

**Änderungen des
Referentenentwurfs BTHG
gegenüber dem Arbeitsentwurf**

- Stand 27.4.2016 -

Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf

- I. Teile A - C - redaktionelle Änderungen
- II. Teil D - Erfüllungsaufwand überarbeitet
- III. Inhaltsverzeichnis - bisherige Artikel 11 und 12 zum SGB XII neu gegliedert in Artikel 11 - 13
(nach dem Inkrafttreten am 1.1.17, 11.18 und 1.1.20)

IV. Neuntes Sozialgesetzbuch:

Inhaltsverzeichnis:

- an § 49 angefügt: Verordnungsermächtigung
- an § 53 angefügt Dauer von Leistungen "für die berufliche Rehabilitation" (Anmerkung: Wieso nicht zur Teilhabe am Arbeitsleben?)
- an § 102 angefügt Leistungen "der Eingliederungshilfe"
- § 103 bisher 102a
- § 118 Vorangestellt "Instrumente der" Bedarfsermittlung
- § 122 Teilhabezielvereinbarung statt Zielvereinbarung
- § 129 Platzhalter für abweichende Landesregelungen ist entfallen
- § 132 neu: Abweichende Zielvereinbarungen
- § 181 Vorangestellt "Inklusionsbeauftragter" des Arbeitgebers

§ 3 - Prävention

Neu gefasst.

Absatz 1 enthält eine Aufklärung-, Auskunfts- und Hinwirkungspflicht der Träger zur Vermeidung einer Behinderung.

Bisher enthielt § 3 eine generelle, d.h., umfassende Hinwirkungspflicht, die in den § 25 Abs. 1 Nr. 5 bzw. § 26 Abs. 1 Nr. 1 mit der Verpflichtung verbunden war, konkrete Maßnahmen zur Vermeidung von Behinderung zu entwickeln und zu leisten.

Künftig besteht die (reduzierte) Hinwirkungspflicht nur noch im Zusammenhang mit den Pflichten nach §§ 13 - 15 SGB I (Aufklärung, Beratung, Auskunft) und bei der Zusammenarbeit mit Arbeitgebern. Die Verpflichtung zur Entwicklung und Leistung konkreter Maßnahmen besteht unverändert. Damit verändert sich aber auch der Auftrag zur Leistung von Präventionsleistungen in § 25 Abs. 1 Nr. 5. Während sich die Leistungsverpflichtung bisher uneingeschränkt auf das Ziel der Vermeidung von Behinderungen erstreckte, beschränkt sich das Leistungsziel künftig auf die Beratung, Auskunft, Hinwirkung.

Absatz 2 greift den (vom Verfasser zum NAP 2.0) eingebrachten Vorschlag auf, die Rehabilitationsträger gesetzlich in die Entwicklung der Nationalen Präventionsstrategie nach §§ 20d SGB V einzubinden. Erforderlich ist allerdings eine Klarstellung, dass die Aufgabe der Rehabilitationsträger

dabei nicht auf die gesundheitliche Prävention, sondern auf die Vermeidung von Beeinträchtigungen der Teilhabe (Prävention der Krankheitsfolgen) orientiert ist.

Absatz 3 Verpflichtung der Krankenkassen, Jobcentern und Bundesagentur zur Zusammenarbeit bei der Eingliederung von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen.

§ 4 Leistungen zur Teilhabe

Neu angefügt **Absatz 4**, nach dem Leistungen für Mütter und Väter gewährt werden, um diese bei der Versorgung und Betreuung ihrer Kinder zu unterstützen.

§ 9 - Vorrangige Prüfung von Leistungen zur Teilhabe

Bisheriger Abs. 4 Satz 2 als Satz 2 an Absatz 3 angefügt. Inhaltlich keine Änderung.

Bisheriger Absatz 4 Satz 1 ergänzt um die Klarstellung, dass die Jobcenter Rehabilitationsbedarfe erkennen und auf die Antragstellung hinwirken. Überflüssige Doppelregelung. Beides ist in Absatz 1 enthalten.

§ 10 - Sicherung der Erwerbsfähigkeit

In der Überschrift ist der Zusatz "und Beschäftigung" entfallen. Absatz 2 zielt aber unverändert auf die Sicherung der Beschäftigung ab.

§ 12 - Maßnahmen zur Unterstützung der frühzeitigen Bedarfserkennung

Nach **Absatz 1 Satz 2** haben die Rehabilitationsträger nicht mehr die frühzeitige Antragstellung (Abs. 1 Satz 1), sondern die frühzeitige Erkennung des Rehabilitationsbedarfs zu unterstützen. Die Informationsangebote, durch die das erfolgen soll, werden nachfolgend in den Ziffern 1 bis 4 benannt.

Nach **Absatz 1 Satz 3** haben die Rehabilitationsträger Ansprechstellen zu benennen die diese Angebote an Leistungsberechtigte, Arbeitgeber und andere Rehabilitationsträger vermitteln. Danach hat jeder Reha-Träger solche Ansprechstellen zu benennen, die nach § 15 Abs. 3 SGB I verpflichtet sind, untereinander und mit den anderen Leistungsträgern mit dem Ziel zusammenzuarbeiten, eine möglichst umfassende Auskunftserteilung durch eine Stelle sicherzustellen.

Gerade dieses Ziel sollte durch die Gemeinsamen Servicestellen institutionell gewährleistet werden, da ja die bloße, schon im Reha-AnglG verankerte rechtliche Verpflichtung nicht zu der gebotenen Zusammenarbeit geführt hat. Mit der Aufhebung der Gemeinsamen Servicestellen vertraut der Gesetzgeber darauf, dass die Träger ihren nach § 15 Abs. 3 SGB I seit 1976 bestehenden Rechtspflichten plötzlich nachkommen, obwohl die darauf basierende institutionelle Organisation zur Durchführung dieser Rechtspflicht durch die Servicestellen ab 2001 ebenfalls nur in Teilen wirksam wurde.

Das Anliegen der Arbeitgeber, es nur mit den Mitarbeitern eines Trägers, der für alle Träger sprechen kann, zu tun zu haben, kann damit nicht erfüllt werden.

Absatz 3 sieht nicht mehr nur die Bereitstellung, sondern auch die Vermittlung von Informationsangeboten durch die Verbände bzw. die Bundesagentur für die Jobcenter vor. Dies führt noch weiter weg von der individuellen Unterstützung der frühzeitigen Bedarfserkennung hin zu allgemeinen Informationsangeboten im Sinne der §§ 13 (Aufklärung) und § 15 (Auskunft) SGB I.

§ 13 Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs

Absatz 1 - Der neue Satz 3 stellt klar, dass die in diesem Absatz geregelten Pflichten der Rehabilitationsträger nicht für die Eingliederungshilfe gelten, für die in § 118 abweichendes

Sonderrecht geregelt wird. Diese unterschiedlichen Regelungen entwickeln das Teilhaberecht ohne tragfähigen Grund auseinander. Damit wird schon gesetzlich die Bedarfsfeststellung an unterschiedlichen Maßstäben in unterschiedlichen Verfahren orientiert, was im Ergebnis zu unterschiedlicher Bewertung des Bedarfs und damit zu unterschiedlichen Leistungen führt. Zugleich werden damit fast sämtliche mit dem SGB IX vom Gesetzgeber verfolgten Ziele (Einheitliche Bedarfsfeststellung, einheitliche Leistung, einheitliche Praxis) aufgegeben.

Mit Blick auf die sich daraus ergebenden unterschiedlichen Leistungsziele und -inhalte wird das in § 16 vorgesehene Erstattungsverfahren vor der höchstrichterlichen Rechtsprechung kaum Bestand haben können, weil die Sozialversicherungsträger zur Erstattung von Leistungen verpflichtet werden, mit denen ihre abweichenden Leistungsziele nicht oder nicht annähernd erreicht werden können.

