

**Vorschläge
zur Änderung des Referentenentwurfs eines
Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit
Behinderungen**

- Stand - 29.4.2016 -

Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf

1. § 3 - Vorrang von Prävention

Vorschlag:

Absatz 2 sollte wie folgt gefasst werden

"...wirken bei der Entwicklung und Umsetzung der Präventionsstrategie nach den Bestimmungen der §§ 20d bis 20g des Fünften Buches, *insbesondere mit der Zielsetzung der Vermeidung von Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, mit.*"

Begründung:

Nach bisherigem Recht wirken die Rehabilitationsträger nicht nur auf die Vermeidung einer Behinderung hin. In Verbindung mit § 25 Abs. 1 Nr. 5 bzw. § 26 Abs. 1 Nr. 1 sind sie auch verpflichtet, Maßnahmen zur Vermeidung von Behinderung zu entwickeln und zu leisten. Abweichend zu den Leistungen zur gesundheitlichen Prävention, die auf die Vermeidung von Krankheiten ausgerichtet sind, zielen die Leistungen zur Vermeidung des Eintritts einer Behinderung auf die Vermeidung von Beeinträchtigungen der Teilhabe ab.

Dies wird in der vorliegenden Fassung des § 3 nicht mehr deutlich.

Der Vorschlag entspricht der Verpflichtung nach Art 25 Buchst. b UN-BRK, weitere Behinderungen möglichst gering zu halten oder zu vermeiden.

2. §§ 5 und 6 - Leistungsgruppen / Rehabilitationsträger

Vorschlag:

In Absatz § 6 Abs. 1 werden in der Aufzählung der leistungspflichtigen Träger die Nummern 2 und 4 jeweils um die Ziffer 4 ergänzt.

Begründung:

Die Rentenversicherungsträger und die Bundesagentur für Arbeit sind nach dem Entwurf in § 6 nicht als leistungspflichtige Rehabilitationsträger für die Leistungen zur Teilhabe an Bildung vorgesehen.

Die Leistungen nach §§ 33ff zielen zwar vornehmlich auf die Ausübung einer Berufstätigkeit ab. Gleichwohl handelt es sich bei dem Leistungskatalog des § 33 nicht um eine abschließende Aufzählung. § 33 Abs. 3 Nr. 6 sieht zudem ausdrücklich bei Vorliegen entsprechender Ausnahmetatbestände (z.B. kann die Erwerbsfähigkeit mit den sonstigen

Leistungen nach §§ 33ff nicht wiederhergestellt werden) sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben vor, zu denen auch ein Studium gehören kann (BSG v. 24.3.1983 - 1RA 61/82 - sechssemestrige Förderung zur graduierten Betriebswirtin). Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts besteht der rehabilitative Auftrag des zuständigen Trägers nämlich solange fort, bis entweder der Rehabilitand dauerhaft in das Erwerbsleben eingegliedert ist oder die mangelnde Erfolgsaussicht weiterer Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben festgestellt wird. Danach sind auch Leistungen zur Bildung zu erbringen, wenn Leistungen zur Eingliederung in den Beruf das Teilhabeziel nicht zu erreichen vermögen. Die Rentenversicherungsträger haben deshalb nach dem für sie geltenden Leistungsrecht bisher schon Leistungen zur Bildung erbracht (auch schulische Bildung im Rahmen der Berufsvorbereitung usw.).

Im Übrigen sind viele Berufsfelder heute und vermehrt noch in der Zukunft nur in Kombination mit Leistungen zur Bildung bzw. durch entsprechende Bildungsleistungen zu erreichen. Nimmt man die Träger der Rentenversicherung und die Bundesagentur für Arbeit von der Leistungsverpflichtung für Leistungen zur Bildung nach § 5 Nr. 4 aus, bleiben den Rehabilitanden dieser Träger viele Berufsfelder verschlossen, die gerade mit Blick auf die Behinderungen zur Erreichung der Teilhabeziele geeignet wären.

Bleiben die Träger der Rentenversicherung und die Bundesagentur in § 6 Abs. 1 Nr. 2 und 4 von der Leistungsverpflichtung für Leistungen zur Bildung ausgeschlossen, werden die Rehabilitanden dieser Träger im Verhältnis zu den Rehabilitanden der Träger der Unfallversicherung benachteiligt, weil sie diese Leistungen dann nur vom Träger der Sozialhilfe erhalten können, wenn sie bedürftig sind.

Die Träger der Sozialhilfe würden mit diesen Leistungen belastet, obwohl ein Sozialversicherungsträger diese Leistungen vorrangig erbringen könnte.

Letztlich würden viele behinderte Menschen diese Leistungen dann gar nicht mehr erhalten können, weil sie die fürsorgerechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllen.

3. § 6 Absatz 3 - Jobcenter

1.) Vorschlag:

In § 16 SGB II werden die bisherigen Einschränkungen zur Ausführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch einen Verweis auf §§ 49 SGB IX beseitigt.

Begründung:

§ 16 SGB II enthält für Empfänger von Grundsicherung nur einen Verweis auf einen Teil der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die arbeitslosen behinderten Menschen nach dem SGB III erhalten können. Sie sind damit schlechter gestellt als nicht behinderte Arbeitslose oder arbeitslose behinderte Menschen und haben dadurch geringere Chancen zur Inklusion in der Verantwortung der Job-Center.

Diese Unterschiede wirken im Sinne des Art. 5 UN-BRK diskriminierend und sollten in § 16 SGB II durch die vollständige entsprechende Anwendung der für arbeitslose behinderte Menschen geltenden Bestimmungen des SGB IX (§§ 49ff) beseitigt werden.

2.) Die erheblichen Defizite in der - durchaus bürokratischen und auch zeitaufwändigen - Zusammenarbeit zwischen dem auch für die Leistungsempfänger nach dem SGB II verantwortlichen Rehabilitationsträger "Bundesagentur" und dem für das Rehabilitationsverfahren zuständigen Leistungsträger "Jobcenter" bleiben nach dem Entwurf weiter bestehen. Im Interesse der behinderten Menschen, aber auch der Entbürokratisierung und Verwaltungskostenreduzierung ist eine Rückführung auf die alleinige Zuständigkeit der Bundesagentur für Arbeit für alle arbeitslosen behinderten Menschen geboten.

4. § 7 - Vorbehalt abweichender Regelungen

Zu Absatz 1

Vorschlag:

1. § 7 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

"Die Vorschriften des Teil 1 sind für die Leistungen zur Teilhabe *unmittelbar anzuwenden*. Soweit sich aus den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen Abweichendes ergibt, *sind die abweichenden Vorschriften im Sinne des Teils 1 dieses Buches anzuwenden.*"

2.) Der bisherige Satz 2 wird unverändert zu Satz 3.

3.) Der bisherige Satz 3 entfällt.

Dieser Satz ist nicht erforderlich. Teil 2 ist auch ohne diese Regelung zweifelsfrei ein Leistungsgesetz. Ebenso sind wesentliche Regelungen des Teil 1 unmittelbar geltendes Leistungsrecht für verschiedene Rehabilitationsträger (z.B. § 42, da kein anderer Teil des Sozialgesetzbuches eine entsprechende Regelung enthält; Kapitel 10 (Teilhabe am Arbeitsleben) und 10 (Soziale Teilhabe) für die dazu leistungsverpflichteten Rehabilitationsträger, weil u.a. die SGB III, VI, VII seit 1.7.2001 keine entsprechenden leistungsrechtlichen Regelungen mehr enthalten, sondern auf das SGB IX, Teil 1 verweisen (z.B. §§ 15,16 SGB VI)

Begründung

Nach der Begründung zu § 7 Satz 1 SGB IX (BT-Drs. 14/5074 vom 16.1.2001, S. 100) bestimmt Satz 1 in der bisherigen Fassung, "**dass die Vorschriften des Neunten Buches - abweichend vom Rehabilitations-Angleichungsgesetz - nicht nur als Grundsatz geregelt sind, sondern unmittelbar anzuwenden sind, soweit in den besonderen Regelungen für die einzelnen Leistungsbereichen nichts Abweichendes bestimmt ist**".

Danach entspricht der erste Satz der Begründung des Referentenentwurfs dass "*die für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetze, wie schon nach bisheriger Rechtslage,*

Vorrang vor allgemeinen Regelungen im SGB IX, Teil 1 haben" **nicht der geltenden Rechtsage**, weil dabei der Halbsatz "soweit sich aus den...geltenden Regelungen nichts Abweichendes ergibt" einfach unberücksichtigt bleibt. Auch die daran angeknüpfte Schlussfolgerung, dass "den allgemeinen Vorschriften im Teil 1 (nur) eine ergänzende und ermessenslenkende Bedeutung" zukomme, **trifft ebenso wenig zu.**

Zur Klarstellung der trägerübergreifenden Geltung des Teils 1 des SGB IX für alle Rehabilitationsträger wird die Übernahme des Wortlautes der Begründung zu § 7 Satz 1 aus der BT-Drs. 14/5074 in den Gesetzestext vorgeschlagen. Satz 2 (neu) stellt das Fortgelten der bisherigen Rechtslage klar, dass auch abweichende Regelungen in den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen im Lichte des Teils 1 bzw. der UN-BRK auszulegen und anzuwenden sind.

In den für die Sozialversicherungsträger geltenden Teilen des SGB sind bisher nur geringfügige Abweichungen zum Teil 1 des SGB IX enthalten, die fast ausschließlich nach Inkrafttreten des SGB IX eingefügt wurden. Demgegenüber weicht nunmehr der Teil 2 des Entwurfs weitgehend vom Teil 1 ab.

So trifft z.B. die als Beleg für Abweichungen in den für die Träger geltenden spezifischen Gesetzen in den Referentenentwurf eingefügte ergänzende Begründung zu § 17 nicht zu, nach der in der GKV *ausschließlich* die gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen sei. Sowohl nach dem bisherigen Wortlaut des § 14 Absatz 5, wie auch nach dem künftigen Wortlaut des 17 Absatz 1 Satz 2 hat auch die GKV den Leistungsberechtigten in der Regel drei möglichst wohnortnahe Sachverständige unter Berücksichtigung bestehender sozialmedizinischer Dienste zu benennen. Dass bei der Benennung "sozialmedizinische Dienste" zu berücksichtigen, aber nicht ausschließlich zu benennen sind, trägt § 275 SGB V für die GKV ebenso Rechnung wie den auch in Teilen der Rentenversicherung bestehenden ärztlichen Gutachterdiensten. Die - offensichtlich jetzt gewollte - Beschränkung allein auf die Begutachtung durch den MDK nimmt die vom Gesetzgeber 2001 mit dem SGB IX auch für das Begutachtungsverfahren verfolgte Zielsetzung der Stärkung der Selbstbestimmung behinderter Menschen für die GKV wieder zurück.

Die weder dem Willen des Gesetzgebers noch dem materiellen Gehalt des bisherigen § 7 Satz 1 entsprechende - aber von vielen Rehabilitationsträgern rechtswidrig praktizierte - Auslegung in der Begründung hat leider nicht nur deklamatorische Bedeutung: Damit wird der mit dem SGB IX eingeführte Vorrang des trägerübergreifenden Teilhaberechts vor dem spezifischen Leistungsrecht der Träger (abgesehen von den dort verankerten geringfügigen Abweichungen) vollständig **aufgehoben und damit der gesamte Charakter des Neunten Sozialgesetzbuches verändert.**

Zugleich werden Kernziele des SGB IX, wie

- die Beendigung der Divergenz des Rehabilitationsrechts,
- das gemeinsame Rehabilitationsrecht und
- die einheitliche Praxis des Rehabilitationsrechts

aufgegeben. Das ist zugleich das Ende eines trägerübergreifenden, einheitlichen Teilhaberechts in einem Teil des Sozialgesetzbuch, wie es der Deutsche Bundestag 1990 mit der Beschlussfassung über den Abschlussbericht der Enquete-Kommission zu Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung gefordert und der Gesetzgeber 2001 mit dem SGB IX gestaltet hat.

Das im Teil 1 des SGB IX verankerte Recht ist nach dem Regierungsentwurf künftig nicht mehr für alle Träger bindendes, übergreifendes Recht. Die ausdrückliche Hervorhebung der übergreifenden Geltung der Kapitel 2 bis 4 im Absatz 2 Satz 1 (neu), aber auch der Hervorhebung der übergreifenden Geltung nur bestimmter Regelungen (Artikel 6, Nr. 5b zu § 13 SGB V, Artikel 7, Nr. 4 zu § 16 SGB VI, Artikel 8, Nr. 5 zu § 38 SGB VII) in den Leistungsgesetzen der Träger wird in der Praxis und in der Rechtsprechung unzweifelhaft zu der Schlussfolgerung führen, dass mit Ausnahme der Kapitel 2 bis 4 die übrigen Bestimmungen des SGB IX, Teil 1 eben nicht mehr als für alle Träger verbindliches trägerübergreifendes Recht anzusehen sind. Dies betrifft u.a. den **Behinderungsbegriff**, das **Wunsch- und Wahlrecht** (Kapitel 1), die Pflicht zur **Zusammenarbeit** (Kapitel 5), das **Persönliche Budget** und die **Beratung** (Kapitel 6), die **Qualitätssicherung** (Kapitel 8) und die **Rahmenkapitel für das Leistungsrecht**. Für Praxis und Rechtsprechung würde die Neufassung von § 7 eine **Fülle von neuen Abgrenzungsschwierigkeiten** schaffen und die **Divergenz des Rehabilitationsrechts** in allen genannten Bereichen erhöhen.

Die Verfasser des Referentenentwurfs schöpfen die Überzeugung, dass "*den allgemeinen Vorschriften im Teil 1 (nur) eine ergänzende und ermessenslenkende Bedeutung*" zukomme, offensichtlich aus den Urteilen des 3. Senats des BSG (B 3 KR 23/02 R, B 3 KR 13/13 R). Es ist bekannt, dass der 3. Senat (übriger als Einziger) sei Inkrafttreten des SGB IX - mit großer Beharrlichkeit - versucht, entgegen dem sich aus den Gesetzesmaterialien (BT-DRs. 14/5074 S. 100) ergebenden eindeutigen Willen des Gesetzgebers vom SGB IX abweichendes Sonderrecht für den Bereich der GKV aufrecht zu erhalten bzw. zu konstruieren. Dennoch stellen diese Urteile keinesfalls eine schlichte Vorrang-Theorie zu Gunsten der für die Träger geltenden spezifischen Gesetze auf. Diese - dem Regierungsentwurf offensichtlich zu Grunde liegende - Lesart ist nicht bindend. Da mit der Regelung des Regierungsentwurfs fast alle dem SGB IX zu Grunde liegenden Ziele - und damit das SGB IX im Kern selbst - ausgehebelt werden, müssen die Urteile - entgegen dem Regierungsentwurf - Veranlassung sein, die 2001 mit dem SGB IX verfolgten Ziele damit erneut klar zustellen, **dass die Vorschriften des Neunten Buches - abweichend vom Rehabilitations-Angleichungsgesetz - nicht nur als Grundsatz geregelt sind, sondern unmittelbar anzuwenden sind.**

Der Vorschlag bewirkt, dass nicht nur die Kapitel 2 bis 4, sondern - wie bisher - der gesamte Teil 1 des SGB IX "abweichungsfest" ist, soweit in den für die Träger geltenden spezifischen Gesetzen nicht ausdrücklich etwas Abweichendes geregelt ist.

2. Zu Absatz 2

Vorschlag:

In Absatz 2 entfällt der erste Satz.

Begründung:

Mit der unter 1 vorgeschlagenen Wiederherstellung der trägerübergreifenden Geltung des SGB IX, Teil 1 in § 7 Satz 1 und 2 gehen die Kapitel 2 bis 4 ohnehin auch ohne die irritierende Hervorhebung im Satz 2 den für die Träger geltenden Leistungsgesetzen vor.

3. Die Änderungen in **Artikel 6, Nr. 5b, Artikel 7 Nr. 4 und Artikel 8, Nr. 5** können aus den gleichen Gründen entfallen. Sie sind nur erforderlich, wenn man die übergreifende Wirkung des SGB IX, Teil 1, wie mit dem Entwurf beabsichtigt, aufhebt.

5. § 8 - Wunsch und Wahlrecht

Vorschlag:

1. Nach Absatz 1 Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

"Berechtigte Wünsche dienen der Förderung der Wirksamkeit der Leistungen und sind als wirtschaftlich anzusehen."

Alternativ könnte auch eine dem § 18 Abs. 1 Satz 3 entsprechende Formulierung oder ein Verweis auf die entsprechende Geltung dieser Regelung aufgenommen werden. Damit würden - bei vergleichbarem Sachverhalt - in § 8 die rechtlich zulässigen Gründe für die Ablehnung des geäußerten Wunsches konkretisiert.

2. Die Sätze 2 und 3 werden zu Satz 3 und 4.

Begründung:

Das Bundessozialgericht hat die Wirkung des bisherigen § 9 entgegen dem Willen des Gesetzgebers dadurch eingeschränkt, dass es dem Auswahlmessen des Rehabilitationsträgers aus Gründen der Wirtschaftlichkeit eine höhere Gewichtung bei der Entscheidung über das Wunschrecht beigemessen hat, als dem Recht der Berechtigten auf Selbstbestimmung. Dabei blieb unberücksichtigt, dass der Gesetzgeber das Wunschrecht als ein Element der Wirksamkeit angesehen hat, weil damit und durch die Mitwirkung des Berechtigten die Wirksamkeit und damit die Wirtschaftlichkeit der Leistungen erhöht werden kann. Der Vorschlag stellt den ursprünglichen Rechtszustand wieder her.

6. § 10 - Sicherung der Erwerbsfähigkeit

Vorschlag:

In Absatz 1 Satz 1 werden hinter den Worten "...geeignete Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben" die Worte "und Leistungen zur sozialen Teilhabe" eingefügt.

Begründung:

Absatz 1 ist bei Einleitung medizinischer Rehabilitationsleistungen - wie bisher - auf eine Prüfverpflichtung hinsichtlich erforderlicher Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beschränkt. Oft sind aber im Anschluss an eine medizinische Rehabilitationsleistung auch Leistungen zur sozialen Teilhabe erforderlich, um zunächst die persönlichen Grundlagen für die Teilnahme an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu legen. Bei psychischen Erkrankungen ist z.B. häufig eine vorangehende Leistung zur sozialen Teilhabe Voraussetzung, damit anschließend weitere Teilhabeleistungen möglich werden. Deshalb sollte immer der gesamte Bedarf an nachfolgenden Teilhabeleistungen in den Blick genommen werden.

7. § 11 - Förderung von Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation

Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Förderung auf die Gesetzliche Rentenversicherung und die Träger der Grundsicherung beschränkt bleibt. Absatz 3 der Begründung trifft in gleicher Weise auch für die übrigen Träger der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu.

8. § 12 - Maßnahmen zur Unterstützung der frühzeitigen Bedarfserkennung

1. Vorschlag:

In Absatz 1 wird hinter den Worten "...hingewirkt wird" folgender Klammerzusatz eingefügt "(§ 17 Abs. 1 Nr. 1 SGB I)".

