

Mein Recht auf Rehabilitation und Teilhabe

Was hat sich seit Inkrafttreten
des Bundesteilhabegesetzes geändert?



gefördert durch:



Deutsche
Rentenversicherung

Bund

VORWORT	4
1. EINLEITUNG	6
1.1 Was bedeutet Teilhabe?	6
1.2 Was ist Inklusion?	6
1.3 Was bedeutet Rehabilitation?	6
1.4 Inhalt und Zielrichtung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG)	7
1.5 Bisherige Erkenntnisse und Erfahrungen mit dem BTHG	15
2. GESETZLICHE GRUNDLAGEN	18
2.1 Das Sozialrecht und die gesetzliche Sozialversicherung in Deutschland	18
2.2 Aufbau des Sozialgesetzbuches	19
2.3 Die UN-Behinderten-rechtskonvention und ihre Umsetzung	20
2.4 Sozialgesetzbuch 9 (SGB IX)	21
2.5 Weitere Gesetze: Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) – Barrierefreiheitsstärkungsgesetz (BFSG) – Allgemeines Gleich-behandlungsgesetz (AGG)	23
3. MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN	24
3.1 Behinderungsbegriff	24
3.2 Schwerbehinderung	25
3.3 Versorgungsmedizin-Verordnung und GdB-Einstufung	28
3.4 Klassifikation nach der ICF (bio-psycho-soziales Modell)	31
4.DIE REHABILITATION – EIN KURZER ÜBERBLICK	32
4.1 Zielrichtung und Aufgaben der Rehabilitation	32
4.2 Voraussetzungen für Leistungen der Rehabilitation	33
4.3 Wer ist Rehabilitationsträger und wer ist für was zuständig?	33
4.4 Der Ablauf des Reha-Verfahrens kurz und knapp	33
4.5 Reha-Grundsätze	36
5. LEISTUNGEN ZUR TEILHABE	39
5.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	39
5.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	40
5.3 Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen	40
5.4 Leistungen zur Teilhabe an Bildung	40
5.5 Leistungen zur sozialen Teilhabe	40
6. BERATUNG	42
6.1 Rehabilitationsträger	42
6.2 Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)	43
6.3 Sonstige Beratungsstellen	44
7. WIE KANN ICH MEINE RECHTE DURCHSETZEN?	45
IMPRESSUM	47

VORWORT

Liebe Leserinnen und Leser,
liebe Freunde der BAG SELBSTHILFE,

mittlerweile ist das Bundesteilhabegesetz (BTHG) seit geraumer Zeit in Kraft. Die letzte Stufe des Gesetzes, die Anfang 2023 wirksam werden sollte, wurde zwar erst einmal ausgesetzt. Die grundlegenden Inhalte des Bundesteilhabegesetzes sind jedoch wirksam und von den Akteuren anzuwenden.

Vom Bundesteilhabegesetz haben sicherlich die meisten schon einmal gehört. Viele Aktive aus der Selbsthilfe waren ja sogar in den Entstehungsprozess des BTHG eingebunden. Das Gesetz hatte es seinerzeit sogar in die Tagesschau geschafft, was man nicht gerade von vielen sozialrechtlichen Regelungen sagen kann.

Nicht alle werden aber wissen oder bereits gemerkt haben, was sich mit dem Gesetz für sie geändert hat oder ändern soll. Die Politik verkündete im Zuge seiner Verabschiedung, dass mit dem Bundesteilhabegesetz ein modernes Teilhabegesetz in Übereinstimmung mit den Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention geschaffen werde. Fortan stehe die Selbstbestimmung des/der Betroffenen und nicht länger die Fürsorge und Fremdbestimmung durch andere im Vordergrund. Der Reha-Prozess solle vereinheitlicht und vereinfacht werden und nicht zuletzt solle dem/der Berechtigten mehr von seinem/ihrer Einkommen und Vermögen übrigbleiben, wenn er/sie Leistungen der Eingliederungshilfe in Anspruch nimmt.

Eine – nicht repräsentative – Umfrage der BAG SELBSTHILFE vor Erstellung der vorliegenden Broschüre hat ergeben, dass die genannten Ziele und Inhalte des BTHG offensichtlich noch nicht überall durchgedrungen sind. Die meisten der Befragten meldeten zurück, dass sie bisher noch keinen nennenswerten Unterschied zur früheren Rechtslage in der Praxis feststellen.

Es ist wohl in der Tat nachvollziehbar, dass ein schwerer Ozeandampfer wie das weit verzweigte Rehabilitationssystem in Deutschland seinen Kurs nur langsam ändern kann. Aber offensichtlich kennen auch viele der leistungsberechtigten Menschen mit Behinderung oder chronischer Erkrankung die gesetzlichen Neuregelungen und ihre damit verbundenen neuen Rechte noch nicht oder nicht hinreichend genug.

Aus diesem Grunde möchten wir in dieser Broschüre vor allem eine Orientierung zu den neuen Leistungsansprüche geben und aufzeigen, welche Möglichkeiten bestehen, sie auch wirksam durchzusetzen. Dazu geben wir zudem einen kurzen Überblick über das Sozialsystem in Deutschland und speziell über den Rehabilitationsprozess.

Auf knapp 50 Seiten können wir selbstverständlich nicht auf alle Details im Reha-Prozess eingehen. Wir hoffen jedoch, dass Sie den notwendigen Überblick gewinnen, um dann Ihr konkretes Anliegen gezielt verfolgen zu können. Dabei sollte vor allem stets der Leitgedanke der UN-Behindertenrechtskonvention im Auge behalten werden: die Inklusion und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen.

Viel Freude mit der Broschüre „Mein Recht auf Teilhabe und Rehabilitation“ wünscht

Ihr
Dr. Martin Danner
Bundesgeschäftsführer der BAG SELBSTHILFE



1. EINLEITUNG

1.1 Was bedeutet Teilhabe?

Den Begriff „Teilhabe“ werden die meisten schon einmal vernommen haben. Abstrakt wird Teilhabe als das „Einbezogen-Sein in eine Lebenssituation“ bezeichnet.

Gerade Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen wissen, dass Teilhabe am Leben in der Gesellschaft oft nicht oder nur begrenzt möglich ist, weil die Rahmenbedingungen nicht auf die eigene persönliche Lebenssituation zugeschnitten sind. Das merken die meisten dann, wenn sie aufgrund mangelnder Barrierefreiheit daran gehindert werden, ein bestimmtes Angebot so in Anspruch zu nehmen, wie es eigentlich gedacht ist und von Nichtbehinderten auch regelmäßig entsprechend genutzt werden kann.

Teilhabe einschränkungen können aber auch viele andere Gründe haben, etwa aufgrund von Vorurteilen und Diskriminierung. Wenn etwa ein Mensch mit Behinderung trotz guter Qualifikation einerseits und Fachkräftemangels andererseits partout keinen Arbeitsplatz findet, hat das häufig mit ungerechtfertigten Vorbehalten bei Arbeitgeber:innen zu tun. Teilhabe kann übrigens auch dann eingeschränkt sein, wenn wegen dauerhafter finanzieller Aufwendungen und Anrechnungen im Bereich der Eingliederungshilfe ein von den

Betroffenen angestrebter sozialer Status von vornherein nicht erreicht werden kann.

1.2 Was ist Inklusion?

Teilhabe steht im engen Zusammenhang mit Inklusion, das heißt der Einbeziehung des Einzelnen in die Gesellschaft – ungeachtet etwaiger Verschiedenheiten bei den Menschen. Anders als bei dem noch oft verwendeten Begriff der Integration, ist es nicht Aufgabe eines Menschen mit Behinderung, sich an die gegebenen, von Barrieren gekennzeichneten Rahmenbedingungen anzupassen. Vielmehr sollen gerade umgekehrt die gesellschaftlichen Voraussetzungen so beschaffen sein, dass jeder – also auch ein Mensch mit einer Behinderung – am Leben in der Gesellschaft uneingeschränkt teilhaben kann.

1.3 Was bedeutet Rehabilitation?

Der Begriff Rehabilitation leitet sich vom lateinischen Wort „*rehabilitatio*“ ab, was „Wiederherstellung“ bedeutet. Mit Rehabilitation im Gesundheitsbereich sind alle Maßnahmen gemeint, die darauf abzielen, die Funktionsfähigkeit wiederherzustellen bzw. die Folgen einer Behinderung oder Erkrankung – vor allem körperlicher und psychischer Art – zu beseitigen oder zu mildern. Sie kann auch geeignet sein, eine drohende Behinderung zu vermeiden.

Mit einer Rehabilitation können aber auch Folgen anderer Art, insbesondere soziale Einschränkungen oder Ausgrenzungen, begegnet werden. Letztlich ist es das Ziel, Teilhabe zu ermöglichen.

Rehabilitation ist übrigens von besonderer Bedeutung für die Frage der Erwerbsfähigkeit: Ziel der Rehabilitation ist es vor allem auch zu vermeiden, dass jemand aus gesundheitlichen Gründen (vorzeitig) aus dem Erwerbsleben ausscheidet, bzw. zu erreichen, dass er ins Erwerbsleben zurückkehren kann. Dazu gibt es neben speziellen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auch Leistungen zur beruflichen Rehabilitation (sog. Teilhabe am Arbeitsleben).

1.4 Inhalt und Zielrichtung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG)

Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) wurde im Dezember 2016 beschlossen und ist schrittweise in Kraft getreten. Die letzte seiner vier Stufen, die Anfang 2023 wirksam werden sollte, wurde allerdings ausgesetzt. Hier ging es um die Bestimmung des leistungsberechtigten Personenkreises in der Eingliederungshilfe, über den es von Beginn an viele Diskussionen gegeben hatte. Die insoweit maßgebliche Vorschrift in § 99 SGB IX nimmt weiterhin Bezug auf die Eingliederungshilfe-Verordnung, die mittlerweile jedoch nicht mehr gilt und erst durch eine neue ersetzt werden muss. Ziel des BTHG war es, die Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Be-

hinderungen zu stärken. Dazu wurden umfassende Überarbeitungen, insbesondere des Sozialgesetzbuches IX, das die maßgeblichen Regelungen zur Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen enthält, vorgenommen. Unter anderem wurde auch der Reha-Prozess unter die Lupe genommen und reformiert. So genügt beispielsweise jetzt ein einziger Reha-Antrag, um Rehabilitationsleistungen bei verschiedenen Trägern zu erhalten. Das „Klinkenputzen“ bei verschiedenen Behörden und ständige Diskussionen über Zuständigkeiten sollten damit ein Ende finden.

Mit dem BTHG wurden auch neue Ansätze gewählt, etwa eine frühzeitige Intervention, um Erwerbsunfähigkeit möglichst zu vermeiden. Dazu wurde eigens ein Programm mit Modellprojekten ins Leben gerufen – das Bundesprogramm *rehapro* – um innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben zu entwickeln.

Ein wesentlicher Baustein des BTHG ist die Herauslösung der Eingliederungshilfe aus der Sozialhilfe und deren Verankerung im SGB IX. Damit geht vor allem eine Verbesserung bei der Einkommens- und Vermögensanrechnung einher, wenn Leistungen der Eingliederungshilfe in Anspruch genommen werden. Während in der Vergangenheit ein nicht unbeachtlicher Teil der eigenen Mittel im Wege einer Eigenbeteiligung aufgebracht werden musste, bleibt den Betroffenen nach den Neuregelungen des BTHG deutlich mehr Geld im Portemonnaie.

Ein weiteres wichtiges Element des BTHG ist schließlich die Schaffung unabhängiger Beratungsstellen. Wie wichtig eine gute Beratung im Bereich der Rehabilitation und Sozialversicherung ist, weiß jeder, der schon einmal einen Blick in den Dschungel an Regelungen geworfen hat, die hier bestehen. Werden die Beratungsangebote von Behörden in Anspruch genommen, bestehen bei vielen Bürger:innen jedoch Unsicherheiten oder gar Misstrauen, ob ihnen tatsächlich die erforderlichen und passenden Leistungen gewährt werden.

Ob diese Skepsis angebracht ist, soll an dieser Stelle dahingestellt sein. Der Gesetzgeber hat auf dieses Anliegen jedoch reagiert und die sogenannte Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) ins Leben gerufen und finanziert in diesem Zusammenhang entsprechende unabhängige Beratungsstellen, die vor allem von Behindertenorganisationen betrieben werden.

Wichtig ist, dass das BTHG den Menschen in den Mittelpunkt stellt und dessen Teilhabe am Leben in der Gesellschaft stärken will. Dazu gehört vor allem die Abkehr vom früheren Fürsorgesystem, bei dem vorrangig staatliche Stellen geprüft und entschieden haben, was für einen Menschen mit einer Behinderung oder chronischen Erkrankung richtig und geeignet ist. Vielmehr steht nunmehr die Selbstbestimmung der Betroffenen und ihre persönlichen Lebenssituation im Vordergrund: Sie sollen grundsätzlich selbst entscheiden, ob und inwieweit sie eine bestimmte Leistung in Anspruch nehmen möchten und ob sie aus ihrer Sicht geeignet ist. Die Leistungen sollen dabei möglichst passgenau auf sie und ihre persönliche Situation zugeschnitten sein. Damit setzt das BTHG die Kernelemente der UN-Behindertenrechtskonvention um.

