Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Solmsstraße 18, 60486 Frankfurt am Main
Telefon (069) 60 50 18-0, Telefax (069) 60 50 18-29
E-Mail: info@bar-frankfurt.de
Internet: http://www.bar-frankfurt.de

Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess

„Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung, zur Erkennung, Ermittlung und Feststellung des Rehabilitationsbedarfs (einschließlich Grundsätzen der Instrumente zur Bedarfsermittlung), zur Teilhabeplanung und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe“ gemäß § 26 Abs. 1 i.V.m. § 25 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 und 6 und gemäß § 26 Abs. 2 Nr. 2, 3, 5, 7 bis 9 SGB IX“

Arbeitsentwurf, Stand 12. Januar 2018

Inhalt

Präambel 5
Teil 1: Allgemeiner Teil 8
§ 1 Leistungen zur Teilhabe 8
§ 2 Ablauf des Rehabilitationsprozesses 8
§ 3 Akteure 8
§ 4 Grundsätze zur Gestaltung des Rehabilitationsprozesses 9
§ 5 Grundsatz der Amtsermittlung und Meistbegünstigung bei Antragstellung 10
§ 6 Information, Auskunft, Beratung und Unterstützung 10
§ 7 Zugänglichkeit/Barrierefreiheit 11
§ 8 Datenschutz 11
§ 9 Qualitätssicherung 12
Teil 2: Ausgestaltung des Rehabilitationsprozesses 13
Kapitel 1 Bedarfserkennung 13
§ 10 Grundsätze zur Bedarfserkennung 13
§ 11 Anhaltspunkte für Fallgestaltungen, in denen Leistungen zur Teilhabe in Betracht kommen 13
§ 12 Erkennung von Bedarf an Leistungen zur Teilhabe durch einen Rehabilitationsträger und Art und Weise, wie Menschen mit Behinderung diese Leistungen angeboten werden sollen 14
§ 13 Einbindung von weiteren Akteuren in die Bedarfserkennung 16
§ 14 Aktivitäten der Rehabilitationsträger, um die weiteren Akteure in die Lage zu versetzen, Teilhabebedarf möglichst frühzeitig zu erkennen 17
§ 15 Informationsvermittlung und -bereitstellung 17
§ 16 Zusammenarbeit und Informationsaustausch 17
§ 17 Bereitstellung von Hilfen und Instrumenten zur Bedarfserkennung 18
§ 18 Einbindung der behandelnden Haus- und Fachärztinnen und -ärzte und der Betriebsärztin bzw. des Betriebsarztes sowie anderer Akteure 19
Kapitel 2 Zuständigkeitsklärung 20
§ 19 Antrag, Frist für die Zuständigkeitsklärung 20
§ 20 Prüfung der Zuständigkeit nach Antragstellung 20
§ 21 Zuständigkeitsklärung: Festlegung des leistenden Rehabilitationsträgers durch Fristablauf oder Weiterleitung 21
§ 22 Sonderfälle der Weiterleitung 21
§ 23 Besonderheit: Weiterleitung bei ungeklärter Behinderungsursache 22
§ 24 Besonderheit: „Turboklärung“ 22
§ 25 Besonderheit: ergänzende Antragstellung bei Bedarf an nicht vom Antrag umfassten Leistungen 23
Kapitel 3 Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung 25
Abschnitt 1 Anforderungen im Verfahren 25
Unterabschnitt 1 Umfassende Bedarfsfeststellung, Bedarfsermittlung 25
§ 26 Begriffsklärungen 25
§ 27 Grundsätzliche Verantwortlichkeiten des leistenden Rehabilitationsträgers bei der Bedarfsermittlung und -feststellung 25
§ 28 Gutachten 26
Unterabschnitt 2 Koordinierung nach § 15 SGB IX bei trägerübergreifendem Rehabilitationsbedarf 27
§ 29 Antragssplitting nach § 15 Abs. 1 SGB IX 27
§ 30 Auswirkungen des Antragssplittings 28
§ 31 Beteiligung anderer Rehabilitationsträger nach § 15 Abs. 2 SGB IX 29
Abschnitt 2 Sicherstellung umfassender Bedarfsfeststellung in der Praxis 30
§ 32 Ergänzung und Unterstützung des trägerübergreifenden Verfahrens zur Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung 30
§ 33 Einbeziehung weiterer Stellen in die Bedarfsermittlung 30
§ 34 Ergänzende trägerbereichsspezifische Besonderheiten 30
Abschnitt 3 Inhaltliche Grundsätze für Instrumente der Bedarfsermittlung 31
§ 35 Grundlagen 31
§ 36 Anforderungen an die Bedarfsermittlung 31
§ 37 Einheitlichkeit, Nachprüfbarkeit und Dokumentation 32
§ 38 Arten von Instrumenten zur Bedarfsermittlung 32
§ 39 Inhalte der Bedarfsermittlung 32
§ 40 Vorliegen einer Beeinträchtigung 33
§ 41 Auswirkungen auf die Teilhabe 33
§ 42 Teilhabeziele 33
§ 43 Klärung erforderlicher Leistungen 33
§ 44 Neu- und Weiterentwicklung von Instrumenten 34
§ 45 Beteiligung des Menschen mit Behinderung 34
§ 46 Zusammenarbeit mit Leistungserbringern 34

Arbeitsentwurf

Kapitel 4 Teilhabeplanung ... 36
Abschnitt 1 Grundlagen und Ziele ... 36
§ 47 Rechtsgrundlagen bei der Teilhabeplanung ... 36
§ 48 Zielstellung der Teilhabeplanung ... 36
Abschnitt 2 Allgemeine Anforderungen und Voraussetzungen ... 37
§ 49 Grundsätze der Teilhabeplanung ... 37
§ 50 Beratung von Menschen mit Behinderung bei der Teilhabeplanung ... 37
§ 51 Anlässe für eine Teilhabeplanung ... 37
§ 52 Verantwortlichkeit für die Teilhabeplanung ... 38
Abschnitt 3 Erstellung und Inhalte des Teilhabeplans ... 39
§ 53 Verfahren bei der Erstellung des Teilhabeplans ... 39
§ 54 Inhaltliche Grundlagen des Teilhabeplans ... 39
§ 55 Inhalt und Form des Teilhabeplans ... 40
§ 56 Besondere Anforderungen an die Inhalte des Teilhabeplans ... 41
§ 57 Rechtscharakter des Teilhabeplans ... 41
Abschnitt 4 Teilhabeplankonferenz ... 42
§ 58 Teilhabeplankonferenz ... 42
§ 59 Beteiligte der Teilhabeplankonferenz ... 42
§ 60 Vorbereitung und Durchführung der Teilhabeplankonferenz, Fristen ... 43
Abschnitt 5 Umsetzung und Anpassung des Teilhabeplans ... 44
§ 61 Umsetzung des Teilhabeplans ... 44
§ 62 Anpassung des Teilhabeplans ... 44
§ 63 Anlässe für eine Anpassung ... 44
§ 64 Verantwortlichkeit und Verfahren bei der Anpassung ... 44
Abschnitt 6 Ende der Teilhabeplanung, Datenschutz ... 46
§ 65 Ende der Teilhabeplanung ... 46
§ 66 Datenschutz ... 46
Kapitel 5 Leistungsentscheidung ... 47
Abschnitt 1 Entscheidung, Fristen ... 47
§ 67 Entscheidung über die vom Antrag umfassten Leistungen ... 47
§ 68 Leistungsentscheidung bei Teilhabeplanung ... 47
§ 69 Fristen zur Entscheidung über den Antrag ... 47
§ 70 Verantwortlichkeiten nach Entscheidung über den Antrag ... 48
Abschnitt 2 Selbstbeschaffte Leistungen ... 48
§ 71 Selbstbeschaffte Leistungen ... 48
Abschnitt 3 Kostenerstattung ... 49
§ 72 Erstattungsansprüche des erstangegangenen Trägers ... 49
§ 73 Erstattungsanspruch des zweitangegangenen Trägers ... 49
§ 74 Erstattungsansprüche des nach § 14 SGB IX leistenden Trägers bei Beteiligung anderer Rehabilitationsträger nach § 15 SGB IX ... 50
§ 75 Erstattungsanspruch des nach leistenden Trägers in Fällen selbst beschaffter Leistungen ... 50
§ 76 Anwendung der §§ 108 ff. SGB X ... 50
§ 77 Ausschluss des Erstattungsanspruchs ... 50
§ 78 Verfahrensabsprachen ... 50
Kapitel 6 Durchführung von Leistungen zur Teilhabe ... 51
§ 79 Grundsätzliche Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe ... 51
§ 80 Erkennung von weiterem Rehabilitationsbedarf ... 51
§ 81 Verzahnung von Leistungen zur med. Reha mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ... 52
§ 82 Information und Kooperation der Rehabilitationsträger mit weiteren Akteuren ... 53
§ 83 Verknüpfung mit anschließenden Leistungen ... 53
Kapitel 7 Aktivitäten zum bzw. nach Ende einer Leistung zur Teilhabe ... 54
§ 84 Allgemeine Anforderungen ... 54
§ 85 Zusammenarbeit mit Leistungserbringern ... 54
§ 86 Zusammenwirken der Rehabilitationsträger ... 54
§ 87 Ergänzende trägerspezifische Besonderheiten ... 55
Teil 3: Schlussvorschriften ... 56
§ 88 Berichterstattung ... 56
§ 89 Inkrafttreten, Außerkrafttreten ... 56
Anlagen ... 57
Anlage 1: Anzeichen zur Erkennung von Anhaltspunkten nach § 11 Abs. 1 ... 57
Anlage 2: Auswahl möglicher Instrumente zur Erkennung bzw. Einschätzung eines Teilhabebedarfs ... 60
Anlage 3: Übersicht zu Leit- und Richtlinien ... 63
Anlage 4: Muster betriebliche Tätigkeitsbeschreibung ... 65
Anlage 5: Formulierungsvorschläge zu § 25 ... 69
Anlage 6: Teilhabeplan ... 70
Anlage 7: Träger der Eingliederungshilfe und der Jugendhilfe, die beigetreten sind: ... 82

Arbeitsentwurf

Präambel

Leistungen zur Teilhabe haben das Ziel, die Selbststimmung und volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderung und von Behinderung bedrohter Menschen[1], einschließlich Menschen mit chronischer Erkrankung, zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken (§ 1 SGB IX). Die Unterstützung bzw. Ermöglichung gesellschaftlicher Teilhabe ist für Menschen mit Behinderung von zentraler Bedeutung, da diese ihre gesamte Lebenssituation betrifft.

Mit dieser Gemeinsamen Empfehlung wird vor allem an die Artikel 24-27 der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung (UN-BRK) angeknüpft und vereinbart, wie eine effektive und effiziente Ausgestaltung des gesamten Rehabilitationsprozesses zielgerichtet sichergestellt werden kann. Dies umschließt auch die frühestmögliche, wirksame Erkennung notwendiger Teilhabeleistungen des SGB IX und eine möglichst schnelle und bedarfsgerechte Leistungserbringung.

Nach Kapitel 2 bis 4 SGB IX sind die Rehabilitationsträger im Rahmen der durch Gesetz, Rechtsverordnung oder allgemeine Verwaltungsvorschrift getroffenen Regelungen verantwortlich, dass die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich – „wie aus einer Hand“ – erbracht werden.

Eine nahtlose und zügige Gestaltung des Rehabilitationsprozesses sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung umfassende und einheitliche Erbringung der im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe liegt sowohl im Interesse der Menschen mit Behinderung als auch der zuständigen Rehabilitationsträger. Sie tragen hierfür gemeinsam die Verantwortung, um eine größtmögliche Wirksamkeit der nach wirtschaftlichen Grundsätzen ausgeführten Leistungen zu erzielen. Die Rehabilitationsträger haben die gemeinsame Verantwortung die Zusammenarbeit zu verbessern und Abgrenzungsfragen zu klären. Das gemeinsame Verständnis richtet sich dabei über Verfahrensfragen hinaus auf das Ziel der umfassenden Teilhabe.

Durch die Koordination der Leistungen und die Kooperation der Rehabilitationsträger stellen diese eine einheitliche Praxis innerhalb des gegliederten Systems der Rehabilitation und Teilhabe sicher. Hierzu sind durch die Rehabilitationsträger Rahmenbedingungen zu schaffen, die

- den Anspruch von Menschen mit Behinderung auf die Verwirklichung von Chancengleichheit gewährleisten,
- ihnen eine weitestgehend selbstbestimmte Lebensführung ermöglichen sowie
- unter der umfassenden Zielsetzung des § 4 SGB IX die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sichern.

Diese Gemeinsame Empfehlung verankert das grundlegende gemeinsame Verständnis der Rehabilitation als Prozess mit dem Menschen im Mittelpunkt und

- regelt nach § 26 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX trägerübergreifend und für alle Vereinbarungspartner, in welchen Fällen und in welcher Weise rehabilitationsbedürftigen Menschen notwendige Leistungen zur Teilhabe angeboten werden,
- beschreibt nach § 26 Abs. 2 Nr. 5 SGB IX, wie Leistungen zur Teilhabe zwischen verschiedenen Trägern koordiniert werden,

[1] Wenn in dieser Gemeinsamen Empfehlung der Begriff „Menschen mit Behinderung“ verwendet wird, schließt dieser auch von Behinderung bedrohte Menschen mit ein.

Arbeitsentwurf

- regelt Grundsätze der Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs nach § 13 SGB IX
- bildet nach § 26 Abs. 2 Nr. 8 SGB IX eine Grundlage dafür, dass und wie die Rehabilitationsträger, behandelnde Ärztinnen und Ärzte, Betriebs- und Werksärztinnen und -ärzte in die Einleitung und die Ausführung von Leistungen zur Teilhabe einzubinden sind,
- unterstützt nach § 26 Abs. 2 Nr. 9 SGB IX einen Informationsaustausch der Rehabilitationsträger und ihrer Ansprechstellen mit Beschäftigten mit Behinderung, betrieblichen Arbeitnehmervertretungen, Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern, Integrationsämtern, Beratungsdiensten einschließlich der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung nach § 32 SGB IX, Einrichtungen der Rehabilitation und Teilhabe sowie Interessenverbänden der Menschen mit Behinderung einschließlich der Interessenvertretungen behinderter Frauen und Selbsthilfegruppen,
- regelt nach §§ 25 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 und 6 i.V.m. § 26 Abs. 1 SGB IX, dass
    a) die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich erbracht werden,
    b) Zuständigkeiten und Abgrenzungsfragen zügig und einvernehmlich geklärt werden,
    c) Beratung entsprechend den in §§ 1 und 4 SGB IX genannten Zielen geleistet wird,
    d) nach § 25 Abs. 1 Nr. 6 SGB IX die Rehabilitationsträger im Fall eines Zuständigkeitsübergangs rechtzeitig eingebunden werden und
    e) wie entsprechend § 26 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX die einheitliche Ausgestaltung des Teilhabeplanverfahrens festgelegt wird.

Zu diesem Zweck vereinbaren

- die gesetzlichen Krankenkassen,
- der Spitzenverband Bund der Krankenkassen als Spitzenverband Bund der Pflegekassen
- die Bundesagentur für Arbeit,
- die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung,
- die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung,
- die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau,
- die Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden,
- die Integrationsämter in Bezug auf Leistungen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben[2]

die nachfolgende Gemeinsame Empfehlung.

Die Träger der Eingliederungshilfe und der öffentlichen Jugendhilfe orientieren sich bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben an dieser Gemeinsamen Empfehlung oder können ihr beitreten (vgl. § 26 Abs. 5 Satz 2 SGB IX)[3].

[2] Die Vereinbarung gilt für die Integrationsämter hinsichtlich ihrer Aufgaben im Rahmen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben gem. § 185 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX, sofern der Leistungs-, Handlungs- und Unterstützungsrahmen vergleichbar mit dem der Rehabilitationsträger ist. Insofern sind die Integrationsämter entsprechend dieser Gemeinsamen Empfehlung auch, soweit sie in dieser Empfehlung nicht ausdrücklich genannt sind, einzubeziehen, wenn vom Rehabilitationsprozess gesprochen wird.

Arbeitsentwurf

Die Träger der Eingliederungshilfe und der Jugendhilfe, die dieser Gemeinsamen Empfehlung beigetreten sind, sind der Anlage 7 in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.

Die Rehabilitationsträger erarbeiten zur Unterstützung der Umsetzung dieser Gemeinsamen Empfehlung Umsetzungshinweise und ggf. Praxisbeispiele, die nach ihrer Fertigstellung diese Gemeinsame Empfehlung ergänzen.

Bei der Erarbeitung der Gemeinsamen Empfehlung waren beteiligt:

- die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe,
- die Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter,
- die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitation auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände,
- die Kassenärztlichen Bundesvereinigung,
- der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V. und
- die Verbände behinderter Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen

Arbeitsentwurf

[3] An die Stelle der Träger der Eingliederungshilfe treten nach § 241 Abs. 8 SGB IX – eingefügt mit Gesetz zur Änderung des Bundesversorgungsgesetzes und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2017 – für die Jahre 2018 und 2019 die Träger der Sozialhilfe. 2020 tritt das neue Eingliederungshilferecht (SGB IX - Teil 2) in Kraft.

Teil 1: Allgemeiner Teil

§ 1 Leistungen zur Teilhabe

Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft im Sinne dieser Gemeinsamen Empfehlung sind insbesondere

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach §§ 42ff. SGB IX,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach §§ 49 ff. SGB IX,
- ergänzende Leistungen nach § 64 SGB IX,
- Leistungen zur Teilhabe an Bildung nach § 75 SGB IX
- Leistungen zur sozialen Teilhabe nach §§ 76ff. SGB IX sowie
- Leistungen der begleitenden Hilfen im Arbeitsleben nach § 185 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX.

§ 2 Ablauf des Rehabilitationsprozesses

Die Aktivitäten im Zusammenhang mit dem Rehabilitationsprozess sind modellhaft und idealtypisch verschiedenen Phasen bzw. Elementen zuzuordnen:

- Bedarfserkennung (§ 10 - § 18)
- Zuständigkeitsklärung (§ 19 - § 25)
- Bedarfsermittlung und -feststellung (§ 26 - § 46)
- Teilhabeplanung (§ 47 - § 66)
- Leistungsentscheidung (§ 67 - § 78)
- Durchführung von Leistungen zur Teilhabe (§ 79 - § 83)
- Aktivitäten zum bzw. nach Ende einer Leistung zur Teilhabe (§ 84 - § 87)

Vorstehende Phasen bzw. Elemente greifen oftmals ineinander. So können sich insbesondere die Bedarfserkennung, die Bedarfsermittlung wie auch die Änderung/Fortschreibung des Teilhabeplans über alle jeweils nachfolgenden Phasen erstrecken. Auch ist die Teilhabeplanung teilweise ein Aspekt der Bedarfsfeststellung. Entstehen im Verlauf des Rehabilitationsprozesses, insbesondere im Rahmen der Leistungsdurchführung oder der Aktivitäten zum/nach Leistungsende, Hinweise auf einen möglichen weiteren oder darüber hinausgehenden Bedarf an Leistungen zur Teilhabe, folgt erneut die Phase der Bedarfserkennung, ggf. der Antragstellung, der Bedarfsermittlung und -feststellung sowie ggf. der Teilhabeplanung.

§ 3 Akteure

(1) Im Mittelpunkt der Rehabilitation und Teilhabe steht der Mensch mit Behinderung. Die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter bekennen sich zu ihrer bedeutsamen Rolle in allen Phasen des Rehabilitationsprozesses und gestalten diese mit Blick auf die Ziele des § 4 SGB IX aus. Daneben sind je nach Phase des Rehabilitationsprozesses verschiedene weitere Akteure, teilweise in unterschiedlicher Form, bedeutsam. Dies betrifft insbesondere:

- Jobcenter
- Akteure der medizinisch-therapeutischen, pflegerischen, pädagogischen, sozialen Versorgung,
- Akteure aus den Bereichen der Eingliederungs- und Jugendhilfe sowie, auch mit Blick auf Leistungen zur Teilhabe an Bildung sowie zur sozialen Teilhabe, z.B. Psychosoziale

Arbeitsentwurf

Beratungsstellen, Erziehungsberatungsstellen, Jugendgerichtshilfe, Einrichtungen und Dienste der freien Träger, medizinisch-pädagogische Dienste, sowie aus dem Bereich der Pflege,

- betriebliche Akteure,
- das soziale Umfeld von Menschen mit Behinderung (z.B. Angehörige),
- im Auftrag der Rehabilitationsträger und der Integrationsämter tätige Gutachter/gutachterliche Dienste und Fachdienste[4],
- Akteure der Selbstvertretung und Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung einschließlich der Angebote an ergänzender unabhängiger Teilhabeberatung nach § 32 SGB IX.

(2) In allen Phasen des Reha-Prozesses und insbesondere bei der Durchführung von Leistungen zur Teilhabe sowie bei Aktivitäten zum/nach Leistungsende haben neben den vorgenannten Akteuren insbesondere die im Auftrag der Rehabilitationsträger handelnden Einrichtungen und Dienste (Leistungserbringer) wesentlichen Einfluss auf einen erfolgreichen Verlauf und Abschluss der Leistungen zur Teilhabe[5].

(3) Die Art der Einbindung vorstehender Akteure wird in Kapitel 2 näher erläutert.

§ 4 Grundsätze zur Gestaltung des Rehabilitationsprozesses

(1) Verfahren und Strukturen des Rehabilitationsprozesses sind mit dem Ziel zu gestalten, Menschen mit Behinderung in allen Lebensbereichen ein Höchstmaß an Selbstbestimmung, Inklusion und Partizipation zu ermöglichen und hierfür frühestmöglich die erforderlichen Leistungen zu erbringen. Die Menschen mit Behinderung selbst sind mit ihren Kompetenzen einzubinden. Die besonderen Bedürfnisse von Frauen, Kindern und Jugendlichen mit Behinderung sowie von Menschen mit einer (drohenden) seelischen Behinderung werden unter Beachtung ihrer konkreten Lebenssituation besonders unterstützt, um ihren spezifischen Belangen Rechnungen zu tragen.

(2) Der gesamte Rehabilitationsprozess von der Bedarfserkennung über die Durchführung bis zu nachgehenden Aktivitäten ist durch die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter zügig und nahtlos zu gestalten. Im Interesse einer zügigen Leistungserbringung gestalten die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter die Erkennung und Feststellung der im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe sowie die Teilhabeplanung möglichst einfach (§ 17 SGB I). Das Verwaltungsverfahren wird dazu einfach, zweckmäßig und zügig durchgeführt.

(3) Eine zielgerichtete gegenseitige Information und Kooperation der jeweils beteiligten Akteure bilden einen wichtigen Grundbaustein für eine gelingende Leistung zur Teilhabe. Die Abstimmung unter allen in § 26 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX benannten Akteure und ein reibungsloser Informationsfluss untereinander sind im gesamten Rehabilitationsprozess zu ermöglichen und sicherzustellen.

(4) Ausgehend vom einheitlichen Recht der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen in Teil 1 SGB IX bestehen für die Rehabilitationsträger und Integrationsämter sozialrechtlich jeweils definierte Zuständigkeiten und Leistungsvoraussetzungen. Die nachfolgenden Regelungen gelten daher nicht in gleicher Weise für alle Leistungsträger.

[4] Einschließlich ihrer eigenen Fachdienste, insbesondere des Technischen Beratungsdienstes und der in ihrem Auftrag tätigen Integrationsfachdienste.

[5] Pflege und Eingliederungshilfe haben auch nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs grundsätzlich unterschiedliche Aufgaben. Die Leistungen der Pflegeversicherung und die Leistungen der Eingliederungshilfe werden deshalb nach § 13 Absatz 3 Satz 3 SGB XI wie bisher nebeneinander gewährt.

Arbeitsentwurf

(5) In allen Phasen des Rehabilitationsprozesses ist die Beteiligung und Mitbestimmung des Menschen mit Behinderung unter Berücksichtigung seiner Kompetenzen sicherzustellen (vgl. z.B. auch § 8, § 11 und § 13).

(6) Zur Realisierung eines einheitlichen und nahtlosen Rehabilitationsprozesses stellen die Rehabilitationsträger und Integrationsämter unverzüglich, insbesondere durch entsprechende Verfahren und Absprachen, sicher, dass auftretende Kooperations-, Zuständigkeits- und Finanzierungsfragen einvernehmlich und rasch ergebnisorientiert geklärt werden und nicht zu Lasten der Menschen mit Behinderung gehen.

§ 5 Grundsatz der Amtsermittlung und Meistbegünstigung bei Antragstellung

(1) Bei der Antragstellung gelten für die Rehabilitationsträger die allgemeinen sozialrechtlichen Grundsätze der Amtsermittlung nach § 20 SGB X sowie das Prinzip der Meistbegünstigung (vgl. hierzu Abs. 3). Diese Grundsätze werden im SGB IX für das Rehabilitationsverfahren aufgegriffen. Bereits vor der Antragstellung sind parallel zu anderen Sozialleistungen auch mögliche Bedarfe für Teilhabeleistungen zu prüfen (§ 9 SGB IX). Während der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe ist soweit im Einzelfall geboten die Sicherung der Erwerbsfähigkeit zu beachten (§ 10 SGB IX). In allen Phasen des Rehabilitationsverfahrens ist auf eine sachdienliche Antragstellung hinzuwirken, wenn Bedarfe auf Leistungen zur Teilhabe durch die Rehabilitationsträger erkannt werden (§ 12 SGB IX).

