

# Teilhabeplanung im Akut- und Reha-Bereich

Dr. Teresia Widera

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V.

[www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de)

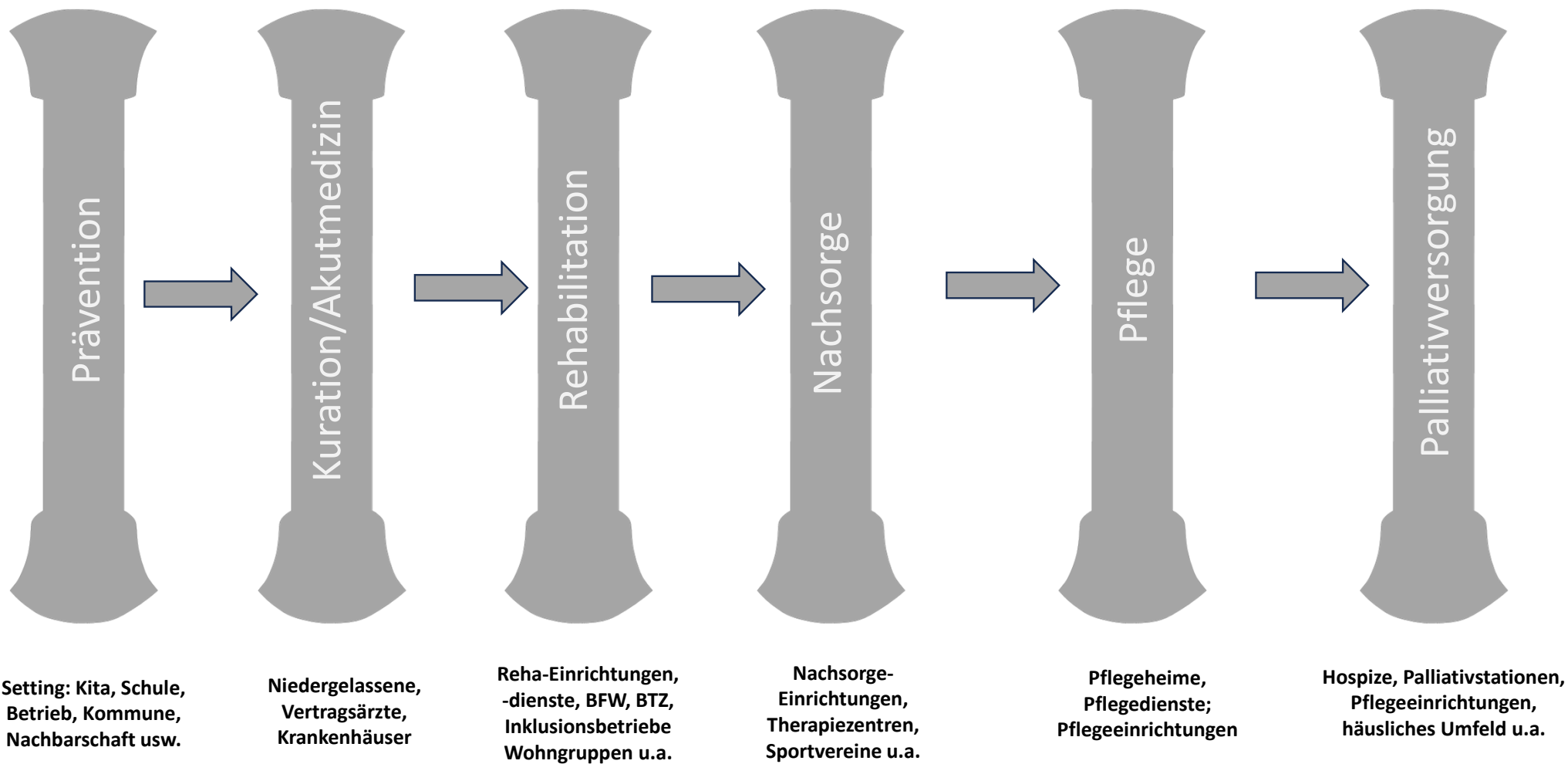


Das erwartet Sie heute ...

