

Horst Marburger

WALHALLA

SGB IX

Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen

Vorschriften und Verordnungen
Mit praxisorientierter Einführung

12., neu bearbeitete Auflage



[Wissen für die Praxis]

2

Demnach gilt auch für die Krankenversicherung das SGB IX, wenn das SGB V keine anders lautende Aussage erhält. Hinsichtlich der Leistungen und der Voraussetzungen für die Leistungen der Krankenversicherung gilt jedoch stets das SGB V. So kann beispielsweise Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich nur erwarten, wer dort versichert ist.

Diese Grundsätze gelten für die anderen Leistungsträger ebenfalls, wie etwa die gesetzliche Unfall- oder Rentenversicherung, die Sozialhilfe usw.

Dem Gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen (jetzt Spitzenverband Bund) wird in diesem Zusammenhang das nachfolgende Beispiel entnommen:

Beispiel:

Zur Klärung der Anspruchsvoraussetzungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gilt in vollem Umfang das SGB V. Das Verfahren zur Zuständigkeitsklärung und die dabei einzuhaltenden Fristen richten sich (mit Ausnahme der Beauftragung von Sachverständigen) nach den Regelungen des § 14 SGB IX, da das SGB V hierzu keine anders lautenden Aussagen enthält. Die Beauftragung von Sachverständigen ist in § 275 SGB V geregelt. Die Krankenkasse hat zum Zweck der Begutachtung den Medizinischen Dienst in Anspruch zu nehmen.

Der im Beispiel erwähnte § 14 SGB IX enthält Einzelheiten über die Zuständigkeitsklärung. Dort wird bestimmt, dass dann, wenn Leistungen zur Teilhabe beantragt werden, der Rehabilitationsträger innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags feststellt, ob er nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz für die Leistungen zuständig ist. Bei den Krankenkassen umfasst die Prüfung auch die Leistungspflicht nach § 40 Abs. 4 SGB V. § 40 SGB V beschreibt die Leistungen der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung. Nach Abs. 4 werden die vorgesehenen Leistungen nur erbracht, wenn nach den für andere Sozialversicherungsträger geltenden Vorschriften mit Ausnahme des § 31 SGB VI (sonstige Leistungen zur Teilhabe) solche Leistungen nicht erbracht werden können.

Stellt der Leistungsträger, bei dem die Leistungen beantragt worden sind, bei seiner Prüfung fest, dass er für die Leistung nicht zuständig ist, leitet er den Antrag unverzüglich (das heißt ohne schuldhaftes Zögern) dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu. Muss für eine solche Feststellung die Ursache der Behinderung geklärt werden und ist diese Klärung innerhalb der Frist von zwei Wochen nicht möglich, wird der Antrag unverzüglich dem Rehabilitationsträger übersandt, der die Leistung ohne Rücksicht auf die Ursache erbringt. Bei Erwerbstätigen ist dies bei Leistungen der medizinischen Rehabilitation in der Regel der Rentenversicherungsträger, ansonsten die Krankenkasse des Antragstellers.

Nach § 14 Abs. 2 SGB IX hat der zuständige Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf unverzüglich festzustellen. Ist dazu keine gutachterliche Stellungnahme erforderlich, entscheidet der Rehabilitationsträger innerhalb von drei Wochen nach Eingang des Antrags bei ihm. Ist jedoch eine gutachterliche 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 gutachterlichen Stellungnahme zu treffen. Kann über den Antrag nicht innerhalb dieser Fristen entschieden werden, teilt der Rehabilitationsträger dies dem Betroffenen unter Darlegung der Gründe rechtzeitig mit (vgl. § 18 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Das Gesetz spricht hier von der begründeten Mitteilung.

Werden Leistungen zur Teilhabe nicht auf Antrag, sondern von Amts wegen gewährt, weil die Leistungen zur Teilhabe vom Rehabilitationsträger von sich aus eingeleitet werden, gelten die vorstehend aufgeführten Fristen entsprechend. Dabei tritt an die Stelle des Tages der Antragstellung der Tag der Kenntnis des voraussichtlichen Rehabilitationsbedarfs.

Wichtig: In der Krankenversicherung werden die Leistungen beispielsweise immer auf Antrag gewährt, in der gesetzlichen Unfallversicherung dagegen von Amts wegen.