(2) Die Ermittlung und Konkretisierung des Begehrens des Antragstellers/der Antragstellerin[6] muss sich an dem Ziel der umfassenden Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (§ 1 SGB IX) im Sinne der Herbeiführung des Gesamterfolges orientieren. Für den Gesamterfolg kann oft ein Bündel von einzelnen Leistungen zur Teilhabe erforderlich sein. Bei der Beantragung einer Teilhabeleistung müssen die Rehabilitationsträger deshalb berücksichtigen, dass noch weitere Teilhabeleistungen erforderlich sein können.

(3) Die Ermittlung und Konkretisierung des mit dem Antrag verfolgten Leistungsbegehrens hat zur Erreichung des Gesamterfolgs (Abs. 2) nach dem Grundsatz der Meistbegünstigung zu erfolgen. Danach ist, sofern eine ausdrückliche Beschränkung auf eine bestimmte Leistung nicht vorliegt, davon auszugehen, dass der Antragsteller die nach der Lage des Falls ernsthaft in Betracht kommenden Leistungen begehrt. Sollten verschiedene Teilhabeleistungen in Betracht kommen, sind diese grundsätzlich in ihrer Gesamtheit als Gegenstand des Antrags aufzufassen.

(4) Die Antragsbearbeitung folgt dem Prinzip der Leistungserbringung „wie aus einer Hand“. Aus diesem Grund sind die Rehabilitationsträger gehalten, einheitliche Lebenssachverhalte im Regelfall im Rahmen eines vom leistenden Rehabilitationsträger zu koordinierenden Antrags zu bearbeiten. Sollten sich im Ausnahmefall völlig neue Lebenssachverhalte und damit einhergehende Bedarfslagen (z.B. Neu- oder Folgeerkrankung, Veränderung des beruflichen oder sozialen Umfelds, Familiengründung) ergeben, gelten die Regelungen dieser Gemeinsamen Empfehlung zur Koordinierung mehrerer Antragsverfahren in einem Teilhabeplan nach § 25.

§ 6 Information, Auskunft, Beratung und Unterstützung

(1) Die Rehabilitationsträger, Jobcenter und Integrationsämter[7] unterstützen aktiv die Menschen mit Behinderung durch Leistungen zur Teilhabe, indem sie insbesondere ihre Kompetenzen und ihre Selbstbestimmung fördern. Um die aktive Mitgestaltung des Beratungsprozesses durch Menschen mit Behinderung sicherzustellen, sind diesen Menschen einerseits die Möglichkeiten

[6] Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text die männliche Form verwendet. Die Angaben beziehen sich selbstverständlich auf alle Geschlechter.

[7] Im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrages nach § 185 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX und ihrer Zuständigkeit für die begleitenden Hilfen im Arbeitsleben zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen, sofern der Leistungs-, Handlungs- und Unterstützungsrahmen vergleichbar mit dem der Rehabilitationsträger ist.

der aktiven Mitarbeit zu geben. Andererseits sollen diese Menschen in die Lage versetzt werden, selbst aktiv das Beratungsgeschehen mitzugestalten. Der Mensch mit Behinderung kann jederzeit Beistand durch Personen des Vertrauens (z.B. Interessenvertreterinnen bzw. Interessenvertreter, Peers) einbinden.

(2) Rehabilitationsträger bieten über ihre trägerspezifischen Stellen Auskünfte und Beratung zu Leistungen zur Teilhabe an.

(3) Bereits im Rahmen der Auskunfts- und Beratungsarbeit ist auf mögliche Rechte (z.B. Wunsch- und Wahlrecht) und Pflichten (z.B. Mitwirkungspflichten) der Menschen mit Behinderung sowie auf die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung nach § 32 SGB IX hinzuweisen.

Menschen mit Behinderungen sind nach den Umständen des Einzelfalls insbesondere zu beraten über

- die Möglichkeiten der Rehabilitation und Teilhabe,
- die voraussichtlich in Betracht kommenden Leistungen zur Teilhabe, einschließlich ihrer Voraussetzungen,
- die Verwaltungsabläufe,
- die Form der Leistungserbringung, z.B. Persönliches Budget.

Insbesondere ist aufzuzeigen, welche Leistungen für den Menschen mit Behinderung unter Berücksichtigung seiner individuellen Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe in Betracht kommen und welcher Rehabilitationsträger bzw. welches Integrationsamt hierfür zuständig ist.

(4) Der für die Teilhabeleistung zuständige bzw. der nach § 14 SGB IX leistende Rehabilitationsträger ist dafür verantwortlich, dass die Menschen mit Behinderung in jeder Phase des Rehabilitationsprozesses (insbesondere auch bei der Durchführung von Leistungen zur Teilhabe) einen Ansprechpartner haben, die bzw. der sie berät, unterstützt und begleitet.

(5) Die Rehabilitationsträger benennen außerdem Ansprechstellen nach § 12 Abs. 1 SGB IX, die Informationsangebote für Antragsteller bzw. Leistungsberechtigte, Arbeitgeber und andere Rehabilitationsträger vermitteln. Die Ansprechstellen haben nach § 12 SGB IX i.V.m. 15 Abs. 3 SGB I untereinander und mit anderen Sozialleistungsträgern so zusammenzuarbeiten, dass eine möglichst umfassende Auskunftserteilung durch einen Rehabilitationsträger sichergestellt ist.

§ 7 Zugänglichkeit/Barrierefreiheit

(1) Die Rehabilitationsträger berücksichtigen die Anforderung der Zugänglichkeit/Barrierefreiheit sowohl bei Informations- und Beratungsangeboten als auch beim Verwaltungsverfahren einschließlich der Teilhabeplanung und Teilhabeplankonferenz. Insbesondere der Kommunikationsprozess zwischen den Menschen mit Behinderung und den Rehabilitationsträgern ist barrierefrei zu ermöglichen (z.B. Hinzuziehung eines Gebärdensprachdolmetschers).

(2) Wird ein Teilhabeplan erstellt (Teil 2 Kapitel 4), ist dieser in verständlicher und bei Bedarf barrierefreier Form zugänglich zu machen.

(3) Die Rehabilitationsträger verpflichten sich, dass Leistungen zur Teilhabe barrierefrei zur Verfügung stehen.

§ 8 Datenschutz

(1) Während des Rehabilitationsprozesses und während des damit in Verbindung stehenden Verwaltungsverfahrens sind der Schutz der personenbezogenen Daten einschließlich der Sozi-

Arbeitsentwurf

aldaten sowie das Recht auf informationelle Selbstbestimmung im Rahmen der Wahrung der Persönlichkeitsrechte zu gewährleisten.

(2) Auch bei der Erstellung des Teilhabeplans und der Weitergabe der Daten durch den zuständigen Rehabilitationsträger an die weiteren beteiligten Rehabilitationsträger und die jeweiligen Leistungserbringer ist der Datenschutz unter Berücksichtigung von § 23 SGB IX zu wahren. Insbesondere sind das Einwilligungserfordernis und der Grundsatz der Erforderlichkeit der Datenerhebung und -übermittlung zu beachten.

§ 9 Qualitätssicherung

Die Rehabilitationsträger sichern im Rahmen ihrer leistungsgesetzlichen Aufträge, der Normen des SGB IX und entsprechender untergesetzlicher Vorschriften die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des Reha-Prozesses (vgl. § 2). Dabei berücksichtigen insbesondere auch die Vereinbarungen in dieser Gemeinsamen Empfehlung und in einschlägigen Verwaltungsabsprachen. In Bezug auf die Qualitätssicherung der Leistungserbringung gilt ergänzend zum jeweiligen Leistungserbringungsrecht der Rehabilitationsträger (z.B. § 123ff SGB IX) die Gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung“.

Arbeitsentwurf

Teil 2: Ausgestaltung des Rehabilitationsprozesses

Kapitel 1 Bedarfserkennung

Bei der Bedarfserkennung als grundsätzlich erster Phase des Reha-Prozesses geht es um das möglichst frühzeitige Erkennen von potentiellem Bedarf an Leistungen zur Teilhabe und ggf. um das Hinwirken auf eine Antragsstellung durch den Leistungsberechtigten[8]. In der Regel folgt auf die Phase der Bedarfserkennung die Antragstellung und Zuständigkeitsklärung.

§ 10 Grundsätze zur Bedarfserkennung

(1) Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen sowie Leistungen infolge Pflegebedürftigkeit, weshalb ein zielgerichtetes, umfassendes und möglichst frühzeitiges Erkennen eines Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe besonders bedeutsam ist[9].

(2) Damit Menschen mit Behinderung die für sie erforderlichen Leistungen zur Teilhabe im frühestmöglichen Stadium erhalten, ist es erforderlich, dass Anzeichen eines möglichen Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe frühzeitig erkannt werden. Das Erkennen solcher Anzeichen ist gemeinsame Aufgabe der Rehabilitationsträger sowie aller am Rehabilitationsprozess weiteren beteiligten Akteure (§ 3). Dafür ist es notwendig, eine systematische gegenseitige Information und Kooperation in einem kontinuierlichen Entwicklungsprozess sicherzustellen (auch § 4 Abs. 3 und § 9).

(3) Leistungen zur Teilhabe[10] sind angezeigt, wenn eine individuelle Rehabilitationsbedürftigkeit und Rehabilitationsfähigkeit festgestellt ist und sich ein Rehabilitationsziel mit positiver Rehabilitationsprognose konkretisieren und formulieren lässt. Eine Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn infolge einer Schädigung der Körperfunktionen und -strukturen und/oder Beeinträchtigungen der Aktivitäten unter Berücksichtigung von personbezogenen und Umweltfaktoren die Teilhabe an Lebensbereichen bedroht oder beeinträchtigt ist[11].

§ 11 Anhaltspunkte für Fallgestaltungen, in denen Leistungen zur Teilhabe in Betracht kommen

(1) Nach § 26 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX sollen in definierten Fällen rehabilitationsbedürftigen Menschen notwendige Leistungen angeboten werden, insbesondere um eine durch eine Chronifizierung von Erkrankungen bedingte Behinderung zu verhindern. Anhaltspunkte für einen möglichen Bedarf an Leistungen zur Teilhabe und somit für Fallgestaltungen entsprechend Satz 1 ergeben sich oftmals aus bereits vorliegenden Informationen. Ein möglicher Bedarf besteht insbesondere bei Personen auf die mindestens einer der nachfolgend aufgeführten Sachverhalte zutrifft[12]:

(a) Länger als sechs Wochen ununterbrochene oder wiederholte Arbeitsunfähigkeit innerhalb der letzten 12 Monate z.B. im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements.

(b) Bestehen einer chronischen Erkrankung oder einer Multimorbidität bei Menschen jeden

[8] Abhängig vom konkreten Regelungszusammenhang werden in dieser Gemeinsamen Empfehlung die Begriffe „Mensch mit Behinderung“, „Antragsteller“ und „Leistungsberechtigter“ verwendet.

[9] Die Besonderheiten des Nach-, und Gleichrangs von Leistungen der Eingliederungshilfe im Verhältnis zu anderen Leistungen bleiben unberührt.

[10] Gilt nicht für ergänzende Leistungen und Leistungen der begleitenden Hilfen im Arbeitsleben

[11] Näheres zu Begriffen und Konzept der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) siehe www.dimdi.de oder „ICF-Praxisleitfaden 1 beim Zugang zur Rehabilitation“ der BAR.

[12] Die unter Punkt b) sowie g) bis j) benannten Anhaltspunkte werden in Anlage 1 dieser Gemeinsamen Empfehlung durch mögliche Anzeichen für deren Vorliegen konkretisiert. Typische Bedarfsanlässe aus dem Bereich der Eingliederungshilfe sind hier noch nicht explizit ausformuliert.

Arbeitsentwurf

Alters.

(c) Wiederholte oder lang andauernde ambulante oder stationäre Behandlungen wegen derselben Erkrankung; insbesondere dann, wenn durch eine Erkrankung eine Behinderung oder eine Gefährdung bzw. Minderung der Erwerbsfähigkeit droht.

(d) Gesundheitliche Beeinträchtigungen bei der Ausübung oder Aufnahme einer Erwerbstätigkeit sowie ein (drohender) krankheitsbedingter Arbeitsplatzverlust.

(e) Beantragung oder Bezug einer teilweisen oder vollen Erwerbsminderungsrente.

(f) (Möglicher) Eintritt oder Verschlimmerung einer Pflegebedürftigkeit.

(g) Besonders belastende Ausbildungs-, Arbeits- und Lebensbedingungen.

(h) Verschlimmerung oder sich neu ergebende Aspekte für eine mögliche Verbesserung des Leistungs- und Teilhabevermögens nach bereits in Anspruch genommener Teilhabeleistung.

(i) Gesundheitsstörung, der vermutlich eine psychische Erkrankung, eine psychosomatische Reaktion oder eine Suchtmittelabhängigkeit zugrunde liegt.

(j) Zustand nach traumatischen Erlebnissen.

(k) Auffälliges Verhalten in der Kindertagesstätte oder der Schule (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen mit anhaltenden Verhaltensmustern, Belastungs- und Anpassungsstörungen, eingeschränkte Wahrnehmung der äußeren Wirklichkeit)

(l) Bestehen einer komplexen Bedarfslage des Betroffenen.

(2) Neben einer (chronischen) Erkrankung, deren Prognose und den ggf. speziellen Gefährdungs- und Belastungsfaktoren sind insbesondere die Auswirkungen des Gesundheitsproblems[13] für einen potenziellen Bedarf an Leistungen zur Teilhabe maßgeblich. Die dazu notwendige systematische Beschreibung von Krankheitsauswirkungen bzw. möglichen Wechselwirkungen zwischen der Person mit ihrem Gesundheitsproblem und ihrer Funktionsfähigkeit mit den gegebenen Kontextfaktoren[14] ermöglicht die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF)[15]. Mittels der ICF können ausgehend vom bestehenden Gesundheitsproblem neben Auswirkungen auf der Ebene der Körperfunktionen und -strukturen Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe in den für Menschen wichtigen Lebensbereichen systematisch erfasst und beschrieben werden.

§ 12 Erkennung von Bedarf an Leistungen zur Teilhabe durch einen Rehabilitationsträger und Art und Weise, wie Menschen mit Behinderung diese Leistungen angeboten werden sollen

(1) Zur Umsetzung von § 26 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX stellen die Rehabilitationsträger durch entsprechende interne Verfahrensabläufe für ihren jeweiligen Bereich sicher, dass bei der Betreuung und Begleitung der Menschen mit Behinderung frühzeitig und gezielt auf Indizien für einen Teilhabebedarf geachtet und ggf. auf eine Antragstellung hingewirkt wird. Dies kann z.B. durch ein Fallmanagement insbesondere in Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhausfällen oder durch eine gezielte Auswertung von Entlassungsberichten[16] erfolgen.

[13] Ein Gesundheitsproblem ist aus den Krankheitsdiagnosen nach der jeweils gültigen Fassung der ICD abzuleiten (Internationale Klassifikation der Krankheiten). Aus dem Bestehen einer Erkrankung allein ist ein möglicher Bedarf an Teilhabeleistungen nicht hinreichend ableitbar.

[14] Die Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund eines Menschen dar und umfassen die Komponenten Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren.

[15] Siehe Fußnote 11.

[16] Der gesetzlichen Krankenversicherung liegen in der Regel keine Entlassungsberichte vor.

Arbeitsentwurf

(2) Ergeben sich bei einem Rehabilitationsträger Anhaltspunkte für einen möglichen Rehabilitationsbedarf (§ 11), prüft dieser in Abstimmung mit dem Menschen mit Behinderung und ggf. unter Einbeziehung weiterer Akteure (§ 3) die mögliche Rehabilitationsbedürftigkeit auch unter Berücksichtigung des arbeits- und berufsbezogenen Umfelds.

(3) Um eine frühzeitige Erkennung eines potenziellen Rehabilitationsbedarfs zu erreichen, wirken die Rehabilitationsträger durch die Bereitstellung von Informationsmaterialien und weitere geeignete Mittel (z.B. Verwaltungsabsprachen, Kooperationsvereinbarungen) darauf hin, dass bei anderen Sozialleistungsträgern rehabilitative Aspekte berücksichtigt werden. Dies gilt insbesondere auch für die Grundsicherungsstellen nach SGB II hinsichtlich gesundheitlicher Einschränkungen auf die Berufsausübung oder Beschäftigungs- oder Vermittlungsfähigkeit und für die Träger der sozialen Pflegeversicherung nach SGB XI.

(4) In Fällen, in denen Sozialleistungen wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung oder drohender Behinderung beantragt oder erbracht werden, prüft der jeweilige Rehabilitationsträger oder das Integrationsamt, ob sich über die individuelle Zuständigkeit hinaus ein möglicher Bedarf an Leistungen zur Teilhabe ergibt und wirkt ggf. auf eine entsprechende Antragsstellung hin.

(5) Für die Feststellung eines Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe ist ein Antrag bzw. eine Einverständniserklärung des Menschen mit Behinderung grundsätzlich erforderlich, weshalb in den Fällen nach Abs. 1 bis 3 die Rehabilitationsträger oder das Integrationsamt auf die Einleitung eines Antragsverfahrens hinwirken. Die individuelle Lebenssituation des Menschen mit Behinderung und seine berechtigten Wünsche (vgl. insbesondere § 8 SGB IX) sind dabei zu berücksichtigen. Verfahren von Amts wegen werden entsprechend der Regelungen der jeweiligen Leistungsträger veranlasst.

(6) Die Rehabilitationsträger fördern die Konkretisierung eines möglichen Rehabilitationsbedarfs von Menschen mit Behinderung durch den Einsatz von Instrumenten, z.B. Screeningverfahren und Selbstauskunftsbögen. Vorhandene Instrumentarien zur Erkennung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe sind unter Nutzung der Möglichkeiten des bio-psycho-sozialen Modells weiterzuentwickeln, das der ICF zu Grunde liegt und, wo möglich, trägerübergreifend zu vereinheitlichen.

(7) Wenn im Verlauf des Rehabilitationsprozesses einem Rehabilitationsträger oder einem Integrationsamt Informationen zur Kenntnis gelangen, die für die anschließende oder ergänzende Versorgung durch einen anderen Rehabilitationsträger bzw. ein Integrationsamt von Bedeutung sein können, soll der aktuell zuständige Rehabilitationsträger bzw. das Integrationsamt unverzüglich

- auf die Person zugehen und
- diesen darauf hinweisen sowie
- um Einwilligung zur Weiterleitung/Übermittlung der erforderlichen Informationen an einen weiteren zuständigen Leistungsträger bitten (unter Hinweis auf die Freiwilligkeit) und
- auf eine entsprechende Antragsstellung hinwirken.

Anlass dazu kann beispielsweise sein:

- Entlassungsbericht mit Hinweis auf Folgebedarf für Hilfsmittel
- Begutachtung bei Arbeitsunfähigkeit mit Anhaltspunkten für einen Bedarf an Leistungen zur Teilhabe.
- weitere Hinweise auf Rehabilitationsbedarf, der entsprechend der §§ 14-19 erkannt wurde

Arbeitsentwurf

Dieses Vorgehen kann z.B. nach Antragstellung (vgl. § 25 Abs. 2), während der Durchführung einer Leistung zur Teilhabe (vgl. vor § 79) oder zum oder nach deren Ende (vgl. § 84 Abs. 1) angezeigt sein.

§ 13 Einbindung von weiteren Akteuren in die Bedarfserkennung

(1) Da die Rehabilitationsträger aufgrund der ihnen vorliegenden Informationen selbst nicht alle Fälle erkennen können, in denen ein potenzieller Teilhabebedarf besteht, sind sie auf die Mitwirkung weiterer Akteure im Rahmen der Bedarfserkennung angewiesen (vgl. § 3).

(2) Die Menschen mit Behinderung selbst, ihre Angehörigen und Personensorgeberechtigten[17] sollen in die Lage versetzt werden, einen möglichen Bedarf an Leistungen zur Teilhabe zu erkennen, um Hilfen einzufordern bzw. Beratungsdienste aufzusuchen und ggf. einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe zu stellen. Die Rehabilitationsträger, ihre Ansprechstellen und das Integrationsamt unterstützen hierbei insbesondere die Information und Aufklärung der Bürger zu den Leistungen der Teilhabe.

(3) Akteure der medizinisch-therapeutischen Versorgung, wie niedergelassene (Fach-) Ärztinnen und Ärzte, Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern und teilstationären Angeboten, Betriebsärztinnen und -ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Angehörige von Gesundheitsberufen[18] sind oft die ersten professionellen Akteure des Gesundheitssystems, die einen möglichen Bedarf an Leistungen zur Teilhabe erkennen können. Das gilt z.B. für Personen, die eine Stellungnahme nach § 35a Abs. 1a SGB VIII abzugeben haben. Diese Personen können sein:

- Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
- Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder
- Arzt oder psychologischen Psychotherapeut, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt;
- ggf. auch die Schule oder die Kindertagesstätte.

Daher sind diese Akteure darin gezielt zu unterstützen, Menschen mit Behinderung

- über geeignete Leistungen zur Teilhabe zu beraten,
- in ihrer Motivation und Mitwirkung zur Inanspruchnahme und aktiven Teilnahme an diesen Leistungen zu bestärken und
- bei Anhaltspunkten für einen Bedarf an Leistungen zur Teilhabe bei der Antragstellung zu unterstützen oder eine Beratung zu veranlassen[19].

(4) Betriebliche Akteure, wie Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, Schwerbehindertenvertretungen und Personal-/Betriebsrätinnen und -räte, sollen in die Lage versetzt werden, Veränderungen, die sie im Verhalten sowie als Beeinträchtigungen in den Aktivitäten und der Teilhabe bei Beschäftigten wahrnehmen, zu erkennen und diese Menschen ggf. auf Hilfsangebote und Beratungsdienste hinzuweisen.

(5) Wesentliche Anhaltspunkte für einen möglichen Teilhabebedarf können sich auch bei Akteuren im sozialen oder pädagogischen Kontext ergeben, wie Betreuerinnen und Betreuern, Sozialarbeiterinnen und -arbeitern, sozialen Beratungsdiensten[20], Lehrerinnen und Lehrern, Jugendleiterinnen und -leitern und Erzieherinnen und Erziehern, sowie im Kontext der Selbstvertretung und Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, wie Selbsthilfegruppen/-organisationen und

[17] Nach § 33 SGB IX zählen hierzu Eltern, Vormünder, Pflegerinnen und Pfleger sowie gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer.
[18] Z.B. Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Ergotherapeutinnen und -therapeuten.
[19] Benannte Zielstellungen gelten auch für Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes und Angehörige anderer Gesundheitsberufe oder -institutionen, z.B. psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, (Sucht-)Beratungs-stellen.
[20] Suchtberatungsstellen, Sozialpsychiatrische Dienste, Ehe- und Familienberatungen, Schuldnerberatungen, Beratungsstellen zur Rehabilitation für Mütter/Väter, Frühförderstellen u. a.

Arbeitsentwurf

Interessenverbänden der Menschen mit Behinderung. Diese Akteure gilt es, entsprechend der in Abs. 4 formulierten Zielstellung der Erkennung von Beeinträchtigungen und des Umgangs damit, zu sensibilisieren.

§ 14 Aktivitäten der Rehabilitationsträger, um die weiteren Akteure in die Lage zu versetzen, Teilhabebedarf möglichst frühzeitig zu erkennen

Die Rehabilitationsträger stellen durch verschiedene Aktivitäten (§ 15 bis § 17) sicher, dass die in § 13 Abs. 2 bis 5 benannten Akteure in die Lage versetzt werden, einen Teilhabebedarf möglichst frühzeitig zu erkennen.

§ 15 Informationsvermittlung und -bereitstellung

(1) Zur Unterstützung der in § 13 Abs. 2 bis 5 benannten Akteure bei der möglichst frühzeitigen Erkennung potenziellen Teilhabebedarfs stellen die Rehabilitationsträger und Integrationsämter zielgruppenspezifische Informationen über Leistungen zur Teilhabe bereit. Diese beziehen sich auf Anhaltspunkte und ggf. Instrumente zur Erkennung eines möglichen Teilhabebedarfs, Inhalte, Ziele und Zugangswege zu Leistungen zur Teilhabe, Kriterien zur Feststellung eines möglichen Teilhabebedarfs sowie Ansprechpartner und Beratungsmöglichkeiten.

(2) Hinsichtlich der Menschen mit Behinderung wird insbesondere Erfordernissen nach zielgruppenspezifischen Informationsmaterialien für Personengruppen, bei denen Anhaltspunkte nach § 11 vorliegen, Rechnung getragen. Für die in § 34 SGB IX benannten Personengruppen[21] stellen die Rehabilitationsträger mittels zielgruppenspezifischer Informationen sicher, dass diese in die Lage versetzt werden, auf mögliche Hilfe- und Beratungsdienste hinzuweisen.

(3) Über die in Abs. 1 benannten Inhalte hinaus beinhalten die Informationen für Akteure der medizinisch-therapeutischen Versorgung insbesondere auch solche zu Anforderungen an ärztliche Befundberichte und Verfahrenswege der Bedarfsfeststellung.

(4) Vorgenannte Informationen zu Leistungen zur Teilhabe stellen die Rehabilitationsträger und Integrationsämter mittels Informationsmaterialien, z.B. schriftlich oder über ihre Internetangebote, bereit. Die Informationen werden insbesondere auch über die Ansprechstellen nach § 12 SGB IX zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus können zur Erreichung der in § 13 formulierten Zielstellungen auch weitere Informationswege zielführend sein. Dies bezieht sich z.B. auf (ggf. zielgruppenspezifische) Informationsveranstaltungen sowie Informationsangebote im Rahmen persönlicher Beratung.

Auf betrieblicher Ebene suchen die Rehabilitationsträger und Integrationsämter auf Anforderung Betriebe auf, informieren vor Ort in Beratungsgesprächen über Leistungen zur Teilhabe und leisten im Einzelfall Unterstützung bei der Bedarfserkennung und Antragstellung.

