

GKV–Spitzenverband, Berlin
AOK–Bundesverband GbR, Berlin
BKK Dachverband e.V., Berlin
IKK e.V., Berlin
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
(SVLFG), Kassel
KNAPPSCHAFT, Bochum
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin

Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – (SGB IX) **Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen**

Gemeinsames Rundschreiben zu Auswirkungen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 18. Juni 2001 i.d.F. vom 01. April 2019

Vorwort

Zum 01.01.2018 sind mit Artikel 1 SGB IX, Teil 1 des Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG) die für die Krankenkassen bedeutsamen Änderungen des SGB IX, Teil I – Regelungen für Menschen mit Behinderungen und von Behinderung betroffenen Menschen – in Kraft getreten. Diese beinhalten eine umfangreiche Weiterentwicklung des 1. Teils des SGB IX mit dem Ziel einer Verbesserung der Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger. Darüber hinaus sehen die zum gleichen Zeitpunkt in Kraft getretenen Artikel 6 und 23 Folgeänderungen des SGB V und der Frühförderungsverordnung vor.

Die zum 01.01.2020 in Kraft tretenden Änderungen durch Artikel 1 SGB IX, Teil 2 umfassen insbesondere die Überführung der Eingliederungshilfe aus dem Fürsorgesystem der Sozialhilfe in den 2. Teil des SGB IX mit der Zielsetzung einer stärker personenzentrierten Ausrichtung.

Die Regelungen des SGB IX, Teil I sind nach ihrem Geltungszeitraum ab 01.01.2018 anzuwendenden. Daher gelten sie für Anträge auf künftig zu erbringende Leistungen und somit für Anträge, die nach dem 31.12.2107 beantragt werden.

Für die gesetzliche Krankenversicherung sind insbesondere folgende Änderungen des SGB IX, Teil I relevant:

- Definition verbindlicher Anforderungen an das Verfahren zur Erkennung und Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs
- stärkere Normierung des Verfahrens zur Koordinierung der Leistungen, insbesondere mit Blick auf trägerübergreifende Fallgestaltungen mit komplexen Versorgungsbedarfen
- Neuordnung der Beratungsangebote im Zusammenhang mit Teilhabeleistungen
- gesetzliche Festschreibung zentraler Aufgaben der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)
- Erstellung eines jährlichen Teilhabeverfahrensberichts durch die BAR

Der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene geben mit der Überarbeitung des Gemeinsamen Rundschreibens zum SGB IX vor dem Hintergrund des BTHG Umsetzungshinweise für eine einheitliche Rechtsanwendung in der Praxis der gesetzlichen Krankenversicherung. Weitere Hinweise insbesondere zu trägerübergreifenden Aspekten des SGB IX Teil 1 sind der auf Ebene der BAR vereinbarten Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ zu entnehmen. Diese ist zum 01.12.2018 in Kraft getreten. Darüber hinaus wird das Rundschreiben durch Ergebnisse der regelmäßigen Besprechungen der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und des GKV-Spitzenverbands zum Bereich Rehabilitation sowie Vereinbarungen und Absprachen mit weiteren Rehabilitationsträgern zur Klärung in der Praxis auftretender Fragestellungen sowie noch offene Punkte zu den Neuregelungen ergänzt.

Das SGB IX beinhaltet auch Regelungen zum Verhältnis der Leistungen der Eingliederungshilfe zu denen der sozialen Pflegeversicherung. Nähere Ausführungen sind im Gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI (z. B. § 13 SGB XI – Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen) zu finden.

Inhalt

Artikel 1 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – (Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB IX).....	7
Teil 1 Regelungen für Menschen mit Behinderung und von Behinderung bedrohte Menschen.....	7
Kapitel 1 Allgemeine Vorschriften.....	7
§ 1 Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft	7
§ 2 Begriffsbestimmungen	9
§ 3 Vorrang von Prävention	12
§ 4 Leistungen zur Teilhabe	14
§ 5 Leistungsgruppen	16
§ 6 Rehabilitationsträger.....	17
§ 7 Vorbehalt abweichender Regelungen.....	20
§ 8 Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten.....	22
Kapitel 2 Einleitung der Rehabilitation von Amts wegen.....	25
§ 9 Vorrangige Prüfung von Leistungen zur Teilhabe	25
§ 10 Sicherung der Erwerbsfähigkeit.....	28
§ 11 Förderung von Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation	30
Kapitel 3 Erkennung und Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs.....	32
§ 12 Maßnahmen zur Unterstützung der frühzeitigen Bedarfserkennung	32
§ 13 Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs	35
Kapitel 4 Koordinierung der Leistungen	38
§ 14 Leistender Rehabilitationsträger.....	38
§ 15 Leistungsverantwortung bei Mehrheit von Rehabilitationsträgern.....	47
§ 16 Erstattungsansprüche zwischen Rehabilitationsträgern	52
§ 17 Begutachtung	58
§ 18 Erstattung selbstbeschaffter Leistungen	61
§ 19 Teilhabeplan.....	68
§ 20 Teilhabeplankonferenz	72
§ 21 Besondere Anforderungen an das Teilhabeplanverfahren	75
§ 22 Einbeziehung anderer öffentlicher Stellen.....	76
§ 23 Verantwortliche Stelle für den Sozialdatenschutz	78
§ 24 Vorläufige Leistungen	80

Kapitel 5 Zusammenarbeit	81
§ 25 Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger	81
§ 26 Gemeinsame Empfehlungen	83
§ 27 Verordnungsermächtigung	87
Kapitel 6 Leistungsformen, Beratung	88
§ 28 Ausführung von Leistungen	88
§ 29 Persönliches Budget	90
§ 30 Verordnungsermächtigung	93
§ 31 Leistungsort	94
§ 32 Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung	95
§ 33 Pflichten der Personensorgeberechtigten	97
§ 34 Sicherung der Beratung von Menschen mit Behinderungen	98
§ 35 Landesärzte	100
Kapitel 7 Struktur, Qualitätssicherung und Verträge	101
§ 36 Rehabilitationsdienste und -einrichtungen	101
§ 37 Qualitätssicherung, Zertifizierung	104
§ 38 Verträge mit Leistungserbringern	107
Kapitel 8 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation	109
§ 39 Aufgaben	109
§ 40 Rechtsaufsicht	111
§ 41 Teilhabeverfahrensbericht	112
Kapitel 9 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	115
§ 42 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	115
§ 43 Krankenbehandlung und Rehabilitation	118
§ 44 Stufenweise Wiedereingliederung	119
§ 45 Förderung der Selbsthilfe	120
§ 46 Früherkennung und Frühförderung	121
§ 47 Hilfsmittel	125
§ 48 Verordnungsermächtigungen	127
Kapitel 11 Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen	128
§ 64 Ergänzende Leistungen	128
§ 65 Leistungen zum Lebensunterhalt	131
§ 66 Höhe und Berechnung des Übergangsgelds	134
§ 67 Berechnung des Regelentgelts	136

§ 68 Berechnungsgrundlage in Sonderfällen.....	138
§ 69 Kontinuität der Bemessungsgrundlage	140
§ 70 Anpassung der Entgeltersatzleistungen.....	141
§ 71 Weiterzahlung der Leistungen.....	143
§ 72 Einkommensanrechnung	145
§ 73 Reisekosten	147
§ 74 Haushalts- oder Betriebshilfe und Kinderbetreuungskosten	153
Kapitel 12 Leistungen zur Teilhabe an Bildung	156
§ 75 Leistungen zur Teilhabe an Bildung.....	156
Teil 2 Besondere Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung für Menschen mit Behinderungen	158
Kapitel 7 Gesamtplanung	158
§ 117 Gesamtplanverfahren	158
Artikel 6 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuches – Gesetzliche Krankenversicherung –.....	161
§ 2 Leistungen	161
§ 5 Versicherungspflicht	162
§ 9 Freiwillige Versicherung	164
§ 11 Leistungsarten	165
§ 13 Kostenerstattung	166
§ 23 Medizinische Vorsorgeleistungen.....	168
§ 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	169
§ 43 Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation	171
§ 43a Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen	172
§ 49 Ruhen des Krankengeldes	173
§ 60 Fahrkosten	174
§ 137d Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation	175
§ 251 Tragung der Beiträge durch Dritte.....	176
§ 264 Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung	177
§ 275 Begutachtung und Beratung.....	178
§ 284 Sozialdaten bei den Krankenkassen.....	179
Artikel 7 Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch.....	180
§ 20 Anspruch.....	180

Artikel 10 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	182
§ 7a Pflegeberatung.....	182
§ 13 Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen	183
§ 20 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung	184
§ 28 Leistungsarten, Grundsätze	185
§ 35a Teilnahme an einem Persönlichen Budget nach § 29 des Neunten Buches.....	186
Artikel 20 Weitere Änderungen zum Jahr 2020.....	187
Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989)	187
§ 2 Pflichtversicherte	187
§ 24 Ende der Mitgliedschaft.....	188
Artikel 23 Änderung der Frühförderungsverordnung	189
§ 1 Anwendungsbereich.....	189
§ 2 Früherkennung und Frühförderung	190
§ 3 Interdisziplinäre Frühförderstellen	191
§ 4 Sozialpädiatrische Zentren.....	192
§ 5 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	193
§ 6 Heilpädagogische Leistungen	195
§ 6a Weitere Leistungen	196
§ 7 Förder- und Behandlungsplan	198
§ 8 Erbringung der Komplexleistung.....	200
§ 9 Teilung der Kosten der Komplexleistung	201

Artikel 1
Sozialgesetzbuch Neuntes Buch
– Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen
– (Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB IX)

Teil 1
Regelungen für Menschen mit
Behinderung und von Behinderung bedrohte Menschen

Kapitel 1
Allgemeine Vorschriften

§ 1 Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Dabei wird den besonderen Bedürfnissen von Frauen und Kindern mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder sowie Menschen mit seelischen Behinderungen oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen Rechnung getragen.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Vorschrift formuliert die Ziele des Neunten Buches im Rahmen des Sozialgesetzbuchs. Vorangestellt und hervorgehoben wird das Ziel, Selbstbestimmung sowie volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben durch besondere Sozialleistungen (Leistungen zur Teilhabe – vgl. § 4 SGB IX) zu fördern. Dabei sollen so weitgehend wie immer möglich die eigenen Fähigkeiten zur Selbstbe-

stimmung – und damit auch zur Selbsthilfe – gestärkt, unterstützt und eine möglichst selbständige Lebensführung ermöglicht werden.

Als Leistungen der Krankenversicherung kommen zur Erreichung dieser Zielsetzung Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und unterhaltssichernde sowie ergänzende Leistungen in Betracht.

Satz 2 stellt klar, dass den Bedürfnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen, beispielsweise aufgrund von Erziehungsaufgaben und anderen Familienpflichten, in besonderer Weise Rechnung zu tragen ist. Entsprechendes gilt auch für die besonderen Bedürfnisse von Kindern sowie Menschen mit seelischen Behinderungen oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen.

§ 2 Begriffsbestimmungen

(1) Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.

(2) Menschen sind im Sinne des Teils 3 schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 156 rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben.

(3) Schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden sollen Menschen mit Behinderungen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50, aber wenigstens 30, bei denen die übrigen Voraussetzungen des Absatzes 2 vorliegen, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz im Sinne des § 156 nicht erlangen oder nicht behalten können (gleichgestellte behinderte Menschen).

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Vorschrift begründet keine unmittelbaren Leistungsansprüche, sondern definiert die Begriffe Behinderung und Schwerbehinderung. Mit den Begriffsbestimmungen wird der Personenkreis festgelegt, für den die in § 1 umschriebenen Ziele und damit die Regelungen des SGB IX insgesamt von Bedeutung sind.

2. Personenkreis des SGB IX

Behinderte und von Behinderung Bedrohte zählen zu dem Personenkreis des SGB IX.

Darüber hinaus enthält das SGB IX, anstelle des bisherigen Schwerbehindertengesetzes, Regelungen speziell für Schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte Menschen.

3. Begriffsdefinitionen

Bei der Begriffsbestimmung im Absatz 1 Satz 1 orientiert sich der Gesetzgeber an der Konzeption der "Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit", kurz ICF genannt, der das bio-psycho-soziale Modell der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zugrunde liegt. Die WHO hat 2001 die Verwendung der ICF als Ergänzung zur „Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD) empfohlen.

Die von der WHO beschlossene Systematik dient einer standardisierten Beschreibung von Gesundheitszuständen und mit Gesundheit zusammenhängenden Aspekten und setzt dabei immer das Vorliegen eines Gesundheitsproblems voraus.¹

Die Perspektive der Behinderung fokussiert dabei auf krankheits- oder behinderungsbedingte Auswirkungen im Gefolge eines Gesundheitsproblems, d.h., auf die durch Schädigungen von Funktionen und Strukturen beeinträchtigten Aktivitäten/Teilhabe. Das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung hängt von den positiven wie negativen Einflüssen aus dem Lebenshintergrund des Betroffenen ab (Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren).

Anders als in der ICF setzt der Gesetzgeber in Absatz 1 Satz 1 die krankheits-/behinderungsbedingten Beeinträchtigungen in eine zeitliche Abhängigkeit und berücksichtigt in Satz 2 entwicklungstypische Veränderungen im Laufe eines Lebens. Eine Beeinträchtigung der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft droht, wenn die Krankheitsauswirkungen unter dem Einfluss von Kontextfaktoren die Teilhabe mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate beeinträchtigen und die Beeinträchtigungen nicht im Zusammenhang mit einem für das Lebensalter typischen Zustand stehen.

4. Feststellung einer Behinderung oder einer drohenden Behinderung

Ob eine Behinderung oder eine drohende Behinderung vorliegt, wird individuell bei der Entscheidung über die Leistungen und sonstigen Hilfen, die aufgrund der (drohenden) Behinderung erbracht werden, durch den zuständigen Rehabilitationsträger festgestellt. Für die Feststellung der Rehabilitationsbedürftigkeit durch die Krankenkassen ergeben sich keine Änderungen.

¹ Kurzfassung ICF-Praxisleitfaden 1

<http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/icf-praxisleitfaeden/downloads/IK.ICF1Kurzfassung.web.pdf>

Eine förmliche Feststellung der Behinderung und ihres Grades ist nach § 152 SGB IX nur für die besonderen Hilfen zur Eingliederung Schwerbehinderter ins Arbeitsleben und für die Nachteilsausgleiche nach dem Dritten Teil des SGB IX von Bedeutung – also für den Personenkreis nach Absatz 2 und 3. Sie hat für die gesetzliche Krankenversicherung keine Relevanz.

§ 3 Vorrang von Prävention

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

(2) Die Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 bis 4 und 6 und ihre Verbände wirken bei der Entwicklung und Umsetzung der Nationalen Präventionsstrategie nach den Bestimmungen der §§ 20d bis 20g des Fünften Buches mit, insbesondere mit der Zielsetzung der Vermeidung von Beeinträchtigungen bei der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

(3) Bei der Erbringung von Leistungen für Personen, deren berufliche Eingliederung auf Grund gesundheitlicher Einschränkungen besonders erschwert ist, arbeiten die Krankenkassen mit der Bundesagentur für Arbeit und mit den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach § 20a des Fünften Buches eng zusammen.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Vorschrift knüpft an die in § 1 SGB IX genannten Ziele an und verdeutlicht, dass im Interesse dieser Ziele, soweit möglich, der Eintritt von Behinderungen und chronischen Krankheiten vermieden werden muss. Zugleich wird klargestellt, dass die allgemeinen Aufgaben der Aufklärung, Beratung und Auskunft nach §§ 13 bis 15 SGB I dem Ziel der Vermeidung des Eintritts von Behinderung und chronischen Erkrankungen entsprechen sollen.

Die Vorschrift hat deklaratorische Bedeutung. Präventionsleistungen sind keine Leistungen zur Teilhabe im Sinne des SGB IX (vgl. Leistungsgruppen § 5 SGB IX); bei der Prävention handelt es sich um ein den Teilhabeleistungen (z. B. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation) vorgelagertes Handlungsfeld. Inwieweit Rehabilitationsträger Präventionsleistungen zu erbringen haben, ergibt sich aus den jeweiligen Leistungsgesetzen. Näheres wird gem. § 26 Absatz 1 SGB IX in gemeinsamen Emp-

fehlungen der Rehabilitationsträger (gesetzliche Krankenkassen, Bundesagentur für Arbeit, Träger der gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherung sowie die Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge) vereinbart.

Im Weiteren enthält die Vorschrift in Absatz 2 klarstellende Regelungen hinsichtlich der Einbindung der Rehabilitationsträger in Bezug auf die Nationale Präventionsstrategie inklusive der Nationalen Präventionskonferenz sowie in Absatz 3 eine klarstellende Regelung in Bezug auf den bereits nach dem SGB V bestehenden Auftrag zur Zusammenarbeit der Krankenkassen und der Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende.

§ 4 Leistungen zur Teilhabe

(1) Die Leistungen zur Teilhabe umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
3. die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder
4. die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.

(2) Die Leistungen zur Teilhabe werden zur Erreichung der in Absatz 1 genannten Ziele nach Maßgabe dieses Buches und der für die zuständigen Leistungsträger geltenden besonderen Vorschriften neben anderen Sozialleistungen erbracht. Die Leistungsträger erbringen die Leistungen im Rahmen der für sie geltenden Rechtsvorschriften nach Lage des Einzelfalles so vollständig, umfassend und in gleicher Qualität, dass Leistungen eines anderen Trägers möglichst nicht erforderlich werden.

(3) Leistungen für Kinder mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Kinder werden so geplant und gestaltet, dass nach Möglichkeit Kinder nicht von ihrem sozialen Umfeld getrennt und gemeinsam mit Kindern ohne Behinderungen betreut werden können. Dabei werden Kinder mit Behinderungen alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung der einzelnen Hilfen beteiligt und ihre Sorgeberechtigten intensiv in Planung und Gestaltung der Hilfen einbezogen.

(4) Leistungen für Mütter und Väter mit Behinderungen werden gewährt, um diese bei der Versorgung und Betreuung ihrer Kinder zu unterstützen.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Über die sonstigen Sozialleistungen, die allen Bürgern zustehen, hinaus erhalten behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen spezielle Leistungen zur Teilhabe. In der Vorschrift werden die Ziele dieser Leistungen zur Teilhabe aufgelistet. Für diese Leistungen sind verschiedene Rehabilitationsträger zuständig. Sie erbringen die Leistungen nach den für sie jeweils geltenden Rechtsvorschriften. Die Leistungen zur Teilhabe sind Sozialleistungen, die gezielt auf die Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen gerichtet sind und die daher nur insoweit eingesetzt werden müssen, als diese Ziele durch die allgemeinen Sozialleistungen nicht voll erreicht werden können.

Den besonderen Bedürfnissen von Kindern ist bei der Leistungsentscheidung und -erbringung Rechnung zu tragen.

§ 5 Leistungsgruppen

Zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden erbracht

1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
2. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
3. unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen,
4. Leistungen zur Teilhabe an Bildung und
5. Leistungen zur sozialen Teilhabe.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Vorschrift gibt einen Überblick über die verschiedenen Leistungsgruppen zur Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen. Unterhaltssichernde Leistungen sind Entgeltersatzleistungen. Unter die ergänzenden Leistungen fallen u. a. Reisekosten, Haushalts- oder Betriebshilfe sowie Kinderbetreuungskosten (vgl. Teil 1 Kapitel 11 des SGB IX).

Die Leistungen zur Teilhabe an Bildung und die Leistungen zur sozialen Teilhabe umfassen die bisherigen Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Die Leistungen zur Teilhabe an Bildung sind in § 75 SGB IX konkreter beschrieben. Die Unterteilung in diese Leistungsgruppen dient der Rechtssicherheit bei der Leistungserbringung und führt nicht zu einer Ausweitung der bisherigen Leistungen.

§ 6 Rehabilitationsträger

(1) Träger der Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsträger) können sein

1. die gesetzlichen Krankenkassen für Leistungen nach § 5 Nummer 1 und 3,
2. die Bundesagentur für Arbeit für Leistungen nach § 5 Nummer 2 und 3,
3. die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung für Leistungen nach § 5 Nummer 1 bis 3 und 5; für Versicherte nach § 2 Absatz 1 Nummer 8 des Siebten Buches die für diese zuständigen Unfallversicherungsträger für Leistungen nach § 5 Nummer 1 bis 5,
4. die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung für Leistungen nach § 5 Nummer 1 bis 3, der Träger der Alterssicherung der Landwirte für Leistungen nach § 5 Nummer 1 und 3,
5. die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden für Leistungen nach § 5 Nummer 1 bis 5,
6. die Träger der öffentlichen Jugendhilfe für Leistungen nach § 5 Nummer 1, 2, 4 und 5, sowie
7. die Träger der Eingliederungshilfe für Leistungen nach § 5 Nummer 1, 2, 4 und 5.

(2) Die Rehabilitationsträger nehmen ihre Aufgaben selbständig und eigenverantwortlich wahr.

(3) Die Bundesagentur für Arbeit ist auch Rehabilitationsträger für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für erwerbsfähige Leistungsberechtigte mit Behinderungen im Sinne des Zweiten Buches, sofern nicht ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist. Die Zuständigkeit der Jobcenter nach § 6d des Zweiten Buches für die Leistungen zur beruflichen Teilhabe von Menschen mit Behinderungen nach § 16 Absatz 1 des Zweiten Buches bleibt unberührt. Mit Zustimmung und Beteiligung des Leistungsberechtigten kann die Bundesagentur für Arbeit mit dem zuständigen Jobcenter eine gemeinsame Beratung zur Vorbereitung des Eingliederungsvorschlags durchführen, wenn eine Teilhabekonferenz nach § 20 nicht durchzuführen ist. Die Leistungsberechtigten und das Jobcenter können der Bundesagentur für Arbeit in diesen Fällen die Durchführung einer gemeinsamen Beratung vorschlagen. § 20 Absatz 3 und § 23 Absatz 2 gelten entsprechend. Die Bundesagentur für Arbeit unterrichtet das zuständige Jobcenter und die Leistungsberechtigten schriftlich über

den festgestellten Rehabilitationsbedarf und ihren Eingliederungsvorschlag. Das Jobcenter entscheidet unter Berücksichtigung des Eingliederungsvorschlages innerhalb von drei Wochen über die Leistungen zur beruflichen Teilhabe.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Unter Berücksichtigung der Reform der Eingliederungshilfe und deren Neuverortung im SGB IX, Teil 2 werden nunmehr anstelle der Träger der Sozialhilfe die Träger der Eingliederungshilfe als Träger der Leistung zur Teilhabe (Rehabilitationsträger) berücksichtigt. Zugleich wird die Zuordnung unterschiedlicher Leistungsgruppen zu teilweise unterschiedlichen Trägergruppen vorgenommen. Dabei wird die neue Leistungsgruppe der Leistungen zur Teilhabe an Bildung den Rehabilitationsträgern zugeordnet, die bereits auch bisher entsprechend ausgerichtete Leistungen erbracht haben.

Grundsätzlich wird durch § 6 SGB IX klargestellt, dass das gegliederte System der Rehabilitation im Grundsatz beibehalten werden soll.

2. Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung ist zuständig für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (vgl. Teil 1 Kapitel 9 des SGB IX) sowie für unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen (vgl. Teil 1 Kapitel 11 des SGB IX), soweit hierfür die Voraussetzungen erfüllt sind. Die Zuständigkeit richtet sich unter dem Vorbehalt des § 7 SGB IX nach dem für sie geltenden Leistungsgesetz (SGB V).

3. Zuständigkeit des Trägers der Eingliederungshilfe

Auch für den Träger der Eingliederungshilfe finden als Rehabilitationsträger die Regelungen des SGB IX Teil 1 – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – Anwendung. Bei Leistungen zur Teilhabe hat der Träger der Eingliederungshilfe im Verhältnis zu anderen Rehabilitationsträgern insbesondere die §§ 14 ff. SGB IX zu berücksichtigen.

Die zum Teil insbesondere bei Leistungen zur Teilhabe an Bildung (z.B. Schulassistenten) anzutreffende Aussage der Eingliederungshilfe, dass aufgrund der Nachrangigkeit nach § 2 SGB XII (ab 01.01.2020 § 91 SGB IX) die §§ 14 ff. SGB IX keine Anwendung finden, ist unzutreffend. Gleiches gilt für den Hinweis, dass die Krankenkassen zunächst eine Ablehnung der beim Träger der Eingliederungshilfe beantragten Teilhabeleistung vorzunehmen habe, damit dieser nachfolgend die Nachrangigkeit feststellen und die Zuständigkeit für eine Teilhabeleistung nach dem SGB XII (ab 01.01.2020 SGB IX Teil 2) prüfen könne.

Der Träger Eingliederungshilfe als erstangegangener Leistungsträger hat bei einem Antrag auf Leistungen zur Teilhabe, deren Koordinierung und somit auch die Klärung der Zuständigkeit ausschließlich nach den §§ 14 ff. vorzunehmen.

§ 7 Vorbehalt abweichender Regelungen

(1) Die Vorschriften im Teil 1 gelten für die Leistungen zur Teilhabe, soweit sich aus den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt. Die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe richten sich nach den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen. Das Recht der Eingliederungshilfe im Teil 2 ist ein Leistungsgesetz im Sinne der Sätze 1 und 2.

(2) Abweichend von Absatz 1 gehen die Vorschriften der Kapitel 2 bis 4 den für die jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen vor. Von den Vorschriften in Kapitel 4 kann durch Landesrecht nicht abgewichen werden.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Vorschrift verdeutlicht, dass das SGB IX unmittelbar anzuwenden ist, soweit in den für die jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes geregelt ist. Für die Krankenversicherung gilt demnach das SGB IX, wenn das SGB V keine anders lautende Aussage enthält. Hinsichtlich der Zuständigkeit und Voraussetzungen für Leistungen der Krankenversicherung gilt immer das SGB V. So kann beispielsweise Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich nur erwarten, wer dort versichert ist. Im SGB IX, Teil 2, wird die neu verortete Eingliederungshilfe als Leistungsgesetz eingeordnet.

2. Vorrangige Geltung der Regelungen des SGB IX

Die Vorschriften im SGB IX, Teil 1, Kapitel 2 bis 4 (§§ 9 bis 24) gelten vorrangig gegenüber den für die jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsvorschriften. Somit gelten die Regelungen des SGB IX zur Einleitung der Rehabilitation von Amts wegen, zur Erkennung und Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs und die Verfahrensvorschriften zur Koordinierung der Leistungen unmittelbar und uneingeschränkt.

Beispiel:

Zur Klärung der Anspruchsvoraussetzungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gilt in vollem Umfang das SGB V. Das Verfahren zur Zuständigkeits-

klärung und die dabei einzuhaltenden Fristen richten sich nach den Regelungen des § 14 SGB IX, da diese Regelung unabhängig davon, ob die jeweiligen Leistungsgesetze anders lautende Aussagen enthalten, vorrangig anzuwenden ist. Gleiches gilt für das Verfahren der Leistungsentscheidung und Leistungserbringung und hierbei zu berücksichtigenden Fristen. Bei der Beauftragung von Sachverständigen ist grundsätzlich ebenfalls § 17 SGB IX vorrangig gegenüber den jeweiligen Leistungsgesetzen, allerdings bleiben die gesetzlichen Aufgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach § 275 SGB V unberührt. Die Krankenkasse hat zum Zwecke der Begutachtung den Medizinischen Dienst in Anspruch zu nehmen (weitere Hinweise vgl. Ausführungen zu § 17 SGB IX).

§ 8 Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten

(1) Bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe wird berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen. Dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht genommen; im Übrigen gilt § 33 des Ersten Buches. Den besonderen Bedürfnissen von Müttern und Vätern mit Behinderungen bei der Erfüllung ihres Erziehungsauftrages sowie den besonderen Bedürfnissen von Kindern mit Behinderungen wird Rechnung getragen.

(2) Sachleistungen zur Teilhabe, die nicht in Rehabilitationseinrichtungen auszuführen sind, können auf Antrag der Leistungsberechtigten als Geldleistungen erbracht werden, wenn die Leistungen hierdurch voraussichtlich bei gleicher Wirksamkeit wirtschaftlich zumindest gleichwertig ausgeführt werden können. Für die Beurteilung der Wirksamkeit stellen die Leistungsberechtigten dem Rehabilitationsträger geeignete Unterlagen zur Verfügung. Der Rehabilitationsträger begründet durch Bescheid, wenn er den Wünschen des Leistungsberechtigten nach den Absätzen 1 und 2 nicht entspricht.

(3) Leistungen, Dienste und Einrichtungen lassen den Leistungsberechtigten möglichst viel Raum zu eigenverantwortlicher Gestaltung ihrer Lebensumstände und fördern ihre Selbstbestimmung.

(4) Die Leistungen zur Teilhabe bedürfen der Zustimmung der Leistungsberechtigten.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

In Ergänzung zu § 33 SGB I verdeutlicht die Vorschrift, dass bei Auswahl und Ausführung der Leistungen zur Teilhabe berechnete Vorstellungen/Wünsche sowie persönliche und familiäre Bedürfnisse und Gegebenheiten zu berücksichtigen sind. Damit wird einerseits dem Anspruch auf Selbstbestimmung und dem Selbstverständnis der behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen Rechnung getragen, andererseits können die Motivation der Betroffenen und die Tragfähigkeit

familiärer Bindungen wirksam zum Erfolg der Leistungen beitragen. Selbstbestimmung und Raum zur eigenverantwortlichen Gestaltung wird den Leistungsberechtigten nicht nur bei der Auswahl der Leistungen, sondern auch hinsichtlich der Ausführung dieser Leistungen eingeräumt.

2. Berechtigte Wünsche des Leistungsberechtigten

Berechtigte Wünsche des Leistungsberechtigten sind bereits aufgrund § 33 SGB I bei der Leistungsentscheidung zu berücksichtigen. Durch die Regelung des § 8 SGB IX wird konkretisiert, dass die berechtigten Wünsche des Versicherten insbesondere auch im persönlichen/familiären Bereich begründet sein können. Auch auf religiöse und weltanschauliche Bedürfnisse ist Rücksicht zu nehmen. Die Berücksichtigung dieser Wünsche kann allerdings nur im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten erfolgen. Für Leistungen der Krankenversicherung können grundsätzlich nur Vertragspartner in Anspruch genommen werden, es sei denn, der Versicherte wählt nach § 40 Absatz 2 Satz 2 SGB V eine andere zertifizierte Einrichtung und trägt die dadurch entstehenden Mehrkosten. Dies gilt nicht für solche Mehrkosten, die im Hinblick auf die Beachtung des Wunsch- und Wahlrechtes nach § 8 SGB IX angemessen sind.

Für die Krankenversicherung resultieren aus der Konkretisierung der "berechtigten Wünsche" für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation keine Änderungen bei der Auswahl der Leistung. Nach §§ 40 Absatz 3 und 41 Absatz 2 SGB V bestimmt die Krankenkasse nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistung sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen. Dabei soll den Wünschen des Versicherten, soweit sie angemessen sind, unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit entsprochen werden (§ 33 SGB I). Dieser Grundsatz gilt weiterhin. Insoweit sind Wünsche, die die Leistung wesentlich verteuern, nicht als berechtigt einzuordnen und demzufolge bei der Zuweisung nicht zu berücksichtigen.

Der Rehabilitationsträger ist nunmehr verpflichtet, dem Leistungsberechtigten schriftlich zu begründen, wenn er seinen Wünschen bei der Leistungsentscheidung/-erbringung nicht entsprochen hat.

3. Geldleistungen anstelle von Sachleistungen

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der Krankenkassen werden grundsätzlich in Rehabilitationseinrichtungen (ambulant oder stationär) erbracht.

Dementsprechend sind diese Leistungen auf der Grundlage des Absatzes 2 nicht als Geldleistung anstelle einer Sachleistung zu erbringen.

Somit kommt für die Krankenversicherung die Erbringung einer Geldleistung anstelle einer Sachleistung nur für Leistungen nach § 64 Absatz 1 Nr. 3, 4 und 6 SGB IX (Rehabilitationssport, Funktionstraining und Haushaltshilfe) in Betracht. Für die Haushaltshilfe entfaltet die Regelung des § 9 Absatz 2 SGB IX jedoch keine Wirkung, da für diese Leistung bereits Regelungen zur Kostenerstattung für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft (vgl. § 54 Absatz 1 Satz 2 SGB IX) bestehen.

Voraussetzung für die Erbringung des Rehabilitationssports und Funktionstrainings als Geldleistung durch die Krankenkasse ist eine Verordnung dieser Leistung (Muster 56). Darüber hinaus hat der Leistungsberechtigte die gleichwertige Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit nachzuweisen. Zum Nachweis der Wirtschaftlichkeit ist ein Kostenvoranschlag beizubringen. Zum Nachweis der Wirksamkeit kann ein Konzept des Leistungserbringers beigebracht werden, aus dem hervorgeht, dass die in der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Januar 2011 (in der jeweils aktuellen Fassung) festgeschriebenen Ziele verfolgt und die Qualitätsanforderungen erfüllt werden.

Die Krankenkasse ist verpflichtet, schriftlich zu begründen, wenn sie dem Wunsch des Leistungsberechtigten auf Erbringung der Geldleistung anstelle der Sachleistung nicht entspricht.

Kapitel 2 Einleitung der Rehabilitation von Amts wegen

§ 9 Vorrangige Prüfung von Leistungen zur Teilhabe

(1) Werden bei einem Rehabilitationsträger Sozialleistungen wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung oder einer drohenden Behinderung beantragt oder erbracht, prüft dieser unabhängig von der Entscheidung über diese Leistungen, ob Leistungen zur Teilhabe voraussichtlich zur Erreichung der Ziele nach den §§ 1 und 4 erfolgreich sein können. Er prüft auch, ob hierfür weitere Rehabilitationsträger im Rahmen ihrer Zuständigkeit zur Koordinierung der Leistungen zu beteiligen sind. Werden Leistungen zur Teilhabe nach den Leistungsgesetzen nur auf Antrag erbracht, wirken die Rehabilitationsträger nach § 12 auf eine Antragstellung hin.

(2) Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen, die bei erfolgreichen Leistungen zur Teilhabe nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen wären. Dies gilt während des Bezuges einer Rente entsprechend.

(3) Absatz 1 ist auch anzuwenden, um durch Leistungen zur Teilhabe Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Die Aufgaben der Pflegekassen als Träger der sozialen Pflegeversicherung bei der Sicherung des Vorrangs von Rehabilitation vor Pflege nach den §§ 18a und 31 des Elften Buches bleiben unberührt.

(4) Absatz 1 gilt auch für die Jobcenter im Rahmen ihrer Zuständigkeit für Leistungen zur beruflichen Teilhabe nach § 6 Absatz 3 mit der Maßgabe, dass sie mögliche Rehabilitationsbedarfe erkennen und auf eine Antragstellung beim voraussichtlich zuständigen Rehabilitationsträger hinwirken sollen.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Nach § 16 Absatz 3 SGB I werden die Rehabilitationsträger verpflichtet, auf eine frühzeitige Antragstellung hinzuwirken. Diese Verpflichtung wird in § 9 SGB IX nochmals konkretisiert und ausgeweitet. Um die in §§ 3 und 4 SGB IX genannten

Ziele zu erreichen. Hierzu werden die Rehabilitationsträger verpflichtet, nicht nur bei der konkreten Antragstellung auf Leistungen zur Teilhabe deren Notwendigkeit zu prüfen. Dabei ist auch zu prüfen, ob weitere Rehabilitationsträger im Rahmen ihrer Zuständigkeit für Leistungen zur Teilhabe in Betracht kommen. Durch diese Regelung soll u.a. sichergestellt werden, dass Rehabilitationsbedürftigkeit möglichst frühzeitig erkannt wird und die erforderlichen Leistungen zur Teilhabe zur Verfügung gestellt werden. Prüfpflicht ersetzt jedoch nicht die Antragstellung der Rehabilitanden, vielmehr besteht die Pflicht der Rehabilitationsträger auf eine Antragstellung der Rehabilitanden hinzuwirken.

