

Rolle der Leistungserbringer im Reha-Prozess

Inhaltsverzeichnis

Ziel und Inhalte dieser Rollenbeschreibung	1
Rehabilitation und Teilhabe im Überblick.....	2
Rechtsgrundlagen	2
Rehabilitations- und Teilhabeleistungen.....	4
Reha-Träger	6
Leistungserbringung	7
Rolle der Leistungserbringer bei der Bedarfserkennung.....	12
Allgemeines zur Bedarfserkennung.....	12
Rolle der Leistungserbringer bei der Bedarfserkennung	13
Rolle der Leistungserbringer bei der Zuständigkeitsklärung	15
Allgemeines zur Zuständigkeitsklärung	15
Rolle der Leistungserbringer bei der Zuständigkeitsklärung.....	16
Rolle der Leistungserbringer bei der Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung.....	17
Allgemeines zur Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung.....	17
Rolle der Leistungserbringer bei der Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung	18
Besonderheiten bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	19
Rolle der Leistungserbringer bei der Teilhabeplanung	20
Allgemeines zur Teilhabeplanung.....	21
Rolle der Leistungserbringer bei der Teilhabeplanung	22
Besonderheiten im Bereich der Eingliederungshilfe (Gesamtplanung).....	23
Besonderheiten im Bereich der öffentlichen Jugendhilfe (Hilfeplanung).....	24
Rolle der Leistungserbringer bei der Leistungsentscheidung	26
Allgemeines zur Entscheidung über Leistungen zur Teilhabe	26
Rolle der Leistungserbringer bei der Leistungsentscheidung	27
Rolle der Leistungserbringer bei der Durchführung der Leistung	29
Allgemeines zur Durchführung einer Leistung zur Teilhabe	29
Rolle der Leistungserbringer bei der Durchführung von Leistungen zur Teilhabe	30
Besonderheiten bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	31

Rolle der Leistungserbringer bei den Aktivitäten am Ende einer Leistung.....	32
Allgemeines zu Aktivitäten zum bzw. nach Ende einer Leistung zur Teilhabe.....	32
Rolle der Leistungserbringer zum bzw. nach Ende einer Leistung zur Teilhabe	33
Besonderheiten beim Entlassmanagement in der medizinischen Rehabilitation durch die gesetzlichen Krankenkassen	34

Ziel und Inhalte dieser Rollenbeschreibung

Diese Rollenbeschreibung baut auf dem Grundverständnis auf, dass die Leistungserbringer eine entscheidende Bedeutung für das Gelingen des Reha-Prozesses und das Erreichen der individuellen Teilhabeziele haben. Die Reha-Träger bringen dies bereits zu Beginn der GE Reha-Prozess zum Ausdruck (§ 3 GE Reha-Prozess):

In allen Phasen des Rehabilitationsprozesses [...] haben [...] insbesondere die im Auftrag der Reha-Träger handelnden Einrichtungen und Dienste (Leistungserbringer) wesentlichen Einfluss auf einen erfolgreichen Verlauf und Abschluss der Leistungen zur Teilhabe.

Gegenstand dieser Rollenbeschreibung ist es, aufbauend auf den gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen, den Reha-Prozess aus Sicht von Leistungserbringern zu beschreiben. Dabei werden u. a. die Möglichkeiten der Leistungserbringer, den Reha-Prozess aktiv mitzugestalten, herausgestellt. Deutlich wird dabei, dass eine erfolgreiche Rehabilitation eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern, mit dem Menschen im Mittelpunkt, voraussetzt. Diese Rollenbeschreibung kann eine Basis für eine Weiterentwicklung der Zusammenarbeit sein.

Berücksichtigung finden insbesondere folgende Leistungserbringer:

- Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, z. B. stationäre Rehabilitationseinrichtungen bzw. „Reha-Kliniken“ und ambulante sowie mobile Rehabilitationsdienste bzw. „Reha-Zentren“.
- Erbringer von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, z. B. Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke und vergleichbare Einrichtungen (§ 51 Abs. 1 SGB IX), weitere Bildungseinrichtungen und Integrationsfachdienste (IFD) (§§ 192 ff. SGB IX).
- Erbringer von Leistungen zur sozialen Teilhabe, z. B. ambulante Dienste, besondere Wohnformen und Assistenzpersonen (Leistungserbringer i. S. d. § 123 Abs. 1 SGB IX).

Die Beschreibungen zu den jeweiligen Prozessphasen adressieren jeweils alle genannten Leistungserbringer. Sofern für einzelne Leistungserbringer Besonderheiten bestehen, werden diese kenntlich gemacht.

Derzeit noch nicht umfassend berücksichtigt sind besondere Regelungen, die ggf. für Werkstätten für Menschen mit Behinderungen (WfbM i. S. d. §§ 56, 219 ff. SGB IX) gelten und für andere Leistungsanbieter, die anstelle einer WfbM in Anspruch genommen werden können (i. S. d. § 60 SGB IX). Ebenso werden besondere Regelungen, die ggf. für die Erbringer von Hilfsmitteln (insb. Einrichtungen des Gesundheitshandwerks) existieren, noch nicht berücksichtigt sowie Regelungen für Leistungserbringer, wenn sie im Rahmen eines persönlichen Budgets (§ 29 SGB IX) von den Leistungsberechtigten selbst beauftragt werden.

Rehabilitation und Teilhabe im Überblick

Kurz und knapp

- Trägerübergreifende Regelungen für das Recht der Rehabilitation und Teilhabe stehen im SGB IX.
- Verschiedene Reha-Träger können im Einzelfall zuständig sein (§ 6 SGB IX).
- Das SGB IX differenziert zwischen fünf Gruppen von Leistungen zur Teilhabe (§ 5 SGB IX).
- Leistungserbringer sind Rehabilitationsdienste und Rehabilitationseinrichtungen. Nach dem SGB IX Teil 1 schließen die Leistungserbringer Verträge mit den Reha-Trägern und werden im Einzelfall von diesen in Anspruch genommen (vgl. § 28 Abs. 1, §§ 36, 38 Abs. 1 SGB IX).
- Der Reha-Prozess kann idealtypisch mit sieben Prozessphasen abgebildet werden. Die einzelnen Phasen folgen in der Regel nicht linear aufeinander, sondern können ineinandergreifen und sich wiederholen (vgl. GE Reha-Prozess).

Rechtsgrundlagen

Menschen mit einer (drohenden) Behinderung haben bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen Ansprüche auf Leistungen zur Teilhabe. Das übergeordnete Ziel der Leistungen besteht darin, die Selbstbestimmung dieser Menschen und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken (vgl. § 1 SGB IX).

Welche Leistungen Gegenstand eines Anspruchs auf Leistungen zur Teilhabe sein können, welche Träger dafür zuständig sind oder welche Voraussetzungen für einen Anspruch erfüllt sein müssen, ist rechtlich geregelt. Des Weiteren ist auch geregelt, wie Leistungserbringer in die Ausführung von Leistungen zur Teilhabe einbezogen werden. Zur Systematisierung der Rechtsgrundlagen bietet es sich an, verschiedene Regelungsebenen zu unterscheiden (insb. das Europarecht, völkerrechtliche Verträge wie die UN-BRK, das Verfassungsrecht, das Bundes- und Landesrecht sowie untergesetzliches Recht).

Für die Praxis der Rehabilitation und Teilhabe von besonderer Bedeutung ist vor allem das Bundes- und Landesrecht. Maßgebliche Rechtsquelle im Bereich des Bundesrechts ist das **Sozialgesetzbuch (SGB)**, das sich in das SGB I bis SGB XII gliedert. Mit dem SGB IX sind für das Recht der Rehabilitation und Teilhabe übergreifende Regelungen geschaffen worden, die grundsätzlich für alle Reha-Träger gelten, soweit die jeweiligen Leistungsgesetze (z. B. SGB V oder SGB VI) nichts Abweichendes bestimmen (§ 7 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Dies betrifft zum Beispiel auch Regelungen zur Leistungserbringung. Darüber hinaus gehen die Vorschriften in Kapitel 2 bis 4 im SGB IX Teil 1 zu den Grundlagen des Reha-Prozesses den Regelungen der trägerspezifischen Leistungsgesetze (z. B. SGB III, V, VI, VII) vor. Von den Vorschriften des Kapitels 4 (§§ 14 bis 24 SGB IX) kann auch durch Landesrecht nicht abgewichen werden. Diese

Vorschriften gelten uneingeschränkt für alle Reha-Träger (vgl. § 7 Abs. 2 SGB IX). Hierzu gehört z. B. die Zuständigkeitsklärung oder die Teilhabeplanung. Die Frage, ob ein Anspruch besteht und welcher Reha-Träger zuständig ist, richtet sich weiterhin nach den jeweiligen Leistungsgesetzen (§ 7 Abs. 1 Satz 2 SGB IX). Hierbei kommt es z. B. darauf an, ob Versicherungszeiten erfüllt sind (SGB VI), ein Arbeitsunfall vorliegt (SGB VII) oder eine wesentliche Behinderung besteht bzw. droht (SGB IX Teil 2 – Eingliederungshilfe).

Auf **Landesebene** werden insbesondere zahlreiche Regelungen zur Eingliederungshilfe umgesetzt oder konkretisiert. So ist z. B. der Träger der Eingliederungshilfe durch die Länder zu bestimmen und es kann durch Landesrecht geregelt werden, dass Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen bei den Leistungserbringern auch anlassfrei erfolgen können (§§ 94, 128 Abs. 1 Satz 3 SGB IX).

Darüber hinaus unterliegen die Leistungserbringer regelmäßig weiteren gesetzlichen Anforderungen, wie z. B. den bundes- und landesrechtlichen Regelungen zum Heimwesen oder der Gewerbeordnung (insbes. § 30 Abs. 1 GewO).

Neben den gesetzlichen Regelungen existieren auch **untergesetzliche Regelungen**, wie z. B. Verordnungen, Richtlinien, Satzungen oder Landesrahmenverträge, die im Bereich Rehabilitation und Teilhabe bedeutsam sein können.

Insbesondere hat der Gesetzgeber den Reha-Trägern die Aufgabe übertragen für bestimmte Bereiche **„Gemeinsame Empfehlungen“** (GE) – auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) – zu erarbeiten (vgl. § 26 SGB IX). Durch diese GE werden gesetzliche Regelungen trägerübergreifend konkretisiert. Eine Sonderrolle nehmen hierbei Träger der Eingliederungshilfe und Jugendhilfe ein. Sie sind zwar keine Vereinbarungspartner von GE, sind aber über verschiedene Institutionen an der Vorbereitung zu beteiligen. Zudem haben sie den gesetzlichen Auftrag sich an den GE zu orientieren oder können diesen beitreten (§ 26 Abs. 5 SGB IX). An der Vorbereitung der GE werden auch die Verbände von Menschen mit Behinderungen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen, der Interessenvertretungen von Frauen mit Behinderungen sowie die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände beteiligt (§ 26 Abs. 6 SGB IX). Ihren Anliegen wird nach Möglichkeit Rechnung getragen.

Eine GE, die für die Zusammenarbeit der Reha-Träger bei trägerübergreifenden Leistungen besonders wichtig ist und die auch Bezüge zur Rolle der Leistungserbringer enthält, ist die **GE Reha-Prozess**. Auf einschlägige Regelungen dieser GE und auf weitere für die Leistungserbringer relevante GE wird im Text hingewiesen.

Rehabilitations- und Teilhabeleistungen

Das Gesetz unterscheidet zwischen fünf Leistungsgruppen (§ 5 SGB IX). Diese sind:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen,
- Leistungen zur Teilhabe an Bildung und
- Leistungen zur sozialen Teilhabe.

Zur Klärung, welcher Reha-Träger im Einzelfall zuständig ist und ob ein Anspruch auf Teilhabeleistungen besteht, ist es in der Regel notwendig, zwischen den verschiedenen Leistungsgruppen zu differenzieren (siehe auch Tabelle unten):

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind u. a. auf die positive Beeinflussung einer (drohenden) Behinderung einschließlich chronischer Krankheit ausgerichtet. Dies umfasst auch die Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes eines Menschen mit (drohender) Behinderung. Zugleich sollen dadurch Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und/oder Pflegebedürftigkeit vermieden oder verbessert werden (vgl. § 42 Abs. 1 SGB IX). Zur Zielerreichung sind vor allem medizinische Leistungen (z. B. ärztliche Behandlung, therapeutische Versorgung mit Heilmitteln, psychologische Psychotherapie) oder Hilfsmittel einzusetzen (§ 42 Abs. 2 SGB IX). Ergänzt werden diese Maßnahmen durch sogenannte psychosoziale Hilfen (z. B. Hilfen zur Aktivierung von Selbsthilfepotentialen, zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, Training lebenspraktischer Fähigkeiten, vgl. § 42 Abs. 3 SGB IX).