---

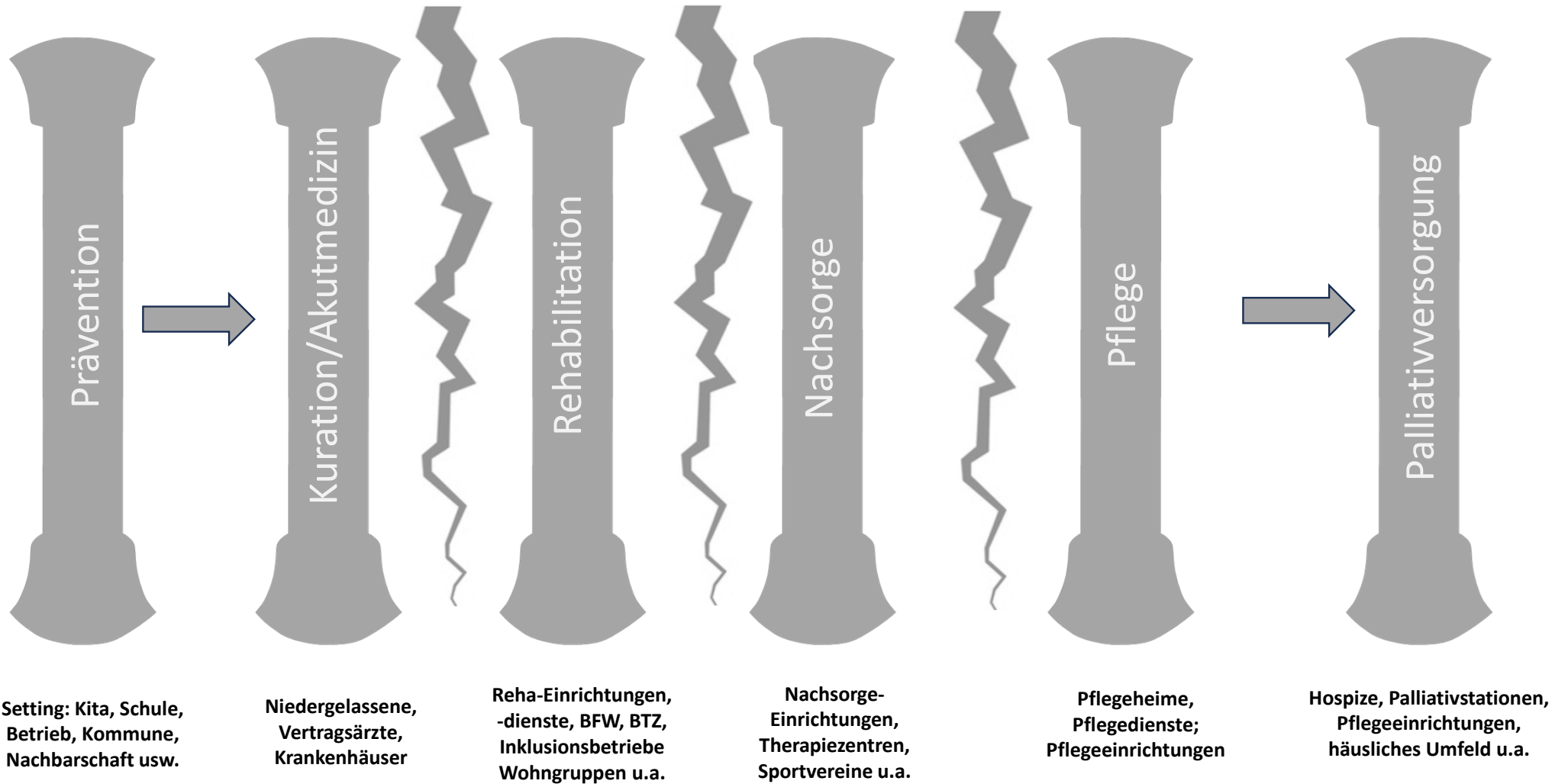
- 1** Teilhabeplanung und Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungsbereichen
  - Akut/Rehabilitativ
  - Innerhalb der Reha
  - Nach der Reha
  - Im Übergang Reha/Pflege und zurück
- 2** Ansätze für Schnittstellen-Optimierung