Hat ein Rehabilitationsträger aufgrund eines ihm von einem anderen Rehabilitationsträger zugeleiteten Antrags die Leistungen übernommen und wird nachträglich seine Unzuständigkeit festgestellt, erstattet ihm der zuständige Rehabilitationsträger die Kosten. Die Höhe der Kostenerstattung bestimmt sich nach den für den unzuständigen Rehabilitationsträger geltenden Rechtsvorschriften.

Werden von einem Rehabilitationsträger Leistungen erbracht, die nicht zu den Leistungen des SGB IX gehören, muss der Träger trotzdem immer prüfen, ob nicht Leistungen zur Teilhabe zu erbringen sind (§ 7 SGB IX).

Wichtig: Nach ausdrücklicher Vorschrift des § 7 Abs. 2 SGB IX haben Leistungen zur Teilhabe Vorrang vor Rentenleistungen, die bei erfolgreichen Leistungen zur Teilhabe nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen wären. Dies gilt während des Bezugs einer Rente entsprechend.

§ 8 SGB IX beschäftigt sich mit dem Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten. Danach ist bei der Entscheidung über die und bei Durchführung der Leistungen den berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten zu entsprechen. Dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht genommen. Außerdem ist den besonderen Bedürfnissen von Müttern und Vätern mit Behinderungen bei der Erfüllung ihres Erziehungsauftrages sowie den besonderen Bedürfnissen behinderter Kinder Rechnung zu tragen.

Nach ausdrücklicher Vorschrift des § 8 Abs. 3 SGB IX lassen Leistungen, Dienste und Einrichtungen den Leistungsberechtigten möglichst viel Raum zur eigenverantwortlichen Gestaltung ihrer Lebensumstände und fördern ihre Selbstbestimmung. Bedeutungsvoll ist auch, dass die Leistungen zur Teilhabe immer der Zustimmung der Leistungsberechtigten bedürfen (§ 8 Abs. 4 SGB IX).

Mit der Koordinierung der Leistungen beschäftigt sich § 19 SGB IX. Soweit nämlich Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind (vgl. das Schaubild auf Seite 15), sind die nach § 15 SGB IX beteiligten Rehabilitationsträger verpflichtet, gemeinsam mit den Leistungsberechtigten die individuell erforderlichen Leistungen festzulegen. Der leistende Rehabilitationsträger erstellt einen Teilhabeplan innerhalb der für die Entscheidung über den Antrag maßgeblichen Frist (vgl. die obigen Ausführungen). Der Teilhabeplan dokumentiert insbesondere elf Einzelpunkte. Beispielsweise geht es um die besonderen Belange pflegender Angehöriger bei der Erbringung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation.

Der Teilhabeplan wird entsprechend dem Verlauf der Rehabilitation angepasst (§ 19 Abs. 3 SGB IX). Er ist darauf auszurichten, den Leistungsberechtigten unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Einzelfalls eine umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zügig, wirksam, wirtschaftlich und auf Dauer zu ermöglichen. Der leistende Rehabilitationsträger sichert dabei durchgehend das Verfahren.

Wichtig: Die Leistungsberechtigten können von dem leistenden Rehabilitationsträger Einsicht in den Teilhabeplan oder die Erteilung von Kopien (gegen Kostenerstattung) verlangen.

Der leistende Rehabilitationsträger hat zu prüfen, ob durch geeignete Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Erwerbsfähigkeit erhalten, gebessert oder wiederhergestellt werden kann. Dabei beteiligt er die Bundesagentur für Arbeit.

Wird während einer medizinischen Rehabilitationsleistung 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.

Zur Klärung eines Hilfebedarfs im Rahmen des Schwerbehindertenrechts (vgl. dazu die Ausführungen in Teil 3) wird das Integrationsamt beteiligt.

In diesem Zusammenhang ist die Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung – FrühV) ergangen.

Dabei ist auch § 18 Abs. 6 Sozialgesetzbuch – Elftes Buch – (SGB XI) zu beachten. Dort wird bestimmt, dass bei Untersuchungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) oder eines sonstigen beauftrag-

ten Gutachters bezüglich der Pflegebedürftigkeit auch auf das Erfordernis von medizinischer Rehabilitation zu achten ist. Diese Feststellungen sind in einer gesonderten Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren. Der durch das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) geschaffene § 18a SGB XI beschäftigt sich mit der Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung sowie mit Berichtspflichten. Spätestens mit der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit führt die Pflegekasse dem Antragsteller die gesonderte Rehabilitationsempfehlung zu. Sie nimmt umfassend dazu Stellung und begründet, inwieweit eine Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation angezeigt ist. Die Pflegekassen berichten für die Geschäftsjahre 2013 bis 2018 jährlich über die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen des MDK oder der beauftragten Gutachter zur medizinischen Rehabilitation.

