Hilfsmittelversorgung_Schmidt-Ohlemann_15_4_2022-bf.pdf (letzter Zugriff 16.02.2026)

Schürken S, Häfner S. Die G-BA Heilmittel-Richtlinie - Viel Neues für GKV-Versicherte. RP Reha 2020; 2: 5-15

Schütteler C, Slotta T (Hrsg.) (2023). Psychotherapie. Diskriminierungssensible Psychotherapie und Beratung: Basiswissen, Selbsterfahrung und therapeutische Praxis. Springer, Berlin/Heidelberg

Schützwohl M, Voss E, Stiawa M, Salize HJ, Puschner B, Koch A. Bedingungsfaktoren psychopharmakologischer Behandlung bei leichter oder mittelgradiger Intelligenzminderung. Der Nervenarzt 2017; 88(11): 1273-1280. DOI: 10.1007/s00115-016-0211-0

Shay JJ. Terrified of group therapy: investigating obstacles to entering or leading groups. Am J Psychother 2021; 74: 71-75

Skempes D, Stucki G, Bickenbach J. Health-related rehabilitation and human rights: analyzing states' obligations under the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Arch Phys Med Rehabil 2015; 96 1: 163-173

Sozialverband VdK Deutschland e. V. (o.J.). Rehabilitation – Reha muss für alle möglich sein: Echtes Wunsch- und Wahlrecht stärken. https://www.vdk.de/themen/gesundheit/rehabilitation (letzter Zugriff 17.11.2025)

Spielberg P. Versorgung von Menschen mit Behinderungen. Besondere Bedürfnisse beachten. Deutsches Ärzteblatt 2023; 120 (5): A210-A211

Stampa S, Podar M-D, Thienel C, Fretian AM, Razum O, Dockweiler C. Bestandsaufnahme und Implementationsbedingungen digital unterstützter Angebote in der medizinischen Rehabilitation. Rehabilitation 2025; 64(2): 85-91. DOI: 10.1055/a-2505-5175

Stöppler R. „Neue Alte“ inklusive?! Risiken und Chancen der Teilhabe von älteren Menschen mit geistiger Behinderung. In: Meier-Gräwe U, Oberschelp M (Hrsg.). Die Arbeit des Alltags: Gesellschaftliche Organisation und Umverteilung. Springer VS, 2015. S. 165-180

Stucki G, Bickenbach J, Gutenbrunner C, Melvin J. Rehabilitation: The health strategy of the 21th century. J Rehabil Med 2018; 50: 309-316. DOI: 10.2340/16501977-2200

Takáč P, Petrovičová J, Delarque A, Stibrant Sunnerhagen K, Neumann V, Vetra A, Berteanu M, Christodoulou N. Position paper on PRM and persons with long term disabilities. Eur J Phys Rehabil Med 2014; 50(4): 453-464

The Lancet Public Health. Disability – a neglected issue in public health. The Lancet Public Health 2021; 6 (6): e346. DOI: 10.1016/S2468-2667(21)00109-2

Tongsiri S, Riewpaiboon W. Using the ICF to develop the capability-oriented database of persons with disabilities: A case study in Nakornpanom province, Thailand. Disability and Rehabilitation 2013; 35(13): 1078-1086. DOI: 10.3109/09638288.2012.720351

UN (2023). Concluding observations on the combined 2nd and 3rd periodic reports of Germany: Committee on the Rights of Persons with Disabilities. Download unter: https://digitallibrary.un.org/record/4023219 (letzter Zugriff 16.02.2026)

UN-BRK (2009). Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen / Convention of the United Nations on the rights of persons with disabilities. 2009

UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderung (2024). Abschließende Bemerkungen zum kombinierten zweiten und dritten periodischen Bericht Deutschlands. Download: https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/publikationen/detail/crpd-abschliessende-bemerkungen-zum-kombinierten-zweiten-und-dritten-periodischen-bericht-deutschlands (zuletzt eingesehen am 04.11.2024)

Umucu E, Vernon A, Pan D, Qin S, Solis G, Campa R, Lee B (2025): Health inequities among persons with disabilities: a global scoping review. Front Public Health 2025; DOI: 10.3389/fpubh.2025.1538519

Valle C, Schmitt-Sody M. Digitalisierung in der Rehabilitation. Orthopädie 2023; 52: 869-875. DOI: 10.1007/s00132-023-04402-5

Verband der Ersatzkassen (vdek) (2025). Mobile Rehabilitation. Informationsseite (Stand: 8. September 2025). Abgerufen von https://www.vdek.com (letzter Zugriff 16.02.2026)

Von Boetticher A. Das neue Teilhaberecht. Baden-Baden: Nomos; 2020

Von Boetticher A, Kuhn-Zuber G. Rehabilitationsrecht. Ein Studienbuch für soziale Berufe. 2. Aufl. Baden-Baden: Nomos; 2022

Von Der Warth R, Nau A, Rudolph M, Stapel M, Bengel J, Glattacker M. Treatment Beliefs in Patients with Mental Disorders in Psychosomatic Rehabilitation. A Qualitative Analysis. European Journal of Health Psychology 2021. DOI: 10.1027/2512-8442/a000087

Wade DT. What is rehabilitation? An empirical investigation leading to an evidence-based description. Clin Rehabil 2020; 34(5): 571-583. DOI: 10.1177/0269215520905112

Wansing G (2015). Was bedeutet Inklusion? Annäherungen an einen vielschichtigen Begriff. In: Degener T, Diehl E (Hrsg.). Handbuch Behindertenrechtskonvention. Teilhabe als Menschenrecht – Inklusion als gesellschaftliche Aufgabe. Bundeszentrale für politische Bildung, Schriftenreihe 1506, Bonn. S. 43-54