§ 16 Zusammenarbeit und Informationsaustausch

(1) Eine effektive Zusammenarbeit mit den in der Phase der Erkennung von Rehabilitationsbedarf besonders relevanten Akteuren stellt für die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter einen wichtigen Grundbaustein dar, um eine möglichst frühzeitige Bedarfserkennung und Leistungserbringung zu ermöglichen. Besonders bedeutsam ist hier, mittels etablierter Kooperationsformen die beabsichtigten Zielgruppen mit den (ggf. jeweils zielgruppenspezifisch) bereitgestellten Informationen zu erreichen.

(2) Die Unterstützung der Menschen mit Behinderung kann z.B. auch durch Zusammenarbeit mit Schulen, Betrieben, Behindertenverbänden und -vertretungen, Selbsthilfe, Beratungsdiensten, Sozialdienste im Krankenhaus, Arztpraxen und/oder anderen Sozialleistungsträgern erfolgen.

[21] Hierzu zählen neben Ärztinnen und Ärzten Hebammen, Entbindungspfleger, Medizinalpersonen, Lehrerinnen und Lehrer, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Jugendleiterinnen und Jugendleiter sowie Erzieherinnen und Erzieher (§ 34 SGB IX).

(3) Die Rehabilitationsträger bieten den Akteuren der medizinisch-therapeutischen Versorgung eine zielgerichtete, verbindliche Zusammenarbeit (z.B. mittels Kooperationsvereinbarungen) mit entsprechenden Organisationen, z.B. Ärztekammern, den Kassenärztlichen Vereinigungen, Berufsverbänden von Ärzten als auch durch Nutzung regionaler Strukturen (z.B. Qualitätszirkel der Hausärzte/-ärztinnen) an.

Die Rehabilitationsträger entwickeln mit weiteren Akteuren (z.B. niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, ambulanten und stationären Einrichtungen, Verbänden behinderter Menschen, Fachverbänden etc.) verbindliche Strukturen, die ein regelhaftes und verlässliches System zum Informationsaustausch und zur Zusammenarbeit sicher stellen, das der möglichst frühzeitigen Erkennung eines Teilhabebedarfs und Einleitung von Leistungen zur Teilhabe dient.

(4) Hinsichtlich der Zusammenarbeit mit betrieblichen Akteuren etablieren die Rehabilitationsträger und bei Bedarf die Integrationsämter geeignete Verfahren und Strukturen zur Sicherstellung eines kontinuierlichen und verlässlichen Informationsaustauschs mit Beschäftigten mit Behinderung, Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern sowie den in § 166 SGB IX genannten betrieblichen Vertretungen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Ziel dieser Zusammenarbeit ist es, möglichst frühzeitig einen möglichen Bedarf für Leistungen zur Teilhabe zu erkennen und ggf. die notwendigen Maßnahmen umgehend einzuleiten. Bewährt haben sich dabei Betriebsvereinbarungen, Inklusionsvereinbarungen, Unterweisungen sowie die Bildung von Arbeitskreisen „Gesundheit“.

(5) Die Rehabilitationsträger und Integrationsämter unterstützen ferner die (Weiter-) Entwicklung von Strukturen zur frühzeitigen Erkennung eines Teilhabebedarfs sowie der Einleitung von Leistungen zur Teilhabe in Kooperation mit allen Akteuren in den Betrieben. Sie knüpfen dazu an den vorhandenen Organisationsstrukturen des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes, des betrieblichen Gesundheitswesens und der Schwerbehindertenvertretung bei schwerbehinderten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in den Betrieben und Regionen an.

(6) Die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter entwickeln Strukturen für den Informationsaustausch mit regionalen Organisationen, insbesondere Kreishandwerkerschaften, Handwerks-, Industrie- und Handelskammern, Unternehmensverbänden sowie Gewerkschaften, um eine zielgerichtete, adressatenspezifische Aufklärung von Akteuren der betrieblichen Ebene über die Erkennung eines möglichen Teilhabebedarfs zu ermöglichen.

§ 17 Bereitstellung von Hilfen und Instrumenten zur Bedarfserkennung

(1) Für alle Akteure sind die in § 11 und Anlage 1 benannten Anhaltspunkte und Anzeichen bedeutsame Kriterien, die auf einen potenziellen Teilhabebedarf hinweisen können und bei denen eine zielgerichtete Beratung oder die Anregung einer Antragstellung erfolgen sollte. Anlage 2 dieser Gemeinsamen Empfehlung benennt darüber hinaus mögliche Instrumente zur Erkennung bzw. zur Einschätzung eines ggf. bestehenden Teilhabebedarfs für benannte Akteure.

(2) Zur Unterstützung der Erkennung eines möglichen Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe durch Akteure der medizinisch-therapeutischen Versorgung fördern die Rehabilitationsträger den Einsatz von Richt-/Leitlinien[22], Screening- bzw. Assessmentverfahren sowie strukturierten Befundberichten. Diese sind, wo möglich, unter Nutzung der Möglichkeiten des bio-psycho-sozialen Modells auszurichten, das der ICF zu Grunde liegt.

(3) Die Rehabilitationsträger empfehlen für betriebliche Akteure als Entscheidungshilfe für das Erkennen eines möglichen Teilhabebedarfs u. a. die systematische Auswertung von Ergebnissen allgemeiner und spezieller arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen sowie von Ergebnissen betrieblicher Gefährdungsbeurteilungen.

[22] Vgl. Anlage 3.

Arbeitsentwurf

Für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber ergibt sich eine besondere Verpflichtung durch die Regelungen zur Durchführung von Maßnahmen zur betrieblichen Prävention nach § 167 SGB IX, bei denen die Erkennung eines potenziellen Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe von Bedeutung sein kann.

(4) Die für die frühzeitige Bedarfserkennung erforderlichen trägerübergreifenden Maßstäbe, Standards und Instrumente sind weiterzuentwickeln bzw. durch Anpassung und Vereinheitlichung vorhandener Instrumente und Richtlinien zu präzisieren.

§ 18 Einbindung der behandelnden Haus- und Fachärztinnen und -ärzte und der Betriebsärztin bzw. des Betriebsarztes sowie anderer Akteure

(1) Entsprechend der Verpflichtung aus § 26 Abs. 2 Nr. 8 SGB IX informieren die Rehabilitationsträger und bei Bedarf die Integrationsämter über die Möglichkeit der Einleitung von Leistungen zur Teilhabe durch die behandelnden Haus- oder Fachärztinnen oder -ärzte sowie durch Betriebsärztinnen und -ärzte oder binden diese in die Einleitung ein.

(2) Häufig wird eine Leistung zur Teilhabe durch die Haus- oder Fachärztin bzw. den -arzt angeregt bzw. eingeleitet.

(3) Genauso kann eine Teilhabeleistung auch in folgenden Fällen angestoßen werden:

- Einleitung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auf Basis der Feststellungen der gesonderten Rehabilitationsempfehlung im Rahmen der Pflegebegutachtung (§ 18 Abs. 6 i.V.m. § 18a SGB XI)
- Durch Akteure im Krankenhaus, insbesondere die Sozialdienste, z.B. im Kontext der Anschlussrehabilitation oder eines Entlassmanagements
- Wenn andere Sozialleistungen beantragt werden und dabei Rehabilitationsbedarf erkannt wird (§ 9 SGB IX)
- Durch Leistungserbringer der Rehabilitation, wenn diese bisher nicht berücksichtigte Bedarfe erkennen
- Anregung von Leistungen zur Teilhabe durch die betriebliche Ebene (z.B. im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements)
- Kenntnis der Rehabilitationsträger über die Einleitung von Leistungen zur Teilhabe durch einen anderen Rehabilitationsträger (z.B. im Rahmen der Beantragung einer Erwerbsminderungsrente)
- Kenntnis der Rehabilitationsträger über die Prüfung von Leistungen im Rahmen eines Persönlichen Budgets durch einen anderen Rehabilitationsträger
- Im Fall der Eingliederungshilfe für seelische behinderte Kinder und Jugendliche (§ 35a SGB VIII) durch Eltern, Jugendamt, behandelnde Ärzte, Erzieher in der Kindertagesstätte, Lehrer, Beratungsstellen (Psychologische- oder Erziehungsberatungsstellen), usw.
- Kenntnis des Leistungsträgers des sozialen Entschädigungsrechts nach Erstkontakt des Betroffenen mit einer Traumaambulanz oder der Polizei bei Straftaten.

(4) Soweit vorhanden, begrüßen es die Rehabilitationsträger, wenn ihnen Arbeitsplatz- bzw. Tätigkeitsbeschreibungen und/oder berufliche Anforderungsprofile im Rahmen der Antragstellung bei berufstätigen Personen mit potenziellem Teilhabebedarf übermittelt werden. Bedeutsame Inhalte einer Tätigkeitsbeschreibung finden sich beispielhaft in Anlage 4.

Arbeitsentwurf

Kapitel 2 Zuständigkeitsklärung

Die Phase Antrag und Zuständigkeitsklärung betrifft die Festlegung des im Sinne des § 14 SGB IX „leistenden Rehabilitationsträgers“ nach Eingang eines Antrags auf Leistungen zur Teilhabe. Die konkreten Verantwortlichkeiten des leistenden Rehabilitationsträgers sind in den darauf folgenden Phasen näher beschrieben.

§ 19 Antrag, Frist für die Zuständigkeitsklärung

(1) Werden Leistungen zur Teilhabe beantragt, stellt der Rehabilitationsträger nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang 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 Abs. 4 SGB V.

(2) Die Zwei-Wochen-Frist zur Klärung der Zuständigkeit nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX beginnt am Tag nach Eingang des Antrages oder am Tag nach Antragsaufnahme bei dem Rehabilitationsträger (§ 26 SGB X i. V. m. § 187 Abs. 1 BGB). Ein die Frist 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 konkretisierbare Leistungsbegehren unabhängig von den verwendeten Begriffen auf Leistungen zur Teilhabe i.S.v. § 4 SGB IX bezieht.

(3) In der Unfallversicherung entspricht dem Tag des Eingangs des Antrages der Tag, an dem der Träger der Unfallversicherung Kenntnis von einem voraussichtlichen Rehabilitationsbedarf erlangt. Gleiches gilt für die öffentliche Jugendhilfe und die Kriegsopferfürsorge[23].

(4) Der Rehabilitationsträger, bei dem der Antrag eingegangen ist, wird als erstangegangener Träger bezeichnet. Das gilt entsprechend für die in Abs. 3 genannten Rehabilitationsträger.

§ 20 Prüfung der Zuständigkeit nach Antragstellung

(1) Zuständig i.S.d. § 14 SGB IX ist der erstangegangene Rehabilitationsträger, wenn er nach seinem Leistungsgesetz für die Erbringung zumindest einer der vom Antrag umfassten Leistungen in Betracht kommt.

Insgesamt unzuständig i.S.d. § 14 SGB IX ist der erstangegangene Rehabilitationsträger, wenn er nach seinem Leistungsgesetz für keine der vom Antrag umfassten Rehabilitationsleistungen in Betracht kommt.

Als vom Antrag umfasst gelten alle Leistungen, mit denen dem aus dem Antrag erkennbaren konkreten Leistungsbegehren des Antragstellers ganz oder teilweise entsprochen werden kann.

(2) Die Feststellung nach Absatz 1 wird innerhalb der in § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX genannten Zwei-Wochen-Frist getroffen auf Basis

- des aus dem Antrag erkennbaren konkreten Begehrens im Antrag, einer ggf. vorliegenden Begründung und der mit dem Antrag eingereichten Unterlagen sowie
- ggf. von ergänzenden Unterlagen und Informationen.

Etwaige Unklarheiten werden soweit möglich im Dialog mit dem Antragsteller geklärt.

(3) Der Umfang der Zuständigkeitsprüfung nach Absatz 1 und der entsprechenden Aktivitäten bestimmt sich anhand der vorhandenen Antragsunterlagen und Informationen sowie unter Be-

[23] Dies gilt auch für die Eingliederungshilfe im Rahmen der Sozialhilfe. Ab 2020 ist die Eingliederungshilfe gem. § 108 SGB IX antragsabhängig.

Arbeitsentwurf

rücksichtigung ihrer Umsetzbarkeit innerhalb der Frist des § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX. In diesem Rahmen prüft der erstangegangene Rehabilitationsträger die Zuständigkeit nach dem eigenen Leistungsgesetz sowie mögliche Zuständigkeiten weiterer Rehabilitationsträger nach anderen Leistungsgesetzen. Mögliche Zuständigkeiten weiterer Rehabilitationsträger werden auf Ebene der Leistungsgruppen nach den §§ 5 und 6 SGB IX geprüft.

§ 21 Zuständigkeitsklärung: Festlegung des leistenden Rehabilitationsträgers durch Fristablauf oder Weiterleitung

(1) Der erstangegangene Träger wird der „leistende Rehabilitationsträger“ i.S.d. §§ 14ff. SGB IX, wenn die Zwei-Wochen-Frist nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX abläuft, ohne dass er den Antrag weitergeleitet hat. Nach Ablauf der Frist ist die Weiterleitung des Antrags vorbehaltlich der Regelungen zum sog. Splitting (vgl. § 29, § 30) nicht mehr möglich.

(2) Ist der erstangegangene Träger nach § 20 insgesamt unzuständig, leitet er den Antrag einschließlich bereits vorliegender Unterlagen unverzüglich (§ 121 BGB), spätestens am Werktag nach Ablauf der Zwei-Wochen-Frist nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX, dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu. Der Rehabilitationsträger, an den der Antrag weitergeleitet wurde (zweitangegangener Träger), wird der „leistende Rehabilitationsträger“ iSd §§ 14ff. SGB IX und kann den Antrag nicht erneut weiterleiten - vorbehaltlich der Regelungen in § 24 (Turboklärung).

(3) Der Weiterleitung wird eine schriftliche Begründung beigefügt, aus der hervorgeht, dass eine inhaltliche Prüfung der Zuständigkeit nach Maßgabe des § 20 stattgefunden hat. Die Weiterleitung wird dem Antragsteller schriftlich mitgeteilt.

§ 22 Sonderfälle der Weiterleitung

(1) Eine Weiterleitung im Sinne des § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX liegt nicht vor, wenn ein Rehabilitationsträger oder Jobcenter einen Antrag erkennbar für einen anderen Rehabilitationsträger aufnimmt (z.B. auf dessen Antragsvordrucken). Der Rehabilitationsträger, für den der Antrag aufgenommen wurde, ist erstangegangener Rehabilitationsträger mit der Folge, dass er den Antrag weiterleiten kann, wenn er bei Prüfung des Antrages feststellt, dass er nicht zuständig ist.

(2) Wenn ein erstangegangener Träger den Antrag an einen anderen rechtlich selbstständigen Träger desselben Sozialleistungsbereiches weiterleitet, ist dieser der zweitangegangene Träger im Sinne des § 14 SGB IX (z.B. bei Weiterleitung zwischen Rentenversicherungsträgern oder zwischen Trägern der Eingliederungshilfe[24];).

(3) In Fällen des § 51 SGB V und § 145 SGB III (Aufforderung zur Antragstellung durch die Krankenkasse bzw. die Agentur für Arbeit) ist nicht der auffordernde, sondern der Rehabilitationsträger, bei dem der Antrag gestellt werden soll, stets der erstangegangene Träger (z.B.: Fordert die Krankenkasse einen Versicherten auf, einen Antrag auf Teilhabeleistungen bei der Rentenversicherung zu stellen, so ist der Rentenversicherungsträger erstangegangener Träger.).

(4) Nach § 185 Absatz 7 Satz 1 SGB IX i.V.m. § 14 SGB IX können die Integrationsämter einen bei ihnen eingegangenen Antrag innerhalb der Frist nach § 19 Absatz 1 weiterleiten, wenn sie nach Prüfung des Antrags für die Leistung insgesamt unzuständig sind. Nach Ablauf der Frist gilt § 21. Sie werden als erstangegangener Träger leistender Träger i.S.d. §§ 14ff SGB IX.

Nach § 185 Absatz 7 Satz 2 SGB IX i.V.m. § 14 SGB IX dürfen die Integrationsämter einen an sie weitergeleiteten Antrag innerhalb der Zwei-Wochen-Frist nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX

[24] An die Stelle der Träger der Eingliederungshilfe treten nach § 241 Abs. 8 SGB IX für die Jahre 2018 und 2019 die Träger der Sozialhilfe. 2020 tritt das neue Eingliederungshilferecht (SGB IX - Teil 2) in Kraft.

nochmals weiterleiten, wenn sie nach Prüfung des Antrags insgesamt für die Leistung unzuständig sind. Dies ist deshalb (rechtlich) möglich, da die Integrationsämter keine Rehabilitationsträger sind. Eine Weiterleitung an sie stellt keine Weiterleitung nach § 14 dar, sondern ist eine Weiterleitung nach § 16 Absatz 2 SGB I Die Befugnis zur Weiterleitung beinhaltet daher auch das Recht, den Antrag an den Träger weiterzuleiten, der den Antrag zuvor an das Integrationsamt weitergeleitet hat. Nach Ablauf der Frist gilt § 21. Sie werden als erstangegangener Träger leistender Träger i.S.d. §§ 14ff SGB IX.

(5) Verfahrensabsprachen zwischen gesetzlichen Sozialleistungsträgern können diese Gemeinsame Empfehlung ergänzen. Die daran Beteiligten machen diese Verfahrensabsprachen den übrigen Vereinbarungspartnern dieser Gemeinsamen Empfehlung zugänglich, soweit sie für andere Vereinbarungspartner von Bedeutung sind.

§ 23 Besonderheit: Weiterleitung bei ungeklärter Behinderungsursache

Muss für die Feststellung der Zuständigkeit die Ursache der Behinderung geklärt werden und ist diese Klärung innerhalb der Zwei-Wochen-Frist nicht möglich, soll der Antrag unverzüglich dem Träger zugeleitet werden, der die Leistung ohne Rücksicht auf die Ursache erbringt. Zuständig für die Leistung ist grundsätzlich

1. in Fällen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Alterssicherung der Landwirte, wenn die versicherungsrechtlichen und persönlichen Voraussetzungen erfüllt sind, ansonsten die gesetzliche Krankenkasse, sofern dort die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen bestehen,
2. in Fällen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind, ansonsten die Bundesagentur für Arbeit,
3. in Fällen von Leistungen zur sozialen Teilhabe der Träger der Eingliederungshilfe[25], außer in Fällen seelischer Behinderung von Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen, für die eine Leistungszuständigkeit des Trägers der Jugendhilfe nach dem SGB VIII besteht,
4. bei Unklarheit darüber, ob Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind, der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung.

§ 24 Besonderheit: „Turboklärung“

(1) Ist der zweitangegangene Rehabilitationsträger für die vom Antrag umfassten Leistungen insgesamt nicht zuständig, kann er den Antrag nach Maßgabe des § 14 Abs. 3 SGB IX an den nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger im Einvernehmen mit diesem weiterleiten („Turboklärung“). Er unterrichtet davon erneut den Antragsteller. Dieser Rehabilitationsträger wird dann an Stelle des zweitangegangenen Trägers leistender Rehabilitationsträger im Sinne der §§ 14ff. SGB IX, mit den entsprechenden gesetzlichen Verantwortlichkeiten. Diese umfassen vor allem die Koordinierungsaufgaben und fristgerechte Entscheidungen über den Antrag, zu Einzelheiten vgl. insbesondere Kapitel 2 bis 5. Die erneute Weiterleitung nach Satz 1 kann auch an den erstangegangenen Rehabilitationsträger erfolgen.

Dies gilt auch dann, wenn der zweitangegangene rechtlich selbständige Träger desselben Sozialleistungsbereiches für den Versicherten unzuständig ist (z.B. wenn an die falsche Krankenkasse oder den falschen Rentenversicherungsträger weitergeleitet wurde). Der Träger, an den innerhalb desselben Sozialleistungsbereichs weitergeleitet wurde, gilt dann als zweitangegangener Träger.

[25] Zur Rechtslage betreffend die Träger der Eingliederungshilfe im Zeitraum 2018/2019 vgl. Fn 3.

Arbeitsentwurf

(2) Bei der „Turboklärung“ nach Absatz 1 arbeiten die Rehabilitationsträger unter Berücksichtigung des § 25 und § 86 SGB X zusammen. Ziel des Klärungsverfahrens ist es, dass der sachlich zuständige Träger über den Antrag entscheidet. Die in § 14 Abs. 2 und § 15 Abs. 4 SGB IX genannten Fristen bleiben von der Turboklärung unberührt, maßgeblich für diese Fristen ist weiterhin der Antragseingang beim zweitangegangenen Rehabilitationsträger.

§ 25 Besonderheit: ergänzende Antragstellung bei Bedarf an nicht vom Antrag umfassten Leistungen

(1) Während der in § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX genannten Frist (zwei Wochen nach Antragseingang) können sich Anhaltspunkte für einen weiteren Rehabilitationsbedarf ergeben, der nicht vom Antrag umfasst ist. In diesen Fällen hat der Rehabilitationsträger zum frühestmöglichen Zeitpunkt (z.B. bei Entgegennahme des Antrags, Sichtung der Antragsunterlagen oder im Beratungsgespräch), dafür Sorge zu tragen, dass der weitere Rehabilitationsbedarf unmittelbar Gegenstand des durch den Antrag ausgelösten Verwaltungsverfahrens wird. Hierzu wirkt er unverzüglich auf eine ergänzende Antragstellung hin (§ 9 und § 12 SGB IX), damit auch dieser weitere Bedarf in die Antragsbearbeitung einbezogen werden kann. Der ergänzte Antragsteil ist immer sofort entgegenzunehmen, die Antragsteller bzw. Leistungsberechtigten dürfen nicht auf andere Zuständigkeiten verwiesen werden. Werden Leistungen von Amts wegen erbracht, sind die weiteren Bedarfe sogleich in das Verfahren einzubeziehen; auf eine ergänzende Antragstellung kommt es dann nicht an.

Die Fristen zur Antragsbearbeitung einschließlich der ergänzten Antragsteile beginnen mit richten sich nach dem Eingang des ursprünglichen Antrags. Der leistende Rehabilitationsträger steuert das gesamte Verfahren nach den Vorgaben der §§ 14ff. SGB IX auch für den ergänzten Antragsteil. Die Regelungen über den Erlass des Verwaltungsakts bei Trägermehrheit (§ 15 SGB IX, vgl. dazu § 29 - § 31 und §§ 67ff) sind unmittelbar einschlägig.

Die Rehabilitationsträger haben nach § 12 SGB IX geeignete Organisationsstrukturen vorzuhalten, um die Hinwirkungspflicht auf eine frühzeitige ergänzende Antragsstellung und -bearbeitung wirksam wahrnehmen zu können.

(2) Ergeben sich erst nach Ablauf der in § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX genannten Frist im Rahmen der Bedarfsermittlung nach § 26 - § 46 Anhaltspunkte für Rehabilitationsbedarf, der nicht vom Antrag umfasst ist, hat der leistende Rehabilitationsträger entsprechend den Vorschriften des § 9 SGB IX auf eine weitere Antragstellung hinzuwirken.

Dabei stellt er mit Einverständnis des Menschen mit Behinderung dem Rehabilitationsträger, bei dem ein weiterer Antrag gestellt wird, Kopien des Antrags und aller bereits vorliegenden und für die Entscheidung über den jeweiligen Bedarf notwendigen Informationen (z.B. Leistungsbescheide, Untersuchungsbefunde und -berichte) zur Verfügung (siehe § 12 Abs. 7). Die weitere Antragstellung nach Abs. 2 löst ein eigenständiges Verwaltungsverfahren nach den §§ 14ff. SGB IX mit jeweils einem leistenden Rehabilitationsträger und eigenständigen Fristen aus. Der für den Erstantrag leistende Rehabilitationsträger führt eine Teilhabeplanung entsprechend den Regelungen der §§ 19ff. SGB IX durch. Die Eigenständigkeit der Verwaltungsverfahren wird dadurch nicht berührt. Durch die Teilhabeplanung wird entsprechend den Zielen des SGB IX die nahtlose Verknüpfung der eigenständigen Verwaltungsverfahren gesichert. Da über die verschiedenen Anträge jedoch von verschiedenen leistenden Rehabilitationsträgern entschieden wird, erfolgt auch der Erlass des Verwaltungsaktes in getrennten Verfahren[26].

Für das Teilhabeplanverfahren gelten folgende Maßstäbe:

[26] Formulierungsvorschläge für die Kommunikation mit dem Antragsteller finden sich in Anlage 5.

Arbeitsentwurf

(2a) Im Teilhabeplan und in der Bescheiderteilung gegenüber dem Antragsteller bzw. Leistungsberechtigten ist dann klarstellend zu vermerken, dass über den Teilhabeplan verschiedene Verwaltungsverfahren verknüpft sind, für die auch separate Verfahrensfristen gelten (§ 19 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB IX).

(2b) Eine Teilhabeplanung im Sinne von Abs. 2a wird nicht durchgeführt, wenn die verschiedenen Verwaltungsverfahren sachlich oder zeitlich so weit auseinanderliegen, dass ihre Verknüpfung über die Teilhabeplanung keine verbesserte Erreichung des Ziels der Teilhabe des Antragstellers ermöglicht. Auch in diesen Fällen gilt die Pflicht zur abgestimmten Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger nach § 86 SGB X, z.B. auch i.S.e. Übergabemanagements.

Arbeitsentwurf

Kapitel 3 Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung

Die Bedarfsermittlung schafft die notwendigen inhaltlichen Grundlagen für die Bedarfsfeststellung. Sie umfasst die inhaltliche Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs und folgt in der Regel auf die Zuständigkeitsklärung. Die Rehabilitationsträger setzen dabei Instrumente der Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX ein, die gemeinsamen Grundsätzen entsprechen (*vgl. Abschnitt 3*). Für die Träger der Eingliederungshilfe gelten ergänzend die Grundsätze zu den Instrumenten der Bedarfsermittlung nach § 118 SGB IX.