Begründung:

Die zutreffende Feststellung in der Begründung, dass *"die Erkennung und die Hinwirkung den Bedarf in seiner Gesamtheit und nicht nur begrenzt auf die jeweiligen Leistungsgesetze"* betreffen, erschließt sich nicht aus dem Text des Absatzes 1 Satz 1.

Die im Satz 2 aufgelisteten Pflichten entsprechen den vorhandenen Pflichten nach §§ 13 bis 16 SGB I.

Die in der Begründung zu Absatz 1 angesprochenen, sich aus der Regelung des § 12 ergebenden Ansprüche der Leistungsberechtigten (öffentlich-rechtlicher Herstellungsanspruch) bestehen bereits nach § 17 SGB I. Durchschlagender wäre deshalb ein Hinweis auf § 17 Abs. 1 Nr. 1 SGB I.

2. Vorschlag

An § 12 Absatz 1 wird folgender Satz 5 angefügt:

"Die Rehabilitationsträger stellen im Rahmen der Zusammenarbeit nach § 25 Abs. 2 regional sicher, dass die Arbeitgeber jeweils auf nur eine gemeinsamen Ansprechstelle zurückgreifen können."

Begründung.

Die Arbeitgeber fordern nachvollziehbar, dass ihnen trägerübergreifend jeweils mit nur ein Ansprechpartner zur Verfügung steht und sie - u.a. im Rahmen des betrieblichen

Eingliederungsmanagements - nicht mit allen Rehabilitationsträgern korrespondieren müssen, möglicherweise zu den gleichen Themen parallel, bei denen ihre Arbeitnehmer Leistungen geltend machen können. Dieses Ziel wird mit den neu eingefügten Sätzen 3 und 4 nicht erreicht. Da nicht eine gemeinsame Ansprechstelle vorgesehen ist, wird jeder Rehabilitationsträger Ansprechstellen einrichten, sodass sich für die Arbeitgeber im Ergebnis keine Veränderung ergibt. Dem begegnet dieser Vorschlag.

9. § 13 - Instrumente des Rehabilitationsbedarfs - und

§ 17 - Begutachtung

§ 25 Absatz 1 Nr. 4 - Begutachtung nach einheitlichen Grundsätzen

§ 118 - Bedarfsermittlung (Teil 2)

Nach der Zielsetzung des Referentenentwurfs sollen Leistungen wie aus einer Hand erbracht und zeitintensive Zuständigkeitskonflikte der Träger untereinander sowie Doppelbegutachtungen zu Lasten der Menschen mit Behinderungen vermieden werden.

Diese Ziele werden nur erreicht, wenn neben den Instrumenten (Arbeitsprozesse und Arbeitsmittel) auch der materielle Gehalt (Inhalt und Gegenstand) der Instrumente, insbesondere des Begutachtungsinstrumentes geeignet sind, diese Ziele zu erreichen.

Solange es den Trägern möglich ist, "einheitliche Instrumente" unterschiedlich auszugestalten oder bei gleicher Beeinträchtigung und gleichem Bedarf unterschiedliche Ziele und Beurteilungsmaßstäbe zu praktizieren, **ist keines der genannten Ziele erreichbar.**

Zu § 13

1.) Vorschlag:

In Absatz 1 Satz 2 wird das Wort "sollen" durch "entsprechen" ersetzt und dieses Wort am Satzende gestrichen. Nach den Worten "zur Bedarfsermittlung" werden die Worte " § 25 Abs. 1 Nummer 4 und" eingefügt.

2.) Absatz 1 Satz 3 wird gestrichen.

Begründung:

1.) Die vorgelegte Formulierung verpflichtet die Träger zur Gestaltung systematischer Arbeitsprozesse und standardisierter Arbeitsmittel (Instrumente) *nach den für sie geltenden Leistungsgesetzen*. Das entspricht dem Grundsatz, dass die Arbeitsablauforganisation in das pflichtgemäße Ermessen der Träger gestellt ist und bleibt.

Problematisch wird diese Regelung erst durch Absatz 1 Satz 2. Dort wird das Ermessen zur Gestaltung der Arbeitsorganisation zur Bedarfsermittlung nicht (mehr wie bisher durch § 7 Satz 1 SGB IX) unmittelbar an Vorgaben des Gesetzgebers gebunden, sondern ausschließlich in das Ermessen des Trägers gestellt ("sollen").

Mit der vorgeschlagenen Änderung werden neben den Gemeinsamen Empfehlungen zu den Instrumenten (§ 26 Abs. 2 Nr. 7) auch die gemeinsamen Empfehlungen zur Begutachtung nach möglichst einheitlichen Grundsätzen (§ 25 Abs. 1 Nr. 4) trägerübergreifend verbindlich.

2.) Liegen die gemeinsamen Empfehlungen nach § 25 Abs. 1 Nr. 4 und 26 Abs. 2 Nr. 7 - und damit die gemeinsamen Maßstäbe für die Inhalte der Instrumente bzw. Begutachtung - vor, gibt es für den Gesetzgeber keine Begründung, warum er in das den Trägern belassene Organisationsermessen bei der Beschaffung der Instrumente eingreifen sollte. Absatz 1 Satz 3 wird damit gegenstandslos.

2.) Vorschlag:

In Absatz 2 wird folgende Ziffer 5 aufgenommen:

" 5. die multidisziplinär zu bewertenden individuellen Bedürfnisse und Stärken des Leistungsberechtigten"

Begründung:

Dieser Vorschlag setzt Art. 26 Abs. 1 Buchst. b UN-BRK um.

3.) Hinweis zu Absatz 2, zugleich Vorbemerkung zu § 17

Absatz 2 gibt exakt das Ergebnis wieder, das mit einer ICF-orientierten Begutachtung nach § 17 erzeugt wird und bildet damit zugleich die Anforderung an die Begutachtung nach § 17 ab, die dort so jedoch nicht vorgegeben ist.

Die Unterscheidung zwischen Instrumenten (§ 13) und Begutachtung (§ 17) ist danach unschlüssig. Die Inhalte, die die "Instrumente" nach Ziffern 1 bis 4 des **Absatzes 2** erfassen sollen, ergeben sich aus der ICF-orientierten Begutachtung durch einen Sachverständigen, wenn die ICF von diesem angewendet wird. Ob eine Behinderung droht oder eingetreten ist, ergibt sich aus der Darstellung der Beeinträchtigung der Teilhabe in den Kategorien der ICF. Die so dokumentierte Beeinträchtigung der Teilhabe drückt die Auswirkungen auf die Teilhabe aus. Aus diesen Feststellungen kann der Sachverständige die Ziele der Teilhabeleistungen ableiten und vorschlagen; ebenso, die Prognose zum Erfolg von Teilhabeleistungen. Die Entscheidung Gegenstand, Umfang, Qualität und Ausführung der Leistung trifft auf dieser Grundlage unverändert allein der Rehabilitationsträger selbst.

4.) Vorschlag:

In Absatz 3 Satz 2 sollte das Wort "Rehabilitationsbedarf" durch die Worte "Bedarf an Leistungen zur Teilhabe" ersetzt werden.

Begründung:

Der Begriff "Rehabilitation" wird im SGB IX nur noch im Zusammenhang mit den medizinischen Leistungen zur Rehabilitation verwendet. Außerhalb dieses Zusammenhangs sollte deshalb zutreffender vom Bedarf an Teilhabeleistungen gesprochen werden.

Zu § 17

Vorschlag:

1.) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort "Sachverständigen" ein Komma und die Worte "der durch Qualifikation und Weiterbildung zur Anwendung der ICF befähigt ist," angefügt.

Begründung:

Der zur Eignung als Sachverständiger in der Begründung angesprochene Nachweis der ICF-Kompetenz sollte unmittelbar als Voraussetzung für die Beauftragung geeigneter Sachverständiger in Absatz 1 aufgenommen werden.

Nach dem zweiten Satz der Begründung soll Absatz 1 an die nach § 15 erforderliche Abstimmung der Träger über den zu beauftragenden Gutachter anknüpfen. Das ist jedoch dem Wortlaut des Absatz 1 nicht zu entnehmen und sollte entsprechend der Bewertung des Verfassers zu § 15 auch unterbleiben.

2.) Vorschlag:

1.) § 17 Abs. 2 erhält folgende Fassung:

"Der Sachverständige stellt fest, ob eine Behinderung vorliegt oder droht. Dazu prüft er unter Orientierung an der ICF, welche Beeinträchtigungen der Teilhabe bei dem Leistungsberechtigten vorliegen, welche Auswirkungen diese auf die Teilhabe des Leistungsberechtigten haben, welche Teilhabeziele voraussichtlich erreicht werden können und welche Leistungen zur Erreichung dieser Ziele voraussichtlich erfolgreich sind. Das Gutachten ist auf den dazu von den Rehabilitationsträgern vereinbarten gemeinsamen Empfehlungen zur Durchführung von Begutachtungen nach § 25 Abs. 1 Nr. 4 zu basieren und innerhalb von zwei Wochen nach der Auftragserteilung zu erstellen."

2.) Die bisherige Sätze 3 und 4 werden als Sätze 4 und 5 angefügt."

Begründung:

1.) Die Begründung zu § 13 ist in sich widersprüchlich und auch nicht schlüssig.

Sie beruft sich einerseits darauf, dass nach der Studie zum Nutzungsgrad der ICF derzeit "weder das bio-psychoziale Modell der ICF noch die Items einheitlich verwendete Referenzgrößen" bei der Bedarfsfeststellung sind. Das deutet darauf hin, dass die bisher gesetzlich vorgeschriebene, an der ICF orientierte Bedarfsfeststellung nach § 10 SGB IX von den Rehabilitationsträgern in der Regel nicht rechtmäßig durchgeführt wird.

Obwohl dies so ist, sollen die Rehabilitationsträger nach der Begründung "weiterhin für ihren Aufgabenbereich eigenverantwortlich prüfen und entscheiden können, ob und inwieweit das bio-psychoziale Modell, die Klassifikation oder die Lebensbereiche der ICF als Grundlage für den Einsatz von Instrumenten der Bedarfsermittlungen dienen".

Gerade das wollte der Gesetzgeber 2001 mit der Orientierung der "funktionsbezogenen", d.h., an der ICF-orientierten Bedarfsfeststellung im bisherigen § 10 ausschließen. Die Begründung zum SGB IX stellt bereits in den einleitenden Ausführungen klar, dass sich das gesamte SGB IX - ebenso wie die UN-BRK - an der ICF der WHO orientiert (BT-DRs. 14/5074 S. 94). In der Begründung zu § 10 wird herausgestellt, dass neben der Beachtung der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen zugleich **gewährleistet werden muss, dass die Leistungsausführung nach gleichen Maßstäben und Grundsätzen**

erfolgen muss (S. 101 aaO). Das setzt aber u.a. schon die Anwendung **gleicher Maßstäbe und Grundsätze bei der Bedarfsermittlung** voraus.

Abgesehen von der Auseinanderentwicklung des Teilhabrechts, leben durch die nach dem Referentenentwurf zulässigen, uneinheitlichen trägerspezifischen Bedarfsfeststellungsverfahren die Auseinandersetzungen der Träger darüber wieder auf, ob vom leistenden Träger nach § 14 überhaupt ein geeignetes Verfahren zur Bedarfsfeststellung eingesetzt und danach auch der individuelle Bedarf zutreffend erhoben wurde, die darauf nach Fristablauf vom leistenden Träger ausgeführte Leistung überhaupt rechtmäßig und wirksam sowie der nach § 16 geltend gemachte Erstattungsanspruch gegenüber dem eigentlich leistungsverpflichteten Träger überhaupt auf rechtmäßigem Handeln des leistenden Trägers basiert. Das entspricht in Vielem der Situation nach Inkrafttreten des Rehabilitations-Angleichungsgesetzes ab 1.10.1974. Genau solche Entwicklungen wollte der Gesetzgeber mit dem trägerübergreifenden Recht des SGB IX ab 1.7.2001 für die Zukunft ausschließen, weil solche Trägerauseinandersetzungen im Zweifel zu Lasten der behinderten Menschen ausgetragen werden.

Mit der Fassung des Referentenentwurfs zeichnen sich jedenfalls nicht weniger, sondern mehr Streitverfahren zwischen den Trägern ab. Das scheint auch den Verfassern des Entwurfs durchaus bewusst zu sein (siehe Ausführungen in der Begründung zu § 19 Abs. 3 bzgl. der gerichtlichen Überprüfung der rechtmäßigen Erstellung des Teilhabeplanes). Das Ziel des Gesetzes (S. 2) "Doppelbegutachtungen zu Lasten der Menschen mit Behinderungen" zu vermeiden ist so jedenfalls nicht zu erreichen.

Es sind keine Gründe zu sehen, die den Gesetzgeber veranlassen könnten oder sollten, nunmehr von der 2001 getroffenen Bindung der Bedarfsfeststellung aller Träger an die ICF abzuweichen. Auch der in der Begründung zu § 17 angeführte Hinweis auf Abweichungserfordernisse der MDK-Gutachten nach § 275ff SGB V trägt nicht. Das SGB V enthält keine eigenständige oder abweichende Definition von Rehabilitationsleistungen, sodass auch dort § 42 die leistungsrechtliche Grundlage und Maßstab für die Begutachtung ist.

Dass die Träger ihre gesetzliche Verpflichtung bisher nur bedingt umgesetzt haben, darf nicht dazu führen, dieses Fehlverhalten nunmehr zu legitimieren und in die Zukunft fortzuschreiben. Die nach dem Referentenentwurf mögliche Vielzahl unterschiedlicher Bedarfsfeststellungsinstrumente, von denen - entgegen bisherigem Recht - keines mehr konsequent auf dem international einheitlichen Standard der ICF basieren muss, führt zu Doppelbegutachtungen und entzieht der Leistungserbringung aus einer Hand schon zu Beginn des Verfahrens die gemeinsame Basis.

Begutachtungen und Bedarfsfeststellungen der Rehabilitationsträger nach uneinheitlichen Grundlagen und Maßstäben werden gerade mit Blick auf die neuen Regelungen in §§ 14 bis 16, insbesondere der Erstattungsverpflichtung nach § 16, zu erheblichen Auseinandersetzungen zwischen den Rehabilitationsträgern führen, zumal auch die nicht mehr trägerübergreifend einheitlichen Teilhabeziele zu unterschiedlicher Leistungsgestaltung und Wirksamkeit der Leistungen führen.

Um das auszuschließen sollte - wie oben zu § 13 Abs. 1 Satz 2 vorgeschlagen - auch die Bestimmung über die Begutachtung konsequent an der ICF orientiert bleiben und für die Bedarfsfeststellung aller Rehabilitationsträger einheitlich der weltweite Beurteilungsmaßstab der ICF gelten..

3.) Vorschlag

In Absatz 2 sollte im Satz 2 das Wort "soll" durch die Worte "hat...zu entsprechen" ersetzt werden..

In Absatz 2 Satz 3 sollten die Worte "zum Rehabilitationsbedarf" durch die Worte "nach Absatz 1 Satz 1" ersetzt werden.

Begründung:

Mit der Änderung des Satzes 2 sollen trägerspezifische, korporativ inspirierte Abweichungen ausgeschlossen werden.

Mit der Änderung des Satzes 3 wird sichergestellt, dass im Interesse der behinderten Menschen - anders als bisher - nicht mehr vorwiegend der Schweregrad einer Erkrankung, sondern darüber hinaus vor allem Art und Ausprägung der Beeinträchtigung der Teilhabe und die daraus abzuleitenden Teilhabeziele objektiviert und zur Basis der Entscheidung über die Teilhableistungen werden, die ja die Beeinträchtigungen ausgleichen oder vermindern und nicht primär die Krankheit behandeln sollen. Dadurch würde endlich auch gesetzlich der Zusammenhang von Teilhabebeeinträchtigung und Teilhabeleistung deutlicher hergestellt.

4.) Vorschlag

Entsprechend der vorgeschlagenen Änderung zu Absatz 2 sollte auch in Absatz 3 nicht auf den "Rehabilitationsbedarf", sondern auf die Feststellungen nach Absatz 1 Satz 1 abgestellt werden.

5.) Vorschlag

Absatz 3 Satz 1 wird gestrichen.

Begründung:

Die in Absatz 3 Satz 1 für die Weiterleitungsfälle nach § 15 vorgesehene Abstimmung der Träger über den zu beauftragenden Sachverständigen benötigt einen bürokratischen Zeitaufwand, der einerseits nicht praxisgerecht in den Fristen enthalten ist und andererseits bei einem trägerübergreifend einheitlichen Teilhaberecht völlig überflüssig ist. Wenn alle Träger das SGB IX und die ICF einheitlich anwenden (so ist z.B. die Definition, was unter medizinischer Rehabilitation zu verstehen ist, welche Ziele damit anzustreben sind und was dafür Leistungsgegenstand ist, bisher ausschließlich in § 26 SGB IX geregelt und in keinem anderen Teil des Gesetzbuches enthalten), bedarf es dieser Regelung nicht, weil die Sachverständigen mit ICF-Kompetenz (s. Vorschläge dazu) zugleich auch die Eignung für alle Träger besitzen. Da nicht die Sachverständigen, sondern die Träger die Leistungsentscheidungen treffen, bedarf es für die Objektivierung des individuellen

Leistungsbedarf mit Ausnahme der Orientierung an der ICF keiner trägerspezifischen Begutachtungskompetenz.

6.) Vorschlag

In der Begründung zu § 17 Absatz 2 werden auf Seite 266 die Sätze 3 und 4 gestrichen.

Begründung:

Satz 3, wie auch der erst in den Referentenentwurf eingefügte Satz 4 treffen nicht zu. Zu Satz 3 wurde bereits oben in der Begründung zum Vorschlag 2 darauf hingewiesen, dass sich mit Blick auf die Anwendung des § 42 in der GKV auch für diese Träger bei Orientierung an der ICF keine abweichenden Begutachtungsanforderungen ergeben. Dies wird zwar vom BMG seit Inkrafttreten des SGB IX immer wieder angeführt, ist jedoch auf eine vom SGB IX abweichende Auslegung verschiedener Vorschriften des SGB IX zurückzuführen. Der neue Satz 4 nach der in der GKV *ausschließlich* die gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen sei, trifft ebenfalls nicht zu. Sowohl nach dem bisherigen Wortlaut des § 14 Absatz 5, wie auch nach dem künftigen Wortlaut des 17 Absatz 1 Satz 2 hat auch die GKV den Leistungsberechtigten in der Regel *drei möglichst wohnortnahe Sachverständige unter Berücksichtigung bestehender sozialmedizinischer Dienste zu benennen*. Dass bei der Benennung "sozialmedizinische Dienste" zu berücksichtigen, aber nicht ausschließlich zu benennen sind, trägt § 275 SGB V für die GKV ebenso Rechnung wie auch den in Teilen der Rentenversicherung bestehenden ärztlichen Gutachterdiensten. Die - offensichtlich jetzt gewollte - Beschränkung allein auf die Begutachtung durch den MDK nimmt die vom Gesetzgeber 2001 mit dem SGB IX auch für das Begutachtungsverfahren verfolgte Zielsetzung der Stärkung der Selbstbestimmung behinderter Menschen für die GKV wieder zurück.