# Versorgungs-Bereiche/-Säulen: Nahtlose Versorgung (Versorgungskette)





# Versorgungsbrüche / Versorgungslöcher





# Übergang von akut nach rehabilitativ

## Was sagen die Daten? Hier: Übergang von akut nach rehabilitativ



„Die Rehabilitation (Reha) im SGB IX umfasst Leistungen zur Teilhabe, die darauf abzielen, (drohende) Behinderungen (inklusive chronischer Krankheiten) zu verhindern, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen oder deren Verschlimmerung zu verhüten. Sie dient der Teilhabe am Arbeitsleben, der sozialen Teilhabe sowie der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, um ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.“ Ff. Zahlen: Statistisches Bundesamt, RKI-Analysen, THVB-Analysen.

**83,5 Mio. Menschen**

**44,8 Mio. Chronisch Kranke**

**7,9 Mio. Schwerbehinderte**

**3,2 Mio. Reha-Anträge**

**2,3 Mio. davon med. Reha**

**LÜCKE ZWISCHEN DEM TATSÄCHLICHEN BEDARF  
UND DER TATSÄCHLICHEN INANSPRUCHNAHME**

**→ Fazit: Unter-Inanspruchnahme von Reha-Leistungen**

*Cave: Reha wird nur unter Berücksichtigung von Reha-Bedarf, Reha-Fähigkeit und positiver Reha-Prognose gewährt.*



# Versorgungslücken warum? Stichwort Reha-Fähigkeit

---

## Reha-Fähigkeit – wer ist „fit“ für Reha?

- Patient ist medizinisch so stabil, dass Reha möglich ist
- Reha-Ziele sind realistisch erreichbar
- Patient kann aktiv mitwirken (mit Unterstützung, wenn nötig)

## Typische Kriterien

- Kreislauf stabil, keine akut lebensbedrohliche Situation, keine erhöhte Pflegebedürftigkeit
- Belastbarkeit für Therapie (z. B. täglich mind. X Minuten aktiv)
- Kognitive/psychische Voraussetzungen für Mitarbeit vorhanden, keine Suizidgefahr, keine Antriebsminderung
- Mobilität und Selbstversorgungsfähigkeit ausreichend gegeben
- Realistische Chance, Funktion & Teilhabe zu verbessern (positive Reha-Prognose)

## Was Reha-Fähigkeit **NICHT** heißt

- Kein „Topfit-Status“ erforderlich
- Schwere Beeinträchtigungen schließen Reha nicht automatisch aus
- Pflegebedürftigkeit ≠ nicht reha-fähig
- Multimorbidität ist eher Regel als Ausschlusskriterium

## Frage

- Nicht: „zu krank für Reha“, sondern: „zu instabil für dieses Setting?“



# Postakute Rehabilitation - Wo sind die Versorgungslücken?

Postakute Rehabilitation bei Patienten nach Polytrauma (Mehrfachschwerverletzte)

Postakute Rehabilitation bei Long- und Post-Covid-Patienten

Rehabilitation bei Menschen mit (Schwer-) Behinderung und einer Rehabilitationsindikation

Rehabilitation bei Menschen mit vorbestehend hoher Pflegebedürftigkeit, d.h. Menschen in der Lang- und Kurzzeitpflege mit verschiedenen Rehabilitationsindikationen

Postakute Rehabilitation für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Postakute Rehabilitation nach Amputation, z.B. bei Patienten nach Beinamputation

Medizinische Rehabilitation bei Herzinsuffizienz

Postakute Rehabilitation für Patienten nach Organtransplantation

Postakute Rehabilitation für querschnittgelähmte Patienten

Postakute Rehabilitation für beatmete Patienten

Postakute Rehabilitation für Patienten mit Isolationsbedarf

Postakute Rehabilitation für Patienten mit Sepsis

Quelle: Zitiert nach Buschmann-Steinhage, R., Greitemann, B. & Schmidt-Ohlemann, M. (2022) sowie Egen, Ch. & Beyer, J. (2022).