2. Prüfung der Notwendigkeit von Leistungen zur Teilhabe

Bei allen Sozialleistungen, die wegen oder unter Berücksichtigung einer (drohenden) Behinderung beantragt oder erbracht werden, sollen auch die Notwendigkeit und Erfolgsaussicht von Leistungen zur Teilhabe geprüft werden. Dies gilt insbesondere auch bei Beantragung oder während des Bezuges von Pflegeleistungen oder Rentenleistungen (z. B. auch, wenn bereits Erwerbsminderungsrente gezahlt wird).

3. Prüfung der Notwendigkeit und Erfolgsaussicht von Rehabilitationsleistungen durch die Kranken-/Pflegeversicherung

Im Bereich der Krankenversicherung/Pflegeversicherung wurde bereits vor Inkrafttreten des SGB IX regelhaft die Notwendigkeit und Erfolgsaussicht von Rehabilitationsleistungen geprüft, beispielsweise bei der Bearbeitung von Arbeitsunfähigkeitsfällen oder im Rahmen der Pflegebegutachtung. Dieses Vorgehen hat sich grundsätzlich bewährt. Darüber hinaus sind die Rehabilitationsträger nunmehr verpflichtet, diese Prüfung bei allen Sozialleistungen, die wegen oder unter Berücksichtigung einer (drohenden) Behinderung beantragt werden, regelmäßig vorzunehmen.

Diese Prüfung erfolgt grundsätzlich durch die Krankenkasse/Pflegekasse. In Zweifelsfällen oder wenn wegen der beantragten Leistung (z. B. häusliche Krankenpflege, Hilfsmittel) ohnehin der Medizinische Dienst eingeschaltet wird, sollten die Notwendigkeit und Erfolgsaussicht von Leistungen zur Teilhabe geprüft und geklärt werden, ob diese Leistungen anstelle oder neben der ursprünglich beantragten Sozialleistung erforderlich sind. Mehrfachbegutachtungen durch den Medizinischen Dienst sollten vermieden werden. Daher sollte die Prüfung der Notwendigkeit und Erfolgsaussicht von Leistungen zur Teilhabe im Zusammenhang mit Anträgen auf Sozialleistungen nicht vor Ablauf von 6 Monaten wiederholt werden, wenn sich der Gesundheitszustand nicht verändert hat.

4. Zuständigkeit für die Prüfung

Sofern es sich bei der beantragten Sozialleistung um eine Leistung der Krankenversicherung handelt, wird die Krankenkasse die Notwendigkeit und Erfolgsaussicht von Leistungen zur Teilhabe prüfen. Bei Sozialleistungen der Pflegeversicherung prüft die Pflegekasse. Die Verpflichtung der Pflegekasse, die Notwendigkeit von Leistungen zur Teilhabe zu prüfen, lässt die Aufgaben der Pflegekassen aus dem SGB XI zur Sicherung des Vorrangs von Rehabilitation vor Pflege unberührt.

Auch die Jobcenter werden verpflichtet, mögliche Rehabilitationsbedarfe zu erkennen und auf eine Antragstellung hinzuwirken.

§ 10 Sicherung der Erwerbsfähigkeit

(1) Soweit es im Einzelfall geboten ist, prüft der zuständige Rehabilitationsträger gleichzeitig mit der Einleitung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation, während ihrer Ausführung und nach ihrem Abschluss, ob durch geeignete Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohten Menschen erhalten, gebessert oder wiederhergestellt werden kann. Er beteiligt die Bundesagentur für Arbeit nach § 54.

(2) Wird während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation erkennbar, dass der bisherige Arbeitsplatz gefährdet ist, wird mit den Betroffenen sowie dem zuständigen Rehabilitationsträger unverzüglich geklärt, ob Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind.

(3) Bei der Prüfung nach den Absätzen 1 und 2 wird zur Klärung eines Hilfebedarfs nach Teil 3 auch das Integrationsamt beteiligt.

(4) Die Rehabilitationsträger haben in den Fällen nach den Absätzen 1 und 2 auf eine frühzeitige Antragstellung im Sinne von § 12 nach allen in Betracht kommenden Leistungsgesetzen hinzuwirken und den Antrag ungeachtet ihrer Zuständigkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben entgegenzunehmen. Soweit es erforderlich ist, beteiligen sie unverzüglich die zuständigen Rehabilitationsträger zur Koordinierung der Leistungen nach Kapitel 4.

(5) Die Rehabilitationsträger wirken auch in den Fällen der Hinzuziehung durch Arbeitgeber infolge einer Arbeitsplatzgefährdung nach § 167 Absatz 2 Satz 4 auf eine frühzeitige Antragstellung auf Leistungen zur Teilhabe nach allen in Betracht kommenden Leistungsgesetzen hin. Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Rehabilitationsträger haben auf die frühzeitige Einleitung und die zügige Durchführung der gebotenen Leistungen zur Teilhabe hinzuwirken. Die Bundesagentur für Arbeit und zur Klärung eines Hilfebedarfs für schwerbehinderte Menschen im Arbeitsleben auch die Integrationsämter sind zu beteiligen.

2. Prüfung der Notwendigkeit von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Hinwirkungspflicht auf die Antragstellung

Die Prüfung, ob Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind, ist nicht nur anlässlich der Antragstellung oder Durchführung oder nach Abschluss von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durchzuführen, sondern auch bei ambulanten und stationären Behandlungen aller Art. So ist beispielsweise zu prüfen, ob im Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind, auch wenn Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht angezeigt sind. Die Bundesagentur für Arbeit hat auf Anforderung zu Notwendigkeit, Art und Umfang von Leistungen unter Berücksichtigung arbeitsmarktlicher Zweckmäßigkeit gutachterlich Stellung zu nehmen.

Die Rehabilitationseinrichtungen sind aufgefordert, den Rehabilitationsträgern mitzuteilen, wenn während der Leistung zur medizinischen Rehabilitation erkennbar wird, dass der bisherige Arbeitsplatz gefährdet ist. Zugleich haben die Rehabilitationsträger auf eine frühzeitige Antragstellung auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben hinzuwirken und den Antrag ungeachtet der Zuständigkeit entgegenzunehmen. Sofern von der Antragstellung weitere Rehabilitationsträger betroffen sind, greifen die Vorschriften zur Koordinierung der Leistung nach §§ 14 ff. SGB IX. Dabei sind auch die Fristen nach § 14 Absatz 1 SGB IX zu beachten.

3. Hinzuziehung der Rehabilitationsträger beim Betrieblichen Eingliederungsmanagement

Werden die Rehabilitationsträger durch den Arbeitgeber in das Betriebliche Eingliederungsmanagement eingebunden, wirken sie darauf hin, dass Leistungen zur Teilhabe frühzeitig und umfassend beantragt werden.

§ 11 Förderung von Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation

(1) Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales fördert im Rahmen der für diesen Zweck zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel im Aufgabenbereich der Grundsicherung für Arbeitsuchende und der gesetzlichen Rentenversicherung Modellvorhaben, die den Vorrang von Leistungen zur Teilhabe nach § 9 und die Sicherung der Erwerbsfähigkeit nach § 10 unterstützen.

(2) Das Nähere regeln Förderrichtlinien des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Die Förderdauer der Modellvorhaben beträgt fünf Jahre. Die Förderrichtlinien enthalten ein Datenschutzkonzept.

(3) Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales kann durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates regeln, ob und inwieweit die Jobcenter nach § 6d des Zweiten Buches, die Bundesagentur für Arbeit und die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung bei der Durchführung eines Modellvorhabens nach Absatz 1 von den für sie geltenden Leistungsgesetzen sachlich und zeitlich begrenzt abweichen können.

(4) Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales untersucht die Wirkungen der Modellvorhaben nach Absatz 1. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales kann Dritte mit der Wirkungsforschung beauftragen.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales fördert Modellvorhaben der Jobcenter/Bundesagentur für Arbeit und der Rentenversicherung mit dem Ziel der Sicherung von Erwerbsfähigkeit. Der Förderzeitraum beträgt fünf Jahre. Die näheren Inhalte der Modellförderung werden durch Förderrichtlinien des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales bestimmt. Im Rahmen der Modellvorhaben können Jobcenter, die Bundesagentur für Arbeit und die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung durch Einsatz zusätzlicher Maßnahmen von den für sie geltenden Leistungsgesetzen sachlich und zeitlich begrenzt abweichen. Die Wirkung der Modellvorhaben wird durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales untersucht. Hinsichtlich der Frage einer möglichen Weiterentwicklung der gesetzlichen Grundlagen etwa des

SGB VI mit Blick auf die Leistungserbringung im Vorfeld von Rehabilitationsmaßnahmen können die Ergebnisse der Modellvorhaben eine Grundlage bilden.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) hat den Auftrag des Bundesgesetzgebers, gemäß § 11 SGB IX Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation durchzuführen, mit dem Bundesprogramm "Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro" umgesetzt. Die Förderrichtlinie für das Bundesprogramm wurde am 04. Mai 2018 im Bundesanzeiger (BAnz AT 04.05.2018 B1) sowie eine Änderungsbekanntmachung zu der Förderrichtlinie am 20. Juni 2018 im Bundesanzeiger (BAnz AT 20.06.2018 B5) veröffentlicht. Die Förderrichtlinie sieht unter Abschnitt „6.3 Zusammenarbeit mit nicht antragsberechtigten Dritten“ die Möglichkeit der Kooperation der Antragsberechtigten mit weiteren Projektpartnern vor. Als weitere Projektpartner kommen insoweit auch Krankenkassen in Betracht. Entsprechende Modellprojekte unter Einbindung von Krankenkassen auf Grundlage der Förderrichtlinie werden bereits initiiert.

Kapitel 3 Erkennung und Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs

§ 12 Maßnahmen zur Unterstützung der frühzeitigen Bedarfserkennung

(1) Die Rehabilitationsträger stellen durch geeignete Maßnahmen sicher, dass ein Rehabilitationsbedarf frühzeitig erkannt und auf eine Antragstellung der Leistungsberechtigten hingewirkt wird. Die Rehabilitationsträger unterstützen die frühzeitige Erkennung des Rehabilitationsbedarfs insbesondere durch die Bereitstellung und Vermittlung von geeigneten barrierefreien Informationsangeboten über

1. Inhalte und Ziele von Leistungen zur Teilhabe;
2. die Möglichkeit der Leistungsausführung als Persönliches Budget,
3. das Verfahren zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe und
4. Angebote der Beratung, einschließlich der ergänzenden unabhängigen Teilhab-
eberatung nach § 32.

Die Rehabilitationsträger benennen Ansprechstellen, die Informationsangebote nach Satz 2 an Leistungsberechtigte, an Arbeitgeber und an andere Rehabilitationsträger vermitteln. Für die Zusammenarbeit der Ansprechstellen gilt § 15 Absatz 3 des Ersten Buches entsprechend.

(2) Absatz 1 gilt auch für Jobcenter im Rahmen ihrer Zuständigkeit für Leistungen zur beruflichen Teilhabe nach § 6 Absatz 3, für die Integrationsämter in Bezug auf Leistungen und sonstige Hilfen für schwerbehinderte Menschen nach Teil 3 und für die Pflegekassen als Träger der sozialen Pflegeversicherung nach dem Elften Buch

(3) Die Rehabilitationsträger, Integrationsämter und Pflegekassen können die Informationsangebote durch ihre Verbände und Vereinigungen bereitstellen und vermitteln lassen. Die Jobcenter können die Informationsangebote durch die Bundesagentur für Arbeit bereitstellen und vermitteln lassen.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Rehabilitationsträger haben durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass ein Rehabilitationsbedarf frühzeitig erkannt und auf eine Antragstellung hingewirkt wird. Hierzu sind durch die Rehabilitationsträger geeignete barrierefreie Informationsangebote bereitzustellen, die mindestens die unter § 12 Absatz 1 Nr. 1 bis 4 SGB IX definierten Inhalte enthalten müssen. Neben den Informationsangeboten haben die Rehabilitationsträger geeignete Antragsformulare vorzuhalten, die sowohl den Fallbearbeitern als auch den potenziell Leistungsberechtigten die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen nahelegen und erleichtern. Auch die Pflegekassen werden von dieser Verpflichtung umfasst, wobei die Bereitstellung der Informationen über die Krankenkasse, bei der die Pflegekasse errichtet wurde, erfolgen kann. Die Informationsangebote können auch über die Verbände der Kranken- und Pflegekassen bereitgestellt und vermittelt werden.

2. Bereitstellung und Vermittlung von Informationsangeboten

Der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene haben zur Umsetzung des Auftrages aus § 12 SGB IX gemeinsame Informationen über die Rehabilitation der GKV erstellt. Diese sehen Kernaussagen zu wichtigen Themenfeldern der medizinischen Rehabilitation der GKV vor. Die Informationen werden zugleich den Pflegekassen zur Wahrnehmung der Aufgaben nach § 12 Abs. 2 i. V. m. Abs. 1 SGB IX zur Verfügung gestellt.

3. Benennung von Ansprechstellen

Die Rehabilitationsträger haben Ansprechstellen im Sinne einer Auskunft- und Kontaktstelle zu benennen, die für die Vermittlung der Informationsangebote an Leistungsberechtigte, Arbeitgeber und andere Rehabilitationsträger verantwortlich sind. Durch die Bezugnahme auf § 15 Absatz 3 SGB I werden die Ansprechstellen der Rehabilitationsträger verpflichtet, wirksam zusammenzuarbeiten, um eine umfassende Information durch eine Stelle und die gegenseitige Information sicherzustellen.

Die Vereinbarung von Standards zur Ausrichtung der Ansprechstelle ist nicht vorgesehen. Die konkrete Ausrichtung von Ansprechstellen liegt in der Verantwortung des einzelnen Rehabilitationsträgers.

4. Verzeichnis der Ansprechstellen

Um insbesondere die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger über die Ansprechstellen zu unterstützen, ist die Einrichtung eines bundesweiten Ansprechstellenverzeichnisses auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) vorgesehen. Das Ansprechstellenverzeichnis soll die Kontaktaufnahme erleichtern und sieht insoweit ausschließlich Angaben zum Profil der Ansprechstellen vor. Eine gesetzliche Verpflichtung zur Aufnahme der Ansprechstelle in das Verzeichnis besteht nicht. Es bleibt somit abzuwarten, inwieweit sich auch die Träger der Eingliederungshilfe an dem Verzeichnis beteiligen.

Das Verzeichnis soll noch 2019 auf der Homepage der BAR öffentlich zugänglich sein.

§ 13 Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs

(1) Zur einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs verwenden die Rehabilitationsträger systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel (Instrumente) nach den für sie geltenden Leistungsgesetzen. Die Instrumente sollen den von den Rehabilitationsträgern vereinbarten Grundsätzen für Instrumente zur Bedarfsermittlung nach § 26 Absatz 2 Nummer 7 entsprechen. Die Rehabilitationsträger können die Entwicklung von Instrumenten durch ihre Verbände und Vereinigungen wahrnehmen lassen oder Dritte mit der Entwicklung beauftragen.

(2) Die Instrumente nach Absatz 1 Satz 1 gewährleisten eine individuelle und funktionsbezogene Bedarfsermittlung und sichern die Dokumentation und Nachprüfbarkeit der Bedarfsermittlung, indem sie insbesondere erfassen,

1. ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht,
2. welche Auswirkung die Behinderung auf die Teilhabe der Leistungsberechtigten hat,
3. welche Ziele mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen und
4. welche Leistungen im Rahmen einer Prognose zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich sind.

(3) Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales untersucht die Wirkung der Instrumente nach Absatz 1 und veröffentlicht die Untersuchungsergebnisse bis zum 31. Dezember 2019.

(4) Auf Vorschlag der Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 Nummer 6 und 7 und mit Zustimmung der zuständigen obersten Landesbehörden kann das Bundesministerium für Arbeit und Soziales die von diesen Rehabilitationsträgern eingesetzten Instrumente im Sinne von Absatz 1 in die Untersuchung nach Absatz 3 einbeziehen.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Rehabilitationsträger sollen zur einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeits-

mittel (Instrumente) nach den für sie geltenden Leistungsgesetzen verwenden. Die Verpflichtung wird abgeleitet aus den neu gefassten Regelungen zur Koordination der Leistungen und der hiermit verbundenen Zielsetzung einer nahtlosen Leistungserbringung und effektiven Durchführung des Teilhabeplanverfahrens. Hierzu ist es notwendig, trägerübergreifend nach möglichst einheitlichen Maßstäben bei der Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs zusammenzuarbeiten. Für den Einsatz von Instrumenten sollen Mindestanforderungen in Gemeinsamen Empfehlungen auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation definiert werden (vgl. § 26 Absatz 2 Nr. 7 SGB IX). Hiervon ausgenommen sind die Träger der Eingliederungshilfe, für welche § 118 SGB IX n.F. Anwendung findet. Den Rehabilitationsträgern wird die Möglichkeit eingeräumt, die Entwicklung der Instrumente durch ihre Verbände oder Vereinigungen wahrnehmen zu lassen oder Dritte mit dieser zu beauftragen.

2. Systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel (Instrumente) im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung sind die Arbeitsprozesse zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs über die Rehabilitations-Richtlinie, die Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation sowie die Stichprobenregelung nach § 275 Absatz 2 Nr. 1 SGB V systematisch und einheitlich ausgerichtet. Darüber hinaus bestehen mit der Verordnung „Muster 61“ sowie dem Assessment zur Feststellung von Rehabilitationsbedarf im Rahmen der Pflegebegutachtung einheitliche Bedarfsfeststellungsinstrumente. Zur Umsetzung des SGB IX, wurde die Rehabilitations-Richtlinie angepasst (vgl. Bundesanzeiger BAnz AT 03.08.2018 B3). Damit wurde insbesondere die Bedeutung einer frühzeitigen Bedarfserkennung für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und die frühzeitige Identifizierung von weiteren Rehabilitationsbedarfen für eine gelingende Teilhabe hervorgehoben. Sofern Anhaltspunkte zu weiteren Bedarfen an Leistungen zur Teilhabe anstelle oder über die medizinische Rehabilitation hinaus (z. B. Leistungen zur sozialen Teilhabe oder Teilhabe am Arbeitsleben) erkennbar sind, sollen diese auf dem Vordruck „Muster 61“ dokumentiert werden. Die Krankenkasse greift diese zur frühzeitigen Bedarfserkennung auf und wirkt beim Versicherten auf eine Antragstellung hin.

Für die Anschlussrehabilitation nach stationärer Behandlung wurde ein einheitlicher kassenartenübergreifender AR-Vordrucksatz entwickelt, der inhaltlich mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) sowie datenschutzrechtlich mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) abgestimmt ist. Der AR-Vordrucksatz wurde mit der 2. Änderungsvereinbarung vom 12.12.2018

als Anlage 3a und 3b zum Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement) eingeführt. Auch im Bereich der ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 SGB V bestehen kassenartenübergreifende Verordnungsvordrucke und somit einheitliche Bedarfsfeststellungsinstrumente.

Kapitel 4 Koordinierung der Leistungen

§ 14 Leistender Rehabilitationsträger

(1) Werden Leistungen zur Teilhabe beantragt, stellt der Rehabilitationsträger innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrages bei ihm fest, ob er nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz für die Leistung zuständig ist; bei den Krankenkassen umfasst die Prüfung auch die Leistungspflicht nach § 40 Absatz 4 des Fünften Buches. Stellt er bei der Prüfung fest, dass er für die Leistung insgesamt nicht zuständig ist, leitet er den Antrag unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu und unterrichtet hierüber den Antragsteller. Muss für eine solche Feststellung die Ursache der Behinderung geklärt werden und ist diese Klärung in der Frist nach Satz 1 nicht möglich, soll der Antrag unverzüglich dem Rehabilitationsträger zugeleitet werden, der die Leistung ohne Rücksicht auf die Ursache der Behinderung erbringt. Wird der Antrag bei der Bundesagentur für Arbeit gestellt, werden bei der Prüfung nach den Sätzen 1 und 2 keine Feststellungen nach § 11 Absatz 2a Nummer 1 des Sechsten Buches und § 22 Absatz 2 des Dritten Buches getroffen.

(2) Wird der Antrag nicht weitergeleitet, stellt der Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf anhand der Instrumente zur Bedarfsermittlung nach § 13 unverzüglich und umfassend fest und erbringt die Leistungen (leistender Rehabilitationsträger). Muss für diese Feststellung kein Gutachten eingeholt werden, entscheidet der leistende Rehabilitationsträger innerhalb von drei Wochen nach Antragsingang. Ist für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten erforderlich, wird die Entscheidung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen. Wird der Antrag weitergeleitet, gelten die Sätze 1 bis 3 für den Rehabilitationsträger, an den der Antrag weitergeleitet worden ist, entsprechend; die Frist beginnt mit dem Antragsingang bei diesem Rehabilitationsträger. In den Fällen der Anforderung einer gutachterlichen Stellungnahme bei der Bundesagentur für Arbeit nach § 54 gilt Satz 3 entsprechend.

(3) Ist der Rehabilitationsträger, an den der Antrag nach Absatz 1 Satz 2 weitergeleitet worden ist, nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz für die Leistung insgesamt nicht zuständig, kann er den Antrag im Einvernehmen mit dem nach seiner

Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger an diesen weiterleiten, damit von diesem als leistendem Rehabilitationsträger über den Antrag innerhalb der bereits nach Absatz 2 Satz 4 laufenden Fristen entschieden wird und unterrichtet hierüber den Antragsteller.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten sinngemäß, wenn der Rehabilitationsträger Leistungen von Amts wegen erbringt. Dabei tritt an die Stelle des Tages der Antragstellung der Tag der Kenntnis des voraussichtlichen Rehabilitationsbedarfs.

(5) Für die Weiterleitung des Antrages ist § 16 Absatz 2 Satz 1 des Ersten Buches nicht anzuwenden, wenn und soweit Leistungen zur Teilhabe bei einem Rehabilitationsträger beantragt werden.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Ziel der Vorschrift ist, durch ein auf Beschleunigung gerichtetes Zuständigkeitsklärungsverfahren eine möglichst schnelle Erbringung der Leistungen zur Teilhabe im Interesse der Leistungsberechtigten, aber auch der zuständigen Rehabilitationsträger sicherzustellen. Es handelt sich um eine für alle Rehabilitationsträger abschließende Regelung. Sie erfasst alle Fälle der Feststellung der Leistungszuständigkeit, gilt also auch bei Abhängigkeitskranken und auch für Personen, deren Bleiberecht noch nicht endgültig ist.

2. Zuständigkeit für die Leistungserbringung/Fristen

2.1 Zuständigkeitsprüfung

Der zuerst angegangene Rehabilitationsträger hat kurzfristig (= innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags bei ihm) festzustellen, ob er für die Leistung zuständig sein kann und unter Berücksichtigung vorrangiger Leistungszuständigkeiten anderer Rehabilitationsträger hierfür auch zuständig ist. Die Krankenkassen haben dabei auch ihre Leistungspflicht nach § 40 Absatz 4 SGB V zu prüfen.

Ein die Frist des § 14 Abs. 1 S. 1 SGB IX auslösender Antrag auf Leistungen zur Teilhabe liegt vor, wenn Unterlagen vorliegen, die eine Beurteilung der Zuständigkeit ermöglichen. Hierzu gehört insbesondere, dass die Identität sowie ein konkretisierbares Leistungsbegehren des Antragstellers erkennbar sind und sich dieses konkre-

tisierbare Leistungsbegehren unabhängig von den verwendeten Begriffen auf Leistungen zur Teilhabe i.S.v. § 4 SGB IX bezieht (vgl. § 19 der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“).

2.1.1 Weiterleitung des Antrages

Ist der zuerst angegangene Rehabilitationsträger insgesamt nicht zuständig, also für keine der vom Antrag umfassten Leistungen, muss er den Antrag unverzüglich, d. h. ohne schuldhaftes Verzögern, dem Rehabilitationsträger zuleiten, den er nach dem Ergebnis seiner Prüfung für zuständig hält. Hierdurch wird eine vorläufige Zuständigkeit gesetzlich festgelegt. Dieser "zweite" Rehabilitationsträger ist zur Prüfung des Rehabilitationsbedarfs verpflichtet. Er darf den Antrag weder weiterleiten noch zurückgeben, außer es kommt in Fällen der Unzuständigkeit des zweitangegangenen Rehabilitationsträgers zu einer schnellen Klärung der Leistungsverantwortung, der sogenannten „Turbo-Klärung“ (vgl. Punkt 2.5). Gelingt diese nicht oder stellt sich erst nachträglich seine Unzuständigkeit heraus, besteht ein Erstattungsanspruch gegenüber dem zuständigen Rehabilitationsträger.

Sofern der zuerst angegangene Rehabilitationsträger nur teilweise nicht zuständig ist, darf er den Antrag nicht nach § 14 Absatz 1 SGB IX weiterleiten. Vielmehr kommt das Verfahren nach § 15 SGB IX zum Tragen. Gleiches gilt für den zweitangegangenen Rehabilitationsträger, der in diesen Fällen keine Turbo-Klärung einleiten darf.

2.1.2 Besonderheiten der Weiterleitung

Werden Leistungen zur Teilhabe beim erstangegangenen Rehabilitationsträger beantragt, für die er insgesamt nicht zuständig ist und nach § 6 Abs. 1 SGB IX auch nicht Leistungsträger sein kann und wurde der Antrag nicht innerhalb der Frist von zwei Wochen an den aus seiner Sicht zuständigen Rehabilitationsträger weitergeleitet, besteht die Möglichkeit des Antragssplittings nach § 21 Abs. 1 Satz 2 i. V. m. §§ 29 Abs. 5, 30 Abs. 3 Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ (erweitertes Antragssplitting).

Diese Regelungen zum erweiterten Antragsplitting wurde in den Beratungen zur Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ auf Vorschlag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) aufgenommen und leitet sich zugleich aus der Gegenäußerung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates vom

23. September 2016 zum Bundesteilhabegesetz zu § 15 Abs. 1 SGB IV ab (vgl. Ziffer 10 BT-Drs 18/9954 vom 12.10.2016).

Das erweiterte Antragsplitting greift auch im Interesse des Menschen mit (drohender) Behinderung die Zielsetzung auf, dass die Verantwortung für eine Feststellung und Erbringung der Leistung bei dem Rehabilitationsträger liegen soll, der für diese Leistung grundsätzlich zuständig ist. Die Regelung schließt insoweit auch an die Intention des § 14 Abs. 2 Satz 5 SGB IX aF an, wonach bei einer im Außenverhältnis neuen Zuständigkeit, die interne Verpflichtung des zuständigen Rehabilitationsträgers zur Leistungsfeststellung weiterhin bestand, um zu einer sachgerechten Leistungsentscheidung zu kommen.

Beispiel:

- Eingang eines Antrags auf Leistungen zur sozialen Teilhabe bei der Krankenkasse am 19.03.2019
- 2-Wochen-Frist nach Absatz 1 verläuft vom 20.03.2019 bis 02.04.2019
- Weiterleitung des Antrags an den Träger der Eingliederungshilfe am 03.04.2019
- der Träger Eingliederungshilfe beruft sich auf das Versäumen der Frist nach § 14 Abs. 1 SGB IX und lehnt die Weiterleitung ab
- Vornahme eines erweiterten Antragssplittings durch die Krankenkasse gegenüber dem Träger der Eingliederungshilfe am 03.04.2019

Der Krankenkasse obliegt als leistender Rehabilitationsträger weiterhin die Koordinierungsverantwortung insbesondere hinsichtlich der einzuhaltenden Fristen, wohingegen. Die Verantwortung für die Entscheidung und Bewilligung der Leistung geht auf den Träger der Eingliederungshilfe über.

Achtung!!

Die Träger der Eingliederungshilfe sind nicht Vereinbarungspartner der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“, sondern orientieren sich lediglich an dieser. Insofern können Widerstände auf Seiten der Träger der Eingliederungshilfe bei der Anwendung der Regelungen zum erweiterten Antragsplitting nicht ausgeschlossen werden. Um entsprechende Unstimmigkeiten zu vermeiden, sollte vorrangiges Ziel die Vornahme einer Weiterleitung innerhalb der 2-Wochen-Frist des § 14 Absatz 1 SGB IX sein.

2.2 Besonderheiten bei notwendiger Feststellung der Ursache der Behinderung

Kann die Verursachung der Behinderung erst nach längeren Ermittlungen festgestellt werden (z. B. in der gesetzlichen Unfallversicherung insbesondere bei Berufskrankheiten), ist eine voraussichtliche Zuständigkeitsfeststellung innerhalb der Zwei-Wochen-Frist nicht möglich. In diesen Fällen gilt die Sonderregelung des Absatzes 1 Satz 3. Danach soll der Antrag dem Rehabilitationsträger zugeleitet werden, der Leistungen zur Teilhabe ohne Beachtung der Behinderungsursache erbringt, ohne dass die berufliche Verursachung hierfür Leistungsvoraussetzung ist (z. B. ist dies bei Erwerbstätigen, die eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation beantragen, in der Regel der Rentenversicherungsträger, ansonsten die Krankenkasse des Antragstellers). Die §§ 102 ff. SGB X bleiben unberührt.

Eine Ausnahme bilden Fälle, in denen zum Zeitpunkt der Prüfung nach Absatz 1 Satz 3 Anhaltspunkte für eine Zuständigkeit aufgrund der Ursache der Behinderung bestehen (z. B. auf Seiten des Unfallversicherungsträgers bestehen Anhaltspunkte, dass eine Krankheit als Berufskrankheit anerkannt werden könnte). In diesen Fällen kann der erstangegangene Rehabilitationsträger (z. B. Unfallversicherungsträger) von einer Antragsweiterleitung absehen, ohne einen Ausschluss seines Erstattungsanspruchs nach § 16 Absatz 4 Satz 1 Nr. 1 SGB IX befürchten zu müssen. Insofern korrespondiert die Regelung mit § 16 Absatz 4 Satz 2 SGB IX.

2.3 Besonderheiten bei Anträgen auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Absatz 1 Satz 4 stellt eine Verfahrensbeschleunigung bei der Bundesagentur für Arbeit sicher; geht ein Antrag auf Leistungen (zur Teilhabe am Arbeitsleben) bei der Arbeitsagentur ein, muss nicht mehr geprüft werden, ob ohne die entsprechenden Leistungen Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu leisten wäre.

2.4 Feststellung des Rehabilitationsbedarfs/Gutachteneinholung

Der erst- oder im Falle der Weiterleitung zweitangegangene Rehabilitationsträger, vom Gesetzgeber als „leistender Rehabilitationsträger“ definiert, hat den Rehabilitationsbedarf nach Absatz 2 unverzüglich und umfassend festzustellen. Diese Aufgabe obliegt dem leistenden Rehabilitationsträger grundsätzlich auch im Falle der Beteiligung mehrerer Rehabilitationsträger, wobei die entsprechenden Verfahrensschritte des hierbei zu berücksichtigenden Teilhabeplanverfahrens durch die §§ 15 bis 22 SGB IX bestimmt werden. Ist zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs eine gutachtliche Stellungnahme nicht erforderlich, entscheidet der Rehabilitationsträger innerhalb von drei Wochen nach Eingang des Antrags bei ihm. Ist jedoch eine

gutachtliche Stellungnahme einzuholen und kann dadurch die Drei-Wochen-Frist für eine Sachentscheidung nicht eingehalten werden, ist die Entscheidung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen der gutachtlichen Stellungnahme zu treffen.

2.5 Schnelle Klärung der Leistungsverantwortung bei Unzuständigkeit des zweitan- gegangenen Rehabilitationsträgers („Turbo-Klärung“)

In Fällen, in denen der Antrag bereits nach Absatz 1 weitergeleitet wurde und auch der zweitangegangene Rehabilitationsträger für die Leistung insgesamt nicht zuständig ist, sieht Absatz 3 die einzige Möglichkeit einer Zweitweiterleitung im Rahmen der sogenannten „Turboklärung“ vor. Diese Weiterleitung kann nur im Einvernehmen mit dem „dritten“ Rehabilitationsträger, an den der Antrag erneut weitergeleitet werden soll, erfolgen. Für den dritten Rehabilitationsträger gilt dann die durch Antragseingang beim zweitangegangenen Rehabilitationsträger ausgelöste Entscheidungsfrist, die durch die erneute Weiterleitung nicht verlängert wird.

Beispiel:

- Eingang eines Antrags auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beim Unfallversicherungsträger am 19.03.2019
- 2-Wochen-Frist nach Absatz 1 verläuft vom 20.03.2019 bis 02.04.2019
- Es liegen keine Anhaltspunkte für einen Arbeitsunfall oder eine Berufserkrankung vor.
- Weiterleitung des Antrags an den Rentenversicherungsträger am 25.03.2019
- Eingang des Antrags beim Rentenversicherungsträger am 28.03.2019

Fallvariante a)

- Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des Rentenversicherungsträgers sind erfüllt.
- Die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs kann nur aufgrund eines sozialmedizinischen Gutachtens erfolgen, welches dem Rentenversicherungsträger am 10.04.2019 mit dem Ergebnis einer negativen Erwerbsprognose vorliegt; die Entscheidungsfrist nach Absatz 2 verläuft vom 11.04.2019 bis 24.04.2019.
- Aufgrund der negativen Erwerbsprognose nimmt die Rentenversicherung am 11.04.2019 Kontakt mit der zuständigen Krankenkasse auf, die sich bereit erklärt, den Rehabilitationsbedarf festzustellen; hierzu hat sie bis 24.04.2019 Zeit.

Fallvariante b)

- Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des Rentenversicherungsträgers sind nicht erfüllt.
- Vor diesem Hintergrund nimmt die Rentenversicherung am 11.04.2019 Kontakt mit der zuständigen Krankenkasse auf, die sich bereit erklärt, den Rehabilitationsbedarf festzustellen; hierzu beauftragt sie zunächst den MDK.
- Das MDK-Gutachten liegt der Krankenkasse am 17.04.2019 vor; darin wird die Notwendigkeit einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation bestätigt.
- Demnach hat die Krankenkasse nach Absatz 2 vom 18.04.2019 bis 02.05.2019 Zeit, die Leistungsbewilligung zu erteilen.

Erklärt der dritte Rehabilitationsträger kein Einvernehmen zur Vornahme der „Turbo-Klärung“ und kann der zweitangegangene Träger für die beantragte Leistung zur Teilhabe nicht Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 SGB IX sein, so kann dieser ein erweitertes Antragsplitting nach § 21 Abs. 1 Satz 2 i. V. m. §§ 29 Abs. 5, 30 Abs. 3 Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ vornehmen (vgl. auch Pkt. 2.1).

Beispiel:

- Eingang eines Antrag auf Leistungen zur sozialen Teilhabe beim Unfallversicherungsträger am 19.03.2019
- 2-Wochen-Frist nach Absatz 1 verläuft vom 20.03.2019 bis 02.04.2019
- Es liegen keine Anhaltspunkte für einen Arbeitsunfall oder eine Berufserkrankung vor.
- Weiterleitung des Antrags an die Krankenkasse am 25.03.2019
- Eingang des Antrags bei der Krankenkasse am 28.03.2019
- Vornahme einer Turbo-Klärung durch die Krankenkasse gegenüber dem Träger der Eingliederungshilfe am 03.04.2019
- „Verweigerung“ der Einverständnis zur Vornahme einer Turbo-Klärung durch den Träger Eingliederungshilfe am 08.04.2019
- Vornahme eines Antragsplittings nach § 21 Abs. 1 Satz 2 i. V. m. §§ 29 Abs. 5, 30 Abs. 3 Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ durch die Krankenkasse gegenüber dem Träger der Eingliederungshilfe am 09.04.2019

Der Krankenkasse obliegt als leistender Rehabilitationsträger weiterhin die Koordinierungsverantwortung, insbesondere hinsichtlich der einzuhaltenden Fristen.