Absatz 2 - redaktionelle Änderung.

Absatz 3 - sieht keine regelmäßigen, sondern nur noch eine Untersuchung vor, deren Ergebnis zum 31.12.19 zu veröffentlichen ist.

§§ 14 - 17 - Redaktionelle Änderungen.

§ 18 Erstattung selbstbeschaffter Leistungen

Im Wesentlichen redaktionelle Neufassung. Materiell hat sich die Frist von 6 Wochen, bis zu der der Träger eine Mitteilung machen muss, auf 2 Monate verlängert.

§ 19 - Teilhabeplan

Der neu angefügte **Absatz 6** stellt klar, dass die eine Teilhabeleistung ergänzenden unterhaltsichernden Leistungen nicht zu zwei Leistungen im Sinne des Absatzes 1 führen, die die Anwendung des § 19 (Teilhabeplan) auslösen. Nach Auffassung des Verfassers sollte Absatz 1 ohnehin so geändert werden, dass immer (auch bei einer zunächst beantragten Einzelleistung) ein Teilhabeplan (der jedoch zielgruppenorientiert einen unterschiedlichen Umfang haben kann) erstellt werden muss, sodass Absatz 6 dann wieder entfallen würde. Aus dem Ergebnis der Einzelleistung (z.B. Entlassungsbericht bei medizinischer Rehabilitation) ist häufig erst der Bedarf für weitere Leistungen ersichtlich, sodass dann ein Teilhabeplan nachgeholt werden muss.

Im Übrigen darf die Qualität der Bedarfsfeststellung nicht unterschiedlich sein, je nachdem, ob ein oder mehrere Träger beteiligt oder eine oder mehrere Leistungen benötigt werden.

Zu § 20 - Teilhabekonferenz

Der neue Satz 2 im **Absatz 1** räumt den Leistungsberechtigten und den beteiligten Rehabilitationsträgern das Recht ein, dem leistenden Rehabilitationsträger die Durchführung einer Teilhabekonferenz vorzuschlagen. Bisher ging die Initiative nach Satz 1 nur vom leistenden Träger aus. Satz 3 gibt dem leistenden Träger unverändert durch hinreichende unbestimmte Regelungen die Möglichkeit, die Konferenz dennoch nicht durchzuführen.

Insbesondere mit Blick auf den neuen Absatz 2 spricht nichts dagegen, keinerlei Abweichungen vom Vorschlagsrecht der Leistungsberechtigten zuzulassen.

Im Gegensatz zu Absatz 1 lässt der neue **Absatz 2** kein Abweichen von dem Vorschlag des Leistungsberechtigten, eine Teilhabekonferenz durchzuführen, zu, wenn Leistungen an Mütter und Väter mit Behinderungen beantragt werden. Diese Regelung folgt - entgegen der positivistisch klingenden Begründung - der Interessenlage der Kostenträger, denen es nämlich darum geht, über die Teilhabekonferenz zu klären, inwieweit Familien- oder Nachbarschaftshilfe zu einer Begrenzung der Leistungen führen kann (vergleiche dazu 118 Abs. 4).

§ 21 - Redaktionelle Änderungen.

Zu § 22 - Einbeziehung anderer öffentlicher Stellen

Der bisherige **Absatz 2** zum Betreuungsrecht ist nunmehr als **Absatz 5** neu gefasst..

An Stelle der bisherigen Zusammenarbeitsverpflichtung ist jetzt mit Zustimmung des Berechtigten eine Information an die Betreuungsbehörde vorgesehen.

Der neue **Absatz 4** regelt die Beteiligung der Jobcenter am Teilhabeplanverfahren. Da die Bundesagentur als zuständiger Rehabilitationsträger ohnehin zu beteiligen ist, wird das Jobcenter als die Verwaltungsbehörde, die das Verwaltungsverfahren führt und den Verwaltungsakt erlässt, zusätzlich beteiligt. Dies belegt die Doppelbürokratie, die den vom Verfasser eingebrachten Vorschlag zu § 6 Abs. 2 begründet, die Bundesagentur wieder zum umfassenden Rehabilitationsträger für die Leistungsberechtigten nach dem SGB II zu machen.

Zu § 25 - Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger

In Absatz 1 Ziffer 5 wurde die allgemeine Verweisung auf das Kapitel 2 wieder (wie im geltenden Recht) auf die Regelung des § 3 Abs. 1 konkretisiert. Nach der Änderung des § 3 besteht die Aufgabe nach § 3 Abs. 1 jedoch nur noch in den Pflichten nach §§ 13 bis 15, 17 Abs.1 Nr. 1 SGB I (Beratung usw.) zu Vermeidung von Prävention, nicht jedoch mehr darin, auch auf die Entwicklung solcher Präventionsleistungen hinzuwirken (vergl. § 26 Abs. 2 Nr. 1). Damit verändert sich der Auftrag in § 25 Abs. 1 Nr. 5. entsprechend. Während sich die Leistungsverpflichtung bisher uneingeschränkt auf das Ziel der Vermeidung von Behinderungen (Prävention zur Vermeidung von Beeinträchtigungen der Teilhabe) erstreckte, beschränkt sich das Leistungsziel künftig auf die Beratung, Auskunft, Hinwirkung auf die Vermeidung der Behinderung Es bezieht sich mithin nicht mehr unmittelbar auf die Vermeidung der Behinderung. Es bedarf mithin einer Klarstellung, dass es in § 25 weiterhin um die "Leistung" von Präventionsmaßnahmen zur Vermeidung einer Behinderung geht.

Die Träger könnten nach der derzeitigen Fassung ihre Aufgabe nach § 25 Abs. 1 Nr. 5 ansonsten durch die Informationsmaterialien zu den §§ 13 bis 15 SGB I als erledigt ansehen.

§ 26 - Gemeinsame Empfehlungen

Nach **Absatz 2 Nr. 7** sind nicht mehr Grundsätze "systematischer Arbeitsprozesse und standardisierter Arbeitsmittel", sondern "der Instrumente des Rehabilitationsbedarfs" zu vereinbaren.

Absatz 4 wurde um einen **Satz 2** ergänzt, nach dem der GKV-Spitzenverband die gemeinsamen Empfehlungen zugleich auch als Spitzenverband der Pflegekassen abschließt. Das bedeutet zugleich eine Klarstellung der in der Praxis seit der Errichtung des GKV-Spitzenverbandes streitigen Frage, dass Spitzenverband im Sinne des § 26 im Bereich der GKV nicht die Bundesverbände der Krankenkassen sind.

§ 27 - Verordnungsermächtigung

Die Ergänzung der Verordnungsermächtigung gestattet es, die Gemeinsame Empfehlungen hinsichtlich der fachlichen Fragen des Verwaltungsvollzuges (mithin über die ohnehin bestehende Rechtsaufsicht hinaus) durch Rechtsverordnung verbindlich zu machen.

Dies ist aber nur dann zulässig, wenn die BAR nach Aufforderung durch das Ministerium innerhalb von 6 Monaten keine gemeinsamen Empfehlungen erlässt oder unzureichende Empfehlungen ändert.

Damit wird - wie bisher - nur ein kleiner Teil der gemeinsamen Empfehlungen wirklich für alle Träger verbindlich. Innerhalb der letzten 15 Jahre hat das Ministerium nur bei der Frühförderung von seinem Ordnungsrecht Gebrauch gemacht.

Die Regelung ist halbherzig. Besser wäre eine Regelung vergleichbar § 94 SGB V, wonach die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GemBA) beschlossenen Richtlinien erst nach Vorlage beim Gesundheitsministerium wirksam (entscheidend ist: verbindlich wirksam) werden bzw. dass das Ministerium bei Nichteinigung mit der BAR eine Ersatzvornahmeermächtigung erhält.

