Bundesteilhabegesetz – Auswirkungen auf Antragstellung, Zuständigkeitsregelungen und Bedarfsermittlung für die Reha-Träger und die Leistungsberechtigten

B a c h e l o r a r b e i t

an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Rechtspflege (FH),
Fortbildungszentrum des Freistaates Sachsen
zum Erwerb des Hochschulgrades
Bachelor of Laws (LL.B.)

Fachbereich Sozialverwaltung/Sozialversicherung

Vorgelegt von
Steve Kröber
aus Neukirch/Lausitz

Meißen, 29.05.2019

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis IV
1 Einleitung 1
2 Bedarfsermittlung 3
2.1 Bedarfsermittlung vor Einführung des BTHG 3
2.2 Änderungsgründe 4
2.3 Bedarfsermittlung seit Einführung des BTHG 5
2.3.1 Das „Instrument“ 5
2.3.2 Ziele der Bedarfsermittlung 6
2.3.3 Inhalte der Bedarfsermittlung 7
2.4 Das bio-psycho-soziale Modell 8
3 Zuständigkeitsklärung 10
3.1 Zuständigkeitsklärung vor Einführung des BTHG 10
3.1.1 Antragseingang beim erstangegangenen Leistungsträger 10
3.1.2 Weiterleitung – zweitangegangener Rehabilitationsträger 13
3.1.3 Turbo-Klärung – drittangegangener Leistungsträger 15
3.1.4 Weiterleitung bei Erforderlichkeit weiterer Leistungen 16
3.2 Änderungsgründe 16
3.3 Vergleich der vorherigen und der jetzigen Rechtslage 17
3.3.1 Leistender Rehabilitationsträger 17
3.3.2 Änderungen bei der Turbo-Klärung 18
3.3.3 Leistungsverantwortung bei mehreren Rehabilitationsträgern 19
4 Teilhabeplan 21
4.1 Koordinierung der Leistungen 21
4.2 Änderungsgründe 23
4.3 Der Teilhabeplan 23
4.4 Teilhabeplankonferenz 24
5 Auswirkungen auf die Rehabilitationsträger 28
5.1 Vorüberlegungen 28
5.2 Ergebnisse der geführten Interviews 29
5.2.1 Ist-Situation bei den Behörden 29
5.2.2 Bedarfsermittlung 31
5.2.3 Probleme bei der Zuständigkeitsklärung 34
5.2.4 Teilhabeplanverfahren 36
6 Zusammenfassung 38
Anhangsverzeichnis V
Literaturverzeichnis XXV
Rechtsprechungsverzeichnis XXVI
Internetquellenverzeichnis XXVII
Sonstige Quellen XXIX
Rechtsquellenverzeichnis XXX
Eidesstattliche Versicherung XXXI

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
BA f. Arbeit	Bundesagentur für Arbeit
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BSG	Bundessozialgericht
DRV MD	Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
KSV	Kommunaler Sozialverband
SGB	Sozialgesetzbuch
SMD	Sozialmedizinischer Dienst
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1 Einleitung

In Deutschland besteht im Bereich der Rehabilitation das gegliederte System. Das bedeutet zum einen, dass es mehrere verschiedene Behörden, die sogeannnten Rehabilitationsträger, gibt. Zum anderen ist in § 6 SGB IX i. V. m. § 5 SGB IX geregelt, welcher Rehabilitationsträger aus welcher Leistungsgruppe eine Leistung erbringt. Dabei kann ein Rehabilitationsträger auch Leistungen aus mehreren Leistungsgruppen erbringen. Es ist auch möglich, dass für eine Leistung mehrere Rehabilitationsträger zuständig sein können.

Das gegliederte System hat den Vorteil, dass sich der jeweilige Rehabilitationsträger auf seine Leistungen spezialisieren kann. Dadurch ist es auch möglich, dass die Leistungen zielgerichteter erbracht werden können.[1] Als Nachteil wird hingegen die Unübersichtlichkeit für die Leistungsberechtigten und deren Angehörigen beschrieben. Die Unübersichtlichkeit wird zumeist durch die Zersplitterung der Zuständigkeiten ausgelöst. Dies ist insbesondere dann ein Nachteil, wenn der Leistungsberechtigte aufgrund seiner vorhandenen Behinderung mehrere Leistungen von unterschiedlichen Rehabilitationsträgern benötigt.[2] Als Angehöriger eines von einer Behinderung betroffenen Menschen, kann dies aus persönlichen Erfahrungen bestätigt werden.

Um u. a. die Nachteile aus dem gegliederten System abzubauen, ist zum 01.01.2018 das Bundesteilhabegesetz (BTHG) eingeführt worden. Das BTHG enthielt zahlreiche Änderungen, u. a. auch neue Regelungen zu der Zuständigkeitsklärung eines gestellten Antrages und zu der während des Verfahrens nach Antragseingang stattfindenden Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung.

In dieser Bachelorarbeit sollen die Auswirkungen der neuen Regelungen des BTHG auf die Antragstellung, die Zuständigkeitsklärung und die Bedarfsermittlung für die Rehabilitationsträger und die Leistungsberechtigten untersucht werden. Mögliche Auswirkungen auf die Antragstellung sind jedoch mehr in dem Zusammenhang zu sehen, wie mit dem Antrag umgegangen wird. Die Antragstellung wird somit als Teilelement der Zuständigkeitsklärung mit betrachtet.

Damit etwaige Auswirkungen durch das BTHG ermittelt werden können, ist es zunächst notwendig, die alten Regelungen und die neuen Regelungen darzustellen, damit eine vergleichende Betrachtung erfolgen kann. Von Interesse sind weiterhin die jeweiligen Änderungsgründe für die Neuregelungen.

[1] Vgl. Deutsche Vereinigung für Rehabilitation in https://www.dvfr.de/rehabilitation-und-teilhabe/rehabilitation-in-deutschland/.
[2] Vgl. Deutsche Vereinigung für Rehabilitation in https://www.dvfr.de/rehabilitation-und-teilhabe/rehabilitation-in-deutschland/.

Damit auch die Auswirkungen für den Leistungsberechtigten untersucht werden können, muss zusätzlich als Vorschritt die Umsetzung der Neuregelungen bei den Rehabilitationsträgern untersucht werden. Nur wenn eine Umsetzung erfolgt ist, können auch die Leistungsberechtigten Auswirkungen aus den Neuregelungen des BTHG bemerken. Sollte die Umsetzung bei den Rehabilitationsträgern noch nicht entsprechend den Vorgaben erfolgen, soll versucht werden, die bestehenden Hinderungsgründe darzustellen.

Damit die Umsetzung untersucht werden kann, ist es notwendig Einblicke in die Verfahrensabläufe der Rehabilitationsträger zu bekommen. In Anbetracht der Vielfalt der Rehabilitationsträger wird die Betrachtung auf die Rehabilitationsträger beschränkt, die auch eine Sozialleistung erbringen.

2 Bedarfsermittlung

2.1 Bedarfsermittlung vor Einführung des BTHG

Der Begriff Bedarfsermittlung wurde erst mit der Neuregelung des SGB IX eingeführt. Bis zum 31.12.2017 war sie nicht als spezieller Vorgang im Gesetz enthalten. Die Bedarfsermittlung bildete schon vor namentlicher Einführung in das SGB IX die Grundlage für die Bedarfsfeststellung und Bedarfserbringung bei den Rehabilitationsträgern.

Am ehesten konnte man die Bedarfsermittlung in den §§ 12 und 13 SGB IX a. F. erkennen. Der Gesetzgeber hatte mit Einführung des § 12 SGB IX a. F. im Jahr 2001 die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger in den Vordergrund gehoben. In Verbindung mit § 13 SGB IX a. F. wurden die Rehabilitationsträger dazu verpflichtet, gemeinsame Empfehlungen zur Zusammenarbeit zu vereinbaren. Durch § 12 SGB IX a. F. und § 13 SGB IX a. F. sollten „… die Koordination der Leistungen und die Kooperation der Rehabilitationsträger durch wirksame Instrumente …“ sichergestellt werden.[3] Dabei wurde in der damaligen Gesetzesbegründung hervorgehoben, dass Selbstverwaltungslösungen, also Umsetzungsideen der Rehabilitationsträger, Vorrang hatten.[4]

Das Ziel der vorstehenden Regelungen war dabei, dass eine einheitliche Leistungserbringung bzw. bei mehreren Rehabilitationsträgern eine koordinierte Leistungserbringung erfolgen sollte.[5]

Aufgrund der § 12 Abs. 1 Nr. 1 - 3, § 13 Abs. 2 Nr. 2, 3, 5, 8 und 9 SGB IX a. F. entstand die „Gemeinsame Empfehlung zur Erkennung und Feststellung des Teilhabebedarfs, zur Teilhabeplanung und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe (Reha-Prozess)“, die zuletzt zum 01.08.2014 aktualisiert wurde.

Eine gemeinsame Empfehlung stellt eine Verwaltungsvereinbarung dar und ist für die an der Entstehung beteiligten Rehabilitationsträger verbindlich. Sie können mit einer gemeinsamen Empfehlung die Ansprüche der Leistungsberechtigten mittelbar konkretisieren und beeinflussen.[6] Somit besteht aus den gemeinsamen Empfehlungen und dem Gleichheitssatz über Art. 3 Abs. 1 GG für den leistungsberechtigten Bürger der Anspruch auf gleichmäßige Rechtsanwendung und Ermessensausübung.[7]

Die Rehabilitationsträger verpflichten sich mit einer gemeinsamen Empfehlung die Inhalte auch anzuwenden. Damit ist eine Abweichung vom Inhalt der gemeinsamen Empfehlung nur dann möglich, wenn es dafür einen begründeten sachlichen oder

[3] BT-Drucksache 14/5074, S. 101.
[4] Vgl. BT-Drucksache 14/5074, S. 101.
[5] Vgl. BT-Drucksache 14/5074, S. 101.
[6] Vgl. Welti in HK-SGB IX, 3. Auflage, S. 132.
[7] Vgl. Mrozynski in SGB IX Teil 1, 2. Auflage, S. 124.

rechtlichen Grund gibt.[8] Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass sich die Rehabilitationsträger, die eine gemeinsame Verwaltungspraxis empfehlen, diese auch einhalten können.[9]

Die Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ in der Fassung ab 01.08.2014 enthielt in §§ 15 - 17 jedoch nur die Grundsätze sowie Anforderungen an die Bedarfsfeststellung von Leistungen zur Teilhabe. Nach § 17 Abs. 2 konnte sich der nach § 14 SGB IX a. F. zuständige Rehabilitationsträger für weitere Informationen auch an einen weiteren Akteur wenden, um z. B. ein bereits bestehendes Gutachten oder Befundberichte einzuholen.

2.2 Änderungsgründe

Ein Hauptanliegen bei den Änderungen des Gesetzgebers durch das BTHG war es, die Leistungen im jetzigen Kapitel 4 des Teil 1 des SGB IX besser zu koordinieren. Um dieses Anliegen zu erreichen, sah der Gesetzgeber die Notwendigkeit, die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger miteinander zu verbessern.[10] Dies betrifft insbesondere solche Fälle, in denen ein Leistungsberechtigter mehrere Leistungen von mehreren Leistungsträgern benötigt. Dies bedeutet jedoch auch, dass die Rehabilitationsträger für die Zusammenarbeit möglichst mit einheitlichen Maßstäben arbeiten müssen, um die bestmögliche Gesamtleistung für jeden Versicherten trägerübergreifend erbringen zu können. Damit eine gute Leistungserbringung erfolgen kann, muss zunächst der Bedarf festgestellt werden. Um diesen feststellen zu können, muss der jeweilige Bedarf vom Antragsteller durch den zuständigen Rehabilitationsträger jedoch zunächst ermittelt werden.

Die Bedarfsermittlung ist dabei ein Vorgehen, „…das auf individueller Ebene Informationen zur Prüfung bzw. Konkretisierung eines potenziell vorliegenden Teilhabebedarfs vor dem Hintergrund individuell zu bestimmender Teilhabeziele erhebt, bündelt und auswertet….“.[11]

Laut einer im August 2014 veröffentlichten Befragung der Leistungsträger und der Leistungserbringer im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ergab sich, dass 429 unterschiedliche Verfahren ermittelt wurden, die im damaligen Studienzeitraum eingesetzt wurden.[12] Nach der Studie bestand gerade bei den Leistungserbringern im Bereich der LTA bei den Instrumenten eine große Streuung, sodass zum da-

[8] Vgl. Welti in HK-SGB IX, 3. Auflage, S. 132.
[9] Vgl. Welti in HK-SGB IX, 3. Auflage, S. 132.
[10] Vgl. BT-Drucksache 18/9522, S. 232.
[11] Schubert in https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/downloads/Abschlussbericht_final.pdf, S. 5.
[12] Vgl. Schubert in https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/downloads/Abschlussbericht_final.pdf, S. 6.

maligen Zeitpunkt der Studie von keinem einheitlichen Vorgehen ausgegangen werden konnte.[13]

2.3 Bedarfsermittlung seit Einführung des BTHG

Nach dem neu eingeführten § 13 SGB IX sind die Rehabilitationsträger dazu verpflichtet, den Bedarf des Antragstellers mittels Instrumenten zu ermitteln. Der Gesetzgeber möchte mit der Einführung der Instrumente eine einheitliche und überprüfbare Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs eines Antragstellers erreichen.[14]

Nach § 13 Abs. 1 S. 2 SGB IX werden die Rehabilitationsträger dazu verpflichtet, dass die von den jeweiligen Rehabilitationsträgern eingesetzten Instrumente den vereinbarten Grundsätzen entsprechen. Dabei verweist der Gesetzestext auf § 26 Abs. 2 Nr. 7 SGB IX. Dieser verpflichtet die in § 6 Abs.1 Nr. 1 bis 5 SGB IX genannten Rehabilitationsträger weiterhin gemeinsame Empfehlungen zu vereinbaren. Insoweit entspricht § 26 Abs. 2 SGB IX der damaligen Regelung des § 13 SGB IX a. F. Jedoch wurde § 26 Abs. 2 Nr. 7 SGB IX neu eingeführt. Demnach sollen die Rehabilitationsträger auch eine gemeinsame Empfehlung für Grundsätze der Instrumente zur Bedarfsermittlung vereinbaren. Dies haben die Rehabilitationsträger mit der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“, die zum 01.12.2018 in Kraft getreten ist, umgesetzt.

2.3.1 Das „Instrument“

Das „Instrument“ ist ein übergeordneter Begriff, der nach § 13 Abs. 1 S. 1 SGB IX die Instrumente in systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel unterteilt. Unter systematischen Arbeitsprozessen versteht der Gesetzgeber in der Gesetzesbegründung z. B. „…Erhebungen, Analysen, Dokumentation, Planung und Ergebniskontrolle…“.[15]

Mit systematischen Arbeitsprozessen sollen „…Verbindungen zwischen dem Einsatz von Arbeitsmitteln…“ dargelegt werden „…und eine Verknüpfung von gewonnenen Erkenntnissen und dem Einsatz von Arbeitsmitteln…“ hergestellt werden.[16]

Die Arbeitsmittel werden als Hilfsmittel angesehen und sollen die Arbeitsprozesse unterstützen. Sie werden eingesetzt, um die erforderlichen Informationen für die Bedarfsfeststellung zu ermitteln. Als Beispiele werden für standardisierte Arbeitsmittel z. B. Seh- u. Hörtests, IT-Anwendungen, Fragebögen, Antragsunterlagen, Checklisten und

[13] Vgl. Schubert in https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/downloads/Abschlussbericht_final.pdf, S. 7.
[14] Vgl. Gesetzestext § 13 SGB IX.
[15] BT-Drucksache 18/9522, S. 232.
[16] BAR in https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/GEReha-Prozess.web_2019.pdf, S. 44.

Leitfäden angesehen.[17] Dabei sollen die Arbeitsmittel „…auf einer wissenschaftlichen Grundlage beruhen bzw. trägerübergreifend abgestimmt sein….“[18]

Begutachtungen werden als eine Sonderform von Instrumenten angesehen, da in einem Gutachten sowohl Aspekte von systematischen Arbeitsprozessen sowie standardisierten Arbeitsmitteln verwendet werden.[19] Hierauf wird wegen des Umfangs der Bachelorarbeit nicht weiter eingegangen.

2.3.2 Ziele der Bedarfsermittlung

Aus dem Gesetzestext geht hervor, dass u. a. eine einheitliche und überprüfbare Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs erfolgen soll.[20] Damit es zu einer Einheitlichkeit kommen kann, müssen sich die von den Rehabilitationsträgern eingesetzten Instrumente für die trägerübergreifende Bedarfsermittlung eignen. Nur dann kann von einer einheitlichen Bedarfsermittlung ausgegangen bzw. gesprochen werden.[21]

Die eingesetzten Instrumente sind überprüfbar, „…wenn Ziele, Kriterien und Methoden benannt und Wirkungszusammenhänge fachtheoretisch nachvollziehbar begründet werden….“[22] Das Ziel der von den Rehabilitationsträgern eingesetzten Instrumente ist es, dass sowohl eine individuelle als auch funktionsbezogene Bedarfsermittlung gewährleistet ist. Dabei soll die Vorgehensweise für die Bedarfsermittlung stets dokumentiert werden, damit sie nachprüfbar ist. Bei der Dokumentation sind datenschutzrechtliche Regelungen zu beachten.[23]

Gleichzeitig stellt der Gesetzgeber in § 13 Abs. 1 S. 1 SGB IX einen Bezug zu dem jeweils geltenden Leistungsgesetz eines jeden Rehabilitationsträgers her. Dem Gesetzgeber ist bewusst, dass nicht in allen Rechtskreisen die Instrumente identisch sein können und müssen.[24] Um die Vorgaben des Gesetzes und die Vorstellungen des Gesetzgebers umsetzen zu können, müssen die Rehabilitationsträger den Bedarf des Antragstellers trägerübergreifend ermitteln, damit eine reibungslose Zusammenarbeit und ggf. eine nahtlose Leistungenerbringung möglich ist.[25] Gleichzeitig müssen die Rehabilitationsträger bei der Bedarfsermittlung ihr jeweiliges Leistungsgesetz beachten.

---

[17] Vgl. BAR in https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/GEReha-Prozess.web_2019.pdf, S. 44.
[18] BAR in https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/GEReha-Prozess.web_2019.pdf, S. 44.
[19] Vgl. BAR in https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/GEReha-Prozess.web_2019.pdf, S. 44.
[20] Vgl. Gesetzestext § 13 Abs. 1 S. 1 SGB IX.
[21] Vgl. Zinsmeitster in LPK-SGB IX, 5. Auflage, S. 119.
[22] Zinsmeiter in LPK-SGB IX, 5. Auflage, S. 119.
[23] Vgl. BAR in https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/GEReha-Prozess.web_2019.pdf, S. 43.
[24] Vgl. BT-Drucksache 18/9522, S. 232.
[25] Vgl. Zinsmeister in LPK-SGB IX, 5. Auflage, S. 119.

2.3.3 Inhalte der Bedarfsermittlung

Um diese vorstehenden Ziele umzusetzen, hat der Gesetzgeber in § 13 Abs. 2 Nr. 1 – 4 SGB IX Mindestanforderungen gestellt, die die Rehabilitationsträger mit dem jeweiligen Instrument beachten müssen. Diese Mindestanforderungen sind zuerst und damit unabhängig von der konkreten Leistung zu prüfen.[26]

Zu Beginn hat der Rehabilitationsträger festzustellen, ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht (§ 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX). Grundlage für die Prüfung ist zunächst die Begriffsbestimmung in § 2 SGB IX, der einen Menschen mit Behinderung definiert.[27] Ggf. sind in den einzelnen Leistungsgesetzen andere Behinderungsdefinitionen beschrieben. Diese gehen der Begriffsdefinition des § 2 SGB IX nach und können nur in einem zweiten Schritt zugrunde gelegt werden.[28]

Nach § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX müssen die Instrumente aufzeigen, welche Auswirkungen die Behinderung auf die Teilhabe der Leistungsberechtigten hat. Damit hier eine umfassende Bedarfsermittlung erfolgen kann, ist es erforderlich, dass die eingesetzten Instrumente möglichen Rehabilitationsbedarf in allen Teilhabebereichen feststellen können oder zumindest so aufeinander abgestimmt sind, dass sich bei Abschluss der Bedarfsermittlung ein Gesamtbild ergibt.[29] In der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ gehen die Rehabilitationsträger in diesem Zusammenhang davon aus, dass häufig nur durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit eine umfassende Bedarfsermittlung erfolgen kann.[30] Reha-Fachkräfte, Mediziner, Psychologen etc. sollen die Informationen aus ihren verschiedenen Teilbereichen einholen und durch gegenseitigen Austausch den notwendigen Bedarf des Antragstellers ermitteln. Als Grundlage für die Bedarfsermittlung soll nach der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ das bio-psycho-soziale Modell genutzt werden.[31]

Die Instrumente sollen nach § 13 Abs. 2 Nr. 3 erfassen, welche Ziele mit den Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen. Die Ziele sollen dabei einheitlich auf der Grundlage der §§ 1 und 4 SGB IX basieren.[32] Dafür wird es erforderlich, dass die Rehabilitationsträger die Vorstellungen, Wünsche und persönlichen Ziele ermitteln.[33] Die Rehabilitationsträger werden für die Befragung verantwortlich. Die individuellen Ziele

[26] Vgl. BAR in https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/GEReha-Prozess.web_2019.pdf, S. 44.
[27] Vgl. Zinsmeister in LPK-SGB IX, 5. Auflage, S. 120.
[28] Vgl. Zinsmeister in LPK-SGB IX, 5. Auflage, S. 120.
[29] Vgl. Zinsmeister in LPK-SGB IX, 5. Auflage, S. 120.
[30] Vgl. BAR in https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/GEReha-Prozess.web_2019.pdf, S. 45.
[31] Vgl. BAR in https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/GEReha-Prozess.web_2019.pdf, S. 44.
[32] Vgl. Zinsmeister in LPK-SGB IX, 5. Auflage, S. 121.
[33] Beck in https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/w/files/aktuelles/senias-vorstudie-abschlussbericht.pdf, S. 8f.

des Leistungsberechtigten bilden die Grundlage für die Bedarfsermittlung.[34] Weiterhin sollen die Instrumente nach § 13 Abs. 2 Nr. 4 SGB IX erfassen, welche Leistungen im Rahmen einer Prognose zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich sind.

Der Gesetzgeber hat insbesondere mit der Einführung des § 13 SGB IX versucht, eine einheitliche Bedarfsermittlung zu regeln, damit eine bessere Zusammenarbeit auf einer gemeinsamen Grundlage und damit auch eine bessere Steuerung einer nahtlos ineinandergreifenden Leistungserbringung erfolgen kann.

2.4 Das bio-psycho-soziale Modell

Das bio-psycho-soziale Modell hat der Gesetzgeber in dem Gesetz und in der dazugehörigen Gesetzesbegründung nicht ausdrücklich als Grundlage für die Bedarfsermittlung aufgeführt. Vielmehr könnte nach § 13 Abs. 3 SGB IX in der diesjährig vorzunehmenden Untersuchung geprüft werden, ob dieses Modell für die Bedarfsermittlung einen einheitlichen Rahmen bieten kann.[35] Die Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ der Rehabilitationsträger sieht dagegen das bio-psycho-soziale Modell als Grundlage für die Bedarfsermittlung.

Das bio-psycho-soziale Modell ist ein Teil der durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 2001 international erarbeiteten ICF. Diese ergänzt das bisher verwendete biomedizinsiche Modell der ICD. Mit dem bio-psycho-sozialen Modell wird der Gesundheitszustand einer Person untersucht, indem das bestehende Gesundheitsproblem, die Körperfunktionen und Körperstrukturen, die Beeinträchtigungen bei der Aktivität, die Beeinträchtigung bei der Teilhabe und neu die sogenannte Kontextfaktoren erfasst werden.[36] Kontextfaktoren sind Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren. Zu den Umweltfaktoren zählen beispielsweise Produkte und Technologien, wie Hilfsmittel und Medikamente oder Unterstützung und Beziehungen, wie Familie oder Freunde. Bei den personenbezogenen Faktoren werden z. B. das Alter, der Lebensstil und die Motivation erfasst.[37]

Bei dem bio-psycho-sozialen Modell werden besonders die Wechselwirkungen zwischen den Bereichen hervorgehoben. Nicht nur durch eine bestehende Krankheit (z. B. eine Körperfunktionsbeeinträchtigung) kann eine Beeinträchtigung in der Aktivität entstehen, sondern auch umgekehrt. So kann jeder Teilbereich des Modells ein Ausgangspunkt für neue Probleme in einem anderen Bereich sein.[38] Aber auch ein Kon-

[34] Vgl. BAR in https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/GEReha-Prozess.web_2019.pdf, S. 46.
[35] Vgl. BT-Drucksache 18/9522, S. 233.
[36] Vgl. BAR in https://www.bar-frankfurt.de/themen/icf/grundlagen-der-icf/das-bio-psycho-soziale-modell.html.
[37] Vgl. Schuntermann in http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/206970/publicationFile/2307/icf_kurzeinfuehrung.pdf, S. 4.
[38] Vgl. Schuntermann in http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/206970/publicationFile/2307/icf_kurzeinfuehrung.pdf, S. 2.

textfaktor kann den Ausgangspunkt z. B. für eine Körperfunktionsbeeinträchtigung oder eine Beeinträchtigung zur Teilhabe darstellen. Die vielfältigen Wechselwirkungen bieten nun mehr Ansatzmöglichkeiten, um der betroffenen Person im Bereich der Rehabilitation zu helfen.[39] Für jeden Teilbereich kann man mit dem bio-psycho-sozialen Modell ein positives und negatives Bild erstellen.[40]

Mit dem bio-psycho-sozialen Modell bzw. der ICF besteht die Möglichkeit, dass die funktionale Gesundheit eines Betroffenen in einer einheitlichen Sprache beschrieben werden kann. Mit einer einheitlichen Sprache erfolgt während der Rehabilitation zwischen den Rehabilitationsträgern und/oder den Ärzten der Rehabilitationskliniken etc. eine bessere Kommunikation.[41]

[39] Vgl. BAR in https://www.bar-frankfurt.de/themen/icf/grundlagen-der-icf/das-bio-psycho-soziale-modell.html.
[40] Vgl. Schuntermann in http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/206970/publicationFile/2307/icf_kurzeinfuehrung.pdf, S. 8.
[41] Vgl. Schuntermann in http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/206970/publicationFile/2307/icf_kurzeinfuehrung.pdf, S. 9.

3 Zuständigkeitsklärung

3.1 Zuständigkeitsklärung vor Einführung des BTHG

Wenn ein Antrag eines Versicherten bei einer Behörde gestellt wurde, ist die Zuständigkeitsprüfung für die Behörde zuerst die zentrale Aufgabe. § 14 SGB IX a. F. regelte die Zuständigkeitsprüfung für die Rehabilitationsträger abschließend, indem darin beschrieben wurde, was die Behörde zu veranlassen hat, wenn ihre Prüfung eine bzw. keine Zuständigkeit ergab. Zum einen musste vom angegangenen Rehabilitationsträger zunächst geprüft werden, ob er für die beantragte Leistung überhaupt nach § 6 SGB IX a. F. und § 7 S. 2 SGB IX a. F. zuständig sein kann.[42] Zum anderen musste der Rehabilitationsträger prüfen, ob nicht andere Rehabilitationsträger für die beantragte Leistung vorrangig zuständig waren.[43]

Der Gesetzgeber wollte bereits bei der Einführung des § 14 SGB IX a. F. im Jahr 2001, den Nachteilen des gegliederten Rehabilitationssystems entgegenwirken und die Leistungserbringung schnell sicherstellen und erbringen.[44] Insbesondere wollte man das Verwaltungsverfahren durch die Einführung des § 14 SGB IX a. F. deutlich verkürzen.[45] Mögliche Unstimmigkeiten über die Zuständigkeit zwischen den einzelnen Rehabilitationsträgern sollten vermieden werden und sich nicht auf das Begehren des Antragsstellers auswirken.[46]

Der Gesetzgeber forderte die Rehabilitationsträger zusätzlich in § 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX a. F. auf, gemeinsame Empfehlungen zu vereinbaren. So sollten die umsetzungsbedürftigen Vorschriften des § 14 SGB IX konkretisiert und ausgestaltet werden.[47] Die Rehabilitationsträger erarbeiteten auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) die Gemeinsame Empfehlung „Zuständigkeitsklärung“, die zuletzt vor Einführung des BTHG in der Fassung vom 28.09.2010 vorlag.

3.1.1 Antragseingang beim erstangegangenen Leistungsträger

Um die schnelle Leistungserbringung zu sichern, enthielt § 14 Abs. 1 S. 1 SGB IX a. F. eine Frist von zwei Wochen, in welcher der Rehabilitationsträger, der den Antrag erhielt (sog. erstangegangener Rehabilitationsträger), verpflichtet war, eine Entscheidung über seine Zuständigkeit zu treffen. Für die Berechnung der Frist waren die §§ 26 Abs. 1 SGB X und § 187 Abs. 1, § 188 Abs. 2 BGB zu beachten. Der Gesetzgeber war dabei davon ausgegangen, dass der mit dem Antrag zuerst befasste Rehabilitationsträger die Leistung erbringt. Aus diesem Grund wurde eine kurz bemessene Frist von zwei

[42] Vgl. Joussen in LPK-SGB IX, 4. Auflage, S. 112.
[43] Vgl. Joussen in LPK-SGB IX, 4. Auflage, S. 112.
[44] Vgl. BT-Drucksache 14/5074, S. 102.
[45] Vgl. BT-Drucksache 14/5800, S. 12.
[46] Vgl. Knittel in SGB IX Kommentar, 8. Auflage, S. 153.
[47] Vgl. Knittel in SGB IX Kommentar, 8. Auflage, S. 154.

Wochen eingeführt.[48] Die Frist begann einen Tag nach Eingang des Antrages bei dem Rehabilitationsträger und endete „… zwei Wochen später mit dem Wochentag, … an welchem der Antrag eingegangen ist. …“[49] Dies sind somit maximal 15 Tage.

Für die gesetzliche Unfallversicherung, die Sozialhilfe, die Kriegsopferfürsorge und die öffentliche Jugendhilfe galt dies hingegen nicht. Bei diesen Rehabilitationsträgern galt als Eingang des Antrages der Tag, an dem sie „…Kenntnis von einem voraussichtlichen Rehabilitationsbedarfs…“ erlangten.[50]

Zunächst musste geklärt werden, ob es sich bei dem Schreiben oder dem eingegangenen Formular etc. um einen Antrag handelte. Es gab unterschiedliche Definitionen eines Antrages, da dieser im Gesetz nicht definiert wurde. Eine mögliche Definition lautete:

„… Der Antrag ist eine einseitige empfangsbedürftige Willenserklärung der antragstellenden Person, von einem gesetzlichen Recht Gebrauch machen zu wollen. …“[51] Dies bedeutete auf das Rehabilitationsrecht bezogen, dass in einem Antrag ersichtlich sein musste, welche konkrete Leistung zur Teilhabe der Antragsteller wünschte. Bat ein Antragsteller um Hilfe und beschrieb seine gesundheitlichen Probleme, genügte dies als Antrag noch nicht aus.[52] Lag ein solcher Fall vor, hatte der Rehabilitationsträger jedoch auch nach § 16 Abs. 3 SGB I die Verpflichtung, auf die Stellung eines sachdienlichen Antrages hinzuwirken.[53] Die Frist von zwei Wochen wurde dann jedoch erst durch Eingang des sachdienlichen Antrages ausgelöst.

Ein im Sinne des § 14 Abs. 1 S. 1 SGB IX a. F. auslösender Antrag lag vor, wenn die Zuständigkeit mit den eingegangenen Unterlagen beurteilt werden konnte. Dies setzte auch voraus, dass das konkrete Leistungsbegehren und die Identität des Antragstellers erkennbar waren.[54] Weiterhin mussten sich aus dem Antrag Angaben über die Prüfung der Spezialvorschriften für Leistungen zur Teilhabe ergeben. Bei der Deutschen Rentenversicherung entsprach dies z. B. den §§ 11 und 12 SGB VI.[55] Wenn man die Regelung des § 14 Abs. 1 S. 1 SGB IX a. F. streng ausgelegt hätte, hätten z. B. die Rehabilitationsträger (Krankenkasse und Rentenversicherung) den Antrag zur medizinischen Rehabilitationen erst dann annehmen können, wenn auch der standardmäßig abgefor-

[48] Vgl. BT-Drucksache 14/5074, S. 102.
[49] Deutsche Rentenversicherung Bund in http://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/Raa/Raa.do?f=SGB9_14R2.2&a=true.
[50] Gemeinsame Empfehlung Zuständigkeitsklärung i. d. F. vom 28.09.2010 § 1 Abs. 2 abgedruckt in Knittel, SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen 1. Band.
[51] Welti in HK-SGB IX, 3. Auflage, S. 144.
[52] Vgl. VG Oldenburg, Beschluss vom 30.06.2004 -13 B 2727/04 Rn. 3 zitiert aus Juris.
[53] Vgl. VG Oldenburg, Beschluss vom 30.06.2004 -13 B 2727/04 Rn. 3 zitiert aus Juris.
[54] Vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund in http://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/Raa/Raa.do?f=SGB9_14R2.1.1&a=true.
[55] Vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund in http://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/Raa/Raa.do?f=SGB9_14R2.1.1&a=true.

derte Befundbericht vorlag.[56] Dies hätte folglich auch Auswirkungen auf die Fristberechnung für den einzelnen Rehabilitationsträger.