Die Verantwortung für die Entscheidung und Bewilligung der Leistung geht auf den Träger der Eingliederungshilfe über.

Achtung!!

Die Träger der Eingliederungshilfe sind nicht Vereinbarungspartner der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“, sondern orientieren sich lediglich an dieser. Insofern können Widerstände auf Seiten der Träger der Eingliederungshilfe bei der Anwendung der Regelungen zum erweiterten Antragsplitting nicht ausgeschlossen werden. Um entsprechende Unstimmigkeiten zu vermeiden, sollte vorrangiges Ziel die Vornahme einer Turboklärung sein.

2.6 Überblick über relevante Fristen und deren Wirkung im Verfahren

Im Rahmen der Zuständigkeitsklärung nach § 14 Absatz 1 SGB IX ist hier an erster Stelle die 2-Wochen-Frist nach Absatz 1 zu nennen, in der der zuerst angegangene Rehabilitationsträger zu prüfen hat, ob er zumindest teilweise für den Antrag zuständig ist. Ist er insgesamt nicht zuständig und versäumt es, den Antrag rechtzeitig innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang an den nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger weiterzuleiten, ist er gesetzlich zur umfassenden Feststellung des Rehabilitationsbedarfs verpflichtet. Diese hat dann nicht nur nach den für ihn geltenden, sondern nach allen in Betracht kommenden Leistungsgesetzen zu erfolgen. Eine Ablehnung ist in diesen Fällen zwar nicht ausgeschlossen, aber nur dann zulässig, wenn nach keinem der in Betracht kommenden Leistungsgesetze ein Leistungsanspruch begründet werden kann. Wird auf dieser Grundlage ein Rehabilitationsbedarf festgestellt, obliegt auch die Leistungserbringung dem zuerst angegangenen Rehabilitationsträger, der hierfür, in Fällen des Fristversäumnisses, in der Regel keinen Erstattungsanspruch geltend machen kann (vgl. § 16 Absatz 4 SGB IX).

Ist der leistende Rehabilitationsträger insgesamt, also für alle vom Antrag umfassten Leistungen zuständig, gelten für ihn die Entscheidungsfristen nach § 14 Absatz 2 SGB IX. Danach entscheidet er innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang bei ihm, wenn kein Gutachten eingeholt wird. In Fällen, in denen der Rehabilitationsbedarf aufgrund eines Gutachtens festgestellt wird, hat die Entscheidung innerhalb von zwei Wochen nach Vorlage des Gutachtens zu erfolgen. Die Erstellung des Gutachtens erfolgt nach § 17 Absatz 2 SGB IX innerhalb einer Frist von zwei Wochen nach Auftragserteilung.

Bei Beteiligung mehrerer Rehabilitationsträger hat die Entscheidung nach § 15 Absatz 4 SGB IX, abweichend von den in § 14 Absatz 2 SGB IX geregelten Fristen, innerhalb einer Frist von sechs Wochen bzw. zwei Monaten (bei Durchführung einer Teilhabepflichtkonferenz) zu erfolgen.

Die in § 14 Absatz 2 SGB IX und § 15 Absatz 4 SGB IX aufgeführten Entscheidungsfristen dienen vornehmlich der Strukturierung und Beschleunigung des Verfahrens. Eine Überschreitung dieser Fristen – mit Ausnahme der 2-Monatsfrist nach § 15 Absatz 4 SGB IX – ist somit nicht mit unmittelbaren Sanktionen verbunden. In ihrer Gesamtheit begrenzt werden diese Fristen jedoch durch die in § 18 Absatz 1 SGB IX geregelte Rahmenfrist von zwei Monaten, deren Ablauf den unmittelbaren Eintritt der Genehmigungsfiktion nach § 18 Absatz 3 SGB IX und damit den Anspruch des Leistungsberechtigten auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach § 18 Absatz 4 SGB IX begründet.

3. Ergänzende Hinweise

Mit den Anlagen 1 und 2 stehen Orientierungshilfen zum Verfahren nach den §§ 14 und 15 SGB IX zur Verfügung, auf die in diesem Zusammenhang verwiesen wird. Hinsichtlich der trägerübergreifenden Ausgestaltung des Verfahrens zur Koordination der Leistungen und der Begutachtung nach den §§ 14, 15 und 17 SGB IX wird auf die nach § 26 SGB IX vereinbarte und zum 01.12.2018 in Kraft getretenen Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ verwiesen. Dabei ist besonders auf die Regelungen zur Rückleitung an den erstangegangenen Rehabilitationsträger im Rahmen der Turboklärung (§ 24 Abs. 1 Satz 4 GE „Reha-Prozess“) und ergänzenden Antragstellung bei Bedarf an nicht vom Antrag umfassten Leistungen (§ 25 GE „Reha-Prozess“) hinzuweisen. Auf Ebene der BAR ist vorgesehen, dass zeitnah trägerübergreifende Umsetzungshilfen, z. B. Vorschläge für die inhaltliche Gestaltung von Vordrucken und Hinweise zu datenschutzrechtlichen Aspekten, erstellt werden.

§ 15 Leistungsverantwortung bei Mehrheit von Rehabilitationsträgern

(1) Stellt der leistende Rehabilitationsträger fest, dass der Antrag neben den nach seinem Leistungsgesetz zu erbringenden Leistungen weitere Leistungen zur Teilhabe umfasst, für die er nicht Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 sein kann, leitet er den Antrag insoweit unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu. Dieser entscheidet über die weiteren Leistungen nach den für ihn geltenden Leistungsgesetzen in eigener Zuständigkeit und unterrichtet hierüber den Antragsteller.

(2) Hält der leistende Rehabilitationsträger für die umfassende Feststellung des Rehabilitationsbedarfs nach § 14 Absatz 2 die Feststellungen weiterer Rehabilitationsträger für erforderlich und liegt kein Fall nach Absatz 1 vor, fordert er von diesen Rehabilitationsträgern die für den Teilhabeplan nach § 19 erforderlichen Feststellungen unverzüglich an und berät diese nach § 19 trägerübergreifend. Die Feststellungen binden den leistenden Rehabilitationsträger bei seiner Entscheidung über den Antrag, wenn sie innerhalb von zwei Wochen nach Anforderung oder im Fall der Begutachtung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens beim leistenden Rehabilitationsträger eingegangen sind. Anderenfalls stellt der leistende Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf nach allen in Betracht kommenden Leistungsgesetzen umfassend fest.

(3) Die Rehabilitationsträger bewilligen und erbringen die Leistungen nach den für sie jeweils geltenden Leistungsgesetzen im eigenen Namen, wenn im Teilhabeplan nach § 19 dokumentiert wurde, dass

1. die erforderlichen Feststellungen nach allen in Betracht kommenden Leistungsgesetzen von den zuständigen Rehabilitationsträgern getroffen wurden,
2. auf Grundlage des Teilhabeplans eine Leistungserbringung durch die nach den jeweiligen Leistungsgesetzen zuständigen Rehabilitationsträger sichergestellt ist und
3. die Leistungsberechtigten einer nach Zuständigkeiten getrennten Leistungsbewilligung und Leistungserbringung nicht aus wichtigem Grund widersprechen.

Anderenfalls entscheidet der leistende Rehabilitationsträger über den Antrag in den Fällen nach Absatz 2 und erbringt die Leistungen im eigenen Namen.

(4) In den Fällen der Beteiligung von Rehabilitationsträgern nach den Absätzen 1 bis 3 ist abweichend von § 14 Absatz 2 innerhalb von sechs Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wird eine Teilhabeplankonferenz nach § 20 durchgeführt, ist innerhalb von zwei Monaten nach Antragseingang zu entscheiden. Die Antragsteller werden von dem leistenden Rehabilitationsträger über die Beteiligung von Rehabilitationsträgern sowie über die für die Entscheidung über den Antrag maßgeblichen Zuständigkeiten und Fristen unverzüglich unterrichtet.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Nach der neuen Vorschrift soll es in komplexen Fällen, in denen der Antrag verschiedene Leistungsgruppen nach § 5 SGB IX umfasst und mehrere Rehabilitationsträger beteiligt sind, im Außenverhältnis zum Antragsteller einen für die Koordination des Verfahrens zuständigen Ansprechpartner geben. Zudem sollen klare und für alle Rehabilitationsträger verbindliche Verantwortlichkeiten für Bedarfsfeststellung, Leistungsentscheidung und Leistungserbringung bei solchen trägerübergreifenden Fallkonstellationen geregelt werden.

2. Antragssplittung

Stellt der nach § 14 SGB IX leistende Rehabilitationsträger im Rahmen seiner Zuständigkeitsprüfung fest, dass der Antrag neben den Leistungen, für die er nach seinem Leistungsgesetz zuständig ist, Leistungen umfasst, für die er nicht Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 SGB IX sein kann, kommt Absatz 1 zum Tragen. Danach ist der leistende Rehabilitationsträger verpflichtet, den Antrag insoweit, d.h. bezogen auf die außerhalb seines Kompetenzbereiches liegenden Leistungen, an den zuständigen Rehabilitationsträger weiterzuleiten, der über die in seiner Zuständigkeit liegenden Leistungen entscheidet und den Antragsteller hierüber unterrichtet. Beide Rehabilitationsträger sind dabei an die beim nach § 14 SGB IX leistenden Rehabilitationsträger in Gang gesetzte Entscheidungsfrist nach Absatz 4 gebunden (vgl. Punkt 5). Die Koordinierungsverantwortung verbleibt, insbesondere mit Blick auf das Teilhabeplanverfahren und die Einhaltung der Frist, beim leistenden Rehabilitationsträger, wohingegen die Leistungsverantwortung auf den nach Absatz 1 beteiligten Rehabilitationsträger übergeht.

Beispiel:

- Bei der Krankenkasse geht am 20.05.2019 ein Antrag auf eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation sowie auf eine elektronische Rollstuhlrampe zum Einstieg in das eigene Auto ein.
- Bei letzterer handelt es sich um eine Leistung zur sozialen Teilhabe, für die der örtliche Träger der Eingliederungshilfe zuständig ist.
- Da die Krankenkasse für Leistungen zur sozialen Teilhabe nicht Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 SGB IX sein kann, ist der Antrag entsprechend zu splitten, d.h. bezogen auf die elektronische Rollstuhlrampe an den zuständigen Träger der Eingliederungshilfe weiterzuleiten.

Sofern ein „erweitertes“ Antragsplitting nach § 21 Abs. 1 Satz 2 i. V. m. §§ 29 Abs. 5, 30 Abs. 3 Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ erfolgt, wird ergänzend auf die Ausführungen unter Pkt. 2.1.2 und 2.5 zu § 14 SGB IX hingewiesen.

3. Einleitung des Teilhabeplanverfahrens und Koordinierung der Bedarfsfeststellung durch den leistenden Rehabilitationsträger

Absatz 2 bezieht sich auf Fälle der Beteiligung mehrerer Rehabilitationsträger, in denen der Antrag neben den Leistungen, für die der leistende Rehabilitationsträger nach seinem Leistungsgesetz zuständig ist, Leistungen umfasst, für die er in diesen Fällen zwar nicht zuständig ist, aber grundsätzlich nach § 6 Absatz 1 SGB IX zuständig sein könnte.

Beispiel:

- Beim Träger der Eingliederungshilfe geht am 20.05.2019 ein Antrag auf eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation sowie auf eine elektronische Rollstuhlrampe zum Einstieg in das eigene Auto ein.
- Für die stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation liegt die Zuständigkeit bei der Krankenkasse.
- Da der Träger der Eingliederungshilfe hier zwar nur für die elektronische Rollstuhlrampe als Leistung zur sozialen Teilhabe zuständig ist, grundsätzlich nach § 6 Absatz 1 SGB IX aber auch für die Leistung zur medizinischen Rehabilitation zuständig sein könnte, hat hier keine Antragsplitting, sondern eine Beteiligung der zuständigen Krankenkasse nach den Absätzen 2 und 3 zu erfolgen.

In Absatz 2 sind unterschiedliche Sachverhalte geregelt:

So ist in Satz 1 die Verantwortung des nach § 14 SGB IX leistenden Trägers für die unverzügliche Einholung von Feststellungen im Rahmen des Teilhabeplanverfahrens nach § 19 SGB IX geregelt (vgl. Anmerkungen zu § 19 SGB IX). Diese Feststellungen liegen der Leistungsentscheidung zugrunde, die die beteiligten Rehabilitationsträger grundsätzlich in eigener Zuständigkeit nach den jeweils für sie geltenden Leistungsgesetzen treffen (vgl. Punkt 4).

Weiter ist in den Sätzen 2 und 3 in Bezug auf die im Ausnahmefall durch den leistenden Rehabilitationsträger zu treffende Leistungsentscheidung geregelt, dass dieser dabei an die Feststellungen gebunden ist, wenn sie innerhalb von zwei Wochen nach Anforderung oder im Fall der Begutachtung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens bei ihm eingehen.

4. Konsens- und Konfliktfälle

In den Fällen der Beteiligung nach Absatz 2 bewilligen und erbringen nach Absatz 3 Satz 1 die Rehabilitationsträger die Leistungen nach den für sie geltenden Leistungsgesetzen im eigenen Namen, wenn im Teilhabeplan nach § 19 SGB IX dokumentiert wurde, dass erstens die Feststellungen von den zuständigen Rehabilitationsträgern getroffen wurden, zweitens die Leistungserbringung durch diese sichergestellt ist und drittens die Leistungsberechtigten der getrennten Leistungsbewilligung und -erbringung nicht widersprechen („Konsensfälle“). Sind diese Voraussetzungen erfüllt, tritt die Rechtsfolge einer getrennten Feststellung und Bewilligung der Leistung unmittelbar ein und ist nicht zusätzlich von der Entscheidung des leistenden Rehabilitationsträgers im Rahmen seiner Koordinierungsverantwortung abhängig. Sind die Voraussetzungen des Absatz 3 nicht erfüllt („Konfliktfälle“), soll nach Absatz 3 Satz 2 der leistende Rehabilitationsträger über die Leistungen im eigenen Namen entscheiden und den Verwaltungsakt erlassen. Er hat dann die volle Koordinierungs- und Leistungsverantwortung inne.

5. Fristen bei Trägermehrheit

Nach Absatz 4 soll bei bestehender Mehrheit von Rehabilitationsträgern, abweichend von den in § 14 SGB IX geregelten Fristen, innerhalb von sechs Wochen und bei Durchführung einer Teilhabeplankonferenz innerhalb von zwei Monaten nach Antragseingang beim leistenden Rehabilitationsträger über den Rehabilitationsantrag entschieden werden.

Auf die in diesem Rundschreiben gemachten Ausführungen zu relevanten Fristen und deren Wirkung im Verfahren (vgl. Anmerkungen zu § 14 SGB IX, Punkt 2.6) wird an dieser Stelle ausdrücklich verwiesen.

6. Ergänzende Hinweise

Mit den Anlagen 1 und 2 stehen Orientierungshilfen zum Verfahren nach den §§ 14 und 15 SGB IX zur Verfügung, auf die in diesem Zusammenhang verwiesen wird. Hinsichtlich der trägerübergreifenden Ausgestaltung des Verfahrens zur Koordinierung der Leistungen und der Begutachtung nach den §§ 14, 15 und 17 SGB IX wird auf die nach § 26 SGB IX vereinbarte und zum 01.12.2018 in Kraft getretene Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ verwiesen.

§ 16 Erstattungsansprüche zwischen Rehabilitationsträgern

(1) Hat ein leistender Rehabilitationsträger nach § 14 Absatz 2 Satz 4 Leistungen erbracht, für die ein anderer Rehabilitationsträger insgesamt zuständig ist, erstattet der zuständige Rehabilitationsträger die Aufwendungen des leistenden Rehabilitationsträgers nach den für den leistenden Rehabilitationsträger geltenden Rechtsvorschriften.

(2) Hat ein leistender Rehabilitationsträger nach § 15 Absatz 3 Satz 2 Leistungen im eigenen Namen erbracht, für die ein beteiligter Rehabilitationsträger zuständig ist, erstattet der beteiligte Rehabilitationsträger die Aufwendungen des leistenden Rehabilitationsträgers nach den Rechtsvorschriften, die den nach § 15 Absatz 2 eingeholten Feststellungen zugrunde liegen. Hat ein beteiligter Rehabilitationsträger die angeforderten Feststellungen nicht oder nicht rechtzeitig nach § 15 Absatz 2 beigebracht, erstattet der beteiligte Rehabilitationsträger die Aufwendungen des leistenden Rehabilitationsträgers nach den Rechtsvorschriften, die der Leistungsbewilligung zugrunde liegen.

(3) Der Erstattungsanspruch nach den Absätzen 1 und 2 umfasst die nach den jeweiligen Leistungsgesetzen entstandenen Leistungsaufwendungen und eine Verwaltungskostenpauschale in Höhe von 5 Prozent der erstattungsfähigen Leistungsaufwendungen. Eine Erstattungspflicht nach Satz 1 besteht nicht, soweit Leistungen zu Unrecht von dem leistenden Rehabilitationsträger erbracht worden sind und er hierbei grob fahrlässig oder vorsätzlich gehandelt hat.

(4) Für unzuständige Rehabilitationsträger ist § 105 des Zehnten Buches nicht anzuwenden, wenn sie eine Leistung erbracht haben,

1. ohne den Antrag an den zuständigen Rehabilitationsträger nach § 14 Absatz 1 Satz 2 weiterzuleiten oder
2. ohne einen weiteren zuständigen Rehabilitationsträger nach § 15 zu beteiligen.

es sei denn, die Rehabilitationsträger vereinbaren Abweichendes. Hat ein Rehabilitationsträger von der Weiterleitung des Antrages abgesehen, weil zum Zeitpunkt der Prüfung nach § 14 Absatz 1 Satz 3 Anhaltspunkte für eine Zuständigkeit auf Grund

der Ursache der Behinderung bestanden haben, bleibt § 105 des Zehnten Buches unberührt.

(5) Hat der leistende Rehabilitationsträger in den Fällen des § 18 Aufwendungen für selbstbeschaffte Leistungen nach dem Leistungsgesetz eines nach § 15 beteiligten Rehabilitationsträgers zu erstatten, kann er von dem beteiligten Rehabilitationsträger einen Ausgleich verlangen, soweit dieser durch die Erstattung nach § 18 Absatz 4 Satz 2 von seiner Leistungspflicht befreit wurde. Hat ein beteiligter Rehabilitationsträger den Eintritt der Erstattungspflicht für selbstbeschaffte Leistungen zu vertreten, umfasst der Ausgleich den gesamten Erstattungsbetrag abzüglich des Betrages, der sich aus der bei anderen Rehabilitationsträgern eingetretenen Leistungsbe-freiung ergibt.

(6) Für den Erstattungsanspruch des Trägers der Eingliederungshilfe, der öffentlichen Jugendhilfe und der Kriegsofopferfürsorge gilt § 108 Absatz 2 des Zehnten Buches entsprechend.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Mit Blick auf das in den §§ 14 und 15 SGB IX geregelte Verfahren zur Koordinierung der Leistungen wird im neu eingefügten § 16 SGB IX das Verfahren der Kostenerstattung zwischen den Rehabilitationsträgern, ergänzend zu den allgemeinen Vorschriften nach §§ 102 ff SGB X, konkretisiert. Dabei wird zwischen vier verschiedenen Erstattungsvarianten unterschieden:

- Erstattung bei Unzuständigkeit des zweitangegangenen Trägers (Absatz 1)
- Erstattung in Fällen der Trägermehrheit bei teilweiser Unzuständigkeit des leistenden Trägers (Absatz 2)
- Erstattungsanspruch des leistenden Trägers nach Erstattung selbstbeschaffter Leistungen (Absatz 5)
- Erstattung bei Unzuständigkeit des erstangegangenen Trägers (§§ 102 ff. SGB X)

2. Erstattung bei Unzuständigkeit des zweitangegangenen Rehabilitationsträgers

Nach Absatz 1 erhält der der nach § 14 Absatz 2 Satz 4 SGB IX leistende Rehabilitationsträger (Rehabilitationsträger, an den ein Antrag weitergeleitet wurde) nach den

für ihn geltenden Rechtsvorschriften einen Erstattungsanspruch, wenn er Leistungen erbracht hat, für die er insgesamt nicht zuständig ist. Die Höhe der Kostenerstattung bestimmt sich nach den für den unzuständigen Rehabilitationsträger geltenden Rechtsvorschriften.

3. Erstattung in Fällen der Trägermehrheit bei teilweiser Unzuständigkeit des leistenden Rehabilitationsträgers

Absatz 2 kommt in Fällen der Trägermehrheit nach § 15 Absatz 2 und 3 SGB IX zum Tragen, wenn der leistende Rehabilitationsträger nach § 15 Absatz 3 Satz 2 SGB IX Leistungen im eigenen Namen erbracht hat, für die er den zuständigen Rehabilitationsträger beteiligt hat. Dieser ist dann zur Erstattung der Aufwendungen des leistenden Rehabilitationsträgers nach den für den zuständigen Rehabilitationsträger geltenden Rechtsvorschriften verpflichtet. Sofern der beteiligte Rehabilitationsträger die von ihm nach § 15 Absatz 2 SGB IX angeforderten Feststellungen jedoch nicht oder nicht rechtzeitig beigebracht hat, hat die Erstattung der Aufwendungen des leistenden Rehabilitationsträgers nach den der Leistungsbewilligung tatsächlich zugrundeliegenden Rechtsvorschriften zu erfolgen.

4. Erstattungsumfang

In Absatz 3 ist der konkrete Umfang des Erstattungsanspruchs nach den Absätzen 1 und 2 geregelt. Demnach umfasst dieser die nach den jeweiligen Leistungsgesetzen entstandenen Aufwendungen zzgl. einer Verwaltungskostenpauschale in Höhe von fünf Prozent der erstattungsfähigen Leistungsaufwendungen. Eine Erstattungspflicht ist jedoch ausgeschlossen, soweit der leistende Rehabilitationsträger Leistungen zu Unrecht erbracht und dabei grob fahrlässig oder vorsätzlich gehandelt hat. Unterlaufen dem leistenden Rehabilitationsträger hingegen nur versehentliche Verwaltungsfehler im Rahmen der Fallbearbeitung und Leistungserbringung, handelt er fahrlässig und muss daher keinen Ausschluss der Erstattungspflicht des eigentlich zuständigen Rehabilitationsträger befürchten.

5. Ausschluss der allgemeinen Erstattungspflicht

Nach Absatz 4 greift der allgemeine Erstattungsanspruch für unzuständige Sozialleistungsträger nach § 105 SGB X nicht, wenn der unzuständige Rehabilitationsträger Leistungen erbracht hat, ohne den Antrag an den zuständigen Rehabilitationsträger nach § 14 Absatz 1 Satz 2 SGB IX weiterzuleiten oder einen weiteren zuständigen Rehabilitationsträger nach § 15 SGB IX zu beteiligen.

Die Vereinbarung abweichender Erstattungsregelungen zwischen den Rehabilitationsträgern für den Fall der unzuständigen Leistungserbringung soll hierdurch jedoch nicht ausgeschlossen werden, soweit dies im Interesse einer beschleunigten Zusammenarbeit steht.

In Fällen, in denen Anhaltspunkte für eine Zuständigkeit des erstangegangenen Rehabilitationsträgers (z. B. Unfallversicherungsträger) aufgrund der Ursache der Behinderung bestehen (z. B. auf Seiten des Unfallversicherungsträgers bestehen Anhaltspunkte, dass eine Krankheit als Berufskrankheit anerkannt werden könnte) und er aus diesem Grund von einer Antragsweiterleitung absieht, muss dieser keinen Ausschluss seines Erstattungsanspruchs nach § 16 Absatz 4 Satz 1 Nr. 1 SGB IX befürchten. Insofern korrespondiert die Regelung mit § 14 Absatz 1 Satz 3 SGB IX.

6. Erstattungsanspruch des leistenden Trägers nach Erstattung selbstbeschaffter Leistungen

In Absatz 5 wird der mit der Koordinierungspflicht des leistenden Rehabilitationsträgers einhergehende Fall geregelt, dass dieser Aufwendungen nach § 18 SGB IX für selbstbeschaffte Leistungen nach dem Leistungsgesetz eines nach § 15 SGB IX beteiligten Rehabilitationsträgers erstattet hat. Hierzu kann er vom beteiligten Rehabilitationsträger einen Ausgleich verlangen, soweit dieser mit der Erstattung von seiner Leistungspflicht befreit wurde. Sofern der beteiligte Rehabilitationsträger den Eintritt der Erstattungspflicht für selbstbeschaffte Leistungen zu vertreten hat, umfasst der Ausgleich den gesamten Erstattungsbetrag abzüglich der bei anderen Rehabilitationsträgern eingetretenen Leistungsbefreiung.

7. Zinsanspruch der Eingliederungshilfe

Mit der Regelung in Absatz 6 wird klargestellt, dass für den Erstattungsanspruch des Trägers der Eingliederungshilfe, der öffentlichen Jugendhilfe und der Kriegsopferfürsorge § 108 Absatz 2 SGB X entsprechend gilt.

8. Erstattung nach den §§ 102 ff SGB X bei Unzuständigkeit des erstangegangenen Rehabilitationsträgers

In Fällen der Unzuständigkeit des erstangegangenen Rehabilitationsträgers kann dieser einen Erstattungsanspruch gegen den eigentlich zuständigen Rehabilitationsträger geltend machen, wenn die Tatbestandsmerkmale der §§ 103 oder 104 SGB X erfüllt sind.

Nach § 103 SGB X kann der erstangegangene Rehabilitationsträger einen Erstattungsanspruch gegen den eigentlich zuständigen Rehabilitationsträger geltend machen, wenn der trägerspezifische Anspruch auf Rehabilitation durch Eintritt eines gesetzlichen Ausschlussgrundes nachträglich entfallen ist.

Darüber hinaus kann der erstangegangene Rehabilitationsträger einen Erstattungsanspruch nach § 104 SGB X gegen den eigentlich zuständigen Rehabilitationsträger geltend machen, wenn er den Antrag nicht innerhalb von zwei Wochen nach Eingang weitergeleitet hat, weil er nach vorangegangener Prüfung seine Zuständigkeit irrtümlich angenommen hat und sich im Nachhinein seine Unzuständigkeit herausstellt.

Hat die Krankenkasse Leistungen erbracht und stellt sich die nachträgliche Zuständigkeit eines Rehabilitationsträgers heraus, der die Leistung aufgrund der Ursache der Behinderung zu erbringen hat (z.B. Träger der Unfallversicherung), erfolgt eine Erstattung gemäß § 16 Abs. 1 SGB IX analog. Der Umfang des Erstattungsanspruchs richtet sich nach den für den erstattungsberechtigten Leistungsträger geltenden Rechtsvorschriften. Ein Anspruch auf Verwaltungskostenpauschale nach § 16 Abs. 3 SGB IX besteht nicht (vgl. § 72 Abs. 5 Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“).

Hat der erstangegangene Rehabilitationsträger in Kenntnis seiner Unzuständigkeit den Antrag nicht weitergeleitet und geleistet, hat er hingegen keinen Erstattungsanspruch.

Beispiel:

- Eingang eines Antrags auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei der Krankenkasse am 20.05.2019
- Der Versicherte steht noch im Erwerbsleben und aus dem Antrag geht eindeutig hervor, dass die Leistung zur medizinischen Rehabilitation zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit erbracht werden soll; die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung sind erfüllt.
- 2-Wochen-Frist nach Absatz 1 verläuft vom 21.05.2019 bis 03.06.2019
- Die Krankenkasse bewilligt dem Versicherten mit Bescheid vom 27.05.2019 eine ambulante Leistung zur medizinischen Rehabilitation.
- Erst im Nachhinein stellt sie fest, dass nicht sie, sondern der Träger der Rentenversicherung zuständig gewesen wäre.

Da die Krankenkasse den Antrag nicht weitergeleitet hat, obwohl ihr die hierzu maßgeblichen Informationen mit den Angaben im Antrag vorlagen, kann sie keinen Erstattungsanspruch gegenüber dem Rentenversicherungsträger geltend machen.

9. Beachtung der Ausschlussfrist des § 111 SGB X sowie der Verjährungsfrist des § 113 SGB X

Die Regelung des § 16 SGB IX ergänzt und konkretisiert die allgemeinen Verwaltungsvorschriften der §§ 102 ff SGB X. Bei der Geltendmachung eines Erstattungsanspruchs nach § 16 SGB IX findet daher die Ausschlussfrist des § 111 SGB X sowie die Verjährungsfrist des § 113 SGB X Anwendung und sind entsprechend zu beachten.

§ 17 Begutachtung

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

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

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

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

Anmerkungen:

1. Allgemeines

§ 17 SGB IX regelt ein einheitliches und durch die Vorrangbestimmung in § 7 Absatz 2 SGB IX für alle Rehabilitationsträger verbindliches Verfahren zur Beauftragung von Sachverständigen in Anknüpfung an das nach alter Rechtslage im bisherigen § 14 Absatz 5 SGB IX geregelte Verfahren. Damit ist jedoch ausdrücklich keine Änderung des nach § 275 SGB V für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Begutachtungsverfahrens durch den Medizinischen Dienst vorgesehen. Vielmehr soll § 17 SGB IX die Notwendigkeit einer verbesserten Abstimmung zwischen den Rehabilitationsträgern im Zusammenhang mit der Begutachtung, insbesondere in Fällen der Trägermehrheit, unterstreichen.

2. Beauftragung von Sachverständigen

Nach Absatz 1 erfolgt die Beauftragung des Sachverständigen durch den leistenden Rehabilitationsträger. Ist für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs also eine gutachtliche Stellungnahme erforderlich, benennt dieser dem Leistungsberechtigten in der Regel drei möglichst wohnortnahe Sachverständige, soweit nicht gesetzlich die Begutachtung durch einen sozialmedizinischen Dienst vorgesehen ist. Entscheiden sich Leistungsberechtigte für einen der benannten Sachverständigen, ist dieser für die Begutachtung vorzusehen. Der ausgewählte Sachverständige ist unverzüglich mit der gutachtlichen Stellungnahme zu beauftragen.

Da im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 275 SGB V die Begutachtung und Beratung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) vorgesehen ist, kommt diese Form der Beauftragung von Sachverständigen hier grundsätzlich nicht zum Tragen.

Nach Absatz 4 stellen die Rehabilitationsträger sicher, dass hierzu keine Zugangs- und Kommunikationsbarrieren bestehen (z. B. durch möglichen Einsatz von Gebärdendolmetschern).

3. Begutachtungsverfahren

In Absatz 2 ist die Ausgestaltung des Begutachtungsverfahrens geregelt. Für die Erstellung des Gutachtens ist eine Frist von zwei Wochen nach Auftragserteilung vorgesehen.

Ausgehend von dem Ziel der Vermeidung von Mehrfachbegutachtungen hat der Sachverständige eine umfassende sozialmedizinische, bei Bedarf auch psychologische Begutachtung vorzunehmen und hierbei die von den Rehabilitationsträgern gemeinsam vereinbarten Grundsätze der Bedarfsfeststellung und Begutachtung zu erfüllen und umzusetzen. Die in dem Gutachten getroffenen Feststellungen zum Rehabilitationsbedarf werden den Entscheidungen der Rehabilitationsträger zugrunde gelegt. Auf die Gemeinsame Empfehlung für die Durchführung von Begutachtungen nach möglichst einheitlichen Grundsätzen (Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“) wird an dieser Stelle verwiesen.

Die Regelung in Absatz 2 Satz 4 stellt sicher, dass das für die gesetzlichen Krankenkassen geltende Begutachtungsverfahren und die gesetzlichen Aufgaben des Medizinischen Dienstes nach § 275 SGB V durch das in § 17 SGB IX geregelte, den Leistungsgesetzen nach § 7 SGB IX vorrangige Begutachtungsverfahren nicht berührt, also weder eingeschränkt noch ausgeweitet, werden.

4. Abstimmung der Begutachtung in Fällen der Trägermehrheit

Für den Fall der Trägermehrheit bestimmt Absatz 3, dass der leistende Rehabilitationsträger sich bei der Entscheidung über die Beauftragung eines Sachverständigen über Anlass, Ziel und Umfang der Begutachtung mit den anderen Rehabilitationsträgern ins Benehmen setzt. Durch die gerade in Fällen mit mehreren beteiligten Trägern notwendige trägerübergreifende Abstimmung sollen insbesondere Doppelbegutachtungen in Form von mehrfachen körperlichen Untersuchungen vermieden werden. Die im Gutachten getroffenen Feststellungen werden in den Teilhabeplan einbezogen und den Entscheidungen der Rehabilitationsträger zum Rehabilitationsbedarf zugrunde gelegt. Für die Krankenkassen sind hier die Feststellungen des Medizinischen Dienstes maßgeblich.

7. Ergänzende Hinweise

Bzgl. der trägerübergreifenden Ausgestaltung des Verfahrens zur Koordinierung der Leistungen und der Begutachtung nach den §§ 14, 15 und 17 SGB IX wird auf die entsprechenden, von den Rehabilitationsträgern nach § 26 SGB IX zu vereinbarenden, gemeinsamen Empfehlungen verwiesen.

§ 18 Erstattung selbstbeschaffter Leistungen

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

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

1. um bis zu zwei Wochen zur Beauftragung eines Sachverständigen für die Begutachtung infolge einer nachweislich beschränkten Verfügbarkeit geeigneter Sachverständiger,
2. um bis zu vier Wochen, soweit von dem Sachverständigen die Notwendigkeit für einen solchen Zeitraum der Begutachtung schriftlich bestätigt wurde und
3. für die Dauer einer fehlenden Mitwirkung der Leistungsberechtigten, wenn und soweit den Leistungsberechtigten nach § 66 Absatz 3 des Ersten Buches schriftlich eine angemessene Frist zur Mitwirkung gesetzt wurde.

(3) Erfolgt keine begründete Mitteilung, gilt die beantragte Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Die beantragte Leistung gilt auch dann als genehmigt, wenn der in der Mitteilung bestimmte Zeitpunkt der Entscheidung über den Antrag ohne weitere begründete Mitteilung des Rehabilitationsträgers abgelaufen ist.

(4) Beschaffen sich Leistungsberechtigte eine als genehmigt geltende Leistung selbst, ist der leistende Rehabilitationsträger zur Erstattung der Aufwendungen für selbstbeschaffte Leistungen verpflichtet. Mit der Erstattung gilt der Anspruch der Leistungsberechtigten auf die Erbringung der selbstbeschafften Leistungen zur Teilhabe als erfüllt. Der Erstattungsanspruch umfasst auch die Zahlung von Abschlägen im Umfang fälliger Zahlungsverpflichtungen für selbstbeschaffte Leistungen.

(5) Die Erstattungspflicht besteht nicht,

1. wenn und soweit kein Anspruch auf Bewilligung der selbst beschafften Leistungen bestanden hätte und

2. die Leistungsberechtigten dies wussten oder infolge grober Außerachtlassung der allgemeinen Sorgfalt nicht wussten.

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

(7) Die Absätze 1 bis 5 gelten nicht für die Träger der Eingliederungshilfe, der öffentlichen Jugendhilfe und der Kriegsopferfürsorge.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Der in § 18 Absatz 1 bis 5 SGB IX neu ausgestaltete Anspruch auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen zur Teilhabe verfolgt das primäre Ziel, die Rechtsposition der Leistungsberechtigten gegenüber den Rehabilitationsträgern zu stärken und zu konkretisieren.

