

Anmerkungen
zum Arbeitsentwurf eines
Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung
Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf

1. Kurzbewertung des Arbeitsentwurfs orientiert an den Zielen des SGB IX von 2001 und der diesem zu Grunde liegenden politischen Überzeugung der damaligen SPD-Fraktion im Deutschen Bundestag

Wesentliche Ziele des SGB IX zur Verbesserung der Lebenssituation in Deutschland waren

- Stärkung der Selbstbestimmungsrechte der Betroffenen
- Beendigung der Divergenz des Rehabilitationsrechts
- Gemeinsames Rehabilitationsrecht
- Einheitliche Praxis des Rehabilitationsrechts
- Bürgernahe Organisation des Zugangs und der Erbringung der Leistungen
- Strukturen für die Zusammenarbeit von Leistungsträgern und Leistungserbringern

(Zitat Eckpunktepapier der Koalitionsarbeitsgruppe v. Juli 1999).

Damit sollten zugleich die behinderte Menschen in ihrer Lebenssituation belastenden Schnittstellenprobleme des gegliederten Deutschen Sozialleistungssystems überwunden werden. Die Verpflichtung der Träger zur Kooperation und Koordination sowie zur Konvergenz der Leistungen sollte bewirken, dass jeder behinderte Mensch bundeseinheitlich die wegen seiner Beeinträchtigung der Teilhabe individuell erforderlichen Teilhabeleistungen - unabhängig von der Zuständigkeit oder Leistungsverpflichtung eines Rehabilitationsträgers - nach Gegenstand, Umfang, Qualität und Ausführung der Leistungen einheitlich - wie aus einer Hand - erhält.

Dass diese Ziele wegen erheblicher Defizite beim Vollzug des Gesetzes durch die Rehabilitationsträger nicht erreicht werden, hat der Bundestag bereits 2005 mit einer EntschlieÙung festgestellt und die Bundesregierung aufgefordert, die gesetzgeberische Maßnahmen zur Durchsetzung des Gesetzes zu ergreifen und dazu konkrete Vorschläge unterbreitet (BT-Drs.15/5463 vom 11.5.2005). Die Bundesregierung hat darauf bisher nicht reagiert. Auch der vorliegende Arbeitsentwurf greift die Forderungen und Vorschläge des Deutschen Bundestages von 2005 nicht auf. Er enthält z.T. Regelungsabsichten, die eher das Gegenteil bewirken.

1.1 Stärkung der Selbstbestimmungsrechte der Betroffenen

Während der Berechtigte bisher - ohne formale Beschränkung - selbst entscheiden kann, welche Vertrauenspersonen er zu seiner Unterstützung beteiligt (§ 22 Abs. 1 Satz 1 SGB IX), sollen künftig nur noch Vertretungsberechtigte im Sinne des SGB X unterstützen dürfen. Zugleich fällt auch der eigene Anspruch der Vertrauensperson auf Beratung weg.

Die durch die Rechtsprechung des BSG verstärkten Probleme bei der Wahrnehmung des Wunschrechts (bisher § 9) werden nicht ausgeräumt. Die zwischenzeitlich in das SGB V eingeführte Parallelregelung stellt lediglich klar, was ohnehin geltendes Recht war, nämlich dass § 9 auch im

Bereich der Krankenversicherung anzuwenden ist. Die durch die BSG-Rechtsprechung entstandene Problematik wurde damit auch in diesem Bereich nicht ausgeräumt.

Behinderte Menschen führen ein Persönliches Budget künftig nicht mehr "in eigener Verantwortung" aus. Durch die Streichung dieser Worte in § 29 Abs. 1 Satz 1 (neu-§ 17 Abs. 2 Satz 1 -alt) erhalten die Leistungsträger das Recht unmittelbar in die Ausführung des Persönlichen Budgets durch den Berechtigten einzugreifen, was in Einzelfällen derzeit - z.Tl. bis zur völligen Fremdbestimmung von einzelnen Trägern schon versucht wird. Nach geltendem Recht sind die unmittelbaren Eingriffsrechte des Trägers zur Stärkung der Selbstbestimmung der Berechtigten sehr beschränkt (begrenztes Kündigungsrecht z.B. bei Fehlverwendung von Mitteln). Mit dieser unscheinbaren Änderung geht in der Praxis eine deutliche Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts einher.

Die Verbesserung bei der Erstattung selbstbeschaffter Leistungen (bisher § 15) berührt nur einen absolut geringfügigen Personenkreis, der als behinderter Mensch über das für die Selbstbeschaffung erforderlich Einkommen verfügt und entfaltet deshalb keine signifikante Wirkung.

1.2 Beendigung der Divergenz des Rehabilitationsrechts

Die Divergenz wird nicht nur zwischen Teilhabe- und Eingliederungshilferecht vertieft, sondern sogar wieder innerhalb des Teilhaberechts zwischen den einzelnen Sozialversicherungsträgern wieder hergestellt.

1.3 Gemeinsames Rehabilitationsrechts

Das Ziel der Konvergenz der Leistungen wird völlig aufgegeben. In der Begründung wird sogar der Vorrang des für die Träger jeweils geltenden Leistungsrecht gegenüber dem Teil 1 des SGB IX - entgegen der tatsächlich seit 2001 bestehenden Rechtslage - ausdrücklich herausgestellt (s. dazu Ausführungen zu § 7).

im Bereich der sozialen Teilhabe des Teils 2 entfallen verschiedene Leistungspflichten - entgegen der Begründung - ersatzlos. So können die wegfallenden "Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben" nicht durch die Assistenzleistung aufgefangen werden, weil sie nicht nur personale, sondern auch Sachleistungen beinhalten. Der Wegfall der Bezugnahme auf alle Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 33ff) im Teil 2 und die damit verbundene Beschränkung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Bereich der Sozialhilfe auf Werkstattleistungen bzw. alternative Leistungserbringer und das Budget für Arbeit, schränkt nicht nur Leistungen ein, sondern führt auch dazu, dass bestimmte behinderte Menschen -erstmals in der Geschichte des deutschen Sozialrechts seit 1957 - gar keinen Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mehr haben, weil sie weder gegen einem Sozialversicherungsträger, noch gegen den Träger der Grundsicherung Leistungsansprüche haben.

1.4 Einheitliche Praxis des Rehabilitationsrechts

Die einheitliche Praxis des Rehabilitationsrechts wird ausdrücklich nur noch für die Kapitel 2 bis 4 , d.h., einen Teil des Verfahrensrechts und auch dort - für den Bereich der Eingliederungshilfe - nicht vollständig vorgesehen. Im Übrigen wird in der Begründung ausdrücklich auf das für die Träger

geltende spezifische Leistungsrecht verwiesen (Dies entspricht einer Auslegung des § 7 Satz 1 SGB IX, die von den Trägern zwar praktiziert, in der Literatur aber nur von wenigen Kommentatoren geteilt wird). Statt § 7 Satz 1 ganz - oder zumindest den Verweis auf das spezifische Leistungsrecht - aufzuheben, was wegen der Fehlinterpretation dieser Vorschrift als Voraussetzung für die Beseitigung divergierendem korporativen Eigenlebens der Träger geboten wäre, wird der Korporatismus der Träger sogar noch gestärkt und der 15jährige Rechtsbruch der Träger legitimiert.

Als ein Beispiel für die Aushöhlung der Regelungen zur einheitlichen Rehabilitationspraxis kann die beabsichtigte Aufhebung der Gemeinsamen Servicestellen gelten. Damit wirft die mit dem SGB IX angestrebte gemeinsame Plattform aller Träger (Institutionalisierung) für Beratung, Entscheidungsvorbereitung, das trägerübergreifende Teilhabemanagement, Case-Management bis zur endgültigen Inklusion und zugleich die zentrale Anlaufstelle für Ärzte, Arbeitgeber usw. - mithin für wesentliche Inhalte der trägerübergreifenden Koordination und Kooperation - aufgegeben und nicht durch eine gleichwertige Struktur ersetzt.

Der Deutsche Bundestag hatte demgegenüber in seinem Entschließungsantrag vom 11.5.2005 das Gegenteil, nämlich den Ausbau und möglicher Weise sogar die Übertragung von Entscheidungsbefugnissen, gefordert.

Dort, wo die Gemeinsamen Servicestellen - wie im Gesetz vorgesehen - errichtet wurden (Baden-Württemberg, in Teilen von Sachsen Anhalt), haben sie die Anforderungen des Gesetzgebers zur Kooperation und Koordination der Träger gut erfüllt (Vergl. dazu den dem BMAS vorliegenden Bericht der DRV Baden-Württemberg) . In allen übrigen Ländern wurden die Gemeinsamen Servicestellen nicht dem Recht entsprechend eingerichtet und entfalteten deshalb auch nicht die vom Gesetzgeber erwartete Wirkung. Dieses rechtswidrige Handeln der verantwortlichen Rehabilitationsträger wird nunmehr durch die Aufhebung der Gemeinsamen Servicestellen belohnt.

Der Arbeitsentwurf sieht zwar weiterhin die Notwendigkeit, die Kooperation und Koordination der Rehabilitationsträger zu verbessern und sieht dazu auch - inhaltlich begrenzte - Regelungen vor, die im Wesentlichen von den Rehabilitationsberatern der Träger durchgeführt werden sollen. Rehabilitationsberater sind aber nicht bei allen Rehabilitationsträgern und auch nicht bundesweit vorhanden. Damit wird die Kooperation und Koordination weitgehend auf den bürokratischen, zeit- und kostenaufwändigen Schriftweg verlagert. Gleichzeitig sollen sich die Träger aber in neuen 14-Tage- bis 3-Wochenfristen über die Beauftragung von Sachverständigen, Leistungspflicht und Leistungsumfang verständigen (§ 15 neu). Das ist völlig Wirklichkeitsfremd und dient allein dazu, die von den Sozialhilfeträgern geforderte Gesamtsteuerungsverantwortung - wegen Fristversäumnis der Träger - regelhaft zu installieren. Die Zusammenarbeit auf dem Postweg kollidiert unabhängig von der Form des Postweges (herkömmlich, elektronisch) - schon allein wegen der Laufzeiten in großen Verwaltungen - mit den Anforderungen an einen "zügigen" und "zeitnahen" Leistungszugang und ist mit den Prüf- und Entscheidungsfristen nach §§ 14, 15 (neu) nicht in Einklang zu bringen.

Ist die Kooperation und Koordination in der Verantwortung des erstangegangenen, sogen. leistenden Trägers, in § 14 (neu) ernsthaft und systemneutral gewollt, bedarf es der künftig mehr noch als bisher einer gemeinsamen, institutionalisierten regionalen Koordinations- und Kooperationsplattform, wie sie die Gemeinsamen Servicestellen bilden.

Mit der Aufhebung der Gemeinsamen Servicestellen stellt der Gesetzgeber das Recht des Rehabilitations-Angleichungsgesetzes von 1974 wieder her, das die Träger 30 Jahre lang nicht zur

Zusammenarbeit veranlasst hat. Nachdem sich die Mehrzahl der Träger seit 2001 auch noch der institutionalisierten Zusammenarbeit verweigert haben, liegt es näher, diese durchzusetzen, als in den Zustand vor 2001 zurück zu fallen.

Die nach Aufhebung der Gemeinsamen Servicestellen auf der Grundlage des Arbeitsentwurfs erwartete unmittelbare Kooperation und Koordination der jeweiligen Träger miteinander scheitert schon allein daran, dass - wie dargestellt - nicht alle Träger in den verschiedenen Zweigen der sozialen Sicherung über mobile wohnortnahe Rehabilitationsberater verfügen.

1.5 Bürgernahe Organisation des Zugangs (5.1) und der Erbringung (5.2) der Leistungen

1.5.1 Die Bürgernahe Organisation des Zugangs soll durch trägerübergreifende Bedarfsfeststellung verbessert werden. Gegenstand und Verfahren werden aber uneinheitlich für Teilhabe und Eingliederungshilferecht geregelt. Während für die Eingliederungshilfe - völlig zu Recht - eine Orientierung an der ICF gesetzlich geregelt vorgesehen ist, sollen die übrigen Träger trägerspezifische Verfahren praktizieren dürfen, bei denen keine gesetzliche Orientierung an der ICF vorgeschrieben wird. Lediglich das "Instrumentarium", d.h., das Verwaltungs- und Verfahrensrecht soll der ICF Rechnung tragen. Das fällt hinter das geltende Recht der §§ 10, 12 SGB IX zurück.

1.5.2 Die Verpflichtung zur Konvergenz der Leistungen und der Leistungserbringung wird aufgegeben. Das durch das SGB IX 2001 - rechtlich - weitgehend aufgehobene trägerspezifische Eigenleben (Korporatismus) wird rechtlich nicht mehr begrenzt und damit deutlich gestärkt.

1.6 Gemeinsame Strukturen für die Zusammenarbeit von Leistungserbringern und Leistungsträgern

Für die Sozialversicherungsträger bleibt die Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern (Leistungserbringungsrecht) unverändert. Weder die Rolle der Betroffenenvertretungen (mit Ausnahme der Beratung), noch die der Leistungserbringerverbände wird gestärkt.

Die Defizite bei der Umsetzung des - schon z.Tl. den Anforderungen des Art. 26 UN-BRK entsprechendem - bisherigen regionalen Sicherstellungsauftrages (§ 19 SGB IX) werden nicht aufgegriffen. Es ist weder einer Weiterentwicklung iSd vollständigen Umsetzung des Art. 26 UN-BRK, noch eine Regelung zum Vollzug des § 12 Abs. 2 SGB IX (regionale Arbeitsgemeinschaften) vorgesehen.

Im Eingliederungshilferecht wird die Stellung der Leistungserbringer durch vielfältige Steuerungs- und Prüfvorschriften, die offensichtlich einerseits Ausdruck von Misstrauen, andererseits aber von kaum gerechtfertigten Kostensenkungszielen sind, deutlich geschwächt.

Es bleibt für gleiche Leistungen, mit gleichen Leistungsinhalten und Leistungszielen bei gleicher Bedarfssituation im Einzelfall zwischen den beiden Trägergruppen (Teilhabe und Eingliederungshilfe) absolut unterschiedliches Leistungserbringungsrecht (Vertrag und Vergütung) mit unterschiedlicher Rechtstellung der beteiligten Akteure, für die es weder fachlich noch rechtlich tragfähige Gründe gibt.

1.7 Fazit:

Eines der Kernziele des SGB IX, die Überwindung der Schnittstellenprobleme des gegliederten deutschen Sozialleistungssystems für behinderte Menschen durch die - z.TI institutionalisierte - Verpflichtung aller Rehabilitationsträger zur Kooperation und Koordination sowie zur Konvergenz der Leistungen wird durch den Arbeitsentwurf weitgehend aufgegeben. Damit verabschiedet sich die SPD zugleich von wesentlichen Elementen ihrer behindertenpolitischen Überzeugungen.

Gerade diese Ziele haben unmittelbare Wirkung auf die Lebenssituation und en Alltag behinderter Menschen. Nach der Begründung zum SGB IX sollte jeder behinderte Mensch bundeseinheitlich die wegen seiner Beeinträchtigung der Teilhabe individuelle erforderlichen Teilhabeleistungen - unabhängig von der Zuständigkeit oder Leistungsverpflichtung eines Rehabilitationsträgers - nach Gegenstand, Umfang, Qualität und Ausführung der Leistungen - einheitlich erhalten. Der Verwirklichung dieser behindertenpolitischen Überzeugung werden mit dem Arbeitsentwurf durch die teilweise Rückentwicklung des SGB IX wesentliche Grundlagen entzogen. Die damit verbundene Verschlechterung der Rahmenbedingungen für behinderte Menschen dürfte von diesen wohl kaum als modernes Teilhaberecht wahrgenommen werden.

Der gesamte Gesetzentwurf zielt nicht auf die Verbesserung der Lebensbedingungen behinderter Menschen, sondern auf die Entlastung der Sozialhilfeträger ab. Trotz des beabsichtigten Wegfalls von Leistungen zur sozialen Teilhabe, der Verschiebung von Leistungen in die Verantwortung der Sozialversicherungsträger und andere Maßnahmen zur Kostensenkung, werden auf die Sozialhilfeträger in hohem Maße zusätzliche Personal- und Verwaltungskosten durch die mit dem Gesetz weitgehend bewirkte faktische Gesamtsteuerungsverantwortung der Sozialhilfeträger, neue Auslegungs- und Schnittstellenprobleme sowie Rechtsstreitigkeiten zwischen den Sozialleistungsträgern hinsichtlich der Kostenerstattungsansprüche zukommen.

Bedingt durch die in der Praxis nicht realisierbaren kurzen Reaktionsfristen und den Wegfall der regionalen Gemeinsamen Servicestellen werden die Sozialversicherungsträger nicht nur in hohem Maße zu Kostenerstatern. Sie werden mit Blick auf die gesetzlichen Bindungsklauseln dabei auch Leistungen finanzieren müssen, die wegen der unterschiedlichen Leistungsziele in den Teilen 1 und 2 und den damit verbundenen unterschiedlichen Leistungsqualitäten nicht geeignet sind, die trägerspezifischen Leistungsziele zu erreichen (z.B. Rehabilitation vor Rente). Die Folge werden überflüssige, kostenträchtige Doppelleistungen sein.

2. Zu den beabsichtigten Regelungen im Einzelnen:

2.1 Zum SGB IX Teil 1:

Zu § 2 (Begriffsbestimmung)

Diese Regelung muss im Zusammenhang mit der Begründung zu § 7 Satz 1 bewertet werden. Dort wird ausgeführt, dass "die für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetze, wie schon nach bisheriger Rechtslage, Vorrang vor den allgemeinen Regelungen im SGB IX, Teil 1" hätten. Diese Ausführungen stimmen nicht mit der tatsächlichen bisherigen Rechtslage überein.

Nach § 7 Satz 1 gelten die für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetze nämlich ausschließlich dann, wenn sie im Verhältnis zu den Bestimmungen des SGB IX etwas "Abweichendes" beinhalten. Das war im Zeitpunkt des Inkrafttretens des SGB IX - mit Ausnahme des Vergütungsrechts des SGB XII und den dort verankerten fürsorgerechtlichen Prinzipien - in keinem anderen Teil des Sozialgesetzbuches der Fall. Nach Inkrafttreten des SGB IX haben sich aus Änderungen des SGB V (u.a. Vater-Mutter-Kind-Rehabilitation, Wunschrecht) geringfügige Abweichungen ergeben. Bereits an dieser Stelle der Begründung erschließt sich die Absicht, die trägerübergreifende Bindungswirkung des Teils 1 des SGB IX für die Zukunft aufzugeben bzw. weitgehend einzuschränken.

Die trägerübergreifend wirksame Begriffsbestimmung in § 2 ist für die Anwendung der Leistungsgesetze insofern von Bedeutung, als die Ansprüche auf Teilhabeleistungen nicht mehr von der Art und Schwere einer Krankheit, sondern ursachenunabhängig darauf basieren, dass als Folge von Krankheit usw. eine *Beeinträchtigung der Teilhabe* vorliegt. Diese Regelung ist - übrigens ebenso, wie z.B. eine Definition, was unter medizinischer Rehabilitation zu verstehen ist, in keinem anderen Teil des Sozialgesetzbuch enthalten, sodass diese Definition bisher trägerübergreifendes Recht iSv § 7 Satz 1 SGB IX begründet, was nach der beabsichtigten Änderung des § 7 so nicht mehr gegeben ist.

Die bisherige Regelung war durch das Wort "daher" insoweit eindeutiger.

Man kann durch entsprechende Auslegung der Neufassung zwar das gleiche Ergebnis erzielen wie bisher. Nach Änderung des § 7 dürfte es aber nicht mehr zu einer einheitlichen Auslegung kommen. Zumindest über die Begründung sollte eine Klarstellung vorgenommen werden.

Die Formulierung "Menschen mit Behinderungen" verdeutlicht in weitaus geringerem Maße als die bisherige Formulierung "behinderte Menschen", dass Menschen nicht nur behindert sind, sondern vor allem durch die nicht inklusiven Rahmenbedingungen behindert werden.

§ 3 (Vorrang von Prävention)

Unverändert. Es erscheint jedoch eine Regelung notwendig, die mit Blick auf den Auftrag der Nationalen Präventionskonferenz nach §§ 20d,e SGB V eine Vernetzung zur nationalen Präventionsstrategie herstellt.

§ 5 (Leistungsgruppen)

Die Umbenennung der "Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft" in "Leistungen zur sozialen Teilhabe" wird ebenso unterstützt, wie die Einführung der neuen Leistungsgruppe "Leistungen zur Teilhabe an Bildung".

§ 6 (Rehabilitationsträger)

Die Rentenversicherungsträger erbringen nach geltendem Recht im Rahmen der Teilhabe am Arbeitsleben Leistungen zur Bildung. Sie sind deshalb auch in den Kreis der Rehabilitationsträger für die Leistungen zur Teilhabe an Bildung (§ 5 Nr. 4 -neu) einzubeziehen. Nimmt man diese Träger von dieser Leistungsverpflichtung aus, erhöht das die Lasten insbesondere der Träger der Sozialhilfe.

