



REHABILITATIONSRECHT

IM GEGLIEDERTEN SYSTEM DES SGB

(STAND: 01.11.2024)

Rechtsanwalt
Max-Erik Niehoff
MBA HCM



- I. Grundlagen des Rehabilitationsrechtes
- II. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen nach dem SGB IX
- III. Einzelne Leistungsgesetze

The background of the slide features a photograph of a green, lined notebook resting on a dark wooden surface. A silver pen is positioned vertically to the right of the notebook. The entire image is overlaid with a semi-transparent green filter.

I. GRUNDLAGEN DES REHABILITATIONSRECHTES



- I. Grundlagen des Rehabilitationsrechtes
 - 1. Ausgangslage
 - 2. Begriff der Rehabilitation
 - 3. Grundprinzipien des Rehabilitationsrechtes
 - 4. Trägerzuständigkeit im gegliederten System



Regelungen zur Rehabilitation finden sich im

1. SGB I – Allgemeiner Teil
2. SGB II – Grundsicherung für Arbeitssuchende
3. SGB III – Arbeitsförderung
4. SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung
5. SGB VI – Gesetzliche Rentenversicherung
6. SGB VII – Gesetzliche Unfallversicherung
7. SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe
8. **SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen**
9. SGB XI – Soziale Pflegeversicherung
10. SGB XII – Sozialhilfe
11. SGB XIV – Soziale Entschädigung



Art. 2 Abs. 1 GG – Allgemeines Persönlichkeitsrecht

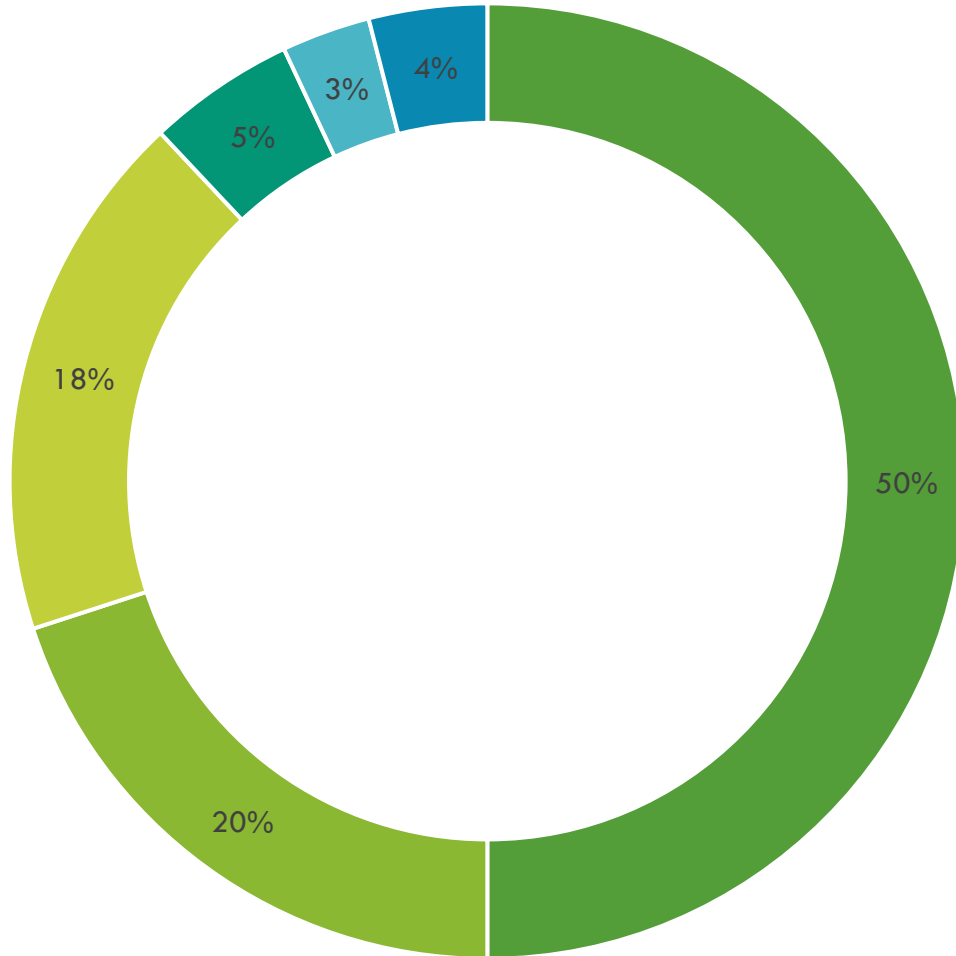
Art. 3 Abs. 1 S. 2 GG – Verbot der Benachteiligung behinderter Menschen

§ 10 SGB I

Menschen, die körperlich, geistig oder seelisch behindert sind oder denen eine solche Behinderung droht, haben unabhängig von der Ursache der Behinderung zur Förderung ihrer Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe ein Recht auf Hilfe...

§ 1 SGB IX

Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.



Auf die Kostenträger entfallende Anteile an Rehabilitationsmaßnahmen

1. Rentenversicherung (50 %)
2. Krankenversicherung (20 %)
3. Arbeitslosenversicherung (18%)
4. Unfallversicherung (5%)
5. Jugend- und Sozialhilfe (4%)
6. Kriegsopferversorgung (3%)



BEGRIFF DER REHABILITATION



- *“In einem übergreifenden Sinn meint Rehabilitation den gleichzeitigen und koordinierten Einsatz von medizinischen, sozialen, schulischen und beruflichen Maßnahmen mit dem Ziel, die aus gesundheitlichen Gründen eingeschränkten Betätigungsmöglichkeiten und damit die funktionelle Leistungsfähigkeit des Betroffenen möglichst weitgehend wiederherzustellen.”*

(v. Maydell/Ruland, Sozialrechtshandbuch, § 16, Rn. 201)



- *“Ein moderner Rehabilitationsbegriff orientiert sich am **biopsychosozialen Modell von Gesundheit und Krankheit der WHO** und fokussiert primär auf die individuellen und sozialen Auswirkungen von (chronischer) Krankheit, Unfall und angeborenen Leiden oder des Alters.”*

(Koch/Bengel, Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften, 2000, S. 9)



- Im Kontext des SGB IX

„verengt sich der Personenkreis auf den Kreis behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen und verdichtet sich das allgemeine Rehabilitationsziel gesellschaftlicher Integration zu einem Erfordernis partizipatorischer Gleichstellung und Normalisierung gegenüber den ansonsten eher instrumentellen, auf die Bewältigung von Krankheitsfolgen bezogenen medizinisch-pathologischen Sichtweisen.“

(Luthe, Rehabilitationsrecht, 2009, S. 9)



- unterschieden werden (vgl. §5 SGB IX):
 - ✓ Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
 - ✓ Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
 - ✓ Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen
 - ✓ Leistungen zur Teilhabe an Bildung
 - ✓ Leistungen zur sozialen Rehabilitation



GRUNDPRINZIPIEN DES REHABILITATIONSRECHTS



1. Vorrang von Prävention und Rehabilitation
2. Wirtschaftlichkeitsgrundsatz
3. Aktive Mitwirkung des Leistungsberechtigten
4. Selbstbestimmung des Leistungsberechtigten
5. Ganzheitlichkeit
6. Finalität
7. Gegliedertes System
8. Pluralistische Leistungserbringung
9. Vorrang ambulanter und teilstationärer vor stationären Leistungen

1. VORRANG VON PRÄVENTION UND REHABILITATION



- Prävention vor Reha vor Rente
- Zwar allgemeiner Grundsatz vorrangiger Prävention
§§ 3 SGB IX, 9 SGB VI, 26 SGB VII, 5 SGB XI, 31 SGB XI, 14 SGB XII, 29 BVG
- Konkrete Maßnahmen jedoch nur in §§ 20 ff. SGB V und §§ 14 ff. SGB VII
- Vorrang betrifft Primärprävention, aber auch Sekundärprävention (hier Überschneidung von Präventions- und Rehabilitationsgedanken)
- Adressaten sind Leistungsträger

2. WIRTSCHAFTLICHKEITSGRUNDSATZ



- Gebot der Berücksichtigung der Haushaltslage, Effektivitäts- und Effizienzgebot, Wettbewerbsmaxime, Solidarmaxime
- Gegensatz zum Bedarfsdeckungsgrundsatz
- **Grundsätzlich:** Das Recht und nicht das Geld bestimmt das Handeln der Verwaltung.
Aber: Spannungsverhältnis zwischen unbegrenztem Bedarf und begrenzten Ressourcen.
- Minimalprinzip = Zweckerfüllung mit geringstmöglichen Mitteln → Geeignetheit, Notwendigkeit, Angemessenheit
- Maximalprinzip = größtmöglicher Nutzen mit gegebenen Mitteln → Relevanz im Haushaltsrecht, Wirtschaftlichkeitsgebot hat hier Funktion einer Gewichtungsregel