Zu § 25

Vorschlag:

In § 25 Abs. 1 Nr. 4 werden hinter dem Wort "einheitlichen" ein Komma gesetzt und die Worte "an der ICF orientierten" eingefügt.

Begründung:

Aus den zu § 17 dargestellten Gründen wird durch die vorgeschlagene Einfügung gewährleistet, dass sich die im Rahmen der Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger nach § 25 Abs. 1 Nr. 4 zu vereinbarende Empfehlung zur Begutachtung nach möglichst einheitlichen Grundsätzen weiterhin am weltweiten Standard der ICF orientiert, der damit auch weiterhin der einheitliche Maßstab für alle Rehabilitationsträger bleibt.

Zu § 118 (Teil 2)

Vorschlag

§ 118 Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

" Die Ermittlung des Bedarfs erfolgt nach § 13 Abs. 2 in Verbindung mit § 17."

Satz 3 und Absatz 2 entfallen.

Begründung:

Die Unterschiede zwischen § 13 und § 117 schließen die Erreichung der vom Gesetzgeber angestrebten Ziele (u.a. Zuständigkeitsstreite, Doppelbegutachtungen) aus. Da beide Regelungen die gleichen Ziele verfolgen und keine Gründe für die Unterschiede bestehen, kann § 117 ab Absatz 1 Satz 2 durch einen Verweis auf die §§ 13, 17 ersetzt werden.

Die in § 117 Abs. 2 vorgesehene Ermächtigung der Länder, das Nähere zu den Instrumenten zu bestimmen, führt zu 16fach unterschiedlichen Regelungen und steht der Zielsetzung dieses Gesetzes diametral entgegen.

Die in § 117 Abs. 1 Satz 2 und 3 enthaltenen Hinweise auf die Lebensbereiche der ICF führt zu Instrumenten, die - im Gegensatz zum geltenden Recht - nicht mehr ICF-orientiert sein müssen.

Der Gesetzgeber hat mit dem SGB IX 2001 (§ 10) bewusst den internationalen Standard der ICF (einheitliche Sprache, einheitliche Kategorien der Beschreibung der Beeinträchtigungen der Teilhabe, Methodik unter Einbeziehung der Kontextfaktoren) als Grundlage der Bedarfsfeststellung vorgegeben, um eine Vielzahl unterschiedlicher Feststellungsinstrumente auszuschließen. Der vorliegende Entwurf führt in die entgegengesetzte Richtung und hebt die damalige Vorgabe des Gesetzgebers auf. Dies entspricht auch nicht der in der Begründung zum Kapitel 4 (S. 222) referierten deutlichen Haltung der Arbeitsgruppe BTHG, die durch die Regelungen in §§ 7, 12, 13 aufgeweicht oder missachtet wird.

Der hier vorgelegte Vorschlag stellt sicher, dass künftig von allen Trägern von Teilhabeleistungen die Feststellung des Bedarfs einheitlich - entsprechend der konsequenten Orientierung der Instrumente und der Sachverständigenbegutachtung in den oben unter Ziffer 9 vorgeschlagenen Fassungen der §§ 13 Abs. 2 und 17 unter Anwendung der Methodik und der Kategorisierung der Teilhabebeeinträchtigungen der ICF- vorgenommen wird.

10. § 14 - Leistender Rehabilitationsträger

Vorschlag:

1.) In § 14 Abs. 1 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 eingefügt:

"Muss für diese Feststellung der Bedarf im Sinne der §§ 13 Abs. 2 und 17 geklärt werden, wird die Feststellung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen."

2.) Die Sätze 2 bis 4 werden zu den Sätzen 3 bis 5.

3.) In Satz 3 (neu) wird die Bezeichnung "Satz 1" durch die Bezeichnung "Sätze 1 und 2" ersetzt.

4.) In Absatz 2 werden die Sätze 1 und 2 wie folgt gefasst:

"Wird der Antrag nicht weitergeleitet und ist der Rehabilitationsbedarf nach Absatz 1 Satz 2 geklärt, entscheidet der Rehabilitationsträger anhand der Instrumente zur Bedarfsermittlung nach §§ 13, 17 innerhalb von drei Wochen nach der Antragstellung. Muss für die Bedarfsermittlung nach § 13 noch ein Gutachten eingeholt werden, entscheidet der Rehabilitationsträger innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang".

Begründung:

1.) Das SGB IX enthält bisher die Bezeichnung "leistender Rehabilitationsträger" nur in § 14 Absatz 6 und zwar lediglich in dem Sinne, dass der nach Antragseingang zuständige Rehabilitationsträger (entweder tatsächlich oder kraft Gesetzes) für Leistungen, zu denen er nach § 6 nicht leistungsverpflichtet ist, weitere Rehabilitationsträger beteiligen soll (mithin im Sinne des Teilhabemanagements).

§ 14 (neu) verwendet den Begriff des "leistenden Rehabilitationsträgers" nunmehr im Sinne des Beauftragten (Rehabilitationsträgers) nach § 3 BudgetV, der von der Antragstellung an - unbeachtlich der tatsächlichen Zuständigkeit und Leistungsverpflichtung - dauerhaft die Aufgabe des Verantwortlichen für das Teilhabemanagement übernimmt. Diese Verantwortung wird nämlich nach § 19 Abs. 3 künftig über das Management des aktuellen Leistungsantrags hinaus mit der immer dem leistenden Träger zugeordneten Verpflichtung, den Teilhabeplan anzupassen und durchgehend das Verfahren zu sichern (§ 20 Abs. 3), auf alle künftig anstehenden Leistungsverfahren - ggfls. bis zur endgültigen Inklusion - ausgedehnt.

Diese Regelung entspricht grundsätzlich dem Kernziel des SGB IX zur Sicherung der Koordination und Kooperation der Rehabilitationsträger, weil sie die Verantwortung für das Teilhabemanagement nicht mehr von Träger zu Träger weiterreicht, sondern von der Antragstellung ggfls. bis zur Inklusion - auch über Jahre hinweg - einem, nämlich dem erstangegangenen Träger zuordnet.

Diese zeitlich nicht begrenzte Verlagerung der Verantwortung verschiedener an sich zuständiger Rehabilitationsträger für das gesamte weitere Leben mit Teilhabeleistungen (§ 19 Abs. 3 Satz 2) auf den erstangegangenen oder im ersten Leistungsverfahren durch Weiterleitung nach § 15 Absatz 2 zuständig gewordenen leistungsverpflichteten Träger erscheint im Sinne der unzulässigen Mischverwaltung problematisch, weil der oder die (auch in einer zeitlichen Abfolge) an sich leistungsverpflichtete(n) Rehabilitationsträger - bei rechtmäßiger Durchführung der in diesem Entwurf (und den oben dazu vorgeschlagenen Änderungen) vorgesehenen Bedarfsermittlungsverfahren - sehr früh und schnell feststehen und ihrer eigenen Verantwortung nachkommen können.

2.) Gerade deshalb ist es - künftig noch mehr als heute - unverzichtbar, den Bedarf an Teilhabeleistungen und damit auch die Frage der Beteiligung weiterer Träger und deren Zuständigkeit zum frühestmöglichen Zeitpunkt umfassend zu klären.

Ob und welche weiteren Rehabilitationsträger zuständig (Absatz 1) oder zu beteiligen (§ 15) sind, ergibt sich nämlich durchweg erst aus der Bedarfsfeststellung nach §§ 13 iVm § 17.

Im Regelfall ist erst nach Erstellung und Eingang des Gutachtens, d.h., bis zu vier Wochen nach Antragseingang - mithin im Rahmen der Entscheidungsfrist der nachfolgenden drei Wochen nach Eingang des Gutachtens (§ 14 Abs. 2) - zu erkennen, dass und welche Leistungen von welchen anderen Rehabilitationsträgern noch erforderlich sein können, die dann nach § 15 einzubeziehen sind.

Die in § 15 Absatz 2 vorgesehene Regelung würde - entsprechend diesem Vorschlag - deshalb praktikabler, wenn der leistende Rehabilitationsträger als Erstes die Bedarfsfeststellung nach § 13 Abs. 2 iVm § 17 vornimmt.

Mit diesem Vorschlag ist gewährleistet, dass im Regelfall bereits innerhalb der ersten drei Wochen nach Antragseingang sowohl die Zuständigkeit wie auch der Leistungsbedarf geklärt ist. Damit wird auch ein Zuständigkeitswechsel vermieden, wenn der leistende Träger zunächst seine Zuständigkeit angenommen hat, dann aber aus der Begutachtung feststellt, dass er den Antrag nach § 15 Abs. 1 weiter leiten muss.

11. § 15 - (Leistungsverantwortung bei Mehrheit (?-mehreren) von Rehabilitationsträgern

Nach dem Wortlaut des Absatz 2 sollen die Feststellungen weiterer zuständiger Rehabilitationsträger schon für die umfassende Feststellung des Rehabilitationsbedarfs, d.h., bei der Begutachtung der Beeinträchtigung der Teilhabe, vorliegen und von den zu beteiligenden Trägern innerhalb von zwei bzw. bei Begutachtung innerhalb von vier Wochen eingebracht werden. Das ist nach den vorigen Ausführungen zu § 14 nur dann praktikabel, wenn schon mit der Antragstellung medizinische Unterlagen vorgelegt werden, in denen Icf-orientierte Feststellungen enthalten sind, oder - entsprechend dem Vorschlag zu § 14 Absatz 1 - unmittelbar nach Antragseingang ein Gutachten eingeholt wird. Die mit dem Antrag vorgelegten Unterlagen sind nämlich in der Regel krankheits- und nicht teilhabeorientiert (z.B. Krankenhausberichte) und deswegen nur bedingt zur Entscheidung über Teilhabeleistungen geeignet.

Auch der zu beteiligende Rehabilitationsträger kann die Teilhabebeeinträchtigung und die sich daraus für seine Leistungsbeurteilung ergebenden Folgen ohne die vorherige objektive Klärung von Art und Ausprägung der Teilhabebeeinträchtigungen nicht beurteilen. Die derzeitige Fassung der §§ 14, 15 bewirkt Doppelbegutachtungen, sowohl veranlasst durch den leistenden Träger, wie auch durch die zu beteiligenden Träger. Diese Problembeschreibung zeigt, dass das angedachte Verfahren innerhalb der § 15 Abs. 2 vorgegebenen Frist schlichtweg nicht möglich ist, zumal sich die Träger auch noch über den zu beauftragenden Sachverständigen verständigen sollen.

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die Begründung offenkundig nicht eindeutig zwischen der Feststellung von Art und Umfang der Beeinträchtigung der Teilhabe, den sich daraus ableitenden voraussichtlich erreichbaren Teilhabezielen und dem zum Ausgleich der

Beeinträchtigung und zur Erreichung der Teilhabeziele erforderlichen Bedarf an Teilhabeleistungen (Leistungsbedarf) unterscheidet.

In der Praxis dürfte es keinem der Sozialversicherungsträger innerhalb der Fristen möglich sein, die Voraussetzungen des § 15 Abs. 2 zu erfüllen, sodass der "leistungsverpflichtete Träger" (die Sinnhaftigkeit dieser Bezeichnung erschließt sich an dieser Stelle besonders) dann immer selbst entscheiden und die Leistung erbringen kann. Die ganze Regelung ist hoch bürokratisch und kostenaufwändig und offensichtlich darauf zugeschnitten, dass es von dem hinzuzuziehenden Rehabilitationsträger innerhalb der Fristen des § 15 Abs. 2 faktisch keine wirksame Intervention geben kann und damit der leistende Träger die Leistung ausführen kann (Das gewährleistet die von den Sozialhilfeträgern geforderte Gesamtsteuerungsverantwortung).

Zu **Absatz 3** ist ergänzend anzumerken, dass die Klärung der Voraussetzungen für den Trägerwechsel nach § 15 Abs. 3 Satz 2 schon für sich gesehen eine mit Verwaltungsaufwand verbundene Kommunikation zwischen den Trägern bedingt, die innerhalb der Fristen im üblichen Verwaltungsverfahren kaum leistbar sein dürfte.

12. § 16 - Erstattungsansprüche zwischen Rehabilitationsträgern

Bisher herrschte im Sozialrecht überwiegend der Grundsatz, Verwaltungs- und Kostenaufwand zwischen den Sozialleistungsträgern durch enge Zusammenarbeit weitgehend zu vermeiden, und deshalb gegenseitige Kostenerstattungsverfahren überflüssig zu machen, deren Aufwand häufig den erwarteten Ertrag kompensiert.

Im Gegensatz dazu wird mit dieser Regelung systematisch ein Konstrukt von Vorleistung und Kostenerstattung implementiert, bei dem höchst unsicher ist, ob der erwartete Ertrag zumindest den damit verbundene Verwaltungs- und Kostenaufwand deckt.

Es ist abzusehen, dass es dazu in erheblichem Maße Streitverfahren zwischen den Trägern geben wird, zumal die Leistungsziele und die darauf basierende Gestaltung der Leistungsinhalte und deren Wirksamkeit zwischen Teil 1 und Teil 2 unterschiedlich geregelt sind und die Leistungen des Teils 2 die Leistungsziele der Träger nach dem Teil 1 (Reha vor Rente, Reha vor Pflege) z.Tl. nicht wirksam erfassen (siehe dazu auch den in der Begründung zu § 19 enthaltenen Hinweis auf die gerichtliche Prüfung der Folgen fehlender oder fehlerhafter Teilhabepläne) .

Zu **Absatz 6** ist nicht nachvollziehbar, warum die Verzinsung nur für die Träger der Jugend- und Sozialhilfe und nicht im Verhältnis aller Rehabilitationsträger zueinander wirksam werden soll. Wenn es eine solche Regelung geben soll, muss sie für alle Rehabilitationsträger iSv § 6 in gleicher Weise einheitlich gelten.

13. § 17 - Begutachtung

Vergleiche Vorschläge und Begründung oben unter Ziffer 9.

14. § 18 - Erstattung selbstbeschaffter Leistungen

Die beabsichtigte Regelung ist für die Betroffenen insgesamt positiv, weil - wenn dem Grunde nach ein Leistungsanspruch besteht - nur noch objektive und damit auch nachvollziehbare Verfahrenshemmnisse der Erstattung selbstbeschaffter Leistungen entgegen stehen.

Diese Regelung wird in der Praxis - wie die bisherige - jedoch kaum Wirkung entfalten, weil die Einkommens- und Vermögenssituation behinderte Menschen es in der Regel nicht zulässt, hinsichtlich der mit der Leistung verbundenen Kosten in Vorlage zu treten.

Im Sinne der Gleichbehandlung behinderter Menschen und des Diskriminierungsverbots i.S.v. Art. 5 Abs. 2 UN-BRK ist nicht nachvollziehbar, wieso die Träger der Kinder- und Jugendhilfe ausgenommen werden sollen. Eine abweichende Regelung, die ausschließlich darauf basiert, dass im gegliederten deutschen System unterschiedliche Zuständigkeiten und Leistungsverpflichtungen bestehen und der eine oder andere dieser Träger Kostenprobleme hat, schließt noch keine Diskriminierung aus.

Dass die Abgrenzung zwischen Rehabilitationsfällen und Krankenbehandlung i.S.d. SGB V nicht in allen Fällen einfach durchzuführen ist - so die Begründung - findet seine Ursache offensichtlich in einer nicht zutreffenden Auslegung des SGB IX.

Rechte nach dem SGB IX bestehen unabhängig von der Ursache der Behinderung. Die Krankheit ist in der Regel eine Ursache der Behinderung und schon deswegen für die Begründung eines Anspruchs auf Leistungen zur Förderung der Teilhabe nur nachrangig bedeutsam. Entscheidend ist nach § 2 SGB IX, dass als Folge der Krankheit eine Beeinträchtigung der Teilhabe festgestellt werden kann. Diese ist auf der Basis der ICF mit Hilfe der dort verankerten Kategorien gut und in deutlicher Unterscheidung von Krankheit darzustellen.

15. § 19 - Teilhabeplan

Vorschlag:

1.) Absatz 1 erhält einleitend folgende Fassung:

"Der nach § 14 leistende Rehabilitationsträger ist dafür verantwortlich....."

2.) In Absatz 2 Nr. 2 wird das Wort "Rehabilitationsbedarf" durch die Worte "Bedarf an Teilhabeleistungen" ersetzt.

Begründung:

Der Teilhabeplan soll nach § 19 - entsprechend dem bisherigen Wortlaut des § 10 Abs. 1 (alt)- nur aufgestellt werden, wenn Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder

mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind. Schon die bisherige Regelung stieß - zu Recht - auf Kritik, weil dadurch in der Praxis die Bedarfsfeststellung (und künftig in der Folge der Teilhabeplan) in unterschiedlicher Qualität durchgeführt (bzw. aufgestellt) wurde, je nachdem, ob zunächst nur ein Träger tangiert erscheint oder sofort die Betroffenheit mehrerer Träger deutlich ist.

Die Qualität der Bedarfsfeststellung und des Teilhabeplans müssen bei allen Anträgen unabhängig von der Zahl evtl. zu beteiligender Träger in gleicher Qualität und mit gleicher Kompetenz gesichert sein. Die Qualität muss auch deshalb in allen Fällen gleich sein, weil auch bei einer sich erst später ergebenden Beteiligung eines weiteren Trägers dieser ohne erneute Feststellungen (Doppelbegutachtung!) auf der Grundlage des vorhandenen Gutachtens/Teilhabeplanes sofort tätig werden und entscheiden können muss. § 19 Abs. 1 sollte deshalb so gefasst werden, dass in allen Fällen ein Teilhabeplan erstellt werden muss. Um die Kosten des Teilhabeplanes - insbesondere im Regelverfahren - gering zu halten soll die Aufgabenstellung der BAR in § 39 Abs. 2 Nr. 2 so gefasst werden, dass die Träger in den dort genannten gemeinsamen Grundsätzen die Inhalte des Teilhabeplanes nach Zielgruppen unterschiedlich vertieft ausgestalten können.

16. § 20 - Teilhabeplankonferenz

1. Vorschlag:

In § 20 Absatz 1 Satz 3 werden hinter dem Wort "kann" die Worte "mit Zustimmung des Leistungsberechtigten" eingefügt.