---

# Innerhalb der Rehabilitation

# Das alles ist Rehabilitation!

## Leistungsträger

§ 6 Abs. 1 SGB IX

- Gesetzliche Krankenversicherung
- Gesetzliche Rentenversicherung
- Gesetzliche Unfallversicherung
- Bundesagentur für Arbeit
- Träger der öffentlichen Jugendhilfe
- Träger des Sozialen Entschädigungsrechts
- Träger der Eingliederungshilfe

## Leistungsgruppen

§ 5 SGB IX

- 01 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 42ff. SGB IX)
- 02 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 49ff. SGB IX)
- 03 Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen (§ 64ff. SGB IX)
- 04 Leistungen zur Teilhabe an Bildung (§ 75 SGB IX)
- 05 Leistungen zur sozialen Teilhabe (§ 76ff. SGB IX)



Mit Verordnungen zum  
Schwerbehindertenrecht



# Rehabilitation – Leistungsgruppen und Leistungsträger

Rehabilitations- bzw. Leistungsträger	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Leistungen zur sozialen Teilhabe	Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen	Leistungen zur Teilhabe an Bildung
Gesetzliche Krankenversicherung	✓			✓	
Gesetzliche Rentenversicherung	✓	✓		✓	
Alterssicherung der Landwirte	✓			✓	
Gesetzliche Unfallversicherung	✓	✓	✓	✓	✓
Bundesagentur für Arbeit		✓		✓	
Träger der öffentlichen Jugendhilfe	✓	✓	✓		✓
Träger der Eingliederungshilfe	✓	✓	✓		✓
Träger des Sozialen Entschädigungsrechts*	✓	✓	✓	✓	✓
Integrations-/Inklusionsämter**		✓			

**Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR), 2021**

\* Träger der Kriegsopferversorgung und der Kriegsopferversorgung i. S. d. § 6 Abs. 1 Nr. 5 SGB IX; andere Bezeichnung ab 2024

\*\* nicht Rehabilitationsträger, aber Sozialleistungsträger

# Rehabilitation – Leistungsgruppen und Leistungsträger Es wird noch komplizierter ...



Daraus können sich ergeben:

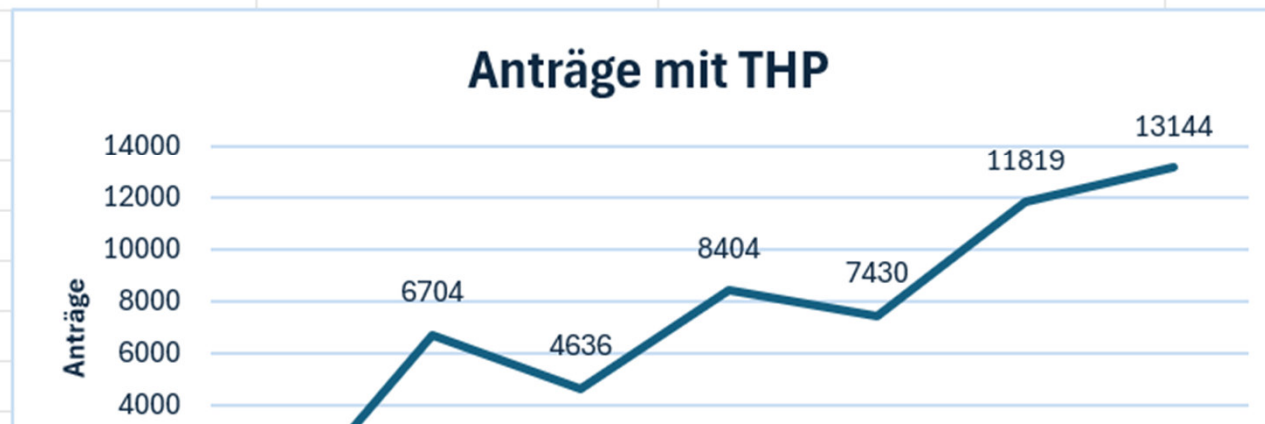
- Verantwortlichkeitsdiffusion?
- Wer ist leistender Reha-Träger?
- Ist der Patient genug reha-fähig für bestimmte Reha-Träger?