Die Bedarfsfeststellung ist die entscheidungsvorbereitende formale Konkretisierung eines bestehenden individuellen Rehabilitationsbedarfes und damit die Basis für die Entscheidung über die von einem Antrag umfassten Leistungen. Die Bedarfsfeststellung kann dem Antragsteller bzw. Leistungsberechtigten getrennt vom Leistungsbescheid mitgeteilt werden.

Abschnitt 1 Anforderungen im Verfahren

Unterabschnitt 1 Umfassende Bedarfsfeststellung, Bedarfsermittlung

§ 26 Begriffsklärungen

(1) Leistungen zur Teilhabe sind erforderlich, wenn diese unter Beachtung der Ziele des § 4 SGB IX auf den konkreten Einzelfall bezogen bedarfsgerecht sind.

(2) Umfassende Bedarfsfeststellung iSd § 14 Abs. 2 SGB IX bedeutet insbesondere, dass der individuelle Bedarf im Hinblick auf alle Leistungen und Rechtsgrundlagen des Rehabilitationsrechts festgestellt wird, die in der konkreten Bedarfssituation überhaupt in Betracht kommen. Dabei werden insbesondere auch solche Leistungen in den Blick genommen,

- für die der leistende Rehabilitationsträger nach seinem jeweiligen Leistungsgesetz nicht zuständig ist, einschließlich solcher Leistungen,
- für die er nach § 6 SGB IX nicht Rehabilitationsträger sein kann.

Um auch bezüglich solcher Bedarfe die Feststellung zu ermöglichen, ist die Beteiligung anderer Rehabilitationsträger nach § 15 SGB IX vorgesehen.

Die der umfassenden Bedarfsfeststellung vorausgehende Bedarfsermittlung ist entsprechend ausgerichtet und wird demgemäß soweit erforderlich insbesondere trägerübergreifend und interdisziplinär gestaltet.

§ 27 Grundsätzliche Verantwortlichkeiten des leistenden Rehabilitationsträgers bei der Bedarfsermittlung und -feststellung

(1) Der leistende Rehabilitationsträger ist nach den §§ 14 Abs. 2 und 15 SGB IX dafür verantwortlich, dass der Rehabilitationsbedarf umfassend und entsprechend ggf. auch trägerübergreifend innerhalb der Fristen der §§ 14 und 15 Abs. 4 SGB IX festgestellt wird.

(2) Für die umfassende Bedarfsfeststellung nach Abs. 1 ermittelt der leistende Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf nach dem eigenen Leistungsgesetz vertieft insbesondere mit Hilfe von Instrumenten der Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX (vgl. Abschnitt 3). Sofern für die Bedarfsermittlung noch weitere Informationen notwendig sind, veranlasst der Rehabilitationsträger, ggf. unter Einschaltung weiterer Akteure, die entsprechenden Aktivitäten. Dabei kann es sich beispielsweise um

- das Einholen von bereits bestehenden Gutachten, Befundberichten oder sonstigen (ärztlichen) Unterlagen oder
- die Durchführung eines Beratungsgesprächs

Arbeitsentwurf

handeln. Einzelheiten zur Bedarfsermittlung nach Satz 1 sind in den § 35 - § 46 (Abschnitt 3) geregelt.

(3) Im Rahmen der Bedarfsermittlung nach Abs. 2 prüft der leistende Rehabilitationsträger auch summarisch[27] weiteren möglichen Rehabilitationsbedarf nach anderen Leistungsgesetzen, um so erforderlichenfalls weitere Rehabilitationsträger nach § 15 SGB IX beteiligen (vgl. § 29 - § 31) oder auf eine Antragstellung hinwirken (vgl. § 25) zu können.

§ 28 Gutachten

(1) Ist für die umfassende Bedarfsfeststellung ein Gutachten eines Sachverständigen erforderlich, beauftragt der leistende Rehabilitationsträger ein Gutachten nach den Regelungen des § 17 SGB IX. Dabei bleiben nach § 17 SGB IX die gesetzlichen Aufgaben der Gesundheitsämter, des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und die gutachterliche Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit unberührt, die jeweiligen Aufgaben werden weder eingeschränkt noch ausgeweitet. Gleiches gilt für das Begutachtungsverfahren der gesetzlichen Krankenkassen. In diesem Fall beantworten die jeweiligen Rehabilitationsträger die im Gutachten zu klärenden Fragen jeweils getrennt. Die Ergebnisse verschiedener Gutachten werden in der Teilhabeplanung zusammengeführt.

(2) Beteiligt der leistende Rehabilitationsträger im Rahmen der Bedarfsermittlung und -feststellung andere Rehabilitationsträger durch Antragsplitting (vgl. § 29, § 30) oder bei der Bedarfsfeststellung (vgl. § 31) setzt er sich mit dem Ziel, unnötige mehrfache Begutachtungen zu vermeiden mit diesen bei seiner Entscheidung über Anlass, Ziel und Umfang der Beauftragung eines Sachverständigen ins Benehmen. Die beteiligten Rehabilitationsträger informieren ihn unverzüglich über die Notwendigkeit der Einholung von Gutachten. Dabei gilt Abs. 1 entsprechend.

(3) Der leistende Rehabilitationsträger wirkt durch geeignete Maßnahmen, z.B. entsprechende Gestaltung des Auftragsverhältnisses zur begutachtenden Stelle, darauf hin, dass die umfassende sozialmedizinische, bei Bedarf auch psychologische Begutachtung und die Erstellung des Gutachtens gemäß § 17 Abs. 2 SGB IX unverzüglich – spätestens innerhalb von zwei Wochen nach der Beauftragung – erfolgt.

(4) Im Interesse einer zügigen Bedarfsfeststellung sind Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen iSv § 17 SGB IX vorzunehmen. Weitere bei der Begutachtung zu beachtende Regelungen werden in der Gemeinsamen Empfehlung Begutachtung getroffen.

Arbeitsentwurf

[27] Summarische Prüfung bedeutet eine überschlägige, auf das Wesentliche beschränkte Prüfung. Ausreichend ist dabei im Zeitpunkt der Prüfung unter Heranziehung der erreichbaren Unterlagen eine begründete Möglichkeit, dass eine Zuständigkeit bzw. ein Bedarf nach einem anderen Leistungsgesetz besteht.

Unterabschnitt 2 Koordinierung nach § 15 SGB IX bei trägerübergreifendem Rehabilitationsbedarf

§ 29 Antragssplitting nach § 15 Abs. 1 SGB IX

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

(2) Unverzüglich bedeutet, dass der leistende Rehabilitationsträger im Falle des § 15 Abs. 1 SGB IX den Antrag insoweit ohne schuldhaftes Verzögern und dabei in der Regel innerhalb von zwei Wochen an den Splitting-Adressaten weiterleitet. Stellt der leistende Rehabilitationsträger im Einzelfall erst nach Ablauf von zwei Wochen fest, dass der Antrag nach § 15 Abs. 1 SGB IX weiterzuleiten ist, hat er die hierfür maßgeblichen Gründe gegenüber dem Splitting-Adressaten darzulegen. Der Antrag gilt auch dann als unverzüglich weitergeleitet.

Erfolgt ein Splitting nicht unverzüglich, hat der Splitting-Adressat den Eintritt einer Erstattungspflicht für selbstbeschaffte Leistungen nicht iSd § 16 Abs. 5 S. 2 SGB IX zu vertreten.

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

(4) Nach § 185 Abs. 7 Satz 1 SGB IX i.V.m. § 15 Abs.1 SGB IX können die Integrationsämter einen bei ihnen eingegangenen Antrag splitten, wenn sie feststellen, dass der Antrag neben solchen Leistungen, für die sie nach § 185 SGB IX i.V.m. der SchwbAV zuständig sind, auch Leistungen umfasst, für die sie nicht zuständig sind. Dies gilt auch, wenn für einen Teil der beantragten Leistungen die Träger der beruflichen Rehabilitation vorrangig zur Leistung verpflichtet sind (z.B. Investitionskostenzuschuss nach § 15 SchwbAV und behinderungsgerechte Gestaltung des Arbeitsplatzes bei einer Neueinstellung).

Nach § 185 Absatz 7 Satz 2 SGB IX i.V.m. § 15 Abs. 1 SGB IX können die Integrationsämter einen an sie nach § 16 Absatz 2 SGB I weitergeleiteten Antrag für den Teil splitten, für den sie nicht zuständig sind.

Die Integrationsämter können den an sie gesplitteten Antrag weiterleiten, da jede Weiterleitung an die Integrationsämter eine Weiterleitung nach § 16 Absatz 2 SGB I darstellt (siehe § 22 Absatz 4).

(5) Ein Fall der Beteiligung nach § 15 Abs. 1 SGB IX liegt auch vor, wenn sich nach Ablauf von zwei Wochen ab Antragseingang oder bei der Prüfung durch den zweitangegangenen Träger ergibt, dass der Antrag lediglich auf Leistungen gerichtet ist, für die der leistende Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 SGB IX nicht zuständig sein kann.

Hiermit wird im Interesse sachgerechter Leistungserbringung und zur Beschleunigung der Bescheiderteilung sichergestellt, dass die Rehabilitationsträger infolge der Zuständigkeitsklärung nur für die auf sie entfallenden Leistungsgruppen leistungspflichtig sind. Die Koordinierungsverantwortung und das finanzielle Ausfallrisiko gegenüber den Antragstellern bzw. Leistungsberechtigten im Falle der Fristüberschreitung (Kostenerstattung bei Selbstbeschaffung von Leistungen) bleiben allerdings unverändert beim leistenden Rehabilitationsträger. Die einzelnen Rechtsfolgen ergeben sich im Übrigen aus § 30 Abs. 3.

Arbeitsentwurf

§ 30 Auswirkungen des Antragssplittings

(1) Auch im Fall des Splittings nach § 29 bleiben der leistende Rehabilitationsträger und seine Koordinationsaufgaben nach den §§ 15-23 SGB IX unverändert, mit Ausnahme der Letztverantwortung zum Erlass eines Leistungsbescheids über den gesplitteten Antragsteil. Diese Aufgaben umfassen insbesondere:

- Durchführung des Teilhabeplanverfahrens nach den §§ 19-23 SGB IX;. unter den Voraussetzungen des § 19 Abs. 5 SGB IX kann dieses allerdings auch ein anderer Träger durchführen; dadurch bleibt jedoch die Koordinierungsverantwortung des leistenden Trägers unberührt; Einzelheiten sind in den §§ 49-68 (Kapitel 4) geregelt

sowie

in Bezug auf den nicht gesplitteten Antragsteil, ggf.:

- umfassende Bedarfsfeststellung bzw. deren Koordinierung nach § 15 Abs. 2 SGB IX.
- Entscheidung gegenüber dem Antragsteller unter Berücksichtigung des § 15 Abs. 3 SGB IX.

in Bezug auf den gesplitteten Antragsteil

- Grundsätzliche Verantwortlichkeit gegenüber dem Leistungsberechtigten bzw. Antragsteller im Rahmen des § 18 SGB IX.

(2) Die Koordinierungsverantwortung des leistenden Rehabilitationsträgers geht nicht auf den Splitting-Adressaten über, auch nicht hinsichtlich des „gesplitteten“ Antragsteils. Aufgaben des Splitting-Adressaten sind insbesondere:

- Hinsichtlich des gesplitteten Antragsteils muss er den Leistungsbescheid innerhalb der dafür in § 15 Abs. 4 SGB IX vorgesehenen Fristen erlassen und erbringt ggf. die Leistung.
- Er kann den gesplitteten Antragsteil weiterleiten, wenn er nach § 6 SGB IX nicht zuständig sein kann. In diesen Fällen informiert er den leistenden Rehabilitationsträger und den Antragsteller über die Weiterleitung; Beginn der Frist nach 15 Abs. 4 SGB IX für die Entscheidung über den gesplitteten Antragsteil ist weiterhin der Antragseingang beim leistenden Rehabilitationsträger.
- Er hat den Rehabilitationsbedarf betreffend den gesplitteten Antragsteil zu ermitteln und festzustellen. Stellt er dabei Anhaltspunkte für Rehabilitationsbedarf für Leistungen zur Teilhabe fest, für die er nicht zuständig ist (trägerübergreifender Rehabilitationsbedarf), informiert er darüber den leistenden Rehabilitationsträger, der diese Anhaltspunkte im Rahmen seiner ohnehin bestehenden Koordinierungspflicht nach § 15 SGB IX aufgreift.
- Er soll dem leistenden Rehabilitationsträger binnen zwei Wochen nach Eingang des gesplitteten Antragsteils Mitteilung machen
  - zu seiner grundsätzlichen Zuständigkeit für die vom gesplitteten Antragsteil umfassten Leistungen
  - zum Rehabilitationsbedarf.

Die vorstehenden Regelungen gelten auch, wenn das Splitting nicht iSd § 29 Abs. 2 unverzüglich erfolgt ist.

(3) Leitet der leistende Rehabilitationsträger den Antrag nach § 29 Abs. 5 an einen anderen Rehabilitationsträger weiter, weil er für keine der vom Antrag umfassten Leistungsgruppen zuständig sein kann, bleibt er nach dem Grundsatz der Leistungserbringung „wie aus einer Hand“ für die Koordinierung der Leistungen verantwortlich. Dabei gelten folgende Maßstäbe:

- Der Verwaltungsakt wird von dem Rehabilitationsträger erlassen, der als Splittingadressat den Antrag erhält.
- Nach § 19 Abs. 5 SGB IX soll der leistende Rehabilitationsträger dem anderen Rehabilitationsträger (Splittingadressat) anbieten, die Teilhabeplanung zu übernehmen.

Arbeitsentwurf

- Die Entscheidungsfrist für den Antrag richtet sich nach § 15 Abs. 4 SGB IX (6 Wochen bzw. 2 Monate nach Antragseingang beim leistenden Rehabilitationsträger).
- Im Falle der Selbstbeschaffung von Leistungen ist der leistende Rehabilitationsträger gegenüber den Antragstellern bzw. Leistungsberechtigten erstattungspflichtig. Der leistende Rehabilitationsträger kann sich ggf. verwaltungsintern nach § 16 Abs. 5 SGB IX schadlos halten.

§ 31 Beteiligung anderer Rehabilitationsträger nach § 15 Abs. 2 SGB IX

(1) Die Beteiligung anderer Rehabilitationsträger nach § 15 Abs. 2 SGB IX ist erforderlich, wenn der leistende Rehabilitationsträger konkrete Anhaltspunkte dafür hat, dass hinsichtlich der vom Antrag umfassten Leistungen trägerübergreifender Rehabilitationsbedarf gegeben ist und kein Fall des § 29 („Antragsplitting“) vorliegt.

Hat der leistende Rehabilitationsträger konkrete Anhaltspunkte für einen Bedarf an nicht vom Antrag umfassten Leistungen, gelten die Regelungen der §§ 5 und 25.

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

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

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

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

Arbeitsentwurf

Abschnitt 2 Sicherstellung umfassender Bedarfsfeststellung in der Praxis

§ 32 Ergänzung und Unterstützung des trägerübergreifenden Verfahrens zur Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung

Die in Abschnitt 1 genannten Verfahrensschritte zur umfassenden Bedarfsfeststellung werden in der Praxis durch folgende Schritte ergänzt und unterstützt.

§ 33 Einbeziehung weiterer Stellen in die Bedarfsermittlung

(1) Haus-, Fach-, Betriebsärztinnen und -ärzte werden bei erkennbarem Bedarf mit Zustimmung des Menschen mit Behinderung bei der Bedarfsfeststellung durch die Rehabilitationsträger beteiligt.

(2) Die Rehabilitationsträger oder bei Bedarf Integrationsämter fragen über die antragstellende berufstätige Person insbesondere die zuständige Betriebsärztin bzw. den Betriebsarzt/Arbeitsmedizinischen Dienstleister ab, wenn berufliche Aspekte im Einzelfall relevant sind. Eine dazu eventuell notwendige Ermittlung kann mit Zustimmung dieser Person auch über den jeweiligen Arbeitgeber erfolgen. Damit kann eine Abfrage von Arbeitsplatz- bzw. Tätigkeitsbeschreibungen und/oder beruflichen Anforderungsprofilen (vgl. § 18 Abs. 3) verbunden werden. Vorgenannte Informationen bilden eine wesentliche Grundlage für die koordinierte Steuerung des Rehabilitationsprozesses.

Die Rehabilitationsträger und Integrationsämter stellen bei Bedarf mit Zustimmung des Menschen mit Behinderung den Informationsweg zwischen behandelnder Ärztin bzw. behandelndem Arzt und der Betriebsärztin bzw. dem Betriebsarzt her.

(3) Die summarische Bedarfsermittlung der Rehabilitationsträger und Integrationsämter bezieht sich im Hinblick auf die mögliche Einbeziehung des Jobcenters, der Pflegekasse oder weiterer Stellen nach § 22 SGB IX auch auf die von diesen Stellen zu erbringenden Leistungen.

§ 34 Ergänzende trägerbereichsspezifische Besonderheiten

(1) Ist die gesetzliche Rentenversicherung der zuständige Rehabilitationsträger, wirkt über Vorstehendes hinaus der Rehabilitationsberatungsdienst der Rentenversicherung anlässlich seiner Betriebskontakte und Besuchstermine in den Rehabilitationseinrichtungen sowie im Rahmen der Beratungs- und Auskunftsangebote auf ein Erkennen notwendiger Leistungen zur Teilhabe und deren zielführende Umsetzung hin.

(2) Sofern eine gesetzliche Krankenkasse zuständiger Rehabilitationsträger ist, findet für das Verfahren der Bedarfsfeststellung ergänzend zu den vorstehenden Regelungen insbesondere die Rehabilitations-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 SGB V Anwendung.

(3) Sofern ein Träger der gesetzlichen Unfallversicherung zuständiger Rehabilitationsträger ist, greift für das Verfahren der Bedarfsfeststellung ergänzend zu den vorstehenden Regelungen das Reha-Management der Gesetzlichen Unfallversicherung, dessen wesentlicher Bestandteil die Erstellung eines Reha-Plans unter partnerschaftlicher Einbindung aller Beteiligten ist.

Arbeitsentwurf

Abschnitt 3 Inhaltliche Grundsätze für Instrumente der Bedarfsermittlung

§ 35 Grundlagen

(1) Die Rehabilitationsträger vereinbaren laut § 26 Abs. 2 Nr. 7 SGB IX die nachfolgenden Grundsätze für Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs nach § 13 SGB IX. Diese Grundsätze bilden einen einheitlichen Rahmen und dienen der Vergleichbarkeit. Der Einsatz von Instrumenten der Bedarfsermittlung auf Basis dieser Grundsätze ermöglicht ein wirkungsvolles Ineinandergreifen der Instrumente, insbesondere in den Fällen der trägerübergreifenden Koordinierung von Leistungen nach dem abweichungsfesten Kapitel 4 SGB IX.

(2) Die Feststellungen über den individuellen Rehabilitationsbedarf erfolgen auf Grundlage der Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX. Die Leistungsgesetze können aufbauend auf den Vorgaben von § 13 SGB IX weitergehende und speziellere Vorgaben für die Bedarfsermittlung regeln. Für die Träger der Eingliederungshilfe gelten §§ 117-122 SGB IX ergänzend[28].

(3) Gemäß § 14 Abs. 2 SGB IX liegt die unverzügliche und umfassende Bedarfsfeststellung anhand der Instrumente zur Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX in der Verantwortlichkeit des leistenden Rehabilitationsträgers. Falls erforderlich, bezieht er dabei weitere Rehabilitationsträger entsprechend den Regelungen nach § 29 (Antragssplitting) und § 31 (Beteiligung) ein.

(4) Die Grundsätze für Instrumente der Bedarfsermittlung nach diesem Abschnitt gelten für alle Fall- und Beteiligungskonstellationen und sind von allen Rehabilitationsträgern und Integrationsämtern anzuwenden.

§ 36 Anforderungen an die Bedarfsermittlung

(1) Eine umfassende Bedarfsfeststellung (siehe § 27 Abs. 2, § 28) setzt eine insgesamt ebenso umfassende Bedarfsermittlung voraus, die zugleich individuell und funktionsbezogen zu erfolgen hat. Hierzu bedienen sich die Rehabilitationsträger geeigneter Instrumente.

(2) Individuelle Bedarfsermittlung und -feststellung bedeutet insbesondere, dass die aktuelle Lebenssituation des Individuums mit seinen jeweiligen Kompetenzen und Unterstützungsbedarfen den Ausgangspunkt der Ermittlung darstellen. Im weiteren Verlauf hängen die Entscheidungen, in welchen Bereichen in welcher Abfolge wie weitgehend ermittelt wird, ebenfalls von der individuellen Situation ab. Dabei sind die Wünsche, Vorstellungen, Bedürfnisse und Ziele des Leistungsberechtigten zu ermitteln und einzubeziehen.

(3) Funktionsbezogen ist die Bedarfsermittlung und -feststellung, wenn sie unter Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells der WHO erfolgt und sich dabei an der ICF orientiert. Dies beinhaltet die Erhebung aller erforderlichen Informationen zu den Ausprägungen und Auswirkungen eines Gesundheitsproblems (Schädigungen von Körperstrukturen und -funktionen, Beeinträchtigungen Aktivitäten und Teilhabe) in verschiedenen Lebensbereichen sowie die Einbeziehung der im Einzelfall bedeutsamen Kontextfaktoren und die Beachtung der Wechselwirkungen untereinander.

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

(4) Die Rehabilitationsträger nutzen zur Bedarfsermittlung Instrumente nach den für sie geltenden Leistungsgesetzen. Die im jeweiligen Einzelfall eingesetzten Instrumente haben die Anfor-

[28] In den Jahren 2018/2019 gilt für die Träger der Sozialhilfe eine entsprechende Regelung in § 142 SGB XII

Arbeitsentwurf

derungen nach Abs. 1 bis 3 insgesamt zu erfüllen, indem sie insbesondere die Sachverhalte nach § 13 Abs. 2 Nr. 1-4 SGB IX erfassen (siehe § 40 - § 43). Sie gewährleisten also insgesamt eine an den Teilhabezielen des Menschen mit Behinderung orientierte umfassende und funktionsbezogene Feststellung des individuellen Teilhabebedarfes.

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

§ 37 Einheitlichkeit, Nachprüfbarkeit und Dokumentation

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

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

§ 38 Arten von Instrumenten zur Bedarfsermittlung

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

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

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

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

(4) Begutachtungen nach § 17 SGB IX stellen eine besondere Art von Instrumenten dar, die Aspekte von Absatz 2 und Absatz 3 kombinieren. Inhaltlich unterliegen sie ebenfalls den hier genannten Grundsätzen, Verfahrensaspekte sind in § 28 geregelt. Es gilt die Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“.

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

§ 39 Inhalte der Bedarfsermittlung

(1) Die Bedarfsermittlung erfolgt zunächst unabhängig von konkreten Leistungen entsprechend der Vorgaben des § 13 Abs. 2 Nr. 1-4 SGB IX, die in den nachfolgenden § 40 - § 43 konkretisiert sind. Die Erhebungen zu Beeinträchtigungen und Auswirkungen auf die Teilhabe unterliegen keiner grundsätzlichen Reihenfolge, vielmehr sind gemäß dem bio-psycho-sozialen Modell zahlreiche Querbezüge und Wechselwirkungen zu beachten. Teilhabeziele können sowohl

Arbeitsentwurf

Ausgangspunkt als auch Ergebnis von Schritten bei der Bedarfsermittlung sein. Die Klärung und Festlegung von Leistungen (§ 43) steht grundsätzlich am Ende der Bedarfsermittlung und basiert auf konkretisierten Informationen zum Rehabilitationsbedarf gemäß § 40 - § 42.

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

§ 40 Vorliegen einer Beeinträchtigung

Instrumente der Bedarfsermittlung erfassen, ob ein Gesundheitsproblem und eine Beeinträchtigung vorliegen oder zu erwarten sind. Mit ihnen kann geklärt werden, ob Menschen körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können. Nach § 2 Abs. 1 SGB IX liegt eine solche Beeinträchtigung vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und den Menschen an seiner Teilhabe mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern kann.

§ 41 Auswirkungen auf die Teilhabe

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

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

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

§ 42 Teilhabeziele

(1) Die Instrumente der Bedarfsermittlung erfassen, welche Ziele mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen. Hierbei sind individuelle Teilhabeziele des Leistungsberechtigten, in Bezugnahme zu den Zielen der Leistungen zur Teilhabe (§ 4 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 SGB IX) sowie den in der ICF genannten Lebensbereichen, maßgeblich.

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

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

§ 43 Klärung erforderlicher Leistungen

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

Arbeitsentwurf

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

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

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

§ 44 Neu- und Weiterentwicklung von Instrumenten

(1) Die Rehabilitationsträger sind für die Entwicklung der Instrumente zur Bedarfsermittlung und für deren Einsatz gemäß den Grundsätzen nach diesem Abschnitt verantwortlich. Die Instrumente werden nach den jeweiligen Leistungsgesetzen verwendet; diese können über diese Regelungen hinausgehende und speziellere Inhalte und Vorgaben beinhalten.

(2) Bestehende Instrumente werden unter Nutzung der Möglichkeiten des bio-psycho-sozialen Modells, das der ICF zu Grunde liegt, sowie gemäß der Grundsätze nach diesem Abschnitt weiterentwickelt. Wo möglich, werden sie trägerübergreifend vereinheitlicht.

(3) Für die Neu- und Weiterentwicklungen vereinbaren die Rehabilitationsträger und Integrationsämter, den erforderlichen verwaltungsinternen und trägerübergreifenden Informationsaustausch und die entsprechende fachliche Diskussion unter Zuhilfenahme wissenschaftlicher Expertise zu organisieren.