Die Zuständigkeitsprüfung war immer eng mit der Aufgabe der Rehabilitation und den Leistungsgesetzen der einzelnen Rehabilitationsträger verbunden.[57] So ergaben sich z. B. aus dem Leistungsgefüge zur medizinischen Rehabilitation Abgrenzungsfragen, die eine Zuständigkeitsprüfung in Einzelfällen erheblich erschwerte.[58] Dies machte die Zuständigkeitsprüfung in Einzelfällen auch schwerig. Die Träger der Krankenkasse hatten zusätzlich noch nach § 14 Abs. 1 S. 1 2. HS SGB IX a. F. eine Prüfung nach § 40 Abs. 4 SGB V vorzunehmen, wonach diese nur zuständig wurden, wenn kein anderer Rehabilitationsträger zuständig war. Ihre Leistungen waren demzufolge nachrangig mit Ausnahme der sonstigen Leistungen der Rentenversicherung nach § 31 SGB VI.[59] Somit musste auch die Krankenkasse prüfen, ob die Voraussetzungen bei dem Träger der Rentenversicherung erfüllt sein konnten. Als Beispiel für eine mögliche Herausforderung wäre hier die Einschätzung zu nennen, ob eine medizinische Rehabilitation die Behinderung verbessern kann oder nicht (§ 10 SGB VI).[60] Wurde dies bejaht, lag eine Zuständigkeit eines Rentenversicherungsträgers vor und wenn nicht, dann eines Krankenversicherungsträgers. Das Verhältnis zwischen beiden Trägern war somit ein Problem bei der Zuständigkeitsklärung.[61] Aber auch bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Verbindung mit anderen Leistungen zur Teilhabe konnten sich Probleme bei der Zuständigkeitsklärung ergeben.[62]

War die Prüfung der Zuständigkeit nach § 14 SGB IX a. F. erfolgt und es ergab sich eine Zuständigkeit für den erstangegangenen Rehabilitationsträger, war dieser nach § 14 Abs. 2 S. 1 SGB IX a. F. verpflichtet, den Rehabilitationsbedarf unverzüglich festzustellen. Dafür hatte der Rehabilitationsträger nach § 14 Abs. 2 S. 1 SGB IX a. F. für die Bedarfsfeststellung eine Frist von drei Wochen einzuhalten. Diese begann ab Antragseingang beim angegangenen Rehabilitationsträger. Erfolgte vom erstangegangenen Rehabilitationsträger gegenüber dem Leistungsberechtigten eine positive Zuständigkeitserklärung, war ihm eine Korrektur dieser Entscheidung nicht mehr möglich, selbst wenn diese noch innerhalb der Zweiwochenfrist erfolgte.[63]

Wurde diese Frist von zwei Wochen für die Weiterleitung des Antrages versäumt, hatte der säumige Rehabilitationsträger formell die Zuständigkeit inne und musste den Re-

[56] Oberscheven in Deutsche Rentenversicherung Jahresverzeichnis 2005, S. 146.
[57] Vgl. Mrozynski in SGB IX Teil 1, 2. Auflage, S. 135.
[58] Vgl. Mrozynski in SGB IX Teil 1, 2. Auflage, S. 135.
[59] Vgl. Knittel in SGB IX Kommentar, 11. Auflage, S. 170.
[60] Vgl. Mrozynski in SGB IX Teil 1, 2. Auflage, S. 136.
[61] Vgl. Mrozynski in SGB IX Teil 1, 2. Auflage, S. 135.
[62] Vgl. Knittel in SGB IX Kommentar, 11. Auflage, S. 171.
[63] Vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 16.05.2008, L 23 B 26/08 SO ER Rn. 19 zitiert aus Juris.

habilitationsbedarf feststellen und ggf. die Leistung erbringen, obwohl er für die Leistung nach seinem Leistungsgesetz nicht zuständig gewesen wäre.[64] Dieser Sanktionsgedanke des Gesetzgebers hatte auch zur Folge, dass der säumige Rehabilitationsträger beim eigentlich zuständigen Rehabilitationsträger keinen Erstattungsanspruch geltend machen konnte.[65]

3.1.2 Weiterleitung – zweitangegangener Rehabilitationsträger

Ergab die Prüfung der Zuständigkeit des erstangegangenen Rehabilitationsträger, dass er für die beantragte Leistung nicht zuständig war, leitete er den Antrag nach § 14 Abs. 1 S. 2 SGB IX a. F. ohne schuldhaften Zögern an den aus seiner Sicht zuständigen Rehabilitationsträger weiter. Dabei musste die Weiterleitung spätestens am Tag nach Ablauf der zweiwöchigen Frist erfolgen.[66] Abzustellen war hierbei auf die Absendung des Antrages und nicht auf den Zugang beim zweitangegangenen Rehabilitationsträger.[67] Bei einer Weiterleitung musste der erstangegangene Rehabilitationsträger sicher sein, dass er unzuständig war. Ein bloßer Zweifel an seiner Zuständigkeit war nicht ausreichend.[68]

Der nun mit dem Antrag befasste Rehabilitationsträger (sog. zweitangegangener Rehabilitationsträger) konnte den Antrag nicht zurückgeben und auch grundsätzlich nicht einfach an einen anderen Rehabilitationsträger weiterleiten.[69] Er konnte den Antrag nur ablehnen, wenn „…nach seiner Auffassung überhaupt kein Rehabilitationsträger die beantragte Leistung zur Teilhabe zu erbringen …“ hatte.[70]

Bei der Weiterleitung musste für den zweitangegangenen Rehabilitationsträger ersichtlich sein, dass der erstangegangene Rehabilitationsträger sich mit der inhaltlichen Prüfung befasst hat. Dazu vereinbarten die Rehabilitationsträger in ihrer Gemeinsamen Empfehlung „Zuständigkeitsklärung“, dass bei Weiterleitung eine schriftliche Begründung erfolgte, aus der eine inhaltliche Prüfung der Zuständigkeit ersichtlich war.[71]

Ob die Weiterleitung eines Antrages von einem Rehabilitationsträger an einen anderen Rehabilitationsträger einen Verwaltungsakt i.S.d. § 31 SGB X darstellte, wurde in den Kommentaren unterschiedlich beurteilt. Die überwiegende Mehrheit vertrat die Ansicht, dass es sich bei der Weiterleitung um keinen Verwaltungsakt handelt, da die Außen-

[64] Vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund in http://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/Raa/Raa.do?f=SGB9_14 R2.2.1.
[65] Vgl. Oberscheven in Deutsche Rentenversicherung Jahresverzeichnis 2005, S. 141.
[66] Vgl. Gemeinsame Empfehlung Zuständigkeitsklärung i. d. F. vom 28.09.2010 § 2 abgedruckt in Knittel, SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen 1. Band.
[67] Vgl. BSG Urteil vom 03.11.2011, B 3 KR 8/11 Rn. 11 zitiert nach Juris.
[68] Vgl. Welti in HK-SGB IX, 3. Auflage, S. 147.
[69] Vgl. Joussen in LPK-SGB IX, 4. Auflage, S. 114.
[70] Joussen in LPK-SGB IX, 4. Auflage, S. 114.
[71] Vgl. Gemeinsame Empfehlung Zuständigkeitsklärung i. d. F. vom 28.09.2010 § 2 Abs. 1 abgedruckt in Knittel, SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen 1. Band.

wirkung fehlte.[72] Somit wirkte die Weiterleitung lediglich verwaltungsintern. Diese Auffassung vertrat z. B. auch die Deutsche Rentenversicherung. Damit war gegen die Weiterleitung eines Antrages auch kein Widerspruch des Antragstellers möglich.[73]

Der zweitangegangene Rehabilitationsträger war nach § 14 Abs. 2 S. 3 SGB IX a. F. grundsätzlich verpflichtet gewesen, über den weitergeleiteten Antrag zu entscheiden und den Rehabilitationsbedarf nach § 14 Abs. 2 S. 1 SGB IX a. F. festzustellen. Auch für den zweitangegangenen Rehabilitationsträger galten nach § 14 Abs. 2 S. 3 1. HS SGB IX a. F. die Pflichten nach § 14 Abs. 2 S. 1 und S. 2 SGB IX a. F., wie dies der erstangegangene Rehabilitationsträger ohne Weiterleitung zu erbringen gehabt hätte. Für die Fristberechnung war der Fristbeginn der Eingang des Antrages beim zweitangegangenen Rehabilitationsträger.[74] Wurde der Rehabilitationsbedarf durch ein Gutachten festgestellt, war für die Frist das Vorliegen des Gutachtens maßgebend. Jedoch betrug auch hier die Frist zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens nach § 14 Abs. 2 S. 4 SGB IX a. F.

Stellte der zweitangegangene Rehabilitationsträger einen von seinem Leistungsspektrum umfassten Rehabilitationsbedarf fest, war die jeweilige Leistung auch dann zu erbringen, wenn die spezifischen Leistungsvoraussetzungen für ihn selbst nicht erfüllt waren, z. B. weil er sich nicht für zuständig hielt.[75] Im Innenverhältnis hatte der eigentlich nicht zuständige, aber durch diese Regelung zur Leistung verpflichtete, Rehabilitationsträger einen Erstattungsanspruch nach § 16 Abs. 4 S. 1 SGB IX a. F. gegenüber dem eigentlich zuständigen Rehabilitationsträger.[76]

Wurde ein Antrag von einem Rehabilitationsträger für einen anderen Rehabilitationsträger aufgenommen, lag eine Weiterleitung nach § 14 Abs. 1 S. 2 SGB IX a. F. nicht vor. Dies musste jedoch erkennbar sein. Ein solcher Fall lag z. B. vor, wenn der Antragsvordruck des anderen Rehabilitationsträgers verwendet wurde. Der Rehabilitationsträger, für den der Antrag aufgenommen wurde, war in einem solchen Fall der erstangegangene Rehabilitationsträger. Dies hatte zur Folge, dass er ggf. den Antrag noch weiterleiten konnte.[77] § 16 Abs. 1 S. 2 SGB I und § 16 Abs. 2 SGB I, wonach auch andere Stellen, wie z. B. andere Leistungsträger, Anträge aufnahmen, galten für die Fristberechnung nach § 14 SGB IX a. F. nicht.[78]

---

[72] Vgl. Welti in HK-SGB IX, 3. Auflage, S. 148.
[73] Vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund in http://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/Raa/Raa.do?f=SGB9_14 R4&a=true.
[74] Vgl. Knittel in SGB IX Kommentar, 8. Auflage, S. 167.
[75] Vgl. Gemeinsame Empfehlung Zuständigkeitsklärung i. d. F. vom 28.09.2010 § 3 abgedruckt in Knittel, SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen 1. Band.
[76] Vgl. Knittel in SGB IX Kommentar, 8. Auflage, S. 169.
[77] Vgl. Gemeinsame Empfehlung Zuständigkeitsklärung i. d. F. vom 28.09.2010 § 2 Abs. 3 abgedruckt in Knittel, SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen 1. Band.
[78] Vgl. Welti in HK-SGB IX, 3. Auflage, S. 145.

Die Gemeinsame Empfehlung der Rehabilitationsträger zur Zuständigkeitsklärung sah in der Fassung vom 28.09.2010 vor, dass der Antragsteller bei jeder Weiterleitung schriftlich zu informieren war.[79] Eine gesetzliche Grundlage dafür ergab sich aus § 14 SGB IX a. F. jedoch nicht.

3.1.3 Turbo-Klärung – drittangegangener Leistungsträger

Die einzige Ausnahme von dem unter dem Punkt Weiterleitung beschriebenen Verfahren bot § 14 Abs. 2 S. 5 SGB IX a. F. Demnach konnte der zweitangegangene Rehabilitationsträger den Antrag unter bestimmten Umständen nochmals einem anderen Rehabilitationsträger erneut weiterleiten. Dies setzte voraus, dass der zweitangegangene Rehabilitationsträger für die beantragte Leistung nicht zuständig war, weil die Leistung nicht zu dem Leistungsrecht seiner Leistungsgruppe nach § 6 Abs. 1 SGB IX a. F. gehörte.[80] Für eine erneute Weiterleitung musste der zweitangegangene Rehabilitationsträger an den aus seiner Sicht zuständigen Rehabilitationsträger herantreten und die Zuständigkeit mit diesem untereinander klären.[81] Der drittangegangene Rehabilitationsträger konnte sich somit bereit erklären, dass er über den Antrag entscheidet.[82] Der zweitangegangene Rehabilitationsträger musste sonst über den Antrag selbst entscheiden, wenn er keinen übernahmebereiten Rehabilitationsträger fand.[83] Dabei musste er auch bei vergeblicher Suche die Zweiwochenfrist einhalten.

Wurde vom zweitangegangenen Rehabilitationsträger ein zuständiger und übernahmebereiter Rehabilitationsträger gefunden, so trat dieser als drittangegangener Rehabilitationsträger an seine Stelle. Dabei hatte der drittangegangene Rehabilitationsträger zu beachten, dass bei der Weiterleitung des Antrages die Frist zur Zuständigkeitsprüfung und Entscheidung an dem Tag begann, an dem der Antrag beim zweitangegangene Rehabilitationsträger einging. Somit ergab sich für den übernahmebereiten Rehabilitationsträger ggf. eine sehr kurze Frist. Eine Weiterleitung auf Verdacht war nicht zulässig. Der Antragssteller war vom zweitangegangenen Rehabilitationsträger über die eingeleiteten Schritte zur Klärung des Antrages in Kenntnis zu setzen.[84]

Der Gesetzgeber wollte eine nochmalige Weiterleitung vermeiden, um Verzögerungen in der Bearbeitung der Fälle zu verhindern. Jedoch konnte es ohne § 14 Abs. 2 S. 5 SGB IX a. F. dazu kommen, dass ein Rehabilitationsträger über eine Leistung entscheiden musste, für die er nicht sachkompetent war, da sie nicht zu seiner Leistungs-

[79] Vgl. Gemeinsame Empfehlung Zuständigkeitsklärung i. d. F. vom 28.09.2010 § 2 abgedruckt in Knittel, SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen 1. Band.
[80] Vgl. Joussen in LPK-SGB IX, 4. Auflage, S. 115.
[81] Vgl. BT-Drucksache 15/1783, S. 13.
[82] Vgl. Joussen in LPK-SGB IX, 4. Auflage, S. 115.
[83] Vgl. Joussen in LPK-SGB IX, 4. Auflage, S. 115.
[84] Vgl. Welti in HK-SGB IX, 3. Auflage, S. 151.

gruppe nach § 6 Abs. 1 SGB IX a. F. gehörte.[85] Deshalb wurde § 14 Abs. 2 S. 5 SGB IX a. F. eingeführt.

3.1.4 Weiterleitung bei Erforderlichkeit weiterer Leistungen

Erachtete ein Rehabilitationsträger neben den Leistungen, die er bringen konnte, weitere Leistungen, die für ihn nicht im Leistungsspektrum von § 6 Abs. 1 SGB IX erfasst waren, für erforderlich, konnte der bereits leistende Rehabilitationsträger nach § 14 Abs. 6 S. 1 SGB IX a. F. den Antrag an den aus seiner Sicht zuständigen Rehabilitationsträger weiterleiten. Wenn dieser angegangene Rehabilitationsträger die weitere Leistung erbringen konnte, wurde er für diese Leistung vorläufig zuständig.[86] Für die Entscheidungfristen war § 14 Abs. 2 SGB IX a. F. entsprechend anzuwenden.[87] Nach § 14 Abs. 6 S. 2 SGB IX a. F war der Leistungsberechtigte hierüber zu informieren.

3.2 Änderungsgründe

Mit der Einführung des BTHG zum 01.01.2018 verfolgte der Gesetzgeber für die Zuständigkeitsklärung das Ziel, bei trägerübergreifenden Fallkonstellationen die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger zu verbessern.[88] Die damalige Idee des Gesetzgebers, dass die Rehabilitationsträger ihre Zusammenarbeit durch gemeinsame Empfehlung effektiv koordinieren, hat sich in der Praxis nicht in dem Umfang etabliert, wie es sich der Gesetzgeber gewünscht hätte.[89] Diese Einschätzung ergibt sich zum einen aus Experteneinschätzungen und zum anderen auch aus der Rechtsprechung. Die bei der Gesetzesinitiative angehörten Sachverständigen forderten eine Konkretisierung der gesetzlichen Regelungen, damit die Rehabilitationsträger besser zusammenarbeiten. Nur mit einer koordinierten Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger können auch trägerübergreifende Leistungen erbracht werden, so die Einschätzung der Sachverständigen.[90] Die vor Einführung des BTHG bestandenen Vorgaben zur Zuständigkeitsklärung benötigten jedoch keine Änderungen.[91]

Auch die Rechtsprechung durch das Bundessozialgericht hat im Jahr 2011 mit einem Grundsatzurteil und zahlreichen Folgeentscheidungen die Rehabilitationsträger immer wieder dahingehend verpflichtet, dass alle in einem Antrag beantragten Leistungen schnell bearbeitet werden und sich die Rehabilitationsträger bei der Notwendigkeit des Falls miteinander abstimmen. In dem Grundsatzurteil ging es vordergründig um ein persönliches Budget. Das BSG führte dennoch auch in seiner Entscheidungsbegründung zu § 14 SGB IX a. F. aus, dass der erst- bzw. zweitangegangene Rehabilitations-

[85] Vgl. BT-Drucksache 15/1783, S. 13.
[86] Vgl. Knittel in SGB IX Kommentar, 8. Auflage, S. 182.
[87] Vgl. Knittel in SGB IX Kommentar, 8. Auflage, S. 182.
[88] Vgl. BT-Drucksache 18/9522, S. 233.
[89] Vgl. BT-Drucksache 18/9522, S. 233.
[90] Vgl. BT-Drucksache 18/9522, S. 233.
[91] Vgl. BT-Drucksache 18/9522, S. 233.

träger im Außenverhältnis zum Versicherten für alle in Betracht kommenden Bedarfe zuständig bleibt, auch wenn die Leistung nicht im seinem Leistungsgesetz enthalten ist. Dem Rehabilitationsträger wurde die Zuständigkeit sozusagen aufgedrängt. Wenn ein Antrag mehrere Leistungen von verschiedenen Leistungsgruppen enthielt, oder für die Leistungen mehrere Rehabilitationsträger zuständigen waren, musste sich der Rehabilitationsträger, dem die Zuständigkeit aufgedrängt wurde, mit dem anderen Rehabilitationsträger abstimmen bzw. um Zuarbeit bitten.[92]

3.3 Vergleich der vorherigen und der jetzigen Rechtslage

Der Gesetzgeber ist den Einschätzungen der Sachverständigen und der Rechtsprechung gefolgt und hat dementsprechend die Regelungen des § 14 Abs. 1 und Abs. 2 SGB IX hinsichtlich des Verfahrensablaufes mit erst-, zweit- und drittangegangenen Rehabilitationsträger und für diese jeweils maßgeblichen Fristen belassen.[93] Auch die Fristen bei einer Gutachtenerstellung bleiben inhaltlich unverändert und sind nun anstatt in § 14 Abs. 2 S. 4 SGB IX a. F. in § 14 Abs. 2 S. 3 SGB IX geregelt. Dieser Satz ist mit dem entsprechenden Satz, der die Frist für den zweitangegangenen Rehabilitationsträger bestimmt, getauscht. Damit ist in dem nun neu in § 14 Abs. 2 S. 4 SGB IX geregelten Satz die Frist für den Gutachter auch für den zweitangegangenen Rehabilitationsträger eindeutig normiert.

3.3.1 Leistender Rehabilitationsträger

Die Regelungen zur Zuständigkeitsklärung in § 14 SGB IX sollen die Bedarfsfeststellung und die Leistungserbringung beschleunigen.[94] Der Gesetzgeber verwendet in diesem Zusammenhang jedoch nicht mehr den Begriff „Zuständigkeitsklärung“, sondern „leistender Rehabilitationsträger“.[95] Der § 14 Abs. 2 S. 1 IX a. F. wurde dahingehend ergänzt, dass der Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf anhand der Instrumente zur Bedarfsermittlung nach § 13 feststellen und die Leistung erbringt.

Mit der Änderung der Paragrafenüberschrift und Einfügung in den Gesetzestext soll verdeutlicht werden, dass der Gesetzgeber den Fokus darauflegt, dass die Leistung dem Leistungsberechtigten zunächst bewilligt und erbracht werden. Die Rehabilitationsträger sollen dann nach Erbringung der Leistung weiterhin die Möglichkeit haben, zu klären, wer für die erbrachte Leistung zuständig gewesen wäre.[96] Diese Klärung kann dann jedoch im Innenverhältnis zwischen den Rehabilitationsträgern erfolgen und soll nicht mehr zu Lasten der Leistungsberechtigten gehen. Die Ergänzung im Gesetzestext in § 14 Abs. 2 S. 1 SGB IX, indem auf die Instrumente zur Bedarfsermittlung

[92] Bundessozialgericht, Urteil vom 11.05.2011 – B 5 R 54/10 R, Rn. 31 ziert nach Juris.
[93] Unter den Punkten 3.1.1 und 3.1.2 vorgestellt.
[94] Vgl. BT-Drucksache 18/9522, S. 233.
[95] Vgl. Paragrafenüberschriften im SGB IX.
[96] Vgl. BT-Drucksache 18/9522, S. 233.

gemäß § 13 SGB IX verwiesen wird, soll die Verzahnung der einzelnen Paragrafen verdeutlichen.[97]

3.3.2 Änderungen bei der Turbo-Klärung

An der „Turbo-Klärung“ hat der Gesetzgeber grundsätzlich festgehalten. Sie ist nun in § 14 Abs. 3 SGB IX geregelt und dahingehend ergänzt, dass nun der zweitangegangene Rehabilitationsträger auch dann eine „Turbo-Klärung“ durchführen darf, wenn er nach § 6 Abs. 1 SGB IX für die betreffende Leistungsgruppe zuständig sein könnte, aber er nach seinem Leistungsgesetz im speziellen Fall nicht zuständig ist.[98] Als mögliches Beispiel wäre hier vorstellbar, dass die Rentenversicherung Mitteldeutschland als zweitangegangener Träger den Antrag weitergeleitet bekommt, das Konto des Versicherten und damit die Zuständigkeit für den Versicherten jedoch bei der DRV Bund liegt. In einem solchen Fall haben die Rentenversicherungsträger miteinander vereinbart, dass der zweitangegangene Rehabilitationsträger auch ohne Anfrage diesen Antrag ein weiteres Mal weiterleiten kann, wenn die Grundvoraussetzungen für eine „Turbo-Klärung“ vorliegen.[99]

Sowohl für die Einleitung als auch für die Annahme einer „Turbo-Klärung“ gibt es für einen Rehabilitationsträger keine Verpflichtung. Es kann somit weiterhin jeder Rehabilitationsträger selbst entscheiden.[100]

Neu ist auch, dass nun jeder Rehabilitationsträger, der den Antrag des Antragstellers an einen anderen Rehabilitationsträger weiterleitet, den Antragsteller über die Weiterleitung informieren muss.[101] Dies musste bisher nur der zweitangegangene Rehabilitationsträger in Verbindung mit der Turbo-Klärung. Die entsprechende Ergänzung wurde in § 14 Abs. 1 S. 2 SGB IX vorgenommen.

Mit der Einführung des § 14 Abs. 5 SGB IX hat der Gesetzgeber klargestellt, dass § 16 Abs. 2 S. 1 SGB I bei Anträgen zur Teilhabe für die Fristberechnung nicht zur Anwendung kommt. Insoweit wurde diese Auffassung bereits vor Einführung der Regelungen zum 01.01.2018 in entsprechenden Kommentaren zum SGB IX vertreten. Zum 01.01.2018 erfolgte nur die gesetzliche Bestimmung dazu. Für die Rehabilitationsträger beginnt somit weiterhin die Zweiwochenfrist mit Eingang des Antrages.

[97] Vgl. BT-Drucksache 18/9522, S. 234.
[98] Vgl. BT-Drucksache 18/9522, S. 234.
[99] Vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund in http://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/Raa/Raa.do?f=SGB9_14 R4.2.
[100] Vgl. Joussen in LPK-SGB IX, 5. Auflage, S. 127.
[101] Vgl. BAR in https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/Sonstiges/downloads/BTHG.BF.05.pdf, S. 11.

3.3.3 Leistungsverantwortung bei mehreren Rehabilitationsträgern

Das unter Punkt 3.2 vom Bundessozialgericht wieder aufgegriffene Prinzip „der aufgedrängten Zuständigkeit“ greift der Gesetzgeber mit der Einführung des § 15 SGB IX neu auf. § 15 SGB IX konkretisiert die damaligen Regelungen des § 14 Abs. 6 SGB IX a. F.. Ein Fall des § 15 Abs. 1 S. 1 SGB IX liegt dann vor, wenn sich aus einem Antrag eines Leistungsberechtigten ergibt, dass er nicht nur Leistungen von dem angegangenen Rehabilitationsträger benötigt, sondern auch eine andere Leistung, für die der angegangene Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 SGB IX nicht zuständig sein kann. Der erstangegangene und nun leistende Rehabilitationsträger soll dann den Antrag ohne schuldhaften Zögern an den aus seiner Sicht für die 2. Leistung zuständigen Rehabilitationsträger weiterleiten.[102] Dabei soll der leistende Rehabilitationsträger auf dem Antrag den Splitting-Fall kenntlich machen. Außerdem muss das Eingangsdatum des Antrages für den anderen Rehabilitationsträger erkennbar sein.[103] Dies ist insofern wichtig, als dass § 15 Abs. 1 S. 1 SGB IX grundsätzlich nur innerhalb der Zweiwochenfrist nach § 14 Abs. 1 S. 1 SGB IX Anwendung finden soll. Die Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ sieht hier vor, dass für das Antragssplitting im Einzelfall die zwei Wochenfrist auch überschritten werden darf. Dazu muss der leistende Rehabilitationsträger die maßgeblichen Gründe darlegen.[104]

Der nun mit dem Antrag von der zweiten Leistung befasste Rehabilitationsträger entscheidet sodann nach § 15 Abs. 1 S. 2 SGB IX über die zugeleitete Teilleistung nach seinem Leistungsgesetz und erbringt dann ggf. auch die erforderliche Teilleistung. Er hat dem Antragsteller seine Entscheidung mitzuteilen. Für die Entscheidungsfindung hat der mit der Teilleistung befassende Rehabilitationsträger nach § 15 Abs. 4 S. 1 SGB IX abweichend von § 14 Abs. 2 SGB IX eine Frist von sechs Wochen einzuhalten. Diese beginnt jedoch bereits mit dem Antragseingang bei dem Rehabilitationsträger, der die Teilleistung weitergeleitet hat, wodurch die gemeinsame Empfehlung hinsichtlich des Kenntlichmachens des Antragseingangs einleuchtend ist. Der nach § 14 SGB IX leistende Rehabilitationsträger trägt für diesen Fall die Koordinationsverantwortung. Er muss z. B. sicherstellen, dass der beteiligte Rehabilitationsträger seine Entscheidung rechtzeitig gegenüber dem Leistungsberechtigten trifft.[105]

§ 15 Abs. 2 SGB IX ist eine eigenständige Regelung zu § 15 Abs. 1 SGB IX. Er regelt die Fälle, wenn die Voraussetzungen nach § 15 Abs. 1 SGB IX nicht erfüllt sind und der leistende Rehabilitationsträger einen konkreten Anhaltspunkt dafür hat, dass ein

[102] Vgl. Gesetzestext § 15 Abs. 1 S. 1 SGB IX.
[103] Vgl. BAR in https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/GEReha-Prozess.web_2019.pdf, S. 37.
[104] Vgl. BAR in https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/GEReha-Prozess.web_2019.pdf, S. 37.
[105] Vgl. Joussen in LPK-SGB IX, 5. Auflage, S. 131f..

weiterer trägerübergreifender Rehabilitationsbedarf besteht. Der leistende Rehabilitationsträger muss sodann den für den zusätzlichen Rehabilitationsbedarf zuständigen Rehabilitationsträger schriftlich auffordern, Feststellungen hierüber zu treffen.[106] Die Feststellungen sollen nach dem Gesetzeswortlaut für einen Teilhabeplan nach § 19 SGB IX tauglich sein. Der nun beteiligte Rehabilitationsträger hat nach § 15 Abs. 2 S. 2 SGB IX eine Frist von zwei Wochen nach Anforderung bzw. zwei Wochen nach Rücklauf des Gutachtens (bei einer Begutachtung durch den Beteiligten), um seine Feststellungen dem leistenden Rehabilitationsträger zukommen zu lassen. Wird diese Frist eingehalten, ist der leistende Rehabilitationsträger an diese Feststellungen gebunden.[107] Erfolgt eine Fristversäumnis des beteiligten Rehabilitationsträgers, soll „…der leistende Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf auch nach den Leistungsgesetzen der beteiligten Rehabilitationsträger…“ selbst feststellen.[108] Sodann wird die festgestellte Leistung des beteiligten Rehabilitationsträger vom leistenden Rehabilitationsträger erbracht und im Anschluss ein Erstattungsanspruch bei dem beteiligten Rehabilitationsträger geltend gemacht. Es gibt jedoch auch die Möglichkeit, dass der beteiligte Rehabilitationsträger seine festgestellte Teilleistung selbst erbringt.[109] Dafür müssen die Voraussetzungen nach § 15 Abs. 3 S. 1 SGB IX erfüllt sein. Der Gesetzgeber spricht in einem solchen Fall von einem „Konsensfall“.[110] Damit möchte der Gesetzgeber für die Rehabilitationsträger eine Verringerung des Verwaltungsaufwandes erreichen, indem so z. B. kein Erstattungsanspruch geltend gemacht werden muss.[111] Kann keine Einigung zwischen den Rehabilitationsträgern hergestellt werden, spricht der Gesetzgeber von sog. „Konfliktfällen“ und hat hierzu in § 15 Abs. 3 S. 2 SGB IX die entsprechende Regelung geschaffen. Hiernach erbringt der leistende Rehabilitationsträger zunächst die notwendigen Leistungen in seinem Namen.

Nach § 15 Abs. 4 S. 1 SGB IX sind alle Verfahrensmöglichkeit mit einer Beteiligung eines oder mehrere Rehabilitationsträger neben dem leistenden Rehabilitationsträger abweichend von § 14 Abs. 2 SGB IX innerhalb einer Frist von sechs Wochen zu entscheiden. Wird darüber hinaus noch eine Teilhabeplankonferenz durchgeführt, ist über den Antrag innerhalb von 2 Monaten nach Antragseingang nach § 15 Abs. 4 S. 2 SGB IX zu entscheiden. Der Antragssteller ist dabei nach § 15 Abs. 4 S. 3 SGB IX über alle Verfahrensschritte hinsichtlich einer Beteiligung eines Rehabilitationsträgers, den maßgeblichen Zuständigkeiten und die Fristen zu unterrichten.

---

[106] Vgl. Joussen in LPK-SGB IX, 5. Auflage, S. 132.
[107] Vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund in http://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/Raa/Raa.do?f=SGB9_15 R4.1&a=true.
[108] BAR in https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/GEReha-Prozess.web_2019.pdf, S. 40.
[109] Vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund in http://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/Raa/Raa.do?f=SGB9_15 R4.1&a=true.
[110] Vgl. BT-Drucksache 18/9522, S. 235.
[111] Vgl. BT-Drucksache 18/9522, S. 235.

4 Teilhabeplan

4.1 Koordinierung der Leistungen

Durch das schon damals bestandene gegliederte Rehabilitationssystem war es möglich, dass in einigen Fällen Leistungen durch mehrere Leistungsträger (§ 5 SGB IX a. F.) oder unterschiedliche Leistungsgruppe von einem Rehabilitationsträger (§ 6 SGB IX a. F.) zu erbringen waren. Um damit verbundene Probleme vorzubeugen, führte der Gesetzgeber bereits mit Einführung des SGB IX im Jahr 2001 den § 10 SGB IX a. F. ein. Dabei verfolgte der Gesetzgeber das Ziel, dass die Rehabilitationsträger trägerübergreifend die Rehabilitationsleistung erbringen sollten, indem sie die Rehabilitationsleistungen koordinieren. Für den Leistungsberechtigten sollten so die Rehabilitationsleistungen „…wie „aus einer Hand“ erscheinen…“.[112] Gleichzeitig sollte damit ein reibungsloses, durchgehendes Verfahren gesichert werden.[113] Dabei sollten alle Rehabilitationsträger, die in dem zu betrachtenden Fall, eine Leistung erbringen, an der Koordinierung beteiligt werden. Der Gesetzestext sprach hier von „im Benehmen miteinander“ setzen, was lediglich bedeutete, dass die Rehabilitationsträger sich gegenseitig informieren und Gelegenheiten zur Stellungnahme geben.[114] Nach dem Gesetzeswortlaut zu § 10 SGB IX a. F. sollte der leistende Rehabilitationsträger gemäß § 14 SGB IX a. F. für die Koordination verantwortlich sein. Die Leistungskoordination hatte dabei grundsätzlich der Träger, der seine Leistung zuerst erbringen musste.[115] Durch § 10 SGB IX a. F. sollte jedoch lediglich eine interne Koordination zwischen beteiligten Rehabilitationsträgern erfolgen. Der Gesetzesgeber wollte nicht, dass eine gemeinsame Bescheidung erfolgt. Es sollten auch die jeweiligen Einzelansprüche des Versicherten gegenüber den jeweiligen Rehabilitationsträgern nicht modifiziert werden.[116]

Die Rehabilitationsträger konkretisierten § 10 SGB IX a. F., indem sie eine Gemeinsame Empfehlungen „Teilhabeplan“ erstellten. Diese wurde stets aktualisiert und erweitert. Die letzte Aktualisierung vor Einführung des BTHG erfolgte zum 01.08.2014, welche für die weitere Betrachtung verwendet wird.

Der Teilhabeplan wurde von den Rehabilitationsträgern als „…die fachliche Grundlage für die Steuerung des Rehabilitationsprozesses…“ angesehen und sollte bei allen Entscheidungen über Leistungen herangezogen werden.[117]

---

[112] BT-Drucksache 14/5074, S. 101.
[113] Vgl. BT-Drucksache 14/5074, S. 101.
[114] Vgl. Knittel in SGB IX Kommentar, 8. Auflage, S. 126.
[115] Vgl. Welti in HK-SGB IX, 3. Auflage, S. 118.
[116] Vgl. BT-Drucksache 14/5074, S. 101.
[117] Gemeinsame Empfehlung zur Erkennung und Feststellung des Teilhabebedarfs, zur Teilhabeplanung und zu Anforde rungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe i. d. F. v. 01.08.2014 § 18 Abs. 2 abgedruckt in Knittel, SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen 1. Band.