Ein besonderes Ziel der **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben** (LTA) besteht in der Erlangung bzw. Erhaltung der Erwerbsfähigkeit und dadurch der Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit (drohender) Behinderung (§ 49 Abs. 1 SGB IX). Gegenstand von LTA sind spezielle berufsbezogene oder arbeitsplatzbezogene Maßnahmen (z. B. Berufsvorbereitung, berufliche Anpassung und Weiterbildung, berufliche Ausbildung, Unterstützte Beschäftigung, Arbeitsassistent, Hilfsmittel, vgl. §§ 49 ff. SGB IX). Auch zu diesen Leistungen kommen ergänzend sogenannte psychosoziale Hilfen in Betracht (z. B. Hilfen zur Aktivierung von Selbsthilfepotentialen, zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, Training lebenspraktischer und motorischer Fähigkeiten, vgl. § 49 Abs. 6 SGB IX). Leistungen im Eingangsverfahren, im Berufsbildungsbereich sowie im Arbeitsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) oder bei einem anderen Anbieter kommen ebenfalls als LTA in Betracht. Diese haben das Ziel die Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit zu verbessern oder zu erhalten und die Beschäftigung zu ermöglichen oder zu sichern (§ 56 ff. SGB IX).

Leistungen zur sozialen Teilhabe werden erbracht, um eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern. Leistungsberechtigte sollen zu

einer möglichst selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung im eigenen Wohnraum und auch in ihrem Sozialraum befähigt und unterstützt werden (§ 76 SGB IX). Hierzu können beispielsweise Leistungen für Wohnraum (z. B. Hilfen bei der Beschaffung einer Wohnung), Assistenzleistungen (z. B. zur Haushaltsführung, zur Gestaltung sozialer Beziehungen, zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben) oder Leistungen zur Förderung der Verständigung sowie auch Hilfsmittel gehören.

Als **Leistungen zur Teilhabe an Bildung** werden unterstützende Leistungen bezeichnet, die erbracht werden, damit Menschen mit Behinderungen Bildungsangebote gleichberechtigt wahrnehmen können (§ 75 SGB IX). Hierzu gehören u. a. Hilfen zur Schulbildung und schulischen Aus- und Weiterbildung sowie zur Hochschulbildung einschließlich der Erwachsenenbildung. Je nach Art und/oder Schwere der Beeinträchtigung sind dabei unterschiedliche Maßnahmen denkbar, z. B. die Begleitung auf dem Weg in die Schule oder die Unterstützung in der Schule durch Schulbegleiter, Integrationshelfer oder Assistenten.

Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen (§§ 64 ff. SGB IX) dienen vor allem der finanziellen Absicherung und familiären Versorgung während des Bezugs von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (z. B. Krankengeld, Übergangsgeld, Reisekosten, Haushaltshilfe oder Kinderbetreuungskosten). Zudem gehören auch Rehabilitationssport und Funktionstraining zu den ergänzenden Leistungen.

Das **übergeordnete Ziel aller Leistungen zur Teilhabe** besteht darin, die Selbstbestimmung von Menschen mit (drohender) Behinderung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken (vgl. § 1 SGB IX). Welche Unterstützungsleistungen zu dieser Zielerreichung im Einzelfall erforderlich sind, wird während der Phase der Bedarfsermittlung – gemeinsam mit dem Menschen mit Behinderungen – konkretisiert (vgl. [Kapitel Bedarfsermittlung](#)). Darauf aufbauend werden im weiteren Verlauf konkrete Leistungs- und Handlungsziele abgeleitet (siehe auch §§ 35 bis 46 GE Reha-Prozess sowie die Ausführungen im Bedarfsermittlungskonzept LTA). Die Ziele müssen den Vorstellungen des Menschen mit Behinderungen und seiner individuellen Lebenssituation entsprechen. Insgesamt sind die individuellen Teilhabeziele im Einzelfall also u. a. entscheidend für die Frage, ob ein Anspruch auf Teilhabeleistungen besteht und auch für den konkreten Inhalt und die Art und Weise der Leistungserbringung.

Reha-Träger

Ein Anspruch auf Teilhabeleistungen besteht gegenüber den Reha-Trägern nach § 6 SGB IX. Reha-Träger können sein:

- die gesetzlichen Krankenkassen,
- die Bundesagentur für Arbeit,
- die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung,
- die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und der Alterssicherung der Landwirte,
- die Träger der Kriegsopferversorgung und der Kriegsopferfürsorge,
- die Träger der öffentlichen Jugendhilfe und
- die Träger der Eingliederungshilfe.

Eine enge Zusammenarbeit besteht darüber hinaus zwischen Reha-Trägern und Integrationsämtern (vgl. § 185 SGB IX). Integrationsämter sind zwar keine Reha-Träger, sie sind jedoch für die sogenannte begleitende Hilfe am Arbeitsleben zuständig, die eng mit den Rehabilitationsleistungen verknüpft ist.

Welcher Reha-Träger im Einzelfall für eine Leistung zur Teilhabe zuständig ist, hängt insbesondere davon ab, in welcher Leistungsgruppe ein Bedarf besteht (z. B. Leistung zur medizinischen Rehabilitation, Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Leistung zur sozialen Teilhabe) und ob bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind (z. B. Versicherungsstatus, Vorversicherungszeiten, Arbeitsunfall oder Berufskrankheit).

Leistungen und Träger der Rehabilitation: Wer macht was?

Rehabilitations- bzw. Leistungsträger	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Leistungen zur sozialen Teilhabe	Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen	Leistungen zur Teilhabe an Bildung
Gesetzliche Krankenversicherung	✓			✓	
Gesetzliche Rentenversicherung	✓	✓		✓	
Alterssicherung der Landwirte	✓			✓	
Gesetzliche Unfallversicherung	✓	✓	✓	✓	✓
Bundesagentur für Arbeit		✓		✓	
Träger der öffentlichen Jugendhilfe	✓	✓	✓		✓
Träger der Eingliederungshilfe	✓	✓	✓		✓
Träger der Kriegsopferversorgung und der Kriegsopferfürsorge	✓	✓	✓	✓	✓
Integrationsamt*		✓			

* nicht Reha-Träger, aber Sozialleistungsträger

Leistungserbringung

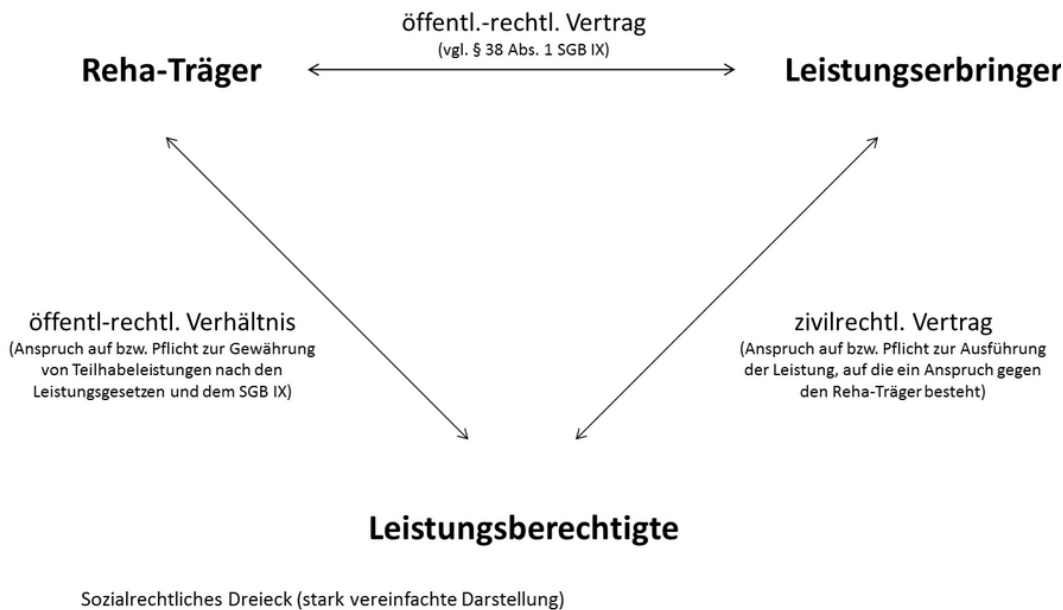
Sozialrechtliches Dreieck

Ein Anspruch auf die oben genannten Rehabilitations- und Teilhabeleistungen besteht gegenüber den Reha-Trägern. Die Reha-Träger können Rehabilitations- und Teilhabeleistungen als Sach- oder Dienstleistung entweder selbst durch eigene Dienste und Einrichtungen (sogenannte Eigeneinrichtungen) oder durch andere (externe) Dienstleister ausführen (vgl. § 28 Abs. 1 SGB IX). Nicht alle Reha-Träger dürfen uneingeschränkt Eigeneinrichtungen schaffen (vgl. z. B. § 140 Abs. 2 SGB V, § 124 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Zudem können Leistungen als Persönliches Budget (siehe unten) erbracht werden. Im Rahmen eines Persönlichen Budget werden die Leistungen vom Budgetnehmer organisiert/eingekauft.

Insgesamt werden soziale Dienstleistungen häufig von externen Leistungserbringern erbracht (§ 28 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB IX). Als Leistungserbringer kommen nach dem SGB IX Teil I Rehabilitationsdienste (ambulante und mobile Leistungserbringer) und Rehabilitationseinrichtungen (stationäre Leistungserbringer) in Betracht. Unter diese Begriffe können zum Beispiel sogenannte „Reha-Kliniken“, Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nach § 51 SGB IX oder weitere Dienstleister zur Teilhabe sowie auch besondere Wohnformen, Assistenzpersonen/Assistenten/-innen gefasst werden. Im Bereich der Eingliederungshilfe hat der Gesetzgeber mit dem BTHG die Unterscheidung zwischen stationären Einrichtungen und ambulanten Diensten gezielt aufgehoben und durch den Begriff des Leistungserbringers ersetzt (§ 123 Abs. 1 SGB IX).

Das SGB IX sieht grundsätzlich vor, dass die Reha-Träger mit den Leistungserbringern Verträge abschließen (vgl. § 38 Abs. 1 SGB IX) und die Leistungserbringer dann im Einzelfall die Leistung gegenüber den Leistungsberechtigten ausführen (§ 28 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB IX). Diese Verträge sind nach einheitlichen Grundsätzen abzuschließen, worauf die Reha-Träger hinwirken. Dabei berücksichtigen sie einheitliche Grundsätze der Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit. In § 38 Abs. 3 SGB IX ist hierfür grundsätzlich der Abschluss von Gemeinsamen Empfehlungen oder von Rahmenverträgen mit den Arbeitsgemeinschaften der Rehabilitationsdienste und -einrichtungen vorgesehen. Bislang wurde dies noch nicht umgesetzt.

Im Ergebnis bestehen zwischen allen Beteiligten – Reha-Trägern, Leistungserbringern und Leistungsberechtigten – jeweils unterscheidbare rechtliche Beziehungen. Zur Veranschaulichung wird dies auch als sozialrechtliches Dreieck bezeichnet, was die folgende Grafik* verdeutlicht:



Zwischen Reha-Träger und Leistungserbringern wird – wie bereits dargelegt – in der Regel ein Vertrag abgeschlossen in dem u. a. das Leistungsangebot, Anforderungen an die Qualität sowie die Vergütung der Leistung vereinbart werden (vgl. § 38 Abs. 1 SGB IX).

Zwischen Reha-Träger und Leistungsberechtigten besteht ein öffentlich-rechtliches Rechtsverhältnis. Die Leistungsberechtigten haben Anspruch auf Teilhabeleistungen, die ihnen der Reha-Träger bei Vorliegen der Voraussetzungen den gesetzlichen Anforderungen entsprechend gewähren bzw. zur Verfügung stellen muss. Die Anspruchsvoraussetzungen sowie Art und Umfang des Leistungsanspruchs sind in den einzelnen Leistungsgesetzen (z. B. SGB V, SGB VI) und den §§ 42 ff. SGB IX geregelt.

Zwischen Leistungserbringern und Leistungsberechtigten besteht ein zivilrechtlicher Vertrag. Der Leistungserbringer ist durch den Vertrag gegenüber der/dem Leistungsberechtigten verpflichtet diejenigen Leistungen auszuführen, auf die der Leistungsberechtigte einen Anspruch gegen den Reha-Träger hat. Inhaltliche Grundlage für die Leistungsausführung sind vor allem die Ergebnisse der Bedarfsfeststellung und ggf. der Teilhabeplanung (siehe [Kapitel Durchführung von Leistungen](#)).

Formale Voraussetzung für die Leistungserbringung ist in der Regel ein positiver Leistungsbescheid. Dadurch verpflichtet sich der Reha-Träger gegenüber der/dem Leistungsberechtigten u. a. die Vergütung für die Leistung zu übernehmen. Somit wird der Leistungserbringer in der Regel nicht von den Leistungsberechtigten, sondern vom Reha-Träger bezahlt.

Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement

Damit ein Leistungserbringer mit den Reha-Trägern Verträge abschließen darf, muss er geeignet sein und bestimmte Anforderungen erfüllen. Das SGB IX setzt zum Beispiel Qualitätsanforderungen voraus (§§ 37, 38 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX), wonach die Leistungserbringer u. a. ein internes Qualitätsmanagement sicherzustellen haben. Zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen wurde die [GE „Qualitätssicherung“](#) nach § 37 Abs. 1 SGB IX vereinbart.

Stationäre medizinische Rehabilitationseinrichtungen müssen ein internes Qualitätsmanagement durch eine Zertifizierung nachweisen (vgl. § 37 Abs. 2 SGB IX). Zu den inhaltlichen Anforderungen haben die Reha-Träger eine gesetzlich vorgesehene [Vereinbarung getroffen](#). [Hier](#) finden Sie zudem eine Datenbank mit (zertifizierten) stationären Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation.

Für ambulante Leistungserbringer im Bereich der medizinischen Rehabilitation sind in [trägerübergreifenden Rahmenempfehlungen](#) Grundsätze zur Leistungserbringung abgestimmt worden, die z. B. auch die räumliche und personelle Ausstattung betreffen. Dabei werden auch spezifische Indikationen berücksichtigt (z. B. Rahmenempfehlungen zur neurologischen Rehabilitation, kardiologischen Rehabilitation, onkologischen Rehabilitation).

Trägerübergreifende Anforderungen an Einrichtungen für die Ausführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind in der [GE „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“](#) geregelt.

Weitere spezifische Anforderungen an die Qualität der Leistungen sind zum Teil in den einzelnen Leistungsgesetzen verankert. Hierzu bestehen ggf. weitere Vereinbarungen bzw. Konkretisierungen der Reha-Träger.

Auswahl des Leistungserbringers

Im Einzelfall nimmt der Reha-Träger den Leistungserbringer in Anspruch, den die/der Leistungsberechtigte sich wünscht bzw. der am besten für die Leistungsausführung geeignet ist (vgl. § 36 Abs. 2 SGB IX). Dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht genommen. Den besonderen Bedürfnissen von Müttern und Vätern mit Behinderungen bei der Erfüllung ihres Erziehungsauftrages sowie den besonderen Bedürfnissen von Kindern mit Behinderungen wird ebenfalls Rechnung getragen (§ 8 SGB IX). Ebenso wird das Gebot der Wirtschaftlichkeit berücksichtigt.

Die/Der Leistungsberechtigte kann sich die Ausführung durch einen bestimmten Leistungserbringer wünschen (vgl. § 8 Abs. 1 SGB IX). Wenn dieser Wunsch berechtigt ist, muss der Reha-Träger ihm entsprechen. Die Wünsche sollten deshalb gut begründet werden. Wünsche können als unberechtigt abgelehnt werden, wenn es Rechtsvorschriften gibt, die ihnen entgegenstehen. Die Wünsche müssen u. a. zur wirksamen Zielerreichung geeignet sein

und auch das Gebot der Wirtschaftlichkeit ist zu beachten. Wenn der Reha-Träger Wünsche ablehnt, muss er dies begründen.

Vergaberecht

Bei der Ausführung von Rehabilitations- und Teilhabeleistungen ist auch das Vergaberecht mitzudenken. Dieses ist vor allem im Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) geregelt, das u. a. europarechtliche Richtlinien in nationales Recht umsetzt (insbesondere Richtlinie 2014/23/EU v. 26.2.2014 über die Konzessionsvergabe und Richtlinie 2014/24/EU v. 26.2.2014 über die öffentliche Auftragsvergabe). In diesem Kontext stellt sich besonders die Frage, ob Leistungen zur Teilhabe durch öffentliche Ausschreibungen vergeben werden müssen bzw. dürfen.

Damit die „Beschaffung“ und Ausführung von Sozialleistungen dem Vergaberecht unterliegt, müssen bestimmte Voraussetzungen vorliegen. In der Entwurfsbegründung zum BTHG hat der Gesetzgeber z. B. ausgeführt, dass die Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe nach §§ 123 ff. SGB IX nicht dem Anwendungsbereich des Vergaberechts unterliegen soll (BT-Drs. 18/9522, S. 290). Für die Hilfsmittelversorgung im gesetzlichen Krankenversicherungsrecht z. B. hat der Gesetzgeber Ausschreibungen zum 11.05.2019 abgeschafft, um damit verbundene Risiken für die Versorgungsqualität zu vermeiden (vgl. BT-Drs. 19/8351, S. 202 zu § 127 SGB V). Im Bereich der Arbeitsförderung hingegen kann die Ausführung bestimmter Maßnahmen – z. B. Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach § 45 Abs. 3 SGB III – ausdrücklich unter Anwendung des Vergaberechts beauftragt werden. Generell kommt es für die Anwendung des Vergaberechts im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX Teil 1 auf die konkrete Gestaltung des Verhältnisses zwischen Reha-Träger, Leistungserbringer und Leistungsempfänger/-in an.

Persönliches Budget

Nach § 29 SGB IX werden Rehabilitations- und Teilhabeleistungen auf Antrag als persönliches Budget erbracht. Dies bedeutet, dass die Leistungsberechtigten anstatt der Sach- bzw. Dienstleistung eine Geldleistung erhalten und sich die Leistungen zur Teilhabe selbst beschaffen können. Dadurch soll ihnen eine möglichst selbstbestimmte und eigenverantwortliche Gestaltung ihrer Lebensumstände ermöglicht werden. Eine Besonderheit ist hierbei das so genannte Arbeitgebermodell. Dabei wird der Budgetnehmer selbst zum Arbeitgeber mit allen Rechten und Pflichten, indem er z. B. Assistenten selbst anstellt. Möchte der Budgetnehmer das Arbeitgebermodell nicht in Anspruch nehmen, kann er Leistungserbringer wie Assistenz- oder Pflegedienste beauftragen. Das Sozialrechtliche Dreieck zwischen Leistungsberechtigtem, Leistungserbringer und Reha-Träger (siehe oben) wird durch das Persönliche Budget in der Regel aufgehoben.

Das Persönliche Budget ist eine Form der Leistungserbringung, die alle beantragen können, die einen Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe haben. Dabei kann das persönliche Budget nur solche Leistungen umfassen, auf die auch ohne Budget ein Anspruch besteht. Unter

bestimmten Voraussetzungen sind noch weitere Leistungen budgetfähig, wie z. B. Pflegeleistungen nach dem SGB XI oder Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII.

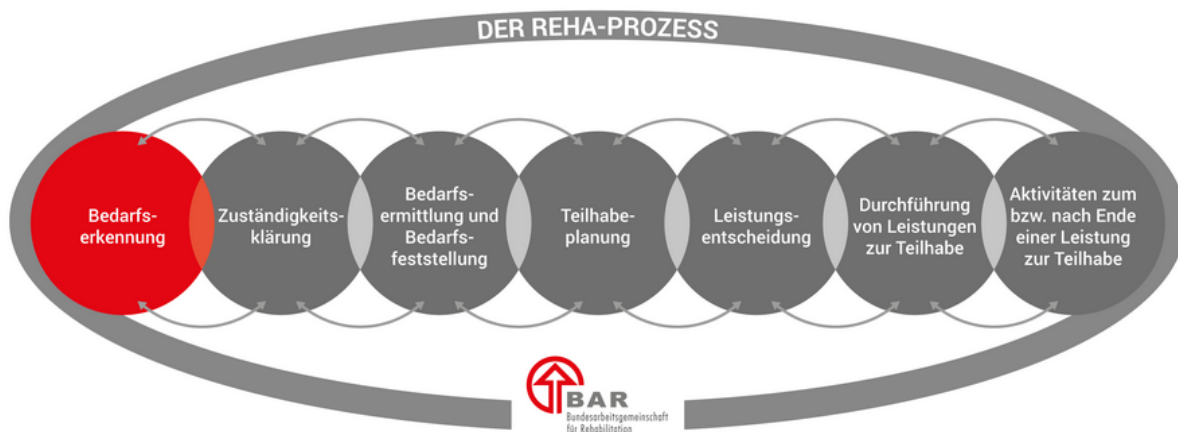
Reha-Prozess

Zur Vereinfachung und Veranschaulichung kann eine individuelle Rehabilitation idealtypisch als „Reha-Prozess“ mit einzelnen Prozessphasen abgebildet werden. Die Reha-Träger haben sich in der GE Reha-Prozess auf ein Prozessverständnis mit sieben Phasen verständigt.

Zentral für das Grundverständnis des Reha-Prozesses ist, dass die einzelnen Phasen in der Regel nicht linear aufeinander folgen. Vielmehr können die Phasen ineinandergreifen und sich wiederholen. Denkbar ist beispielsweise, dass während der Phase der Durchführung von Leistungen neue Bedarfe erkannt werden und dadurch erneut die Phase der Bedarfserkennung sowie ggf. der Teilhabeplanung ausgelöst wird. Der Reha-Prozess ist personenzentriert und damit individuell zu gestalten (der Mensch im Mittelpunkt).



Rolle der Leistungserbringer bei der Bedarfserkennung



Kurz und knapp

- Bedarfe können während des gesamten Reha-Prozesses erkannt werden (vgl. §§ 9 ff. SGB IX i. V. m. §§ 10 ff. GE Reha-Prozess).
- Leistungserbringer...
 - ...erkennen (neuen) Bedarf, z. B. vor oder während der Durchführung der Leistung.
 - ...unterstützen eine Antragstellung.
 - ...stehen in engem Kontakt mit den Reha-Trägern (vgl. u. a. § 13 GE Reha-Prozess) und sind das Bindeglied zu den Leistungsberechtigten, ggf. seinen Angehörigen.

Allgemeines zur Bedarfserkennung

Menschen mit Behinderungen sollen die für sie erforderlichen Leistungen zur Teilhabe so früh wie möglich erhalten. Die Reha-Träger stellen durch geeignete Maßnahmen sicher, dass ein Rehabilitationsbedarf frühzeitig erkannt und auf eine Antragstellung hingewirkt wird (§ 12 SGB IX). Hierfür werden von den Reha-Trägern Ansprechstellen benannt, die Informationsangebote an Leistungsberechtigte, Arbeitgeber und andere Reha-Träger vermitteln. Diese Informationen umfassen u. a. Informationen über Inhalte und Ziele von Leistungen zur Teilhabe, über das Verfahren zur Inanspruchnahme der Leistungen sowie auch Informationen über die Möglichkeit der Leistungsausführung als Persönliches Budget. Die Jobcenter und Pflegekassen benennen ebenfalls solche Ansprechstellen. Ein Verzeichnis von Ansprechstellen finden Sie [hier](#).

Insbesondere Beratung ist entscheidend, wenn es darum geht, einen frühzeitigen und niederschweligen Zugang zu Rehabilitations- und Teilhabeleistungen zu ermöglichen. Die Reha-Träger stellen Reha-Beratung über ihre trägerspezifischen Strukturen sicher (§ 14 SGB I). Sie beraten Menschen mit Behinderungen individuell z. B. über die Möglichkeiten der Rehabilitation und Teilhabe, die Verwaltungsabläufe und auch die Form der Leistungserbringung (§ 6 Abs. 3 GE Reha-Prozess). Als eine fachliche Grundlage für die

Beratungsfachkräfte aller Reha-Träger, haben die Reha-Träger gemeinsam mit Verbänden für Menschen mit Behinderung und weiteren Organisationen auf Ebene der BAR trägerübergreifende [Beratungsstandards](#) entwickelt.

Ein zusätzliches Informations- und Beratungsangebot für Menschen mit Behinderungen und deren Angehörige ist die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung ([EUTB](#)) (§ 32 SGB IX). Diese Beratung ist von Leistungsträgern und -erbringern unabhängig und kann ergänzend zur Beratung der Reha-Träger in Anspruch genommen werden.

Für spezifische Bedarfe gibt es zudem gesonderte Beratungsdienste, die hinsichtlich der Vermittlung und Fallbegleitung eine wichtige Rolle spielen (z. B. ambulante Suchtberatungsstellen, Beratungsstellen in sozialpsychiatrischen Diensten; vgl. auch §§ 3, 4 GE Sozialdienste).

Medizinische, pflegerische und pädagogische Berufsgruppen sind dazu verpflichtet auf Beratungsstellen hinzuweisen, wenn Sie Behinderungen wahrnehmen. Eine eigene Beratungspflicht haben insbesondere Ärzte/-innen (§ 34 SGB IX).

Im Bereich der ambulanten Krankenbehandlung ist auch die Verordnung von Rehabilitationsleistungen durch Ärzte/-innen und Psychologische Psychotherapeuten/-innen für eine frühzeitige Bedarfserkennung bedeutsam (vgl. § 73 Abs. 2 SGB V i. V. m. Rehabilitations-Richtlinie). Daneben gibt es noch zahlreiche weitere Akteure, die bei der Bedarfserkennung und Antragshinwirkung eine wichtige Rolle haben. Dies sind z. B. Mitarbeiter/-innen im Krankenhaus, die im Rahmen des Entlassmanagements einen möglichen Bedarf erkennen und ggf. auf eine nahtlose Anschlussversorgung hinwirken (§ 39 Abs. 1a SGB V i. V. m. Rahmenvertrag Entlassmanagement). Bei Personen mit einem möglichen Pflegedarf ist das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu nennen. Hierbei hat der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder ein von der Pflegekasse beauftragter Gutachter auch zu prüfen, ob und gegebenenfalls welche Maßnahmen der Prävention und medizinischen Rehabilitation in Betracht kommen und diese zu empfehlen (vgl. § 18 Abs. 6 SGB XI).