3. AKTIVE MITWIRKUNG DES LEISTUNGSBERECHTIGTEN



- unabdingbare Voraussetzung seiner Aktivierung auf der Basis von Freiwilligkeit
- Es gelten §§ 62-65 iVm § 66 Abs. 2 SGB I
- Bei Erfolgsbeeinträchtigung der Maßnahme durch passives oder ordnungswidriges Verhalten des Rehabilitanden kann der Leistungsbescheid nur mit Wirkung für die Zukunft aufgehoben werden (§ 48 Abs. 1 S. 1 SGB X)

4. SELBSTBESTIMMUNG DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN



- Selbstbestimmungsziel im Sozialrecht als Maßstab individueller Freiheitssicherung verbietet mit Rücksicht auf die Menschenwürde, dass der Einzelne zum bloßen Objekt staatlicher Fürsorge herabgewürdigt wird
- Selbstbestimmung ist wesentliche Voraussetzung für den Erfolg der Rehabilitation und somit auch Mittel zum Zweck (vgl. vor allem § 33 S.1 SGB I sowie § 9 Abs. 1 S. 2 und 3 SGB IX und § 17 SGB IX)
- Selbstbestimmungsgrundsatz relevant für die Abwägung zwischen Schutzbedürfnis des Einzelnen und seiner prinzipiellen Eigenverantwortlichkeit für seine Lebensrisiken im Rahmen von Ermessensentscheidungen bei der Leistungsgewährung

5. GANZHEITLICHKEIT



- Grundsätzlich sind alle Leistungen zu gewähren, die zur Erreichung eines bestimmten Reha-ziels geeignet sind
- Am weitgehendsten umgesetzt in der Unfallversicherung, § 26 Abs. 2 SGB VII
- Vgl. auch § 4 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX
- Grundsatz stößt auf Grenzen des gegliederten Systems und der spezialgesetzlichen Leistungsvoraussetzungen
- Grundsatz findet im SGB IX Ausdruck durch Verfahrensvorschriften zur Koordination und Zusammenwirken (§§ 19 ff., 25), durch gemeinsame Empfehlungen der Reha-Träger (§ 26), durch bes. Zuständigkeitsklärung (§ 14, 15), durch Regelungen zum persönlichen Budget (§ 29), durch Teilhabeberatung (§§ 32 ff.)



- Gegensatz zum Kausalprinzip
- Leistungen zur Rehabilitation hängen nicht von einer Vorleistung des Bürgers oder der Ursache der Behinderung ab. Schutzbedürfnis allein maßgebend
- In reiner Ausprägung jedoch nur im Schwerbehindertenrecht (§§ 151ff. SGB IX) und in der Sozialhilfe (§§ 53ff. SGB XII)

7. GEGLIEDERTES SYSTEM



- Beruht auf dem Zusammenhang des jeweiligen Primärauftrages mit der entsprechenden Teilzuständigkeit des Trägers.

Vorteile

- der Arbeitsaufteilung und Spezialisierung
- besserer Plan- und Steuerbarkeit sowie
- größerer Flexibilität der einzelnen Rehaträger

Schwächen

- Hang zu negativer Koordination der Leistungen (Absicherung der eigenen Unzuständigkeit)
- Wechsel der Trägerzuständigkeit trotz sachlich gebotener Auflösung starrer trägergebundener Phasen der Akutversorgung und Rehabilitation bzw. medizinischer und beruflicher Rehabilitation
- Träger haben teilweise zwar die Kosten, nicht aber die Risiken des Scheiterns der Rehabilitation zu tragen (Arbeitslosen- und Pflegeversicherung; kein Anreiz für GKV zu pflegevermeidender Reha)

8. PLURALISTISCHE LEISTUNGSERBRINGUNG



- Vorrang privater Leistungserbringung ggü. staatlicher Durchführungsverantwortung mit dem Ziel, dem Leistungsberechtigten eine aktive Rolle als Nachfrager auf einem Wettbewerbsmarkt von Reha-leistungen einzuräumen
- Stärkung der Nachfragerseite durch Wunsch- und Wahlrecht (§ 8 SGB IX)
- Vor allem auch das Komplexleistung erbrachte persönliche Budget (§ 29 SGB IX) soll dem Berechtigten den selbstbestimmten Einkauf ermöglichen

9. VORRANG AMBULANTER/TEILSTATIONÄRER VOR STATIONÄREN LEISTUNGEN



- Fußt auf dem Gedanken, dass ambulanten Hilfen oft sachgerechter, menschenwürdiger und kostengünstiger sind, indem sie verhindern, dass berechnigte Personen aus ihrem Lebensumfeld abgeschoben werden
- Grundsatz wurde im Sozialhilferecht im Falle unverhältnismäßiger Mehrkosten wieder eingeschränkt (§ 13 I 3 SGB XII)



TRÄGERZUSTÄNDIGKEITEN



Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation stellt auf ihrer Webseite einen „Zuständigkeits-Navigator“ bereit:

<https://www.reha-zustaendigkeitsnavigator.de/>



Gesetzliche Rentenversicherung

- Bei Vorliegen der persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen;
- Erfüllt der Betroffene die Voraussetzungen nicht, ist in der Regel für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die gesetzliche Krankenversicherung und für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Agentur für Arbeit zuständig.
- Wenn die Behinderung durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit verursacht wurde, ist grundsätzlich die gesetzliche Unfallversicherung zuständig.



Bundesagentur für Arbeit

Um allgemeine oder besondere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu erhalten, müssen grundsätzlich zwei Voraussetzungen erfüllt sein:

- Der Betroffene ist behindert oder schwerbehindert oder konkret von einer Behinderung bedroht.
- Aufgrund der Behinderung kann die bisherige berufliche Tätigkeit nicht mehr ausgeübt werden oder der Einstieg in den Beruf ist ohne Unterstützung nicht möglich.

Die Bundesagentur für Arbeit ist für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständig, soweit kein anderer Rehabilitationsträger Vorrang hat. Dies gilt auch für behinderte erwerbsfähige Hilfebedürftige, die Leistungen zur Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II erhalten.



Gesetzliche Unfallversicherung

Alle abhängig Beschäftigten – das heißt, alle Personen in einem Arbeits-, Dienst- oder Ausbildungsverhältnis – sind in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert. Diese ist zuständig für Leistungen bei

- Einem Arbeitsunfall einschließlich eines Unfalls auf dem Weg von und zum Unternehmen,
- Einer Berufskrankheit oder einer drohenden Berufskrankheit – gemäß der Berufskrankheiten-Verordnung.



Gesetzliche Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung ist zuständig, sofern nicht vorrangig die gesetzliche Rentenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung oder das Versorgungsamt, zum Beispiel bei einem Gesundheitsschaden infolge einer Gewalttat, eintritt.



Versorgungsämter

- Die zuständigen Behörden der Kriegsopferversorgung sind die Landesversorgungsämter und Versorgungsämter.
- In einzelnen Bundesländern führen diese auch Bezeichnungen wie „Amt für Familie und Soziales“ oder „Amt für Versorgung und Familienförderung“.
- Die Kriegsopferfürsorge wird von den Hauptfürsorgestellen und in einigen Ländern auch von den Fürsorgestellen für Kriegsopfer durchgeführt.



Träger der Eingliederungshilfe

- Zuständig ist grundsätzlich der örtliche Träger der Sozialhilfe, in dessen Bereich sich der Hilfesuchende tatsächlich aufhält, das heißt der Stadt oder Landkreis.
- Ausnahme: Einige Leistungen, die von den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe bearbeitet werden, wie zum Beispiel Leistungen zur Beschäftigung und Betreuung in einer Werkstatt für behinderte Menschen.



öffentliche Jugendhilfe

- Für die öffentliche Jugendhilfe sind die Jugendämter bei den Stadt und Landkreisen sowie die Landesjugendämter zuständig.
- Ihre Leistungen sind jedoch nachrangig gegenüber den Leistungen anderer Rehabilitationsträger – mit Ausnahme der Sozialhilfe.