Mit der Neufassung soll den Berechtigten ein Instrument an die Hand gegeben werden, ihre Ansprüche in einem von der Vielfalt der Zuständigkeiten geprägten, gegliederten System der Teilhabeleistungen zu verwirklichen. So wird das nach der bis zum 31.12.2017 geltenden Rechtslage beim Leistungsberechtigten liegende Kostenrisiko für fehlerhafte Selbstbeschaffungen auf die „säumigen“ Rehabilitationsträger verlagert. Diese Verlagerung beinhaltet insbesondere die Abkehr von den bisher maßgebenden Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit und die Einführung starrer Fristen, an die die Rehabilitationsträger gebunden sind.

Darüber hinaus stellt die in § 18 Absatz 3 SGB IX neu eingeführte Genehmigungsfiktion ein zentrales Element der Stärkung der Leistungsberechtigten dar. Sie bewirkt u. a., dass für den Vertrauensschutz der Leistungsberechtigten die allgemeinen

Maßstäbe für die Rücknahme rechtswidriger begünstigender Verwaltungsakte gelten.

Der in Absatz 6 geregelte Selbstbeschaffungsanspruch des Leistungsberechtigten auf Kostenerstattung bei nicht rechtzeitig erbrachten oder zu Unrecht abgelehnten Leistungen ist hingegen nach Art und Umfang weniger „privilegiert“ und somit von der Regelung nach den Absätzen 1 bis 5 zu unterscheiden (vgl. Punkt 5).

2. Entscheidungsfrist / begründete Mitteilung zur Fristverlängerung

Grundsätzlich gilt nach § 18 Absatz 1 SGB IX für die Erstattung selbstbeschaffter Leistungen eine Frist von zwei Monaten ab Antragseingang beim leistenden Rehabilitationsträger. D. h., die in den §§ 14 und 15 SGB IX zur Strukturierung und Beschleunigung des Verfahrens geregelten Fristen werden in ihrer Gesamtheit begrenzt durch die an dieser Stelle geregelte Rahmenfrist.

Nach Absatz 1 soll, wenn nicht innerhalb dieser Rahmenfrist über den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe entschieden werden kann, der leistende Rehabilitationsträger dem Leistungsberechtigten vor Ablauf der Frist die Gründe schriftlich mitteilen (begründete Mitteilung).

Absatz 2 legt fest, dass in der begründeten Mitteilung auf den Tag genau zu bestimmen ist, bis wann über den Antrag entschieden wird. Dabei kommt eine Verlängerung der Frist von zwei Monaten nur in definierten Fällen in folgendem Umfang in Betracht:

- um bis zu zwei Wochen zur Beauftragung eines Sachverständigen für die Begutachtung bei nachweisbar beschränkter Verfügbarkeit geeigneter Sachverständiger,
- um bis zu vier Wochen für die Begutachtung, sofern die Notwendigkeit für einen solchen Zeitraum durch den Sachverständigen schriftlich bestätigt wurde und
- für die Dauer einer fehlenden Mitwirkung des Leistungsberechtigten, soweit eine angemessene Frist zur Mitwirkung gesetzt wurde.

Die für jeden Verlängerungsgrund definierten Zeiträume dürfen zwar nicht überschritten werden; das Bestehen mehrerer Verlängerungsgründe ist hingegen nicht ausgeschlossen.

In Fällen fehlender Mitwirkung können zudem die Tatbestandsmerkmale nach § 66 SGB I erfüllt sein und damit die beantragte Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden. Dies gilt auch, wenn der Leistungsberechtigte seinen Mitwirkungspflichten aufgrund der Inanspruchnahme einer unabhängigen Teilhabeberatung nicht nachkommt.

3. Genehmigungsfiktion

Absatz 3 bestimmt die Rechtsfolge einer Fristüberschreitung. Danach gilt die beantragte Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt, wenn keine begründete Mitteilung erfolgt. Die Leistung gilt auch dann als genehmigt, wenn der in der begründeten Mitteilung bestimmte Zeitpunkt der Entscheidung ohne weitere begründete Mitteilung abgelaufen ist.

Diese „fiktive“ Genehmigung entfaltet dieselbe Wirkung wie ein „echter“ Bewilligungsbescheid, in dem die beantragte Leistung uneingeschränkt bewilligt wird und zwar unabhängig davon, ob der Leistungsberechtigte tatsächlich Gebrauch von seinem Selbstbeschaffungsrecht macht. D.h., dass der Antragsteller so behandelt wird, als sei ihm ein Verwaltungsakt, nämlich die Genehmigung, erteilt worden.

Beispiel:

- Antragseingang bei der Krankenkasse als leistender Rehabilitationsträger am 09.05.2019. Der Versicherte beantragt die Durchführung einer fünfwöchigen stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation in einer Nichtvertragseinrichtung, die einen außergewöhnlich hohen Vergütungssatz fordert.
- 2-Monats-Frist nach Absatz 1 verläuft vom 10.05.2019 bis 09.07.2019
- Die Krankenkasse versäumt die Entscheidungsfrist nach Absatz 1.
- Die beantragte Leistung gilt mit Ablauf des 09.07.2019 als genehmigt.

Fallvariante a)

- Der Versicherte tritt die stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation am 16.07.2019 an und trägt die Kosten hierfür zunächst selbst.
- Die Rechnung sendet er per Post an seine Krankenkasse.
- Diese ist nunmehr zur vollständigen Erstattung der dem Versicherten entstandenen Aufwendungen verpflichtet.
- Dabei ist es unerheblich, ob die leistungsrechtlichen Voraussetzungen zur Inanspruchnahme einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation erfüllt waren bzw. eine Leistungsdauer von fünf Wochen erforderlich gewesen wäre.

- Ebenso wenig findet die Tatsache Berücksichtigung, dass außerhalb der selbstbeschafften Leistung eine nach wirtschaftlichen und qualitativen Gesichtspunkten günstigere Vertragseinrichtung ausgewählt worden wäre.
- Eine Rücknahme für die Vergangenheit im Sinne des § 45 SGB X kommt aufgrund des nach § 45 Absatz 2 Satz 2 SGB X bestehenden Vertrauensschutzes grundsätzlich nicht in Betracht. Hinweise auf eine Einschränkung des Vertrauensschutzes im Sinne des § 45 Absatz 2 Satz 3 SGB X (z. B. Bösgläubigkeit) liegen nicht vor.

Fallvariante b)

- Der Krankenkasse fällt am 10.07.2019 der noch unerledigte Antrag auf. Der Versicherte hat sich die Leistung zu diesem Zeitpunkt noch nicht selbst beschafft.
- Die Frage, ob der Verwaltungsakt unter den Voraussetzungen des § 45 SGB X für die Zukunft zurückgenommen werden kann, ist derzeit offen.
- Bezogen auf § 18 SGB IX wurde diese Frage bisher durch die Rechtsprechung nicht geklärt.
- Die Möglichkeit der Rücknahme eines Verwaltungsaktes bei § 13 Abs. 3a SGB V wurde bisher durch die BSG-Rechtsprechung nicht eindeutig entschieden (vgl. Gemeinsames Rundschreiben zu § 13 Abs. 3 SGB V, Seite 52 f. Rundschreiben GKV-SV 2018/527 vom 02.10.2018).
- Mangels Rechtsprechung zu § 18 SGB IX sowie aufgrund uneindeutiger BSG-Rechtsprechung zu § 13 Abs. 3a SGB V kann zur Möglichkeit der Rücknahme eines Verwaltungsaktes nach Eintritt der Genehmigungsfiktion keine Empfehlung vorgenommen werden.

4. Anspruch auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen

Der Anspruch des Leistungsberechtigten auf Erstattung der Aufwendungen für die selbstbeschafften Leistungen richtet sich nach Absatz 4 gegen den leistenden Rehabilitationsträger. Der Umfang des Erstattungsanspruchs ist grundsätzlich unbeschränkt und somit die Wirtschaftlichkeit und Rechtmäßigkeit, also insbesondere die Erforderlichkeit und Zweckmäßigkeit der Leistung, nicht von Bedeutung.

Eine Erstattungspflicht ist nach Absatz 5 nur dann ausgeschlossen, wenn ein Anspruch auf Bewilligung der selbstbeschafften Leistung offensichtlich nicht bestanden hätte und der Leistungsberechtigte dies wusste oder aufgrund einer groben Außerachtlassung der allgemeinen Sorgfalt nicht wusste. Im Ergebnis wird hierdurch eine Erstattung offensichtlich rechtswidriger Leistungen, die rechtsmissbräuchlich be-

schaft wurden, ausgeschlossen (z. B. Mutter/Vater-Kind „Reha-Aufenthalt“ auf Mallorca).

5. Erstattungspflicht bei nicht rechtzeitiger Leistungserbringung bzw. zu Unrecht abgelehnter Leistungen

Nach Absatz 6 besteht die Erstattungspflicht auch, wenn der Rehabilitationsträger eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann oder er eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat.

Der Anspruch auf Erstattung richtet sich nach Absatz 6 Satz 2 zunächst gegen den Rehabilitationsträger, der zum Zeitpunkt der Selbstbeschaffung über den Antrag entschieden hat. Ist eine Leistungsentscheidung noch nicht erfolgt, richtet sich der Erstattungsanspruch nach Absatz 6 Satz 3 gegen den leistenden Träger.

5.1. Unaufschiebbare Leistung

Die Beurteilung, ob eine selbstbeschaffte Leistung "unaufschiebbar" war, ist – bei Beteiligung einer Krankenkasse als Rehabilitationsträger – ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten vorzunehmen. Die Leistung muss so dringend erforderlich gewesen sein, dass eine Verzögerung aus medizinischen Gründen nicht vertretbar war.

5.2. Zu Unrecht abgelehnte Leistung

Für den Kostenerstattungsanspruch bei "zu Unrecht abgelehnten" Leistungen ist die vorherige Einschaltung des Rehabilitationsträgers unabdingbare Voraussetzung. Eine Ablehnung der Leistung muss sich im Nachhinein als unrechtmäßig herausstellen. Der Rehabilitationsträger kann den Kostenerstattungsanspruch nicht mit dem Hinweis auf die vorherige – ggf. auch rechtskräftig gewordene – Ablehnung der Sachleistung verweigern, sondern muss in einem neuen Verwaltungsverfahren die Rechtmäßigkeit seiner früheren Entscheidung überprüfen (§ 44 SGB X).

5.3. Höhe der Kostenerstattung

Hat eine Krankenkasse als Rehabilitationsträger eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen können oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch dem Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese nach Absatz 6 Satz 1 in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.

6. Eingeschränkte Geltung / Anwendung für die Träger der Eingliederungshilfe, der öffentlichen Jugendhilfe und der Kriegsopferfürsorge

Die Regelungen zur Erstattung selbstbeschaffter Leistungen bei Fristversäumnis durch die Rehabilitationsträger nach den Absätzen 1 bis 5 gelten nach Absatz 7 nicht für die Träger der Eingliederungshilfe, der öffentlichen Jugendhilfe und der Kriegsopferfürsorge.

Die Regelung zur Erstattung nicht rechtzeitig erbrachter unaufschiebbarer oder zu Unrecht abgelehnter Leistungen gilt hingegen uneingeschränkt auch für diese Träger.

§ 19 Teilhabeplan

(1) Soweit Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind, ist der leistende Rehabilitationsträger dafür verantwortlich, dass er und die nach § 15 beteiligten Rehabilitationsträger im Benehmen miteinander und in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen hinsichtlich Ziel, Art und Umfang funktionsbezogen feststellen und schriftlich so zusammenstellen, dass sie nahtlos ineinandergreifen.

(2) Der leistende Rehabilitationsträger erstellt in den Fällen nach Absatz 1 einen Teilhabeplan innerhalb der für die Entscheidung über den Antrag maßgeblichen Frist. Der Teilhabeplan dokumentiert

1. den Tag des Antragseingangs beim leistenden Rehabilitationsträger und das Ergebnis der Zuständigkeitsklärung und Beteiligung nach den §§ 14 und 15,
2. die Feststellungen über den individuellen Rehabilitationsbedarf auf Grundlage der Bedarfsermittlung nach § 13,
3. die zur individuellen Bedarfsermittlung nach § 13 eingesetzten Instrumente,
4. die gutachterliche Stellungnahme der Bundesagentur für Arbeit nach § 54,
5. die Einbeziehung von Diensten und Einrichtungen bei der Leistungserbringung,
6. erreichbare und überprüfbare Teilhabeziele und deren Fortschreibung,
7. die Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 8, insbesondere im Hinblick auf die Ausführung von Leistungen durch ein Persönliches Budget,
8. die Dokumentation der einvernehmlichen, umfassenden und trägerübergreifenden Feststellung des Rehabilitationsbedarfs in den Fällen nach § 15 Absatz 3 Satz 2,
9. die Ergebnisse der Teilhabeplankonferenz nach § 20,
10. die Erkenntnisse aus den Mitteilungen der nach § 22 einbezogenen anderen öffentlichen Stellen und
11. die besonderen Belange pflegender Angehöriger bei der Erbringung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation.

Wenn Leistungsberechtigte die Erstellung eines Teilhabeplans wünschen und die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vorliegen, ist Satz 2 entsprechend anzuwenden.

(3) Der Teilhabeplan wird entsprechend dem Verlauf der Rehabilitation angepasst und darauf ausgerichtet, den Leistungsberechtigten unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Einzelfalles eine umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zügig, wirksam, wirtschaftlich und auf Dauer zu ermöglichen. Dabei sichert der leistende Rehabilitationsträger durchgehend das Verfahren. Die Leistungsberechtigten können von dem leistenden Rehabilitationsträger Einsicht in den Teilhabeplan oder die Erteilung von Ablichtungen nach § 25 des Zehnten Buches verlangen.

(4) Die Rehabilitationsträger legen den Teilhabeplan bei der Entscheidung über den Antrag zugrunde. Die Begründung der Entscheidung über die beantragten Leistungen nach § 35 des Zehnten Buches soll erkennen lassen, inwieweit die im Teilhabeplan enthaltenen Feststellungen bei der Entscheidung berücksichtigt wurden.

(5) Ein nach § 15 beteiligter Rehabilitationsträger kann das Verfahren nach den Absätzen 1 bis 3 anstelle des leistenden Rehabilitationsträgers durchführen, wenn die Rehabilitationsträger dies in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten vereinbaren. Die Vorschriften über die Leistungsverantwortung der Rehabilitationsträger nach den §§ 14 und 15 bleiben hiervon unberührt.

(6) Setzen unterhaltssichernde Leistungen den Erhalt von anderen Leistungen zur Teilhabe voraus, gelten die Leistungen im Verhältnis zueinander nicht als Leistungen verschiedener Leistungsgruppen im Sinne von Absatz 1.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Mit der Regelung zum Teilhabeplan wird die bisher in § 10 SGB IX nur in Grundzügen geregelte Koordinierung der Leistungen konkretisiert. Die mit dem Teilhabeplanverfahren einhergehenden vollständigen und nahtlos ineinander greifenden Feststellungen der Rehabilitationsträger korrespondieren mit § 15 Absatz 3 Satz 2 SGB IX und sollen eine nach Zuständigkeiten und Leistungsgesetzen getrennte Leistungsbewilligung und Leistungserbringung ermöglichen. Die einheitliche Ausgestaltung des Teilhabeplanverfahrens wird in der zum 01.12.2018 in Kraft getretenen Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ bestimmt.

2. Notwendigkeit, Inhalte sowie Anpassung und Fortschreibung des Teilhabeplans

Die Notwendigkeit einen Teilhabeplan zu erstellen besteht, wenn Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind. Unterhaltssichernde Leistungen sind dabei als akzessorische Leistung zur Hauptleistung und somit nicht als Leistungen unterschiedlicher Leistungsgruppen anzusehen. In diesen Fällen ist ein Teilhabeplanverfahren nur dann erforderlich, wenn Leistungen weiterer Leistungsgruppen beantragt werden. Für den Teilhabeplan sind die erforderlichen Leistungen hinsichtlich Ziel, Art und Umfang funktionsbezogen festzustellen und schriftlich so zusammenzustellen, dass sie nahtlos ineinandergreifen. Entsprechend dem Verlauf der Rehabilitation ist der Teilhabeplan anzupassen und fortzuschreiben. Der Teilhabeplan ist in Abstimmung mit dem Leistungsberechtigten zu erstellen. Zudem wird dem Leistungsberechtigten das Recht zur Einsicht in den Teilhabeplan eingeräumt.

Ein Teilhabeplan ist auch dann zu erstellen, wenn der Leistungsberechtigte diesen wünscht, obgleich die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vorliegen.

3. Verantwortlicher Rehabilitationsträger

Die Verantwortung für die Koordination und damit für die Erstellung sowie Anpassung und Fortschreibung des Teilhabeplans obliegen dem leistenden Rehabilitationsträger. Bei Trägermehrheit kann in Abstimmung mit dem Leistungsberechtigten die Federführung für die Durchführung des Teilhabeplanverfahrens auch bei einem der beteiligten Rehabilitationsträger liegen. Der federführende Rehabilitationsträger ist auch für die Einhaltung der Fristen verantwortlich.

4. Leistungen zur Frühförderung

Die Leistungen zur Frühförderung umfassen aufeinander abgestimmte Leistungen, ggf. mehrerer Leistungsträger und Fachdisziplinen, die aus einer Hand unbürokratisch und schnell zur Verfügung gestellt werden. Diese Leistungen bilden als Komplexleistung eine Einheit, für die spezielle Regelungen (z. B. Fristen, Verfahren, Kostenteilung und die Erstellung eines Förder- und Behandlungsplans) explizit im Gesetz und der aktuellen Frühförder-Verordnung geregelt sind. Bei Leistungen der Frühförderung ist daher ein Teilhabe- oder Gesamtplan nicht zu erstellen, sondern ist nur dann angezeigt, wenn neben der Komplexleistung Frühförderung noch weitere Leistungen zur Teilhabe erbracht werden. Daher sollte in den Landesrahmenvereinbarungen lediglich geregelt werden, in welchen Fällen neben dem obligatorischen Förder- und Behandlungsplan die Erstellung eines Teilhabe- oder Gesamt-

plans erforderlich sein kann. Hinsichtlich des Förder- und Behandlungsplans kann es in der Regel bei den bisher verwandten Musterplänen verbleiben.

5. Ergänzende Hinweise

Hinsichtlich der trägerübergreifenden Ausgestaltung des Teilhabeplanverfahrens (§ 20 SGB IX) wird auf die, von den Rehabilitationsträgern nach § 26 Absatz 2 Nr. 3 SGB IX vereinbarte und zum 01.12.2018 in Kraft getretene Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ verwiesen.

§ 20 Teilhabekonferenz

(1) Mit Zustimmung der Leistungsberechtigten kann der für die Durchführung des Teilhabekonferenzverfahrens nach § 19 verantwortliche Rehabilitationsträger zur gemeinsamen Beratung der Feststellungen zum Rehabilitationsbedarf eine Teilhabekonferenz durchführen. Die Leistungsberechtigten, die beteiligten Rehabilitationsträger und die Jobcenter können dem nach § 19 verantwortlichen Rehabilitationsträger die Durchführung einer Teilhabekonferenz vorschlagen. Von dem Vorschlag auf Durchführung einer Teilhabekonferenz kann abgewichen werden,

1. wenn der zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs maßgebliche Sachverhalt schriftlich ermittelt werden kann,
2. der Aufwand zur Durchführung nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Umfang der beantragten Leistung steht
3. oder eine Einwilligung nach § 23 Absatz 2 nicht erteilt wurde.

(2) Wird von dem Vorschlag der Leistungsberechtigten auf Durchführung einer Teilhabekonferenz abgewichen, sind die Leistungsberechtigten über die dafür maßgeblichen Gründe zu informieren und hierzu anzuhören. Von dem Vorschlag der Leistungsberechtigten auf Durchführung einer Teilhabekonferenz kann nicht abgewichen werden, wenn Leistungen an Mütter und Väter mit Behinderungen bei der Versorgung und Betreuung ihrer Kinder beantragt wurden.

(3) An der Teilhabekonferenz nehmen Beteiligte nach § 12 des Zehnten Buches sowie auf Wunsch der Leistungsberechtigten die Bevollmächtigten und Beistände nach § 13 des Zehnten Buches sowie sonstige Vertrauenspersonen teil. Auf Wunsch oder mit Zustimmung der Leistungsberechtigten können Rehabilitationsdienste, Rehabilitationseinrichtungen und Jobcenter sowie sonstige beteiligte Leistungserbringer an der Teilhabekonferenz teilnehmen. Vor der Durchführung einer Teilhabekonferenz sollen die Leistungsberechtigten auf die Angebote der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung nach § 32 besonders hingewiesen werden.

(4) Wird eine Teilhabekonferenz nach Absatz 1 auf Wunsch und mit Zustimmung der Leistungsberechtigten eingeleitet, richtet sich die Frist zur Entscheidung über den Antrag nach § 15 Absatz 4.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Mit der Teilhabepankonferenz wird ein zusätzliches Verfahren der Bedarfsfeststellung in Fällen der Trägermehrheit verankert. Die auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation nach § 26 Absatz 2 Nr. 3 SGB IX zu vereinbarende gemeinsame Empfehlung umfasst auch die einheitliche Ausgestaltung des Teilhabepanverfahrens.

2. Durchführung einer Teilhabepankonferenz

Die Durchführung einer Teilhabepankonferenz kann nur mit Zustimmung der Leistungsberechtigten erfolgen. Dabei ist die Entscheidung, ob eine Teilhabepankonferenz durchgeführt werden soll, durch den nach § 19 SGB IX zuständigen Rehabilitationsträger unter Berücksichtigung der Erforderlichkeit und Zweckmäßigkeit nach pflichtgemäßem Ermessen vorzunehmen.

Zudem können die Leistungsberechtigten und die beteiligten Rehabilitationsträger dem nach § 19 SGB IX zuständigen Rehabilitationsträger die Durchführung einer Teilhabepankonferenz vorschlagen. Von dem Vorschlag zur Durchführung einer Teilhabepankonferenz kann abgewichen werden, wenn die Inhalte des Teilhabepans schriftlich ermittelt werden können und der Aufwand zur Durchführung in keinem angemessenen Verhältnis zum Umfang der beantragten Leistung steht oder eine Einwilligung durch den Leistungsberechtigten zur Erhebung und Nutzung von Sozialdaten nicht erteilt wurde. Wird von dem Vorschlag der Leistungsberechtigten zur Durchführung einer Teilhabepankonferenz abgewichen, sind sie über die dafür maßgeblichen Gründe zu informieren und anzuhören. Von dem Vorschlag der Leistungsberechtigten zur Durchführung einer Teilhabepankonferenz kann nicht abgewichen werden, wenn Leistungen an Mütter und Väter mit Behinderungen bei der Versorgung und Betreuung ihrer Kinder beantragt wurden. Angeregt werden kann eine Teilhabepankonferenz mit Zustimmung des Leistungsberechtigten auch durch die Leistungserbringer, die Integrationsämter und den zuständigen Betreuer bzw. die Betreuungsbehörde (vgl. § 58 Abs. 4 Satz 1 GE „Reha-Prozess“). Sofern die Rehabilitationsträger von der Anregung des Leistungserbringers zur Durchführung einer Teilhabepankonferenz abweichen, kann dies unabhängig von der Regelung des § 20 Abs. 1 Satz 3 und Abs. 3 SGB IX erfolgen.

Zur Stärkung der Position der Leistungsberechtigten im Rahmen der Teilhabekonferenz können weitere Stellen und Personen an der Teilhabekonferenz teilnehmen. Hierzu zählen Beteiligte nach § 12 SGB X. Auf Wunsch der Leistungsberechtigten können auch Bevollmächtigte und Beistände nach § 13 SGB X sowie sonstige Vertrauenspersonen teilnehmen. Ebenfalls auf Wunsch der Leistungsberechtigten oder mit deren Zustimmung können Rehabilitationsdienste und -einrichtungen, Jobcenter sowie sonstige beteiligte Leistungserbringer an der Teilhabekonferenz teilnehmen. Vor der Durchführung der Teilhabekonferenz sollen die Leistungsberechtigten auf die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung nach § 32 SGB IX hingewiesen werden.

3. Fristen

Die zweimonatige Frist des § 15 Absatz 4 SGB IX, innerhalb derer die Rehabilitationsträger bei der Durchführung einer Teilhabekonferenz über den Antrag zu entscheiden haben, findet nur dann Anwendung, wenn eine Teilhabekonferenz auf Vorschlag der Leistungsberechtigten oder mit deren Zustimmung stattfindet. Insoweit löst die alleinige Vorstellung des Rehabilitationsträgers, dass eine Teilhabekonferenz durchzuführen sei, keine verlängerte Entscheidungsfrist aus.

4. Ergänzende Hinweise

Hinsichtlich der trägerübergreifenden Ausgestaltung des Teilhabekonferenzverfahrens wird auf die entsprechende, von den Rehabilitationsträgern nach § 26 Absatz 2 Nr. 3 SGB IX vereinbarte und zum 01.12.2018 in Kraft getretene, Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ verwiesen.

§ 21 Besondere Anforderungen an das Teilhabeplanverfahren

Ist der Träger der Eingliederungshilfe der für die Durchführung des Teilhabeplanverfahrens verantwortliche Rehabilitationsträger, gelten für ihn die Vorschriften für die Gesamtplanung ergänzend; dabei ist das Gesamtplanverfahren ein Gegenstand des Teilhabeplanverfahrens. Ist der Träger der öffentlichen Jugendhilfe der für die Durchführung des Teilhabeplans verantwortliche Rehabilitationsträger, gelten für ihn die Vorschriften für den Hilfeplan nach § 36 des Achten Buches ergänzend.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Ist für die Durchführung des Teilhabeplanverfahrens der Träger der Eingliederungshilfe verantwortlich, sollen die Vorschriften für die Gesamtplanung (§§ 117 ff SGB IX) ergänzend Anwendung finden. Der Gesamtplan ist dabei Bestandteil des Teilhabeplanes. Gleiches gilt für den Hilfeplan, wenn der Träger der öffentlichen Jugendhilfe für die Durchführung verantwortlich ist.

2. Ergänzende Hinweise

Hinsichtlich der trägerübergreifenden Ausgestaltung des Teilhabeplanverfahrens (§ 20 SGB IX) wird auf die entsprechende, von den Rehabilitationsträgern nach § 26 Absatz 2 Nr. 3 SGB IX vereinbarte und zum 01.12.2018 in Kraft getretene Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ verwiesen.

§ 22 Einbeziehung anderer öffentlicher Stellen

(1) Der für die Durchführung des Teilhabeplanverfahrens verantwortliche Rehabilitationsträger bezieht unter Berücksichtigung der Interessen der Leistungsberechtigten andere öffentliche Stellen in die Erstellung des Teilhabeplans in geeigneter Art und Weise ein, soweit dies zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs erforderlich ist.

(2) Bestehen im Einzelfall Anhaltspunkte für eine Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch, wird die zuständige Pflegekasse mit Zustimmung des Leistungsberechtigten vom für die Durchführung des Teilhabeplanverfahrens verantwortlichen Rehabilitationsträger informiert und muss am Teilhabeplanverfahren beratend teilnehmen, soweit dies für den Rehabilitationsträger zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs erforderlich und nach den für die zuständige Pflegekasse geltenden Grundsätzen der Datenverwendung zulässig ist. Die §§ 18a und 31 des Elften Buches bleiben unberührt.

(3) Die Integrationsämter sind bei der Durchführung des Teilhabeplanverfahrens zu beteiligen, soweit sie Leistungen für schwerbehinderte Menschen nach Teil 3 erbringen. Das zuständige Integrationsamt kann das Teilhabeplanverfahren nach § 19 Absatz 5 anstelle des leistenden Rehabilitationsträgers durchführen, wenn die Rehabilitationsträger und das Integrationsamt dies in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten vereinbaren.

(4) Die Jobcenter können dem nach Absatz 1 verantwortlichen Rehabilitationsträger ihre Beteiligung an der Durchführung des Teilhabeplanverfahrens vorschlagen. Sie sind zu beteiligen, soweit es zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs erforderlich ist und dies den Interessen der Leistungsberechtigten entspricht. Die Aufgaben und die Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit im Rahmen ihrer Zuständigkeit nach § 6 Absatz 3 bleiben unberührt.

(5) Bestehen im Einzelfall Anhaltspunkte für einen Betreuungsbedarf nach § 1896 Absatz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches, informiert der für die Durchführung des Teilhabeplanverfahrens verantwortliche Rehabilitationsträger mit Zustimmung der Leistungsberechtigten die zuständige Behörde über die Erstellung des Teilhabeplans, soweit dies zur Vermittlung anderer Hilfen, bei denen kein Betreuer bestellt wird, erforderlich ist.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Sofern für die Bedarfsfeststellung erforderlich und im Rahmen der Zusammenarbeitsregelungen geboten und möglich, sollen andere öffentliche Stellen, die keine Rehabilitationsträger sind, in das Teilhabeplanverfahren einbezogen werden. Die Interessen der Leistungsberechtigten sind dabei zu berücksichtigen.

2. Einbeziehung der Pflegekassen sowie der Betreuungsbehörde

Um die Abgrenzung der Zuständigkeit nach dem Grundsatz „Reha vor Pflege“ vornehmen zu können, informiert der mit der Durchführung des Teilhabeplanverfahrens verantwortliche Rehabilitationsträger mit Zustimmung des Leistungsberechtigten bei Vorliegen von Anhaltspunkten für eine Pflegebedürftigkeit die Pflegekasse. Die Pflegekasse muss am Teilhabeplanverfahren beratend teilnehmen, soweit dies für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs erforderlich ist. Die für die Pflegekasse geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen bleiben unberührt.

Bestehen im Einzelfall Anhaltspunkte für einen Betreuungsbedarf, ist mit Zustimmung des Leistungsberechtigten die zuständige Betreuungsbehörde über die Durchführung des Teilhabeplanverfahrens zu informieren, soweit dies zur Vermittlung anderer Hilfen erforderlich ist.

3. Ergänzende Hinweise

Hinsichtlich der trägerübergreifenden Ausgestaltung des Teilhabeplanverfahrens (§ 20 SGB IX) wird auf die entsprechende, von den Rehabilitationsträgern nach § 26 Absatz 2 Nr. 3 SGB IX zu vereinbarte und zum 01.12.2018 in Kraft getretene Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ verwiesen.

§ 23 Verantwortliche Stelle für den Sozialdatenschutz

(1) Bei der Erstellung des Teilhabepplans und der Durchführung der Teilhabepplan-konferenz ist der für die Durchführung des Teilhabepplanverfahrens verantwortliche Rehabilitationsträger die verantwortliche Stelle für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Sozialdaten nach § 67 Absatz 9 des Zehnten Buches sowie Stelle im Sinne von § 35 Absatz 1 des Ersten Buches.

(2) Vor Durchführung einer Teilhabepplan-konferenz hat die nach Absatz 1 verantwortliche Stelle die Einwilligung der Leistungsberechtigten im Sinne von § 67b Absatz 2 des Zehnten Buches einzuholen, wenn und soweit anzunehmen ist, dass im Rahmen der Teilhabepplan-konferenz Sozialdaten erhoben, verarbeitet oder genutzt werden, deren Erforderlichkeit für die Erstellung des Teilhabepplans zum Zeitpunkt der Durchführung der Teilhabepplan-konferenz nicht abschließend bewertet werden kann. Die Verarbeitung und Nutzung von Sozialdaten nach Durchführung der Teilhabepplan-konferenz ist nur zulässig, soweit diese für die Erstellung des Teilhabepplans erforderlich sind.

(3) Die datenschutzrechtlichen Vorschriften des Ersten und des Zehnten Buches sowie der jeweiligen Leistungsgesetze der Rehabilitationsträger bleiben bei der Zuständigkeitsklärung und bei der Erstellung des Teilhabepplans unberührt.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Der für die Erstellung des Teilhabepplans und die Durchführung der Teilhabepplan-konferenz verantwortliche Rehabilitationsträger ist die verantwortliche Stelle für die Einhaltung der sozialdatenschutzrechtlichen Verpflichtungen. Er wird verpflichtet, vor der Durchführung der Teilhabepplan-konferenz die Einwilligung des Leistungsberechtigten einzuholen, wenn und soweit anzunehmen ist, dass im Rahmen der Teilhabepplan-konferenz Sozialdaten erhoben werden, deren Erforderlichkeit nicht abschließend bewertet werden kann.

2. Ergänzende Hinweise

Hinsichtlich der trägerübergreifenden Ausgestaltung des Teilhabepplanverfahrens (§ 20 SGB IX) wird auf die entsprechende, von den Rehabilitationsträgern nach

§ 26 Absatz 2 Nr. 3 SGB IX vereinbarte und zum 01.12.2018 in Kraft getretene Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ verwiesen. Hinsichtlich der bei der Teilhabepflicht zu berücksichtigenden datenschutzrechtlichen Aspekte wird auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation die Arbeitshilfe „Datenschutz im trägerübergreifenden Reha-Prozess“ erstellt.

§ 24 Vorläufige Leistungen

Die Bestimmungen dieses Kapitels lassen die Verpflichtung der Rehabilitationsträger zur Erbringung vorläufiger Leistungen nach den für sie jeweils geltenden Leistungsgesetzen unberührt. Vorläufig erbrachte Leistungen binden die Rehabilitationsträger nicht bei der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs nach diesem Kapitel. Werden Leistungen zur Teilhabe beantragt, ist § 43 des Ersten Buches nicht anzuwenden.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Soweit die jeweiligen Leistungsgesetze der Rehabilitationsträger die Erbringung vorläufiger Leistungen vorsehen, gelten diese Regelungen unabhängig von den Vorschriften des SGB IX. Dadurch soll vermieden werden, dass eilbedürftige Leistungen nicht aufgrund des Teilhabeplanverfahrens oder aufgrund des Wunsches der Leistungsberechtigten nach Durchführung einer Teilhabekonferenz unterbleiben. Soweit vorläufige Leistungen erbracht werden, binden diese den Rehabilitationsträger nicht bei der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs.

Das SGB V sieht keine leistungsrechtlichen Regelungen zur Erbringung von vorläufigen Leistungen vor.

Kapitel 5 Zusammenarbeit

§ 25 Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger

(1) Im Rahmen der durch Gesetz, Rechtsverordnung oder allgemeine Verwaltungsvorschrift getroffenen Regelungen sind die Rehabilitationsträger verantwortlich, dass

1. die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich erbracht werden,
2. Abgrenzungsfragen einvernehmlich geklärt werden,
3. Beratung entsprechend den in §§ 1 und 4 genannten Zielen geleistet wird,
4. Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen durchgeführt werden
5. Prävention entsprechend dem in § 3 Absatz 1 genannten Ziel geleistet wird sowie
6. die Rehabilitationsträger im Fall eines Zuständigkeitsübergangs rechtzeitig eingebunden werden.

(2) Die Rehabilitationsträger und ihre Verbände sollen zur gemeinsamen Wahrnehmung von Aufgaben zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen insbesondere regionale Arbeitsgemeinschaften bilden. § 88 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Vorschrift verpflichtet die Rehabilitationsträger zur Zusammenarbeit. Näheres wird auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) in gemeinsamen Empfehlungen nach § 26 Absatz 1 SGB IX geregelt.

2. Bildung von Arbeitsgemeinschaften

Um dem gemeinsamen Handeln der am Rehabilitationsgeschehen Beteiligten einen stabilen Rahmen zu geben, sollen die Rehabilitationsträger und ihre Verbände nach

Absatz 2 miteinander und mit anderen Stellen Arbeitsgemeinschaften bilden, wenn dies den in SGB IX genannten Zielen dient.