Begründung:

Wenn der Leistungsberechtigte oder beteiligte Rehabilitationsträger eine Teilhabekonferenz vorschlagen gibt es dafür durchweg triftige inhaltliche Gründe, die sich gerade auf den ermittelten Sachverhalt beziehen (z.B. rechtlich, fachlich und inhaltlich unzureichende Bedarfsfeststellung, nicht ausreichende oder unvollständige Unterlagen zur Sachverhaltsbeschreibung, unzureichende Berücksichtigung oder Würdigung der Teilhabebeeinträchtigung im Begutachtungsverfahren usw.). Diese Gründe können nicht durch den Verweis auf die schriftliche Sachverhaltsermittlung ausgeräumt werden, sondern bedürfen einer Erörterung. Ohne diese Erörterung in einer Teilhabeplan-Konferenz verlagert sich die Auseinandersetzung in nachfolgende Streitverfahren oder führt ggfls. zu unzureichend bedarfsgerechten und deswegen auch nicht oder nicht ausreichend wirksamen Leistungen. Es liegt mithin auch ökonomisch im Interesse des Versicherungsträgers solche Fragen im Vorfeld einer Entscheidung zu klären und Probleme auszuräumen. Letztlich wird auf § 24 Abs. 1 SGB X verwiesen, der ohnehin gebietet, dem Berechtigten vor Erlass eines Verwaltungsaktes Gelegenheit zu geben, sich zu den für die Entscheidung erheblichen Tatsachen zu äußern.

2. Vorschlag:

§ 20 Abs. 3 Satz 1 erhält folgende Fassung:

"An der Gesamtplankonferenz nehmen die Beteiligten im Sinne von § 12 sowie auf Wunsch des Leistungsberechtigten eine Person ihres Vertrauens teil."

Begründung:

Bisher konnte der Berechtigte nach § 22 Absatz 1 Satz 1 eine Vertrauensperson am Teilhabeverfahren beteiligen, die keine weiteren formalen Voraussetzungen erfüllen musste. Die beabsichtigte Bezugnahme auf § 13 SGB X stellt demgegenüber eine Beschränkung und damit einen Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht des Berechtigten dar. Im Übrigen entspricht dieser Vorschlag den Regelungen im Teil 2 (§§ 117 Abs. 2, 121 Abs. 3), die dem bisherigen § 22 Abs. 1 Satz 1 entsprechen..

3. Vorschlag:

Der Absatz 5 des § 119 Abs. 2 (Gegenstand der Beratungen in der Konferenz) gilt nicht nur für die Träger der Eingliederungshilfe, sondern in gleicher Weise auch für alle anderen Träger von Teilhabeleistungen. Zielführend wäre, den Absatz 2 des § 119 auch als Absatz 4 an § 20 anzufügen.

17. § 22 - Einbeziehung anderer öffentlicher Stellen

Vorschlag

In Absatz 3 Satz 2 wird das Wort "kann" durch das Wort "soll" ersetzt".

Begründung

Wenn alle Beteiligten einig sind (so der Satz 1), bedarf es keines weiten Ermessensspielraums mehr.

18. § 23 - Verantwortliche Stelle für den Sozialdatenschutz

Vorschlag:

Es wird folgender Absatz 3 angefügt:

"Die zur Durchführung dieses Gesetzes, insbesondere zur Zusammenarbeit der Träger auszutauschenden Daten dienen zur Erfüllung von Aufgaben im Sinne der §§ 67a, 67b und 69 des Zehnten Buches."

Begründung

Mit diesem Vorschlag sollen die in der Vergangenheit , insbesondere zwischen beteiligten Rehabilitationsträgern entstandenen datenschutzrechtlichen Probleme ausgeräumt werden. Das wird mit dem bisherigen Referentenentwurf nicht erreicht.

19. § 24 - Vorläufige Leistungen

Vorschlag

In Satz 3 werden nach dem Wort "Buches" die Worte "mit Ausnahme des Abs. 1 Satz 2 und im Rahmen der Durchführung des Persönlichen Budgets" eingefügt.

Begründung

Die Begründung rechtfertigt es nicht, das den Berechtigten durch § 43 Abs. 1 Satz 2 SGB I eingeräumte Recht einzuschränken, gezielt bei einem Träger vorläufige Leistungen zu beantragen, wenn die Träger bei Streit über die Leistungsverpflichtung gegenüber dem Berechtigten faktisch untätig bleiben. Auch bei der Ausführung der Teilhabeleistungen im Rahmen eines Persönlichen Budgets müssen die Berechtigten weiterhin über das in ihrem Interesse wirksame Instrument des § 43 SGB I verfügen können.

20. § 25 - Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger

1.) Vorschlag

Absatz 1 Nr. 5 wird wie folgt gefasst:

"5. Präventionsleistungen zur Vermeidung von Beeinträchtigungen der Teilhabe erbracht werden"

Begründung:

Dies dient der Klarstellung im Sinne des bisher geltenden Rechts, wonach die Träger verpflichtet sind, nach § 26 Abs. 2 Nr. 2 in gemeinsamen Empfehlungen zu vereinbaren, welche Präventionsleistungen zur Vermeidung von Beeinträchtigungen der Teilhabe geeignet sind. § 25 Abs. 1 Nr. ordnet ihnen die Verantwortung zu, diese dann auch zu leisten.

Durch den Referentenentwurf verpflichtet § 3 nur noch zum Hinwirken auf Prävention, nicht aber mehr auf die Gestaltung und Ausführung von Präventionsleistungen. Die Anknüpfung an § 3 Absatz 1 trägt danach allein nicht mehr.

In diesem Zusammenhang ist auf Artikel 25 UN-BRK hinzuweisen, der in Buchstabe b ausdrücklich eine Präventionsverpflichtung dahingehend enthält, "weitere Behinderungen möglichst gering zu halten oder zu vermeiden". Das geht über die gesundheitliche Prävention des SGB V hinaus. Danach ist die Klarstellung iSd geltenden Rechts auch zur Umsetzung der UN-BRK geboten.

2.) Vorschlag

An Absatz 2 wird folgender Satz 3 angefügt:

"Soweit die Rehabilitationsträger und ihre Verbände keine regionalen Arbeitsgemeinschaften bilden, werden die Länder ermächtigt, diese zu bilden, das Nähere über die Zusammensetzung und das Verfahren zu bestimmen. Sie können den Arbeitsgemeinschaften auch weitere Aufgaben zu übertragen, wenn dadurch die Kooperation und Koordination der Rehabilitationsträger und die Konvergenz der Teilhabeleistungen verbessert wird."

Begründung:

Die Träger haben den wortgleichen § 12 Abs. 2 SGB IX innerhalb der letzten 15 Jahre nicht umgesetzt.

Die Länder haben auch ohne ausdrückliche Ermächtigung in diesem Gesetz bisher schon nach Art. 84 GG das Recht, die Arbeitsgemeinschaften durch Landesgesetz zu errichten. Dies wird mit der vorgeschlagenen Änderung klargestellt.

Mit der Errichtung der Arbeitsgemeinschaften entsteht auf Landesebene zugleich die institutionelle Plattform für die trägerübergreifend verbindliche Zusammenarbeit aller in § 6 genannten Rehabilitationsträger, einschließlich der Träger der Sozialhilfe und der Träger der Kinder- und Jugendhilfe. Die in den regionalen Arbeitsgemeinschaften getroffenen Vereinbarungen entfalten damit Verbindlichkeit für alle in § 6 genannten Rehabilitationsträger.

Zugleich wird sichergestellt, dass für die Verbände der Betroffenen und der Leistungserbringer die für die Umsetzung des Rechts auf Beteiligung nach § 36 Abs. 1 erforderliche institutionelle Beteiligungsplattform vorhanden ist.

21. § 26 - Gemeinsame Empfehlungen

1.) Vorschlag

In Absatz 2 sollte hinter der Ziffer 5 folgende neue Ziffer 6 eingefügt werden

"5. über das Verfahren des Teilhabeplanes bei Beteiligung mehrerer Rehabilitationsträger".

Begründung:

Nach § 19 hat zwar der nach § 14 leistende Träger die Verantwortung für das dort in Absatz 1 beschriebene Zusammenwirken der Träger und die Erstellung des Teilhabeplanes mit den in Absatz 2 genannten Inhalten. Diese Verpflichtungen werden ohne eine einheitliche Verfahrensgrundlage mit Blick auf die unterschiedlichen Trägerstrukturen nicht praktikabel.

2). Die bisherigen Ziffern 6 bis 10 werden zu Ziffern 7 bis 11

3). Vorschlag

In Absatz 4 Satz 1 wird das Wort "können" durch das Wort "werden" ersetzt.

Begründung

Es ist nicht praktikabel, dass sich einzelne Träger nicht durch ihren Spitzenverband vertreten lassen, sondern selbst vertreten.

4.) Vorschlag

An Absatz 9 wird folgender Satz 2 angefügt:

"Soweit und solange die Rehabilitationsträger im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft nach § 39 keine gemeinsamen Empfehlungen vereinbart haben, können die Arbeitsgemeinschaften nach § 12 Abs. 2 auch gemeinsame Empfehlungen auf regionaler Ebene vereinbaren."

Begründung:

Damit wird nicht nur der Regelung regionaler Erfordernisse Rechnung getragen. Häufig kann auch auf regionaler Ebene eher eine Verständigung als auf Bundesebene erreicht und auf diesem Weg die Entwicklung auf Bundesebene gefördert werden.

22. § 29 - Persönliches Budget

1.) Vorschlag:

Absatz 3 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

"Enthält das Persönliche Budget *keine* Leistungen, für die der nach § 14 leistende Träger Leistungsträger nach § 6 Absatz 1 sein kann,...."

Begründung:

Nach geltendem Recht kann der Antrag auf ein persönliches Budget nur bei einem Rehabilitationsträger gestellt werden, der auch für **mindestens eine** der geltend gemachten Leistungen zuständig und leistungsverpflichtet ist (BT-Drs. 15/4228 S. 31). Erhält ein danach nicht zuständiger Träger einen Antrag, muss er ihn an einen zuständigen Träger weiterleiten. Die vorgeschlagene gesetzliche Klarstellung entspricht dem geltenden Recht.

Nach dem vorliegenden Referentenentwurf müsste der Antrag immer weitergeleitet werden, wenn der Antrag irgendeine Leistung umfasst, für die der leistende Träger nicht Leistungsträger sein kann, obwohl er für andere beantragte Leistungen sehr wohl leistungsverpflichtet ist.

Eine solche Regelung widerspricht bereits im Ansatz dem Wesen des Persönlichen Budgets. Im Persönlichen Budget können grundsätzlich immer Leistungen des leistenden Trägers mit Leistungen anderer Träger, für die der leistende Träger nach § 6 nicht leistungsverpflichtet sein kann, zusammengeführt werden, um sie dann wie aus einer Hand auszuführen.

Der Änderungsvorschlag übernimmt auf der Grundlage des Selbstverständnisses des Persönlichen Budgets die bisher nur aus der Begründung des § 17 SGB IX ersichtliche Rechtslage in das Gesetz.

2. Vorschlag

In Absatz 4 Satz 3 wird hinter dem Wort "Pflegekassen" das Wort "allein" eingefügt.

Begründung:

Nach der Begründung sollen die Pflegekassen nur dann keine Zielvereinbarung schließen, wenn sie allein Leistungen des SGB XI erbringen. Nach der derzeitige Fassung haben sie generell keine Zielvereinbarung zu schließen und zwar auch dann nicht, wenn weitere Leistungsträger zu beteiligen sind.

23. § 34 - Sicherung der Beratung von Menschen mit Behinderung

Vorschlag:

In § 34 Absatz 2 werden hinter den Worten "Beratungsangebote nach § 32" die Worte "sowie die Beratungsstellen für Rehabilitation" eingefügt.

Begründung:

Die Neufassung der §§ 33 und 34 (bisher §§ 60,61 SGB IX) ist einerseits eine Folge des Wegfalls der Gemeinsamen Servicestellen und andererseits der Einführung einer "Ergänzenden" unabhängigen Teilhabeberatung in § 32.

Schon der Wortlaut "Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung" verdeutlicht, dass diese Beratung nicht die bisherigen Aufgaben der Gemeinsamen Servicestellen ersetzt. Bei den bisherigen Aufgaben der Gemeinsamen Servicestellen handelt es sich um originäre Aufgaben der Rehabilitationsträger, die diese in vollem Umfang weiterhin zu erbringen haben. Mit dem Wegfall der organisations-rechtlichen Verpflichtung, diese Aufgaben trägerübergreifend in einer gemeinsamen Organisationseinheit (Gemeinsame Servicestellen) durchzuführen, muss jeder Träger für sich die Wahrnehmung dieser Aufgaben im Rahmen seines Organisationsermessens neu gestalten (Entgegen der Begründung ergibt sich deshalb durch die Aufhebung der Regelungen über die Gemeinsamen Servicestellen auch kein finanziell signifikantes Einsparpotential).

Da die bisher in § 22 SGB IX verankerten und auch in Zukunft in einer anderen Organisationsform von den Trägern wahrzunehmenden (Beratungs-)Pflichten deutlich über die Inhalte der Beratung nach § 32 Abs. 2 hinaus gehen, müssen die in den §§ 33, 34 geregelten Pflichten der Gesundheits- und Sozialberufe neben dem Hinweis auf die Beratung nach § 32 auch den Hinweis auf die weitergehenden Beratungsangebote der Rehabilitationsträger umfassen.

Dies ist in § 33 so vorgesehen (sonstige Beratungsstellen für Rehabilitation) und sollte in § 34 Abs. 2 ebenso vorgesehen werden.

24. § 37 - Qualitätssicherung

Vorschlag

In Abs. 3 wird nach Satz 2 folgender Satz 3 eingefügt:

"Deren Anliegen wird bei der Ausgestaltung der Empfehlungen nach Möglichkeit Rechnung getragen."

Begründung:

Der wortgleiche bisherige § 21 Abs. 3 Satz 3 sichert den Beteiligten zu, dass ihren Anliegen Rechnung getragen werden soll und gibt damit den Stellungnahmen der Beteiligten ein entsprechendes Gewicht. Der Wegfall dieser Regelung im vorliegenden Entwurf bedeutet eine Schwächung der zu Beteiligten, insbesondere der Verbände behinderter Menschen. Der Vorschlag stellt die bisherige Rechtsstellung der Verbände wieder her.

Eine weitergehende Stärkung der Stellung der Verbände würde z.B. durch eine Regelung erreicht, nach der "den Anliegen Rechnung zu tragen ist, soweit keine Rechtsgründe entgegenstehen."

25. § 38 - Verträge mit Leistungserbringern

1.) Vorschlag:

In Absatz 1 wird nach Nr. 7 folgende Nummer 8 angefügt:

"die Entwicklung der Aus- und Fortbildung für Fachkräfte und Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Rehabilitationsdienste und -einrichtungen."

Begründung:

Mit dem Vorschlag werden die sich aus Art. 26 Abs. 2 UN-BRK ergebenden Anforderungen aufgegriffen und sozialrechtlich umgesetzt.

2.) Vorschlag

Absatz 3 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

"Die Rehabilitationsträger sollen über den Inhalt der Verträge Rahmenverträge mit den Arbeitsgemeinschaften der Rehabilitationsdienste und -einrichtungen vereinbaren, soweit dem keine Rechtshemmnisse entgegenstehen."

Begründung:

Bisher lehnen die Rehabilitationsträger trotz entsprechender Vorschläge der Leistungserbringer Rahmenverträge ab. Sie haben sich seit 15 Jahren nicht auch nicht auf gemeinsame Empfehlungen nach § 26 verständigt.

Der Vorschlag sieht zunächst die Beseitigung des einseitigen Ermessenspielraumes der Träger bzgl. der Art der Regelung (Rahmenverträge *oder* gemeinsame Empfehlungen) vor und stellt damit gleiche Rahmenbedingungen für Träger und Anbieter her. Mit Blick auf die bisherige Verweigerungshaltung der Rehabilitationsträger wird nunmehr zu Förderung einer einheitlichen Rechtsanwendung und Rehabilitations- bzw. Leistungspraxis die Vereinbarung von Rahmenverträgen gestärkt.

3.) Vorschlag

Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 eingefügt:

"Verträge mit fachlich nicht geeigneten oder nicht nach § 37 Abs. 3 zertifizierten Diensten oder Einrichtungen werden gekündigt."

Begründung:

Der bisherige § 21 Abs. 3 SGB IX sieht diese Kündigungspflicht vor. Sie dient der Sicherstellung, dass nur fachlich geeignete und zertifizierte Dienste und Einrichtungen in Anspruch genommen werden und die Zusammenarbeit beendet wird, wenn diese Voraussetzungen entfallen sind, weil auch im Zuge der Qualitätsanalyseverfahren nach § 37

Abs. 1 Satz 1 die gebotene Eignung nicht wieder hergestellt wurde. Zur Durchsetzung der gebotenen Qualität und Eignung ist diese Regelung auch weiterhin geboten.

4.) Vorschlag

Absatz 4 des Entwurfs wird zu Absatz 5.

26. - Schiedsstellen:

1. Vorschlag:

Nach § 38 wird folgender § 38a eingefügt:

"§ 38a Schiedsstellen

(1) Die Rehabilitationsträger (§ 6) gemeinsam und die für die Wahrnehmung der Interessen der Rehabilitationsdienste und -einrichtungen auf Landesebene maßgeblichen Verbände bilden miteinander für jedes Land und jeweils eine Leistungsgruppen im Sinne des § 5 Nr. 1, 2 und 4 eine Schiedsstelle. Diese entscheidet über Streitfragen, die sich aus der Durchführung der §§ 36 Abs. 2 Satz 2, 37 Abs. 3 und 38 ergeben

(2) Die Schiedsstellen bestehen aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern sowie aus Vertretern der jeweiligen Vertragsparteien nach § 2. Der Vorsitzende und die unparteiischen Mitglieder werden von den beteiligten Verbänden nach Absatz 1 gemeinsam bestellt. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie von den zuständigen Landesbehörden bestellt. Reicht jeweils eine Schiedsstelle für eine Leistungsgruppe nicht aus, können weitere Schiedsstellen eingerichtet werden.

(3) Die Mitglieder der Schiedsstelle führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Die Entscheidungen werden von der Mehrheit der Mitglieder getroffen. Ergibt sich keine Mehrheit, gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

(4) Die Rechtsaufsicht über die Schiedsstellen führt die zuständige Landesbehörde.

(5) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten zu bestimmen. Sie können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen."

2. Vorschlag:

§ 111b SGB V wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden die Worte "Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen" durch das Wort

"Vorsorgeeinrichtungen" ersetzt.

b) in Absatz 2 werden die Worte "§ 111 Abs. 5 Satz 1 oder im Falle ambulanter Rehabilitationseinrichtungen nach § 111c Absatz 3 Satz 1" durch die Worte "Absatz 1" ersetzt.

3. Vorschlag:

§ 130 entfällt.

Begründung:

Der Bedarf für die bisher nur im Leistungserbringungsrecht der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation der GKV eingerichteten Schiedsstellen (§ 111b SGB V) besteht auch für die Befriedung von Streitigkeiten zwischen Leistungserbringern und den Trägern der Teilhabeinrichtungen in allen Leistungsgruppen der Teilhabeleistungen nach § 5.

Deswegen wird vorgeschlagen, die Schiedsstelle nunmehr im trägerübergreifenden Recht des SGB IX, Teil 1, und nicht mehr in dem jeweils für die Träger geltenden spezifischen Recht zu verankern.