Komponenten des BTHG

- 1 Früherkennung**
Verhinderung von Erwerbsunfähigkeit
- 2 Verfahren**
Vereinfachtes Reha-Verfahren
- 3 Beratung**
unabhängige Beratung und Ansprechstellen der Reha-Träger
- 4 Eingliederungsleistungen**
neu ausgestaltete Leistungen für mehr Teilhabe
- 5 Schwerbehindertenvertretung**
mehr Mitbestimmung in Unternehmen und Werkstatträten
- 6 Systemwechsel**
Herauslösung der Eingliederungshilfe aus der Sozialhilfe
- 7 Qualitätskontrolle**
bessere Steuerung von Leistungsträgern

Die wichtigsten Inhalte und Aspekte des BTHG auf einen Blick:

► Neuer Behinderungsbegriff

Während in der Vergangenheit die Funktionsbeeinträchtigung und damit eine entsprechende defizitäre Betrachtung im Mittelpunkt stand, geht man nunmehr von der Gesamtsituation der Betroffenen aus, wobei die Wechselwirkungen zwischen Person und Umwelt stärker in den Fokus gelangen (vgl. Definition in § 2 SGB IX – s.u. Punkt 3.1)

► Selbstbestimmung – Wunsch- und Wahlrecht

Generell gilt, dass bei Entscheidungen über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe den berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen werden muss. Dieser Grundsatz gilt für alle Reha-Träger bzw. Reha-Leistungen und dient nicht nur der Selbstbestimmung des Leistungsberechtigten, sondern soll auch dessen Eigenverantwortung stärken.

Bei der Beurteilung, was als „berechtigt“ gilt, ist auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse des Leistungsberechtigten Rücksicht zu nehmen. Natürlich dürfen die gewünschten Leistungen nicht außerhalb des gesetzlichen Leistungsspektrums liegen. Überdies müssen die Kosten wirtschaftlich angemessen sein.

Es gibt zudem spezielle Ausgestaltungen bzw. Erwähnungen des Wunsch- und Wahlrechts an verschiedenen Stellen im Gesetz. So haben Menschen mit Behinderungen die Wahl, ob sie Leistungen zur Teilhabe in Werkstätten, bei anderen Leistungsanbietern oder von beiden gemeinsam erhalten wollen. Letzteres bedeutet, dass sie auch die Möglichkeit haben, Teilleistungen in Anspruch zu nehmen.

Zudem sind bei der Gesamtplankonferenz (s.u.) die Vorstellungen der Leistungsberechtigten zu beachten und die Leistungen dann dementsprechend zu gewähren.

Das Wunsch- und Wahlrecht bedeutet in der Regel auch, dass anstelle einer Sachleistung, die nicht zwingend in einer Reha-Einrichtung erfolgen muss, grundsätzlich auch als Geldleistung (im Rahmen eines persönlichen Budgets) gewährt werden kann.

Die Angemessenheit einer Leistung bemisst sich übrigens nicht nur an den Kosten. Vielmehr geht auch um die Qualität der Leistung sowie die Erfolgsaussichten im Hinblick auf die verfolgten Teilhabeziele.

► Frühzeitige Bedarfserkennung

Je früher eine Rehabilitation einsetzt, desto größer sind die Chancen, dass sie zu einem Erfolg führt. Deshalb wird ein Schwerpunkt

auf den Bereich der Aufklärung und Beratung gesetzt. Dazu wurden einerseits sog. Ansprechstellen bei den Reha-Trägern geschaffen, die neben den Leistungsberechtigten auch Arbeitgeber:innen sowie andere Reha-Träger informieren. Andererseits wurde mit der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung eine ergänzende Beratungsstruktur geschaffen (s.u.).

► **ICF-Orientierung bei der Bedarfsermittlung**

Das BTHG bzw. die jetzige Neuregelung in § 118 SGB IX sieht vor, dass der individuelle Bedarf an Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung durch ein Instrument ermittelt wird, das sich an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) orientiert. Hierbei handelt es sich um Konzept, bei dem es nicht mehr nur um die reine Funktionsbeeinträchtigung geht, sondern um die Frage, welche Folgen und Auswirkungen eine gesundheitliche Beeinträchtigung im Leben des Betroffenen insgesamt verursacht und durch welche Faktoren dies beeinflusst wird. Auf diese Weise kann der individuelle Bedarf besser und wirksamer festgestellt werden, weil die Lebenssituation des Leistungsberechtigten stärker unter die Lupe genommen wird.

► **Personenzentrierung**

Im Rahmen der Bedarfsermittlung steht nunmehr viel stärker als zuvor die einzelne Person im Zentrum der Betrachtung und Beurteilung, so dass auch die verwendeten Instrumente (Erhebungen, Analysen, funktionelle Prüfungen, Fragebögen etc.) stärker auf eine solche Personenzentrierung ausgerichtet sind. Überdies beruhen die Instrumente zur Bedarfsermittlung bei allen Reha-Trägern auf einheitlichen trägerübergreifenden Grundsätzen. Eine der wesentlichen Grundlagen für die Personenzentrierung ist die Anwendung bzw. Orientierung an der ICF (vgl. oben).

► **Vereinfachte Antragstellung – Gesamtplanverfahren**

Eine wesentliche Verbesserung stellt das neue vereinfachte und beschleunigte Reha-Verfahren dar. Es reicht nunmehr ein einziger Antrag aus, um alle erforderlichen Leistungen zu erhalten, auch wenn für die Erbringung verschiedene Reha-Träger zuständig sind. Für die Antragsteller:innen ist jetzt nur noch der „leistende Rehabilitationsträger“ maßgeblich, der sich um die Koordination der Leistungen kümmern muss und insoweit gegenüber den Antragsteller:innen verantwortlich ist. Dieser Reha-Träger muss auch das verbindliche Teilhabeplanverfahren durchführen und im Zweifel – wenn die eigentlich zuständigen Träger nicht oder nicht zeitgerecht leisten – die benötigten Leistungen selbst erbringen.

Die Antragsteller:innen müssen sich auch nicht mehr darum kümmern, ob und inwieweit der Reha-Träger, an den sie sich gewendet haben, tatsächlich zuständig ist. Ist dieser tatsächlich und überdies allein zuständig, wird er zwei Wochen nach Eingang des Antrags zum „leistenden Rehabilitationsträger“. Ist er nicht zuständig, leitet er den Antrag innerhalb von zwei Wochen an einen anderen Reha-Träger weiter. Ist auch dieser nicht zuständig, wird der Antrag an einen dritten Reha-Träger weitergeleitet, der sich dann auf jeden Fall der Sache annehmen muss, unabhängig davon, ob er tatsächlich zuständig ist oder nicht.

Grundsätzlich muss über den Antrag innerhalb von drei Wochen entschieden werden. Es gibt aber Ausnahmen, etwa wenn erst noch ein Gutachten eingeholt oder eine Beratung mit anderen Reha-Träger stattfinden muss. Übrigens beginnt die Drei-Wochen-Frist spätestens beim zweiten Reha-Träger zu laufen. Das bedeutet, dass sich im Falle einer Weiterleitung an einen dritten Reha-Träger dieser mitunter sputen muss, da für ihn nicht etwa eine neue Drei-Wochen-Frist zu laufen beginnt (sog. Turbo-Klärung).

► Leistungen wie aus einer Hand

Werden verschiedenartige Leistungen gewährt, für die eigentlich unterschiedliche Träger zuständig sind, erhält der Leistungsberechtigte dennoch nur einen Bescheid vom „zuständigen“ Träger, in welchem alle Leistungen aufgelistet sind. Damit erhalten die Berechtigten die Leistungen „wie aus einer Hand“. Das ist auch dann der Fall, wenn der Leistungsberechtigte anstelle von Sach- und Dienstleistungen Geldleistungen wünscht und ihm diese in Form eines trägerübergreifenden Budgets (s.u.) gewährt wird.

► Einbindung des Leistungsberechtigten in das Teilhabeplanverfahren

Stärker als in der Vergangenheit werden die Leistungsberechtigten in das Verfahren zur Erstellung eines Teilhabeplans eingebunden. Denn nur so kann das Ziel erreicht werden, den Bedarf der persönlichen Situation der Berechtigten und – so weit es geht – den eigenen Vorstellungen und Bedürfnissen entsprechend festzustellen.

Das Teilhabeplanverfahren ist im Gesetz explizit vorgegeben und wird dort als standardisiertes Verfahren beschrieben. Wenn es mehrere verschiedene Leistungen gibt oder mehrere Leistungsträger beteiligt sind, müssen die Leistungen schriftlich zusammengestellt und aufeinander abgestimmt werden.

Handelt es sich um einen komplexen Sachverhalt, ist zudem eine Teilhabekonferenz einzuberufen. Hier versammeln sich dann alle Beteiligten an einem Tisch, um gemeinsam den Bedarf sowie die Maßnahmen und Ziele festzulegen.

► **Assistenzleistungen**

Obwohl Assistenzleistungen auch schon in der Vergangenheit gewährt wurden, sind sie nunmehr als Leistung der Eingliederungshilfe bei den Leistungen zur Sozialen Teilhabe ausdrücklich aufgeführt – nicht zuletzt, um mehr Rechtsklarheit und -sicherheit zu gewähren. Assistenzleistungen sollen es ermöglichen, dass die Betroffenen ihren Alltag selbstbestimmt und seinen eigenen Wünschen entsprechend gestalten können. Sie können begleitend erfolgen oder in Form einer Übernahme von Handlungen.

Wichtig ist, dass bestimmte kostenintensive Assistenzleistungen – etwa im Bereich der Schulassistenz – für mehrere Personen gemeinschaftlich erbracht werden können (sog. Pools von Leistungen). Dies setzt jedoch voraus, dass ein solches Poolen zumutbar ist.

► **Persönliches Budget**

Grundsätzlich haben Menschen mit Behinderungen einen Anspruch auf Geldleistungen anstelle einer Sach- oder Dienstleistung, wenn letztere nicht zwingend als solche in einer bestimmten Reha-Einrich-

tung durchzuführen ist. Dieses Persönliche Budget ermöglicht es den Betroffenen, die erforderlichen Reha- oder Eingliederungsleistungen selbst einzukaufen. Das Budget kann sich nur auf einen Reha-Träger oder als sog. trägerübergreifendes Budgets auf mehrere zuständige Träger beziehen.

Eine besondere Form dieser Geldleistung ist das Budget für Arbeit, mit dem Menschen mit Behinderung als Alternative zu einer Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen die Möglichkeit gegeben werden soll, eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu finden. Mit dem Budget für Arbeit wird einerseits ein Lohnkostenzuschuss an das betreffende Unternehmen gezahlt, andererseits kann damit eine notwendige Assistenz zur Anleitung und Begleitung am Arbeitsplatz finanziert werden.

Eine vergleichbare Leistung ist das sog. Budget für Ausbildung.

► **Anrechnung von Einkommen und Vermögen**

Mit dem BTHG hat es eine finanzielle Verbesserung für Bezieher Eingliederungshilfeleistungen gegeben, da es nunmehr deutlich höhere Einkommens- und Vermögensfreigrenzen gibt und Einkommen und Vermögen der Leistungsbezieher daher nur noch zu einem geringeren Maße angerechnet wird.

Die Grenzen, ab denen Einkommen berücksichtigt wird, sind abhängig von der Einkommensart und hängen von der jährlichen Bezugsgröße der Sozialversicherung ab. 2023 lag die Einkommensgrenze im Fall von Renteneinkünften bei 24.444,00 Euro jährlich, bei Einkünften aus nicht sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung bei 30.555,00 Euro jährlich und im Falle von Einkünften aus sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung bei 34.629,00 Euro jährlich.

Vermögen wird in eineinhalbfacher Höhe der Bezugsgröße der Sozialversicherung geschont, das war 2023 ein Betrag von 61.110,00 Euro.

Übersteigendes Einkommen oder Vermögen müssen Menschen mit Behinderungen für den Erhalt von Eingliederungshilfeleistungen hingegen grundsätzlich einsetzen. Das gilt auch für Eltern von minderjährigen Leistungsbezieher:innen. Abgesehen hiervon wird Partnereinkommen und -vermögen nicht mehr berücksichtigt.

Zu bedenken ist jedoch, dass für parallel bezogene Leistungen zum Lebensunterhalt nach anderen Sozialgesetzbüchern die dort geregelten Anrechnungsregelungen gelten. Das heißt, dass es hier zu einer Berücksichtigung des Einkommens und Vermögens von Ehegatten, Partner:innen oder Familienangehörige kommen kann.

► **Anspruch auf unabhängige Beratung**

Mit dem BTHG wurden die früheren Gemeinsamen Servicestellen der Reha-Träger abgeschafft und durch sog. Ansprechstellen, die nicht nur Leistungsberechtigten, sondern auch Arbeitgeber:innen und anderen Reha-Trägern zur Verfügung stehen, ersetzt. Diesen Beratungsstellen fehlt es jedoch häufig an der erforderlichen Akzeptanz bei den Ratsuchenden, da sie von den Trägern geführt werden, die ja letztlich auch für die Leistungsgewährung zuständig sind. Vor allem benötigen viele eine Beratung durch Personen, die als Betroffene oder Angehörige einer Behindertenorganisation ähnliche Erfahrungen gesammelt haben bzw. sich in der gleichen Lebenssituation befinden und somit wirksamere Leistungsempfehlungen abgeben können.