Inwieweit neben den schon bestehenden Arbeitsgemeinschaften

- Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung der Träger der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung im Lande Nordrhein–Westfalen, Bochum
- Rheinische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation Suchtkranker, Düsseldorf (Nordrhein–Westfalen)
- Westfälische Arbeitsgemeinschaft zur Rehabilitation Suchtkranker, Münster (Westfalen–Lippe)
- Arbeitsgemeinschaft zur Rehabilitation Suchtkranker im Lande Hessen, Frankfurt

weitere Arbeitsgemeinschaften zur Erreichung der Zielsetzung des § 25 SGB IX gebildet werden sollten, ergibt sich insbesondere nach Vereinbarung der gemeinsamen Empfehlungen und aufgrund regionaler Erfordernisse.

§ 26 Gemeinsame Empfehlungen

(1) Die Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 bis 5 vereinbaren zur Sicherung der Zusammenarbeit nach § 25 Absatz 1 gemeinsame Empfehlungen.

(2) Die Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 bis 5 vereinbaren darüber hinaus gemeinsame Empfehlungen,

1. welche Maßnahmen nach § 3 geeignet sind, um den Eintritt einer Behinderung zu vermeiden,
2. in welchen Fällen und in welcher Weise rehabilitationsbedürftigen Menschen notwendige Leistungen zur Teilhabe angeboten werden, insbesondere um eine durch eine Chronifizierung von Erkrankungen bedingte Behinderung zu verhindern,
3. über die einheitliche Ausgestaltung des Teilhabeplanverfahrens,
4. in welcher Weise die Bundesagentur für Arbeit nach § 54 zu beteiligen ist,
5. wie Leistungen zur Teilhabe nach §§ 14 und 15 koordiniert werden,
6. in welcher Weise und in welchem Umfang Selbsthilfegruppen, –organisationen und –kontaktstellen, die sich die Prävention, Rehabilitation, Früherkennung und Bewältigung von Krankheiten und Behinderungen zum Ziel gesetzt haben, gefördert werden,
7. für Grundsätze der Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs nach § 13,
8. in welchen Fällen und in welcher Weise der behandelnde Hausarzt oder Facharzt und der Betriebs- oder Werksarzt in die Einleitung und Ausführung von Leistungen zur Teilhabe einzubinden sind,
9. zu einem Informationsaustausch mit Beschäftigten mit Behinderungen, Arbeitgebern und den in § 166 genannten Vertretungen zur möglichst frühzeitigen Erkennung des individuellen Bedarfs voraussichtlich erforderlicher Leistungen zur Teilhabe sowie
10. über ihre Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und vergleichbaren Stellen.

(3) Bestehen für einen Rehabilitationsträger Rahmenempfehlungen auf Grund gesetzlicher Vorschriften und soll bei den gemeinsamen Empfehlungen von diesen abgewichen werden oder sollen die gemeinsamen Empfehlungen Gegenstände betreffen, die nach den gesetzlichen Vorschriften Gegenstand solcher Rahmenempfeh-

lungen werden sollen, stellt der Rehabilitationsträger das Einvernehmen mit den jeweiligen Partnern der Rahmenempfehlungen sicher.

(4) Die Träger der Renten-, Kranken- und Unfallversicherung können sich bei der Vereinbarung der gemeinsamen Empfehlungen durch ihre Spitzenverbände vertreten lassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen schließt die gemeinsamen Empfehlungen auch als Spitzenverband Bund der Pflegekassen ab, soweit die Aufgaben der Pflegekassen von den gemeinsamen Empfehlungen berührt sind.

(5) An der Vorbereitung der gemeinsamen Empfehlungen werden die Träger der Eingliederungshilfe und der öffentlichen Jugendhilfe über die Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter sowie die Integrationsämter in Bezug auf Leistungen und sonstige Hilfen für schwerbehinderte Menschen nach Teil 3 über die Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen beteiligt. Die Träger der Eingliederungshilfe und der öffentlichen Jugendhilfe orientieren sich bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach diesem Buch an den vereinbarten Empfehlungen oder können diesen beitreten.

(6) Die Verbände von Menschen mit Behinderungen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen von Frauen mit Behinderungen sowie die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände werden an der Vorbereitung der gemeinsamen Empfehlungen beteiligt. Ihren Anliegen wird bei der Ausgestaltung der Empfehlungen nach Möglichkeit Rechnung getragen. Die Empfehlungen berücksichtigen auch die besonderen Bedürfnisse von Frauen und Kindern mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder.

(7) Die beteiligten Rehabilitationsträger vereinbaren die gemeinsamen Empfehlungen im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und den Ländern auf der Grundlage eines von ihnen innerhalb der Bundesarbeitsgemeinschaft vorbereiteten Vorschlags. Der oder die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit wird beteiligt. Hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales zu einem Vorschlag aufgefordert, legt die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation den Vorschlag innerhalb von sechs Monaten vor. Dem Vorschlag wird gefolgt, wenn ihm

berechtigte Interessen eines Rehabilitationsträgers nicht entgegenstehen. Einwände nach Satz 4 sind innerhalb von vier Wochen nach Vorlage des Vorschlags auszuräumen.

(8) Die Rehabilitationsträger teilen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation alle zwei Jahre ihre Erfahrungen mit den gemeinsamen Empfehlungen mit, die Träger der Renten-, Kranken- und Unfallversicherung über ihre Spitzenverbände. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation stellt dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und den Ländern eine Zusammenfassung zur Verfügung.

(9) Die gemeinsamen Empfehlungen können durch die regional zuständigen Rehabilitationsträger konkretisiert werden.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Durch das Instrument der gemeinsamen Empfehlungen soll insbesondere die enge Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger geregelt werden. Darüber hinaus sollen gemeinsame Empfehlungen zu den Themenbereichen nach Absatz 2 Nr. 1 bis 10 vereinbart werden.

Die in den gemeinsamen Empfehlungen vereinbarten Inhalte sind von allen Partnern zu beachten, auch wenn bereits Rahmenempfehlungen zum gleichen Themenkomplex mit anders lautendem Inhalt verabschiedet wurden. Hierdurch soll eine Auseinanderentwicklung verhindert werden. Sofern Rahmenempfehlungen bestehen, die aufgrund anderer gesetzlicher Vorschriften vereinbart wurden und Inhalte betreffen, die in den Empfehlungen nach §§ 26, 37 oder 38 SGB IX zu regeln sind, stellt der Rehabilitationsträger bei abweichendem Inhalt das Einvernehmen mit den Partnern der o.a. Rahmenempfehlungen her.

Die Kompetenz der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen sowie der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände wird durch ihre Beteiligung genutzt.

Neben den in § 26 Absatz 1 und 2 SGB IX genannten Gegenständen der gemeinsamen Empfehlungen können gemeinsame Empfehlungen gem. § 38 Absatz 3 SGB IX auch zum Inhalt der Verträge mit Leistungserbringern vereinbart werden.

2. Vertretung der Rehabilitationsträger durch ihre Spitzenverbände

Die Träger der Sozialversicherung können sich beim Abschluss der Vereinbarungen durch ihre Spitzenverbände vertreten lassen.

3. Gültigkeit bestehender gemeinsamer Empfehlungen

Bestehende gemeinsame Empfehlungen gelten bis zu ihrer Neufassung in vollem Umfang weiter. Gleiches gilt für sonstige Empfehlungen, die bis zu ihrer Ablösung durch gemeinsame Empfehlungen weiterhin Gültigkeit haben. Sollten Teile der gemeinsamen Empfehlungen oder sonstiger Empfehlungen aufgrund anders lautender Regelungen des SGB IX ungültig werden, tritt lediglich dieser Passus der jeweiligen gemeinsamen Empfehlung oder sonstigen Empfehlungen außer Kraft.

Vereinbarungen, die nicht alle Rehabilitationsträger betreffen und inhaltlich nicht von den gemeinsamen Empfehlungen nach § 26 Absatz 1 und 2 SGB IX abweichen, haben bis auf weiteres Bestand.

4. Einbeziehung der Pflegekassen in die gemeinsamen Empfehlungen

Soweit die Mitwirkung und Aufgaben der Pflegekassen von gemeinsamen Empfehlungen berührt werden, sind diese über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu beteiligen. Dieser vereinbart die gemeinsamen Empfehlungen zugleich auch als Spitzenverband Bund der Pflegekassen.

§ 27 Verordnungsermächtigung

Vereinbaren die Rehabilitationsträger nicht innerhalb von sechs Monaten, nachdem das Bundesministerium für Arbeit und Soziales sie dazu aufgefordert hat, gemeinsame Empfehlungen nach § 26 oder ändern sie unzureichend gewordene Empfehlungen nicht innerhalb dieser Frist, kann das Bundesministerium für Arbeit und Soziales mit dem Ziel der Vereinheitlichung des Verwaltungsvollzugs in dem Anwendungsbereich der §§ 25 und 26 Regelungen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates erlassen. Richten sich die Regelungen nur an Rehabilitationsträger, die nicht der Landesaufsicht unterliegen, wird die Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates erlassen. Soweit sich die Regelungen an die Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 richten, erlässt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Kommen die Rehabilitationsträger einer Aufforderung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung zur Vereinbarung der in § 26 SGB IX vorgesehenen gemeinsamen Empfehlungen nicht nach oder ändern sie unzureichend gewordene Empfehlungen nicht fristgerecht ab, gibt die Vorschrift dem Ministerium die Möglichkeit, mit Zustimmung des Bundesrates und ggf. im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit eine Rechtsverordnung als Ersatzvornahme zu erlassen.

Kapitel 6 Leistungsformen, Beratung

§ 28 Ausführung von Leistungen

(1) Der zuständige Rehabilitationsträger kann Leistungen zur Teilhabe

1. allein oder gemeinsam mit anderen Leistungsträgern,
2. durch andere Leistungsträger oder
3. unter Inanspruchnahme von geeigneten, insbesondere auch freien und gemeinnützigen oder privaten Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen nach § 36

ausführen. Der zuständige Rehabilitationsträger bleibt für die Ausführung der Leistungen verantwortlich. Satz 1 gilt insbesondere dann, wenn der Rehabilitationsträger die Leistung dadurch wirksamer oder wirtschaftlicher erbringen kann.

(2) Die Leistungen werden dem Verlauf der Rehabilitation angepasst und sind darauf ausgerichtet, den Leistungsberechtigten unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Einzelfalles zügig, wirksam, wirtschaftlich und auf Dauer eine den Zielen der §§ 1 und 4 Absatz 1 entsprechende umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Vorschrift legt dar, in welcher Weise der zuständige Rehabilitationsträger Leistungen zur Teilhabe erbringen kann.

2. Formen der Leistungsausführung

Absatz 1 enthält eine Aufzählung der Formen, in denen der zuständige Rehabilitationsträger die Leistungen ausführen kann, nämlich

1. allein oder gemeinsam mit anderen Leistungsträgern,
2. durch andere Leistungsträger,
3. unter Inanspruchnahme von geeigneten Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen (§ 36 SGB IX).

Ein Rangverhältnis ist damit nicht verbunden. Die Möglichkeiten 1 – 3 entsprechen dabei der bereits vor Inkrafttreten des SGB IX geübten Praxis der Leistungserbringung in der Rehabilitation. Der Rehabilitationsträger entscheidet eigenverantwortlich, welche Form der Leistungsausführung am geeignetsten ist, damit die Leistung wirksam und wirtschaftlich erbracht wird. In jedem Fall bleibt er für die Ausführung der Leistungen verantwortlich. Im Übrigen gelten die allgemeinen Regelungen über die Zusammenarbeit der Leistungsträger untereinander und ihre Beziehungen zu Dritten (§§ 86 ff. SGB X).

3. Anpassung der Leistungen zur Teilhabe an den Rehabilitationsbedarf

Um eine entsprechende umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen, sind die Rehabilitationsträger verpflichtet, die jeweiligen Leistungen dem Verlauf der Rehabilitation anzupassen.

§ 29 Persönliches Budget

(1) Auf Antrag der Leistungsberechtigten werden Leistungen zur Teilhabe durch die Leistungsform eines Persönlichen Budgets ausgeführt, um den Leistungsberechtigten in eigener Verantwortung ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Bei der Ausführung des Persönlichen Budgets sind nach Maßgabe des individuell festgestellten Bedarfs die Rehabilitationsträger, die Pflegekassen und die Integrationsämter beteiligt. Das Persönliche Budget wird von den beteiligten Leistungsträgern trägerübergreifend als Komplexleistung erbracht. Das Persönliche Budget kann auch nicht trägerübergreifend von einem einzelnen Leistungsträger erbracht werden. Budgetfähig sind auch die neben den Leistungen nach Satz 1 erforderlichen Leistungen der Krankenkassen und der Pflegekassen, Leistungen der Träger der Unfallversicherung bei Pflegebedürftigkeit sowie Hilfe zur Pflege der Sozialhilfe, die sich auf alltägliche und regelmäßig wiederkehrende Bedarfe beziehen und als Geldleistungen oder durch Gutscheine erbracht werden können. An die Entscheidung sind die Leistungsberechtigten für die Dauer von sechs Monaten gebunden.

(2) Persönliche Budgets werden in der Regel als Geldleistung ausgeführt, bei laufenden Leistungen monatlich. In begründeten Fällen sind Gutscheine auszugeben. Mit der Auszahlung oder der Ausgabe von Gutscheinen an die Leistungsberechtigten gilt deren Anspruch gegen die beteiligten Leistungsträger insoweit als erfüllt. Das Bedarfsermittlungsverfahren für laufende Leistungen wird in der Regel im Abstand von zwei Jahren wiederholt. In begründeten Fällen kann davon abgewichen werden. Persönliche Budgets werden auf der Grundlage der nach Kapitel 4 getroffenen Feststellungen so bemessen, dass der individuell festgestellte Bedarf gedeckt wird und die erforderliche Beratung und Unterstützung erfolgen kann. Dabei soll die Höhe des Persönlichen Budgets die Kosten aller bisher individuell festgestellten Leistungen nicht überschreiten, die ohne das Persönliche Budget zu erbringen sind. § 35a des Elften Buches bleibt unberührt.

(3) Werden Leistungen zur Teilhabe in der Leistungsform des Persönlichen Budgets beantragt, ist der nach § 14 leistende Rehabilitationsträger für die Durchführung des Verfahrens zuständig. Satz 1 findet entsprechend Anwendung auf die Pflegekassen und die Integrationsämter. Enthält das Persönliche Budget Leistungen, für die der Leistungsträger nach den Sätzen 1 und 2 nicht Leistungsträger nach

§ 6 Absatz 1 sein kann, leitet er den Antrag insoweit unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Leistungsträger nach § 15 zu.

(4) Der Leistungsträger nach Absatz 3 und die Leistungsberechtigten schließen zur Umsetzung des Persönlichen Budgets eine Zielvereinbarung ab. Sie enthält mindestens Regelungen über

1. die Ausrichtung der individuellen Förder- und Leistungsziele,
2. die Erforderlichkeit eines Nachweises zur Deckung des festgestellten individuellen Bedarfs,
3. die Qualitätssicherung sowie
4. die Höhe der Teil- und des Gesamtbudgets

Satz 1 findet keine Anwendung, wenn allein Pflegekassen Leistungsträger nach Absatz 3 sind und sie das Persönliche Budget nach Absatz 1 Satz 4 erbringen. Die Beteiligten, die die Zielvereinbarung abgeschlossen haben, können diese aus wichtigem Grund mit sofortiger Wirkung schriftlich kündigen, wenn ihnen die Fortsetzung der Vereinbarung nicht zumutbar ist. Ein wichtiger Grund kann für die Leistungsberechtigten insbesondere in der persönlichen Lebenssituation liegen. Für den Leistungsträger kann ein wichtiger Grund dann vorliegen, wenn die Leistungsberechtigten die Vereinbarung, insbesondere hinsichtlich des Nachweises zur Bedarfsdeckung und der Qualitätssicherung nicht einhalten. Im Fall der Kündigung der Zielvereinbarung wird der Verwaltungsakt aufgehoben. Die Zielvereinbarung wird im Rahmen des Bedarfsermittlungsverfahrens für die Dauer des Bewilligungszeitraumes der Leistungen in Form des Persönlichen Budgets abgeschlossen.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Vorschrift konkretisiert die Möglichkeit, die Leistungen durch ein Persönliches Budget auszuführen. Dabei wird auch klargestellt, dass das Persönliche Budget auch von einem einzelnen Leistungsträger erbracht werden kann. Zudem wird die Regelung zum Abschluss einer Zielvereinbarung gesetzlich festgeschrieben.

2. Persönliches Budget bei Trägermehrheit

Das bisherige Auftragsverfahren zur Durchführung des Persönlichen Budgets bei Trägermehrheit wird abgelöst und an die Regelungen des Kapitels 4 zur Koordinie-

rung angepasst. Die in § 14 SGB IX vorgenommenen Regelungen in Bezug auf den leistenden Rehabilitationsträger sollen auch bei der Leistungsform des Persönlichen Budgets zur Anwendung kommen, womit der nach § 14 SGB IX leistende Leistungsträger für die Durchführung des Verfahrens zuständig ist. Sofern das Persönliche Budget Leistungen enthält, für die der nach § 14 SGB IX leistende Leistungsträger nicht Leistungsträger nach § 6 Absatz 1 SGB IX sein kann, soll insoweit eine unverzügliche Weiterleitung an den nach seiner Auffassung zuständigen Leistungsträger nach § 15 SGB IX erfolgen (Antragssplitting).

3. Einbeziehung der Leistungen der Pflegekasse

Budgetfähig sind auch Leistungen der Pflegekasse. Dabei findet die Regelung des § 35a SGB XI weiterhin Anwendung, wonach bei Erbringung von Persönlichen Budgets bestimmte Sachleistungen nur in Form von Gutscheinen und nicht als Geldleistung zur Verfügung gestellt werden. Für die Durchführung des Verfahrens zur Feststellung und Durchführung des Persönlichen Budgets kann auch die Pflegekasse als leistender Leistungsträger gelten.

§ 30 Verordnungsermächtigung

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Näheres zum Inhalt und zur Ausführung des Persönlichen Budgets, zum Verfahren sowie zur Zuständigkeit bei Beteiligung mehrerer Rehabilitationsträger zu regeln.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales zu erlassende Verordnung (Budget-Verordnung) ist zukünftig im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit vorzunehmen.

§ 31 Leistungsort

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

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Grundsätzlich sind Leistungen zur Teilhabe im Inland zu erbringen. Durch die Vorschrift wird jedoch die Möglichkeit eröffnet, Sachleistungen bei zumindest gleicher Qualität und Wirksamkeit im Ausland auszuführen, wenn dies dort wirtschaftlicher möglich ist. Im grenznahen Ausland können Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch ausgeführt werden, wenn sie für die Aufnahme oder Ausübung einer Beschäftigung oder selbstständigen Tätigkeit erforderlich sind; damit werden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch für Tagespendler in Nachbarstaaten eröffnet.

Für die gesetzliche Krankenversicherung gelten nach § 7 SGB IX (Vorbehalt abweichender Regelungen) die §§ 16 – 18 SGB V vorrangig weiter.

Durch die Einführung des SGB IX ist im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung die Vorschrift des § 14 SGB VI (Ort der Leistungen) weggefallen. § 31 SGB IX ist damit auch für die Rentenversicherung die relevante Vorschrift zum Leistungsort. Damit wird jetzt auch für die gesetzliche Rentenversicherung die Möglichkeit eröffnet, unter den genannten Voraussetzungen Sachleistungen zur Teilhabe auch im Ausland zu erbringen.

2. Sach- und Dienstleistungen

Für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ist das Sachleistungsprinzip maßgebend. Die Erbringung von Dienstleistungen ist dagegen gesetzlich nicht vorgesehen und insoweit § 31 SGB IX für die GKV ohne Bedeutung.

§ 32 Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung

(1) Zur Stärkung der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Menschen fördert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales eine von Leistungsträgern und Leistungserbringern unabhängige ergänzende Beratung als niedrighschwelliges Angebot, das bereits im Vorfeld der Beantragung konkreter Leistungen zur Verfügung steht. Dieses Angebot besteht neben dem Anspruch auf Beratung durch die Rehabilitationsträger.

(2) Das ergänzende Angebot erstreckt sich auf die Information und Beratung über Rehabilitations- und Teilhabeleistungen nach diesem Buch. Die Rehabilitationsträger informieren im Rahmen der vorhandenen Beratungsstrukturen und ihrer Beratungspflicht über dieses ergänzende Angebot.

(3) Bei der Förderung von Beratungsangeboten ist die von Leistungsträgern und Leistungserbringern unabhängige ergänzende Beratung von Betroffenen für Betroffene besonders zu berücksichtigen.

(4) Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales erlässt eine Förderrichtlinie, nach deren Maßgabe die Dienste gefördert werden können, welche ein unabhängiges ergänzendes Beratungsangebot anbieten. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales entscheidet im Benehmen mit der zuständigen obersten Landesbehörde über diese Förderung.

(5) Die Förderung erfolgt aus Bundesmitteln und ist bis zum 31. Dezember 2022 befristet. Die Bundesregierung berichtet den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes bis zum 30. Juni 2021 über die Einführung und Inanspruchnahme der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Mit der „ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung“ wird ein von den Leistungsträgern und Leistungserbringern unabhängiges Beratungsangebot durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales gefördert. Das Beratungsangebot soll bereits im Vorfeld der Beantragung konkreter Leistungen zur Verfügung stehen und besteht

neben dem Anspruch auf Beratung durch die Rehabilitationsträger. Im Rahmen der vorhandenen Beratungsangebote und ihrer Beratungspflicht sollen die Rehabilitationsträger über dieses ergänzende Angebot informieren. Bei der Förderung sind Beratungsangebote von Betroffenen für Betroffene besonders zu berücksichtigen. Hinsichtlich der Maßgabe, welche Beratungsangebote gefördert werden, erlässt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales eine Förderrichtlinie. Die Förderung erfolgt aus Bundesmitteln und ist zunächst bis zum 31.12.2022 befristet.

§ 33 Pflichten der Personensorgeberechtigten

Eltern, Vormünder, Pfleger und Betreuer, die bei den ihnen anvertrauten Personen Beeinträchtigungen (§ 2 Absatz 1) wahrnehmen oder durch die in § 34 genannten Personen hierauf hingewiesen werden, sollen im Rahmen ihres Erziehungs- oder Betreuungsauftrags diese Personen einer Beratungsstelle nach § 32 oder einer sonstigen Beratungsstelle für Rehabilitation zur Beratung über die geeigneten Leistungen zur Teilhabe vorstellen.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Regelung definiert den Auftrag an Eltern, Vormünder, Pfleger und Betreuer, die ihnen anvertrauten Personen der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung oder sonstigen Beratungsstellen für Rehabilitation zur Beratung über die geeignete Leistung zur Teilhabe zuzuführen, sofern sie Beeinträchtigungen in der Teilhabe wahrnehmen oder hierauf durch die in § 34 SGB IX genannten Personen (z. B. Ärzte, Therapeuten, Sozialarbeiter) hingewiesen werden.

§ 34 Sicherung der Beratung von Menschen mit Behinderungen

(1) Die Beratung durch Ärzte, denen eine Person nach § 33 vorgestellt wird, erstreckt sich auf geeignete Leistungen zur Teilhabe. Dabei weisen sie auf die Möglichkeit der Beratung durch die Beratungsstellen der Rehabilitationsträger hin und informieren über wohnortnahe Angebote zur Beratung nach § 32. Werdende Eltern werden außerdem auf den Beratungsanspruch bei den Schwangerschaftsberatungsstellen hingewiesen.

(2) Nehmen Hebammen, Entbindungspfleger, medizinisches Personal außer Ärzten, Lehrer, Sozialarbeiter, Jugendleiter und Erzieher bei der Ausübung ihres Berufs Behinderungen wahr, weisen sie die Personensorgeberechtigten auf die Behinderung und auf entsprechende Beratungsangebote nach § 32 hin.

(3) Nehmen medizinisches Personal außer Ärzten und Sozialarbeiter bei der Ausübung ihres Berufs Behinderungen bei volljährigen Personen wahr, empfehlen sie diesen Personen oder ihren bestellten Betreuern, eine Beratungsstelle für Rehabilitation oder eine ärztliche Beratung über geeignete Leistungen zur Teilhabe aufzusuchen.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Vorschrift verpflichtet zunächst die Ärzte bei der Vorstellung einer behinderten oder von Behinderung bedrohten Person zur Beratung über die geeignete Leistung zur Teilhabe. Dabei haben sie neben dem Angebot zur Beratung nach § 32 SGB IX auch auf die Beratungsstellen der Rehabilitationsträger hinzuweisen.

Darüber hinaus werden unterschiedliche Personengruppen verpflichtet, sofern sie bei der Ausübung ihrer Tätigkeit bei den ihnen anvertrauten Personen Beeinträchtigungen der Teilhabe oder Behinderung wahrnehmen, die Personenberechtigten, Betreuer etc. auf das Angebot der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung hinzuweisen.

Sofern medizinisches Personal (außer Ärzte) oder Sozialarbeiter bei der Ausübung ihrer Tätigkeit Behinderungen bei volljährigen Personen wahrnehmen, empfehlen sie

diesen oder ihren bestellten Betreuern, eine Beratungsstelle für Rehabilitation oder eine ärztliche Beratung über geeignete Leistungen zur Teilhabe.

§ 35 Landesärzte

(1) In den Ländern können Landesärzte bestellt werden, die über besondere Erfahrungen in der Hilfe für Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Menschen verfügen.

(2) Die Landesärzte haben insbesondere folgende Aufgaben:

1. Gutachten für die Landesbehörden, die für das Gesundheitswesen und die Sozialhilfe zuständig sind, sowie für die zuständigen Träger der Sozialhilfe in besonders schwierig gelagerten Einzelfällen oder in Fällen von grundsätzlicher Bedeutung zu erstatten.
2. die für das Gesundheitswesen zuständigen obersten Landesbehörden beim Erstellen von Konzeptionen, Situations- und Bedarfsanalysen und bei der Landesplanung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Menschen zu beraten und zu unterstützen sowie selbst entsprechende Initiativen zu ergreifen und
3. die für das Gesundheitswesen zuständigen Landesbehörden über Art und Ursachen von Behinderungen und notwendige Hilfen sowie über den Erfolg von Leistungen zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Menschen regelmäßig zu unterrichten.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Vorschrift ermöglicht den Ländern nach ihrem Ermessen Landesärzte zu bestellen und ist für die gesetzliche Krankenversicherung ohne Bedeutung.

Kapitel 7 Struktur, Qualitätssicherung und Verträge

§ 36 Rehabilitationsdienste und -einrichtungen

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

(2) Nehmen Rehabilitationsträger zur Ausführung von Leistungen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in Anspruch, erfolgt die Auswahl danach, wer die Leistung in der am besten geeigneten Form ausführt. Dabei werden Rehabilitationsdienste und -einrichtungen freier oder gemeinnütziger Träger entsprechend ihrer Bedeutung für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen berücksichtigt und die Vielfalt der Träger gewahrt sowie deren Selbständigkeit, Selbstverständnis und Unabhängigkeit beachtet. § 51 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 ist anzuwenden.

(3) Rehabilitationsträger können nach den für sie geltenden Rechtsvorschriften Rehabilitationsdienste oder -einrichtungen fördern, wenn dies zweckmäßig ist und die Arbeit dieser Dienste oder Einrichtungen in anderer Weise nicht sichergestellt werden kann.

(4) Rehabilitationsdienste und -einrichtungen mit gleicher Aufgabenstellung sollen Arbeitsgemeinschaften bilden.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Regelung hat deklaratorischen Charakter im Hinblick auf die Sicherstellung des Angebots an Leistungen zur Teilhabe.

2. Ausreichende Anzahl und Qualität von Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen

Nach Absatz 1 der Vorschrift sind die Leistungsträger verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass die zur Ausführung von Sozialleistungen erforderlichen sozialen Dienste und -einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen. Diese müssen in ausreichender Anzahl und Qualität vorhanden sein, Zugangs- und Kommunikationsbarrieren dürfen nicht bestehen. Verantwortlich hierfür sind grundsätzlich die Rehabilitationsträger für ihren jeweiligen Leistungsbereich, sie haben sich aber mit den übrigen Rehabilitationsträgern abzustimmen. Auch die Bundesregierung und die Landesregierungen sowie die in Absatz 1 der Vorschrift aufgelisteten Institutionen sind zu beteiligen.

Zu den Rehabilitationseinrichtungen gehören neben den Einrichtungen zur Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation insbesondere auch Berufsförderungswerke, Berufsbildungswerke und Werkstätten für behinderte Menschen. Eine Definition von "Rehabilitationsdiensten" oder etwaige Beispiele hierzu sind den Gesetzesmaterialien nicht zu entnehmen. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung werden ausschließlich in Rehabilitationseinrichtungen erbracht.

3. Auswahl von Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen

Absatz 2 der Vorschrift gibt Vorgaben für die Auswahl der Rehabilitationsdienste und -einrichtungen. Die Rehabilitationsträger haben ihre Auswahl danach zu treffen, dass die Leistungen in der für den Rehabilitanden am besten geeigneten Form erbracht werden und dass dabei die Dienste und Einrichtungen freier und gemeinnütziger Träger entsprechend ihrer Bedeutung berücksichtigt und die Vielfalt der Träger solcher Dienste und Einrichtungen gewahrt sowie deren Selbstständigkeit, Selbstverständnis und Unabhängigkeit beachtet werden.

4. Förderung von Rehabilitationsdiensten oder –einrichtungen

Absatz 3 ermöglicht den Rehabilitationsträgern die Förderung von Rehabilitationsdiensten und –einrichtungen im Rahmen des geltenden Rechts. Für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es keine derartige Vorschrift und damit keine Möglichkeit zu einer solchen Förderung.

5. Bildung von Arbeitsgemeinschaften der Rehabilitationsdienste und –einrichtungen

Absatz 4 legt den Diensten und Einrichtungen nahe, auch im Interesse einer laufenden Qualitätssicherung und –entwicklung Arbeitsgemeinschaften zu bilden.

§ 37 Qualitätssicherung, Zertifizierung

(1) Die Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 bis 5 vereinbaren gemeinsame Empfehlungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen, insbesondere zur barrierefreien Leistungserbringung, sowie für die Durchführung vergleichender Qualitätsanalysen als Grundlage für ein effektives Qualitätsmanagement der Leistungserbringer. § 26 Absatz 4 ist entsprechend anzuwenden. Die Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 Nummer 6 und 7 können den Empfehlungen beitreten.

(2) Die Erbringer von Leistungen stellen ein Qualitätsmanagement sicher, das durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert. Stationäre Rehabilitationseinrichtungen haben sich an dem Zertifizierungsverfahren nach Absatz 3 zu beteiligen.

(3) Die Spitzenverbände der Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 und 3 bis 5 vereinbaren im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach Absatz 2 Satz 1 sowie ein einheitliches, unabhängiges Zertifizierungsverfahren, mit dem die erfolgreiche Umsetzung des Qualitätsmanagements in regelmäßigen Abständen nachgewiesen wird. Den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbänden sowie den Verbänden von Menschen mit Behinderungen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen von Frauen mit Behinderungen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Stationäre Rehabilitationseinrichtungen sind nur dann als geeignet anzusehen, wenn sie zertifiziert sind.

(4) Die Rehabilitationsträger können mit den Einrichtungen, die für sie Leistungen erbringen, über Absatz 1 hinausgehende Anforderungen an die Qualität und das Qualitätsmanagement vereinbaren.

(5) In Rehabilitationseinrichtungen mit Vertretungen der Menschen mit Behinderungen sind die nach Absatz 3 Satz 1 zu erstellenden Nachweise über die Umsetzung des Qualitätsmanagements diesen Vertretungen zur Verfügung zu stellen.

(6) § 26 Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden für Vereinbarungen auf Grund gesetzlicher Vorschriften für die Rehabilitationsträger.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Vorschrift enthält Vorgaben zur Gewährleistung eines effizienten und effektiven gemeinsamen Handelns der Rehabilitationsträger und zur Sicherstellung der erforderlichen Leistungen in der gebotenen Qualität. Hierzu haben die Rehabilitationsträger gemeinsame Empfehlungen auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zu vereinbaren und die Leistungserbringer ein Qualitätsmanagement sicherzustellen.

2. Empfehlungen der Rehabilitationsträger

Um ein effizientes und effektives gemeinsames Handeln der Rehabilitationsträger zu gewährleisten und um die erforderlichen Leistungen insbesondere auch für Behinderte und von Behinderung bedrohte Frauen und Kinder in der gebotenen Qualität sicherzustellen, vereinbaren die Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 Nr. 1 – 5 SGB IX gemeinsame Empfehlungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen, insbesondere zur barrierefreien Leistungserbringung. Außerdem vereinbaren die genannten Träger Empfehlungen für die Durchführung vergleichender Qualitätsanalysen als Grundlage für ein effektives Qualitätsmanagement der Leistungserbringer. Die Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 Nr. 6 und 7 SGB IX (Träger der öffentlichen Jugendhilfe und Träger der Eingliederungshilfe) können den Empfehlungen beitreten.

3. Qualitätsmanagement durch die Leistungserbringer

Absatz 2 der Regelung bindet die Erbringer von Leistungen zur Teilhabe in die Qualitätssicherung der Rehabilitationsträger ein; sie werden zur Sicherstellung eines internen Qualitätsmanagements verpflichtet.

Für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung beinhaltet die Vorschrift keine Neuregelung; die bereits am 1. Januar 2000 in Kraft getretene Regelung des § 135a SGB V (Verpflichtung zur Qualitätssicherung) bleibt weiterhin gültig.

4. Vereinbarung weitergehender Anforderungen an die Qualität und das Qualitätsmanagement

Die Rehabilitationsträger können mit den Einrichtungen weitere über die gemeinsamen Empfehlungen hinausgehende Anforderungen an die Qualität und das Qualitätsmanagement vereinbaren.

5. Zusammentreffen der gemeinsamen Empfehlungen mit bestehenden Rahmenempfehlungen

Mit der Verweisung auf die Regelung in § 26 Absatz 3 SGB IX (Zusammentreffen von gemeinsamen Empfehlungen mit bestehenden Rahmenempfehlungen) stellt Absatz 4 der Vorschrift sicher, dass bei der Entwicklung gemeinsamer Empfehlungen zur Qualitätssicherung zu diesem Zeitpunkt bereits bestehende Vereinbarungen/Rahmenempfehlungen, z. B. nach § 137d SGB V (Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation), die erforderliche Berücksichtigung finden.

§ 38 Verträge mit Leistungserbringern

(1) Verträge mit Leistungserbringern müssen insbesondere folgende Regelungen über die Ausführung von Leistungen durch Rehabilitationsdienste und -einrichtungen, die nicht in der Trägerschaft eines Rehabilitationsträgers stehen, enthalten:

1. Qualitätsanforderungen an die Ausführung der Leistungen, das beteiligte Personal und die begleitenden Fachdienste,
2. die Übernahme von Grundsätzen der Rehabilitationsträger zur Vereinbarung von Vergütungen,
3. Rechte und Pflichten der Teilnehmer, soweit sich diese nicht bereits aus dem Rechtsverhältnis ergeben, das zwischen ihnen und dem Rehabilitationsträger besteht,
4. angemessene Mitwirkungsmöglichkeiten der Teilnehmer an der Ausführung der Leistungen,
5. Regelungen zur Geheimhaltung personenbezogener Daten,
6. Regelungen zur Beschäftigung eines angemessenen Anteils von Frauen mit Behinderungen, insbesondere Frauen mit Schwerbehinderungen sowie
7. das Angebot, Beratung durch den Träger der öffentlichen Jugendhilfe bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung in Anspruch zu nehmen.

(2) Die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann bei Verträgen auf der Grundlage dieses Buches nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Auf Verlangen des Rehabilitationsträgers ist die Zahlung von Vergütungen nach Satz 1 nachzuweisen.