Rolle der Leistungserbringer bei der Bedarfserkennung

Um Anzeichen eines Bedarfs frühzeitig zu erkennen und ggf. auf eine Antragstellung hinzuwirken, sind alle Akteure gefragt (§§ 3, 10 GE Reha-Prozess), dies umfasst auch niedergelassene Ärzte/-innen und Psychotherapeuten/-innen, Fachpersonal in Krankenhäusern etc. Vor Beginn einer Leistung zur Teilhabe können Bedarfe im Rahmen von Beratungsgesprächen erkannt werden. Mögliche Anzeichen, die darauf hindeuten, dass entsprechende Leistungen in Betracht kommen, sind in § 11 der GE Reha-Prozess beschrieben. Eine Hilfestellung auch für Leistungserbringer kann dabei die Anlage 1 der GE Reha-Prozess bieten, in der die Anzeichen konkretisiert werden.

Weitere oder veränderte Bedarfe können während des gesamten Rehabilitationsprozesses auftreten und werden häufig vor allem von Leistungserbringern wahrgenommen. So bereits

zu Beginn einer Leistung zur Teilhabe, z. B. im Rahmen der Eingangsdiagnostik, aber auch im weiteren Verlauf der Leistungsdurchführung und während der Entlassungsplanung bzw. zum Ende einer Leistung.

Während der Durchführung kann sich beispielsweise zeigen, dass weitere Leistungen erforderlich sind, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder um die Rückkehr an den Arbeitsplatz und damit eine Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen (vgl. § 10 SGB IX, § 81 GE Reha-Prozess, [Kapitel Durchführung](#)).

Sozialdienste bei Leistungserbringern (z. B. bei stationären Rehabilitationseinrichtungen oder Bildungseinrichtungen) erheben z. B. eine ausführliche Sozial- und ggf. Berufsanamnese, bei der mögliche Bedarfe erkannt werden können. Sie informieren über Möglichkeiten der Rehabilitation und Teilhabe, unterstützen bei der Beantragung und regen Leistungen zur Teilhabe an (vgl. [GE „Sozialdienste“](#)). Weitere relevante Informationen werden im Rahmen sozialmedizinischer oder psychologischer sowie ergo-/arbeitstherapeutischer Beurteilungen erhoben, die ebenfalls für die Erkennung weiterer Bedarfe und die Planung des Rehabilitationsprozesses von wesentlicher Bedeutung sind.

Besondere Anforderungen an die Leistungserbringer bestehen schließlich im Rahmen des Entlassmanagements in der medizinischen Rehabilitation. Die Erfüllung dieser Anforderungen erfordert insbesondere bei komplexen Hilfe-/Teilhabebedarfen eine enge Zusammenarbeit mit den zuständigen Leistungsträgern, um ein nahtloses Zusammenwirken der erforderlichen Leistungen zu ermöglichen (vgl. [Kapitel „Aktivitäten zum bzw. nach Ende einer Leistung zur Teilhabe“](#)).

Rolle der Leistungserbringer bei der Zuständigkeitsklärung



Kurz und knapp

- Die Zuständigkeitsklärung durch die Reha-Träger dient der Festlegung des „leistenden Reha-Trägers“. Diese Festlegung erfolgt in der Regel innerhalb von zwei Wochen durch Weiterleitung oder Fristablauf (vgl. § 14 SGB IX).
- Leistungserbringer...
 - ...sollten wissen, wer „leistender Reha-Träger“ ist.
 - ...wenden sich an den „leistenden Reha-Träger“, um z. B. eine Anpassung des Teilhabeplans oder eine Teilhabeplankonferenz anzuregen (vgl. § 20 Abs. 3 SGB IX, § 58 Abs. 4, § 64 Abs. 1 GE Reha-Prozess).

Allgemeines zur Zuständigkeitsklärung

Nach Vorliegen eines Antrags bzw. nachdem ein Reha-Träger Kenntnis von einem voraussichtlichen Rehabilitationsbedarf erlangt hat, stellt sich die Frage, welcher Reha-Träger für den jeweils vorliegenden Unterstützungsbedarf einer/s Leistungsberechtigten zuständig ist. In einer komplexen Bedarfslage können dabei auch mehrere Reha-Träger für unterschiedliche Leistungen zuständig sein. Trotz dieser Komplexität sollen Leistungsberechtigte möglichst einfach zu ihrem Recht kommen. Hierfür gibt es die Rolle des sog. „leistenden Reha-Trägers“ (§§ 14 ff. SGB IX).

Der „leistende Reha-Träger“ ist u. a.

- Ansprechpartner der/s Leistungsberechtigten,
- verantwortlich für die umfassende Bedarfserstellung,
- verantwortlich für die Teilhabeplanung und die Organisation einer Teilhabeplankonferenz (Ausnahme gem. § 19 Abs. 5 SGB IX).

Wer „leistender Reha-Träger“ ist, klärt sich im Rahmen der Zuständigkeitsklärung nach § 14 SGB IX in der Regel innerhalb von 14 Tagen nach Eingang eines Antrags bzw. nachdem ein

Reha-Träger Kenntnis von einem voraussichtlichen Rehabilitationsbedarf erlangt hat. Dies erfolgt z. B. durch Fristablauf oder durch Weiterleitung eines Antrags (tiefergehend: § 14 SGB IX, §§ 19 ff. GE Reha-Prozess).

Wenn in einem konkreten Leistungsfall nur ein Reha-Träger beteiligt ist, handelt es sich bei diesem Träger um den „leistenden Reha-Träger“. Sind mehrere Reha-Träger beteiligt, werden die Leistungsberechtigten unmittelbar darüber informiert, welcher Träger in ihrem konkreten Fall „leistender Reha-Träger“ und damit zugleich ihr Ansprechpartner ist.

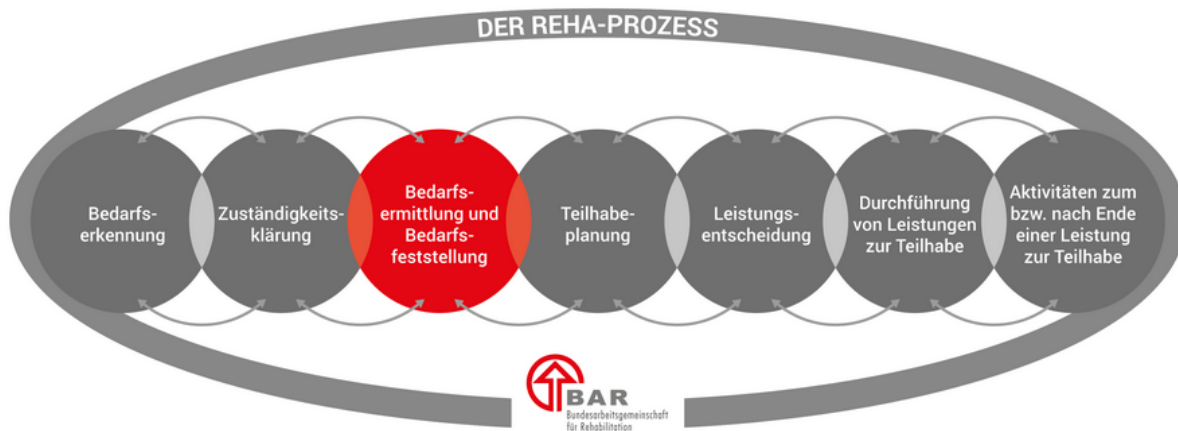
Exkurs: Vorgehen bei der Erkennung von neuem Reha-Bedarf (§ 25 GE Reha-Prozess):

Werden später als zwei Wochen nach Antragseingang Rehabilitationsbedarfe erkannt, die nicht vom Antrag umfasst sind, wirkt der leistende Reha-Träger auf eine weitere Antragstellung hin (§ 25 Abs. 2 GE Reha-Prozess i. V. m. § 9 SGB IX). Für den Fall, dass ein anderer Reha-Träger zuständig ist, stellt der leistende Reha-Träger ihm Kopien des Antrags und weitere notwendige Informationen wie Leistungsbescheide oder Untersuchungsbefunde zur Verfügung – sofern die/der Antragsteller/-in damit einverstanden ist. Der neue Antrag löst ein eigenständiges Verwaltungsverfahren nach §§ 14 ff. SGB IX mit einem eigenen leistenden Reha-Träger und einem eigenen Leistungsbescheid aus. Damit die beantragten Leistungen dennoch nahtlos und koordiniert erbracht werden, führt der für den Erstantrag leistende Reha-Träger - mit Einwilligung der/des Leistungsberechtigten - eine Teilhabeplanung (§§ 19 ff. SGB IX) durch. Dabei werden die verschiedenen Verwaltungsverfahren über einen Teilhabeplan miteinander verbunden. Eine solche Verknüpfung erfolgt allerdings nicht, wenn die verschiedenen Verwaltungsverfahren sachlich und zeitlich so weit auseinanderliegen, dass dadurch keine verbesserte Zielerreichung möglich ist (§ 25 Abs. 2a GE Reha-Prozess). Werden die nicht vom Antrag umfassten Reha-Bedarfe vor Ablauf von zwei Wochen nach Antragseingang erkannt, werden sie Bestandteil des bereits mit dem Antrag ausgelösten Verfahrens. Der Rehabilitationsträger wirkt hierzu auf entsprechende ergänzende Antragstellung hin.

Rolle der Leistungserbringer bei der Zuständigkeitsklärung

Die Zuständigkeitsklärung nach § 14 SGB IX liegt in der Verantwortung der Reha-Träger. Für die Leistungserbringer ist es wichtig zu erfahren, welcher Reha-Träger „leistender Reha-Träger“ ist. Dies ist z. B. relevant, wenn ein Leistungserbringer weiteren Rehabilitationsbedarf erkennt und dadurch die Anpassung eines Teilhabeplans durch den leistenden Reha-Träger notwendig ist. Ebenso wenn ein Leistungserbringer z. B. die Durchführung einer Teilhabeplankonferenz beim leistenden Reha-Träger anregen möchte (vgl. [Kapitel Teilhabeplanung](#)).

Rolle der Leistungserbringer bei der Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung



Kurz und knapp

- Eine umfassende Bedarfsfeststellung ist Aufgabe des leistenden Reha-Trägers (vgl. § 14 Abs. 2 SGB IX i. V. m. § 27 GE Reha-Prozess).
- Mit der Bedarfsermittlung und -feststellung wird die Grundlage für die Leistungsentscheidung geschaffen.
- Leistungserbringer...
 - ...können von den Reha-Trägern für Assessments, Diagnostik, Eignungsabklärungen beauftragt werden (vgl. § 46 GE Reha-Prozess).
 - ...führen zu Beginn der Leistungsdurchführung eine eigene Bedarfsermittlung auf Grundlage der Bedarfsfeststellung der Reha-Träger durch, um die Teilhabeziele und Leistungen zu konkretisieren.

Allgemeines zur Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung

Der leistende Reha-Träger ist für eine umfassende und damit ggf. auch trägerübergreifende Feststellung des individuellen Bedarfs verantwortlich (§ 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX, § 27 GE Reha-Prozess). Die Bedarfsermittlung schafft dabei die notwendigen Voraussetzungen für die formale Konkretisierung des individuellen Bedarfs als Basis zur Entscheidung über Leistungen (Bedarfsfeststellung). Sofern Anhaltspunkte für einen trägerübergreifenden Bedarf bestehen, bezieht der leistende Reha-Träger andere Reha-Träger in die Bedarfsermittlung ein (z. B. durch ein Antragsplitting, vgl. § 15 SGB IX) und wirkt auf die Erstellung eines Teilhabeplans hin (vgl. § 19 SGB IX, vgl. [Kapitel Teilhabeplanung](#)).

Die Reha-Träger setzen zur Bedarfsermittlung systematische Arbeitsprozesse (z. B. Erhebungen, Analysen, Dokumente) und standardisierte Arbeitsmittel (z. B. Testverfahren, Fragebögen, Befundberichte) ein (Instrumente, § 13 SGB IX). Diese Instrumente sollen den von den Reha-Trägern in §§ 35 ff. GE Reha-Prozess vereinbarten Grundsätzen entsprechen. Der

leistende Reha-Träger kann zudem ein Gutachten bei einem Sachverständigen in Auftrag geben, wenn dies für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs erforderlich ist (§ 17 SGB IX). Gutachten stellen ein besonderes Instrument der Bedarfsermittlung dar, das ebenfalls den in der GE Reha-Prozess vereinbarten Grundsätzen unterliegt (§ 38 Abs. 3 GE Reha-Prozess). Einheitliche Grundsätze für die sozialmedizinische Begutachtung wurden zudem in der [Gemeinsamen Empfehlung „Begutachtung“](#) vereinbart.