Nach § 10 Abs. 1 S. 1 SGB IX a. F. war der Teilhabeplan schriftlich zu erstellen. Damit sollte sichergestellt werden, dass er für den Leistungsberechtigten, die Reha-Einrichtung und die beteiligten Rehabilitationsträger nachvollzogen werden konnte.[118] Der Teilhabeplan sollte dabei u. a. stets Angaben zu den bio-psycho-sozialen Aspekten nach ICF, den Leistungen zur Teilhabe und den an der Erstellung des Teilhabeplans beteiligten Rehabilitationsträger enthalten.[119] Der Teilhabeplan war mit der erfolgten Rehabilitation fortzuschreiben. Wurde durch einen der Beteiligten ein weiterer Bedarf im Verlauf der Rehabilitation festgestellt, war der Teilhabeplan entsprechend von dem verantwortlichen Rehabilitationsträger anzupassen.[120]

Der Teilhabeplan stellte jedoch noch keinen Verwaltungsakt dar. Er diente zur Vorbereitung der Leistungserbringung und konnte im für die Leistung zugrunde liegenden Bescheid ein Teil der Begründung sein.[121]

Weiterhin sollten die Leistungen nach § 10 Abs. 1 S. 1 SGB IX a. F. nahtlos ineinandergreifen. Der Sinn und Zweck dieser Vorgabe war es, dass zwischen zwei Leistungen möglichst keine Zwischenzeit vergehen sollte. Unter dem Begriff „nahtlos“ verstand man im wörtlichen Sinne, dass keine zeitliche Lücke (außer Sonn- und Feiertagen) entstehen soll.[122] Diese Wunschvorstellung des Gesetzgebers war in der Praxis in dem engen Sinne nicht umsetzbar. Bei sog. Anschlussheilbehandlungen (Leistungen einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme nach einer Krankenhausbehandlung) galten und gelten nach § 32 SGB VI 14 Tage zwischen den Leistungen als unmittelbar. Daher ist mit „nahtlos ineinandergreifen“ eher das Verständnis dahingehend, dass keine vermeidbare Verzögerungen zwischen den zu erbringenden Leistungen vorhanden sein soll.[123]

Nach § 10 Abs. 4 SGB IX a. F. hatte der Gesetzgeber klargestellt, dass die datenschutzrechtlichen Regelungen unberührt blieben. Das SGB IX führte somit keine neuen Regelungen für den Datenschutz ein, sondern verwies auf die bereits bestandenen Regelungen, die sich für Rehabilitationsträger überwiegend in den §§ 67-85a SGB X befanden. Die Datenübermittlung zwischen zwei oder mehreren Rehabilitationsträgern war in §§ 69 und 75 SGB X geregelt.[124] Durch die damals eingeführte Koordinierungsfunktion eines Rehabilitationsträgers, konnte dieser die Sozialdaten nach § 67a SGB I erheben.[125]

[118] Vgl. Welti in HK-SGB IX, 3. Auflage, S. 119.
[119] Vgl. Gemeinsame Empfehlung zur Erkennung und Feststellung des Teilhabebedarfs, zur Teilhabeplanung und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe i. d. F. v. 01.08.2014 § 18 Abs. 2 abgedruckt in Knittel, SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen 1. Band.
[120] Vgl. Knittel in SGB IX Kommentar, 8. Auflage, S. 127.
[121] Vgl. Welti in HK-SGB IX, 3. Auflage, S. 119.
[122] Vgl. Knittel in SGB IX Kommentar, 8. Auflage, S. 127.
[123] Vgl. Knittel in SGB IX Kommentar, 8. Auflage, S. 128.
[124] Vgl. Welti in HK-SGB IX, 3. Auflage, S. 122.
[125] Vgl. Knittel in SGB IX Kommentar, 8. Auflage, S. 130.

4.2 Änderungsgründe

Mit dem nun neu eingeführten § 19 SGB IX - Teilhabeplan - möchte der Gesetzgeber die vorstehenden Regelungen zur Koordinierung konkretisieren. Durch die z. B. neu eingeführten Instrumente zur Bedarfsermittlung und der Konkretisierung der Zuständigkeit bei mehreren Rehabilitationsträgern, ist eine Konkretisierung der Koordinierung bei mehreren Leistungen vom Gesetzgeber für notwendig erachtet worden.[126] Das Teilhabeplanverfahren soll nach § 19 Abs. 1 SGB IX weiterhin schriftlich dokumentiert werden. Eine elektronische Dokumentation ist nun auch zulässig. Formell ist es jedoch an keine anderen Vorgaben gebunden.[127] Der Gesetzgeber schlägt in der Gesetzesbegründung für die Erstellung des Teilhabeplans ein Umlaufverfahren vor.[128] Dies ist aber für die Rehabilitationsträger kein Zwang.

4.3 Der Teilhabeplan

Mit § 19 Abs. 1 SGB IX wurden die Regelungen von § 10 Abs. 1 S. 1 SGB IX a. F. weitestgehend übernommen. Beispielsweise ist weiterhin der nach § 14 SGB IX (nun) leistende Rehabilitationsträger verpflichtet, die Koordinierungsfunktion zu übernehmen und ist somit grundsätzlich für die Erstellung eines Teilhabeplanes verantwortlich.[129] Nach § 19 Abs. 5 SGB IX kann von dieser Regelung abgewichen werden, indem ein nach § 15 SGB IX beteiligter Rehabilitationsträger das Teilhabeplanverfahren übernimmt. Dies muss der Leistungsberechtigte jedoch mit den Rehabilitationsträgern vereinbaren bzw. ist für diese Verfahrensweise die Zustimmung des Leistungsberechtigten erforderlich.[130]

Die Neuerung im § 19 Abs. 1 SGB IX im Vergleich zu § 10 Abs. 1 S. 1 SGB IX a. F. ist, dass die erforderlichen Leistungen auch hinsichtlich Ziel, Art und Umfang festgestellt werden. Durch die Einführung von § 19 Abs. 2 S. 1 SGB IX hat der leistende Rehabilitationsträger bei der Erstellung des Teilhabeplans eine Frist zu beachten. Der Teilhabeplan muss erstellt sein, bis über den Antrag zu entscheiden ist. Somit erfolgt die Erstellung des Teilhabeplans bei der Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung und endet nach der Durchführung der vollständigen Leistung.[131] Dies ist auch insoweit nachvollziehbar, als dass der Teilhabeplan nach § 19 Abs. 4 S. 1 SGB IX bei der Entscheidung über den Antrag des Versicherten zugrunde zu legen ist und damit auch Bestandteil der Begründung des Leistungsbescheides sein kann. Insofern macht die erstmalige Erstellung eines Teilhabeplans nach der Bewilligung der Leistung wenig Sinn. Der Teilhabeplan ist auch wei-

[126] Vgl. BT-Drucksache 18/9522, S. 239.
[127] Vgl. BT-Drucksache 18/9522, S. 239.
[128] Vgl. BT-Drucksache 18/9522, S. 239.
[129] Vgl. Joussen in LPK-SGB IX, 5. Auflage, S. 147.
[130] Vgl. BT-Drucksache 18/9522, S. 239.
[131] Vgl. Bundesagentur für Arbeit in http://con.arbeitsagentur.de/prod/apok/ct/dam/download/documents/dok_ba016004.pdf, S. 1.

terhin kein Verwaltungsakt, sondern kann als Vorbereitungsakt für die Entscheidung der Rehabilitationsträger dienen.[132]

Durch § 19 Abs. 2 S. 2 Nr. 1 bis 11 SGB IX wurden nun die aus der Gemeinsamen Empfehlung „Teilhabeplan“ vereinbarten Inhalte gesetzlich niedergeschrieben. Der Gesetzgeber möchte mit den einheitlichen Vorgaben erreichen, dass der Teilhabeplan zu einem standardisierten Verwaltungsverfahren wird.[133] Gleichzeitig sollen die Rehabilitationsträger durch die einheitliche Aufzählung eine lückenlose Kommunikation erreichen.[134]

Der Leistungsberechtigte kann, wie auch nach der alten Regelung, einen Teilhabeplan einfordern und zwar auch dann, wenn die Voraussetzungen nach § 19 Abs. 2 S. 1 SGB IX nicht vorliegen. Aus § 19 Abs. 3 S. 1 und 2 SGB IX ergibt sich, dass der Teilhabeplan während des gesamten Vorgangs der Rehabilitationsleistungen weiterhin fortzuschreiben ist. Neu ist dagegen, dass der Leistungsberechtigte ein Recht zur Einsichtnahme in den Teilhabeplan nach § 19 Abs. 3 S. 3 SGB IX hat. Mit dem Teilhabeplan soll somit eine bessere trägerübergreifende Bedarfsermittlung und -feststellung erfolgen. Gleichzeitig steht dem Leistungsberechtigten die Möglichkeit offen, im Verfahren über seine Rehabilitationsleistung mitzuwirken.

Ein Teilhabeplan ist jedoch dann nicht notwendig, wenn eine ergänzende Leistung auf eine Hauptleistung aufbaut.[135] Nach Auffassung der Deutschen Rentenversicherung ist auf einen Teilhabeplan auch verzichtbar, wenn „…von einem Rehabilitationsträger mehrere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nacheinander erbracht oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aus einer medizinischen Rehabilitation heraus angeregt…“ werden.[136] Bei einem Eingliederungsverfahren in eine Werkstatt für behinderte Menschen ist jedoch ein Teilhabeplan unabdingbar.[137]

Insoweit besteht hier eine Diskrepanz zu dem Gesetzestext, da eine medizinische Rehabilitation und eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben verschiedene Leistungsgruppen nach § 5 SGB IX darstellen.[138]

4.4 Teilhabeplankonferenz

Die Teilhabeplankonferenz ist durch die Neuregelungen des BTHG entstanden. Es gab somit in den Gesetzen bis zum 31.12.2017 keine vergleichbare Vorschrift, sodass in diesem Fall kein Vergleich des alten und des neuen Rechtsstandes erfolgen kann.

---

[132] Vgl. Joussen in LPK-SGB IX, 5. Auflage, S. 150.
[133] Vgl. BT-Drucksache 18/9522, S. 239.
[134] Vgl. BT-Drucksache 18/9522, S. 239.
[135] Vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund in http://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/Raa/Raa.do?f=SGB9_19R2 &a=true.
[136] Deutsche Rentenversicherung Bund in http://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/Raa/Raa.do?f=SGB9_19R2 &a=true.
[137] Vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund in http://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/Raa/Raa.do?f=SGB9_19R2 &a=true.
[138] Diese Unstimmigkeit wird bei der Auswertung der Interviews nochmals mit aufgegriffen.

Mit der Teilhabeplankonferenz hat der Gesetzgeber ein zusätzliches Verfahren konzipiert, welches bei Fällen der Trägermehrheit die Bedarfsfeststellung unterstützen soll. Damit wird zum einen beabsichtigt, dass der Leistungsberechtigte in dem Verfahren der Bedarfsfeststellung mehr mit beteiligt und seine Position gestärkt wird. Die Teilhabeplankonferenz soll somit die Rechte des Leistungsberechtigten stärken.[139] Zum anderen sollen die Rehabilitationsträger bei komplexen Leistungsfällen mittels der Teilhabeplankonferenz besser zusammenarbeiten.[140]

Nach § 20 Abs. 1 S. 1 SGB IX ist für die Teilhabeplankonferenz der Rehabilitationsträger verantwortlich, der auch für den Teilhabeplan nach § 19 zuständig ist. Außerdem ist für die Durchführung der Teilhabeplankonferenz die Zustimmung des Leistungsberechtigten erforderlich. Wenn in einem Fall der Trägermehrheit keine Teilhabeplankonferenz zustande kommt, da z. B. der Leistungsberechtigte die Zustimmung verweigert hat, können die Rehabilitationsträger dennoch gemeinsame Beratungen vornehmen, um den Rehabilitationsbedarf festzustellen.[141]

Nach dem Gesetzeswortlauf (§ 20 Abs. 1 S. 1 SGB IX) kann der zuständige Rehabilitationsträger eine Teilhabeplankonferenz durchführen. In der Gesetzesbegründung wird hierzu ausgeführt, dass der verantwortliche Rehabilitationsträger „…die Erforderlichkeit und die Zweckmäßigkeit einer Teilhabeplankonferenz…“ prüfen muss.[142] Die Erforderlichkeit und Zweckmäßigkeit liegt insbesondere dann vor, wenn die vorhandenen Informationen widersprüchlich oder unvollständig sind und damit die Bedarfsfeststellung nicht möglich ist oder wenn mehrere Leistungen aus den unterschiedlichen Leistungsgruppen beantragt wurden.[143] Wird die Erforderlichkeit und Zweckmäßigkeit bejaht, muss der verantwortliche Rehabilitationsträger dem Leistungsberechtigten eine Teilhabeplankonferenz anbieten.[144]

Diese Pflicht ergibt sich zunächst aus § 20 Abs. 1 S. 1 SGB IX durch das Wort „kann“ nicht. Vielmehr deutet „kann“ auf eine Ermessensentscheidung hin. Jedoch wird aus § 20 Abs. 1 S. 3 SGB IX deutlich, dass eine Teilhabeplankonferenz bei Trägermehrheit in der Regel durchzuführen ist, indem § 20 Abs. 1 S. 3 SGB IX in den Nummern 1-3 Gründe aufführt, bei denen auf eine Teilhabeplankonferenz verzichtet werden kann.[145] Dies hat somit zur Folge, dass eine Teilhabeplankonferenz nach § 20 Abs. 1 S. 1 SGB IX in den überwiegenden Fällen stattfinden soll.

---

[139] Vgl. BAR in https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/GEReha-Prozess.web_2019.pdf, S. 55.
[140] Vgl. BT-Drucksache 18/9522,. S. 240.
[141] Vgl. Joussen in LPK-SGB IX, 5. Auflage, S. 152.
[142] BT-Drucksache 18/9522, S. 240.
[143] Vgl. BAR in https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/GEReha-Prozess.web_2019.pdf, S. 55f.
[144] Vgl. BT-Drucksache 18/9522,. S. 241.
[145] Vgl. Joussen in LPK-SGB IX, 5. Auflage, S. 151.

Nach § 20 Abs. 1 S. 3 Nr. 1 SGB IX muss keine Teilhabeplankonferenz stattfinden, wenn der zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs maßgebliche Sachverhalt schriftlich ermittelt werden kann oder nach § 20 Abs. 1 S. 3 Nr. 2 SGB IX der Aufwand zur Durchführung nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Umfang der beantragten Leistung steht. Die Rehabilitationsträger müssen ihre Verwaltungskosten nach § 64 SGB X für die Teilhabeplankonferenz selbst tragen. Auch die Leistungsberechtigten haben für die Teilnahme an der Teilhabeplankonferenz grundsätzlich keinen Anspruch auf Kostenerstattung.[146] Jedoch haben sich die Rehabilitationsträger darauf verständigt, dass der für die Teilhabeplankonferenz verantwortliche Rehabilitationsträger die notwendigen Kosten vom Leistungsberechtigten auf Grundlage des § 65a SGB I übernimmt.[147]

Beide Ausschlussgründe verfolgen den Ansatz, möglichst zeit- und geldsparend zu wirtschaften und aus diesem Grund auf die Teilhabeplankonferenz zu verzichten.[148] Mit dem unbestimmten Rechtsbegriff „angemessen“ hat hier der Rehabilitationsträger ggf. einen Spielraum. Betrachtet man den schon angesprochenen Hintergrund des Gesetzgebers für die Einführung der Teilhabeplankonferenz, müsste „angemessen“ eng auszulegen sein.[149] Klarstellungen aus der Rechtsprechung gibt es hierzu noch nicht.

Weiterhin braucht keine Teilhabeplankonferenz stattfinden, wenn nach § 20 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB IX vom Versicherten keine Zustimmung nach § 23 Abs. 2 SGB IX gegeben wurde. Dieser Verweis auf § 23 SGB IX bezieht sich auf datenschutzrechtliche Bestimmungen.

Sollte der verantwortliche Rehabilitationsträger nicht handeln, haben der Leistungsberechtigte, die beteiligten Rehabilitationsträger und die Jobcenter nach § 20 Abs. 1 S. 2 SGB IX die Möglichkeit, eine Teilhabeplankonferenz vorzuschlagen. Dieses Vorschlagsrecht für den Leistungsberechtigten soll sicherstellen, dass eine Teilhabeplankonferenz bei Vorliegen der Voraussetzungen auch in die Praxis integriert wird.[150] Bringt der Leistungsberechtigte einen solchen Vorschlag ein und der verantwortliche Rehabilitationsträger weicht von diesem Vorschlag ab, muss zunächst nach § 20 Abs. 2 S. 1 SGB IX der Leistungsberechtigte dazu angehört werden und es müssen dem Leistungsberechtigten die Gründe für die Abweichung mitgeteilt werden.

Mit § 20 Abs. 3 S. 1 SGB IX werden diejenigen benannt, die an einer Teilhabeplankonferenz mitwirken können. Dies ist zum einen der Leistungsberechtigte, der auch einen Bevollmächtigten oder Beistand nach § 13 SGB X zur Teilnahme an der Teilhabeplankonferenz ernennen und teilnehmen lassen kann. Des Weiteren nehmen der verantwortliche

[146] Vgl. BT-Drucksache 18/9522, S. 240.
[147] Vgl. BAR in https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/GEReha-Prozess.web_2019.pdf, S. 57.
[148] Vgl. Joussen in LPK-SGB IX, 5. Auflage, S. 152.
[149] Vgl. Joussen in LPK-SGB IX, 5. Auflage, S. 152.
[150] Vgl. Joussen in LPK-SGB IX, 5. Auflage, S. 152.

Rehabilitationsträger und die Beteiligten nach § 12 SGB X an der Teilhabeplankonferenz teil. Ggf. können noch weitere Rehabilitationsdienste an der Teilhabeplankonferenz teilnehmen. Dies kann jedoch nur auf Wunsch des Leistungsberechtigten oder mit dessen Zustimmung erfolgen. Insofern ist eine Kommunikation zwischen dem Leistungsberechtigten und dem verantwortlichen Rehabilitationsträger notwendig.[151]

§ 20 Abs. 4 SGB IX verweist auf die ebenfalls neu eingeführte Frist von § 15 Abs. 4 SGB IX, wonach über den Antrag innerhalb einer zweimonatigen Frist entschieden werden muss.

[151] Vgl. Joussen in LPK-SGB IX, 5. Auflage, S. 153.

5 Auswirkungen auf die Rehabilitationsträger

5.1 Vorüberlegungen

Nachdem nun eine vergleichende Betrachtung der neuen und der alten Regelungen erfolgt ist, stellt sich die Frage, ob und wenn ja, wie sich die erfolgten Änderungen für die Rehabilitationsträger und den jeweiligen Betroffenen auswirken. Um diese Auswirkungen thematisieren zu können, stand während der Bearbeitungszeit der Bachelorarbeit die Informationsbeschaffung im Vordergrund. Diesbezüglich war eine Kontaktaufnahme mit den betroffenen Behörden eine sinnvolle Möglichkeit.

Bevor die Kontaktaufnahme mit den Behörden erfolgte, musste sich zunächst über die Art und Weise der Informationsbeschaffung Gedanken gemacht werden. So wurden mögliche Hilfsmittel, wie ein Fragebogen, eine Umfrage, ein Interview oder ausschließlich schriftlicher Kontakt überlegt und die Vor- und Nachteile abgewogen. Im Ergebnis fiel die Wahl auf ein Interview, da man dabei das Gespräch entsprechend führen kann und auch Nachfragen möglich wären.

Als Interviewpartner kamen die Krankenkassen, die Rentenversicherungen, die Arbeitsverwaltung und die Unfallversicherungen in Betracht. Von einem Träger der Unfallversicherung wurde Abstand genommen, da dieser nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX Leistungen nach § 5 Nr. 1 bis 3 und 5 SGB IX erbringt. Leistungen zur Teilhabe an Bildung nach § 5 Nr. 4 SGB IX erbringt keiner der in Frage gekommenen Rehabilitationsträger. Insoweit erbringt der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung die eventuellen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen und Leistungen zur Teilhabe wie aus einer Hand. Dazu ist für die Unfallversicherung keine Absprache mit anderen Rehabilitationsträgern notwendig. Aus diesem Grund wurde von einer Interviewanfrage an einen Träger der gesetzlichen Unfallversicherung Abstand genommen.

Die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung sind durch ihre Vielzahl weit verstreut, sodass eine breite Auswahl möglich wäre. Der Bachelorarbeitersteller wandte sich zunächst schriftlich an die BARMER. Dieses Schreiben blieb unbeantwortet. Bei Vorsprache in einer Beratungsstelle der Krankenkasse wurde ihm mitgeteilt, dass für eine Interviewanfrage eine Bewerbung an das in Berlin sitzende Rehazentrum zu richten wäre, aber die Chance auf ein Interview als eher gering einzuschätzen ist.

Weiterhin wurde sich an die AOK Plus in Dresden gewandt, da diese dort direkt ihren Hauptsitz hat. Auf persönliche Vorsprache wurden die Kontaktdaten von einer Fachberaterin in Erfahrung gebracht. Mit dieser entstand dann das im Anhang 1 beiliegende

Interview. Leider war diesbezüglich aus betrieblichen Gründen der AOK Plus nur der fernmüdliche Kontakt für ein Interview möglich.

Bei dem Träger der Rentenversicherung wurde an die Referatsleiterin Leistungskoordination bei der Deutschen Rentenverischerung Mitteldeutschland herangetreten. Mit dieser wurde sodann ein Termin für ein Interview in den Räumlichkeiten der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland in Leipzig vereinbart.

Bei persönlicher Vorsprache bei der Bundesagentur für Arbeit in Dresden, konnten entsprechende Kontaktdaten (E-Mailadredesse und Telefon) des im dortigen Haus ansässigen Reha-Team erlangt werden. So konnte nach erfolgten Schriftwechsel und geführten Telefonaten mit einer Beraterin für Rehabilitation und Teilhabe in Dresden ein Interviewtermin vereinbart werden.

Im Vorfeld zu jedem Interview wurde ein Fragenkatalog erarbeitet und den Gesprächspartnern zugeleitet, damit sie sich vor dem Interview mit den entsprechenden Fragen befassen konnten.

Die Interviews wurden mittels eines Diktiergerätes aufgezeichnet und im Nachgang verschriftlicht. Sodann wurde das Interview nochmals dem jeweiligen Gesprächspartner übersandt und um deren Zustimmung für die Verwendung gebeten. Die entsprechenden Zustimmungen sind jeweils nach dem jeweiligen Interview beigefügt.

Bei den durchgeführten Interviews kann es sich jedoch lediglich um eine Stichprobe handeln, da der Umfang der befragten Behörden nicht ausreichend ist. Eine andere Verfahrensmöglichkeit war in der vorhandenen Zeit nicht möglich.

5.2 Ergebnisse der geführten Interviews

Damit die Ergebnisse von den drei interviewten Behörden besser verglichen werden können, erscheint eine gegliederte Auswertung nach den in der Bachelorarbeit gegliederten Bereichen – Bedarfsermittlung, Zuständigkeit und Teilhabeplan - für zielführend. Zunächst soll jedoch die Ist-Situation untersucht werden.

5.2.1 Ist-Situation bei den Behörden

Seit Einführung der neuen Regelungen zum 01.01.2018 sind bis zur Durchführung der Interviews 15 Monate vergangen. Deshalb ist es zunächst von Interesse zu erfragen, welche Umsetzungsschritte die Behörden eingeleitet haben, um das Gesetz umzusetzen und wie dort ggf. Konzepte aussahen oder noch aussehen, falls das Gesetz in der Form noch nicht umgesetzt ist.

Übereinstimmend berichteten die Interviewpartner, dass die Mitarbeiter geschult worden und die vorhandenen fachlichen Weisungen und Arbeitspapiere überarbeitet und an die neue Rechtslage angepasst worden.

Die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland (im Folgenden DRV MD) berichtet darüber hinausgehend, dass sie schon im Gesetzgebungsprozess vom BMAS über die DRV Bund mit beteiligt wurde. So sollten klärungsbedürftige Fragen vor Einführung des BTHG geklärt werden.

Um sich über Umsetzungsschwierigkeiten auszutauschen, hat die DRV MD auch an trägerübergreifenden und regionalen Erfahrungsaustauschen teilgenommen.

Durch die Neuregelungen im SGB IX hat es jedoch eine Verfahrensumstellung im Bereich der Eingliederungshilfe bei der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) gegeben. Seit dem 01.01.2018 sollte dieses Verfahren nicht mehr über Fachausschüsse, sondern mit Hilfe des Teilhabeplanverfahrens gesichert werden. Hier berichten die Bundesagnetur für Arbeit (im Folgenden BA f. Arbeit) und die DRV übereinstimmend, da sie jeweilis beide der zuerst leistende Rehabilitationsträger sind, dass der KSV schon zu Beginn des Verfahrens mit beteiligt wird.[152]

Die beteiligten Rehabilitationsträger haben sich für die Verfahrensänderung Ansprechpartnerlisten erstellt. Diese sollen gewährleisten, dass bei Vorliegen eines Falles ein Mitarbeiter von dem einen Rehabilitationsträger einen Mitarbeiter von einem anderen Rehabilitationsträger schnell und zielgerichtet erreichen kann, so die DRV MD.

Dieses Verfahren wurde zum 01.04.2019 so eingefürt. Insoweit kann weder die DRV noch die BA f. Arbeit mitteilen, ob dieses Verfahren so in der Praxis etabliert werden konnte. Dafür fehlt es verständlicherweise dann noch an den entsprechenden Fällen. Hier ist eine Überprüfung in zwei bis drei Jahren denkbar. Die beiden Rehabilitationsträger gehen jedoch davon aus, dass es zumindest für den Versicherten eine Verbesserung darstellen wird. Für die Rehabilitationsträger ist das Verfahren jedoch komplizierter geworden.

Die AOK Plus hat für die Umsetzung ein Konzept entwickelt, dass die Mitarbeiter sich bei Fagen, wo ggf. ein Mehrbedarf sein kann, an die eigenen Reha-Fachberater wenden können. Diese bekommen auch die eingehenden Anträge von den anderen Rehabilitationsträgern bzw. bei Antragssplitting.

[152] Bei den Werkstätten für behinderte Menschen für gibt es 3 Phasen. Die ersten beiden Phasen übernimmt (Eingangsbereich/Berufsbildungsbereich) die BA f. Arbeit oder die DRV (dies hängt davon ab, ob die Person vor der Eingliederung in die WfbM bereits im Erwerbsleben stand oder nicht). Der KSV ist dann für die 3. Phase zuständig.)

5.2.2 Bedarfsermittlung

Im Zusammenhang mit der Recherche zur Bachelorarbeit wurde einen Bericht der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) gefunden. Dieser befasst sich u. a. zum Thema Bedarfsermittlung und Bedarfsfestellung mit der Frage, ob eine umfassende Bedarfsermittlung, wie dies vom Gesetzgeber gewünscht ist, überhaupt in der vorgesehenen Zeit realisierbar und immer notwendig ist.[153] So wurde u. a. auch in Frage gestellt, ob es bei einer Anschlussrehabilitation nicht sinnvoller wäre, erst den Reha-Entlassungsbericht abzuwarten, bevor schon Ermittlungen wegen Leistungen zur Teilhabe eingeleitet werden.[154] Nach deren Einschätzung erfolgt in der Praxis bisher keine umfassende und vollständige Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung, sondern es wird lediglich eine Entscheidung über den gestellten Antrag getroffen.[155]

Für die Interviews stellte sich anhand dieser Ausführungen die Frage, ob für die umfassende Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung ggf. die Anträge geändert wurden, sodass zusätzlicher Rehabilitationsbedarf ggf. auch außerhalb der zuständigen Leistungsgruppe für die Mitarbeiter erkennbar wäre.

Die AOK Plus und die DRV MD verneinten diese Frage. Die DRV MD führt hierzu ergänzend aus, dass der Antrag zur medizinischen Rehabilitation immer umfangreicher geworden ist und nun bereits 11 Seiten umfasst. Wenn nach zusätzlichem Rehabilitationsbedarf für andere Rehabilitationsträger gefragt werden würde, würde sich der Umfang des Antrags weiter vergrößern und die Übersichtlichkeit verloren gehen. Die BA f. Arbeit hat ihren Antrag mit einer Frage ergänzt. Sie fragt nun zusätzlich danach, ob ein anderer Rehabilitationsträger in den letzten Monaten einen medizinischen Rehabilitationsbedarf festgestellt hat. Somit ist es zumindest möglich, bereits laufende Verfahren zu erkennen. Einen darüber hinausgehenden Rehabilitationsbedarf zu bemerken, ist mit dieser Frage jedoch auch nicht umfassend möglich.

Wenn die bewilligte Rehabilitationsmaßnahme zum Abschluss gekommen ist, wird dem Rehabilitationsträger, der die Maßnahme veranlasst hat, ein Reha-Entlassungsbericht zugesandt. Denkbar wäre in diesem Zusammenhang, dass durch die zielgerichtete Auswertung des Entlassungsberichts weiterer Rehabilitationsbedarf erkannt wird. Insoweit wurde den Interviewpartnern die Frage gestellt, ob die Reha-Kliniken und Ambulanzzentren etc. einen notwendigen und umfassenden Rehabilitationsbedarf feststel-

[153] Vgl. Deutsche Vereinigung für Rehabilitation in https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Schwerpunkte/Bundesteilhabegesetz/doc/DVfR_Positionspapier_Bedarfsermittlung_und_-feststellung___13_November_2018.pdf, Seite 2.

[154] Vgl. Deutsche Vereinigung für Rehabilitation in https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Schwerpunkte/Bundesteilhabegesetz/doc/DVfR_Positionspapier_Bedarfsermittlung_und_-feststellung___13_November_2018.pdf, Seite 2.

[155] Vgl. Deutsche Vereinigung für Rehabilitation in https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Schwerpunkte/Bundesteilhabegesetz/doc/DVfR_Positionspapier_Bedarfsermittlung_und_-feststellung___13_November_2018.pdf, Seite 3 f..

len oder lediglich für die Leistungsgruppen, für die der leistende Rehabilitationsträger zuständig ist.

Die BA f. Arbeit führt hierzu aus, dass die Rehabilitationseinrichtungen jeglichen festgestellten Rehabilitationsbedarf mitteilen. Diese Berichte werden dann gemeinsam mit dem Versicherten ausgewertet. Wird ein weiterer Bedarf, der von der BA f. Arbeit nicht erbracht wird, festgestellt, bekommt der Versicherte diese Empfehlung mitgeteilt und kann dann selbst entscheiden, ob er einen Antrag bei der entsprechend (wahrscheinlich) zuständigen Behörde stellen will. Das heißt, dass die BA f. Arbeit ihre „gewonnenen Erkenntnisse“ nicht an die entsprechend zuständige Behörde selbst weiterleitet. Als Gründe für diese Verfahrensweise wird ausgeführt, dass es sein kann, dass der Versicherte dieser Empfehlung nicht zustimmt, also er sich gegen weitere Rehabilitationsmaßnahmen ausspricht. Außerdem wird angegeben, dass in Einzelfällen ggf. nicht eindeutig ist, ob ein Träger der gesetzlichen Krankenversicherung oder ein Träger der gesetzlichen Rentenversicherung zuständig ist (insbesondere wer genau). Insoweit ist man aufgrund der geltendenen Datenschutzregelungen vorsichtig, seine Kenntnisse mit einer anderen Behörde zu teilen. Außerdem weiß man bei dem anderen Rehabilitationsträger nicht, wo und wie diese Informationen verarbeitet werden. Deshalb überlässt man bevorzugend dem Versicherten die Entscheidung, ob er einen entsprechenden Antrag wegen dem festgestellten Rehabedarf stellt. Die BA f. Arbeit händigt dem Versicherten jedoch auf seinen Wunsch den Entlassungsbericht auch aus, damit er diesen bei der entsprechenden Antragstellung mit einreichen kann oder sendet nach Antragsstellung auf Verlangen des anderen Rehabilitationsträgers, auch den Entlassungsbericht zu.

Die AOK Plus gibt an, dass die behandelnden Ärzte in der Klinik bei der Entlassung des Versicherten diesem eine entsprechende Empfehlung für deren Haus- oder Facharzt mitgeben. Dieser kann dann dem Versicherten die entsprechende Verordnung ausstellen. Dieses Verfahren war schon vor Einführung der Neuregelungen durch das BTHG etabliert und hat bisher immer gut funktioniert, sodass dort auch durch das BTHG keine Änderung vorgenommen wurde. Die AOK kann somit einen weiteren Rehabilitationsbedarf nicht erkennen bzw. erst durch die entsprechende Verordnung des Haus- oder Facharztes.

Bei der DRV MD wurde schon vor Einführung des BTHG von den Rehabilitationseinrichtungen geschaut, ob weiterer grundlegender Rehabilitationsbedarf besteht, wie eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben oder andere Hilfsmittel. Im Reha-Entlassungsbericht wird dies unter „Weitere Empfehlungen“ aufgeführt. Es wird jedoch z. B. nicht nach Leistungen, die das Integrationsamt noch erbringen könnte, geschaut.

Diesbezüglich weist die DRV darauf hin, dass dies unrealistisch wäre, da die Rehabilitationskliniken auch schon am Leistungsmaximum arbeiten.

Im Ergebnis dessen kann man sagen, dass die Feststellung eines weiteren Rehabilitationsbedarfs nach einer erfolgten Rehabilitationsmaßnahme unterschiedlich umgesetzt wird. Aufgrund dessen wird es für sinnvoll erachtet, dass die Rehabilitationsträger mit ihren vorhandenen Unterlagen versuchen, den Bedarf vor der ersten Rehabilitationsmaßnahme umfassend zu ermitteln und festzustellen.

Bei der Umsetzung der in § 13 SGB IX eingeführten Instrumente wird u. a. beschrieben, dass die Formulare der Rentenversicherung und der Bundesagentur für Arbeit nicht umfassend genug sind, damit „…eine umfassende Ermittlung der relevanten Schädigungen auf der Struktur- und der Funktionsebene…“ erfolgen kann.[156]

Für die Bedarfsermittlung sollte bei dem jeweiligen Interview ein Vergleich von vor der Einführung des BTHG und danach erfolgen. Deshalb wurde die Frage gestellt, welche Instrumente verwendet werden und ob diese dem bio-psycho-sozialen Modell entsprechen.

Hier beantworten die drei Interviewpartner diese Frage sehr unterschiedlich. Die DRV MD gibt an, dass noch keine Instrumente zur Bedarfsermittlung nach der neuen Rechtslage vorliegen. Diesbezüglich würde die DRV Bund bundesweit eine Definierung der Instrumente mittels Studien und Pilotprojekten erarbeiten. Die BA f. Arbeit gibt als Instrument z. B. den Amtsarzt im Haus an. Gleichzeitig berichtet aber auch sie, dass die nach § 13 SGB IX eingeführte Bedarfsermittlung durch die Reha-Träger noch nicht untersetzt ist, also die vom Gesetzgeber gewollte Konkretisierung noch offen ist. Zwar gibt es die auch in der Bachelorarbeit in Bezug genommene Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“, die Ausführungen zu den Instrumenten vornimmt, aber diese „sind noch nicht mit Leben befüllt“. Die AOK beschrieb ihr Verfahren recht ausführlich. Es ist aber auch hier fraglich, ob das beschriebene Verfahren den gesetzten Vorgaben zur Bedarfsermittlung entspricht. So gibt die AOK auch an, dass sich durch das BTHG keine Änderungen ergeben haben. Das Verfahren mit den in der Bachelorarbeit auch thematisierten Vorgängen zu vergleichen, gestaltet sich als schwierig, da die Ausgestaltung des § 13 SGB IX durch die Rehabilitationsträger noch nicht erfolgt ist. Insoweit kann auch nachvollzogen werden, dass noch die zuletzt vor Einführung des BTHG verwendeten Instrumente weiterhin genutzt werden.