Um dem insofern nachvollziehbaren Bedürfnis nach einer unabhängigen Beratung nachzukommen, hat sich der Gesetzgeber entschlossen, neben dem Beratungsangebot der Reha-Träger ein weiteres Beratungsangebot zu schaffen und zu finanzieren, und zwar das der Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB). Diese Form der Beratung wird hauptsächlich von Behindertenorganisationen durchgeführt.

► Stärkung der Schwerbehindertenvertretung

Das BTHG enthält schließlich auch Neuregelungen zur Stärkung der Schwerbehindertenvertretungen in Unternehmen und Werkstatträten. Hierzu sind verschiedene Einzelregelungen mit Anpassungen enthalten:

- Eine "erforderliche Vertretung" der Vertrauensperson kommt nunmehr generell bei dessen Verhinderung in Betracht (und nicht nur – wie zuvor – bei Abwesenheit oder Wahrnehmung anderer Aufgaben), so dass ein Vertretungsfall jetzt auch bei Befangenheit der Vertrauensperson denkbar ist.
- Die Heranziehung von Stellvertreter:innen von Vertrauenspersonen in Betrieben ist einfacher geregelt worden. Anstelle der bisherigen Festlegung einer Obergrenze (die in manchen Fällen als ungeeignet angesehen wurde) darf nunmehr pro 100 schwerbehinderten Beschäftigten ein/e (zusätzliche/r) Stellvertreter/in herangezogen werden. Diese Staffelung wird als deutlich klarer und gerechter angesehen.
- Gleichzeitig ist der Schwellenwert für die Freistellung der Vertrauensperson von 200 regelmäßig beschäftigten Arbeitnehmer:innen auf 100 herabgesetzt worden, um hierdurch der Belastung der Schwerbehindertenvertretung zu begegnen.
- Ein Fortbildungsanspruch des/der Stellvertreter/in der Vertrauensperson besteht nunmehr in gleichem Maße wie für die Vertrauensperson selbst.
- Die Schwerbehindertenvertretung erhält – genauso wie ein Betriebsrat – ein eigenes Übergangsmandat bei betrieblicher Umstrukturierung, etwa im Falle einer Spaltung oder der Zusammenlegung von Betrieben und Betriebsteilen im Rahmen einer Betriebsveräußerung oder Umwandlung. Für den öffentlichen Dienst und kirchliche Einrichtungen gelten eigene Regelungen.
- Bei Werkstatträten in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) ist nunmehr auch die Position der Frauenbeauftragten vorgesehen.
- Das Wahlverfahren bei Stufenvertretungen wird vereinfacht.
- Anstelle des Begriffs „Integrationsvereinbarung“ wird nunmehr die Formulierung „Inklusionsvereinbarung“ verwendet, wobei dem Integrationsamt vor allem eine moderierende Rolle bei den Ver-

handlungen zwischen Arbeitgeber:innen, Betriebs- / Personalrat und Schwerbehindertenvertretung zuteilwird.

- Ausdrücklich geregelt ist, dass die Kündigung eines schwerbehinderten Menschen, die der Arbeitgeber:innen ohne

Beteiligung der Schwerbehindertenvertretung aussprechen, unwirksam ist.

- Unter dem Vorbehalt der Erforderlichkeit haben Arbeitgeber:innen die Kosten für eine Bürokratie der Schwerbehindertenvertretung zu tragen.

1.5 Bisherige Erkenntnisse und Erfahrungen mit dem BTHG

Es ist inzwischen ein Jahr seit dem ursprünglich geplanten Inkrafttreten der letzten Stufe des BTHG vergangen, und angesichts der großen Spannweite des Gesetzeswerks und der Vielzahl an Umsetzungsschritten sowie notwendigen Folgeregelungen (insbesondere auf Länderebene), wäre es sicherlich vermessen, bereits jetzt eine vollständige Umsetzung im Sinne des Gesetzgebers und der am Gesetzgebungsverfahren beteiligten Akteure zu erwarten. Nichtsdestotrotz stellt sich die Frage, ob die bereits festzustellenden Veränderungen, etwa im Rehabilitationsprozess, ausreichend sind.

Untersuchung der modellhaften Erprobung

Bei einem derart umfassenden Gesetzeswerk wie das Bundesteilhabegesetz, bei dem nicht zuletzt auch gewaltige finanzielle Mittel bewegt wurden, ist natürlich zu prüfen, ob die gesetzlichen Maßnahmen

die angestrebte Wirkung erzielt haben. So wurden schon im Verlauf des Gesetzgebungsprozesses geprüft, ob die ins Auge gefassten Ziele mit den diskutierten Regelungen erreicht werden können. Nach Inkrafttreten der ersten Reformstufe des BTHG wurde dann mit ersten Evaluationen begonnen, insbesondere im Wege einer modellhaften Erprobung.

Hierzu liegt seit Januar 2023 als Broschüre der „Abschlussbericht der Wissenschaftlichen Untersuchung der modellhaften Erprobung der Verfahren und Leistungen nach Art. 1 Teil 2 des BTHG (Evaluation modellhafte Erprobung)“ vor. Das 350-seitige Werk kann auch auf der Internetseite des BMAS heruntergeladen werden.

Die Autor:innen des Berichts weisen ausdrücklich darauf hin, dass bis zum „Echtbetrieb-BTHG“ in einigen Bundesländern noch Jahre vergehen werden. Schon jetzt zeigten sich erste Unterschiede sowohl

hinsichtlich der Verwaltungsabläufe als auch hinsichtlich der Leistungserbringung. So hätten manche Bundesländer bereits von Beginn an ICF-basierte Bedarfsermittlungsinstrumente eingesetzt, die mit positiven Erfahrungen in der Anwendung und zugleich mit einer positiven Resonanz aus der Perspektive der Leistungsberechtigten verbunden waren. Soweit es um die Eingliederungshilfe gehe, müsse man aber auch berücksichtigen, dass das BTHG zwar einen einheitlichen bundesweiten Rahmen für die Umsetzung der neuen Regelungen der Eingliederungshilfe bildet, dass diese Regelungen jedoch in Ausführungsvorschriften der Länder und detailliert durch Landesrahmenverträge zwischen Leistungsträgern und Verbänden von Leistungserbringern konkretisiert werden müssten.

Festgestellt wurde bei der Untersuchung vor allem, dass die neuen Bedarfsermittlungsinstrumente praxistauglich seien und dazu beitragen, dass Wünsche und Bedarfe der Leistungsberechtigten umfassend erhoben, dokumentiert und berücksichtigt werden. Der damit verbundene erhöhte Personalaufwand bei den Trägern sei angesichts der Maßgabe der Personenzentrierung vertretbar.

Befragung der Mitgliedsverbände der BAG SELBSTHILFE

Die BAG SELBSTHILFE hat im Vorfeld der Erstellung dieser Broschüre eine Befragung unter ihren Mitgliedsverbänden vorgenommen, um anhand der subjektiven Einschätzung einzelner Akteure zumindest einen Eindruck zu erhalten, ob und inwieweit die Regelungen des BTHG bereits zu einer Veränderung beim Reha-Verfahren oder bei der Gewährung von Eingliederungshilfeleistungen geführt haben.

Die Rückmeldungen lassen durchaus eine Tendenz erkennen, die sich mit den Ergebnissen der erwähnten wissenschaftlichen Untersuchung decken: So wurden zwar in Teilen Verbesserungen bzw. Veränderungen gemäß den Vorgaben des BTHG festgestellt, etwa mehr Effizienz im Zusammenhang mit der Reha-Antragstellung. Im Ergebnis haben sich nach Auskunft der Mitgliedsverbände aber bisher keine wesentlichen Veränderungen ergeben. Es seien zwar Bemühungen erkennbar, an der Umsetzung hapere es jedoch, was nach Einschätzung mancher Verbände nicht zuletzt an einem zu starren und unflexiblen Genehmigungsapparat liege.

Die Frage, ob allgemein positive Veränderungen in Bezug auf den Verfahrensablauf und die Inanspruchnahme von Rehabilitations- und Teilhabeleistungen seit Inkrafttreten des BTHG festgestellt wurden, bejahten lediglich ein Drittel.

Insbesondere die Frage, ob man eine Beschleunigung oder Vereinfachung bei der Beantragung von Teilhabeleistungen oder auch bei der Bedarfsermittlung feststelle, wurde fast ausschließlich verneint. Das war auch bei den Fragestellungen der Fall, ob das persönliche Budget häufig in Anspruch genommen wird, ob es zu Erleichterungen bei der Jobsuche gekommen ist und ob die gesetzlichen Regelungen insgesamt verständlich und übersichtlich seien. Überdies monierte ein Verband, dass die Rolle der verschiedenen Akteure und ihrer Leistungsangebote nach wie vor unübersichtlich sei. Zudem mache sich der allgemeine Fachkräftemangel in diesem Zusammenhang bemerkbar.

Kritisiert wurden häufig lange Wartezeiten, eine schlechte Erreichbarkeit sowie fehlende zuständige AnsprechpartnerInnen. Auch die fortschreitende Digitalisierung, etwa in Form von Online-Anträgen, stößt nicht uneingeschränkt auf Zustimmung. Betont wurde indessen, dass die Betroffenen – nicht zuletzt dank der unabhängigen Beratung – ihre Rechte kennen und diese auch einfordern. Umgekehrt sei die behördliche Beratung unzureichend, was auch daran liege, dass die Mitarbeiter:innen noch nicht hinreichend geschult seien.

Gerade für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen sei das Verfahren nach wie vor nicht überschaubar und die neuen Teilhabeinstrumente zu lang und zu unverständlich. Auch in den Werkstätten habe sich bisher nichts geändert.

Allerdings wurde auch berichtet, dass bei der medizinischen Rehabilitation durchaus Bemühungen erkennbar seien, das Wunsch- und Wahlrecht stärker zu berücksichtigen. Auch würden offenkundig häufiger ICF-basierte medizinische Feststellungen getroffen. Im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung werden hingegen viele Leistungen – etwa bei der Hilfsmittelversorgung – nicht als Leistungen zur medizinischen Reha angesehen und deshalb auch nicht die im SGB IX enthaltenen Teilhabevorschriften angewendet.

Auch seien fehlende Angebote oder sogar Regelungslücken erkennbar, etwa für den Bereich der Mobilien Rehabilitation oder bei fehlender Reha-Fähigkeit.

Im Bereich Teilhabe am Arbeitsleben mangle es vor allem an Unterstützung und Angeboten für psychisch Erkrankte. Das Budget für Arbeit werde selten in Anspruch genommen.

Im Bereich der Eingliederungshilfe bestehe das Problem, dass es eine höchst unterschiedliche Ausgestaltung und Umsetzung in den Ländern und Kommunen gibt. Dementsprechend finde auch die Bedarfsermittlung in unterschiedlicher Qualität statt. Viele Umsetzungen würden erkennbar von der Kassenlage abhängen.

2. GESETZLICHE GRUNDLAGEN

Viele Bürger:innen fragen sich, an wen man sich wenden muss, wenn man eine bestimmte soziale Leistung beantragen will oder auch nur eine Frage hierzu hat. Muss man sozialversichert sein? Muss man selbst die richtige Stelle für das Anliegen herausuchen? Wer ist bei einem Reha-Antrag zuständig: die Krankenkasse oder die Rentenversicherung?

In der Tat erscheint das soziale System in Deutschland ein wenig unübersichtlich und verwirrend. Wir wollen daher zunächst einen kurzen Überblick verschaffen, wer für was zuständig ist und wo was gesetzlich geregelt ist.

2.1 Das Sozialrecht und die gesetzliche Sozialversicherung in Deutschland

Das Sozialrecht in Deutschland findet insbesondere im Sozialgesetzbuch seinen Ausdruck. Dieses besteht im Grunde genommen aus zwölf einzelnen Gesetzbüchern, ab 2024 sogar aus 13, und enthält einerseits Normen für die verschiedenen Zweige der Sozialversicherung und andererseits Regelungen für Leistungen der staatlichen Fürsorge und Hilfe, die nicht mit einem Versicherungserfordernis verbunden sind.

Weil die verschiedenen Leistungsbereiche – z.B. bei Krankheit, bei Arbeitslosigkeit oder bei Rentenbezug – in jeweils eigenen

Versicherungszweigen zusammengefasst sind, spricht man auch vom gegliederten Sozialversicherungssystem.

Die meisten Arbeitnehmer:innenverhältnisse führen zu einem Pflichtverhältnis in der gesetzlichen Sozialversicherung, je nachdem, welches Einkommen man erzielt. Man kann sich unter bestimmten Voraussetzungen auch von der Versicherungspflicht befreien lassen oder sich umgekehrt als Nicht-Versicherungspflichtige/r (z.B. ein/e Selbstständige/r) freiwillig in der gesetzlichen Sozialversicherung versichern. Übrigens können auch Personen pflichtversichert sein, die nicht in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, etwa arbeitslos Gemeldete oder Rentenbezieher:innen. Ein großer Personenkreis der nicht Versicherungspflichtigen ist bekanntermaßen der der Beamten:innen.