Mit Instrumenten der Bedarfsermittlung, wie systematischen Arbeitsprozessen und standardisierten Arbeitsmitteln sowie Begutachtungen, wird erfasst,

- ob eine Behinderung oder ein Gesundheitsproblem bzw. eine Beeinträchtigung vorliegt oder zu erwarten ist,
- welche Auswirkung die Beeinträchtigungen auf die Teilhabe hat,
- welche Ziele mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen,
- welche Leistungen voraussichtlich zur Erreichung der Ziele erfolgreich sind (§ 13 Abs. 2 SGB IX).

Eine wichtige Anforderung an die Bedarfsermittlung ist dabei, dass sie einerseits umfassend zugleich aber auch individuell und funktionsbezogen zu erfolgen hat. Eine individuelle Bedarfsermittlung setzt als Ausgangspunkt an der aktuellen Lebenssituation eines Menschen mit seinen jeweiligen Kompetenzen und Unterstützungsbedarfen an. Dabei sind auch ggf. besondere Bedarfe von Angehörigen (z. B. Kinder Suchtkranker in der Entwöhnungsbehandlung) oder etwa der schulische Förderungsbedarf im Bereich der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation zu berücksichtigen.

Rolle der Leistungserbringer bei der Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung

Bei der Bedarfsermittlung können die Reha-Träger und Integrationsämter auch auf die Expertise Dritter (z. B. Leistungserbringer) zurückgreifen, wenn z. B. umfangreiche Assessments erforderlich sind (vgl. § 46 GE Reha-Prozess). Neben umfangreichen Assessments ist auch die Beauftragung der Leistungserbringer mit der Durchführung von einzelnen Instrumenten im Rahmen der Bedarfsermittlung möglich (vgl. auch Bedarfsermittlungskonzept für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben S. 82).

Die umfassende Bedarfsfeststellung – als Voraussetzung für die Leistungsentscheidung – liegt dennoch in der Verantwortung des leistenden Reha-Trägers (§ 14 Abs. 2 SGB IX). Die Ermittlungen der Leistungserbringer sind dabei als eine Grundlage zu berücksichtigen. Relevante Informationen werden von den Reha-Trägern regelmäßig im Rahmen sozialmedizinischer oder psychologischer sowie ergo-/arbeitstherapeutischer Beurteilungen erhoben, die von wesentlicher Bedeutung sein können. Auch die Informationen aus den Zwischen- und Abschlussberichten der Leistungserbringer werden ggf. – unter Beachtung des

Datenschutzes – von den Reha-Trägern ausgewertet (§ 46 Abs. 3 i. V. m. §§ 80 bis 83, 86 GE Reha-Prozess).

Zu Beginn der Leistungsdurchführung stellen die Reha-Träger ihre Ergebnisse der Bedarfsermittlung den Leistungserbringern zur Verfügung (§ 46 Abs. 2 GE Reha-Prozess). Von den Leistungserbringern werden auf dieser Grundlage die individuellen Teilhabeziele und Leistungen konkretisiert (vgl. [Kapitel Durchführung](#)). Doppelerhebungen sind dabei zu vermeiden. Die Ergebnisse werden von den Leistungserbringern in einem Planungsinstrument (z. B. Rehabilitationsplan, Förderplan, Qualifizierungsplan, Bildungsplan oder Entwicklungsplan) festgehalten (vgl. [Kapitel Durchführung](#)). Hieraus können sich Anhaltspunkte für neue oder veränderte Bedarfe ergeben (vgl. [Kapitel Bedarfserkennung](#)), die dann in die Bedarfsermittlung und ggf. die Teilhabeplanung (vgl. [Kapitel Teilhabeplanung](#)) der Reha-Träger einfließen bzw. diese erneut auslösen können.

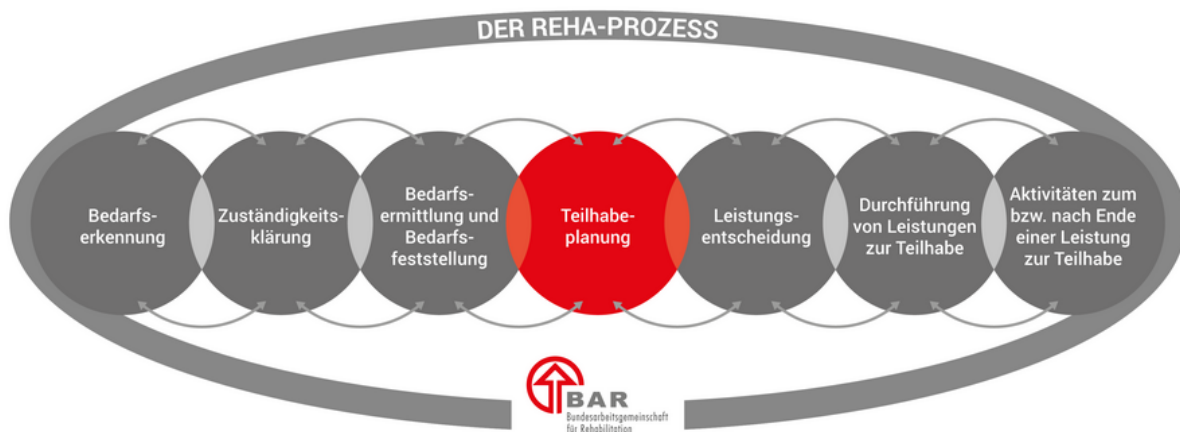
Besonderheiten bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Bei LTA können Leistungserbringer im Rahmen der Bedarfsermittlung z. B. mit Assessments, Arbeitserprobungen, Belastungserprobungen, Eignungsabklärungen oder Profilings beauftragt werden (vgl. Bedarfsermittlungskonzept LTA, S. 89 ff).

Durch diese Leistungen können z. B. individuelle Fähigkeiten, Fertigkeiten, Kompetenzen oder Potentiale des Menschen mit Behinderung mit den Anforderungen des Arbeitsmarktes oder eines Berufsbildes bzw. konkreten Arbeitsplatzes abgeglichen werden. Häufig werden solche Eignungsabklärungen oder Assessments einer weiteren Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, z. B. einer Weiterbildung oder Umschulung, vorgeschaltet. Sie können aber auch Bestandteil von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sein, z. B. bei der Unterstützten Beschäftigung (vgl. § 55 SGB IX). Hier werden in der Orientierungsphase zunächst Interessen, Fähigkeiten und Unterstützungsbedarfe festgestellt, bevor die Qualifizierung für einen geeigneten Arbeitsplatz beginnt.

Eine Arbeitshilfe für die Bedarfsermittlung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten Fachkräfte mit dem [Basiskonzept](#) und der [Instrumentendatenbank](#) (vgl. Bedarfsermittlungskonzept LTA).

Rolle der Leistungserbringer bei der Teilhabeplanung



Kurz und knapp

- Ein Teilhabeplan wird erstellt, wenn Leistungen mehrerer Reha-Träger und/oder Leistungen aus verschiedenen Leistungsgruppen erforderlich sind oder wenn die/der Leistungsberechtigte sich dies wünscht (§ 19 Abs. 1 und 2 SGB IX).
- Bei der Erstellung des Teilhabeplans...
 - ...werden bereits vorliegende Empfehlungen von Leistungserbringern zum Bedarf an Leistungen zur Teilhabe (z. B. in Zwischen- oder Abschluss- bzw. Entlassberichten) berücksichtigt (§ 54 Abs. 2 GE Reha-Prozess).
 - ...wird dokumentiert welche Leistungserbringer in die Durchführung der Leistungen einbezogen werden (§ 19 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 SGB IX).
 - ...wird dokumentiert inwiefern Wünsche von Leistungsberechtigten nach einem bestimmten Leistungserbringer (z. B. einer konkreten „Reha-Klinik“ oder einer besonderen Wohnform) berücksichtigt werden (vgl. § 19 Abs. 2 Satz 2 Nr. 7 SGB IX).
- Leistungserbringer...
 - ...können die Leistungsberechtigten über die Teilhabeplanung informieren.
 - ...können die Durchführung einer Teilhabeplankonferenz anregen (§ 58 Abs. 4 GE Reha-Prozess).
 - ...können ihre Teilnahme an einer Teilhabeplankonferenz vorschlagen (§ 59 Abs. 3 GE Reha-Prozess).
 - ...können auf Wunsch oder mit Zustimmung des/der Leistungsberechtigten an einer Teilhabeplankonferenz teilnehmen (vgl. § 20 Abs. 3 Satz 2 SGB IX).
 - ...sind auf Wunsch der Leistungsberechtigten als Vertrauensperson in die Teilhabeplankonferenz einzubeziehen (vgl. § 20 Abs. 3 Satz 1 SGB IX).

...teilen dem verantwortlichen Reha-Träger – unter Beachtung des Datenschutzes – Umstände mit, die eine Anpassung des Teilhabeplans erforderlich machen (z. B. in Form von Zwischenberichten, vgl. § 46 Abs. 3 GE Reha-Prozess).

...werden vom verantwortlichen Reha-Träger an der Anpassung des Teilhabeplans beteiligt (§ 64 Abs. 1 GE Reha-Prozess).

...sind in der Eingliederungshilfe auf Wunsch des/der Leistungsberechtigten als Vertrauensperson in das Gesamtplanverfahren einzubeziehen (§ 121 Abs. 3 SGB IX).

...werden im Rahmen der öffentlichen Jugendhilfe bei der Aufstellung des Hilfeplans und seiner Überprüfung beteiligt (§ 36 Abs. 2 Satz 3 SGB VIII).

Allgemeines zur Teilhabeplanung

Bestehen im Einzelfall Anhaltspunkte dafür, dass die Leistungen mehrerer Reha-Träger (z. B. der Bundesagentur für Arbeit und einer gesetzlichen Krankenkasse, vgl. § 6 SGB IX) und / oder Leistungen aus verschiedenen Leistungsgruppen (z. B. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und medizinische Rehabilitation, vgl. § 5 SGB IX) erforderlich sind, wird eine Teilhabeplanung durchgeführt. Eine Teilhabeplanung wird auch dann durchgeführt, wenn die/der Leistungsberechtigte sich dies wünscht (§ 19 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 3 SGB IX).

Die Teilhabeplanung dient vor allem dazu, verschiedene Leistungen so aufeinander auszurichten, dass das gesamte Verfahren nahtlos, zügig, zielorientiert und wirtschaftlich abläuft. Ergebnis der Teilhabeplanung ist die Erstellung eines individuellen **Teilhabeplans**. Ein solcher Teilhabeplan muss je nach Verlauf einer Rehabilitation ggf. angepasst werden (tiefergehend zur Teilhabeplanung: §§ 19 ff. SGB IX, §§ 47 ff. GE Reha-Prozess).

Besonderer Bestandteil der Teilhabeplanung kann eine **Teilhabeplankonferenz** sein (§ 20 SGB IX). Deren Ziel ist es, notwendige Beratungen und Abstimmungen bei der Erstellung des Teilhabeplans zwischen dem Leistungsberechtigten, den Reha-Trägern und ggf. weiteren Beteiligten zu bündeln oder erst zu ermöglichen. Zweckmäßig ist eine Teilhabeplankonferenz z. B. dann, wenn eine Vielzahl von Leistungen aus verschiedenen Leistungsgruppen in großem Umfang und mit langer Laufzeit erforderlich sind (vgl. § 58 Abs. 3 GE Reha-Prozess). Auf Wunsch oder mit Zustimmung der Leistungsberechtigten können auch weitere Akteure hinzugezogen werden, z. B. Jobcenter, Pflegekassen oder Integrationsämter (vgl. § 59 Abs. 2 GE Reha-Prozess). Die Entscheidung über die Durchführung einer solchen Teilhabeplankonferenz trifft der Reha-Träger, der für die Teilhabeplanung verantwortlich ist. Allerdings kann eine Teilhabeplankonferenz auch dann nur mit Zustimmung der/des Leistungsberechtigten erfolgen (vgl. § 20 SGB IX, §§ 58 ff. GE Reha-Prozess).

Verantwortlich für die Teilhabeplanung ist in der Regel der leistende Reha-Träger (vgl. [Kapitel Zuständigkeitsklärung](#)). Seine Aufgabe ist es auch, den Teilhabeplan zu erstellen und ggf. anzupassen. Dies erfolgt u. a. im Einvernehmen mit anderen beteiligten Reha-Trägern und in Abstimmung mit dem Leistungsberechtigten (§ 19 Abs. 1 SGB IX). Daneben haben auch die Leistungserbringer eine bedeutsame Rolle bei der Teilhabeplanung.