Bei der Frage nach der Anwendung des bio-psycho-sozialen Modells gibt die AOK an, dass sie die Umgebung des Versicherten mit beachtet. Die DRV MD gibt an, dass der

[156] Deutsche Vereinigung für Rehabilitation in https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Schwerpunkte/Bundesteilhabegesetz/doc/DVfR_Positionspapier_Bedarfsermittlung_und_-feststellung___13_November_2018.pdf, S. 4.

Sozialmedizinische Dienst (SMD) in den Stellungnahmen auch die Wechselwirkungen beim Versicherten mit berücksichtigt. Die BA f. Arbeit gibt an, dass die vom Amtsarzt gefertigten Gutachten auf Grundlage der ICF erstellt werden, indem ein positives und negatives Leistungsvermögen von dem Versicherten dargestellt wird.

Insoweit kann man durch die Ausführungen der drei Interviewpartner davon ausgehen, dass die Rehabilitationsträger die Grundlagen vom bio-psycho-sozialen Modell berücksichtigen, indem Wechselwirkungen beachtet werden und ein positives und negatives Leistungsbild erarbeitet wird. Damit erklärt sich auch, dass die Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ ausdrücklich das bio-psycho-soziale Modell als Grundlage ansieht.

5.2.3 Probleme bei der Zuständigkeitsklärung

Bei der Zuständigkeitsprüfung erfolgte durch das BTHG keine großartige Gesetzesänderung. Lediglich durch die Neuregelungen bezüglich des Antragssplitting nach § 15 SGB IX kommt es hier zu Veränderungen. Deshalb war zunächst von Interesse, wie viele Fälle überhaupt von den Neuregelungen des § 15 SGB IX betroffen sind. Hierzu führen alle Rehabilitationsträger übereinstimmend aus, dass sie keine statistische Erhebung dazu durchführen. Dem Interviewpartner der AOK war als Reha-Fachberaterin lediglich ein Fall bekannt, wo ein trägerübergreifender Mehrbedarf vorhanden war, aber § 15 SGB IX dort nicht angewandt wurde. Die DRV MD betrachtet diese ebenfalls als Einzelfälle. Bisher haben sie keine Relevanz in der Praxis. Die BA f. Arbeit geht davon aus, dass es zukünftig mehr Fälle geben wird. Dies wird auf den Teilbereich Hörgeräteversorgung zurückgeführt, wo sie nun verstärkt von den Krankenkassen mit beteiligt werden.

Als leistender Rehabilitationsträger werden die BA f. Arbeit und die DRV MD hauptsächlich den KSV bei den WfbM-Maßnahmen beteiligen. Über den fallzahlmäßigen Umfang kann aufgrund der Einführung des Verfahrens zum 01.04.2019 noch keine Aussage getroffen werden.

Die Feststellung, dass die in § 15 SGB IX vorgenommenen Neuregelungen keine nennenswerten Auswirkungen bei den Rehabilitationsträgern hat, ist bezugnehmend auf den vorherigen Gliederungspunkt auch nachvollziehbar. Wenn keine umfassende, vollständige Bedarfsermittlung und Bedarfsfestellung erfolgt, können für die Rehabilitationsträger auch keine Fälle des § 15 SGB IX entstehen.

Jedoch weist die DRV MD im geführten Interview darauf hin, dass es weiterhin in Einzelfällen zu Zuständigkeitsproblemen kommen kann. Sie benennt sowohl Beispiele im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit der Arbeitsverwaltung als auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation mit den Krankenkassen. Dabei wird

die Ursache für die Zuständigkeitsproblematik bei den bestehenden Vor- bzw. Nachrangigkeitsregelungen zwischen den Leistungsgesetzen gesehen. Im Bereich der medizinischen Rehabilitation werden Probleme bei der Kinderrahabilitation angesprochen, da dort die Krankenkasse und die DRV MD gleichrangig zur Leistung verpflichtet sind. Insoweit werden die Versicherten (die Eltern der Kinder) von dem einen Rehabilitationsträger zu dem anderen Rehabilitationsträger verwiesen, um den Antrag zu stellen.

Im Bereich Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist die Arbeitsverwaltung der DRV MD nachrangig, sodass die Arbeitsverwaltung prüfen muss, ob vielleicht die Voraussetzungen bei der DRV MD vorliegen könnten. Der maßgebliche Paragraf ist hierzu § 11 Abs. 1 SGB VI. Sind die Voraussetzungen hierfür nicht erfüllt, gibt es noch einen Auffangtatbestand nach § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI.[157] Dies hat zur Folge, dass der Antrag des Versicherten so lange im Umlauf der Rehabilitationsträger gehalten wird, bis die Voraussetzungen des vorrangigen Trägers erfüllt sind und dieser die Leistung erbringen muss. Somit wird in einigen Fällen bewusst das Verfahren verlängert, was sich zu Lasten des Versicherten auswirkt.

Diese Ausführungen verwundern, da der Gesetzgeber in der Gesetzesbegründung ausführt, dass sich die Zuständigkeitsregelungen abgesehen von der engeren Zusammenarbeit bewährt haben. Die DRV MD führt weiter aus, dass dies „Grauzonen“ im Gesetz sind, die der Gesetzgeber nicht schließen will oder nicht schließen kann. Diese könnten wahrscheinlich nur vermieden werden, wenn der Gesetzgeber das gegliederte System aufgeben und stattdessen eine große Rehabilitationsbehörde schaffen würde.

Die BA f. Arbeit gibt an, dass es zu Zuständigkeitsproblemen kommen kann, wenn die Wartezeit von 15 Jahren nach § 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI für den Versicherten nach den dortigen Unterlagen gerade so erfüllt ist. Anzumerken ist dann dieser Stelle, dass das Recht nach dem SGB VI für die Mitarbeiter der BA f. Arbeit nicht das Hauptrecht ist, sondern das SGB III. Insofern ist es durchaus vorstellbar, dass die Mitarbeiter die für die 15 Jahre Wartezeit notwendigen Beitragszeiten nicht immer fehlerfrei bestimmen können. Auch könnten die dortigen Unterlagen andere Informationen zu dem Beschäftigungsleben des Versicherten enthalten, wie diese in dem Versicherungskonto der DRV gespeichert sind. Als mögliche Verbesserung wurde hier eine bessere Austauschmöglichkeit mit der DRV vorgeschlagen. So könnte die Zuständigkeit bei solchen Grenzfällen schneller und besser geklärt werden.

Um eine schnelle und einfache Zuständigkeitsklärung zu gestalten, wäre es theoretisch auch denkbar, dass man die Zuständigkeit nicht nach den rentenrechtlichen Voraussetzungen (den 15 Jahren) gestaltet, sondern nach einem bestimmten Alter. Hat der

[157] Vgl. Interview mit der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland, Anhang 2, S. XVI.

Versicherte dieses Alter noch nicht erreicht, ist z. B. die BA f. Arbeit und sonst die DRV MD für den Versicherten zuständig. So wäre für jeden auf den ersten Blick erkennbar, wer für den Antrag bzw. den Versicherten zuständig ist. Abgrenzungsschwierigkeiten könnte es jedoch dennoch damit geben, wenn der Versicherte kurz vor dem Erreichen dieses Alters ist.

Insoweit kann man zusammenfassen, dass die teilweise noch vorhandenen Zuständigkeitsprobleme mit der Einführung des BTHG nicht gelöst wurden, sondern unverändert anhalten. Dabei muss man betonen, dass es sich bei den Problemfällen um Einzelfälle handelt. Dies ist aber für den davon betroffenen Versicherten auch kein Trost. Die durch das BTHG neu eingeführten Regelungen des § 15 SGB IX kommen in der Praxis bei den Rehabilitationsträgern noch nicht zum Tragen.

5.2.4 Teilhabeplanverfahren

Bei der Vorbereitung des Interviews entstand die Frage, wie das neu eingeführte Teilhabeplanverfahren in der Praxis funktioniert und ob Verbesserungsmöglichkeiten gesehen werden.

Die DRV MD hat das Teilhabeplanverfahren bislang ausschließlich bei der Leistung in eine WfbM etabliert. In den drei Wochen zwischen der Etablierung (am 01.04.2019) und dem geführten Gespräch (am 25.04.2019) ist aber noch kein Teilhabeplanverfahren angewendet worden. Auch in den anderen Rehabilitationsbereichen der DRV MD wird das Teilhabeplanverfahren noch nicht angewendet.

Die BA f. Arbeit gibt an, dass das Teilhabeplanverfahren noch nicht ausgestaltet ist. Für die Ausgestaltung werden mit der Rentenversicherung und den Berufsgenossenschaften Arbeitstreffen veranstaltet. Bei dem Verfahren für die Eingliederung in eine WfbM wird der Teilhabeplan zuerst zur Anwendung kommen. Zum Interviewzeitpunkt konnten noch keine Erfahrungswerte mitgeteilt werden. Die BA f. Arbeit kann als beteiligter Rehabilitationsträger den Teilhabeplan nach eigenen Angaben nicht einsehen.

Die AOK, als Vertreter der Krankenkassen, erwähnt auf die Frage nicht, dass bei ihnen ein Teilhabeplanverfahren durchgeführt wird. Vielmehr wird ausgeführt, dass aufgrund mangelnder Prüfung es nicht zu einer Fallkonstellation nach § 15 SGB IX kommt, sodass auch kein Teilhabeplanverfahren zustande kommt.

Die DRV MD führt ergänzend zu der Frage aus, dass die Zusammenarbeit mit anderen Trägern schon vor Einführung des BTHG keine Probleme dargestellt hätte, sodass ein Teilhabeplan eigentlich nicht notwendig gewesen wäre. Die Eingliederungshilfe in eine WfbM wird hiervon ausgenommen. Dort wurde der Teilhabeplan nun etabliert.

Die BA f. Arbeit gibt dagegen an, dass in den vergangenen Jahren auf die Zusammenarbeit zwischen den Rehabilitationsträgern immer weniger Wert gelegt wurde. So wurden gemeinsame Beratungen zwischen den Rehabilitationsträgern abgeschafft und stattdessen konzentrierte man sich auf das jeweilige Leistungsgesetz. Durch die Neuregelungen, die die Rehabilitationsträger zu einer engeren Zusammenarbeit verpflichten, müssen nun erst wieder Kommunikationswege aufgebaut werden, was Zeit benötigt.

Somit vertreten die BA f. Arbeit und die DRV MD hier unterschiedliche Sichtweisen. Da der Gesetzgeber eben jene Neuregelungen zur besseren Zusammenarbeit geschaffen hat, ist davon auszugehen, dass die Zusammenarbeit zwischen den Rehabilitationsträgern verbesserungsbedürftig ist. Schon der Wunsch für konkrete Ansprechpersonen in der jeweiligen Behörde bzw. die mit erheblichem Aufwand verbundene Zusammenstellung der Ansprechpartnerlisten für die Eingliederungshilfe in die WfbM zeigen Verbesserungspotenzial bei der Zusammenarbeit.

Übereinstimmend geben die Interviewpartner an, dass es noch keine Teilhabeplankonferenz gab. Dies ist nach den vorherigen Ausführungen aber auch keine Überraschung.

Ergänzend zum Teilhabeplan führt die DRV MD aus, dass das Teilhabeplanverfahren in der Praxis mit mehr bürokratischen Aufwand als bisher verbunden ist. Aufgrund der hohen Anzahl von Anträgen wird in der Praxis versucht, mit so wenig Aufwand wie möglich zu arbeiten. Mit dem Teilhabeplanverfahren muss nach Angaben der DRV MD durch vermehrte Entwicklungsberichte ein riesiger Aufwand betrieben werden. Damit ist der Teilhabeplan in der Praxis nicht so beliebt. Werden von einem Versicherten bei der DRV MD mehrere Leistungsgruppen beantragt, die alle in der Zuständigkeit der DRV MD liegen, besteht nach Angaben der DRV MD keine Notwendigkeit, ein Teilhabeplanverfahren durchzuführen. Stattdessen werden die Anträge bzw. Leistungen nacheinander geprüft und bei Vorliegen der Voraussetzungen bewilligt. Es wird in einem solchen Fall kein Teilhabeplan erstellt.[158] Insoweit wird die rechtliche Arbeitsanweisung der DRV befolgt.

[158] Vgl. Interview mit der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland, Anhang 2, S. XV.

6 Zusammenfassung

Mit der vergleichenden Betrachtung der alten und der neuen Rechtslage wurde festgestellt, dass der Gesetzgeber mit der Einführung des BTHG die Bedarfsermittlung im Gesetz definiert und Rahmenbedingungen bestimmt hat, damit eine umfassende und vollständige Bedarfsermittlung möglich ist. Nach erfolgter Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung sollen die Rehabilitationsträger für die Leistungserbringung besser zusammenarbeiten. Dafür hat der Gesetzgeber mit § 15 SGB IX neue Regelungen geschaffen. Insbesondere das Antragssplitting ist komplett neu entstanden. Des Weiteren wurde für die bessere Zusammenarbeit der Teilhabeplan im Gesetz festgeschrieben. Zur besseren Abstimmung zwischen den Rehabilitationsträgern und mit dem Versicherten wurde vom Gesetzgeber die Möglichkeit einer Teilhabeplankonferenz geschaffen.

Mit den durchgeführten Interviews wurde festgestellt, dass die seit dem 01.01.2018 geltenden neuen Regelungen in der Praxis noch wenig bis keine Relevanz haben und somit die Umsetzung zum jetzigen Zeitpunkt fehlgeschlagen ist.

Die Bedarfsermittlung, die Zuständigkeitsprüfung und das Teilhabeplanverfahren bauen nach der Gesetzessystematik aufeinander auf. Vorliegend hat die Bearbeitung der Bachelorarbeit ergeben, dass die Bedarfsermittlung, wie der Gesetzgeber diese in der Theorie möchte, in der Praxis noch nicht umgesetzt wird. Ein Grund dafür ist, dass der Gesetzgeber in § 13 SGB IX nur die Rahmenbedingungen für die Rehabilitationsträger vorgegeben hat. Die Rehabilitationsträger sollen die mit der Bedarfsermittlung verbundenen Instrumente durch gemeinsame Empfehlungen konkretisieren. Die Gesetzesänderung wurde jedoch u. a. auch deshalb notwendig, da die Rehabilitationsträger ihre damalig geltenden gemeinsamen Empfehlungen mangelhaft umgesetzt haben. Insoweit ist es vom Gesetzgeber wohl unglücklich gewählt, dass er nun nur den Rahmen vorgibt und die Rehabilitationsträger sich wieder mit der Konkretisierung befassen müssen. In der Gemeinsamen Empfehlung „Reha Prozess“ sind die Instrumente noch nicht ausreichend konkretisiert bzw. „greifbar“. Teilweise werden die Instrumente auch noch in Studien versucht zu konkretisieren.

Die geforderte bessere Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger scheitert zum einen an den in der Praxis immer schärferen Datenschutzregelungen und der damit verbundenen Unsicherheit Verstöße gegen diese zu begehen. Außerdem bestehen gerade bei den Krankenkassen durch das über die vergangenen Jahre gefestigte und auch bewährte Verordnungsprinzip Probleme, weiteren Rehabilitationsbedarf nach einer bewilligten Maßnahme festzustellen. Zum anderen wurde die Zusammenarbeit durch die Rehabilitationsträger immer weiter zurückgefahren, da es genügte sich auf sein

Leistungsgesetz zu beschränken. Für den vom Gesetzgeber geforderten Umfang zur Zusammenarbeit müssen nun zunächst wieder die Strukturen geschaffen werden.

Sowohl für die bessere Zusammenarbeit als auch für die Zuständigkeitsklärung wünschen sich auch die Rehabilitationsträger untereinander Kontaktdaten von Mitarbeitern, damit bei Unstimmigkeiten oder Fragen man sich schnell und unkompliziert an den vermeintlich zuständigen Rehabilitationsträger wenden kann. Bei der Eingliederungshilfe in eine WfbM haben die Rehabilitationsträger trägerübergreifende Kontaktdatenlisten erstellt. In den anderen Bereichen der Rehabilitation erfolgte keine Erarbeitung solcher Listen.

Die im Einzelfall vorhandenen Zuständigkeitsprobleme bestehen durch die Neuregelungen weiter, da auch hier der Gesetzgeber keine Notwendigkeit für Änderungen sah. Jedoch haben die Interviews gezeigt, dass Zuständigkeitsprobleme aufgrund der gesetzlichen Regelungen zur Vor-, Nachrangig- und Gleichrangigkeit bestehen. Der in den Interviews vorgeschlagene Ansatz, das bestehende gegliederte System abzuschaffen, wird als kritisch beurteilt. Der Gesetzgeber führt in den Gesetzesbegründungen immer wieder aus, dass an dem gegliederten System festgehalten werden soll. Des Weiteren wäre eine solche Umstrukturierung mit erheblichen Aufwändungen verbunden. Insoweit werden Einzelfälle eher als „Kollarteralschaden“ betrachtet. Durch eine bessere Kommunikation bzw. Zusammenarbeit zwischen den Rehabilitationsträgern wäre aber in vielen dieser Einzelfälle eine schnelle Lösung, die nicht zu Lasten des Leistungsberechtigten geht, möglich. Zum jetzigen Zeipunkt ergibt sich für den Leistungsberechtigten durch die Neuregelungen bei der Zuständigkeitsklärung keine spürbare Auswirkung.

In Bezug auf das Teilhabeplanverfahren können die Neuregelungen noch nicht richtig umgesetzt werden, da die vorstehenden Hindernisgründe eine trägerübergreifende Zusammenarbeit verhindern bzw. bisher zu sehr erschweren. Der Ansatz für das Teilhabeplanverfahren und insbesondere die Teilhabeplankonferenz wird in der Theorie vom Bachelorarbeitersteller als sehr positiv angesehen. So ist es dem Leistungsberechtigten möglich, an seinen benötigten Rehabilitationsmaßnahmen im Vorfeld aktiv mitzuwirken, wenn er das notwendige Interesse und Verständnis daran hat. Problematisch könnte der Umstand sein, dass die Rehabilitationsträger das Teilhabeplanverfahren, obwohl es in der Praxis in dem vom Gesetzgeber gewünschten Umfang noch nicht zum Einsatz kommt, als zu bürokratisch ansehen und es für die Rehabilitationsträger mit einem erhöhten Aufwand verbunden ist. Für die Leistungsberechtigten hat das Teilhabeplanverfahren durch die mangelnde Anwendung bisher keine entscheidenden Auswirkungen.

Zusammenfassend stellt man fest, dass die untersuchten Neuregelungen durch das BTHG bisher die gewünschten Verbesserungen verfehlt haben. Jedoch könnte im Laufe der Zeit und der Beseitigung der Hinderungsgründe eine Umsetzung erfolgen.

Anhang

Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Interview mit der Krankenkasse AOK Plus VI
Anhang 2: Interview mit der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland XI
Anhang 3: Interview mit der Bundesagentur für Arbeit XIX

Anhang 1: Interview mit der Krankenkasse AOK Plus

Fernmündliches Interview am 15.04.2019 11:30 Uhr bis 11:50 Uhr mit Frau Gruhner Fachberaterin AOK Plus

Frage: Welche Umsetzungsschritte sind wegen den Neuregelungen im SGB IX (1. Teil) durch das BTHG erfolgt?

Antwort: Die Umsetzung der Neuregelungen ist zum 01.01.2018 erfolgt. Dafür wurden die Teams informiert und geschult und jetzt arbeiten wir danach. Was uns am ehesten betrifft, sind die Bearbeitungsfristen, bis wann ein Antrag entschieden und in welchem Zeitraum die Entscheidung getroffen sein muss, da sonst möglicherweise die Genehmigungsfiktion eintritt. (Die Genehmigungsfiktion gab es in diesem Sinne vor den Neuregelungen nicht so konkret und jetzt wurde sie eingeführt. Am Anfang war dies die einschneidenste Veränderung für uns, weil es ja alle Reha-Fälle betrifft.)

Die anderen Sachen, die mit dem Bundesteilhabegesetz einher gehen, Zuständigkeitsklärung, Turbo-Klärung oder Teilhabeplanung, das ist für uns momentan selten.

Frage: Gibt es Konzepte für die Umsetzungen und falls ja wie sehen diese aus?

Antwort: Wenn Mitarbeiter in der Praxis Probleme haben, nehmen sie Rücksprache mit den Fachberatern, da diese mehr Einblicke haben, wo Bedarfe sein können und wer ggf. zuständig ist und dann schaut man sich den Antrag nochmal genauer an. Somit sind die Fachberater die Anlaufstelle für alle Anfragen aus dem eigenen Haus, aber auch eingehende Anfragen von Externen. Dies ist unser Konzept für die Umsetzung.

Frage: Wie viele Fälle sind aufgrund der Neuregelung des § 15 SGB IX in Ihrem Haus betroffen?

Antwort: Mir ist nur ein Fall bekannt, den man als Teilhabefall im Sinne des § 15 SGB IX hätte bearbeiten können. Dort hatte der Rentenversicherungsträger festgestellt, dass er nicht für alle Leistungen zuständig ist. Er hat seine Leistungen bewilligt, den Rest des Antrages abgelehnt und hat uns den Antrag weitergeleitet, mit der Bitte, sich darum zu können. Somit läuft die vom Gesetzgeber angedachte Verfahrensweise noch nicht so wirklich.

Ich denke, dass braucht viel Schulung, viel Bewusstsein dafür und noch ein paar Jahre.

Frage: Laut „Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess“ der BAR stellen die Rehabilitationsträger durch entsprechende interne Verfahrensabläufe für ihren jeweiligen Bereich sicher, dass frühzeitig und gezielt auf Indizien für Teilhabebedarf geachtet und ggf. auf eine Antragstellung hingewirkt wird.“ (vgl. § 12 (1) Reha-Prozess S. 22)

Wie geschieht dies in der Praxis und wie geschah das vor den Änderungen durch das BTHG?

Antwort: In der Praxis ist es so, dass wenn z. B. im Rahmen eines Krankengeldfalles von einem Gutachter vom MdK festgestellt wird, dass ein Rehabedarf besteht, mit dem Versicherten gesprochen wird und aufgefordert wird, einen Reha-Antrag beim Rententräger zu stellen. Dies ist auch jetzt noch so. Insoweit ergab das BTHG keine Veränderung für uns.

So wie es in der Theorie angedacht ist, dass wenn sich bei einem Versicherten z. B. im Rahmen der Krankenhausentlassung herausstellt, dass in 3 Monaten ein Rehabedarf besteht und das jetzt noch ein Hilfsmittel etc. gebraucht wird, also man verschiedene Bedarfe hat und dann auf eine entsprechende Antragstellung hinwirkt bzw. dies als Antrag auslegt, läuft meines Erachtens noch gar nicht.

Die Verordnung vom Arzt wird immer noch als unerlässlich gesehen und die Vergangenheit hat gezeigt, dass die Ärzte dies auch ganz gut einschätzen. Der Arzt bekommt ja auch Berichte und Befunde von Fachärzten etc. und wenn dort irgendetwas empfohlen wurde, dann kann der Hausarzt das jederzeit verordnen.

Wenn der Versicherte bei einer Reha-Maßnahme war (von einem anderen Reha-Träger bewilligt) und bei der Maßnahme ergibt sich, dass noch ein Hilfsmittel benötigt wird, stellt sich das Problem dar, dass wir als Krankenkasse die Reha-Entlassungsberichte nicht bekommen, weil die Kliniken auf den Datenschutz verweisen.

Frage: Das heißt, wenn der Versicherte jetzt z. B. über die Rentenversicherung eine medizinische Rehabilitation erhielt und im Entlassungsbericht würde sich ergeben, dass er noch ein Hilfsmittel benötigt, wofür die Krankenkasse zuständig wäre, dann müsste der Bedarf über das Teilhabeverfahren an den zuständigen Reha-Träger weitergeleitet werden.

Antwort: So ist es auch vom Gesetzgeber angedacht. In der Praxis wird dies jedoch noch nicht in der Form gelebt. Wenn das vielleicht intern irgendwo funktioniert, dass man sagt, man wertet den Reha-Entlassungsbericht aus und leitet danach weiteres in die Wege, dann mag das vielleicht bei manchen funktionieren, aber ich weiß nicht, dass das in der Praxis funktioniert.

Frage: Also ist die umfangreiche Bedarfserkennung für die Sachbearbeitung, wenn ein Antrag eingeht, sehr schwierig und für den medizinischen Dienst auch schwierig?

Antwort: Ja. Beispiel: Ein Versicherter war zur Reha und im Ergebnis der Reha wird festgestellt, dass er für Zuhause einen Wannenlift benötigt. Dann geht die Empfehlung

an den niedergelassenen Hausarzt, eine Verordnung auszustellen und dann würde der Hausarzt die Verordnung umsetzen. Wenn der Klinikarzt seine Einschätzung/Empfehlung im Reha-Entlassungsbericht schreibt, dann bekommt den keiner, denn der MdK schaut sich nicht alle Reha-Entlassungsberichte an.

Frage: Damit ist es in der Praxis doch eigentlich gar nicht gewollt, was der Gesetzgeber sich da ausgedacht hat?

Antwort: Der Gedanke ist sehr schön, aber es lässt sich aufgrund des Datenschutzes nicht realisieren.

Frage: Wie wurden die Antragsformulare durch das BTHG geändert? Wurde der Antrag für die frühzeitige Bedarfserkennung und Bedarfsermittlung umfangreicher?

Antwort: Die Antragsformulare wurden nicht geändert.

Frage: Laut „Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess“ der BAR haben die Rehaträger geeignete Organisationsstrukturen vorzuhalten, um die Hinwirkungspflicht auf eine frühzeitige ergänzende Antragstellung und Antragsbearbeitung wirksam wahrnehmen zu können. (vgl. § 12 (1) Reha-Prozess S. 22)

Wie wird sichergestellt, dass die Mitarbeiter Leistungen von anderen Leistungsträgern und damit eine weitere mögliche Zuständigkeit weiterer Rehabilitationsträger erkennen?

Antwort: Die Mitarbeiter werden geschult und erhielten Informationen.

Frage: Werden ggf. auch die Reha-Kliniken oder Ambulanzzentren etc. darauf hingewiesen, dass sie z. B. in den Entlassungsberichten etc. Hinweise auf Folgebedarfe mitteilen sollen, die ggf. auch nicht in Ihren Zuständigkeitsbereich fallen?

Antwort: Es geht immer noch den klassischen Weg, dass der behandelnde Haus- oder Facharzt eine Empfehlung von der Klinik oder dem Krankenhaus bekommt und dieser eine entsprechende Verordnung ausstellt.

Frage: Damit kommt man dann auch nicht in den vom Gesetzgeber angedachten Zyklus mit Trägermehrheit und Teilhabeplanverfahren?

Antwort: Nicht so wirklich. Es könnte vielleicht im Rahmen der Eingliederungshilfe schon anders sein, weil die ja immer schon die Differenzierung machen müssen und mussten, wer zuständig ist und sich da auch aus der Antragstellung andere Sachverhalte/Bedarfe ergeben, die man dann weiterleiten könnte. So etwas habe ich jedoch noch nicht bekommen und ich habe auch keine andere Rückmeldung aus der Praxis, dass da etwas gekommen wäre.

Frage: Mit welchem Instrument bzw. mit welchen Instrumenten erfolgte bei Ihnen die Bedarfsermittlung bis zur Einführung des BTHG und wurden diese ggf. durch das BTHG verändert? Beruht/Beruhen das/die Instrument(e) auf der ICF der WHO oder welche andere Klassifikation wird zugrunde gelegt und welche Einzelschritte beinhaltet dies?

Antwort: Wenn ein Antrag eingegangen ist, dann wird geprüft, um welche Art der Leistung es sich handelt und dann je nachdem, ob es sich um ein Hilfs-, Heilmittel, Rehabilitationsmaßname oder Vorsorgemaßnahme handelt, wird dann schon geprüft, ob die individuellen Voraussetzungen erfüllt. Die Voraussetzungen sind unterschiedlich. Bei einem Hilfsmittel muss geprüft werden, was ersetzt werden soll bzw. welche Defizite ausgeglichen werden sollen. Bei einem Reha-Bedarf muss geschaut werden, was bisher schon alles in Anspruch genommen wurde oder was hat er z. B. auf eigener Basis schon versucht. Dann wird geprüft, ob die Voraussetzungen vom SGB V vorliegen und dann wird entschieden.

Frage: Erfolgt die Bedarfsermittlung z. B. bei der Rehabilitation dann über ein standardisiertes Verfahren?

Antwort: Standardisiert haben wir solche Verfahren nicht, denn es kommt immer auf die individuelle Betrachtung drauf an. Es gibt dahingehend Vorgaben, dass gesagt wird, was wird beantragt, sind wir zuständig und wenn wir zuständig sind und es ist z. B. eine Reha, dann schauen wir was ist möglich und was hat der Versicherte ggf. auch schon am Wohnort gemacht. Wenn der Mitarbeiter die Entscheidung nicht selber treffen kann, ob der Fall für eine Genehmigung oder Ablehnung ausreicht, dann schaltet er den Gutachter vom medizinischen Dienst ein.

Der Arzt stellt aus medizinischer Sicht den Bedarf beim Versicherten fest und wir müssen schauen, ob die rechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Wir schauen was schreibt der Haus- oder Facharzt und schauen auch, ob das plausibel ist.

Mit der Einführung des BTHG hat sich diesbezüglich nichts geändert.

Frage: Die Instrumente beruhen auf dem bio-psycho-sozialen Modell?

Antwort: Wir beachten die Umgebung des Versicherten. Wir bearbeiten die Fälle sehr individuell und einzelfallbezogen. Wir haben kein Schema wo wir ankreuzen was notwendig ist.

Frage: Wie läuft das Teilhabeplanverfahren ab?

Antwort: Teilhabeplanverfahren gibt es eigentlich in der Praxis nie. Einige Rehabilitationsträger prüfen gar nicht richtig, leiten weiter oder lehnen einfach ab. Teilhabeplanung funktioniert meines Erachtens noch nicht so richtig.

Frage: Wie läuft die Teilhabeplankonferenz ab? Gab es bereits Teilhabekonferenzen?

Antwort: Gab es in der Praxis noch nicht.

Neu Löschen Antworten Weiterleiten Drucken Mehr ...

Gesprächsmitschrift Krankenkasse.docx

06.05.2019 09:15 Uhr

Details ausblenden

Von: claudia.gruhner@plus.aok.de

An: Steve.Kroeber@t-online.de

1 Anhang - 33,2 KB

Gesprächsmitschrift Krankenkasse.... (33,2 KB)

Guten Morgen Herr Kröber,

ich habe mir alles noch mal durchgelesen. Ihre Ergänzung auf Seite 1 passt auch ganz gut.

Noch ein Vorschlag von mir für die Frage auf Seite 3:
Frage: Wie wurden die Antragsformulare durch das BTHG geändert? Wurde der Antrag für die frühzeitige Bedarfserkennung und Bedarfsermittlung umfangreicher?
Antwort: Die Antragsformulare wurden nicht geändert.

Hier könnten Sie ja mit aufführen, dass es jetzt neu ein abgestimmtes Formular der BAR für die Teilhabeplanung gibt, welches von allen Trägern genutzt wird.

Ansonsten können Sie die Mitschrift so für Ihre Arbeit verwenden.

Ich wünsche Ihnen viel Erfolg.

Freundliche Grüße
Claudia Gruhner

Anhang 2: Interview mit der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland

Interview DRV Mitteldeutschland am 25.04.2019 von 10:00 Uhr bis 11:45 Uhr in Leipzig mit Frau Fischer, Referatsleiterin Leistungskoordination

Frage: Welche Umsetzungsschritte sind wegen den Neuregelungen im SGB IX (1. Teil) durch das BTHG erfolgt?

Antwort: Schon im Gesetzgebungsprozess zum SGB IX wurden wir vom BMAS über die DRV Bund angehalten, Auslegungsfragen zu benennen. Also Fragen, die ggf. klärungsbedürftig sein können. Insoweit erfolgte eine Abstimmung mit den einzelnen Reha-Trägergruppen.

Als das Gesetz verkündet und in der täglichen Arbeit zu realisieren war, haben wir Grundsatzinfos und rechtliche Arbeitsanweisungen für die Sachbearbeitung erstellt. Weiterhin wurden Fachcoachings veranstaltet. (Diese erfolgen auch unabhängig von dem BTHG 1 mal pro Quartal zu Verfahrensänderungen oder rechtlichen Änderungen oder in Auswertung von Prüfberichten.)

Weiterhin wurde an trägerübergreifenden und regionalen Erfahrungsaustauschen teilgenommen, um sich über Umsetzungsschwierigkeiten und rechtliche Auslegungen auszutauschen. Das ist eigentlich immer ein guter Ansatzpunkt.

Es wurden auch Übersichten, sog. Synopsen erstellt, wo ein Vergleich zwischen den alten und neuen Regelungen erfolgte. Der Grundsatz in der Rentenversicherung Mitteldeutschland ist eine Anlaufstelle, wenn in der Praxis klärungs- und auslegungsbedürftige Sachverhalte auftreten.

Bei den WfbM konnten wir gemeinsam mit anderen Reha-Trägern in Mitteldeutschland ein regionales Verfahren etablieren. Wir haben nicht nur das Verfahren schriftlich beschrieben, sondern wir konnten Ansprechpartnerlisten von allen beteiligten Reha-Trägern zur Verfügung stellen, damit die Fachberater im Einzelfall dann wirklich zielgenau und schnell den gewünschten Partner (z. B. KSV) erreichen können.

Jedoch konnte dies bisher nur für das Verfahren WfbM seit dem 01.04.2019 erreicht werden und war mit vielen Anstrengungen verbunden. Bei den WfbM wurde nun ein Handeln auch notwendig, da das Verfahren nicht mehr wie bisher laufen konnte. Die Fachausschüsse sind seit dem 01.01.2018 nicht mehr tätig und wurden nun durch das Teilhabeplanverfahren ersetzt.

Die Leistung WfbM ist auch grundsätzlich so angedacht, dass mehrere Leistungsträger daran beteiligt sind, sodass man jetzt zwangsläufig zu diesem Teilhabeverfahren greifen musste.

Frage: Gibt es Konzepte für die Umsetzungen und falls ja wie sehen diese aus?

Antwort: Weitere Konzepte über die Umsetzungsschritte darüber hinaus, haben wir keine.

Frage: Wie viele Fälle sind aufgrund der Neuregelung des § 15 SGB IX in Ihrem Haus betroffen?