II. REHABILITATION UND TEILHABE BEHINDERTER MENSCHEN

SGB IX



- II. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen nach dem SGB IX
 - 1. Gesetzesziele und Begriff der Behinderung
 - 2. Leistungsgrundsätze und Verfahrensregeln
 - 3. Ausführung von Leistungen zur Teilhabe



GESETZESZIELE

§ 1 SGB IX



- **Harmonisierung des Behindertenrechtes**
→ deutlich beschränkt durch § 7 SGB IX
- **Förderung von Selbstbestimmung und gleichberechtigter Teilhabe**
→ von bevormundender Fürsorge zum selbstbestimmten, eigenverantwortlich handelnden und mündigen Rehabilitanden
→ Gewährleistung eines gleichberechtigten Zugangs behinderter Menschen zum gesellschaftlichen Umfeld
- **Vermeidung von Benachteiligungen**
→ Umsetzung des Art. 3 III GG im Sozialrecht
- **Besondere Bedürfnisse behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder**
→ Umsetzung des Art 3 II GG; Schutz vor doppelter Benachteiligung



- SGB IX bildet einheitliche Grundlage für alle Reha-träger und trägt damit der Forderung nach mehr Transparenz Rechnung;
- Ziel: mehr Bürgernähe und verbesserte Zusammenarbeit der Reha-träger statt Divergenz und Unübersichtlichkeit durch einheitliche Praxis;
- Bestehendes Rehabilitations- und SchwbG wurde zusammengefasst zu **Recht auf Teilhabe**
- SGB IX beabsichtigt Stärkung individueller Rechtspositionen (zB Wunsch- und Wahlrecht (§ 8), persönliche Budgets (§ 29)) → Dienstleistungsfunktion der Rehaträger



- die Vorschriften sind grundsätzlich unmittelbar geltendes Recht für die Rehabilitationsträger (bereichsübergreifende Wirksamkeit?);
- die Träger der Sozial- und Jugendhilfe wurden in den Kreis der Rehabilitationsträger einbezogen;
- Regelungen zur raschen Zuständigkeitsklärung verkürzen das Verwaltungsverfahren;
- Regelungen zur Koordination der Leistungen und zur Kooperation der Leistungsträger sollen zu einem wirksamen Leistungsvollzug verhelfen



- zur Sicherung der Leistungsqualität vereinbaren die Rehabilitationsträger gemeinsame Empfehlungen als Grundlage für ein effektives Qualitätsmanagement;
- ein allgemeiner Vorrang von Leistungen zur Teilhabe, flankierende psychologische und pädagogische Hilfen sowie die Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung sollen zu einem wirksamen Leistungsvollzug verhelfen;
- mit dem Ziel einer einzelfallgerechten Flexibilisierung der Rehabilitation wurde der Grundsatz "ambulant vor stationär" verankert;
- schwerbehinderte Menschen erhalten als Hilfe zur Erlangung eines Arbeitsplatzes einen Anspruch auf notwendige Arbeitsassistenz;
- hörbehinderten Menschen wird die Verwendung der Gebärdensprache im Verkehr mit öffentlichen Einrichtungen ermöglicht



BEGRIFF DER BEHINDERUNG

§ 2 SGB IX



Nach § 2 I SGB IX (alt): Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

§ 2 I SGB IX: Menschen mit Behinderungen sind 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. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.



- Geteilte Bedeutung der ICF in rehabilitations- und rechtswissenschaftlicher Hinsicht
- ICF prägend für Selbstverständnis der Rehabilitationswissenschaften
- Auch die Rehabilitations-Richtlinien des GBA nach § 92 I 2 Nr. 8 SGB V stellen darauf ab, ebenso wie die Gemeinsame Empfehlung für die Durchführung von Begutachtungen der BAG für Rehabilitation nach § 13 I iVm § 12 I Nr. 4 SGB IX.
- **ABER:**
Der Behindertenbegriff kann für eine gesetzeskonforme Begutachtung nicht weitergefasst sein, als es das Gesetz zulässt.



- a) Körperliche Funktion, geistige Fähigkeit und seelische Gesundheit
- (1) Körperliche Funktionen sind in umfassendem Sinn zu verstehen; sie schließen Störungen der Sinne und Empfindungen mit ein
 - (2) Geistige Fähigkeiten sind solche im kognitiven, psychomotorischen und intellektuellen Bereich.
 - (3) Die seelische Gesundheit umfasst neben seelischen Erkrankungen auch psychisch-funktionale Fähigkeiten der Persönlichkeit
 - Seelische Behinderungen werden häufig erst in den sozialen Beziehungen manifest; geforderte Kausalität zwischen Funktionsstörung und Teilhabebeeinträchtigung daher schwer belegbar; bilden eine im Rahmen der Seelischen Gesundheit zu beurteilende Einheit;
 - ICF verfolgt ein anderes Klassifikationsschema nach Art der gestörten Funktionen



d) Für das Lebensalter typischer Zustand

- Alterstypische Abweichungen sind grundsätzlich keine Behinderungen
- Rehabilitationswissenschaftlich umstritten (was ist alterstypisch? Alterungsprozesse laufen individuell höchst unterschiedlich ab)
- Dient der Eingrenzung des Kreises der Leistungsberechtigten



f) Beeinträchtigung der Teilhabe

- Aufgrund der Kontext- und Situationsbezogenheit kann die Teilhabebeeinträchtigung nur im konkreten Einzelfall beurteilt werden
- Bei Beurteilung einer Teilhabebeeinträchtigung ist der zugrunde liegende Gesellschaftsbegriff von entscheidender Bedeutung.

„Nicht Individuen, Beziehungen zwischen diesen oder soziale Rollen sind insofern ‚Gesellschaft‘, sondern Kommunikationen. Diese finden statt in Interaktionen und Organisationen; nur diese können ausgrenzen. Maßgeblich sind daher die Organisationen der relevanten gesellschaftlichen Funktionssysteme (etwa Unternehmen, Behörden, Bildungseinrichtungen, Gerichte, medizinische Einrichtungen) und sonstige Sozialsysteme ohne ausgeprägten Funktionsbezug (etwa Familie, Nachbarschaft, Freundeskreis, Vereinsleben).“

[Luthe in Luthe, Rehabilitationsrecht, 2009, S. 126]



f) Beeinträchtigung der Teilhabe

- Erforderlich ist eine gewisse **Ausgrenzungsintensität**
- Es geht um die angemessene Teilhabe an sozialen Kommunikationsbeziehungen von allgemeiner Relevanz

“Die Bestimmung der Ausgrenzungsintensität und relevanten Ausgrenzungsschwelle ist deshalb nur im Rahmen einer wertenden Inbeziehungsetzung aller relevanten Einzelfallumstände möglich. Auch hier - wie sonst auch - ist als allgemeiner Wertungshintergrund letztlich der Konflikt zwischen dem individuellen Schutzbedürfnis und der prinzipiellen Eigenverantwortung des Einzelnen für seine Lebensrisiken einem schonenden Ausgleich zuzuführen.”

[Luthe in Luthe, Rehabilitationsrecht, 2009, S. 127]



g) Drohende Behinderung

- Personen sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist (§ 2 Abs. 1 Satz 2 SGB IX). Die "Beeinträchtigung" bezieht sich sowohl auf die Abweichung vom alterstypischen Zustand als auch auf die Beeinträchtigung der Teilhabe.
- Als Wahrscheinlichkeitsmaßstab ausreichend ist ein überwiegender Grad an Wahrscheinlichkeit (mehr als 50 %).
Außerdem: Je schwerer die drohende Beeinträchtigung ist, umso geringer sind die an die Prognose geknüpften Anforderungen.
- Zwischen drohender Behinderung und chronischer Erkrankung muss in rechtlicher Hinsicht klar unterschieden werden. Unterscheidungskriterium ist die andauernde Teilhabebeeinträchtigung.
Aber: chronische Erkrankung indiziert drohende Behinderung



LEISTUNGSGRUNDSÄTZE UND VERFAHRENSREGELN

§§ 3-16 SGB IX



- **Absatz 1**

Die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter wirken bei der Aufklärung, Beratung, Auskunft und Ausführung von Leistungen im Sinne des Ersten Buches sowie im Rahmen der Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern nach § 167 darauf hin, dass der Eintritt einer Behinderung einschließlich einer chronischen Krankheit vermieden wird.



Die Leistungen zur Teilhabe umfassen notwendige Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung

1. die **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 selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.