Die Verschiebung von § 6a als neuen Absatz 3 in den Absatz 6 ändert nichts an der durch § 16 SGB II begründeten unterschiedlichen leistungsrechtlichen Behandlung von arbeitslosen behinderten Menschen in der Verantwortung der SGB II-Behörden und den behinderten Arbeitslosen, die unmittelbar und vollständig durch die Bundesagentur verantwortet werden.

Diese Unterschiede wirken im Sinne des Art. 5 UN-BRK diskriminierend und sollten beseitigt werden.

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

§ 7 (Vorbehalt abweichender Regelungen)

Wie bereits zu § 2 ausgeführt, entspricht der erste Satz der Begründung nicht der geltenden Rechtslage, weil der Halbsatz *"soweit sich aus den...geltenden Regelungen nichts Abweichendes ergibt"* einfach unberücksichtigt bleibt. Damit trägt auch die daran angeknüpfte Schlussfolgerung, dass *"den allgemeinen Vorschriften im Teil 1 (nur) eine ergänzende und ermessenslenkende Bedeutung"* zukomme, ebenso wenig, wie im späteren Verlauf des Arbeitsentwurfs daraus abgeleitet Regelungen, insbesondere im Teil 2.

Wenn in den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes geregelt ist - und das ist so gut wie nicht der Fall (s. oben zu § 2) - sind die Bestimmungen des Teils 1 bisher für alle Rehabilitationsträger geltendes Recht. Selbst wenn etwas Abweichendes geregelt sein sollte, ist das Abweichende im Lichte des SGB IX und der UN-BRK auszulegen.

Die vom geltenden Recht abweichende Auslegung folgt offensichtlich den korporatistischen Interessen einzelner Träger, insbesondere denen der Sozialhilfe, die sich bisher bereits z.Tl. der Anwendung des geltenden Rechts entzogen haben. Dies erschließt sich unmittelbar aus der Begründung selbst, die ja den Teil 2 mit der neu verorteten Eingliederungshilfe als im Verhältnis zum Teil 1 als insgesamt "vorrangiges Leistungsrecht" bewertet.

Damit werden Kernziele des SGB IX - wie die Beendigung der Divergenz des Rehabilitationsrechts, das gemeinsame Rehabilitationsrecht und die einheitliche Praxis des Rehabilitationsrechts - aufgegeben. Das ist zugleich das Ende eines trägerübergreifenden, einheitlichen Teilhaberechts in einem Teil des Sozialgesetzbuch, wie es der Deutsche Bundestag 1990 mit der Beschlussfassung über den Abschlussbericht der Enquet-Kommission zu Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung gefordert und der Gesetzgeber 2001 mit dem SGB IX gestaltet hat.

Hier findet sich die Erklärung für die Wiederholung fast aller leistungsrechtlichen Regelungen des Teils 1 im Teil 2 für die Träger der Sozialhilfe, obwohl es keine fachliche oder rechtliche Begründung oder Notwendigkeit für abweichende Regelungen gibt (einheitliches Teilhaberecht!). Dabei ist zu berücksichtigen, dass Träger der Leistungen zur sozialen Teilhabe nach § 6 nicht nur die Träger der Sozialhilfe, sondern u.a. auch die Träger der Unfallversicherung sind. Warum für behinderte Menschen Rechtsunterschiede bestehen sollen, die sich allein aus der Zuständigkeit eines Rehabilitationsträgers ergeben, bedarf im Sinne der anderenfalls anzunehmenden Diskriminierung iSv Art 5 UN-BRK einer ausführlichen Begründung, die allerdings im gesamten Entwurf nicht zu finden ist.

Die in Absatz 2 zusätzlich vorgenommen Beschränkung der trägerübergreifenden Geltung des Teils 1 auf die Kapitel 2 bis 4 - mithin nicht einmal auf das gesamte Verwaltungs- und Verfahrensrecht des SGB IX - ist ebenso Teil der Beseitigung des trägerübergreifenden Rechts.

Die Beschränkung des trägerübergreifend gemeinsamen Teilhaberechts, der einheitlichen Praxis des Teilhaberechts einschl. der darin enthaltenen einheitlichen Leistungsgestaltung durch Absatz 2 (und der Begründung dazu) ausschließlich auf die Kapitel 2 bis 4 hebt wesentliche Ziele des SGB IX (vergl. oben Abschnitt 1) und das dazugehörige Recht vollständig auf bzw. nimmt ihnen die entsprechende Wirkung.

So findet sich z.B. die bisher in § 12 Abs. 1 Nr. 1 enthaltene Verpflichtung zur trägerübergreifend einheitlichen Erbringung der Leistungen in § 25 Abs. 1 Nr. 1 ebenso wieder, wie die bisher in § 13 Abs. 2 Nr. 2 enthaltene Verpflichtung zur Vereinbarung einer gemeinsamen Empfehlung darüber, in welchen Fällen und auf welche Weise Leistungen zur Teilhabe angeboten werden sollen (zielgruppenorientierte Rehabilitationsleitlinie) in § 26 Abs. 2 Nr. 2. Nach der vorgesehenen Beschränkung der trägerübergreifenden Geltung des gesamten Teil 1 des SGB IX in § 7 auf die Kapitel 2 bis 4, degenerieren (z.B.) die Zusammenarbeitsregelungen im Kapitel 5 zu reiner Deklamation, weil die Träger wegen der dann fehlenden übergreifenden Anwendungsverpflichtung in § 7 Satz 1 keine rechtliche Verpflichtung zum Vollzug gemeinsamen Teilhaberechts und mithin auch kein Interesse mehr daran haben. Das gilt für alle Teile des Teils 1 des SGB IX, insbesondere für die einheitlichen Leistungsvorschriften und die einheitliche Leistungsgestaltung.

In der dem Kapitel 4 vorangestellten Begründung wird die Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz zitiert, in der "zudem deutlich hervorgehoben wurde, dass jedwede gesetzliche Weiterentwicklung der trägerübergreifenden *Koordinierung der Leistungen* nur dann Wirkungen entfalten kann, wenn diese Vorschriften gegenüber den Leistungsgesetzen der Rehabilitationsträger und gegenüber abweichendem Landesrecht vorrangig anzuwenden sind".

Die Arbeitsgruppe spricht bewusst von der *Koordinierung der Leistungen*, nicht nur des Verfahrensrechts. Der Arbeitsentwurf verfährt extrem gegensätzlich: Das Recht der übergreifenden Koordination wird auf wenige Teile des Verfahrensrechts und die Prävention beschränkt . Damit wird zugleich die bisher durch die übergreifende Koordinationsverpflichtung definierte einheitliche Leistungsausführung (§ 12 Abs. 1 Nr. 1) durch vorrangig trägerspezifische Rechtsanwendung ersetzt

Es wird deshalb nachdrücklich vorgeschlagen, die auf § 7 basierenden *trägerübergreifenden Einheit des Teilhaberechts und der einheitlichen Praxis des Teilhaberechts (Verfahrens- und Leistungsrecht)* nicht aufzugeben und die diesem Ziel entgegenstehende, defizitäre Vollzugspraxis der Träger - die weitgehend auf einer Fehlinterpretation des § 7 gründet - durch Streichung des 2. Halbsatzes von § 7 Satz 1 (Bezug auf das jeweilige Leistungsrecht) für die Zukunft auszuschließen.

Dass diese Regelung aus der Interessenlage der Sozialhilfeträger - für ihren Aufgabenbereich *umfassend* abweichendes Sonderrecht zu erhalten - erwachsen sind, wird aus der beabsichtigten Regelung in § 7 Abs. 1 Satz 3 (neu) iVm Absatz 2 deutlich.

Das SGB IX war durch die Verlagerung der Bestimmungen des §§ 55 SGB IX (Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft) aus der Eingliederungshilfeverordnung in das SGB IX "Leistungsrecht" und wird es insoweit nicht erst durch die Neufassung. Die darauf abzielende ausdrückliche Hervorhebung des Teils 2 im scheinbaren Gegensatz zum Teil 1 ist danach überflüssig. Sie soll aber für die Zukunft

ausdrücklich unterschiedliche leistungsrechtliche Grundlagen und damit abweichendes Sonderrecht für die Sozialhilfe manifestieren.

Dieser Überzeugung folgen im Teil 2 insbesondere die leistungsrechtlichen Regelungen des § 100 sowie der Kapitel 3 bis 6, die inhaltlich die leistungsrechtlichen Vorschriften des § 5 sowie der Kapitel 9, 10, 12 und 13 des Teils 1 weitgehend wiederholen. Soweit sie inhaltlich voneinander abweichen, sind dafür weder rechtlich noch fachlich Gründe nachvollziehbar, die spezifisch abweichendes Sozialhilferecht erfordern. Es sei denn, man wolle an Aspekten, die bisher aus fürsorgerechtlichen Prinzipien abgeleitet wurden, festhalten. Dies widerspricht allerdings der Absicht des Koalitionsvertrages, behinderte Menschen aus der Fürsorgewelt herausführen zu wollen.

Zur Verdeutlichung der Problematik mögen die Leistungen der medizinischen Rehabilitation dienen. Bisher gibt es seit 1.7.2001 in allen Teilen des Sozialgesetzbuches - mit Ausnahme des § 26 SGB IX (Teil 1, künftig § 42 neu) - keine Regelung mehr die, die das Leistungsziele der medizinischen Rehabilitation und deren Leistungsinhalte definiert. Mit § 26 (alt) wurde dies im Sinne des einheitlichen Teilhaberechts trägerübergreifend einheitlich für alle Träger medizinischer Rehabilitationsleistungen als gemeinsame leistungsrechtliche Grundlage verankert, die zudem noch auf die ICF orientiert ist.

§ 26 SGB IX ist mithin auch schon seit 1.7.2001 die leistungsrechtliche Grundlage auch für Leistungen der medizinischen Rehabilitation der Sozialhilfeträger.

§ 106 im Teil 2 sieht nunmehr einen Anspruch auf medizinische Rehabilitationsleistungen vor und stellt auch den Bezug zu § 42 her. Nach Satz 2 sollen jedoch die Leistungen denen der Krankenversicherung entsprechen. Deren Leistungen basieren - mangels abweichender Regelung im SGB V - nach § 7 Satz 1 SGB IX iVm § 11 Abs. 2 SGB V ebenfalls auf § 42 (neu).

Fasst man § 7 Satz 1 und 2 nicht wie jetzt vorgesehen, ist eine parallele Anspruchsregelung im Teil 2 überflüssig, weil über den derzeitigen § 7 Satz 1 SGB IX das Leistungsrecht des § 42 (neu - § 26 alt) unmittelbar geltendes Recht für die im Teil 2 verankerte Eingliederungshilfe ist. Der Bezug auf die Krankenversicherung ist in jedem Fall überflüssig (ebenso wie die bisherige Regelung in § 54 Abs. 1 Satz 2 SGB XII), weil auch für die Krankenversicherung § 42 neu (§ 26 alt) die unmittelbar geltende leistungsrechtliche Grundlage ist und das SGB V dazu keine abweichenden Regelungen enthält. Prinzipiell gilt das am Beispiel der medizinischen Rehabilitation Dargestellte nach geltendem Recht ebenso für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (künftig Leistungen zur sozialen Teilhabe).

Damit ist belegt, dass die mit den Änderungen in § 7 beabsichtigte weitgehende Abschaffung der trägerübergreifenden Geltung des Teils 1 für alle Rehabilitationsträger *Voraussetzung dafür ist, um im Teil 2 vom Teil 1 abweichendes leistungsrechtliches Sonderrecht für die Sozialhilfe schaffen zu können.*

Weichen die für die Sozialhilfe geplanten spezifischen Sonderregelungen im Teil 2 dazu nicht signifikant von den entsprechenden, bisher trägerübergreifend für alle Rehabilitationsträger geltenden leistungsrechtlichen Bestimmungen ab (Ziel des bisherigen Rechts: Beendigung der Divergenz des Leistungsrechts sowie einheitliche Praxis d.h., auch bei der Leistungsausführung s. § 12 - einheitliche Leistungsausführung), stellt sich die Frage nach den mit der geplanten Änderung verbundenen Absichten.

Das SGB IX ist weitgehend ein Leistungsgestaltungsgesetz, das die Träger im Sinne der vom Gesetzgeber angestrebten trägerübergreifenden einheitlichen Praxis des Teilhaberechts zur einheitlichen Gestaltung verpflichtet (u.a. § 12 Abs. 1 Nr. 1 iVm § 13 Abs. 2 Nr. 2). Einerseits wird damit dem Gleichbehandlungsgrundsatz Rechnung getragen, dass behinderte Menschen unabhängig von der Leistungsverpflichtung und Zuständigkeit eines Trägers eine auf den individuellen Bedarf orientierte in gleicher Weise wirksame Teilhableistung erhalten. Andererseits soll damit erreicht werden, dass die Träger - auf die Erreichung der individuellen Teilhabeziele ausgerichtet - ausschließlich wirksame und damit wirtschaftliche Leistungen erbringen. Die Orientierung auf die Erreichung von individuellen Teilhabezielen ist in § 4 Abs. 2 Satz 1 (alt) vorgeschrieben. Da sich die Teilhabeziele - unabhängig von Zuständigkeit und Leistungsverpflichtung - bei allen Trägern immer aus der individuellen Beeinträchtigung der Teilhabe des Betroffenen ableiten (das ist auch in der GRV nicht anders, weil deren spezifische Aufgabenstellung Förderung der Erwerbsfähigkeit nur ein Teilaspekt der Teilhabe ist, der nicht losgedöst von allen Aspekten der Teilhabe beurteilt werden kann), sind zur Erfüllung des Wirksamkeits- und damit auch des Wirtschaftlichkeitsgebots keine zwischen den Rehabilitationsträgern signifikant unterschiedlichen Qualitätsanforderungen an die Leistungsausführung möglich. § 20 (alt) verlangt auf der Grundlage der Verpflichtung zur einheitlichen Leistungserbringung (§ 12 Abs.1 Nr. 1) deshalb folgerichtig *gemeinsame* Empfehlungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen.

Der in § 37 (neu) übernommene § 20 verliert mit der Einschränkung der Verpflichtung zur trägerübergreifenden Anwendung des Teils 1 des SGB IX in § 7 ebenfalls seine Vollzugskraft. Hier wird die Wirkung der geplanten Auseinanderentwicklung des Teilhaberechts auf die Leistungsqualität als Folge der Wirksamkeit der Leistungen und der Leistungsausführung deutlich, was zudem erhebliche negative ökonomische Folgen hat.

Wenn die Träger bei gleichem, individuell aus der der Beeinträchtigung der Teilhabe abgeleiteten Leistungsbedarf und Leistungszielen qualitativ - in der Regel abhängig vom Preis - unterschiedlich wirksame Leistungen einsetzen, sind diese zwangsläufig nicht gleich wirksam. Das SGB IX definiert aber in § 10 - der inhaltlich übernommen wird - die Wirksamkeit der Leistung (bezogen auf die Erreichung der Teilhabeziele - § 4 Abs. 2 Satz 1) - als wesentliche Grundlage der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Bei nicht geeigneter Wirksamkeit der Leistungen ist die damit verbundene Mittelverwendung eben nicht wirksam und wirtschaftlich.

Die in § 7 Satz 1 begründete Verpflichtung zur trägerübergreifenden Rechtsanwendung und Zusammenarbeit ist mithin auch eine ökonomisch hoch signifikante Regelung, die nunmehr eingeschränkt wird.

Das ist dann nachvollziehbar, wenn mit der Aufgabe der Verpflichtung zur übergreifenden Anwendung des Leistungs- und Leistungsgestaltungsrechts, den Sozialhilfeträgern mit abweichendem Sonderrecht die Möglichkeit eingeräumt werden soll, entgegen dem bisherigen § 12 Abs. 2 Nr. 1 (alt - § 25 Abs. 1 Nr. 1 -neu) abweichende Leistungsgestaltung betreiben zu können. Die damit verbundenen Erwartungen an kostengünstigere Leistungsausführung und Kostensenkung dürften bei gleicher Wirksamkeit und Qualität der Leistungen nicht signifikant eintreten. Untersuchungen - auch unabhängiger Institute - belegen das ökonomisch enge Preis-/Leistungsverhältnis zum Beispiel der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung.

Es erscheint wenig sachgerecht, für diese trügerische Erwartung eines Trägerzweiges wesentliche Grundsätze des trägerübergreifenden Teilhaberechts aufzugeben und damit nicht nur die

Auseinanderentwicklung des Teilhaberechts zu vertiefen, sondern auch die zur Erreichung ökonomischer Ziele für die Beurteilung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen erforderliche gemeinsame Kompetenz der Träger aufzugeben.

§ 8 (Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten)

Die Regelung bleibt zwar unverändert. Durch die Rechtsprechung des BSG wurde jedoch ein Vorrang des Wirtschaftlichkeitsgebots gegenüber dem Wunschrecht begründet, wodurch das Wunschrecht in der Praxis weitgehend aushöhlt ist.

Zudem ist zwischenzeitlich eine überflüssige Parallelregelung im Bereich des SGB V in Kraft getreten, aus der interpretativ Unterschiede zwischen SGB V und SGB IX abgeleitet werden können. Beides bedarf der Bereinigung.

Der Gesetzgeber ging bei der Gestaltung des § 9 SGB IX davon aus, dass ohne Mitwirkung der Betroffenen keine Wirksamkeit und damit keine Wirtschaftlichkeit der auszuführenden Leistungen erreichbar ist. Das Wunschrecht wurde demzufolge - entgegen der Rechtsprechung - konsequent als integraler Bestandteil des Wirtschaftlichkeitsgebots gesehen (s. Begründung zum SGB IX).

Die beabsichtigte Neufassung zu § 18 (Erstattung selbstbeschaffter Leistungen) sieht vor, dass es für den Erstattungsanspruch künftig nicht mehr auf die Wirtschaftlichkeit und Rechtmäßigkeit, d.h., insbesondere auf die Erforderlichkeit und Zweckmäßigkeit der selbstbeschafften Leistungen ankommen kann. Diese Regelung wird mit Blick auf die Einkommenssituation behinderter Menschen nur in Einzelfällen Wirkungen entfalten.

Der dort zugrunde liegende Ansatz ist aber exakt der Gleiche für das Wunschrecht, zumal mit Blick auf die Annahme des Gesetzgebers, dass Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit nicht ohne Mitwirkung zu erreichen ist und das Wunschrecht die Mitwirkung und damit im Ergebnis die Wirtschaftlichkeit fördert.

Eine dem § 18 Abs. 1 Satz 3 entsprechende Regelung sollte in § 9 aufgenommen werden und damit die rechtlich zulässigen Gründe für die Ablehnung des geäußerten Wunsches konkretisiert werden.

Die Regelung im SGB V kann mit Blick auf die bisher geltende Fassung des § 7 Satz 1 SGB IX ersatzlos entfallen. Die Parallelregelung des Wunschrechts im SGB V belegt allerdings die Folgen, die eintreten, wenn der § 7 - wie im Entwurf vorgeschlagen - das übergreifende Recht allein auf bestimmte Verfahrensregelungen beschränkt. Es wird künftig in allen Teilen des Sozialgesetzbuches zu trägerspezifischem Sonderrecht kommen. Damit würde wieder der Rechtszustand vor 1990 erreicht, der den Gesetzgeber bewogen hat das Recht der Teilhabe - für alle Träger einheitlich - in einem Teil des Sozialgesetzbuches zusammenzufassen. Das ist zwar in der Praxis bisher z.Tl. schon so, weil die Träger das SGB IX in weiten Teilen nicht anwenden. Die Weiterentwicklung des Teilhaberechts zu einem modernen Teilhaberechts müsste jedoch gerade dieses bisher rechtswidrige Eigenleben beendet, statt es zu legitimieren und zu vertiefen.

§ 9 (Vorrang von Leistungen zur Teilhabe)

Absatz 4 Satz 1 folgt der fortbestehenden Aufgabenteilung zwischen Bundesagentur für Arbeit und Jobcentern. Vergl. dazu Ausführungen zur § 6 Abs. 3.

Dass auch die Pflegekassen nach § 4 Abs. 2 Satz 2 in die Regelung des § 9 einbezogen werden, ist zu begrüßen. Neben der Notwendigkeit zu prüfen, ist aber entscheidend, wie zu prüfen ist. Das mit dem PSG II eingeführte Begutachtungsinstrument ist ebenso wenig teilhabeorientiert, wie der seit 2015 beim MDK flächendeckend angewendete, auf der Grundlage der Studie „Reha XI – Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung der MDK“ optimierte Standard zur Ermittlung von Rehabilitationsbedarf bei der Pflegebegutachtung. Bisher besteht wegen der übergreifenden Geltung des SGB IX auch für die Krankenkassen als Träger der Rehabilitation vor oder während der Pflege schon die Verpflichtung zur icf-orientierten Bedarfsfeststellung nach § 10. Dies ist - wie dargestellt - selbst im neuen Begutachtungsstandard nicht verwirklicht. Deshalb wird eine Ergänzung des § 9 und des § 18 SGB XI vorgeschlagen, dass es sich um eine teilhabeorientierte, d.h., icf-orientierte Prüfung handelt.