Gegenstand von Schiedsstellenverfahren sollen Auseinandersetzungen über die Vergütung (§ 26 Abs. 2 Satz 2), die Geeignetheit einer Einrichtung/Zertifizierung (§ 28 Abs. 1 Nr. 3 iVm § 37 sowie die Vereinbarung von Versorgungsverträgen (§ 38) sein.

Die Rechtsgrundlagen für die Entscheidungen in den Schiedsstellenverfahren finden sich für alle Teilhabeleistungen der Leistungsgruppen des § 5 einheitlich in den Teilen 1 und 2 des SGB IX und nicht in den für die Träger geltenden spezifischen Leistungsgesetzen.

Die vom Gesetzgeber angestrebte einheitliche Rechtsanwendung und Praxis des Teilhaberechts erfordert einheitliche Schiedsstellen.

Die spezifische Regelung in § 111b wird durch die hier vorgeschlagene Regelung ersetzt, § 111b als Schiedsstelle für die Vorsorgeleistungen entsprechend angepasst.

§ 130 wird ebenfalls mit dieser Regelung Gegenstandslos.

27. § 39 - Aufgaben (der BAR)

1.) Vorschlag:

In § 39 Abs. 2 wird in der Nummer 3 die Bezeichnung "§ 25" durch die Bezeichnung "§§ 26, 27" ersetzt.

Begründung:

Die Aufgaben der der BAR müssen- wie bisher zu den §§ 12, 13 SGB IX - auch weiterhin alle in den §§ 25, 26 genannten Sachverhalte der Zusammenarbeit umfassen (insbesondere die

zur einheitlichen Gestaltung des Teilhabeplanes und zur Zusammenarbeit bei der Erstellung des Teilhabeplanes - vergl. oben zu § 26)

2.) Vorschlag:

Nach § 39 Abs. 2 Nr. 4 wird folgende neue Nummer 5 eingefügt:

"5. Die Erarbeitung gemeinsamer Grundsätze zur Förderung der Aus- und Fortbildung für Fachkräfte und Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen."

Begründung:

Mit dem Vorschlag werden die sich aus Art. 26 Abs. 2 UN-BRK ergebenden Anforderungen aufgegriffen und sozialrechtlich umgesetzt.

4.) Vorschlag

Nach § 39 Absatz 2 wird hinter der (neuen) Nummer 5 folgende Nummer 6 angefügt:

"6. Die Entwicklung von Grundsätzen über die Förderung der Entwicklung der Aus- und Fortbildung für Fachkräfte und Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Rehabilitationseinrichtungen und -diensten."

Begründung

Diese Regelung dient der Umsetzung des Artikel 26 Abs. 2 UN-BRK. Dieser Vorschlag verpflichtet die Rehabilitationsträger, die Grundsätze dieser Förderung gemeinsam mit den Leistungserbringer-verbänden zu entwickeln. Soweit dies - z.B. für die Weiterbildung - auf der Basis der Versorgungsverträge über die Vergütung der Rehabilitationsleistungen finanziert werden kann, sieht ein Änderungsvorschlag zum Vertragsrecht (§ 38) entsprechende Vereinbarungen vor.

5.) Vorschlag

Nach der (neuen) Nummer 6 wird folgende Nummer 7 angefügt

" (7) Die Entwicklung von Grundsätzen über Gegenstand, Umfang und Höhe der Assistenzleistungen nach § 78"

Begründung:

Gegenstand, Umfang und Höhe der Assistenzleistung benötigen zur Gewährleistung einheitlicher Lebensverhältnisse behinderter Menschen und der einheitlichen Rechtsanwendung einer weiteren Konkretisierung, die gemeinsam den Rehabilitationsträgern im Rahmen der BAR übertragen wird. Der Gesetzgeber kann dies wegen der Vielschichtigkeit der Bedarfe im Einzelfall selbst nicht durch Gesetz regeln.

6.) Vorschlag

Nach der (neuen) Nummer 7 wird folgende Nummer 8 angefügt:

" 8 Die Entwicklung von Grundsätzen über Gegenstand, Umfang und Höhe der sonstigen

Leistungen zur Förderung der Mobilität und Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft nach § 83 Abs. 1 Nr. 3"

Begründung:

Siehe Begründung zur neuen Nummer 7 und zu dem Vorschlag zur Ergänzung des § 83 Abs. 1.

7.) Die nachfolgenden Ziffern 5 bis 9 werden zu Ziffern 9 bis 13.

8.) Vorschlag:

An § 39 wird folgender Absatz 2 angefügt:

"Die von den Rehabilitationsträgern nach §§ 25, 26 vereinbarten gemeinsamen Empfehlungen und die nach Absatz 2 Nummer 2, 3, 5 bis 8 erarbeiteten Grundsätze sind dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung vorzulegen. Es kann sie innerhalb von vier Wochen beanstanden oder mit Auflagen verbinden. Soweit keine Beanstandung erfolgt, werden die in Satz 1 genannten gemeinsamen Empfehlungen und Grundsätze für die in § 6 genannten Träger mit Ablauf der in Satz 2 genannten Frist wirksam."

Begründung:

Ein wesentliches Vollzugsproblem des SGB IX besteht darin, dass die Verbindlichkeit der im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation getroffenen Vereinbarungen von den Rehabilitationsträgern z.T. in Frage gestellt wird oder die Vereinbarungen aus anderen Gründen von den Rehabilitationsträgern in der Praxis nicht beachtet werden.

Der Gesetzgeber ermächtigt die Rehabilitationsträger und deren Selbstverwaltung sowohl nach §§ 25, 26, wie auch nach § 39 zur konkretisierenden Ausgestaltung der Bestimmungen dieses Gesetzbuches. Dabei handelt es sich durchweg um Konkretisierungen, die der Gesetzgeber mit Blick auf die Individualität und Vielfalt der Rechtsanwendung aus guten Gründen nicht selbst vornehmen kann.

Dennoch handelt es sich bei den im Rahmen der BAR zu vereinbarenden Empfehlungen und Grundsätzen um untergesetzliche Regelungen zur Durchführung des Bundesgesetzes.

Dieser Vorschlag bereinigt die bisherigen Zweifel an der Verbindlichkeit für die Träger. Die Regelung ist angelehnt an § 91 Abs. 6 und § 94 Abs. 1 SGB V.

28. § 42 - Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

1. Vorschlag

In Satz 1 Satz 1 Nummer 1 werden hinter den Worten "chronische Krankheiten" die Worte "und deren Folgen" eingefügt.

Begründung:

Mit der Neufassung des Absatz 3 Satz 1 ist das Wort "Krankheitsfolgen" entfallen. Dieses Wort stellt jedoch klar, dass die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation nicht

vorwiegend die Aufgaben haben, Krankheiten zu behandeln, sondern die Krankheitsfolgen, d.h., die Beeinträchtigung der Teilhabe. Das klarstellende Wort solle weiterhin in § 42 enthalten sein.

2. Vorschlag:

Nach § 42 Abs. 3 werden folgende Absätze 4 bis 6 angefügt:

"(4) Die in Absatz 2 und 3 genannten Leistungen und Leistungsbestandteile können sowohl als Bestandteil stationärer Leistungen zur medizinischen Rehabilitation als auch als nichtstationäre Einzelleistungen der medizinischen Rehabilitation ausgeführt werden. Als Bestandteil eines Persönlichen Budgets können sie mit anderen wegen der Behinderung erforderlichen Leistungen, insbesondere Beratungs- und Betreuungsleistungen, auch als Komplexleistung ausgeführt werden."

"(5) Die in Absatz 2 und 3 genannten Leistungen und Leistungsbestandteile werden über die in den für die Rehabilitationsträger jeweils geltenden Gesetzen verankerte Leistungsdauer hinaus in Einrichtungen oder durch Dienste nach Absatz 6 (*Alternativ: § 36*) ausgeführt, soweit und solange die Art und die besondere Schwere der Beeinträchtigung der Teilhabe dies erfordern und eine positive Prognose hinsichtlich der Erreichung von Teilhabezielen gestellt wird."

"(6) Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation sind Einrichtungen, die

- a) die in Absatz 2 und 3 genannten Leistungen und Leistungsbestandteile als stationäre Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung ausführen, um bei der als Folge von Krankheit oder Behinderung eingetretenen oder drohenden Beeinträchtigung der Teilhabe die in diesem Gesetz genannten Teilhabeziele zu erreichen und
- b) dazu fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, die Beeinträchtigungen der Teilhabe der Berechtigten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Bewältigungskräfte zu helfen.

Die in Satz 1 Buchstabe b genannten Leistungen der medizinischen Rehabilitation werden nicht stationär durch Rehabilitationsdienste ausgeführt."

Begründung:

Die drei vorgeschlagenen Absätze enthalten kein neues Leistungsrecht, sondern stellen im Interesse der Berechtigten lediglich die schon nach geltendem Leistungsrecht bestehenden Möglichkeiten der Rehabilitationsträger zur Gestaltung von Leistungen klar. Damit werden insbesondere in der Regel schwer oder besonders schwer behinderte Menschen unterstützt,

denen wegen der uneinheitlichen Praxis der Rehabilitationsträger bisher z.Tl. zustehende Leistungen versagt bleiben.

Absatz 4 greift Vorschläge der Deutschen Vereinigung zur Rehabilitation (DVfR) zur Beseitigung von Defiziten der medizinischen Rehabilitation, insbesondere im Bereich der Heil- und Hilfsmittel auf, die zur Förderung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft erforderlich sind. Bisher verweigern sich die Krankenkassen der Ausführung von bestimmten Leistungen nach Absatz 2 bzw. Leistungsbestand-teilen nach Absatz 3 als Einzelleistungen der medizinischen Rehabilitation, obwohl der auch im Bereich der GKV uneingeschränkt geltende § 42 (bisher 26) die Unterscheidung zwischen ambulanten und stationären Rehabilitationsleistungen ausdrücklich nicht vorsieht.

Siehe auch Begründung des Vorschlags zu § 102 Abs. 2 Satz 2, der sich mit dem gleichen Problem befasst .

Absatz 5 beruht auf Vorschlägen der Deutschen Vereinigung zur Rehabilitation (DVfR) für die Phase E der neurologischen Rehabilitation bzw. der Deutschen Wachkoma Gesellschaft für Wachkomapatienten, die in Pflegeeinrichtungen der Phase F in der Regel keinen Zugang zu Leistungen zur Förderung der Teilhabe mehr haben, obwohl nach neusten Erkenntnissen der Medizinwissenschaften im Bereich der Neurologie durchaus noch eine Förderung der Teilhabe möglich ist (zur weiteren Begründung der Absätze 4 und 5 wird auf die Vorschläge der genannten Verbände verwiesen).

Absatz 6 vervollständigt das übergreifende Recht der medizinischen Rehabilitation um eine am Ziel der Förderung der Teilhabe und Selbstbestimmung orientierte Definition der Rehabilitationsdienste und -einrichtungen, die bisher - allerdings nicht auf die Teilhabe orientiert - allein in § 107 Abs. 2 SGB V verankert ist, der durch diesen Vorschlag entfallen kann.

29. § 43 Krankenbehandlung und Rehabilitation

Vorschlag:

§ 43 wird wie folgt gefasst:

"Die in § 42 Abs. 1 genannten Ziele sowie die §§ 12 Abs. 1, 13 Abs.2 und 17 Abs. 1 (Anmerkung;: *in der mit dieser Bewertung vorgeschlagenen Fassung, ansonsten nur §§ 12 Abs. 1 und 13 Abs. 2*) gelten auch bei Leistungen der Krankenbehandlung."

Begründung:

Der bisherige § 27 regelte die Geltung der Teilhabeziele der medizinischen Rehabilitation (§ 26 Abs. 1) und die individuelle funktionsbezogene, d.h., an der ICF-orientierte Bedarfsfeststellung (§ 10) auch bei Leistungen der Krankenbehandlung nach allen Sozialgesetzbüchern (SGB V; VII usw.).

Die Bezugnahme des Referentenentwurfs auf § 42 Abs. 1 entspricht bzgl. der Orientierung auf Teilhabeziele § 26 Abs. 1 -alt.

Die Bezugnahme auf § 12 Abs. 1 und 3 bzw. 19 entspricht aber nicht der bisher in § 10-alt enthaltenen Bezugnahme. Der dort auf die ICF-orientierte Bedarfsfeststellung bezogen Wortlaut findet sich jetzt in § 13 Abs. 2 (Instrumente) und hinsichtlich der Begutachtung in § 17.

Auch für die Zukunft ist entscheidend, dass die Bedarfsfeststellung für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Bereich der GKV an der ICF orientiert wird und nicht 118 Krankenkassen jeweils eigene Bedarfsfeststellungsverfahren bzw. der MDK abweichende Begutachtungsverfahren ohne hinreichende Orientierung auf die Beeinträchtigung der Teilhabe gestalten.

Die Anwendung der Teilhabeplanvorschrift des § 19 während der Krankenbehandlung ist praxisfremd. Dies muss Aufgabe des nach § 14 leistenden Rehabilitationsträgers sein, dem zu diesem Zeitpunkt nicht einmal ein Antrag vorliegt. Deswegen ist die Bezeichnung "§ 19" ersatzlos zu streichen..

Die ergänzende Aufnahme des § 12 mit den Hinwirkungspflichten ist nicht schädlich. Wenn der Teil 1 nach § 7 Satz 1 weiterhin übergreifendes Recht darstellt, gilt diese Regelung ohnehin schon unmittelbar.

30. § 46 - Früherkennung und Frühförderung

1. Vorschlag:

In § 46 Absatz 2 wird der Punkt am Ende des ersten Satzes durch ein Komma ersetzt und folgender Halbsatz angefügt

"die die Anforderungen nach Absatz 2 und Absatz 4 sowie der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung erfüllen."

Begründung:

Die Leistungen der durch Landesrecht zugelassene andere Leistungserbringer müssen die die gleichen Qualitäts- und Wirksamkeitsanforderungen erfüllen, wie die in Absatz 1 genannten Leistungsanbieter. Eltern behinderter Kinder dürfen nicht in die Lage gebracht werden, vor Inanspruchnahme einer zugelassenen Einrichtung erst noch die Qualität und Wirksamkeit des Angebotes erforschen zu müssen.

2. Vorschlag:

In Absatz 4 wird nach dem Wort "Landesrahmenvereinbarungen" eingefügt "im Sinne von § 26 Abs. 2"

Begründung:

Bisher ist bei der Durchführung des § 46 teilweise unklar, dass es sich bei den "Landesrahmenvereinbarungen" um untergesetzliche Regelungen zum SGB IX handelt, die den Charakter einer gemeinsamen Empfehlung nach § 26 Abs. 3 auf Landesebene (§ 26 Abs.

9) haben, da das SGB IX neben dem Erlass von Rechtsverordnungen als untergesetzliche Regelungen nur die gemeinsamen Empfehlungen kennt.

31. § 47 - Hilfsmittel

Vorschlag:

In § 47 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 werden die Worte "das Hilfsmittel auch nutzen wollen und" gestrichen.

Begründung:

Dass die behinderten Menschen das Hilfsmittel auch nutzen wollen ergibt sich inzident aus der Antragstellung und bedarf keiner zusätzlichen Leistungsvoraussetzung.

32. § 49 - Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Vorschlag:

Die einleitenden Worte werden in den nachfolgend genannten Bestimmungen des § 49 wie folgt ersetzt:

In Absatz 3 Nr. 2 das Wort "eine" durch das Wort "die"

In Absatz 8 Nr. 1 das Wort "eine" durch das Wort "die"

In Absatz (Nr. 2 das Wort "einen" durch das Wort "den".

Begründung:

Die zur Änderung vorgeschlagenen Worte könnten als Zahlwort mit der Folge missverstanden werden, dass jeweils maximal nur eine dieser Leistungen im Laufe des Berufslebens erbracht werden darf.

33. § 57 - Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich

Vorschlag:

§ 57 Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

"Die Leistungen im Eingangsverfahren werden - unbeachtlich des § 216 Abs. 2 Satz 1 - für drei Monate erbracht."

Begründung:

Der Vorschlag öffnet für eine begrenzte Zahl von Fällen auch die Erprobung im Berufsbildungsbereich, obwohl zunächst keine positive Leistungsprognose gestellt werden kann.

Nach dem Wortlaut des § 57 Abs. 1 setzen Leistungen im Berufsbildungsbereich eine positive Prognose voraus, dass der Berechtigte nach der Teilnahme an den Leistungen in der Lage ist, wenigstens ein Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistungen zu erbringen.

Eine sichere Prognose, ob eine solche Leistungsfähigkeit erreichbar erscheint, ist in der Regel jedoch erst nach Teilnahme an Leistungen im Eingangsverfahren bzw. im Berufsbildungsbereich möglich.

Die Vorabprognose versagt bestimmten Gruppen behinderter Menschen den Zugang zu diesen Leistungen, obwohl sich nach der Teilnahme an den Leistungen das geforderte Mindestmaß an Leistungsfähigkeit dargestellt hätte.

Mit der vorgeschlagenen Änderung wird die Teilnahme behinderter Menschen an den Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich auch dann eröffnet, wenn zunächst keine positive Prognose gestellt werden kann. Damit wird eine Teilnahme im Sinne einer vertieften, praxisorientierten Prognoseklärung (Bedarfsfeststellung) ermöglicht.

Da nur eine Ausnahme von § 216 Abs. 2 Satz 1 zugelassen wird, bestehen die in § 216 Abs. 2 Satz 2 genannten Beschränkungen fort (Selbst- oder Fremdgefährdung; Betreuung oder Pflege).

Letztlich kann die Leistung nach Absatz 2 Satz 2 verkürzt werden, wenn sich schon früh herausstellen sollte, dass sich eine positive Leistungsprognose nicht einstellen wird.

34. § 60 - Andere Leistungsanbieter

1.) Vorschlag:

In § 60 Absatz 1 wird am Satzende der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„,soweit dieser mit einem Rehabilitationsträger einen Vertrag nach § 38 zur Leistungserbringung eingegangen ist.“

Begründung:

1. Zu Absatz 1

Die Eröffnung von Alternativen zur Werkstatt für behinderte Menschen ist zu begrüßen, muss allerdings hinsichtlich des damit entstehenden Wettbewerbs gleichen Bedingungen, insbesondere hinsichtlich der Qualität und Wirksamkeit der Leistungsausführung unterworfen werden (Nach § 4 Abs. 2 Satz 1 sind Teilhabeleistungen an die (wirksame) Erreichung von Teilhabezielen gebunden).

§ 38 regelt das für alle Rehabilitationsträger und Anbieter von Teilhabeleistungen geltende Leistungserbringungsrecht durch Versorgungsverträge, die ausdrücklich die Anforderungen an die Qualität und Wirksamkeit der Leistungsausführung enthalten. Die Übernahme der Verpflichtung, mit dem anderen Leistungsanbieter einen Versorgungsvertrag einzugehen, bietet dem Rehabilitationsträger die erforderlich, aber auch geeignete Grundlage, auch bei der Ausführung der Leistung durch andere Leistungsanbieter die wirksame Erreichbarkeit von Teilhabezielen durch geeignete Qualitätsmerkmale sicher zu stellen.