§ 28 - Redaktionelle Änderungen.

§ 29 - Persönliches Budget

In **Absatz 1** wurden die Worte "in eigener Verantwortung" wieder aufgenommen.

In **Absatz 2** wurden die Sätze 2 und 3 (Anspruch gilt als erfüllt, Wiederholung des Bedarfsermittlungsverfahrens) neu aufgenommen. Diese Regelungen waren bisher als § 3 Abs. 5 Satz 4 und § 3 Abs. 6 in der BudgetV enthalten.

Absatz 4 (Zielvereinbarung) war bisher in § 4 Abs. 1 bis 3 BudgetV enthalten.

Nach dem Wortlaut des **Absatz 4 Satz 2** sollen die Pflegekassen als Träger des Persönlichen Budgets keine Zielvereinbarung mehr vereinbaren müssen. Die sich aus der Begründung ergebende Einschränkung, dass das nur dann gelten soll, wenn die Pflegekassen das Budget allein aus Leistungen des SGB XI ausführen, ergibt sich aus dem Wortlaut nicht. Entsprechend der Begründung müsste dort noch das Wort "allein" eingefügt werden

Rechtlich bleibt es bei der bisherigen Rechtslage, dass die Pflegeleistungen des SGB XI nur mit den Beschränkungen des § 35a SGB XI in das Persönliche Budget einfließen. Alle Forderungen diese Beschränkung aufzuheben und die Gutscheinelösung abzuschaffen, werden damit zurückgewiesen..

Als Folge der Übernahme der Regelungen der **BudgetV** wird diese ersatzlos aufgehoben.

In dem gesamten Regelung wird redaktionell der "Antragsteller" durch "Leistungsberechtigter" ersetzt.

In diesem Zusammenhang ist auf **Artikel 14** hinzuweisen, wonach die Leistungsanbieter, deren Leistungen durch den Berechtigten aus Mitteln eines Persönlichen Budgets vergütet werden, künftig umsatzsteuerrechtlich so behandelt werden, als hätten sie die Leistungen vom Sozialversicherungsträger selbst erhalten.

§ 30 - Verordnungsermächtigung

An Rechtsverordnungen zum Persönlichen Budget ist künftig das BMG zu beteiligen.

§ 32 - Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung

In dem neuen **Absatz 1 Satz 2** wird hervorgehoben, dass die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung neben den Beratungsangeboten der Rehabilitationsträger besteht.

In **Absatz 3** wird für die Beratung von Betroffenen für Betroffenen hervorgehoben, dass es sich um eine von Leistungsträgern und -erbringern unabhängige Beratung handelt. Daraus stellt sich die Frage, ob Organisationen behinderter Menschen, die selbst Leistungen erbringen, die Förderung erhalten können.

In **Absatz 4** wurde das Benehmen konkretisiert (zuständige Landesbehörde statt Bundesland).

Zudem wird klargestellt das "unabhängige" Beratungsangebote (im Sinne des Abs. 3?) gefördert werden.

Nach **Absatz 5** ist die Förderung bis zum 31.12.2022 begrenzt. Das wird für interessierte Beratungsanbieter, insbesondere im Bereich der Selbsthilfeorganisationen, mit Blick auf das ab 1.1.2023 entstehende unternehmerische und fiskalische Risiko die Frage aufwerfen, ob sie ein solche Engagement mit offener Zukunft eingehen können.

§ 33 - redaktionelle Änderungen.

§ 34 - Sicherung der Beratung von Menschen mit Behinderungen

In **Absatz 1 Satz 3** wird die bisherige Beratungspflicht der Ärzte, die sich aus dem Erkennen einer drohenden Behinderung ergibt, aufgegeben. Die Begründung sagt dazu nichts aus. Mit Blick darauf, dass die Behinderung auch chronische Erkrankungen einschließt (§ 3), ist gerade die Beratungspflicht bei der Wahrnehmung einer drohenden Behinderung von besonderer Bedeutung für die frühzeitige und zügige Einleitung von Teilhabeleistungen, die in diesem Stadium auch noch weitaus kostengünstiger wirksam ausgeführt werden können, als in späteren Stadien. Auf die präventive Wirkung im Sinne des Artikels 25 UN-BRK (Vermeidung von Behinderungen) wird hingewiesen. Ansonsten redaktionelle Änderungen.

§ 35 - Landesärzte

In Absatz 2 wird einleitend klargestellt, dass Landesärzte auch noch weitere Aufgaben, als die in dieser Regelung enthaltenen, wahrnehmen.

§ 36 - Redaktionelle Änderungen

§ 37 - Qualitätssicherung - Zertifizierung

In § 37 wird die Überschrift um die Zertifizierung ergänzt. Mit Absatz 6 wird die Regelung aus § 26 Abs. 3 auch für die Qualitätssicherungsvereinbarung übernommen.

§ 38 - Verträge mit Leistungserbringern

Die Neufassung des **Absatz 1** stellt heraus, dass in Versorgungsverträgen mindestens die nachfolgend genannten Inhalte enthalten sein müssen.

In Absatz 3 wird der Regelungsinhalt des bisherigen Satzes 3 in zwei Sätze (Gemeinsame Empfehlungen/Rahmenverträge) aufgeteilt. Rechtlich ändert sich nichts. Es bleibt unverändert offen, ob und von welcher Möglichkeit die Träger Gebrauch machen bzw. untätig bleiben können.

§ 39 - Aufgaben (der BAR)

In **Absatz 1 Satz 1** wurde aus der bisherigen Begründung die Arbeitsgemeinschaft nach § 94 SGB X unmittelbar in das Gesetz übernommen. Ebenso der Name BAR in Satz 2.

Im Absatz 2 wurden verschiedene sprachliche Korrekturen vorgenommen.

In Absatz 2 Nr. 5 wird das Peer Counseling konkreter gefasst.

Im **Absatz 2** ist der Satz 2, wonach das BMAS der BAR weitere Aufgaben übertragen kann, entfallen. Langfristig kann diese Selbstbeschränkung kurzfristig sein.

§ 41 - Teilhabeverfahrensbericht

In Absatz 1 Nr. wurde das Merkmal "Erledigung" eingefügt.

Im Übrigen werden die für den Bericht zu erhebenden Merkmale weiter konkretisiert (Ziffern 2, 5, 7, 15, 16 unter Änderung der Reihenfolge: Ziffer 8 ist jetzt 15).

Das Meldeverfahren in **Absatz 2** wurde neu gefasst.

Absatz 3 formuliert klarer, Für welche Aufgaben die BAR im Zusammenhang mit dieser Regelung die Kosten erstattet erhält.

§ 42 - Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

In **Absatz 1** wird die "Verhütung" der Verschlimmerung durch "Verhinderung" der Verschlimmerung ersetzt. Damit wird der sprachliche Zusammenhang mit § 4 Abs. 1 Nr. 1 aufgegeben.

In **Absatz 3** wird die scheinbare Wiederholung der Zielsetzung nach Absatz 1 gestrichen. Dabei handelt es sich allerdings um mehr als eine nur redaktionelle Änderung, weil damit auch das Kernziel aller Teilhabeleistungen, nämlich die Behandlung der "**Krankheitsfolgen**" sprachlich aus dem Gesetz entfernt wird.

Ansonsten weitere redaktionelle Änderungen in Absatz 3.

§ 43 - Krankenbehandlung und Rehabilitation

Es wurden die neuen Bezugsvorschriften (§§ 12 und 19) eingefügt.

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

Die jetzige Bezugnahme auf § 42 Abs. 1 entspricht § 26 Abs. 1 -alt. Die Bezugnahme auf § 12 Abs. 1 und 3 bzw. 19 entspricht aber nicht der Bezugnahme in § 10-alt. Der dort auf die ICF-orientierte Bedarfsfeststellung bezogen Wortlaut findet sich jetzt in § 13 Abs. 2 (Instrumente) und hinsichtlich der Begutachtung in § 17.