(3) Die Rehabilitationsträger wirken darauf hin, dass die Verträge nach einheitlichen Grundsätzen abgeschlossen werden. Dabei sind einheitliche Grundsätze der Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit zu berücksichtigen. Die Rehabilitationsträger können über den Inhalt der Verträge gemeinsame Empfehlungen nach § 26 vereinbaren. Mit den Arbeitsgemeinschaften der Rehabilitationsdienste und -einrichtungen können sie Rahmenverträge schließen. Der oder die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit wird beteiligt.

(4) Absatz 1 Nummer 1 und 3 bis 6 wird für eigene Einrichtungen der Rehabilitationsträger entsprechend angewendet.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Vorschrift fordert von den Rehabilitationsträgern Verträge über die Ausführung von Leistungen nach einheitlichen Grundsätzen, die im Absatz 1 in den Ziffern 1 – 6 nicht abschließend aufgelistet sind, zu schließen. Dabei wirken die Rehabilitationsträger darauf hin, dass die Verträge nach einheitlichen Grundsätzen abgeschlossen werden. Zudem sind einheitliche Grundsätze der Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit zu berücksichtigen. Über den Inhalt der Verträge können die Rehabilitationsträger gemeinsame Empfehlungen nach § 26 SGB IX oder Rahmenverträge, u. a. mit den Arbeitsgemeinschaften der Rehabilitationseinrichtungen, unter Beteiligung der/des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit vereinbaren. Bestehende Verträge gelten zunächst bis zum Abschluss entsprechender Empfehlungen oder Rahmenverträge fort.

Kapitel 8 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

§ 39 Aufgaben

(1) Die Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 bis 5 gestalten und organisieren die trägerübergreifende Zusammenarbeit zur einheitlichen personenzentrierten Gestaltung der Rehabilitation und der Leistungen zur Teilhabe im Rahmen einer Arbeitsgemeinschaft nach § 94 des Zehnten Buches. Sie trägt den Namen „Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation“.

(2) Die Aufgaben der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation sind insbesondere:

1. Die Beobachtung der Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger und die regelmäßige Auswertung und Bewertung der Zusammenarbeit; hierzu bedarf es
 - a) der Erstellung von gemeinsamen Grundsätzen für die Erhebung von Daten, die der Aufbereitung und Bereitstellung von Statistiken über das Rehabilitationsgeschehen der Träger und ihrer Zusammenarbeit dienen,
 - b) der Datenaufbereitung und Bereitstellung von Statistiken über das Rehabilitationsgeschehen der Träger und ihrer Zusammenarbeit und
 - c) der Erhebung und Auswertung nicht personenbezogener Daten über Prozesse und Abläufe des Rehabilitationsgeschehens aus dem Aufgabenfeld der medizinischen und beruflichen Rehabilitation der Sozialversicherung mit Zustimmung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales,
2. die Erarbeitung von gemeinsamen Grundsätzen zur Bedarfserkennung, Bedarfsermittlung und Koordinierung von Rehabilitationsmaßnahmen und zur trägerübergreifenden Zusammenarbeit,
3. die Erarbeitung von gemeinsamen Empfehlungen zur Sicherung der Zusammenarbeit nach § 25,
4. die trägerübergreifende Fort- und Weiterbildung zur Unterstützung und Umsetzung trägerübergreifender Kooperation und Koordination,
5. die Erarbeitung trägerübergreifender Beratungsstandards und Förderung der Weitergabe von eigenen Lebenserfahrungen an andere Menschen mit Behinderungen durch die Beratungsmethode des Peer-Counseling.

6. die Erarbeitung von Qualitätskriterien zur Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im trägerübergreifenden Rehabilitationsgeschehen und Initiierung deren Weiterentwicklung,
7. die Förderung der Partizipation Betroffener durch stärkere Einbindung von Selbsthilfe- und Selbstvertretungsorganisationen von Menschen mit Behinderungen in die konzeptionelle Arbeit der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation und deren Organe,
8. die Öffentlichkeitsarbeit zur Inklusion und Rehabilitation sowie
9. die Beobachtung und Bewertung der Forschung zur Rehabilitation sowie Durchführung trägerübergreifender Forschungsvorhaben.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Mit der Neufassung des § 39 SGB IX wird den Rehabilitationsträgern nach § 6 Absatz 1 bis 5 SGB IX die Bildung einer „Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation“ als Arbeitsgemeinschaft nach § 94 SGB X zur Gestaltung und Organisation der trägerübergreifenden Zusammenarbeit als verpflichtende Aufgabe übertragen. Die Träger der Eingliederungshilfe und den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe können sich an der Arbeit der Arbeitsgemeinschaft beteiligen oder Mitglied dieser werden. Die zentralen Aufgaben der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation werden gesetzlich festgeschrieben werden.

§ 40 Rechtsaufsicht

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation untersteht der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Durch den neu eingefügten § 40 SGB IX wird die als Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation zu errichtende Arbeitsgemeinschaft nach § 94 SGB X der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales unterstellt.

§ 41 Teilhabeverfahrensbericht

(1) Die Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 erfassen,

1. die Anzahl der gestellten Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe differenziert nach Leistungsgruppen im Sinne von § 5 Nummer 1, 2, 4 und 5,
2. die Anzahl der Weiterleitungen nach § 14 Absatz 1 Satz 2,
3. in wie vielen Fällen
 - a) die Zwei-Wochen-Frist nach § 14 Absatz 1 Satz 1,
 - b) die Drei-Wochen-Frist nach § 14 Absatz 2 Satz 2 sowie
 - c) die Zwei-Wochen-Frist nach § 14 Absatz 2 Satz 3 nicht eingehalten wurde,
4. die durchschnittliche Zeitdauer zwischen Erteilung des Gutachtenauftrages in Fällen des § 14 Absatz 2 Satz 3 und der Vorlage des Gutachtens,
5. die durchschnittliche Zeitdauer zwischen Antragseingang beim leistenden Rehabilitationsträger und der Entscheidung nach den Merkmalen der Erledigung und der Bewilligung,
6. die Anzahl der Ablehnungen von Anträgen sowie der nicht vollständigen Bewilligung der beantragten Leistungen,
7. die durchschnittliche Zeitdauer zwischen dem Datum des Bewilligungsbescheides und dem Beginn der Leistungen mit und ohne Teilhabeplanung nach § 19, wobei in den Fällen, in denen die Leistung von einem Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 erbracht wurde, das Merkmal „mit und ohne Teilhabeplanung nach § 19“ nicht zu erfassen ist,
8. die Anzahl der trägerübergreifenden Teilhabeplanungen und Teilhabeplan-konferenzen,
9. die Anzahl der nachträglichen Änderungen und Fortschreibungen der Teilhabepläne einschließlich der durchschnittlichen Geltungsdauer des Teilhabeplanes,
10. die Anzahl der Erstattungsverfahren nach § 16 Absatz 2 Satz 2,
11. die Anzahl der beantragten und bewilligten Leistungen in Form des Persönlichen Budgets,
12. die Anzahl der beantragten und bewilligten Leistungen in Form des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets,

13. die Anzahl der Mitteilungen nach § 18 Absatz 1,
14. die Anzahl der Anträge auf Erstattung nach § 18 nach den Merkmalen Bewilligung oder Ablehnung,
15. die Anzahl der Rechtsbehelfe sowie der erfolgreichen Rechtsbehelfe aus Sicht der Leistungsberechtigten jeweils nach den Merkmalen von Widerspruch und Klage,
16. die Anzahl der Leistungsberechtigten, die sechs Monate nach dem Ende der Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen haben, soweit die Maßnahme von einem Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 Nummer 2 bis 7 erbracht wurde.

(2) Die Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 bis 5 melden jährlich die im Berichtsjahr nach Absatz 1 erfassten Angaben an ihre Spitzenverbände, die Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 Nummer 6 und 7 jeweils über ihre obersten Landesjugend- und Sozialbehörden, zur Weiterleitung an die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in einem mit ihr technisch abgestimmten Datenformat. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation wertet die Angaben unter Beteiligung der Rehabilitationsträger aus und erstellt jährlich eine gemeinsame Übersicht. Die Erfassung der Angaben soll mit dem 1. Januar 2018 beginnen und ein Kalenderjahr umfassen. Der erste Bericht ist 2019 zu veröffentlichen.

(3) Der Bund erstattet der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation die notwendigen Aufwendungen, für folgende Tätigkeiten:

1. für die Bereitstellung von Daten,
2. für die Datenaufarbeitung und
3. für die Auswertungen über das Rehabilitationsgeschehen.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Neufassung des § 41 SGB IX sieht die Erstellung eines jährlichen Teilhabeverfahrensbericht durch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation vor. Dieser soll die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger und das Reha-Leistungsgeschehen transparenter machen und die Möglichkeit der Evaluation und Steuerung eröffnen.

2. Datenerhebung und Datenübermittlung

Grundlage des Teilhabeverfahrensberichtes sollen detaillierte Daten der Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 SGB IX und dabei insbesondere Angaben zur Anzahl der Anträge, Verfahrensdauer, Weiterleitung, Ablehnung und Rechtsbehelfen wie Widerspruch und Klage bilden. Die Datenübermittlung soll auf der Grundlage eines technisch abgestimmten Datenformats vorgenommen werden.

3. Auswertung der Daten und Veröffentlichung des Teilhabeverfahrensberichtes

Die Auswertung der Daten obliegt der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, die eine Übersicht erstellt und diese einmal jährlich veröffentlicht.

Kapitel 9 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

§ 42 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(1) Zur medizinischen Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Menschen werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um

1. Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhindern sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu verhüten oder laufende Sozialleistungen zu mindern.

(2) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere

1. Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden, einschließlich der Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln
2. Früherkennung und Frühförderung für Kinder mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Kinder,
3. Arznei- und Verbandsmittel,
4. Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie,
5. Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
6. Hilfsmittel sowie
7. Belastungserprobung und Arbeitstherapie.

(3) Bestandteil der Leistungen nach Absatz 1 sind auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die in Absatz 1 genannten Ziele zu erreichen. Solche Leistungen sind insbesondere:

1. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,
2. Hilfen zur Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,

3. die Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen, wenn die Leistungsberechtigten dem zustimmen,
4. die Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten,
5. Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen,
6. das Training lebenspraktischer Fähigkeiten sowie
7. die Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Vorschrift beschreibt trägerübergreifend die Ziele der medizinischen Rehabilitation und gibt einen Überblick, welche Leistungen als Bestandteil der medizinischen Rehabilitation in Betracht kommen. Die Vorschrift hat lediglich deklaratorischen Charakter und für sich keine leistungsbegründende Wirkung.

2. Ziele der medizinischen Rehabilitation in der GKV

Absatz 1 beschreibt allgemein und trägerübergreifend die Ziele der medizinischen Rehabilitation. Die speziellen, für den jeweiligen Rehabilitationsträger verbindlichen Ziele finden sich in den für den Rehabilitationsträger jeweils maßgeblichen Rechtsvorschriften, für die gesetzliche Krankenversicherung also im SGB V.

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur medizinischen Rehabilitation kommen daher in Betracht, wenn die im SGB V genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

3. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Bei der medizinischen Rehabilitation im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung handelt es sich um eine Komplexleistung. Die in Absatz 2 einzeln aufgeführten Leistungen sind als Teile dieser Komplexleistung zu verstehen und von den gesetzlichen Krankenkassen als solche zur Verfügung zu stellen. Werden sie als Einzelleistungen erbracht, handelt es sich nicht um medizinische Rehabilitation.

Zwar findet sich im SGB V keine Vorschrift, die wie nunmehr das SGB IX die möglichen Inhalte der medizinischen Rehabilitation aufzählt. Allerdings sind die genannten Inhalte bereits nach bestehender Praxis je nach Indikation und Rehabilitationskonzept Bestandteil der medizinischen Rehabilitation, sofern es die medizinische Notwendigkeit im Einzelfall erfordert.

4. BSG-Rechtsprechung vom 15.03.2018 zur Hilfsmittelversorgung

In mehreren Urteilen (B 3 KR 18/17 R, B 3 KR 12/17 R und B 3 KR 4/16 R) hatte das Bundessozialgericht (BSG) am 15.03.2019 zu entscheiden, ob bei der Versorgung mit Hilfsmitteln § 13 Abs. 3a SGB V oder § 18 SGB IX Anwendung findet. Das BSG hat allein zur Lösung dieses Konflikts Hilfsmittel, die dem (mittelbaren und unmittelbaren) Behinderungsausgleich oder der Vorbeugung einer drohenden Behinderung dienen, „verfahrensrechtlich“ dem SGB IX zugeordnet. In seiner Rechtsprechung setzt sich das BSG nicht mit der Einordnung von Hilfsmitteln aus dem Blickwinkel des Leistungsrechts auseinander. Bei Hilfsmitteln die dem Behinderungsausgleich oder der Vorbeugung einer drohenden Behinderung dienen, sind in Bezug auf die Koordinierung der Leistung und die Berücksichtigung von Fristen die §§ 14 ff. SGB IX anzuwenden. Dies gilt unabhängig davon, ob eine trägerübergreifende Leistungsfeststellung gegeben ist. Zudem ist zu berücksichtigen, dass diese Hilfsmittel zugleich Leistungen zur Teilhabe anderer Rehabilitationsträger sein können.

5. Hilfeleistungen

Die in Absatz 3 aufgezählten medizinischen, psychologischen und pädagogischen Hilfeleistungen kommen ebenfalls ausschließlich im Rahmen der Komplexleistung medizinische Rehabilitation (§§ 40 und 41 SGB V) in Betracht.

§ 43 Krankenbehandlung und Rehabilitation

Die in § 42 Absatz 1 genannten Ziele sowie § 12 Absatz 1 und 3 sowie § 19 gelten auch bei Leistungen der Krankenbehandlung.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Diese Vorschrift soll sicherstellen, dass bereits während der kurativen Versorgung Ziele der medizinischen Rehabilitation berücksichtigt und Behandlungsmaßnahmen koordiniert werden.

2. Grundsätze Rehabilitation und Akutbehandlung

Die in § 42 Absatz 1 SGB IX genannten Ziele sowie die in § 12 Absatz 1 und 3 SGB IX beschriebenen Maßnahmen zur frühzeitigen Bedarfserkennung sind nicht mehr nur bei den rehabilitationsspezifischen, sondern bei allen medizinisch orientierten Leistungen zu beachten, damit die "Rehabilitationskette" schon während der Akutbehandlung, z.B. in den Krankenhäusern, beginnt. Dementsprechend sieht § 39 Absatz 1 SGB V vor, dass die akutstationäre Behandlung auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation umfasst.

Die Vorgabe ist aber auch von den Vertragsärzten und sonstigen Leistungserbringern bei der ambulanten Versorgung zu beachten. Rehabilitation als Komplexleistung ist jedoch nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung.

Während der kurativen Versorgung ist der Bedarf für Leistungen zur Teilhabe zu prüfen und sind ggf. auch andere Rehabilitationsträger zu informieren.

Die Vornahme einer Teilhabeplanung sollte im Kontext der in der Krankenbehandlung durchgeführten Maßnahmen erfolgen.

§ 44 Stufenweise Wiedereingliederung

Können arbeitsunfähige Leistungsberechtigte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise ausüben und können sie durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingliedert werden, sollen die medizinischen und die sie ergänzenden Leistungen mit dieser Zielrichtung erbracht werden.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Vorschrift sieht für alle Trägerbereiche der medizinischen Rehabilitation die Möglichkeit der stufenweisen Wiedereingliederung vor. Für die Praxis der gesetzlichen Krankenversicherung bedeutet dies keine Änderung.

Zur Abgrenzung der Zuständigkeit zwischen DRV und gesetzlicher Krankenversicherung bei einer stufenweisen Wiedereingliederung wurde die „Vereinbarung zur Zuständigkeitsabgrenzung bei stufenweiser Wiedereingliederung nach § 28 i. V. m. § 51 Absatz 5 SGB IX“ geschlossen, welche zum 01.11.2011 in Kraft getreten ist und auch weiterhin Gültigkeit hat. Die Vereinbarung wird ergänzt durch die „Dokumentation der Ergebnisse aus den regelmäßigen SWE-Erfahrungsaustauschen zwischen GKV und DRV“.

§ 45 Förderung der Selbsthilfe

Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen, die sich die Prävention, Rehabilitation, Früherkennung, Beratung, Behandlung und Bewältigung von Krankheiten und Behinderungen zum Ziel gesetzt haben, sollen nach einheitlichen Grundsätzen gefördert werden. Die Daten der Rehabilitationsträger über Art und Höhe der Förderung der Selbsthilfe fließen in den Bericht der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation nach § 41 ein.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Vorschrift gibt den Trägern der medizinischen Rehabilitation vor, sich über Grundsätze der Selbsthilfeförderung abzustimmen.

Bis zur Verabschiedung einheitlicher Grundsätze gelten für die gesetzliche Krankenversicherung die „Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20h SGB V vom 10. März 2000“ in der Fassung vom 17. Juni 2013.

Die Daten der Rehabilitationsträger über Art und Höhe der Förderung fließen in den Teilhabeverfahrensbericht nach § 41 SGB IX ein. Für die Krankenkassen sind dies die Daten der amtlichen Statistik KJ1.

§ 46 Früherkennung und Frühförderung

(1) Die medizinischen Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung für Kinder mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Kinder nach § 42 Absatz 2 Nummer 2 umfassen auch

1. die medizinischen Leistungen der fachübergreifend arbeitenden Dienste und Einrichtungen sowie
2. nichtärztliche sozialpädiatrische, psychologische, heilpädagogische, psychosoziale Leistungen und die Beratung der Erziehungsberechtigten, auch in fachübergreifend arbeitenden Diensten und Einrichtungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen individuellen Behandlungsplan aufzustellen.

(2) Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung für Kinder mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Kinder umfassen weiterhin nichtärztliche therapeutische, psychologische, heilpädagogische, sonderpädagogische, psychosoziale Leistungen und die Beratung der Erziehungsberechtigten durch interdisziplinäre Frühförderstellen oder nach Landesrecht zugelassene Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinärem Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum. Die Leistungen sind erforderlich, wenn sie eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt erkennen helfen oder die eingetretene Behinderung durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen ausgleichen oder mildern.

(3) Leistungen nach Absatz 1 werden in Verbindung mit heilpädagogischen Leistungen nach § 79 als Komplexleistung erbracht. Die Komplexleistung umfasst auch Leistungen zur Sicherung der Interdisziplinarität. Maßnahmen zur Komplexleistung können gleichzeitig oder nacheinander sowie in unterschiedlicher und gegebenenfalls wechselnder Intensität ab Geburt bis zur Einschulung eines Kindes mit Behinderungen oder drohender Behinderung erfolgen.

(4) In den Landesrahmenvereinbarungen zwischen den beteiligten Rehabilitations-trägern und den Verbänden der Leistungserbringer wird Folgendes geregelt:

1. die Anforderungen an interdisziplinäre Frühförderstellen, nach Landesrecht zugelassene Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinärem Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum und sozialpädiatrische Zentren zu Mindeststandards, Berufsgruppen, Personalausstattung, sachlicher und räumlicher Ausstattung,
2. die Dokumentation und Qualitätssicherung,
3. der Ort der Leistungserbringung sowie
4. die Vereinbarung und Abrechnung der Entgelte für die als Komplexleistung nach Absatz 3 erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung der Zuwendungen Dritter, insbesondere der Länder, für Leistungen nach der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung.

(5) Die Rehabilitationsträger schließen Vereinbarungen über die pauschalierte Aufteilung der nach Absatz 4 Nummer 4 vereinbarten Entgelte für Komplexleistungen auf der Grundlage der Leistungszuständigkeit nach Spezialisierung und Leistungsprofil des Dienstes oder der Einrichtung, insbesondere den vertretenen Fachdisziplinen und dem Diagnosespektrum der leistungsberechtigten Kinder. Regionale Gegebenheiten werden berücksichtigt. Der Anteil der Entgelte, der auf die für die Leistungen nach § 6 der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung jeweils zuständigen Träger entfällt, darf für Leistungen in interdisziplinären Frühförderstellen oder in nach Landesrecht zugelassenen Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinärem Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum 65 Prozent und in sozialpädiatrischen Zentren 20 Prozent nicht überschreiten. Landesrecht kann andere als pauschale Abrechnungen vorsehen.

(6) Kommen Landesrahmenvereinbarungen nach Absatz 4 bis zum 31. Juli 2019 nicht zustande, sollen die Landesregierungen Regelungen durch Rechtsverordnung entsprechend Absatz 4 Nummer 1 bis 3 treffen.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Vorschrift erläutert, welche Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Betracht kommen.

2. Leistungserbringung

Die Leistungen nach Absatz 1 umfassen auch nichtärztliche Leistungen einschließlich der Beratung der Erziehungsberechtigten zur Diagnostik und zur Aufstellung eines individuellen Behandlungsplans. Diese Leistungen werden, soweit sie der Früherkennung einschl. der Aufstellung des Förder- und Behandlungsplans dienen allein von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Die Leistungen der Früherkennung und Frühförderung werden in Sozialpädiatrischen Zentren oder in interdisziplinären Frühförderstellen oder nach Landesrecht zugelassene Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinärem Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum als Komplexleistungen erbracht. Die Leistungen der Frühförderung werden auf der Grundlage des Förder- und Behandlungsplans in Verbindung mit heilpädagogischen Leistungen nach § 76 SGB IX, also in Verbindung mit Leistungen zur sozialen Teilhabe, erbracht und sind Bestandteil der Komplexleistung.

Absatz 2 beschreibt die in interdisziplinären Frühförderstellen zu erbringenden Leistungen. Dort stehen insbesondere Förder- und Behandlungsmaßnahmen, für die neben der gesetzlichen Krankenversicherung auch andere Rehabilitationsträger zuständig sind, im Vordergrund. Die gesetzliche Krankenversicherung ist im Rahmen der Frühförderung nur für die Leistungen zuständig, für die im SGB V entsprechende Regelungen bestehen. Auch die Leistungen in interdisziplinären Frühförderstellen sind als Komplexleistungen zu erbringen. Neben den interdisziplinären Frühförderstellen kommen auch nach Landesrecht zugelassene Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinärem Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum als Leistungserbringer von Früherkennung und Frühförderung in Betracht.

Inwiefern bei Leistungen zur Frühförderung ein Teilhabeplan zu erstellen ist vgl. Ausführungen zu § 20 Pkt. 4 des Gemeinsamen Rundschreibens.

3. Abschluss von Landesrahmenvereinbarungen

Absatz 4 beschreibt die Inhalte der Landesrahmenvereinbarungen zwischen den beteiligten Leistungserbringern. Kommen entsprechende Vereinbarungen nicht bis 31.07.2019 zustande, sollen die Landesregierungen entsprechende Regelungen durch Rechtsverordnung treffen.

4. Vereinbarungen über die pauschale Kostenaufteilung

Durch Absatz 5 werden die Rehabilitationsträger zum Abschluss von Vereinbarungen über die pauschale Aufteilung der Entgelte für die Komplexleistung verpflichtet.

Dabei soll der Anteil der Entgelte für die Träger der Eingliederungshilfe für Leistungen in interdisziplinären Frühförderstellen oder nach Landesrecht zugelassenen Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinären Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum 65 Prozent und in sozialpädiatrischen Zentren 20 Prozent nicht übersteigen. Landesrecht kann andere als pauschale Abrechnungen vorsehen.

Obwohl im Gesetz nicht explizit aufgeführt, zeigt die Regelung zur Kostenteilung, dass auch in Sozialpädiatrischen Zentren Leistungen der Frühförderung als Komplexleistung erbracht werden können. Da in diesen Fällen der Schwerpunkt der Leistung noch ausgeprägter auf den medizinisch-therapeutischen Leistungen liegt, darf der auf die Träger der Eingliederungshilfe entfallende Kostenanteil 20 Prozent nicht übersteigen.

§ 47 Hilfsmittel

(1) Hilfsmittel (Körperersatzstücke sowie orthopädische und andere Hilfsmittel) nach § 42 Absatz 2 Nummer 6 umfassen die Hilfen, die von den Leistungsberechtigten getragen oder mitgeführt oder bei einem Wohnungswechsel mitgenommen werden können und unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalles erforderlich sind, um

1. einer drohenden Behinderung vorzubeugen,
2. den Erfolg einer Heilbehandlung zu sichern oder
3. eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens sind.

(2) Der Anspruch auf Hilfsmittel umfasst auch die notwendige Änderung, Instandhaltung, Ersatzbeschaffung sowie die Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel. Der Rehabilitationsträger soll

1. vor einer Ersatzbeschaffung prüfen, ob eine Änderung oder Instandsetzung von bisher benutzten Hilfsmitteln wirtschaftlicher und gleich wirksam ist und
2. die Bewilligung der Hilfsmittel davon abhängig machen, dass die Leistungsberechtigten sich die Hilfsmittel anpassen oder sich in ihrem Gebrauch ausbilden lassen.

(3) Wählen Leistungsberechtigte ein geeignetes Hilfsmittel in einer aufwendigeren Ausführung als notwendig, tragen sie die Mehrkosten selbst.

(4) Hilfsmittel können auch leihweise überlassen werden. In diesem Fall gelten die Absätze 2 und 3 entsprechend.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Regelung beschreibt für alle Träger der medizinischen Rehabilitation einheitlich, welche Leistungen als Hilfsmittel in Betracht kommen. Dabei sind Hilfsmittel zur Vorbeugung einer drohenden Behinderung aufgenommen.

Die gesetzlichen Krankenkassen erbringen nach § 33 Absatz 1 SGB V notwendige Hilfsmittel auch zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung. Diese werden nicht als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sondern im Rahmen der Krankenbehandlung erbracht. Eine Hilfsmittelversorgung die dem Behinderungsausgleich oder der Vorbeugung einer drohenden Behinderung dient, kann auch eine Leistung zur Teilhabe bei einem anderen Rehabilitationsträger sein. Vor diesem Hintergrund finden für das Verfahren der Koordinierung der Leistung sowie zur Berücksichtigung von Fristen die §§ 14 ff. SGB IX Anwendung (zur Bewertung der BSG Rechtsprechung vom 15.03.2018 vgl. auch die Ausführungen zu § 42 des Gemeinsamen Rundschreibens).

§ 48 Verordnungsermächtigungen

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Näheres zu regeln

1. zur Abgrenzung der in § 46 genannten Leistungen und der weiteren Leistungen dieser Dienste und Einrichtungen und
2. zur Auswahl der im Einzelfall geeigneten Hilfsmittel, insbesondere zum Verfahren, zur Eignungsprüfung, Dokumentation und leihweisen Überlassung der Hilfsmittel sowie zur Zusammenarbeit der anderen Rehabilitationsträger mit den orthopädischen Versorgungsstellen.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Vorschrift enthält Verordnungsermächtigungen für das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, welche im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit ausgeübt werden.

2. Rechtsverordnungen

Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung kann im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit in einer Rechtsverordnung Näheres zur Abgrenzung der in § 46 SGB IX genannten Leistungen und der weiteren Leistungen dieser Dienste und Einrichtungen sowie zur Hilfsmittelversorgung und zur Zusammenarbeit mit den orthopädischen Versorgungsstellen regeln (§ 32 Nr. 2 SGB IX).

Kapitel 11 Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen

§ 64 Ergänzende Leistungen

(1) Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben der in § 6 Absatz 1 Nummern 1 bis 5 genannten Rehabilitationsträger werden ergänzt durch

1. Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld, Ausbildungsgeld oder Unterhaltsbeihilfe,
2. Beiträge und Beitragszuschüsse
 - a) zur Krankenversicherung nach Maßgabe des Fünften Buches, des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte sowie des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
 - b) zur Unfallversicherung nach Maßgabe des Siebten Buches,
 - c) zur Rentenversicherung nach Maßgabe des Sechsten Buches sowie des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
 - d) zur Bundesagentur für Arbeit nach Maßgabe des Dritten Buches,
 - e) zur Pflegeversicherung nach Maßgabe des Elften Buches,
3. ärztlich verordneten Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung, einschließlich Übungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen, die der Stärkung des Selbstbewusstseins dienen,
4. ärztlich verordnetes Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung,
5. Reisekosten sowie
6. Betriebs- oder Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten.

(2) Ist der Schutz von Menschen mit Behinderungen bei Krankheit oder Pflege während der Teilnahme an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht anderweitig sichergestellt, können die Beiträge für eine freiwillige Krankenversicherung ohne Anspruch auf Krankengeld und zur Pflegeversicherung bei einem Träger der gesetzlichen Kranken- oder Pflegeversicherung oder, wenn dort im Einzelfall ein Schutz nicht gewährleistet ist, die Beiträge zu einem privaten Krankenversicherungsunternehmen erbracht werden. Arbeitslose Teilnehmer an Leistungen zur medizinischen

Rehabilitation können für die Dauer des Bezuges von Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld einen Zuschuss zu ihrem Beitrag für eine private Versicherung gegen Krankheit oder für die Pflegeversicherung erhalten. Der Zuschuss wird nach § 174 Absatz 2 des Dritten Buches berechnet.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Vorschrift hat überwiegend deklaratorische Bedeutung und gibt einen Überblick über ergänzend zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und denen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Betracht kommenden Leistungen. Für den Rehabilitationssport und das Funktionstraining hingegen bildet sie die leistungsrechtliche Grundlage.

Ergänzende Leistungen nach § 64 SGB IX werden von allen Rehabilitationsträgern mit Ausnahme der Träger der Eingliederungshilfe und der öffentlichen Jugendhilfe erbracht.

2. Ergänzende Leistungen der Krankenversicherung

Neben dem Krankengeld als unterhaltssichernde Leistung kommen als ergänzende Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung Beiträge und Beitragszuschüsse, Rehabilitationssport, Funktionstraining, Reisekosten, Betriebs- oder Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten in Betracht. Voraussetzungen, Inhalte und Höhe der Leistungen richten sich nach den jeweils maßgeblichen Bestimmungen des SGB V, KVLG 1989 und des SGB IX.

3. Rehabilitationssport und Funktionstraining

In der gesetzlichen Krankenversicherung bilden § 43 SGB V in Verbindung mit § 64 Absatz 1 Nr. 3 und 4 SGB IX die leistungsrechtlichen Grundlagen für den Anspruch auf Übernahme von Kosten für ärztlich verordneten Rehabilitationssport und ärztlich verordnetes Funktionstraining.

Aus der Formulierung des § 43 SGB V wird deutlich, dass die Leistungen nach § 64 SGB IX zu erbringen sind und somit keine Ermessensleistungen sondern Rechtsanspruchsleistungen gegeben sind.

3.1 Rehabilitationssport

Ärztlich verordneter Rehabilitationssport ist in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung durchzuführen. Durch die Einbeziehung von Übungen für behinderte und von Behinderung bedrohten Frauen und Mädchen, die der Stärkung des Selbstbewusstseins dienen, in bestehende Angebote an Rehabilitationssportgruppen wird dem besonderen Hilfebedarf und den besonderen Bedürfnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen Rechnung getragen.

Um sicherzustellen, dass Rehabilitationssport und Funktionstraining als ergänzende Leistungen nach § 64 Absatz 1 Nr. 3 und 4 SGB IX im Rahmen der für die einzelnen Rehabilitationsträger geltenden Vorschriften nach einheitlichen Grundsätzen erbracht bzw. gefördert werden, wurde auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation die Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining i.d.F. vom 1. Januar 2011 vereinbart.

3.1.1 Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins

§ 64 Absatz 1 Nr. 3 SGB IX sieht die Einbeziehung von Übungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen, die der Stärkung des Selbstbewusstseins dienen, als Bestandteil des Rehabilitationssports vor. Hier sind z. B. einzelne Übungselemente der Selbstverteidigung wie Koordinations- und Fallübungen in Betracht zu ziehen, die in bestehende Angebote des Rehabilitationssports integriert werden.

Eine Teilnahme an eigenständigen Sportangeboten zur Selbstverteidigung (z. B. Karate, Judo o. ä.) sowie die Teilnahme am Breiten-, Freizeit- und Leistungssport lösen wie bisher keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung aus.

3.2 Funktionstraining

Ärztlich verordnetes Funktionstraining ist ebenso wie bisher in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung durchzuführen.

Näheres zur Ausführung der Leistung kann der auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft vereinbarten Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining entnommen werden.

§ 65 Leistungen zum Lebensunterhalt

(1) Im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation leisten

1. Krankengeld: die gesetzlichen Krankenkassen nach Maßgabe der §§ 44 und 46 bis 51 des Fünften Buches und des § 8 Absatz 2 in Verbindung mit den §§ 12 und 13 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte,
2. Verletztengeld: die Träger der Unfallversicherung nach Maßgabe der §§ 45 bis 48, 52 und 55 des Siebten Buches,
3. Übergangsgeld: die Träger der Rentenversicherung nach Maßgabe dieses Buches und der §§ 20 und 21 des Sechsten Buches,
4. Versorgungskrankengeld: die Träger der Kriegsopferversorgung nach Maßgabe der §§ 16 bis 16h und 18a des Bundesversorgungsgesetzes.

(2) Im Zusammenhang mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben leisten Übergangsgeld

1. die Träger der Unfallversicherung nach Maßgabe dieses Buches und der §§ 49 bis 52 des Siebten Buches,
2. die Träger der Rentenversicherung nach Maßgabe dieses Buches und der §§ 20 und 21 des Sechsten Buches,
3. die Bundesagentur für Arbeit nach Maßgabe dieses Buches und der §§ 119 bis 121 des Dritten Buches,
4. die Träger der Kriegsopferfürsorge nach Maßgabe dieses Buches und des § 26a des Bundesversorgungsgesetzes.

(3) Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen haben Anspruch auf Übergangsgeld wie bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für den Zeitraum, in dem die berufliche Eignung abgeklärt oder eine Arbeitserprobung durchgeführt wird (§ 49 Absatz 4 Satz 2) und sie wegen der Teilnahme an diesen Maßnahmen kein oder ein geringeres Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielen.

(4) Der Anspruch auf Übergangsgeld ruht, solange die Leistungsempfängerin einen Anspruch auf Mutterschaftsgeld hat; § 52 Nummer 2 des Siebten Buches bleibt unberührt.

(5) Während der Ausführung von Leistungen zur erstmaligen beruflichen Ausbildung von Menschen mit Behinderungen, berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen und Leistungen zur individuellen betrieblichen Qualifizierung im Rahmen Unterstützter Beschäftigung sowie im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich von anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen und anderen Leistungsanbietern leisten

1. die Bundesagentur für Arbeit Ausbildungsgeld nach Maßgabe der §§ 122 bis 126 des Dritten Buches und
2. die Träger der Kriegsopferfürsorge Unterhaltsbeihilfe unter den Voraussetzungen der §§ 26 und 26a des Bundesversorgungsgesetzes.

(6) Die Träger der Kriegsopferfürsorge leisten in den Fällen des § 27d Absatz 1 Nummer 3 des Bundesversorgungsgesetzes ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt nach § 27a des Bundesversorgungsgesetzes.

(7) Das Krankengeld, das Versorgungskrankengeld, das Verletztengeld und das Übergangsgeld werden für Kalendertage gezahlt; wird die Leistung für einen ganzen Kalendermonat gezahlt, so wird dieser mit 30 Tagen angesetzt.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Vorschrift gibt einen Überblick über die Leistungen, die den Lebensunterhalt der behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen und ihrer Familienangehörigen während der Ausführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sicherstellen sollen, und nennt die auf die jeweiligen Leistungen anwendbaren Vorschriften. Von den Regelungen in den Absätzen 2 bis 6 wird die gesetzliche Krankenversicherung nicht direkt berührt. Es werden hier insbesondere Vorschriften zum Übergangsgeld, die in anderen Leistungsgesetzen enthalten sind, zusammengefasst und vereinheitlicht.