Personen, die nicht in der gesetzlichen Sozialversicherung pflichtversichert sind, können sich in der Regel privat versichern. Zudem gibt es für Versicherte in der gesetzlichen Sozialversicherung die Möglichkeit, private Zusatzversicherungen abzuschließen, z.B. Zahnzusatzversicherungen oder private Unfallversicherungen.

2.2 Aufbau des Sozialgesetzbuches

Das Sozialgesetzbuch gliedert sich in folgende Bereiche:

▶ **SGB I – Allgemeiner Teil**

enthält allgemeine Vorschriften, die grundsätzlich für alle Leistungsbereiche gelten, z.B. Definitionen, Verfahrensregelungen, Auskunft- und Beratungspflichten der Behörden

▶ **SGB II – Grundsicherung für Arbeit-suchende**

zielt ab auf Förderung von erwerbsfähigen Personen; enthält u.a. Regelungen zu Leistungen zur Eingliederung in Arbeit sowie zum Bürgergeld

▶ **SGB III – Arbeitsförderung**

regelt die Arbeitslosenversicherung und die Voraussetzungen für den Bezug von Arbeitslosengeld, Arbeitsvermittlung durch die Bundesagentur für Arbeit (BA), Berufsvorbereitung, Weiterbildung etc.

▶ **SGB IV – gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung**

enthält z.B. Regelungen bezüglich der Beitragserhebung, zum Haushalt und Rechnungswesen oder auch zur Vergabe von Betriebsnummern

▶ **SGB V – gesetzliche Kranken-versicherung**

enthält Regelungen zu Leistungen zur Krankenbehandlung, zur Heil- und Hilfsmittelversorgung, Prävention, Haushaltshilfe, Rehabilitationsleistungen etc.

▶ **SGB VI – gesetzliche Renten-versicherung**

beinhaltet u.a. die Darstellung der Rentenarten (Altersrente, Erwerbsminderungsrente etc.), regelt die Voraussetzungen für einen Rentenbezug und zu den rentenrechtlichen Zeiten, enthält Normen zur Prävention und zur beruflichen und medizinischen Rehabilitation

▶ **SGB VII – gesetzliche Unfall-versicherung**

regelt vor allem den Versicherungsschutz bei erlittenem Arbeitsunfall, Wegeunfall oder bei einer Berufskrankheit

▶ **SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe**

enthält u.a. Regelungen zur Hilfe zur Erziehung, Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche, Hilfe für junge Volljährige, Zusammenarbeit der freien Jugendhilfe, Jugendhilfeplanung

▶ **SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen**

regelt insbesondere Rehabilitationsleistungen, Eingliederungshilfe, Schwerbehindertenrecht (s.u.)

▶ **SGB X – Sozialverwaltungsverfahren, Sozialdatenschutz**

enthält u.a. Verfahrensregelungen und -grundsätze, Regelungen zum Zustandekommen und zur Bestandskraft eines Verwaltungsakts, zum öffentlich-rechtlichen Vertrag, zur Verarbeitung von Sozialdaten

► **SGB XI – Soziale Pflegeversicherung**
regelt u.a. den Pflegebedürftigkeitsbegriff, die Pflegegrade, Pflegesachleistungen, Pflegegeld, häusliche und stationäre Pflege etc.

► **SGB XII – Sozialhilfe**
Sozialhilfeleistungen zur Sicherung des Existenzminimums, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Regelungen zum Regelbedarf sowie zum Mehrbedarf

► **SGB SGB XIV – Soziale Entschädigung
(tritt zum 01.01.2024 in Kraft)**

Zusammenfassung von bisher in Einzelgesetzen geregelten Entschädigungsleistungen: Entschädigung von Opfern von Gewalttaten, Kriegsoferentschädigung, Entschädigung bei Schäden im Rahmen des Zivildienstes, Entschädigungen bei erlittenen Schäden durch Schutzimpfungen

2.3 Die UN-Behindertenrechtskonvention und ihre Umsetzung

Ein wesentlicher Schritt auf dem Weg zu mehr Teilhabe und Inklusion wurde mit der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) getan. Die UN-BRK wurde im Ende 2006 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedet und ist in Deutschland im März 2009 in Kraft getreten.

Bei der UN-Behindertenrechtskonvention handelt es sich um einen völkerrechtlichen Vertrag, der die allgemeinen Menschenrechte in Bezug auf die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen konkretisiert. Anders als in der Vergangenheit, als eine Behinderung noch allein unter dem Gesichtspunkt der Funktionsbeeinträchtigung und insoweit als Defizit verstanden wurde, verbunden mit einem von Fremdbestimmung geprägten Fürsorgeprinzip, steht nunmehr der behinderte Mensch im Mittelpunkt, der sein Leben selbstbestimmt gestaltet. Dabei sind Inklusion und Teilhabe Leitgedanken der UN-BRK.

Aus der UN-BRK lassen sich grundsätzlich keine Ansprüche unmittelbar herleiten. Vielmehr bedarf es der Umsetzung in nationales Recht. Der deutsche Gesetzgeber hat bereits an zahlreichen Stellen Neuregelungen geschaffen oder Anpassungen bei bestehenden Gesetzen vorgenommen, die den Vorgaben der UN-BRK entsprechen. Eines der zentralen Werke ist dabei das erwähnte BTHG. Es bleibt jedoch ein fortwährender Prozess, der übrigens nicht nur auf Bundes-, sondern auch auf Länder- und Kommunalebene stattfindet.

Bei der Auslegung innerstaatlicher Regelungen, die sich (auch) auf die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen beziehen (z.B. bei Anspruchsnormen nach dem Sozialgesetzbuch), ist im Zweifel die UN-BRK zugrunde zu legen und die Norm in deren Sinne zu interpretieren.

2.4 Sozialgesetzbuch 9 (SGB IX)

Das Sozialgesetzbuch 9 (SGB IX) enthält Regelungen zur Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Es ist das zentrale Gesetzbuch, wenn es um die Ausgestaltung von Reha-Leistungen, Leistungen der Eingliederungshilfe sowie die Rechte von schwerbehinderten Menschen geht.

Das SGB IX besteht aus drei Teilen:

► Teil 1

Unter dem Titel „Regelungen für Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Menschen“ beinhaltet der erste Teil des Gesetzes zunächst allgemeine Grundsätze und Definitionen. Dabei wird gleich zu Beginn des SGB IX die Zielrichtung benannt. § 1 Satz 1 SGB IX lautet:



Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.“

Die Bezeichnung „volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“ entspricht der Formulierung, wie sie auch in der UN-BRK zu finden ist. Dabei wird deutlich, dass bei der Teilhabe grundsätzlich keine Abstriche zu machen sind, sondern im Sinne des Inklusionsgedankens die gleichen Möglichkeiten bestehen sollen wie für einen Nichtbehinderten.

Darüber hinaus sind im SGB IX Teil 1 wesentliche Regelungen über das Reha-Verfahren und in diesem Zusammenhang etwa die Bedarfsermittlung, die Koordinierung der Leistungen sowie die Zusammenarbeit der Reha-Träger enthalten.

Ferner werden in diesem Teil die Leistungsgruppen dargestellt, in denen Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft erbracht werden:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen
- Leistungen zur Teilhabe an Bildung
- Leistungen zur Sozialen Teilhabe

Diese Gruppen von Teilhabeleistungen wurden gebildet, um die wesentlichen Bereiche abzudecken, in denen ein Teilhabebedarf entstehen kann. Der Katalog ist jedoch nicht abschließend, d.h. es können grundsätzlich auch Teilhabeleistungen in Betracht kommen, die nicht klar unter einen der genannten Bereiche gefasst werden können.

► Teil 2

Im zweiten Teil des SGB IX ist die sog. Eingliederungshilfe geregelt, die mit dem BTHG aus dem SGB XII, wo sie zuvor geregelt war, herausgelöst und hier neu verankert worden ist. Die Eingliederungshilfe enthält vor allem Fachleistungen zur Sozialen Teilhabe und ist im Grunde genommen mit den Teilhabe- und Rehabilitationsleistungen der Rehabilitationsträger vergleichbar.

Ziel ist es, den persönlichen Bedarf der Leistungsberechtigten in den Vordergrund zu stellen und ein personenbezogenes Verfahren durchzuführen, um das oben genannte Ziel der Selbstbestimmung und vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu erreichen. Früher war insoweit vor allem die Wohnform für den Eingliederungsbedarf maßgeblich, d.h. der Bedarf wurde insbesondere daran festgemacht, ob jemand in einem Privathaushalt lebt, in einer Einrichtung oder etwa im Rahmen eines Betreuten Wohnens. Das hat sich nunmehr grundsätzlich geändert.

Anders als in der Vergangenheit erbringen die Träger der Sozialhilfe nur noch die existenzsichernden Leistungen (Kosten der Unterbringung, Verpflegung – so wie für andere unterstützungsbedürftige Personengruppen auch), nicht mehr hingegen die Teilhabe- und Rehabilitationsleistungen, für die nunmehr die Reha-Träger zuständig sind.

Die Leistungen der Eingliederungshilfe sind nachrangig, d.h. sie werden nur erbracht, wenn nicht ein anderer Leistungsträger – etwa die Krankenversicherung oder der Rentenversicherungsträger – vorrangig zuständig ist.

► Teil 3

Der dritte Teil des SGB IX beinhaltet besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen. Diese beziehen sich vor allem die Beschäftigung von schwerbehinderten Arbeitnehmer:innen und die damit verbundenen (Sonder-)Rechte. So wird beispielsweise der besondere Kündigungsschutz von Schwerbehinderten im SGB IX Teil 3 genau geregelt. Hier sind aber auch die Regelungen zur Beschäftigungspflicht von Arbeitgeber:innen enthalten, zu den Zuständigkeiten von Integrationsämtern und Integrationsfachdiensten, aber auch zu den Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM). Schließlich sind hier die Grundlagen für die Versorgungsmedizin-Verordnung und damit für die Feststellung des Grades der Behinderung (vgl. unten Punkt 3.3) enthalten, einschließlich der Normen für die unentgeltliche Beförderung schwerbehinderter Menschen im öffentlichen Personenverkehr.

2.5 Weitere Gesetze: Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) – Barrierefreiheitsstärkungsgesetz (BFSG) – Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG)

Kurze Erwähnung sollen drei weitere wichtige Gesetze finden, die im engen Zusammenhang mit dem Inklusionsgedanken stehen und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen garantieren sollen. Sie beziehen sich in erster Linie auf die Aspekte Benachteiligungsverbot und Barrierefreiheit. Sie sind im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Reha- und Teilhabeleistungen in der Regel nicht zwingend maßgeblich, können aber zum Beispiel im Rahmen des Reha-Verfahrens oder bei der Leistungsgewährung von Bedeutung sein, etwa wenn damit eine Diskriminierung stattfinden sollte oder wenn aufgrund mangelnder Barrierefreiheit Teilhabe nicht oder nur eingeschränkt möglich ist.

Behindertengleichstellungsgesetz

Das Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) zielt darauf ab, Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen abzubauen oder zu verhindern, und stellt damit eine Umsetzung des in Art. 3 Abs. 3 Satz 2 Grundgesetz (GG) enthaltenen Verbots der Benachteiligung von Menschen mit Behinderungen dar.

Das BGG richtet sich an die öffentliche Verwaltung und verpflichtet Behörden, Körperschaften und Anstalten des Bundes insbesondere zur Schaffung von Barrierefreiheit. Auf der Ebene der Bundesländer gibt es vergleichbare Behindertengleichstellungsgesetze für öffentliche Stellen des jeweiligen Landes.

Die Privatwirtschaft wird durch das BGG und die entsprechenden Landesregelungen nicht verpflichtet. Insoweit wird jedoch in Kürze das Barrierefreiheitsstärkungsgesetz in Kraft treten, das zumindest eine teilweise Verpflichtung von privaten Unternehmen zur Schaffung von Barrierefreiheit beinhaltet.

Barrierefreiheitsstärkungsgesetz

Nachdem auf europäischer Ebene die Richtlinie (EU) 2019/882 über die Barrierefreiheitsanforderungen für Produkte und Dienstleistungen verabschiedet worden ist, durch das Unternehmen und Dienstleistungserbringer künftig verpflichtet werden, bestimmte Produkte und Dienstleistungen barrierefrei auszugestalten bzw. barrierefrei nutzbar anzubieten, hat der deutsche Gesetzgeber diese Richtlinie zwischenzeitlich umgesetzt und das Barrierefreiheitsstärkungsgesetz (BFSG) samt Rechtsverordnung beschlossen, die im Wesentlichen im Sommer 2025 in Kraft treten werden. Das Gesetz bezieht sich insbesondere auf IT-Produkte und digitale Dienstleistungen, etwa auf den Online-Handel für Verbraucher:innen und den diesbezüglichen elektronischen Geschäftsverkehr, aber auch auf Produkte wie Computer, Smartphones oder etwa Fahrkarten- und Bankautomaten. Die in § 1 BFSG aufgeführten Produkte und Dienstleistungen müssen künftig barrierefrei sein bzw. barrierefrei angeboten werden.

Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz

Mit dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) wird der Schutz vor Diskriminierung aus rassistischen Gründen oder wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität durch private Akteure umfassend geregelt. Das AGG enthält insbesondere Pflichten und Rechte von Arbeitgeber:innen auf der einen und Arbeitnehmer:innen auf der anderen Seite. Grundsätzlich wird aber auch die

Privatwirtschaft zur Beachtung des Benachteiligungsverbots verpflichtet. Somit gilt etwa auch bei einem Theater- oder Restaurantbesuch oder beim Abschluss von Miet- oder Versicherungsverträgen der Diskriminierungsschutz des AGG. Allerdings sieht das Gesetz Ausnahmen von den darin enthaltenen Pflichten vor, so dass es im Ergebnis doch nicht immer den Schutz bietet, der erforderlich wäre. Nicht zuletzt aus diesem Grunde wird derzeit eine Überarbeitung des AGG diskutiert.

3. MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN

3.1 Behinderungsbegriff

Teilhabe- und Rehabilitationsleistungen nach dem SGB IX sind für Menschen mit Behinderungen oder Menschen mit einer drohenden Behinderung vorgesehen. Wer zu dieser Personengruppe gehört, ist in § 2 Abs.1 SGB IX definiert:



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

Mit dieser Formulierung versucht der Gesetzgeber, einerseits die Auswirkung und die Folgen einer Behinderung in die Definition einfließen zu lassen und andererseits eine Abgrenzung zu denjenigen vorzunehmen, die nur vorübergehend gesundheitlich eingeschränkt sind (z.B. aufgrund einer vorübergehenden Erkrankung oder einer Verletzung, die zeitnah wieder abheilt). Dabei wird deutlich gemacht, dass von einer Behinderung nicht etwa nur im Falle einer körperlichen Beeinträchtigung oder bei einer Sinnesbeeinträchtigung wie eine Sehbehinderung oder einer Hörschädigung auszugehen ist. Vielmehr können auch Personen mit psychischen Erkrankungen oder kognitiven Beeinträchtigungen zur Personengruppe der Menschen mit Behinderungen gehören.

Wichtig ist, dass die Beurteilung, ob und inwieweit eine Beeinträchtigung vorliegt, nicht – wie früher – ausschließlich an der körperlichen Funktionsbeeinträchtigung festgemacht wird, sondern an der Wechselwirkung mit den Rahmenbedingungen (Barrieren), denen die betreffende Person ausgesetzt ist, und der Frage, inwieweit hierdurch eine Teilhabebeeinträchtigung hervorgerufen wird. Ist eine solche Beeinträchtigung gegeben und dauert sie länger als sechs Monate (zur Abgrenzung von einer nur kurzzeitigen Krankheit oder Verletzung), ist des Weiteren zu prüfen, ob der Körper- bzw. Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Bekanntlich wird der Mensch mit zunehmendem Alter auch anfälliger für körperliche Gebrechen und Einschränkun-

gen. Diese „typische“ gesundheitliche Entwicklung, wie sie fast jeden im Laufe der Jahre trifft, stellt also keine „Abweichung“ im Sinne einer Behinderung dar.

Nur zur Klarstellung: Nicht nur Personen mit Mobilitätseinschränkungen oder etwa Sinnesbeeinträchtigungen gehören zur Personengruppe der Menschen mit Behinderungen. Auch eine chronische Erkrankung kann unter den Behinderungsbegriff fallen. Erforderlich ist auch hier, dass eine Beeinträchtigung im oben genannten Sinne vorliegt.

3.2 Schwerbehinderung

Das SGB IX enthält, wie erwähnt, in Teil 3 Regelungen für die Teilhabe von schwerbehinderten Menschen. Als schwerbehindert gelten Personen, denen ein Grad der Behinderung von mindestens 50 zuerkannt worden ist.

Schwerbehinderten Menschen stehen verschiedene Nachteilsausgleiche und vor allem Sonderrechte am Arbeitsplatz zu. Am bekanntesten ist sicherlich der besondere Kündigungsschutz. Das bedeutet, dass der Arbeitgeber/die Arbeitgeberin vor Ausspruch der Kündigung die Zustimmung des Integrationsamtes einholen muss. Diesen besonderen Kündigungsschutz können auch Personen erhalten, denen lediglich ein Behinderungsgrad von 30 oder 40 zuerkannt worden ist. Erforderlich ist, dass diese Person durch die Agentur für Arbeit einem schwerbehinderten Menschen gleichgestellt worden ist.

Behinderung und Beschäftigung

Die vielen Regelungen im SGB IX zur Teilhabe am Arbeitsleben bzw. im Zusammenhang mit der Beschäftigung schwerbehinderter Menschen zeigen, wie wichtig es dem Gesetzgeber ist, dass auch diese Personengruppe einen Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt findet. Zu den Vorgaben gehört u.a. die Pflicht von Arbeitgeber:innen, in einer bestimmten Größenordnung (die sich nach der Mitarbeiterzahl des Unternehmens bemisst) Schwerbehinderte zu beschäftigen. Kommen sie dem nicht nach, müssen sie eine sog. Ausgleichsabgabe leisten.

Vor allem gehören Regelungen bzw. Unterstützungsmaßnahmen dazu, die sich direkt auf die/den Beschäftigte/n und ihren/seinen Arbeitsplatz beziehen. So haben schwerbehinderte Beschäftigte unter anderem einen Anspruch auf Einrichtung eines behindertengerechten Arbeitsplatzes und ein behindertengerechtes Arbeitsumfeld. Die Integrationsämter leisten hierzu entsprechende Unterstützung. Das gilt auch für die sonstige Begleitende Hilfe im Arbeitsleben. Denkbar ist insoweit auch eine entsprechende Unterstützung durch die Rentenversicherung im Rahmen der sog. beruflichen Rehabilitation bzw. Teilhabe am Arbeitsleben (z.B. die Ausstattung des Arbeitsplatzes mit einem technischen Hilfsmittel).

Unterstützung kann auch in Form einer Arbeitsassistenz erfolgen. Hierbei handelt es sich um eine persönliche Unterstützung am Arbeitsplatz, wenn die – in der Regel sehr stark eingeschränkte – schwerbehinderte Person ihre berufliche Tätigkeit nur mit dieser Hilfe ausüben kann. Seit dem BTHG gilt, dass die Kosten für die Arbeitsassistenz voll übernommen werden müssen, wenn diese als notwendig festgestellt worden ist. Es besteht hier dann grundsätzlich kein Ermessensspielraum der Behörde.

Neben diesen und weiteren Ansprüchen von Betroffenen können umgekehrt auch Arbeitgeber:innen Unterstützung erhalten. Sie können für den Fall, dass die Arbeitsleistung des/der schwerbehinderten Beschäftigten deutlich unter der Leistung einer Person liegt, die eine vergleichbare Arbeit leistet und keine Behinderung hat, einen Lohnkostenzuschuss (auch Beschäftigungssicherungszuschuss genannt, früher als Minderleistungsausgleich bezeichnet) beim Integrationsamt oder Inklusionsamt beantragen.

Das ist auch im Rahmen des mit dem BTHG ins Leben gerufenen Budgets für Arbeit möglich. Dieses Budget stellt eine besondere Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben dar, für die in der Regel der Träger

der Eingliederungshilfe zuständig ist. Das Budget für Arbeit beinhaltet einen Lohnkostenzuschuss an den Betrieb, der einen Menschen mit Behinderung beschäftigt, sowie Betreuungsleistungen für Menschen mit Behinderungen.

Vergleichbare Leistungen gibt es übrigens auch für den Ausbildungsbereich.

Eine Beschäftigung von Menschen mit (Schwer-)Behinderungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt scheitert nach wie vor häufig daran, dass Betroffene, aber vor allem auch potenzielle Arbeitgeber:innen nicht hinreichend über die Möglichkeiten finanzieller und sonstiger Unterstützung informiert sind. Zugegebenermaßen sind die Leistungsarten und Zuständigkeiten nicht leicht zu durchschauen. Es ist aber nicht Aufgabe der bzw. des schwerbehinderten Arbeitnehmerin/s oder des Unternehmens, sich in die komplexe Materie einzuarbeiten und jeweiligen Anspruchsgrundlagen im Gesetz herauszufinden. Es ist vielmehr ausreichend, das Thema Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen des Teilhabeplanverfahrens anzusprechen oder sich mit dem zuständigen Integrations- oder Inklusionsamt in Verbindung zu setzen, und über die Möglichkeiten, die sich im individuellen Fall bieten, zu sprechen.

3.3 Versorgungsmedizin-Verordnung und GdB-Einstufung

Für die Inanspruchnahme der Leistungen nach dem SGB IX ist die vorherige Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) zwar meist nicht erforderlich. Dennoch macht es in der Regel Sinn, im Falle des Vorliegens von gesundheitlichen Einschränkungen einen entsprechenden Antrag auf Zuerkennung eines GdB beim zuständigen Versorgungs- oder Inklusionsamt zu stellen. Denn der behördliche Bescheid oder der Schwerbehindertenausweis (auf den ab einem GdB von 50 ein Anspruch besteht), in welchem der festgestellte Behinderungsgrad und ggf. sogenannte Merkzeichen enthalten sind, kann dann als Nachweis für viele Nachteilsausgleiche vorgelegt werden, etwa gegenüber dem Finanzamt um Steuererleichterungen geltend zu machen oder auch bei der Inanspruchnahme vergünstigter Angebote von Theatern, Museen etc.

Für bestimmte Ansprüche, etwa im Arbeitsbereich, ist – wie gesehen – auch das Vorliegen einer Schwerbehinderung erforderlich. § 2 Abs. 2 SGB IX definiert die Personengruppe der Schwerbehinderten wie folgt:

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

Einer der wichtigsten Nachteilsausgleiche, die mit einer Schwerbehinderung verbunden sind oder sein können, ist der oben erwähnte besondere Kündigungsschutz.

Der Grad der Behinderung wird anhand der dem Versorgungsamt (oder der insoweit zuständigen Behörde) vorgelegten medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Atteste, Gutachten etc.) festgestellt. Sollten Zweifel oder Unklarheiten bestehen, kann theoretisch auch eine ergänzende amtsärztliche Untersuchung vorgenommen werden (diese findet aber in der Regel allenfalls im Rahmen eines Rechtsbehelfsverfahrens statt, d.h. wenn

man sich mit der Entscheidung der Behörde nicht einverstanden erklärt und hiergegen Widerspruch einlegt oder sogar später Klage erhebt).

Welcher Grad der Behinderung bei welcher Beeinträchtigung bzw. bei welcher Schwere einer bestimmten Beeinträchtigung zugrunde zu legen ist, ergibt sich aus der sog. Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV). Diese enthält vor allem Vorgaben, nach denen der Grad der Behinderung (GdB) und eventuelle Merkzeichen festzustellen sind. Als Anlage zur VersMedV enthalten die sog. Versorgungsmedizinischen Grundsätze Kriterien, nach denen die betreffenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen bundesweit einheitlich zu beurteilen sind. Dazu gehört vor allem eine Auflistung von medizinischen Befunden und Behinderungs- und Erkrankungsarten, denen – gestaffelt nach der Schwere der jeweiligen Beeinträchtigung – ein GdB zugewiesen ist. So kann dann die Behörde anhand der vorliegenden medizinischen Unterlagen des Antragstellers/der Antragstellerin und dieser Liste der VersMedV feststellen, welcher GdB zuzuerkennen ist. Liegen mehrere verschiedene Beeinträchtigungen vor, werden die jeweiligen Einzel-GdB nicht etwa einfach addiert. Vielmehr wird – in der Regel ausgehend vom höchsten GdB-Einzelwert - der Gesamt-

GdB nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander festgestellt.

Im Falle der Feststellung einer Schwerbehinderung (also bei einem GdB von mindestens 50) kann unter bestimmten Voraussetzungen zusätzlich ein sog. Merkzeichen vergeben werden, z.B. das Zeichen „G“ (für: „erhebliche Gehbehinderung“), wenn die Bewegungsfähigkeit der behinderten Person im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt ist, oder etwa das Merkzeichen „H“ (für: „Hilflosigkeit“), wenn die berechnete Person dauerhaft und in erheblichem Maße fremde Hilfe bei regelmäßigen Verrichtungen des täglichen Lebens benötigt.

Diese Merkzeichen erfüllen dann – je nach Art – die Voraussetzung für die Inanspruchnahme bestimmter Sonderleistungen, wie etwa die unentgeltlichen Beförderung im Personenverkehr.