Die Anwendung der Teilhabeplanvorschrift des § 19 schon während der Krankenbehandlung ist abwegig.

Der Verweis müsste zutreffend lauten "...sowie die §§ 12 Abs. 1 und 3, 13 Abs. 2 und 17....".

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.

§ 44 - Redaktionelle Änderungen

§ 46 - Früherkennung und Frühförderung

Absatz 2 sieht nunmehr weitere nach Landesrecht zuzulassende Frühfördereinrichtungen vor.

Voraussetzung ist die "Sicherstellung der Interdisziplinarität". Es fehlt eine Klarstellung, dass die nach Landesrecht zuzulassenden weiteren Leistungserbringer vollständig die Anforderungen der §§ 42, 46 und der FrühV erfüllen müssen.

Hintergrund für diese Öffnung ist - entgegen der Begründung - das Anliegen der Länder u.a. inklusive Kindertagesstätten und Kindergärten, aber auch niedergelassene Fachärzte zur Frühförderung zuzulassen. Die Berücksichtigung "gewachsener Strukturen" bedeutet zugleich auch die Akzeptanz von Strukturen, die zwar "gewachsen" sind, aber bis heute den Anforderungen des § 46 nicht entsprechen. Gerade im Bereich niedergelassener Ärzte ist Frühförderung z.Tl. immer noch primär medizinisch und nicht teilhabeorientiert. Eine Bindung an die Vorgaben des Gesetzgebers in § 46 ist deshalb für die Öffnung unverzichtbar.

In **Absatz 4** wird eine Ziffer 4 zur Vereinbarung und Abrechnung der Entgelte aufgenommen die bisher in vergleichbarer Form in Absatz 5 Satz 1 und 2 bzw. § 9 Abs.1 und 2 FrühV enthalten war.

Absatz 5 des Arbeitsentwurfs sah keine generelle Pauschalierung der Entgeltaufteilung vor, sondern ließ sie zu. Nunmehr ist immer eine pauschalierte Aufteilung zu vereinbaren.

Der zulässige, auf heilpädagogische Leistungen entfallende Entgeltanteil wurde für die interdisziplinären Frühförderstellen von 70 auf 65 v.H., für die sozialpädiatrischen Zentren von 30 auf 20 v.H. abgesenkt.

Artikel 21 ändert die Frühförderungsverordnung, u.a. durch

- Neufassung des § 5 Abs. 1 Nr. 3 - Klarstellung, was Gegenstand der Heilmittel sein kann; Nichtanwendung der Heilmittelrichtlinien des GemBA
- weitere Klarstellung des Leistungsgegenstandes durch einen neuen § 6a
- Verpflichtung der Länder, die Übernahme und Teilung der Kosten zwischen den Reha-Trägern zu regeln
- Mehrfache Einfügung der nach Landesrecht zugelassenen weiteren Anbieter.

§ 47 - Hilfsmittel

Absatz 1 und Absatz 2 Satz 1 - redaktionelle Änderungen.

Bisher erwartet Absatz 2 - wie nach bisherigem Recht - dass sich die behinderten Menschen anpassen oder sich in ihrem Gebrauch schulen lassen. nunmehr erwartet der Entwurf, dass die Berechtigten das Hilfsmittel auch nutzen wollen und bereit sind, sich den richtigen Gebrauch anzueignen.

Die Klarstellung, dass sich nicht der Mensch an das Hilfsmittel anpassen muss, sondern umgekehrt das Hilfsmittel an den Menschen, ist positiv.

Die damit einhergehende Einlassung des Berechtigten, dass er das Hilfsmittel auch nutzen wolle, hat der Berechtigte inzident mit der Antragstellung erklärt. Die Änderung darf nicht dazu führen, dass die Berechtigten künftig dazu auch neben der Antragstellung noch eine zusätzliche überflüssige Erklärung abgeben müssen.

Dass ein nicht geringer Teil der Hilfsmittel häufig nicht genutzt oder weitere Hilfsmittel beantragt werden, hat nichts mit der mangelnden Nutzungsbreitschaft der Berechtigten, sondern damit zu tun, dass viele Hilfsmittel auf der Basis unzureichender Bedarfsfeststellung beschafft und individuell zur Nutzung nicht geeignet sind, insbesondere, wenn sie auf pauschalen Vergabeverfahren beruhen.

§ 48 - Redaktionelle Änderungen.

§ 49 - Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

In der Überschrift wurde die "Verordnungsermächtigung" angefügt.

Absatz 3 Nr. 6 neu gefasst (Förderung der Selbständigkeit statt Gründungszuschuss)

Die Regelung enthält mehrere redaktionelle Änderungen. Dabei erscheinen die Änderungen zu § 3 Nr. 2 (eine), Absatz 8 Nr. 1 (eine) und Nr. 2 (einen) problematisch. Die Regelungen könnten so ausgelegt werden als sei jeweils nur eine dieser Leistungsarten (z.B. eine KfZ-Hilfe) zulässig, obwohl im Laufe des Berufslebens mehrerer dieser Leistungen erforderlich sein können. E sollten stattdessen die Wörter "die" und "der" eingesetzt werden.

§§ 50, 51, 53 bis 57 - Redaktionelle Änderungen

§ 58 - Leistungen im Arbeitsbereich

Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 ergänzt um die Beschäftigung in Inklusionsprojekten.

Im Übrigen - redaktionelle Änderungen.

§§ 59, 60 - Redaktionelle Änderungen

§ 61 - Budget für Arbeit

In **Absatz 1** wurde die sozialversicherte "*Beschäftigung*" durch "*Arbeitsverhältnis*" ersetzt. Nach **Absatz 2** bemisst sich der Lohnkostenzuschuss nicht mehr an den dem Werkstattträger zustehenden Aufwendungen. Es 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.

Der neue **Absatz 2 Satz 4** sieht abweichende Regelung 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. Mit Blick auf die Kostendebatte ist kaum anzunehmen, dass dann höhere Prozentsätze zur Anwendung gelangen. Niedrigere Prozentsätze reduzieren die Anreize des Arbeitgebers, behinderte Menschen zu beschäftigen.

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

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 Beschäftigungsverhältnisses durch unterschiedlich hohe, sich im Laufe der Zeit entsprechend dem wachsenden Leistungsvermögen absenkende Lohnkostenzuschüsse verbilligt würde.

Da bei dieser Art der Förderung vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer die vollen Steuer- und Sozialversicherungsabgaben entrichtet werden, verbilligt sich der Aufwand der Träger bzw. des Staates über den entsprechenden social return of work erheblich. Auch die Zuschüsse des Bundes für die Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung könnten vollständig entfallen.

§§ 62, 63, 65 bis 67 - Redaktionelle Änderungen

§ 68 - Berechnungsgrundlage in Sonderfällen

Absatz 1 - redaktionelle Änderung.

Absatz 2 in der Fassung des Referentenentwurfs enthält eine gravierende Verschlechterung gegenüber dem Arbeitsentwurf.

Nach der Fassung des Arbeitsentwurfs 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 durch den entsprechenden Nachweis 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 die 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 Berechtigte, denen eine Tätigkeit mit der in Nr. 1 genannten Qualifikationsanforderung übertragen ist, weil sie z.B. nur eine Qualifikation der Nummer 3 belegen können, auch im Verhältnis zu ihren tatsächlich erzielten Entgelt deutlich schlechter stellen.

Es sollte bei der Fassung des Arbeitsentwurfs verbleiben.

§§ 69 bis 74 - Redaktionelle Änderungen.