Antwort: Darüber gibt es kein statistisches Material. Einzelfälle wird unsere Sachbearbeitung koordiniert bekommen, aber es ist bei uns bisher kein Massengeschäft. Bisher gehen fast ausschließlich Anträge, für die wir als alleiniger Träger zuständig sind, bei uns ein und dann werden sie auch von uns allein entschieden. Insoweit ist diese Neuregelung für uns bisher nicht praxisrelevant.

Frage: Laut „Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess“ der BAR stellen die Rehabilitationsträger durch entsprechende interne Verfahrensabläufe für ihren jeweiligen Bereich sicher, dass frühzeitig und gezielt auf Indizien für Teilhabebedarf geachtet und ggf. auf eine Antragstellung hingewirkt wird.“ (vgl. § 12 (1) Reha-Prozess S. 22)

Wie geschieht dies in der Praxis und wie geschah das vor den Änderungen durch das BTHG?

Antwort: Dies hat der Gesetzgeber so gewollt und es wurde auch in den gemeinsamen Empfehlungen niedergeschrieben, aber gelebt wird das bisher kaum.

Schon vor der Einführung des BTHG gab es Fälle, wo Ärzte aus ihrer Sicht z. B. ein psycho-somatisches Problem oder ein Suchtproblem erkannt haben und dementsprechend dem Patienten eine Empfehlung zu einer Maßnahme gegeben haben. Wenn eine solche Erkrankung vorliegt, ist eine frühzeitige Bedarfserkennung sicherlich gewollt. Aber inwiefern sich diesbezüglich ein Erfolg einstellt und sich in großartigen Zahlenmengen widerspiegelt, ist nicht mit erfasst. Ich habe den Eindruck nicht.

Die Anträge haben von Jahr zu Jahr zugenommen und durch den demografischen Wandel ist davon auszugehen, dass die Zahlen weiter steigen werden.

Frage: Wie wurden die Antragsformulare durch das BTHG geändert? Wurde der Antrag für die frühzeitige Bedarfserkennung und Bedarfsermittlung umfangreicher?

Antwort: Die Überlegung hinter der Frage ist nachvollziehbar. Unsere Anträge haben wir aber nicht geändert. Unser derzeitiger Reha-Antrag umfasst bereits 11 Seiten und ist durch zahlreiche Gesetzesänderungen immer umfangreicher geworden. Wenn die Formulare jetzt noch zur weiteren Bedarfserkennung erweitert werden würden, geht der Überblick verloren und wird für die Antragsteller unzumutbar. Daher ist eine Antragserweiterung unrealistisch.

Bezüglich der Prüfung des vorliegenden Reha-Bedarfs hat sich bei uns im Vergleich zu früher nichts geändert. Der Rehabedarf wurde uns vom Versicherten mit den Antragsunterlagen angezeigt, insbesondere dem dazu einzureichendem Befundbericht. Auf dieser Basis wird der Reha-Bedarf geprüft. Das ist die eigentliche Reha-Bedarfsprüfung im Zuge der Antragsbearbeitung.

Frage: Laut „Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess“ der BAR haben die Rehaträger geeignete Organisationsstrukturen vorzuhalten, um die Hinwirkungspflicht auf eine frühzeitige ergänzende Antragstellung und Antragsbearbeitung wirksam wahrnehmen zu können. (vgl. § 12 (1) Reha-Prozess S. 22)

Wie wird sichergestellt, dass die Mitarbeiter Leistungen von anderen Leistungsträgern und damit eine weitere mögliche Zuständigkeit weiterer Rehabilitationsträger erkennen?

Antwort: Es gibt die sog. Ansprechstellen, die früher (bis 31.12.2018) als Gemeinsame Servicestellen gearbeitet haben. Diese sind gehalten, trägerübergreifend zu beraten. Die Mitarbeiter werden regelmäßig geschult.

Fragesteller: Die Intension vom Gesetzgeber war bekanntlich, dass innerhalb der 14 Tage nach Antragseingang bei der Bedarfserkennung festgestellt werden soll, dass noch bei einem anderen Reha-Träger ein anderer Bedarf sein könnte.

Antwort: Der Gesetzgeber geht sogar noch etwas weiter. Er möchte eigentlich, dass die Bedarfserkennung schon ganz früh ansetzt. Aber das ist bisher unrealistisch.

Dass die Reha-Träger schon im Vorfeld agieren sollen, ist vom Gesetzesgeber nicht realistisch erdacht. Der richtige Ansatz wäre, wenn die Menschen mit Behinderung oder Erkrankung, zu einer Beratungsstelle gehen (bei der Rentenversicherung die AuB-Stellen) und dort sachgerecht und vollumfänglich beraten werden. Dort sollte die frühzeitige Bedarfserkennung beginnen und nicht so weit schon im Vorfeld.

Frage: Werden die Anträge vermehrt in den AuB Dienststellen gestellt oder stellen die Versicherten die Anträge ohne Beratung, also allein?

Antwort: Das ist nicht klar statistisch erhoben. Gefühlt hatten die Leute am Anfang die Anträge überwiegend über die Krankenkasse gestellt. Mittlerweile kommen die Anträge auch über die Auskunfts- und Beratungsstellen. Allerdings werden Sie oft kurz beraten, mit den Formularen versorgt und damit zum Ausfüllen wieder nach Hause geschickt. Es ist damit nicht so, dass sich die Berater für das Ausfüllen die Zeit nehmen und das gemeinsam mit den Versicherten ausfüllen, da sonst auch viel mehr eAnträge präsent wären.

Hintergrund hierfür ist aber auch, dass in der Regel bei Reha-Anträge ein medizinischer Befundbericht mit einzureichen ist. Das entsprechende Formular muss der Versicherte seinem Arzt geben, damit er den Befundbericht erstellt. Insoweit ergaben sich durch das BTHG keine Veränderungen für das Verfahren. Der Antrag wird eingereicht, die Zuständigkeit geprüft und man muss die Fristen beachten. Bei der Rehabedarfsfeststellung reicht dann dem SMD der aussagefähige Befundbericht vom Haus- oder Facharzt aus. Ggf. werden bestehende Gutachten oder Arztberichte noch angefordert. Es werden aber grundsätzlich keine eigenen Gutachten erstellt.

Frage: Werden ggf. auch die Reha-Kliniken oder Ambulanzzentren etc. darauf hingewiesen, dass sie z. B. in den Entlassungsberichten etc. Hinweise auf Folgebedarfe mitteilen sollen, die ggf. auch nicht in Ihren Zuständigkeitsbereich fallen?

Antwort: Unsere Reha-Einrichtungen schauen zwar, ob der Versicherte noch eine weitere Leistung z. B. eine LTA, eine weitere Reha oder ein Hilfsmittel braucht. Aber dies haben sie auch schon ohne den Neuregelungen des BTHG gemacht. Dies ist in den Entlassungsberichten unter „Weiteren Empfehlungen“ zu finden. Aber sie haben nicht danach geschaut bzw. schauen nicht danach, ob z. B. das Integrationsamt noch eine Leistung erbringen könnte. Es werden somit nur weitere Leistungen von der Rentenversicherung empfohlen.

Wir hätten zwar die Möglichkeit auf die Reha-Kliniken zuzugehen, jedoch wissen wir auch, dass eine solche Vorgabe unrealistisch wäre.

Frage: Mit welchem Instrument bzw. mit welchen Instrumenten erfolgte bei Ihnen die Bedarfsermittlung bis zur Einführung des BTHG und wurden diese ggf. durch das BTHG verändert? Beruht/Beruhen das/die Instrument(e) auf der ICF der WHO oder welche andere Klassifikation wird zugrunde gelegt und welche Einzelschritte beinhaltet dies?

Antwort: Bis zur Einführung des BTHG mit keinen besonderen Instrumenten und jetzt nach Einführung des BTHG auch noch nicht. Es wird bei der DRV Bund noch an genauen Instrumenten gearbeitet. Man arbeitet sozusagen noch an einer Definierung der Instrumente. Dazu laufen aktuell nur Studien und Pilotprojekten. Eine direkte Auflistung von Instrumenten gibt es noch nicht.

Der SMD hat jedoch kein praktisches Problem in der täglichen Arbeit eine Stellungnahme abzugeben. Die eingeführten Wechselwirkungen wurden auch vor Einführung des BTHG bereits mit ermittelt.

Frage: Also konkrete Instrumente zur Bedarfsermittlung gibt es gar nicht?

Antwort: Nein. Nach meinem Kenntnisstand sollen die Instrumente zur Bedarfsermittlung erst noch erarbeitet werden (bundesweit).

Frage: Wie läuft das Teilhabeplanverfahren ab?

Antwort: Für das Teilhabeplanverfahren wurden rechtliche Arbeitsanweisungen erlassen, wo entsprechend dem Gesetz das Verfahren beschrieben ist. In der Praxis haben wir das Verfahren seit dem 01.04.2019 für die WfbM-Fällen etabliert. Aber genaue Daten oder Rückmeldungen liegen hierfür noch nicht vor. Bei anderen Reha-Leistungen kommt das Teilhabeplanverfahren noch nicht vor und damit nicht zur Anwendung.

Nach dem neuen Recht müsste man zumindest für die Fälle, wo Leistungsanträge auf mehrere Leistungsgruppen oder mehrere Reha-Träger betroffen sind, ein Teilhabeplanverfahren vorschalten. Aber auch ohne Teilhabeplan war die Zusammenarbeit vor Einführung des BTHG kein Problem mit den anderen Trägern – abgesehen von der Thematik WfbM. Es gab solche Sachverhalte höchstens in einzelnen Fällen. Und in diesen Fällen hatte man als zuständiger Träger dann die Koordinierungsfunktion inne. Nun hat man nicht nur die Koordinierungsfunktion, sondern man muss sich mit den anderen Trägern auch einigen, ob man einen Gesamtbescheid mit den einzelnen Teilzusagen der anderen Träger insgesamt erstellt oder jeder seinen Teilbescheid für sich und muss dies alles dokumentieren. Aber diese Fälle sind nicht die übliche Praxis.

Die Praxis ist, dass weiterhin ganz normal Anträge z. B. auf medizinische Reha, Kinderreha und Suchtreha vom Versicherten kommen und wir unsere Zuständigkeit prüfen. Entweder sind wir zuständig, dann wird der Antrag verbeschieden und ggf. eine Leistung durchgeführt oder wir sind nicht zuständig, dann wird er an den zuständigen Träger weitergeleitet.

Letztendlich möchte die Praxis mit wenig bürokratischem Aufwand ihre Fälle bearbeiten. Mit dem Teilhabeplanverfahren muss ein riesiger Aufwand betrieben werden. Das heißt, jetzt muss man einen richtigen ausführlichen Plan aufstellen, was der Versicherte z. B. in einer WfbM nach bestimmten Zeiten machen soll und dazu müssen Entwicklungsberichte geschrieben werden. Wenn es notwendig ist, wie jetzt für die WfbM, bringen wir den Aufwand natürlich auf. Aber ansonsten sind wir auch froh, wenn mit anderen Anträgen ein anderes Verfahren angewandt werden kann (Stichwort: „Massengeschäft“).

Wenn von einem Versicherten bei der Rentenversicherung mehrere Leistungsgruppen beantragt werden, die alle in der Zuständigkeit der Rentenversicherung liegen (z. B. Kfz-Hilfe und eine Umschulung), besteht für ein Teilhabeplanverfahren gar keine Notwendigkeit. In einem solchen Fall werden die Anträge bzw. Leistungen nacheinander geprüft und verbeschieden. Da ist kein Teilhabeplan erforderlich.

Frage: Wie läuft die Teilhabeplankonferenz ab? Gab es bereits Teilhabekonferenzen?

Antwort: Teilhabeplankonferenzen haben wir noch nicht gehabt.

Frage: Wurden durch die Neuregelungen des BTHG bestehende Probleme beseitigt?

Antwort: Teilweise sind weiterhin Zuständigkeitsprobleme vorhanden, die auch nach dem BTHG weiterhin bestehen. Der Grund dafür ist, dass die speziellen Leistungsgesetze unterschiedlich sind (Stichwort: gegliedertes System der SV-Träger). Ein Beispiel wäre, wenn für eine LTA die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen bei der DRV nicht vorliegen und der Antrag an die Arbeitsverwaltung abgegeben wird, da sie dann nachrangig zuständig wären. Die Arbeitsverwaltung verweist den Versicherten ggf. zunächst auf eine medizinische Reha, wofür wiederrum die DRV zuständig ist. Die medizinische Reha wird dann ggf. bewilligt. Im Nachhinein verweist die Arbeitsverwaltung den Versicherten wegen § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI für eine LTA an die DRV. Das sind Probleme, die nicht sein müssten.

Bei gleichrangigen Leistungen z. B. der Kinderrehas kann es zu Problemen bei der Zuständigkeit kommen.

Wir erleben, dass z. B. Krankenkassen mit Kinderreha-Anträgen die Versicherten zum RV-Träger schicken, und wir erleben es auch bei der LTA, wie oben beschrieben, dass die nachrangigen Leistungsträger den Antrag so lange im Umlauf halten, bis die Voraussetzungen beim vorrangigen Träger erfüllt sind.

Frage: Solche Fälle wollte der Gesetzgeber doch eigentlich mit dem neuen BTHG vermeiden?

Antwort: Diese Fälle wollte er bereits mit der 1. Einführung des SGB IX vermeiden, aber dies ist mit dem BTHG auch noch nicht 100 %ig gelungen. Die beschriebenen Sachverhalte sind im Gesetz „Grauzonen“, wobei es eigentlich genug Regelungen gibt. Wahrscheinlich wird man diese Grauzonen nur beseitigen können, wenn das gegliederte System aufgegeben und eine große Rehabehörde geschaffen werden würde. Aber das ist vom Gesetzgeber nicht gewollt.

Demzufolge muss der Gesetzgeber damit leben, dass jeder einzelne Träger nur auf seine Leistungsvoraussetzungen und seine Risiken, die er versichert, schaut und somit kein Bedarf sieht, irgendwelche trägerübergreifenden Fälle mit einem bürokratischen Verfahren zu bearbeiten.

Ein weiteres Problem in der täglichen Arbeit besteht darin, einen entsprechenden Ansprechpartner bei dem anderen Leistungsträger zu finden. Es gibt auch Fälle, wo ganz normal die Sachbearbeitung mal einen Ansprechpartner braucht, gerade bei den Krankenkassen oder Agenturen für Arbeit. Da gibt es keine Ansprechpartnerlisten und da ist

es immer schwer den zuständigen Mitarbeiter zu erreichen. Dies ist auch das größte Problem in der Zusammenarbeit bei Trägermehrheit. Die Sachbearbeiter haben keinen Namen und keine Durchwahl, wo man sofort einen Ansprechpartner kontaktieren könnte. Stattdessen müssen die Standardnummern verwendet werden, die zu Call-Center führen. Man bräuchte für eine gute Zusammenarbeit im Einzelfall konkrete Ansprechpartner mit konkreten Kontaktdaten, die man auch sofort erreichen kann.

Zwischenfrage: Hätte die Rentenversicherung konkrete Ansprechpartner für andere Sachverhalte außerhalb der WfbM?

Das Problem besteht darin, dass die Sachbearbeiter nicht mehr in abgegrenzten Bereichen (bei konkreten Ansprechpartnern) landen, sondern in den Call-Centern. Das ist bei der Rentenversicherung aber auch nicht anders. Hintergrund dafür ist, dass gerade die Telefonate im Bereich Reha so zugenommen haben, dass der Bereich Produktion und Service die Mitarbeiter von diesem „Störfaktor“ entlasten musste, damit die Mitarbeiter Zeit und Ruhe haben, die Anträge konzentriert, sachgerecht und korrekt abzuarbeiten. Dadurch wurde bei der DRV ein RIC und KSC, also Rehainformationszentrum und Kundenservicecenter, aufgebaut, wo mit speziellen Servicenummern vermeintlich nur allgemeine Fragen beantwortet werden können. Wenn es dann aber zu einem bestimmten Fall konkret wird, dann muss auch ein zuständiger Reha-Sachbearbeiter in das Versicherungskonto schauen und konkrete Auskünfte zum betreffenden Reha-Vorgang geben können. Und dies ist so mit dem Call-Center nicht gegeben.

Ein weiteres Problem sind die kurzen Fristen, wenn Sachverhalte auftreten, die vom Gesetzgeber nicht mit bedacht worden. So gibt es z. B. bei der Zuständigkeit Probleme, wenn parallel eine LTA und eine medizinische Reha beantragt werden. Wenn dann der Antrag des Versicherten Unstimmigkeiten aufweist (z. B. es wurden mehrere Leistungen angekreuzt), muss die Sachbearbeitung zunächst den Willen des Versicherten erforschen, ob wirklich bewusst zwei Anträge gestellt werden sollten. Insoweit ist die 14 Tage-Frist sehr kurz bemessen. Sofern bewusst zwei Anträge gestellt worden sind, wird üblicherweise zunächst der medizinische Antrag vorgeschaltet und dann das Ergebnis der medizinischen Reha abgewartet, um dann zu schauen, ob noch weiterer (eventuell beruflicher Reha-)Bedarf besteht.

Frage: Verhindert auch der Datenschutz ein reibungsloses Umsetzen des BTHG?

Es werden mit den Sozialdaten sowieso schon sehr schutzwürdige Daten, im Reha-Bereich zusätzlich medizinische Patientendaten verarbeitet, und durch die Datenschutzgrundverordnung ist man bei Fragen zum Datenschutz besonders aufmerksam. Insoweit ist die Weitergabe von Daten kritisch und es ist auf die Einhaltung des Datenschutzes besonders zu achten.

Neu Löschen Antworten Weiterleiten Drucken Mehr ...

Sehr geehrte Frau Fischer,

vielen Dank für Ihre Ergänzungen. Diese habe ich so übernommen.

Ich benötige von Ihnen noch eine schriftliche Zusage, dass ich das Dokument auch als Anlage für die Bachelorarbeit verwenden darf.

Mit freundlichen Grüßen

Steve Kröber

-----Original-Nachricht-----
Betreff: Antwort: AW: Antwort: Gesprächsmitschrift Interview
Datum: 2019-05-06T06:52:51+0200
Von: "martina.fischer@drv-md.de" <martina.fischer@drv-md.de>
An: "Steve.Kroeber@t-online.de" <Steve.Kroeber@t-online.de>

Neu Löschen Antworten Weiterleiten Drucken Mehr ...

Antwort: Gesprächsmitschrift Interview

09.05.2019 06:47 Uhr

Details ausblenden

Von: martina.fischer@drv-md.de

An: Steve.Kroeber@t-online.de

Sehr geehrter Herr Kröber,

ich bin einverstanden.

Mit freundlichen Grüßen

Martina Fischer

Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland
Referat Leistungskoordination Teilhabe

Georg-Schumann-Str. 146, 04159 Leipzig
Postanschrift: 04151 Leipzig
Telefon: 0341 550-48310, Telefax: 0341 550-9248301
martina.fischer@drv-md.de
www.deutsche-rentenversicherung-mitteldeutschland.de

Anhang 3: Interview mit der Bundesagentur für Arbeit

Interview Bundesagentur für Arbeit am 29.04.2019 09:30 Uhr – 10:15 Uhr in Dresden mit Frau Wendt, Beraterin für Rehabilitation und Teilhabe

Frage: Welche Umsetzungsschritte sind wegen den Neuregelungen im SGB IX (1. Teil) durch das BTHG erfolgt?

Antwort: Wir haben vor Einführung umfassende Schulungen vorgenommen, die alle Berater flächendeckend erhalten haben. Des Weiteren sind die fachlichen Weisungen, die es vor der Einführung des BTHG gab, an die neue Rechtslage angepasst worden.

Frage: Gibt es Konzepte für die Umsetzungen und falls ja wie sehen diese aus?

Antwort: Spezielle Konzepte sind durch die Einführung des BTHG nicht entstanden, die vorhandenen wurden lediglich aktualisiert.

Frage: Wie viele Fälle sind aufgrund der Neuregelung des § 15 SGB IX in Ihrem Haus betroffen?

Antwort: Statistische Erhebungen führen wir dafür nicht. Es werden jetzt jedoch zahlenmäßig mehr Fälle. Das liegt hauptsächlich daran, dass die Krankenkasse uns bei der Hörgeräteversorgung mit beteiligt.

Wir beteiligen seit dem 01.04.2019 im Rahmen der Werkstatteingliederung den KSV. Für uns ist das ganze Verfahren damit komplizierter geworden. Aber für die davon betroffenen Versicherten ist es schon eine Verbesserung, wenn ein Träger sich darum kümmert, dass auch die entsprechenden Formalien beim anderen Träger umgesetzt werden.

Frage: Laut „Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess“ der BAR stellen die Rehabilitationsträger durch entsprechende interne Verfahrensabläufe für ihren jeweiligen Bereich sicher, dass frühzeitig und gezielt auf Indizien für Teilhabebedarf geachtet und ggf. auf eine Antragstellung hingewirkt wird.“ (vgl. § 12 (1) Reha-Prozess S. 22)

Wie geschieht dies in der Praxis und wie geschah das vor den Änderungen durch das BTHG?

Antwort: Die Teamleiterin vom Bereich Reha hat mit Einführung des BTHG die allgemeinen Teams im Haus und im Jobcenter geschult, indem sie an Dienstberatungen von anderen Teams teilnahm und auf bestimmte Sachverhalte, z. B. lange Krankzeiten, medizinische Reha-Leistungen in der letzten Zeit, Brüche im Lebenslauf, Gründe

für die Beendigung des Arbeitsverhältnisses etc. sensibilisierte. So sollten und sollen die Vermittler bei der Agentur und auch beim Jobcenter ein Gefühl dafür bekommen, ob z. B. die Einholung eines Gutachtens sinnvoll ist. So soll eine frühzeitige Bedarfserkennung sichergestellt werden. Dies wurde aber auch schon vor Einführung des BTHG so umgesetzt. Auch Mitarbeiter außerhalb des Teams berufliche Reha wurden zu den Änderungen des BTHG geschult.

Frage: Wie wurden die Antragsformulare durch das BTHG geändert? Wurde der Antrag für die frühzeitige Bedarfserkennung und Bedarfsermittlung umfangreicher?

Antwort: Der Antrag ist minimal geändert worden. Im Grundantrag ist die Frage aufgenommen worden, ob „ein anderer Reha-Träger in den letzten Monaten einen medizinischen Rehabedarf festgestellt hat." Andere Änderungen sind im Reha-Antrag nicht erfolgt. Dadurch ist der Antrag aber nicht umfangreicher geworden. Ggf. wird der Antrag nochmals geändert, da nach dem neuen Gesetz auch andere Bedarfe abgefragt werden sollen. Dies ist jedoch im Antrag noch nicht mit enthalten.

Die Bedarfsermittlung erfolgt zusätzlich noch über den Amtsarzt der Agentur für Arbeit. Je nach Art des Falls wird ein ärztliches Gutachten, nach Abforderung der Befundberichte nach Aktenlage oder aber mit entsprechendem Kundenkontakt erstellt. Ebenso ist die Einbeziehung des berufspsychologischen Service möglich, diese Gutachten werden immer nach persönlicher Begutachtung erstellt.

Frage: Laut „Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess" der BAR haben die Rehaträger geeignete Organisationsstrukturen vorzuhalten, um die Hinwirkungspflicht auf eine frühzeitige ergänzende Antragstellung und Antragsbearbeitung wirksam wahrnehmen zu können. (vgl. § 12 (1) Reha-Prozess S. 22)

Wie wird sichergestellt, dass die Mitarbeiter Leistungen von anderen Leistungsträgern und damit eine weitere mögliche Zuständigkeit weiterer Rehabilitationsträger erkennen?

Antwort: Es gibt im Haus ein Rehateam mit dazugehöriger Sachbearbeitung, was darauf spezialisiert ist und es gibt auch für dieses Team regelmäßige Schulungen.

Frage: Werden ggf. auch die Reha-Kliniken oder Ambulanzzentren etc. darauf hingewiesen, dass sie z. B. in den Entlassungsberichten etc. Hinweise auf Folgebedarfe mitteilen sollen, die ggf. auch nicht in Ihren Zuständigkeitsbereich fallen?

Antwort: Wenn ein Versicherter z. B. eine Eignungsabklärung in einem beruflichen Trainingszentrum als Reha-Einrichtung durchläuft und dort wird festgestellt, dass noch medizinischer Rehabedarf besteht, dann ergibt sich dies aus den Entlassungsberichten. Die Entlassungsberichte wertet man mit dem Versicherten gemeinsam aus und die Empfehlungen werden dem Versicherten dann auch mitgegeben.

Frage: Das heißt, sie händigen den Entlassungsbericht dann aus oder leiten sie ihn an den anderen für den empfohlene Bedarf zuständigen Reha-Träger weiter?

Antwort: Das kommt darauf an. Zum einen müsste der Kunde die Empfehlung genauso sehen und dann müsste er eine Antragstellung ausdrücklich wünschen. Aber in der Regel liegt es in der Verantwortung des Kunden, eine Leistung bei einem anderen Reha-Träger zu beantragen. Die klassische Weiterleitung ist dann nicht mehr möglich, wenn die Reha-Maßnahme schon durchlaufen ist. Es wird also beim Kunden darauf hingewirkt, dass er die Leistung selbst beantragt.

Frage: Aus den Neuregelungen ergibt sich, dass die Unterlagen weitergeleitet werden sollen, damit der andere Leistungsträger in Kenntnis von einem möglichen Bedarf gesetzt wird. Dies erfolgt dann noch nicht?

Antwort: Wenn die Unterlagen angefordert werden, dann leiten wir unseren Bericht auch entsprechend weiter. Der Kunde muss die Leistung jedoch zunächst beantragen. Von ihm muss der Wille für z. B. die medizinische Reha ausgehen. Aber wir als Behörde können unseren Entlassungsbericht nicht einfach auf Verdacht z. B. an die Krankenkasse weitergeben.

Frage: Vorausgesetzt der Kunde würde es wünschen, dann ist doch der Gesetzgeber davon ausgegangen, dass die Reha wie aus einer Hand funktioniert, also wenn ein Bedarf erkannt wird, ist der festgestellte Bedarf an den entsprechenden Reha-Träger weiterzuleiten.

Antwort: Wenn der festgestellte Bedarf nicht mit dem Erstantrag verbunden ist, sondern erst zu einem späteren Zeitpunkt festgestellt wird, dann wirkt man beim Kunden darauf hin, dass er den Antrag stellt. Ggf. kann man den Bericht dem Kunden auch aushändigen, damit er diesen bei der Antragstellung mit einreicht.

Frage: Mit welchem Instrument bzw. mit welchen Instrumenten erfolgte bei Ihnen die Bedarfsermittlung bis zur Einführung des BTHG und wurden diese ggf. durch das BTHG verändert? Beruht/Beruhen das/die Instrument(e) auf der ICF der WHO oder

welche andere Klassifikation wird zugrunde gelegt und welche Einzelschritte beinhaltet dies?

Wir haben schon immer Instrumente zur Bedarfsermittlung, wie z. B. einen Amtsarzt oder Berufspsychologen im Haus, der zur Bedarfsfeststellung beauftragt wird. Nur der zur Bedarfsermittlung eingeführte § 13 SGB IX, ist durch die Reha-Träger noch nicht untersetzt. Sowohl das ärztliche als auch das berufspsychologische Gutachten werden nach dem ICF gefertigt. Beim berufspsychologischen Gutachten wird auf die personellen Faktoren, die Umweltfaktoren, Leistungsvermögen etc. entsprechend abgestellt und beim ärztlichen Gutachten wird ein positives und negatives Leistungsvermögen gefertigt.

Frage: Wie läuft das Teilhabeplanverfahren ab?

Antwort: Die Ausgestaltung des Teilhabeplanverfahrens ist noch offen. Es gibt Arbeitstreffen mit den Berufsgenossenschaften und der Rentenversicherung. Aber ansonsten kommt das in der nächsten Zeit mit dem Verfahren WfbM erst auf uns zu. Da gibt es noch keine Erfahrungswerte. In den anderen Bereichen z. B. mit der Krankenkasse sind wir nur beteiligt und sehen den Teilhabeplan nicht.

Frage: Wie läuft die Teilhabeplankonferenz ab? Gab es bereits Teilhabekonferenzen?

Antwort: Wir hatten noch keine Teilhabeplankonferenz.

Frage: Ist der Datenschutz ein Problem für die Umsetzung des Gesetzes?

Antwort: Wir haben mittlerweile für jede Reha-Einrichtung, wo man den Versicherten für eine Maßnahme anmeldet, eine Schweigepflichtsentbindung und auch für Weiterleitungsfragen (siehe Frage Entlassungsbericht). Hintergrund ist, dass man nicht weiß, wo die Berichte dann bei dem anderen Träger landen. Deshalb überlässt man lieber dem Kunden die Antragstellung und gibt ihm ggf. noch den Entlassungsbericht mit.

Man weiß auch z. B. durch Versicherungszeiten nicht immer ganz genau, ob es nun ein Fall für die Krankenkasse oder Rentenversicherung sein könnte. Der Datenschutz ist somit schon ein Hindernis.

Frage: Fehlen dafür ggf. Kontaktpersonen bei den jeweiligen anderen Reha-Trägern?

Antwort: Über die Jahre hat man zwar auf Arbeitsebene einige Kontakte bei den anderen Trägern, aber das ist nicht unbedingt ausreichend. Für den Austausch, wie es ei-

gentlich sein sollte, ist man schon auf eine Durchwahl oder eine Mail-Adresse angewiesen, die ggf. auf einem Schreiben steht. Da muss dann aber auch diese Person erreichbar sein. Es nützt keine Durchwahl, wenn der Reha-Berater sehr häufig außer Haus ist. Wir sind an Kontaktpersonen bei anderen Reha-Trägern auch interessiert und durch die Arbeitstreffen ist da auch schon etwas in Bewegung gekommen. Bei den Krankenkassen stellt die Vielzahl der Kassen eine erhöhte Schwierigkeit dar. Teilweise schreiben diese auch die Kontaktdaten mit auf ihre Schreiben.

Frage: Müsste man für die vollständige Umsetzung des BTHG das gegliederte System auflösen?

Antwort: Es wäre natürlich für die Versicherten selbst sinnvoll. Aber das wäre schon ein gravierender Einschnitt bei den Behörden. Da müsste man tiefgreifende Strukturveränderungen schaffen, da die jeweiligen Reha-Träger auch noch andere Aufgaben mit übernehmen, z. B. Arbeitsverwaltung die Arbeitsvermittlung. Der Versicherte hätte dann natürlich kurze Wege und einen konkreten Ansprechpartner. Für die Zusammenarbeit wäre es entsprechend auch eine gute Sache.

Frage: Welche Probleme gibt es aus ihrer Sicht?

Problematisch an den Neuregelungen ist, dass nun wieder eine intensive Zusammenarbeit zwischen den Reha – Trägern wachsen soll, auf die in den letzten Jahren weniger Augenmerk gelegt wurde. Jeder Reha-Träger schaute daher zunächst eher nach seinen Leistungsgesetzen. Früher gab es dazu bereits positive Ansätze wie zum Beispiel auch gemeinsame Beratungen, die dann aber irgendwann abgeschafft worden. Für eine zukünftig wieder engere Zusammenarbeit der Reha-Träger wird noch Zeit benötigt.

Gab es Probleme bei der Zuständigkeit zwischen Rentenversicherung und Arbeitsverwaltung?

Bei Einzelfällen konnte und kann dies durchaus vorkommen. Es war und ist immer schwierig herauszufinden, wenn anhand unserer Zahlen die 15 Jahresgrenze (bei der Rentenversicherung) bei einem Versicherten gerade so erfüllt sein könnte. Gäbe es eine bessere Austauschmöglichkeit dazu, könnte man die Zuständigkeit besser klären. Für die Versicherten würde dann das Verfahren vereinfacht oder beschleunigt werden können. Da würde es sicherlich Vereinfachungsmöglichkeiten geben.

Neu Löschen Antworten Weiterleiten Drucken Mehr ...

AW: Gesprächsmitschrift Interview

10.05.2019 13:24 Uhr

Details ausblenden

Von: **Wendt Corinna**

An: **'Steve.Kroeber@t-online.de'**

Sehr geehrter Herr Kröber,

Sie dürfen das Dokument als Anlage zu Ihrer Bachelorarbeit verwenden.

Ich wünsche Ihnen ein schönes Wochenende.

Mit freundlichen Grüßen
Corinna Wendt
Team 161
Beraterin für Rehabilitation und Teilhabe
Telefon: 0351 / 2885 1141
Fax: 0351 / 2885 29 2161
E-Mail: Corinna.Wendt@arbeitsagentur.de oder Dresden.161-Reha@arbeitsagentur.de
Besucheradresse
Agentur für Arbeit Dresden
Henriette – Heber – Straße 6
01069 Dresden

***Postanschrift**
Agentur für Arbeit Dresden
01213 Dresden

Literaturverzeichnis

Dau, Dirk H., Düwell, Josef, Joussen, Jacob [Hrsg.], Sozialgesetzbuch IX, Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen, 4. Auflage, Nomos Verlag, Baden-Baden, 2014

Dau, Dirk H., Düwell, Josef, Joussen, Jacob [Hrsg.], Sozialgesetzbuch IX, Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen, 5. Auflage, Nomos Verlag, Baden- Baden, 2019

Deutsche Rentenversicherung Bund, Deutsche Rentenversicherung Jahresverzeichnis 2005, wdv Gesellschaft für Medien & Kommunikation, Bad Homburg v.d.H.