§ 10 (Sicherung der Erwerbsfähigkeit und Beschäftigung)

Absatz 1 ist - wie bisher - auf eine Prüfverpflichtung bei Einleitung medizinischer Rehabilitationsleistungen beschränkt. Ist z.B. eine psychische Erkrankung ursächlich für die Beeinträchtigung der Teilhabe (ähnliches gilt auch für andere Indikationen) ist die Teilnahme an medizinischen Rehabilitationsleistungen oft erst möglich, wenn zuvor Leistungen zur sozialen Teilhabe erfolgreich waren. Frühestmöglicher Zeitpunkt für die in § 10 vorgesehene Prüfung ist in diesen Fällen die Einleitung von Leistungen zur sozialen Teilhabe. Folgerichtig sollte in Absatz 1 auch die Prüfung bei der Einleitung von Leistungen zur sozialen Teilhabe aufgenommen werden.

Die in Absatz 5 beabsichtigte Regelung ist abzulehnen.

Die Folge der Aufhebung der Gemeinsamen Servicestellen ist, dass der Arbeitgeber künftig zur Wahrnehmung seines Rechts nach § 84 Abs. 2 (alt) nicht mehr auf *eine* trägerübergreifende Stelle (Gemeinsame Servicestelle) zugreifen kann. Abgesehen davon, dass er die Zuständigkeitsregeln nicht überblicken kann oder muss, hat er es je nach Leistungsbedarf parallel mit verschiedenen Leistungsträgern zu tun. Die BDA hat es in einer von der DRV Westfalen 2014 durchgeführten Veranstaltung deutlich abgelehnt, dass Arbeitgeber mit mehr als einem Träger - oder je nach Mitgliedschaft des Arbeitnehmers - ständig verschiedenen Trägern zusammen arbeiten müssen. Deswegen bildet auch der neue § 14 keine adäquate Lösung. Die Arbeitnehmer in den Betrieben sind in der Regel bei einer Vielzahl von Rehabilitationsträgern versichert, sodass in jedem Einzelfall ein anderer Träger leistungsverpflichteter Träger iSv § 14 sein kann. Die Arbeitgeber müssen damit auch in Zukunft mit mehreren leistungsverpflichteten Trägern zusammenarbeiten.

Im Übrigen verfügen die Träger nicht in allen Zweigen der sozialen Sicherung über Rehabilitationsberater, oder wenn doch, dann aber nicht immer wohnortnah und regional.

Diese Probleme bestehen nicht nur bei der Inanspruchnahme durch den Arbeitgeber, sondern auch bei der Zusammenarbeit mit Ärzten und Gesundheitsberufen nach §§ 33, 34.

Vergl. im Übrigen zum Verhältnis der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung zu den bisherigen Gemeinsamen Servicestellen bei § 32.

§ 11 (Förderung von Modellvorhaben zur Prävention)

Diese Regelung ist - ausweislich des ersten Absatzes der Begründung - durch die bisher weder im Einzelnen noch der Höhe nach belegte Feststellung der Sozialhilfeträger inspiriert, dass vorrangig

leistungspflichtet Sozialversicherungsträger zu Lasten der Sozialhilfeträger ihren gesetzlichen Pflichten nicht oder nicht ausreichend nachkommen. Das Ziel der Entlastung der Eingliederungshilfe greift behinderungspolitisch deutlich zu kurz.

Eine weitaus tragfähigere Begründung für diese gesetzliche Regelung beinhaltet das Recht behinderter Menschen auf Arbeit nach Art. 27 Abs. 1 UN-BRK und eine zur Förderung dieses Rechts vorgesehene Förderung von Modellvorhaben zur Prävention.

Die im dritten Absatz der Begründung angesprochenen Möglichkeiten der frühzeitigen Intervention sind bisher schon in § 31 Abs. 1, insbesondere Nr. 2, SGB VI enthalten und werden nunmehr durch die Bundesförderung intensiviert.

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

Bisher sind in fast allen Teilen des Sozialgesetzbuches enthaltene Initiativen, Modellvorhaben über die Anschubfinanzierung anzureizen, wenig erfolgreich gewesen, weil sich die Träger mit Blick auf die ungeklärte Folgefinanzierung nach dem Ende der Anschubfinanzierung (hier fünf Jahre) in der Regel zurückhalten. Da die Länder - unabhängig von den Interessen der Sozialhilfe - ein nachdrückliches Interesse an der Förderung arbeitsloser behinderter Menschen haben, könnten die regionalen Arbeitsgemeinschaften iSv § 12 Abs. 2 - in denen je nach Gestaltung auch die Länder vertreten sind (§ 19 Abs. 1 - gemeinsam mit den Ländern) die Plattform für trägerübergreifende Programme und Programmentwicklungen sein. Dazu müssten sie allerdings endlich errichtet werden (vergl. zu § 25 Abs. 2).

§ 12 (Maßnahmen zur Unterstützung der frühzeitigen Bedarfserkennung)

Absatz 1 ist eine Placebo-Regelung (was sind geeignete Maßnahmen zur frühzeitigen Bedarfserkennung über die Pflichten u.a. nach §§ 9,33,34, 84 Abs. 2 hinaus?) , geprägt durch unbestimmte Formulierungen und keinem Inhalt, der nicht ohnehin bereits nach §§ 13 - Aufklärung- und 15 -Auskunft - zu leisten ist.

Das Hinwirken darauf, dass Berechtigte die Ihnen zustehenden Sozialleistungen erhalten - und bei antragsabhängigen Leistungen inzidenter auch darauf, dass dazu der Antrag gestellt wird, ist bereits Verpflichtung aller Sozialleistungsträger nach § 17 SGB I (und bisher in § 22 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 konkretisiert).

Die in der Begründung enthaltene Feststellung, dass damit die Pflichten über die im SGB I enthaltenen Regelungen hinaus deutlich erweitert würden, ist ebenso wenig durch den Gesetzestext belegt, wie die apodiktische Feststellung, dass damit "implizit oder direkt leistungsverengende Verfahren, Abläufe und Auskünfte pflicht- und rechtswidrig" seien. Das gilt auch für die Regelungen der §§ 13 bis 16 SGB I. Es ist kaum zu erwarten, dass - falls die Träger bisher ihre Pflichten nach dem SGB I vernachlässigt haben - das jetzt nach § 12 Abs. 1 ändern, zumal lt. Begründung "nicht im Einzelnen vorgegeben wird, welche konkreten Maßnahmen zu ergreifen sind."

Die in der Begründung angesprochenen, sich aus der Regelung des § 12 ergebenden Ansprüche der Leistungsberechtigten (öffentlich-rechtlicher Herstellungsanspruch) bestehen auch bereits nach § 17 SGB I.

Offensichtlich wird ein Bedarf für diese Regelung durch die Aufhebung der Gemeinsamen Servicestellen gesehen. Darauf deutet die Formulierung im letzten Satz der Begründung, dass "weitergehende Maßnahmen, z.B. die Errichtung von Auskunftsstellen, Beratungsteams usw. im Ermessen der Rehabilitationsträger liegen".

Naturgemäß bedarf die Aufhebung der Gemeinsamen Servicestellen einer Ersatzlösung. Mit dieser Aufhebung werden nicht nur die bei den Trägern dafür in den letzten 15 Jahren getätigten Investitionen vernichtet. Zugleich werden weitere Investitionen für Ersatzlösungen notwendig. Das ist schlicht unökonomisch und unwirtschaftlich.

Die Jobcenter sind als Rehabilitationsträger bereits bisher nach § 17 SGB I zur Hinwirkung verpflichtet.

Die "Erweiterung der Aufgabenstellung der Pflegekassen" durch Absatz 2 ist identisch mit den Pflichten von MDK und Pflegekassen nach §§ 18 Abs. 1 Satz 3 SGB XI, 18a Abs. 1 und 31 Abs. 3 SGB XI (Feststellung bei der Pflegebegutachtung, Hinwirken auf die Antragstellung mit Einholung der Zustimmung des Berechtigten zur Einleitung des Rehabilitationsverfahrens, Weiterleitung an den Rehabilitationsträger).

Dass das Begutachtungsverfahren des MDK im Rahmen des SGB XI nicht teilhabeorientiert ist, wurde bereits zu § 9 angesprochen und wird durch Absatz 2 nicht gelöst, zumal § 9 Abs. 4 letzter Halbsatz ausdrücklich feststellt, dass die §§ 18a und 31 SGB XI unberührt bleiben, d.h., die Feststellungen des MDK ohne icf-Orientierung durchgeführt werden.

Eine Lösung ist durch eine entsprechende Klarstellung im Begutachtungsauftrag des MDK in § 18 SGB XI möglich.

§ 13 (Instrumente des Rehabilitationsbedarfs)

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

Problematisch wird diese Regelung erst durch Absatz 1 Satz 2. Dort wird das Ermessen zur Gestaltung der Arbeitsorganisation zur Bedarfsermittlung nicht mehr unmittelbar an Vorgaben des Gesetzgebers gebunden. Im Gegensatz dazu sieht der Entwurf in § 115 eine unmittelbare Bindung an die ICF vor.

Das ist eine vollständige Umkehr der Verhältnisse. Während das SGB IX mit dem Wortlaut des § 10 (funktionsbezogene Bedarfsermittlung) und die Begründung dazu bisher eine Orientierung an der ICF bindend vorgab, enthielt das Sozialhilferecht selbst bisher keine solche Bindung an die ICF. Künftig wären die Sozialhilfeträger daran gebunden, alle übrigen Träger aber nicht mehr.

Abgesehen davon, dass diese unterschiedliche Rechtsgestaltung nicht begründbar ist, kann diese Entwicklung nicht mit der UN-BRK vereinbart werden, die sich selbst an der ICF orientiert.

Diese Regelung muss auch die Arbeitsprozesse und Instrumente auf die Anwendung der ICF ausrichten und - soweit Grundsätze vereinbart werden - die Träger an die Grundsätze binden und nicht nur eine Entsprechung vorschreiben, die korporatistisch missbraucht werden kann.

Ohne eine klare Orientierung in Absatz 1 geht der einleitende Satz in Abs. 2 (funktionsbezogene Bedarfsermittlung) ins Leere, weil "funktionsbezogen" wörtliche die Anknüpfung an die ICF bedeutet.

Die Begründung ist in sich widersprüchlich und auch nicht schlüssig. Sie beruft sich einerseits darauf, dass nach der Studie zum Nutzungsgrad der ICF derzeit "weder das bio-psychoziale Modell der ICF noch die Items einheitliche verwendete Referenzgrößen" bei der Bedarfsfeststellung sind. Das deutet darauf hin, dass die Bedarfsfeststellung nach § 10 SGB IX in der Regel nicht rechtmäßig an der ICF-orientiert durchgeführt wird.

Obwohl dies so ist, sollen die Rehabilitationsträger nach der Begründung "weiterhin für ihren Aufgabenbereich eigenverantwortlich prüfen und entscheiden können, ob und inwieweit das bio-psychoziale Modell, die Klassifikation oder die Lebensbereiche der ICF als Grundlage für den Einsatz von Instrumenten der Bedarfsermittlungen dienen". Damit wird den Trägern die Rechtfertigung serviert, auch in der Zukunft uneinheitliche Begutachtungsverfahren zu praktizieren, die dann - mangels Eignung - zur Mehrfachbegutachtungen führen und für die Betroffenen bei gleicher Lebenssituation zu völlig unterschiedlicher Trägerbewertungen im Entscheidungsverfahren führen. Das exakte Gegenteil sollte durch das trägerübergreifende Recht gewährleistet sein, das aber für die Zukunft eingeschränkt wird.

Wie bei den Gemeinsamen Service-Stellen wird erneut der langjährige Rechtsbruch verschiedener Rehabilitationsträger durch Aufhebung der bisherigen gesetzlichen Vorschrift legitimiert. Da die Begründung zum SGB IX bereits in den einleitenden Ausführungen klar stellt, dass sich das gesamte SGB IX - ebenso wie die UN-BRK - an der ICF der WHO orientiert, wird an dieser Stelle sogar die Basis des SGB IX insgesamt in Frage gestellt.

Diese Regelung bedarf einer konsequenten Überarbeitung und Orientierung an den Prinzipien der ICF sowie der unzweifelhaften trägerübergreifenden Bindung an einheitliches Verfahrensrecht basiert auf der ICF.

Dabei sollte in Absatz 2 Ziffer 4 zur Klarstellung von "Teilhabezielen" statt "Zielen" gesprochen werden (Bezug zu § 4 Abs. 2 Satz 1) und entweder hier oder in § 17 (Begutachtung) die Verpflichtung aus Art. 26 Abs. 1 Buchst. a zur multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken aufgenommen werden.

Zu Kapitel 4 (Koordinierung der Leistungen)

Die im letzten Satz der Begründung hierzu referierte deutliche Haltung der Arbeitsgruppe BTHG wird bereits durch die Regelungen in §§ 7, 12, 13 aufgeweicht oder missachtet (siehe dort).

Schon an dieser Stelle kann mit Blick auf die nachfolgende Bewertung der §§ 14 bis 20 festgestellt werden, dass mit der von den Sozialhilfeträgern geforderten Übertragung der Gesamtsteuerungsverantwortung, die mit diesen Regelungen auch erreicht wird, erhebliche Anforderungen an Kompetenz und Personal auf die Kommunen zukommen. Außerhalb der Landkreise und kreisfreien Städte wird keine Kommune über diese Kompetenz und das notwendige Personal verfügen, die Verfahren nach §§ 14ff durchzuführen. Selbst bei Landkreisen und kreisfreien Städten wird das ohne Fortbildung und zusätzlichem Personal kaum möglich sein. Die z.B. in Nordrhein-Westfalen zu beobachtende vertragliche Übertragung der Wahrnehmung von Aufgaben der Durchführung der Sozialgesetze von den Kommunen zu kommunalen Dachverbänden (Landschaftsverbände) - und damit

ein eigentlich nicht gewollter bürgerferner Zentralisierungsprozess - wird durch dieses Gesetz zunehmen.

Zu § 14 (Leistender Rehabilitationsträger)

Die bisherige Regelung enthält die Bezeichnung "leistender Rehabilitationsträger" nur in Absatz 6 und zwar lediglich in dem Sinne, dass der nach Antragseingang zuständige Rehabilitationsträger (entweder tatsächlich oder kraft Gesetzes) für Leistungen, zu denen er nach § 6 nicht leistungs verpflichtet ist, weitere Rehabilitationsträger beteiligen soll (mithin im Sinne des Teilhabemanagements).

§ 14 (neu) verwendet den Begriff des "leistenden Rehabilitationsträgers" eher im Sinne des Beauftragten (Rehabilitationsträgers) nach § 3 BudgetV, der von der Antragstellung an - unbeachtlich der tatsächlichen Zuständigkeit und Leistungs verpflichtung - die Aufgabe des Verantwortlichen für das Teilhabemanagement übernimmt.

Das ergibt sich im Kontext der §§ 15 bis 19, die dem "leistenden Rehabilitationsträger" auch dann noch Aufgaben (z.B. Anpassung des Teilhabeplanes und Sicherung des Verfahrens in 19 Abs. 3) zuweisen, wenn bereits andere Rehabilitationsträger zur Leistung verpflichtet sind und leisten.

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

Problematisch könnte diese an sich zu begrüßende Regelung werden, wenn ein Träger sie für eigene, zumal pekuniär indizierte Interessen missbraucht. § 15 Absatz 3 sieht ausdrücklich eine Leistungsbefugnis an Stelle des an sich zuständigen Trägers bei voller Kostenerstattung einschl. Verwaltungskostenpauschale und Verzinsung (§ 16 Abs. 3) für den Fall vor, dass der an sich zuständige Träger nicht innerhalb von zwei (bei Begutachtung vier Wochen) seine eigenen Feststellungen zum Teilhabeplan (§ 19) trifft (§ 15 Abs. 2).

In der Praxis dürfte es keinem der Sozialversicherungsträger innerhalb der Fristen möglich sein, die Voraussetzungen des § 15 Abs. 2 zu erfüllen, sodass der "leistungs verpflichtete Träger" (die Sinnhaftigkeit dieser Bezeichnung erschließt sich an dieser Stelle besonders) immer selbst entscheiden und die Leistung erbringen kann. Eine andere Situation ergibt sich, wenn die Gemeinsamen Servicestellen erhalten bleiben und insbesondere die großen Träger damit über eine regionale Vertretung verfügen, mit der sie das Verfahren nach § 15 Abs. 3 gemeinsam mit den anderen Trägern fristgerecht handhaben können.

Es wird auch deutlich, dass diese Regelung vollinhaltlich der Forderung der Träger der Sozialhilfe entspricht, die eine "Gesamtsteuerungsverantwortung" für sich gefordert haben, die mit dem Zusammenspiel der §§ 14 bis 16, aber auch 19 erreicht wird.

Da bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt und anderen Sozialhilfeleistungen, insbesondere jedoch im Rahmen der Eingliederungshilfe bei mehrfach oder schwerts mehrfach behinderten Menschen der Sozialhilfeträger der (erstangegangene) leistungs verpflichtete Träger nach § 14 sein wird, werden sich alle Sozialversicherungsträger künftig in erheblichem Umfang mit Erstattungsforderungen der Sozialhilfeträger auseinandersetzen müssen, weil diese wegen Versäumung der Fristen nach § 15 Abs. 2 die Leistungen nach § 15 Abs. 3 ausgeführt haben und

danach immer einen umfassenden Erstattungsanspruch nach § 16 begründen (vergl. Begründung zu § 16 Abs. 2 bis 5).

Im Übrigen wird aus der Begründung ein weiteres - offensichtlich nicht hinreichend gewürdigtes Problem - deutlich:

Auch wenn der leistende Rehabilitationsträger iSv § 14 nach § 15 Abs. 1 einen weiteren Rehabilitationsträger beteiligt, bleibt er für die Koordination - z.B. die Erstellung des Teilhabeplanes oder die Einhaltung der Entscheidungsfristen des § 14 - verantwortlich.

Der Teilhabeplan wird nach § 19 - entsprechend dem bisherigen Wortlaut des § 10 Abs. 1 (alt)- nur aufgestellt, wenn Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind. Schon die bisherige Regelung stieß - zu Recht - auf Kritik, weil dadurch in der Praxis die Bedarfsfeststellung (und künftig in der Folge der Teilhabeplan) in unterschiedlicher Qualität durchgeführt bzw. aufgestellt werden, je nachdem, ob zunächst nur ein Träger tangiert erscheint oder sofort die Betroffenheit mehrerer Träger deutlich ist.

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

Ob die nach dem derzeitigen Wortlaut zu erfüllenden Voraussetzung zur Aufstellung eines Teilhabeplanes vorliegen, ergibt sich in der Regel erst aus der nach § 17 vom leistenden Träger zu beauftragenden Begutachtung, weil erst damit objektiviert wird, welche Beeinträchtigungen der Teilhabe beim Antragsteller tatsächlich vorliegen, welche Teilhabeziele sich daraus ableiten und welche Leistungen von welchem Träger geeignet sind, die Teilhabeziele wirksam zu erreichen. Im Regelfall ist erst nach Erstellung und Eingang des Gutachtens, d.h., bis zu vier Wochen nach Antragseingang - mithin im Rahmen der Entscheidungsfrist der nachfolgenden drei Wochen nach Eingang des Gutachtens (§ 14 Abs. 2) - zu erkennen, dass und welche Leistungen von welchen anderen Rehabilitationsträgern noch erforderlich sein können, die dann nach § 15 einzubeziehen sind.

Nach dem Wortlaut des § 15 Abs. 2 sollen die Feststellungen weiterer zuständiger Rehabilitationsträger aber schon für die umfassende Feststellung des Rehabilitationsbedarfs, d.h., bei der Begutachtung der Beeinträchtigung der Teilhabe, vorliegen und von den zu beteiligenden Trägern innerhalb von zwei bzw. bei Begutachtung innerhalb von vier Wochen eingebracht werden. Das ist nach den vorigen Ausführungen nur in den seltenen Fällen praktikabel, bei denen schon mit der Antragstellung medizinische Unterlagen vorgelegt werden, in denen Icf-orientierte Feststellungen enthalten sind.

Auch der zu beteiligende Rehabilitationsträger kann die Teilhabebeeinträchtigung und die sich daraus für seine Leistungsbeurteilung ergebenden Folgen ohne die vorherige objektive Klärung von Art und Ausprägung der Beeinträchtigungen nicht beurteilen.

Die jetzige Fassung bewirkt Doppelbegutachtungen, sowohl veranlasst durch den leistenden Träger, wie auch durch zu beteiligenden Träger.