Zu § 75 - Leistungen zur Teilhabe an Bildung

Absatz 1 wurde neu gefasst. Bisher sollten die Leistungen erbracht werden, um das Recht auf Bildung von Menschen mit Behinderungen ohne Benachteiligungen und auf der Grundlage der Chancengleichheit zu verwirklichen. Dies entsprach weitgehend Artikel 24 Abs. 1 UN-BRK.

Nach der jetzt abgeschwächten Formulierung werden nur noch erforderliche *unterstützende* Leistungen erbracht, *damit Menschen mit Behinderungen Bildungsangebote gleichberechtigt wahrnehmen können*. Das bleibt weit hinter den Anforderungen von Art. 24 UN-BRK zurück.

Der neue Satz 2 **in Absatz 2** soll nach der Begründung klarstellen, dass neben der Leistung zur Bildung auch die sonst nach dem Siebten Buch zustehenden Leistungen (z.B. Übergangsgeld) erbracht werden. Das ist leistungsrechtlich ohnehin zweifelsfrei, so dass die Regelung überflüssig ist.

Die Hervorhebung der Unfallversicherungsträger verstärkt jedoch die Wahrnehmung, dass andere Rehabilitationsträger (z.B. Rentenversicherungsträger), die bisher im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch Leistungen zur Bildung erbracht haben, diese künftig nicht mehr erbringen dürfen.

§§ 76, 77 - Redaktionelle Änderungen.

§ 78 - Assistenzleistungen

Absatz 1 Satz 1 wird in zwei Sätze geteilt. 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.

der neue letzte Halbsatz des **Absatz 2** nimmt nunmehr auch die sportlichen und kulturellen Aktivitäten auf, aber nicht bei der allgemeinen Assistenz nach Absatz 1 Satz 2, sondern ausschließlich bei der Fachkraft-Assistenz nach Absatz 1 Nr. 2, bei der die Anleitung und Übung im Vordergrund steht.

Der neue **Absatz 3** stellt klar, dass die Assistenzleistungen auch die Leistungen an Mütter und Väter mit Behinderungen bei der Versorgung und Betreuung ihrer Kinder umfassen.

§ 79 - Redaktionelle Änderung

§ 82 - Leistungen zur Verständigung

Die Regelung bezieht sich jetzt auf jede Form der Hör- und Sprachbehinderung.

§ 84 - Hilfsmittel

Der Arbeitsentwurf sah noch "Computer" für alle Menschen mit Behinderung vor. Der Regierungsentwurf schränkt das nunmehr ausschließlich auf Menschen mit Sehbehinderungen ein. Das geht noch hinter das geltende Sozialhilferecht und die Rechtsprechung dazu zurück.

§ 87 - Redaktionelle Änderung.

§ 90 - Aufgabe der Eingliederungshilfe

Absatz 1 übernimmt nunmehr mit der "vollen und wirksamen" Teilhabe einen Teil des Wortlautes der Art. 1 und 3 UN-BRK.

Absatz 4 bezieht jetzt auch die schulische Weiterbildung ein.

§ 91 - Nachrang der Eingliederungshilfe

Absatz 1 regelt nunmehr das Verhältnis der Eingliederungshilfe zur Pflege.

Die Verständigung mit dem BMG bedeutet, dass es für die stationäre Versorgung bei § 43a bleibt. Hinsichtlich der Bedarfsfeststellung und der Betreuungskräfte siehe Entwurf des PSG III, wobei schon an dieser Stelle darauf hinzuweisen ist, dass danach die bisherige Pflegestufe 0 wegfällt.

Für die ambulante Versorgung soll die Pflegeversicherung vorrangig den gesamten individuellen Bedarf an Leistungen abdecken. Das wird im Einzelfall kaum gelingen können, da die Leistungen des SGB XI und der Teilhabe nicht vollständig gleich sind und damit Leistungslücken entstehen. Dies verdeutlicht schon die komplexe Begründung zu dieser Regelung.

Absätze 2 und 3 sind neu.

Nach **Absatz 2** bleiben die Regelungen des SGB XII zur Überwindung sozialer Schwierigkeiten und zur Blindenhilfe unberührt.

Nach **Absatz 3** gehen die Hilfen zur Gesundheit des SGB XII den Leistungen der Eingliederungshilfe vor, wenn sie zur Beseitigung von Beeinträchtigungen mit drohender Teilhabebeeinträchtigung geeignet sind. Das löst weder das Problem des Wegfalls der Regelung zur drohenden Behinderung (§ 53 Abs. 3 SGB XII), noch das Problem, dass nach den neuen Regelungen zum Leistungszugang ein großer Personenkreis (u.a. Privatversicherte) keinen Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation mehr hat, noch das Problem des Wegfalls der nachgehenden Hilfe nach § 54 Abs. 1 Nr. 5 SGB XII.

§ 94 - Aufgaben der Länder

In **Absatz**

In **Absatz 5 Satz 1** wurde der Anlass für die Länder/Bundtreffen um die "Evidenzbeobachtung" erweitert.

In **Absatz 5 Satz 3** wurden die Gegenstände der Evidenzbeobachtung und Erfahrungsaustausch neu gefasst. Dabei sind die für die Gewährleistung einheitlicher Lebensverhältnisse und die Gleichbehandlung behinderter Menschen bedeutsamen Ziffern 1 und 3 (*flächendeckende, bedarfsdeckende, am Sozialraum orientierte und inklusiv ausgerichtete Angebote sowie Weiterentwicklung der Strukturen der Eingliederungshilfe*) entfallen.

In **Absatz 5 Satz 3 Nummer 3** wurden die Sachverhalte, die der Evidenzbeobachtung unterliegen, um die Auswirkung der Neuregelung der Leistungsvoraussetzungen in § 99 erweitert. Das hilft jedoch

denjenigen nicht, die vom Zeitpunkt des Inkrafttretens an keinen Leistungsanspruch und damit auch keinen Rehabilitationsträger mehr haben.

§ 98 - Örtliche Zuständigkeit

Die im Verhältnis zum Arbeitsentwurf neu eingefügte Regelung entspricht § 98 Abs. 1 Satz 1 SGB XII.

§ 99 - Leistungsberechtigter Personenkreis

Absatz 1 Satz 1 sieht weiterhin nur Leistungen für Personen vor, deren Beeinträchtigung Folge einer Schädigung der Körperfunktionen und -strukturen ist. Damit kann die ständig steigende Zahl der Menschen, deren geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit beeinträchtigt ist, keine Leistungen der Eingliederungshilfe mehr erhalten.

Absatz 1 Satz 2 nimmt die bisher in § Artikel 19, § 11 Absatz 1 enthaltene Definition der "erheblichen" Teilhabebeeinträchtigung auf.

Absatz 3 Satz 1 nimmt die Regelung des Art 19, § 11 Absatz 2 in das Gesetz auf und ergänzt sie im Satz 2 dahingehend, dass die notwendige Unterstützung zur altersentsprechenden Entwicklung unberücksichtigt bleibt.

Absatz 4 stellt als Voraussetzung für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht mehr auf ein Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistungen als Folge völliger Erwerbsminderung ab. Der jetzige Verweis auf § 58 Absatz 2 ändert materiell aber nichts. Zugang zur Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben der Eingliederungshilfe haben weiterhin nur behinderte Menschen, die "werkstattfähig" sind (so die Begründung). Damit erhalten weiterhin eine große Zahl voll erwerbsgeminderter behinderter Menschen entgegen den Vorgaben der UN-BRK keinerlei Zugang zur Arbeit. Der Träger Eingliederungshilfe ist auch nicht mehr unterstes soziales Auffangnetz für die Menschen, die von keinem anderen Rehabilitationsträger Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten können.

§ 100 - Eingliederungshilfe für Ausländer

In **Absatz 1 Satz 2** wird klargestellt dass sich die Regelungen auf Ermessensleistungen bezieht. Satz 3 lässt andere leistungsrechtliche Regelungen der Eingliederungshilfe unberührt.