Zur Teilhabe werden erbracht

1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§§ 42 ff. SGB IX)

Rehabilitationsträger sind: GKV, GUV, GRV, Versorgungsämter, Träger der öff. Jugendhilfe, Träger der Sozialhilfe, Träger der Alterssicherung für Landwirte

2. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 49 ff. SGB IX)

Rehabilitationsträger sind: Bundesagentur für Arbeit, GUV, GRV, Versorgungsämter, Träger der öff. Jugendhilfe, Träger der Sozialhilfe

3. unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen (§§ 64 ff. SGB IX)

Rehabilitationsträger sind: GKV, Bundesagentur für Arbeit, GUV, GRV, Versorgungsämter, Träger der Alterssicherung für Landwirte,

4. Leistungen zur Teilhabe an Bildung (§ 75 SGB IX)

Versorgungsämter; Träger der öff. Jugendhilfe, Träger der Sozialhilfe

5. Leistungen zur sozialen Teilhabe (§§ 76 ff. SGB IX)

Rehabilitationsträger sind: GUV, Versorgungsämter, Träger der öff. Jugendhilfe, Träger der Sozialhilfe



- **Gesetzliche Krankenkassen** (med. Reha; unterhaltssichernde und andere ergänzende Maßnahmen)
- **Bundesagentur für Arbeit** (Teilhabe am Arbeitsleben; unterhaltssichernde und andere ergänzende Maßnahmen)
- **Gesetzliche Unfallversicherung** (allumfassend)
- **Gesetzliche Rentenversicherung** (med. Reha; Teilhabe am Arbeitsleben; unterhaltssichernde und andere ergänzende Maßnahmen) sowie **Alterssicherung der Landwirte** (med. Reha; unterhaltssichernde und andere ergänzende Maßnahmen)
- **Kriegsopferversorgung und –fürsorge** (allumfassend)
- **Öffentliche Jugendhilfe** (med. Reha; Teilhabe am Arbeitsleben, Bildung und am Leben in der Gemeinschaft)
- **Sozialhilfe** (med. Reha; Teilhabe am Arbeitsleben, Bildung und am Leben in der Gemeinschaft)



Prinzip der einheitlichen Risikozuordnung:

Verantwortlich soll sein, wer das finanzielle Risiko des Scheiterns der Rehabilitation trägt

LEISTUNGSGRUPPEN UND TRÄGER



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 der Kriegsopferversorgung und der Kriegsopferfürsorge	✓	✓	✓	✓	✓
Integrationsamt		✓			



- Die Vorschriften des SGB IX gelten für die Leistungen zur Teilhabe, soweit sich aus den für die jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt (§ 7 Satz 1 SGB IX).
- Nur die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe richten sich allein nach den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen (§ 7 Satz 2 SGB IX).
- Ziele, Prinzipien und Verfahrensregeln in Teil 1 des SGB IX immer dann verbindlich, wenn sich aus den Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt. → kein genereller Vorrang des Leistungsgesetzes



- § 7 II: Abweichend von Abs. 1 gehen die Vorschriften der Kapitel 2 bis 4* den für die jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen vor. Von den Vorschriften in Kapitel 4 kann durch Landesrecht nicht abgewichen werden.

★

- Kapitel 2 (§§ 9-11) SGB IX – Einleitung der Rehabilitation von Amts wegen
- Kapitel 3 (§§ 12, 13) SGB IX – Erkennung und Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs
- Kapitel 4 (§§ 14-24) SGB IX – Koordinierung der Leistungen



- Besondere Ausprägung der Individualisierungsgebotes für Sozialleistungen
- Bei der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe wird berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen.
- Persönliche Lebenssituation, Alter, Geschlecht, Familie, religiöse und weltanschauliche Bedürfnisse, sexuelle Identität und ethnische Herkunft sind zu berücksichtigen



- Sachleistungen zur Teilhabe, die nicht in Rehabilitationseinrichtungen auszuführen sind, können auf Antrag als Geldleistungen erbracht werden, wenn die Leistungen hierdurch voraussichtlich bei gleicher Wirksamkeit wirtschaftlich zumindest gleichwertig ausgeführt werden können. [...] Der Rehabilitationsträger begründet durch Bescheid, wenn er den Wünschen des Leistungsberechtigten nicht entspricht.
- Leistungen, Dienste und Einrichtungen lassen den Leistungsberechtigten möglichst viel Raum zu eigenverantwortlicher Gestaltung ihrer Lebensumstände und fördern ihre Selbstbestimmung.
- Die Leistungen zur Teilhabe bedürfen der Zustimmung der Leistungsberechtigten.





- 1) *Werden bei einem Rehabilitationsträger Sozialleistungen wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung oder einer drohenden Behinderung beantragt oder erbracht, prüft dieser unabhängig von der Entscheidung über diese Leistungen, ob Leistungen zur Teilhabe voraussichtlich erfolgreich sind.*
- 2) *Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen, die bei erfolgreichen Leistungen zur Teilhabe nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen wären. Dies gilt während des Bezuges einer Rente entsprechend.*
- 3) *Absatz 1 ist auch anzuwenden, um durch Leistungen zur Teilhabe Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.*



- Soweit geboten, prüft Reha-träger vor, während oder nach einer med. Reha, ob LTA geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten.
- Die Bundesagentur für Arbeit ist zu beteiligen, bei Schwerbehinderung ist das Integrationsamt hinzuzuziehen
- Zeigt sich während der med. Reha, dass der bisherige Arbeitsplatz gefährdet ist, wird unverzüglich geklärt, ob LTA erforderlich sind
- Träger wirken auf frühzeitige Antragstellung hin, Verpflichtung zur Entgegennahme des Antrags ungeachtet der Zuständigkeit für LTA



- Um chronische Erkrankungen und (drohende) Behinderungen zu vermeiden und die Erwerbsfähigkeit zu erhalten, sind präventive und rehabilitative Maßnahmen notwendig. Dazu bekommen die Jobcenter (SGB II) und die Rentenversicherung (SGB VI) jeweils pro Jahr 100 Mio. Euro über einen Zeitraum von 5 Jahren zur Verfügung gestellt.
- Die Mittel fließen in die Erprobung von neuen Organisationsmodellen, Methoden und Maßnahmen, durch die einer (drohenden) Behinderung oder einer drohenden Erwerbsminderung so frühzeitig wie möglich entgegen gewirkt werden kann.



- Für eine erfolgreiche Rehabilitation müssen die Reha-Träger den Bedarf einer Person so früh wie möglich erkennen. Neben den allgemeinen Aufklärungs- und Beratungspflichten der Reha-Träger enthält der § 12 SGB IX-neu Regelungen, die die frühzeitige Bedarfserkennung und Antragstellung der Leistungsberechtigten unterstützen. Sogenannte Ansprechstellen sollen dazu Informationsangebote vermitteln.



- Verwendung systematischer Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel (Instrumente) zur einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung des individuellen Reha-bedarfs
- Instrumente sollen erfassen
 - ob Behinderung vorliegt oder einzutreten droht
 - Welche Asuwirkungen die Behinderung auf die Teilhabe hat
 - Welche Ziele mit den Leistungen erreicht werden sollen
 - Welche Leistunge voraussichtlich erfolgreich sind



1. Auf Antrag oder von Amts wegen mit Zustimmung des Versicherten (§ 115 Abs. 1 und 4 SGB VI)
2. Zuständigkeitserklärung (§ 14 Abs. 1 SGB IX)
 - a) Reha-träger stellt innerhalb von 2 Wochen nach Antragseingang fest, ob er zuständig ist
 - b) Stellt er fest, dass er nicht zuständig ist, leitet er den Antrag unverzüglich an den seiner Auffassung nach zuständigen Träger weiter. Ist der zweitangegangene Träger für die Leistung insgesamt ebenfalls nicht zuständig, kann er den Antrag **im Einvernehmen** mit dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger an diesen weiterleiten, damit von diesem als leistenden Reha-träger über den Antrag innerhalb der bereits laufenden Fristen entschieden wird und unterrichtet hierüber den Antragsteller.