Rolle der Leistungserbringer bei der Teilhabeplanung

Leistungserbringer können die Leistungsberechtigten darüber informieren, dass sie sich die Durchführung einer Teilhabeplanung gegenüber dem leistenden Reha-Träger wünschen können, auch wenn die Voraussetzungen nach § 19 Abs. 1 SGB IX (mehrere Reha-Träger oder mehrere Leistungsgruppen) nicht vorliegen. Eine Teilhabeplanung ist dann auf Wunsch der Leistungsberechtigten durchzuführen (§ 19 Abs. 2 Satz 3 SGB IX, siehe auch unter Allgemeines.).

Teilhabeplan

Der Teilhabeplan wird unter Berücksichtigung sämtlicher vorhandener Erkenntnisse zum Bedarf an Leistungen zur Teilhabe erstellt. Dabei sollen insbesondere auch Empfehlungen von behandelnden Ärzten/-innen und Psychologen/-innen (z. B. auch von Ärzten/-innen und psychologischen Psychotherapeuten/-innen in Rehabilitationseinrichtungen), Beratungsdiensten (z. B. Sozialbericht) und (weiteren) Leistungserbringern angemessen berücksichtigt werden (§ 54 Abs. 2 GE Reha-Prozess).

Im Teilhabeplan wird u. a. dokumentiert, welche Dienste und Einrichtungen bei der Leistungserbringung einbezogen werden (§ 19 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 SGB IX). Ebenso ist die Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts zu dokumentieren und somit auch die Frage, ob sich die/der Leistungsberechtigte einen bestimmten Leistungserbringer gewünscht hat und ob diesem Wunsch entsprochen wurde (§ 19 Abs. 2 Satz 2 Nr. 7 SGB IX, vgl. [Kapitel Rehabilitation und Teilhabe im Überblick](#)).

Der für die Teilhabeplanung verantwortliche Reha-Träger stellt den Teilhabeplan den Leistungsberechtigten und den beteiligten Reha-Trägern zur Verfügung. Die Leistungserbringer können den Teilhabeplan ebenfalls erhalten, wenn die/der Leistungsberechtigte der Übermittlung zustimmt (vgl. § 61 Abs. 1, § 66 GE Reha-Prozess, [Arbeitshilfe „Datenschutz im trägerübergreifenden Reha-Prozess“](#), S. 38). Eine Übermittlung ist sinnvoll, um eine zielgerichtete, ganzheitliche Leistungserbringung zu gewährleisten. Der Teilhabeplan dient dann als Grundlage für die Leistungsdurchführung und ggf. spezifische Planungsinstrumente der Leistungserbringer (vgl. [Kapitel Durchführung](#)).

Teilhabeplankonferenz

Die Leistungserbringer können die Durchführung einer Teilhabeplankonferenz anregen (§ 58 Abs. 4 GE Reha-Prozess). Eine solche Anregung muss gegenüber dem Reha-Träger erfolgen, der für die Teilhabeplanung verantwortlich ist (in der Regel der leistende Reha-Träger, siehe oben unter 1.). Der verantwortliche Reha-Träger hat die Pflicht, die Erforderlichkeit und Zweckmäßigkeit einer Teilhabeplankonferenz zu prüfen. Er kann von einer Anregung zur Durchführung einer Teilhabeplankonferenz nur unter engen Voraussetzungen abweichen, z. B. wenn der Aufwand nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Umfang der beantragten Leistungen steht (vgl. § 20 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 SGB IX). Dies könnte ggf. bei „einfachen“ Bedarfskonstellationen, die keine Beteiligung mehrerer Reha-Träger und anderer Stellen

erfordern, in Betracht kommen. Wünscht sich die/der Leistungsberechtigte eine Teilhabeplankonferenz, muss sie/er bei einer Abweichung von dem Wunsch über die maßgeblichen Gründe hierfür informiert werden und die Gelegenheit erhalten, sich dazu zu äußern (§ 20 Abs. 2 Satz 2 SGB IX).

Auf Wunsch oder mit Zustimmung des/der Leistungsberechtigten können die Leistungserbringer an der Teilhabeplankonferenz teilnehmen (vgl. § 20 Abs. 3 Satz 2 SGB IX). Sofern sie als Vertrauensperson der/s Leistungsberechtigten (§ 20 Abs. 3 Satz 1 SGB IX) teilnehmen, sind sie entsprechend vom Rehabilitationsträger einzubeziehen. Die Leistungserbringer können ihre Teilnahme auch selbst vorschlagen, z. B. wenn sich während der Leistungsdurchführung Anhaltspunkte für weiteren Rehabilitationsbedarf ergeben. Ebenso, wenn die Beauftragung eines bestimmten Leistungserbringers bereits frühzeitig erwogen wird bzw. dies dem Wunsch der/des Antragstellers/-in entspricht (vgl. § 59 Abs. 3 GE Reha-Prozess).

Anpassung des Teilhabeplans

Eine Anpassung des Teilhabeplans ist notwendig, wenn sich z. B. während der Leistungsausführung die Teilhabeziele ändern, andere Leistungen erforderlich sind oder sich die persönlichen Lebensumstände der/des Leistungsberechtigten verändern (vgl. § 63 GE Reha-Prozess). Die Leistungserbringer stehen regelmäßig in einem näheren Verhältnis zu den Leistungsberechtigten als die Leistungsträger und können dadurch z. B. frühzeitiger veränderte Teilhabeziele erkennen oder von veränderten Lebensumständen erfahren. Umstände, die eine Anpassung des Teilhabeplans erforderlich machen, sollten sie – unter Berücksichtigung des Datenschutzes – z. B. in Form von Zwischenberichten an den jeweiligen Reha-Träger übermitteln (vgl. auch § 46 Abs. 3 i. V. m. §§ 80, 83 bis 85 GE Reha-Prozess) (vgl. [Kapitel Durchführung](#)).

Die Anpassung des Teilhabeplans erfolgt dann durch den für die Teilhabeplanung verantwortlichen Reha-Träger in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten und den beteiligten Reha-Trägern. Darüber hinaus werden die Leistungserbringer (z. B. das Rehabilitationsteam einer Einrichtung bzw. einer "Reha-Klinik") an der Anpassung beteiligt (vgl. § 64 Abs. 1 GE Reha-Prozess). Dies entspricht der wichtigen Bedeutung der Leistungserbringer bei der Erkennung von Anpassungsbedarfen bzw. der Anregung einer Anpassung.

Auch bei der Anpassung des Teilhabeplans kann eine Teilhabeplankonferenz erforderlich sein und von den Leistungserbringern angeregt werden.

Besonderheiten im Bereich der Eingliederungshilfe (Gesamtplanung)

Die Vorschriften zur Teilhabeplanung gelten auch für die Eingliederungshilfe (§ 7 Abs. 2 SGB IX). Ergänzend zur Teilhabeplanung existiert als Planungsinstrument im Bereich der Eingliederungshilfe die sogenannte **Gesamtplanung** (§§ 117 ff. SGB IX). Eine Gesamtplanung ist – im Unterschied zur Teilhabeplanung (§ 19 SGB IX) – vom Träger der Eingliederungshilfe

immer durchzuführen, wenn Leistungen der Eingliederungshilfe in Betracht kommen (also z. B. auch bei nur einer Leistung/Leistungsgruppe). Ergebnis der Gesamtplanung ist die Erstellung eines Gesamtplans (vgl. § 121 SGB IX). Zur Abstimmung kann eine Gesamtpfankonferenz durchgeführt werden (§ 119 SGB IX). Die Anforderungen an das Gesamtplanverfahren sind zum Teil konkreter als an die Teilhabepfankung (§§ 117 ff. SGB IX). Einige dieser Anforderungen an das Verfahren, z. B. ein transparentes und individuelles Vorgehen bei der Teilhabepfankung, haben jedoch auch Eingang in die Regelungen zur Teilhabepfankung in der GE Reha-Prozess gefunden, sodass insoweit vergleichbare Maßstäbe gelten (vgl. §§ 49 ff. GE Reha-Prozess). Ein formaler Unterschied besteht z. B. darin, dass bei der Gesamtplanung eine Teilhabezielvereinbarung zur Umsetzung des Gesamtplans zwischen dem Träger der Eingliederungshilfe und der/m Leistungsberechtigten abgeschlossen werden kann (§ 122 SGB IX).

Sofern Eingliederungshilfeleistungen in Betracht kommen und zugleich die Voraussetzungen für eine Teilhabepfankung vorliegen, ist das Gesamtplanverfahren Bestandteil des Teilhabepfankungsverfahrens (§ 21 Satz 1 SGB IX). Dann soll der Träger der Eingliederungshilfe auch die Gesamtpfankonferenz mit einer Teilhabepfankonferenz verbinden (§ 119 Abs. 3 SGB IX). Sofern der Träger der Eingliederungshilfe nach § 15 SGB IX am Verfahren beteiligt ist, soll er dem leistenden Reha-Träger anbieten, die Teilhabepfankung zu übernehmen (§ 119 Abs. 3 SGB IX). Für den Fall, dass der Träger der Eingliederungshilfe nicht für die Teilhabepfankung verantwortlich ist, kann der Gesamtplan – soweit er Leistungen zur Teilhabe betrifft, die im zeitlichen und inhaltlichen Zusammenhang zum Teilhabepfankung stehen – nur im Benehmen mit dem für die Teilhabepfankung verantwortlichen Träger geändert werden (§ 64 Abs. 3 GE Reha-Prozess).

Beteiligung von Leistungserbringern an der Gesamtplanung

Die Leistungsberechtigten können eine Person des Vertrauens in die Gesamtplanung einbeziehen (§ 117 Abs. 2, § 121 Abs. 3 SGB IX). Dies können z. B. Mitarbeiter/-innen eines Leistungserbringers sein, die dann vom verantwortlichen Reha-Träger zu beteiligen sind. Darüber hinaus ist eine Beteiligung der Leistungserbringer gesetzlich nicht ausdrücklich vorgesehen (lediglich eine Beteiligung behandelnder Ärzte/-innen). Für den Fall, dass das Gesamtplanverfahren Gegenstand des Teilhabepfankungsverfahrens ist (vgl. § 21 SGB IX), gilt die bereits dargestellte Rolle der Leistungserbringer bei der Teilhabepfankung. Diesbezüglich wurde insbesondere in der GE Reha-Prozess die Stellung der Leistungserbringer erweitert, indem sie z. B. eine Teilhabepfankonferenz anregen und auf Wunsch oder mit Zustimmung der Leistungsberechtigten daran teilnehmen können. Insofern kann auf die obigen Ausführungen verwiesen werden.

Besonderheiten im Bereich der öffentlichen Jugendhilfe (Hilfepfankung)

Die Vorschriften zur Teilhabepfankung sind auch für die Träger der öffentlichen Jugendhilfe verbindlich (§ 7 Abs. 2 SGB IX). Ergänzend zur Teilhabepfankung gelten in diesem Bereich die Regelungen für den Hilfepfankung (§ 21 Satz 2 SGB IX i. V. m. § 36 SGB VIII). Ein Hilfepfankung soll als

Grundlage für die Ausgestaltung von Hilfen aufgestellt werden, wenn diese voraussichtlich für längere Zeit zu leisten sind. Umfasst sind dabei neben den Leistungen der Eingliederungshilfe (§ 35a SGB VIII) auch die Hilfe zur Erziehung (§§ 27 ff. SGB VIII) und alle Leistungen im Rahmen der Hilfe für junge Volljährige (§ 41 SGB VIII). Die Aufstellung des Hilfeplans erfolgt auf Seiten des Leistungsträgers „im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte“ zusammen mit der/m Personensorgeberechtigten und dem Kind bzw. der/dem Jugendlichen sowie ggf. weiteren in § 36 Abs. 2 Satz 3 SGB IX vorgesehenen Beteiligten (sogenanntes Hilfeplangespräch). Bei Leistungen der Eingliederungshilfe soll zudem die Fachperson beteiligt werden, die nach § 35a Abs. 1a SGB VIII eine Stellungnahme hinsichtlich der Abweichung der seelischen Gesundheit des Kindes bzw. Jugendlichen abgegeben hat (§ 36 Abs. 2 Satz 4 SGB VIII). Ebenso wie beim Teilhabeplan wird auch beim Hilfeplan regelmäßig geprüft, ob die Hilfen weiterhin geeignet und notwendig sind (§ 36 Abs. 2 Satz 2 SGB VIII).

Soweit Eingliederungshilfeleistungen nach § 35a SGB VIII Bestandteil der Teilhabeplanung sind und der Träger der öffentlichen Jugendhilfe nicht der für die Teilhabeplanung verantwortliche Träger ist, kann er nach § 19 Abs. 5 SGB IX dem leistenden Reha-Träger anbieten, die Verantwortung für die Teilhabeplanung zu übernehmen. Ferner teilt er Änderungen, die für den Hilfeplan relevant sind, auch dem für die Teilhabeplanung verantwortlichen Reha-Träger mit (vgl. § 64 Abs. 3 Satz 2 GE Reha-Prozess). Zu beachten ist hier, dass Daten aus dem Hilfeplanverfahren, die für das Teilhabeplanverfahren nicht erforderlich sind oder über die Angaben nach § 19 Abs. 2 SGB IX hinausgehen, nicht weitergegeben werden dürfen.