§ 25 SGB IX verpflichtet die Rehabilitationsträger zur Zusammenarbeit. Näheres wird auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) in gemeinsamen Empfehlungen nach § 25 Abs. 1 SGB IX festgelegt.

Um dem gemeinsamen Handeln der am Rehabilitationsgeschehen Beteiligten einen stabilen Rahmen zu geben, sollen die Rehabilitationsträger und ihre Verbände nach § 25 Abs. 2 SGB IX insbesondere regionale Arbeitsgemeinschaften bilden. Mit Zustimmung der Leistungsberechtigten kann der für die Durchführung des Teilhabeplanverfahrens nach § 19 SGB IX (vgl. Seite 18) verantwortliche Rehabilitationsträger zur gemeinsamen Beratung der Feststellung zum Rehabilitationsbedarf eine Teilhabeplan-Konferenz durchführen (§ 20 Abs. 1 SGB IX). Die Durchführung einer solchen Konferenz können

- die Leistungsberechtigten,
- die beteiligten Rehabilitationsträger und
- die Jobcenter

dem verantwortlichen Rehabilitationsträger vorschlagen. Von diesem Vorschlag kann z. B. abgewichen werden, wenn keine Einwilligung von der verantwortlichen Stelle für den Sozialdatenschutz (§ 23 SGB IX) vorliegt.

Ausführung von Leistungen zur Teilhabe

§ 28 Abs. 1 SGB IX 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)

Wichtig: Der zuständige Rehabilitationsträger bleibt für die Ausführung der Leistungen verantwortlich.

Mit der vorstehenden Aufzählung ist kein Rangverhältnis verbunden. Der Rehabilitationsträger entscheidet eigenverantwortlich, welche Form der Leistungsausführung am geeignetsten ist, damit die Leistung wirksam und wirtschaftlich erbracht wird.

Eine weitere Form der Leistungserbringung sieht § 29 SGB IX vor, nämlich das sogenannte Persönliche Budget. 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. Die Leistungsvoraussetzungen müssen allerdings auch bei Inanspruchnahme eines Persönlichen Budgets erfüllt sein.

Beteiligte Leistungsträger sind die:

- Rehabilitationsträger
- Pflegekassen
- Integrationsämter

Sind an einem Persönlichen Budget mehrere Leistungsträger beteiligt, wird es als trägerübergreifende Komplexleistung „wie aus einer Hand“ erbracht. Für die den Antrag stellende Person bedeutet dies, dass ein zeitraubendes Zusammensuchen der Leistungen bei verschiedenen Trägern entfällt.

Budgetfähig sind außer den Leistungen zur Teilhabe die erforderlichen Leistungen der Kranken- und Pflegekassen. Das gilt auch für die Leistungen der Unfallversicherungsträger bei Pflegebedürftigkeit sowie hinsichtlich der Hilfe zur Pflege der Sozialhilfe für alltägliche und regelmäßig wiederkehrende Bedarfe.

Die Leistungen können als Geldleistung, in bestimmten Fällen aber auch in Form von Gutscheinen erbracht werden.

Der zuständige Leistungsträger unterrichtet unverzüglich die an der Komplexleistung beteiligten Leistungsträger. Er holt von diesen Stellungnahmen ein, insbesondere zu dem Bedarf, der durch budgetfähige Leistungen gedeckt werden kann, oder zur Höhe des Persönlichen Budgets als Geldleistung oder durch Gutschein.

Die zwischen dem Antragsteller und dem zuständigen Leistungsträger zu schließende Vereinbarung enthält unter anderem die Erforderlichkeit eines Nachweises für die Deckung des festgestellten individuellen Bedarfs sowie die Qualitätssicherung.

In der Zeit vom 1. 7. 2004 bis zum 31. 12. 2007 ist das Persönliche Budget im Rahmen eines Erprobungsmodells getestet worden. Seit 1. 1. 2008 ist es eine Pflichtleistung.