Knittel, Bernhard SGB IX – Rehabilitations und Teilhabe Behinderter Menschen Kommentar, Band 1, Luchterhand Verlag, Köln, 2019

Knittel, Bernhard, SGB IX Kommentar, Kommentar zum Sozialgesetzbuch IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – und Allgemeinen Gleichsbehandlungsgesetz (AGG), 11. Auflage, Luchterhand Verlag, Köln, 2017

Knittel, Bernhard, SGB IX Kommentar, Kommentar zum Sozialgesetzbuch IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – und Allgemeinen Gleichsbehandlungsgesetz (AGG), 8. Auflage, Luchterhand Verlag, Köln, 2015

Lachwitz, Klaus, Schellhorn, Walter u. Welti, Felix: HK-SGB IX, Handkommentar zum Sozialgesetzbuch IX, 3. Auflage, Luchterhand Verlag, 2010

Mrozynski, Peter; Jabben, Jürgen, SGB IX Teil 1 Regelungen für behinderte und von Behindeurng bedrohte Menschen, Kommentar, 2. Auflage, Verlag C. H. Beck, München, 2011

Rechtsprechungsverzeichnis

Bundessozialgericht, Urteil vom 03.11.2011 (Az. B 3 KR 8/11)

Bundessozialgericht, Urteil vom 11.05.2011 (Az. B 5 R 54/10 R)

Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 16.05.2008 (Az. L 23 B 26/08 SO ER)

Verwaltungsgericht Oldenburg, Beschluss vom 30.06.2004 (Az. 13 B 2727/04)

Internetquellenverzeichnis

Beck, Iris, Engel, Heike, Universität Hamburg, Voruntersuchung als Entscheidungsgrundlage zur Entwicklung eines Instruments zur Ermittlung des Bedarfs im Rahmen der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) im Land Berlin, URL: https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/w/files/aktuelles/senias-vorstudie-abschlussbericht.pdf, Erstelldatum 19.03.2018, entnommen am 16.04.2019

Bundesagentur für Arbeit, § 19 Teilhabeplan, URL: https://con.arbeitsagentur.de/prod/apok/ct/dam/download/documents/dok_ba016004.pdf. Erstelldatum 05.01.2018, entnommen am 13.05.2019

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR), Bundesteilhabegesetz Kompakt, URL: https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/ publikationen/Sonstiges/downloads/BTHG.BF.05.pdf, Erstelldatum 15.05.2017, entnommen am 12.04.2019

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR), Das bio-psycho-soziale Modell, URL: https://www.bar-frankfurt.de/themen/icf/grundlagen-der-icf/das-bio-psycho-soziale-modell.html, entnommen am 13.05.2019

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR), Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess, URL: https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/ dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/GEReha-Prozess.web_2019.pdf, Erstelldatum: 12.02.2019, entnommen u. a. am 11.04.2019

Deutsche Rentenversicherung Bund, § 14 Leistender Rehabilitationsträger, URL: http://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/Raa/Raa.do?f=SGB9_14R2.1.1&a=true, entnommen am 11.04.2019

Deutsche Rentenversicherung Bund, § 14 Leistender Rehabilitationsträger, URL: http://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/Raa/Raa.do?f=SGB9_14R2.2&a=true, entnommen am 11.04.2019

Deutsche Rentenversicherung Bund, § 14 Leistender Rehabilitationsträger, URL: http://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/Raa/Raa.do?f=SGB9_14R2.2.1&a=true, entnommen am 11.04.2019

Deutsche Rentenversicherung Bund, § 14 Leistender Rehabilitationsträger, URL: http://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/Raa/Raa.do?f=SGB9_14R4&a=true, entnommen am 11.04.2019

Deutsche Rentenversicherung Bund, § 14 Leistender Rehabilitationsträger, URL: http://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/Raa/Raa.do?f=SGB9_14R4.2 &a=true, entnommen am 12.04.2019

Deutsche Rentenversicherung Bund, § 15 Leistungsverantwortung bei Mehrheit von Rehabilitationsträgern, URL: http://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/Raa/Raa.do?f=SGB9_15R4.1&a=true, entnommen am 12.04.2019

Deutsche Rentenversicherung Bund, § 19 Teilhabeplan, URL: http://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/Raa/Raa.do?f=SGB9_19R2&a=true, entnommen am 10.05.2019

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation, Positionspapier der DVfR zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG), URL: https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/ user_upload/Schwerpunkte/Bundesteilhabegesetz/doc/DVfR_Positionspapier_Bedarfsermittlung_und_-feststellung___13_November_2018.pdf, Erstelldatum 29.11.2018, entnommen am 13.05.2019

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation, Rehabilitation in Deutschland, URL: https://www.dvfr.de/rehabilitation-und-teilhabe/rehabilitation-in-deutschland/, entnommen am 16.05.2019

Schubert, Michael, Morfeld, Matthias, Lentz, Rainer, u. a. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., Hochschule Magdeburg-Stendal u. Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke e. V., Abschlussbericht zum Projekt „Prüfung von aktuellem Stand und Potential der Bedarfsermittlung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter Berücksichtigung der ICF, URL: https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/downloads/Abschlussbericht_final.pdf, Erstelldatum 21.07.2014, entnommen am 10.04.2019

Schuntermann, Michael, Deutsche Rentenversicherung Bund, Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

der Weltgesundheitsorganisation (WHO), URL: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/206970/publicationFile/2307/icf_kurzeinfuehrung.pdf, Erstelldatum: 13.02.2006, entnommen am 13.05.2019

Sonstige Quellen

Bundestagdrucksache 14/5074

Bundestagdrucksache 14/5800

Bundestagdrucksache 15/1783

Bundestagdrucksache 18/9522

Rechtsquellenverzeichnis

Bürgerliches Gesetzbuch i. d. F. der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 31. Januar 2019 (BGBl. I S. 54) geändert worden ist

Sozialgesetzbuch I i d. F. der Bekanntmachung vom 11.12.1975 (BGBl. I S. 3015), zuletzt geändert durch Art. 3 BundesteilhabeG v. 23.12.2016 (BGBl. I S. 3234), Art. 6 Abs. 7 G zur Neuregelung des Mutterschutzrechts v. 23.05.2017 (BGBl. I S. 1228), Art. 19 G. zur Änderung des BundesversorgungsG und anderer Vorschriften v. 17.07.2017 (BGBl. I S. 2541), Art. 11 Abs. 40 eIDAS-DurchführungsG v. 18.07.2017 (BGBl. I S. 2745) und Art. 5 BetriebsrentenstärkungsG v. 17.08.2017 (BGBl. I S. 3214)

Sozialgesetzbuch VI i. d. F. der Bekanntmachung vom 19.02.2002 (BGBl. I S. 754, ber. S. 1404, 3384), zuletzt geändert durch Art. 1 EM-LeistungsverbesserungsG v. 17.07.2017 (BGBl. I S. 2509), Art. 1 Rentenüberleitungsges-AbschlussG v. 17.07.2017 (BGBl. I S. 2575) und § 1 Abs. 3, §§ 3 und 5 Sozialversicherungs-RechengrößenVO 2018 v. 16.11.2017 (BGBl. I S. 3778)

Sozialgesetzbuch IX i. d. F. der Bekanntmachung vom 23.12.2016 (BGBl. I S. 3234), geändert durch Art. 25a SGB BundesteilhabeG v. 23.12.2016 (BGBl. I S. 3234), Art. 3 EM-LeistungsverbesserungsG v. 17.07.2017 (BGBl. I S. 2509) und Art. 23 G zur Änd. Der BundesversorgungsG und anderer Vorschriften v. 17.07.2017 (BGBl. I S. 2541)

Sozialgesetzbuch X i. d. F. der Bekanntmachung vom 18.01.2001 (BGBl. I S. 130), zuletzt geändert durch Art. 10 Abs. 11 G zur Neuregelung des Schutzes von Geheimnissen bei der Mitwirkung Dritter an der Berufsausübung schweigepflichtiger Personen v. 30.10.2017 (BGBl. I S. 3618) und Art. 1a G zur Verlängerung befristeter Regelungen im Arbeitsförderungsrecht und zur Umsetzung der RL (EU) 2016/2102 über den barrierefreien Zugang zu den Websites und mobilen Anwendungen öffentlicher Stellen v. 10.07.2018 (BGBl. I S. 1117)

Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere hiermit an Eides Statt, dass ich die vorgelegte Bachelorarbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht. Weiterhin erkläre ich, dass die gedruckte Form (einschließlich der auf dem Datenträger beigefügten Anlagen) und die digitalisierte Form der Bachelorarbeit identisch sind.

Meißen, den 29.05.2019

Steve Kröber

Verwendete Quellen

Beck, Iris, Engel, Heike, Universität Hamburg, Voruntersuchung als Entscheidungsgrundlage zur Entwicklung eines Instruments zur Ermittlung des Bedarfs im Rahmen der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) im Land Berlin, URL: https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/w/files/aktuelles/senias-vorstudie-abschlussbericht.pdf, Erstelldatum 19.03.2018, entnommen am 16.04.2019

https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/w/files/aktuelles/senias-vorstudie-abschluss 80% Suchen

Automatischer Zoom

3.2.1 Sicherstellung der Partizipation im Prozess der Bedarfsermittlung

Im Prozess der Bedarfsermittlung muss eine konsequente Nutzerorientierung sichergestellt werden. Hierzu gehört, dass die einzelne Person mit ihren Wünschen, Bedürfnissen und Problemen tatsächlich im Mittelpunkt steht, dass die zu verhandelnden Themen für sie relevant sind, dass das Vorgehen der Hilfeplanung auf individuelle Problemlagen und Interessen zugeschnitten werden kann und dass die Nutzer_innen dazu ermuntert werden, sich ihre eigene Meinung zu bilden, diese mitzuteilen und damit zunehmend mehr Einfluss auf die Gestaltung ihres Lebens zu nehmen. Die jeweilige individuelle Lebenssituation soll dabei verstehend und nicht diagnostizierend in den Blick genommen werden (Rohrmann, 2016:133). Dies bedeutet aber nicht, dass die Ebene der Beeinträchtigung der Kommunikation, der Wahrnehmung (Hören und Sehen), der räumlichen und zeitlichen Orientierung, der

Seite 8 von 87

Prof. Dr. Iris Beck Abschlussbericht synergon

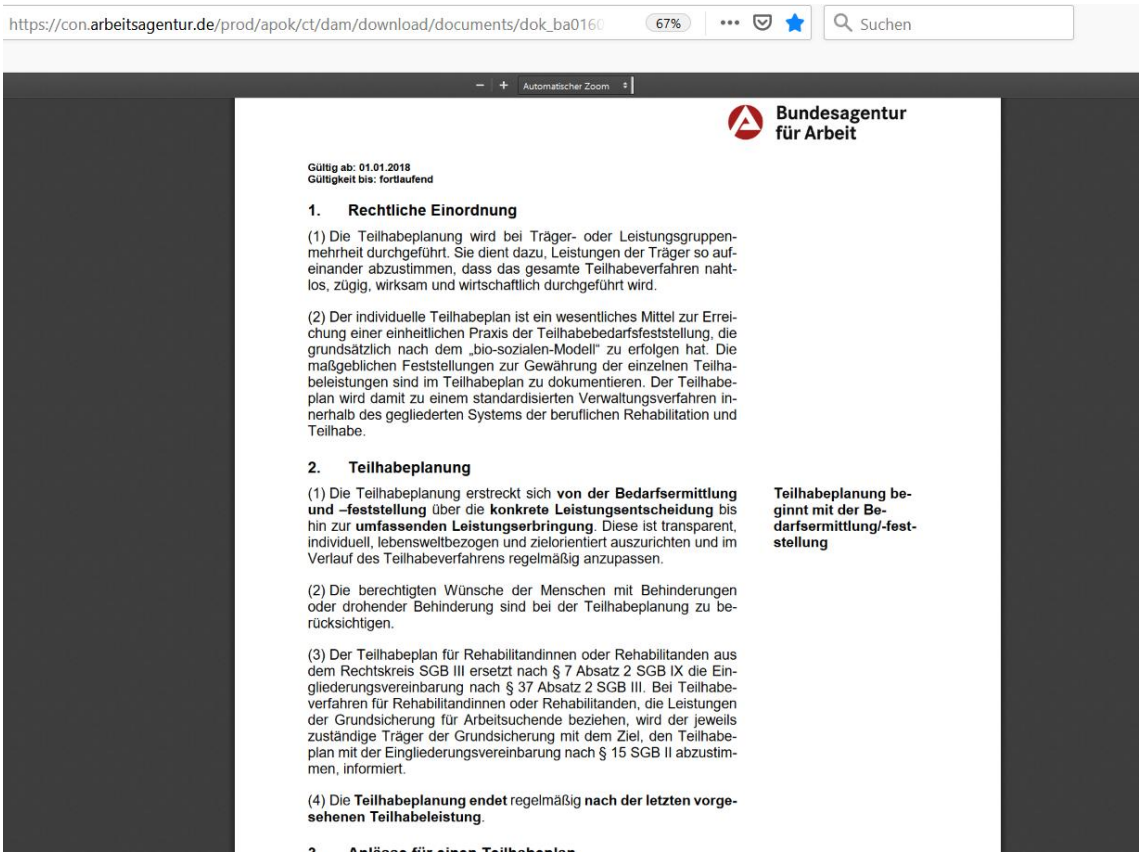
Motorik und Mobilität, des emotionalen Erlebens und der Kognition außer Acht gelassen werden können. Die Aufgabe besteht darin, die Wünsche und Ziele der betreffenden Person wertschätzend aufzunehmen und hierbei diese Beeinträchtigungen so zu berücksichtigen, dass die aktive Teilnahme sichergestellt wird.

Insgesamt stellt die Ermittlung der Wünsche und der grundsätzlichen Ziele einer Person (wie, wo und mit wem man leben, lernen, arbeiten und die Freizeit gestalten möchte) eine fachliche Herausforderung dar, weil hierzu auch Vorstellungen von ggf. bislang unbekannten Alternativen (z.B. außerhalb einer Einrichtung, in der Gemeinde) entwickelt werden müssen. Hierfür stehen verschiedene Methoden und Instrumente zur Verfügung.[8]

Die aktive Beteiligung der leistungsberechtigten Person bei einer zielorientierten Ermittlung

Bundesagentur für Arbeit, § 19 Teilhabeplan, URL:

https://con.arbeitsagentur.de/prod/apok/ct/dam/download/documents/dok_ba016004.pdf. Erstelldatum 05.01.2018, entnommen am 13.05.2019



https://con.arbeitsagentur.de/prod/apok/ct/dam/download/documents/dok_ba0160 67% Suchen

Automatischer Zoom

Bundesagentur für Arbeit

Gültig ab: 01.01.2018
Gültigkeit bis: fortlaufend

1. Rechtliche Einordnung

(1) Die Teilhabeplanung wird bei Träger- oder Leistungsgruppenmehrheit durchgeführt. Sie dient dazu, Leistungen der Träger so aufeinander abzustimmen, dass das gesamte Teilhabeverfahren nahtlos, zügig, wirksam und wirtschaftlich durchgeführt wird.

(2) Der individuelle Teilhabeplan ist ein wesentliches Mittel zur Erreichung einer einheitlichen Praxis der Teilhabebedarfsfeststellung, die grundsätzlich nach dem „bio-sozialen-Modell" zu erfolgen hat. Die maßgeblichen Feststellungen zur Gewährung der einzelnen Teilhabeleistungen sind im Teilhabeplan zu dokumentieren. Der Teilhabeplan wird damit zu einem standardisierten Verwaltungsverfahren innerhalb des gegliederten Systems der beruflichen Rehabilitation und Teilhabe.

2. Teilhabeplanung

Teilhabeplanung beginnt mit der Bedarfsermittlung/-feststellung

(1) Die Teilhabeplanung erstreckt sich **von der Bedarfsermittlung und –feststellung** über die **konkrete Leistungsentscheidung** bis hin zur **umfassenden Leistungserbringung**. Diese ist transparent, individuell, lebensweltbezogen und zielorientiert auszurichten und im Verlauf des Teilhabeverfahrens regelmäßig anzupassen.

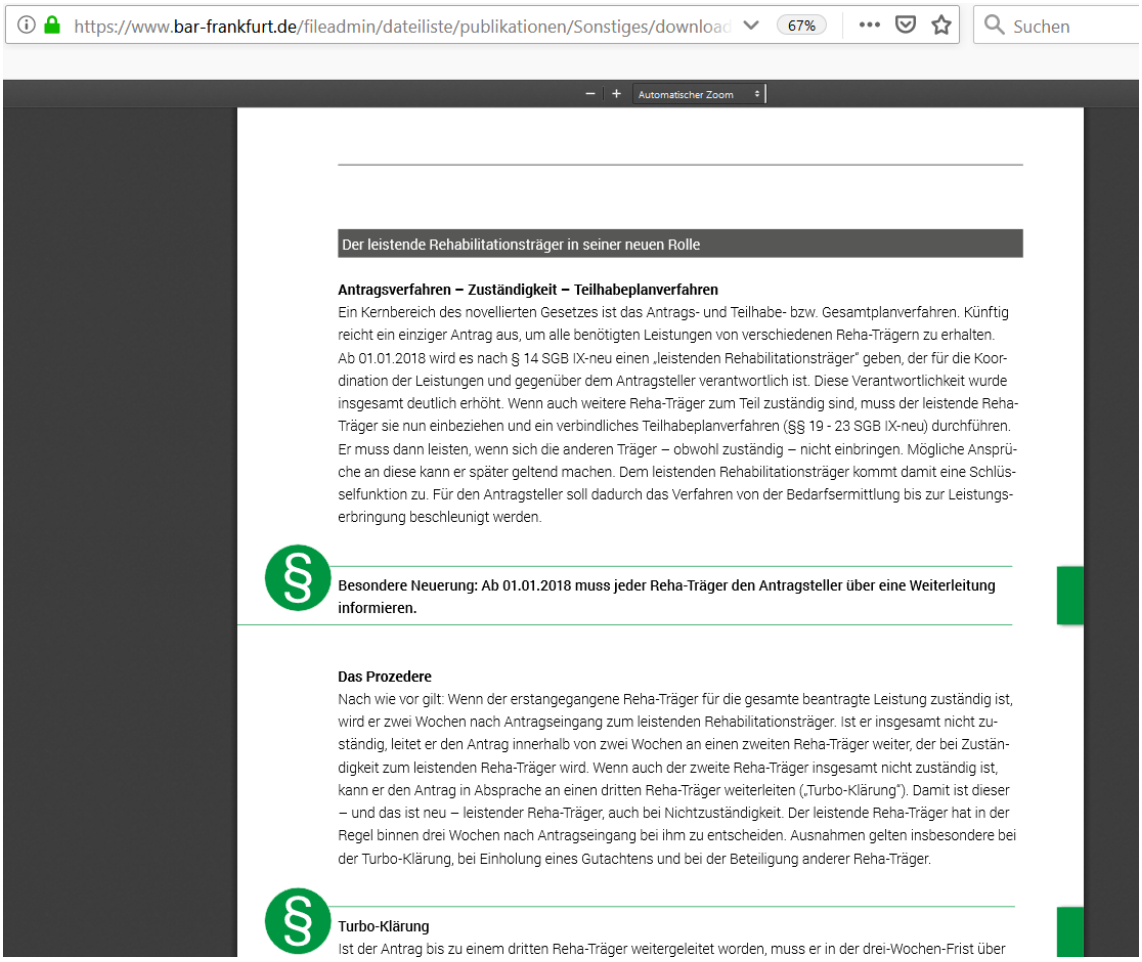
(2) Die berechtigten Wünsche der Menschen mit Behinderungen oder drohender Behinderung sind bei der Teilhabeplanung zu berücksichtigen.

(3) Der Teilhabeplan für Rehabilitandinnen oder Rehabilitanden aus dem Rechtskreis SGB III ersetzt nach § 7 Absatz 2 SGB IX die Eingliederungsvereinbarung nach § 37 Absatz 2 SGB III. Bei Teilhabeverfahren für Rehabilitandinnen oder Rehabilitanden, die Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende beziehen, wird der jeweils zuständige Träger der Grundsicherung mit dem Ziel, den Teilhabeplan mit der Eingliederungsvereinbarung nach § 15 SGB II abzustimmen, informiert.

(4) Die **Teilhabeplanung endet** regelmäßig **nach der letzten vorgesehenen Teilhabeleistung**.

Seite 1 (in der Pdf 6 von 7)

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR), Bundesteilhabegesetz Kompakt, URL: https://www.bar-frank-furt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/Sonstiges/downloads/BTHG.BF.05.pdf, Erstelldatum 15.05.2017, entnommen am 12.04.2019



https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/Sonstiges/download 67% Suchen

Automatischer Zoom

Der leistende Rehabilitationsträger in seiner neuen Rolle

Antragsverfahren – Zuständigkeit – Teilhabeplanverfahren

Ein Kernbereich des novellierten Gesetzes ist das Antrags- und Teilhabe- bzw. Gesamtplanverfahren. Künftig reicht ein einziger Antrag aus, um alle benötigten Leistungen von verschiedenen Reha-Trägern zu erhalten. Ab 01.01.2018 wird es nach § 14 SGB IX-neu einen „leistenden Rehabilitationsträger" geben, der für die Koordination der Leistungen und gegenüber dem Antragsteller verantwortlich ist. Diese Verantwortlichkeit wurde insgesamt deutlich erhöht. Wenn auch weitere Reha-Träger zum Teil zuständig sind, muss der leistende Reha-Träger sie nun einbeziehen und ein verbindliches Teilhabeplanverfahren (§§ 19 - 23 SGB IX-neu) durchführen. Er muss dann leisten, wenn sich die anderen Träger – obwohl zuständig – nicht einbringen. Mögliche Ansprüche an diese kann er später geltend machen. Dem leistenden Rehabilitationsträger kommt damit eine Schlüsselfunktion zu. Für den Antragsteller soll dadurch das Verfahren von der Bedarfsermittlung bis zur Leistungserbringung beschleunigt werden.

§ **Besondere Neuerung: Ab 01.01.2018 muss jeder Reha-Träger den Antragsteller über eine Weiterleitung informieren.**

Das Prozedere

Nach wie vor gilt: Wenn der erstangegangene Reha-Träger für die gesamte beantragte Leistung zuständig ist, wird er zwei Wochen nach Antragseingang zum leistenden Rehabilitationsträger. Ist er insgesamt nicht zuständig, leitet er den Antrag innerhalb von zwei Wochen an einen zweiten Reha-Träger weiter, der bei Zuständigkeit zum leistenden Reha-Träger wird. Wenn auch der zweite Reha-Träger insgesamt nicht zuständig ist, kann er den Antrag in Absprache an einen dritten Reha-Träger weiterleiten („Turbo-Klärung"). Damit ist dieser – und das ist neu – leistender Reha-Träger, auch bei Nichtzuständigkeit. Der leistende Reha-Träger hat in der Regel binnen drei Wochen nach Antragseingang bei ihm zu entscheiden. Ausnahmen gelten insbesondere bei der Turbo-Klärung, bei Einholung eines Gutachtens und bei der Beteiligung anderer Reha-Träger.

§ **Turbo-Klärung**

Ist der Antrag bis zu einem dritten Reha-Träger weitergeleitet worden, muss er in der drei-Wochen-Frist über

Seite 11

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR), Das bio-psycho-soziale Modell, URL: https://www.bar-frankfurt.de/themen/icf/grundlagen-der-icf/das-bio-psycho-soziale-modell.html, entnommen am 13.05.2019

https://www.bar-frankfurt.de/themen/icf/grundlagen-der-icf/das-bio-psycho-so 67% Suchen

Sie sind hier: Themen | ICF | Grundlagen der ICF | Das bio-psycho-soziale Modell

Das bio-psycho-soziale Modell

Die Konzeption der ICF, das bio-psycho-soziale Modell

Sowohl die Funktionsfähigkeit als auch die Behinderung eines Menschen sind gekennzeichnet als das Ergebnis oder die Folge einer komplexen Beziehung zwischen dem Menschen mit einem Gesundheitsproblem und seinen Umwelt- und personbezogenen Faktoren (Kontextfaktoren).

Das bio-psycho-soziale Modell der möglichen multiplen Wechselwirkungen (Abbildung 2) verdeutlicht, dass Behinderung im Sinne einer Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit kein statisches Merkmal, sondern ein dynamischer Prozess ist (Modell der Funktionsfähigkeit und Behinderung). Die Komplexität der Wechselwirkungen lässt vielfältige Interventionsansätze erkennen, beispielsweise

- der Behandlung der Körperstruktur- und Funktionsschädigung selbst oder der Förderung verbliebener Fertigkeiten,
- der Verbesserung oder Kompensation beeinträchtigter Aktivitäten sowie
- der Verbesserung oder des Ausgleichs einer beeinträchtigten Teilhabe (Partizipation).

Abbildung 2: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (WHO 2001)

https://www.bar-frankfurt.de/themen/icf/grundlagen-der-icf/das-bio-psycho-so 67% Suchen

Abbildung 2: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (WHO 2001)

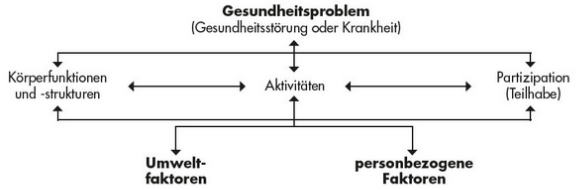
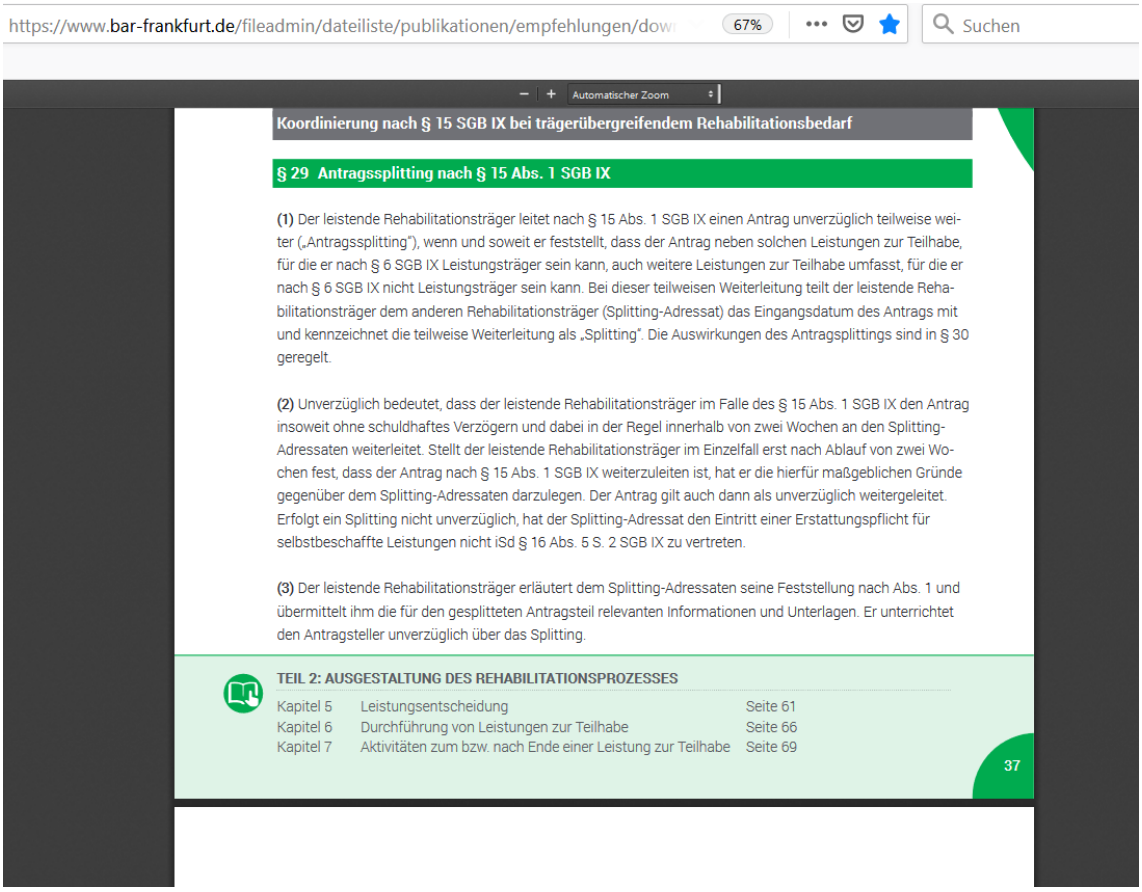


Abb.2: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (WHO 2001)

Funktionsfähigkeit kann so verstanden werden, dass eine Person trotz einer Erkrankung all das tut oder tun kann, was von einem gesunden Menschen erwartet wird und/oder sie sich in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem gesunden Menschen erwartet wird.

Ob und in welchem Umfang eine funktionale Beeinträchtigung ein selbstbestimmtes Leben erschwert, wird demnach auch von Kontextfaktoren beeinflusst. Die Wohnsituation kann beispielsweise ein entscheidender Faktor dafür sein, in welchem Umfang ein Mensch mit Mobilitätseinschränkungen in soziale Aktivitäten eingebunden ist. Zugleich ist eine barrierefreie Umgebung kein Garant für die selbstbestimmte Teilhabe. Denn diese hängt von vielfältigen Faktoren, wie denen der Persönlichkeit, von Einstellungen und auch sozialen Kompetenzen ab.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR), Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess, URL: https://www.bar-frank-furt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/GEReha-Prozess.web_2019.pdf, Erstelldatum: 12.02.2019, entnommen u. a. am 11.04.2019



https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/dow 67% Suchen

Automatischer Zoom

Koordinierung nach § 15 SGB IX bei trägerübergreifendem Rehabilitationsbedarf

§ 29 Antragssplitting nach § 15 Abs. 1 SGB IX

(1) Der leistende Rehabilitationsträger leitet nach § 15 Abs. 1 SGB IX einen Antrag unverzüglich teilweise weiter („Antragssplitting"), wenn und soweit er feststellt, dass der Antrag neben solchen Leistungen zur Teilhabe, für die er nach § 6 SGB IX Leistungsträger sein kann, auch weitere Leistungen zur Teilhabe umfasst, für die er nach § 6 SGB IX nicht Leistungsträger sein kann. Bei dieser teilweisen Weiterleitung teilt der leistende Rehabilitationsträger dem anderen Rehabilitationsträger (Splitting-Adressat) das Eingangsdatum des Antrags mit und kennzeichnet die teilweise Weiterleitung als „Splitting". Die Auswirkungen des Antragsplittings sind in § 30 geregelt.

(2) Unverzüglich bedeutet, dass der leistende Rehabilitationsträger im Falle des § 15 Abs. 1 SGB IX den Antrag insoweit ohne schuldhaftes Verzögern und dabei in der Regel innerhalb von zwei Wochen an den Splitting-Adressaten weiterleitet. Stellt der leistende Rehabilitationsträger im Einzelfall erst nach Ablauf von zwei Wochen fest, dass der Antrag nach § 15 Abs. 1 SGB IX weiterzuleiten ist, hat er die hierfür maßgeblichen Gründe gegenüber dem Splitting-Adressaten darzulegen. Der Antrag gilt auch dann als unverzüglich weitergeleitet. Erfolgt ein Splitting nicht unverzüglich, hat der Splitting-Adressat den Eintritt einer Erstattungspflicht für selbstbeschaffte Leistungen nicht iSd § 16 Abs. 5 S. 2 SGB IX zu vertreten.

(3) Der leistende Rehabilitationsträger erläutert dem Splitting-Adressaten seine Feststellung nach Abs. 1 und übermittelt ihm die für den gesplitteten Antragsteil relevanten Informationen und Unterlagen. Er unterrichtet den Antragsteller unverzüglich über das Splitting.

TEIL 2: AUSGESTALTUNG DES REHABILITATIONSPROZESSES

Kapitel 5	Leistungsentscheidung	Seite 61
Kapitel 6	Durchführung von Leistungen zur Teilhabe	Seite 66
Kapitel 7	Aktivitäten zum bzw. nach Ende einer Leistung zur Teilhabe	Seite 69

37

Seite 37

https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/dow 67% Suchen
Automatischer Zoom

(2) In den Fällen des Abs. 1 fordert der leistende Rehabilitationsträger die anderen Rehabilitationsträger, unverzüglich (§ 121 BGB) schriftlich auf, ihm entsprechende Feststellungen binnen zwei Wochen, bzw. im Fall der Begutachtung binnen zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens, mitzuteilen und informiert hierüber den Antragsteller. Unter Hinweis auf die laufenden Fristen der § 14 und § 15 Abs. 4 SGB IX teilt er ihnen das Eingangsdatum des Antrags mit.

(3) Die nach Abs. 2 beteiligten Rehabilitationsträger ermitteln den Rehabilitationsbedarf vertieft nach den jeweils für sie geltenden Leistungsgesetzen mit Hilfe der Instrumente nach § 13 SGB IX (vgl. Abschnitt 3). Stellen sie dabei Anhaltspunkte für Rehabilitationsbedarf für Leistungen zur Teilhabe fest, für die sie nicht zuständig sind (trägerübergreifender Rehabilitationsbedarf), informieren sie darüber den leistenden Rehabilitationsträger. Dieser greift die Anhaltspunkte im Rahmen seiner ohnehin bestehenden Koordinierungspflicht nach § 15 SGB IX auf. Die beteiligten Rehabilitationsträger stellen den ermittelten Rehabilitationsbedarf fest und teilen ihn dem leistenden Rehabilitationsträger spätestens am Tag nach Ablauf der Frist nach Abs. 2 Satz 1 schriftlich mit.

(4) Bei Beteiligung anderer Rehabilitationsträger nach Abs. 2 führt der leistende Rehabilitationsträger eine Teilhabeplanung nach den §§ 19-23 SGB IX durch. Mit Blick auf die Regelung des § 19 Abs. 1 SGB IX bedarf es keiner gesonderten trägerübergreifenden Beratung der von den beteiligten Rehabilitationsträgern mitgeteilten Feststellungen nach § 15 Abs. 2 S. 1 (am Ende) SGB IX.

(5) Erfolgt die Mitteilung nach Abs. 3 nicht fristgerecht, stellt der leistende Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf auch nach den Leistungsgesetzen der beteiligten Rehabilitationsträger fest. Dabei beachtet er die gemeinsamen Grundsätze der Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX. Einzelheiten dazu sind unter § 35 - § 46 (Abschnitt 3) geregelt.

TEIL 2: AUSGESTALTUNG DES REHABILITATIONSPROZESSES

Kapitel 1	Bedarfserkennung	Seite 20
Kapitel 2	Zuständigkeitsklärung	Seite 29
Kapitel 3	**Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung**	**Seite 35**
Kapitel 4	Teilhabeplanung	Seite 48

Seite 40

https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/dow 67% Suchen
Automatischer Zoom

Hierbei erfasst jeder Rehabilitationsträger Informationen zu allen Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells sowie deren Wechselwirkungen zumindest dem Grunde nach. Dafür bieten sich insbesondere strukturierte Gespräche zum Einholen von Informationen, z.B. in Beratungs- und Befundgesprächen an. Die strukturierten Gespräche können durch entsprechende Hilfestellungen unterstützt werden.

(4) Die Rehabilitationsträger nutzen zur Bedarfsermittlung Instrumente nach den für sie geltenden Leistungsgesetzen. Die im jeweiligen Einzelfall eingesetzten Instrumente haben die Anforderungen nach Abs. 1 bis 3 insgesamt zu erfüllen, indem sie insbesondere die Sachverhalte nach § 13 Abs. 2 Nr. 1-4 SGB IX erfassen (siehe § 40 - § 43). Sie gewährleisten also insgesamt eine an den Teilhabezielen des Menschen mit Behinderung orientierte umfassende und funktionsbezogene Feststellung des individuellen Teilhabebedarfes.