Beteiligung von Leistungserbringern bei der Hilfeplanung

Bei der Aufstellung des Hilfeplans und seiner Überprüfung ist ausdrücklich eine Beteiligung der Leistungserbringer vorgesehen – von leistungserbringenden Personen, Diensten oder Einrichtungen bzw. deren Mitarbeitern (§ 36 Abs. 2 Satz 3 SGB VIII). Soweit die Voraussetzungen für eine Teilhabeplanung vorliegen, ist zudem die oben dargestellte Rolle der Leistungserbringer bei der Teilhabeplanung zu beachten.

Rolle der Leistungserbringer bei der Leistungsentscheidung



Kurz und knapp

- Die Entscheidung über die vom Antrag umfassten Leistungen liegt in der Verantwortung der Reha-Träger und dabei insbesondere beim „leistenden Reha-Träger“ (§ 14 Abs. 2, § 15 Abs. 1 und 3 SGB IX).
- Bei der Leistungsentscheidung ist die Auswahl des Leistungserbringers danach zu treffen, wer die Leistung in der am besten geeigneten Form ausführt (§ 36 Abs. 2 SGB IX). Dabei ist berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten Rechnung zu tragen (§ 8 Abs. 1 SGB IX).
- Die Leistungserbringer können an der Vorbereitung der Leistungsentscheidung mitwirken...
 - ...indem ihre Stellungnahmen und Feststellungen bei der Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung berücksichtigt werden (vgl. u. a. § 46 GE Reha-Prozess).
 - ...indem sie z. B. eine Teilhabeplankonferenz anregen (§ 58 Abs. 4 GE Reha-Prozess).

Allgemeines zur Entscheidung über Leistungen zur Teilhabe

Die Entscheidung über die vom Antrag umfassten Leistungen trifft i. d. R. der leistende Reha-Träger auf Grundlage des ermittelten und festgestellten Rehabilitations- und Teilhabebedarfs (§ 14 f. SGB IX, vgl. [Kapitel Bedarfsermittlung](#)). Sofern mehrere Reha-Träger für einzelne Leistungen zuständig sind und in die Bedarfsermittlung einbezogen wurden, entscheidet bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen jeweils der zuständige Reha-Träger über „seine“ Leistungen (vgl. § 15 SGB IX). In diesen Fällen gibt es mehrere Leistungsbescheide. Eine nahtlose Leistungserbringung wird dann über den Teilhabeplan sichergestellt, der den Entscheidungen der Reha-Träger zugrunde gelegt wird (§ 19 Abs. 4 SGB IX, vgl. [Kapitel Teilhabeplanung](#)).

Im Zusammenhang mit der Leistungsentscheidung ist das **Wunsch- und Wahlrecht** der Antragsteller/-innen von wichtiger Bedeutung (§ 8 SGB IX). Berechtigten Wünschen ist u. a.

bei der Entscheidung über die Ausführung einer Leistung zu entsprechen. Ein Wunsch ist vor allem dann berechtigt, wenn er den gesetzlichen Vorgaben zu den Leistungsinhalten, den Zielen und zur Leistungserbringung entspricht und dabei z. B. auch dem Gebot der Wirtschaftlichkeit gerecht wird. Die Entscheidung über die Ausführung kann auch die Frage umfassen, ob eine Leistung z. B. als persönliches Budget (vgl. § 29 SGB IX) oder durch einen Leistungserbringer im Rahmen des sozialrechtlichen Dreiecks (vgl. [Kapitel Rehabilitation und Teilhabe im Überblick](#)) ausgeführt wird (vgl. § 28 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB IX). Bei der Auswahl eines Leistungserbringers muss der Reha-Träger denjenigen wählen, der die jeweilige Leistung in der am besten geeigneten Form ausführt (§ 36 Abs. 2 Satz 1 SGB IX). Auch hierbei müssen berechtigte Wünsche der Leistungsberechtigten berücksichtigt werden.

Sofern ein Teilhabeplan erstellt wird, ist die Berücksichtigung von Wünschen der Leistungsberechtigten und die Auswahl der Leistungserbringer dort zu dokumentieren (§ 19 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 und 7 SGB IX) (vgl. [Kapitel Teilhabeplanung](#)). Wird den Wünschen der Leistungsberechtigten nicht entsprochen, muss dies vom Leistungsträger in der Leistungsentscheidung begründet werden (vgl. § 8 Abs. 2 Satz 3 SGB IX i. V. m. § 35 SGB IX).

Die Reha-Träger (und ggf. Integrationsämter) sind bei der Leistungsentscheidung an gesetzlich geregelte **Fristen** gebunden:

- Wenn nur ein Reha-Träger beteiligt ist, erfolgt die Entscheidung innerhalb von **drei Wochen nach Antragseingang beim leistenden Reha-Träger** (§ 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX). Wird bei der Bedarfsermittlung ein Gutachten eingeholt, erfolgt die Entscheidung innerhalb von **zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens** (§ 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX).
- Wenn mehrere Reha-Träger an der Bedarfsermittlung beteiligt sind (§ 15 SGB IX), erfolgt die Entscheidung über den gesamten Antrag innerhalb von **sechs Wochen nach Antragseingang beim leistenden Reha-Träger** (§ 15 Abs. 4 Satz 2 SGB IX). Wird eine Teilhabeplankonferenz durchgeführt, erfolgt die Entscheidung innerhalb von **zwei Monaten nach Antragseingang beim leistenden Reha-Träger** (§ 15 Abs. 4 Satz 1 SGB IX).
- Wenn nicht innerhalb von **zwei Monaten nach Antragseingang** beim leistenden Reha-Träger über den Antrag entschieden wird, gelten beantragte Leistungen unter bestimmten Voraussetzungen als genehmigt (sogenannte „**Genehmigungsfiktion**“). Dies gilt jedoch nicht bei Trägern der Eingliederungshilfe, der Jugendhilfe und der Kriegsofopferfürsorge (§ 18 Abs. 7 SGB IX). Ferner kann die Frist bei Vorliegen bestimmter Gründe durch eine sogenannte begründete Mitteilung des Reha-Trägers verlängert werden (vgl. § 18 Abs. 2 SGB IX).

Zur Berechnung konkreter Fristen (zur Zuständigkeitsklärung, Leistungsentscheidung etc.) stellt die BAR einen [Online-Fristenrechner](#) zum Reha-Prozess zur Verfügung.

Rolle der Leistungserbringer bei der Leistungsentscheidung

Die Expertise der Leistungserbringer ist bei der Leistungsentscheidung von hoher Relevanz. Dies betrifft insbesondere die folgenden Aspekte:

Die Entscheidung über die vom Antrag umfassten Leistungen, setzt eine umfassende **Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs** voraus (vgl. § 20 Abs. 1, 2 SGB X, § 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX). Bei der Bedarfsermittlung berücksichtigen die Reha-Träger u. a. vorhandene Stellungnahmen von Leistungserbringern (z. B. Entlass- oder Abschlussberichte oder Stellungnahmen von Sozialdiensten, vgl. [Kapitel Bedarfsermittlung](#)) soweit diese unter Beachtung des Datenschutzes vorliegen.

Sofern ein **Teilhabeplan** erstellt wurde, wird die Entscheidung über die vom Antrag umfassten Leistungen auf Grundlage des Teilhabeplans getroffen (§ 19 Abs. 4 SGB IX). Auf die Teilhabeplanung können die Leistungserbringer über verschiedene Wege Einfluss nehmen, indem sie z. B. die Durchführung einer Teilhabeplankonferenz anregen (§ 58 Abs. 4 GE Reha-Prozess) und mit Zustimmung des/der Leistungsberechtigten an dieser teilnehmen (vgl. § 20 Abs. 3 Satz 2 SGB IX).

Die Anregung einer Teilhabeplankonferenz kann dabei vor allem dann sinnvoll sein, wenn sich ein/e Leistungsberechtigte/r einen bestimmten Leistungserbringer wünscht oder die Beauftragung eines bestimmten Leistungserbringers aus anderen Gründen bereits frühzeitig erwogen wird (§ 59 Abs. 3 GE Reha-Prozess (vgl. [Kapitel Teilhabeplanung](#))).

Rolle der Leistungserbringer bei der Durchführung der Leistung



Kurz und knapp

- Leistungserbringer...
 - ...erbringen die Leistungen individuell, wirksam, wirtschaftlich und zielorientiert.
 - ...lassen den Leistungsberechtigten möglichst viel Raum zur eigenverantwortlichen Gestaltung und beziehen sie aktiv in die Leistungsdurchführung ein (vgl. § 8 Abs. 3, § 38 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX).
 - ...führen zu Beginn der Leistungsdurchführung eine eigene Bedarfsermittlung auf Grundlage der Bedarfsfeststellung der Reha-Träger durch, um die Teilhabeziele und Leistungen zu konkretisieren.
 - ...planen die konkrete Leistungsdurchführung (z. B. mit einem Rehabilitationsplan, Förderplan, Qualifizierungsplan, Bildungsplan oder Entwicklungsplan).
 - ...erkennen neuen oder veränderten Bedarf.

Allgemeines zur Durchführung einer Leistung zur Teilhabe

Nachdem der Bedarf festgestellt, ggf. bereits ein Teilhabeplan erstellt und die Leistungsentscheidung von dem/den Reha-Träger/n getroffen wurde, kann die Leistung zur Teilhabe bei bzw. durch einen Leistungserbringer durchgeführt werden (vgl. [Kapitel Rehabilitation und Teilhabe im Überblick](#)).

Grundlagen für eine einheitliche, qualitätsgesicherte Leistungserbringung sind in der [GE „Qualitätssicherung“](#) nach § 37 Abs. 1 SGB IX geregelt (vgl. [Kapitel Rehabilitation und Teilhabe im Überblick](#)).

Für die Ausführung von LTA durch Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke und vergleichbare Einrichtungen ist zudem die [GE „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“](#) relevant. Darüber hinaus haben sich die Reha-Träger auf gemeinsame trägerübergreifende Rahmenvereinbarungen, Rahmenempfehlungen und vergleichbare

Regelungen sowie Konzepte verständigt, um eine einheitliche Leistungserbringung sicherzustellen (z. B. [Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation](#)).

Rolle der Leistungserbringer bei der Durchführung von Leistungen zur Teilhabe

Die Leistungen werden von den Leistungserbringern personenzentriert erbracht. Übergeordnetes Ziel ist es, den Leistungsberechtigten – unter Berücksichtigung der individuell festgestellten Teilhabeziele – zügig, wirksam, wirtschaftlich und auf Dauer eine umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen (vgl. § 28 Abs. 2 SGB IX).

Menschen mit Behinderungen werden dabei aktiv in die Leistungsdurchführung einbezogen (vgl. § 38 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX). Die Leistungserbringer lassen ihnen möglichst viel Raum zur eigenverantwortlichen Gestaltung ihrer Lebensumstände und fördern ihre Selbstbestimmung (§ 8 Abs. 3 SGB IX).

Bei der Durchführung wird auch die Qualität der Leistungserbringung gesichert. Trägerübergreifende Merkmale zur Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität sind in der [GE Qualitätssicherung](#) abgestimmt.

Zu Beginn einer Leistung zur Teilhabe konkretisieren die Leistungserbringer die individuellen Teilhabeziele und Leistungen. Dies baut auf den Ergebnissen der Bedarfsermittlung der Reha-Träger auf. (vgl. [Kapitel Bedarfsermittlung](#)). Sofern ein Teilhabeplan vorliegt, dient auch dieser als Grundlage für die Leistungsdurchführung und ggf. für weitere spezifische Planungsinstrumente der Leistungserbringer (vgl. [Kapitel Teilhabeplanung](#)).

Die Ergebnisse werden in einem Planungsinstrument (z. B. Rehabilitationsplan, Förderplan, Qualifizierungsplan, Bildungsplan oder Entwicklungsplan) festgehalten und regelmäßig während der Leistung überprüft und angepasst. Hierdurch können neue oder veränderte Bedarfe erkannt werden.

Wird nach Ablauf von zwei Wochen nach Antragseingang – während der Durchführung – ein neuer Bedarf erkannt, der nicht vom bisherigen Antrag umfasst ist, unterstützen die Leistungserbringer eine Antragstellung bei einem Reha-Träger oder binden den Reha-Träger mit Zustimmung des Menschen mit Behinderung ein. Grundsätzlich ist es vor allem Aufgabe des leistenden Reha-Trägers bei der Erkennung von neuem Bedarf auf eine Antragstellung hinzuwirken (vgl. § 80 i. V. m. § 25 Abs. 2 GE Reha-Prozess).