Diese Problembeschreibung zeigt, dass das angedachte Verfahren innerhalb der § 15 Abs. 2 vorgegebenen Frist schlichtweg nicht möglich ist, zumal sich die Träger auch noch über den zu beauftragenden Sachverständigen verständigen sollen.

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die Begründung offenkundig nicht eindeutig zwischen dem festzustellenden Bedarf zur Herstellung/und Wiederherstellung der Teilhabe (Teilhabebeeinträchtigungen) und dem zum Ausgleich dieser Beeinträchtigung erforderlichen Bedarf an Teilhabeleistungen (Leistungsbedarf) unterscheidet.

Die ganze Regelung ist hoch bürokratisch und kostenaufwändig und offensichtlich darauf zugeschnitten, dass es von dem hinzuzuziehenden Rehabilitationsträger innerhalb der Fristen des § 15 Abs. 2 faktisch keine wirksame Intervention des beteiligten Trägers geben kann und damit der leistende Träger die Leistung ausführen kann.

Dieses Ergebnis führt regelhaft zur rechtlich unzulässigen Mischverwaltung und muss deshalb noch eingehend auf ihre verfassungsrechtliche Zulässigkeit geprüft werden.

Der Ablauf des Verfahrens - einschließlich der Fristen nach § 15 Abs. 2 - bedarf der Überprüfung. Es muss auf jeden Fall klargestellt werden, dass der leistende Träger allein und zunächst abschließend sofort nach Antragsingang eine umfassende Feststellung von Art und Ausprägung der individuellen Beeinträchtigung der Teilhabe ggfls. durch entsprechende Gutachtenbeauftragung vorzunehmen hat (das entspricht dem geltenden Recht in § 10). Auf dieser Grundlage sind die vorläufigen Teilhabeziele auszuwerten und bei Bedarf weitere Träger zu beteiligen. Diese sind auf der Basis einer trägerübergreifend einheitlichen Begutachtung an das Ergebnis der Erstbegutachtung zu binden, sodass Doppelbegutachtungen ausgeschlossen sind und sich auch die erforderlichen Bearbeitungszeiten verkürzen.

Die Ausführungen der Begründung zu Absatz 4 werden entbehrlich, wenn die Gemeinsamen Servicestellen als Kooperations- und Koordinationsplattform bestehen bleiben. Dies gilt umso mehr, wenn man diesen Stellen zu den bisher in § 22 geregelten Pflichten die Pflicht zur Einholung notwendiger Gutachten überträgt.

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

Die Regelung wurde im Zusammenhang mit § 14 weitgehend bewertet.

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

Insgesamt erscheinen die Regelungen der §§ 14, 15, 19 hoch bürokratiebelastet sowie verwaltungs- und kostenaufwändig. Sie lassen sich jedoch vereinfachen, insbesondere dann, wenn die Gemeinsamen Servicestellen als regionale Kooperationsplattformen weiter verfügbar bleiben.

Zu § 16 (Erstattungsansprüche zwischen Rehabilitationsträgern)

Dies ist zweifelsfrei eine Lex Sozialhilfe.

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

Mit dieser Regelung wird - im Gegenteil zu diesem Grundsatz - ganz im Sinne der von den Sozialhilfeträgern geforderten Gesamtsteuerungsverantwortung gepaart mit Vorleistungsrechten systematisch ein Konstrukt von Vorleistung und Kostenerstattung implementiert, bei dem nicht sicher ist, in welchem Verhältnis der dadurch begründete Verwaltungs- und Kostenaufwand zum Ertrag für die Sozialhilfe besteht. Zumal die in diesem Zusammenhang von den Sozialhilfeträgern behauptete Kostenbelastung der Sozialhilfe durch mangelnde Aufgabenwahrnehmung der Sozialversicherungsträger bisher weder belegt noch der Höhe nach beziffert wurde.

Es ist abzusehen, dass es dazu in erheblichem Maße Streitverfahren zwischen den Trägern geben wird (siehe dazu den in der Begründung zu § 19 enthaltenen Hinweis auf die gerichtliche Prüfung der Folgen fehlender oder fehlerhafter Teilhabepläne).

Im Übrigen ist nicht nachvollziehbar, warum die Verzinsung nach Absatz 6 nur für die Träger der Jugend- und Sozialhilfe und nicht im Verhältnis aller Rehabilitationsträger zueinander wirksam werden soll.

Zu § 17 (Begutachtung)

Die Begutachtung bildet die Basis für die Entscheidung über den Leistungsbedarf und die Leistungen. Letzteres ist allein Aufgabe des Rehabilitationsträgers und nicht des Gutachters.

Der Gutachter objektiviert die Ursache für die Beeinträchtigung der Teilhabe sowie deren Art und Umfang. Er macht Vorschläge für die anzustrebenden Teilhabeziel und - je nach Gegenstand und Umfang des Gutachtauftrages des Trägers - auch zu den zur Erreichung der Ziele wirksamen Teilhabeleistungen.

Entgegen der geltenden §§ 10, 12 Abs. 1 Nr. 4 führen nur wenige Träger eine an der ICF orientierte Feststellung des individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarfs. Durch die weit überwiegende Zahl der Gutachten werden die Ursachen der Teilhabebeeinträchtigung (u.a. Krankheit) umfassend verifiziert, nicht aber Art und Umfang der Teilhabebeeinträchtigung, die sich daraus ergebenden Teilhabeziele und die zu deren Erreichung erforderlichen Teilhabeleistungen. Die objektive Klärung der Teilhabebeeinträchtigung liegt im Interesse der behinderten Menschen. Ohne Kenntnis von Art und Umfang der Krankheitsfolgen und deren Auswirkungen auf die Lebenssituation kann nicht annähernd zutreffend beurteilt werden, welche Teilhabeleistungen zur Behandlung oder zum Ausgleich der Beeinträchtigung der Teilhabe wirksam geeignet sind.

Die bisher immer noch weitgehende Krankheits- und vornehmlich Medizinerorientierung der Gutachten ist eine wesentliche Ursache für die aus Sicht behinderter Menschen mangelnde Akzeptanz und unzureichende Berücksichtigung der tatsächlichen Teilhabesituation bei den Entscheidungen der Rehabilitationsträger über Leistungen zur Teilhabe.

Auf diesem Hintergrund muss die Weiterentwicklung des Teilhaberechts zur Begutachtung unzweifelhaft klarstellen, dass die Feststellung des Leistungsbedarfs immer an der ICF orientiert sein muss, um Art, Umfang und Wirkung der Teilhabebeeinträchtigung objektiv beurteilen zu können. Geeignete Gutachter dafür können nur Sachverständige sein, die über die entsprechende Kompetenz zur Anwendung der ICF verfügen.

Im Gegensatz dazu relativiert der Entwurf diese Anforderungen.

Während im Teil 2 für die Sozialhilfeträger in § 115 Abs. 1 Satz 2 (neu) die Orientierung der Begutachtung an der ICF verbindlich vorgeschrieben ist, ist dies in dem dann noch für alle übrigen Rehabilitationsträger geltenden § 17 nicht der Fall. Hier muss sich das Gutachten nicht einmal verpflichtend, sondern soll sich nur an den nach § 25 Abs. 1 Nr. 4 (neu) vereinbarten Grundsätzen orientieren, die trotz wortgleichen bisherigen Rechts (§ 12) bisher nicht konsequent ICF-orientiert sind.

Diese Divergenz korrespondiert offensichtlich mit den Begründungen zu §§ 7 und 13 wonach einerseits das trägerspezifische Recht gilt und andererseits *die Rehabilitationsträger für ihren Aufgabenbereich eigenverantwortlich prüfen und entscheiden können sollen, ob und inwieweit das bio-psycho-soziale Modell, die Klassifikation oder die Lebensbereiche der ICF als Grundlage für den Einsatz von Instrumenten der Bedarfsermittlung dienen.*

Die Regelung zur Begutachtung ist zwar Gegenstand der Kapitel 2 bis 4, die nach Absatz 7 Abs. 2 (neu) den Regelungen der für die Träger geltenden Leistungsgesetzen vorgehen soll. Wenn aber zugleich die trägerübergreifende Begutachtungsregelung so gefasst wird, dass im Prinzip alle Träger machen können, was sie wollen, weil die bisher über § 10 iVm der Begründung vorhandene Verpflichtung zur Orientierung an der ICF - und damit ein zentrales Element der trägerübergreifenden Gemeinsamkeit - aufgegeben wird, liegt die Frage nahe, wann man den Teil 1 des SGB IX insgesamt aufhebt.

Jedenfalls entfaltet § 17 keinesfalls die im Allgemeinen Teil der Begründung unter II.1 postulierte Wirkung, die Regelungen zur Bedarfsermittlung zu schärfen.

Abgesehen von der Auseinanderentwicklung des Teilhaberechts, leben durch die hiernach zulässigen, uneinheitlichen trägerspezifischen Bedarfsfeststellungsverfahren die Auseinandersetzungen der Träger darüber, ob vom leistenden Träger nach § 14 überhaupt ein geeignetes Verfahren zur Bedarfsfeststellung eingesetzt und danach auch der individuelle Bedarf zutreffend erhoben wurde, die darauf nach Fristablauf vom leistenden Träger ausgeführte Leistung überhaupt rechtmäßig und wirksam sowie der nach § 16 geltend gemachte Erstattungsanspruch gegenüber dem eigentlich leistungsverpflichteten Träger überhaupt auf rechtmäßigem Handeln des leistenden Trägers basiert, wieder auf. Das entspricht in Vielem der Situation nach Inkrafttreten des Rehabilitations-Angleichungsgesetzes ab 1.10.1974. Genau solche Entwicklungen wollte der Gesetzgeber mit dem trägerübergreifenden Recht des SGB IX ab 1.7.2001 für die Zukunft ausschließen, weil solche Trägere Auseinandersetzungen im Zweifel zu Lasten der behinderten Menschen ausgetragen werden. Es zeichnen sich jedenfalls nicht weniger, sondern mehr Streitverfahren zwischen den Trägern ab. Das scheint auch den Verfassern des Entwurfs durchaus bewusst zu sein (siehe Ausführungen in der Begründung zu § 19 Abs. 3 bzgl. der gerichtlichen Überprüfung der rechtmäßigen Erstellung des Teilhabeplanes).

Unabhängig von den zu § 7 erforderlichen Änderungen wird vorgeschlagen, in Absatz 1 die gleiche Bindung an die ICF vorzunehmen, wie in § 115. Darüber hinaus sollte Absatz 1 die Aufgabe des Sachverständigen konkretisieren (z.B. ist zur funktionsbezogenen Feststellung der Beeinträchtigungen der Teilhabe, der Teilhabeziele und der dafür wirksamen geeigneten Teilhabeleistungen ein Gutachten erforderlich....).

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

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

In Absatz 2 sollte im Satz 2 das Wort "soll" durch die Worte "hat...zu entsprechen", um korporativ inspirierte Abweichungen auszuschließen.

In Absatz 2 Satz 3 sollten die Worte "zum Rehabilitationsbedarf" durch die Worte "nach Absatz 1 Satz 1" ersetzt werden. Damit wird sichergestellt, dass im Interesse der behinderten Menschen - anders als bisher - nicht mehr vorwiegend der Schweregrad einer Erkrankung, sondern darüber hinaus vor allem Art und Ausprägung der Beeinträchtigung der Teilhabe und die daraus abzuleitenden Teilhabeziele objektiviert und zur Basis der Entscheidung über die Teilhabeleistungen werden, die ja die Beeinträchtigungen ausgleichen oder vermindern und nicht primär die Krankheit behandeln sollen. Dadurch würde endlich auch gesetzlich der Zusammenhang von Teilhabebeeinträchtigung und Teilhabeleistung deutlicher hergestellt.

Entsprechend der vorgeschlagenen Änderung zu Absatz 2 sollte auch in Absatz 3 nicht auf den "Rehabilitationsbedarf", sondern auf die Feststellungen nach Absatz 1 Satz 1 abgestellt werden. Im Übrigen beinhaltet die in Absatz 3 vorgesehene Abstimmung über den zu beauftragenden Sachverständigen ebenfalls einen bürokratischen Zeitaufwand, der einerseits nicht praxisgerecht in den Fristen enthalten ist und andererseits bei einem trägerübergreifend einheitlichen Teilhaberecht völlig überflüssig ist. Wenn alle Träger das SGB IX einheitlich anwenden (so ist z.B. die Definition, was unter medizinischer Rehabilitation zu verstehen ist, welche Ziele damit anzustreben sind und was dafür Leistungsgegenstand ist, ausschließlich in § 26 SGB IX geregelt und in keinem anderen Teil des Gesetzbuches enthalten), bedarf es dieser Regelung nicht, weil die Sachverständigen mit ICF-Kompetenz die Eignung für alle Trägern besitzen. Da nicht die Sachverständigen, sondern die Träger die Leistungsentscheidungen treffen, bedarf es für die Objektivierung des individuellen Leistungsbedarf mit Ausnahme der Orientierung an der ICF keiner trägerspezifischen Begutachtungskompetenz.

Zu § 18 (Erstattung selbstbeschaffter Leistungen)

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

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

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

Dass die Abgrenzung zwischen Rehabilitationsfällen und Krankenbehandlung iSd SGB V nicht in allen Fällen einfach durchzuführen ist - so die Begründung - findet seine Ursache offensichtlich in einer

nicht zutreffenden Auslegung des SGB IX.

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

§ 19 (Teilhabeplan)

Absatz 1 übernimmt weitgehend den Wortlaut des bisherigen § 10 SGB IX und übernimmt damit auch die bestehende Verpflichtung zur "funktionsbezogenen", d.h. icf-orientierten, Bedarfsfeststellung, die nach der Begründung zu den §§ 7, 13, 15 allerdings gerade aufgeweicht wird (s. oben zu diesen Regelungen). Nicht nur hier wird die mangelnde Konsistenz des Entwurfs greifbar.

Bereits § 8 Reha-AnglG verpflichtete die Rehabilitationsträger aus exakt den gleichen Anlässen mit der gleichen Zielsetzung zur Aufstellung eines "Gesamtplans" im Einzelfall. Abs. 3 aa.O sah zum Vollzug den Abschluss einvernehmlicher Gesamtplanvereinbarungen zwischen den Trägern vor.

Nachdem dies über 25 Jahren von den Trägern nicht umgesetzt wurde, weil sie diese die Verpflichtung als zu bürokratisch, nicht praktikabel und zu kostenaufwändig abgelehnt hatten, wurden die Gesamtplanregelungen ab 1.7.2001 durch die Regelungen zum Teilhabemanagements in der geltenden Fassung des SGB IX ersetzt. Diese sehen für den jeweils aktuell leistungsverpflichteten Träger die Kooperations- und Steuerungsverantwortung vor, die mit der nachfolgenden Leistung eines anderen Trägers von diesem übernommen wird. Damit ergibt sich - wenn die Träger das SGB IX anwenden - eine nahtlose Stafette der Koordinations- und Kooperationspflichten - ohne durch einen leistungsverpflichteten Träger (Gesamtsteuerungsverantwortung) in die Organisations- und Leistungsverantwortung anderer Träger einzugreifen (unzulässige Mischverwaltung - s. auch Ausführungen zur Wirkung der Entscheidung bei Trägermehrheit und gerichtliche Überprüfung in der Begründung). Und das künftig in jedem Einzelfall (Massenklagen?).

Nunmehr feiert der misslungene "Gesamtplan" Urstand. Die Alternative zu dem jetzt beabsichtigten kosten- und verwaltungsaufwändigen Teilhabeplanverfahren im Rahmen kaum praktikabler Fristen zwischen weitgehend und durch Fusionen zunehmend bundesweit tätigen Großverwaltungen sind Regelungen, die die im SGB IX schon vorhandenen Koordinations- und Kooperationspflichten der Träger durchsetzen.

Es ist kaum anzunehmen, dass die Sozialversicherungsträger und ihre Verbände ein Verfahren mittragen, das zwar der Forderung der Sozialhilfeträger nach der Gesamtsteuerungsverantwortung Rechnung trägt, insgesamt aber unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen aller Träger - schon gar nicht bei Aufhebung der Gemeinamen Servicestellen und im Rahmen der 14-Tagefristen nach § 15 Abs. 2 Satz 2 - nicht praktikabel.

Zu dieser Regelung folgende weitere Hinweise:

Wie schon erwähnt, besteht zwischen der Regelung in Absatz 1 und der Begründung dazu und den Regelungen und der Begründung zu den §§ 7, 13, 15 ein Dissens. Die Begründung trifft auch insoweit

nicht zu, als zum bio-psycho-sozialen-Modell in der Praxis unterschiedliche Verfahren in unterschiedlicher Ausprägung vorhanden wären. Es gibt in der Praxis weit überwiegend medizinische Gutachten, die z.Tl. gar nicht oder - auch qualitativ - höchst unterschiedlich ICF-orientiert sind. Dass in diesen Gutachten die Teilhabebeeinträchtigung auf der Grundlage der Kategorien der ICF dargestellt wird, ist die seltene Ausnahme, sodass dies entgegen der Begründung nicht bereits im Rahmen ärztlicher Begutachtung erfolgt. Nur eine kleine Zahl Gutachter hat bisher an einer Fort- und Weiterbildung zur Anwendung der ICF teilgenommen.

In Absatz 2 Nr. 2 sollte an Stelle des "Rehabilitationsbedarfs" die "Beeinträchtigungen der Teilhabe, der Teilhabeziele und der dafür wirksamen geeigneten Teilhableistungen" festgestellt werden. (Siehe dazu auch oben zu § 15).

Es fehlt die bisher in § 22 Abs. 2 Satz 3 SGB IX verankerte Beteiligung der Pflegekassen, die hier im Gegensatz zu § 116 Abs. 2 -neu nicht mehr vorgesehen ist.

Aus Absatz 3 ergibt sich, dass die Steuerungsverantwortung - anders als bisher - nicht auf den nachfolgend leistenden Träger übergeht. Mit dem Wort "dabei" im Satz 2 wird dem leistende Träger nicht nur die Verantwortung für die Sicherung des - von ihm aktuell verantworteten - Leistungsverfahrens, sondern auch für die Fortschreibung des Teilhabeplanes übertragen. Da diese Verantwortung nicht begrenzt ist, bleibt sie - ggfls. bis zur vollständigen Inklusion - beim leistenden Träger bestehen. Das erschließt sich auch aus Absatz 3, der den Übergang auf einen anderen Rehabilitationsträger ausdrücklich - als Abweichung von der Norm - regelt.

Es bestehen erhebliche Zweifel, dass z.B. den Kommunen bewusst ist, welche dauerhaft kosten- und verwaltungsaufwändigen Verfahren sie durch ihre Forderung nach Übernahme der Gesamtsteuerungsverantwortung in der Verantwortung des leistenden Trägers mit dem jetzt nach §§ nach §§ 14ff vorgesehenen Verfahren übertragen bekommen - und zwar auch mit Wirkung für Zeiten, in denen sie möglicherweise sonst keine Bindung zu dem Betroffenen mehr haben, weil andere Träger zuständig und leistungsverpflichtet sind.

Zu § 20 (Teilhabeplankonferenz)

Diese Regelung enthält Abweichungen im Verhältnis zum Sonderrecht für die Sozialhilfeträger in § 116. Abgesehen von den - nicht erforderlichen - unterschiedlichen Begriffen (Teilhabeplan-/Gesamtplankonferenz) soll der Wunsch der Betroffenen, eine solche Konferenz durchzuführen abgelehnt werden können, wenn der zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs maßgebliche Sachverhalt schriftlich ermittelt werden kann.

Der Wunsch nach einer Konferenz ist weniger von dem Ziel der Bedarfsermittlung an sich getragen, sondern dadurch, dass aus Sicht der Betroffenen der Bedarf nicht vollständig erfasst wurde, individuelle Auswirkungen der Teilhabebeeinträchtigung auf die Lebenssituation nicht hinreichend oder zutreffend gewürdigt wurden, die Teilhabeziele nicht vollständig oder zutreffend definiert wurden und letztlich auch die vom Rehabilitationsträger beabsichtigte Leistungsentscheidung nicht bedarfsgerecht ist. Der Klärung dieser und weiterer Fragen dient die Teilhabekonferenz.

Unabhängig davon, dass dem Berechtigten bereits nach § 24 SGB X - der in der Praxis kaum Beachtung findet - vor Erlass eines Verwaltungsaktes Gelegenheit zu geben ist, sich zu den *für die*

Entscheidung erheblichen Tatsachen zu äußern (die bei der Antragstellung naturgemäß nicht, sondern beim Träger erst unmittelbar vor der Entscheidung bekannt sind, liegt es auch - sogar ökonomisch - im Interesse der Träger den Wunschnach einer Konferenz aufzugreifen und nicht abzuwehren.

Die Gesamthochschule Kassel hat bereits in den 70er Jahren durch Untersuchungen bei verschiedenen Sozialleistungsträgern belegt, das durch Gespräche mit dem Betroffenen vor Erlass eines Verwaltungsaktes nachfolgend in erheblichem Maße streitbefangene Verwaltungsakte vermieden und damit erhebliche Folgekosten durch Widerspruchs und Rechtsmittelverfahren vor den Sozialgerichten ausgeschlossen werden können.