Die Merkzeichen berechtigen zu besonderen Hilfen, um behinderungsbedingte Nachteile auszugleichen. Insbesondere folgende Merkzeichen gibt es

Merkzeichen B

Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson

Voraus.: GdB von mind. 50, Zuerkennung des Merkzeichens G, H oder GI

- ▶▶ insbesondere unentgeltliche Beförderung der Begleitperson oder eines Hundes im Nah- und Fernverkehr

Merkzeichen G

erhebliche Geh- und Stehbehinderung

Voraus.: erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr

- ▶▶ u.a. Steuervergünstigungen, Kfz-Hilfe

Merkzeichen aG

außergewöhnliche Gehbehinderung

Voraus.: Fortbewegung nur unter größter Anstrengung möglich

- ▶▶ u.a. Freifahrt im ÖPNV, Parkerleichterungen, Steuervergünstigungen / Kfz-Steuerbefreiung

Merkzeichen H

hilflos

Voraus.: Fremde Hilfe bei mind. drei alltäglichen Verrichtungen für Dauer von mind. zwei Stunden erforderlich

- ▶▶ u.a. Freifahrt ÖPNV, Steuervergünstigungen / Kfz-Steuerbefreiung, Pflegegeld, häusliche Pflegehilfe

Merkzeichen GI

gehörlos

Voraus.: Gehörlosigkeit oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit mit schwerer Sprachstörung

- ▶▶ insbesondere Freifahrt ÖPNV, Kfz-Steuerermäßigung

Merkzeichen BI

blind

Voraus.: Blindheit oder erheblichste Sehbeeinträchtigung bzw. sonstige schwere Störungen des Sehvermögens (v.a. Gesichtsfeldeinschränkungen)

- ▶▶ u.a. Freifahrt im ÖPNV, Steuervergünstigungen / Kfz-Steuerbefreiung, Parkerleichterungen

Merkzeichen TBI

taubblind

Voraus.: Störung des Hörvermögens mit GdB von mind. 70 und Störung des Sehvermögens mit GdB von 100

- ▶▶ Befreiung vom Rundfunkbeitrag, doppeltes Landesblindengeld

Merkzeichen RF

Ermäßigung oder Befreiung von der Rundfunkgebühr

Voraus.: GdB von mind. 80, Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen auch mit Hilfe nicht möglich

- ▶▶ Ermäßigung oder Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht, ermäßigte Telefongebühren bei einigen Anbietern

3.4 Klassifikation nach der ICF (bio-psycho-soziales Modell)

Ungeachtet der GdB-Einstufung nach der VersMedV wird zur Beurteilung, ob und inwieweit eine bestimmte Beeinträchtigung im Einzelfall vorliegt, nicht mehr wie früher ausschließlich auf die reine Funktionsbeeinträchtigung abgestellt. Vielmehr wird – etwa bei der Bedarfsermittlung – ein Konzept zugrunde gelegt, bei dem zu prüfen ist, welche Folgen und Auswirkungen eine gesundheitliche Beeinträchtigung im Leben des/der Betroffenen insgesamt verursacht und durch welche Faktoren dies beeinflusst wird: die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Diese wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt und 2001 herausgegeben, als Nachfolgerin der ICIDH.

Die ICF dient der Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren eines Menschen. Ihr liegt das sog. bio-psycho-soziale Modell zugrunde, das nicht nur die Komponente „Körperfunktionen“ betrachtet, sondern auch die Elemente „Körperstrukturen“, „Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe)“ und „Umweltfaktoren“ und dabei auch die Wechselwirkung dieser verschiedenen Komponenten berücksichtigt.

Mit der ICF und dem bio-psycho-sozialen Modell ist es also möglich, die Auswirkungen der gesundheitlichen Störung, gerade auch im Zusammenhang mit den relevanten Kontextfaktoren (das ist der gesamte Lebenshintergrund des/der Betroffenen), besser in den Blick zu nehmen und Leistungen zielgerichtet und am tatsächlichen Bedarf ausgerichtet zu gewähren.

4. DIE REHABILITATION – EIN KURZER ÜBERBLICK

4.1 Zielrichtung und Aufgaben der Rehabilitation

Wie bereits oben (Punkt 1.3) dargestellt, zielt Rehabilitation auf eine Wiedererlangung eines bestimmten Zustandes ab. Und insofern kann man letztlich auch die Leistungen der gesetzlichen Sozialversicherung als Rehabilitationsleistungen verstehen: In der Krankenversicherung geht es darum, dass Erkrankte wieder gesundet, die Arbeitslosenversicherung bezweckt, Arbeitssuchende wieder auf einen Arbeitsplatz zu vermitteln und in der Rentenversicherung geht es darum, ein Einkommen (in Form einer Rente) zur Bestreitung des Lebensunterhalts zu gewähren, wenn aus Alters- oder Gesundheitsgründen ein Erwerbseinkommen nicht mehr erzielt werden kann.

Darüber hinaus spricht man von Rehabilitation auch speziell im Zusammenhang mit der Wiedereingliederung von Menschen mit Behinderung in das berufliche und gesellschaftliche Leben. Hier steht vor allem der wiederholt erwähnte Teilhabegedanke im Vordergrund. Das bedeutet, dass ein Mensch mit Behinderung wie auch ein Nichtbehinderter selbstbestimmt und ohne Benachteiligung wegen seiner Behinderung am Leben in der Gesellschaft teilhaben soll.

Vorrangiges Ziel ist es in diesem Zusammenhang zu vermeiden, dass jemand aus gesundheitlichen Gründen aus dem Erwerbsleben ausscheidet, bzw. zu erreichen, dass er ins Erwerbsleben zurückkehren kann. Dabei zielen die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation vorrangig auf die Wiederherstellung des Gesundheitszustandes oder zumindest auf die Verhinderung einer Verschlimmerung mit dem Ziel, dass die Erwerbsfähigkeit erhalten oder wiederhergestellt werden kann.

Als Leistungen zur beruflichen Rehabilitation versteht man die bereits erwähnten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Diese Leistungen zielen gleichfalls auf den Erhalt der Erwerbsfähigkeit ab und sollen – wenn nötig – neue Berufschancen eröffnen. Leistungen können hier sein: die Ausstattung mit Hilfsmitteln, die behindertengerechte Zusatzausstattung des eigenen Pkw, berufliche Wiedereingliederungsmaßnahmen, die Kostenübernahme für eine notwendige Arbeitsassistenz, aber gegebenenfalls auch Wohnungshilfen für den behindertengerechten Umbau der eigenen Wohnung oder ein Gründerzuschuss für Selbstständige.

4.2 Voraussetzungen für Leistungen der Rehabilitation

Soweit eine Rehabilitationsleistung als Sozialversicherungsleistung in Anspruch genommen wird, ist hier regelmäßig das Bestehen eines entsprechenden Versicherungsverhältnisses erforderlich, zum Beispiel die Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse. Je nach Versicherungsart und -leistung kommen weitere Voraussetzungen hinzu. Wer beispielsweise eine Rente beantragt, muss entsprechende Versicherungszeiten zurückgelegt haben und das gesetzliche Renteneintrittsalter erreicht haben (bei einer Altersrente) oder erwerbsgemindert sein (bei einer Erwerbsminderungsrente).

Reha- und Teilhabeleistungen nach dem SGB IX sind indessen Menschen mit Behinderungen vorbehalten. Die Eingliederungshilfe nach dem 2. Teil des SGB IX setzt sogar eine wesentliche Teilhabe einschränkung voraus.

Regelmäßig bedürfen Reha-Leistungen einer entsprechenden Antragstellung.

4.3 Wer ist Rehabilitationsträger und wer ist für was zuständig?

Rehabilitationsträger sind diejenigen Stellen, die die Kosten für die Leistungen zur sozialen, medizinischen oder beruflichen Rehabilitation bzw. Leistungen zur Teilhabe übernehmen. Das sind

- **die Bundesagentur für Arbeit**
(Leistungsgruppe „Teilhabe am Arbeitsleben“)

- **die gesetzliche Krankenversicherung**
(Leistungsgruppen „medizinische Rehabilitation“ und „unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen“)
- **die gesetzliche Rentenversicherung**
(Leistungsgruppen „medizinischen Rehabilitation“, „Teilhabe am Arbeitsleben“, „unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen“)
- **die gesetzliche Unfallversicherung**
(alle Leistungsgruppen)
- **die Träger der Eingliederungshilfe**
(Leistungsgruppen „medizinische Rehabilitation“, „Teilhabe am Arbeitsleben“, „Teilhabe an Bildung“, „Soziale Teilhabe“)
- **die Träger der öffentlichen Jugendhilfe**
(Leistungsgruppen „medizinische Rehabilitation“, „Teilhabe am Arbeitsleben“, „Teilhabe an Bildung“, „Soziale Teilhabe“)
- **die Träger der sozialen Entschädigung**
(alle Leistungsgruppen)

4.4 Der Ablauf des Reha-Verfahrens kurz und knapp

Für die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen ist regelmäßig ein vorheriger Reha-Antrag erforderlich. Oft ist man sich als Betroffene/r der Beantragung gar nicht hinreichend bewusst, etwa wenn die behandelnden Ärzt:innen mit Zustimmung der versicherten Person eine „Verordnung von medizinischer Rehabilitation“ ausstellen und mit Einreichung der Verordnung das Reha-Verfahren zu laufen beginnt oder wenn eine Akutversorgung im Krankenhaus „fließend“ in anschließende Rehabilitationsmaßnahmen übergeht.

Die Reha-Träger sind in diesem Zusammenhang dazu verpflichtet, die Versicherten zu beraten und ihnen Auskünfte zu erteilen, auch schon im Vorfeld der Antragstellung. Wird der Antrag bei einem unzuständigen Träger gestellt, leitet dieser den Antrag regelmäßig an den zuständigen Träger weiter. Das gilt vor allem für das Teilhabeverfahren nach dem SGB IX. Hier reicht im Übrigen auch ein einziger Antrag aus, wenn mehrere Leistungen beantragt werden. Für den/die Antragsteller/in ist dann nur der „leistende Rehabilitationsträger“ maßgeblich, der sich um die Koordination der Leistungen kümmern muss und insoweit gegenüber dem/der Antragsteller/in verantwortlich ist.

Ist der angegangene Reha-Träger der allein zuständige, wird er zwei Wochen nach Eingang des Antrags zum „leistenden Rehabilitationsträger“. Ist er nicht zuständig, leitet er den Antrag innerhalb von zwei Wochen an einen anderen Reha-Träger weiter. Ist auch dieser nicht zuständig, wird der Antrag an einen dritten Reha-Träger weitergeleitet, der sich dann auf jeden Fall der Sache annehmen muss, unabhängig davon, ob er tatsächlich zuständig ist oder nicht.

Es folgt die erforderliche Bedarfsermittlung, die ein zentrales Element des Reha-Verfahrens darstellt. Denn nur wenn der tatsächliche Bedarf feststeht, können die erforderlichen Leistungen erbracht werden und die Rehabilitation zu einem erfolgreichen Ziel geführt werden.

Bei der Bedarfsermittlung kommt es neben der eigentlichen gesundheitlichen

Beeinträchtigung auch auf die weiteren Komponenten, nämlich auf die bei der ICF und dem ihr zugrunde liegenden bio-psycho-sozialen Modell genannten Komponenten, sowie auf die relevanten Kontextfaktoren an, also auf den persönlichen Lebenshintergrund und die Fähigkeiten der Leistungsberechtigten. Ferner sind deren persönliche Ziele und Wünsche zu berücksichtigen. Diesen ist – soweit es sich um berechnete bzw. angemessene Wünsche handelt – zu entsprechen. Je früher ein Bedarf erkannt und dann entsprechende Maßnahmen ergriffen werden, desto größer ist die Chance einer erfolgreichen Rehabilitation.

Wenn ein umfassender Bedarf besteht, der verschiedene Leistungen und damit womöglich verschiedene Träger umfasst, ist vom leistenden Rehabilitationsträger ein Teilhabeplanverfahren durchzuführen. Dabei sollen Bedarfe gebündelt und Leistungen aufeinander abgestimmt werden. Die Leistungen sollen so erbracht werden, dass sie der Erreichung der zuvor vereinbarten Teilhabeziele dienen.

Eine besondere Form der Erörterung der Sachlage und gegenseitigen Abstimmung ist die Durchführung einer sog. Teilhabeplankonferenz, bei der alle Beteiligten, einschließlich des/der Leistungsberechtigten, „an einem Tisch sitzen“.

Grundsätzlich muss über den Reha-Antrag innerhalb von drei Wochen entschieden werden. Es gibt aber Ausnahmen, etwa wenn erst noch ein Gutachten eingeholt oder eine Beratung mit anderen Reha-Trägern stattfinden muss. Das heißt, dass

gerade im Falle einer komplexen Sachlage und einem womöglich aufwendigen Teilhabeplanverfahren oft ein längerer Zeitraum notwendig ist. Grundsätzlich gelten in diesen Fällen folgende Fristen:

Ist für die Bedarfsfeststellung ein Gutachten erforderlich, ist innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens zu entscheiden.

Werden weitere Rehabilitationsträger beteiligt, ist eine Entscheidung innerhalb von sechs Wochen nach Eingang des Antrags erforderlich.

Im Falle der Durchführung einer Teilhabeplankonferenz muss die Entscheidung zwei Monate nach dem Antragseingang vorliegen.

Wird innerhalb von zwei Monaten nicht entschieden und dieser Verzug auch nicht hinreichend begründet, kann eine Genehmigungsfiktion eintreten, so dass der Antrag ohne ausdrückliche Entscheidung des Trägers als genehmigt gilt.

Die Entscheidung über die Leistungserbringung wird der/dem Leistungsberechtigten in Form eines Bescheides (Verwaltungsakt) mitgeteilt. Ist letztere/r mit der Entscheidung nicht einverstanden, kann sie/er wie bei jedem anderen Bescheid hiergegen Widerspruch einlegen und – sollte dieser Rechtsbehelf erfolglos bleiben – Klage vor dem Sozialgericht erheben.