Bei Trägermehrheit führt der leistende Rehabilitationsträger unter Beachtung der Regelungen nach § 29 (Antragssplitting) und § 31 (Beteiligung) die Bedarfsfeststellungen der jeweiligen Rehabilitationsträger so zusammen, dass in der Summe die Anforderungen nach Satz 2 sicher gestellt sind. Diese Zusammenführung ist Basis der Teilhabeplanung (vgl. Kapitel 4).

§ 37 Einheitlichkeit, Nachprüfbarkeit und Dokumentation

(1) Die eingesetzten Instrumente gewährleisten eine individuelle und funktionsbezogene Bedarfsermittlung und sichern unter Beachtung datenschutzrechtlicher Regelungen die Dokumentation und Nachprüfbarkeit der Bedarfsermittlung. Durch Nutzung der Möglichkeiten des bio-psycho-sozialen Modells, das der ICF zugrunde liegt, wird bei der Entwicklung und Weiterentwicklung der Instrumente, wo möglich, eine trägerübergreifende Vereinheitlichung verfolgt.

(2) Die Bedarfsermittlung ist für den Leistungsberechtigten transparent sowie verständlich und nachvollziehbar zu gestalten. Das schließt eine auf den Einzelfall angepasste barrierefreie Dokumentation und Kommunikation ein.

TEIL 2: AUSGESTALTUNG DES REHABILITATIONSPROZESSES

Kapitel 5	Leistungsentscheidung	Seite 61
Kapitel 6	Durchführung von Leistungen zur Teilhabe	Seite 66
Kapitel 7	Aktivitäten zum bzw. nach Ende einer Leistung zur Teilhabe	Seite 69

Seite 43

https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/dow 67% Suchen
Automatischer Zoom

§ 38 Arten von Instrumenten zur Bedarfsermittlung

(1) Instrumente der Bedarfsermittlung lassen sich einteilen in systematische Arbeitsprozesse, standardisierte Arbeitsmittel sowie Begutachtungen.

(2) Systematische Arbeitsprozesse können z.B. sein Erhebungen, Analysen, Dokumentation, Planung und Ergebniskontrolle, insbesondere auch in ihrer systematischen Verbindung zueinander. Sie sorgen z.B. dafür

- Verbindungen zwischen dem Einsatz von Arbeitsmitteln nach Abs. 3 darzulegen und
- eine Verknüpfung von gewonnenen Erkenntnissen und dem Einsatz von Arbeitsmitteln herzustellen.

(3) Standardisierte Arbeitsmittel sind Hilfsmittel, die die Arbeitsprozesse unterstützen und der Generierung erforderlicher Informationen dienen. Standardisierte Arbeitsmittel sind z.B. funktionelle Prüfungen (Sehtests, Intelligenztests, Hörtests), Assessment- und Diagnoseinstrumente, Fragebögen, IT-Anwendungen, Antragsunterlagen, Befundberichte, Checklisten, Leitfäden etc. Sie sollen auf einer wissenschaftlichen Grundlage beruhen bzw. trägerübergreifend abgestimmt sein.

(4) Begutachtungen nach § 17 SGB IX stellen eine besondere Art von Instrumenten dar, die Aspekte von Absatz 2 und Absatz 3 kombinieren. Inhaltlich unterliegen sie ebenfalls den hier genannten Grundsätzen, Verfahrensaspekte sind in § 28 geregelt. Vergleiche zur Begutachtung auch die Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung" sowie konkretisierend für den Bereich der Eingliederungshilfe die Orientierungshilfe „Behinderungsbegriff"[34] der BAGüS.

(5) Soweit es für die Erfüllung der Anforderungen an die Bedarfsermittlung nach § 27 sowie § 36, § 39 - § 42 erforderlich ist, werden verschiedene Instrumente nach Abs. 2 bis 4 kombiniert. Für Fälle der Teilhabeplanung vgl. § 55 Abs. 3 Satz 2.

§ 39 Inhalte der Bedarfsermittlung

(1) Die Bedarfsermittlung erfolgt zunächst unabhängig von konkreten Leistungen entsprechend der Vorgaben des § 13 Abs. 2 Nr. 1-4 SGB IX, die in den nachfolgenden § 40 - § 43 konkretisiert sind. Die Erhebungen zu Beeinträchtigungen und Auswirkungen auf die Teilhabe unterliegen keiner grundsätzlichen Reihenfolge, vielmehr sind gemäß dem bio-psycho-sozialen Modell zahlreiche Querbezüge und Wechselwirkungen zu beachten. Teilhabeziele können sowohl Ausgangspunkt als auch Ergebnis von Schritten bei der Bedarfsermittlung sein. In der Eingliederungshilfe stehen Teilhabeziele nicht am Anfang der Bedarfsermittlung. Die Klärung und Festlegung von Leistungen (§ 43) steht grundsätzlich am Ende der Bedarfsermittlung und basiert auf konkretisierten Informationen zum Rehabilitationsbedarf gemäß § 40 - § 42.

Seite 44

https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/dow 67% Suchen

Automatischer Zoom

Teil 2: Ausgestaltung des Rehabilitationsprozesses

(2) Im Rahmen der umfassenden Bedarfsermittlung und -feststellung ist oft eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich. Dies bedeutet, dass Informationen durch verschiedene Disziplinen eingeholt werden (z.B. Reha-Fachkräfte, Mediziner, Psychologen) und Bedarfe im Austausch miteinander ermittelt, bewertet und festgestellt werden.

§ 40 Vorliegen einer Beeinträchtigung

Instrumente der Bedarfsermittlung erfassen, ob ein Gesundheitsproblem und eine Beeinträchtigung vorliegen oder zu erwarten sind. Mit ihnen kann geklärt werden, ob Menschen körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können. Nach § 2 Abs. 1 SGB IX liegt eine solche Beeinträchtigung vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und den Menschen an seiner Teilhabe mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern kann. Im Bereich der Eingliederungshilfe kommt es nach § 53 SGB XII maßgeblich auf das Vorliegen einer „wesentlichen Behinderung" an. Vergleiche hierzu die Orientierungshilfe „Behinderungsbegriff"[35] der BAGüS.

Bedarfsermittlung
Bedarfsfeststellung

§ 41 Auswirkungen auf die Teilhabe

(1) Die Instrumente der Bedarfsermittlung erfassen, welche Auswirkung die Beeinträchtigungen (§ 40) auf die Teilhabe des Leistungsberechtigten haben. Hier wird dem Verständnis Rechnung getragen, dass die individuelle Teilhabe aus der Wechselwirkung von Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe einerseits und Kontextfaktoren (personbezogene Faktoren, Umweltfaktoren) andererseits entsteht.

(2) Die Kontextfaktoren wirken im Einzelfall als Förderfaktor oder als Barriere. Bei der Ermittlung individueller Unterstützungs- und Rehabilitationsbedarfe sind auch sozialräumliche und/oder lebensweltliche Aspekte bedeutsam.

(3) Der Veränderlichkeit der Kontextfaktoren, der anderen Komponenten und ihrer Wechselwirkungen miteinander im Zeitverlauf wird durch einen fortgesetzten, am bio-psycho-sozialen Modell orientierten Dialog mit dem Leistungsberechtigten Rechnung getragen.

Seite 45 (auszugsweise)

(2) Zur Formulierung von Zielen nach Abs. 1 sind persönliche Ziele, Vorstellungen und Wünsche des Leistungsberechtigten vom Rehabilitationsträger zu erfragen. Individuelle Teilhabeziele sind ggf. auch erst im Verlauf der Bedarfsermittlung gemeinsam zu entwickeln und zu konkretisieren. Der Rehabilitationsprozess insgesamt und insbesondere die Bedarfsermittlung sind an den individuellen Zielen auszurichten.

(3) Teilhabeziele sind so festzulegen, dass sie erreichbar sind und ihre Erreichung überprüft werden kann.

(4) Im Bereich der Eingliederungshilfe kann am Ende der Bedarfsermittlung eine Teilhabezielvereinbarung mit dem Leistungsberechtigten abgeschlossen werden, vgl. § 145 SGB XII bzw. § 122 SGB IX in der ab 2020 geltenden Fassung.

§ 43 Klärung erforderlicher Leistungen

(1) Die Instrumente der Bedarfsermittlung dienen auch der Klärung, welche Leistungen zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich sein werden. Diese Prognose ist eine begründete Aussage für das mögliche Erreichen der Teilhabeziele. Dabei werden insbesondere berücksichtigt:

- die unter § 40 und § 41 erfassten Aspekte
- bereits konkretisierte Bedarfe sowie
- der bisherige individuelle Verlauf einschließlich früherer Bedarfsfeststellungen, soweit vorhanden bzw. bekannt und erforderlich.

(2) Die Bedarfsermittlung umfasst somit auch die Frage, inwieweit und wie die individuellen Teilhabeziele nach § 42 verwirklicht werden können und mit welchen Leistungen der ermittelte Bedarf gedeckt werden kann. Die individuellen Kontextfaktoren in ihrer Eigenschaft als Förderfaktor oder Barriere werden dabei einbezogen; die Prognose geht von der bestmöglichen Förderung und Nutzung von Ressourcen und Kompetenzen aus. Neben der geeigneten Leistung zur Teilhabe ist auch der dafür voraussichtlich notwendige Zeitraum zu benennen. Zielstellung ist nicht nur, die Person zur selbstbestimmten Lebensführung und Teilhabe zu befähigen, sondern sie auch darin zu unterstützen, ihre Teilhabeziele tatsächlich zu erreichen. Hierzu sind auch Möglichkeiten der Gestaltung der Umwelt zu prüfen.

(3) Bei der konkreten Auswahl von möglichen Leistungen sind neben dem allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebot ggfs. ergänzende Vorgaben aus den jeweiligen Leistungsgesetzen mit zu berücksichtigen.

§ 44 Neu- und Weiterentwicklung von Instrumenten

Seite 46

https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/dow 67% Suchen

Automatischer Zoom

Abschnitt 4 Teilhabeplankonferenz

§ 58 Teilhabeplankonferenz

(1) Besonderer Bestandteil der Teilhabeplanung kann eine Teilhabeplankonferenz sein. Die Teilhabeplankonferenz hat das Ziel, die für die Erreichung der Ziele des § 48 und für die Erstellung des Teilhabeplans notwendigen Beratungen und Abstimmungen mit dem Leistungsberechtigten, der beteiligten Rehabilitationsträger untereinander sowie gegebenenfalls mit weiteren beteiligten Stellen und Akteuren, z.B. den Leistungserbringern, zu bündeln bzw. erst zu ermöglichen. Die Durchführung einer Teilhabeplankonferenz unterstützt damit die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger und stärkt die Möglichkeit der Partizipation der Leistungsberechtigten.

(2) Bei Durchführung einer Teilhabeplankonferenz beträgt die Frist für die Entscheidung über die von einem Antrag umfassten Leistungen zwei Monate statt – wie in den anderen Fällen der Teilhabeplanung – sechs Wochen. (vgl. § 69 Abs. 5).

(3) Eine Teilhabeplankonferenz kann nur mit Zustimmung des Leistungsberechtigten durchgeführt werden. Die Entscheidung über die Durchführung einer Teilhabeplankonferenz trifft der für die Teilhabeplanung verantwortliche Rehabilitationsträger. Sie soll durchgeführt werden, wenn dies zur Erreichung der Zwecke nach Abs. 1 erforderlich und zweckmäßig ist. Dies kann insbesondere der Fall sein,

TEIL 2: AUSGESTALTUNG DES REHABILITATIONSPROZESSES

Kapitel 5	Leistungsentscheidung	Seite 61
Kapitel 6	Durchführung von Leistungen zur Teilhabe	Seite 66
Kapitel 7	Aktivitäten zum bzw. nach Ende einer Leistung zur Teilhabe	Seite 69

55

Teil 2: Ausgestaltung des Rehabilitationsprozesses

- bei Vielzahl von Leistungen aus verschiedenen Leistungsgruppen, großem Umfang oder langer Laufzeit

Seite 55

https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/dow 67% Suchen

Automatischer Zoom

Wochen. (vgl. § 69 Abs. 5).

(3) Eine Teilhabeplankonferenz kann nur mit Zustimmung des Leistungsberechtigten durchgeführt werden. Die Entscheidung über die Durchführung einer Teilhabeplankonferenz trifft der für die Teilhabeplanung verantwortliche Rehabilitationsträger. Sie soll durchgeführt werden, wenn dies zur Erreichung der Zwecke nach Abs. 1 erforderlich und zweckmäßig ist. Dies kann insbesondere der Fall sein,

TEIL 2: AUSGESTALTUNG DES REHABILITATIONSPROZESSES

Kapitel 5	Leistungsentscheidung	Seite 61
Kapitel 6	Durchführung von Leistungen zur Teilhabe	Seite 66
Kapitel 7	Aktivitäten zum bzw. nach Ende einer Leistung zur Teilhabe	Seite 69

Teil 2: Ausgestaltung des Rehabilitationsprozesses

- bei Vielzahl von Leistungen aus verschiedenen Leistungsgruppen, großem Umfang oder langer Laufzeit der erforderlichen Leistungen, oder
- wenn die Feststellung des Bedarfs besondere Herausforderungen birgt, zum Beispiel weil widersprüchliche oder unvollständige Informationen vorliegen.

(4) Die Durchführung einer Teilhabeplankonferenz kann vom Leistungsberechtigten, von den beteiligten Rehabilitationsträgern, sowie den Jobcentern vorgeschlagen werden. Angeregt werden kann eine Teilhabeplankonferenz mit Zustimmung der Leistungsberechtigten auch durch die Leistungserbringer, die Integrationsämter und den zuständigen Betreuer bzw. die Betreuungsbehörde.

(5) Vom Vorschlag für eine Teilhabeplankonferenz nach Abs. 4 Satz 1 kann nur in den gesetzlich in § 20 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 bis 3 SGB IX vorgesehenen Fällen abgewichen werden. Wird vom Vorschlag eines Leistungsberechtigten abgewichen, ist dieser über die maßgeblichen Gründe dafür zu informieren und anzuhören; die Gründe für eine Abweichung sind zu dokumentieren. Die Leistungsberechtigten dürfen bei der Leistungserbringung keine Nachteile erleiden, wenn von der Durchführung einer Teilhabeplankonferenz abgesehen

Seite 55f.

https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/dow 67% Suchen
Automatischer Zoom

- Konstellation 4: Die Durchführbarkeit einer bestimmten Planung ist abzuklären

§ 60 Vorbereitung und Durchführung der Teilhabeplankonferenz, Fristen

(1) Die Organisation der Teilhabeplankonferenz übernimmt der für die Teilhabeplanung verantwortliche Rehabilitationsträger. Sobald feststeht, dass eine Teilhabeplankonferenz durchgeführt werden soll, teilt er dies den nach § 15 SGB IX beteiligten Rehabilitationsträgern sowie den sonstigen nach § 53 zu beteiligenden Stellen und dem Leistungsberechtigten unverzüglich mit. Für den Leistungsberechtigten ist das Verfahren der Teilhabeplankonferenz kostenfrei. Dessen notwendige Kosten trägt der für die Teilhabeplanung verantwortliche Rehabilitationsträger unter den Voraussetzungen des § 65a SGB I.

(2) Ist bereits zum Zeitpunkt der Beteiligung anderer Träger nach § 15 SGB IX absehbar, dass eine Teilhabeplankonferenz durchgeführt werden soll, teilt der leistende Rehabilitationsträger dies den beteiligten Rehabilitationsträgern im Zuge der Beteiligung mit und setzt ihnen eine angemessene Frist für eine Mitteilung der Bedarfsfeststellungen.

(3) Damit eine Teilhabeplankonferenz, die möglicherweise aus mehreren Komponenten bestehen kann, mit Blick auf die Fristen des § 15 Abs. 4 SGB IX schnell und zügig durchgeführt werden kann, sind dafür geeignete Kommunikationsmittel zu nutzen. Diese können z.B. sein:

- eine Zusammenkunft aller beteiligten Personen,
- eine Telefonkonferenz,
- eine Web- oder Video-Konferenz.

(4) Ist ein Träger der Eingliederungshilfe der für die Teilhabeplanung verantwortliche Träger, verbindet er die Teilhabeplankonferenz mit der Gesamtplankonferenz.

(5) Die vor einer Teilhabeplankonferenz einzuholende Einwilligung (§ 66) muss auch die praktische Funktion haben, die aktive Bereitschaft zur Mitwirkung am Gespräch sicherzustellen.

TEIL 2: AUSGESTALTUNG DES REHABILITATIONSPROZESSES

Kapitel 5	Leistungsentscheidung	Seite 61
Kapitel 6	Durchführung von Leistungen zur Teilhabe	Seite 66
Kapitel 7	Aktivitäten zum bzw. nach Ende einer Leistung zur Teilhabe	Seite 69

Seite 57

Deutsche Rentenversicherung Bund, § 14 Leistender Rehabilitationsträger, URL: http://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/Raa/Raa.do?f=SGB9_14R2.1.1&a=true, entnommen am 11.04.2019

rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/Raa/Raa.do?f=SGB9_14R2.1.1&a=true 120% Suchen

Übersicht | Startseite | Hilfe | Impressum | Datenschutz | Abkürzungen | Downloads | Druckansicht (neues Fenster) | + / -

Deutsche Rentenversicherung

Wir sichern Generationen

Suche

Suchen

Erweiterte Suche

Suche im Dokument (neues Fenster)

Sie befinden sich hier: Gemeinsame Rechtliche Anweisungen > Sozialgesetzbuch > SGB IX > Teil 1 (§§ 1-89) > Kapitel 4 (§§ 14-24) > § 14 Leistender Rehabilitationsträger

eite rvRecht®
insame Rechtliche Anweisungen
zestexte
insame Rechtliche Anweisungen
tzten 30 Tage
zestexte der letzten 30 Tage

Vorherige Seite | Nächste Seite |

R2.1.1 Fristauslösender Antrag

SGB IX § 14 Leistender Rehabilitationsträger - R2 Zuständigkeitsklärung und Leistender Rehabilitationsträger - R2.1 Rechtswirksame Antragstellung

Ein die Zwei-Wochen-Frist auslösender Antrag im Sinne des § 14 Abs. 1 S. 1 SGB IX liegt vor, wenn die eingegangenen Unterlagen eine Beurteilung der Zuständigkeit ermöglichen.
Hierzu gehört auch, dass Identität und konkretes Leistungsbegehren des Antragstellers erkennbar sind sowie, dass die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (§ 11 SGB VI) und das Vorliegen von Ausschlussgründen (§ 12 SGB VI) geprüft werden können.
Im Verhältnis zu den anderen Sozialleistungsbereichen (Krankenversicherung, Arbeitsverwaltung) können zudem aussagekräftige medizinische Unterlagen erforderlich sein, die eine sozialmedizinische Prüfung der sachlichen Zuständigkeit (§ 10 SGB VI oder § 2 der Kinderreha-Richtlinien) zulassen.
Siehe Beispiel 1
Die Zwei-Wochen-Frist wird nicht schon ausgelöst, wenn medizinische Unterlagen (zum Beispiel ein AHB-Befundbericht) allein - ohne einen konkreten Antrag - eingehen.

zum Seitenanfang

Deutsche Rentenversicherung Bund, § 14 Leistender Rehabilitationsträger, URL: http://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/Raa/Raa.do?f=SGB9_14R2.2&a=true, entnommen am 11.04.2019

rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/Raa/Raa.do?f=SGB9_14R2.2 120% Suchen

Übersicht | Startseite | Hilfe | Impressum | Datenschutz | Abkürzungen | Downloads | Druckansicht (neues Fenster) | + / -

Deutsche Rentenversicherung

Wir sichern Generationen

Suche

Suchen

Erweiterte Suche

Suche im Dokument (neues Fenster)

Sie befinden sich hier: Gemeinsame Rechtliche Anweisungen > Sozialgesetzbuch > SGB IX > Teil 1 (§§ 1-89) > Kapitel 4 (§§ 14-24) > § 14 Leistender Rehabilitationsträger

eite rvRecht®
insame Rechtliche Anweisungen
ialgesetzbuch
istige Gesetze und Regelungen
erstaatliches Recht
schenstaatliches Recht
zestexte
insame Rechtliche Anweisungen
tzten 30 Tage
zestexte der letzten 30 Tage

Vorherige Seite | Nächste Seite |

R2.2 Zwei-Wochen-Frist

SGB IX § 14 Leistender Rehabilitationsträger - R2 Zuständigkeitsklärung und Leistender Rehabilitationsträger

Die Frist für die Feststellung der Zuständigkeit beginnt am Tag nach Eingang der die Frist auslösenden Unterlagen (vergleiche Abschnitt 2.1.1) beim Rehabilitationsträger.
Sie endet zwei Wochen später mit dem Wochentag, der dem Tag entspricht, an dem der Antrag eingegangen ist. Fällt das berechnete Ende der Frist auf einen Samstag, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag, endet die Frist mit Ablauf des darauf folgenden Werktages (§ 26 Abs. 3 SGB X).
Siehe Beispiel 1

zum Seitenanfang

Deutsche Rentenversicherung Bund, § 14 Leistender Rehabilitationsträger, URL: http://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/Raa/Raa.do?f=SGB9_14R2.2.1&a=true, entnommen am 11.04.2019

rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/Raa/Raa.do?f=SGB9_14R2.2.1&a=true 120% Suchen

Übersicht | Startseite | Hilfe | Impressum | Datenschutz | Abkürzungen | Downloads | Druckansicht (neues Fenster) | + / -

Deutsche Rentenversicherung

Wir sichern Generationen

Suche

Suchen

Erweiterte Suche

Suche im Dokument (neues Fenster)

Sie befinden sich hier: Gemeinsame Rechtliche Anweisungen > Sozialgesetzbuch > SGB IX > Teil 1 (§§ 1-89) > Kapitel 4 (§§ 14-24) > § 14 Leistender Rehabilitationsträger

eite rvRecht®

nsame Rechtliche Anweisungen

estexte

nsame Rechtliche Anweisungen zten 30 Tage

estexte der letzten 30 Tage

Vorherige Seite | Nächste Seite |

R2.2.1 Folgen eines Fristversäumnisses

SGB IX § 14 Leistender Rehabilitationsträger - R2 Zuständigkeitsklärung und Leistender Rehabilitationsträger - R2.2 Zwei-Wochen-Frist

Das Versäumen der zweiwöchigen Weiterleitungsfrist begründet keine sachliche, wohl aber die formelle Zuständigkeit, sodass der erstangegangene Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf feststellen beziehungsweise dessen Feststellung koordinieren und die gegebenenfalls erforderlichen Leistungen zur Teilhabe erbringen muss, auch wenn er nach seinem Leistungsgesetz nicht zuständig gewesen wäre. Ein Erstattungsanspruch kann grundsätzlich nicht geltend gemacht werden (§ 16 Abs. 4 S. 1 SGB IX).
Siehe Beispiel 2
Wurde ein Antrag nach Ablauf der Zwei-Wochen-Frist an den Rentenversicherungsträger weitergeleitet, wird in der Regel der Reha-Bedarf festgestellt und die gegebenenfalls erforderliche Leistung erbracht. Zugleich ist Erstattungsanspruch bei dem weiterleitenden Reha-Träger anzumelden; dieser ist durch das Fristversäumnis zuständig geworden. Dies gilt nicht für innerhalb der gesetzlichen Rentenversicherung weitergeleitete Anträge, hier ist ein Kostenausgleich nicht vorgesehen. Gegebenenfalls besteht die Möglichkeit einer Rückgabe, siehe Abschnitt 4.2.

zum Seitenanfang

Deutsche Rentenversicherung Bund, § 14 Leistender Rehabilitationsträger, URL: http://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/Raa/Raa.do?f=SGB9_14R4&a=true, entnommen am 11.04.2019

rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/Raa/Raa.do?f=SGB9_14R4&a=true 120% Suchen

Übersicht | Startseite | Hilfe | Impressum | Datenschutz | Abkürzungen | Downloads | Druckansicht (neues Fenster) | + / -

Deutsche Rentenversicherung

Wir sichern Generationen

Suche

Suchen

Erweiterte Suche

Suche im Dokument (neues Fenster)

Sie befinden sich hier: Gemeinsame Rechtliche Anweisungen > Sozialgesetzbuch > SGB IX > Teil 1 (§§ 1-89) > Kapitel 4 (§§ 14-24) > § 14 Leistender Rehabilitationsträger

eite rvRecht®

insame Rechtliche Anweisungen

zestexte

insame Rechtliche Anweisungen
zten 30 Tage

zestexte der letzten 30 Tage

Vorherige Seite | Nächste Seite |

R4 Weiterleitung

SGB IX § 14 Leistender Rehabilitationsträger

Ist ein **erstangegangener** Rehabilitationsträger nicht zuständig, wird der Antrag fristgerecht, das heißt spätestens am Tag nach Ablauf der Zwei-Wochen-Frist, an den voraussichtlich zuständigen Rehabilitationsträger im Sinne von § 6 SGB IX weitergeleitet.
Siehe Beispiel 1
Hierbei muss erkennbar sein, dass eine inhaltliche Prüfung stattgefunden hat. Weiterleitungen müssen daher auf der begründeten Annahme beruhen, es könne eine sachliche, den jeweiligen Leistungsoptionen entsprechende vorrangige Zuständigkeit des anderen Rehabilitationsträgers für die begehrte Leistung als Teilhabeleistung bestehen.
Wäre ein anderer Rentenversicherungsträger nach § 126 ff. SGB VI zuständig, so ist eine Weiterleitung nur möglich, wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind und keine Ausschlussgründe vorliegen. Anderenfalls kann auch der andere Rentenversicherungsträger keine Leistung zur Teilhabe erbringen (AGDR 2/2005, TOP 9). Der Antrag ist dann nicht an diesen weiterzuleiten, sondern gegebenenfalls an den Rehabilitationsträger, der die Leistung unabhängig von den Leistungsvoraussetzungen der Rentenversicherung erbringt (zum Beispiel die gesetzliche Krankenkasse).
Siehe Beispiel 3 Fallgestaltung b)
Die Weiterleitung eines Antrages wirkt formal (verwaltungsintern) zwischen den beteiligten Trägern und ist grundsätzlich nur einmal möglich. Sie trägt nicht den Charakter eines rechtsbehelfsfähigen Verwaltungsaktes, gegen den ein Widerspruch durch den betroffenen Versicherten zulässig wäre.
Der Weiterleitungsempfänger ist im Ergebnis gesetzlich verpflichtet, eine Entscheidung in der Sache zu treffen. Zu Ausnahmen vergleiche Abschnitte 4.2 und 4.3.

zum Seitenanfang

Deutsche Rentenversicherung Bund, § 14 Leistender Rehabilitationsträger, URL: http://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/Raa/Raa.do?f=SGB9_14R4.2&a=true, entnommen am 12.04.2019

rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/Raa/Raa.do?f=SGB9_14R4.2&a=true 120% Suchen

Sie befinden sich hier: Gemeinsame Rechtliche Anweisungen > Sozialgesetzbuch > SGB IX > Teil 1 (§§ 1-89) > Kapitel 4 (§§ 14-24) > § 14 Leistender Rehabilitationsträger

Suche im Dokument (neues Fenster)

te rvRecht®
same Rechtliche Anweisungen
estexte
same Rechtliche Anweisungen
ten 30 Tage
estexte der letzten 30 Tage

Vorherige Seite | Nächste Seite |

R4.2 Nochmalige Weiterleitung

SGB IX § 14 Leistender Rehabilitationsträger - R4 Weiterleitung

Eine nochmalige Weiterleitung durch einen bereits zweitangegangenen Rehabilitationsträger kann in Betracht kommen, wenn dessen Leistungsrecht (siehe Leistungsgruppen nach §§ 5, 6 SGB IX) die beantragte Leistung ihrer Art nach insgesamt nicht umfasst (Irrtumsfall). Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn

- ein Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (insbesondere auf Umschulungen und Weiterbildungen) an eine Krankenkasse weitergeleitet wurde oder
- ein Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation an die Arbeitsverwaltung oder
- ein Antrag auf Leistungen zur sozialen Teilhabe an einen RV-Träger.

Eine nochmalige Weiterleitung kann auch dann in Betracht kommen, wenn die beantragte Leistung zwar den Leistungsmöglichkeiten des Zweitangegangenen entspricht, er jedoch aus anderen Gründen (nach seinem Leistungsgesetz; für die Rentenversicherung §§ 10 ff SGB VI) nicht zuständig ist.
Eine nochmalige Weiterleitung durch den Zweitangegangenen kann auch im Sinne einer Rückgabe an den Erstangegangenen erfolgen, wenn der zweitangegangene Träger nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz insgesamt nicht zuständig für die begehrten Leistungen ist.
Ob von der Möglichkeit der nochmaligen Weiterleitung (sogenannte "Turbo-Klärung") Gebrauch gemacht wird, steht im Ermessen der Träger. Eine Verpflichtung zur Einleitung oder Annahme einer "Turboklärung" besteht nicht. Nach § 14 Abs. 3 SGB IX muss mit dem sachlich zuständigen Rehabilitationsträger zunächst **Einvernehmen** darüber herrschen, dass eine nochmalige Weiterleitung erfolgt. Der auf diese Weise drittangegangene Träger entscheidet sodann als Leistender über den Antrag innerhalb der bereits laufenden Entscheidungsfrist (ab Antragseingang beim Weiterleitenden, gegebenenfalls zuzüglich Gutachtenfrist nach § 14 Abs. 2 S. 4 SGB IX, siehe Abschnitt 5).
Kann Einvernehmen über eine nochmalige Weiterleitung nicht hergestellt werden, verbleibt der Antrag zur abschließenden Bedarfsfeststellung und Leistungserbringung beim Zweitangegangenen.
Innerhalb der **Rentenversicherung** (beispielsweise in Fällen, in denen der Zweitangegangene nicht kontoführend oder nicht örtlich zuständig ist) ist das Einvernehmen grundsätzlich zu unterstellen, so dass eine nochmalige Weiterleitung von einem Rentenversicherungsträger an einen anderen Rentenversicherungsträger ohne dessen vorherige Zustimmung innerhalb der bereits laufenden Entscheidungsfrist möglich ist. Gleichwohl müssen hierfür die Weiterleitungsvoraussetzungen überhaupt vorliegen. Vergleiche Abschnitt 2.3 und Abschnitt 4. Ist dies nicht der Fall, kommt auch eine nochmalige Weiterleitung ("Turboklärung") nicht in Betracht.

zum Seitenanfang

Deutsche Rentenversicherung Bund, § 15 Leistungsverantwortung bei Mehrheit von Rehabilitationsträgern, URL: http://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/Raa/Raa.do?f=SGB9_15R4.1&a=true, entnommen am 12.04.2019

rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/Raa/Raa.do?f=SGB9_15R4.1&a=true 120% Suchen

Übersicht | Startseite | Hilfe | Impressum | Datenschutz | Abkürzungen | Downloads | Druckansicht (neues Fenster) | + / -

Deutsche Rentenversicherung

Wir sichern Generationen

Suche

Suchen

Erweiterte Suche

Suche im Dokument (neues Fenster)

Sie befinden sich hier: Gemeinsame Rechtliche Anweisungen > Sozialgesetzbuch > SGB IX > Teil 1 (§§ 1-89) > Kapitel 4 (§§ 14-24) > § 15 Leistungsverantwortung bei Mehrheit von Rehabilitationsträgern

eite rvRecht®

insame Rechtliche Anweisungen

zestexte

insame Rechtliche Anweisungen zten 30 Tage

zestexte der letzten 30 Tage

Vorherige Seite | Nächste Seite |

R4.1 Beteiligungsverfahren nach § 15 Abs. 2 SGB IX

SGB IX § 15 Leistungsverantwortung bei Mehrheit von Rehabilitationsträgern - R4 Leistungen der eigenen Leistungsgruppen

Das Beteiligungsverfahren kann entweder selbst anzustoßen sein (als nach § 14 SGB IX Leistender) oder in einer Einbindung durch einen anderen Träger (den nach § 14 SGB IX Leistenden) bestehen.
Der Rehabilitationsträger, dem der Antrag zur Beurteilung des Anspruchs auf Teilleistungen übersandt wurde, trifft - gegebenenfalls mit Beratung durch den Übersendenden (Leistenden) - zu den Teilleistungen die erforderlichen Feststellungen zu Anspruch und Leistungsumfang in eigener Zuständigkeit und nach seinem Leistungsgesetz und informiert den Leistenden entsprechend. Werden die Feststellungen fristgerecht getroffen (siehe Abschnitt 4.2), ist der Leistende daran gebunden und erbringt die Leistungen entsprechend.
Der Beteiligte kann die gegebenenfalls erforderlichen Leistungen aber auch selbst erbringen ("im eigenen Namen"), soweit der Antragsteller dem nicht aus wichtigem Grund widerspricht (§ 15 Abs. 3 SGB IX).
In jedem Falle werden die Feststellungen Bestandteil des durch den Leistenden nach § 19 Abs. 1 und 2 SGB IX zu erstellenden Teilhabeplans. Siehe GRA zu § 19 SGB IX.

zum Seitenanfang

Deutsche Rentenversicherung Bund, § 19 Teilhabeplan, URL: http://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/Raa/Raa.do?f=SGB9_19R2&a=true, entnommen am 10.05.2019

rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/Raa/Raa.do?f=SGB9_19R2&a=true. 120% Suchen

Übersicht | Startseite | Hilfe | Impressum | Datenschutz | Abkürzungen | Downloads | Druckansicht (neues Fenster) | + / -

Deutsche Rentenversicherung

Wir sichern Generationen

Suche

Suchen

Erweiterte Suche

Suche im Dokument (neues Fenster)

Sie befinden sich hier: Gemeinsame Rechtliche Anweisungen > Sozialgesetzbuch > SGB IX > Teil 1 (§§ 1-89) > Kapitel 4 (§§ 14-24) > § 19 Teilhabeplan

Startseite rvRecht®

Gemeinsame Rechtliche Anweisungen

Gesetzestexte

Gemeinsame Rechtliche Anweisungen der letzten 30 Tage

Gesetzestexte der letzten 30 Tage

Vorherige Seite | Nächste Seite |

R2 Der Teilhabeplan

SGB IX § 19 Teilhabeplan

In Fällen komplexer Teilhabebedarfe, die sich durch die Beantragung oder das Erfordernis verschiedener Leistungsgruppen (§ 5 SGB IX) oder von Leistungen unterschiedlicher Rehabilitationsträger ergeben, ist regelmäßig ein Teilhabeplan zu erstellen. Die jeweiligen Leistungsbedarfe sind so zu koordinieren und zusammenzufassen, dass sie möglichst nahtlos ineinandergreifen. Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen setzen stets den Erhalt von Hauptleistungen voraus und lösen selbst kein Teilhabeplanverfahren aus. Dasselbe gilt für die Rehabilitationsnachsorge nach § 17 SGB VI, da sie systematisch der vorangegangenen Leistung zur Teilhabe zuzuordnen ist. Werden von einem Rehabilitationsträger mehrere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nacheinander erbracht oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aus einer med. Rehabilitation heraus angeregt, kann auf die Erstellung eines Teilhabeplanes ebenso verzichtet werden.
Ist der Rentenversicherungsträger für Leistungen im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen zuständig, ist immer ein Teilhabeplan zu erstellen.
Teilhabepläne können aber auch ohne die Notwendigkeit eines Beteiligungsverfahrens (siehe GRA zu § 15 SGB IX) allein auf Wunsch der Leistungsberechtigten zu erstellen sein.

zum Seitenanfang

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation, Positionspapier der DVfR zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG), URL: https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/ user_upload/Schwerpunkte/Bundesteilhabegesetz/doc/DVfR_Positionspapier_Bedarfsermittlung_und_-feststellung___13_November_2018.pdf, Erstelldatum 29.11.2018, entnommen am 13.05.2019

https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Schwerpunkte/Bundesteilh 67% Suchen

Automatischer Zoom

veröffentlichte Arbeitsergebnisse an.[1]

Anlass der Beschäftigung mit Verfahren der Bedarfsermittlung und -feststellung ist die Beobachtung vieler beteiligter Akteure, dass eine vollständige und umfassende Bedarfsermittlung und -feststellung unmittelbar nach Eingang eines Antrages auf eine Leistung zur Teilhabe nicht immer möglich ist, insbesondere nicht in den vom Gesetz vorgesehenen Zeiträumen. Zudem wird bezweifelt, dass eine vollständige und umfassende Bedarfsermittlung vor einer Rehabilitationsleistung durchgeführt werden kann bzw. sollte: Dem stehe schon die hohe Zahl von Rehabilitationsanträgen entgegen, v. a. im Bereich der medizinischen Rehabilitation. Des Weiteren sei eine vollständige und umfassende Bedarfsermittlung auch nicht immer notwendig, um zu einer sachgerechten Entscheidung bzgl. der beantragten Leistung, z. B. einer Leistung der Anschlussrehabilitation, zu kommen. Schließlich sollte oft das Ergebnis der Rehabilitation abgewartet werden, bevor - je nach verbleibenden Beeinträchtigungen - ggf. weitere Bedarfe an Leistungen zur Teilhabe ermittelt werden könnten.