Abgesehen davon darf der hinter der beabsichtigten Regelung stehende Ansatz, Verwaltungskosten zu vermeiden, die Rechte behinderter Menschen nach der UN-BRK nicht beeinträchtigen oder relativieren. Daran ändert auch der Hinweis in der Begründung nichts, dass die Berechtigten aus der Ablehnung des Wunsches bei der Leistungserbringung (nicht: Entscheidung über den Antrag) keine Nachteile erleiden dürfen, zumal die Begründung keine unmittelbare Rechtswirkung entfaltet. Dies gilt insbesondere bzgl. der Regelung in § 116, nach der - über § 20 hinausgehend - der Wunsch auch dann abgelehnt werden kann, wenn die Durchführung nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Umfang der beantragten Leistung steht. Abgesehen davon, dass diese unbestimmte Formulierung Ablehnungen nachgerade provoziert, kann der Träger die Angemessenheit des Wunschs bei unterschiedlicher Beurteilung der Beeinträchtigung der Teilhabebeeinträchtigung und des sich daraus ergebenden Leistungsbedarfs erst in Kenntnis der Argumente des Berechtigten nach dem Teilhabeplangespräch annähernd objektiv beurteilen.

Mit Absatz 2 wird das nach dem derzeit geltenden Recht des SGB IX bestehende Recht der Betroffenen, Vertrauenspersonen hinzuziehen zu können, stark eingeschränkt. Nach § 22 Abs. 1 Satz 1 SGB IX kann der Berechtigte - ohne jede Einschränkung - Vertrauenspersonen und Personensorgeberechtigte nach § 60 (alt) hinzuziehen, die so gar einen eigenen Beratungsanspruch eingeräumt erhalten haben.

Künftig sollen dies nur noch formal Bevollmächtigte im Sinne des § 10 SGB X sein. Der Unterschied zwischen formal Bevollmächtigten und Vertrauenspersonen liegt auf der Hand und bedarf keiner Erläuterung.

Diese Regelung wurde zwar von den Sozialhilfeträgern gefordert und war auch in den Vorschlägen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe enthalten; die Formalisierung und Einschränkung der Beteiligung von Vertrauenspersonen ist dennoch kaum mit den Zielen der UN-BRK zu vereinbaren.

Zu § 21 (Besondere Anforderungen an das Teilhabeplanverfahren)

Die Unterscheidung zwischen Teilhabeplan nach § 20 und Gesamtplan nach § 116 ist nicht zu rechtfertigen.

Es gibt in beiden Regelungen keine Inhalte für einen Träger, die nicht in gleicher Weise bei den anderen Trägern Geltung erlangen könnten, ja sogar sollten.

§ 20 kann und sollte so überarbeitet werden, dass es keiner Sonderregelung im Teil 2 mehr bedarf.

Das gilt entsprechend für die in § 118 im Bereich der Sozialhilfe vorgesehene Zielvereinbarung, die auch bei den übrigen Trägern für bestimmte Leistungen in gleicher Weise sinnvoll und zweckmäßig ist.

Dass das in der Begründung angesprochene Hilfeplanverfahren für Erziehungshilfeleistungen ergänzend erforderlich ist, ergibt sich schon daraus, dass die Erziehungshilfeleistungen nach dem SGB VIII keine Teilhabeleistungen im Sinne des SGB IX sind. Die Verpflichtung zur Vernetzung von Teilhabe/-Gesamtplanung mit dem Hilfeplanverfahren des SGB VIII für die originären Leistungen der Jugendhilfe ist zur Überwindung der an dieser Stelle bestehenden Schnittstellenprobleme ausdrücklich zu begrüßen.

Zu § 22 (Einbeziehung anderer öffentlicher Stellen)

Die neue Regelung in Absatz 1 ist zu begrüßen, weil sie die Zusammenarbeit mit diesen Stellen regional erleichtern kann. Zur Erleichterung der Anwendung sollten in der Begründung beispielhaft solche Stellen benannt werden.

Abgesehen davon, dass die Verbände behinderte Menschen, mit Bezug auf die UN-BRK die grundsätzliche Frage der weiteren Berechtigung des Betreuungsrechts insgesamt aufwerfen, erscheint die Regelung im Rahmen des geltenden Rechts schlüssig.

Die Wechselwirkung zwischen SGB IX und SGB XI bei der Bedarfsfeststellung wurde oben zu § 12 mit dem Hinweis auf einen Änderungsbedarf in § 18 SGB XI bewertet.

Datenschutzfragen bestehen nicht nur im Verhältnis zu den Pflegekassen. Die für die Zusammenarbeit zwischen Sozialleistungsträgern bei der Förderung der Teilhabe insgesamt immer wieder angeführten oder bestehenden datenschutzrechtlichen Probleme sollten in § 23 vollständig gelöst werden (s. dort).

Die Regelung in Absatz 3 Satz 2 greift den Vorschlag der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter (BIH) auf, ihnen grundsätzlich das Teilhabemanagement bei der Überleitung von der Schule in den Beruf zu übertragen. Das ist sachgerecht und wird ausdrücklich unterstützt. Im Gegensatz zur Entwurfsfassung sollte das aber nicht von der Zustimmung des leistenden Rehabilitationsträgers abhängen, sondern generell verpflichtend so geregelt werden. Dazu müsste den Integrationsträgern in § 6 - begrenzt auf diese Aufgabe - die Stellung eines Rehabilitationsträgers eingeräumt werden (neuer Absatz 4). Letztlich sollten die Integrationsämter in das trägerübergreifende Verwaltungs- und Verfahrensrecht des SGB IX, Teil 1 (nach geltendem Recht) einbezogen werden.

Zu § 23 (Verantwortliche Stelle für den Sozialdatenschutz)

Ein erheblicher Teil der Probleme könnte ausgeräumt werden, wenn in § 23 Abs. 1 ein klarstellender Satz vorangestellt wird, dass es sich bei den Daten, die die in § 6 genannten Träger und die Pflegekassen für die Durchführung dieses Gesetzes benötigen, um Daten im Sinne von § 69 Abs. 1 SGB X handelt.

Zu § 24 (Vorläufige Leistungen)

Zu Satz 2 sollte in der Begründung klargestellt werden, dass § 43 SGB I weiterhin hinsichtlich der in das Persönliche Budget aufzunehmenden Leistungen Anwendung findet, die keine Teilhabeleistungen sind, z.B. Leistungen zur Pflege und Leistungen zur Krankenbehandlung.

Zur Zusammenarbeit (§§ 25, 26)

Die Folgen der Beschränkung der trägerübergreifenden Geltung des SGB IX in § 7 für diese Zusammenarbeitsregelungen wurde n zu § 7 bewertet.

Mit der Klarstellung der Rechtsstellung der BAR als Arbeitsgemeinschaft im Sinne des § 94 Abs. 1 SGB IX verbindet sich zugleich die Erwartung einer größeren Verbindlichkeit der dort erzielten Arbeitsergebnisse und Gemeinsamen Empfehlungen für die Rehabilitationsträger.

Wenn diese jedoch schon nicht mehr nach § 7 Satz 1 verpflichtet sind, diese Arbeitsergebnisse der BAR als gemeinsames übergreifendes Recht zu verstehen und zu vollziehen, dürften diese Erwartungen sich nicht erfüllen.

Ansonsten entsprechen die Regelungen mit Ausnahme der Ergänzungen in Nrn. 3, 5 und 7 den bisherigen §§ 12 und 13.

Ergänzend wird vorgeschlagen, die BAR mit der Erarbeitung gemeinsamer Empfehlungen zu der sich aus Art. 26 Abs. 2 ergebenden Aus- und Fortbildungsverpflichtung für Fachkräfte und Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Habilitations- und Rehabilitationsdiensten zu beauftragen.

In Abs. 2 Nr. 2 sollten ausdrücklich "Verfahren und Inhalt des Teilhabeplanes" als Gegenstand der der zu erarbeitenden Grundsätze benannt werden, um den Inhalt und Umfang des Teilhabeplanes zur Kostensenkung und -vermeidung zielgruppenorientiert bedarfsgerecht zuzuschneiden zu können.

Letztlich stellt § 93 Abs. 4 mit der Ermächtigung der Länder, allein für die Sozialhilfe Arbeitsgemeinschaften zu bilden, eine Parallelregelung zu § 25 Abs. 2 dar.

Die Rehabilitationsträger sollen bereits nach geltendem Recht (§ 12 Abs. 2) die in Absatz 2 genannten Arbeitsgemeinschaften bilden. Diese sollten die sich aus Absatz 1 ergebenden Aufgaben der Zusammenarbeit bewältigen und zugleich die trägerübergreifende Basis für die Organisation und Trägerschaft der Gemeinsamen Servicestellen (es war ursprünglich nicht daran gedacht, dass jeder Träger für sich solche Stellen einrichtet) sowie - gemeinsam mit der jeweiligen Landesregierung - die Plattform für die regionale Durchführung des Sicherstellungsauftrages nach § 19 Abs. 1 (Organisationsauftrag, Art. 26 UN-BRK, jetzt im Entwurf § 26 - Rehabilitationsdienste- und Einrichtungen) bilden.

Diese Arbeitsgemeinschaften wurden von den Rehabilitation nach 15 Jahren in keinem Bundesland errichtet, womit zugleich den Organisationen der behinderten Menschen und den Verbänden der Leistungserbringer bis heute die Plattform für die Beteiligung an dieser regionalen Organisationsverpflichtung verweigert wird.

Der Bundesgesetzgeber kann mit Blick auf die föderal zugeordnete Gesetzgebungskompetenz in § 12 Abs. 2 keine zwingendere Regelung zur Errichtung treffen. Fuchs/Welti/Shafaei kommen in dem für die SPD-Fraktion im Landtag von Nordrhein-Westfalen erstellten Gutachten "Inklusionsstärkungsgesetz Nordrhein-Westfalen" (September 2014) zu dem Ergebnis, dass die Länder - auch ohne ausdrückliche Ermächtigung im SGB IX - im Rahmen ihrer Gesetzgebungskompetenz nach Art 84 Abs. 1 Satz 1 GG die Einrichtung einer Arbeitsgemeinschaft oder mehrerer Arbeitsgemeinschaften selbst regeln können. Da dieser Rechtsauffassung - bisher allerdings ohne Begründung - auch widersprochen wird, sollte der Gesetzgeber Absatz 2 durch eine ausdrückliche Ermächtigung der Länder ergänzen.

Daneben erscheint eine parallele Ermächtigung durch § 93 Abs. 4 für den Bereich der Sozialhilfe nicht erforderlich, weil die Länder - falls sie unabhängig von der Arbeitsgemeinschaft aller Rehabilitationsträger eine weitere spezifische Arbeitsgemeinschaft allein für die Sozialhilfe für erforderlich halten - ohnehin auch jetzt schon nach Art. 84 Abs. 1 Satz 1 GG errichten können.

In Absatz 4 sollte das Wort "sollen" durch das Wort "werden" ersetzt, weil es völlig unpraktikabel ist, dass sich einzelne der dort genannten Träger nicht durch ihre Spitzenverbände vertreten lassen und verlangen selbst unmittelbar in die Erarbeitung der Gemeinsamen Empfehlungen eingebunden zu werden.

Absatz 9 sollte dahingehend ergänzt werden, dass regionale Empfehlungen auch zulässig sind, soweit und solange auf der Ebene der BAR keine Vereinbarungen getroffen wurden oder mit der Erarbeitung solcher Vereinbarungen begonnen wurde.

Zu § 28 (Ausführungen von Leistungen)

Entspricht dem bisherigen § 17 Abs. 1. Diese Regelung ist durch die Einschränkung in § 7 (neu) nicht mehr verpflichtendes, trägerübergreifendes Recht, obwohl die Regelung nicht banal ist.

Einerseits bleiben - z.B. abweichend vom Leistungserbringungsrecht des SGB V - nach Absatz 1 Satz 2 alle Rehabilitationsträger für die Ausführung der Leistungen und damit auch für die Wirksamkeit und Qualität der Leistungen unmittelbar verantwortlich und zwar unabhängig davon, für welche der nach den Ziffern 1 - 3 zugelassene Ausführungsart sie sich entscheiden. Die Ziffern 1 und 2 stellen andererseits klar, dass die Träger - ohne Verstoß gegen § 30 SGB IV - die Leistungen auch in Eigeneinrichtungen anderer Rehabilitationsträger ausführen lassen können.

Die bisher in § 10 verankerte, jetzt in Absatz 2 enthaltene Verpflichtung, die Leistungen entsprechend dem Verlauf anzupassen, ist ebenfalls durch die Einschränkung in § 7 (neu) nicht mehr trägerübergreifend verpflichtendes Recht. Dies erklärt vielleicht, warum sie als Doppelregelung auch in § 19 Abs. 3 (Teilhabeplan) enthalten ist

Zu § 29 (Persönliches Budget)

Die Absätze 1 und 2 übernehmen - mit einer Ausnahme - den Wortlaut von § 17 Abs. 2.

Die Ausnahme bilden die bisher im Satz 1 enthaltenen Worte "in eigener Verantwortung", die als Ausdruck der Selbstbestimmung und Eigenverantwortung ausdrücklich in § 17 Abs. 2 verankert wurden. Die Rechtsfolge - Eingriffe der Träger in die Ausführung der Leistungen durch den Berechtigten - wurde unter Ziffer 1.1 erörtert.

Absatz 3 sieht - entgegen der sonstigen Systematik der §§ 16ff - immer eine Weiterleitungsverpflichtung des Antrages auf ein Persönliches Budget an einen anderen Träger vor wenn der leistende Träger für nur eine der beantragten Leistungen nicht selbst leistungsverpflichtet ist. Mit Blick auf die hier im Sinne "auch nur eine" wirkende Formulierung "Leistungen" tritt diese Folge selbst dann ein, wenn der leistende Träger für alle anderen Leistungen nach § 6 selbst leistungsverpflichtet ist. Das bedeutet im Ergebnis unterschiedliche Parallelbudgets durch verschiedene Rehabilitationsträger. Damit wird das Grundprinzip des Persönlichen Budgets "Leistungen aus einer Hand" durch "einen federführenden Träger" aufgehoben.

Offensichtlich handelt es sich auch hier um eine Lex Sozialhilfe, um den Träger der Sozialhilfe in die unmittelbare Verantwortung zu bringen, wenn im Rahmen eines Persönliche Budgets auch nur eine Leistung durch ihn zu erbringen ist.

Die Begründung zur Neufassung des Absatz 3 führt in die Irre. Satz 1 mit der Zuordnung an den, den Antrag entgegen nehmenden leistenden Rehabilitationsträger iSv § 14 entspricht der bisherigen Beauftragten-Regelung in § 3 BudgetV. Nach geltendem Recht konnte der Beauftragte nur dann nicht federführender sein, wenn er für keine der beantragten Leistungen leistungs verpflichtet war, weil nur ein zuständiger Leistungsträger den Verwaltungsakt erlassen konnte (§ 17 Abs. 4 Satz 1). Eine Abweichung von der Beauftragten-Verpflichtung des erstangegangenen Trägers ist nach § 17 Abs. 4 Satz 2 nur durch Beauftragung eines anderen Trägers durch Vereinbarung mit Zustimmung des Berechtigten zulässig.

Künftig muss der federführende leistende Träger kraft Gesetzes den gesamten Antrag (ohne Einschränkung) weiterleiten, wenn er für nur eine beantragte Leistung nicht leistungs verpflichtet iSv § 6 ist.

Die Begründung hat mit diesem Sachverhalt nichts zu tun.

Zu § 31 (Leistungsort)

Unverändert (bisher § 18)

Zu § 32 (Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung)

Die Aufnahme eines von Kostenträgern und Leistungserbringern unabhängigen Beratungsanspruch der behinderten Menschen in das Teilhaberecht würde den Forderungen der behinderten Menschen und ihrer Organisationen entsprechen.

Absatz 1 enthält jedoch keinen individuellen Rechtsanspruch auf eine solche Beratung, sondern sieht Fördermittel des Bundes für den Aufbau eines "niedrigschwelligen" Beratungsangebotes zu "Ergänzung" der Beratungspflichten der Rehabilitationsträger vor.

Die Inanspruchnahme des Beratungsangebotes wird offensichtlich nicht an Voraussetzungen gebunden, da Absatz 4 nur den Erlass von Zuwendungsrichtlinien (ausweislich der Begründung iSv Förderrichtlinien) im Verhältnis zu den Anbieterin der Beratungsleistungen vorsieht und der Entwurf keine weitere untergesetzliche Ausgestaltung vorsieht. Für diese Annahme spricht auch die Erwähnung der Koordinierungs-, Kontakt und Beratungsstellen für behinderte Menschen in NRW in der Kostenfolgeabschätzung, die in NRW ebenfalls kostenfrei sind.

Es soll sich um eine "niedrigschwellige" Beratung handeln. Beratungsgegenstand und -umfang bleiben weitgehend unbestimmt. Die Begründung ist dazu widersprüchlich.

Nach Absatz 2 erstreckt sich das Angebot auf "Information und Beratung über "Rehabilitations- und Teilhabeleistungen nach diesem Buch". Dieser Beratungsauftrag ist aber Bestandteil der Aufklärungs-, Beratungs- und Auskunftspflichten der Leistungsträger nach §§ 13 bis 15 SGB I.

Nach der Begründung soll das Angebot diese Pflichten ergänzen und nicht im Widerspruch dazu stehen und darf auch nicht der Beratung und Unterstützung bei Widerspruchsverfahren dienen.

Die in Artikel 18 vorgesehene Ergänzung des § 8 des Rechtsdienstleistungsgesetzes (RDG) - Katalog der öffentlich anerkannten Stellen - bedeutet nicht, dass jede dort genannte Stelle ohne Weiteres Rechtsberatung vornehmen darf. Nach § 7 Abs. 2 RDG müssen auch die öffentlich anerkannten Stellen über die zur sachgerechten Erbringung von Rechtsdienstleistungen erforderliche personelle, sachliche und finanzielle Ausstattung verfügen und sicherstellen, dass die Rechtsdienstleistung durch eine Person, der die entgeltliche Erbringung dieser Rechtsdienstleistung erlaubt ist (in der Regel Juristen), durch eine Person mit Befähigung zum Richteramt oder unter Anleitung einer solchen Person erfolgt. Nur größere Verbände werden diese Anforderungen erfüllen können. Da kleinere bis mittelgroße Organisationen behinderter Menschen werden weiterhin nur ein niedrigschwelliges Angebot unterhalb der Schwelle zur Rechtsberatung iSd RDG anbieten können. Das sind dann aber weitgehend Inhalte, die durch die Begriffe Auskunft und Aufklärung erfasst werden. Nach der Begründung soll jedoch das "nicht (ausreichende) Fachwissen über die sozialrechtlichen Ansprüche und Zuständigkeitsregelungen im gegliederten System" durch die Beratung bedient werden, was sicherlich mit Blick auf die auch mit diesem Entwurf beabsichtigten Regelungen kaum mehr mit niedrigschwelliger Auskunft, Aufklärung oder Information erreicht werden kann.

Behinderte Menschen haben von dem Zeitpunkt der Wahrnehmung ihrer Behinderung an einen Bedarf an Beratung und Unterstützung, der sich vor allem auf die eigene Lebenssituation u.a. mit den Fragestellungen: Was bedeutet das jetzt für mich?, Welche Hilfen benötige ich?, Von wem erhalte ich die in meinem Lebensumfeld?, bezieht, mithin tatsächlich auf das Vorfeld der Beantragung einer Leistung bezogen ist und zu diesem Zeitpunkt noch wenig mit Rehabilitations- und Teilhabeleistungen zu tun hat. Gerade für die Beantwortung dieser Fragen ist das Peer-Prinzip bestens geeignet. Erst aus der Beratung zu diesen Fragen ergibt sich dann im weiteren Verlauf der Bedarf an "Information und Beratung über Rehabilitations- und Teilhabeleistungen", wie sie im Absatz 2 als Gegenstand der Beratung definiert ist.

Es wird vorgeschlagen, den Beratungsgegenstand und das Beratungsziel in Absatz 2 - auch um Überschneidungen mit den Pflichten der Rehabilitationsträger nach dem SGB I so gering wie möglich zu halten und Zweifel auszuschließen - klarer zu formulieren und auf den tatsächlichen, meist nicht leistungsrechtlich indizierten Beratungsbedarf im Vorfeld der Leistungsberatung zu fokussieren.

Die Begründung des Entwurfs erweckt an verschiedenen Stellen den Eindruck, als könnte die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung - in Verbindung mit den Rehabilitationsberatern der Träger - an Stelle der Gemeinsamen Servicestellen deren Aufgaben übernehmen und die durch die Aufhebung der Gemeinsamen Servicestellen entstehende Lücke schließen.