Die Leistungen können entweder durch den Rehabilitationsträger selbst erbracht werden oder dadurch, dass er sich eines entsprechenden Leistungserbringers be-

dient. Insoweit werden in der Regel Verträge zwischen diesen beiden Akteuren abgeschlossen. Dann ist der Reha-Träger auch derjenige, der die Leistung bezahlt. Etwas anderes gilt bei der Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets (das eigens beantragt werden muss).

In diesem Fall organisiert und kauft der/die Leistungsberechtigte die benötigten Leistungen selbst ein.

Gerade bei komplexen Leistungen, die über einen längeren Zeitraum erbracht werden, kann es im Laufe der Zeit erforderlich werden, den Bedarf neu festzustellen bzw. Anpassungen bei der Leistungserbringung vorzunehmen. Formell beginnt dann meist ein neues Verfahren.

Nach Abschluss der Rehabilitation wird geprüft, ob die Reha-Ziele erreicht wurden. Gegebenenfalls stellt sich heraus, dass neue Leistungen erforderlich werden. Fand die Rehabilitation in einer Klinik statt, sind diese regelmäßig zu einem sog. Entlassungsmanagement verpflichtet, wenn die stationäre Behandlung von der Gesetzlichen Krankenversicherung gezahlt worden ist. Ziel ist es vor allem, die Nachhaltigkeit der medizinischen Rehabilitation zu sichern.

Zu den Nachsorgemaßnahmen gehören beispielsweise Rehabilitationssport und Funktionstraining oder Reha-Programme wie IRENA (intensivierte Reha-Nachsorge) oder Psy-RENA (psychosomatische Reha-Nachsorge). Möglich ist beispielsweise auch, dass sich an eine erfolgreiche medizinische Rehabilitation nunmehr andere Leistungen anschließen, etwa zur Teilhabe

am Arbeitsleben, und daher ggf. ein neues Teilhabe(plan)verfahren beginnt.

4.5 Reha-Grundsätze

Die Reha-Träger haben bei ihren Prüfungen und Entscheidungen folgende – gesetzlich normierten – Reha-Grundsätze zu beachten:

► Reha vor Rente

Am bekanntesten ist sicherlich der Grundsatz „Reha vor Rente“. Damit kommt das verfolgte Ziel zum Ausdruck, dass zunächst alles versucht werden soll, die Erwerbsfähigkeit des/der Betroffenen zu erhalten. Der Bezug einer Erwerbsminderungsrente (also eine vor Erreichen der Regelaltersrente geleistete Rente) soll möglichst vermieden werden, indem man entsprechende Reha-Maßnahmen durchführt. Naturgemäß ist der Rentenversicherung daran gelegen, dass ein/e Betroffene/r möglichst lange erwerbstätig bleibt. Insofern ist die Rentenversicherung auch häufig zuständig für Rehabilitationsmaßnahmen, die darauf abzielen, die Leistungsfähigkeit (Erwerbsfähigkeit) aufrechtzuerhalten bzw. wiederherzustellen. Allerdings kann im Falle einer erfolglosen Reha-Maßnahme der gestellte Reha-Antrag auch in einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente umgedeutet werden.

► Reha vor Pflege

Vergleichbar mit dem vorstehenden Grundsatz „Reha vor Rente“ ist der Grund-

satz „Reha vor Pflege“, der ebenso gesetzlich normiert ist. Hiernach muss im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation alles getan werden, um eine drohende Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder bei bereits bestehender Pflegebedürftigkeit den Hilfebedarf zu reduzieren.

► Ambulant vor stationär

Mit dem Prinzip „Ambulant vor stationär“ kommt zum Ausdruck, dass zuerst alle Möglichkeiten der ambulanten Versorgung ausgeschöpft werden sollen, bevor ein/e Versicherte/r stationär in einer Rehabilitationseinrichtung (oder in einem Krankenhaus oder einem Pflegeheim) aufgenommen wird. Denn bekanntlich sind stationäre Aufenthalte regelmäßig weitaus teurer als eine ambulante Versorgung.

► Vorrang der Prävention

Unter Prävention versteht man alle medizinischen und sozialen Anstrengungen, die Gesundheit zu fördern und Krankheit und Unfälle sowie deren Folgen, einschließlich Behinderungen, zu vermeiden oder zumindest hinauszuzögern. Insofern haben Rehabilitationsträger im Rahmen ihrer Aufgaben auf dieses Ziel hinzuwirken. Der Gesetzgeber will auf diese Weise erreichen, dass Rehabilitationsleistungen gar nicht erst erforderlich oder zumindest minimiert werden. Bekannte Präventionsmaßnahmen stellen die von der Krankenkasse finanzierten Krebsvorsorgeuntersuchungen oder auch die zahnmedizinische Prophylaxe dar.

► **Prävention am Arbeitsplatz**
(betriebliche Gesundheitsförderung)

Eine spezielle Form vorbeugender Maßnahmen ist die Prävention am Arbeitsplatz. Oft wird auch von betrieblicher Gesundheitsförderung gesprochen. Das Thema wird nicht zuletzt deshalb für wichtig erachtet, weil die Menschen einen Großteil ihrer Lebenszeit am Arbeitsplatz verbringen, und das häufig unter körperlich belastenden Rahmenbedingungen. Dauerhaftes Heben und Tragen schwerer Lasten oder auch stundenlanges Sitzen am Schreibtisch und Starren auf einen Computerbildschirm sind bekanntlich alles andere als gesundheitsförderlich. Bestimmte Tätigkeiten können sogar eine Berufskrankheit hervorrufen, etwa das ständige Arbeiten mit gesundheitsschädigenden Stoffen.

Insoweit sind nicht nur die Krankenkassen und die Rentenversicherung, sondern gerade auch die Gesetzliche Unfallversicherung daran interessiert, dass präventive Maßnahmen im Betrieb durchgeführt werden, um Gesundheitsschädigungen zu vermeiden. Dabei folgt man einem ganzheitlichen Ansatz, der sicherheitstechnische und arbeitsmedizinische Maßnahmen genauso einschließt wie den Gesundheitsschutz. Insoweit gehören zur Prävention am Arbeitsplatz vor allem auch eine hinreichende Beratung und Information sowie betriebliche Überwachung.

Prävention am Arbeitsplatz ist selbstredend für alle Beteiligten von Nutzen. Aus Arbeitgeber:innensicht stehen die Leistungsfähigkeit der Belegschaft und ein niedriger Krankenstand (und die damit einhergehende Kostensenkung) im Vordergrund, für die Arbeitnehmer:innen sind der Erhalt der Gesundheit und damit auch ihrer Arbeit, aber auch sein grundsätzliches Wohlbefinden sicherlich von vorrangiger Bedeutung.

Die Form der Prävention hängt davon ab, zu welchem Zeitpunkt sie einsetzt und welches vorrangige Ziel verfolgt wird. Die sog. Primärprävention setzt vor Eintritt einer gesundheitlichen Schädigung oder gar Behinderung ein. Hier kommen vor allem Maßnahmen zum Arbeitsschutz in Betracht.

Sind bereits erste Anzeichen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung erkennbar, gehören entsprechende Maßnahmen zur sog. Sekundärprävention. Entsprechende gesundheitliche Maßnahmen sind in der Regel langfristig angelegt und meist berufsbegleitend. Sie zielen vor allem auf eine gesündere Lebensweise ab, also auf sportliche Betätigung, gesunde Ernährung und Stressbewältigung.

Die sog. Tertiärprävention kommt indes nur zur Anwendung, wenn bereits eine gesundheitliche Beeinträchtigung oder

Behinderung vorliegt und das Ziel ist, die Arbeitsfähigkeit zu erhalten, einer Verschlimmerung vorzubeugen oder auch Folgeerkrankungen vorzubeugen.

Hier kommen dann Leistungen im Rahmen der erwähnten Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation) in Betracht.

► **Stufenweise Wiedereingliederung**

Diese Stufe schließt dann auch die sog. Stufenweise Wiedereingliederung mit ein, vielen auch unter dem Begriff „Hamburger Modell“ bekannt. Hier geht es darum, Arbeitnehmer:innen, die aufgrund einer schweren Erkrankung oder eines Unfalls seit längerer Zeit arbeitsunfähig sind, schrittweise und unter ärztlicher Aufsicht wieder an den alten Arbeitsplatz heranzuführen und letztlich auch wieder an die volle Arbeitsbelastung zu gewöhnen.

Während der Stufenweisen Wiedereingliederung besteht weiterhin Arbeitsunfähigkeit, und die Betroffenen erhalten Krankengeld bzw. Übergangsgeld.

Kernelement der Stufenweisen Wiedereingliederung ist der Stufenplan, der von den behandelnden Ärzt:innen, dem/der Betroffenen und dem/der Arbeitgeber/in abgestimmt wird und neben dem Anfang und Ende der Maßnahmen (in der Regel dauert sie zwischen sechs Wochen und sechs Monaten) und der näheren Bestimmung der einzelnen Schritte auch Regelungen für

einen eventuellen vorzeitigen Abbruch der Maßnahme enthält.

► **Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)**

Eine spezielle Form der Wiedereingliederung findet im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) statt. Arbeitgeber:innen sind gesetzlich verpflichtet, ihren Beschäftigten ein solches anzubieten, wenn diese innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind.

Obwohl die diesbezügliche Regelung im im dritten Teil des SGB IX (§ 167 Abs. 2) zu finden ist, ist das Verfahren, das inhaltlich dem der beschriebenen Stufenweisen Wiedereingliederung ähnelt, nicht nur für schwerbehinderte, sondern für alle Beschäftigten vorgesehen, die die o.g. Voraussetzungen erfüllen. Gegebenenfalls kommen hier ergänzend Leistungen zur Teilhabe oder Begleitende Hilfen im Arbeitsleben in Betracht.

5. LEISTUNGEN ZUR TEILHABE

An dieser Stelle sollen nochmals kurz die jeweiligen Leistungsinhalte sowie Zielrichtungen der einzelnen Leistungsgruppen im Rahmen der Teilhabe vorgestellt werden:

Nach § 4 Abs. 1 SGB IX umfassen die Leistungen zur Teilhabe die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung

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

Die einzelnen Teilhabegruppen sind in § 5 SGB IX aufgelistet:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen
- Leistungen zur Teilhabe an Bildung
- Leistungen zur Sozialen Teilhabe

5.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitationsleistungen gehören alle medizinischen Leistungen, die der Abwendung, Beseitigung, Minderung oder dem Ausgleich einer Behinderung oder Pflegebedürftigkeit, der Verhütung ihrer Verschlimmerung oder Milderung ihrer Folgen dienen. Sie können ambulant oder stationär erbracht werden, gegebenenfalls sogar in der Wohnung des/der Leistungsberechtigten, in der Regel aber natürlich in einer anerkannten Rehabilitationsklinik oder in einer stationären Vorsorgeeinrichtung. Zu den Leistungen zählen vor allem die Krankenbehandlung und Rehabilitation, die Stufenweise Wiedereingliederung, die Versorgung mit Hilfsmitteln, aber beispielsweise auch Maßnahmen der Früherkennung oder die Förderung der Selbsthilfe.

5.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation) kommen in Betracht, wenn jemand aus gesundheitlichen Gründen seinen Beruf nicht mehr ausüben kann und er deshalb eine Eingliederung ins Arbeitsleben benötigt.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können sein: Unterstützung zum Erhalt oder zur Erlangung eines Arbeitsplatzes, Leistungen zur beruflichen Anpassung (zur Rückkehr auf den alten Arbeitsplatz, aber ggf. auch zur beruflichen Umorientierung und erforderlichen Weiterbildung), Qualifizierungsmaßnahmen im Rahmen einer Unterstützten Beschäftigung (d.h. der Beschäftigung eines/einer Schwerbehinderten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt) oder etwa auch die Förderung der Aufnahme einer Selbstständigkeit.

5.3 Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen

Hierbei handelt es sich um Leistungen, die notwendig sind, damit der Rehabilitationsträger Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zur medizinischen Rehabilitation überhaupt wahrnehmen kann. Sie werden also im Zusammenhang mit diesen Leistungen erbracht. Hierunter fallen zum Beispiel: Krankengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld, Beitragszuschüsse zur Sozialversicherung, Rehabilitationssport und Funktionstraining (soweit ärztlich verordnet).

Andere Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts erhalten erwerbsfähige, hilfebedürftige Menschen mit Behinderung nach den Bestimmungen des SGB II. Ansonsten kommen existenzsichernde Leistungen im Rahmen des SGB XII in Betracht (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung).

5.4 Leistungen zur Teilhabe an Bildung

Die Leistungsgruppe „Teilhabe an Bildung“ wurde mit dem BTHG erstmals eingeführt, auch wenn die einzelnen Unterstützungsleistungen auch schon zuvor im Rahmen des SGB XII erbracht worden waren (Es gibt insoweit aber auch einzelne Neuerungen bei der Ausgestaltung). Sie umfassen den gesamten Bildungsweg, von Hilfen zur Schulbildung, über Hilfen zur schulischen Berufsausbildung und Hilfen zur Hochschulbildung bis hin zu Hilfen zur schulischen und hochschulischen beruflichen Weiterbildung.