Im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung wird der Anspruch auf Übergangsgeld in § 20 SGB VI konkretisiert. Hinsichtlich des Anspruchs auf Übergangsgeld bei ambulanten Leistungen der Prävention und Nachsorge in einem zeitlich geringen

Umfang und der hierzu zwischen der Deutschen Rentenversicherung Bund und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen vorzunehmenden Vereinbarung wird auf die Ausführungen unter Artikel 7 § 20 SGB VI verwiesen.

§ 66 Höhe und Berechnung des Übergangsgelds

(1) Der Berechnung des Übergangsgelds werden 80 Prozent des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts und Arbeitseinkommens, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt (Regelentgelt), zugrunde gelegt, höchstens jedoch das in entsprechender Anwendung des § 67 berechnete Nettoarbeitsentgelt; als Obergrenze gilt die für den Rehabilitationsträger jeweils geltende Beitragsbemessungsgrenze. Bei der Berechnung des Regelentgelts und des Nettoarbeitsentgelts werden die für die jeweilige Beitragsbemessung und Beitragstragung geltenden Besonderheiten der Gleitzone nach § 20 Absatz 2 des Vierten Buches nicht berücksichtigt. Das Übergangsgeld beträgt

1. 75 Prozent der Berechnungsgrundlage für Leistungsempfänger,
 - a) die mindestens ein Kind im Sinne des § 32 Absatz 1, 3 bis 5 des Einkommensteuergesetzes haben,
 - b) die ein Stiefkind (§ 56 Absatz 2 Nummer 1 des Ersten Buches) in ihren Haushalt aufgenommen haben oder
 - c) deren Ehegatten oder Lebenspartner, mit denen sie in häuslicher Gemeinschaft leben, eine Erwerbstätigkeit nicht ausüben können, weil sie die Leistungsempfänger pflegen oder selbst der Pflege bedürfen und keinen Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung haben,
2. 68 Prozent der Berechnungsgrundlage für die übrigen Leistungsempfänger.

Leisten Träger der Kriegsopferfürsorge Übergangsgeld, beträgt das Übergangsgeld 80 Prozent der Berechnungsgrundlage, wenn die Leistungsempfänger eine der Voraussetzungen von Satz 3 Nummer 1 erfüllen, und im Übrigen 70 Prozent der Berechnungsgrundlage.

(2) Das Nettoarbeitsentgelt nach Absatz 1 Satz 1 berechnet sich, indem der Anteil am Nettoarbeitsentgelt, der sich aus dem kalendertäglichen Hinzurechnungsbetrag nach § 67 Absatz 1 Satz 6 ergibt, mit dem Prozentsatz angesetzt wird, der sich aus dem Verhältnis des kalendertäglichen Regelentgeltbetrages nach § 67 Absatz 1 Satz 1 bis 5 zu dem sich aus diesem Regelentgeltbetrag ergebenden Nettoarbeitsentgelt ergibt. Das kalendertägliche Übergangsgeld darf das kalendertägliche Nettoarbeitsentgelt, das sich aus dem Arbeitsentgelt nach § 67 Absatz 1 Satz 1 bis 5 ergibt, nicht übersteigen.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Vorschrift bestimmt die gemeinsame Bemessungsgrundlage für das Übergangsgeld und bestimmt dessen Höhe. Als Voraussetzung für ein erhöhtes Übergangsgeld wird in Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 ein für alle Rehabilitationsträger einheitlicher Begriff des Kindes im steuerrechtlichen Sinne definiert. Für die gesetzliche Krankenversicherung kommt diese Vorschrift nicht zur Anwendung.

§ 67 Berechnung des Regelentgelts

(1) Für die Berechnung des Regelentgelts wird das von den Leistungsempfängern im letzten vor Beginn der Leistung oder einer vorangegangenen Arbeitsunfähigkeit abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum, mindestens das während der letzten abgerechneten vier Wochen (Bemessungszeitraum) erzielte und um einmalig gezahltes Arbeitsentgelt verminderte Arbeitsentgelt durch die Zahl der Stunden geteilt, für die es gezahlt wurde. Das Ergebnis wird mit der Zahl der sich aus dem Inhalt des Arbeitsverhältnisses ergebenden regelmäßigen wöchentlichen Arbeitsstunden vervielfacht und durch sieben geteilt. Ist das Arbeitsentgelt nach Monaten bemessen oder ist eine Berechnung des Regelentgelts nach den Sätzen 1 und 2 nicht möglich, gilt der 30. Teil des in dem letzten vor Beginn der Leistung abgerechneten Kalendermonat erzielten und um einmalig gezahltes Arbeitsentgelt verminderten Arbeitsentgelts als Regelentgelt. Wird mit einer Arbeitsleistung Arbeitsentgelt erzielt, das für Zeiten einer Freistellung vor oder nach dieser Arbeitsleistung fällig wird (Wertguthaben nach § 7b des Vierten Buches), ist für die Berechnung des Regelentgelts das im Bemessungszeitraum der Beitragsberechnung zugrunde liegende und um einmalig gezahltes Arbeitsentgelt verminderte Arbeitsentgelt maßgebend; Wertguthaben, die nicht nach einer Vereinbarung über flexible Arbeitszeitregelungen verwendet werden (§ 23b Absatz 2 des Vierten Buches), bleiben außer Betracht. Bei der Anwendung des Satzes 1 gilt als regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit die Arbeitszeit, die dem gezahlten Arbeitsentgelt entspricht. Für die Berechnung des Regelentgelts wird der 360. Teil des einmalig gezahlten Arbeitsentgelts, das in den letzten zwölf Kalendermonaten vor Beginn der Leistung nach § 23a des Vierten Buches der Beitragsberechnung zugrunde gelegen hat, dem nach den Sätzen 1 bis 5 berechneten Arbeitsentgelt hinzugerechnet.

(2) Bei Teilarbeitslosigkeit ist für die Berechnung das Arbeitsentgelt maßgebend, das in der infolge der Teilarbeitslosigkeit nicht mehr ausgeübten Beschäftigung erzielt wurde.

(3) Für Leistungsempfänger, die Kurzarbeitergeld bezogen haben, wird das regelmäßige Arbeitsentgelt zugrunde gelegt, das zuletzt vor dem Arbeitsausfall erzielt wurde.

(4) Das Regelentgelt wird bis zur Höhe der für den Rehabilitationsträger jeweils geltenden Leistungs- oder Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt, in der Rentenversicherung bis zur Höhe des der Beitragsbemessung zugrunde liegenden Entgelts.

(5) Für Leistungsempfänger, die im Inland nicht einkommensteuerpflichtig sind, werden für die Feststellung des entgangenen Nettoarbeitsentgelts die Steuern berücksichtigt, die bei einer Steuerpflicht im Inland durch Abzug vom Arbeitsentgelt erhoben würden.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Vorschrift beinhaltet die Regelungen zur Berechnung des Regelentgelts als Grundlage für die Gewährung von Übergangsgeld und fasst die bereits bestehenden Bestimmungen zusammen. Eine Anwendung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung kommt jedoch nicht in Betracht; hier gelten die Regelungen des SGB V.

§ 68 Berechnungsgrundlage in Sonderfällen

(1) Für die Berechnung des Übergangsgeldes während des Bezuges von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden 65 Prozent eines fiktiven Arbeitsentgeltes zugrunde gelegt, wenn

1. die Berechnung nach den §§ 66 und 67 zu einem geringeren Betrag führt,
2. Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen nicht erzielt worden ist oder
3. der letzte Tag des Bemessungszeitraums bei Beginn der Leistungen länger als drei Jahre zurückliegt.

(2) Für die Festsetzung des fiktiven Arbeitsentgelts ist der Leistungsempfänger der Qualifikationsgruppe zuzuordnen, die seiner beruflichen Qualifikation entspricht. Dafür gilt folgende Zuordnung:

1. für eine Hochschul- oder Fachhochschulausbildung (Qualifikationsgruppe 1) ein Arbeitsentgelt in Höhe von einem Dreihundertstel der Bezugsgröße,
2. für einen Fachschulabschluss, den Nachweis über eine abgeschlossene Qualifikation als Meisterin oder Meister oder einen Abschluss in einer vergleichbaren Einrichtung (Qualifikationsgruppe 2) ein Arbeitsentgelt in Höhe von einem Dreihundertsechzigstel der Bezugsgröße,
3. für eine abgeschlossene Ausbildung in einem Ausbildungsberuf (Qualifikationsgruppe 3) ein Arbeitsentgelt in Höhe von einem Vierhundertfünfzigstel der Bezugsgröße und
4. bei einer fehlenden Ausbildung (Qualifikationsgruppe 4) ein Arbeitsentgelt in Höhe von einem Sechshundertstel der Bezugsgröße.

Maßgebend ist die Bezugsgröße, die für den Wohnsitz oder für den gewöhnlichen Aufenthaltsort der Leistungsempfänger im letzten Kalendermonat vor dem Beginn der Leistung gilt.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Vorschrift enthält einheitliche, für alle Rehabilitationsträger geltende Regelungen für die Ermittlung der Berechnungsgrundlage für das Übergangsgeld für die

Fälle, in denen eine Orientierung an den tatsächlichen Einkommensverhältnissen des Betroffenen vor Beginn der Leistung zu einer nicht angemessenen Höhe des Übergangsgeldes oder zu keinem Ergebnis führt.

Für das Krankengeld der gesetzlichen Krankenversicherung hat diese Vorschrift keine Bedeutung.

§ 69 Kontinuität der Bemessungsgrundlage

Haben Leistungsempfänger Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld bezogen und wird im Anschluss daran eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben ausgeführt, so wird bei der Berechnung der diese Leistungen ergänzenden Leistung zum Lebensunterhalt von dem bisher zugrunde gelegten Arbeitsentgelt ausgegangen; es gilt die für den Rehabilitationsträger jeweils geltende Beitragsbemessungsgrenze.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Vorschrift fasst die für die Rehabilitationsträger einheitlich geltende Regelung zusammen, wonach zur Wahrung der Kontinuität bei einem nahtlosen Wechsel zu einer anderen Entgeltersatzleistung bei deren Berechnung das bisher zugrunde gelegte Arbeitsentgelt hier ebenso Berücksichtigung findet.

§ 70 Anpassung der Entgeltersatzleistungen

(1) Die Berechnungsgrundlage, die dem Krankengeld, dem Versorgungskrankengeld, dem Verletztengeld und dem Übergangsgeld zugrunde liegt, wird jeweils nach Ablauf eines Jahres ab dem Ende des Bemessungszeitraums an die Entwicklung der Bruttoarbeitsentgelte angepasst und zwar entsprechend der Veränderung der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer (§ 68 Absatz 2 Satz 1 des Sechsten Buches) vom vorvergangenen zum vergangenen Kalenderjahr.

(2) Der Anpassungsfaktor wird errechnet, indem die Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer für das vergangene Kalenderjahr durch die entsprechenden Bruttolöhne und -gehälter für das vorvergangene Kalenderjahr geteilt werden; § 68 Absatz 7 und § 121 Absatz 1 des Sechsten Buches gelten entsprechend.

(3) Eine Anpassung nach Absatz 1 erfolgt, wenn der nach Absatz 2 berechnete Anpassungsfaktor den Wert 1,0000 überschreitet.

(4) Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales gibt jeweils zum 30. Juni eines Kalenderjahres den Anpassungsfaktor, der für die folgenden zwölf Monate maßgebend ist, im Bundesanzeiger bekannt.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Vorschrift sieht eine für alle Entgeltersatzleistungen einheitliche Anpassungsregelung vor.

In der Gesetzesbegründung zum SGB IX vom 19.06.2001 (BT-Drs. 14/5074) wird zudem klargestellt, dass die Anpassungsvorschrift nicht nur im Zusammenhang mit Leistungen der Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe) anzuwenden ist, sondern generell für die genannten Entgeltersatzleistungen gilt. § 70 SGB IX gilt damit für alle Krankengeldberechtigten nach den §§ 44 ff. SGB V.

2. Anpassung des Krankengeldes

2.1 Berechnungsgrundlage

Für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ist gemäß § 50 Absatz 1 SGB IX die dem Krankengeld zugrunde liegende Berechnungsgrundlage anzupassen.

Die Berechnungsgrundlage in diesem Sinne kann aus § 66 Absatz 1 Satz 1 SGB IX abgeleitet werden. Hiernach sind 80 v. H. des Regelentgelts, höchstens jedoch das in entsprechender Anwendung des § 47 SGB IX ermittelte Nettoarbeitsentgelt, Berechnungsgrundlage. Auf dieser Basis wird das gestaffelte Übergangsgeld berechnet (§ 66 Absatz 1 Satz 2 SGB IX). Eine solche Staffelung der Leistungshöhe gibt es für das Krankengeld nicht. Krankengeld und Berechnungsgrundlage im Sinne des SGB IX sind somit identisch. Im Ergebnis kann daher wie bisher das – ggf. kumulierte – Brutto-Krankengeld dynamisiert werden.

2.2 Begrenzung auf das Höchstkrankengeld

Das dynamisierte Krankengeld ist auf den Betrag der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze (Höchstkrankengeld) begrenzt.

§ 71 Weiterzahlung der Leistungen

(1) Sind nach Abschluss von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben weitere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich, während derer dem Grunde nach Anspruch auf Übergangsgeld besteht, und können diese Leistungen aus Gründen, die die Leistungsempfänger nicht zu vertreten haben, nicht unmittelbar anschließend durchgeführt werden, werden das Verletztengeld, das Versorgungskrankengeld oder das Übergangsgeld für diese Zeit weitergezahlt. Voraussetzung für die Weiterzahlung ist, dass

1. die Leistungsempfänger arbeitsunfähig sind und keinen Anspruch auf Krankengeld mehr haben oder
2. den Leistungsempfängern eine zumutbare Beschäftigung aus Gründen, die sie nicht zu vertreten haben, nicht vermittelt werden kann.

(2) Leistungsempfänger haben die Verzögerung von Weiterzahlungen insbesondere dann zu vertreten, wenn sie zumutbare Angebote von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nur deshalb ablehnen, weil die Leistungen in größerer Entfernung zu ihren Wohnorten angeboten werden. Für die Beurteilung der Zumutbarkeit ist § 140 Absatz 4 des Dritten Buches entsprechend anzuwenden.

(3) Können Leistungsempfänger Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben allein aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr, aber voraussichtlich wieder in Anspruch nehmen, werden Übergangsgeld und Unterhaltsbeihilfe bis zum Ende dieser Leistungen, höchstens bis zu sechs Wochen weitergezahlt.

(4) Sind die Leistungsempfänger im Anschluss an eine abgeschlossene Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben arbeitslos, werden Übergangsgeld und Unterhaltsbeihilfe während der Arbeitslosigkeit bis zu drei Monate weitergezahlt, wenn sie sich bei der Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldet haben und einen Anspruch auf Arbeitslosengeld von mindestens drei Monaten nicht geltend machen können; die Anspruchsdauer von drei Monaten vermindert sich um die Anzahl von Tagen, für die Leistungsempfänger im Anschluss an eine abgeschlossene Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben einen Anspruch auf Arbeitslosengeld geltend machen können. In diesem Fall beträgt das Übergangsgeld

1. 67 Prozent bei Leistungsempfängern, bei denen die Voraussetzungen des erhöhten Bemessungssatzes nach § 66 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 vorliegen und
2. 60 Prozent bei den übrigen Leistungsempfängern,

des sich aus § 66 Absatz 1 Satz 1 oder § 68 ergebenden Betrages.

(5) Ist im unmittelbaren Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation eine stufenweise Wiedereingliederung (§ 44) erforderlich, wird das Übergangsgeld bis zum Ende der Wiedereingliederung weitergezahlt.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Vorschrift trifft Regelungen für die Weiterzahlung von Verletztengeld, Versorgungskrankengeld und Übergangsgeld für den Fall, dass nach Abschluss von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben weitere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich werden, diese aber nicht unmittelbar anschließend durchführbar sind. Die für die Rehabilitationsträger gemeinsam geltenden Regelungen werden in dieser Norm zusammengefasst. Bei der Krankengeldzahlung aus der gesetzlichen Krankenversicherung findet die Vorschrift allerdings keine Anwendung.

§ 72 Einkommensanrechnung

(1) Auf das Übergangsgeld der Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 Nummer 2, 4 und 5 wird Folgendes angerechnet:

1. Erwerbseinkommen aus einer Beschäftigung oder einer während des Anspruchs auf Übergangsgeld ausgeübten Tätigkeit, das bei Beschäftigten um die gesetzlichen Abzüge und um einmalig gezahltes Arbeitsentgelt und bei sonstigen Leistungsempfängern um 20 Prozent zu vermindern ist,
2. Leistungen des Arbeitgebers zum Übergangsgeld, soweit sie zusammen mit dem Übergangsgeld das vor Beginn der Leistung erzielte, um die gesetzlichen Abzüge verminderte Arbeitsentgelt übersteigen,
3. Geldleistungen, die eine öffentlich-rechtliche Stelle im Zusammenhang mit einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben erbringt,
4. Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder Verletztenrenten in Höhe des sich aus § 18a Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 des Vierten Buches ergebenden Betrages, wenn sich die Minderung der Erwerbsfähigkeit auf die Höhe der Berechnungsgrundlage für das Übergangsgeld nicht ausgewirkt hat,
5. Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, die aus demselben Anlass wie die Leistungen zur Teilhabe erbracht werden, wenn durch die Anrechnung eine unbillige Doppelleistung vermieden wird,
6. Renten wegen Alters, die bei der Berechnung des Übergangsgeldes aus einem Teilarbeitsentgelt nicht berücksichtigt wurden,
7. Verletzengeld nach den Vorschriften des Siebten Buches und
8. vergleichbare Leistungen nach den Nummern 1 bis 7, die von einer Stelle außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbuchs erbracht werden.

(2) Bei der Anrechnung von Verletztenrenten mit Kinderzulage und von Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit mit Kinderzuschuss auf das Übergangsgeld bleibt ein Betrag in Höhe des Kindergeldes nach § 66 des Einkommensteuergesetzes oder § 6 des Bundeskindergeldgesetzes außer Ansatz.

(3) Wird ein Anspruch auf Leistungen, um die das Übergangsgeld nach Absatz 1 Nummer 3 zu kürzen wäre, nicht erfüllt, geht der Anspruch insoweit mit Zahlung des Übergangsgeldes auf den Rehabilitationsträger über; die §§ 104 und 115 des Zehnten Buches bleiben unberührt.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Vorschrift fasst die für die Einkommensanrechnung beim Übergangsgeld für betroffene Rehabilitationsträger gemeinsam geltenden Regelungen zusammen. Hier-von abweichende Regelungen sind in den für die Rehabilitationsträger jeweils gel-tenden Leistungsgesetzen bestimmt.

Für die gesetzliche Krankenversicherung findet die Vorschrift keine Anwendung. Hier gelten §§ 49 und 50 SGB V.

§ 73 Reisekosten

(1) Als Reisekosten werden die erforderlichen Fahr-, Verpflegungs- und Übernachtungskosten übernommen, die im Zusammenhang mit der Ausführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben stehen. Zu den Reisekosten gehören auch die Kosten

1. für besondere Beförderungsmittel, deren Inanspruchnahme wegen der Art oder Schwere der Behinderung erforderlich ist,
2. für eine wegen der Behinderung erforderliche Begleitperson einschließlich des für die Zeit der Begleitung entstehenden Verdienstaufschlags,
3. für Kinder, deren Mitnahme an den Rehabilitationsort erforderlich ist, weil ihre anderweitige Betreuung nicht sichergestellt ist sowie
4. für den erforderlichen Gepäcktransport.

(2) Während der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden im Regelfall auch Reisekosten für zwei Familienheimfahrten je Monat übernommen. Anstelle der Kosten für die Familienheimfahrten können für Fahrten von Angehörigen vom Wohnort zum Aufenthaltsort der Leistungsempfänger und zurück Reisekosten übernommen werden.

(3) Reisekosten nach Absatz 2 werden auch im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation übernommen, wenn die Leistungen länger als acht Wochen erbracht werden.

(4) Fahrkosten werden in Höhe des Betrages zugrunde gelegt, der bei Benutzung eines regelmäßig verkehrenden öffentlichen Verkehrsmittels der niedrigsten Beförderungsklasse des zweckmäßigsten öffentlichen Verkehrsmittels zu zahlen ist, bei Benutzung sonstiger Verkehrsmittel in Höhe der Wegstreckenentschädigung nach § 5 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes. Bei Fahrpreiserhöhungen, die nicht geringfügig sind, hat auf Antrag des Leistungsempfängers eine Anpassung der Fahrkostenentschädigung zu erfolgen, wenn die Maßnahme noch mindestens zwei weitere Monate andauert. Kosten für Pendelfahrten können nur bis zur Höhe des Betrages übernommen werden, der unter Berücksichtigung von Art und Schwere der Behinderung bei einer zumutbaren auswärtigen Unterbringung für Unterbringung und Verpflegung zu leisten wäre.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Vorschrift dient der Harmonisierung der von den Rehabilitationsträgern zu erbringenden Reisekosten und umfasst die Kosten, die im Zusammenhang mit einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht werden.

2. Voraussetzungen

Als ergänzende Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben werden Reisekosten übernommen, die aus Anlass der Teilnahme an einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben entstehen.

Für die Krankenversicherung gilt diese Regelung ohne Einschränkungen im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§§ 40, 41 SGB V). Bei allen übrigen Leistungen der Krankenversicherung können Fahrkosten nur im Rahmen des § 60 Absatz 2 SGB V übernommen werden.

3. Umfang

Zu den Reisekosten gehören die notwendigen Fahr-, Verpflegungs- und Übernachtungskosten sowie die Kosten des erforderlichen Gepäcktransports. Zu den Reisekosten gehören auch die Aufwendungen für eine erforderliche Begleitperson.

Ist eine Mitnahme der Kinder an den Rehabilitationsort erforderlich, weil eine anderweitige Betreuung nicht sichergestellt werden kann, werden auch hier Reisekosten nach den Abschnitten 3.2 bis 3.6 übernommen.

3.1 Eigenbeteiligung

Eine Eigenbeteiligung der Versicherten an den Reisekosten ist im Rahmen des § 73 SGB IX nicht vorgesehen.

3.2 Fahrkosten

Notwendige Fahrkosten sind grundsätzlich die Kosten, die bei Benutzung eines regelmäßig verkehrenden, die geringsten Kosten verursachenden Beförderungsmittels unter Berücksichtigung möglicher Fahrpreisvergünstigungen sowie der günstigsten Verkehrsverbindung entstehen.

Ist ein regelmäßig verkehrendes Beförderungsmittel nicht erreichbar oder ist wegen Art oder Schwere der Behinderung die Benutzung eines solchen nicht zumutbar, so sind die Kosten für die Benutzung eines anderen angemessenen Beförderungsmittels zu erstatten. Die Frage der Angemessenheit eines anderen Beförderungsmittels richtet sich nach den Umständen des Einzelfalles. So kommt z. B. die Benutzung eines Taxis nur dann in Betracht, wenn dies wegen Art oder Schwere der Behinderung notwendig ist.

3.2.1 Kostenerstattung bei Benutzung eines PKW

Bei Benutzung eines privateigenen Kraftfahrzeuges auf Grund einer entsprechenden Notwendigkeit oder wegen eines nicht regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels ist eine Wegstreckenentschädigung und ggf. Mitnahmeentschädigung nach den Sätzen des BRKG zu gewähren.

Wird die Fahrt mit einem privateigenen Kraftfahrzeug durchgeführt, obwohl ein regelmäßig verkehrendes Beförderungsmittel hätte benutzt werden können, ist Wegstreckenentschädigung oder ggf. Mitnahmeentschädigung nach den Sätzen des Bundesreisekostengesetzes (§ 6 BRKG) bis zur Höhe der Kosten zu gewähren, die bei Benutzung eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels entstanden wären.

3.3 Beförderung von Gepäck

Die Auslagen für das Befördern von bis zu zwei notwendigen persönlichen Gepäckstücken werden erstattet. Dies gilt nicht bei der Benutzung eines privateigenen Kraftfahrzeuges.

3.4 Verpflegungskosten

Bei einer unvermeidbaren Abwesenheit vom Wohnort/Aufenthaltort von mehr als acht Stunden täglich wird ein Verpflegungsgeld in Höhe der Pauschalsätze nach § 9 BRKG gewährt. Wird Verpflegung angeboten, entfällt der Anspruch auf Verpflegungsgeld.

Die Berechnung der Reisedauer richtet sich nach der Abreise von der Wohnung/Rehabilitationseinrichtung und der Ankunft an der Rehabilitationseinrichtung/Wohnung.

3.5 Übernachtungskosten

Übernachtungsgeschulden werden in analoger Anwendung des § 10 BRKG erstattet.

3.6 Familienheimfahrten

Reisekosten werden auch übernommen für im Regelfall zwei Familienheimfahrten je Monat zum Wohnort/Aufenthaltssort im Inland, wenn die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation länger als acht Wochen erbracht werden. Eine Familienheimfahrt kann in diesen Fällen erstmals nach Ablauf der acht Wochen gewährt werden. Familienheimfahrten können nur erfolgen, wenn sie aus medizinischen Gründen vertretbar sind und die Maßnahme voraussichtlich noch 14 Tage andauert.

Ausnahmsweise können auch bei Tod oder bei schwerer Erkrankung des Ehegatten, der Kinder, der Eltern, Schwiegereltern, Geschwister bzw. des Lebenspartners Familienheimfahrten übernommen werden. Der besondere Anlass ist nachzuweisen. In diesen Fällen gelten weder die Acht-Wochen-Frist noch die Beschränkung auf zwei Fahrten im Monat.

Die Fristberechnung dieser Acht-Wochen-Frist erfolgt ab Beginn der Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Der Tag des Beginns dieser Leistung wird in die Frist mit eingerechnet (§ 187 Absatz 2 BGB).

Bei der Berechnung der Monatsfrist ist von einer starren Frist für die laufende Leistung zur medizinischen Rehabilitation auszugehen. Die erste Monatsfrist beginnt einen Tag nach Ablauf der Acht-Wochen-Frist.

Anstelle der Reisekosten für eine Familienheimfahrt können für die Fahrt eines Angehörigen vom Wohnort im Inland zum Aufenthaltsort des Rehabilitanden und zurück Reisekosten übernommen werden.

Reisekosten für die Besuchsfahrt eines Angehörigen werden bis zur Höhe der Kosten übernommen, die für die Fahrt des Rehabilitanden zu seiner Wohnung entstanden wären. Fahrpreisermäßigungen, die der Rehabilitand hätte in Anspruch nehmen können, bleiben bei Besuchsfahrten eines Angehörigen unberücksichtigt.

Beispiel:

Die Leistung zur medizinischen Rehabilitation (stationär) beginnt

am 02.07.2019 (gemäß § 187 Absatz 2 BGB wird der Aufnahmetag in die Frist miteingerechnet)

am 26.08. 2019 Ende der Acht-Wochen-Frist

Ab 27.08. 2019 können Reisekosten deshalb auch für im Regelfall zwei Familienheimfahrten je Monat übernommen werden. Bei der Berechnung der Monatsfristen handelt es sich um "starre" Fristen.

Berechnung der Monatsfrist:

Ab 27.08.2019 bis 26.09.2019 (Monatsfrist, in der 2 Familienheimfahrten übernommen werden können)

Ab 27.09.2019 bis 26.10. 2019 (Monatsfrist, in der 2 Familienheimfahrten übernommen werden können)

3.7 Aufwendungen für die Begleitperson

Die Aufwendungen für eine erforderliche Begleitperson werden in entsprechender Anwendung der Abschnitte 3.1 bis 3.6 erstattet. Entsteht der Begleitperson Verdienstausfall infolge der Begleitung, so ist auch dieser als Reisekosten zu erstatten.

4. Definition "Kinder"

Kinder in diesem Sinne sind:

- Leibliche Kinder
- Adoptivkinder
- Stiefkinder
- Enkelkinder
- Pflegekinder
- Adoptionspflegekinder und
- an Kindes statt angenommene Kinder.

Sie müssen mit dem Rehabilitanden in häuslicher Gemeinschaft leben.

Eine Mitnahme an den Rehabilitationsort kommt für Kinder in Betracht, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder behindert (vgl. Abschnitt 3 zu § 2 SGB IX) und auf Hilfe angewiesen sind.

§ 74 Haushalts- oder Betriebshilfe und Kinderbetreuungskosten

(1) Haushaltshilfe wird geleistet, wenn

1. den Leistungsempfängern wegen der Ausführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist,
2. eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann und
3. im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe noch nicht 12 Jahre alt ist oder wenn das Kind eine Behinderung hat und auf Hilfe angewiesen ist.

§ 38 Absatz 4 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(2) Anstelle der Haushaltshilfe werden auf Antrag des Leistungsempfängers die Kosten für die Mitnahme oder für die anderweitige Unterbringung des Kindes bis zur Höhe der Kosten der sonst zu erbringenden Haushaltshilfe übernommen, wenn die Unterbringung und Betreuung des Kindes in dieser Weise sichergestellt ist.

(3) Kosten für die Kinderbetreuung des Leistungsempfängers können bis zu einem Betrag von 160 Euro je Kind und Monat übernommen werden, wenn die Kosten durch die Ausführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben unvermeidbar sind. Es werden neben den Leistungen zur Kinderbetreuung keine Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 erbracht. Der in Satz 1 genannte Betrag erhöht sich entsprechend der Veränderung der Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches; § 160 Absatz 3 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend.

(4) Abweichend von den Absätzen 1 bis 3 erbringen die landwirtschaftliche Alterskasse und die landwirtschaftliche Krankenkasse Betriebs- und Haushaltshilfe nach den §§ 10 und 36 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte und nach den §§ 9 und 10 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft für die bei ihr versicherten landwirtschaftlichen Unternehmer und im Unternehmen mitarbeitenden Ehegatten nach den §§ 54 und 55 des Siebten Buches.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Vorschrift dient der Harmonisierung der von den Rehabilitationsträgern zu erbringenden ergänzenden Leistungen in den Fällen, in denen den Betroffenen aufgrund der Ausführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben die Weiterführung des Unternehmens oder des Haushalts oder die Betreuung der Kinder nicht möglich ist.

§ 43 SGB V stellt sicher, dass Haushaltshilfe bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 74 SGB IX von den Krankenkassen zu erbringen ist.

Wird eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation nicht von der Krankenkasse, sondern von einem anderen Rehabilitationsträger erbracht, dann hat dieser auch die Haushaltshilfe bzw. Kinderbetreuungskosten zu übernehmen.

2. Haushaltshilfe

Die Formulierung des § 74 SGB IX orientiert sich an § 38 SGB V. Dementsprechend ergeben sich für die Krankenkassen keine Änderungen zur bisherigen Verfahrensweise bei der Gewährung von Haushaltshilfe.

3. Mitnahme des Kindes an den Rehabilitationsort

Kommt eine Mitnahme des Kindes an den Rehabilitationsort in Betracht, so können an Stelle der Haushaltshilfe die Kosten der Unterbringung am Rehabilitationsort bis zur Höhe der Kosten der sonst zu erbringenden Haushaltshilfe übernommen werden.

4. Kinderbetreuungskosten

Die Altersgrenze für Kinder nach § 74 Absatz 1 Nr. 3 SGB IX gilt auch bei der Übernahme von Kinderbetreuungskosten. Kinderbetreuungskosten kommen nur in Betracht, wenn Haushaltshilfe nicht gewährt wird.

Kinderbetreuungskosten können übernommen werden, wenn aufsichtsbedürftige Kinder betreut werden müssen, weil ansonsten eine Teilnahme an der Leistung zur medizinischen Rehabilitation ohne die Betreuung der Kinder nicht möglich ist. Hierfür können bis zu 160 € monatlich je Kind übernommen werden.

Für den Betrag von 160 € ist eine Dynamisierung vorgesehen. Bei einer Veränderung erfolgt unter Anwendung des § 160 Absatz 3 Sätze 2 bis 5 SGB IX eine Bekanntgabe zum 1. Januar eines Kalenderjahres durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Bundesanzeiger.

Da die Betreuungskosten nur bis zu 160 € im Monat übernommen werden, dürfte die Alternative einer Übernahme von Kinderbetreuungskosten durch die Krankenkasse bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der Praxis vermutlich keine Relevanz haben.

5. Besonderheiten bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse

Durch die einschränkende Formulierung in § 74 Absatz 4 SGB IX kann die landwirtschaftliche Krankenkasse lediglich Betriebs- und Haushaltshilfe nach den §§ 9 und 10 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte erbringen. Weiter gehende Leistungsansprüche nach § 74 Absatz 1 bis 3 SGB IX, z. B. die Kinderbetreuung, können daher von der landwirtschaftlichen Krankenkasse nicht erbracht werden. Die Anwendung des § 74 Absatz 1 bis 3 SGB IX ergibt sich lediglich im Einzelfall, in dem ein Anspruch auf eine familienbezogene Haushaltshilfe besteht.

Kapitel 12 Leistungen zur Teilhabe an Bildung

§ 75 Leistungen zur Teilhabe an Bildung

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

(2) Die Leistungen umfassen insbesondere

1. Hilfen zur Schulbildung, insbesondere im Rahmen der Schulpflicht einschließlich der Vorbereitung hierzu,
2. Hilfen zur schulischen Berufsausbildung,
3. Hilfen zur Hochschulbildung und
4. Hilfen zur schulischen und hochschulischen beruflichen Weiterbildung.

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

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Zum Ausgleich des behinderungsbedingten Mehrbedarfs können dem Lernenden kommunikative, technische oder andere Hilfsmittel gewährt werden.

Leistungsansprüche folgen wie bisher allein aus den für die jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen. Dies sind nach geltender Rechtslage u.a. für Rehabilitationsträger der gesetzlichen Unfallversicherung das SGB VII (insbesondere § 35 Absatz 2), für den Bereich der Kinder- und Jugendhilfe das SGB VIII (vgl. § 35a Absatz 1, 4 in Verbindung mit § 54 SGB XII) und für Träger der Eingliederungshilfe das SGB XII (§ 54). Die leistungsrechtlichen Tatbestandsvoraussetzungen sind wie bisher in den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen geregelt

und werden durch diese Vorschrift nicht berührt. Der Leistungstatbestand „Leistungen zur Teilhabe an Bildung“ wird in diesem Gesetzentwurf ausdrücklich für die Träger der Eingliederungshilfe geregelt und im Vergleich zur geltenden Rechtslage ausgeweitet (vgl. § 112 SGB IX).

Teil 2

Besondere Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung für Menschen mit Behinderungen

Kapitel 7 Gesamtplanung

§ 117 Gesamtplanverfahren

(1) Das Gesamtplanverfahren ist nach folgenden Maßstäben durchzuführen:

1. Beteiligung des Leistungsberechtigten in allen Verfahrensschritten, beginnend mit der Beratung,
2. Dokumentation der Wünsche des Leistungsberechtigten zu Ziel und Art der Leistungen,
3. Beachtung der Kriterien
 - a. transparent,
 - b. trägerübergreifend,
 - c. interdisziplinär,
 - d. konsensorientiert,
 - e. individuell,
 - f. lebensweltbezogen,
 - g. sozialraumorientiert und
 - h. zielorientiert,
4. Ermittlung des individuellen Bedarfes,
5. Durchführung einer Gesamtplankonferenz,
6. Abstimmung der Leistungen nach Inhalt, Umfang und Dauer in einer Gesamtplankonferenz unter Beteiligung betroffener Leistungsträger.

(2) Am Gesamtplanverfahren wird auf Verlangen des Leistungsberechtigten eine Person seines Vertrauens beteiligt.