Allein der einfache Vergleich zwischen der Beschreibung des Beratungsinhaltes in Absatz 2 mit der Aufgabenbeschreibung in § 22 SGB IX belegt zweifelsfrei, dass das nicht möglich ist.

Zur rechtlichen Einordnung der Aufgaben der Gemeinsamen Servicestellen und den Folgen, die sich aus der Aufhebung ergeben, vergl. oben unter Ziff. 1.4 und nachfolgend zu § 33.

Dass nicht alle Träger über Rehabilitationsberater verfügen, wurde schon an anderer Stelle ausgeführt.

Zu § 33 (Pflichten Personenberechtigter)

Bisher § 60. Bis auf die Herausnahme der Gemeinsamen Servicestellen als zentrale Anlaufstelle für Ärzte unverändert.

Der danach verbliebene Wortlaut deckt die bisherige Regelung nicht ab.

Die Gemeinsamen Servicestellen hatten nach § 22 Abs. 1 einen umfassenden Aufgabenkatalog zu erfüllen, der nicht auf die Beratungsstellen nach § 32 oder andere Beratungsstellen übergeht und auch gar nicht übergehen kann. Es handelt sich bei dem gesamten Aufgabenkatalog nämlich um originäre Aufgaben der Rehabilitationsträger selbst, die auch künftig (mit Ausnahme von Teilen des Absatz 1 Satz 2 Nr. 1) nur von den Rehabilitationsträgern wahrgenommen werden können. Der Gesetzgeber hatte mit den §§ 22, 23 lediglich in das den Rehabilitationsträgern an sich belassene pflichtgemäße Ermessen zur Organisation ihrer Aufgabenwahrnehmung eingegriffen, und ihr Ermessen dahingehend gebunden, die in § 22 genannten Aufgaben gemeinsam nicht mehr in den Verwaltungen, sondern den Gemeinsamen Servicestellen auszuführen. Mit der Aufhebung der Gemeinsamen Servicestellen fallen diese Aufgaben wieder unmittelbar an den Träger zurück. D.h., er muss die Wahrnehmung dieser Aufgaben neu organisieren. Damit werden die in den letzten 15 Jahren in die Organisationsform Gemeinsame Servicestellen getätigten Investitionen vernichtet. Gleichzeitig sind erneut Mittel für die Neugestaltung der Binnenorganisation für die Wahrnehmung dieser Aufgaben erforderlich. Insgesamt eine hoch ökonomische Regelungsabsicht.

Dabei muss man sich bewusst machen, dass ausschließlich die in § 22 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 enthaltene Informationsverpflichtung sich in Teilen mit den Aufgaben der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung überschneidet. Alle übrigen in den Nrn. 2 bis 8 enthaltenen Aufgaben können ihrer Natur nach nur vom Rehabilitationsträger und keinem - zumal zivilrechtlich verorteten - Dritten übertragen werden. Das gilt insbesondere auch für die vom Gesetzgeber den Gemeinsamen Servicestellen in den Nrn. 6 bis 8 als originäre Aufgabe übertragenen Case-Management Funktionen, die insbesondere bzgl. der in den Nrn. 7 und 8 genannten Aufgaben nicht wirksam von natürlichen oder juristischen Personen des privaten Rechts wahrgenommen werden können.

Danach bleibt den Trägern nichts anderes übrig, als diese Aufgaben mit entsprechendem Kostenaufwand neu zu organisieren. Es besteht die Gefahr, dass dies aus Kostengründen allein in den (zentralen) Verwaltungen vollzogen wird, was zugleich das Ende der bürgernahen Aufgabenwahrnehmung bedeutet.

An dieser Stelle muss nochmals daran erinnert werden, dass der Deutsche Bundestag im Gegensatz dazu in einer Entschließung den Ausbau der Gemeinsamen Servicestellen und ggfls. sogar die Übertragung von Entscheidungsfunktionen gefordert hat.

Die - in Baden-Württemberg nachweislich außerordentlich wirksame - trägerübergreifende Plattform zur Überwindung von Schnittstellenproblemen, Abgrenzungsfragen und den sonstigen in § 12 Abs. 1 (25neu) genannten Aufgaben, insbesondere auch im Einzelfall, fällt ebenfalls weg. Und das auf dem Hintergrund sich durch dieses Gesetz erhöhender unter enormem Fristendruck erhöhender Kooperations- und Koordinationserfordernisse, insbesondere auch auf regionaler Ebene.

Weil die in der Begründung und im Text selbst enthaltene Verweisung auf Beratungsstellen als Ersatz für den Wegfall der Gemeinsamen Servicestellen mangels Gleichwertigkeit nicht ausreicht, muss - wenn es bei dem Wegfall der Gemeinsamen Servicestellen bleibt - in § 60 konsequenter Weise der Hinweis auf den Rehabilitationsträger selbst aufgenommen werden.

Zu § 34 (Sicherung der Beratung von Menschen mit Behinderungen)

Die Ausführungen zu § 33 gelten entsprechend zu § 34.

Zu § 35 (Landesärzte)

Unverändert. Bisher § 62.

Vor § 36

Die §§ 36ff (bisher §§ 19ff) regeln das trägerübergreifende Leistungserbringungsrecht des SGB IX. Im Verhältnis dazu beinhaltet das SGB XII iSv § 7 Satz 1 SGB VII im Wesentlichen nur ein abweichendes Vergütungsrecht. Das Vereinbarungsrecht des SGB XII konnte auch bisher schon im Lichte des Vertragsrechts des SGB IX ausgelegt werden, was aber nicht praktiziert wird. Im übrigen war das Leistungserbringungsrecht des SGB IX auch bisher schon wirksames Teilhaberecht im Bereich der Sozialhilfe.

Der vorliegende Entwurf prägt das Leistungserbringungsrecht der Sozialhilfe im Teil 2 im Verhältnis zu den übrigen Rehabilitationsträgern noch deutlich weiter abweichend aus.

Da alle Träger gemeinsam dem Gebot der wirtschaftlichen und sparsamen Mittelverwendung bei der Leistungsausführung von Sozialleistungen iSd SGB IV unterliegen, stellt sich die Frage, was diese Unterschiede auf dem Hintergrund der Absicht des Koalitionsvertrages, behinderte Menschen aus der Fürsorgewelt herauszulösen, noch rechtfertigt. Vergleicht man die Kostenentwicklung bei vergleichbaren Leistungen in den verschiedenen Sozialleistungszweigen, ist es durchaus zweifelhaft, dass das Pauschalvergütungssystem des SGB XII im Verhältnis zur zielgerichteten, auf die Qualität und Wirksamkeit der Leistungen bezogenen Preisvereinbarung tatsächlich Kostenvorteile bringt. Die dazu erforderliche Grundsatzdebatte kann an dieser Stelle leider nicht (mehr) geführt werden. Das hätte Gegenstand der Arbeitsgruppen BTHG sein müssen.

Ganz grundsätzlich ist zum Teil 2 anzumerken, dass viele der darin enthaltenen Regelungen parallel zu den Regelungen im Teil 1 vorhanden sind, sich damit überschneiden oder materiell nicht, wohl aber im Sprachgebrauch unterschiedlich sind.

Das mit dem Koalitionsvertrag zugesagte "Herauslösen behinderter Menschen aus dem Fürsorgesystem" erfordert eine systematische Prüfung und Begründung, welche Regelungen zum Teilhaberecht aus zwingenden Rechtsgründen tatsächlich noch im Verhältnis zu dem für alle übrigen Träger im Teil 1 verankerten Teilhaberecht unverzichtbar abweichend in Teil 2 geregelt werden muss. Diese Prüfung hat erkennbar nicht stattgefunden. Stattdessen wurden systematisch darauf geachtet, dass das bisherige Sozialhilferecht möglichst unverändert in Teil 2 fortgesetzt wird und - um allen Forderungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Rechnung tragen zu können - das trägerübergreifende Recht des SGB IX im Teil 1 soweit deformiert wird, dass es passt.

Damit wird die Zusage des Koalitionsvertrages nicht erfüllt, ganz im Gegenteil.

Zu § 36 (Rehabilitationsdienste und Einrichtungen)

Nach der Begründung soll der bisherige § 19 Abs. 2 (ambulant vor stationär) nach § 12 Abs. 1 übernommen worden sein, ist dort aber nicht zu finden und passt dort auch nicht hin.

Absatz 3 soll in § 1 Abs. 3 übernommen worden sein. § 1 besteht aus einem Absatz. Inhaltlich passt der bisherige § 19 Abs. 3 eher zu § 4 Abs. 3.

Ansonsten keine Anmerkungen, da textgleich mit § 19 Abs. 1, 4 bis 6.

Der Gesetzgeber hat schon mit dem SGB IX ab 1.7.2001 den Rehabilitationsträgern gemeinsam die Aufgabe übertragen, regional auf ein nach Anzahl und Qualität fachlich erforderliches Angebot an

Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen hinzuwirken. Das entspricht weitgehend - ohne die Anforderungen in vollem Umfang zu erfüllen - der in Art. 26 UN-BRK enthaltenen Verpflichtung zur gemeindenahen Organisation umfassender Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme.

Schon bisher enthielt das SGB XII keine gleichwertige Regelung. Das war unproblematisch, weil § 19 mangels abweichender Regelungen im SGB XII nach § 7 Satz 1 auch im Bereich der Sozialhilfe wirksames Recht war.

Mit der Einschränkung im neuen § 7 Satz 1 findet § 36 künftig nicht mehr als trägerübergreifendes Recht im Bereich der Sozialhilfe Anwendung.

Im Entwurf ist mit den §§ 94, 119ff keine den Anforderung des Art. 26 UN-BRK entsprechende und dem § 26 gleichwertige Regelung enthalten. Da es keinen Grund für abweichende Regelungen im Teil 2 gibt, bedarf es auch dort keiner Regelung. Stattdessen muss auch hier wieder die trägerübergreifende Wirksamkeit des Teils 1 (§ 7) hergestellt werden.

Zu § 37 (Qualitätssicherung)

Die in der Begründung hervorgehobene "Neu"-Regelung des Abs. 4, mit den Leistungserbringern, über die Qualitätsanforderungen des § 20 hinausgehende Qualitäten zu vereinbaren, bestand bisher schon - und besteht weiterhin - durch § 38 Abs. 1 Nr. 1 (bisher § 21 Abs. 1 Nr.1), wonach die Qualitätsanforderungen an die Ausführung der Leistungen in den Versorgungsverträgen mit den Leistungserbringern zu vereinbaren sind, weil die nach § 20 von den Rehabilitationsträgern entwickelten Qualitätsanforderungen die Leistungserbringer nicht unmittelbar, sondern nur über die Versorgungsverträge verpflichten. § 37 Abs. 4 ist danach verzichtbar.

Zu § 38 (Verträge mit Leistungserbringern)

In Absatz 1 sollten hinsichtlich der im Versorgungsvertrag zu regelnden Sachverhalte einerseits die Umsetzung der Anforderungen aus dem Bundesbehinderten-Gleichstellungsgesetz bzw. der entsprechenden Leistungsgesetze und andererseits eine Regelung zu Art. 26 Abs. 2 hinsichtlich der dort verankerten Fort- und Weiterbildungsverpflichtung der Fachkräfte und Mitarbeiter - jeweils als Qualitätsanforderung - aufgenommen werden.

Bisher ist keine der in Absatz 2, Satz 3 enthaltenen Alternativen - einseitige gemeinsame Empfehlungen der Rehabilitationsträger zu den in Abs. 1 genannten Regelungsinhalten oder Rahmenverträge mit den Verbänden der Leistungserbringer zustande gekommen. Dieser Zustand ist seit Jahren rechtswidrig.

Es wird vorgeschlagen, die Alternative "einseitige gemeinsame Empfehlungen" ersatzlos zu streichen. Zur verbleibenden Alternative - Rahmenverträge - ist die schwache Hinwirkungspflicht durch eine Verpflichtung zum Abschluss solcher Verträge zu ersetzen. Es ist nicht erkennbar, warum das dazu in weiten Teilen des Sozialrechts, insbesondere im SGB V, existierende Selbstverständnis hier nicht ebenso praktiziert werden sollte.

Erforderlich ist - wie im Teil 2 allein für die Sozialhilfe vorgesehen - eine an das Vertragsrecht unmittelbar anschließende Schiedsstellenregelung, die für die medizinische Rehabilitation

ausschließlich im Bereich der Krankenversicherung im SGB V als abweichendes Recht vorhanden ist. Eine solche Regelung ist für alle Teilhabeleistungen trägerübergreifend notwendig.

Zu § 39 (Aufgaben -BAR)

Abs. 1 Nr. 3 muss neben der Erarbeitung der Empfehlungen zu § 25, auch die zu § 26 beinhalten.

Zu § 42 (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation)

Mit Blick auf die gegenteilige und für die betroffenen Menschen mit Behinderungen nachteilige Praxis, insbesondere der Krankenkassen, sollte in Absatz 3 zur Klarstellung ein Satz 2 angefügt werden, dass die in Abs. 1 und 2 genannten Leistungsbestandteile sowohl als Leistungen der ambulanten, wie auch als Bestandteil von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausgeführt werden können.

Dies entspricht dem geltenden Recht. § 26 (42 neu) unterscheidet ausdrücklich nicht zwischen ambulanter und stationärer Rehabilitation. Danach können die in Abs. 2 und 3 enthaltenen Leistungsbestandteile mit der Zielsetzung des Absatz 1 sowohl als ambulante wie auch im Rahmen einer stationären Rehabilitationsleistung ausgeführt werden. Die Krankenkassen verweigern dies und gewähren Hilfs- und Heilmittel nach § 26 Abs. 2 Nr. 4 und 6 ausschließlich im Rahmen stationärer "Komplexleistungen". Dem steht auch die Regelung des § 33 Abs. 1 SGB V nicht entgegen, weil auch dort die dem § 26 Abs. 2 Nr. 6 entsprechenden Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich nicht an eine bestimmte Ausführungsform von Rehabilitationsleistungen gebunden werden.

Auf diesem Hintergrund und in Verbindung damit sollte in der Begründung klargestellt werden, dass es entsprechend § 1, 5, 42 Abs. 1 Aufgabe der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist, mit den hierfür nach Absatz 2 und 3 möglichen Leistungsbestandteilen die Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft zu fördern und mit dieser Leistung Beeinträchtigungen der Teilhabe abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen sowie eine Verschlimmerung der Beeinträchtigung zu verhüten. Leistungsgegenstand und -umfang sind auf den individuellen Bedarf und Leistungsziele auszurichten und müssen in jedem Fall komplex alle in Abs. 3 Nr. 1 genannten Leistungsbestandteile erfassen. Das ist schon nach geltendem Recht nicht erforderlich, wird aber von den Krankenkassen - durch die Rechtsprechung des BSG bestätigt - so praktiziert. Deswegen ist die Klarstellung vonnöten, dass Leistungen der medizinischen Rehabilitation nicht immer einen ganzheitlichen Ansatz umfassen müssen ("Komplexleistung"), der die Anwendung komplexer Maßnahmen auf medizinischem, pädagogischen, beruflichen und sozialen Sektoren erfasst. Dies ist auch mit Blick auf den in der Regel begrenzten Leistungsbedarf und die ökonomische Verpflichtung, die verfügbaren Mittel teilhabezielgerichtet wirksam und wirtschaftlich einzusetzen, widersinnig und unökonomisch.

Für behinderte Menschen ist die Ausführung von Heil- und Hilfsmitteln nicht mehr krankheitsorientiert, sondern orientiert auf die Erreichung von Teilhabezielen zu entscheiden und auszuführen. Zudem gilt das Hilfsmittelverzeichnis - nach der Rechtsprechung des BSG auch heute schon geltendes, aber nicht durchgängig praktiziertes Recht - nur als unverbindlicher Orientierungsmaßstab.

Letztlich sollte ein Absatz 4 zur Klarstellung angefügt werden, dass Menschen mit Wachkoma und vergleichbaren Störungen unter bestimmten Voraussetzungen auch über längere Zeiträume medizinische Rehabilitation in Einrichtungen erhalten können, die auf die Förderung ihrer Teilhabe

ausgerichtet sind. Derzeit befinden sich diese Menschen in Einrichtungen der Phase F, die vornehmlich auf die Pflege orientiert sind. Sie haben selbst dann in der Regel keinen erneuten Zugang zu Rehabilitationsleistungen, wenn sich diagnostisch nachweisen lässt, dass das Gehirn auf rehabilitative Behandlungsformen reagiert. Gleichzeitig kann mit Rehabilitationsleistungen der durch das hohe Maß an Zuzahlung in Pflegeeinrichtungen bedingte Abstieg - häufig der ganzen Familie - in die Sozialhilfe gemildert werden.

Zu § 43 (Krankenbehandlung und Rehabilitation)

Die derzeitige Fassung des § 27 zielt einerseits darauf ab, auch bei Leistungen zur Krankenbehandlung die Bedarfsfeststellung nach § 10 ICF-orientiert durchzuführen, und andererseits darauf, schon die Krankenbehandlung orientiert auf die in § 26 Abs. 1 (neu: § 42 Abs. 1) genannten (Teilhabe-)Ziele auszuführen.

Die Bezugnahme im neuen § 43 muss das auch weiterhin sicher stellen (bisher Leerstelle - d.h., § 13 Abs. 2 und § 42 Abs. 1)

Zu §§ 44/45 (Stufenweise Wiedereingliederung und Förderung der Selbsthilfe)

Keine Anmerkungen.

Zu § 46 (Früherkennung und Frühförderung)

Obwohl es für eine Teilhabeleistung zur medizinischen Rehabilitation, um eine solche handelt es sich bei der Komplexleistung Frühförderung nach § 26 Abs.2 Nr. 3 (42 Abs. 2 Nr. 3 neu), selbstverständlich sein sollte, dass darauf das Leistungserbringungsrecht (Vertrags- und Vergütungsrecht) des SGB IX, Teil 1 anzuwenden ist, gibt es dazu in der Praxis Irritationen und unterschiedliche Handhabungen. Dies sollte in der Begründung zum Abrechnungsverfahren klargestellt werden. Auch für die heilpädagogischen Leistungsanteile nach § 110 Abs. 3 im Teil 2 gilt nichts anderes, weil diese Leistungsanteile nach § 26 Abs. 3 (pädagogische Hilfen) Bestandteil der Komplexleistung der medizinischen Rehabilitation sind.

Zu § 47 (Hilfsmittel)

Textgleich mit bisherigem § 31. Keine Anmerkungen. Siehe aber diesbezüglichen Vorschlag zur Ergänzung des § 42 Abs. 2.

Zu Kapitel 10

Die Verpflichtung aus Art. 27 Abs. 1 UN-BRK, die Verwirklichung des Rechts auf Arbeit behinderter Menschen zu sichern und zu fördern, wird weiterhin nicht vollständig umgesetzt. Ausweislich der Begründung (S. 25 oben) wird der Anspruch nicht erwerbsfähiger Menschen "auch künftig in der Mehrzahl der Fälle" nur durch die Garantie eines Arbeitsplatzes "im Arbeitsbereich einer anerkannten Werkstatt" eingelöst werden.

Mit Blick darauf, dass sowohl Leistungen im Berufsbildungsbereich (§ 57), als auch im Arbeitsbereich davon abhängig sind, dass behinderte Menschen in der Lage sind, "wenigstens ein Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen", erweist sich auch die "Garantie des Werkstattplatzes" für nicht erwerbsfähige Menschen mit Behinderungen als reine Deklamation.

Auch das Budget für Arbeit (§ 61) ist nur für Menschen mit Behinderungen zugänglich, die Anspruch auf Leistungen im Arbeitsbereich einer Werkstatt haben, mithin in der Lage sind, wenigstens ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Leistung zu erbringen.

Demgegenüber hat z.B. das Forum behinderter Menschen vorgeschlagen, das Budget für diejenigen behinderten Menschen zu ermöglichen, die wegen ihrer Beeinträchtigung nicht in der Lage sind, mindestens drei Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig zu sein. Die Begründung des Entwurfs enthält keine Erläuterung dazu, warum dieser geeignete Schritt (iSd Art. 27 Abs. 1 S. 2 UN-BRK) zur Erfüllung des Rechts auf Arbeit auch für nicht erwerbsfähige Menschen mit Behinderungen nicht vollzogen werden soll.

Zu § 57 Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich

Ein geeigneter Schritt iSv Art 27 Abs. 1 S. 2 UN-BRK wäre die Streichung des Halbsatzes "und erwartet werden kann, dass der Mensch mit Behinderung nach Teilnahme an diesen Leistungen in der Lage ist, wenigstens ein Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung" in § 57 Abs. 1 Nr. 2.

Damit würde allen behinderten Menschen der Zugang zum Berufsbildungsbereich eröffnet, um ihre Leistungs- und Erwerbsfähigkeit so weit wie möglich zu entwickeln, zumal eine gesicherte Prognose hinsichtlich der "wirtschaftlich verwertbaren Arbeitsleistung" in der Regel die "Entwicklung" der Leistungsfähigkeit voraussetzt.