5.5 Leistungen zur sozialen Teilhabe

Die Leistungen zur sozialen Teilhabe sollen es der leistungsberechtigten Person ermöglichen, ausgerichtet nach den eigenen Bedürfnissen und Wünschen zu wohnen und sich am gesellschaftlichen Leben zu beteiligen. Die im Gesetz genannten Leistungen (vgl. § 113 Abs. 2 SGB IX) sind nicht abschließend. Ausdrücklich genannt werden:

- Leistungen für Wohnraum
- Assistenzleistungen
- heilpädagogische Leistungen für noch nicht eingeschulte Kinder
- Leistungen zur Betreuung in einer Pflegefamilie
- Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten
- Leistungen zur Förderung der Verständigung (bei Bestehen einer Hör- oder Sprachbehinderung)

- Leistungen zur Mobilität (z.B. Kraftfahrzeughilfe)
- Hilfsmittel zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
- Besuchsbeihilfen

Die Leistungen zur Sozialen Teilhabe werden erbracht, soweit nicht vorrangig Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben oder unterhaltssichernde oder andere ergänzende Leistungen in Betracht kommen.



Was sind Assistenzleistungen?

Assistenzleistungen dienen dazu, Menschen mit Behinderungen im Alltag zu unterstützen, damit sie diesen selbstbestimmt und eigenständig bewältigen und strukturieren können. Auf diese Weise sollen sie ihr Leben so weit es geht nach den eigenen Wünschen und Vorstellungen gestalten können. Insoweit sind sowohl eine Begleitung durch eine Assistenz ebenso vorgesehen wie auch die Übernahme bestimmter Handlungen im Alltag durch eine Assistenz.

Assistenzleistungen zur Sozialen Teilhabe können erbracht werden in Form einer Unterstützung etwa bei der Haushaltsführung, bei der Tagesstrukturierung, bei

der Freizeitgestaltung bzw. bei der Teilhabe am gemeinschaftlichen, sozialen und kulturellen Leben oder bei sportlichen Aktivitäten, ferner bei der gesundheitlichen Versorgung.

Auch nach anderen Leistungsbereichen sind bei der Eingliederungshilfe Assistenzen vorgesehen, etwa die Arbeitsassistenz bei der Teilhabe am Arbeitsleben oder die Inklusionsassistenz (Schulbegleitung) im Rahmen der Teilhabe an Bildung.

6. BERATUNG

Eine hinreichende Beratung zu Leistungsinhalten, Zuständigkeiten und Verfahrensabläufen ist unabdingbar für eine bedarfsgerechte und vor allem personenzentrierte Leistungserbringung. Oftmals wird eine Beratung erst in Anspruch genommen, wenn eine Leistung abgelehnt oder ein anderes Hindernis aufgetreten ist. Hier stellt sich die Frage, ob nicht eine im Vorfeld der Beantragung durchdachte Planung und Beratung über die verschiedenen Möglichkeiten einer Inanspruchnahme sinnvoller ist.

Zugegebenermaßen sind die Beratungsmöglichkeiten unterschiedlich stark ausgeprägt. So ist es sicherlich für Ratsuchende im ländlichen Raum schwieriger, geeignete Hilfen zu erhalten, als in den Städten. Nichtsdestotrotz ist es gerade bei komplexen Bedarfssituationen ratsam, im Vorfeld oder parallel zur Beantragung von Teilhabe- bzw. Rehabilitationsleistungen eine oder ggf. auch verschiedene Beratungsangebote in Anspruch zu nehmen.

6.1 Rehabilitationsträger

Sozialversicherungsträger – und damit auch Reha-Träger – sind bereits nach den allgemeinen Vorgaben des Sozialgesetzbuches verpflichtet, Versicherte bzw. Bürger:innen über die sie betreffenden Leistungsansprüche zu beraten und Auskünfte zu erteilen (vgl. § 14 und § 15 SGB I). Daher kann zu den jeweiligen Leistungsfeldern im Teilhabe- und Rehabereich eine entsprechende Beratung, die über eine reine Auskunftserteilung hinausgeht, wahrgenommen werden. Allerdings beschränkt sich eine solche Beratung dann in der Regel auf einen bestimmten Sachverhalt oder auf eine bestimmte, in Rede stehende Leistung. Menschen mit Behinderungen oder chronischer Erkrankung benötigen jedoch

in der Regel eine umfassende Beratung, die sich auf ihre gesundheitliche Situation, auf die Bewältigung ihres Alltags und nicht zuletzt auch auf ihre Beschäftigungs- oder Ausbildungssituation bezieht.

Ausführlichere Beratungen bieten die sog. „Ansprechstellen“ bei den Rehabilitationsträgern an, die im Zuge des BTHG geschaffen wurden und die vorausgegangenen „Gemeinsamen Servicestellen“ ersetzt haben.

Ansprechstellen

Die Ansprechstellen der Rehabilitationsträger stellen ein ergänzendes Angebot für die Vermittlung von Informationen zu Teilhabeleistungen dar. Bezweckt wird, einen etwaigen Rehabilitationsbedarf möglichst frühzeitig zu erkennen und insoweit auf eine rechtzeitige Antragstellung hinzuwirken.

In diesem Zusammenhang sollen vor allem die Inhalte der gesetzlichen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe und das Reha-Verfahren dargestellt werden. Ferner wird hier auf die Möglichkeit der In-

anspruchnahme des Persönliche Budgets hingewiesen sowie auf weitere Beratungsangebote wie die Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung.

Die Ansprechstellen sind untereinander vernetzt, d.h. dass Auskünfte grundsätzlich auch trägerübergreifend bzw. „aus einer Hand“ erteilt werden können, ggf. nach vorheriger Rücksprache mit einem anderen betroffenen Träger. Im Übrigen richtet sich das Angebot der Ansprechstellen nicht nur an die Bürger:innen, sondern auch an Arbeitgeber:innen sowie andere Rehabilitationsträger.

6.2 Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)

Mit dem Bundesteilhabegesetz wurde die sog. Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung – kurz: EUTB – eingeführt. Der Bund fördert hiermit bundesweit Beratungsstellen, die vorrangig von Behindertenverbänden, teilweise aber auch von Leistungserbringern geführt werden und zum Ziel haben, vor einer Beantragung von Teilhabe- und Rehabilitationsleistungen Leistungsberechtigten eine möglichst umfassende Orientierungs-, Planungs- und Entscheidungshilfe zu geben.

Hintergrund der Einführung dieses ergänzenden Beratungskonzepts ist es, Menschen mit Behinderung bzw. mit einem Rehabilitationsbedarf die Möglichkeit zu geben, sich zusätzlich von „unabhängiger“ Seite zu beraten zu lassen, um in die Lage versetzt zu werden, den eigenen Reha-Bedarf später selbstbestimmt einzufordern. Dabei ermöglicht die EUTB vor allem eine Beratung „auf Augenhöhe“. Ratsuchende sollen insoweit davon profitieren, dass sie von anderen Menschen mit Behinderungen oder chronischer Erkrankung beraten werden, die die gleichen oder ähnliche Er-

fahrungen im Alltag, bei Trägern und vor allem im Rahmen einer Teilhabeleistungserbringung gesammelt haben und insofern die gleiche Perspektive teilen (sog. Peer-Counseling).

Das Angebot der Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung besteht flächendeckend bundesweit.

i

Wer nähere Informationen zur Ergänzenden unabhängigen Beratung sucht, eine Beratungsstelle in seiner Nähe finden möchte oder auch allgemein Informationen zum Thema Teilhabe benötigt, wird auf der Internetseite **www.teilhabeberatung.de** fündig.

6.3 Sonstige Beratungsstellen

Reha- und Teilhabeberatung bieten auch andere Organisationen und Stellen an, vor allem auch zahlreiche Behinderten- und Selbsthilfeorganisationen. Hier ist das Beratungsangebot allerdings unterschiedlich ausgestaltet und zum Teil mit unterschiedlichen inhaltlichen Schwerpunkten versehen. Wer etwa zunächst Informationen zu seiner Behinderung oder seiner chronischen Erkrankung und dabei vor allem auch den Austausch mit Personen mit der gleichen Indikation sucht, ist sicherlich gut bei einem entsprechenden Selbsthilfeverband oder einer entsprechenden Selbsthilfegruppe aufgehoben, gerade wenn es um Fragen der Bewältigung und Organisation des Alltags oder um spezielle medizinische Unterstützung geht.

Für letzteres stand bisher auch die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) zur Verfügung, die Patient:innen in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen beraten hat. Das Beratungsangebot ist zur Zeit eingestellt und wird voraussichtlich in 2024 seine Arbeit in veränderter Struktur wieder aufnehmen. Wer im Übrigen Unterstützung bei einer Antragstellung oder in einem Rechtsbehelfsverfahren benötigt, kann etwa das Rechtsberatungsangebot von Sozialverbänden im Rahmen einer Mitgliedschaft in Anspruch annehmen.

7. WIE KANN ICH MEINE RECHTE DURCHSETZEN?

Wie die Befragung der Mitgliedsverbände der BAG SELBSTHILFE, aber auch andere Untersuchungen zeigen, ist die Umsetzung des BTHG und damit die Anwendung der neuen gesetzlichen Regelungen bei weitem noch nicht so fortgeschritten, wie es eigentlich zu erwarten wäre. Nichtsdestotrotz sind die Neuregelungen in Kraft, und damit bestehen auch die entsprechenden Ansprüche der Leistungsberechtigten. Diese sollten also durchaus den Mut haben, ihre Rechte und berechtigten Wünsche und Vorstellungen auch einzufordern.

Vor allem sollten sich die Ratsuchenden und Antragsteller:innen von Teilhabe- und Rehabilitationsleistungen die unter Punkt 1.4 zusammengefassten wichtigsten Inhalte und Aspekte des BTHG immer wieder vor Augen führen und entsprechend beim Reha-Träger einfordern. Das gilt insbesondere für das Wunsch- und Wahlrecht und den damit zusammenhängenden Grundsatz der Selbstbestimmung.

Auch ist es nicht so, dass eine erwünschte Leistung automatisch zurückzuweisen ist, wenn es eine günstigere Alternative gibt. Hier kommt es auf die Vergleichbarkeit an. Wenn der/die Berechtigte aufzeigt, dass ihm/ihr die gewünschte Leistung gegenüber der anderen Leistung Vorteile, vor allem eine bessere Teilhabegarantie bietet, hat es umgekehrt der zuständige

Reha-Träger schwer, seine abweichende Entscheidung zu begründen, und lässt daher vermutlich umso eher davon ab.

Sinnvoll ist es, wie bereits oben betont, sich im Vorfeld umfassend zu informieren und dabei etwa auch verschiedene Beratungsstellen aufzusuchen, damit keine wesentlichen Informationen vergessen werden und der Bedarf aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet wird. Wichtig ist es dabei, sich in Ruhe Gedanken darüber zu machen, was man selbst für richtig hält und welche Richtung man einschlagen will. Das gilt etwa für die Frage, ob man Sach- und Dienstleistungen in Anspruch nehmen will oder – soweit möglich – alternativ das Persönliche Budget, um dann die Leistungen selbst einzukaufen. Das gilt vor allem für Entscheidungen im Zusammenhang mit beruflichen Perspektiven.

Mancher auf den ersten Blick vernünftige Vorschlag entpuppt sich nach längerem Nachdenken womöglich als ungeeignet im Hinblick auf die eigenen Fähigkeiten. Daher erscheint es hilfreich und erforderlich, auch diesem Aspekt hinreichende Beachtung zu schenken.

Ein/e Leistungsberechtigte/r sollte sich auch nicht scheuen, etwaige geänderte Wünsche oder nicht zufriedenstellend verlaufende Reha-Verläufe auch zu benennen und im Zweifel eine Anpassung

des Teilhabeplans einzufordern. Sollten Leistungen abgelehnt oder nicht in der Weise bewilligt werden, wie man sie sich vorstellt, bleibt zu prüfen, ob notfalls ein Rechtsmittel eingelegt wird. Gegen einen Bescheid kann binnen eines Monats Widerspruch eingelegt werden, sollte auch der Widerspruch erfolglos bleiben, kommt – wieder innerhalb einer Frist von einem

Monat – eine Klage vor dem Sozialgericht in Betracht. Wer rechtsunkundig oder zumindest rechtlich unsicher ist, dem wird empfohlen, zunächst eine entsprechende Beratung einzuholen. Manche Verbände bieten insoweit sogar eine Verfahrensvertretung oder zumindest einen Verfahrensbeistand an.



**Diese Broschüre erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.
Sie ersetzt vor allem keine individuelle Rechts- und Teilhabeberatung.**

Rechtsstand Dezember 2023.

IMPRESSUM

Herausgeber:

BAG SELBSTHILFE

Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung,
chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.

Kirchfeldstraße 149

40215 Düsseldorf

Telefon: +49 (0) 211 31006-0

Fax: +49 (0) 211 31006-48

E-Mail: info@bag-selbsthilfe.de

www.bag-selbsthilfe.de

Autor:

Holger Borner

Rechtsanwalt

1. Auflage, Dezember 2023

Spendenkonto:

Bank für Sozialwirtschaft, Köln

IBAN: DE26370205000008030100

Gefördert durch:



**B.A.G.
SELBSTHILFE**

B.A.G
SELBSTHILFE

gefördert durch:



Deutsche
Rentenversicherung

Bund