- c) Muss für die Zuständigkeitsfeststellung die Ursache der Behinderung geklärt werden und ist die Klärung innerhalb der Zwei-Wochenfrist nicht möglich, wird der Antrag unverzüglich dem Träger zugeleitet, der die Leistung ohne Rücksicht auf die Ursache erbringt
 - 1) bei medizinischer Reha die DRV, wenn die versicherungsrechtlichen und persönlichen Voraussetzungen erfüllt sind, andernfalls die GKV
 - 2) bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die DRV, wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind, andernfalls die Bundesagentur für Arbeit
 - 3) bei Leistungen zur sozialen Teilhabe der Träger der Sozialhilfe der nach SGB XII sachlich und örtlich zuständig ist außer in Fällen seelischer Behinderung von Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen für die die Jugendhilfe nach SGB VIII zuständig ist.
 - 4) Bei Unklarheit darüber, ob Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind, ist die DRV zuständig (vgl. § 4 der Gemeinsamen Empfehlungen zur Zuständigkeitsklärung)



3. Feststellung des Rehabilitationsbedarfs (§ 14 Abs. 2 SGB IX; Rehabilitationsfähigkeit und –prognose)
 - a) Der Reha-bedarf ist unverzüglich (d.h. ohne schuldhaftes Zögern) festzustellen – ohne Gutachten innerhalb von drei Wochen nach Antragsingang
 - b) Muss für die Feststellung ein Gutachter hinzugezogen werden, Entscheidung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens; das Gutachten ist innerhalb von zwei Wochen nach Auftragserteilung fertigzustellen. Die Beauftragung des Gutachtens hat unverzüglich zu erfolgen.
4. Entscheidung über den Antrag durch Verwaltungsakt
 - Aufforderung zur Reha-Antragstellung durch KK (§ 51 I SGB V) oder Agentur für Arbeit (§ 145 SGB III)
 - Umdeutung des Reha-Antrags in einen Rentenantrag (§ 116 II SGB VI)



Maximale Dauer der Entscheidung über den Leistungsantrag

- Maximal 3 Wochen, wenn der erste Reha-Träger den Antrag nicht weiterleitet und kein Gutachten benötigt wird.
- Maximal 5 Wochen, wenn der Antrag ein- oder zweimal weitergeleitet wurde und kein Gutachten benötigt wird.
- Maximal 6 Wochen, wenn mehrere Träger zuständig sind, aber keine Teilhabeplankonferenz stattfindet.
- Maximal 2 Monate, wenn eine Teilhabeplankonferenz durchgeführt wird.
- Wird ein Gutachten benötigt, gibt es keine feste Maximaldauer, weil es individuell unterschiedlich ist, wie lange die Auswahl des Gutachters und dessen Beauftragung dauern.



§ 15 Leistungsverantwortung bei Mehrheit von Rehabilitationsträgern

§ 16 Erstattungsansprüche zwischen Rehabilitationsträgern



- Sozialdienste von Kliniken, bei Fördereinrichtungen oder den Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe beraten und unterstützen bei der Antragstellung
- Eine Adressensuche bietet die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) unter www.ansprechstellen.de.
- Menschen mit Behinderungen und deren Angehörige können auch das Beratungsangebot der unabhängigen Teilhabeberatung nutzen: www.teilhabeberatung.de
- Siehe auch www.rehadat-adressen.de



- Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) bietet unter www.reha-fristenrechner.de einen **Fristenrechner**, mit dem wichtige Fristen im Reha-Prozess berechnet werden können.
- Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) informiert ausführlich zum Reha-Prozess unter www.bar-frankfurt.de > Themen > Reha-Prozess.



Wenn Fristen nicht eingehalten werden bestehen verschiedene Möglichkeiten:

- Ein Gerichtsverfahren:
 - **gerichtliches Eilverfahren** → **Risiko**, die **Kosten** einer vorläufig gewährten Leistung später **erstatten** zu müssen.
 - **gerichtliche Untätigkeitsklage**, meistens aber erst, wenn über Antrag länger als 6 Monate nicht entschieden. Ist der Träger der Jugendhilfe zuständig, reichen 3 Monate.
- Die sog. **Selbstbeschaffung** der Leistung mit nachträglicher Erstattung (siehe sogleich)



(1) Ist für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten erforderlich, beauftragt der leistende Rehabilitationsträger unverzüglich einen geeigneten Sachverständigen. Er benennt dem Leistungsberechtigten in der Regel drei möglichst wohnortnahe Sachverständige, soweit nicht gesetzlich die Begutachtung durch einen sozialmedizinischen Dienst vorgesehen ist. Haben sich Leistungsberechtigte für einen benannten Sachverständigen entschieden, wird dem Wunsch Rechnung getragen.



*(2) Der Sachverständige nimmt eine umfassende sozialmedizinische, bei Bedarf auch psychologische Begutachtung vor und erstellt das Gutachten innerhalb von zwei Wochen nach Auftragserteilung. Das Gutachten soll den von den Rehabilitationsträgern vereinbarten **einheitlichen Grundsätzen zur Durchführung von Begutachtungen** nach § 25 Absatz 1 Nummer 4 entsprechen. Die in dem Gutachten getroffenen Feststellungen zum Rehabilitationsbedarf werden den Entscheidungen der Rehabilitationsträger zugrunde gelegt. Die gesetzlichen Aufgaben der Gesundheitsämter, des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach § 275 des Fünften Buches und die gutachterliche Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit nach § 54 bleiben unberührt.*



(3) Hat der leistende Rehabilitationsträger nach § 15 weitere Rehabilitationsträger beteiligt, setzt er sich bei seiner Entscheidung über die Beauftragung eines geeigneten Sachverständigen mit den beteiligten Rehabilitationsträgern über Anlass, Ziel und Umfang der Begutachtung ins Benehmen. Die beteiligten Rehabilitationsträger informieren den leistenden Rehabilitationsträger unverzüglich über die Notwendigkeit der Einholung von Gutachten. Die in dem Gutachten getroffenen Feststellungen zum Rehabilitationsbedarf werden in den Teilhabeplan nach § 19 einbezogen. Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.

(4) Die Rehabilitationsträger stellen sicher, dass sie Sachverständige beauftragen können, bei denen keine Zugangs- und Kommunikationsbarrieren bestehen.



§ 18 SGB IX gibt dem Leistungsberechtigten die Möglichkeit, sich die Leistung selbst zu beschaffen und vom Rehabilitationsträger Erstattung der Aufwendung zu verlangen.

Zwei Varianten werden unterschieden

1. Die Erstattungspflicht bei nicht fristgerechter Entscheidung über den Antrag auf Leistungen
2. Die Erstattungspflicht bei nicht rechtzeitiger Erbringung von unaufschiebbaren Leistungen bzw. rechtswidriger Ablehnung von Leistungen



§ 18 - Erstattung selbstbeschaffter Leistungen

- (1) Kann über den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe nicht innerhalb einer Frist von zwei Monaten ab Antragseingang bei dem leistenden Rehabilitationsträger entschieden werden, teilt er den Leistungsberechtigten vor Ablauf der Frist die Gründe hierfür schriftlich mit (begründete Mitteilung).*



(2) In der begründeten Mitteilung ist auf den Tag genau zu bestimmen, bis wann über den Antrag entschieden wird. In der begründeten Mitteilung kann der leistende Rehabilitationsträger die Frist von zwei Monaten nach Absatz 1 nur in folgendem Umfang verlängern:

1. um bis zu zwei Wochen zur Beauftragung eines Sachverständigen für die Begutachtung infolge einer nachweislich beschränkten Verfügbarkeit geeigneter Sachverständiger,

2. um bis zu vier Wochen, soweit von dem Sachverständigen die Notwendigkeit für einen solchen Zeitraum der Begutachtung schriftlich bestätigt wurde und

3. für die Dauer einer fehlenden Mitwirkung der Leistungsberechtigten, wenn und soweit den Leistungsberechtigten nach § 66 Absatz 3 des Ersten Buches schriftlich eine angemessene Frist zur Mitwirkung gesetzt wurde.