Das Zulassungsverfahren der Bundesagentur nach §§ 178, 181 SGB III, das nach Abs. 1 Nr. 2 nicht anzuwenden sein soll, ist durch die vorgeschlagene Ergänzung nicht berührt.

Eine Abweichung von dem für alle Leistungsanbieter einheitlichen Leistungserbringungsrecht müsste ausdrücklich geregelt werden. Dafür sind aber keine Gründe ersichtlich, weil das im gesamten Sozialrecht übliche Versorgungsvertragsverfahren wesentlich weniger aufwändig ist, als das förmliche Zulassungsverfahren nach dem SGB III und damit den in der Begründung angesprochenen Zielen nicht entgegensteht.

§ 38 SGB IX verfolgt im Übrigen ohnehin das Ziel, dass die hiernach mit einem Rehabilitationsträger abgeschlossenen Versorgungsverträge bei gleichem Regelungssachverhalt auf dem Hintergrund eines trägerübergreifend einheitlichen Teilhaberechts für alle übrigen Rehabilitationsträger wirken und keine weiteren Verträge mit anderen Rehabilitationsträgern mehr eingegangen werden müssen.

2.) Vorschlag

In § 60 Abs. 2 Nr. 3 wird das Komma am Satzende durch ein Semikolon ersetzt und folgender Satz angefügt:

";soweit darüber hinaus weitere Leistungen erforderlich sind, unterstützt der andere Leistungsanbieter den Berechtigten bei der Inanspruchnahme und Koordination der Leistungen."

Begründung:

Die Regelung der Nummer 3 ist nachvollziehbar, bedarf aber einer Verpflichtung zur Vernetzung mit den übrigen Leistungsangeboten. Der Berechtigte darf bei der Koordination mehrere Leistungsteile nicht auf sich alleine gestellt bleiben oder auf Beratungsstellen angewiesen sein.

3.) Vorschlag

In § 60 Abs. 1 Nr. 4 wird folgender Satz 2 angefügt:

"Eine Beendigung des Leistungsverhältnisses ist mit Zustimmung des Rehabilitationsträgers zulässig, wenn die Anschlussversorgung gesichert ist."

Begründung:

Die Entwurfsfassung der Ziffer 4 lässt es zu, dass sich ein Leistungsanbieter trotz fortbestehenden Leistungsbedarfs und Leistungsvoraussetzungen -ohne weiteres - von dem Leistungsberechtigten trennen könnte und dieser dann zunächst ohne jede Versorgung bleibt. Deshalb sollte die Trennung - wenn überhaupt - nur zulässig sein, wenn die Anschlussleistung nahtlos gesichert ist.

4.) Vorschlag:

In § 60 wird der Absatz 3 gestrichen.

Begründung:

Bereits § 17 Abs. 1 Nr. 1 SGB I verpflichtet die Leistungsträger, darauf hinzuwirken, dass jeder Berechtigte die ihm zustehende Sozialleistung in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhält.

§ 36 Abs. 1 verpflichtet die Rehabilitationsträger nicht nur dazu, Menschen mit Behinderungen einen anderen Leistungsanbieter "nachzuweisen" (so die Begründung statt "ermöglichen" im Text), sondern darauf hinzuwirken, dass die erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen fachlich und regional in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen. Dies korrespondiert mit der Organisationsverpflichtung des Art. 26 Abs. 2 Satz 2 UN-BRK.

Absatz 3 ist mit diesen Regelungen nicht zu vereinbaren und daher zu streichen.

Siehe auch die mit dieser Regelung korrespondierende, ebenfalls abzulehnende Begründung zu § 94, letzter Absatz.

35. § 61- Budget für Arbeit

Das Budget für Arbeit sollte auch für diejenigen behinderten Menschen ermöglicht werden, die wegen ihrer Beeinträchtigung nicht in der Lage sind, mindestens drei Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig zu sein. Erst dann ist es nicht nur eine echte Alternative zur Werkstatt, sondern erweitert auch den Personenkreis, für den i.S.v. Art. 27 UN-BRK das Recht auf Arbeit verwirklicht werden kann.

Die beabsichtigte Regelung ist zu stark an arbeitsmarktfremden Überlegungen der Sozialhilfe orientiert. Sie orientiert sich sehr an der niedersächsischen Regelung, die praktisch nur geringe Förderzahlen erreichte. Deutlich wirksamer wäre demgegenüber die in Hamburg eingesetzte Regelung..

Die Jugendhilfe wäre sogar negativ betroffen. Gerade für Jugendliche - die nach der Begründung von dieser Regelung profitieren sollen - wäre eine arbeitsmarktgemäße Förderung notwendig, zumal der in Frage kommende Arbeitsmarktsektor in den nächsten Jahren einem deutlich steigenden Nachfragedruck unterliegt.

Nach **Absatz 2** bemisst sich der Lohnkostenzuschuss abweichend vom Arbeitsentwurf zwar nicht mehr an den dem Werkstattträger zustehenden Aufwendungen. Nunmehr sollen 75 v.H. des vom *Arbeitgeber regelmäßig gezahlten Arbeitsentgeltes* höchstens aber 40 v.H. der Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV (2016 = 1.162 EUR) gezahlt werden. Dieser Betrag ist allerdings in der Regel nicht Höher als die dem Kostenträger bei einer Beschäftigung in der Werkstatt entstandenen Kosten.

Vorschlag: Alternative

Ein echtes Anreizsystem für die Beschäftigung der Budgetberechtigten im ersten Arbeitsmarkt würde für Arbeitgeber und den behinderten Menschen erreicht, wenn

- der ortsübliche Tariflohn zu Grunde gelegt würde,
- der über mehre zeitliche Stufen (Praktikum/Anlernung/Beschäftigung mit Leistungsminderung)für den Arbeitgeber in diesen Phasen des Beschäftigungsver-

hältnisses durch unterschiedlich hohe, sich im Laufe der Zeit entsprechend dem wachsenden Leistungsvermögen absenkende Lohnkostenzuschüsse verbilligt würde. Da bei dieser Form der Förderung vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer die vollen Steuer- und Sozialversicherungsabgaben entrichtet würden, würde sich der Aufwand der Träger bzw. des Staates über den entsprechenden social return of work erheblich verbilligen.. Auch die Zuschüsse des Bundes für die Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung könnten vollständig entfallen.

Absatz 2 Satz 4:

Vorschlag:

Satz 4 wird gestrichen.

Begründung:

Der neue Absatz 2 Satz 4 sieht abweichende Regelungen nach Landesrecht vor. Die zulässige Abweichung erfasst nur den Prozentsatz, nicht die Bezugsgröße an sich. Danach könnte Landesrecht nur einen abweichenden Prozentsatz der Bezugsgröße regeln. Diese Öffnung entspricht der Forderung bestimmter Länder nach föderaler Ausgestaltung des Leistungsrechts und den Forderungen des Finanzministeriums. Mit Blick auf die Kostendebatte ist kaum anzunehmen, dass dann höhere Prozentsätze zur Anwendung gelangen. Niedrigere Prozentsätze reduzieren aber die Anreize für den Arbeitgeber, behinderte Menschen zu beschäftigen und sind deshalb im Sinne der Inklusion kontraproduktiv.

Im Sinne der UN-BRK ist die sich abzeichnende Ungleichbehandlung behinderter Menschen mit der Wirkung unterschiedlicher Lebensbedingungen und Inklusionschancen nicht zu rechtfertigen.

Zu **Absatz 5** ist anzumerken, dass zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 49 Abs. 3 Nr. 1 SGB IX auch die Hilfen zur Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung zählen.

Abgesehen davon, dass der Wortlaut des Absatzes 5 (zu ermöglichen) von dem der Begründung (zur Verfügung stellen) abweicht, trifft beides das Problem nicht. Das Budget für Arbeit zielt in Absatz 1 gerade darauf ab, eine Beschäftigung bei einem Arbeitgeber "zu ermöglichen", weil es diese Beschäftigung ohne die Leistungen des Budgets im Zweifel nicht geben würde. Die Durchführung eines Budgets für Arbeit wird deshalb häufig davon abhängig sein, dass die Leistung "Erlangung eines Arbeitsplatzes" (§ 49 Abs. 3 Nr. 1 SGB IX) erfolgreich ist und es auf diesem Hintergrund erst möglich wird, ein Budget für Arbeit zu gestalten. Absatz 5 kollidiert mit dem Recht aus § 49 Abs. 3 Nr. 1 und sollte ersatzlos gestrichen werden.

36. § 65 Leistungen zum Lebensunterhalt

Da die Bestimmungen alle Leistungen zum Lebensunterhalt auflistet, die Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe nach den Sozialgesetzbüchern erhalten können, sollten ein Absatz 8 angefügt werden, der klarstellt, dass die Rehabilitanden der Träger der Sozialhilfe ggfls. Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII erhalten.

37. § 68 - Berechnungsgrundlage in Sonderfällen

1.) Vorschlag:

§ 68 Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

"Dabei ist zugrunde zu legen für Beschäftigungen, die

1. eine.....
2. einen.....erfordern.....
3. eine.....
- 4.keine.....

Begründung:

Damit wird vorgeschlagen, wieder die Fassung des Arbeitsentwurfs - Stand 18.1.2015 - herzustellen. Nach dieser Fassung war die Zuordnung zu einer Qualifikationsgruppe daran orientiert, ob "die Beschäftigung" eine der in den Nummern 1 bis 3 genannten Qualifikationen erfordert. Der Referentenentwurf stellt die Zuordnung nunmehr darauf ab, ob "der Berechtigte" diese Qualifikation auch tatsächlich erworben hat und belegen kann. Das entspricht weder der Lebenswirklichkeit noch dem Tarifvertragsrecht. Nicht nur im Öffentlichen Dienst ist die Höhe des Entgelts nicht zwingend an den Nachweis einer formalen Qualifikation wie z.B. eine Hoch- und Fachschulausbildung gebunden, sondern davon abhängig, dass eine Tätigkeit, die an sich den entsprechenden Abschluss erfordert, tatsächlich übertragen und ausgeübt wird, weil der Berechtigte z.B. über gleichwertige langjährige Erfahrung verfügt.

Die Fassung des Referentenentwurf würde z.B. Berechtigte, denen eine Tätigkeit mit der in Nr. 1 genannten Qualifikationsanforderung auch ohne den entsprechenden formalen Abschluss übertragen ist, auch im Verhältnis zu ihren tatsächlich erzielten Entgelten deutlich schlechter stellen, wenn sie nur einen geringeren oder gar keinen Abschluss erworben haben, tatsächlich aber die höherwertige Tätigkeit schon seit Jahren ausüben.

2.) Vorschlag:

In Absatz 2 Satz 3 sollten nach dem Wort Bezugsgröße die Worte "nach § 18 Abs. 1 SGB IV" eingefügt werden.

Begründung:

Dass es sich um die Bezugsgröße nach § 18 SGB IV handelt, ergibt sich bisher nur aus der Begründung, nicht aber aus dem Gesetzestext.

38. § 75 - Leistungen zur Teilhabe an Bildung

1.) Vorschlag

§ 75 Abs. 1 erhält folgende Fassung:

"Zur Teilhabe an Bildung werden die nach dem Teilhabeplan gem. § 19 erforderlichen Leistungen erbracht, um das Recht auf Bildung von Menschen mit Behinderungen ohne Benachteiligungen und auf der Grundlage von Chancengleichheit zu verwirklichen"

Begründung:

Mit dem Vorschlag wird die Fassung des Arbeitsentwurfs wieder hergestellt. Dies entspricht jedenfalls eher den Anforderungen nach Artikel 24 Abs. 1 UN-BRK als die abgeschwächte Formulierung des Referentenentwurfs, nach der nur noch erforderliche *unterstützende* Leistungen, d.h., im Kern nicht einmal mehr Bildungsleistungen selbst, erbracht, *damit Menschen mit Behinderungen Bildungsangebote gleichberechtigt wahrnehmen können*. Das bleibt weit hinter den Anforderungen von Art. 24 UN-BRK zurück.

2.) Vorschlag:

§ 75 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

" Die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nummer 2 bis 4 erbringen diese Leistungen zur Teilhabe an Bildung nach dem Kapitel 10 sowie den für sie geltenden Leistungsgesetzen, soweit diese weitergehende Regelungen enthalten".

Begründung:

Die Regelung des Entwurfs geht von unterschiedlichem Leistungsrecht der verschiedenen Träger von Leistungen zur Teilhabe aus. Die für die Träger zur Teilhabe am Arbeitsleben geltenden spezifischen Gesetze verweisen hinsichtlich Leistungsgegenstand und Leistungsumfang einheitlich auf die Bestimmungen des 10. Kapitels (bisher Kapitel 5) des Teils 1. Daneben bestehen entweder keine oder nur geringfügige Abweichungen (insbesondere in der GUV, der das SGB VII weitergehende Ermessensentscheidungen einräumt).

Bereits an andere Stelle wurde dargestellt, dass alle Träger von Leistungen zur Teilhabe im Rahmen der Bestimmungen des 10. (bisher 5.) Kapitels Leistungen zur Bildung erbracht haben und dies auch in Zukunft tun können müssen.

Eine besondere Erwähnung trägerspezifischer Leistungsvoraussetzungen bedarf es in § 75 Satz 2 nicht, weil schon nach § 7 Satz 2 insoweit immer das trägerspezifische Recht Anwendung findet.

39. § 76 - Leistungen zur sozialen Teilhabe

1.) Vorschlag

§ 76 Abs. 1 wird nach den Worten "in der Gemeinschaft" wie folgt gefasst:

" zu sichern, ermöglichen oder zu erleichtern....."

Begründung:

Mit dem Entwurf würde die bisherige Zielsetzung, die Teilhabe zu "sichern", aufgegeben. Damit entfällt der auf § 4 Abs. 1 Nr. 1 "ihre Verschlimmerung zu verhüten" bezogene - sekundärpräventive - Leistungstatbestand, was im Einzelfall zur Ablehnung von Leistungen führen kann, wenn die Teilhabe nur zu sichern ist, nicht aber ermöglicht oder erleichtert werden kann.

2.) Vorschlag:

§ 76 Abs. 2 wird wie folgt ergänzt:

"9. Leistungen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben

10. Nachgehende Hilfen zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen und zur Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben."

Begründung:

Die als **Nummer 9** vorgeschlagene Leistung war bisher als §§ 55 Abs. 2 Nr.7, 58 Gegenstand der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Nach der Begründung sollen die bisherigen Leistungen des § 58 -alt insbesondere der Assistenzleistung, vor Allem aber dem Lebensunterhalt zuzuordnen sein. Dies trifft jedoch nicht zu:

a) Die bisherige "Bereitstellung von Hilfsmitteln, die der Unterrichtung über das Zeitgeschehen oder über kulturelle Ereignisse dienen" (§ 58 Nr. 3-alt) hat weder etwas mit Assistenz noch mit Lebensunterhalt zu tun und ist auch durch künftig durch § 84-neu (Hilfsmittel) nicht erfasst. Mit dem Wegfall dieser Leistung wird für viele Betroffene die Teilhabe erheblich eingeschränkt.

b) Die Hilfe zum Besuch von Veranstaltungen oder Einrichtungen, die der Geselligkeit, der Unterhaltung oder kulturellen Zwecken dienen (§ 58 Nr. 2), umfasste bisher sowohl die Erreichbarkeit einer Veranstaltung, wie auch die Voraussetzungen für den Zugang zu einer Veranstaltung, wozu letztlich auch als materielle Hilfe die Erstattung der Kosten der Eintrittskarte. Die Assistenzleistungen können nur die personale Unterstützung abdecken, nicht jedoch die Sachleistungsanteile. Dass die mit der Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben verbundenen Transportkosten künftig durch § 83 Abs. 1 Nr. 1 - neu erfasst sind, kann weder der Regelung selbst, noch der Begründung dazu entnommen werden. Der Hinweis auf die Hilfe zum Lebensunterhalt trägt ebenfalls nicht, weil - unabhängig von der Assistenz bzw. der Beförderung - die Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben für behinderte Menschen in der Regel mit behinderungsbedingtem Mehraufwand verbunden ist, der nicht Bestandteil der Regelsätze der Hilfe zum Lebensunterhalt ist. Dieser Mehrbedarf wird von keiner der weiterentwickelten Mehrbedarfsbestimmungen in Artikel 11 (Änderung des SGB XII) des Entwurfs gedeckt.

Zum Wegfall der als **Nummer 10** vorgeschlagenen Leistung geht die Begründung auf Seite 270 des Entwurfs davon aus, dass für diese Leistungen keine Notwendigkeit bestünde, weil sie ausschließlich dazu dienen, die Wirksamkeit der zuvor erbrachten Leistung zu sichern.

Dies Ziel werde jetzt durch den Gesamtplan und die damit verbundene Steuerung, Wirkungskontrolle und Dokumentation erreicht.

Die Stellungnahme der Fachverbände vom 27.11.2015 verdeutlicht, dass es keinesfalls um die Wirksamkeit erbrachter Leistungen geht, sondern dass die jetzt wegfallenden Hilfen Voraussetzung dafür sind, dass die Leistungen überhaupt wirksam ausgeführt werden können.

Der Wegfall dieser Leistung stellt die wirksame Ausführung u.a. der Leistungen zur Gesundheitsversorgung bei deren wirksamen Durchführung behinderte Menschen auf die unterstützenden begleitenden Hilfen angewiesen sind, und damit auch die Wirksamkeit der Gesundheitsleistungen selbst in Frage.

40. § 78 - Assistenzleistungen

1.) Vorschlag:

In § 78 Abs. 1 Satz 2 werden die Worte "auf der Grundlage des Teilhabeplanes" gestrichen.

Begründung:

Nach dem neuen Satz 2 wird das Recht des Berechtigten zur selbständigen Gestaltung über Art, Ablauf, Ort und Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Assistenzleistung an den Inhalt des Teilhabeplanes nach § 19 gebunden. Das gewährt den Rehabilitationsträgern einen Einfluss auf die Leistungsausführung und schränkt damit das Selbstbestimmungsrecht der Berechtigten erheblich ein. Einer solchen Bindung der Leistungsausführung bedarf es nicht. Gegenstand und Umfang der Leistung sind demgegenüber an den Bedarf und den Teilhabeplan gebunden. (vergl. nachfolgenden 3. Vorschlag).

2.) Vorschlag:

In § 78 Absatz 1 Satz 3 Nr. 1 werden nach dem Wort "Leistungsberechtigten" die Wörter eingefügt "einschließlich sportlicher und kultureller Aktivitäten".

Begründung:

Die Teilhabe an sportlichen und kulturellen Aktivitäten muss mit Unterstützung von Assistenz für alle behinderten Menschen möglich sein und darf nicht daran gebunden werden, dass es sich um eine Fachkraft-Assistenz handelt. Mit dieser Bindung in Absatz 2, letzter Halbsatz werden viele Menschen mit Assistenz nach Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 von sportlichen und kulturellen Aktivitäten ausgegrenzt.