(4) Aufbauend auf Forschungsergebnissen zu Instrumenten der Bedarfsermittlung erarbeiten die Rehabilitationsträger und Integrationsämter Übersichten eingesetzter Instrumente, und aktualisieren diese regelmäßig.

§ 45 Beteiligung des Menschen mit Behinderung

(1) Der Mensch mit Behinderung ist über die Erfordernisse, Zielstellungen und Vorgehensweisen im Rahmen der Bedarfsermittlung aufzuklären und sowohl vorab als auch im Verlauf des Prozesses durch die Rehabilitationsträger zu begleiten. Seine Wünsche, Vorstellungen Bedürfnisse und persönlichen Ziele im Zusammenhang mit seiner individuellen Teilhabe sind proaktiv zu erfragen und zu berücksichtigen.

(2) Über das Ergebnis der Bedarfsfeststellung wird der Mensch mit Behinderung durch den danach ergehenden Leistungsbescheid informiert.

§ 46 Zusammenarbeit mit Leistungserbringern

(1) Die Rehabilitationsträger und Integrationsämter können sich bei der Bedarfsermittlung der Expertise Dritter bedienen, z.B. wenn umfangreiche Assessments erforderlich sind. Dabei stellen sie im Rahmen des Auftragsverhältnisses sicher, dass die delegierten Anteile mit den Grundsätzen und Anforderungen nach diesem Abschnitt kompatibel sind.

Arbeitsentwurf

(2) Für eine zielgerichtete Leistungsdurchführung und zur Vermeidung von Doppelerhebungen geben die Rehabilitationsträger und Integrationsämter ihre Ergebnisse der Bedarfsermittlung an den jeweils im Einzelfall beauftragten Leistungserbringer weiter.

(3) Für die individuelle Planung, Fortschreibung und Nachverfolgung der erbrachten Leistungen sowie die ggf. erforderliche weitere Bedarfsermittlung werten die Rehabilitationsträger und Integrationsämter die entsprechenden Informationen aus den Zwischen- und Abschlussberichten der Leistungserbringer (vgl. § 80 - § 83, § 85) aus.

(4) Die in den Absätzen 1-3 beschriebene Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern geschieht unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Regelungen, insbesondere des Einwilligungserfordernisses.

Arbeitsentwurf

Kapitel 4 Teilhabeplanung

Die Teilhabeplanung wird bei Träger- oder Leistungsgruppenmehrheit durchgeführt. Dabei werden die erforderlichen Leistungen und ihr Zusammenwirken geklärt und ein individueller Teilhabeplan erstellt, der insbesondere die Grundlage der Bescheide über die vom Antrag umfassten Leistungen bildet. In bestimmten Fällen beinhaltet die Teilhabeplanung auch eine Teilhabeplankonferenz. Die Teilhabeplanung führt zu einer abgestimmten Durchführung von Leistungen zur Teilhabe und endet regelmäßig nach der letzten im Teilhabeplan vorgesehenen Leistung, über die ein Leistungsbescheid ergangen ist. Insoweit ist die Teilhabeplanung ein Verfahren, das alle in der Gemeinsamen Empfehlung beschriebenen Phasen des Teilhabeprozesses begleitet,

Abschnitt 1 Grundlagen und Ziele

§ 47 Rechtsgrundlagen bei der Teilhabeplanung

Das Teilhabeplanverfahren ist in den §§ 19-23 SGB IX geregelt. Ist ein Träger der Eingliederungshilfe oder der Kinder- und Jugendhilfe für die Durchführung der Teilhabeplanung verantwortlich, gelten die Regelungen des §§ 117ff. SGB IX (Gesamtplan) bzw. des § 36 SGB VIII (Hilfeplan) jeweils ergänzend zu denen des Teilhabeplanverfahrens. Weitere Akteure der Teilhabeplanung sind nach § 22 SGB IX die Pflegekassen, Integrationsämter, Jobcenter oder die jeweils zuständige Betreuungsbehörde, soweit erforderlich.

§ 48 Zielstellung der Teilhabeplanung

(1) Die Teilhabeplanung ist zentral, um das in § 1 Abs. 1 SGB IX vorgegebene Ziel einer vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe des Leistungsberechtigten zu erreichen. Sie dient dazu, Leistungen so aufeinander auszurichten dass das gesamte Verfahren nahtlos, zügig, zielorientiert und wirtschaftlich abläuft.

(2) Die Teilhabeplanung ist insbesondere auf die Erstellung und ggf. die Anpassung (Änderung, Fortschreibung) eines individuellen Teilhabeplans ausgerichtet. Der individuelle Teilhabeplan ist ein wesentliches Mittel zur Erreichung einer einheitlichen Praxis der Feststellung und Durchführung der einzelnen Leistungen zur Teilhabe innerhalb des gegliederten Systems der Rehabilitation und Teilhabe. Er dient bei Träger- und Leistungsgruppenmehrheit der Koordination mehrerer erforderlicher Leistungen zur Teilhabe und zur Kooperation der Rehabilitationsträger. Durch den Teilhabeplan werden eine bessere Verzahnung von Leistungen zur Teilhabe und die Sicherung und Nahtlosigkeit der Leistungserbringung ermöglicht.

(3) Über die Erstellung und ggf. Anpassung eines Teilhabeplans hinaus dient die Teilhabeplanung auch einer kontinuierlichen, einzelne Verwaltungsverfahren übergreifenden Planung, um die in Abs. 1 genannten Ziele bestmöglich zu erreichen.

Arbeitsentwurf

Abschnitt 2 Allgemeine Anforderungen und Voraussetzungen

§ 49 Grundsätze der Teilhabeplanung

(1) Die Teilhabeplanung erfolgt immer in Abstimmung mit dem Leistungsberechtigten. Der Mensch mit (drohender) Behinderung ist unter Berücksichtigung seiner individuellen kommunikativen Erfordernisse bei der Erstellung, Änderung und Fortschreibung des Teilhabeplans nach § 53 - § 57 und § 61 - § 64zu beraten und aktiv mit einzubeziehen.

(2) Das Vorgehen bei der Teilhabeplanung ist transparent, individuell, lebensweltbezogen und zielorientiert auszurichten. Ausgehend vom individuellen Bedarf sind die Leistungen nach Inhalt, Umfang und Dauer abzustimmen. Der Prozess der trägerübergreifenden Teilhabeplanung wird konsensorientiert gestaltet. Den berechtigten Wünschen des Leistungsberechtigten wird bei der Teilhabeplanung entsprochen.

(3) Die Teilhabeplanung erfolgt unverzüglich und im Benehmen der beteiligten Rehabilitationsträger miteinander.

(4) Der Teilhabeplan bildet die Grundlage für Entscheidungen der Rehabilitationsträger über Leistungen zur Teilhabe. Er dient der Steuerung des Rehabilitationsprozesses.

(5) Sofern zur Erreichung oder Unterstützung der individuellen Teilhabeziele weitere Sozialleistungen, die nicht den Leistungen zur Teilhabe zuzuordnen sind, von Relevanz sind, sollen diese in der Teilhabeplanung berücksichtigt werden.

§ 50 Beratung bei der Teilhabeplanung

Auch zu Beginn und im Verlauf der Teilhabeplanung ist der Leistungsberechtigte über

- die Verwaltungsabläufe und weiteren (zeitlichen) Vorgehensweisen,
- Funktion und Einzelheiten des Teilhabeplans,
- die Möglichkeiten einer Teilhabeplankonferenz und deren Ausgestaltung

zu beraten. Insbesondere ist ihm aufzuzeigen, welche Leistungen unter Berücksichtigung seiner individuellen Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe für ihn in Betracht kommen und welcher Rehabilitationsträger bzw. welches Integrationsamt oder Jobcenter hierfür zuständig ist.

§ 51 Anlässe für eine Teilhabeplanung

(1) Eine Teilhabeplanung ist durchzuführen, wenn der leistende Rehabilitationsträger weitere Rehabilitationsträger nach § 15 SGB IX einbezieht. Sie ist im Sinne der §§ 19 - 23ff SGB IX zudem immer dann durchzuführen, wenn im jeweiligen konkreten Einzelfall Anlass zur Annahme besteht, dass mehrere gleichzeitig durchzuführende oder aufeinander folgende Leistungen zur Teilhabe (verschiedener Leistungsgruppen) oder mehrerer Rehabilitationsträger oder des Integrationsamtes zur Erreichung der Teilhabeziele erforderlich werden.

(2) Unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen nach § 5 Nr. 3 SGB IX, wie z.B. Reisekostenerstattung, gelten im Verhältnis zu der Hauptleistung nicht als Leistungen verschiedener Leistungsgruppen im Sinne von Abs. 1.

(3) Eine Teilhabeplanung ist auch durchzuführen, wenn

- der Leistungsberechtigte dies wünscht, obwohl keine Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind.
- aufgrund konkreter Anhaltspunkte während der Zuständigkeitsprüfung oder der Bedarfsermittlung für einen nicht vom Antrag umfassten Rehabilitationsbedarf ein weiterer Antrag gestellt wurde

Arbeitsentwurf

- sie, z.B. von beteiligten Rehabilitationsträgern, Jobcentern vorgeschlagen oder angeregt wurde (vgl. § 60 Abs. 4).

§ 52 Verantwortlichkeit für die Teilhabeplanung

(1) Verantwortlich für die Teilhabeplanung ist grundsätzlich der nach § 14 SGB IX leistende Rehabilitationsträger (vgl. dazu die § 19 - § 25).

(2) Nach Maßgabe der folgenden Absätze kann ein anderer Rehabilitationsträger die Verantwortung für die Teilhabeplanung übernehmen.

Dies sind die Fallkonstellationen, in denen

- nach § 19 Abs. 5 SGB IX oder § 119 Abs. 3 SGB IX er die Teilhabeplanung vom leistenden Rehabilitationsträger übernommen hat (Absatz 3),
- ein Integrationsamt nach § 22 Abs. 3 SGB IX beteiligt wird (Absatz 4),
- ein möglicher Rehabilitationsbedarf nicht vom Antrag umfasst ist (vgl. § 25) und ein weiterer Antrag gestellt wurde (Absatz 5).

Voraussetzung für einen Wechsel der Verantwortlichkeit für die Teilhabeplanung ist immer, dass der Antragsteller bzw. Leistungsberechtigte dem zustimmt. Der Wechsel der Verantwortlichkeit bezieht sich nur auf die Teilhabeplanung und berührt nicht die Leistungsverantwortung des leistenden Rehabilitationsträgers.

(3) Der leistende Rehabilitationsträger kann die Verantwortlichkeit einvernehmlich an einen anderen Träger nach § 19 Abs. 5 SGB IX abgeben. In den Fällen der Beteiligung anderer Rehabilitationsträger nach § 15 SGB IX (vgl. dazu § 29 - § 31), ist gemäß § 19 Abs. 5 SGB IX für den Wechsel der Verantwortlichkeit für die Teilhabeplanung zudem eine auf den jeweiligen Einzelfall bezogene Vereinbarung der Rehabilitationsträger erforderlich. Ist ein Träger der Eingliederungshilfe nach § 15 SGB IX beteiligt worden, soll er dem leistenden Rehabilitationsträger und dem Leistungsberechtigten nach § 119 Abs. 3 SGB IX anbieten, die Verantwortung für die Teilhabeplanung zu übernehmen.

(4) Wenn ein Integrationsamt beteiligt wurde, kann es nach § 22 Abs. 3 SGB IX ebenfalls anstelle des leistenden Rehabilitationsträgers die Verantwortung für die Teilhabeplanung übernehmen.

(5) In den Fällen, in denen ein möglicher Rehabilitationsbedarf nicht vom Antrag umfasst ist und ein weiterer Antrag gestellt wurde, ist grundsätzlich der für den Erstantrag leistende Rehabilitationsträger für die Teilhabeplanung verantwortlich (vgl. § 25 Abs. 2a).

(6) Die Verantwortlichkeit für die Teilhabeplanung umfasst:

- die Durchführung des Verfahrens nach den in § 48 - § 50 genannten Grundsätzen,
- die Erstellung und ggf. Anpassung des Teilhabeplans nach den folgenden Regelungen der § 53 - § 63 und
- die Verfügbarkeit als Ansprechpartner für den Leistungsberechtigten und seine Unterstützung im Bedarfsfall. Dies schließt insbesondere eine Unterstützung bei einer weiteren Antragstellung oder Erkundigungen zum Sachstand in anderen Antragsverfahren mit ein.

Arbeitsentwurf

Abschnitt 3 Erstellung und Inhalte des Teilhabeplans

§ 53 Verfahren bei der Erstellung des Teilhabeplans

(1) Der für die Teilhabeplanung verantwortliche Rehabilitationsträger unterrichtet die nach § 15 SGB IX beteiligten Rehabilitationsträger unverzüglich über die Absicht, einen Teilhabeplan zu erstellen. Er teilt diesen den Anlass und die Ziele der geplanten Leistungen zur Teilhabe mit und macht die für deren Mitwirkung notwendigen Angaben.

(2) Der nach § 15 Abs. 1 SGB IX beteiligte Leistungsträger (Splitting-Adressat) teilt seine Feststellungen über die durchzuführenden Leistungen zur Teilhabe (Inhalt, Umfang, Form, Dauer) und entsprechende Unterlagen dem für die Teilhabeplanung verantwortlichen Rehabilitationsträger unverzüglich, spätestens eine Woche vor Ablauf der 6-Wochenfrist nach § 68 Abs. 4, 5 mit. Für die nach § 15 Abs. 2 SGB IX beteiligten Leistungsträger gilt die dort genannte Frist zur Mitteilung der Bedarfsfeststellung binnen von zwei Wochen nach Aufforderung durch den leistenden Rehabilitationsträger (vgl. § 31). Werden nach § 25 mehrere Verwaltungsverfahren über einen Teilhabeplan verbunden, stellen die für die jeweiligen Verwaltungsverfahren leistenden Rehabilitationsträger sicher, dass der für die Teilhabeplanung verantwortliche Rehabilitationsträger über den aktuellen Stand der Verwaltungsverfahren informiert ist.

(2a) Der für die Teilhabeplanung verantwortliche Rehabilitationsträger berücksichtigt die ihm nach Abs. 2 mitgeteilten Bedarfsfeststellungen und Informationen bei der Erstellung des Teilhabeplans. Er wirkt darauf hin, dass die beteiligten Rehabilitationsträger ihrer Verpflichtung nach Abs. 2 nachkommen.

(3) Der für die Teilhabeplanung verantwortliche Rehabilitationsträger bezieht, soweit für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs erforderlich, weitere Stellen nach § 22 SGB IX unter Berücksichtigung der Anforderungen des Datenschutzes und der Interessen des Antragstellers ein. Für die folgenden Stellen ist in § 22 SGB IX differenzierter geregelt, unter welchen Bedingungen sie in die Teilhabeplanung einzubeziehen sind und unter welchen Voraussetzungen sie sich ggf. zu beteiligen haben. Diese sind:

- Pflegekasse (§ 22 Abs. 2 SGB IX)
- Integrationsamt (§ 22 Abs. 3 SGB IX)
- Jobcenter (§ 22 Abs. 4 SGB IX)
- Betreuungsbehörde (§ 22 Abs. 5 SGB IX)

(4) Auf berechtigten Wunsch des Leistungsberechtigten ist den behandelnden Ärztinnen bzw. Ärzten und ggf. auch weiteren Sachverständigen die Möglichkeit einzuräumen, bei der Erstellung, Fortschreibung und Anpassung des Teilhabeplanes beteiligt zu werden.

(5) Der für die Teilhabeplanung verantwortliche Rehabilitationsträger erstellt den Teilhabeplan nach Maßgabe der nachfolgenden § 54 - § 56 und entsprechend der in § 48 - § 50 geregelten Grundsätze.

(6) Für das Verfahren bei Beteiligung anderer Rehabilitationsträger nach § 15 SGB IX gelten ergänzend die Regelungen der § 29 - § 31. Werden mehrere Verwaltungsverfahren über die Teilhabeplanung verbunden, gelten die Absätze 1 und 3 bis 5 entsprechend.

§ 54 Inhaltliche Grundlagen des Teilhabeplans

(1) Der Teilhabeplan wird erstellt unter Berücksichtigung sämtlicher vorhandener Erkenntnisse zum Bedarf an Leistungen zur Teilhabe. Grundlagen können insbesondere sein: sozialmedizinische Gutachten, Stellungnahmen der Bundesagentur für Arbeit nach § 54 SGB IX, Befundberichte, Gefährdungsbeurteilungen oder Anforderungsprofile des Arbeitsplatzes bzw. der beruflichen Tätigkeit, Verordnungen sowie Erfahrungen des Leistungsberechtigten. Auch vorliegende

Arbeitsentwurf

Ergebnisse ggf. bereits durchgeführter Leistungen zur Teilhabe, wie z.B. Reha- bzw. Krankenhaus-Entlassung-/Abschlussberichte sowie Rückmeldungen und Anregungen des Leistungsberechtigten sind zu berücksichtigen.

(2) Empfehlungen der behandelnden Ärztinnen bzw. Ärzte (z.B. im Befundbericht oder in Unterlagen, die der Leistungsberechtigte selbst beibringt), der Beratungsdienste (z.B. Sozialbericht), der Leistungserbringer sowie von Sachverständigen im Begutachtungsverfahren sollen angemessen berücksichtigt werden.

§ 55 Inhalt und Form des Teilhabeplans

(1) Der Teilhabeplan bedarf einschließlich seiner Anpassung der Schriftform. Er ist in allgemein verständlicher Form unter Benennung der leistungsbezogenen Rechtsnormen abzufassen.

(2) Im Teilhabeplan werden die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen so zusammengefasst, dass sie nahtlos ineinandergreifen. Dies wird insbesondere dadurch erreicht, dass geeignete Leistungen ausgewählt, in eine zeitliche Reihenfolge gebracht und inhaltlich verknüpft werden. Die Leistungen sind so aufeinander auszurichten, dass das gesamte Verfahren bis zur Erreichung der Ziele der Teilhabeplanung nahtlos, zügig, wirksam und wirtschaftlich abläuft.

(3) Der individuell zu erstellende Teilhabeplan enthält unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Aspekte Angaben zu

1. dem Tag des Antragseingangs beim leistenden Rehabilitationsträger und dem Ergebnis der Zuständigkeitsklärung und Beteiligung nach den §§ 14 und 15 SGB IX,
2. den Feststellungen über den individuellen Rehabilitationsbedarf auf Grundlage der Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX,
3. den zur individuellen Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX eingesetzten Instrumenten,
4. der gutachterlichen Stellungnahme der Bundesagentur für Arbeit nach § 54 SGB IX,
5. der Einbeziehung von Diensten und Einrichtungen bei der Leistungserbringung,
6. erreichbaren und überprüfbaren Teilhabezielen und deren Fortschreibung,
7. der Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 8 SGB IX, insbesondere im Hinblick auf die Ausführung von Leistungen durch ein Persönliches Budget,
8. der Dokumentation der einvernehmlichen, umfassenden und trägerübergreifenden Feststellung des Rehabilitationsbedarfs in den Fällen nach § 15 Absatz 3 Satz 1 SGB IX,
9. den Ergebnissen der Teilhabeplankonferenz nach § 20 SGB IX,
10. den Erkenntnissen aus den Mitteilungen der nach § 22 SGB IX einbezogenen anderen öffentlichen Stellen,
11. den besonderen Belangen pflegender Angehöriger bei der Erbringung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation,
12. den Anforderungen aus der beruflichen Tätigkeit,
13. Ziel, Art, Umfang und inhaltliche Ausgestaltung der vorgesehenen Leistungen
14. voraussichtlichem Beginn und Dauer der vorgesehenen Leistungen sowie dem Ort ihrer Durchführung,
15. Sicherstellung der organisatorischen und zeitlichen (Zeitplanung) Abläufe mit Verweis auf Konkretisierung im Leistungsbescheid, insbesondere bei verzahnten und sich überschneidenden Leistungen zur Teilhabe.

Bei der Darstellung der Instrumente nach Nr. 3 geht es insbesondere darum, das Vorgehen bei der Bedarfsermittlung übersichtsmäßig darzustellen, um zu ermöglichen, dass im weiteren Verfahren darauf Bezug genommen werden kann. Wird während einer Bedarfsermittlung ein Bedarf für nicht vom Antrag umfasste Leistungen erkannt und ein weiterer Antrag gestellt (vgl. § 25), wird im Teilhabeplan vermerkt, dass dieser zwei unterschiedliche Verwaltungsverfahren verbindet, für die separate Verfahrensfristen gelten.

Arbeitsentwurf

(4) Sollte es über die Inhalte des Teilhabeplans kein Einvernehmen zwischen Rehabilitationsträgern und Leistungsberechtigten geben, ist dies im Teilhabeplan zu dokumentieren. Dies betrifft insbesondere das Wunsch- und Wahlrecht. Die Dokumentation stellt keinen Verwaltungsakt dar, der Leistungsbescheid ist dessen ungeachtet zu erteilen.

(5) Der Teilhabeplan ist nach trägerübergreifend einheitlichen Vorgaben gemäß den vorangehenden Regelungen zu erstellen. Ggf. sollte für die Erstellung des Teilhabeplans ein Vordruck genutzt werden (vgl. Anlage 6).

§ 56 Besondere Anforderungen an die Inhalte des Teilhabeplans

(1) Der Teilhabeplan ist

a. bei erforderlichen Leistungen zur Eingliederung in Arbeit mit der Eingliederungsvereinbarung nach § 37 SGB III, § 15 SGB II,
b. bei erforderlichen Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach Teil 2 des SGB IX mit dem Gesamtplan nach § 121 SGB IX unter Berücksichtigung der §§ 21 S. 1 und 117-121 SGB IX,
c. bei erforderlicher Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§ 35a SGB VIII) mit dem Hilfeplan nach § 36 SGB VIII unter Berücksichtigung des § 21 S. 2 SGB IX

in Einklang zu bringen. Soweit der Teilhabeplan mit den in Satz 1 genannten Planungs- bzw. Steuerungsinstrumenten abgestimmt wurde, ist dies einschließlich der dafür verantwortlichen Stelle im Teilhabeplan zu dokumentieren.

(2) Die beteiligten Leistungsträger und das beteiligte Integrationsamt, treffen, erforderlichenfalls unter Beteiligung der in § 26 Abs. 6 SGB IX genannten Organisationen, nähere Verfahrensabsprachen zur Abstimmung der verschiedenen Planungsinstrumente mit dem Ziel einer abgestimmten, koordinierten und einheitlichen Planung des Rehabilitationsprozesses im Rahmen des Teilhabeplans.

(3) Sofern Leistungen zur Teilhabe in Form eines Persönlichen Budgets erbracht werden, werden die wesentlichen Inhalte der Zielvereinbarung nach § 29 SGB IX im Teilhabeplan berücksichtigt.

§ 57 Rechtscharakter des Teilhabeplans

Durch die Erstellung des Teilhabeplans wird die Entscheidung über den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe vorbereitet. Er dient als fachliche Grundlage für die Steuerung des Rehabilitationsprozesses. Die Rehabilitationsträger legen den Teilhabeplan ihren Entscheidungen über Anträge auf Leistungen zur Teilhabe zu Grunde. Die Begründung der jeweiligen Entscheidung muss erkennen lassen, dass und wie die im Teilhabeplan enthaltenen Feststellungen berücksichtigt wurden. Der Teilhabeplan selbst ist kein Verwaltungsakt. Eine fehlende Erstellung des Teilhabeplans begründet keine Nichtigkeit eines Verwaltungsaktes.

Arbeitsentwurf

Abschnitt 4 Teilhabeplankonferenz

§ 58 Teilhabeplankonferenz

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

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

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

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

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

(5) Vom Vorschlag für eine Teilhabeplankonferenz nach Abs. 3 Satz 1 kann nur in den gesetzlich in § 20 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 bis 3 SGB IX vorgesehenen Fällen abgewichen werden. Wird vom Vorschlag eines Leistungsberechtigten abgewichen, ist dieser über die maßgeblichen Gründe dafür zu informieren und anzuhören; die Gründe für eine Abweichung sind zu dokumentieren. Die Leistungsberechtigten dürfen bei der Leistungserbringung keine Nachteile erleiden, wenn von der Durchführung einer Teilhabeplankonferenz abgesehen wird. Abweichend von Satz 1 kann vom Vorschlag eines Leistungsberechtigten in den Fällen des § 20 Abs. 2 Satz 2 SGB IX (Leistungen an Mütter und Väter mit Behinderungen bei der Betreuung und Versorgung ihrer Kinder) nicht abgewichen werden. Diese Regelungen gelten nicht für die Anregung nach Abs. 3 Satz 2.

(6) Der Leistungsberechtigte ist vor der Durchführung der Teilhabeplankonferenz auf Angebote der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung nach § 32 SGB IX hinzuweisen.

§ 59 Beteiligte der Teilhabeplankonferenz

(1) An der Teilhabeplankonferenz nehmen der Antragsteller und die beteiligten Rehabilitationsträger sowie die in Abs. 2 und 3 genannten Stellen unter den dort genannten Voraussetzungen teil.