- (3) *Erfolgt keine begründete Mitteilung, gilt die beantragte Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Die beantragte Leistung gilt auch dann als genehmigt, wenn der in der Mitteilung bestimmte Zeitpunkt der Entscheidung über den Antrag ohne weitere begründete Mitteilung des Rehabilitationsträgers abgelaufen ist.*
- (4) *Beschaffen sich Leistungsberechtigte eine als genehmigt geltende Leistung selbst, ist der leistende Rehabilitationsträger zur Erstattung der Aufwendungen für selbstbeschaffte Leistungen verpflichtet. Mit der Erstattung gilt der Anspruch der Leistungsberechtigten auf die Erbringung der selbstbeschafften Leistungen zur Teilhabe als erfüllt. Der Erstattungsanspruch umfasst auch die Zahlung von Abschlägen im Umfang fälliger Zahlungsverpflichtungen für selbstbeschaffte Leistungen.*



(5) Die Erstattungspflicht besteht nicht,

- 1. wenn und soweit kein Anspruch auf Bewilligung der selbstbeschafften Leistungen bestanden hätte und*
- 2. die Leistungsberechtigten dies wussten oder infolge grober Außerachtlassung der allgemeinen Sorgfalt nicht wussten.*



- (6) *Konnte der Rehabilitationsträger eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat er eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Leistungsberechtigten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese vom Rehabilitationsträger in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Der Anspruch auf Erstattung richtet sich gegen den Rehabilitationsträger, der zum Zeitpunkt der Selbstbeschaffung über den Antrag entschieden hat. Lag zum Zeitpunkt der Selbstbeschaffung noch keine Entscheidung vor, richtet sich der Anspruch gegen den leistenden Rehabilitationsträger.*
- (7) *Die Absätze 1 bis 5 gelten nicht für die Träger der Eingliederungshilfe, der öffentlichen Jugendhilfe und der Kriegsopferfürsorge.*



- ein Kernbereich des BTHG ist das Antrags- und Teilhabe- bzw. Gesamtplanverfahren.
- ein einziger Antrag aus, um alle benötigten Leistungen von verschiedenen Reha-Trägern zu erhalten.
- seit dem 01.01.2018 gibt es nach § 14 SGB IX-neu nur einen „leistenden Rehabilitationsträger“ geben, der für die Koordination der Leistungen und gegenüber dem Antragsteller verantwortlich ist.
- wenn auch andere Reha-Träger zum Teil zuständig sind, muss der leistende Reha-Träger sie nun einbeziehen und ein verbindliches Teilhabeplanverfahren (§§ 19 - 23 SGB IX-neu) durchführen.



- § 20 Teilhabeplankonferenz
- § 21 Besondere Anforderungen an das Teilhabeplanverfahren
- § 22 Einbeziehung anderer öffentlicher Stellen
- § 23 Verantwortliche Stelle für den Sozialdatenschutz
- § 24 Vorläufige Leistungen
- § 25 Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger
- § 26 Gemeinsamen Empfehlungen
- § 27 Verordnungsermächtigung



AUSFÜHRUNG VON LEISTUNGEN ZUR TEILHABE

§§ 28-31 SGB IX



- 1) *Der zuständige Rehabilitationsträger kann Leistungen zur Teilhabe*
 - a) *allein oder gemeinsam mit anderen Leistungsträgern,*
 - b) *durch andere Leistungsträger oder*
 - c) *unter Inanspruchnahme von geeigneten, insbesondere auch freien und gemeinnützigen oder privaten Rehabilitationsdiensten und –einrichtungen nach § 36**ausführen. Er bleibt für die Ausführung der Leistungen verantwortlich. ...*



- Auf Antrag der Leistungsberechtigten werden Leistungen zur Teilhabe durch die Leistungsform eines Persönlichen Budgets ausgeführt, **um den Leistungsberechtigten in eigener Verantwortung ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.**
- Bei der Ausführung des Persönlichen Budgets sind nach Maßgabe des individuell festgestellten Bedarfs die Rehabilitationsträger, die Pflegekassen und die Integrationsämter beteiligt.
- Das Persönliche Budget wird von den beteiligten Leistungsträgern **trägerübergreifend als Komplexleistung** erbracht.



- *Das Persönliche Budget kann auch nicht trägerübergreifend von einem einzelnen Leistungsträger erbracht werden.*
- *Budgetfähig sind auch die neben den Leistungen nach Satz 1 erforderlichen Leistungen der Krankenkassen und der Pflegekassen, Leistungen der Träger der Unfallversicherung bei Pflegebedürftigkeit¹ sowie Hilfe zur Pflege der Sozialhilfe², die sich auf alltägliche und regelmäßig wiederkehrende Bedarfe beziehen und als Geldleistungen oder durch Gutscheine erbracht werden können.*
- *An die Entscheidung sind die Leistungsberechtigten für die Dauer von sechs Monaten gebunden.*

¹ § 44 SGB VII

² § 61 SGB XII



Rechtsverhältnis zwischen Reha-träger und Budgetnehmer

- Der Rehabilitationsträger bleibt durch Bedarfsfeststellung und Abschluss der Zielvereinbarung verantwortlich, die Leistungszwecke und Ziele festzustellen und zu entscheiden, in welchem Umfang er die Verantwortung abgibt.
- Die Letztverantwortlichkeit für Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit hat eine doppelte Zielrichtung:
 - ✓ Gewährleistung, dass öffentliche Mittel nur für notwendige Leistungen zur Teilhabe (§ 4 Abs. 1 SGB IX) ausgegeben werden.
 - ✓ Schutz der Leistungsberechtigten vor Überforderung und Übervorteilung.



Rechtsverhältnis zwischen den Reha-trägern

- BudgetVO regelt Verfahren der trägerübergreifenden Zusammenarbeit



Rechtsverhältnis zwischen Budgetnehmer und Leistungserbringer

- Regelmäßig durch privatrechtliche Verträge bestimmt; auch wenn Abrechnungsverhältnis zwischen Reha-Träger und Leistungserbringer besteht; §§ 1, 19 AGG finden Anwendung
- In Fällen, in denen das Budget durch Gutscheine erbracht wird, wird Rechtsverhältnis zwischen Reha-Träger und einlösendem Leistungserbringer im Sinne eines Vertrages zu Gunsten Dritter begründet, so dass ein vereinfachtes sozialrechtliches Dreiecksverhältnis vorliegt.
- Weitere Gestaltungsmöglichkeiten: Rahmenverträge zwischen Reha-Träger und Leistungserbringern nach § 38 Abs. 3 SGB IX, die bestimmte Gestaltungen für das Rechtsverhältnis zwischen Leistungserbringer und Budgetnehmer vorsehen. → modifiziertes sozialrechtliches Dreieck
- Fraglich ist, ob und wie die sozialrechtlichen Vorgaben der Leistungsgesetze des SGB IX und der Zielvereinbarungen Bestandteil der zivilrechtlichen Beziehungen werden.



Zur Frage der Bindung an Vorschriften des Sachleistungsrechtes iRd PB

Schrifttum	DRV
▪ „...keine Bindung an leistungsrechtliche Vorschriften des Sachleistungsrechtes, etwa an den Vertragsstatus von Einrichtungen, die der Budgetnehmer in Anspruch nimmt. Eine solche Bindung könnte nur, falls erforderlich, individuell durch Zielvereinbarung erfolgen.“¹ ▪ „Daher dürfen aus dem Budget – nach Maßgabe der individuellen Zielvereinbarung – auch Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, die keine Vertragsbeziehungen zu den Krankenkassen haben.“²	▪ „Bestehen ausnahmsweise Gründe, entsprechende einrichtungsbezogene Leistungen als persönliche Budgets zu erbringen, muss die vom Berechtigten mit dem Geldbetrag beschaffte Leistung qualitativ und konzeptionell der Leistung entsprechen, die der RV-Träger in Wahrnehmung seines rehabilitationsspezifischen Versorgungsauftrages dem Leistungsberechtigten als Sachleistung zur Verfügung gestellt hätte. [...] Persönliche Budgets können danach nur in Einrichtungen eingesetzt werden, die auch im Rahmen des Sachleistungsprinzips vom RV-Träger in Anspruch genommen werden.“³

¹ Welti in Rehabilitationsrecht 2. A., S. 187

² Welti in GesR 9/2009, S. 474

³ Handbuch Rehabilitation der DRV, 3. A. S. 68 f.



- Sach- und Dienstleistungen können auch im Ausland erbracht werden, wenn sie dort bei zumindest gleicher Qualität und Wirksamkeit wirtschaftlicher ausgeführt werden können.
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können im grenznahen Ausland auch ausgeführt werden, wenn sie für die Aufnahme oder Ausübung einer Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit erforderlich sind.