§§ 101 bis 103 - Redaktionelle Änderungen

§ 104 - Leistungen nach den Besonderheiten des Einzelfalles

Absatz 2 Satz 2 enthält redaktionell neugefasst die Regelungen der bisherigen Sätze 2 und 3.

Absatz 3 enthält eine Zumutbarkeitsprüfung, die den Inhalt von § 13 Abs. 1 Sätze 6 und 7 übernimmt, aber als weitere Prüfkriterien " die Umstände und Verhältnisse des Sozialraumes sowie die eigenen Kräfte und Mittel" einbezieht. Die Einbeziehung "eigener Mittel" kann, wenn das Mit Blick auf die Verbesserung bei der Einkommens- und Vermögensanrechnung als Verfügbarkeit pekuniärer Mittel verstanden wird, als verdeckte Einkommens- und Vermögensheranziehung verstanden werden.

§ 107 - Übertragung, Verpfändung oder Pfändung, Auswahlermessen.

Absatz 2 übernimmt § 17 Abs. 2 Satz 1.

Im Zusammenhang mit Absatz 1 (Der die Übertragung, Verpfändung oder Pfändung regelt), wirkt die Vorschrift irritierend. Sie gehört rechtssystematisch zu § 102.

§ 108 - Antragserfordernis

Der in **Absatz 1** neu eingefügte Satz 2 lässt die Leistungsgewährung rückwirkend vom Beginn des Antragsmonats an zu.

Absatz 2 sieht kein Antragserfordernis vor, wenn sich der Leistungsbedarf aus einem Gesamtplanverfahren ergibt. Sowohl Absatz 1 Satz 2, wie auch der Absatz 2 dienen dazu, die sich aus dem neu eingefügten Antragserfordernis nach der Begründung sowohl für den Leistungsberechtigten, wie auch für den Leistungserbringer ergebenden Nachteile abzumildern.

§ 109 - Redaktionelle Änderungen

§ 110 Leistungserbringung

Absatz 1 - redaktionelle Änderung.

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 der §§ 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 statt, 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 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angesprochen. Dazu 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.

§ 111 - Leistungen zur Beschäftigung

Redaktionelle Änderungen.

Absatz 2 Satz 2 macht zur Voraussetzung, dass der Berechtigte das Hilfsmittel bedienen kann. Die Voraussetzungen sollten auch gegeben sein, wenn ein Assistent das Hilfsmittel bedienen kann.

§ 112 - Leistungen zur Bildung

Absatz 1 bis 3 - redaktionelle Änderungen.

Der neu gefasste **Absatz 4** sieht erneut eine Form des Zwangspoolens vor. Bisher stand es im Ermessen (im Zweifel des/der Berechtigten) ob Anleitung oder Begleitung gemeinsam in Anspruch genommen wird. Nach dem Referentenentwurf **ist** die Anleitung und Begleitung gemeinsam in Anspruch zu nehmen, wenn es nach der neuen Zumutbarkeitsregelung in § 104 Abs. 3 zumutbar ist und Vereinbarungen mit Leistungserbringern bestehen. Die Entscheidung, ob es zumutbar ist, trifft der Träger der Eingliederungshilfe. Zudem sind dann im Zweifel die Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen, mit denen eine Vereinbarung besteht.

Zu § 113 - Leistungen zur Sozialen Teilhabe

Mit **Absatz 1** wird dem Kapitel über die Leistungen zur Sozialen Teilhabe (wie bisher in § 55 Abs. 1 SGB IX) eine Zielsetzung vorangestellt, die mit den Leistungen erreicht werden soll. Die Regelung ist identisch mit der in § 76 Abs. 1, die für die übrigen Träger von Leistungen zur sozialen Teilhabe gilt.

Der neue **Absatz 3** sieht die Übernahme der mit der Zubereitung und Bereitstellung des Mittagessens verbundenen erforderlichen Kosten im Zusammenhang mit der Ausführung von Fachleistungen vor. Im Satz 1 der Begründung wird auf die sich an der Sozialversicherungsentgeltverordnung orientierende Mehrbedarfsregelung im Rahmen der Leistungen zum Lebensunterhalt hingewiesen. Es ist anzunehmen, dass damit bei der Durchführung des Absatz 3 eine entsprechende Pauschalierung angeregt wird.

§§ 114, 115 - Redaktionelle Änderungen

§ 116 - Pauschale Geldleistungen, gemeinsame Inanspruchnahme

Absatz 1 ist gegenüber dem Arbeitsentwurf lediglich redaktionell verändert.

Dennoch wird auf den **Satz 2** aufmerksam gemacht, der die Länder ermächtigt, das Nähere zur Höhe und zur Ausgestaltung der Pauschalen sowie zur Leistungserbringung zu regeln. Das greift die Ziffer 3 des Beschlusses der Konferenz der Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder vom 3.12.2015 auf, nach dem geprüft werden sollte, inwieweit den Ländern eine beschränkte Gesetzgebungskompetenz zur Eingliederungshilfe übertragen werden kann. Hier wird den Ländern zwar keine Gesetzgebungskompetenz übertragen. Sie werden aber ermächtigt, wesentliche Leistungen in eigener Verantwortung auszugestalten

Es ist zu erwarten, dass sich dadurch in den Ländern für die Lebenssituation behinderte Menschen sehr unterschiedliche Rahmenbedingungen - maximal 16fach unterschiedliche Regelungen - ergeben. Das kann zu einer Wanderungsbewegung behinderter Menschen zwischen den Bundesländern führen.

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. Damit ergibt sich gegenüber dem ursprünglich vorgesehenen Zwangspoolen für die Berechtigten kein signifikanter Vorteil, weil die Eingriffe in die Selbstbestimmung und die Darlegungspflicht, ohne die die Zumutbarkeit nicht zu prüfen ist, weiterhin bestehen.

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.

Zu § 117 - Gesamtplanverfahren

Absatz 1 - redaktionelle Änderung

Absätze 2 bis 4 waren bisher wortgleich als Absätze 2, 4 und 6 in § 119 enthalten.

§ 118 - Bedarfsermittlung

Redaktionelle Änderung.

Der neue Absatz 2 Satz 2 soll mit dem Verweis auf § 7 Abs. 2 sicherstellen, dass die abweichungsfesten Regelungen des Teils 1 in diesem Rahmen nicht geändert werden können.

Zu § 119 - Gesamtplankonferenz

Im **Absatz 1 Satz 1** wurden die Worte "auf Wunsch" gestrichen. Dafür sieht der neue Satz 2 vor, dass die Berechtigten und die beteiligten Rehabilitationsträger eine Gesamtplankonferenz vorschlagen können.

Die eingefügte Bezugnahme "nach § 15 verantwortliche Träger der Eingliederungshilfe" verdeutlicht, dass die Verfasser des Teil 2 die Regelung des § 15 als Umsetzung der von den Sozialhilfeträgern geforderten Gesamtsteuerungsverantwortung sehen. Nach § 15 ist nämlich nicht allein ein Träger der Eingliederungshilfe verantwortlich. Dies können - je nach Konstellation - nach § 15 letztliche alle Rehabilitationsträger sein.

Absatz 1 Satz 3 räumt den Trägern aus den dort genannten Gründen das Recht der Ablehnung der Konferenz ein. Wenn die Berechtigten es verlangen, sollte die Konferenz jedoch immer stattfinden müssen. § 20 SGB X verpflichtet die Träger ohnehin, den Beteiligten Gelegenheit zur Äußerung zu geben. Die dort in § 20 Abs. 2 geregelten Sachverhalte, die ein Absehen von der Anhörung zulassen, sind wesentlich konkreter und enger gefasst. Es ist nicht zu erkennen, warum den Trägern in den §§ 20 und 118 dieses Entwurfs ein darüber hinausreichendes Ablehnungsrecht eingeräumt wird.

Absatz 2 ist der redaktionell überarbeitete bisherige Absatz 4

Absatz 3 entspricht dem bisher beabsichtigten Absatz 9.

Nach dem **neuen Absatz 4** ist im Gegensatz zu Absatz 1 mit Zustimmung der Leistungsberechtigten **immer** eine Gesamtplankonferenz durchzuführen, wenn Leistungen zur Deckung von Bedarfen von Müttern und Vätern mit Behinderungen beantragt werden. Das sich aus Satz 2 ergebenden Interesse der Kostenträger, in diesen Fällen durch die Konferenz das familiäre, freundschaftliche und nachbarschaftliche Umfeld mit dem Ziel aufklären zu können, durch das Heranziehen ehrenamtlicher Unterstützung Kosten zu senken, wird offensichtlich höher bewertet, als das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen im Absatz 1

§ 120 - Feststellung der Leistungen.

Die Bestimmung nimmt der Absätze 6 - 8 und 10 des § 116 des Arbeitsentwurfs auf.

§ 121 - Gesamtplan

Absatz 1 - "Unverzüglich" statt so früh wie möglich"

Absatz 2 - der Gesamtplan geht der Leistungsabsprache nach § 12 SGB XII nicht mehr vor.

Absatz 3 - listet wie bisher im Absatz 2 des Arbeitsentwurfs die am Gesamtplan Beteiligten auf. Es fehlen die Integrationsämter und evtl. andere Rehabilitationsträger.

§ 122 - Teilhabezielvereinbarung

Redaktionelle Änderungen.

Der **neue Satz 4** sichert durch den Verweis auf § 117 für die Zielvereinbarung den gleichen Rahmen wie für den Gesamtplan.

Zu § 123 Allgemeine Grundsätze

Der neue **Absatz 2** war bisher Absatz 1 Satz 3ff.

Absatz 3 war bisher Absatz 2.

Absatz 4 war bisher Absatz 6.

Absatz 5 war bisher Absatz 7. Die Auflistung der Paragraphen im bisherigen Abs. 7 Satz 2 findet sich jetzt in der Auflistung der zu beachtenden Regelungstatbestände im Satz wieder.

Absatz 6 war bisher Absatz 8.

Die unbestimmte Formulierung zur Berücksichtigung in **Absatz 4** letzter Satz ("sind grundsätzlich als wirtschaftlich anzusehen") wurde durch die bestimmtere Formulierung "kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden" ersetzt.

§ 124 - Geeignete Leistungsanbieter

Die **Absätze 1 bis 3** waren bisher Absätze 3 bis 5 des § 119 (jetzt 123), wobei Absatz 2 redaktionell neu gefasst wurde.

§ 125 - Inhalt der schriftlichen Vereinbarung

Redaktionelle Änderung in allen Absätzen.

Nach dem neuen **Absatz 2 Satz 2** sind bei den in § 116 Abs. 2 genannten Leistungen zusätzlich (u.a. Assistenz, Heilpädagogik, Förderung der Verständig Beförderung usw.) die erforderlichen Strukturen zu berücksichtigen.

Absatz 3 letzter Satz sieht unter Beteiligung der Interessenvertretung behinderter Menschen eine Öffnung für andere geeignete Verfahren der Vergütung und Abrechnung vor.

§ 126 - Verfahren und Inkrafttreten der Vereinbarung

Nach dem neuen letzten Satz des **Absatz 1** haben die Parteien auf Verlangen geeignete Nachweise zu den Vertragsgegenständen vorzulegen.

Ansonsten redaktionelle Änderungen.

§ 127 - Verbindlichkeit der Vergütung

Der neue letzte Satz des **Absatz 3** stellt klar, dass auch für Neuverhandlungen die Vorschriften zum Verfahren und Inkrafttreten entsprechend gelten.

Ansonsten redaktionelle Änderungen.

§128 - Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen

Der neue letzte Satz des **Absatzes 1** sieht eine Öffnung für Landesrecht dahingehend vor, dass eine Prüfung auch möglich ist, wenn keine tatsächlichen Anhaltspunkte dafür bestehen, dass ein Leistungserbringer vertragliche oder gesetzliche Pflichten nicht erfüllt hat.

§ 129 - Kürzung der Vergütung

Nach **Absatz 1 Satz 4** richtet sich das Schiedsstellenverfahren nach § 126 Abs. 2 und 3 (Verfahren bei Nichtzustandekommen einer Leistungsvereinbarung).

Ansonsten redaktionelle Änderungen.

§§ 130 und 131 - Redaktionelle Änderungen (Der bisherige letzte Satz des § 131 Abs. 1 - bisher § 126 - wird zum Absatz 2).

§ 132 - Abweichende Zielvereinbarungen

Diese Regelung beinhaltet eine generelle Ermächtigung, im Sinne einer Experimentier- und Modellklausel Zielvereinbarungen zur Erprobung neuer und zur Weiterentwicklung der bestehenden Leistungs- und Finanzstrukturen abzuschließen.

§§ 133 Redaktionelle Änderungen

. **§ 134 Sonderregelungen zur Erbringung von Leistungen für minderjährige Leistungsberechtigte**
Diese Regelung führt - mit Blick auf die Große Lösung - das bisher geltende Recht (z.B. ohne Trennung von Fachleistung und Lebensunterhalt) für Minderjährige weiter.

Zu § 136 - Beitrag aus Einkommen zu den Aufwendungen

Diese Regelung wurde komplett neu gefasst.

In **Absatz 1** sind nunmehr die Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartner-schaftähnlichen Gemeinschaft völlig ausgenommen.

Es wird nur nach das Einkommen des Leistungsbeziehers sowie bei Kindern das der im Haushalt lebenden Eltern oder des Elternteils erfasst.

Der Einkommensbegriff richtet sich nach § 135 Abs. 1. Dabei handelt es sich um den steuerrechtliche Begriff der "Summe der Einkünfte", d.h., das steuerpflichtige Einkommen nach Abzug der Werbungskosten.

In **Absatz 2** ist die bisher vorgesehene Tabelle völlig entfallen.

Die Höhe der von der Einkommensanrechnung freigestellten Einkommensbeträge wird jetzt Pauschal als Vomhundertsatz der sich jährlich dynamisierenden Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV (2016 = neue Bundesländer jährlich 30.240 €, mtl. 2.520 €; alte Bundesländer jährlich 34.860 €, mtl. 2.905 €) ermittelt. Und zwar

- bei sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung oder selbständiger Tätigkeit in Höhe von 85 v.H der jährlichen Bezugsgröße = 29.631 € in den alten Bundesländern (25.704 € in den neuen)
- bei Einkommen aus nicht sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung 75 v.H. der Bezugsgröße = 26.145 € in den alten Bundesländern (22.680 € in den neuen)
- bei Renteneinkünften 60 v.H. der Bezugsgröße = 20.916 € in den alten Bundesländern (18.144 € in den neuen)

Nach **Absatz 3** erhöhen sich diese Beträge für den nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen usw. Gemeinschaft (hier werden sie alle berücksichtigt) jährlich um 15 v.H. = 5.229 € in den alten Bundesländern (4.543,5 € in den neuen) sowie für jedes unterhaltsberechtigtes Kind um 10 v.H. der Bezugsgröße = jährlich 3.486 € in den alten bzw. 3.024 € in den neuen Bundesländern.

Die Zuschläge nach Absatz 3 werden nach **Absatz 4** aber nur gewährt, wenn das Einkommen der Ehegatten, Partner usw. die Beträge der Vomhundertsätze der Bezugsgröße nach Absatz 2 nicht übersteigt. Ist das Einkommen der Ehegatten, Partner usw. höher, gibt es für diese Personen keinen Erhöhungsbetrag nach Absatz 3.