# Was sagen die Daten?

Hier: Rehabilitation (5 Leistungsgruppen, 7 Leistungsträger)

## Trägerübergreifenden Teilhabeplanung im Bereich von Reha und Teilhabe

Berichtsjahr	Anträge mit THP	Anteil Anträge mit THP	Entschiedene Gesamtanträge	Träger
2020	6704	0,30%	2524931	674
2021	4636	0,40%	1159112	857
2022	8404	0,70%	1207474	876
2023	7430	0,27%	2779404	926
2024	11819	0,40%	3020575	901
2025	13144	0,40%	3077074	887



Quelle: Teilhabeverfahrensberichte (BAR, 2020-2025, online: [teilhabeverfahrensbericht@bar-frankfurt.de](mailto:teilhabeverfahrensbericht@bar-frankfurt.de) | [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de))

\* THP = Teilhabepläne



# Gemeinsame Teilhabeplanung

---



**Eine gemeinsame Teilhabeplanung** ist erforderlich, wenn bei einer Person mit einer drohenden oder bestehenden Behinderung ein Bedarf an Leistungen zur Teilhabe besteht, der mehrere Rehabilitationsträger betrifft oder eine abgestimmte Planung notwendig ist (v. a. § 19 SGB IX plus BAR-Empfehlungen)

→ Es stellt ein Steuerungsinstrument zur Teilhabesicherung dar.

## **Dadurch sollen**

- Nachteile, die sich aus dem gegliederten Sozialleistungssystem ergeben, verringert werden
- Ein personenzentrierter „Fahrplan“ erstellt werden

## **Anwendung in der Praxis: Gering**

Warum?

- Zusätzlicher zeitlicher und personeller Aufwand
- Unsicherheit bzgl. der Komplexität der Zuständigkeitsregelungen
- Fehlende Kenntnisse anderer Rechtskreise (Binnenlogik)

# Schnittstellen-Optimierung: Hier Nutzung der ICF-“Denke“ für die gesamte Teilhabeplanung

## Die ICF-Denke zur Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung anwenden:

- Was ist mein Gesundheitsproblem?
- Woher rührt es? [Ebene der Körperstrukturen und -funktionen]
- Was resultiert daraus? [Krankheitsfolgenmodell: Ebene der Aktivitäten, Partizipation, Teilhabe]
- Woran hindert mich mein Problem, in welchen Bereichen ja, in welchen Bereichen nicht?
  1. LERNEN KÖNNEN UND WISSEN ANWENDEN
  2. AUFGABEN UND ANFORDERUNGEN BEWÄLTIGEN
  3. KOMMUNIZIEREN KÖNNEN
  4. MOBIL SEIN
  5. SICH SELBST VERSORGEN KÖNNEN
  6. HÄUSLICHES LEBEN ORGANISIEREN
  7. ZWISCHENMENSCHLICHE BEZIEHUNGEN PFLEGEN
  8. AN BEDEUTENDEN LEBENSBEREICHEN TEILHABEN (Kita, Schule, Ausbildung, Studium, Beruf)
  9. AM GEMEINSCHAFTS-, SOZIALEN UND STAATSBÜRGERLICHEN LEBEN TEILNEHMEN
- Was kann mir dabei helfen, es zu überwinden/verkleinern – wie kann ich mir selbst helfen, wie kann mir die Umwelt helfen, was brauche ich von anderen, was brauche ich von mir selbst, welche Dienste, Leistungen, Hilfestellungen kann ich in Anspruch nehmen? Welche Barrieren muss ich ausräumen, um des Problems habhaft zu werden? Welche Ressourcen muss ich ausbauen, um des Problems habhaft zu werden? [Berücksichtigung von Kontextfaktoren aus Umwelt und Person]





# Übergang von Reha zur Nachsorge

## Was sagen die Daten? Hier: Von der Reha zur Reha-Nachsorge

**Nach etwa jeder dritten Rehabilitation  
(ca. 33 %) wird eine Nachsorge durchgeführt.**

<b>Berichts- Jahr</b>	<b>Med. Reha (abgeschlossen)</b>	<b>Reha-Nachsorge (abgeschlossen)</b>
2024	1.050.386	304.346
2023	993.775	249.722
2022	922.820	203.251
2021	891.176	178,902
2020	865.673	170.209
2019	1.054.012	177.259
2018	1.031.294	147.923

Quelle: Reha-Berichte der Deutschen Rentenversicherung der Jahre 2018 bis 2024,  
online unter: [www.rehaberichte-drv.de](http://www.rehaberichte-drv.de)



# Übergang Reha / Pflege



## Was sagen die Daten? Hier: Schnittstelle Pflege/Reha



Reha vor Pflege, Reha aus der Pflege heraus, Reha in der Pflege ist möglich und vom Gesetzgeber erwünscht (seit 2020, siehe: IPReG).