- 1) Die Rehabilitationsträger wirken gemeinsam unter Beteiligung der Bundesregierung und der Landesregierungen darauf hin, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen. Dabei achten sie darauf, dass für eine ausreichende Zahl solcher Rehabilitationsdienste und -einrichtungen Zugangs- und Kommunikationsbarrieren nicht bestehen. Die Verbände behinderter Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen sowie die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände werden beteiligt.*



- 2) *Nehmen Rehabilitationsträger zur Ausführung von Leistungen besondere Dienste (Rehabilitationsdienste) oder Einrichtungen (Rehabilitationseinrichtungen) in Anspruch, erfolgt die Auswahl danach, welcher Dienst oder welche Einrichtung die Leistung in der am besten geeigneten Form ausführt; dabei werden Dienste und Einrichtungen freier oder gemeinnütziger Träger entsprechend ihrer Bedeutung für die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen berücksichtigt und die Vielfalt der Träger von Rehabilitationsdiensten oder -einrichtungen gewahrt sowie deren Selbstständigkeit, Selbstverständnis und Unabhängigkeit beachtet. **§ 51 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 ist anzuwenden***.*

* „Die Einrichtung muss die Leistung nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit, insbesondere zu angemessenen Vergütungssätzen, ausführen.“



§ 37 Qualitätssicherung

§ 37a Gewaltschutz

§ 38 Verträge mit Leistungserbringern



LEISTUNGEN ZUR MEDIZINISCHEN REHABILITATION

§§ 42-48 SGB IX



- **Leistungsrechtlich:** Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustandes mit dem übergreifenden Ziel der Integration in das Erwerbsleben und der Unterstützung in der allgemeinen Lebensführung. – vgl. SGB IX
- **Sozialmedizinisch:** Fortsetzung der medizinisch-technisch orientierten Behandlung; Das Ziel medizinisch-rehabitativer Maßnahmen ist die weitgehende Beseitigung der Gesundheitsschäden (impairment). – vgl. SGB V



- Öffnung der medizinischen Rehabilitation für gesellschaftlichen Kontext und individuelle Ressourcen ist nicht als Relativierung oder gar Überwindung der **Funktion der Krankenbehandlung** (vgl. § 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V) zugunsten eines gesellschaftspolitischen Teilhabekonzepts zu verstehen
- Problem: Bewältigung des institutionellen Zwanges notwendiger Unterscheidbarkeit von Krankenbehandlung und Rehabilitation bei der Bestimmung von Leistungsansprüchen und –trägern



- eine gesetzliche Definition der medizinischen Rehabilitation ist in §§ 42 ff. SGB IX nicht enthalten, wodurch sich Probleme in der Abgrenzung insb. zum Begriff der Krankenbehandlung der GKV ergeben
- Eine Annäherung und Eingrenzung lässt sich über die in § 42 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB IX beschriebenen Ziele der Rehabilitation und über den in § 42 Abs. 2 SGB IX nicht abschließend normierten Leistungskatalog vornehmen. Dadurch bleibt aber das Problem der exakten Bestimmung des Begriffs der „medizinischen Rehabilitation“ ungelöst, da daraus keine eindeutige Festlegung des Inhalts erfolgen kann.
- Die Notwendigkeit der Abgrenzung ergibt sich bereits deshalb, weil ungeachtet der bereichsübergreifenden Regelungen im SGB IX jeder Rehabilitationsträger nach wie vor selbständig und eigenverantwortlich die Aufgaben wahrnimmt (§ 6 Abs. 2 SGB IX). Dies hat eine trennscharfe Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung zur Folge.



- Die **GRV** ist zuständig, sobald der Versicherte die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt hat oder er in den letzten zwei Jahren sechs Kalendermonate Pflichtbeiträge erbracht hat oder bereits eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bezieht (§ 11 SGB VI - weitere alternative Voraussetzungen sind möglich; sog. versicherungsrechtliche Voraussetzungen).
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können nach § 9 SGB VI gewährt werden, wenn die Erwerbsfähigkeit des Versicherten, wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und bei ihm voraussichtlich bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit durch die Leistungen abgewendet werden kann oder bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese durch die Leistungen wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann (§ 10 Abs. 1 SGB VI; sog. persönliche Voraussetzungen).



- Die **GKV** finanziert Rehabilitationsleistungen, um Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen oder ihre Verschlimmerung zu verhüten (§ 11 Abs. 2 SGB V). Hier gilt das Schlagwort: „Reha vor Pflege“.
- Die GKV erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sowie unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen (§ 5 und § 6 SGB IX), wenn kein anderer Leistungsträger vorrangig zuständig ist oder wenn Vorsorgeleistungen notwendig sind, z. B. um einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen.
- Die GKV ist vor allem für Kinder und Jugendliche, nicht berufstätige Erwachsene und Rentner zuständig.
- Die Krankenkasse entscheidet über den Antrag unter Inanspruchnahme des MD. Maßgebliche Kriterien für die Entscheidung sind die Rehabilitations-Richtlinien des G-BA und die Begutachtungs-Richtlinie „Vorsorge und Rehabilitation“.



- Umfasst auch
 - ✓ Anschlussrehabilitation (AHB)
 - ✓ Kinderheilbehandlung
 - ✓ Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter
 - ✓ Familienorientierte Rehabilitation
 - ✓ Onkologische Nachsorgeleistungen
 - ✓ Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder
 - ✓ Sozialpädiatrische nichtärztliche Leistungen
 - ✓ Sozialmedizinische Nachsorge für Kinder bis 14 Jahren
 - ✓ Entwöhnungsbehandlungen
 - ✓ Stufenweise Wiedereingliederung
 - ✓ Geriatrische Rehabilitation



LEISTUNGEN ZUR TEILHABE AM ARBEITSLEBEN

§§ 49-63 SGB IX



- **Leistungsrechtlich:** Verschaffung und Erhaltung von Erwerbsmöglichkeiten, nicht auf die Besserung des Gesundheitszustandes; Maßnahmen erfolgen also ohne ärztliche Beteiligung

Aber: Grundlage der beruflichen Rehabilitation ist eine Gesundheitsstörung und daher vom medizinischer Diagnose abhängig



- **Trend zur integrierten Betrachtung** von medizinischer und beruflicher Reha (stufenweise Wiedereingliederung, Verstärkung der trägerübergreifenden Zusammenarbeit in der sozialmedizinischen Begutachtung, Regelungen zur Feststellung eines frühzeitigen Rehabilitationsbedarfs)
- **Teilhabe am Erwerbsleben** zentrale Zielbestimmung der Renten- und Unfallversicherung sowie der Arbeitsförderung; indirekt auch für GKV von Bedeutung (Bsp. Selbständige)



- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind erforderlich, wenn die Erwerbsfähigkeit des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen erheblich gefährdet ist. Maßstab für die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit ist grundsätzlich der zuletzt ausgeübte Beruf mit seinen typischen Verrichtungen.
- Im Rahmen seines „pflichtgemäßen Ermessens“, hat der Rehabilitationsträger die Wahl zwischen verschiedenen Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen. Er entscheidet über die zutreffende Auswahl der Leistung unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts des Leistungsberechtigten, der Frauenförderung und der allgemeinen Grundsätze.



- § 49 Abs. 3 SGB IX beinhaltet den gesetzlichen Katalog der Kernleistungen für die berufliche Rehabilitation.
- Die Kraftfahrzeughilfe ist eine die Rehabilitation ergänzende Geldleistung, die einkommensabhängig gewährt wird. Laufende Mietkosten eines PKW-Stellplatzes auf dem Betriebsgelände des Arbeitgebers zählen grundsätzlich nicht zum Leistungskatalog.
- Bei einem Anstellungsvertrag eines Arbeitsassistenten, dessen Kosten als berufliche Rehabilitationsmaßnahme übernommen werden, ist grundsätzlich der Leistungsberechtigte der Arbeitgeber seiner Assistenzkraft und erhält die ihm entstehenden Aufwendungen ersetzt.



UNTERHALTSSICHERNDE UND ERGÄNZENDE LEISTUNGEN

§§ 64-74. SGB IX



- Übergangsgeld, Krankengeld, Ausbildungsgeld etc.
- Beiträge und Beitragszuschüsse zur SV
- Ärztlich verordneter Reha-sport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung, einschließlich Übungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen, die der Stärkung des Selbstbewusstseins dienen
- Ärztlich verordnetes Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung
- Reisekosten
- Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten



LEISTUNGEN ZUR TEILHABE AN BILDUNG

§ 75 SGB IX



(1) Zur Teilhabe an Bildung werden unterstützende Leistungen erbracht, die erforderlich sind, damit Menschen mit Behinderungen Bildungsangebote gleichberechtigt wahrnehmen können.

(2) Die Leistungen umfassen insbesondere

1. Hilfen zur Schulbildung, insbesondere im Rahmen der Schulpflicht einschließlich der Vorbereitung hierzu,

2. Hilfen zur schulischen Berufsausbildung,

3. Hilfen zur Hochschulbildung und

4. Hilfen zur schulischen und hochschulischen beruflichen Weiterbildung.

Die Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 Nummer 3 erbringen ihre Leistungen unter den Voraussetzungen und im Umfang der Bestimmungen des Siebten Buches als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.