Arbeitsentwurf

(2) Auf Wunsch der Leistungsberechtigten nehmen Bevollmächtigte und Beistände nach §§ 12 u. 13 SGB X an der Teilhabeplankonferenz teil. Auf Wunsch oder mit Zustimmung des Leistungsberechtigten können an der Teilhabeplankonferenz außerdem teilnehmen:

- Jobcenter
- Pflegeversicherung
- Rehabilitationsdienste und -einrichtungen
- Pflegedienste
- sonstige beteiligte Leistungserbringer
- nach § 22 SGB IX einzubeziehenden Stellen

(3) Ein eigenes Vorschlagsrecht zur Teilnahme an einer Teilhabekonferenz haben die Jobcenter. Leistungserbringer können mit Zustimmung des Leistungsberechtigten ihre Teilnahme an einer Teilhabeplankonferenz insbesondere bei folgenden Fallkonstellationen vorschlagen:

- Konstellation 1: Ein Interessent stellt einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und möchte bei einem bestimmten Leistungserbringer seine Rehabilitationsleistung absolvieren.
- Konstellation 2: Aus laufenden Verfahren/Maßnahmen ergibt sich bei einem Leistungserbringer weiterer/neuer Bedarf. (ggf. hat der Leistungserbringer hier Bedarf gesehen)
- Konstellation 3: Die Beauftragung eines bestimmten Leistungserbringers wird schon frühzeitig erwogen.
- Konstellation 4: Die Durchführbarkeit einer bestimmten Planung ist abzuklären

§ 60 Vorbereitung und Durchführung der Teilhabeplankonferenz, Fristen

(1) Die Organisation der Teilhabeplankonferenz übernimmt der für die Teilhabeplanung verantwortliche Rehabilitationsträger. Sobald feststeht, dass eine Teilhabeplankonferenz durchgeführt werden soll, teilt er dies den nach § 15 SGB IX beteiligten Rehabilitationsträgern sowie den sonstigen nach § 53 zu beteiligenden Stellen und dem Leistungsberechtigten unverzüglich mit. Für den Leistungsberechtigten ist das Verfahren der Teilhabeplankonferenz kostenfrei (vgl. §§ 65a SGB I und § 64 SGB X). Dessen notwendige Kosten trägt der für die Teilhabeplanung verantwortliche Rehabilitationsträger.

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

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

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

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

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

Arbeitsentwurf

Abschnitt 5 Umsetzung und Anpassung des Teilhabeplans

§ 61 Umsetzung des Teilhabeplans

(1) Der für die Teilhabeplanung verantwortliche Rehabilitationsträger stellt den Teilhabeplan allen bei der Erstellung des Teilhabeplanes beteiligten Rehabilitationsträgern sowie Jobcentern, Leistungserbringern, dem Leistungsberechtigten sowie ggf. weiteren nach § 22 SGB IX beteiligten Akteuren – unter Beachtung des Datenschutzes (insbesondere des Einwilligungserfordernisses) – zur Verfügung.

(2) Der für die Teilhabeplanung verantwortliche Rehabilitationsträger beobachtet im Rahmen seiner gesetzlichen Pflicht zur Sicherung des Verfahrens insbesondere die Umsetzung der im Teilhabeplan vorgesehenen Leistungen und wirkt darauf hin, dass die Leistungen koordiniert und verzahnt entsprechend den Festlegungen im Teilhabeplan erbracht werden.

(3) Der Teilhabeplan und auf dieser Grundlage die Leistungen werden durch den jeweils verantwortlichen Rehabilitationsträger während und entsprechend dem Verlauf der Leistungen zur Teilhabe sowie veränderten Umständen überprüft.

§ 62 Anpassung des Teilhabeplans

(1) Anpassung ist der Oberbegriff für eine Änderung und Fortschreibung des Teilhabeplans.

(2) Der Teilhabeplan selbst beinhaltet eine Zeitplanung. Der Planungszeitraum eines Teilhabeplans bestimmt sich nach den Umständen des Einzelfalls. Er endet frühestens am letzten Tag der letzten Leistung, die im Teilhabeplan vorgesehen ist und über die ein entsprechender Leistungsbescheid erteilt wurde.

(3) Eine Änderung des Teilhabeplans ist jede Anpassung innerhalb des ursprünglichen Planungszeitraums. Eine Fortschreibung ist jede Anpassung des Teilhabeplans außerhalb des ursprünglichen Planungszeitraums.

§ 63 Anlässe für eine Anpassung

(1) Anlässe für eine Anpassung des Teilhabeplans können sich insbesondere im Zuge der Umsetzung nach § 61 Abs. 3 ergeben. Ein Teilhabeplan ist anzupassen, wenn dies zur Erreichung der Ziele der Teilhabeplanung erforderlich ist, insbesondere in folgenden Fällen:

- Stellung eines Antrags auf im Teilhabeplan noch nicht konkret berücksichtigte Leistungen zur Teilhabe (weiterer Antrag), wenn ein zeitlicher oder inhaltlicher Bezug besteht,
- Eintritt einer bereits ausdrücklich im Teilhabeplan festgelegten Bedingung für eine Anpassung,
- sich im Verlauf der Rehabilitation veränderte bzw. neue Teilhabeziele und andere Leistungsarten und/oder -formen ergeben,
- sich die persönlichen Lebensumstände des Leistungsberechtigten geändert haben,
- neue, für die Rehabilitation und Teilhabe wesentliche, Vorgaben und Entwicklungen eingetreten sind,
- Änderung der Zeitplanung.

§ 64 Verantwortlichkeit und Verfahren bei der Anpassung

(1) Die Anpassung des Teilhabeplans erfolgt in Abstimmung mit dem Leistungsberechtigten und den beteiligten Rehabilitationsträgern sowie unter Beteiligung des Leistungserbringers bzw. der Leistungserbringer (z.B. des Rehabilitationsteams der Einrichtung) durch den für die Teilhabeplanung verantwortlichen Rehabilitationsträger.

(2) Für die Anpassung gelten die § 53 - § 61 sowie die Fristenregelung des § 15 Abs. 4 SGB IX entsprechend.

Arbeitsentwurf

(3) Sind Leistungen zur Teilhabe der Eingliederungshilfe Bestandteil der Teilhabeplanung kann der Gesamtplan insoweit nur mit Zustimmung des für die Teilhabeplanung verantwortlichen Rehabilitationsträgers geändert werden. Sofern sich bei den weiteren in § 56 Abs. 1 genannten Planungsinstrumenten nach Erstellung bzw. Anpassung eines Teilhabeplans Änderungen ergeben, sind die jeweiligen Träger verpflichtet, relevante Änderungen dem für die Teilhabeplanung verantwortlichen Träger mitzuteilen.

Arbeitsentwurf

Abschnitt 6 Ende der Teilhabeplanung, Datenschutz

§ 65 Ende der Teilhabeplanung

Die Teilhabeplanung endet insbesondere

- wenn die Ziele nach § 48 erreicht sind und damit eine möglichst vollständige und dauerhafte, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe des Leistungsberechtigten erreicht wurde oder
- spätestens nach Durchführung der in Kapitel 7 beschriebenen Aktivitäten zum bzw. nach Ende der letzten Leistung, die im Teilhabeplan vorgesehen ist, sofern sich aus diesen Aktivitäten nicht ergibt, dass weitere Leistungen zur Teilhabe zur Sicherung der Teilhabeziele des Leistungsberechtigten erforderlich sind.

§ 66 Datenschutz

(1) Verantwortliche Stelle i.S.d. §§ 67 SGB X und 35 SGB I ist der nach § 52 für die Durchführung der Teilhabeplanung bzw. für die Anpassung des Teilhabeplans verantwortliche Träger. Im Rahmen der Teilhabeplankonferenz ist zudem § 23 Abs. 2 SGB IX zu beachten. Danach hat der für die Teilhabeplanung verantwortliche Rehabilitationsträger vor Durchführung einer Teilhabeplankonferenz eine Einwilligung des Leistungsberechtigten nach § 67b Abs. 2 SGB X einzuholen.

Die informierte Einwilligung in die Durchführung der Teilhabeplankonferenz soll den Leistungsberechtigten dabei helfen, die Gesprächssituation und die an ihr Beteiligen Akteure im Vorfeld einschätzen zu können. Aufgrund der Besonderheit einer offenen Gesprächssituation über die Lebenssituation des betroffenen Menschen, die der Betrachtung der gesamten personenbezogenen Faktoren und der Umweltfaktoren dient, werden in einem erweiterten Teilnehmerkreis auch Informationen über die jeweilige Lebenslage, den Gesundheitszustand und die Wünsche des einzelnen Menschen erörtert, die über die Zuständigkeit einzelner Rehabilitationsträger hinausgehen.

(2) Bevor der Leistungsberechtigte eine Einwilligungserklärung abgibt, werden ihm die Gründe für die Einholung der Erklärung erläutert. Der Leistungsberechtigte muss in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Sozialdaten einwilligen, wenn der verantwortliche Rehabilitationsträger die explizite Verwendung der Daten nicht abschließend bewerten kann. Auch nach der Teilhabeplankonferenz dürfen nur dann Sozialdaten erhoben werden, wenn diese für die Erstellung des Teilhabeplans erforderlich sind.

Arbeitsentwurf

Kapitel 5 Leistungsentscheidung

Abschnitt 1 Entscheidung, Fristen

§ 67 Entscheidung über die vom Antrag umfassten Leistungen

(1) Die Entscheidung über die vom Antrag umfassten Leistungen (Leistungsentscheidung) trifft nach den §§ 14f. SGB IX der leistende Rehabilitationsträger, wenn er für die Leistungen insgesamt zuständig ist. Die Entscheidung wird auf Grundlage des nach den § 26 - § 31 ermittelten und festgestellten Rehabilitationsbedarfs getroffen, und ist entsprechend vor dem Hintergrund des § 13 SGB IX nachvollziehbar zu begründen.

(2) In den Fällen des Antragsplittings § 29 bzw. § 15 Abs. 1 SGB IX) entscheidet der Splitting-Adressat über den gesplitteten Antragsteil.

(3) Bezieht der leistende Rehabilitationsträger andere Rehabilitationsträger nach § 31 (bzw. § 15 Abs. 2 SGB IX) ein, entscheiden diese unter den Voraussetzungen des § 15 Abs. 3 SGB IX über die jeweiligen Leistungen im eigenen Namen nach den für sie jeweils geltenden Leistungsgesetzen.

(4) Liegen in den Fällen des Abs. 3 die Voraussetzungen des § 15 Abs. 3 SGB IX nicht vor, entscheidet der leistende Rehabilitationsträger auf Grundlage des festgestellten Bedarfs im eigenen Namen.

Ob er dabei an Bedarfsfeststellungen der beteiligten Rehabilitationsträger gebunden ist, bestimmt sich nach den Vorschriften des § 15 Abs. 2 S. 2 SGB IX. Danach binden die Feststellungen den leistenden Rehabilitationsträger, 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.

§ 68 Leistungsentscheidung bei Teilhabeplanung

(1) Liegt ein Teilhabeplan vor, muss die Begründung einer Leistungsentscheidung erkennen lassen, wie die im Teilhabeplan dokumentierten Feststellungen bei der Entscheidung berücksichtigt wurden.

(2) Werden nach § 25 über die Teilhabeplanung verschiedene Verwaltungsverfahren verbunden, entscheiden die für die Leistungsentscheidung jeweils verantwortlichen Rehabilitationsträger (vgl. § 67) über die Leistungen auf Basis des bis zum Ablauf der jeweiligen Entscheidungsfristen (vgl. § 69) festgestellten Rehabilitationsbedarfs.

§ 69 Fristen zur Entscheidung über den Antrag

(1) Gemäß § 14 Abs. 2 SGB IX ist über den Antrag binnen drei Wochen nach Antragseingang beim leistenden Rehabilitationsträger zu entscheiden. Ist zur Bedarfsfeststellung ein Gutachten erforderlich, ist binnen zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens zu entscheiden.

(2) Im Rahmen der „Turboklärung“ nach § 24 entscheidet der Rehabilitationsträger, an den der Antrag erneut weitergeleitet wurde, innerhalb der bereits ab Antragseingang beim zweitangegangenen Träger laufenden Fristen.

(3) Beim „Antragsplitting“ nach § 29 und § 30 entscheiden sowohl der leistende Rehabilitationsträger als auch der Rehabilitationsträger, an den der Antrag teilweise weitergeleitet wurde, binnen 6 Wochen nach Antragseingang beim leistenden Rehabilitationsträger.

(4) Bei der Beteiligung anderer Rehabilitationsträger nach § 31 (§ 15 Abs. 2 SGB IX) entscheiden die nach § 15 Abs. 3 SGB IX für die Entscheidung über den Antrag verantwortlichen Rehabilitationsträger binnen 6 Wochen nach Antragseingang beim leistenden Rehabilitationsträger.

Arbeitsentwurf

(5) Soweit eine Teilhabeplankonferenz Teil eines eigenen durch einen Antrag ausgelösten Verwaltungsverfahrens ist, beträgt die Entscheidungsfrist für alle für die Entscheidung über den Antrag verantwortlichen Rehabilitationsträger einheitlich 2 Monate nach Antragseingang beim leistenden Rehabilitationsträger.

(6) Werden verschiedene Verwaltungsverfahren über eine Teilhabeplanung verbunden, gelten die in den Abs. 1 bis 5 genannten Fristen abhängig vom Antragseingang für die jeweiligen Verwaltungsverfahren gesondert.

§ 70 Verantwortlichkeiten nach Entscheidung über den Antrag

Auch nachdem über die vom Antrag umfassten Leistungen entschieden und das Verwaltungsverfahren damit beendet wurde, gelten für den leistenden Rehabilitationsträger und die nach § 15 SGB IX beteiligten Träger Verfahrenspflichten. Diese ergeben sich insbesondere aus den Kapiteln 2 bis 4 Teil 1 SGB IX und den entsprechenden Regelungen dieser Gemeinsamen Empfehlungen in Kapitel 1 (Bedarfserkennung), 4 (Teilhabeplanung), 6 (Durchführung von Leistungen zur Teilhabe) und 7 (Aktivitäten zum und nach Ende von Leistungen zur Teilhabe).

Abschnitt 2 Selbstbeschaffte Leistungen

§ 71 Selbstbeschaffte Leistungen

Die Träger treffen geeignete Maßnahmen, damit Überschreitungen der Frist nach § 18 SGB IX möglichst vermieden werden. Insbesondere wechselseitige Information, bei Bedarf aktives Nachfragen sowie eine insgesamt optimierte Zusammenarbeit leistet einen Beitrag zur bedarfs- und fristgerechten Bewilligung von Leistungen zur Teilhabe.

Im Falle des Splittings ist der leistende Träger nach § 18 SGB IX auch für die gesplitteten Antragsteile verantwortlich (begründete Mitteilung, Kostenerstattung).

Arbeitsentwurf

Abschnitt 3 Kostenerstattung

§ 72 Erstattungsansprüche des erstangegangenen Trägers

(1) Hat der erstangegangene Träger den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe nicht innerhalb von zwei Wochen nach Eingang weitergeleitet, weil er nach vorangegangener Prüfung seine Zuständigkeit irrtümlich angenommen hat, und stellt sich im Nachhinein seine Unzuständigkeit heraus, hat er einen Erstattungsanspruch nach § 104 SGB X gegen den eigentlich zuständigen Träger. Der Umfang des Erstattungsanspruchs nach Satz 1 richtet sich nach den für den zuständigen Träger geltenden Rechtsvorschriften.

(2) Außerdem kann der erstangegangene Träger, wenn der Anspruch auf Rehabilitation durch Eintritt eines gesetzlichen Ausschlussgrundes nachträglich entfallen ist, einen Erstattungsanspruch nach § 103 SGB X gegen den zuständigen Träger geltend machen. Der Umfang des Erstattungsanspruchs nach Satz 1 richtet sich nach den für den zuständigen Träger geltenden Rechtsvorschriften.

(3) Die Erstattungsansprüche nach Absatz 1 und 2 bestehen unabhängig davon, ob sich die Nichtzuständigkeit des leistenden Rehabilitationsträgers oder der Ausschlussgrund vor oder nach Bewilligung der Leistung herausstellt. Ein Erstattungsanspruch begründet sich nicht dadurch, dass sich eine ursprünglich durch den Rentenversicherungsträger festgestellte positive Rehabilitationsprognose während oder nach der Rehabilitation nicht bestätigt.

(4) Hat der erstangegangene Träger von der Weiterleitung eines Antrags abgesehen, weil zum Zeitpunkt der Prüfung nach § 14 Abs. 1 Satz 3 SGB IX Anhaltspunkte für die eigene Zuständigkeit aufgrund der Ursache der Behinderung bestanden haben und stellt sich nachher die eigene Unzuständigkeit heraus, hat er einen Erstattungsanspruch gegen den eigentlich zuständigen Träger nach § 16 Abs. 4 Satz 2 SGB IX i.V.m. § 105 SGB X. Der Umfang des Erstattungsanspruchs nach Satz 1 richtet sich nach den für den zuständigen Rehabilitationsträger geltenden Rechtsvorschriften.

(5)[29] Hat der erstangegangene Träger von der Weiterleitung trotz im Zeitpunkt der Prüfung bestehender Anhaltspunkte für eine Zuständigkeit eines anderen Trägers aufgrund der Ursache der Behinderung von der Weiterleitung abgesehen, und stellt sich nachher seine Unzuständigkeit heraus, hat er einen Erstattungsanspruch [*nach § 104 SGB X*] gegen den eigentlich zuständigen Träger. Der Umfang des Erstattungsanspruchs nach Satz 1 richtet sich nach den [*für den zuständigen*, alternativ: *für den erstattungsberechtigten*] Träger geltenden Rechtsvorschriften [*, begrenzt auf die tatsächlich angefallenen Kosten*].

(6) Hat der erstangegangene Rehabilitationsträger in Kenntnis seiner Unzuständigkeit den Antrag innerhalb von zwei Wochen nicht weitergeleitet und geleistet, hat er nach § 16 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 keinen Erstattungsanspruch.

§ 73 Erstattungsanspruch des zweitangegangenen Trägers

(1) Hat ein zweitangegangener leistender Träger Leistungen erbracht, für die ein anderer Träger insgesamt zuständig ist, hat er einen Erstattungsanspruch gegen den eigentlich zuständigen Träger nach § 16 Abs. 1 Satz 1 SGB IX. Der Umfang des Erstattungsanspruchs nach Satz 1 richtet sich nach den für den leistenden Rehabilitationsträger geltenden Rechtsvorschriften.

(2) Gleiches gilt, wenn ein im Wege der „Turboklärung“ nach § 14 Abs. 3 SGB IX zum leistenden Rehabilitationsträger gewordener Träger Leistungen zur Teilhabe erbracht hat und sich herausstellt, dass ein anderer Rehabilitationsträger für die Leistung insgesamt zuständig gewe-

[29] Wortlaut von Satz 1 am Ende und Satz 2 noch nicht abschließend beraten, vgl. Einklammerungen.

Arbeitsentwurf

sen wäre. Der infolge der „Turboklärung“ leistende Rehabilitationsträger nach § 14 Abs. 3 SGB IX gilt dann bei der Kostenerstattung als zweitangegangener Träger.

(3) Die Erstattungsansprüche nach Absatz 1 und 2 bestehen unabhängig davon, ob sich die Nichtzuständigkeit des leistenden Rehabilitationsträgers vor oder nach Bewilligung der Leistung herausstellt.

§ 74 Erstattungsansprüche des nach § 14 SGB IX leistenden Trägers bei Beteiligung anderer Rehabilitationsträger nach § 15 SGB IX

(1) Hat der nach § 14 Leistende Träger nach § 15 Abs. 3 SGB IX im eigenen Namen Leistungen eines anderen Trägers erbracht, weil die Voraussetzungen für getrennte Leistungsentscheidungen nicht vorlagen, hat er einen Erstattungsanspruch nach § 16 Abs. 2 Satz 1 SGB IX. Der Umfang des Erstattungsanspruchs nach Satz 1 richtet sich nach den Rechtsvorschriften, die den nach § 15 Abs. 2 vom leistenden Träger eingeholten Feststellungen zu Grunde lagen.

(2) Hat ein beteiligter Träger die nach § 15 Abs. 2 SGB IX vom leistenden Träger angeforderten Feststellungen nicht oder nicht rechtzeitig beigebracht, erstattet der beteiligte Träger dem leistenden Träger dessen Aufwendungen nach § 16 Abs. 2 Satz 2. Der Umfang des Erstattungsanspruchs nach Satz 1 richtet sich nach den Rechtsvorschriften, die der Bewilligung zu Grunde lagen.

(3) Hat der leistende Rehabilitationsträger eine Leistung erbracht, ohne den zuständigen Träger nach § 15 zu beteiligen, hat er nach § 16 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB IX keinen Erstattungsanspruch, es sei denn, die Beteiligung ist irrtümlich nicht erfolgt.

§ 75 Erstattungsanspruch des nach § 14 SGB IX leistenden Trägers in Fällen selbst beschaffter Leistungen

(1) Hat der leistende Rehabilitationsträger in den Fällen des § 18 SGB IX Aufwendungen für selbstbeschaffte Leistungen nach dem Leistungsgesetz eines nach § 15 SGB IX beteiligten Rehabilitationsträgers zu erstatten, kann er von dem beteiligten Rehabilitationsträger einen Ausgleich verlangen, soweit dieser durch die Erstattung nach § 18 Absatz 4 Satz 2 SGB IX von seiner Leistungspflicht befreit wurde. Der Erstattungsanspruch besteht auch in den Fällen, in denen ein Splitting nicht unverzüglich iSd § 30 Abs. 2 erfolgt ist.

(2) 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 Leistungsbefreiung ergibt.

§ 76 Anwendung der §§ 108 ff. SGB X

Die Regelungen der §§ 108ff. SGB X finden bzgl. der Geltendmachung von Erstattungsansprüchen Anwendung. Abweichend von § 109 SGB X sind nach § 16 Abs. 3 SGB IX Verwaltungskosten pauschal in Höhe von 5 Prozent der Leistungsaufwendungen zu erstatten.

§ 77 Ausschluss des Erstattungsanspruchs

Ein Erstattungsanspruch nach § 73 Abs. 1 und 2 sowie § 74 Abs. 1 und 2 dieser GE besteht nicht, wenn der unzuständige Rehabilitationsträger eine Leistung zu Unrecht erbracht und dabei vorsätzlich oder grob fahrlässig gehandelt hat.

§ 78 Verfahrensabsprachen

(1) Verfahrensabsprachen zur Erstattung zwischen gesetzlichen Leistungsträgern bleiben von der Gemeinsamen Empfehlung unberührt. Die daran Beteiligten machen diese Verfahrensabsprachen den übrigen Vereinbarungspartnern dieser Gemeinsamen Empfehlung zugänglich, soweit sie für andere Vereinbarungspartner von Bedeutung sind.

Arbeitsentwurf

Kapitel 6 Durchführung von Leistungen zur Teilhabe

Ist der Teilhabebedarf festgestellt (Kapitel 3: Bedarfsermittlung und -feststellung) und gegebenenfalls ein Teilhabeplan erstellt (Kapitel 4) sowie ein Leistungsentscheid getroffen (Kapitel 5), erfolgt anschließend die Durchführung der erforderlichen Leistungen zur Teilhabe.

§ 79 Grundsätzliche Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe

(1) Die Menschen mit Behinderung werden in die Durchführung der Leistungen zur Teilhabe aktiv einbezogen. Die Rehabilitationsträger und Integrationsämter stellen sicher, dass die erforderlichen Leistungen zur Teilhabe zugeschnitten auf die individuelle Lebenssituation des Menschen mit Behinderung erbracht werden. Dies erfolgt unter Berücksichtigung dessen berechtigter Wünsche (insbesondere § 8 SGB IX) im Austausch mit diesen bzw. mit dessen Angehörigen bzw. gesetzlichen Vertreterinnen bzw. Vertretern zum frühestmöglichen Zeitpunkt.

(2) Mit dem Ziel der Nahtlosigkeit werden die im Einzelfall erforderlichen Leistungen durch den oder die Rehabilitationsträger bzw. die Integrationsämter unverzüglich „wie aus einer Hand“ erbracht, d. h. ohne schuldhaftes Zögern und unmittelbar aneinander anschließend. Organisatorische und verfahrensmäßige Prozesse werden durch die Rehabilitationsträger bzw. Integrationsämter daran ausgerichtet.

(3) Die Rehabilitationsträger und Integrationsämter erbringen ihre Leistungen so, dass die Menschen mit Behinderung die ihnen zustehenden Leistungen umfassend und zügig erhalten (§ 17 SGB I) und entsprechend der Zielsetzung des § 4 Abs. 2 Satz 2 SGB IX Leistungen anderer Sozialleistungsträger möglichst nicht erforderlich werden.

(4) Die Rehabilitationsträger und Integrationsämter erbringen die Leistungen nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich, soweit sich aus den für den jeweiligen Rehabilitationsträger/das Integrationsamt geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt (§ 7 SGB IX). Grundlage für eine einheitliche, qualitätsgesicherte Leistungserbringung nach einheitlichen Grundsätzen bildet die Gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung“ nach § 37 Abs. 1 SGB IX.

Darüber hinaus haben sich die Rehabilitationsträger und Integrationsämter zur Sicherung einer einheitlichen Leistungserbringung auf gemeinsame trägerübergreifende Rehabilitationskonzepte, Rahmenvereinbarungen/-empfehlungen (z.B. für die ambulante medizinische Rehabilitation bei bestimmten Indikationen) oder vergleichbare Regelungen verständigt. Die Rehabilitationsträger und Integrationsämter entwickeln diese regelmäßig weiter und verständigen sich soweit möglich auf weitere Regelungen. Soweit zur zügigen, nahtlosen und einheitlichen Leistungseinleitung und -erbringung erforderlich, streben die Rehabilitationsträger und Integrationsämter eine Vereinheitlichung der Formulare an.

(5) In den Fällen, in denen ein Teilhabeplan erstellt wurde, werden die Leistungen zur Teilhabe auf dieser Grundlage erbracht.