### Positive Effekte der Rehabilitationsmaßnahmen auf die Pflegebedürftigkeit und deren Verlauf:

Verringerung der Pflegebedürftigkeit, Veränderung der Pflegestufe, Verhinderung einer Zunahme der Pflegebedürftigkeit, Abwendung dauerhafter Pflegebedürftigkeit, Stabilisierung der Selbstständigkeit bei bereits eingetretener Pflegebedürftigkeit, Reduktion des Pflegezeitbedarfs u.a.

### Aber:

- Heute kommen etwa **40 Prozent** der Patienten aus der Kurzzeitpflege dauerhaft in ein Pflegeheim.
- Zudem beträgt der Reha-/-Vorsorge-Anteil an den Gesamtausgaben der Krankenkassen gerade mal **ein Prozent**
- Obwohl sich die Zahl der pflegebedürftigen Menschen erhöht hat, ist keine wesentliche Zunahme an Leistungen zur (medizinischen) Rehabilitation festzustellen.
- Der Medizinische Dienst stellt dar, dass in rund **6 bis 7 %** der Fälle Rehabilitationsleistungen aus der ambulanten Pflege heraus empfohlen werden. In der stationären Pflege liegt der Wert bei ca. **1 %**. Die Rate der Inanspruchnahme der Rehabilitationsleistungen beläuft sich jedoch auf eine deutlich geringere Zahl. Denn nur **etwa jede vierte bis fünfte Person** setzt diese Empfehlung tatsächlich um. Regionale Unterschiede sind gegeben.



## Schnittstellen-Optimierung I

---



**Gemeinsamer Reha-Grundantrag**



**Vereinfachung des Reha-Systems**



**Übergangsrhaeinrichtungen**



**Formen mobiler Rehabilitation**



**PfIVer als Reha-Träger**



## Schnittstellen-Optimierung II

---

- ✓ **Fallmanagement**
- ✓ **Entlassungsmanagement**
- ✓ **Zentrumsbildung akut/rehabilitativ**
- ✓ **Vorbild KSR der DGUV**
- ✓ **Reform des Gesundheitswesens**

## Schnittstellen-Optimierung: Hier Gemeinsamer Reha-Grundantrag



# Gemeinsamer Reha-Grundantrag

## Das Projekt „Gemeinsamer Grundantrag für Reha- und Teilhabeleistungen“ auf einen Blick:

Projekt der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.

**Projektlaufzeit:** Mai 2023 bis Oktober 2025 (Weiterfinanzierung für Übergangszeitraum erfolgt)

**Projektförderung:** Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

**Projektbeteiligte:** Projekt der BAR-Mitglieder (Vorstandsbeschluss). Beteiligung weiterer relevanter Akteur:innen aus dem Bereich Rehabilitation und Teilhabe – z.B. Reha-Träger vor Ort, Menschen mit Behinderungen, Leistungserbringer, IT-Expert:innen – die in den verschiedenen Projektphasen zusammenarbeiten oder an der Erprobung teilnehmen

**Ziele des Projekts:** Entwicklung und Erprobung eines trägerübergreifend abgestimmten digitalen Prototyps für einen Antrag für Reha- und Teilhabeleistungen, mit dem grundsätzlich alle Leistungen aller Reha-Träger beantragt werden können (im Folgenden „Reha-Antrag“); Entwicklung einer Strategie zur Einführung dieses „Reha-Antrags“ in die Praxis

Weniger Formular-Dschungel



# Schnittstellen-Optimierung: Hier Vereinfachung des Reha-Systems

---

## Klare Zuständigkeiten

- Ein „Reha-Koordinator“ pro Fall (statt sieben Leistungsträgerbereiche mit insg. 1.099 einzelnen Reha-Trägern)
- Einheitliche Prüf- und Entscheidungsregeln