Diesem Verständnis steht die Vorgabe des Gesetzgebers entgegen, wonach der Bedarf unverzüglich und umfassend vom zuständigen Rehabilitationsträger ermittelt und festgestellt (§ 14 Absatz 2 Satz 1 SGB IX) oder unverzüglich festgestellt wird, ob andere Rehabilitationsträger zuständig sind bzw. weitere Träger einbezogen werden müssen (§ 15 SGB IX). Ist das der Fall, gibt es detaillierte Vorgaben zum Verfahren der Teilhabeplanung. Aus dieser Pflicht können die Rehabilitationsträger nicht entlassen werden. Der Ausschuss „Umsetzung des BTHG" der DVfR hat sich deshalb mit der Frage beschäftigt, wie gesetzeskonforme konkrete Lösungsmöglichkeiten aussehen könnten.

Ein weiterer Anlass der Beschäftigung mit Verfahren zur Bedarfsermittlung und -feststellung ist die Beobachtung, dass die Rolle von Stellungnahmen, Gutachten und sozialmedizinischen Beurteilungen meist externer Expertinnen bzw. Experten im Zusammenhang der Bedarfsermittlung nach §§ 13 bzw. 17 SGB IX gegenüber der Verpflichtung der Rehabilitationsträger, selbst den Bedarf zu ermitteln und festzustellen, oft unklar bleibt.

Schließlich bleibt entgegen der gesetzlichen Vorgabe (vgl. § 19 SGB IX einschließlich Begründung) in der Praxis vielfach offen,

- wie die Ergebnisse einer Teilhabeleistung im Hinblick auf die trotz Rehabilitationsleistung verbleibenden Beeinträchtigung der Teilhabe bei der Bedarfsermittlung und der nachfolgenden Teilhabeplanung berücksichtigt werden sollen,
- ob diese in eine auf den Antrag folgende Bedarfsermittlung noch einzubeziehen sind
- und wie eine entsprechende Teilhabeplanung und deren Umsetzung zu erfolgen hat.

Auch hier versucht der BTHG-Ausschuss der DVfR, einige Lösungsvorschläge zu unterbreiten.

Bei all dem ist der Intention des Gesetzgebers Rechnung zu tragen, dass es sich um ein durchgängiges Verfahren handelt, das den Betroffenen gegenüber wie aus einer Hand abläuft, und bei

Seite 2

https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Schwerpunkte/Bundesteilha 67% Suchen

Automatischer Zoom

berücksichtigen hat. Der Bedarf ist umfassend und vollständig zu erheben.

Bei den inzwischen vorliegenden Bedarfsermittlungsinstrumenten bzw. -verfahren der Rehabilitationsträger – sei es der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der gesetzlichen Rentenversicherung (RV), der Bundesagentur für Arbeit (BA) oder der Träger der Eingliederungshilfe – ist zu beobachten, dass die Vorgaben des § 13 SGB IX im Hinblick auf Vollständigkeit, umfassende Bedarfsermittlung unter Einschluss aller relevanten Gesundheitsstörungen und aller Lebensbereiche nicht immer eingehalten werden. Auch ermittelt der Rehabilitationsträger oft nicht selbst, sondern delegiert die Bedarfsermittlung an Dritte. Sofern dies transparent, strukturiert und qualifiziert erfolgt und die Verantwortlichkeit des leistenden Rehabilitationsträgers gewahrt bleibt, erscheint ein solches Verfahren rechtlich durchaus möglich und zulässig. Bei Art und Umfang der Bedarfsermittlung sind zwischen den Rehabilitationsträgern ferner erhebliche Unterschiede festzustellen, die zum Teil mit trägerspezifischen Belangen begründet werden. Auch wenn die Verfahren sich mehr oder weniger standardisierter Arbeitsmittel bedienen (z. B. Muster 61), kann die Qualität der Bedarfsermittlung im Einzelfall sehr unterschiedlich sein. Erfahrungsgemäß findet häufig auch keine ausdrückliche vollständige Bedarfsfeststellung auf der Grundlage der Bedarfsermittlung statt – vielmehr wird „nur" über den Antrag und damit die beantragte Leistung

3

entschieden, nicht jedoch der Bedarf abschließend umfassend festgestellt und daran eine Teilhabeplanung angeschlossen.

Bei der Umsetzung von § 13 SGB IX sind oft folgende Defizite zu beobachten:

- Eine umfassende Ermittlung der Gesundheitsstörungen, die sich auf die Teilhabe auswirken können, findet nicht ausreichend statt, z. B. häufig bei den Instrumenten der Eingliederungshilfe. Dabei kann die Ermittlung von Gesundheitsschäden auch in einem separaten Verfahrensschritt erfolgen.
- Eine umfassende Ermittlung der relevanten Schädigungen auf der Struktur- und der Funktionsebene (vgl. International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) ist nicht immer gewährleistet, z. B. in den Formularen der RV, der BA und der Eingliederungshilfe. Dabei stellt sich das Problem, dass die Erhebung dieser ICF-Kategorien nicht immer

Seite 3f.

https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Schwerpunkte/Bundesteilh 67% Suchen
Automatischer Zoom

beplanung angeschlossen.

Bei der Umsetzung von § 13 SGB IX sind oft folgende Defizite zu beobachten:

- Eine umfassende Ermittlung der Gesundheitsstörungen, die sich auf die Teilhabe auswirken können, findet nicht ausreichend statt, z. B. häufig bei den Instrumenten der Eingliederungshilfe. Dabei kann die Ermittlung von Gesundheitsschäden auch in einem separaten Verfahrensschritt erfolgen.
- Eine umfassende Ermittlung der relevanten Schädigungen auf der Struktur- und der Funktionsebene (vgl. International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) ist nicht immer gewährleistet, z. B. in den Formularen der RV, der BA und der Eingliederungshilfe. Dabei stellt sich das Problem, dass die Erhebung dieser ICF-Kategorien nicht immer einen großen Erkenntnisgewinn darstellt, so dass zum Teil je nach Frage- und Problemstellung geprüft werden muss, welche Daten tatsächlich erhoben werden müssen.
- Eine umfassende und vollständige Ermittlung der dadurch bedingten Beeinträchtigungen der Teilhabe (ICF) findet nur selten statt, am ehesten in einigen Instrumenten der Eingliederungshilfe.
- Eine Ermittlung der Ziele in allen Kategorien der ICF, die mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen, findet meist nur im Hinblick auf die trägerspezifischen Ziele statt und ist auch dort nicht immer vollständig.
- Zumeist wird nur im Hinblick auf die Leistungen des leistenden Trägers ermittelt, welche Leistungen im Rahmen einer Prognose zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich sind. Ergibt die Ermittlung weitere Leistungen über die beantragte Leistung beim leistenden Rehabilitationsträger hinaus, werden diese nur teilweise zu einer umfassenden Bedarfsfeststellung zusammengefasst. Als eine solche kann man z. B. die sozialmedizinische Beurteilung am Ende einer Rehabilitationsleistung der RV durchaus verstehen. Allerdings wird der Bedarf an diesen weiteren Leistungen dann nicht durch den Rehabilitationsträger selbst festgestellt und anschließend in einem Teilhabeplanverfahren umgesetzt. Vielmehr wird in diesem Falle die Empfehlung durch die Rehabilitationsklinik erstellt, wobei ihr die Aufgabe der Umsetzung dann nicht mehr zufällt.

Diese exemplarische und holzschnittartig vereinfachende Darstellung beleuchtet die Umsetzungsproblematik des BTHG in der Praxis. Hieran anschließend stellen sich folgende Fragen: Wie kann eine derart umfangreiche Bedarfsermittlung und -feststellung vor einer ggf. dringlichen Rehabilitationsleistung durchgeführt werden? Und ist sie tatsächlich immer erforderlich?

In vielen Fällen erfolgt die Bedarfsermittlung in der Praxis nicht durch Mitarbeitenden des Rehabilitationsträgers, sondern wird häufig delegiert, z. B. an die Vertragsärztinnen und -ärzte, die Arbeitgeber, die Leistungserbringer (z. B. Eingliederungshilfe), an die oder den Betroffenen. Nach Eingang der in Auftrag gegebenen Bedarfsermittlungsunterlagen und ggf. weiterer Unterlagen nimmt der

Seite 4

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation, Rehabilitation in Deutschland, URL: https://www.dvfr.de/rehabilitation-und-teilhabe/rehabilitation-in-deutschland/, entnommen am 16.05.2019

https://www.dvfr.de/rehabilitation-und-teilhabe/rehabilitation-in-deutschland/ 67%

Startseite > Rehabilitation und Teilhabe > **Rehabilitation in Deutschland**

Seite druck

Rehabilitation in Deutschland

In Deutschland hat sich ein gegliedertes System der sozialen Sicherung aus gesetzlicher Kranken-, Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung herausgebildet, das für alle Bürger eine soziale Absicherung gegen Lebensrisiken wie Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Arbeitslosigkeit, Alter und Behinderung bereitstellt. Daneben ist in Deutschland seit Beginn des 20. Jahrhunderts ein Rehabilitationssystem entstanden, welches Menschen mit Behinderungen bei der Wiedereingliederung in das berufliche und gesellschaftliche Leben unterstützt und ihnen hilft, unabhängiger von sozialen Leistungen zu leben.

Gesetzliche Grundlagen der Rehabilitation

Allgemeine Regelungen enthält das Neunte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen". Die Leistungsgesetze der Reha-Träger enthalten spezifische Regelungen zur Rehabilitation. Mit der am 16.12.2016 beschlossenen Reform des Rehabilitations- und Teilhaberechts (Bundesteilhabegesetz) treten stufenweise bis 2023 zahlreiche Änderungen des SGB IX in Kraft.

Maßgebliche Leitlinie für die Ausgestaltung von Rehabilitation und Teilhabe ist die der UN-Behindertenrechtskonvention, insbesondere Artikel 26 Habilitation und Rehabilitation.

Rehabilitationsträger

Reha-Träger sind gem. § 6 SGB IX die gesetzlichen Krankenkassen, die Bundesagentur für Arbeit, die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, die Träger der Kriegsopferversorgung und der Kriegsopferfürsorge, die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sowie die Sozialhilfeträger.

Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe

Dazu zählen gem. § 5 SGB IX Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen sowie Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Zuständigkeiten

am Leben in der Gemeinschaft.

Zuständigkeiten

Welcher Träger für welche Leistung im Einzelfall zuständig ist, hängt von dem Grund und dem Ziel der jeweiligen Reha-Maßnahme ab. Ergänzende Bestimmungen finden sich dazu in den weiteren Sozialgesetzbüchern.

Beispielsweise erbringt die Krankenkasse Leistungen zur ambulanten oder stationären medizinischen Rehabilitation (§ 40 SGB V), wenn Maßnahmen der Krankenbehandlung allein nicht ausreichen, um Krankheitsfolgen zu bewältigen. Nach einem Arbeitsunfall ist die gesetzliche Unfallversicherung für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zuständig (§ 35, § 39 SGB VII). Um den Auswirkungen einer Krankheit auf die Erwerbsfähigkeit entgegenzuwirken, erbringt die gesetzliche Rentenversicherung Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 9, § 10 SGB VI).

Ein komplexes System

Die historisch gewachsenen unterschiedlichen Zuständigkeiten im deutschen Rehabilitationssystem bieten einerseits die Voraussetzung für hochqualifizierte und auf die jeweiligen Problemlagen bezogene, zielgerichtete Leistungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Diese hohe Leistungsfähigkeit des deutschen Reha-Systems genießt auch internationale Anerkennung.

Andererseits erschwert das gegliederte System betroffenen Menschen und ihren Angehörigen, aber auch ihren behandelnden Ärzten und Therapeuten den Überblick darüber, welcher Rehabilitationsträger im Bedarfsfall zuständig ist und auf welche Leistungen unter welchen Voraussetzungen die Betroffenen Anspruch haben. Die Forderung nach verbesserten Zugangsmöglichkeiten zu Rehaleistungen, besserer Information und Beratung sowie optimierter Zusammenarbeit der Leistungserbringer und Leistungsträger ist daher noch immer ein Dauerthema.

Eine umfassende Teilhabeförderung ist dann gegeben, wenn Reha-Maßnahmen und andere rehabilitative Leistungen zielführend ineinandergreifen. Voraussetzung ist die umfassende trägerübergreifende Feststellung des individuellen Förderbedarfs mit Festlegung von Teilhabezielen.

„Rehabilitation vor Rente" und „Rehabilitation vor und bei Pflege" sind wichtige sozialpolitische Leistungsgrundsätze. Sie verpflichten die Rehabilitationsträger, durch geeignete Reha-Maßnahmen dem Verlust der Beschäftigungsfähigkeit entgegenzuwirken bzw. Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu verringern.

Schubert, Michael, Morfeld, Matthias, Lentz, Rainer, u. a. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., Hochschule Magdeburg-Stendal u. Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke e. V., Abschlussbericht zum Projekt „Prüfung von aktuellem Stand und Potential der Bedarfsermittlung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter Berücksichtigung der ICF, URL: https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/downloads/Abschlussbericht_final.pdf, Erstelldatum 21.07.2014, entnommen am 10.04.2019

https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/downloads/Abschlussbericht_final.p 67% Suchen

Automatischer Zoom

Hintergrund

Effiziente Rehabilitationsprozesse beginnen mit einer gezielten und systematischen Ermittlung des individuellen Teilhabebedarfs. Durch eine individuelle Bedarfsermittlung kann der Rehabilitationsprozess passgenau gestaltet werden, wodurch zur wirksamen und wirtschaftlichen Verwendung der für entsprechende Leistungen zur Teilhabe eingesetzten Mittel beigetragen wird. Zudem ist die Bedarfsermittlung eine zentrale Voraussetzung für adäquate Leistungsentscheidungen sowie erfolgreiche Rehabilitationsprozesse.

Unter „Bedarfsermittlung" wird dabei dasjenige Vorgehen verstanden, das auf individueller Ebene Informationen zur Prüfung bzw. Konkretisierung eines potenziell vorliegenden Teilhabebedarfs vor dem Hintergrund individuell zu bestimmender Teilhabeziele erhebt, bündelt und auswertet. Deren Ergebnisse sind Grundlage von Auswahlentscheidungen zu individuell geeigneten und erforderlichen Leistungen für die Erreichung der jeweiligen Teilhabeziele (Leistungsauswahl). Sie dient Leistungsträgern zur Konkretisierung von Ansprüchen auf Leistungen zur Teilhabe und Leistungserbringern als Grundlage zur individuellen Anpassung bzw. Ausgestaltung von Leistungen zur Teilhabe und damit insgesamt zur Erreichung definierter Teilhabeziele.

Fragestellung

Die hier vorgelegte Studie beschäftigt sich mit der Analyse von Ansätzen der Ermittlung von Bedarf an Leistungen zur Teilhabe. Dies geschieht für den Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und mit Fokus auf Qualifikations- und Integrationsleistungen. Gegenstand ist eine erstmalige, leistungsträger- und leistungserbringerübergreifende sowie empirisch fundierte Bestandsaufnahme von derzeit eingesetzten Verfahren/Instrumenten[1] zur Bedarfsermittlung sowie eine Analyse von Möglichkeiten einer zukünftig noch gezielteren und damit effizienteren Erbringung von Leistungen zur Teilhabe. Hierbei wird im Besonderen untersucht, inwiefern die ICF ein geeignetes Mittel zur Optimierung darstellt und welche Perspektiven sich für Weiterentwicklungsprozesse bei der Bedarfsermittlung ergeben. Mit einer Gesamtdauer von 21 Monaten ist diese Studie in ihrer inhaltlichen Zielstellung, Ausrichtung und Tiefe als Machbarkeits- bzw. Vorstudie angelegt.

Methodik

Die Studie basiert auf einem multiperspektivischen Untersuchungsansatz. Dazu wurde, neben einer Literaturrecherche, eine umfassende bundesweite Befragung aller Leistungsträger (DRV, BA, DGUV, SVLFG, Sozialhilfe, Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen) sowie zentraler Leis-

Seite 5

tungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mittels Fragebogen (mit geschlossenen, halboffenen und offenen Fragentypus) durchgeführt. Die Rücklaufquote bei Leistungsträgern (n=68) und -erbringern (n=190) lag bei je knapp 30 %. Darüber hinaus wurden Leistungsberechtigte (Teilnehmer) schriftlich mittels Fragebogen (Rücklauf: 82 %; n=212) und i. R. je einer Fokusgruppe mit Menschen mit Behinderung sowie mit deren Verbände in die Untersuchung einbezogen. Die Datenauswertung erfolgte unter Nutzung etablierter qualitativer wie quantitativer Methoden.

Ergebnisse

Der Leistungsbereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist in verschiedener Hinsicht durch Heterogenität geprägt. Diese Heterogenität kennzeichnet sich insbesondere durch die Vielfältigkeit a) der Personengruppen, deren individuelle Bedarfslagen (Teilhabeeinschränkungen) und deren Teilhabeziele, b) der möglichen Leistungsträger und Leistungserbringer sowie c) die Art und den Umfang der Leistungen und deren spezifische Zielstellungen. Sie ist dabei auch Folge des differenzierten Leistungsrechts im gegliederten Sozialsystem sowie einer bestehenden Zielgruppen-, Leistungs- und Anbieterdifferenzierung.

Empirisch bildet sich die Heterogenität u. a. in Analysen zum Zuweisungsgeschehen von Leistungsträgern und der Leistungsträgerschaften bei Leistungserbringern ab. Einrichtungsbezogen betrachtet weist die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Leistungsberechtigte insbesondere den Berufsförderungswerken (33 %) und freien Bildungsträgern (20 %) zu, bei Integrationsämtern/Hauptfürsorgestellen spielen (erwartungsgemäß) v. a. Integrationsfachdienste (IFD) als Leistungserbringer eine bedeutsame Rolle (28 %) und i. R. d. Sozialhilfe kommt (gleichfalls erwartungsgemäß) Werkstätten für behinderte Menschen eine zentrale Bedeutung zu (95 %). Auf der anderen Seite sind für die Leistungserbringer jeweils verschiedene Leistungsträger besonders wesentlich: z. B. für Berufsbildungswerke (BBW) die Bundesagentur für Arbeit sowie für BFW und Einrichtungen zur Rehabilitation Psychisch Kranker (RPK) die DRV. Alle der untersuchten sieben Leistungserbringertypen geben dabei mindestens drei relevante Leistungsträger an.

Aus Leistungserbringerperspektive spielen als Zugangswege neben den sicherlich zentralen Leistungsträgern aber auch weitere Akteure eine wesentliche Rolle. Sei es durch Information und Beratung (z. B. Beratungsstellen/Selbsthilfe), sei es durch spezifische Antragsunterstützung (z. B. niedergelassene Haus-/Fachärzte) oder durch Initiative für bzw. gemeinsam mit den Betroffenen (z. B. Angehörige/Gesetzliche Betreuer). Diese Zugangswege treten folglich zu den vielfältigen Beziehungen zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringer hinzu.

Verfahren und Instrumente der Bedarfsermittlung

Im Rahmen der Befragung von Leistungsträgern und -erbringern konnten aus über 1100 Einzelnennungen 429 unterschiedliche Verfahren/Instrumenten ermittelt werden, die aktuell eingesetzt werden.

Die identifizierten Verfahren und Instrumente im Kontext einer Bedarfsermittlung reichen von kompakten Screenings und Standardtestverfahren (AVEM oder CFT-20/R) bis zu komplexen Verfahren wie Assessments oder speziellen Maßnahmeformen (DIA-AM). Daneben wurden auch spezifische Verfahren/Instrumente zur Planung bzw. Dokumentation wie auch Konzepte benannt. Eine Reihe

Seite 6

von Verfahren werden durch Leistungsträger bei Dritten in Auftrag gegeben (sozialmedizinische Gutachten, Arbeitserprobungen usw.).

Bei allen Akteuren haben diagnostische Verfahren/Instrumente (z. B. mit berufs- und arbeitspsychologischer Ausrichtung) eine hohe Bedeutung. Jedoch lassen sich nur wenige Verfahren/Instrumente herausarbeiten, die von den Akteursgruppen gleichermaßen benannt werden. Hierzu zählen HAMET und MELBA, die in allen drei Phasen des Rehabilitationsprozesses (Initiierung, Durchführung, Abschluss) zur Bedarfsermittlung Einsatz finden. Bei den Leistungsträgern greifen zwei von fünf Organisationen auf den HAMET sowie den MELBA zurück. Demgegenüber nutzen in jeder Phase des Reha-Prozesses sechs von sieben Leistungserbringern den HAMET und vier bzw. fünf von sieben den MELBA.

Die Analyse der benannten Verfahren und Instrumente ergibt entsprechend wesentliche Unterschiede zwischen den beiden Akteursgruppen: Bei Leistungserbringern kommen z. B. in der Initiierungsphase mit 80 % primär diagnostische Verfahren/Instrumente zum Einsatz; demgegenüber setzen die Träger diagnostische Verfahren/Instrumente zu 41 % ein. Neben diesen nutzen die Leistungsträger z. B. Verfahren/Instrumente zur Messung funktioneller Leistungsfähigkeit. Im Gegensatz dazu fallen die funktionellen Verfahren/Instrumente bei den Leistungserbringern kaum ins Gewicht.

Insgesamt betrachtet besteht eine ausgeprägte Varianz bei den genutzten Verfahren/Instrumenten, insbesondere auf Seiten der Leistungserbringer. Damit lässt sich der bisweilen formulierte Praxiseindruck bestätigen, dass aktuell nicht von einem einheitlichen Vorgehen ausgegangen werden kann, sondern vielmehr von einem heterogenen Einsatz von Verfahren und Instrumenten in der Bedarfsermittlung. Differenzen zwischen den Verfahren/Instrumenten bestehen dabei u. a. in der Dauer und im Umfang des Verfahrens/Instrumentes und der Art des methodischen Ansatzes (z. B. psychometrischer Test vs. Gespräch).

Die Ergebnisse der Aufbereitung der Verfahren und Instrumente weisen in verschiedener Hinsicht auf erhebliche Unterschiede hin, die in ihrer Gesamtheit als „Diversifikation" beschrieben werden können. Diversifikation meint dabei nicht allein das Bestehen mehrerer Instrumente/Verfahren, deren Berechtigung sich aus verschiedenen Begründungssträngen ergeben kann, sondern insbesondere die Frage nach der Bezogenheit und Anschlussfähigkeit der Instrumente zueinander. Die derzeitige Kompatibilität der Verfahren/Instrumente einschließlich der Ergebnisdarstellung scheint dabei als gering einzuschätzen zu sein. Dazu ist die These zu entwickeln, dass spezifische Instrumente für spezifische Zielgruppen zweifelsohne bedeutsam sind, aber ebenso – vor dem Hintergrund der sozialrechtlichen Normierungen von UN-BRK und SGB IX – einheitliche Grundlagen und Maßstäbe für Verfahren und Instrumente erforderlich sind, was derzeit jedoch nicht erkennbar ist.

Diese These schließt auch an die empirischen Rückmeldungen zu Optimierungsmöglichkeiten bei Verfahren/Instrumenten an, welche sich im Kontext der Verfahren/Instrumente wesentlich auf eine stärkere Vereinheitlichung bzw. Konvergenz beziehen. Dies wird von Leistungsträgern wie -erbringern gleichermaßen eingebracht und umfasst auch sowohl die (übergreifende) Verwendung von einheitlichen Verfahren/Instrumenten. Von Seiten der Werkstätten für behinderte Menschen gibt es – trotz der schon bestehenden Vielzahl der ermittelten Verfahren und Instrumente – aber auch den Hinweis auf partiell fehlende Verfahren bzw. einen bestehenden Bedarf der Weiterentwicklung für definierte Personengruppen.

Seite 7

Schuntermann, Michael, Deutsche Rentenversicherung Bund, Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO), URL: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/206970/publicationFile/2307/icf_kurzeinfuehrung.pdf, Erstelldatum: 13.02.2006, entnommen am 13.05.2019

www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/206970/publicationFile/ 67% Suchen

Automatischer Zoom

perstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (Konzept der *Körperfunktionen und -strukturen*),

2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD) erwartet wird (Konzept der *Aktivitäten*), und
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der *Teilhabe an Lebensbereichen*).

Das „Normalitätskonzept", auf welchem das Modell der funktionalen Gesundheit basiert, dürfte in den meisten Fällen angemessen sein. Andererseits kann die unkritische Übernahme des Normalitätskonzeptes als normative Forderung für den Betroffenen zu erheblichen Problemen führen.

Der ICF-Begriff der „Funktionsfähigkeit" (functioning) umfasst alle Aspekte der funktionalen Gesundheit. Mit dem Begriff der funktionalen Gesundheit wird die rein bio-medizinische Betrachtungsweise verlassen. Zusätzlich zu den bio-medizinischen Aspekten (Körperfunktionen und -strukturen), die die Ebene des Organismus betreffen, werden Aspekte des Menschen als handelndes Subjekt (Aktivitäten) und als selbstbestimmtes und gleichberechtigtes Subjekt in Gesellschaft und Umwelt (Teilhabe) einbezogen. Diese Sichtweise ist für die Rehabilitation von zentraler Bedeutung. Die genannten Aspekte gleichsam umhüllend, werden die *Kontextfaktoren* der betreffenden Person in die Betrachtung einbezogen, d.h. alle externen Gegebenheiten der Welt, in der die betreffende Person lebt (Umweltfaktoren), sowie ihre persönlichen Eigenschaften und Attribute (personbezogene Faktoren). Da sich Kontextfaktoren positiv oder negativ auf die funktionale Gesundheit auswirken können, sind sie bei der Rehabilitation zu berücksichtigen.

Im Gegensatz zum bio-medizinischen Modell (ICD) wird in der ICF der Zustand der funktionalen Gesundheit einer Person als das Ergebnis der Wechselwirkung zwischen der Person mit einem Gesundheitsproblem (ICD) und ihren Kontextfaktoren (bio-psycho-soziales Modell der ICF) aufgefasst.

Eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit einer Person ist das Ergebnis der negativen Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem (ICD) einer Person und ihren Kontextfaktoren. Jede Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit wird in der ICF *Behinderung* genannt. Dieser Behinderungsbegriff ist wesentlich weiter als der des SGB IX gefasst. Im Bereich der Sozialleistungsträger sollte nur der Behinderungsbegriff des SGB IX verwendet werden, um Missverständnisse zu vermeiden.

Das bio-psycho-soziale Modell der ICF

In Abbildung 1 ist das bio-psycho-soziale Modell der ICF skizziert.

Nach diesem komplexen Interdependenzmodell variiert der Zustand der funktionalen Gesundheit mit dem Gesundheitsproblem (ICD) und den Kontextfaktoren, und eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit kann neue Gesundheitsprobleme nach sich ziehen. Jedes Element des Modells kann als Ausgangpunkt für mögliche neue Probleme herangezogen werden. So kann z.B. eine längere Bettlägerigkeit einer Person (Aktivitätseinschränkung) eine Muskelatrophie (Strukturschaden mit Funktions-

2

Seite 2

www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/206970/publicationFile/ 67% Suchen
Automatischer Zoom

kann es zu falschen Interventionen kommen. Personbezogene Faktoren sind in der ICF nicht klassifiziert.

Die Einbeziehung von Kontextfaktoren in das Konzept der funktionalen Gesundheit ermöglicht es die Frage zu beantworten, welche Kontextfaktoren sich positiv und welche sich negativ auf die funktionale Gesundheit einer Person auswirken. Im ersten Fall wird von *Förderfaktoren* und im zweiten Fall von *Barrieren* gesprochen. Es macht z.B. bei der Beurteilung der funktionalen Gesundheit einer Person keinen Sinn, Kontextfaktoren zu nennen, ohne gleichzeitig anzugeben, ob sich diese als Förderfaktoren oder Barrieren auswirken. Das Vorhandensein von Förderfaktoren und das Fehlen von Barrieren sind inhaltlich verschiedene Sachverhalte und sollten auch getrennt betrachtet werden, obwohl sich beide Sachverhalte im Ergebnis positiv auf die funktionale Gesundheit auswirken. Entsprechendes gilt im umgekehrten Fall.

Die Begriffe „Förderfaktoren" und „Barrieren" lassen sich auf alle drei Aspekte der funktionalen Gesundheit anwenden.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Kontextfaktoren.

Tabelle 1: Kontextfaktoren der ICF

Umweltfaktoren Kapitel der Klassifikation der Umweltfaktoren	Personbezogene Faktoren (nicht klassifiziert), z.B.
1. Produkte und Technologien (z.B. Hilfsmittel, Medikamente) 2. Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt (z.B. Bauten, Straßen, Fußwege) 3. Unterstützung und Beziehungen (z.B. Familie, Freunde, Arbeitgeber, Fachleute des Gesundheits- und Sozialsystems) 4. Einstellungen, Werte und Überzeugungen anderer Personen und der Gesellschaft (z.B. Einstellung der Wirtschaft zu Teilzeitarbeitsplätzen) 5. Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze (z.B. Gesundheits- und Sozialsystem mit seinen Leistungen und Diensten, Rechtsvorschriften)	• Alter • Geschlecht • Charakter, Lebensstil, Coping • sozialer Hintergrund • Bildung/Ausbildung • Beruf • Erfahrung • Motivation • Handlungswille • Mut • genetische Prädisposition

Seite 3 und 4

www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/206970/publicationFile/ 67% Suchen

Automatischer Zoom

Ziele und Grenzen der ICF

Die ICF ist eine Klassifikation, mit welcher der Zustand der funktionalen Gesundheit einer Person beschrieben werden kann. Insbesondere ermöglicht sie es,

- das positive und negative Funktions-/Strukturbild,
- das positive und negative Aktivitätsbild im Sinne von Leistungsfähigkeit bzw. Leistung und

- das positive und negative Teilhabebild an Lebensbereichen

einer Person vor dem Hintergrund möglicher Förderfaktoren und Barrieren standardisiert zu dokumentieren.

Das wichtigste Ziel der ICF ist, eine gemeinsame Sprache für die Beschreibung der funktionalen Gesundheit zur Verfügung zu stellen, um die Kommunikation zwischen Fachleuten im Gesundheits- und Sozialwesen, insbesondere in der Rehabilitation, sowie den Menschen mit Beeinträchtigungen ihrer Funktionsfähigkeit zu verbessern. Darüber hinaus stellt sie ein systematisches Verschlüsselungssystem für Gesundheitsinformationssysteme bereit und sie ermöglicht Datenvergleiche zwischen Ländern, Disziplinen im Gesundheitswesen, Gesundheitsdiensten sowie im Zeitverlauf.

Die Bedeutung der ICF für Rehabilitation lässt sich wie folgt skizzieren:

- Die Wiederherstellung oder wesentliche Besserung der Funktionsfähigkeit insbesondere auf der Ebene der Aktivitäten (Leistungsfähigkeit, Leistung) bei bedrohter oder eingeschränkter Teilhabe an Lebensbereichen einer Person ist eine zentrale Aufgabe der Rehabilitation. Daher ist die ICF für die Rehabilitation bei der Feststellung des Reha-Bedarfs, bei der funktionalen Diagnostik, dem Reha-Management, der Interventionsplanung und der Evaluation rehabilitativer Leistungen nutzbar.
- Die ICF ermöglicht es, Kontextfaktoren (Umweltfaktoren, personbezogene Faktoren) in den Rehabilitationsprozess des Rehabilitanden einzubeziehen: Barrieren, welche die Leistung oder Teilhabe erschweren oder unmöglich machen, sind abzubauen, und Förderfaktoren, welche die Leistung oder Teilhabe trotz erheblicher gesundheitlicher Beeinträchtigungen wiederherstellen oder unterstützen, sind auszubauen oder zu stärken.

Die Grenzen der ICF werden insbesondere durch zwei Aspekte gekennzeichnet:

- Die ICF ist keine Klassifikation funktionaler Diagnosen, sondern mit ihr können funktionale Befunde und Symptome angegeben werden.
- Die ICF ist kein Assessmentinstrument (standardisierte Methoden und Instrumente zur Beschreibung und Beurteilung der Körperfunktionen/-strukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe). Auf ihrer Grundlage können jedoch solche Instrumente entwickelt bzw. weiterentwickelt werden.

Seite 8 und 9