§ 80 Erkennung von weiterem Rehabilitationsbedarf

Wird während der Durchführung einer Leistung zur Teilhabe Rehabilitationsbedarf erkannt, der nicht vom Antrag umfasst ist, wirkt der leistende Rehabilitationsträger auf eine weitere Antragstellung hin. Im Weiteren gelten die Regelungen des § 25. Dies gilt insbesondere für die Frage der Erstellung eines Teilhabeplans oder der Anpassung (Fortschreibung oder Änderung) eines bereits durch den leistenden Rehabilitationsträger erstellten Teilhabeplans. Dabei gilt § 12 Abs. 7 entsprechend.

Arbeitsentwurf

§ 81 Verzahnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

(1) Durch die frühzeitige Berücksichtigung der konkreten beruflichen Situation der Menschen mit Behinderung bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation kann eine bedarfsorientierte Empfehlung für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aus der medizinischen Rehabilitationseinrichtung heraus erreicht werden. In diesem Verzahnungsbereich von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben kommt den Rehabilitationsberatungsdiensten der Rehabilitationsträger eine wichtige Rolle zu.

(2) Erkennt der Rehabilitationsträger oder das zuständige Jobcenter während der Durchführung einer Teilhabeleistung, dass für eine erfolgreiche Wiedereingliederung in das Erwerbsleben voraussichtlich Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind, hat er den Menschen mit Behinderung im Rahmen seiner Verpflichtung zur umfassenden Auskunft und Beratung hierüber zu unterrichten. Er wirkt unter Beachtung eines ggf. vorhandenen Teilhabeplans auf eine entsprechende Antragstellung bei dem seiner Auffassung nach zuständigen Rehabilitationsträger bzw. zuständigen Integrationsamt hin.
Die Träger von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation stellen sicher, dass arbeits- und berufsbezogene Fragestellungen bereits während der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation berücksichtigt werden. Dies hat mit dem Ziel zu erfolgen, dass die für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständigen Rehabilitationsträger bzw. Integrationsämter Informationen bezüglich des Erfordernisses der Einleitung entsprechender Maßnahmen erhalten.

(3) Zu den frühestmöglich einzuleitenden arbeits- und berufsbezogenen Elementen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation zählen insbesondere

- Beratung hinsichtlich beruflicher Fragestellungen,
- arbeitsbezogene Leistungsdiagnostik,
- Arbeitsplatzanalyse und -beratung,
- berufsspezifische Belastungserprobung und ggf. Arbeitstherapie,
- arbeits- bzw. arbeitsplatzbezogene Trainingstherapie,
- Kontaktaufnahme[30] mit dem beruflichen Umfeld (Arbeitgeberinnen und -geber, Betriebsärztinnen und -ärzte, Integrationsfachdienst etc.), z.B. zur Vorbereitung der Einleitung und Unterstützung einer Arbeitsplatzanpassung oder betrieblichen Umsetzung.

(4) Auf Basis der gewonnenen Informationen beginnt unter Einbindung des Menschen mit Behinderung unverzüglich die Prüfung der Erforderlichkeit von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, ggf. wird ein Teilhabeplan erstellt bzw. angepasst und bei Bedarf eine Teilhabeplankonferenz durchgeführt. Der Träger der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben leitet – soweit erforderlich – während der Leistung zur medizinischen Rehabilitation (§ 10 Abs. 2 SGB IX) unter Einbindung des Menschen mit Behinderung unverzüglich eine Abklärung durch den jeweiligen (Reha-)Beratungsdienst ein. Unterbrechungen im Rehabilitationsprozess sind zu vermeiden. Deshalb sollte bei Bedarf durch den verantwortlichen Rehabilitationsträger bereits während der medizinischen Rehabilitation eine Kontaktaufnahme zu einem Leistungserbringer einer nachfolgenden Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben erfolgen.

(5) Ist eine berufliche Umorientierung erforderlich, hat der für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständige Rehabilitationsträger unverzüglich eine geeignete Leistung anzubieten bzw. zu ermöglichen sowie auf einen kurzfristigen Beginn der Leistung hinzuwirken.

[30] Die Kontaktaufnahme hat unter Berücksichtigung der diesbezüglichen Belange des Datenschutzes (z.B. Einwilligung des Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung) zu erfolgen.

Arbeitsentwurf

§ 82 Information und Kooperation der Rehabilitationsträger mit weiteren Akteuren

(1) Eine zielgerichtete gegenseitige Information und Kooperation der relevanten Akteure während der Durchführung von Leistungen zur Teilhabe bilden einen wichtigen Grundbaustein für eine gelingende Leistung zur Teilhabe. Daher binden die Rehabilitationsträger und im Bedarfsfall die Integrationsämter mit Einverständnis des Menschen mit Behinderung entsprechend § 26 Abs. 2 Nr. 8 SGB IX die Haus-, Fach-, Betriebsärztinnen und -ärzte bei der Durchführung von Leistungen zur Teilhabe ein.

Ist die gesetzliche Rentenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung oder die Bundesagentur für Arbeit Rehabilitationsträger, erfolgt diese Einbindung, wenn sich die Notwendigkeit der Einholung weiterer Informationen über konkrete Anforderungen des Arbeitsplatzes des Menschen mit Behinderung ergibt, oder bei Arbeitsbelastungen, die die Erwerbsfähigkeit gefährden.

(2) Durch geeignete Verfahren bzw. Vereinbarungen gewährleisten die Rehabilitationsträger, dass die Rehabilitationseinrichtungen im Bedarfsfall während der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Kontakt zur behandelnden Ärztin bzw. zum behandelnden Arzt und zu der zuständigen Betriebsärztin bzw. dem -arzt sowie ggf. anderen Beteiligten aufnehmen, um die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu sichern und zu fördern.

(3) Wenn Hinweise auf die Notwendigkeit eines betrieblichen Teilhabemanagements (z.B. Betriebliches Eingliederungsmanagement, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Stufenweise Wiedereingliederung) bestehen, stellen die Rehabilitationsträger und Integrationsämter mit Einverständnis des Menschen mit Behinderung sicher, dass Betriebsärztinnen und -ärzte sowie die einzubeziehenden betriebliche Akteure frühzeitig über alle Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben sowohl im Planungsstadium als auch in der Umsetzungsphase informiert und einbezogen werden, um entsprechende Aktivitäten zu ermöglichen.

§ 83 Verknüpfung mit anschließenden Leistungen

Soweit eine anschließende Leistung erforderlich ist, sichert der leistende Rehabilitationsträger in Abstimmung mit dem Leistungsberechtigten im Rahmen seiner Koordinierungsverantwortung den nahtlosen Übergang zwischen den Leistungen. Ist für die anschließende Leistung ein anderer Rehabilitationsträger zuständig, sichert der leistende Rehabilitationsträger mit Zustimmung des Leistungsberechtigten insbesondere frühzeitig die Kontaktaufnahme mit dem für die nachfolgende Leistung zuständigen Rehabilitationsträger und übermittelt ihm die relevanten Unterlagen und Informationen.

Arbeitsentwurf

Kapitel 7 Aktivitäten zum bzw. nach Ende einer Leistung zur Teilhabe

In der letzten Phase des Rehabilitationsprozesses prüfen die Rehabilitationsträger zum bzw. nach Ende einer Leistung zur Teilhabe weitere nachgehende Leistungen.

§ 84 Allgemeine Anforderungen

Die Rehabilitationsträger prüfen zum oder nach Ende einer Teilhabeleistung die Erreichung der Teilhabeziele und inwieweit weitere Leistungen, insbesondere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, notwendig sind, um das Teilhabeziel zu erreichen oder zu sichern. Die Bestimmungen des § 81 Abs. 2 Satz 1 und des § 12 Abs. 7 gelten hier entsprechend.

§ 85 Zusammenarbeit mit Leistungserbringern

(1) Die Rehabilitationsträger wirken ferner darauf hin, dass die Entlassungsberichte sachgerechte Hinweise auf ggf. notwendige weitere Leistungen enthalten. Durch Auswertung der Entlassungsberichte (soweit diese den Rehabilitationsträgern unter Berücksichtigung des Datenschutzes übermittelt werden) prüfen die Rehabilitationsträger empfohlene Leistungen und leiten ggf. deren Umsetzung ein bzw. wirken auf deren Umsetzung hin.

(2) Die Rehabilitationsträger wirken insbesondere durch geeignete Mittel darauf hin, dass zum Ende einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation die zur Unterstützung der Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges erforderlichen nachgehenden Leistungen von der behandelnden Ärztin bzw. vom behandelnden Arzt bzw. der Ärztin oder des Arztes der Rehabilitationseinrichtung empfohlen bzw. eingeleitet werden. Hierzu zählt auch die Förderung der Motivation der Inanspruchnahme durch den Menschen mit Behinderung.

(3) Nach Beendigung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation wird die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt und die Betriebsärztin bzw. der -arzt sowie beteiligte Rehabilitationsträger mit Einverständnis des Menschen mit Behinderung über die Empfehlung oder bereits eingeleitete nachgehende Leistungen zur Unterstützung der Nachhaltigkeit der Rehabilitationsleistung durch den Leistungserbringer informiert.

(4) Nach Beendigung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben prüft der Rehabilitationsträger, inwieweit weitergehende Maßnahmen zur Unterstützung der Nachhaltigkeit, insbesondere zur Erlangung bzw. Sicherung eines Arbeits- oder Ausbildungsverhältnisses erforderlich sind, und bezieht hierbei Empfehlungen des Leistungserbringers sowie die Wünsche und die Lebenslagen des Menschen mit Behinderung ein.

§ 86 Zusammenwirken der Rehabilitationsträger

(1) In den Fällen, in denen ein Teilhabeplan erstellt wurde, unterrichtet der für die Teilhabeplanung nach § 52 verantwortliche Rehabilitationsträger den nachfolgend zuständigen Rehabilitationsträger so rechtzeitig vor Beendigung seiner Leistungen zur Teilhabe über den bevorstehenden Wechsel der Leistungszuständigkeit, dass der nahtlose Übergang zu den weiteren erforderlichen Leistungen sichergestellt ist. Hierzu übersendet dieser ihm mit Zustimmung des Menschen mit Behinderung die zur Fortführung des Teilhabeplanes maßgeblichen Unterlagen.

Ferner unterrichtet er die anderen beteiligten Rehabilitationsträger über den Fortgang des Verfahrens. Der für die nachfolgende Leistung zuständige Rehabilitationsträger soll dem für die Teilhabeplanung verantwortlichen Rehabilitationsträger anbieten, die Verantwortung für die Teilhabeplanung entsprechend § 52 zu übernehmen.

(2) Wird zum bzw. nach Ende einer Leistung zur Teilhabe weiterer, d.h. nicht vom Antrag umfasster Rehabilitationsbedarf erkannt und ein weiterer Antrag gestellt, fügt der leistende Rehabilitationsträger diesem weiteren Antrag mit Zustimmung des Leistungsberechtigten relevante

Arbeitsentwurf

Informationen und Unterlagen aus dem bisherigen Verfahren (z.B. einen ggf. vorhandenen Teilhabeplan) bei.

Der für den weiteren Antrag leistende Rehabilitationsträger führt unter den Voraussetzungen des § 51 eine Teilhabeplanung nach Maßgabe des Kapitels 4 durch. Die Regelung des § 25 gilt nicht zum bzw. nach Ende einer Rehabilitationsleistung.

Liegt ein Teilhabeplan vor, ist dieser anzupassen und die Verantwortung für die Teilhabeplanung im Sinne von § 52 geht auf den für den weiteren Antrag leistenden Rehabilitationsträger über.

§ 87 Ergänzende trägerspezifische Besonderheiten

(1) Ist für die gesetzliche Krankenkasse nach Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation erkennbar, dass weitere Leistungen zur Sicherung des Arbeitsplatzes erforderlich werden, ohne dass es sich dabei um Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben handelt, informiert die Krankenkasse hierüber die Betriebsärztin bzw. den -arzt, wenn der Versicherte zugestimmt hat und wenn dieses nicht bereits durch einen anderen Akteur erfolgt ist. Die Betriebsärztin bzw. der -arzt bereitet unter Beteiligung der behandelnden Ärztin bzw. des Arztes und der zuständigen Krankenkasse / Rehabilitationsträger das betriebliche Teilhabemanagement unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Menschen mit Behinderung vor.

(2) Die Unfallversicherungsträger legen besonderen Wert darauf, mit Einverständnis des Menschen mit Behinderung oder dessen gesetzlichen Vertreters, Schulen und Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie Betriebsärztinnen bzw. -ärzte über das Leistungsvermögen des Menschen mit Behinderung zu informieren, um eine dauerhafte Eingliederung in den Bildungs- und Arbeitsprozess zu erreichen und später auftretende Sekundärfolgen zu vermeiden.

Arbeitsentwurf

Teil 3: Schlussvorschriften

§ 88 Berichterstattung

Die Rehabilitationsträger berichten im Rahmen des 2-Jahresberichts entsprechend § 26 Abs. 8 SGB IX und unter Berücksichtigung der Festlegungen im Ausschuss Gemeinsame Empfehlungen zu ihren Erfahrungen mit dieser Gemeinsamen Empfehlung; jedoch frühestens 6 Monate nach deren Inkrafttreten.

§ 89 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) Diese Gemeinsame Empfehlung tritt am ##.##.#### in Kraft. Sie ersetzt die

- Gemeinsame Empfehlung zur Erkennung und Feststellung des Teilhabebedarfs, zur Teilhabeplanung und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe („Reha-Prozess“) gemäß §§ 12 Abs. 1 Nr. 1 bis 3, 13 Abs. 2 Nr. 2, 3, 5, 8 und 9 SGB IX vom 1. August 2014 sowie
- Gemeinsame Empfehlung über die Ausgestaltung des in § 14 SGB IX bestimmten Verfahrens („Zuständigkeitsklärung“) vom 28. September 2010).

(2) Die Vereinbarungspartner und die anderen Rehabilitationsträger werden auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in angemessenen Zeitabständen unter Einbeziehung der Verbände behinderter Menschen einschließlich 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 prüfen, ob diese Empfehlung aufgrund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen und eingetretener Entwicklungen verbessert oder wesentlich veränderten Verhältnissen angepasst werden muss. Für diesen Fall erklären die Vereinbarungspartner ihre Bereitschaft, unverzüglich an der Überarbeitung einer entsprechend zu ändernden Gemeinsamen Empfehlung mitzuwirken.

Anpassungsbedarfe werden zunächst insbesondere betreffend nachstehende Regelungsfelder geprüft:

- Selbstbeschaffte Leistungen nach § 18 SGB IX (vgl. § 71)
- Kostenerstattung nach § 16 SGB IX (vgl. § 72 - § 78)
- Aufstellung der Ansprechstellen nach § 12 Abs. 2 S. 3 und 3 SGB IX

Arbeitsentwurf

Anlagen

Anlage 1: Anzeichen zur Erkennung von Anhaltspunkten nach § 11 Abs. 1

Mit dem nachstehenden Katalog werden einige in § 11 Abs. 1 benannten Anhaltspunkten um mögliche Anzeichen für deren Vorliegen konkretisiert. Damit soll für alle Akteure, die in ihren professionellen, beruflichen, familiären oder sonstigen sozialen Kontexten Umgang mit Menschen mit Behinderung haben, eine Hilfestellung gegeben werden, erste Anzeichen eines möglichen Teilhabebedarfs erkennen zu können. Dabei ist der Katalog weder abschließend noch vollständig. Die genannten Anzeichen lassen nicht zwangsläufig den Schluss zu, dass Teilhabebedarf gegeben ist. Sie können allerdings ein Indiz dafür sein, dass eine weitere Klärung notwendig ist. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn verschiedene der benannten Anzeichen zugleich oder wiederkehrend auftreten.

Folgende Anhaltspunkte lassen sich durch benannte Anzeichen für deren Erkennung beschreiben:

- Bestehen einer chronischen Erkrankung oder einer Multimorbidität bei Menschen jeden Alters
    - bei Veränderungen des funktionalen Status, wenn sich die für die Beeinträchtigung der Körperfunktionen/-strukturen ursächliche Erkrankung verschlimmert oder eine weitere Krankheit mit Chronifizierungstendenz hinzutritt.
    - bei Veränderungen der Kontextfaktoren, wenn
        - stützende Umweltfaktoren entfallen, z.B. bei Menschen mit körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung oder drohender Behinderung, denen bisherige (familiäre, nachbarschaftliche usw.) Hilfen nicht mehr gegeben sind, deren Wohnumfeld sich für sie ungünstig verändert hat (Wegfall von Barrierefreiheit, Schließung von nahen Einkaufsmöglichkeiten u. ä.) oder deren Arbeitsstätte verlegt wurde,
        - erhebliche familiäre (z.B. akute Trennungs- und/oder Trauersituation, alleinerziehend) oder berufliche Belastungen oder
        - psychische Belastungen hinzutreten.

- besonders belastende Ausbildungs-, Arbeits- und Lebensbedingungen, beispielsweise
    - außergewöhnliche Belastungen durch Arbeitszeitregelungen (z.B. vollkontinuierlicher Schichtdienst, Mehrarbeit, Nachtarbeit sowie unregelmäßigen Arbeitszeiten über einen längeren Zeitraum)
    - außergewöhnliche physikalische oder chemische Einwirkungen über einen längeren Zeitraum (z.B. Feinstaub, Handhabung von schweren Lasten, Hitze)
    - außergewöhnliche psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz oder seelisch belastende Arbeitsinhalte
    - Betreuung eines pflegebedürftigen Angehörigen, Zusammenleben mit abhängigkeitskranken Menschen oder mit schwer psychisch kranken Menschen.

Arbeitsentwurf

- Verschlimmerung oder sich neu ergebende Aspekte für eine mögliche Verbesserung des Leistungs- und Teilhabevermögens nach bereits in Anspruch genommener Teilhabeleistung.
    - Beispielsweise könnte die Weiterentwicklung von Hilfsmitteln und Behandlungsmethoden dazu führen, dass für Menschen, die bereits Teilhabeleistungen erhalten haben, erneuter Bedarf für eine Teilhabeleistung besteht.

- Gesundheitsstörung der vermutlich eine psychische Erkrankung, eine psychosomatische Reaktion oder eine Suchtmittelabhängigkeit zugrunde liegt.
    - Anzeichen zur frühzeitigen Erkennung einer psychosomatischen Erkrankung können beispielsweise sein:
        - eine anhaltende depressive Verstimmung, Angststörung oder Belastungs- und Anpassungsstörungen,
        - anhaltende körperliche Beschwerden ohne organischen Befund wie Rücken- oder Kopfschmerzen oder Herzschmerzen,
        - bei Erkrankungen wie Neurodermitis oder Asthma können psychische Faktoren als Ursache in Betracht kommen.
    - Anzeichen zur frühzeitigen Erkennung einer Alkoholabhängigkeit können beispielsweise sein:
        - Bestimmte körperliche Erkrankungen, z.B. Krankheiten des Verdauungssystems, des Nervensystems, des Stoffwechsels, des Herz- und Kreislaufsystems, Verletzungen (z.B. als Sturzfolge)
        - Ferner treten häufig mit einer Alkoholabhängigkeit psychische Störungen auf, z.B. deutliche Gefühls- und Stimmungsschwankungen. Auch sind Auffälligkeiten im Erscheinungsbild und Verhalten (z.B. häufige Fehltage im Betrieb, fehlerhafte Arbeitsergebnisse, Leistungsabfall, Unzuverlässigkeit, „Alkoholfahne“) zu bemerken.
    - Anzeichen zur frühzeitigen Erkennung einer Medikamentenabhängigkeit können beispielsweise sein:
        - Bestimmte körperliche Erkrankungen, z.B. vegetative Beschwerden wie Magen- und Darmprobleme, Herzrasen, ständige Müdigkeit und Erschöpfung, Schlafstörungen
        - Ferner treten häufig mit einer Medikamentenabhängigkeit psychische Störungen auf, z.B. Passivität und Antriebslosigkeit, Einschränkung der Merkfähigkeit, Unruhe und Nervosität, Angststörungen, Niedergeschlagenheit, das Gefühl überfordert zu sein und Verpflichtungen nicht mehr erfüllen zu können. Damit verbunden sind soziale und berufliche Probleme.
    - Anzeichen zur frühzeitigen Erkennung einer Drogenabhängigkeit können beispielsweise sein:
        - Veränderungen des psychischen Befindens, des sozialen Verhaltens, der Leistungsfähigkeit, Entwicklung physischer Störungen. Bezogen auf bestimmte Drogen können kurz- bzw. langfristige Wirkungen z.B. sein:

Arbeitsentwurf

  - bei psychischer Abhängigkeit von Haschisch/Marihuana:
    Wahrnehmungs- und Konzentrationsstörungen, Antriebsminderung, Interessenverlust, Beeinträchtigung des Reaktionsvermögens und der Informationsverarbeitung, Psychosen
  - bei Abhängigkeit von Heroin:
    Magen-Darmstörungen, Gebissveränderungen, Infektionen, zurückgehende Leistungsfähigkeit, Bewegungs- und Koordinationsstörungen, starke Gleichgültigkeit. Entzugserscheinungen: Unruhe, Schlaflosigkeit, labile Stimmungslage, depressive Verstimmungen
  - bei Abhängigkeit von Kokain, Methamphetamine (Speed):

    Schwächung der körperlichen Widerstandskraft, Schädigung der Atmungsorgane, Herzschwäche, Dämpfung des Hunger-, Durst- und Müdigkeitsgefühl, Gewichtsverlust, verminderte Belastbarkeit, verstärkte Reizbarkeit, Aggressivität, Antriebs- und Konzentrationsstörungen, depressive Verstimmungen
  - bei Abhängigkeit von Ecstasy:
    Herz-Kreislauferkrankungen, Anstieg der Pulsfrequenz, des Blutdrucks und der Körpertemperatur, Schädigung des Gehirns, Erregungszustände, Abnahme des Schmerzempfindens sowie des Hunger-, Durst- und Müdigkeitsgefühls, starker Erschöpfungszustand nach Abklingen der Drogenwirkung, Reizbarkeit, depressive Verstimmungen, Gedächtnisstörungen

- Zustand nach traumatischen Erlebnissen
  - Anzeichen für eine posttraumatische Belastungsstörung können sein:
    - Wiedererleben (Träume, Flashbacks, Bedrängnis bei Konfrontation mit ähnlichen Ereignissen)
    - Vermeidung von Umständen, die der Belastung ähneln
    - Amnesie oder erhöhte Sensitivität und Erregung wie Schlafstörungen, Reizbarkeit, Wutausbrüche, Konzentrationsstörungen, erhöhte Schreckhaftigkeit.

Arbeitsentwurf

Anlage 2: Auswahl möglicher Instrumente zur Erkennung bzw. Einschätzung eines ggf. bestehenden Teilhabebedarfs

Zur Erkennung, Einschätzung und Konkretisierung eines möglichen Teilhabebedarfs bestehen eine Vielzahl verschiedener Instrumente und Verfahren. Um insbesondere eine möglichst frühzeitige Bedarfserkennung durch die in § 3 Abs. 1 i. V. m. § 13 benannten Akteure zu unterstützen, findet sich nachfolgend eine Auswahl möglicher Instrumente, die eine erste Abschätzung eines möglichen Teilhabebedarfs ermöglichen. Diese sind im Einzelfall ggf. durch weitere Instrumente zu ergänzen.

- **Kurz-Checkliste zur ärztlichen Einschätzung eines Rehabilitationsbedarfs**

Name:	Checkliste für die ärztliche Einschätzung eines Rehabilitationsbedarfs für die Bereiche Somatik und Psychosomatik
Kurzbeschreibung:	Die Checkliste stellt ein Instrument zur Prüfung des medizinischen Rehabilitationsbedarfs dar. Es wurde eine Checkliste für somatische und eine für psychosomatische Erkrankungen entwickelt. Beide Checklisten erfassen jeweils die einzelnen Dimensionen des Rehabilitationsbedarfs und unterstützen Ärztinnen und -ärzte bei der Erkennung des Rehabilitationsbedarfs.
Link:	http://www.deutsche- rentenversicherung.de/cae/servlet/ contentblob/225412/publicationFile/46298/K8010.pdf

- **Instrument zur Beurteilung von Beeinträchtigungen der Ausübung von Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)**

Name:	Barthel-Index
Kurzbeschreibung:	Dieses Instrument misst die unmittelbaren körperlichen Selbstversorgungsfähigkeiten und gibt so Aufschluss über bestehende Beeinträchtigungen bei der Ausübung von Aktivitäten des täglichen Lebens. Der Anwendungsstandard hierzu ist das Hamburger Einstufungsmanual. Solche Beeinträchtigungen können dabei einen ersten Hinweis auf einen ggf. bestehenden Rehabilitationsbedarf geben. Der Barthel-Index wurde nicht spezifisch für die Einschätzung medizinischen Rehabilitationsbedarfs entwickelt.
Link:	https://kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/ Documents/ barthel-index.pdf

Arbeitsentwurf

- **Kurz-Instrument zur Einschätzung gesundheitsbezogener beruflicher Aspekte**

  Name: Screening-Instrument zur Einschätzung des Bedarfs an Medizinisch-Beruflich orientierten Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation (SIMBO)

  Kurzbeschreibung: Bei SIMBO handelt es sich um einen Fragebogen zur Selbstauskunft der Patienten. Er berücksichtigt sieben Kriterien der Beeinträchtigung beruflicher Teilhabe. Es handelt sich um sozialmedizinische Parameter (Erwerbsstatus, Arbeitsfähigkeit, Fehlzeiten im Jahr vor der Maßnahme), gesundheitsbezogene Beeinträchtigungen im Beruf, die subjektive berufliche Prognose, berufsbezogene Therapiemotivation und das Alter. Es existieren eine indikationsspezifische Version für Erkrankungen des Muskel-Skelett-Apparates (SIMBO-MSK) und eine generische Version für chronische Erkrankungen im Allgemeinen (SIMBO-C).