## Digitale Antragstellung & Kommunikation

- Zentraler Online-Antrag (statt dutzender Formulare)
- Trägerübergreifende Prozesssteuerung
- Transparenter Bearbeitungsstatus

## Bundesweit einheitliche Reha-Pfade je Indikation (z. B. Herz, Orthopädie, Psyche)

- Indikationsbezogene Reha-Pfade von Akut bis Nachsorge
- Verbindliche Bearbeitungsfristen

Empfehlungen der Kommission zur Sozialstaatsreform (1-2026):  
Strukturvereinfachungen, Leistungen aus einer Hand, ...

***Ob sie auch die Reha im Blick hatten?***

# Schnittstellen-Optimierung: Hier Nachklinische Übergangseinrichtungen

## Was sind nachklinische Übergangseinrichtungen?

„Zwischenstationen“ zwischen Akutklinik und klassischer Reha bzw. Zuhause/Pflege, die genau dann einspringen, wenn jemand zu stabil für die Intensiv-/Akutstation, aber noch zu instabil oder zu hilfsbedürftig für eine „normale“ Reha-Klinik oder für Zuhause ist. Z.B. Nach Phase C. Sie kommen also nach der Akutbehandlung, aber vor einer regulären Reha oder einer dauerhaften Pflege.

## Wozu dienen sie?

- Stabilisierung + Rehabilitationsaufbau, aktive Herstellung der Reha-Fähigkeit, Schließung von bestehenden Versorgungslücken
- Organisieren von komplexen Unterstützungsbedarf (Hilfsmittelversorgung, Wohnraumanpassung, Sozialberatung, Teilhabeplanung, Vorbereitung des Übergangs zurück nach Hause oder in eine andere Einrichtung)
- Vermeidung von Fehlwegen = Verhindern, dass Menschen aus der Akutklinik „direkt ins Pflegeheim“ rutschen, obwohl sie reha-fähig gemacht werden könnten; Entlastung von Akutstationen, die eigentlich nicht für langwierige Wiederaufbauprozesse gedacht sind

## Wodurch sind sie gekennzeichnet?

- Multidisziplinäres Team, Höhere pflegerische Dichte als klassische Reha, unterstützend bei ADL (Aufstehen, Waschen, Essen, Transfers), dosierte, alltagsnahe Aktivierung, enge Abstimmung mit vorangegangener Klinik, zukünftiger Reha-Einrichtung, Pflege, Hausarzt, Leistungsträgern

## Mehrwert?

Sorgen dafür, dass

- weniger Menschen dauerhaft im Pflegeheim landen
- Reha-Potenziale besser genutzt werden
- Akutbetten nicht mit „Falschbelegungen“ blockiert werden



# Schnittstellen-Optimierung: Hier Pflegeversicherung als Reha-Träger?

## Pros Cons

- Pflegekassen bekommen einen klaren Auftrag, Reha-Potenziale zu nutzen
- Reha aus der Pflege heraus wird einfacher
- Mehr Anreize in Richtung Aktivierung, weniger dauerhafte Pflege, mehr Wiedererlangung von Selbstständigkeit, Stärkung des Prinzips: Teilhabe
- Bessere Verzahnung von Pflege, Reha und Nachsorge
- Schließen von Versorgungslücken für Hochbetagte, Multimorbide und Menschen in Pflegeheimen

- Noch ein weiterer Reha-Träger – System wird komplexer statt einfacher
- Risiko einer „Reha light“ im Pflegekontext mit unklaren Qualitätsstandards
- Abgrenzungsprobleme zu GKV, DRV und UV (wer zahlt welche Reha?)
- Zusätzliche finanzielle Belastung der Pflegeversicherung (Beitragssatzdruck)
- Wenn Reha gut läuft, profitieren z. B.: Krankenkassen (weniger Krankenhausaufenthalte), Rentenversicherung (längere Erwerbstätigkeit), Sozialhilfe (später/geringerer Unterstützungsbedarf). Die Pflegeversicherung spart zwar potentiell auch, aber Effekte sind indirekt, langsam und schwer zuzuordnen (Stichwort: „Wir zahlen Reha, andere profitieren mit“)