Nach der Begründung zum Budget für Arbeit (S. 27) setzt diese Alternative zur Werkstatt erst ein, nachdem der Mensch mit Behinderung eine berufliche Bildung (nach § 57) erhalten hat. Die hier vorgeschlagene Streichung in § 57 Abs. 1 S. 2 ist mithin auch Voraussetzung dafür, dass nicht erwerbsfähige behinderte Menschen anschließend ein Budget für Arbeit erhalten können.

Zu § 58 Leistungen im Arbeitsbereich

Auf dem Hintergrund der Diskussion über die selbstbestimmte Fortsetzung einer Beschäftigung über die Regelaltersgrenze hinaus für nicht behinderte Menschen, ist eine davon abweichende Regelung für behinderte Menschen nach dem Normalitätsprinzip nicht zu begründen. Offensichtlich geht es allein um die fiskalisch nachvollziehbare Absicht, die Leistungen mit dem Rentenbezug einzustellen. Eine Diskriminierung (zugleich Altersdiskriminierung) behinderter Menschen, sollte ausgeschlossen werden.

Die in der Begründung angeführte Praxis, die Beschäftigung während des Bezuges von vorzeitigen Altersrenten weiterführen, spricht eher für den auch über Regelaltersgrenze hinaus bestehenden Bedarf. Auf den neuen Absatz 1 Satz 3 sollte verzichtet werden.

Zu § 60 Andere Leistungsanbieter

1. Zu Absatz 1

Die Eröffnung von Alternativen zur Werkstatt für behinderte Menschen ist zu begrüßen.

2. Zu Absatz 2

Voraussetzung ist allerdings, dass der dadurch entstehende Wettbewerb den gleichen Bedingungen unterworfen wird. Dies ist mit Blick auf die Ausnahmen in den Ziffern 1 bis 4 nicht gewährleistet.

Ziffer 1:

§ 21 SGB IX (§ 38-neu) regelt als für alle Rehabilitationsträger übergreifend geltendes Leistungserbringungsrecht die Verträge mit Leistungserbringern. Die Regelung erfasst alle Teilhabeleistungen aller Rehabilitationsträger und ohne Ausnahme alle Leistungsanbieter. Sie gilt danach auch für "Andere Leistungsanbieter" im Sinne dieser Bestimmung.

Der auf das SGB III gestützte Wortlaut der Ziffer 1 ist danach irreführend und zu streichen. Stattdessen ist auf § 21 (38-neu) zu verweisen.

Die Begründung zu Absatz 2 (S. 26) belegt zunächst, dass § 19 SGB IX bisher weder von der Bundesagentur für Arbeit, noch von den übrigen Rehabilitationsträgern rechtmäßig vollzogen wird. Das Zulassungsverfahren der Bundesagentur nach §§ 178, 181 SGB III steht der Anwendung des § 21 SGB IX nicht entgegen, weil es bezogen auf die Inhalte des § 21 SGB IX kein abweichendes Recht iSv § 7 Satz 1 SGB IX enthält. Im Übrigen können die §§ 178, 181 SGB III problemfrei im Lichte des SGB IX ausgelegt und die Anforderungen des § 21 SGB IX berücksichtigt werden.

Die für die übrigen Rehabilitationsträger geltenden spezifischen Gesetze enthalten im Verhältnis zum § 21 SGB IX ebenfalls kein abweichendes Recht.

§ 21 SGB IX verfolgt im Übrigen ohnehin das Ziel, dass die hiernach mit einem Rehabilitationsträger abgeschlossenen Versorgungsverträge bei gleichem Regelungssachverhalt auf dem Hintergrund eines trägerübergreifend einheitlichen Teilhaberechts für alle übrigen Rehabilitationsträger wirken.

Es sollte zur Klarstellung ein Hinweis auf § 38 - neu SGB IX eingefügt werden.

Ziffer 2:

Der Verzicht auf eine Mindestplatzzahl ist nachvollziehbar. Der Verzicht auf jede Qualitätsanforderung hinsichtlich der räumlichen und sächlichen Ausstattung dagegen nicht. Auch diese Angebote unterliegen der Qualitätssicherung nach § 37-neu SGB IX, sodass die Rehabilitationsträger die dazu gehörigen Qualitätsanforderungen in einer Gemeinsamen Empfehlung zu vereinbaren haben. Diese werden wiederum Bestandteil des mit dem Leistungsanbieter einzugehenden Versorgungsvertrages (§ 38 Abs. 1 Nr. 1 -neu).

Ziffer 3:

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

Ziffer 4:

lässt es zu, dass sich ein Leistungsanbieter trotz fortbestehenden Leistungsbedarfs und Leistungsvoraussetzungen -ohne weiteres - von dem Leistungsberechtigten trennen können. Das sollte - wenn überhaupt - nur zulässig sein, wenn die Anschlussleistung nahtlos gesichert ist.

3. Zu Absatz 3:

Bereits § 17 Abs. 1 Nr. 1 SGB I verpflichtet die Leistungsträger dazu, darauf hinzuwirken, dass jeder Berechtigte die ihm zustehende Sozialleistung in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhält. § 36 Abs. 1 -neu 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 fachlich erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen fachlich und regional in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen. Dies korrespondiert mit der Organisationsverpflichtung des Art. 26 Abs. 2 Satz 2 UN-BRK. Absatz 3 ist mit diesen Regelungen nicht zu vereinbaren und sollte gestrichen werden.

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

4. Zu Absatz 4:

Danach würden den Berechtigten bei anderen Leistungsanbietern - unabhängig von deren Größe - die Mitwirkungs- und Mitbestimmungsrechte nach § 4 - neu der Werkstätten-MitwirkungsVO vorenthalten. Es wird künftig - entgegen der Begründung - nicht nur alternative kleinere Leistungsanbieter geben.

Zu § 60 Budget für Arbeit

Wie bereits zum Vorspann von Kapitel 10 ausgeführt, sollte das Budget für Arbeit auch für diejenigen behinderten Menschen ermöglicht werden, die wegen ihrer Beeinträchtigung nicht in der Lage sind, mindestens drei Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig zu sein. Erst dann ist es nicht nur eine echte Alternative zur Werkstatt, sondern erweitert auch den Personenkreis, für den iSv Art. 27 UN-BRK das Recht auf Arbeit verwirklicht werden kann.

Die beabsichtigte Regelung ist zu stark an arbeitsmarktfremden Überlegungen der Sozialhilfe orientiert. Er orientiert sich sehr stark an der niedersächsischen Regelung, die praktisch nur geringe Förderzahlen erreichte. Deutlich wirksamer wäre demgegenüber die Regelung in Hamburg. Die Jugendhilfe wäre sogar negativ betroffen. Gerade für Jugendliche - die nach der Begründung von dieser Regelung profitieren sollen - wäre eine arbeitsmarktgemäße Förderung notwendig, zumal der in Frage kommende Arbeitsmarktsektor in den nächsten Jahren einem deutlich steigenden Nachfragedruck unterliegt.

Die in Absatz 2 enthaltene Koppelung der Lohnkostenzuschüsse an die Kosten der WfbM führt zu regional völlig unterschiedlichen, teilweise auch zu unzureichenden Förderhöhen, obwohl das Budget für Arbeit überall nur Arbeitsverträge fördern kann, die mindestens den gesetzlichen Mindestlohn zahlen. Die an das tarifliche Entgelt anknüpfende Regelung für Eingliederungszuschüsse an Arbeitgeber (§ 50 neu) ist demgemäß deutlich arbeitsmarkt- und sachgerechter.

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

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

Letztlich fehlt ein gesetzliches Rückkehrrecht in die WfbM.

Zu § 62 Wahlrecht des Menschen mit Behinderungen

Nach der Begründung soll sich aus dem Wunschrecht des Menschen mit Behinderungen eine Verpflichtung der Werkstatt ergeben, mit anderen Leistungsanbietern zusammenzuarbeiten und Leistungen anzubieten. Da die Begründung keine unmittelbare Rechtswirkung entfaltet ist dies mitnichten so, da in § 62 keine entsprechende Regelung enthalten ist. Aus der Praxis heraus erscheint eine solche gesetzliche Regelung durchaus sinnvoll.

Sie muss dann allerdings auch für die anderen Leistungsanbieter gelten, die ja in § 60 Abs. 3 -neu von einer solchen Zusammenarbeitsverpflichtung gerade frei gestellt werden.

Zu § 63 Zuständigkeit nach den Leistungsgesetzen

Gegenüber den Trägern der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung sowie der Bundesagentur für Arbeit besteht bereits heute zur Teilhabe am Arbeitsleben ein Rechtsanspruch auf ein Persönliches Budget gem. § 17 Abs. 2 SGB IX mit allen Leistungen nach §§ 49ff SGB IX. Anstelle der nach Absatz 2 im Budget für Arbeit vorgesehenen, an den Aufwendungen der WfbM orientierten Lohnkostenzuschüssen, können in diesen Budgets die Arbeitgeberzuschüsse nach § 50 -neu eingesetzt werden.

Dass Budget für Arbeit ist nicht nur eine Alternative zur Werkstattunterbringung, sondern kann für alle Träger von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben eine alternative Leistung sein. Deshalb ist die einschränkende Regelung in Absatz 3 Satz 2, dass es das Persönliche Budget nur durch die in Absatz 2 genannten Sozialleistungsträger geben soll, nicht sachgerecht.

Der letzte Halbsatz "sowie die Leistungen des Budgets für Arbeit" sollte gestrichen werden. Es gilt dann die allgemeine Zuständigkeitsregelung des § 6 SGB IX.

Zu § 65 - Leistungen zum Lebensunterhalt

Zur Klarstellung sollte in Absatz 1 und 2 der Hinweis aufgenommen werden, dass bei Leistungen nach dem neuen Teil 2 ggfls. ein Anspruch auf Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII besteht.

Zu § 68 Berechnungsgrundlagen in Sonderfällen

Absatz 2 Satz 2 bezieht sich auf eine "Bezugsgröße", die aber im Text nicht bezeichnet wird. Aus der Begründung ergibt sich, dass es sich um die Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV handelt. Sollte im Text ergänzt werden.

Zu § 75 Leistungen zur Teilhabe an Bildung

Die Aufnahme eines eigenständigen Kapitels ist grundsätzlich zu begrüßen. Die jetzige Fassung übernimmt die in § 54 Abs. 1 und 2 SGB XII genannten Leistungen und verweist in der Begründung im Übrigen auf die für die Träger geltenden Leistungsgesetze.

Im Gegensatz zur Begründung übernehmen nicht nur die Träger der Unfallversicherung, der Kriegsopferversorgung, der Jugend- und Sozialhilfe, sondern auch z.B. die gesetzliche Rentenversicherung im Rahmen des § 49 -neu SGB IX Leistungen zur Teilhabe an Bildung bis hin zur Hochschulbildung (Siehe dazu auch Ausführungen zur Ergänzungsnotwendigkeit in § 6).

Entgegen der überzeugenden Darstellung der sich aus der UN-BRK ergebenden gesetzgeberischen Handlungserfordernissen in den ersten vier Absätzen in der Begründung ändert sich danach gegenüber dem geltenden Recht nichts.

Hintergrund ist offenkundig die sich aus den Vorlagen für die beim BMAS eingerichtete die Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz ergebende Absicht, den Bereich der inklusiven Bildung zu föderalisieren und vollständig in die Verantwortung der Länder zu übertragen.

Abgesehen davon, dass dies zu 16fach unterschiedlichem Bildungsteilhaberecht führen würde, ist nicht nachvollziehbar, wieso die zur inklusiven Bildung erforderlichen Leistungen nicht sozialrechtlich geregelt werden sollen, während die Leistungen für die Inklusion in allen übrigen Lebensbereichen sozialrechtlich hinterlegt sind.

Zu Kapitel 13 - Soziale Teilhabe

Die Feststellung im zweiten Absatz der Begründung, dass die in diesem Bereich notwendigen Änderungen nicht auf die Eingliederungshilfe konzentriert sind, sondern vielmehr an der Systematik festgehalten, diejenigen Regelungen, die für mehrere Sozialleistungsbereiche einheitlich sein können, nur an einer Stelle zu treffen, wird nachfolgend durch den Teil 2 widerlegt, der zu fast allen Regelungen des Teils 1 Abweichung für die Sozialhilfeträger enthält, ohne dass es - mit Ausnahme der immer durchscheinenden Absicht, Kosten zu senken - dafür eine auf dem Hintergrund der UN-BRK und des SGB IX tragfähige Begründung gibt. Wenn man das Festhalten an der Systematik des SGB IX ernst meint, sollten alle Regelungen des Teils 2 konsequent daraufhin überprüft werden - welche tragenden, dem Diskriminierungsverbot des Art. 5 Abs. 2 UN-BRK Rechnung tragende Gründe es - abgesehen von den hergebrachten fürsorgerechtlichen Überzeugungen - tatsächlich noch gibt, die eine Ungleichbehandlung und unterschiedliche Rechtsstellungen behinderter Menschen danach rechtfertigen, dass der Sozialhilfeträger der Träger von Teilhabeleistungen ist. Dies würde exakt dem Auftrag des Koalitionsvertrages gerecht werden, behinderte Menschen aus dem Fürsorgesystem herauszuführen.

Das für die betroffenen behinderten Menschen wichtige und in der bisherigen Gesetzesdiskussion hervorgehobene Argument des "offenen Leistungskataloges" wird auch hier wieder besonders betont. Dabei wird übersehen, dass bereits seit dem 1.7.2001 alle Leistungsbeschreibungen des SGB IX einen offenen Leistungskatalog bilden und es sich somit um keine bedeutende Neuerung handelt.

Das gesamte SGB IX knüpft - ausweislich der ersten Seite seiner Begründung - an die ICF an. Wenn die Begründung im letzten Satz (S. 31) hervorhebt, dass die Leistungen an die "Lebensbereiche unter Berücksichtigung der entsprechenden ICF-Lebensbereiche" anknüpfen, bedeutet das nicht etwa, dass die gesamte Philosophie und Systematik der ICF zur Anwendung kommt. Die Neufassung der Eingliederungshilfe-Verordnung (Artikel 14) beschreibt lediglich - und das nicht einmal vollständig - die Aktivitäten, deren Beeinträchtigungen mit der ICF klassifiziert werden.

Diese Beschreibung der Aktivitäten dient als Grundlage der sich darauf stützenden Voraussetzungen für den Zugang zu den Leistungen (§ 97 Abs. 1 u. 2 -neu). Dabei ist zu bedenken, dass jede Abweichung oder Verkürzung der Definitionen der ICF zu Einschränkungen, Unklarheiten und letztlich zu Streitverfahren führen können.

Dies gilt umso mehr, als ausschließlich für die Sozialhilfe ein von dem für die übrigen Träger geltenden Recht (§ 13) abweichendes Bedarfsermittlungsinstrument zu gestalten ist, das sich wiederum nur an der ICF orientiert und eine - eigenständige, von der ICF auch abweichende - Beschreibung der Teilhabebeeinträchtigungen gestattet,

Letztlich werden die Länder ermächtigt, das Nähere über das Bedarfsermittlungsinstrument zu bestimmen. Das führt mit großer Sicherheit zu 16fach unterschiedlichen Bedarfsermittlungsinstrumenten, zumal die Praxis zeigt, dass die Kompetenz zur Anwendung der ICF bisher nicht sehr ausgeprägt und verbreitet ist.

Letztlich bestehen damit -wie bisher - dann für die Zukunft dauerhaft festgeschrieben bis zu 50 unterschiedliche Bedarfsermittlungs-Instrumente (mindestens 16 für den Teil 2, daneben eine weitere Vielzahl unterschiedlicher Instrumente bei den Sozialversicherungsträgern, die ja nach der Begründung zu § 13 ausdrücklich ihre trägerspezifischen - bisher in der Regel kaum ICF-orientierten - Verfahren beibehalten dürfen können sollen.

Zu § 76 - Leistungen zur sozialen Teilhabe

Die bisherige Zielsetzung, die Teilhabe zu "sichern", wird 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.

Im Verhältnis zum geltenden Recht (§§ 55 Abs. 2 Nr. 7, 58) soll eine ganze Leistungsart, nämlich die Hilfe zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben, wegfallen.

Dies ist die Folge einer ausschließlich sozialhilferechtlich indizierten Betrachtung. Inhaltlich geht es vornehmlich um Leistungen, die für die Sozialhilfeträger mit einem hohen Verwaltungsaufwand verbunden sind und im Rahmen der Diskussion über ein Bundesteilhabegeld nach Auffassung der Sozialhilfeträger von diesem pauschal erfasst werden sollten. Hier handelt sich aber um eine trägerübergreifende Regelung für alle Träger von Leistungen der sozialen Teilhabe. Nach der Begründung sollen die bisherigen Leistungen des § 58 -alt insbesondere der Assistenzleistung, vor Allem aber dem Lebensunterhalt zuzuordnen sein. Folgen der Auslösung der bisherigen Systematik vergl. auch zu § 100.

Bisher erfasst z.B. die Hilfe zum Besuch von Veranstaltungen oder Einrichtungen, die der Geselligkeit, der Unterhaltung oder kulturellen Zwecken dienen (§ 58 Nr. 2), sowohl die Erreichbarkeit einer Veranstaltung, wie auch die Voraussetzungen für den Zugang zu einer Veranstaltung, wozu letztlich auch als materielle Hilfe die Erstattung der Kosten der Eintrittskarte dient. Die Sozialhilfe hat diese Erstattung bisher schon unter Hinweis auf die Hilfe zum Lebensunterhalt abgelehnt. Dies wird nunmehr durch den Gesetzgeber ausdrücklich legitimiert.

Völlig unberücksichtigt bleibt dabei, dass die Assistenzleistungen nur die personale Unterstützung abdecken kann. Dass die mit der Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben verbundenen Transportkosten künftig durch § 83 Abs. 1 Nr. 1 - neu erfasst sind, kann weder der Regelung selbst, noch der Begründung dazu entnommen werden. Eine solche Klarstellung ist aber unverzichtbar, weil die Beförderung durch einen entsprechenden Dienst bisher als Alternative zur Kraftfahrzeughilfe in der KfzHV geregelt ist und nicht ohne weiteres klar ist, dass es sich bei der Leistung zur Beförderung nach § 83 Abs. 1 Nr. 1 davon völlig unabhängige Leistung handelt.

Der Hinweis auf die Hilfe zum Lebensunterhalt trägt ebenfalls nicht, weil - unabhängig von der Assistenz bzw. der Beförderung - die Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben für behinderte Menschen in der Regel mit behinderungsbedingtem Mehraufwand verbunden ist, der im Verhältnis zum nichtbehinderten Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt diese Hilfe minimiert und damit den behinderten Menschen nicht nur schlechter stellt, sondern auch diskriminiert.

Es ist auch nicht klar, dass die "Bereitstellung von Hilfsmitteln, die der Unterrichtung über das Zeitgeschehen oder über kulturelle Ereignisse dienen" (§ 58 Nr. 3-alt) künftig durch den neuen § 84 erfasst ist. Weder der Wortlaut noch die Begründung dieser Regelung liefern dazu einen Ansatz.

Zu § 78 - Assistenzleistungen

Die Regelung sieht Leistungen nur bei Erbringung der Assistenz durch Fachkräfte (Abs. 2) oder durch ehrenamtliche Personen (Abs. 4) vor.

Die "qualifizierte Assistenz" (einschl. pädagogischer, psychologischer bzw. therapeutischer Fachleistungen) geht an der Lebenswirklichkeit der Mehrzahl behinderter Menschen mit Assistenzbedarf vorbei.

Die Mehrzahl der Assistenten z.B. im sogen. Arbeitgebermodell sind gegen Entgelt beschäftigt, ohne die in der Begründung enthaltenen Anforderungen an "qualifizierte Assistenz" zu erfüllen, Die Vergütung dieser Assistenten ist im Gesetz nicht vorgesehen.

Die wichtigste Voraussetzung für gute Assistenz, die persönliche Beziehung zwischen Assistenten und behindertem Mensch, wird in der Begründung nicht als Kompetenzvoraussetzung anerkannt.

§ 79 - Heilpädagogische Leistungen

Der letzte Satz der Begründung, wonach heilpädagogische Leistungen Bestandteil der medizinischen Rehabilitation sind, wenn sie nach § 42 Abs. 2 Nr. 2 iVm Abs. 3 Satz 1 und 3 46 -neu SGB IX als Komplexleistung Frühförderung ausgeführt werden, ist nachdrücklich zu unterstreichen. Dies beantwortet zugleich die im ersten Satz angesprochene Forderung der Länder nach einer Klarstellung, die auf einer missverständlichen Auslegung des geltenden Rechts beruhte.

§ 83 - Leistungen zur Mobilität

Zu Absatz 1 Nr. 1 sollte entsprechend den Ausführungen zu § 76 klar gestellt werden, dass es sich bei der Leistung zur Beförderung - entgegen der bisherigen Regelung in § 9 Abs. 1 Satz 2 KfzHV - nicht mehr nur um eine Alternative zur KfZ-Hilfe, sondern um eine davon völlig unabhängige Leistung handelt, die auch die mit der bisherigen Hilfe zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben verbundenen Fahrkosten erfasst.