LEISTUNGEN ZUR SOZIALEN TEILHABE

§§ 76-84 SGB IX



- **Leistungsrechtlich:** Maßnahmen deren Schwerpunkt in der Verbesserung der Lebensqualität und der Befriedigung elementarer Grundbedürfnisse dienen
- Medizinische Beurteilung steht am Anfang des Hilfeprozesses
- Leistungen werden auch dann erbracht, wenn Anforderungen einer Integrierbarkeit in das Erwerbsleben oder eine Besserung des Gesundheitszustandes von der jeweiligen Person nicht erfüllt werden (**Sozialhilfe aber subsidiär**)



- **Problem:** hoher Anteil behinderter Personen mit einem zusätzlichen Pflegebedarf
 - führt in Praxis häufig zur „Umetikettierung“ von Eingliederungsfällen in Pflegefälle wodurch mit Rücksicht auf Nachrang der Sozialhilfe Umzug in Pflegeheim droht
 - Eingliederungshilfen umfassender als Pflegehilfen, da nicht nur auf funktionale Einschränkungen konzentriert; umfassen insb. behinderungsbedingte Beeinträchtigungen im Bereich der gesellschaftlichen Teilhabe



- **Problem:** hoher Anteil behinderter Personen mit einem zusätzlichen Pflegebedarf
 - pflegerische Tätigkeiten von Eingliederung häufig kaum zu trennen (Bsp: Pflegeziel „Sauberkeit“ vs. Ziel sozialer Kompetenzentwicklung)
 - Reha und Pflege schließen sich nicht aus; starre Altersgrenzen sind unangemessen



III. EINZELNE LEISTUNGSGESETZE



III. Einzelne Leistungsgesetze

1. SGB V
2. SGB VI



SGB V |



- "Rehabilitation" im Sinne der GKV ist durch die Zielsetzung, Behinderung und/oder Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken, gekennzeichnet. Sämtliche Maßnahmen der ambulanten Krankenbehandlung können daher - bei entsprechender Zielsetzung - auch Rehabilitationsleistungen sein. Im engeren Sinne wird Rehabilitation in der GKV aber als Synonym für die Behandlung in spezialisierten Einrichtungen und für flankierende Maßnahmen hierzu gebraucht.
- Rehabilitation ist in der GKV abzugrenzen von der Prävention/Vorsorge, der (akuten) Krankenbehandlung/Behandlungspflege und der (Grund-)Pflege. Sie ist darüber hinaus in doppelter Hinsicht subsidiär: Bei Arbeitsunfall oder Berufskrankheit sind grundsätzlich die Leistungen der GUV vorrangig; im Übrigen können Rehabilitationsleistungen durch die GKV nur erbracht werden, sofern sie nicht durch einen anderen Sozialleistungsträger erbracht werden können.



- Grundvoraussetzung ist ferner die Versicherteneigenschaft des Rehabilitanden und die Zulassung des Leistungserbringers; nicht zugelassene Leistungserbringer können nur im Ausnahmefall in Anspruch genommen werden.
- Die Leistungen werden im Inland im Regelfall als Sachleistungen erbracht. Ihre Inanspruchnahme im europäischen Ausland ist durch die Rechtsprechung des EuGH in jüngerer Vergangenheit wesentlich erleichtert worden; hier findet in der Regel eine Kostenerstattung in Höhe der vergleichbaren Inlandssätze statt.
- Seit dem 1.4.2007 sind Rehabilitationsleistungen im Wesentlichen als Pflichtleistungen ausgestaltet; ein Ermessen kommt den Krankenversicherungen weitgehend nur noch bei den einzelnen Leistungsmodalitäten ("Wie") zu.



- Auch Rehabilitationsleistungen unterliegen dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V; Versicherte haben die gesetzlichen Zuzahlungen zu entrichten, eine generelle Befreiung von den Zuzahlungen existiert nicht
- Als Kernleistungen zur Rehabilitation erbringt die GKV ambulante und stationäre (Komplex-) Behandlungen in zugelassenen, spezialisierten Einrichtungen. Sonderformen stellen Belastungserprobungen und Arbeitstherapie sowie Mutter-/Vater-(Kind-)Maßnahmen dar.



- Als Nebenleistungen werden unterhaltssichernde Leistungen, wie Krankengeld sowie ergänzende Leistungen (Beitragszuschüsse, Rehabilitationssport, Funktionstraining, Reisekosten, Haushalts- und Betriebshilfen, Patientenschulungen, sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen sowie sonstige ergänzen Leistungen) erbracht.
- Die Leistungen setzen regelmäßig einen Antrag und eine vertragsärztliche Verordnung voraus. Der Versicherte ist ggf. entsprechend zu beraten; seine berechtigten Wünsche sind zu berücksichtigen. Zur Abklärung des Rehabilitationsbedarfs ist im Regelfall der MDK einzuschalten.



SGB VI |



- Leistungsberechtigt sind nur die Versicherten und Mitversicherten
- Leistungspflicht und Kostenträgerschaft der GRV sind an das Vorliegen persönlicher und versicherungsrechtlicher Voraussetzungen geknüpft (§§ 10, 11 SGB VI)



Persönliche Voraussetzungen (§ 10 SGB VI)

- Abwendung der Minderung der Erwerbsfähigkeit bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit
- Verbesserung oder Wiederherstellung bzw. Abwendung wesentlicher Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit bei bereits eingetretener Minderung
- Arbeitsplatzerhalt bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf wesentliche Besserung



Versicherungsrechtliche Voraussetzungen (§ 11 SGB VI)

- Der Versicherte hat im Zeitpunkt der Antragstellung
 - a) die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt oder
 - b) bezieht Rente wg. verminderter Erwerbsfähigkeit



Versicherungsrechtliche Voraussetzungen (§ 11 SGB VI)

- Für Leistungen zur med. Reha
 - 6 Beitragszeiten innerhalb der letzten 24 Monate
 - Aufnahme versicherter Beschäftigung od. selbständiger Tätigkeit innerhalb von 2 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung, die bis zum Zeitpunkt der Antragstellung ausgeübt wurde (oder arbeitsunfähig oder arbeitslos)
 - Verminderte oder absehbare Minderung der Erwerbsfähigkeit + allg. Wartezeit 5 Jahre



Versicherungsrechtliche Voraussetzungen (§ 11 SGB VI)

- Für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
 - Ohne Leistungen wäre Rente wg. verminderter Erwerbsfähigkeit zu leisten
 - Sind unmittelbar im Anschluss an med. Reha der RV erforderlich



- medizinische Rehabilitationsleistungen nach dem Leistungskatalog der §§ 42 ff. SGB IX werden gewährt, wenn hierdurch die Erwerbstätigkeit voraussichtlich auf Dauer wiederhergestellt, gebessert oder erhalten wird.
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation) sind im Leistungskatalog der §§ 49 ff. SGB IX geregelt und setzen voraus, dass diese zur Erhaltung/Erlangung des Arbeitsplatzes notwendig sind.
- Ein Rentenanspruch auf ergänzende Leistungen (insbesondere Übergangsgeld) oder auf sonstige Leistungen nach den Richtlinien der DRV Bund besteht nur, wenn Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht werden



- auch bei Vorliegen der persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen können bei vorrangigen Leistungspflichten Rehabilitationsleistungen eines Leistungsträgers ausgeschlossen sein. Die Leistungen sind auch ausgeschlossen, wenn weniger als 4 Jahre zwischen gleichartigen Leistungen medizinischer Rehabilitation lagen.
- Der Rentenversicherungsträger entscheidet nach Ermessen (außer bei ergänzen-den und sonstigen Leistungen), welche Maßnahmen, wann, wie und wo er bracht wird.
- Der Versicherte hat das Recht auf Anhörung und Berücksichtigung seiner Wünsche, sofern keine Gründe entgegenstehen.
- Der Leistungsberechtigte ist verpflichtet, bei den Ermittlungen im Rahmen des ihm Zumutbaren mitzuwirken.



Rechtliche Arbeitsanweisungen der DRV

<http://raa.deutsche-rentenversicherung-regional.de/Raa/Menu.do?expand=Rechtliche%20Arbeitsanweisungen>

Konzepte und Positionspapiere der DRV

<https://tinyurl.com/bbk29yhx>

Arbeitshilfen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

<http://www.bar-frankfurt.de/>

ENDE