Waters RA, Buchanan A. An exploration of person-centred concepts in human services: a thematic analysis of the literature. Health Policy 2017; 121(10): 1031-1039. DOI: 10.1016/j.healthpol.2017.09.003

Welti F. Die UN-BRK und ihre Umsetzung in Deutschland. In: Ganner M, Rieder E, Voithofer Caroline, Welti F, Hrsg. Die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Österreich und Deutschland. Innsbruck: innsbruck university press; 2021: 27-56

Welti F. Zugänglichkeit und Barrierefreiheit der gesundheitlichen Infrastruktur – rechtliche Anforderungen – Teil 1. DF-Beitrag D7-2016; Download unter: https://www.reha-recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum_D/2016/D7-2016_Zugaenglichkeit_und_Barrierefreiheit_der_gesundheitlichen_Infrastruktur_%e2%80%93_rechtliche_Anforderungen_%e2%80%93_Teil_1.pdf (letzter Zugriff: 09.03.2016)

Wetzel LD, Rathmann K. Inanspruchnahme und wahrgenommene Barrieren des Gesundheitswesens bei Menschen mit Behinderung in Deutschland: Ergebnisse des GEDA 2014/2015-EHIS-Survey. Präv Gesundheitsf 2020; 15: 323-339. DOI: 10.1007/s11553-020-00768-y

White MJ, Olson RS. Attitudes toward people with disabilities: A comparison of rehabilitation nurses, occupational therapists, and physical therapists. Rehabilitation Nursing 1998; 23 (3): 126-131. DOI: 10.1002/j.2048-7940.1998.tb01764.x

WHO (1978). Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care. Download unter: https://www.who.int/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf . 1978. (letzter Zugriff 04.12.2025)

WHO & World Bank (2011). World Report on Disability. Geneva: Switzerland. Download unter https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/world-report-on-disability (letzter Zugriff 09.03.2025)

WHO (2022). Global Report on Health Equity for Persons with Disabilities. Geneva: Switzerland. Download unter: https://www.who.int/publications/i/item/9789240063600 (letzter Zugriff 09.03.2025)

WHO (2025). World Report on Social Determinants of Health Equity. Geneva: Switzerland. Download unter: https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/equity-and-health/world-report-on-social-determinants-of-health-equity (letzter Zugriff 09.03.2025)

Wieting J, Herrmann T, Deest-Gaubatz S, Eberlein C K, Bleich S, Frieling H, Deest M. Psychiatric care for people with Prader-Willi syndrome-characteristics, needs and barriers. Journal of applied research in intellectual disabilities 2024; 37(4): e13266. DOI: 10.111/jar.13266

Willingham TB, Stowell J, Collier G, Backus D. Leveraging Emerging Technologies to Expand Accessibility and Improve Precision in Rehabilitation and Exercise for People with Disabilities. International Journal of Environmental Research and Public Health 2024; 21 (1). DOI: 10.3390/ijerph21010079

Wobith M, Jacob E-M, Fleckenstein J, Herrle F, Reißfelder C, Schnitzbauer A. Positionspapier zur Prähabilitation in Deutschland. Chirurgie 2026. DOI: 10.1007/s00104-026-02470-9

Wolkorte R, van Houwelingen I, Kroezen M. Challenging behaviours: Views and preferences of people with intellectual disabilities. J Appl Res Intellect Disabil 2019; 32(6): 1421-1427. DOI: 10.1111/jar.12631

Wulf A, Reutlinger C. Rehabilitation bei Menschen mit Behinderungen. Zeitschrift für Epileptologie 2022; 35: 230-234

Die **Wissenschaftlich-Medizinische Allianz für Rehabilitation** (WMAR) wurde 2020 als wissenschaftliche Dachorganisation gegründet und umfasst aktuell 17 wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaften, die im Bereich der Rehabilitation angesiedelt sind. Die WMAR engagiert sich maßgeblich darin, die Position der Rehabilitation in der Versorgung zu stärken, gemeinsame Positionen zu erarbeiten und gebündelt zu vertreten. Zu diesem Zweck koordiniert sie die Arbeit der einzelnen Mitgliedsgesellschaften hinsichtlich übergeordneter Zielstellungen – insbesondere in der Politik, bei weiteren Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen sowie der allgemeinen Öffentlichkeit. Mit diesem Vorgehen soll die Rehabilitation als eine der tragenden Säulen des Gesundheitssystems im öffentlichen Bewusstsein deutlich wahrnehmbar werden und auch in den medizinischen Fakultäten endlich ihrer medizinischen Bedeutung angemessen in Lehre und Forschung Berücksichtigung finden.

Vorstand

Präsident: Prof. Dr. med. Markus Bassler
1. Vizepräsident: Prof. Dr. med. Christoph Gutenbrunner
2. Vizepräsident: Prof. Dr. med. Dirk Meyer-Olson
Schatzmeister: Dr. phil. Christoph Egen
Schriftführer: Gerhard Faber
Beisitzer:innen: Prof. Dr. phil. Matthias Bethge, Prof. Dr. med. Rembert Koczulla, Prof. Dr. med. Michael Jöbges, PD Dr. med. Anett Reißhauer

Kontakt

Wissenschaftlich-Medizinische Allianz für Rehabilitation e. V.
c/o: Medizinisch Hochschule Hannover, Klinik für Rehabilitations- und Sportmedizin
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover
Mail: geschaeftsstelle@reha-allianz.de
Web: www.reha-allianz.de
Tel.: +49 (0)511 532 4117