(3) Bestehen im Einzelfall Anhaltspunkte für eine Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch, wird die zuständige Pflegekasse mit Zustimmung des Leistungsberechtigten vom Träger der Eingliederungshilfe informiert und muss am Gesamtplanverfahren beratend teilnehmen, soweit dies für den Träger der Eingliederungshilfe zur Feststellung der Leistungen nach den Kapiteln 3 bis 6 erforderlich ist. Bestehen im Einzelfall Anhaltspunkte, dass Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Siebten Kapitel des Zwölften Buches erforderlich sind, so soll der Träger dieser Leistungen mit Zustimmung der Leistungsberechtigten informiert und am Gesamtplanverfahren beteiligt werden, soweit dies zur Feststellung der Leistungen nach den Kapiteln 3 bis 6 erforderlich ist.

(4) Bestehen im Einzelfall Anhaltspunkte für einen Bedarf an notwendigem Lebensunterhalt, ist der Träger dieser Leistungen mit Zustimmung des Leistungsberechtigten zu informieren und am Gesamtplanverfahren zu beteiligen, soweit dies zur Feststellung der Leistungen nach den Kapiteln 3 bis 6 erforderlich ist.

(5) § 22 Absatz 5 ist entsprechend anzuwenden, auch wenn ein Teilhabeplan nicht zu erstellen ist.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Der Gesamtplanung kommt auf Grund der personenzentrierten Leistungsgewährung und -erbringung in der Eingliederungshilfe eine Schlüsselfunktion zu. Sie ist die Grundlage für die Erbringung bedarfsdeckender Leistungen und stellt sicher, dass die Hilfe für Menschen mit Behinderung umfassend ist und auf deren individuelle Vorstellungen und Lebensplanung zugeschnitten wird. Die Gesamtplanung knüpft an die Bedarfsfeststellung bzw. Teilhabeplanung an und regelt die für die Eingliederungshilfe notwendigen Spezifika.

Während der Teilhabeplan nur zu erstellen ist, soweit Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind, ist der Gesamtplan für jede leistungsberechtigte Person und auch bei Einzelleistungen der Eingliederungshilfe zu erstellen.

Um Hilfe- und Unterstützungsbedarfe umfassend ermitteln zu können, ist es im Einzelfall erforderlich, dass der Träger der Eingliederungshilfe auch die Pflegekasse an der Gesamtplanung beteiligt. Dazu hat die Pflegekasse den aktuellen Pflegebedarf festzustellen und an der ggf. durchzuführenden Gesamtpflegekonferenz beratend teilzunehmen.

Artikel 6 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuches – Gesetzliche Krankenversicherung –

§ 2 Leistungen

(1-1a) ...

(2) Die Versicherten erhalten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen, soweit dieses oder das Neunte Buch nichts Abweichendes vorsehen. Die Leistungen werden auf Antrag durch ein Persönliches Budget erbracht; § 29 des Neunten Buches gilt entsprechend. Über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen schließen die Krankenkassen nach den Vorschriften des Vierten Kapitels Verträge mit den Leistungserbringern.

(3-4) ...

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Änderung ist eine Folgeänderung des seit 01.01.2008 bestehenden Rechtsanspruchs auf die Leistungsform des Persönlichen Budgets. Mit der Rechtsbereinigung wird der Rechtsanspruch in § 2 Absatz 2 Satz 2 SGB V verankert.

§ 5 Versicherungspflicht

(1) Versicherungspflichtig sind

1.-5. ...

6. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 226 des Neunten Buches oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind, oder bei einem anderen Leistungsanbieter nach § 60 des Neunten Buches

7.-13....

(2-8) ...

(8a) Nach Absatz 1 Nr. 13 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 12 versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied oder nach § 10 versichert ist. Satz 1 gilt entsprechend für Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches, dem Teil 2 des Neunten Buches und für Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes. Satz 2 gilt auch, wenn der Anspruch auf diese Leistungen für weniger als einen Monat unterbrochen wird. Der Anspruch auf Leistungen nach § 19 Abs. 2 gilt nicht als Absicherung im Krankheitsfall im Sinne von Absatz 1 Nr. 13, sofern im Anschluss daran kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht.

(9-10)...

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Änderung umfasst eine Folgeänderung aufgrund der Zulassung anderer Leistungsanbieter als Alternativen zu Werkstätten für behinderte Menschen im Neunten Buch. Danach gehören Menschen mit Behinderungen, die bei einem anderen Leistungsanbieter tätig sind, gleichermaßen zum versicherungspflichtigen Personenkreis nach dem Fünften Buch.

Darüber hinaus wurde in Absatz 6 eine redaktionelle Änderung als Folge der Berücksichtigung des Schwerbehindertenrechts im Teil 3 des Neunten Buches vorgenommen.

§ 9 Freiwillige Versicherung

(1) ...

(2) ...

1.-3. ...

4. *im Falle des Absatzes 1 Nr. 4 nach Feststellung der Behinderung nach §
151 des Neunten Buches,*

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Änderung umfasst eine redaktionelle Anpassung als Folge der Berücksichtigung des Schwerbehindertenrechts im Teil 3 des Neunten Buches.

§ 11 Leistungsarten

(1) ...

1.-4. ...

5. *des Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches.*

(2-6)...

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Änderung umfasst eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neufassung des SGB IX.

§ 13 Kostenerstattung

(1-2)...

(3) *Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Die Kosten für selbstbeschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem Neunten Buch werden nach § 18 des Neunten Buches erstattet.*

(3a) *Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung. Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet. Die Krankenkasse berichtet dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich über die Anzahl der Fälle, in denen Fristen nicht eingehalten oder Kostenerstattungen vorgenommen wurden. Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten die §§ 14 bis 24 des Neunten Buches zur Koordinierung der Leistungen und zur Erstattung selbst beschaffter Leistungen.*

(4-6)...

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Änderung umfasst eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neufassung der Vorschriften zur Koordinierung der Leistungen und zur Selbstbeschaffung von Leistungen zur Teilhabe nach Teil 1 Kapitel 4 SGB IX.

§ 23 Medizinische Vorsorgeleistungen

(1) ...

(2-4) ...

(5) Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls unter entsprechender Anwendung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten nach § 8 des Neunten Buches Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach Absatz 4 sowie die Vorsorgeeinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen; die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehöriger. Leistungen nach Absatz 4 sollen für längstens drei Wochen erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Satz 2 gilt nicht, soweit der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Anhörung der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Vorsorgeeinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen in Leitlinien Indikationen festgelegt und diesen jeweils eine Regeldauer zugeordnet hat; von dieser Regeldauer kann nur abgewichen werden, wenn dies aus dringenden medizinischen Gründen im Einzelfall erforderlich ist. Leistungen nach Absatz 2 können nicht vor Ablauf von drei, Leistungen nach Absatz 4 können nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Änderung umfasst eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neufassung des SGB IX.

§ 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(1) ...

(2) *Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 37 Absatz 3 des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht; für pflegende Angehörige kann die Krankenkasse unter denselben Voraussetzungen stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht. Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen; dies gilt nicht für solche Mehrkosten, die im Hinblick auf die Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 8 des Neunten Buches angemessen sind. Die Krankenkasse führt nach Geschlecht differenzierte statistische Erhebungen über Anträge auf Leistungen nach Satz 1 und Absatz 1 sowie deren Erledigung durch. § 39 Absatz 1a gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass bei dem Rahmenvertrag entsprechend § 39 Absatz 1a die für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene zu beteiligen sind.*

(3) *Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten nach § 8 des Neunten Buches Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen; die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehöriger. Leistungen nach Absatz 1 sollen für längstens 20 Behandlungstage, Leistungen nach Absatz 2 für längstens drei Wochen erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Satz 2 gilt nicht, soweit der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Anhörung der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen in Leitlinien Indikationen festgelegt und diesen jeweils eine Regeldauer zugeordnet hat; von dieser Regeldauer kann nur abgewichen werden, wenn dies aus dringenden medizinischen Gründen im Einzelfall erforderlich ist. Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 können nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend*

erforderlich. § 23 Abs. 7 gilt entsprechend. Die Krankenkasse zahlt der Pflegekasse einen Betrag in Höhe von 3 072 Euro für pflegebedürftige Versicherte, für die innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung keine notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht worden sind. Satz 6 gilt nicht, wenn die Krankenkasse die fehlende Leistungserbringung nicht zu vertreten hat. Die Krankenkasse berichtet ihrer Aufsichtsbehörde jährlich über Fälle nach Satz 6.

(4-7) ...

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Änderung umfasst eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neufassung des SGB IX.

§ 43 Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

(1) Die Krankenkasse kann neben den Leistungen, die nach § 64 Abs. 1 Nr. 2 bis 6 sowie nach §§ 73 und 74 des Neunten Buches als ergänzende Leistungen zu erbringen sind,....

1.-2. ...

(2) ...

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Änderung umfasst eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neufassung des SGB IX.

§ 43a Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen

(1) Versicherte Kinder haben Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, insbesondere auf psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen; § 46 des Neunten Buches bleibt unberührt.

(2) ...

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Änderung umfasst eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neufassung des SGB IX.

§ 49 Ruhen des Krankengeldes

(1) ...

1.-7. ...

(2-3) ...

(4) Aufgehoben

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Änderung umfasst eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Aufhebung des § 13 Absatz 2 Nummer 7 SGB IX.

§ 60 Fahrkosten

(1-2) ...

1.-4. ...

(3)

1.-4. ...

(4) ...

(5) Im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden Fahr- und andere Reisekosten nach § 73 Absatz 1 bis 3 des Neunten Buches übernommen.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Änderung umfasst eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neufassung des SGB IX.

§ 137d Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation

(1) Für stationäre Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Vertrag nach § 111 oder § 111a und für ambulante Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Vertrag über die Erbringung ambulanter Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 111c Absatz 1 besteht, vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf der Grundlage der Empfehlungen nach § 37 Absatz 1 des Neunten Buches mit den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen die Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 Nr. 1. Die Kosten der Auswertung von Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung tragen die Krankenkassen anteilig nach ihrer Belegung der Einrichtungen oder Fachabteilungen. Das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement und die Verpflichtung zur Zertifizierung für stationäre Rehabilitationseinrichtungen richten sich nach § 37 des Neunten Buches.

(2) Für stationäre Vorsorgeeinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 und für Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht, vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Vorsorgeeinrichtungen und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen die Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 Nr. 1 und die Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 135a Abs. 2 Nr. 2. Dabei sind die gemeinsamen Empfehlungen nach § 37 Absatz 1 des Neunten Buches zu berücksichtigen und in ihren Grundzügen zu übernehmen. Die Kostentragungspflicht nach Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend.

(3-4) ...

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Änderung umfasst eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neufassung des SGB IX.

§ 251 Tragung der Beiträge durch Dritte

(1-2) ...

1.-2. ...

(3) Die Künstlersozialkasse trägt die Beiträge für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherungspflichtigen Mitglieder. Hat die Künstlersozialkasse nach § 16 Abs. 2 Satz 2 des Künstlersozialversicherungsgesetzes das Ruhen der Leistungen festgestellt, entfällt für die Zeit des Ruhens die Pflicht zur Entrichtung des Beitrages, es sei denn, das Ruhen endet nach § 16 Abs. 2 Satz 5 des Künstlersozialversicherungsgesetzes. Bei einer Vereinbarung nach § 16 Abs. 2 Satz 6 des Künstlersozialversicherungsgesetzes ist die Künstlersozialkasse zur Entrichtung der Beiträge für die Zeit des Ruhens insoweit verpflichtet, als der Versicherte seine Beitragsanteile zahlt. Satz 1 Nummer 2 und Satz 2 gelten für einen anderen Leistungsanbieter nach § 60 des Neunten Buches entsprechend.

(4-5) ...

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Änderung umfasst eine Folgeänderung aufgrund der Zulassung anderer Leistungsanbieter als Alternativen zu Werkstätten für behinderte Menschen im Neunten Buch. Danach gelten für Menschen mit Behinderungen, die bei einem anderen Leistungsanbieter tätig sind, die Vorschriften zur Beitragstragung und zur Beitragserstattung gleichermaßen.

§ 264 Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung

(1) ...

(2) Die Krankenbehandlung von Empfängern von Leistungen, nach dem Teil 2 des Neunten Buches, von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes und von Empfängern von Krankenhilfeleistungen nach dem Achten Buch, die nicht versichert sind, wird von der Krankenkasse übernommen. Satz 1 gilt nicht für Empfänger, die voraussichtlich nicht mindestens einen Monat ununterbrochen Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen, für Personen, die ausschließlich Leistungen nach § 11 Abs. 5 Satz 3 und § 33 des Zwölften Buches beziehen sowie für die in § 24 des Zwölften Buches genannten Personen.

(3-7) ...

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Änderung umfasst eine Folgeänderung aufgrund der Einordnung der Eingliederungshilfe in den Teil 2 des SGB IX. Dadurch ist sichergestellt, dass der Personenkreis der Eingliederungshilfeberechtigten von der Übernahme der Krankenbehandlung durch die Krankenkasse für nicht Versicherungspflichtige nach § 264 Absatz 2 SGB V erfasst ist.

Die im Weiteren erforderlichen redaktionellen Änderungen in § 264 Absatz 5 Satz 1 SGB V sowie § 264 Absatz 7 Satz 1 SGB V zur Berücksichtigung der Einordnung der Eingliederungshilfe in den Teil 2 des SGB IX wurden nicht vorgenommen.

§ 275 Begutachtung und Beratung

(1) ...

1. ...

2. zur Einleitung von Leistungen zur Teilhabe, insbesondere zur Koordinierung der Leistungen nach den §§ 14 bis 24 des Neunten Buches im Benehmen mit dem behandelnden Arzt,

3. ...

(1a-5) ...

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Änderung umfasst eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neufassung der Vorschriften zur Koordinierung der Leistungen zwischen den Rehabilitations-trägern nach Teil 1 Kapitel 4 SGB IX.

§ 284 Sozialdaten bei den Krankenkassen

(1) ...

1.-16. ...

17. die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen als Rehabilitationsträger nach dem Neunten Buch

(2-4) ...

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Mit der Neuregelung werden die Krankenkassen als Rehabilitationsträger grundsätzlich befugt, die für die Erfüllung ihrer Aufgaben nach dem Neunten Buch erforderlichen Daten zu erheben und zu speichern.

Artikel 7

Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

§ 20 Anspruch

(1) Anspruch auf Übergangsgeld haben Versicherte, die

- 1. von einem Träger der Rentenversicherung Leistungen zur Prävention, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen zur Nachsorge oder sonstige Leistungen zur Teilhabe erhalten,*
- 2. (weggefallen)*
- 3. bei Leistungen zur Prävention, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Nachsorge oder sonstigen Leistungen zur Teilhabe unmittelbar vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder, wenn sie nicht arbeitsunfähig sind, unmittelbar vor Beginn der Leistungen*
 - a) Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt und im Bemessungszeitraum Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt haben oder*
 - b) Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Kurzarbeitergeld, Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II oder Mutterschaftsgeld bezogen haben und für die von dem der Sozialleistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen oder im Falle des Bezugs von Arbeitslosengeld II zuvor aus Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt worden sind.*

(2) Versicherte, die Anspruch auf Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch haben, haben nur Anspruch auf Übergangsgeld, wenn sie wegen der Inanspruchnahme der Leistungen zur Teilhabe keine ganztägige Erwerbstätigkeit ausüben können.

(3) Versicherte, die Anspruch auf Krankengeld nach § 44 des Fünften Buches haben und ambulante Leistungen zur Prävention und Nachsorge in einem zeitlich geringen Umfang erhalten, haben ab Inkrafttreten der Vereinbarung nach Absatz 4 nur Anspruch auf Übergangsgeld, sofern die Vereinbarung dies vorsieht.

(4) Die Deutsche Rentenversicherung Bund und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2017, unter welchen Voraussetzungen Versicherte nach Absatz 3 einen Anspruch auf Übergangsgeld haben. Unzuständig geleistete Zahlungen von Entgeltersatzleistungen sind vom zuständigen Träger der Leistung zu erstatten.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Durch das Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz) vom 08.12.2016 (BGBl vom 13.12.2016, Teil I Nr. 59, Seite 2838 ff.) wurde durch Änderung des § 20 Absatz 1 Nummer 1 SGB VI der Anspruch auf Übergangsgeld erweitert. Ein Anspruch auf Übergangsgeld besteht nunmehr nicht nur bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstigen Leistungen, sondern auch dann, wenn Versicherte Leistungen zur Prävention und Leistungen zur Nachsorge erhalten. Die Änderung ist zum 14.12.2016 in Kraft getreten.

Durch das Bundesteilhabegesetz wurde die Regelungen zum Anspruch auf Übergangsgeld nach § 20 SGB VI nachfolgend durch die Neufassung des Absatz 3 und Absatz 4 ergänzt.

Die nach § 20 Abs. 4 SGB VI durch die DRV Bund und den GKV-Spitzenverband im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales vorzunehmende Vereinbarung zur Leistungsabgrenzung Krankengeld/Übergangsgeld (Vereinbarung nach § 20 Abs. 4 SGB VI vom 07.05.2018) ist rückwirkend zum 01.01.2018 in Kraft getreten (vgl. Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes RS 2018/366 vom 13.07.2018).

Artikel 10

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 7a Pflegeberatung

(1) ...

1.-4. ...

Der Versorgungsplan wird nach Maßgabe der Richtlinien nach § 17 Absatz 1a erstellt und umgesetzt; er beinhaltet insbesondere Empfehlungen zu den im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen nach Satz 3 Nummer 3, Hinweise zu dem dazu vorhandenen örtlichen Leistungsangebot sowie zur Überprüfung und Anpassung der empfohlenen Maßnahmen. Bei Erstellung und Umsetzung des Versorgungsplans ist Einvernehmen mit dem Hilfesuchenden und allen an der Pflege, Versorgung und Betreuung Beteiligten anzustreben. Soweit Leistungen nach sonstigen bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften erforderlich sind, sind die zuständigen Leistungsträger frühzeitig mit dem Ziel der Abstimmung einzubeziehen. Eine enge Zusammenarbeit mit anderen Koordinierungsstellen, insbesondere den Ansprechstellen der Rehabilitationsträger nach § 12 Absatz 1 Satz 3 des Neunten Buches, ist sicherzustellen. Ihnen obliegende Aufgaben der Pflegeberatung können die Pflegekassen ganz oder teilweise auf Dritte übertragen; § 80 des Zehnten Buches bleibt unberührt. Ein Anspruch auf Pflegeberatung besteht auch dann, wenn ein Antrag auf Leistungen nach diesem Buch gestellt wurde und erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht. Es ist sicherzustellen, dass im jeweiligen Pflegestützpunkt nach § 7c Pflegeberatung im Sinne dieser Vorschrift in Anspruch genommen werden kann und die Unabhängigkeit der Beratung gewährleistet ist.

(2-9) ...

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Änderung umfasst eine Folgeänderung aufgrund des Wegfalls der bisherigen Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation zum 31.12.2018 (vgl. § 241 Absatz 7 SGB IX).

§ 13 Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen

(1-2)

(3) ...

1.-3. ...

vor. Leistungen zur Pflege nach diesen Gesetzen sind zu gewähren, wenn und soweit Leistungen der Pflegeversicherung nicht erbracht werden oder diese Gesetze dem Grunde oder der Höhe nach weitergehende Leistungen als die Pflegeversicherung vorsehen. Die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach dem Neunten Buch, dem Bundesversorgungsgesetz und dem Achten Buch bleiben unberührt, sie sind im Verhältnis zur Pflegeversicherung nicht nachrangig; die notwendige Hilfe in den Einrichtungen und Räumlichkeiten nach § 71 Abs. 4 ist einschließlich der Pflegeleistungen zu gewähren.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Änderung umfasst eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Überführung von Leistungen der Eingliederungshilfe aus dem SGB XII in das SGB IX. Im Weiteren erfolgt im letzten Halbsatz eine Folgeänderung aufgrund der Neufassung des SGB IX durch dieses Gesetz und den damit zusammenhängenden Anpassungen im SGB XI, die mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz vorgenommen werden.

§ 20 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

(1) ...

1.-6. ...

7. *Behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 226 des Neunten Buches oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit oder bei einem anderen Leistungsanbieter nach § 60 des Neunten Buches tätig sind,*

8.-12. ...

(2-4)...

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Änderung umfasst eine Folgeänderung aufgrund der Zulassung anderer Leistungsanbieter als Alternativen zu Werkstätten für behinderte Menschen im Neunten Buch. Danach gehören Menschen mit Behinderungen, die bei einem anderen Leistungsanbieter tätig sind, gleichermaßen zum versicherungspflichtigen Personenkreis nach dem SGB V. Entsprechend nach dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ wird der versicherungspflichtige Personenkreis nach dem SGB XI erweitert.

§ 28 Leistungsarten, Grundsätze

(1) ...

1.-13. ...

14. Leistungen des Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches,

15. ...

(1a-4) ...

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Änderung umfasst eine redaktionelle Folgeänderung zu der Überführung der bisher in § 17 SGB IX enthaltenen Regelungen in den neuen § 29 SGB IX.

§ 35a Teilnahme an einem Persönlichen Budget nach § 29 des Neunten Buches

Pflegebedürftigen werden auf Antrag die Leistungen nach den §§ 36, 37 Abs. 1, §§ 38, 40 Abs. 2 und § 41 durch ein Persönliches Budget nach § 29 des Neunten Buches erbracht; bei der Kombinationsleistung nach § 38 ist nur das anteilige und im Voraus bestimmte Pflegegeld als Geldleistung budgetfähig, die Sachleistungen nach den §§ 36, 38 und 41 dürfen nur in Form von Gutscheinen zur Verfügung gestellt werden, die zur Inanspruchnahme von zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach diesem Buch berechtigen. Der Leistungsträger, der das Persönliche Budget nach § 29 Absatz 3 des Neunten Buches durchführt, hat sicherzustellen, dass eine den Vorschriften dieses Buches entsprechende Leistungsbewilligung und Verwendung der Leistungen durch den Pflegebedürftigen gewährleistet ist. Andere als die in Satz 1 genannten Leistungsansprüche bleiben ebenso wie die sonstigen Vorschriften dieses Buches unberührt.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Änderung in Satz 1 umfasst eine Folgeänderung aufgrund des seit 01.01.2008 bestehenden Rechtsanspruchs auf die Leistungsform des Persönlichen Budgets. Mit der Rechtsbereinigung wird der Rechtsanspruch in § 35a Satz 1 SGB IX verankert.

Satz 2 umfasst eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Überführung des Persönlichen Budgets in § 29 SGB IX.

Artikel 20

Weitere Änderungen zum Jahr 2020

Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989)

§ 2 Pflichtversicherte

(1-6)

(6a) Nach Absatz 1 Nr. 7 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 6 versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied oder nach § 7 oder nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert ist. Satz 1 gilt entsprechend für Empfänger von Leistungen nach dem Dritten, Vierten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, für Empfänger von Leistungen nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch und für Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes. Der Anspruch auf Leistungen nach § 19 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt nicht als Absicherung im Krankheitsfall im Sinne von Absatz 1 Nr. 7, sofern im Anschluss daran kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht.

(7-9)

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Änderung umfasst eine Folgeänderung aufgrund der Herauslösung der Eingliederungshilfe aus dem SGB XII und deren Einordnung als neuen Teil 2 SGB IX.

§ 24 Ende der Mitgliedschaft

(1) ...

1.-7.....

8. mit Ablauf des Vortages, an dem ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begründet wird oder der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt in einen anderen Staat verlegt wird, bei Versicherungspflichtigen nach § 2 Absatz 1 Nummer 7; dies gilt nicht für Mitglieder, die Empfänger von Leistungen nach dem Dritten, Vierten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder Empfänger von Leistungen nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch sind.

(2) ...

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Änderung umfasst eine Folgeänderung aufgrund der Herauslösung der Eingliederungshilfe aus dem SGB XII und deren Einordnung als neuen Teil 2 SGB IX.

Artikel 23

Änderung der Frühförderungsverordnung

§ 1 Anwendungsbereich

Die Abgrenzung der durch interdisziplinäre Frühförderstellen und sozialpädiatrische Zentren ausgeführten Leistungen nach § 46 Abs. 1 und 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch zur Früherkennung und Frühförderung noch nicht eingeschulter behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder, die Übernahme und die Teilung der Kosten zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern sowie die Vereinbarung der Entgelte richtet sich nach den folgenden Vorschriften.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Änderung umfasst eine redaktionelle Änderung aufgrund der Neustrukturierung des SGB IX.

§ 2 Früherkennung und Frühförderung

Leistungen nach § 1 umfassen

1. ...
2. *heilpädagogische Leistungen (§ 6) und*
3. *weitere Leistungen (§ 6a).*

Die erforderlichen Leistungen werden unter Inanspruchnahme von fachlich geeigneten interdisziplinären Frühförderstellen, von nach Landesrecht zugelassenen Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinärem Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum und von sozialpädiatrischen Zentren unter Einbeziehung des sozialen Umfelds der Kinder ausgeführt.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Änderung in Satz 1 umfasst eine Anpassung an die durch die Neueinfügung des § 6a FrühV vorgenommene Klarstellung zu den Inhalten der Leistung der Frühförderung.

Die im Weiteren vorgenommene Neufassung des Satzes 2 ist eine Folgeänderung zu § 46 Absatz 2 SGB IX, in welchem nach Landesrecht zugelassene Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinären Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum als mögliche Leistungserbringer ergänzt wurden.

§ 3 Interdisziplinäre Frühförderstellen

Interdisziplinäre Frühförderstellen oder nach Landesrecht zugelassene Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinärem Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum im Sinne dieser Verordnung sind familien- und wohnortnahe Dienste und Einrichtungen, die der Früherkennung, Behandlung und Förderung von Kindern dienen, um in interdisziplinärer Zusammenarbeit von qualifizierten medizinisch-therapeutischen und pädagogischen Fachkräften eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und die Behinderung durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen auszugleichen oder zu mildern. Leistungen durch interdisziplinäre Frühförderstellen oder nach Landesrecht zugelassene Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinärem Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum werden in der Regel in ambulanter, einschließlich mobiler Form erbracht.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die vorgenommenen Änderungen sind Folgeänderungen zu § 46 Absatz 2 SGB IX, in welchem nach Landesrecht zugelassene Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinärem Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum als mögliche Leistungserbringer ergänzt wurden.

§ 4 Sozialpädiatrische Zentren

Sozialpädiatrische Zentren im Sinne dieser Verordnung sind die nach § 119 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern ermächtigten Einrichtungen. Die frühzeitige Erkennung, Diagnostik und Behandlung durch sozialpädiatrische Zentren ist auf Kinder ausgerichtet, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Behinderung oder einer drohenden Behinderung nicht von geeigneten Ärzten oder geeigneten interdisziplinären Frühförderstellen oder nach Landesrecht zugelassenen Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinärem Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum (§ 3) behandelt werden können. Leistungen durch sozialpädiatrische Zentren werden in der Regel in ambulanter und in begründeten Einzelfällen in mobiler Form oder in Kooperation mit Frühförderstellen erbracht.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Änderung in Satz umfasst eine Folgeänderung zu § 46 Absatz 2 SGB IX, in welchem nach Landesrecht zugelassene Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinären Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum als mögliche Leistungserbringer ergänzt wurden.

Durch die Änderung in Satz 2 wird klargestellt, dass auch durch die sozialpädiatrischen Zentren Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung in mobiler Form erbracht werden können, wenn es der Einzelfall erfordert.

§ 5 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(1) Die im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 46 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch zur Früherkennung und Frühförderung zu erbringenden medizinischen Leistungen umfassen insbesondere

1.-2. ...

3. medizinisch-therapeutische Leistungen, insbesondere physikalische Therapie, Physiotherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie Ergotherapie, soweit sie auf Grund des Förder- und Behandlungsplans nach § 7 erforderlich sind.

Die Erbringung von medizinisch-therapeutischen Leistungen im Rahmen der Komplexleistung Frühförderung richtet sich grundsätzlich nicht nach den Vorgaben der Heilmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Medizinisch-therapeutische Leistungen werden im Rahmen der Komplexleistung Frühförderung nach Maßgabe und auf der Grundlage des Förder- und Behandlungsplans erbracht.

(2-3)...

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Änderungen in Absatz 1 Satz 1 sowie Nummer 3 umfassen eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neufassung des SGB IX.

Darüber hinaus erfolgt durch die Neueinfügung von Satz 3 im Absatz 1 eine bereits im gemeinsamen Rundschreiben des Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie das Bundesministerium für Gesundheit vom 24.06.2009 vorgenommene Klarstellung, dass nach dem Konzept der interdisziplinären Frühförderung Heilmittel als medizinisch-

therapeutische Leistungen erbracht werden. Hierfür ist maßgebend, dass therapeutische Leistungen wegen der umfassenden Einbeziehung der Familie, der Bearbeitung komplexer Sachverhalte, der indirekten Leistungsanteile durch umfangreichere Dokumentation und Teamarbeit, der aufsuchenden Arbeit in der Familie mit besonderen Behandlungsbedingungen sowie ggf. der Beschäftigung mit der Hilfsmittel-

versorgung einen erhöhten Zeitbedarf erfordern. Die Leistungsinhalte im Rahmen der interdisziplinären Frühförderung können somit nicht hinreichend über den Begriff „Heilmittel“ abgebildet werden.

§ 6 Heilpädagogische Leistungen

Heilpädagogische Leistungen nach § 79 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch umfassen alle Maßnahmen, die die Entwicklung des Kindes und die Entfaltung seiner Persönlichkeit mit pädagogischen Mitteln anregen, einschließlich der jeweils erforderlichen sozial- und sonderpädagogischen, psychologischen und psychosozialen Hilfen sowie die Beratung der Erziehungsberechtigten; § 5 Abs. 2 und 3 gilt entsprechend.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neufassung des SGB IX.

§ 6a Weitere Leistungen

Weitere Leistungen der Komplexleistung Frühförderung sind insbesondere

1. die Beratung, Unterstützung und Begleitung der Erziehungsberechtigten als medizinisch-therapeutische Leistung nach § 5 Absatz 2,
2. offene, niedrighschwellige Beratungsangebote für Eltern, die ein Entwicklungsrisiko bei ihrem Kind vermuten. Dieses Beratungsangebot soll vor der Einleitung der Eingangsdiagnostik in Anspruch genommen werden können,
3. Leistungen zur Sicherstellung der Interdisziplinarität; diese sind insbesondere:
 - a) Durchführung regelmäßiger interdisziplinärer Team- und Fallbesprechungen, auch der im Wege der Kooperation eingebundenen Mitarbeiter,
 - b) die Dokumentation von Daten und Befunden,
 - c) die Abstimmung und der Austausch mit anderen, das Kind betreuenden Institutionen,
 - d) Fortbildung und Supervision,
4. mobil aufsuchende Hilfen für die Erbringung heilpädagogischer und medizinisch-therapeutischer Leistungen außerhalb von interdisziplinären Frühförderstellen, nach Landesrecht zugelassenen Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinärem Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum und sozialpädagogischen Zentren.

Für die mobile Form der Frühförderung kann es sowohl fachliche als auch organisatorische Gründe geben, etwa unzumutbare Anfahrtswege in ländlichen Gegenden. Eine medizinische Indikation ist somit nicht die notwendige Voraussetzung für die mobile Erbringung der Komplexleistung Frühförderung.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

In Ergänzung der Frühförderungsverordnung vom 24.06.2003 haben das Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie das Bundesministerium für Gesundheit in

einem gemeinsamen Rundschreiben vom 24.06.2009 nähere Ausführungen zu den Inhalten der Frühförderung vorgenommen, die nunmehr in § 6a FrühV festgeschrieben werden. Die Gesetzesbegründung (BT-Drs. 18/9522 vom 05.09.2016) enthält hierzu im Wesentlichen die Ausführungen des seinerzeitigen Rundschreibens.

§ 7 Förder- und Behandlungsplan

(1) Die interdisziplinären Frühförderstellen nach Landesrecht zugelassene Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinärem Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum und die sozialpädiatrischen Zentren stellen die nach dem individuellen Bedarf zur Förderung und Behandlung voraussichtlich erforderlichen Leistungen nach §§ 5 und 6 in Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten in einem interdisziplinär entwickelten Förder- und Behandlungsplan schriftlich oder elektronisch zusammen und legen diesen den beteiligten Rehabilitationsträgern nach Maßgabe des § 14 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch zur Entscheidung vor. Der Förder- und Behandlungsplan wird entsprechend dem Verlauf der Förderung und Behandlung angepasst, spätestens nach Ablauf von zwölf Monaten. Dabei sichern die Rehabilitationsträger durchgehend das Verfahren entsprechend dem jeweiligen Bedarf. Der Förder- und Behandlungsplan wird von dem für die Durchführung der diagnostischen Leistungen nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 verantwortlichen Arzt und der verantwortlichen pädagogischen Fachkraft unterzeichnet. Die Erziehungsberechtigten erhalten eine Ausfertigung des Förder- und Behandlungsplans.

(2) Im Förder- und Behandlungsplan sind die benötigten Leistungskomponenten zu benennen, und es ist zu begründen, warum diese in der besonderen Form der Komplexleistung nur interdisziplinär erbracht werden können.

(3) Der Förder- und Behandlungsplan kann auch die Förderung und Behandlung in einer anderen Einrichtung, durch einen Kinderarzt oder die Erbringung von Heilmitteln empfehlen.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Änderung in Satz umfasst eine Folgeänderung zu § 46 Absatz 2 SGB IX, in welchem nach Landesrecht zugelassene Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinärem Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum als mögliche Leistungserbringer ergänzt wurden.

Die Möglichkeit, den Förder- und Behandlungsplan elektronisch zu erstellen, folgt den veränderten Rahmenbedingungen einer digitalen Verwaltung und dem Programm der Bundesregierung „Digitale Verwaltung 2020“.

Nicht alle Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung sind zwingend als Komplexleistung zu erbringen. Durch entsprechende Benennung der Einzelleistungen und Begründung der Notwendigkeit der Leistungserbringung in interdisziplinärer Form soll sichergestellt werden, dass nicht jede Frühförderleistung als Komplexleistung erbracht wird, wenn die Notwendigkeit hierfür nicht besteht.

§ 8 Erbringung der Komplexleistung

(1) ...

(2) *Sofern die beteiligten Rehabilitationsträger nichts anderes vereinbaren, entscheidet der für die Leistungen nach § 6 jeweils zuständige Rehabilitationsträger über Komplexleistungen interdisziplinärer Frühförderstellen Sowie der nach Landesrecht zugelassenen Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinärem Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum und der für die Leistungen nach § 5 jeweils zuständige Rehabilitationsträger über Komplexleistungen sozialpädiatrischer Zentren.*

(3) ...

(4) *Interdisziplinäre Frühförderstellen nach Landesrecht zugelassenen Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinärem Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum und sozialpädiatrische Zentren arbeiten zusammen. Darüber hinaus arbeiten sie mit Ärzten, Leistungserbringern von Heilmitteln und anderen an der Früherkennung und Frühförderung beteiligten Stellen wie dem Öffentlichen Gesundheitsdienst zusammen. Soweit nach Landesrecht an der Komplexleistung weitere Stellen einzu beziehen sind, sollen diese an Arbeitsgemeinschaften der an der Früherkennung und Frühförderung beteiligten Stellen beteiligt werden.*

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die vorgenommenen Änderungen sind Folgeänderungen zu § 46 Absatz 2 SGB IX, in welchem nach Landesrecht zugelassene Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinärem Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum als mögliche Leistungserbringer ergänzt wurden.

§ 9 Teilung der Kosten der Komplexleistung

Die Übernahme oder Teilung der Kosten zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern für die nach den §§ 5, 6 und 6a zu erbringenden Leistungen werden nach § 46 Absatz 5 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch geregelt.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Neufassung des § 9 FrühV umfasst eine Folgeänderung aufgrund der Neufassung des § 46 Absatz 5 SGB IX. Dieser regelt nunmehr die Übernahme oder Teilung der Kosten zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern. Insoweit entfällt eine entsprechende Regelung in der Frühförderungsverordnung.