3.) Vorschlag:

Nach § 78 Abs. 3 wird folgender Absatz 4 eingefügt:

"(4) Leistungen für Assistenz werden nach Maßgabe des individuell festgestellten Bedarfs als Geldleistung ausgeführt, bei laufenden Leistungen monatlich. Die Assistenzleistungen werden auf der Grundlage der nach Kapitel 4 getroffenen Feststellungen so bemessen, dass der individuelle Bedarf gedeckt wird. Auf Wunsch der Leistungsberechtigten können diese

Leistungen mit anderen mit der Assistenzleistung verbundenen Leistungen als pauschale Geldleistungen erbracht werden."

Begründung:

Die Entwurfsfassung enthält bisher keinerlei Regelung über Gegenstand und Umfang der Assistenzleistung.

Aus der Differenzierung zwischen "einfacher Assistenz" (Abs. 1 Satz 1 Nr. 1) und "qualifizierter/begleitender Assistenz" durch Fachkräfte (Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 iVm Absatz 2) leiten sich unterschiedliche Leistungsinhalte mit unterschiedlichem Kostenaufwand ab, wobei Absatz 5 darauf hindeutet, dass die "einfache Assistenz" eher als ehrenamtliche Leistung im Rahmen der Nachbarschafts- und Familienhilfegesehen wird, für die es eine "angemessene Aufwandsentschädigung" geben soll.

Im neuen Teil 2 des SGB IX wird für die Sozialhilfe/Eingliederungshilfe in § 115 Abs. 1 vorgesehen, dass die qualifizierte Assistenz mit Zustimmung des Berechtigten als pauschale Geldleistung (mit Zustimmung des Berechtigten) erbracht werden soll. Für den Fall der Nichtzustimmung ist gar keine Regelung vorgesehen, was darauf hindeutet, dass diese Berechtigten die gleiche pauschale Geldleistung erhalten sollen, die von den zuständigen obersten Landesbehörden der Höhe nach geregelt werden soll, was im Ergebnis zu bis zu 16fach unterschiedlichen Lebensverhältnissen führen dürfte.

Für Assistenzleistungen durch andere Träger von Teilhabeleistungen enthält der Entwurf bisher keine Regelung über Gegenstand und Umfang der Leistung.

Dieser Vorschlag schließt diese Lücke und bemisst Leistungsinhalt und -höhe so, dass damit der nach Kapitel 4 festgestellte individuelle Bedarf gedeckt werden kann. Es handelt sich um eine Geldleistung, die auf Wunsch des Berechtigten mit anderen Leistungen im Zusammenhang mit der Assistenz stehenden Leistungen (z.B. Beförderungskosten) verbunden und als pauschale Komplexleistung/Geldleistung ausgeführt werden kann.

Im Übrigen wird den Rehabilitationsträgern durch eine entsprechende Ergänzung des § 39 die Aufgabe übertragen, das Nähere über Gegenstand und Umfang der Leistungen im Rahmen der BAR durch eine gemeinsame Empfehlung zu regeln.

41. § 83 - Leistungen zur Mobilität

Vorschlag:

§ 83 Absatz 1 wird um folgende Nummer 3 ergänzt

"3. Sonstige Leistungen die die Mobilität behinderter Menschen und deren Teilhabe am Leben in der Gesellschaft fördern"

Begründung:

Das Recht auf Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben (Art. 29 UN-BRK) und zur Teilhabe am kulturellen Leben sowie an Erholung, Freizeit und Sport (Art. 30 UN-BRK) erfordert neben der notwendigen Assistenz Mobilitätshilfen, die über die Leistungen zur

Beförderung oder die Kraftfahrzeughilfe in Absatz 1 Nr. 1 und 3 hinausgehen und auch durch die Hilfsmittel nach § 84 nicht erfasst sind.

Die Umsetzung der Anforderungen der UN-BRK erfordert dazu einen offenen, zukunftsfesten Leistungstatbestand, der gerade in diesen Bereichen stattfindenden dynamischen Entwicklung unterstützender Geräte und Technologien Rechnung trägt (Art 26 Abs. 3 UN-BRK).

Die konkrete Ausgestaltung dieser Regelung kann den Rehabilitationsträgern in gemeinsamen Empfehlungen nach § 39 übertragen werden - s. entsprechenden Vorschlag bei § 39 (bei ggfls. Ersatzvornahme durch Rechtsverordnung nach § 27).

42. § 84 - Hilfsmittel

Vorschlag:

In § 84 Abs. 1 wird der Satz 2 gestrichen und durch folgenden Satz 2 ersetzt:

"Hierzu gehören insbesondere Hilfsmittel zur Mobilität, Kommunikation, Information und Freizeitgestaltung, die durch die ISO 9999 klassifiziert sind."

Begründung:

Das bisherige Recht des § 55 Abs. 2 Nr. 1 stellte durch den Hinweis auf die §§ 31, 33 SGB IX bereits klar, dass mit dieser Regelung nicht Hilfsmittel zur medizinischen Rehabilitation bzw. zur Teilhabe am Arbeitsleben, sondern darüber hinaus erforderliche Hilfsmittel erfasst werden. Dem entspricht die Begründung zu § 84, allerdings ohne entsprechende Klarstellung im Gesetzestext.

Der bisherige Wortlaut war aber dahingehend eindeutig, dass alle darüber hinaus erforderlichen Hilfsmittel zur Förderung der Teilhabe gehören können, was auch den Zugang zu allen nach der ISO 9999 klassifizierten Hilfsmitteln erschließt, die auch im europäischen Raum anerkannt sind.

Das soll sich nach der Begründung jetzt aus dem im Gesetzestext "genannten Beispielfall" (Computer für Menschen mit einer Sehbehinderung) ergeben.

Gerade in diesem Bereich besteht mit Blick auf die großen Probleme, die behinderte Menschen bei der Erlangung von die Teilhabe fördernden Hilfsmitteln haben, ein Bedarf an Klarstellung. Die derzeitige Fassung trägt eher zur Irreführung bei, zumal der angesprochene "Computer" sicher nicht das prägnanteste Beispiel für eine auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft abzielende Hilfsmittelversorgung ist.

Zum Teil II

Die Begründung zum Teil II (S. 191) stellt unmissverständlich fest, dass die Eingliederungshilfe zwar formal aus dem Recht der Sozialhilfe ausgegliedert wird, inhaltlich die Wesensmerkmale der Sozialhilfe jedoch auch im neuen Recht erfüllt werden müssten. Deswegen ist der Gesamte Teil II im Wesentlichen durch die fürsorgerechtlichen

Wesensmerkmale bestimmt, die weitgehend unverändert aus dem Sozialhilferecht in die Eingliederungshilfe übernommen werden.

Eine wirkliche Herauslösung aus dem Fürsorgesystem im Sinne der Forderungen behinderter Menschen und ihrer Verbände und des Koalitionsvertrags findet mithin ebenso wenig statt, wie eine Weiterentwicklung zur Verbesserung der Lebensverhältnisse behinderter Menschen.

Insgesamt wird der Eindruck erweckt, als seien die Wesensmerkmale der Sozialhilfe unabänderliches "Verfassungsrecht". Tatsächlich sind diese Wesensmerkmale jedoch durch die Gesetzgebung und die dazu ergangene Rechtsprechung begründet.

Mit der UN-Behindertenrechtskonvention liegen für behinderte Menschen neue menschenrechtliche Maßstäbe vor, an die sich die Bundesrepublik Deutschland mit dem Beitritt zur Konvention gebunden hat. Die bisherigen Wesensmerkmale der Sozialhilfe sind auf dieser Grundlage dahingehend zu überprüfen, inwieweit sie noch Bestand haben können oder abgeändert werden müssen.

Die auf die Beibehaltung der Wesensmerkmale des bisherigen Fürsorgesystems abzielende Stringenz der Begründung zum Teil II des Referentenentwurfs belegt, dass eine solche Prüfung nicht einmal in Ansätzen stattgefunden hat.

Darauf deuteten auch schon die Vorlagen für die beim BMAS eingerichtete Arbeitsgruppe hin, in denen jeweils nur festgestellt wurde, dass die beabsichtigten Regelungen mit der UN-BRK vereinbar seien (d.h., nicht gegen sie verstoßen). Das heißt aber auch, dass keine Prüfung stattgefunden hat, welche Anforderungen sich aus der UN-BRK für ein weiterentwickeltes Behindertenrecht ableiten.

Es ist abzusehen, dass der jetzt vorgelegte Referentenentwurf nicht den Abschluss, sondern den Beginn einer politischen Diskussion über diese Grundsatzfrage bilden wird, da offensichtlich ansonsten eine auf die uneingeschränkte Umsetzung der UN-BRK abzielende Weiterentwicklung des Behindertenrechts für alle behinderten Menschen in Deutschland kaum möglich sein wird.

Die nachfolgenden Vorschläge beschränken sich aus diesem Grunde weitgehend auf die Inhalte, die zur Aufrechterhaltung des bisherigen trägerübergreifenden Teilhaberechts des SGB IX erforderlich erscheinen.

43. § 90 - Aufgabe der Eingliederungshilfe

1. Vorschlag:

§ 90 wird wie folgt gefasst:

"(1) Die Eingliederungshilfe nimmt die in § 1 genannten Aufgaben für Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohten Menschen wahr, wenn kein anderer der in § 6 Abs. 1 genannten Rehabilitationsträger zur Wahrnehmung dieser Aufgaben verpflichtet ist.

(2) Die Eingliederungshilfe erbringt die in § 102 genannten Leistungen entsprechend den in den §§ 42 Abs. 1, 49 Abs. 1, 75 Abs. 1 und 76 Abs. 1 genannten Zielen."

2. Vorschlag:

§ 90 Absätze 2 bis 5 entfallen ersatzlos.

Begründung:

Nach der Begründung (S. 186) werden die für alle Rehabilitationsträger geltenden Grundsätze im Teil 1 des SGB IX normiert, während die jeweiligen Leistungsgesetze ergänzende Verfahrensspezifika regeln. Das gilt auch für die neu gefasste Eingliederungshilfe im Teil 2 des SGB IX.

Die Aufgabenbeschreibung der Eingliederungshilfe in § 90 soll nach der Begründung an den Grundsätzen des Artikel 3 Ziffern a und c UN-BRK *orientiert* sein, setzt sie mithin schon nach diesem Wortlaut nicht vollständig um. Für diese Abweichung von den menschenrechtlichen Pflichten ist ebenso wenig ein tragfähiger Grund ersichtlich, wie die Abweichung von der Aufgabenbeschreibung in § 1 SGB IX, die den Vorgaben der UN-BRK gerecht wird. Auch die mit dem Entwurf generell vertretene Beibehaltung fürsorgerechtlicher Grundsätze rechtfertigt diese Abweichung nicht.

Die Aufgabenstellung des § 90 Absatz 1 reduziert die Aufgaben der Eingliederungshilfe im Kern auf die in § 76 definierten Ziele der Leistungen zur Sozialen Teilhabe.

Die Aufgabenstellung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Absatz 2 enthält eine weitere Einschränkung der Zielbeschreibung auf die Abwendung der in § 99 Abs. 1 genannten Beeinträchtigungen. Ziel der Leistungen ist danach - entgegen §§ 1, 4 Abs. 1 und 42 Abs.1 - nicht mehr die Förderung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, sondern nur noch die Einwirkung auf die *erhebliche Teilhabebeschränkung*. Da die mit den Leistungen zur Teilhabe angestrebten Leistungsziele ganz unmittelbaren Einfluss auf Gegenstand, Umfang und Ausführung der Leistungen haben, können die Leistungen der medizinischen Rehabilitation der Eingliederungshilfe nach Qualität und Wirksamkeit künftig erheblich von den entsprechenden Leistungen der übrigen Rehabilitationsträger nach dem Teil 1 abweichen.

Auf diesem Hintergrund ist auch die beabsichtigte Erstattungsregelung nach § 18 gefährdet, da kein Rehabilitationsträger wirksam zur Erstattung der von anderen Rehabilitationsträgern ausgeführten Leistungen verpflichtet werden kann, wenn dies zu erstattenden Leistungen schon von Rechts wegen nicht geeignet sind, die Rehabilitationsziele der zur Erstattung verpflichteten Träger wirksam zu erreichen (Reha vor Rente, Reha vor Pflege).

Der Vorschlag stellt sicher, im Sinne eines einheitlichen Rehabilitationsrechts und einer einheitlichen Rehabilitationspraxis sicher, dass die Teilhabeleistungen - wie bisher - einheitliche Leistungsziele verfolgen, die der UN-BRK entsprechen.

44. § 91 - Nachrang der Eingliederungshilfe

Die Begründung zu **Absatz 2** erweckt hinsichtlich der "zusätzlichen Konkretisierung des Nachrangs der Eingliederungshilfe" in Bezug auf die gesetzlichen Verpflichtungen der

vorrangigen Sozialleistungsträger den Eindruck, als ergäben sich daraus im Verhältnis zum bisherigen Recht weitergehende Pflichten der vorrangig leistungsverpflichten Sozialleistungsträger.

Die Aufgaben und Leistungspflichten der Rehabilitationsträger sind in § 6 abschließend geregelt. Der Nachrang sozialhilferechtlicher Leistungen ist unbestritten. Deswegen versagt auch kein Rehabilitationsträger Leistungen unter Hinweis auf die Leistungspflichten des Sozialhilfeträgers.

Die von den Sozialhilfeträgern geführte Klage, die vorrangig leistungsverpflichten Träger erfüllten ihre gesetzlichen Pflichten nicht, findet ihre Ursache in unterschiedlichen rechtlichen Bewertungen der Anspruchsgrundlagen und Leistungsvoraussetzungen im Einzelfall. Diese Probleme lassen sich nur durch Klarstellungen im Leistungsrecht lösen. Sie werden durch die Regelung des Absatz 2 nicht beseitigt.

Vorschlag zum **Absatz 3** wird nachgereicht.

45. § 92 - Eigenbeitrag

Vorschlag:

§ 92 - und in der Folge das Kapitel 9 - werden ersatzlos gestrichen.

Begründung:

Die finanzielle Inanspruchnahme wird nur formal losgelöst vom bisherigen fürsorgerechtlichen System geregelt, weil die Eingliederungshilfe dort formal herausgelöst wird.

Materiell lässt die allgemeine Begründung zum Teil II (S. 191) aber auch die Begründung zu § 91 (S. 257) keinen Zweifel daran, dass das Erfordernis des Eigenbeitrags unverändert auf dem Nachranggrundsatz und anderen fürsorgerechtlichen Wesensmerkmalen beruht.

Die Beibehaltung des Eigenbeitrags ist mit der UN-BRK nicht vereinbar- Zur Begründung wird auf die vielfältigen diesbezüglichen Stellungnahme der Verbände behinderter Menschen verwiesen.

Hinsichtlich der Anrechnung von Einkommen (§ 132) in der Fassung des Referentenentwurfs sprechen auch veraltungsökonomische Gründe für den Verzicht auf die Anrechnung. Der Aufwand für die Feststellung und Erhebung des Beitrags aus Einkommen dürfte höher sein als der erwartete Ertrag.

46. § 94 - Aufgaben der Länder

Vorschlag:

An § 94 Abs. 3 wird folgender Satz 2 angefügt:

" Sie stellen die Zusammenarbeit mit den übrigen in § 6 genannten Rehabilitationsträgern nach 25 Abs. 2 und bei der Durchführung des Sicherstellungsauftrages nach § 36 Abs. 1 sicher."

Begründung:

Die Sicherstellung fachlich und regional erforderlicher Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität i.S.v. § 36 ist nur zu erreichen, wenn *alle* Rehabilitationsträger gemeinsam an diesem regionalen Sicherstellungsauftrag mitwirken. Der Vorschlag stellt das Zusammenwirken der Sicherstellungsverpflichtungen nach §§ 36 und 94 sicher. Ohne diese Regelung ist von bürokratischen und kostenträchtigen Parallel- und Doppelentwicklungen auszugehen.

47. § 95- Sicherstellungsauftrag

Vorschlag:

Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

"Dabei sind die Pflichten zur Zusammenarbeit nach § 36 Abs. 1 und § 94 Abs. 3 Satz 2 zu beachten."

Die Sätze 2 und 3 werden zu den Sätzen 3 und 4.

Begründung:

Der Vorschlag dient ebenfalls der Gewährleistung der trägerübergreifenden Zusammenarbeit bei der Durchführung des Sicherstellungsauftrages und zur Vermeidung kostenträchtiger Doppel- und Parallelstrukturen. (Vergl. Begründung zu §§ 94, 95).

48. § 99 - Leistungsberechtigter Personenkreis

1. Vorschlag:

In § 99 Absatz 1 wird nach dem Komma der Halbsatz "deren Beeinträchtigung die Folge einer Schädigung der Körperfunktion und -struktur sind" durch den Halbsatz "die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigung haben" ersetzt.

Begründung:

Der zur Streichung vorgeschlagene Halbsatz steht im Gegensatz zu § 2 Abs. 1 und zur UN-BRK. Er grenzt alle behinderten Menschen mit seelischen, geistigen oder Sinnesbeeinträchtigungen von der Leistungsverpflichtung der Eingliederungshilfe aus. Das korrespondiert damit, dass die Definition der Lebensbereiche in der neuen EingVO ebenfalls alle Merkmale dieser Menschen nicht enthält.

Diese systematische Ausgrenzung von Menschen mit seelischen, geistigen oder Sinnesbeeinträchtigungen steht im krassen Gegensatz zu den Aktivitäten die die

Bundesregierung zur Beseitigung der Unterversorgung psychisch kranker Menschen in andern Bereichen vorantreibt.

2.) Vorschlag:

In § 99 Absatz 1 wird in Satz 3 das Wort "erhebliche" gestrichen.

Begründung:

Bisher ist es nach § 53 Abs. 3 SGB XII "besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe" eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern (§ 53 Abs. 3 SGB XII).

Der Referentenentwurf reduziert diese "besondere Aufgabe" auf das Drohen "einer erheblichen Teilhabe einschränkung", mithin auf den Tatbestand der Verhütung der Verschlimmerung einer schon vorhandenen Behinderung (§ 4 Abs. 1 Nr. 2).

Dies stellt eine wesentliche Einschränkung des leistungsberechtigten Personenkreises gegenüber dem geltenden Recht dar.

Zudem ist auf Art 25 Buchst. b UN-BRK hinzuweisen, der Leistungen fordert, durch die Behinderungen möglichst gering gehalten oder vermieden sollen. Die Entwurfsfassung des Satzes 3 ist damit nicht zu vereinbaren.

3. Vorschlag:

In § 99 wird folgender Absatz 3 - neu - eingefügt:

"(3) Personen, deren Teilhabe am Leben in der Gesellschaft im Sinne der §§ 1 und 2 eingeschränkt ist, die Voraussetzungen der Absätze 1 und 2 nicht erfüllen und keinen Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gegen einen anderen in § 6 genannten Rehabilitationsträger haben, erhalten medizinische Leistungen zur Rehabilitation nach § 42, wenn sie bei einer Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung dort einen Anspruch geltend machen könnten."

Begründung:

Der Regierungsentwurf weicht die bisherige Rolle der Träger der Sozialhilfe als unterstes Auffangnetz der sozialen Sicherung auf. Es gibt verschiedene Zielgruppen (z.B. Mitglieder der privaten Krankenversicherung, die dort keinen Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben, aber auch Berechtigte mit z.B. onkologischen und psychiatrischen Erkrankungen, die die Anforderungen des Absatzes 1 nicht erfüllen können) die künftig keinen Träger der medizinischen Rehabilitation mehr haben.

Die beabsichtigte Regelung ist z.T. auch unökonomisch, weil ein Leistungsanspruch erst dann entsteht, wenn die Krankheit soweit fortgeschritten ist, dass Beeinträchtigungen in dem in Absatz 1 und 2 geforderten Umfang eingetreten sind. Der Kostenaufwand für die dann zu beanspruchende Leistung ist dann ungleich größer, als bei Einsatz dieser Leistungen in einem früheren Stadium.

4.) Vorschlag:

Der bisherige Absatz 3 wird zu Absatz 4

5). Vorschlag:

Nach Absatz 4 - neu - (bisher Absatz 3) wird folgender neuer Absatz 5 eingefügt:

"(5) Personen, deren Teilhabe im Sinne der §§ 1 und 2 Abs. 1 am Arbeitsleben eingeschränkt ist oder denen eine solche Einschränkung droht und keine Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach Satz 1 oder einem Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 bis 7 oder einem Jobcenter nach § 6d des Zweiten Buches beziehen können, erhalten diese von der Bundesagentur für Arbeit und zwar auch dann, wenn im Zeitpunkt der Antragstellung dort kein Versicherungsverhältnis besteht."

Begründung:

Der Vorschlag stellt sicher, dass ein behinderter Mensch i.S. des Teilhaberechts immer einen Träger zur Teilhabe am Arbeitsleben hat. Mit Blick darauf, dass der Träger der Eingliederungshilfe nach dem Referentenentwurf für diese Zielgruppe nicht mehr das unterste soziale Auffangnetz bilden und die Leistungen nach §§ 49ff erbringen soll, wird die Bundesagentur für Arbeit auch dann zum Rehabilitationsträger für diese Leistungen, wenn dort im Zeitpunkt der Antragstellung kein Versicherungsverhältnis besteht.

Damit werden im Wesentlichen ehemalige Selbständige abgesichert, die die Wartezeit in der Rentenversicherung nicht erfüllen und keinen Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung haben. Die mit dem Referentenentwurf vorgenommene Neufassung des Absatz 4 (bisher 3) erfasst diesen Personenkreis nicht, weil nur Leistungen zur Beschäftigung, nicht jedoch die Leistungen nach §§ 49ff vorgesehen sind.

49. § 100 - Eingliederungshilfe für Ausländer

Auf die Stellungnahme des Forums behinderter Juristen vom 4.4.2016 wird verwiesen.

50. § 102 - Leistungen der Eingliederungshilfe

1.) Vorschlag

In § 102 wird folgender Absatz 2 eingefügt:

"(2) Über Art und Maß der Leistungserbringung ist nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden, soweit das Ermessen nicht ausgeschlossen ist"

Begründung.

Übernahme des § 107 Abs. 2 aus systematischen Gründen.

2.) Vorschlag

Der bisherige Absatz 2 wird zu Absatz 3.

3.) Vorschlag:

In § 102 Absatz 3 (bisher 2) Satz 2 wird der "Punkt" am Satzende durch ein "Komma" ersetzt und folgender Halbsatz angefügt

", soweit im Einzelfall die Voraussetzungen für die Leistungen bei einem der in § 6 genannten Rehabilitationsträger erfüllt werden."

Begründung:

Die vorgesehene allgemeine Formulierung schließt einen Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe schon dann aus, wenn ein Versicherungsverhältnis zu einem anderen Rehabilitationsträger besteht, dessen Recht Leistungen vorsieht, ohne dass zu prüfen wäre, ob im Einzelfall die Leistungsvoraussetzungen bei diesem Träger tatsächlich erfüllt sind und ein Anspruch überhaupt besteht.

Hier zeichnen sich erhebliche neue rechtliche Auseinandersetzungen ab, die auf dem Rücken der Betroffenen ausgetragen würden, die dann längere Zeit ohne jede Leistung bleiben.

Will man die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts korrigieren, ist das mit der Regelung verfolgte Ziel nachvollziehbar. Dies darf aber nicht zu Lasten der Betroffenen gehen.

Entgegen der Begründung sind nach geltendem Recht weder das Leistungsziel (Förderung des Erfolges der Krankenbehandlung/ Förderung der Teilhabe) noch der Leistungsumfang (Hilfsmittelkatalog ist für Teilhabeleistungen nicht abschließend verbindlich) der Hilfsmittel nach § 33 SGB V identisch. Die Probleme, die die jetzt beabsichtigte Regelung begründen, finden ihre Ursache in der Rechtsprechung - vornehmlich - des 3. Senats des BSG, der bei seinen Entscheidungen das SGB IX und damit die Unterscheidung zwischen Hilfsmitteln zur Förderung der Teilhabe (zum Behinderungsausgleich, Anwendung des SGB IX) und Hilfsmitteln zur Förderung des Erfolges der Krankenbehandlung in § 33 Abs. 1 SGB V bisher nicht hinreichend berücksichtigt.

Diese Problematik kann konsequent nur durch eine entsprechende Klarstellung in § 33 SGB V gelöst werden, die bereits zur Gesundheitsreform 2007 eingebracht wurde.

Vergleiche auch Begründung zum Vorschlag zu § 42 Abs. 4, der das Thema ebenfalls berührt.

51. § 103 - Sonderregelung für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen.

Vorschlag:

In § 103 Satz 2 wird der Halbsatz am Ende des Satzes nach dem Semikolon gestrichen.

Das Semikolon wird durch ein Komma ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

",soweit der Leistungsberechtigte dieser Vereinbarung zustimmt."

Begründung:

Die Regelung, nach der "angemessenen Wünschen Rechnung zu tragen ist", ist mit Art. 19 Buchst. a UN-BRK nicht vereinbar. Der behinderte Mensch hat das uneingeschränkte Recht, selbst zu entscheiden, wo, wie und mit wem er leben will. Er kann nicht verpflichtet

werden in einer Einrichtung zu leben. Die vorgesehene Vereinbarungsregelung der Träger, bei der nur angemessenen Wünschen Rechnung zu tragen ist, schränkt dieses Recht ein.

52. § 104 Leistungen nach den Besonderheiten des Einzelfalles

Vorschlag

§ 103 Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

"Der Leistungsträger hat diesen Wünschen unter Beachtung des § 8 zu entsprechen, wenn die Leistung in der am besten geeigneten Form im Sinne des § 18 Abs. 2 ausgeführt wird oder die Leistung durch Rehabilitationsdienste oder -einrichtungen ausgeführt wird, deren Leistungen durch einen Versorgungsvertrag nach § 38 oder eine Leistungsvereinbarung nach §§ 121, 122 als zur Erreichung der individuellen Teilhabeziele geeignet anerkannt sind."

Begründung:

Wenn die Leistung in einer Form ausgeführt wird, die dem Auswahlermessen nach § 18 Abs. 2 SGB IX (am besten geeignete Form) entspricht, sind keine überzeugenden Gründe für die Nichtberücksichtigung des Wunsches mehr gegeben.

Wird die Leistung durch Rehabilitationsdienste oder -einrichtungen ausgeführt, deren Leistungen durch Versorgungsvertrag oder Leistungsvereinbarung eines Rehabilitationsträgers als zur wirksamen Erreichung von Teilhabeleistungen geeignet anerkannt sind, ist ebenfalls kein Grund ersichtlich, der die Ablehnung des Wunschrechts rechtfertigen könnte. Dass und soweit Rehabilitationsträger für die gleichen Leistungsziele und -inhalte unterschiedliche Vergütungen vereinbaren, ist eine Frage der Wirtschaftlichkeit der Vergütungsverhandlungen der Träger und darf sich bei der Ausübung des Wunschrechts nicht gegen den Berechtigten richten.

Zu den übrigen Gründen, warum der beabsichtigte Leistungsvergleich nicht vertretbar ist, wird auf die Stellungnahme der Verbände behinderter Menschen verwiesen.

53. § 105 - Leistungsformen

1.) Vorschlag:

Nach § 104 Abs. 2 wird folgender Absatz 3 eingefügt:

"(3) Die Leistungen der Eingliederungshilfe werden nach den §§ 42, 49, 75 und 76 erbracht, soweit sich aus den Kapiteln 3 bis 6 nichts Abweichendes ergibt."

2.) Vorschlag:

Die Absätze 2 bis 4 werden zu Absatz 3 bis 5.

Begründung:

Vergleiche Begründung zu § 90.

An der Zielsetzung des SGB IX, einheitliche und in gleicher Weise wirksame

Teilhabeleistungen unabhängig von der Zuständigkeit oder Leistungsverpflichtung der Träger

zu gewährleisten sollte festgehalten werden. Ansonsten dürfte die Erstattungsregelung des § 18 zu erheblichen Streitverfahren führen.

Würden Teilhabeleistungen bei gleichem Bedarf und gleichen Teilhabezielen allein wegen der unterschiedlichen Zuständigkeit der Träger in unterschiedlicher Qualität und Wirksamkeit ausgeführt, dürfte dies im Einzelfall auch eine Diskriminierung iSv Art 5 UN-BRK sein können.

54. § 107 - Übertragung, Verpfändung oder Pfändung

§ 107 Absatz 2 wird gestrichen und als Absatz 2 in § 102 aufgenommen.

Begründung:

Der Inhalt gehört rechtssystematisch zu § 102.

55. § 108 - Antragserfordernis

Vorschlag:

§ 108 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

"Eines Antrages bedarf es nicht für Leistungen, *die nach dem Kapitel 2 von Amts wegen eingeleitet werden*, oder deren Bedarf in dem Verfahren nach Kapitel 7 ermittelt worden ist."

Begründung:

Nach der Begründung wird nur Kompatibilität mit den Vorschriften der §§ 14 und 15 des hergestellt.

Mit Blick auf die in den beiden letzten Absätzen der Begründung zu Recht geschilderten "erheblichen Nachteile", die daraus sowohl für den Leistungsberechtigten wie auch den Leistungsträger entstehen können, wäre vorrangig die Herstellung der Kompatibilität mit dem Kapitel 2 geboten. Danach sind nämlich Leistungen aus laufenden Leistungsverfahren von Amts wegen einzuleiten bzw. ist auf die Antragstellung hinzuwirken, sodass die Nachteile gar nicht erst eintreten können. Es sind keine Gründe erkennbar, warum diese Pflichten nicht auch im Verfahren der Eingliederungshilfe gelten.

56. § 109 - Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Vorschlag:

Satz 2 wird ersatzlos gestrichen.

Begründung:

Da das SGB V keine vom SGB IX abweichende Regelung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation enthält, ist § 42 SGB IX im Bereich der GKV unmittelbar anzuwenden und dort verbindliche Grundlage für die Leistungen der medizinischen Rehabilitation.

Deshalb bedarf es dieser Regelung nicht.

Im Übrigen verweisen die Vorschläge zu § 90 Abs. 2 und § 104 Abs. 3 unmittelbar auf die Geltung des § 42 für die Eingliederungshilfe.

Der Vorschlag entspricht im Übrigen dem bisher geltenden Recht des SGB IX.

57. § 110 - Leistungserbringung

Absatz 2 - ist weiterhin Diffus. Er soll nunmehr für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten. Es soll das Recht des Vierten Kapitels mit Ausnahme Dritten Titels, Zweiter Abschnitt (Verträge auf Bundes- und Landesebene) des SGB V Anwendung finden. Mit Ausnahme des Dritten Abschnittes des Vierten Kapitels - und hier wiederum nur die §§ 107 Abs. 2, 111 bis 111c - betrifft keine der Vorschriften des Vierten Kapitels des SGBV die medizinische Rehabilitation.

Für die Medizinischen Leistungen zur Rehabilitation der GKV findet das Leistungserbringungsrecht des Teils 1 des SGB IX Anwendung, das durch die §§ 111 bis 111c im Wesentlichen verfahrensrechtlich ergänzt wird. Die beabsichtigte Regelung erweckt den Eindruck, dass künftig das Leistungserbringungsrecht des Teils 1 für die GKV nicht mehr anzuwenden ist. Dann stellt sich allerdings die Frage, für welche Träger es überhaupt noch gelten soll.

Ab **Absatz 2 Satz 2** werden Sachverhalte der vertragsärztlichen Versorgung und nicht der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angesprochen. Zur vertragsärztlichen Versorgung passen auch die Regelungen im Absatz 3, nach der die §§ 294, 294a, 295, 300 bis 302 des SGB V Anwendung finden sollen. Bei näherer Sichtung handelt es sich um Regelungen für die Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung und der Krankenhäuser. Anbieter von Leistungen der medizinischen Rehabilitation werden davon nicht erfasst. Sie können mithin auch nicht für die medizinische Rehabilitation der Eingliederungshilfe gelten.

58. Zu § 112 - Leistungen zur Teilhabe an Bildung

Vorschlag:

In § 112 Abs. 5 wird am Satzende der "Punkt" durch ein "Komma" ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

", soweit die Leistungsberechtigten dem zustimmen."

Begründung:

Ohne Zustimmung der Berechtigten führt das auch an dieser Stelle zum "Zwangspoolen".

59. § 114 - Leistungen zur Mobilität

Vorschlag:

§ 114 wird ersatzlos gestrichen.

Begründung:

Die beabsichtigte Regelung der Ziffer 1 beschränkt die Leistungen zur Kraftfahrzeughilfe der Eingliederungshilfe auf die Mobilität zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Eine Nutzung zur sozialen Teilhabe ist damit ausgeschlossen. Die Regelung bei dieser Beschränkung -so gesehen - in diesem Kapitel irreführend und müsste bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben angesiedelt werden.

Dies Beschränkung auf die Mobilität zur Teilhabe am Arbeitsleben stellt gegenüber allen Rehabilitanden der übrigen Rehabilitationsträger bei gleichem Bedarf eine ausschließlich durch die Trägerschaft der Eingliederungshilfe begründete Schlechterstellung dar und muss als Diskriminierung im Sinne des Art. 5 UN-BRK angesehen werden.

Das Gleiche gilt für die Regelung unter Ziffer 2, nach der die Bestimmungen über Art und Höhe der Förderung der Kfz-Hilfe (§ 6 KfzHV) sowie die Bezuschussung des Erwerbs der Fahrerlaubnis (§ 8 KfzHV) im Verhältnis zu den Leistungen aller übrigen Träger nur deswegen nicht gelten sollen, weil für die Leistungen der Eingliederungshilfe weiterhin die Wesensmerkmale des Fürsorgerechts angewendet werden. Stattdessen werden die Betroffenen auf das eigene Einkommen und Vermögen verwiesen.

60. § 116 - Pauschale Geldleistungen, gemeinsame Inanspruchnahme

1.) Vorschlag:

In § 116 Abs. 1 wird Satz 2 gestrichen.

Begründung:

Die Ermächtigung der Landesregierungen zur Höhe und Ausgestaltung der pauschalen Geldleistungen führt zu - maximal 16fach - unterschiedlichen Regelungen und im Ergebnis zu unterschiedlichen Rahmenbedingungen für die Lebensverhältnisse behinderter Menschen. Dies wirkt sich besonders prekär bei der Ausgestaltung der Assistenzleistungen aus, zumal der Gesetzgeber in § 116 keinerlei Maßstäbe für die Ausgestaltung durch die Länder setzt.

2.) Vorschlag:

In § 116 wird nach Absatz 1 folgender neuer Absatz 2 eingefügt:

"(2) Die pauschalen Geldleistungen nach Absatz 1 werden so bemessen, dass der individuell festgestellte Bedarf gedeckt wird."

Begründung:

Damit gibt der Gesetzgeber einen Maßstab für die Ausgestaltung der Leistung vor.

3.) Vorschlag

Der bisherige Absatz 2 wird zu Absatz 3.

4.) Vorschlag:

§ 115 Abs. 3 (bisher 2) Satz 1 wird nach der Nummer 6 der Aufzählung wie folgt gefasst:

"können mit Zustimmung der Leistungsberechtigten gemeinsam erbracht werden."
Der Halbsatz nach dem Wort "werden" wird gestrichen.

Begründung:

Nach **Absatz 2** ist das "Poolen" weiterhin zulässig, wenn es nach der neuen Zumutbarkeitsregelung des § 104 Abs. 3 zumutbar ist. Die zwischenzeitlich erwogene Regelung, die gemeinsame Leistungserbringung allein an die Zustimmung des Berechtigten zu binden, wurde wieder aufgegeben, soll aber mit diesem Vorschlag wieder hergestellt werden.

Mit der Regelung des Referentenentwurfs ergibt sich gegenüber dem im Arbeitsentwurf ursprünglich vorgesehenen Zwangspoolen für die Berechtigten kein signifikanter Vorteil, weil der Eingriffe in die Selbstbestimmung weiterhin bestehen. Das gilt auch für die Darlegungspflicht ohne die die Zumutbarkeit nicht zu prüfen ist

Der neue **Absatz 3** sieht das Poolen für die in Absatz 1 genannten Leistungen auf Wunsch des Berechtigten vor. Es ist zu befürchten, dass die Kostenträger die Berechtigten animieren, dies zu wünschen.

Mit Blick auf die UN-BRK und das Ziel der Förderung der Selbstbestimmung behinderter Menschen in § 1 SGBIX sollte generell auf das Poolen verzichtet werden.

61. § 118 - Bedarfsermittlung

Vorschlag:

Neufassung des Absatz 1 Satz 2, wie oben unter Ziffer 9 im Zusammenhang mit allen Bestimmungen zur Bedarfsfeststellung vorgeschlagen.
Streichung des Absatz1 Satz 3 und des Absatzes 2.

Begründung:

Sie oben unter Ziffer 9 im Zusammenhang.

62. § 119 - Gesamtplankonferenz

Vorschlag:

In § 118 Abs. 1 Satz 3 werden hinter dem Wort "kann" die Worte "mit Zustimmung des Leistungsberechtigten" eingefügt.

Begründung:

Vergleiche Begründung zum Inhaltsgleichen Vorschlag zu § 20 Absatz 1.

63. § 122 - Teilhabezielvereinbarung

In § 120 Satz 3 werden nach dem Wort "Eingliederungshilfe" die Worte "nach Anhörung der in § 120 Absatz 3 genannten Beteiligten" eingefügt.

Begründung:

Der Träger der Eingliederungshilfe soll die an der Aufstellung des Gesamtplanes Beteiligten auch bei der Anpassung anhören und den Gesamtplan nicht einseitig verändern. Vergl. auch Anhörungsrecht nach § 24 SGB X.