  SIMBO kann im Rahmen frühzeitiger Bedarfserkennung als indikationsspezifische und indikationsübergreifende Variante zur Erkennung von Personen mit gesundheitsbezogenen beruflichen Problemlagen dienen, woraus sich Hinweise auf ggf. spezifische Therapiekonzepte in der medizinischen Rehabilitation ableiten. Bestehende gesundheitsbezogene berufliche Problemlagen können auch auf ggf. notwendige Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben hindeuten.

  Link: http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/_downloads/SIMBO_MSK.pdf

- **Kurz-Screening-Instrument zur ersten Einschätzung eines problematischen Suchtmittelkonsums in der medizinischen Versorgung**

  Name: AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test

  Kurzbeschreibung: Der AUDIT-Test ist ein Selbstauskunftsbogen mit 10 Fragen und wurde im Auftrag der WHO entwickelt. Damit können alle Personen ihre Beziehung zum Alkohol selbst beurteilen. Der AUDIT-Test eignet sich auch für Arztpraxen und sozialmedizinische Dienste im Rahmen der Anamnese zur Aufdeckung bzw. ersten Abschätzung eines missbräuchlichen oder abhängigen Alkohol konsums. Damit wird ihnen eine Vorbeugung, frühzeitige Behandlung und Rehabilitation von Alkoholproblemen ermöglicht.

  Link: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/AlkAuditFragebogen.pdf

Arbeitsentwurf

- **Instrument zur Erfassung der Arbeitsfähigkeit/Arbeitsbewältigung bei Erwerbstätigen**

Name:	Work Ability Index (WAI)
Kurzbeschreibung:	Der Work Ability Index (WAI) wird auch als Arbeitsfähigkeitsindex oder Arbeitsbewältigungsindex bezeichnet und ist ein Messinstrument zur Erfassung der Arbeitsfähigkeit von Erwerbstätigen. Beim WAI handelt sich um einen Fragebogen, der entweder von den Befragten selbst oder von Dritten, z.B. vom behandelnden Arzt/der Ärztin oder Betriebsärztinnen/-ärzten, ausgefüllt wird. Ziel der Anwendung in Betrieben ist die Förderung bzw. Erhaltung der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten. Der WAI unterscheidet sich von klassischen Fragebogeninstrumenten in dem Sinne, dass es sich hierbei um ein sehr heterogenes Konstrukt handelt, welches sich durch zehn Fragen aus unterschiedlichen Bereichen zusammensetzt. Der WAI ist in diesem Zusammenhang kein Messinstrument im herkömmlichen Sinne, sondern in erster Linie als Index oder Indikator zu verstehen. Er ist in engem Zusammenhang mit dem Konzept der Arbeitsfähigkeit anzuwenden, das die betrieblichen und individuellen Auswirkungen einer ganzheitlichen betrieblichen Betrachtung der Arbeitsfähigkeit skizziert. Aus dem WAI können Hinweise auf medizinische und berufliche Rehabilitationsleistungen erwachsen.
Link:	http://www.arbeitsfaehig.com/uploads/z-neue%20Uploads/WAI-Netzwerk/finalWAI-Langversion_mit%20Auswertung_2017.pdf

Arbeitsentwurf

Anlage 3: Übersicht zu Leit- und Richtlinien

- Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie) (Stand: 16. März 2017)
  https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1418/RL-Reha_2017-03-16_iK-2017-06-09.pdf
- Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit (AU) (Stand: 15. Mai 2017)
  https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/BGA-AU_170515.PDF
- Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation (Stand: 01.05.2007)
  https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Rehabilitation/RE_MoGeRe_070501_1_.pdf
- Rahmenempfehlung zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation (Stand: 01.01.2004)
  http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/reha/leistungen/reha_vorsorge/re_amb_geriat_01_01_2004.pdf

Die nun folgenden Leitlinien können alle von der Homepage der Deutschen Rentenversicherung heruntergeladen werden: **www.deutsche-rentenversicherung.de**

Bitte folgen Sie diesem Pfad: *Home ⇨ Infos für Experten ⇨ Sozialmedizin & Forschung ⇨ Sozialmedizin ⇨ Begutachtung ⇨ Leitlinien*

Unter der Überschrift „Haut-Krankheiten“:

- Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit bei Krankheiten der Haut (Stand: Januar 2012)

Unter der Überschrift „Krankheiten des Atmungssystems“:

- Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei chronisch obstruktiver Lungenkrankheit (COPD) und Asthma bronchiale (Stand: Januar 2010)

Unter der Überschrift „Gastroenterologische und Stoffwechsel-Krankheiten einschließlich Adipositas“:

- Leitlinien zur sozialmedizinischen Beurteilung der
  - Leistungsfähigkeit bei chronisch nicht-malignen Leber und Gallenwegskrankheiten (Stand: Februar 2012)
  - Rehabilitationsbedürftigkeit bei Stoffwechsel- und gastroenterologischen Krankheiten sowie Adipositas
  - Leistungsfähigkeit bei chronisch entzündlicher Darmkrankheit (CED)

Unter der Überschrift „Herz-Kreislauf-Krankheiten“:

- Leitlinien zur sozialmedizinischen Beurteilung
  - von Menschen mit koronarer Herzkrankheit (KHK) (Stand: November 2015)
  - von Menschen mit arteriellen Gefäßkrankheiten (Stand: Juli 2013)
  - der Rehabilitationsbedürftigkeit bei arterieller Hypertonie (Stand: Januar 2010)

Arbeitsentwurf

Unter der Überschrift „Muskel-Skelett-System- und Bindegewebs-Krankheiten“:

- Leitlinien zur sozialmedizinischen Beurteilung
  - der Rehabilitationsbedürftigkeit bei Erkrankungen des Stütz und Bewegungsapparates (Stand: Juli 2003)
  - der Leistungsfähigkeit bei Bandscheiben- und bandscheibenassoziierten Erkrankungen (Stand: Juni 2009)

Unter der Überschrift „Neubildungen“:

- Leitlinien zur sozialmedizinischen Begutachtung der
  - Leistungsfähigkeit bei Mamma-Karzinom (Stand: Januar 2011)
  - Rehabilitationsbedürftigkeit bei onkologischen Krankheiten (Stand: Januar 2011)

Unter der Überschrift „Neurologische Krankheiten“:

- Leitlinie zur sozialmedizinischen Begutachtung bei neurologischen Krankheiten (Stand: Juli 2010)

Unter der Überschrift „Psychische und Verhaltensstörungen einschließlich Abhängigkeitserkrankungen“:

- Leitlinien zur sozialmedizinischen Beurteilung
  - bei psychischen und Verhaltensstörungen (Stand: Aug. 2012)
  - bei Abhängigkeitskrankheiten (Stand: April 2010)

Unter der Überschrift „Teilhabe am Arbeitsleben“:

- Leitlinien sozialmedizinischen Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Stand: Oktober 2005)

Arbeitsentwurf

Anlage 4: Muster betriebliche Tätigkeitsbeschreibung

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

Tätigkeit:	
Seit wann:	
Ausbildungsberuf:	

	Vom Arzt bzw. von der Ärztin auszufüllen bitte Zutreffendes ankreuzen		
	*selten/gelegentlich	*zeitweise	*häufig/überwiegend
Heben und Tragen von Lasten			
über 5 kg	☐	☐	☐
über 10 kg	☐	☐	☐
über 15 kg	☐	☐	☐
über 20 kg	☐	☐	☐
über 25 kg	☐	☐	☐
Heben und Tragen von Lasten – <u>Zeitgewichtung</u>			
Hebe- oder Umsetzvorgänge (Zeitdauer < 5 sec)	☐	☐	☐
Haltevorgänge (Zeitdauer > 5 sec)	☐	☐	☐
Tragen von Lasten über **mehr** als 5 m	☐	☐	☐
Ziehen und Schieben von Lasten mehr als 5 m	☐	☐	☐

***Erklärung: selten/gelegentlich = 1-10%, zeitweise= 11-50%, häufig/überwiegend= 51-100%**

	Vom Arzt bzw. von der Ärztin auszufüllen bitte Zutreffendes ankreuzen		
	*selten/gelegentlich	*zeitweise	*häufig/überwiegend
Körperhaltungen			
Rumpfbeugen (bis 20 - 30 Grad)	☐	☐	☐
Tiefes Beugen (über 30 Grad)	☐	☐	☐
Bücken (über 60 Grad)	☐	☐	☐
Starke Auslenkung der HWS (Extension, Rotation)	☐	☐	☐
Drehung des Rumpfes über 30 Grad	☐	☐	☐
Anheben des Oberarmes über Brusthöhe	☐	☐	☐
Überkopfarbeit	☐	☐	☐
Hohe Anforderungen an die Fingerfertigkeit/Feinmotorik	☐	☐	☐
Treppensteigen/Leitern/Gerüste	☐	☐	☐
Tätigkeit im Gehen	☐	☐	☐
Tätigkeit im Stehen	☐	☐	☐
Tätigkeit im Sitzen	☐	☐	☐
Hocken/Knien	☐	☐	☐
Besondere Belastungen			
Haltearbeit mit erheblichem Krafteinsatz	☐	☐	☐
Bewegungen mit erheblichem Krafteinsatz	☐	☐	☐
Bewegung mit hoher Frequenz für Unterarme und Hände	☐	☐	☐
Vibrationsbelastung des Hand-Arm-Systems	☐	☐	☐

***Erklärung: selten/gelegentlich = 1-10%, zeitweise= 11-50%, häufig/überwiegend= 51-100%**

Arbeitsentwurf

	ja	Kommentar
Umwelteinflüsse		
Witterung/Arbeiten im Freien	☐	
Hitze/Strahlung	☐	
Kälte/Zugluft	☐	
Lärm (> 80 dBA)	☐	
Atemwegsbelastung/Stäube, Rauche, Gase	☐	
Hautbelastung/Schmutz	☐	
Ganzkörperschwingungen/Erschütterung/Vibrationen	☐	
Sonstige Gefährdungen		
Erhöhte Unfallgefahr	☐	
Arbeiten an laufenden Maschinen, mit scharfen Werkzeugen	☐	
Arbeiten unter Atemschutz	☐	
Fahr- und Steuertätigkeiten (Stapler, LKW usw.)	☐	
Umgang mit Gefahrstoffen	☐	
Feuchtarbeit	☐	
Dauerhaft Bildschirmarbeit	☐	
Arbeitsorganisation		
Normalschicht (Tagesarbeitszeit in Std.:)	☐	
Wechselschicht (früh - spät)	☐	
Contischicht (früh - spät- nachts)	☐	
Dauernachtschicht	☐	
Häufige/regelmäßige Überstunden (Std. pro Woche)	☐	
Manuelle Arbeit mit Stückzahlvorgabe/Taktbindung/ Akkord	☐	
Andere Arbeitszeitmodelle	☐	

Arbeitsentwurf

	ja	Kommentar
Psychomentale Belastungen/Beanspruchungen		
Hohe Verantwortung für Personen und Sachen, Mitarbeiterführung	☐	
Ständiger Zeit- und Termindruck	☐	
Überforderung quantitativ/qualitativ	☐	
Unterforderung/Monotonie	☐	
Häufige Störungen und Unterbrechungen bei der Arbeit	☐	
Geringer Einfluss auf Arbeitsgestaltung- und Organisation	☐	
Teamarbeit/Publikumsverkehr	☐	
Mobbing	☐	
Häufige Reisetätigkeit	☐	
Allgemein: Wohlbefinden am Arbeitsplatz	☐	
SONSTIGES:		
Anlagen wenn vorhanden: z.B. WAI, IMBA Anforderungsprofil, Gefährdungsbeurteilung, Beurteilung nach Leitmerkmalmethode		

Arbeitsentwurf

_____ _____

Datum der Erstellung

Name, Unterschrift und Stempel des Erstellers/der Erstellerin

Anlage 5: Formulierungsvorschläge für die Kommunikation mit dem Antragsteller in den Fällen des § 25*:*

- Formulierungsvorschlag für einen Hinweis in einem möglichen Fall nach Absatz 1:

"Im Rahmen der Antragstellung auf [Leistungsgruppe] haben Sie nach Hinweis [der Behörde] Ihren Antrag auf [Leistungsgruppe] ergänzt. Die Antragsbearbeitung wird in Bezug auf beide Leistungen durch [die Behörde] nach §§ 15, 19 SGB IX in einem Teilhabeplan koordiniert."

- Formulierungsvorschlag für einen Hinweis in einem möglichen Fall nach Absatz 2a:

"Nach Ihrer Antragstellung auf [Leistungsgruppe] am [Datum] haben Sie am [Datum] nach Hinweis [der Behörde] einen weiteren Antrag auf [Leistungsgruppe] gestellt. Der Antrag auf [Leistungsgruppe] wurde hier entgegengenommen und an [die andere Behörde] nach § 14 Abs. 1 SGB IX weitergeleitet. Zur Abstimmung der Leistungen wird bei [der Behörde] ein Teilhabeplan erstellt. Über die beantragten Leistungen erhalten Sie von [den Behörden] jeweils einen gesonderten Leistungsbescheid.

Arbeitsentwurf

Anlage 6: Teilhabeplan

Bei Verwendung zu löschender Hinweis: Bei diesem Dokument handelt es sich um ein bearbeitbares und ausfüllbares Formular, wodurch mögliche Ergänzungen vorgenommen werden können. Sollen nur die vordefinierten Felder des Dokuments ausfüllbar sein, ist in Word nur der entsprechende Dokumentenschutz zu aktivieren.

Bitte Kopf/Logo des für die Teilhabeplanung verantwortlichen Rehabilitationsträgers einfügen u. diesen Text löschen

VSNR/Aktenzeichen u. ä.

Datum des Anlass gebenden Antrags:

Leistender Rehabilitationsträger sofern abweichend von dem für die Teilhabeplanung verantwortlichen Rehabilitationsträger:

Erster Teilhabeplan ☐ ☐ Anpassung des Plans vom

Teilhabeplan verbindet mehrere separate Verwaltungsverfahren: ☐ ja, vgl. 7) ☐ nein

Teil I – Anfrage des für die Teilhabeplanung verantwortlichen Rehabilitations-Trägers

1) Angaben zur Person

Name, Vornamen	Tel.
Fax	E-Mail
Geburtsname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	
PLZ Wohnort	
Staatsangehörigkeit	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich
ggf. Aufenthaltsgenehmigung bis	ggf. Aufenthaltsort
Familienstand Wählen Sie ein Element aus.	
Erlernter Beruf	
zuletzt ausgeübte Tätigkeit	
arbeitslos seit	

Arbeitsentwurf

2) Erziehungsberechtigte(r)/Betreuer(in)/Bevollmächtigte(r)

Name, Vornamen	Tel.
Fax	E-Mail
Straße, Hausnummer	
PLZ Wohnort	
Betreuungsverhältnis	eingeleitet am
Betreuungsverhältnis eingeleitet durch	Aktenzeichen

3) Behandelnde Ärztinnen und Ärzte

Name Straße, Hausnummer PLZ Wohnort	Telefon (Vorwahl/Rufnummer)
Name Straße, Hausnummer PLZ Wohnort	Telefon (Vorwahl/Rufnummer)

4) Bedürfnisse und Wünsche der/des Antragstellerin/s in Bezug auf Leistungen zur Teilhabe

5) Angaben zum Rehabilitationsbedarf *

* soweit bereits Informationen vorliegen

a) Beeinträchtigung / Gesundheitsproblem

b) Anforderungen aus der beruflichen Tätigkeit

c) Anforderungen aus anderen Lebensbereichen

d) Auswirkungen von a) auf die Teilhabe unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren im Sinne der ICF

e) Stand der Angaben (Datum)

Arbeitsentwurf

6) Hinweise auf trägerübergreifende Rehabilitationsbedarfe in Bezug auf

Leistungsgruppen / Reha-/Leistungsträger	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Leistungen zur sozialen Teilhabe	Unterhaltssichernde u. a. ergänzende Leistungen	Leistungen zur Teilhabe an Bildung
Kranken-versicherung	☐			☐	
Renten-versicherung	☐	☐		☐	
Unfall-versicherung	☐	☐	☐	☐	☐
Bundesagentur für Arbeit		☐		☐	
öffentliche Jugendhilfe	☐	☐	☐		☐
Eingliederungs-hilfe	☐	☐	☐		☐
Kriegsopfer-versorgung / -fürsorge	☐	☐	☐	☐	☐
Integrationsamt		☐ (begleitende Hilfe)			

Begründung zu 6)

7) Aktuell beantragte Leistungen zur Teilhabe

Art der Leistung	Antrag vom	Leistender Rehabilitati-onsträger	Bewilligt		Datum	Zeitraum*	Ort*	Einrichtung*
			☐ ja	☐nein				
			☐ ja	☐nein				
			☐ ja	☐nein				

*soweit bereits feststehend

7)a) Sofern ein unter 7) aufgeführtes Verwaltungsverfahren in dieser Teilhabeplanung nicht berücksichtigt sein sollte:

Begründung eines fehlenden zeitlichen und sachlichen Zusammenhangs

8) Frühere Leistungen zur Teilhabe (in den vergangenen 4 Jahren?)

Art der Leistung	Rehabilitationsträger	Zeitraum	Ort	Einrichtung

Arbeitsentwurf

9) Teilhabeziele

In den Lebensbereichen: Lernen und Wissensanwendung, Allgemeine Aufgaben und Anforderungen, Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, Häusliches Leben, Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, Bedeutende Lebensbereiche, Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

Stand der Angaben (Datum)

10) Voraussichtlich erforderliche Leistungen

Stand der Angaben (Datum)

11) Eingesetzte Instrumente der Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX

Wurden bereits Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs eingesetzt? ☐ ja ☐nein

Wenn ja, welche?

Stand der Angaben (Datum)

12) Sonstige Anmerkungen (z.B. Verfahrensgang, Teilhabeplanung auf Wunsch des Leistungsberechtigten, Anlagen, weitere für die Erreichung der Teilhabeziele relevante Sozialleistungen)

Arbeitsentwurf

Erklärung des Antragstellers/der Antragstellerin:

1. **Einwilligungserklärung**

   Ich nehme zur Kenntnis, dass die personenbezogenen Daten unter Berücksichtigung des § 35 SGB I und den Vorschriften der geltenden Datenschutzgesetze erhoben werden. Ich stimme der Datenweitergabe zum Zwecke der Teilhabeplanung an folgende Akteure (*bitte benennen*)

   -

   -

   -

   zu.
   Ich nehme zur Kenntnis, dass meine personenbezogenen Daten unter Berücksichtigung des § 35 SGB I und den Vorschriften der geltenden Datenschutzgesetze erhoben werden.

2. **Information**

   Es gelten die Pflichten zur Mitwirkung und die Folgen fehlender Mitwirkung über die ich im Rahmen der Antragstellung informiert wurde.

Unterschrift des/der

Antragstellers/in

Arbeitsentwurf

Teil II – Feststellungen des beteiligten Rehabilitationsträger

Rehabilitationsträger: **Datum:**

1) Angaben zum Rehabilitationsbedarf *

* soweit bereits Informationen vorliegen

a) Beeinträchtigung / Gesundheitsproblem

b) Anforderungen aus der beruflichen Tätigkeit

b) Anforderungen aus anderen Lebensbereichen

c) Auswirkungen auf die Teilhabe unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren im Sinne der ICF

2) Bedürfnisse und Wünsche der/des Antragstellerin/s in Bezug auf Leistungen zur Teilhabe

3) Teilhabeziele

In den Lebensbereichen: Lernen und Wissensanwendung, Allgemeine Aufgaben und Anforderungen, Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, Häusliches Leben, Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, Bedeutende Lebensbereiche, Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

4) Voraussichtlich erforderliche Leistungen

5) Eingesetzte Instrumente der Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX

Wurden bereits Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs eingesetzt? ☐ ja ☐nein

Wenn ja, welche?

Arbeitsentwurf

6) Frühere Leistungen zur Teilhabe (in den vergangenen 4 Jahren?)

Art der Leistung	Rehabilitationsträger	Zeitraum	Ort	Einrichtung

7) Sonstige Anmerkungen (z.B. Verfahrensgang, Anhänge, weitere für die Erreichung der Teilhabeziele relevante Sozialleistungen)

Arbeitsentwurf

Teil III - Zusammenfassung der Feststellungen, Teilhabeplan

Datum des Anlass gebenden Antrags:

Leistender Rehabilitationsträger sofern abweichend von dem für die Teilhabeplanung verantwortlichen Rehabilitationsträger:

Erster Teilhabeplan ☐ ☐ Anpassung des Plans vom

Beginn der Planung: Stand der Planung:

Teilhabeplan verbindet mehrere separate Verwaltungsverfahren: ☐ ja, vgl. 6) ☐ nein

1) Angaben zur Person

Name, Vornamen	Tel.
Fax	E-Mail
Geburtsname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	
PLZ Wohnort	
Staatsangehörigkeit	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich
ggf. Aufenthaltsgenehmigung bis	ggf. Aufenthaltsort
Familienstand Wählen Sie ein Element aus.	
Erlernter Beruf	
zuletzt ausgeübte Tätigkeit	
arbeitslos seit	

2) Erziehungsberechtigte(r)/Betreuer(in)/Bevollmächtigte(r)

Name, Vornamen	Tel.
Fax	E-Mail
Straße, Hausnummer	
PLZ Wohnort	
Betreuungsverhältnis	eingeleitet am
Betreuungsverhältnis eingeleitet durch	Aktenzeichen

Arbeitsentwurf

3) Behandelnde Ärztinnen und Ärzte

Name	Telefon (Vorwahl/Rufnummer)
Straße, Hausnummer	
PLZ Wohnort	
Name	Telefon (Vorwahl/Rufnummer)
Straße, Hausnummer	
PLZ Wohnort	

4) Nach § 15 SGB IX beteiligte Rehabilitationsträger

Beteiligte Rehabilitations-träger	Splitting § 15 Abs. 1	Beteiligung § 15 Abs. 2	Leistungser-bringung nach eig. Namen nach § 15 Abs. 3		Zeitpunkt der Beteiligung	Zeitpunkt der Rückmeldung
	☐	☐	☐ ja	☐nein		
	☐	☐	☐ ja	☐nein		
	☐	☐	☐ ja	☐nein		

5) Weitere bei der Teilhabeplanung beteiligte Rehabilitationsträger insbesondere bei verbundenen Verwaltungsverfahren

Weitere beteiligte Rehabilitationsträger	Zeitpunkt der Beteiligung	Zeitpunkt der Rückmeldung

6) Aktuell beantragte Leistungen zur Teilhabe

Art der Leistung	Antrag vom	Leistender Rehabilitati-onsträger	Bewilligt		Datum	Zeitraum*	Ort*	Einrichtung*
			☐ ja	☐nein				
			☐ ja	☐nein				
			☐ ja	☐nein				

*soweit bereits feststehend

6a) Sofern ein unter 6) aufgeführtes Verwaltungsverfahren in dieser Teilhabeplanung nicht berücksichtigt sein sollte:

Begründung eines fehlenden zeitlichen und sachlichen Zusammenhangs

Arbeitsentwurf

7) Wurden andere öffentliche Stellen an der Teilhabeplanung beteiligt?

Pflegekasse	☐ ja	☐nein
Integrationsamt	☐ ja	☐nein
Jobcenter	☐ ja	☐nein
Betreuer bzw. Betreuungsbehörde	☐ ja	☐nein

Ergebnisse

8) Hat eine Teilhabeplankonferenz stattgefunden?

☐ ja, am ☐nein, weil

Zusammenfassung der Ergebnisse

9) Zusammenfassung des insgesamt festgestellten Bedarfs mit Bezug zu Teilhabezielen und Wünschen des Antragstellers

Einschließlich Angaben zu den jeweils eingesetzten Instrumenten der Bedarfsermittlung, vgl. Vordruck Bedarfsfeststellung, 4)

10) Weitere zentrale Aspekte

a. Belange pflegender Angehöriger bei der Erbringung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation

b. Gutachterliche Stellungnahme der Bundesagentur für Arbeit liegt vor ☐ ja ☐nein

Ergebnis

c. Ggf. abweichende Sichtweisen des Leistungsberechtigten in Bezug auf aktuelle Situation, Bedarfe, Ziele und Leistungen

Arbeitsentwurf

11) Zeitliche Planung / Ausgestaltung

Art und Umfang der Leistung	Rehabilita-tionsträger	Leistungskoordina-tion: Angaben zur inhaltlichen + zeitli-chen Verknüpfung der Leistungen	Zeitraum Ort	Leistungserbring-ung durch folgen-de Dienste bzw. Ein-richtungen
			-	
			-	
			-	
			-	

12) Sonstige Anmerkungen (z.B. Verfahrensgang, Anlagen, weitere für die Erreichung der Teilhabeziele relevante Sozialleistungen)

Arbeitsentwurf

Teilhabeplan wurde erstellt von:

Name

Anschrift/Institution

Tel./Fax/E-Mail

Unterschrift

Wir bitten alle Beteiligten, mögliche Hinweise, die zu Änderungen/Anpassungen des Teilhabeplanes führen könnten, umgehend der o.g. Person mitzuteilen.

Erklärung des Antragstellers/der Antragstellerin:

Eingetretene Änderungen gegenüber den gemachten Angaben werde ich unverzüglich mitteilen.
Ich nehme zur Kenntnis, dass die personenbezogenen Daten unter Berücksichtigung des § 35 SGB I und den Vorschriften der geltenden Datenschutzgesetze erhoben werden. Ich stimme der Datenweitergabe zum Zwecke der Teilhabeplanung an folgende Akteure (*bitte benennen*)

-
-
-

zu.

Unterschrift des/der

Antragstellers/in

Arbeitsentwurf

Anlage 7: Träger der Eingliederungshilfe und der Jugendhilfe, die dieser Gemeinsamen Empfehlung beigetreten sind:

Arbeitsentwurf