Während und zum Ende der Durchführung von Leistungen zur Teilhabe ist eine zielgerichtete gegenseitige Information und Kooperation zwischen Leistungserbringern und Reha-Trägern besonders bedeutsam (§ 82 Abs. 1 GE Reha-Prozess). Geeignete Austauschformate können – unter Wahrung des Datenschutzes – z. B. Zwischen- und Abschlussberichte sowie Entlassberichte an die Reha-Träger sein (vgl. [Kapitel Aktivitäten am Ende einer Leistung](#)). Auch gemeinsame Fallbesprechungen/Fallkonferenzen mit verschiedenen Professionen beim Leistungserbringer und ggf. unter Einbeziehung des Reha-Trägers und der Leistungsberechtigten kommen in Betracht. Der regelmäßige Besuch und Austausch mit Reha-

Beratern des zuständigen Leistungsträgers in einer Rehabilitationseinrichtung kann hinsichtlich der Beratung des Versicherten und der Einleitung weiterführender Leistungen eine hilfreiche Unterstützung zur Förderung eines nahtlosen Rehabilitationsprozesses sein.

Zudem kann von den Leistungserbringern auch eine Teilhabeplankonferenz zum Austausch angeregt werden (vgl. [Kapitel Teilhabeplanung](#)).

Besonderheiten bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wirken die Leistungserbringer darauf hin, dass Teile der beruflichen Qualifizierungsmaßnahme in geeigneten Betrieben und Dienststellen durchgeführt werden (§ 5 GE Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben).

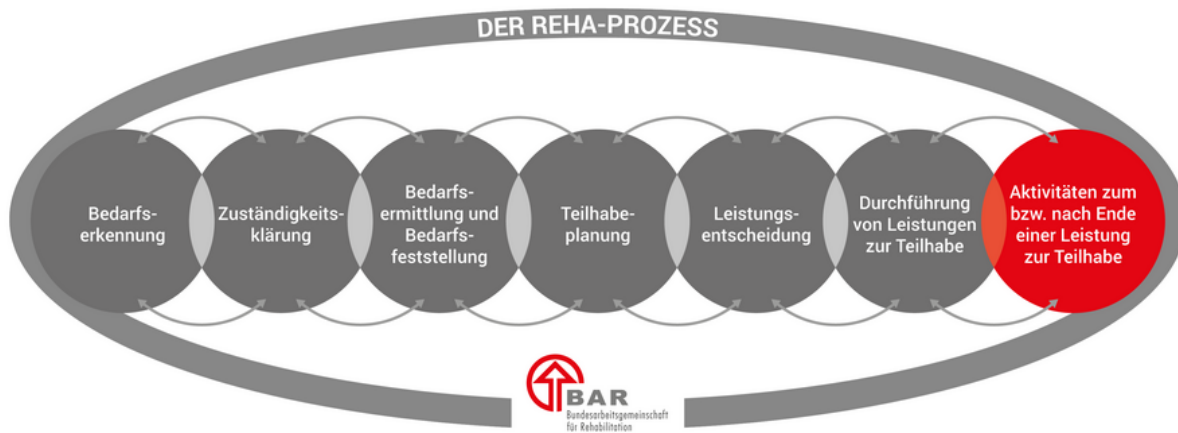
Die Leistungserbringer unterstützen die Arbeitgeber bei der betrieblichen Ausbildung und bei der Betreuung der Auszubildenden mit Behinderung (§ 51 Abs. 2 SGB IX).

Exkurs: Integrationsfachdienste (§§ 193 ff. SGB IX i. V. m. GE Integrationsfachdienste)

Bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können auch Integrationsfachdienste (IFD) beteiligt werden. Hierfür werden sie im Auftrag der Integrationsämter oder Reha-Träger tätig, die für die jeweilige Leistung zuständig sind (§ 194 SGB IX). Die Aufgaben der IFD sind vielfältig (vgl. § 193 SGB IX). Sie beraten, begleiten und unterstützen behinderte und schwerbehinderte Menschen mit einem besonderen Bedarf an arbeitsbegleitender Betreuung mit dem Ziel, diese auf geeignete Arbeitsplätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu vermitteln, Arbeitsverhältnisse zu sichern und damit die Teilhabe am Arbeitsleben nachhaltig zu ermöglichen. Des Weiteren beraten und informieren IFD die Arbeitgeber über erforderliche Leistungen, klären den Leistungsbedarf und unterstützen ggf. bei der Beantragung. Die IFD beraten u. a. auch Einrichtungen und Dienste der medizinischen Rehabilitation, der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie deren Klientel und unterstützen frühzeitig bei Übergängen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt. Schließlich unterstützen die IFD auch die Auftraggeber durch qualifizierte Einschätzungen der Neigungen, der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit, der Motivation und Leistungsbereitschaft der Leistungsberechtigten sowie des Förderbedarfs in Bezug auf notwendige Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch. Die IFD liefern mit fachdienstlichen Stellungnahmen entsprechende Entscheidungshilfen.

Hierzu sowie zu weiteren Regelungen zur Arbeit der Integrationsfachdienste siehe [GE „Integrationsfachdienste“](#)

Rolle der Leistungserbringer bei den Aktivitäten am Ende einer Leistung



Kurz und knapp

- Der zuständige Reha-Träger prüft während des Reha-Prozesses und insbesondere zum bzw. nach Ende einer Leistung zur Teilhabe die Notwendigkeit weiterer Leistungen und stellt einen nahtlosen Übergang sicher (u. a. § 84 GE Reha-Prozess).
- Leistungserbringer...
 - ...erstellen Abschluss- bzw. Entlassberichte
 - ...empfehlen nachgehende Leistungen bzw. leiten diese ggf. auf entsprechendes Hinwirken des zuständigen Reha-Trägers ein (§ 85 Abs. 2 GE Reha-Prozess)
 - ...wirken darauf hin, dass der Mensch mit Behinderung zu Angeboten weiterer Akteure (z. B. von Selbsthilfegruppen) beraten und ggf. an entsprechende Beratungsstellen vermittelt wird (§ 85 Abs. 5 GE Reha-Prozess)
 - ...informieren mit Einverständnis des Leistungsberechtigten u. a. die/ den behandelnde/n Ärztin/Arzt und einbezogenen Reha-Träger über empfohlene oder bereits eingeleiteten Maßnahmen (§ 85 Abs. 3 GE Reha-Prozess)
 - ...stellen beim Entlassmanagement im Bereich des Krankenversicherungsrechts personenzentriert weitere Versorgungsbedarfe fest, leiten nachgehende Leistungen ein und stellen den Kontakt zu den nachfolgenden Leistungserbringern her (§ 40 Abs. 2 i. V. m. § 39 Abs. 1a SGB V).

Allgemeines zu Aktivitäten zum bzw. nach Ende einer Leistung zur Teilhabe

Das übergeordnete Ziel von Leistungen zur Teilhabe ist es, die Selbstbestimmung von Menschen mit (drohenden) Behinderungen und ihre gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft **dauerhaft** zu fördern (§ 1 Satz 1 i. V. m. § 19 Abs. 3 und § 28 Abs. 2 SGB IX). Dies setzt voraus, Rehabilitationserfolge nachhaltig zu sichern.

Der zuständige Reha-Träger prüft deshalb zum bzw. nach Ende einer Leistung zur Teilhabe die Notwendigkeit weiterer, nachgehender Leistungen und stellt einen nahtlosen Übergang sicher. Hierfür nimmt er im Bedarfsfall frühzeitig Kontakt mit einem nachfolgend zuständigen Reha-Träger auf und übermittelt ihm relevante Unterlagen, sofern die/der Leistungsberechtigte einverstanden ist. Zudem wird ein ggf. vorhandener Teilhabeplan fortgeführt (vgl. §§ 83 f., 86 GE Reha-Prozess).

Nachgehende Leistungen können eigenständige Leistungen zur Teilhabe sein, z. B. eine stufenweise Wiedereingliederung oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation. Nachgehende Leistungen können aber auch Bestandteil der Gesamtleistung sein. So schließt die Beauftragung eines Integrationsfachdienstes (IFD) im Anschluss an eine Vermittlung eine 6-monatige Stabilisierungsphase zur Sicherung des Vermittlungserfolgs ein (§ 4 Abs. 3 GE IFD). Zudem kommen im Anschluss an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur medizinischen Rehabilitation sogenannte ergänzende Leistungen, wie Rehabilitationssport und Funktionstraining in Betracht (vgl. § 64 Abs. 1 SGB IX). Insbesondere im Bereich der Rentenversicherung bestehen besondere Angebote zur Nachsorge wie z. B. IRENA.

Rolle der Leistungserbringer zum bzw. nach Ende einer Leistung zur Teilhabe

Die Leistungserbringer erstellen zum Ende einer Leistung zur Teilhabe in der Regel Abschlussberichte oder Entlassberichte, die sie – unter Beachtung des Datenschutzes – ggf. an den zuständigen Reha-Träger übermitteln. Neben Informationen zum Ergebnis und Verlauf der Leistung, enthalten diese auch Empfehlungen zu weiterführenden Leistungen (§ 85 Abs. 1 GE Reha-Prozess). Solche Leistungen werden ggf. auf entsprechendes Hinwirken des zuständigen Reha-Trägers bereits vom Leistungserbringer eingeleitet und die Motivation zu ihrer Inanspruchnahme gefördert (§ 85 Abs. 2 GE Reha-Prozess). Zudem können die Leistungserbringer auch selbst Nachsorgeangebote erbringen (z. B. Telefonnachsorge, Online-Nachsorge).

Die Leistungserbringer wirken auch darauf hin, dass der Mensch mit Behinderung zu Angeboten weiterer Akteure (z. B. von Selbsthilfegruppen) beraten und ggf. an entsprechende Beratungsstellen vermittelt wird (z. B. Integrationsfachdienste, Selbsthilfekontaktstellen) (§ 85 Abs. 5 GE Reha-Prozess)

Auf Wunsch bzw. mit Einverständnis des Menschen mit Behinderung sind bei der Planung nachgehender Leistungen die Angehörigen und das soziale Umfeld einzubinden (§ 85 Abs. 5 GE Reha-Prozess).

Soweit die Leistungsberechtigten einverstanden sind, informieren die Leistungserbringer auch die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt und ggf. die Betriebsärztin/den Betriebsarzt sowie alle weiteren einbezogenen Reha-Träger über die empfohlenen oder bereits eingeleiteten Maßnahmen (vgl. § 85 Abs. 3 GE Reha-Prozess).

Den Reha-Trägern dienen die Abschlussberichte bzw. Entlassberichte als Grundlage für eine erneute Bedarfsermittlung, sofern sie ihnen zur Verfügung stehen. Empfohlene Leistungen werden dabei vom Reha-Träger geprüft und ggf. auf deren nahtlose Umsetzung hingewirkt (§ 85 Abs. 1 GE Reha-Prozess).

Besonderheiten beim Entlassmanagement in der medizinischen Rehabilitation durch die gesetzlichen Krankenkassen

Im Krankenversicherungsrecht ist ausdrücklich geregelt, dass zu einer stationären medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Krankenkassen auch ein sogenanntes Entlassmanagement gehört. Durch dieses Entlassmanagement sollen Versorgungslücken vermieden und die Nachhaltigkeit der medizinischen Rehabilitation gesichert werden. Einzelheiten zum Verfahren sind in einem Rahmenvertrag zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbänden auf Bundesebene vom 1.2.2019 (im Folgenden: Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha) geregelt (§ 40 Abs. 2 Satz 6 i. V. m. § 39 Abs. 1a Satz 1 SGB V).

Aufgaben der Leistungserbringer beim Entlassmanagement im Rahmen der medizinischen Rehabilitation sind danach insbesondere eine personenzentrierte Feststellung weiterer Versorgungsbedarfe und darauf aufbauend ggf. die Einleitung nachgehender Leistungen inklusive Kontaktaufnahme zu den Leistungserbringern. Zudem werden Unterstützungsleistungen und Beratungsmaßnahmen gewährleistet, z. B. bei der Beantragung weiterer Teilhabeleistungen (vgl. §§ 3, 5, 7 f. Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha).

Die Inhalte des Reha-Entlassberichts im Krankenversicherungsrecht sind durch § 13 Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha standardisiert. Zudem dürfen Ärzte/-innen in Rehabilitationseinrichtungen im Krankenversicherungsrecht – anders als in anderen Bereichen – verschiedene nachgehende Leistungen (z. B. Arzneimittel und Heilmittel) verordnen und Arbeitsunfähigkeit feststellen, soweit dies für die Versorgung unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist (§ 40 Abs. 2 Satz 6 i. V. m. § 39 Abs. 1a Satz 6 SGB V).

Die Krankenkassen als Reha-Träger tragen Verantwortung zur Unterstützung der Reha-Einrichtung. Dies bedeutet z. B., dass die Krankenkassen unverzüglich über Anträge auf weitere genehmigungspflichtige Leistungen entscheiden und dabei ggf. eng mit der Pflegekasse zusammenarbeiten. Auf Nachfrage informiert die Krankenkasse die Rehabilitationseinrichtung über regionale Versorgungsangebote, die für eine Anschlussversorgung in Betracht kommen und unterstützt ggf. bei der Terminfindung (§ 9 Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha).