

Wie die Tabelle zeigt, können unterschiedliche Träger zuständig sein (sog. Trägerzuständigkeit im gegliederten System). Dies war bereits vor der Reform des Bundesteilhabegesetzes so. Mit dem Bundesteilhabegesetz eingeführt wurde aber, dass Leistungsberechtigte nun Leistungen „wie aus einer Hand“ erhalten. Grundsätzlich gibt es daher nur noch einen „leistenden Rehabilitationsträger“, der sich um die Bedarfsermittlung, Koordinierung und Leistungserbringung zu kümmern hat.

Das Zuständigkeitsverfahren gestaltet sich wie folgt (§ 14 SGB IX):

- Wenn der **erstangegangene Reha-Träger** für die **gesamte beantragte Leistung zuständig** ist, wird er zwei Wochen nach Antrags- eingang zum leistenden Rehabilitationsträger.
- Ist der erstangegangene Reha-Träger **insgesamt nicht zuständig**, leitet er den Antrag innerhalb von zwei Wochen an einen **zweiten Reha-Träger** weiter, der bei Zuständigkeit zum leistenden Reha-Träger wird. Über den weitergeleiteten Antrag ist dann innerhalb einer Drei-Wochen-Frist zu entscheiden.
- Wenn auch der zweite Reha-Träger insgesamt nicht zuständig ist, kann er den Antrag in Absprache an einen **dritten Reha-Träger** weiterleiten. Damit wird dieser – auch bei Nichtzuständigkeit – leistender Reha-Träger. Über den Antrag ist in diesen Fällen innerhalb einer Drei-Wochen-Frist zu entscheiden; Fristbeginn ist dabei der Antragseingang beim zweiten Reha-Träger. Eine Fristverlängerung ist daher ausgeschlossen (§ 14 Abs. 3 SGB IX).

Fällt ein Teil der beantragten Leistungen nicht in die dem jeweiligen Rehabilitationsträger zugeordneten Leistungsgruppen, besteht die Möglichkeit, den Antrag zu „splitten“ (§ 15 Abs. 1 SGB IX). Der angegangene Reha-Träger kann den Antrag also auch nur teilweise weiterleiten, wenn er für einen Teil der erforderlichen Leistungen nicht Reha-Träger sein kann (z. B. ist die gesetzliche Rentenversicherung nicht für Leistungen der sozialen Teilhabe zuständig).

Benötigt der leistende Reha-Träger die Mitwirkung weiterer Reha-Träger, um den Bedarf zu ermitteln und einen Teilhabeplan erstellen zu können, so fordert er von diesen entsprechende Feststellungen an (§ 15 Abs. 2 SGB IX) und berät diese mit den beteiligten Trägern.

Es gilt dabei eine Frist von zwei Wochen (Ausnahme: Gutachten – hier gilt eine Frist von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens, zur Notwendigkeit eines Gutachtens siehe auch § 17 SGB IX):

- Gehen die Feststellungen innerhalb dieser Frist ein, so ist der leistende Reha-Träger an diese gebunden.
- Antworten die Reha-Träger nicht innerhalb der vorgegebenen Frist, muss der leistende Reha-Träger den Rehabilitationsbedarf nach allen in Betracht kommenden Leistungsgesetzen umfassend feststellen!

Der Antragsteller bekommt abschließend einen Bescheid vom leistenden Reha-Träger, in dem alle Leistungen zusammengefasst sind („Leistungen wie aus einer Hand“).

Bei Beteiligung mehrerer Träger beträgt die Frist zur Entscheidung dabei sechs Wochen ab Antragseingang beim ersten Reha-Träger (§ 15 Abs. 4 SGB IX).

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Eine Leistungsgruppe im Recht der Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen sind nach § 5 SGB IX die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, geregelt in § 42 bis § 48 SGB IX.

Rehabilitationsträger der medizinischen Leistungen können nach § 6 SGB IX alle Träger sein mit Ausnahme der Bundesagentur für Arbeit. Unterschiede zwischen den Trägern bestehen hinsichtlich des Leistungskatalogs und der Zugangsvoraussetzungen zu den Leistungen. Hier gelten die jeweiligen Leistungsgesetze der Träger (z. B. gesetzliche Rentenversicherung siehe § 9 SGB VI, § 15 SGB VI; gesetzliche Krankenversicherung siehe § 11 Abs. 2 SGB V und der Katalog der Kassenleistungen; Eingliederungshilfeträger siehe § 109 SGB IX [siehe auch Kapitel 2]; Kinder- und Jugendhilfeträger siehe § 35a SGB VIII für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche).

Ziel und Aufgabe der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 42 Abs. 1 SGB IX):

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

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere:

- 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
- Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder
- Arznei- und Verbandmittel
- Heilmittel einschließlich physikalischer Sprach- und Beschäftigungstherapie
- Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung
- Hilfsmittel
- Digitale Gesundheitsanwendungen
- Belastungsproben und Arbeitstherapie

Bestandteil dieser Leistungen sind auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen. Allerdings muss im Einzelfall geprüft werden, ob diese Hilfen erforderlich sind, um die Rehabilitationsziele zu erreichen. Mit diesen Hilfen sind insbesondere gemeint:

- Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung
- Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen
- mit Zustimmung der Leistungsberechtigten Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen
- Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten
- Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen
- Training lebenspraktischer Fähigkeiten
- Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

1

Um die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern, werden die erforderlichen Leistungen zur beruflichen Rehabilitation von den zuständigen Leistungsträgern erbracht. Diese Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden in § 49 SGB IX näher ausgeführt.

Es gibt vier Möglichkeiten, wie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht werden können:

- über Leistungen einer Werkstatt für behinderte Menschen (§ 56 SGB IX)
- über Leistungen eines „anderen Leistungsanbieters“ (§ 60 SGB IX)
- über das Budget für Arbeit (§ 61 SGB IX)
- über das Budget für Ausbildung (§ 61a SGB IX)

Wahlrecht

Menschen mit Behinderungen haben nach § 62 SGB IX ein Wahlrecht, wie bzw. bei welchem Anbieter sie die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Anspruch nehmen möchten. Möglich ist auch, dass sie einzelne Module bei unterschiedlichen Anbietern wählen (z. B. Leistungen der beruflichen Bildung in der Werkstatt und Leistungen zur Beschäftigung bei einem anderen Leistungsanbieter). Aus diesem Wunsch- und Wahlrecht des Betroffenen ergibt sich die Verpflichtung der Werkstatt, mit anderen Leistungsanbietern zusammenzuarbeiten und entsprechende Leistungen anzubieten. Der unmittelbar verantwortliche Leistungsanbieter bleibt in dieser Zeit auch Verantwortlicher für die Entrichtung der Sozialversicherungsbeiträge, soweit diese nicht durch den Leistungsträger zu entrichten sind.

Dagegen besteht kein Wahlrecht zur „Mischung“ von Leistungen, wenn ein Budget für Arbeit in Anspruch genommen wird.

Der Passus in § 62 Abs. 2 SGB IX, dass die Leistungserbringung der Zustimmung des unmittelbar verantwortlichen Leistungsanbieters bedarf, widerspricht eigentlich dem Wahlrecht, denn der verantwortliche Leistungsanbieter könnte den Wunsch, Leistungen von einem anderen Anbieter zu beziehen, ja auch ablehnen. Laut Gesetz

zesbegründung soll aber damit nur geregelt werden, wer die Koordinierung und die Zusammenarbeit organisiert, und letztlich, wer die Sozialversicherungsbeiträge bezahlt.

Leistungen

Die Leistungen (§ 49 Abs. 3 SGB IX) umfassen insbesondere:

- Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Leistungen zur Beratung und Vermittlung, zu Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen
- Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung
- Individuelle betriebliche Qualifizierung im Rahmen Unterstützter Beschäftigung
- Berufliche Anpassung und Weiterbildung, auch soweit die Leistungen einen zur Teilnahme erforderlichen schulischen Abschluss einschließen
- Berufliche Ausbildung, auch soweit die Leistungen in einem zeitlich nicht überwiegenden Abschnitt schulisch durchgeführt werden
- Förderung zur Aufnahme einer selbstständigen, hauptberuflichen Tätigkeit
- Sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, um behinderten Menschen eine angemessene und geeignete Beschäftigung oder eine selbstständige Tätigkeit zu ermöglichen und zu erhalten

Bei der Auswahl der Leistungen werden Eignung, Neigung, bisherige Tätigkeit sowie Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt angemessen berücksichtigt. Soweit erforderlich wird dabei die berufliche Eignung abgeklärt oder eine Arbeitserprobung durchgeführt. Die notwendigen Kosten werden dabei übernommen (§ 49 Abs. 4 SGB IX).

Die Leistungen werden auch für Zeiten notwendiger Praktika erbracht (§ 49 Abs. 5 SGB IX).

Die Leistungen umfassen auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind (§ 49 Abs. 6 SGB IX). Hierunter fallen Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung, die Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen und die Vermittlung zu örtlichen Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen.