

**Vorschläge
zur Änderung des Regierungsentwurfs eines
Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit
Behinderungen**
Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf

Die nach folgenden Änderungsvorschläge zum Regierungsentwurf (RegE) des Bundesteilhabegesetzes in der Entwurfsfassung gliedern sich in fünf Abschnitte.

Im **ersten Abschnitt** werden die Vorschläge zusammengefasst, die zur Erhaltung der vom Gesetzgeber 2001 mit dem SGB IX verfolgten Ziele

- (1) eines einheitlichen, trägerübergreifend wirksamen Teilhaberechts (Stichwort: SGB IX als Leitgesetz) in einem Teil des Sozialgesetzbuches
- (2) trägerübergreifend einheitlich wirksames, am internationalen Standard der ICF orientiertes Verfahren zur Feststellung der individuellen Beeinträchtigung der Teilhabe als Basis der Feststellung der zur Erreichung der Teilhabziele erforderlichen Leistungen

dringend geboten sind

Im **zweiten Abschnitt** finden sich die Vorschläge, die zur Gewährleistung von Leistungen wie aus einer Hand und deshalb zur Durchsetzung einer wirklichen trägerübergreifenden Zusammenarbeit geboten sind.

Im **dritten Abschnitt** finden sich die Vorschläge zur Sicherung eines trägerübergreifend einheitlichen Teilhaberechts im neuen Teil 2 des SGB IX

Der **vierte Abschnitt** enthält Änderungsvorschläge zum trägerübergreifenden Leistungsrecht.

Der **fünfte Abschnitt** befasst sich mit dem Leistungszugang zur Eingliederungshilfe.

Für das Leistungserbringungs- und Vertragsrecht sowie die Errichtung einer Schiedsstelle im Teil 1 des SGB IX bestehen die Vorschläge des Verfassers zum Referentenentwurf (mit der jeweils geänderten Paragrafenbezeichnung) unverändert fort. Sie werden cursorisch als Anhang angefügt.

1. Abschnitt:

1.1 Trägerübergreifend einheitliches Teilhaberecht:

a.): § 7 sollte folgende Fassung erhalten:

§ 7 Vorbehalt abweichender Regelungen

(1) Die Vorschriften im Teil 1 gelten für die Leistungen zur Teilhabe, soweit sich aus den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt. Dies gilt insbesondere für die Vorschriften der Kapitel 2 bis 4; von den Vorschriften in Kapitel 4 kann auch durch Landesrecht nicht abgewichen werden.

(2) Die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe richten sich nach den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen. Das Recht der Eingliederungshilfe im Teil 2 ist ein Leistungsgesetz im Sinne von Absatz 1 und 2.

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 bisher geltenden 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**".

Insbesondere die Worte "Abweichend von Absatz " im Absatz 2 des RegE, aber auch Teile der Begründung zu § 7 bzw. zum Bedarfsfeststellungsverfahren in der Begründung des RegE heben die Vorgabe des Gesetzgebers von 2001, dass die Bestimmungen des SGB IX **nicht nur als Grundsatz geregelt, sondern unmittelbar anzuwenden sind** auf und deregulieren die Bestimmung zum "ermessensleitenden Grundsatz, dessen Umsetzung weitgehend in das Ermessen der Träger gestellt ist. Ziel des Gesetzgebers war genau das Gegenteil, das Ermessen der Träger - und damit die korporatistisch begründete Auseinanderentwicklung des Teilhaberechts - weitgehend zu beschränken und ein übergreifend für alle Träger einheitlich geltendes Teilhaberecht zu schaffen (vergl. dazu auch entsprechende Vorgabe des Deutschen Bundestages BT-Drs. 11/6380 v. 12.2.1990 S. 49, Ziff. 77).

Die ausdrückliche Hervorhebung der übergreifenden Geltung der Kapitel 2 bis 4 im Absatz 2 Satz 1 (neu), aber auch die 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 im RegE 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.

Dies wird mit dem Änderungsvorschlag verhindert.

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

1.2 Frühzeitige Bedarfserkennung

Es werden die gelb gekennzeichneten Ergänzungen vorgeschlagen:

§ 2

Maßnahmen zur Unterstützung der frühzeitigen Bedarfserkennung

(1) Die Rehabilitationsträger stellen durch geeignete Maßnahmen sicher, dass ein Rehabilitationsbedarf frühzeitig erkannt und auf eine Antragstellung der Leistungsberechtigten hingewirkt wird (**§ 17 Abs. 1 Nr. 1 SGB I**). Die Rehabilitationsträger unterstützen die frühzeitige Erkennung des Rehabilitationsbedarfs insbesondere durch die Bereitstellung und Vermittlung von geeigneten barrierefreien Informationsangeboten über

1. Inhalte und Ziele von Leistungen zur Teilhabe,
2. die Möglichkeit der Leistungsausführung als Persönliches Budget,

3. das Verfahren zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe und
4. Angebote der Beratung, einschließlich der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung nach § 32.

Die Rehabilitationsträger benennen Ansprechstellen, die Informationsangebote nach Satz 2 an Leistungsberechtigte, an Arbeitgeber und an andere Rehabilitationsträger vermitteln. Für die Zusammenarbeit der Ansprechstellen gilt § 15 Absatz 3 des Ersten Buches entsprechend. Die Rehabilitationsträger stellen im Rahmen der Zusammenarbeit nach § 25 Abs. 2 regional sicher, dass die Arbeitgeber jeweils auf nur eine gemeinsamen Ansprechstelle zurückgreifen können.

Absätze 2 und 3 unverändert

Begründung:

Zu Absatz 1 Satz 1: 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.

Zum neuen Absatz 1 Satz 5: Die Arbeitgeber und ihre Verbände fordern nachvollziehbar, dass ihnen trägerübergreifend jeweils 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. Das Nähere dazu kann zwischen den Rehabilitationsträgern in den regionalen Arbeitsgemeinschaften nach § 25 Abs. 2 vereinbart werden. Dabei ist allerdings mit dem Ergänzungsvorschlag zu § 25 Abs. 2 zu gewährleisten, dass diese auch in den Ländern errichtet werden.

1.3 Trägerübergreifend einheitliche Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung

a) § 13 Absatz 1 sollte wie folgt gefasst werden:

§ 13

Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs

(1) Erhält ein Rehabilitationsträger Kenntnis davon, dass die Teilhabe eines Berechtigten beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung droht, veranlasst er unverzüglich eine individuelle und funktionsbezogene Ermittlung der Beeinträchtigung der Teilhabe und des deswegen bestehenden Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe. Er sichert die Dokumentation und Nachprüfbarkeit der Bedarfsermittlung.

Begründung:

Der Regierungsentwurf beschränkt sich in § 12 Absatz 1 auf eine reine Hinwirkungspflicht der Träger, durch geeignete Maßnahmen den Rehabilitationsbedarf frühzeitig zu erkennen und eine Antragstellung zu bewirken.

Mit § 13 Abs.1 in des RegE werden die Träger verpflichtet zur einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel zu verwenden.

Beide Regelungen bleiben hinter der klaren Verpflichtung der Träger im geltenden Recht (§ 10), unverzüglich den Bedarf an Teilhabeleistungen festzustellen, zurück.

Behinderten Menschen ist nur wenig gedient, wenn sie zur Antragstellung angehalten werden und die Träger bestimmte Verwaltungsinstrumente organisieren. Entscheidend ist für sie, dass die Träger verpflichtet sind, unmittelbar nach Kenntnisnahme unverzüglich tätig zu werden und Art und Umfang der Teilhabebeeinträchtigung abzuklären.

Dies wird mit diesem Änderungsvorschlag erreicht.

b) Der bisherige gesamte Absatz 1 des Regierungsentwurf ist verzichtbar und sollte gestrichen werden.

~~Zur einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs verwenden die Rehabilitationsträger systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel (Instrumente) nach den für sie geltenden Leistungsgesetzen. Die Instrumente sollen den von den Rehabilitationsträgern vereinbarten Grundsätzen für Instrumente zur Bedarfsermittlung nach § 26 Absatz 2 Nummer 7 entsprechen. Die Rehabilitationsträger können die Entwicklung von Instrumenten durch ihre Verbände und Vereinigungen wahrnehmen lassen oder Dritte mit der Entwicklung beauftragen.~~

Begründung:

Alle Rehabilitationsträger verwenden seit Jahrzehnten systematische Arbeitsprozesse und setzen standardisierte Arbeitsmittel, beides mit digitaler Unterstützung ein.

Diese Instrumente der Verwaltungsverfahren orientieren sich naturgemäß an der jeweiligen Aufgabenstellung der Träger, d.h., an den von ihnen durchzuführenden Leistungsgesetzen. Absatz 1 Satz 1 des RegE referiert damit die vorhandene Praxis und ist überflüssig.

Die Instrumente richten sich vor allem an den Organisationserfordernissen und -formen der Träger aus, was entscheidend die Ursache für die Unterschiedlichkeit der Arbeitsprozesse und Arbeitsmittel ist. Der RegE will an dieser Unterschiedlichkeit auch gar nichts ändern. Er verpflichtet nämlich nicht zur Vereinheitlichung, sondern nur zur Orientierung an noch zu vereinbarenden Grundsätzen.

Entscheidend ist mithin nicht die Vereinheitlichung der "Instrumente", sondern die des Verwaltungs- und Verfahrensrechts, das entweder im RegE selbst oder in der Verantwortung der Selbstverwaltung auf der Ebene der BAR zu definieren ist (so auch in § 39 Abs. 2 Nr. 2 sehr allgemein vorgesehen).

Es fehlt eine Ergänzung in § 39, dass die auf der Ebene der BAR erarbeiteten Grundsätze auch verbindlich umzusetzen sind.

Der mit dem Wortlaut des § 13 Abs. 1 RegE verbundene massive Eingriff in die Organisationsverantwortung der Selbstverwaltung und der Träger zum Verwaltungsverfahren ist weder notwendig noch verhältnismäßig.

Mit der Umsetzung dieser Regelung ist bei allein Trägern ein erheblicher Verwaltungskostenaufwand verbunden, der vollständig vermieden werden kann.

c) Das mit § 13 Absatz 2 verfolgte Ziel ist nicht durch die Instrumente (Arbeitsprozesse und Arbeitsmittel), sondern ausschließlich durch eine qualifizierte Begutachtung durch geeignete Sachverständige zu erreichen.

Es wird deshalb vorgeschlagen, Absatz 2 an dieser Stelle zu streichen und inhaltlich in § 17 einzuarbeiten

~~(2) Die Instrumente nach Absatz 1 Satz 1 gewährleisten eine individuelle und funktionsbezogene Bedarfsermittlung und sichern die Dokumentation und Nachprüfbarkeit der Bedarfsermittlung, indem sie insbesondere erfassen:~~

~~ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht,~~

~~welche Auswirkung die Behinderung auf die Teilhabe der Leistungsberechtigten hat,~~

~~welche Ziele mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen und~~

~~welche Leistungen im Rahmen einer Prognose zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich sind.~~

d) § 13 Absätze 4 und 5 entfallen.

Alternativ könnten sie an § 17 angefügt werden, um die Wirkung des trägerübergreifenden Begutachtungsverfahrens zu überprüfen.

e) In § 17 sollte das mit § 13 Abs. 2 verfolgte Ziel eingearbeitet und § 17 danach wie folgt gefasst werden:

e.a): Zu § 17 Abs. 1 und 2

§ 17

Begutachtung

(1) Ist für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten erforderlich, beauftragt der leistende Rehabilitationsträger unverzüglich einen geeigneten Sachverständigen, der durch Qualifikation und Weiterbildung zur Begutachtung unter Orientierung an der ICF befähigt ist. Er benennt den Leistungsberechtigten in der Regel drei möglichst wohnortnahe Sachverständige, unter Berücksichtigung sozialmedizinischer Dienste. Haben sich Leistungsberechtigte für einen benannten Sachverständigen entschieden, wird dem Wunsch Rechnung getragen.

(2) Der Sachverständige stellt bei dem Leistungsberechtigten fest, ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht. Dazu prüft er,

1. welche Beeinträchtigung der Teilhabe vorliegen

2. welche Auswirkung die Beeinträchtigungen auf die Teilhabe hat,

3. welche Ziele mit Leistungen zur Teilhabe voraussichtlich erreicht werden können und

4. welche Teilhabeleistungen zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich sind

5. die individuellen Bedürfnisse und Stärken des Leistungsberechtigten und bewertet sie multidisziplinär

und dokumentiert seine Feststellungen zur Nr. 1 mit den entsprechend Kategorien der ICF.

(3) 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. Die in dem Gutachten getroffenen Feststellungen zum Rehabilitationsbedarf werden den Entscheidungen der Rehabilitationsträger zugrunde gelegt. Die gesetzlichen Aufgaben der Gesundheitsämter, des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach § 275 des

Fünften Buches und die gutachterliche Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit nach § 54 bleiben unberührt.

Begründung:

In **Absatz 1** wird die Maßgabe, dass die Begutachtung durch ICF-befähigte Gutachter zu erfolgen hat, in das Gesetz selbst übernommen.

Der erst in den Regierungsentwurf aufgenommene Halbsatz, dass das Auswahlrecht entfällt, soweit gesetzlich eine Begutachtung durch einen sozialmedizinischen Dienst vorgesehen ist, soll wieder gestrichen werden. Mit der Einfügung soll das mit dem SGB IX eingeführte Mit-/Selbstbestimmungsrecht der Berechtigten bei der Auswahl des Gutachters für den Bereich der GKV wegfallen (siehe auch die auf den MDK bezogene Einfügung in Absatz 2).

§ 275 SGB V regelt zwei unterschiedliche Sachverhalte:

- a) die Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme des MDK zur Einleitung von Teilhabeleistungen (§ 275 Abs. 1 Nr. 2 SGB V)
- b) die stichprobenmäßige Überprüfung der Notwendigkeit der Leistungen (§ 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V).

Der Gesetzgeber hat 2001 die Verpflichtung nach § 275 Abs. 1 Nr. 2 SGB V bewusst um die Verpflichtung der Kassen, neben dem MDK zwei weitere Sachverständige zu benennen erweitert, und damit ein Wahlrecht zur Erweiterung der Selbst- und Mitbestimmungsrechte eingeführt.

Zumal die Kassen in der Regel § 275 Abs. 1 Nr. 2 SGB V kaum praktizieren und sich auf Unterlagen aus den Krankenhäusern bzw. der Vertragsärztlichen Versorgung stützen und die Notwendigkeit durch den MDK nach § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V prüfen lassen, der durch da Wahlrecht nach § 17 Abs. 1 Satz 2 SGB IX nicht berührt wird.

Zur Begründung des vorgeschlagenen neuen **Absatz 2** vergl. oben zu § 13 Abs. 2.

Absatz 2 Nr. 5 angefügt entsprechend der Vorgabe in Art. 26 Abs. 1 Buchst. b UN-BRK

eb): Absatz 4 Satz 1 kann entfallen, weil durch die im vorgeschlagen § 13 Abs. 1 enthaltene Verpflichtung bereits der Rehabilitationsträger, der als erster Kenntnis von einer drohenden oder eingetretenen Behinderung erhält, die Feststellung der Beeinträchtigung der Teilhabe zu veranlassen ist.

~~(4) Hat der leistende Rehabilitationsträger nach § 15 weitere Rehabilitationsträger beteiligt, setzt er sich bei seiner Entscheidung über die Beauftragung eines geeigneten Sachverständigen mit den beteiligten Rehabilitationsträgern über Anlass, Ziel und Umfang der Begutachtung ins Benehmen.~~ Die in dem Gutachten getroffenen Feststellungen zum Rehabilitationsbedarf werden in den Teilhabeplan nach § 19 einbezogen. Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.

(5) Die Rehabilitationsträger stellen sicher, dass sie Sachverständige beauftragen können, bei denen keine Zugangs- und Kommunikationsbarrieren bestehen.

Formatiert: Hervorheben

f): In § 25 Abs. 2 Nr. 3

soll die im geltenden Recht vorhandene Verpflichtung zur ICF-orientierten Begutachtung (§ 10 SGB IX) auch weiterhin vorgegeben werden:

§ 25

Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger

(2) Im Rahmen der durch Gesetz, Rechtsverordnung oder allgemeine Verwaltungsvorschrift getroffenen Regelungen sind die Rehabilitationsträger verantwortlich, dass

1. die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich erbracht werden,
2. Abgrenzungsfragen einvernehmlich geklärt werden,
3. Beratung entsprechend den in §§ 1 und 4 genannten Zielen geleistet wird,
4. Begutachtungen möglichst nach einheitlichen, **an der ICF orientierten** Grundsätzen durchgeführt werden sowie
5. Prävention entsprechend dem in § 3 Absatz 1 genannten Ziel geleistet wird,
6. die Rehabilitationsträger im Fall eines Zuständigkeitsübergangs rechtzeitig eingebunden werden.

(3) Die Rehabilitationsträger und ihre Verbände sollen zur gemeinsamen Wahrnehmung von Aufgaben zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen insbesondere regionale Arbeitsgemeinschaften bilden. § 88 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

1.4 Teilhabeplan:

Bereits das Rehabilitations-Angleichungsgesetz von 1974 verpflichtete den zuständigen Rehabilitationsträger in § 5 Abs. 3 zur Erstellung eines Gesamtplans. Er sollte alle Maßnahmen umfassen, die im Einzelfall erforderlich sind, um eine vollständige und dauerhafte Eingliederung zu erreichen.

Diese Verpflichtung wurde von den Trägern wegen des damit verbundenen großen Verwaltungsaufwandes (Zusammentragen aller in den Verwaltungsvorgängen Gutachten in anderer Form vorhandenen Informationen in einem eigenständigen Dokument) praktisch über 30 Jahre nicht umgesetzt. Der Gesetzgeber hat deshalb mit dem SGB IX mit Blick auf diese Kosten und moderne Kommunikationstechniken darauf verzichtet, den Trägern ab 1.7.2001 weiterhin die Erstellung eines "Gesamtplanes" vorzuschreiben.

Sattdessen enthält § 10 Abs. 1 SGB IX seit dem 1.7.2001 die Verpflichtung der Träger, "den individuellen Bedarf ...funktionsbezogen festzustellen und **schriftlich ... zusammenzustellen**. An der Dokumentationspflicht wurde mithin bis heute unverändert festgehalten. Den Trägern wurde lediglich keine bestimmte Form - wie die eines Gesamt- oder Teilhabeplanes - mehr für die schriftliche Dokumentation vorgegeben. Es sind keine Gründe ersichtlich, die für eine Ablösung dieses Verfahrens durch eine bürokratische Vorgabe der Art der Dokumentation sprechen.

Entscheidend ist, dass bei allen Trägern die erforderlichen Informationen in gleicher Weise verfügbar sind und ohne großen Verwaltungsaufwand bereit gestellt werden können.

a): § 19 Absatz 1 sollte wie folgt gefasst werden:

§ 19

Teilhabeplan

(1) ~~Soweit Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind, ist~~ Der leistende Rehabilitationsträger ~~ist~~ dafür verantwortlich, dass er und die nach § 15 beteiligten Rehabilitationsträger im Benehmen miteinander und in

Abstimmung mit den Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen hinsichtlich ~~der damit angestrebten Teilhabeziele~~ Ziel, Art ~~Gegenstand~~, und Umfang ~~und Ausführung~~ funktionsbezogen feststellen und schriftlich so zusammenstellen, dass sie nahtlos ineinander greifen.

Begründung:

Die Dokumentation der Teilhabebeeinträchtigung, der sich daraus ableitenden Teilhabeziele und der zu deren Erreichung gebotenen Leistungen muss unabhängig davon einheitlich erfolgen, ob Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Träger erforderlich sind. Auch wenn zunächst nur eine Leistung oder ein Träger beteiligt sind, können jeder Zeit weitere Leistungen und Träger hinzutreten, die dann auf der vorhandenen Dokumentation ohne Brüche nahtlos aufsetzen können müssen.

Sprachliche Klarstellung "Teilhabeziele" statt "Ziel".

Im Übrigen Anpassung an den Wortlaut des § 25 Abs. 1 Nr. 1 RegE, der den gleichen Sachverhalt hinsichtlich der Zusammenarbeit behandelt..

b): § 19 Abs. 2 und 3 sollten wie folgt gefasst werden:

(2) Der leistende Rehabilitationsträger ~~dokumentieren~~ ~~erstellt in den Fällen~~ nach Absatz 1 einen Teilhabeplan ~~mit folgerndem Inhalt: innerhalb der für die Entscheidung über den Antrag maßgeblichen Frist. Der Teilhabeplan dokumentiert~~

1. den Tag des Antragseingangs beim leistenden Rehabilitationsträger und das Ergebnis der Zuständigkeitsklärung und Beteiligung nach den §§ 14 und 15,
2. die Feststellungen über die individuellen Beeinträchtigung der Teilhabe, die danach ~~erreichbaren und überprüfbaren~~ Teilhabeziele und den dazu bestehenden Bedarf an ~~Teilhabeleistungen~~ auf Grundlage der Bedarfsermittlung nach § 17,
3. die zur individuellen Bedarfsermittlung nach ~~§ 13~~ eingesetzten Instrumente,
4. die gutachterliche Stellungnahme der Bundesagentur für Arbeit nach § 54,
5. die Einbeziehung von Diensten und Einrichtungen bei der Leistungserbringung,
6. ~~erreichbare und überprüfbare Teilhabeziele und deren Fortschreibung,~~
7. ~~6.~~ die Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 8, insbesondere im Hinblick auf die Ausführung von Leistungen durch ein Persönliches Budget,
8. ~~7.~~ die Dokumentation der einvernehmlichen, umfassenden und trägerübergreifenden Feststellung des Rehabilitationsbedarfs in den Fällen nach § 15 Absatz 3 Satz 2,
9. ~~8.~~ die Ergebnisse der Teilhabeplankonferenz nach § 20,
10. ~~9.~~ die Erkenntnisse aus den Mitteilungen der nach § 22 einbezogenen anderen öffentlichen Stellen und
11. ~~10.~~ die besonderen Belange pflegender Angehöriger bei der Erbringung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation.

(3.) Der ~~Rehabilitations~~Träger ~~der Eingliederungshilfe~~ kann mit dem Leistungsberechtigten eine Teilhabezielvereinbarung zur Umsetzung der ~~Mindest~~inhalte des Gesamtplanes oder von Teilen der ~~Mindest~~inhalte des Gesamtplanes abschließen. Die Vereinbarung wird für die Dauer des Bewilligungszeitraumes der Leistungen der Eingliederungshilfe abgeschlossen, soweit sich aus ihr nichts Abweichendes ergibt. Bestehen Anhaltspunkte dafür, dass die Vereinbarungsziele nicht oder nicht mehr erreicht werden, hat der ~~Rehabilitations~~Träger ~~der Eingliederungshilfe~~ die Teilhabezielvereinbarung anzupassen. Die Kriterien nach § 117 Absatz 1 Nummer 3 gelten entsprechend.

(43) Der Inhalt des Teilhabeplans ist innerhalb der für die Entscheidung über den Antrag maßgeblichen Frist so zusammenzustellen, dass er den Leistungsberechtigten und anderen am Teilhabeverfahren Beteiligten schriftlich oder in digitaler Form zur Verfügung gestellt werden kann. Der Teilhabeplan und ggfls. die Teilhabezielvereinbarung werden entsprechend dem Verlauf der Rehabilitation angepasst und darauf ausgerichtet, den Leistungsberechtigten unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Einzelfalls eine umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zügig, wirksam, wirtschaftlich und auf Dauer zu ermöglichen. Dabei sichert der leistende Rehabilitationsträger durchgehend das Verfahren. ~~Die Leistungsberechtigten können von dem leistenden Rehabilitationsträger Einsicht in den Teilhabeplan nach § 25 des Zehnten Buches verlangen.~~

Absätze 4 bis 6 unverändert

Begründung:

Absatz 2 enthält zunächst eine Dokumentationspflicht der Inhalte des Teilhabeplanes, ohne dazu allerdings eine bestimmte Form vorzuschreiben.

Absatz 3 übernimmt die Möglichkeit zur Vereinbarung von Zielvereinbarungen für alle Rehabilitationsträger in den Teil 1. Dafür entfällt im Teil 2 § 122.

Absatz 4 verpflichtet den Rehabilitationsträger die Dokumentation verfahrensmäßig so zu organisieren, dass sie jederzeit als "Teilhabeplan" in schriftlicher oder digitaler Form zur Verfügung gestellt werden kann. Die Verfügbarkeit wird über den Berechtigten hinaus auf andere Verfahrensbeteiligte erweitert. Dafür kann der letzte Satz des Absatzes 3 entfallen. Die Fortschreibungspflicht in Satz 2 wird auf die ggfls. abgeschlossene Zielvereinbarung ausgedehnt.

Absatz 2 Nr. 2 wird zur Klarstellung so gefasst, dass alle zur Feststellung der Beeinträchtigung der Teilhabe, der Teilhabeziele und des Leistungsbedarfs erforderlichen Verfahrensschritte erfasst und dokumentiert werden. Dadurch entfällt Abs. 2 Nr. 6.

1.5 Teilhabeplankonferenz

Zur Vereinheitlichung des Teilhaberechts wird der bisher nur für den Teil 2 vorgesehene § 119 Absatz 2 auch als Absatz 2 in § 20 eingefügt. Die bisherigen Absätze 2 bis 4 werden dadurch zu Absatz 3 bis 5.

§ 20

Teilhabeplankonferenz

(1) Mit Zustimmung der Leistungsberechtigten kann der für die Durchführung des Teilhabeplanverfahrens nach § 19 verantwortliche Rehabilitationsträger zur gemeinsamen Beratung der Feststellungen zum Rehabilitationsbedarf eine Teilhabeplankonferenz durchführen. Die Leistungsberechtigten und die beteiligten Rehabilitationsträger können dem nach § 19 verantwortlichen Rehabilitationsträger die Durchführung einer Teilhabeplankonferenz vorschlagen. Von dem Vorschlag auf Durchführung einer Teilhabeplankonferenz kann abgewichen werden,

1. wenn der zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs maßgebliche Sachverhalt schriftlich ermittelt werden kann,
2. der Aufwand zur Durchführung nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Umfang der beantragten Leistung steht
3. oder eine Einwilligung nach § 23 Absatz 2 nicht erteilt wurde.

(2) In der Teilhabeplankonferenz beraten der Träger der verantwortliche Rehabilitationsträger, der Leistungsberechtigte und beteiligte Leistungsträger gemeinsam auf der Grundlage des Ergebnisses der Bedarfsermittlung nach §§ 13, 17 insbesondere über

1. die Stellungnahmen der beteiligten Leistungsträger und der gutachterlichen Stellungnahme des Leistungserbringers bei Beendigung der Leistungen zur beruflichen Bildung nach § 57,

2. die Wünsche der Leistungsberechtigten nach §§ 8, 104 Absatz 2 bis 4,

3. den Beratungs- und Unterstützungsbedarf nach §§ 32, 106,

4. die Ausführung der Leistungen.

Absätze 3 bis 5 unverändert

Begründung:

Mit diesem Änderungsvorschlag ist für alle Rehabilitationsträger ein einheitliches Teilhabeplan-Recht erreicht.

2. Abschnitt - Trägerübergreifende Zusammenarbeit

2.1 Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger

a): Präventionsleistungen

§ 25

Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger

(2) Im Rahmen der durch Gesetz, Rechtsverordnung oder allgemeine Verwaltungsvorschrift getroffenen Regelungen sind die Rehabilitationsträger verantwortlich, dass

1. die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich erbracht werden,

2. Abgrenzungsfragen einvernehmlich geklärt werden,

3. Beratung entsprechend den in §§ 1 und 4 genannten Zielen geleistet wird,

4. Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen durchgeführt werden sowie

5. Präventionsleistungen im Sinne des § 3 Absatz 1 zur Vermeidung von Beeinträchtigungen der Teilhabe erbracht werden,

6. die Rehabilitationsträger im Fall eines Zuständigkeitsübergangs rechtzeitig eingebunden 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.

b): regionale Arbeitsgemeinschaften

(3) Die Rehabilitationsträger und ihre Verbände sollen zur gemeinsamen Wahrnehmung von Aufgaben zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen insbesondere regionale Arbeitsgemeinschaften bilden. § 88 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 des Zehnten Buches gilt entsprechend. 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. Einige Länder machen davon nur deswegen keinen Gebrauch, weil sie eine ausdrückliche Ermächtigung im SGB IX erwarten. Diese wird mit der vorgeschlagenen Änderung eingeräumt.

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.

2.2: Gemeinsame Empfehlungen

a.) § 26 Absatz 2 sollte wie folgt ergänzt werden:

(1) Die Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 bis 5 vereinbaren darüber hinaus gemeinsame Empfehlungen,

1. welche Maßnahmen nach § 3 geeignet sind, um den Eintritt einer Behinderung zu vermeiden,
2. in welchen Fällen und in welcher Weise rehabilitationsbedürftigen Menschen notwendige Leistungen zur Teilhabe angeboten werden, insbesondere um eine durch eine Chronifizierung von Erkrankungen bedingte Behinderung zu verhindern,
3. über die einheitliche Ausgestaltung des Teilhabeplanverfahrens,
4. in welcher Weise die Bundesagentur für Arbeit nach § 54 zu beteiligen ist,
5. wie Leistungen zur Teilhabe nach § 14 und § 15 koordiniert werden,

6. über das Verfahren des Teilhabeplanes bei Beteiligung mehrerer Rehabilitationsträger Ziffern 7ff unverändert

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 allerdings nicht praktikabel.

b.) § 26 Absatz 4 sollte wie folgt geändert werden:

(1) Die Träger der Renten-, Kranken- und Unfallversicherung können sich werden bei der Vereinbarung der gemeinsamen Empfehlungen durch ihre Spitzenverbände vertreten lassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen schließt die gemeinsamen Empfehlungen auch als Spitzenverband Bund der Pflegekassen ab, soweit die Aufgaben der Pflegekassen von den gemeinsamen Empfehlungen berührt sind.

Begründung:

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

c.): § 26 Absatz. 9 sollte um einen Satz 2 ergänzt werden:

(9) Die gemeinsamen Empfehlungen können durch die regional zuständigen Rehabilitationsträger konkretisiert werden. 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.

2.3: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

a.) § 39 Absatz 2 sollte wie folgt gefasst werden:

(1) Die Aufgaben der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation sind insbesondere:

1. Die Beobachtung der Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger und die regelmäßige Auswertung und Bewertung der Zusammenarbeit; hierzu bedarf es
 - a) der Erstellung von gemeinsamen Grundsätzen für die Erhebung von Daten, die der Aufbereitung und Bereitstellung von Statistiken über das Rehabilitationsgeschehen der Träger und ihrer Zusammenarbeit dienen,
 - b) der Datenaufbereitung und Bereitstellung von Statistiken über das Rehabilitationsgeschehen der Träger und ihrer Zusammenarbeit und
 - c) der Erhebung und Auswertung nicht personenbezogener Daten über Prozesse und Abläufe des Rehabilitationsgeschehens aus dem Aufgabenfeld der medizinischen

Formatiert: Einzug: Links: 0 cm,
Erste Zeile: 0,75 cm

und beruflichen Rehabilitation der Sozialversicherung mit Zustimmung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales,

2. die Erarbeitung von gemeinsamen Grundsätzen zur Bedarfserkennung, Bedarfsermittlung und Koordinierung von Rehabilitationsmaßnahmen und zur trägerübergreifenden Zusammenarbeit,
 3. die Erarbeitung von gemeinsamen Empfehlungen zur Sicherung der Zusammenarbeit nach § 25 und 26,
 4. die trägerübergreifende Fort- und Weiterbildung zur Unterstützung und Umsetzung trägerübergreifender Kooperation und Koordination,
 5. die Entwicklung gemeinsamer Grundsätze zur Förderung der Aus- und Fortbildung für Fachkräfte und Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen,
 6. die Entwicklung von Grundsätzen über Gegenstand, Umfang und Höhe der Assistenzleistungen nach § 78,
 7. 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,
8. bis 12. unverändert.

Begründung:

Zu Nr. 3: 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)

Zu Nr. 5: 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.

Zu Nr. 6: 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.

Zu Nr. 7: 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).

b): An § 39 wird folgender Absatz 2 angefügt:

"(2) 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.

2.4: Verantwortliche Stelle für den Sozialdatenschutz

An § 23 Abs. 3 sollte zur Klarstellung ein weiterer Satz angefügt werden:

(3) Die datenschutzrechtlichen Vorschriften des Ersten und des Zehnten Buches sowie der jeweiligen Leistungsgesetze der Rehabilitationsträger bleiben bei der Zuständigkeitsklärung und bei der Erstellung des Teilhabepfandes unberührt. 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:

Die Fassung des RefE entspricht dem bisherigen § 10 Abs. 4. Dennoch kam es in der Vergangenheit über Jahre hinweg zu erheblichen Auseinandersetzungen zwischen den

Rehabilitationsträgern. Wesentliche Verfahrensbestimmungen des SGB IX entfalten keine Wirkung, weil Rehabilitationsträger unter Hinweis auf die Bestimmungen des SGB X die Weitergabe von Daten an andere Rehabilitationsträger verweigerten. Das soll mit diesem Vorschlag beendet werden.

3. Abschnitt - Anpassung Teil 2 zum trägerübergreifenden Teilhaberecht

Die Absicht des Gesetzgebers von 2001, den Auftrag des Deutschen Bundestages von 1990 zu verwirklichen und mit dem SGB IX ein trägerübergreifend einheitliches Teilhaberecht zu schaffen, um damit die Schnittstellen des gegliederten deutschen Sozialleistungssystems für behinderte Menschen zu überwinden und zu gewährleisten, dass alle behinderten Menschen die nach ihrem individuellen Bedarf erforderlichen Leistungen einheitlich erhalten, unabhängig von der Zuständigkeit und Leistungsverpflichtung eines Trägers, sollte keinesfalls aufgegeben sondern abschließend verwirklicht werden.

Dazu sind die Bestimmungen im Teil 2 des RegE mit denen des Teils 1 wie folgt in Einklang zu bringen:

3.1. Förderung der Teilhabe ist einheitlich Aufgabe des gesamten Teilhaberechts und aller Träger

a) Aufgabe der Eingliederungshilfe

§ 90

Aufgabe der Eingliederungshilfe

(1) ~~Aufgabe der 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. Ist es, Leistungsberechtigten eine individuelle Lebensführung zu ermöglichen, die der Würde des Menschen entspricht, und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern. Die Leistung soll sie befähigen, ihre Lebensplanung und -führung möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich wahrnehmen zu können.~~

Begründung:

Die Fassung des RegE reduziert die Aufgabenstellung der Eingliederungshilfe auf die in § 76 definierten Ziele der Leistungen zur Sozialen Teilhabe. Es sind nicht nur keine Gründe für diese Einschränkung ersichtlich. Sie nimmt der Eingliederungshilfe - im Gegensatz zu den verschiedenen diesbezüglichen Ausführungen in der Begründung - ausdrücklich auch die Aufgabe des untersten sozialen Auffangnetzes. Dieses kann sie nämlich nur dann wahrnehmen, wenn ihr auch die gesamte Aufgabenstellung des § 1 uneingeschränkt übertragen ist, wie dies der Änderungsvorschlag vorsieht.

Mit diesem Vorschlag sind auch keine Mehrkosten verbunden, weil die Sozialhilfeträger auch bisher bereits als unterstes soziales Auffangnetz immer dann alle im SGB IX verankerten Teilhabeleistungen zu erbringen hatten, wenn kein anderer Rehabilitationsträger leistungsverpflichtet war (u.a. § 54 Abs. 1, 53 Abs. 3 SGB XII).

Die Einschränkung ist auch nicht mit der UN-BRK vereinbar. Die Aufgabenbeschreibung der Eingliederungshilfe des RegE ist nach der Begründung lediglich an den Grundsätzen des

Artikel 3 Ziffern a und c UN-BRK *orientiert*. Schon nach diesem Wortlaut setzt sie die UN-BRK 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.

b) Aufgabe der Teilhabeleistungen

Die nachfolgenden **Absätze 2 bis 5** [des § 90](#)

~~(2) Besondere Aufgabe der Medizinischen Rehabilitation ist es, eine Beeinträchtigung nach § 90 Absatz 1 abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder die Leistungsberechtigten soweit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.~~

~~(3) Besondere Aufgabe der Teilhabe am Arbeitsleben ist es, die Aufnahme, Ausübung und Sicherung einer der Eignung und Neigung der Leistungsberechtigten entsprechenden Beschäftigung sowie die Weiterentwicklung ihrer Leistungsfähigkeit und Persönlichkeit zu fördern.~~

~~(4) Besondere Aufgabe der Teilhabe an Bildung ist es, Leistungsberechtigten eine ihren Fähigkeiten und Leistungen entsprechende Schulbildung und schulische und hochschulische Aus- und Weiterbildung für einen Beruf zur Förderung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen.~~

~~(5) Besondere Aufgabe der Sozialen Teilhabe ist es, die gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern.~~

werden durch folgenden **neuen Absatz 2** ersetzt:

"(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."

Begründung:

Die Aufgabenstellung der **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation** im beabsichtigten 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. Damit 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).

Die Aufgabenstellung der Leistungen zur **Teilhabe am Arbeitsleben** im beabsichtigten Absatz 3 ist ebenfalls nicht mehr auf die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am

Arbeitsleben (§ 1) ausgerichtet, sondern wird auf die Förderung einer Beschäftigung und die Weiterentwicklung der Leistungsfähigkeit und Persönlichkeit reduziert.

Für die Doppelung der Absätzen 4 und 5 im Verhältnis zum Teil 1 gibt es ebenfalls keine tragfähigen Gründe.

Der Änderungsvorschlag stellt im Sinne eines einheitlichen Rehabilitationsrechts und einer einheitlichen Rehabilitationspraxis sicher, dass - wie bisher - alle Teilhabeleistungen aller Rehabilitationsträger vollständig die im Teil 1 definierten Leistungsziele verfolgen, die der UN-BRK entsprechen.

3.2 Einheitliche Instrumente und Verfahren zur Bedarfsfeststellung

a) Gesamtplanverfahren im Teil 2

§ 120 Abs. Nr. 5 und 6 wird wie folgt geändert

§ 117

Gesamtplanverfahren

(1) Das Gesamtplanverfahren ist nach folgenden Maßstäben durchzuführen:

1.....,

2.....

3.....

4.....

5. Durchführung einer **Teilhabe**plankonferenz,

6. Abstimmung der Leistungen nach Inhalt, Umfang und Dauer in einer **Teilhabeplan**konferenz unter Beteiligung betroffener Leistungsträger.

Absätze 2 bis 5 unverändert.

Begründung:

Da abgesehen von der Absicht, konsequent sozialhilferechtliches Sonderrecht zu gestalten, keine fachlichen und rechtlichen Gründe für unterschiedliches Recht zum Teilhabeplan und zur Teilhabeplankonferenz in Teil 1 und 2 ersichtlich sind, werden die entsprechenden Bestimmungen mit den Änderungsvorschlägen aneinander angepasst.

b) Bedarfsermittlung

§ 118

Instrumente der Bedarfsermittlung

(1) Der Träger der Eingliederungshilfe hat die Leistungen nach den Kapiteln 3 bis 6 unter Berücksichtigung der Wünsche des Leistungsberechtigten festzustellen. **Für die Ermittlung des individuellen Bedarfes des Leistungsberechtigten finden die §§ 12, 13 und 17 Anwendung.** ~~muss durch ein Instrument erfolgen, das sich an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit orientiert. Das Instrument hat die Beschreibung einer nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe in den folgenden Lebensbereichen vorzusehen:~~

~~1. Lernen und Wissensanwendung,~~

~~2. Allgemeine Aufgaben und Anforderungen,~~

~~3. Kommunikation,~~

~~4. Mobilität,~~

~~5. Selbstversorgung,~~

~~6. Häusliches Leben,~~

~~7. Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen,~~

~~6. Bedeutende Lebensbereiche und~~

~~7. Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben.~~

~~(2) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über das Instrument zur Bedarfsermittlung zu bestimmen.~~

Begründung:

Mit der vorgeschlagenen Neufassung des § 17 findet in allen Fällen eine ICF-orientierte Begutachtung statt bei der die Beeinträchtigung der Teilhabe in allen Lebensbereichen mit den Kategorien der ICF dokumentiert wird.

Einer Aufzählung der Lebensbereiche bedarf es danach im Gesetz selbst nicht. Ebenso wenig bedarf es der Beschreibung der Lebensbereiche in der EinglHVO, die vollständig entfallen kann.

c.) Teilhabeplankonferenz/Gesamtplankonferenz

Es bedarf keiner unterschiedlichen Regelungen zur Teilhabeplan-/Gesamtplankonferenz in Teil 1 und 2. Dazu folgender Änderungsvorschlag:

§ 119

Gesamtplankonferenz/Teilhabeplankonferenz

(1) Mit Zustimmung des Leistungsberechtigten kann der Träger der Eingliederungshilfe eine ~~Gesamtplankonferenz~~ **Teilhabeplankonferenz nach § 20** durchführen ~~der entsprechend anzuwenden ist~~, um die Leistungen für den Leistungsberechtigten nach den Kapiteln 3 bis 6 sicherzustellen. Die Leistungsberechtigten und die beteiligten Rehabilitationsträger können dem nach § 15 verantwortlichen Träger der Eingliederungshilfe die Durchführung einer ~~Gesamtplankonferenz~~ vorschlagen. Den Vorschlag auf Durchführung einer ~~Gesamtplankonferenz~~ kann der Träger der Eingliederungshilfe ablehnen, wenn der maßgebliche Sachverhalt schriftlich ermittelt werden kann oder der Aufwand zur Durchführung nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Umfang der beantragten Leistung steht.

~~(2) In einer Gesamtplankonferenz beraten der Träger der Eingliederungshilfe, der Leistungsberechtigten und beteiligte Leistungsträger gemeinsam auf der Grundlage des Ergebnisses der Bedarfsermittlung nach § 118 insbesondere über~~

~~die Stellungnahmen der beteiligten Leistungsträger und der gutachterlichen Stellungnahme des Leistungserbringers bei Beendigung der Leistungen zur beruflichen Bildung nach § 57,~~

~~die Wünsche der Leistungsberechtigten nach § 104 Absatz 2 bis 4,~~

~~den Beratungs- und Unterstützungsbedarf nach § 106,~~

~~die Erbringung der Leistungen.~~

~~(3) Ist der Träger der Eingliederungshilfe Leistungsverantwortlicher nach § 15, soll er die Gesamtplankonferenz mit einer Teilhabeplankonferenz nach § 20 verbinden. Ist der Träger der Eingliederungshilfe nicht Leistungsverantwortlicher nach § 15, soll er nach § 19~~

Formatiert: Einzug: Links: 0 cm,
Erste Zeile: 0,75 cm

~~Absatz 5 den Leistungsberechtigten und den Rehabilitationsträgern anbieten, mit deren Einvernehmen das Verfahren anstelle des leistenden Rehabilitationsträgers durchzuführen.~~

(2) Beantragt eine leistungsberechtigte Mutter oder ein leistungsberechtigter Vater Leistungen zur Deckung von Bedarfen bei der Versorgung und Betreuung eines eigenen Kindes oder mehrerer eigener Kinder, so ist eine Gesamtplankonferenz mit Zustimmung des Leistungsberechtigten durchzuführen. Bestehen Anhaltspunkte dafür, dass diese Bedarfe durch Leistungen anderer Leistungsträger, durch das familiäre, freundschaftliche und nachbarschaftliche Umfeld oder ehrenamtlich gedeckt werden können, so informiert der Träger der Eingliederungshilfe mit Zustimmung der Leistungsberechtigten die als zuständig angesehenen Leistungsträger, die ehrenamtlich tätigen Stellen und Personen oder die jeweiligen Personen aus dem persönlichen Umfeld und beteiligt sie an der Gesamtplankonferenz.

Begründung:

Mit der Übernahme des § 119 Absatz 2 in den Als Absatz 2 in § 20 wird ein einheitliches Verfahren der Teilhabeplankonferenz bei allen Rehabilitationsträgern erreicht. Mit Blick auf dieses einheitliche Recht bedarf es der Regelung in Absatz 3 nicht mehr.

d.) Teilhabeplan/Gesamtplan

Auch hier bedarf es keiner unterschiedlichen Regelungen zum Teilhabeplan-/Gesamtplan in Teil 1 und 2. Dazu folgender Änderungsvorschlag:

§ 121

Teilhabe Gesamtplan

(1) Der Träger der Eingliederungshilfe stellt ~~einen Teilhabeplan nach § 19 unverzüglich nach der Feststellung der Leistungen einen Gesamtplan insbesondere zur Durchführung der einzelnen Leistungen oder einer Einzelleistung auf.~~

(2) ~~Der Teilhabeplan Gesamtplan~~ dient ~~für die Eingliederungshilfe auch~~ der Steuerung, Wirkungskontrolle und Dokumentation des Teilhabeprozesses. ~~Er bedarf der Schriftform und Er~~ soll regelmäßig, spätestens nach zwei Jahren, überprüft und fortgeschrieben werden.

(3) Bei der Aufstellung des Gesamtplanes wirkt der Träger der Eingliederungshilfe zusammen mit

1. dem Leistungsberechtigten,
2. einer Person ihres Vertrauens und
3. dem im Einzelfall Beteiligten, insbesondere mit
 - a) dem behandelnden Arzt,
 - b) dem Gesundheitsamt,
 - c) dem Landesarzt,
 - d) dem Jugendamt und
 - e) den Dienststellen der Bundesagentur für Arbeit sowie ~~mit weiteren Rehabilitationsträgern.~~

(4) Der Gesamtplan enthält neben den Inhalten nach § 19 mindestens

1. die im Rahmen der Gesamtplanung eingesetzten Verfahren und Instrumente sowie die Maßstäbe und Kriterien der Wirkungskontrolle einschließlich des Überprüfungszeitpunkts,
2. die Aktivitäten der Leistungsberechtigten,

3. die Feststellungen über die verfügbaren und aktivierbaren Selbsthilferessourcen des Leistungsberechtigten sowie über Art, Inhalt, Umfang und Dauer der zu erbringenden Leistungen,
4. die Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 8 im Hinblick auf eine pauschale Geldleistung und
5. die Erkenntnisse aus vorliegenden sozialmedizinischen Gutachten.

~~(5) Der Träger der Eingliederungshilfe hat der leistungsberechtigten Person Einsicht in den Gesamtplan zu gestatten.~~

Begründung:

Mit den vorgeschlagenen Änderungen wird der Gesamtplan nach § 19 bei allen Rehabilitationsträgern einheitlich erstellt.

In Absatz 2 wird auf die Erwähnung der Schriftform verzichtet, weil mit dem Änderungsvorschlag zu § 19 die Form schriftlich oder digital organisiert werden kann.

Absatz 5 entfällt mit Blick auf die entsprechende Regelung in § 19.

Das Sonderrecht für die Eingliederungshilfe in Absatz 2 und 3 bleibt im Übrigen unter Ergänzung des Absatz 3 um die Zusammenarbeit mit anderen Rehabilitationsträgern erhalten.

e.) Teilhabezielvereinbarung

Auch für diese Regelung gibt es keine tragfähige Begründung für unterschiedliche Regelung in Teil 1 und 2.

Es wird vorgeschlagen den Wortlaut des § 122 als Absatz 4 in § 19 eingefügt. Dafür kann § 122 im Teil 2 ersatzlos wegfallen.

§ 122

Teilhabezielvereinbarung

~~Der Träger der Eingliederungshilfe kann mit dem Leistungsberechtigten eine Teilhabezielvereinbarung zur Umsetzung der Mindestinhalte des Gesamtplanes oder von Teilen der Mindestinhalte des Gesamtplanes abschließen. Die Vereinbarung wird für die Dauer des Bewilligungszeitraumes der Leistungen der Eingliederungshilfe abgeschlossen, soweit sich aus ihr nichts Abweichendes ergibt. Bestehen Anhaltspunkte dafür, dass die Vereinbarungsziele nicht oder nicht mehr erreicht werden, hat der Träger der Eingliederungshilfe die Teilhabezielvereinbarung anzupassen. Die Kriterien nach § 117 Absatz 1 Nummer 3 gelten entsprechend.~~

4. Viertes Abschnitt - Trägerübergreifendes Leistungsrecht

4.1 Wunsch und Wahlrecht

§ 3

Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten

(1) Bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe wird berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen. Berechtigte Wünsche dienen der Förderung der Wirksamkeit der Leistungen und sind als grundsätzlich als wirtschaftlich anzusehen.

Begründung:

Das Bundessozialgericht hat die Wirkung des bisherigen § 9 entgegen dem Willen des Gesetzgebers von 2001 dadurch eingeschränkt, dass es dem Auswahlermessens des Rehabilitationsträgers nach § 19 Abs. 4 SGB IX aus Gründen der Wirtschaftlichkeit eine höhere Gewichtung bei der Entscheidung über das Wunschrecht beigemessen hat, als dem Recht der Berechtigten auf Selbstbestimmung. Damit wurde der Wille des Gesetzgebers zur Stärkung der Selbstbestimmung eingeschränkt. 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.

4.2 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

a.) Aufgabe der medizinischen Rehabilitation ist nicht die Krankenbehandlung, sondern die Krankheitsfolgenbewältigung zur Förderung der Teilhabe.

§ 42

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(1) Zur medizinischen Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen und von Behinderungen bedrohten Menschen werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um

1. Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten **und deren Folgen** abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder

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.

b.): Alle medizinischen Leistungen zur Rehabilitation können gleichermaßen stationär und nichtstationär ausgeführt werden. Zur Klarstellung soll an § 42 folgender Absatz 4 angefügt werden:

"(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."

Begründung:

Der neue Absatz 4 enthält 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

einer abweichenden Rechtsanwendung insbesondere im Bereich der GKV bisher z.Tl. zustehende Leistungen versagt bleiben.

c.): Gewährleistung der Teilhabeleistungen für besondere Zielgruppen mit außerordentlich schweren Teilhabebeeinträchtigungen

Zu diesem Zweck soll an § 42 ein neuer Absatz 5 angefügt 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 § 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."

Begründung:

Auch dieser Absatz enthält kein neues Leistungsrecht, sondern stellen im Interesse der Berechtigten lediglich die schon nach geltendem Leistungsrecht bestehenden Möglichkeiten der Rehabilitationsträger zur Gestaltung von Leistungen klar. Der Änderungsvorschlag greift entsprechende Vorschläge der Deutschen Vereinigung zur Rehabilitation (DVfR) für die Phase E der neurologischen Rehabilitation, der Deutschen Wachkoma Gesellschaft für Wachkomapatienten und anderer Fachgesellschaften auf, klarzustellen, dass auch außerordentlich beeinträchtigte Menschen den Zugang zu medizinischen Leistungen haben, wenn eine positive Teilhabeprognose gestellt werden kann. So haben derzeit behinderte Menschen mit schwersten Hirnschädigungen z.B. in Pflegeeinrichtungen der Phase F in der Regel keinen Zugang zu Leistungen zur Förderung der Teilhabe mehr, 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).

d.): Krankenbehandlung und Rehabilitation

§ 43

Krankenbehandlung und Rehabilitation

Die in § 42 Absatz 1 genannten Ziele sowie § 12 Absatz 1 und 3, **13, 17** und § 19 gelten auch bei Leistungen der Krankenbehandlung.

Begründung:

Der bisherige § 27 regelte die Geltung der Teilhabeziele der medizinischen Rehabilitation (§ 26 Abs. 1) und die Verpflichtung zur individuellen funktionsbezogenen, 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 übernimmt lediglich die Geltung der Teilhabeziele des § 42 Abs. 1 (§ 26 Abs. 1 -alt).

Nicht übernommen wird dagegen die Verpflichtung zur ICF-orientierten Bedarfsfeststellung (bisher § 10-alt). Danach sind die Krankenkassen künftig nicht mehr verpflichtet, den Bedarf

an Teilhabeleistungen ICF-orientiert festzustellen. Die Bezugnahme auf den Teilhabeplan nach § 19 eicht dazu nicht aus, da diese Regelung keine vergleichbare Verpflichtung enthält.

Insbesondere für die Anwendung der neuen §§ 14 bis 16 ist jedoch ein trägerübergreifend einheitliches Bedarfsfeststellungsverfahren unabdingbar. Dies wird durch den Änderungsvorschlag entsprechend dem bisherigen Recht gewährleistet.

e.): Früherkennung und Frühförderung

In § 46 Abs. 4 Satz 1 sollte folgende Ergänzung eingefügt werden:

(4) In den Landesrahmenvereinbarungen **im Sinne von § 26 Abs. 2** zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern und den Verbänden der Leistungserbringer wird Folgendes geregelt:

.....

Begründung:

In einigen Ländern (z.B. 1. Inklusionsstärkungsgesetz NRW) werden die Landesrahmenvereinbaren als untergesetzliche Regelungen dem SGB XII und nicht dem SGB IX zugeordnet. Deswegen sollte durch die vorgeschlagene Ergänzung klargestellt werden, dass es sich bei diesen Vereinbarungen nicht um Sozialhilferecht handelt, sondern um untergesetzlicher Regelungen mit dem Charakter gemeinsamer Empfehlungen im Sinne des SGB IX.

4.3 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

a.): Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich

§ 57

Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich

(1) Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen erhalten Menschen mit Behinderungen

1. im Eingangsverfahren zur Feststellung, ob die Werkstatt die geeignete Einrichtung für die Teilhabe des Menschen mit Behinderungen am Arbeitsleben ist sowie welche Bereiche der Werkstatt und welche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für die Menschen mit Behinderungen in Betracht kommen, und um einen Eingliederungsplan zu erstellen.
2. im Berufsbildungsbereich, wenn die Leistungen erforderlich sind, um die Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit des Menschen mit Behinderungen so weit wie möglich zu entwickeln, zu verbessern oder wiederherzustellen, ~~und erwartet werden kann, dass der Mensch mit Behinderungen nach Teilnahme an diesen Leistungen in der Lage ist, wenigstens ein Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung im Sinne des § 219 zu erbringen.~~

(2) Die Leistungen im Eingangsverfahren werden für drei Monate erbracht. Die Leistungsdauer kann auf bis zu vier Wochen verkürzt werden, wenn während des Eingangsverfahrens im Einzelfall festgestellt wird, dass eine kürzere Leistungsdauer ausreichend ist.

(3) Die Leistungen im Berufsbildungsbereich werden für zwei Jahre erbracht, **wenn sich nach einer Erprobungsphase eine positive Prognose für ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung im Sinne des § 219 gestellt werden kann.** Sie werden in der Regel zunächst für ein Jahr bewilligt. Sie werden für ein weiteres Jahr bewilligt, wenn auf Grund einer fachlichen Stellungnahme, die rechtzeitig vor Ablauf des Förderzeitraums nach

Satz 2 abzugeben ist, angenommen wird, dass die Leistungsfähigkeit des Menschen mit Behinderungen weiterentwickelt oder wiedergewonnen werden kann.

(4)

Begründung:

Mit der vorgeschlagenen Änderung wird zunächst allen Menschen mit Behinderungen der Zugang sowohl zum Eingangsverfahren wie auch zum Berufsbildungsbereich eröffnet.

Nach diesem Vorschlag soll auch künftig eine längerfristige Beschäftigung im Berufsbildungsbereich von einer positive Prognose hinsichtlich eines Mindestmaßes an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung abhängig gemacht werden. Da eine sichere Prognose, ob eine solche Leistungsfähigkeit erreichbar erscheint, in der Regel erst nach Teilnahme an Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich möglich ist, wird als Basis dieser Prognose eine Erprobungsphase im Beschäftigungsbereich vorgesehen.

Die bisherige Vorabprognose allein aus den im Eingangsverfahren gewonnen Erkenntnissen versagt bestimmten Gruppen behinderter Menschen den Zugang zu den Leistungen im Berufsbildungsbereich, obwohl sich nach der Teilnahme an diesen Leistungen das geforderte Mindestmaß an Leistungsfähigkeit dargestellt hätte.

Da im Übrigen die in § 216 Abs. 2 Satz 2 genannten Beschränkungen fortbestehen (Selbst- oder Fremdgefährdung; Betreuung oder Pflege) dürften die mit dieser Öffnung verbundenen Kosten sehr begrenzt sein.

b.): Andere Leistungsanbieter

§ 60

Andere Leistungsanbieter

(1) Menschen mit Behinderungen, die Anspruch auf Leistungen nach den §§ 57, 58 haben, können diese auch bei einem anderen Leistungsanbieter in Anspruch nehmen.

(2) Die Vorschriften für Werkstätten für behinderte Menschen gelten mit folgenden Maßgaben für andere Leistungsanbieter:

1. sie bedürfen nicht der förmlichen Anerkennung; **die Bedingungen für die Ausführung der Leistungen werden in Verträgen nach § 38 vereinbart.**
2. sie müssen nicht über eine Mindestplatzzahl und die für die Erbringung der Leistungen in Werkstätten erforderliche räumliche und sächliche Ausstattung verfügen,
3. sie können ihr Angebot auf Leistungen nach §§ 57 oder 58 oder Teile solcher Leistungen beschränken und
4. **sie sind nicht verpflichtet, Menschen mit Behinderungen Leistungen nach §§ 57 oder 58 zu erbringen, wenn und solange die Leistungsvoraussetzungen vorliegen. Eine Beendigung des Leistungsverhältnisses ist mit Zustimmung des Rehabilitationsträgers zulässig, wenn die Anschlussversorgung gesichert ist.**

~~(3) Eine Verpflichtung des Leistungsträgers, Leistungen durch andere Leistungsanbieter zu ermöglichen, besteht nicht.~~

(4) Für das Rechtsverhältnis zwischen dem anderen Leistungsanbieter und dem Menschen mit Behinderungen gilt § 221 entsprechend.

Begründung:

Zu Absatz 2 Nr. 2: Ohne ein Zulassungsverfahren wie die förmliche Anerkennung besteht kein Instrument, mit dem der Rehabilitationsträger die Bedingungen für die Leistungsausführung verbindlich vereinbaren kann. Dabei geht es Sowohl um die Wirksamkeit und Qualität der Leistungsausführung, wie auch die Rahmenbedingungen, unter denen der Berechtigte bei dem anderen Leistungsanbieter tätig werden kann (z.B. Arbeitsschutz, Sanitäreinrichtungen, Raumanforderungen usw.) Deswegen wird vorgeschlagen, zwischen Rehabilitationsträger und anderem Leistungsanbieter im Einzelfall oder kollektiv Verträge nach § 38 zu vereinbaren, in den alle erforderlichen Anforderungen geregelt werden können.

Zu Absatz 2 Nr. 4: Ziffer 4 RegE 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.

Zu Absatz 3: Diese Regelung ist nicht mit § 17 Abs. 1 Nr. 1 SGB I und § 36 Abs. 1 SGB IX zu vereinbaren und daher zu streichen..

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.

4.4: Leistungen zur Teilhabe an Bildung

§ 75

Leistungen zur Teilhabe an Bildung

(1) Zur Teilhabe an Bildung werden **die nach dem individuellen Bedarf in den Teilhabeplan nach § 19 aufgenommenen unterstützenden Leistungen erbracht, die erforderlich sind, damit Menschen mit Behinderungen Bildungsangebote gleichberechtigt wahrnehmen können, um das Recht auf Bildung von Menschen mit Behinderungen ohne Benachteiligungen und auf der Grundlage von Chancengleichheit zu verwirklichen.**

(2).....

Die Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 **Nummer 2 bis 4** erbringen ihre Leistungen unter den Voraussetzungen und im Umfang der Bestimmungen **der für sie geltenden**

Leistungsgesetze als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Der Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nummer 3 zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Begründung:

Zu Absatz 1: 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 RegE, nach der nur noch erforderliche *unterstützende* Leistungen, d.h., im Kern nicht einmal mehr Bildungsleistungen selbst, erbracht werden können, *damit Menschen mit Behinderungen Bildungsangebote gleichberechtigt wahrnehmen können*. Das bleibt weit hinter den Anforderungen von Art. 24 UN-BRK zurück und ist damit nicht zu vereinbaren.

Im Übrigen wird hierzu auf die vielfältigen Stellungnahmen der Verbände verwiesen..

Zu Absatz 2 Satz 2: 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).

Bisher können alle in § 6 genannten Träger von Leistungen zur Teilhabe im Rahmen der Bestimmungen des 10. (bisher 5.) Kapitels Leistungen zur Bildung erbringen und müssen dies auch in Zukunft tun können.

4.5: Leistungen zur sozialen Teilhabe

§ 76

Leistungen zur Sozialen Teilhabe

(1) Leistungen zur Sozialen Teilhabe werden erbracht, um eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu sichern, zu ermöglichen oder zu erleichtern, soweit sie nicht nach den Kapiteln 9 bis 12 erbracht werden. Hierzu gehört, Leistungsberechtigte zu einer möglichst selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung im eigenen Wohnraum sowie in ihrem Sozialraum zu befähigen oder sie hierbei zu unterstützen. Maßgeblich sind die Ermittlungen und Feststellungen nach Kapitel 3 und 4.

(2) Leistungen zur Sozialen Teilhabe sind insbesondere

1.....

bis

8..... unverändert.

9. Leistungen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben und

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

Begründung:

Zu Absatz 1 Satz 1: 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.

Zu Absatz 2 Nr. 9 und 10: 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. 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 dienten, die Wirksamkeit der zuvor erbrachten Leistung zu sichern. Dies Ziel werde jetzt durch den Gesamtplan und die damit verbundene Steuerung, Wirkungskontrolle und Dokumentation erreicht. Das wird jedoch durch die Stellungnahmen der Fachverbände widerlegt.

Im RegE finden sich beide Leistungen in § 78 Abs. 1 nunmehr als Bestandteil der personalen Assistenzleistung wieder. Damit wird das Problem jedoch nicht gelöst. Beide Leistungen werden auch von behinderten Menschen benötigt, die im Übrigen keinen Assistenzleistungsbedarf haben. Für diese bisher Berechtigten fallen die Leistungen weiterhin ersatzlos weg.

Im Übrigen umfassten die Leistungen nach Nr. 9 nicht nur personale Leistungen, sondern auch andere Sachleistungen (z.B. bei Bedürftigkeit auch Eintritt usw). die mit der Verlagerung in die Assistenzleistungen künftig nicht mehr gedeckt sind.

4.6: Assistenzleistungen

Die Stellungnahmen der Verbände geben hinreichend Veranlassung, die Regelungen Regelung des **§ 78** neu zu fassen. Insbesondere die Unterscheidung zwischen "einfacher Assistenzleistung" und "qualifizierter Assistenz" entspricht in der Fassung des RegE nicht der Lebenswirklichkeit behinderter Menschen mit Assistenzbedarf, insbesondere nicht im Rahmen selbstbestimmten Lebens außerhalb einer Einrichtung, und ist deswegen auch nicht praktikabel.

Unabhängig davon fehlt jede Regelung zur Bemessung der Assistenzleistung der Höhe nach. Mit der Neufassung des Absatz 1 im RegE wird lediglich eine Anspruchsgrundlage dem Grunde nach geschaffen. Deshalb wird vorgeschlagen, folgenden **Absatz 4** anzufügen:

"(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:

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 § 116 Abs. 1 vorgesehen, dass die qualifizierte Assistenz mit Zustimmung des Berechtigten als pauschale Geldleistung 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 vom zuständigen Träger der Eingliederungshilfe der Höhe nach geregelt werden soll, was im Ergebnis zu bis zu vielfach unterschiedlichen Lebensverhältnissen führen dürfte. Schon die im Referentenentwurf vorgesehene Festlegung durch die zuständige oberste Landesbehörde hätte zu bis zu 16fach unterschiedlichen Ergebnissen geführt. Durch die mit dem RegE vollzogene Verlagerung auf die jeweils zuständigen Träger der Eingliederungshilfe wird die Spreizung noch größer.

Für Assistenzleistungen durch andere Träger von Teilhabeleistungen enthält der Entwurf bisher keine Regelung über Gegenstand und Umfang der Leistung. Diese Lücke müsste durch die Selbstverwaltung mit trägerspezifischen Richtlinien geschlossen werden.

Dieser Änderungsvorschlag 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.

4.7: Leistungen zur Mobilität

§ 83

Leistungen zur Mobilität

(1) Leistungen zur Mobilität umfassen

1. Leistungen zur Beförderung, insbesondere durch einen Beförderungsdienst, ~~und~~
2. Leistungen für ein Kraftfahrzeug und
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 Krafffahrzeughilfe 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).

4.8 Zum Leistungsrecht des Teil 2

a.): Leistungen der Eingliederungshilfe

§ 102

Leistungen der Eingliederungshilfe

(1) Die Leistungen der Eingliederungshilfe umfassen:

5. Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation,
6. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
7. Leistungen zur Teilhabe an Bildung und
8. Leistungen zur Sozialen Teilhabe.

Leistungen nach Absatz 1 Nummer 1 bis 3 gehen den Leistungen nach Absatz 1 Nummer 4 vor

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

(3) wie bisher

Begründung:

Absatz 2 ist bisher § 107 Abs. 2 gehört rechtssystematisch zu Absatz 1, ist aber bisher wortgleich als Absatz 2 in § 107 enthalten, der sich im Übrigen mit Übertragung, Verpfändung oder Pfändung von Leistungen befasst.

b.): Sonderregelung für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen.

§ 103

Sonderregelung für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen

(1) Werden Leistungen der Eingliederungshilfe in Räumlichkeiten im Sinne von § 43a Satz 3 des Elften Buches erbracht, umfasst die Leistung auch die Pflegeleistungen in diesen Räumlichkeiten. Stellt der Leistungserbringer fest, dass der Mensch mit Behinderung so pflegebedürftig ist, dass die Pflege in diesen Räumlichkeiten nicht sichergestellt werden kann, vereinbaren der Träger der Eingliederungshilfe und die zuständige Pflegekasse mit dem Leistungserbringer, dass die Leistung bei einem anderen Leistungserbringer erbracht wird, ~~dabei ist angemessenen Wünschen des Menschen mit Behinderung Rechnung zu tragen soweit der Leistungsberechtigte dieser Vereinbarung zustimmt.~~

Begründung:

Zu Absatz 1 Satz 2: Die Regelung, nach der "angemessenen Wünschen Rechnung zu tragen ist", ist mit Art. 19 Buchst. a UN-BRK nicht zu vereinbaren. 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.

c.): Leistungen nach den Besonderheiten des Einzelfalles

§ 104

Leistungen nach der Besonderheit des Einzelfalles

(1).....unverändert

(2) Wünschen der Leistungsberechtigten, die sich auf die Gestaltung der Leistung richten, ist zu entsprechen, soweit sie angemessen sind. ~~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. Die Wünsche der Leistungsberechtigten gelten nicht als angemessen,~~

~~1. wenn und soweit die Höhe der Kosten der gewünschten Leistung die Höhe der Kosten für eine vergleichbare Leistung von Leistungserbringern, mit denen eine Vereinbarung nach Kapitel 8 besteht, unverhältnismäßig übersteigt und~~

~~2. der Bedarf nach der Besonderheit des Einzelfalles durch die vergleichbare Leistung gedeckt werden kann.~~

(3) bis (5)... unverändert.

Begründung:

Wenn die Leistung in einer Form ausgeführt wird, die dem Auswahlermessens 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.

d.): Leistungsformen

§ 105

Leistungsformen

(1) unverändert

(2) Zur Dienstleistung gehören insbesondere die Beratung und Unterstützung in Angelegenheiten der Leistungen der Eingliederungshilfe sowie in sonstigen sozialen Angelegenheiten.

(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.

(4 und 5) bisher (3) und (4) unverändert.

Begründung:

Die vorgeschlagene Regelung entspricht dem bisherigen einleitenden Satz in § 54 Abs. 1 SGB XII und stellt sicher, dass die Leistungen zur Teilhabe der Eingliederungshilfe auf die im Teil 1 definierten, für alle Rehabilitationsträger geltenden Teilhabeziele ausgerichtet werden und nach Gegenstand, Umfang und Ausführung der Leistungen nicht von denen der übrigen Rehabilitationsträger abweichen (vergl. entsprechende Verpflichtung in § 25 Abs. 1 Nr. 1).

Vergleiche im Übrigen 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.

e.): Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

§ 109

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind insbesondere die in § 42 Absatz 2 und 3 und § 64 Absatz 1 Nummer 3 bis 6 genannten Leistungen.

~~(5) Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entsprechen den Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.~~

Begründung:

Absatz ist eine Doppelung zu Absatz 2 und kann gestrichen werden. Die Regelung stammt aus der Zeit vor Inkrafttreten des SGB IX, als es noch trägerspezifisch unterschiedliches Rehabilitationsrecht gab. Seit dem 1.7.2001 enthält kein Teil des Sozialgesetzbuches mehr eine von § 42 abweichende Regelung. Mithin hat die GKV die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ebenso nach § 42 SGB IX zu erbringen, wie die Sozialhilfeträger bzw. alle anderen Träger der medizinischen Rehabilitation.

f.): Leistungserbringung

§ 110

Leistungserbringung

(1) Leistungsberechtigte haben entsprechend den Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherung die freie Wahl unter den Ärzten und Zahnärzten sowie unter den Krankenhäusern und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen.

(2) Bei der Erbringung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind die Regelungen, die für die Krankenkassen nach dem Siebenden Kapitel gelten anzuwenden.

~~(2) Bei der Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind die Regelungen, die für die gesetzlichen Krankenkassen nach dem Vierten Kapitel des Fünften Buches gelten, mit Ausnahme des Dritten Titels des Zweiten Abschnitts anzuwenden. Ärzte, Psychotherapeuten im Sinne des § 28 Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches und Zahnärzte haben für ihre Leistungen Anspruch auf die Vergütung, welche die Ortskrankenkasse, in deren Bereich der Arzt, Psychotherapeut oder der Zahnarzt niedergelassen ist, für ihre Mitglieder zahlt.~~

~~(3) Die Verpflichtungen, die sich für die Leistungserbringer aus den §§ 294, 294a, 295, 300 bis 302 des Fünften Buches ergeben, gelten auch für die Abrechnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit dem Träger der Eingliederungshilfe. Die Vereinbarungen nach § 303 Absatz 1 sowie § 304 des Fünften Buches gelten für den Träger der Eingliederungshilfe entsprechend.~~

Begründung:

Seit dem Inkrafttreten des SGB IX am 1.7.2001 findet - mangels abweichender Regelungen im SGB V - für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der GKV uneingeschränkt das Leistungserbringungsrecht des SGB IX §§ 17ff Anwendung.

§ 101 Absatz 2 des RegE soll für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten. Die dort genannten Bezugskapitel des SGB V enthalten aber - mit Ausnahme des Dritten Abschnittes des Vierten Kapitels - und hier wiederum nur der §§ 107 Abs. 2, 111 bis 111c - **keine der Vorschriften zur die medizinische Rehabilitation**. Und selbst für diese Bestimmungen gilt vorrangig § 36 mangels Abweichungen im SGB V. Die §§ 111 bis 111c

enthalten im Wesentlichen spezifisches Verfahrensrecht der GKV, das im Bereich der Eingliederungshilfe nicht praktikabel ist

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.

g.): Leistungen zur Teilhabe an Bildung

§ 112

(4) Die in der Schule oder Hochschule wegen der Behinderung erforderliche Anleitung und Begleitung können an mehrere Leistungsberechtigte gemeinsam erbracht werden, soweit ~~dies nach § 104 für die Leistungsberechtigten zumutbar ist, die Leistungsberechtigten zustimmen~~ und mit Leistungserbringern entsprechende Vereinbarungen bestehen. Die Leistungen nach Satz 1 sind auf Wunsch der Leistungsberechtigten gemeinsam zu erbringen

Begründung:

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

h.): Leistungen zur Mobilität

~~§ 114~~

~~Leistungen zur Mobilität~~

~~Bei den Leistungen zur Mobilität nach § 113 Absatz 1 Nummer 7 gilt § 83 mit der Maßgabe, dass~~

- ~~1. die Leistungsberechtigten zusätzlich zu den in § 83 Absatz 2 genannten Voraussetzungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ständig auf die Nutzung eines Kraftfahrzeugs angewiesen sind und~~
- ~~2. abweichend von § 83 Absatz 3 Satz 2 die Vorschriften der §§ 6 und 8 der Kraftfahrzeughilfe-Verordnung nicht maßgeblich sind.~~

§ 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 ist - 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.

i.): Pauschale Geldleistungen, gemeinsame Inanspruchnahme

§ 116

Pauschale Geldleistung, gemeinsame Inanspruchnahme

(1) Die Leistungen

1. zur Assistenz zur Übernahme von Handlungen zur Alltagsbewältigung sowie Begleitung der Leistungsberechtigten (§ 113 Absatz 2 Nummer 2 in Verbindung mit § 78 Absatz 1 Nummer 1 und Absatz 5),
2. zur Förderung der Verständigung (§ 113 Absatz 2 Nummer 6) und
3. zur Beförderung im Rahmen der Leistungen zur Mobilität (§ 113 Absatz 2 Nummer 7 in Verbindung mit § 83 Absatz 1 Nummer 1)

können mit Zustimmung der Leistungsberechtigten als pauschale Geldleistungen nach § 105 Absatz 3 erbracht werden. ~~Die zuständigen Träger der Eingliederungshilfe regeln das Nähere zur Höhe und Ausgestaltung der pauschalen Geldleistungen sowie zur Leistungserbringung.~~

(2) Die pauschalen Geldleistungen nach Absatz 1 werden so bemessen, dass damit der Bedarf an Leistungen gedeckt wird.

(3) Die Leistungen

1. zur Assistenz (§ 113 Absatz 2 Nummer 2),
2. zur Heilpädagogik (§ 113 Absatz 2 Nummer 3),
3. zum Erwerb und Erhalt praktischer Fähigkeiten und Kenntnisse (§ 113 Absatz 2 Nummer 5),
4. zur Förderung der Verständigung (§ 113 Absatz 2 Nummer 6),
5. zur Beförderung im Rahmen der Leistungen zur Mobilität (§ 113 Absatz 2 Nummer 7 in Verbindung mit § 83 Absatz 1 Nummer 1) und
6. zur Erreichbarkeit einer Ansprechperson unabhängig von einer konkreten Inanspruchnahme (§ 113 Absatz 2 Nummer 2 in Verbindung mit § 78 Absatz 6)

~~an mehrere Leistungsberechtigte gemeinsam erbracht werden, soweit dies nach § 104 für die Leistungsberechtigten zumutbar ist.~~ **mit Zustimmung der Leistungsberechtigten gemeinsam erbracht werden, wenn** und mit Leistungserbringern entsprechende

Vereinbarungen bestehen. Maßgeblich sind die Ermittlungen und Feststellungen im Rahmen der Gesamtplanung nach Kapitel 7.

4) Die Leistungen nach Absatz 2 sind auf Wunsch der Leistungsberechtigten gemeinsam zu erbringen, soweit die Teilhabeziele erreicht werden können

Begründung:

Zu Absatz 1 Satz 2: Die Ermächtigung der Träger der Eingliederungshilfe das Nähere zur Höhe und Ausgestaltung der pauschalen Geldleistungen zu regeln führt zu - vielfach - 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.

Zu Absatz 2 - neu : Damit gibt der Gesetzgeber einen Maßstab für die Ausgestaltung der Leistung vor.

Zu Absatz 3: Nach der Fassung des RegE 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 RegE 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

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.

5. Abschnitt: Leistungszugang zur Eingliederungshilfe

a.) Leistungsberechtigter Personenkreis

§ 99

Leistungsberechtigter Personenkreis

(1) ~~Eingliederungshilfe ist Personen nach § 2 Absatz 1 Satz 1 bis 2 haben Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe, gen zu leisten, deren Beeinträchtigungen die Folge einer Schädigung der Körperfunktion und -struktur sind und die dadurch in Wechselwirkung mit den Barrieren wenn sie in erheblichem Maße in ihrer Fähigkeit zur Teilhabe an der Gesellschaft erheblich eingeschränkt sind. Eine Einschränkung der Fähigkeit zur Teilhabe an der Gesellschaft in erheblichem Maße liegt vor, wenn die Ausführung von Aktivitäten in mindestens fünf Lebensbereichen nach Absatz 2 nicht ohne personelle oder technische Unterstützung möglich oder in mindestens drei Lebensbereichen auch mit personeller oder technischer Unterstützung nicht möglich ist. Leistungsberechtigt nach diesem Teil sind auch Personen, denen nach fachlicher Kenntnis eine erhebliche Einschränkung im Sinne von Satz 2 mit hoher Wahrscheinlichkeit droht. Ist bei Personen nach § 2 Absatz 1 Satz 1 bis 2 die Ausführung von Aktivitäten in weniger als fünf Lebensbereichen nicht ohne personelle~~

~~oder technische Unterstützung möglich oder in weniger als drei Lebensbereichen auch mit personeller oder technischer Unterstützung nicht möglich, ist aber im Einzelfall in ähnlichem Ausmaß personelle oder technische Unterstützung zur Ausführung von Aktivitäten notwendig, können Leistungen der Eingliederungshilfe gewährt werden. liegen bei dem in § 151 Absatz 1, 3 und 5 genannten Personenkreis unabhängig von der förmlichen Feststellung nach § 152 vor.~~

~~(2) Eingliederungshilfe erhalten Personen, die die Voraussetzungen des Absatz 1 nicht erfüllen, um eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern. Hierzu gehört insbesondere, den behinderten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.~~

~~(2) Lebensbereiche im Sinne von Absatz 1 sind~~

- ~~1. Lernen und Wissensanwendung,~~
- ~~2. Allgemeine Aufgaben und Anforderungen,~~
- ~~2. Kommunikation,~~
- ~~4. Mobilität,~~
- ~~5. Selbstversorgung,~~
- ~~6. Häusliches Leben,~~
- ~~7. Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen,~~
- ~~8. Bedeutende Lebensbereiche sowie~~
- ~~9. Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben.~~

~~(3) Personelle Unterstützung im Sinne von Absatz 1 Satz 2 ist die regelmäßig wiederkehrende und über einen längeren Zeitraum andauernde Unterstützung durch eine anwesende Person. Bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs bleibt die Notwendigkeit von Unterstützung auf Grund der altersgemäßen Entwicklung unberücksichtigt.~~

~~(4) Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach Kapitel 4 erhalten Personen, die die Voraussetzungen nach § 58 Absatz 1 Satz 1 erfüllen.~~

~~(5) Die Bundesregierung kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Inhalte der Lebensbereiche nach Absatz 2 bestimmen.~~

Begründung:

Zu Absatz 1, Satz 1: Der Änderungsvorschlag gewährt entsprechend dem bisher geltendem Recht (§ 17 Abs. 1 SGB XII) weiterhin einen Rechtsanspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe (vergl. dazu von Prof. Dr. jur. Wolfgang Schütte auf in seinem für den Arbeiter-Samariter-Bund erstellten Gutachten vom 30.6.2016 (S. 49).

Die Anknüpfung an § 2 Absatz 1 Satz 1 erfasst Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können. Der Wortlaut des RegE ist im Verhältnis dazu eine überflüssige Doppelung, die mit der Beschränkung auf Körperfunktionen und -strukturen einen einschränkenden Gegensatz zu § 2 Abs. 1 Satz 1 bildet und deshalb in sich widersprüchlich ist. Die Doppelung wird deshalb zur Vermeidung von Fehlinterpretationen und Streitverfahren gestrichen.

Zu Absatz 1, Satz 2: Die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM), in der u.a. die medizinischen Gutachter organisiert sind, die die Regelung des § 99 später in der Praxis umsetzen müssen, hat in ihrer Stellungnahme zu § 99 festgestellt:

1. Die vorgenommene Definition der erheblichen Teilhabebeeinträchtigung entspricht nicht dem modernen Verständnis von Behinderung, wie es in der ICF zum Ausdruck kommt.
2. Sie ist **nicht geeignet, die Schwere von Behinderung für die Betroffenen angemessen festzustellen.**
3. Die vorgesehene Definition des leistungsberechtigten Personenkreises **kann den Leistungszugang nicht sinnvoll steuern.**

und aus diesen fachlich überzeugenden Gründen die Streichung dieser Regelung gefordert. Dem folgt dieser Änderungsvorschlag.

Alternativ greift der Änderungsvorschlag die Überlegung von Prof. Dr. jur. Wolfgang Schütte auf in seinem für den Arbeiter-Samariter-Bund erstellten Gutachten vom 30.6.2016 (S. 23) auf, die Definition des leistungsberechtigten Personenkreises auf ein vorhandenes Assessment hier des Schwerbehindertenrechts - zu stützen. Leistungsberechtigt sind danach Menschen, die schwerbehindert oder gleichgestellt sind. Solange keine förmliche Feststellung nach § 152 erfolgt ist, hat der Träger der Eingliederungshilfe eigene Feststellungen im Sinne des § 151 zu treffen.

Zu Absatz 2: Der Änderungsvorschlag übernimmt inhaltlich die bisherige Regelung des § 53 Abs. 3 SGB XII. Mehrkosten können daher gegenüber geltendem Recht mit dem Änderungsvorschlag nicht verbunden sein.

Mit der Übernahme des bisher geltenden Rechts wird die Eingliederungshilfe weiterhin die Aufgabe des untersten sozialen Auffangnetzes für behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen im gleichen Umfang wie bisher wahrzunehmen haben. Zugleich wird damit den von Schütte gegen den Verzicht auf eine Öffnungsklausel geäußerten verfassungsrechtlichen Bedenken Rechnung getragen (aaO, S. 20).

Damit entfallen die Absätze 2, 3 und 5, die inhaltlich mit Absatz 1, Satz 2 verbunden sind.

Zum wegfallenden Absatz 3 des RegE:

Die Fassung des Regierungsentwurfs reduziert die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft auf den Personenkreis der "werkstattfähigen" behinderten Menschen, für die das Leistungsrecht - im Gegensatz zum geltenden Recht (§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGB XII) - auch nicht mehr alle Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 49 bis 55), sondern nur noch Leistungen zur Förderung der Beschäftigung (§§ 56 bis 61) vorsieht.

Auf dieser Grundlage kann die Eingliederungshilfe ihre Aufgabe als unterstes soziales Auffangnetz für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben an behinderte Menschen, die keinen Leistungsanspruch gegenüber einem anderen der in § 6 genannten Rehabilitationsträger vorweisen kann, nicht mehr ausüben, sodass Absatz 4 ebenfalls zu streichen ist. Die notwendige Auffangregelung enthält der Vorschlag zu Absatz 2.

b.): Leistungsberechtigter Personenkreis

§ 100

Eingliederungshilfe für Ausländer

(1) Ausländer, die sich im Inland tatsächlich aufhalten, können Leistungen nach diesem Teil erhalten, soweit dies im Einzelfall gerechtfertigt ist. Die Einschränkung auf Ermessensleistungen nach Satz 1 gilt nicht für Ausländer, die im Besitz einer Niederlassungserlaubnis oder eines befristeten Aufenthaltstitels sind und sich voraussichtlich

dauerhaft im Bundesgebiet aufhalten. Andere Rechtsvorschriften, nach denen Leistungen der Eingliederungshilfe zu erbringen sind, bleiben unberührt.

~~(2) Leistungsberechtigte nach § 1 des Asylbewerberleistungsgesetzes erhalten keine Leistungen der Eingliederungshilfe.~~

(2) Ausländer, die eingereist sind, um Leistungen nach diesem Teil zu erlangen, haben keinen Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe.

Begründung:

Die Regelung ist gemessen an den mit der UN-BRK konkretisierten universalen Menschenrechten nicht zu vereinbaren und soll daher gestrichen werden. Vergleiche Prof. Dr. jur. Wolfgang Schütte auf in seinem für den Arbeiter-Samariter-Bund erstellten Gutachten vom 30.6.2016 (S. 13,14)

6. Abschnitt: Schnittstelle Eingliederungshilfe - Pflegeversicherung

6.1 Änderungsvorschläge zum Teil 2 des SGB IX

a) Nachrang der Eingliederungshilfe

§ 91

Nachrang der Eingliederungshilfe

(1) und (2) unverändert

~~(3) Im häuslichen Umfeld im Sinne des § 36 des Elften Buches der Leistungsberechtigten Außerhalb von Einrichtungen nach § 71 Absatz 2 des Elften Buches sind die Leistungen der Eingliederungshilfe im Verhältnis zu den Leistungen der Pflegeversicherung nicht nachrangig. Leistungen der Eingliederungshilfe sind zu erbringen, soweit die Leistungen der Pflegeversicherung nach Kapitel 4 den Bedarf nicht decken. gehen die Leistungen der Pflegeversicherung nach dem Elften Buch und die Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Siebten Kapitel des Zwölften Buches und die Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Bundesversorgungsgesetz den Leistungen der Eingliederungshilfe vor, es sei denn, bei der Leistungserbringung steht die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund. Außerhalb des häuslichen Umfelds gehen die Leistungen der Eingliederungshilfe den in Satz 1 genannten Leistungen vor.~~

Begründung:

Der Änderungsvorschlag geht davon aus, dass an § 43a SGB XI festgehalten wird. Damit ist in Verbindung mit § 71 Abs. 4 SGB XI das Verhältnis zwischen Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung im Bereich stationärer Einrichtungen abschließend geregelt.

§ 91 Abs. 3 hat danach das Verhältnis außerhalb stationärer Pflegeeinrichtungen zu regeln. Die Anknüpfung an Begriffe wie "Häuslichkeit" oder "häusliches Umfeld" haben in der Vergangenheit zu erheblichen Abgrenzungsproblemen und streitigen Auseinandersetzungen geführt. Mit dem Änderungsvorschlag wird dagegen eine klare Abgrenzung getroffen.

Materiell wird an der Gleichrangigkeit von Leistungen der Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe festgehalten (s. auch nachfolgenden Änderungsvorschlag zu § 13 Abs. 3 Satz 3 SGB XI).

Zur Erreichung der angestrebten fiskalischen Entlastung sollen die Leistungen der Pflegeversicherung vorrangig in Anspruch genommen werden, während die Eingliederungshilfe ergänzend eintritt, wenn die Leistungen der Pflegeversicherung den Bedarf nicht decken oder gar nicht erfassen, weil es sich um einen behinderungsbedingten Bedarf handelt, für den das SGB XI keine Leistungen vorhält und mithin auch keine Leistungskonkurrenz besteht.

b.): Sonderregelung für pflegebedürftige Menschen

§ 103

Sonderregelung für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen

(2) Werden Leistungen der Eingliederungshilfe außerhalb einer Räumlichkeit im Sinne von § 43a Satz 3 des Elften Buches erbracht, umfasst die Leistung auch die Leistungen nach Kapitel 7 des Zwölften Buches, ~~soweit der Leistungsberechtigte Einkommen aus selbständiger und nichtselbständiger Tätigkeit, das die Geringfügigkeitsgrenze des § 8 des Vierten Buches übersteigt, oder kurzfristiges Erwerbserstatzeinkommen bezieht.~~

Begründung:

Die beabsichtigte Regelung führt bei der Einkommens- und Vermögensanrechnung nur für den kleinen Teil der erwerbstätigen behinderten Menschen zu einer Verbesserung und damit zu einer Ungleichbehandlung, die allein durch die fiskalische Kostenbegrenzungsabsicht begründet ist und deshalb diskriminierend im Sinne von Art 5 UN-BRK.

Mit dem Änderungsvorschlag werden alle behinderten Menschen, die zugleich einen Bedarf an pflegerischen Leistungen haben, gleich gestellt.

6.2. Änderung des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI)

a) § 13 - Regierungsentwurf Drittes Pflegestärkungsgesetz - PSG III

Die im RegE PSG vorgesehene Änderung **des § 13 Satz 3 SGB IX** (Artikel 1 Nr. 6 Buchst. bb)

~~Im „Im häuslichen Umfeld im Sinne des § 36 der Pflegebedürftigen gehen die Leistungen der Pflegeversicherung den Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach dem Zwölften Buch, dem Bundesversorgungsgesetz und dem Achten Buch vor, es sei denn, bei der Leistungserbringung steht die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund. Außerhalb des häuslichen Umfelds gehen die Leistungen der Eingliederungshilfe den Leistungen der Pflegeversicherung vor, soweit in diesem Buch nichts~~

~~anderes bestimmt ist. Die notwendige Hilfe in den Einrichtungen nach § 71 Absatz 4 ist einschließlich der Pflegeleistungen zu gewähren.~~

wird nicht umgesetzt. Stattdessen verbleibt es in § 13 Abs. 3 Satz 3 bei der bisherigen Regelung, es wird lediglich der Bezug zum SGB IX hergestellt::

(3) Satz 1 und 2 unverändert

~~"Die Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Zwölften Neunten Buch, dem Bundesversorgungsgesetz und dem Achten Buch bleiben unberührt, sie sind im Verhältnis zur Pflegeversicherung nicht nachrangig; die notwendige Hilfe in den Einrichtungen nach § 71 Abs. 4 ist einschließlich der Pflegeleistungen zu gewähren"~~

Begründung:

Die beabsichtigte Änderung des § 13 Abs. 3 Satz 3 SGB IX gestaltet einen Vorrang der Leistungen der Pflegeversicherung vor denen der Eingliederungshilfe. d.h., dass neben den Leistungen der Pflegeversicherung vergleichbare Leistungen der Eingliederungshilfe nicht mehr geltend gemacht werden können.

Verbleibt es - wie vorgeschlagen - beim bisherigen Recht des § 13 Abs. 3 Satz 3 SGB XI, sind die Leistungen der Eingliederungshilfe im Verhältnis zu den Leistungen der Pflegeversicherung nicht nachrangig. D.h., sie können weiterhin neben den Leistungen der Pflegeversicherung beansprucht werden, soweit diese den Bedarf nicht decken.

b.): § 63b - Regierungsentwurf Drittes Pflegestärkungsgesetz - PSG III

Die im RegE PSG vorgesehene Änderung **des § 63b Abs. 1 SGB IX** (Artikel 2 Nr. 5) ist entsprechend dem Änderungsvorschlag zu § 91 SGB IX anzupassen:

~~(1) Im häuslichen Umfeld im Sinne des § 36 des Elften Buches der Pflegebedürftigen gehen die Leistungen außerhalb von Einrichtungen nach § 71 Absatz 2 des Elften Buches sind die Leistungen der Eingliederungshilfe im Verhältnis zu den Leistungen der Pflegeversicherung nicht nachrangig. Leistungen der Eingliederungshilfe sind zu erbringen, soweit die Leistungen der Pflegeversicherung nach Kapitel 4 den Bedarf nicht decken, der Hilfe zur Pflege den Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach diesem Buch, dem Bundesversorgungsgesetz und dem Achten Buch vor, es sei denn, bei der Leistungserbringung steht die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund. Außerhalb des häuslichen Umfelds gehen die Leistungen der Eingliederungshilfe den in Satz 1 genannten Leistungen der Hilfe zur Pflege vor. Im Übrigen werden Leistungen der Hilfe zur Pflege nicht erbracht, soweit Pflegebedürftige gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erhalten.~~

Begründung siehe zu § 91 SGB IX

c) §§ 43a/71 Abs. 4 - Regierungsentwurf Drittes Pflegestärkungsgesetz - PSG III

Die im RegE PSG vorgesehene Änderung **der §§ 43a und 71 Abs. 4 SGB XI** (Artikel 1 Nr. 12 und 15) sollen wie folgt geändert werden:

ca) § 43a

Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in einer stationären Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 1, in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die Soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der in § 43 Absatz 2 genannten Aufwendungen 15 Prozent der nach Teil 2 Kapitel 8 des Neunten Buches vereinbarten Vergütung. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall je Kalendermonat 266 Euro nicht überschreiten. ~~Die Sätze 1 und 2 gelten auch für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3, die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach Teil 2 des Neunten Buches erhalten.~~

cb) § 71 Abs. 4 SGB XI

(4) Keine Pflegeeinrichtungen im Sinne des Absatzes 2 sind

1. stationäre Einrichtungen, in denen die Leistungen zur medizinischen Vorsorge, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Teilhabe an Bildung oder zur Sozialen Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker Menschen oder von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen,
2. Krankenhäuser ~~sowie~~
3. ~~Räumlichkeiten, in denen der Zweck des Wohnens von Menschen mit Behinderungen und der Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe für diese im Vordergrund steht und auf deren Überlassung das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz Anwendung findet.~~

Begründung:

Mit den zur ersatzlosen Streichung vorgeschlagenen Regelungen werden alle nichtstationären Wohnformen (Betreutes Wohnen usw) mit stationären Einrichtungen für behinderte Menschen gleichgestellt und künftig nur noch maximal 266 EUR für pflegerische Leistungen von der Pflegeversicherung erhalten können.

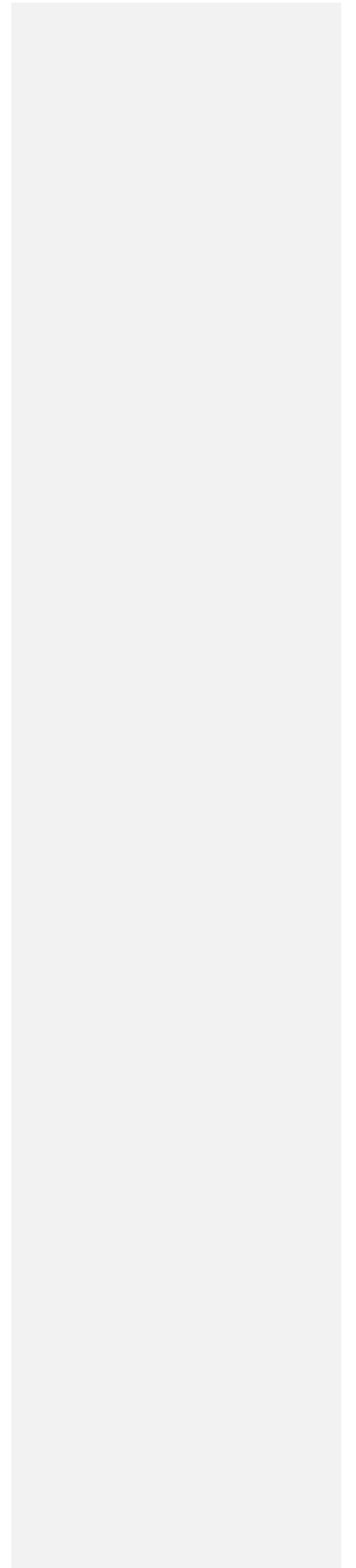
Die Regelungen der §§ 36 Abs. 1 Satz 2 , 2. Halbsatz, 43a SGB XI und § 55 Abs. 2 SGB XII sind in ihrem Zusammenwirken bereits bisher verfassungswidrig, weil sie pflegebedürftige Versicherte der Pflegeversicherung in stationären Eingliederungshilfe

- hinsichtlich ihrer allgemeinen Handlungsfreiheiten nach Art. 2 Abs. 1 GG, des Benachteiligungsverbot nach Art 3 Abs. 3 Satz 2 GG und des allgemeinen Gleichheitsgrundsatz nach Art 3 Abs. 1 GG
- in ihrem Recht auf Freizügigkeit nach Art 11 Abs. 1 GG verletzen, soweit sie nur deshalb auf stationäre Pflegeeinrichtungen verwiesen werden, weil Ansprüche auf häusliche Pflege nach § 36 Abs. 1 Satz 2 2.HS ausgeschlossen werden.

Zudem verstoßen die genannten Regelungen im Zusammenwirken gegen das Diskriminierungsverbot in Art. 5 BRK, gegen das Recht auf unabhängige Lebensführung nach Art. 19 UN BRK und gegen das Recht auf Gesundheit nach Art. 25 UN-BRK.

Die genannten Verstöße gegen das Grundgesetz und die UN-BRK gelten auch für die von diesem Änderungsvorschlag betroffenen Regelungen.

|



**Zur Information:
Vorschläge des Verfassers zum Leistungserbringungsrecht
in der Fassung des Referentenentwurfs**

1. § 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."

2. § 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 Ermessensspielraumes 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.

3. - 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

Teilhabeeinrichtungen 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.