In diesen Fällen wird aber für die unterhaltsberechtigten Kinder weiterhin ein Zuschlag gewährt, der aber nur noch 5 v.H. der Bezugsgröße beträgt (alte Bundesländer 1.743,00 €, neue = 1.512 €)

Zu § 137 - Höhe des Beitrages zu den Aufwendungen

Absatz 1 legt fest, dass die Leistungsberechtigten aus ihrem Einkommen immer einen Beitrag aufzubringen haben, wenn das Einkommen die sich nach Anwendung des § 136 Abs. 2 ergebenden Beträge übersteigt.

Das grundsätzliche Festhalten an der Einkommensanrechnung wird mit der Fortgeltung fürsorge-rechtlicher Grundätze begründet (u.a. Bedürftigkeitsabhängigkeit usw.). Die Eingliederungshilfe werde zwar formal aus dem Recht der Sozialhilfe ausgegliedert. Inhaltlich müssen aber die Wesensmerkmale der Fürsorge auch im neuen Recht erfüllt (Begründung Seiten 191, 192) werden. Die Frage, ob sich die fürsorgerechtlichen Wesensmerkmale mit Blick auf die Anforderungen der UN-

BRK nicht ändern und weiterentwickeln müssen, wird nicht aufgeworfen.

Absatz 2 bestimmt die Höhe des vom Leistungsberechtigten aufzubringenden Einkommensanteils. Übersteigt das Einkommen die Beträge nach § 132 Abs. 2, so sind vom Berechtigten *monatlich 2 Prozent* der Differenz zwischen dem steuerpflichtigen Einkommen iSd § 136 Abs. 1 und dem sich nach Anwendung des § 136 Abs. 2 ergebenden Betrag als Eigenbeitrag im Sinne des § 92 Beitrag aufzubringen. Der mtl. Betrag ist nach § 137 Abs. 2 Satz 2 auf volle 10 Euro abzurunden.

Beispiel 1:

Ist die Summe des steuerpflichtigen Einkommens des Leistungsberechtigten in den alten Bundesländern niedriger als 34.860 € jährlich (2.905 € monatlich), ist nach § 133 Abs. 2 erster Halbsatz kein Beitrag aus dem Einkommen aufzubringen.

Beispiel 2:

Bei einem Ehepaar, von dem ein Partner behindert ist, beträgt die Summe des steuerpflichtigen Einkommens jährlich 50.000€ (alte Bundesländer) aus der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung der Ehefrau. Der behinderte Ehemann trägt zum steuerpflichtigen Einkommen nicht bei.

Da sich die Ermittlung des Eigenbetrages nach § 136 Abs. 1 allein auf das Einkommen der antragstellenden Person bezieht und diese in diesem Beispiel kein Einkommen erzielt, ist kein Eigenbeitrag zu leisten, weil das Einkommen der Ehefrau nicht berücksichtigt wird.

Beispiel 3:

Ein Ehepaar, von dem ein Partner behindert ist, hat zwei im Haushalt lebende unterhaltsberechtignte Kinder. Die Summe des steuerpflichtigen Einkommens des Ehepaares beträgt jährlich 70.000 € (alte Bundesländer) aus sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung.

1. Variante: Von dem Einkommen werden 40.000 € vom behinderten Ehemann und 30.000 € von der nicht behinderten Ehefrau erzielt.

Dem anrechnungsfreien Betrag von 29.631 € ist nach Absatz 3 kein Ehegattenzuschlag zuzurechnen, weil das Einkommen der Ehefrau höher als 85 v.H der Bezugsgrenze = 29.631 € ist. Für die beiden Kinder gibt es jeweils einen Zuschlag nach Absatz 4 in Höhe von 5 v.H. ($2 \times 1.743 \text{ €} = 3.486 \text{ €}$). Diese sind dem anrechnungsfreien Betrag des Berechtigten hinzuzurechnen. Nach § 133 Abs. 2 ist von der Differenz zwischen dem so errechneten anrechnungsfreien Gesamtbetrag in Höhe von 33.117 € ($29.631 + 3.486$) und dem Einkommen des Berechtigten (das Einkommen der Ehefrau wird nicht herangezogen) in Höhe von 40.000 € = 6.883 € ein Betrag in Höhe von 2 v.H. = 137,66 € monatlich, abgerundet auf volle 10 € (§ 137 Abs. 2 Satz 2), mithin 130 € monatlich als Eigenbetrag aufzubringen sind.

2. Variante: Das Einkommen wird nur in Höhe von 10.000 € von der nichtbehinderten Ehefrau aufgebracht. Der behinderte Ehemann erzielt 60.000 €.

In diesem Fall ist das Einkommen der Ehefrau niedriger als 85 v.H. der Bezugsgröße (29.631 €), sodass nach Absatz 2 ein Zuschlag von 15 v.H. für die Ehefrau (5.229 €) und zwei weitere Zuschläge für die Kinder von jeweils 10 v.H. der jährlichen Bezugsgröße ($2 \times 3.486 \text{ €} = 6.972 \text{ €}$) anrechnungsfrei bleiben. Nach Abzug des sich danach ergebenden zuschlagsfreien Gesamtbetrags von 41.832 € ($29.631 + 5.229 + 6.972$) vom Einkommen des Berechtigten (60.000 €) ergibt sich eine Differenz von 18.168 €, von der 2 % , mithin monatlich 363,36 €, abgerundet 360 € als Eigenbeitrag zu leisten sind.

Nach **Absatz 3** sind die Eigenbeiträge von der zu erbringenden Leistung abzuziehen.

Zu § 138 - Besondere Höhe des Beitrages zu den Aufwendungen

Diese Regelung entspricht dem bisherigen § 92 SGB XII. Dabei wird der dort genannten Katalog der Leistungen, die bisher schon bis auf die Kosten des Lebensunterhaltes anrechnungsfrei blieben (med. Rehabilitation, Teilhabe am Arbeitsleben, Werkstätten), um die neuen Ziffern 4 (Leistungen zur Bildung) und 5 (Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten) erweitert.

Die Aufbringung der Kosten zum Lebensunterhalt entfällt. Nicht mehr enthalten sind die bisherigen Ziffern 3 und 4 (Hilfen bei noch nicht eingeschulten Kindern und schulische Ausbildung usw. in Einrichtungen für behinderte Menschen).

Für Minderjährige sind die Kosten des ersparten Lebensunterhaltes weiterhin von den Eltern aufzubringen (vergl. neuer § 137a)

Zu § 139 - Einsatz des Vermögens

Nach **Absatz 1** ist weiterhin das gesamte Vermögen des behinderten Menschen, der nicht getrennt lebenden Ehefrau, der Partner einer eheähnlichen Beziehung usw. heranzuziehen. Durch die Nichtberücksichtigung bei der Einkommensanrechnung musste die Aufzählung der Heranzuziehenden nunmehr in dem dazu neu gefassten Absatz 1 erfolgen.

Der Vermögensfreibetrag wird unverändert auf 150 v.H. der Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV erhöht (22016 = 52.290 €) und durch die jährliche Anpassung der Bezugsgröße künftig auch jährlich erhöht.

Zu § 137a - Sonderregelungen für minderjährige Leistungsberechtigte

Da mit Blick auf die Große Lösung das bisherige Recht für behinderte Kinder bis auf Weiteres unverändert fortgelten soll, finden sich hier die bisherigen Bestimmungen des § 92 SGB XII.

Zu § 145 - Übergangsregelung zum Einsatz des Einkommens

Die Regelung stellt - ggfls. durch eine vorzunehmende Vergleichsberechnung - sicher, dass nach Inkrafttreten der neuen Einkommensanrechnungsvorschriften niemand schlechter gestellt wird als bisher.