Die Leistungen zur Mobilität erfassen weiterhin andere Mobilitätshilfen, wie z.B. das E-Bike usw. nicht. Diese Hilfen können nach dem Wegfall des bisherigen § 58 SGB IX nicht mehr in diesem Rahmen geltend gemacht werden. Auch eine Finanzierung über § 84-neu (Hilfsmittel) erscheint zweifelhaft.

Behinderte Menschen werden durch die Fokussierung auf zwei Leistungsformen (KfZ-Hilfe, Beförderungskosten) im Verhältnis zum nicht behinderten Menschen in ihrer Lebensqualität deutlich eingeschränkt.

Bzgl. des Anspruchs für Minderjährige in Absatz 4 ist nicht nachvollziehbar, warum für sie nur die Kosten der erforderlichen Zusatzausstattung beansprucht werden können sollen. Familien mit behinderten Kindern sind auch bei der Anschaffung eines KfZ grundsätzlich durch Art und Umfang der Behinderung des Kindes geleitet und können viele marktübliche Fahrzeuge nicht anschaffen. Mithin fallen auch bei der Beschaffung bereits behinderungsbedingte Mehrkosten an. Es ist auch nicht nachvollziehbar, warum mit Blick auf die Nutzung des KfZ für das behinderte Kind (Arzt, Therapiebesuche, Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft) nicht zumindest anteilig die Kosten der Instandhaltung und des Betriebs erstattet werden sollen (Benachteiligung von Eltern mit behinderten Kindern).

Hinsichtlich des Leistungsumfanges bei den Beförderungskosten nach Abs. 1 Nr. 1 sollte zumindest in der Begründung klargestellt werden, dass damit auch weiterhin die Teilhabe an allen bisher durch § 58 Nr. 1 und 2 erfassten Begegnungen, Veranstaltungen (u.a. Theater, Unterhaltung, Sport, Politik) erfasst ist.

§ 84 - Hilfsmittel

Auch das bisherige Recht des § 55 Abs. 2 Nr. 1 stellte durch den Hinweis auf die §§ 31, 33 SGB IX bereits klar, dass mit dieser Regelung nicht Hilfsmittel zur medizinischen Rehabilitation bzw. zur Teilhabe am Arbeitsleben erfasst sind.

Der bisherige Wortlaut war aber dahingehend eindeutig, dass alle darüber hinaus erforderlichen Hilfsmittel - wozu auch alle in der Datenbank des EU-Projekts EASTIN genannten gehören können - durch diese Regelung erfasst werden. Das soll sich nach der Begründung jetzt aus dem im Gesetzestext "genannten Beispielfall" (Computer für Menschen mit Behinderung) erschließen. Gerade in diesem Bereich besteht ein Bedarf an Klarstellung. Die derzeitige Fassung trägt eher zur Irreführung bei, zumal der angesprochene "Computer" sicher nicht das prägnanteste Beispiel für eine auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft abzielende Hilfsmittelversorgung ist.

Diese Regelung muss im Zusammenhang mit der Begründung zu § 100 gesehen werden. Dort ist vorgesehen, die Leistungsverpflichtung für Heil- und Hilfsmittel weitgehend den - angeblich - vorrangig leistungsverpflichteten Sozialversicherungsträgern anzulasten (§ 100 Abs. 2 -neu).

2.2 Zum SGB IX Teil 2 (neu)

Zu den Vorbemerkungen: Inhaltliche Schwerpunkte

Die - bezogen auf das Fürsorgesystem - zutreffende Darstellung der rechtshistorischen Entwicklung verdeutlicht für die weitere Beurteilung des Entwurfs Bemerkenswertes:

1. Sowohl nach dem BSHG, wie auch dem SGB XII war der notwendige Lebensunterhalt behinderter Menschen durch eine "Eigenständige Hilfeart", nämlich die Hilfe zum Lebensunterhalt unabhängig von der erforderlichen Eingliederungshilfe behinderter Menschen zu decken. Entgegen diesen Rechtsgrundlagen wurden die rechtlich getrennten Leistungsarten "Hilfe zum Lebensunterhalt/Eingliederungshilfe" in der Praxis zu einem Leistungspaket zusammengefasst (was im Übrigen auch die defizitäre Datengrundlage zu den einzelnen Hilfeformen begründet). Ursache für diese Entwicklung ist das - primär an Einrichtungen orientierte - Vergütungsrecht der Sozialhilfe, das zugleich die mangelnde "Personenzentriertheit" der Leistungen begründet. Da die Vergütungen auch in Zukunft über Leistungspauschalen erfolgt (§ 120 Abs. 3 -neu) und zudem künftig sogar Leistungen selbst pauschaliert werden können (§ 113-neu) enthält das Gesetz keinerlei Anreize für die eine wirkliche, am individuellen Bedarf orientierte Individualisierung/ Personenzentrierung der Leistungen. Ganz im Gegenteil. Die Pauschalierung von Vergütungen/Leistungen wird im Bereich der Träger öffentlicher Gewalt immer noch als wirksames Instrument zur Kostensenkung angesehen und eingesetzt, obwohl diese Form der Vergütung einen zielgerichteten und wirksamen Mitteleinsatz nur eher zufällig gestattet und als Folge der Pauschalierung in nicht unerheblichem Maße auch Mittel nicht bedarfsorientiert ausschüttet.
2. Die Entwicklung des Teilhaberechts zielte auch im Bereich der Sozialhilfe vom BSHG, über die Einordnung des BSHG in das Sozialgesetzbuch bis hin zum SGB IX konsequent auf eine Vereinheitlichung des Teilhaberechts ab. Der zweite Absatz der Begründung zur sozialen Teilhabe referiert die - auch schon an anderer Stelle der Begründung angesprochene (bisherige) - Überzeugung des Gesetzgebers, dass in dem für die einzelnen Träger geltenden spezifischen Recht der Träger (hier: schon im BSHG)

ausschließlich trägerspezifisch unverzichtbare Regelungen getroffen werden und im Übrigen auf die trägerübergreifenden Regelungen des SGB IX verwiesen wird

In völligem Gegensatz dazu wiederholt der Teil 2 eine große Zahl von Regelungen des Teiles 1 (z.B. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation/Teilhabe am Arbeitsleben mit z.T. wesentlichen Abweichungen und Einschränkungen, ohne dass die unverzichtbare trägerspezifische Abweichungsnotwendigkeit begründet ist. Ursache für diese abweichenden Regelungen im Teil 2 sind offenkundig hergebrachte Grundsätze, Überzeugungen und Selbstverständnisse des Fürsorgesystems, von denen sich dieses Gesetz nach den im Koalitionsvertrag getroffenen Vereinbarungen lösen sollte.

Die Vorgaben des Koalitionsvertrages, das geltende Recht zu einem modernen Teilhaberecht weiter zu entwickeln und die Eingliederungshilfe aus dem Fürsorgesystem herauszuführen werden ins Gegenteil verkehrt:

Wesentliche Elemente des bisherigen trägerübergreifenden - gemessen an dem vorliegenden Entwurf, deutlich moderneren - Teilhaberechts des bisherigen SGB IX werden zu Gunsten einer durchgängigen Priorisierung der Interessen der Sozialhilfeträger aufgegeben, zugleich wird das Teilhaberecht entgegen des Zielen des Gesetzgebers von 2001 weitgehend auseinanderentwickelt, abweichendes Sonderrecht für die Sozialhilfeträger für die Zukunft fortgeschrieben und verfestigt sowie das korporative Eigenleben der Träger mit der Folge gestärkt, dass die Lebenssituation behinderter Menschen beeinträchtigenden Schnittstellenprobleme des gegliederten deutschen Sozialleistungssystems wieder aufleben oder vertieft werden.

Mit der fast vollständigen Übernahme der sozialhilferechtlichen Regelungen sowie der damit verbundenen Selbstverständnisse und Praktiken in das SGB IX, Teil 2 wird das Fürsorgesystem in die Zukunft fortgeschrieben und verfestigt.

Schon die inklusionswidrige Bezeichnung "Eingliederungs-"Hilfe ist bereits sprachlich dafür bezeichnend.

Zu § 90 - Aufgaben der Eingliederungshilfe

Die Träger der "Eingliederungshilfe" haben als Rehabilitationsträger iSv § 6 Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach § 5 zu erbringen, deren Aufgaben in den §§ 1, 4 beschrieben sind. Die Aufgabenbeschreibung in Absatz 1 übernimmt demgegenüber nur bestimmte Teilaspekte der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (Lebensführung, selbstbestimmte Lebensplanung und -führung) und schränkt damit die Aufgabenstellung der Sozialhilfeträger im Verhältnis zu den übrigen Rehabilitationsträgern, die die gleichen Leistungen zu erbringen haben (z.B. GUV), ein. Die auf die UN-BRK bezogene Begründung ist so nicht Gegenstand des Gesetzestextes.

Da das Teilhaberecht für alle Rehabilitationsträger sich an den in der Begründung referierten Bestimmungen (UN-BRK, GG) zu orientieren hat, gibt es für die unterschiedliche Aufgabendefinition zwischen Teil 1 und 2 keine nachvollziehbaren Gründe.

In Absatz 2 wird der Auftrag der medizinischen Rehabilitation abweichend von der für alle Träger der medizinischen Rehabilitation geltenden - umfassenderen - Zielsetzung des § 42 Abs. 1- neu auf die Beseitigung der Teilhabebeeinträchtigungen reduziert, die als Leistungsvoraussetzungen für den Zugang von Leistungen der Sozialhilfe (erhebliche Teilhabebeeinträchtigung) in § 97 Abs. 1 genannt sind.

Damit ist im Verhältnis zum Teil 1 eine erhebliche Leistungsbeschränkung verbunden. Anders als bei den Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach dem Teil 1 entsteht hiernach keine

Leistungsverpflichtung, wenn eine Behinderung nur droht oder eine Behinderung zwar eingetreten ist, aber noch keine erhebliche Teilhabebeeinträchtigung verursacht.

Diese Leistungsverkürzung ist auch ökonomisch wenig sinnvoll, weil gerade in den Stadien der Entwicklung einer Behinderung, in denen der Eintritt einer Behinderung vermieden oder eine Verschlimmerung verhütet werden kann, der Sozialhilfeträger - im Gegensatz zu den übrigen Trägern medizinischer Rehabilitation - keine Leistungen erbringen kann. Erst wenn sich die Behinderung so verschlimmert hat, dass die erhebliche Teilhabebeeinträchtigung vorliegt, könnte der Sozialhilfeträger leisten, dann allerdings - mit Blick auf die zwischenzeitlich eingetretene Verschlimmerung - mit einem ungleich höheren Mitteleinsatz.

Die Regelung steht auch im Widerspruch zu § 106-neu, wonach die Leistungen denen der GKV entsprechen sollen, die allerdings bereits in einem früheren Stadium zur Leistung verpflichtet ist.

Gleiches gilt für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Absatz 3, der ebenfalls eine im Verhältnis zu § 49 Abs. 1-neu abweichende, reduzierte Aufgabenbeschreibung enthält. Während sich § 49 Abs. 1 auf die Erhaltung und Verbesserung usw. der Erwerbsfähigkeit und die dauerhafte Teilhabe am Arbeitsleben abzielt, reduziert Abs. 3 auf die Aufnahme, Ausübung und Sicherung (irgendeiner) Beschäftigung und die Weiterentwicklung der Leistungsfähigkeit und Persönlichkeit. Hier wird - wie auch bei Abs. 2 - der spezifische Blickwinkel der Sozialhilfe auf das Klientel schwerstbehinderter Menschen sichtbar. Der Sozialhilfeträger hat aber nach bisherigem Recht (im Sinne des untersten sozialrechtlichen Auffangnetzes) schon die gleichen Rehabilitationsleistungen wie die Sozialversicherungsträger für die Personen zu erbringen, die keinen Anspruch gegen einen Sozialversicherungsträger haben (An dieser Stelle wird deutlich, dass künftig eine große Gruppe von Menschen, die der medizinischen Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben bedürfen, völlig ohne leistungsverpflichteten Rehabilitationsträger und damit unversorgt bleiben) Vergl. dazu auch Ausführungen zu §§ 91, 97-neu.

Auch für die die Leistungen zur Teilhabe an der Bildung sind keine Gründe für eine unterschiedliche Aufgabenstellung zwischen Teil 1 und 2 ersichtlich.

Die reduzierten Zielbeschreibungen der medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, wirken in Zukunft deswegen besonders prekär, weil auf dieser Grundlage künftig die Sozialhilfeträger als sogen. "leistender Träger" nach § 14 bei Fristversäumnis nach § 15 Abs. 2 gegen Kostenerstattung diese Leistungen an Stelle der eigentlich leistungsverpflichteten Sozialversicherungsträger ausführen würden, obwohl mit der eingeschränkten Zielsetzung die weitergefassten Ziele der Sozialversicherungsträger nicht abgedeckt werden.

Eine Ähnliche Situation gab es bereits in den 70er Jahren mit der Verlagerung eines Teiles der Aufgabenstellung der Berufsförderung von der Rentenversicherung auf die Bundesagentur für Arbeit, die später wegen der dadurch erzeugten Doppelleistungen (die GRV musste trotz vorangehender Leistungen der Bundesagentur weitere Leistungen gewähren, um der eigenen Aufgabenstellung gerecht werden zu können) in Teilen wieder zurückgenommen wurde.

Zu § 91 - Nachrang der Eingliederungshilfe

Rechtlich entspricht die Regelung dem geltenden Recht.

Absatz 2 greift die immer wieder vorgetragene, bisher aber weder inhaltlich, noch von dem damit verbundenen Kostenvolumen her konkretisierte Feststellung der Sozialhilfeträger auf, die vorrangig

leistungspflichteten Träger würden ihren gesetzlichen Leistungspflichten in erheblichem Maße nicht nachkommen. Das soll durch Absatz 2 offensichtlich geändert werden.

Absatz 2 greift jedoch ins Leere. Die Leistungspflichten der Rehabilitationsträger, aber auch die der Träger zueinander sind durch § 6 bestimmt. Danach sind die Träger der Renten- und Krankenversicherung weder verpflichtet noch berechtigt, Leistungen zur sozialen Teilhabe zu erbringen. Somit ist eine unmittelbare Überschneidung zwischen den Leistungspflichten der Sozialversicherung und den Sozialhilfeträgern nicht gegeben.

Der Hinweis der Begründung auf Art. 4 Abs. 2 UN-BRK beeindruckt wenig, weil das nationale Recht in § 4 Abs. 2 Satz 2 eine entsprechende, konkrete Verpflichtung zur vollständigen und umfassenden Leistungserbringung durch den jeweils aktuell leistungspflichteten Träger bereits seit 2001 enthält. Diese Leistungsverpflichtung bezieht sich aber auf die Leistungen, die ein Träger nach § 6 zu erbringen hat. Daran ändert auch der neue Absatz 2 nichts.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Sozialhilfeträger mit der Einbeziehung in den Kreis der Rehabilitationsträger durch das SGB IX, als Rehabilitationsträger in zweifacher Weise Aufgaben übertragen erhalten haben. Einerseits sind sie im Verhältnis zu den Renten- und Krankenversicherungsträgern (die diese Leistungen nicht erbringen können) originärer und damit vorrangig leistungspflichteter Rehabilitationsträger für Leistungen zur sozialen Teilhabe und andererseits sind sie nachrangig leistungspflichteter Rehabilitationsträger für die medizinische Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben, wenn die Leistungspflicht der genannten Sozialversicherungsträger nicht besteht. Überschneidungen sind auch hiernach nicht gegeben. (Die letztgenannte Aufgabenstellung der Sozialhilfeträger entfällt allerdings durch diesen Entwurf, vergl. zu § 97).

Nach Allem besteht eine unmittelbare Leistungskonkurrenz auf der Grundlage des geltenden Rechts grundsätzlich nicht.

Die in der Praxis tatsächlich jedoch bestehenden Probleme sind die Folge unterschiedlicher Auslegung und Anwendung gesetzlicher Regelungen durch die verschiedenen Träger auf dem Hintergrund unverändert unterschiedlicher Bedarfsermittlungsverfahren und Beurteilungen des Leistungsbedarfs. Daran ändert dieser Entwurf nichts. Im Gegenteil - wie oben zur Bedarfsfeststellung ausgeführt, werden entgegen dem bisher trägerübergreifenden Pflichten nach § 10 SGB IX -alt, in der Begründung trägerspezifisch abweichende Verfahren sogar legitimiert. Eine spürbare Änderung im Sinne der Anliegen der Sozialhilfeträger könnte erreicht werden, wenn mit diesem Entwurf im Sinne der Ziele des SGB IX trägerübergreifend einheitliches Rehabilitationsrecht und eine trägerübergreifend einheitliche Rehabilitationspraxis durchgesetzt würde. In Teilen bewirkt dieser Entwurf allerdings nachgerade eine Auseinanderentwicklung mit einer Verschärfung der Schnittstellen- und Abgrenzungsprobleme.

Daran ändern auch die in den Kapiteln 2 bis 4 enthaltenen Regelungen zur Verwirklichung der von den Sozialhilfeträgern geforderten Gesamtsteuerungsverantwortung nichts. Die Auseinandersetzung verlagert sich dadurch bei Fortbestehen unterschiedlicher Rechtsauslegung und -anwendung sowie Bedarfsfeststellungsverfahren auf das Kostenerstattungsverfahren mit einer Vielzahl von gerichtlichen Auseinandersetzungen.

Zu § 91a - Eigenbeteiligung

Bisher war die Eigenbeteiligung und deren Höhe nicht nur von der finanziellen Situation, sondern auch davon abhängig, welche Personen (§ 19 Abs. 3 SGB XII) welche Leistungen (§ 92 Abs. 2) erhielten.

Diese Regelung sieht nunmehr immer die Tragung eines Eigenbeitrags unabhängig von der Leistungsart vor. Bisher waren bestimmte Leistungen (§ 92 Abs. 2 - u.a. Teilhabe am Arbeitsleben, medizinische Rehabilitation bis auf die Kosten des Lebensunterhaltes vollständig freigestellt.

Zu § 92 - Verhältnis zu anderen Rechtsbereichen

Die Auswirkungen der UN-BRK auf das Betreuungsrecht werden mit dieser Regelung ebenso wenig erfasst, wie die erforderliche Umsetzung der UN-BRK im Bereich der Pflegeversicherung (vergl. dazu Ausführungen des Verfassers zum Entwurf des Aktionsplans 2.0).

Die Feststellung der Begründung, die vorgeschlagene Pflegebedürftigkeitsbegriff enthalte Teilhabe-Elemente, die eine Abgrenzung zu den Leistungen der Eingliederungshilfe erforderten, trifft zu nicht zu.

Es ist auch nach Inkrafttreten des Pflegestärkungsgesetzes II weder Aufgabe des SGB XI, noch sind die Leistungen des SGB XI in der dort verfassten Form geeignet, für pflegebedürftige Menschen eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern. Die Leistungen sind unverändert auf die Sicherung der medizinisch-pflegerischen Versorgung ausgerichtet.

Die Betreuungsleistungen - auf die diese Regelung abzielt - sind ebenfalls nicht auf die volle Teilhabe, sondern die Alltagsstrukturierung iSd SGB XI abgestellt.

Zwar sind Teile der Module des neuen Bedarfsfeststellungsinstrumentes der ICF entnommen, allerdings rein sprachlich und ohne Berücksichtigung der sonstigen Philosophie und Methodik der ICF. Sie sind als Grundlage einer Neuordnung zwischen Pflegeversicherungs- und Teilhaberecht so nicht geeignet. Wenn man die Ausführungen des in der Begründung zitierten Expertenbeirates nachvollzieht, wird offensichtlich, dass ihm die ICF und ihre Wirkungsweise nicht hinreichend bewusst war.

Auf diesem Hintergrund führt zum derzeitigen Zeitpunkt das in Absatz 1 begründete Vorrang-/Nachrangverhältnis zu erheblichen Problemen, Auslegungs- und Abgrenzungstreitigkeiten für behinderte Menschen mit Pflegebedarf.

Zu § 93 - Aufgaben der Länder

Absatz 1 enthält kein neues Recht. Die Länder haben das Recht unmittelbar aus Art. 84 GG.

Absatz 2 stellt klar, dass das Recht nach Art. 84 GG durchaus auch beinhaltet, andere Träger als die Sozialhilfeträger mit der Durchführung der Aufgaben der "Eingliederungshilfe" zu betrauen. Z.B. - entsprechend dem Vorschlag des Forums behinderter Juristen - die Integrationsämter.

Mit Blick auf die in den Ländern höchst unterschiedlichen Regelungen zur Finanzierung der Sozial-/Eingliederungshilfe wird diese Regelung im Zweifel nicht zu einer geänderten Aufgabenübertragung führen. Die Länder werden immer einen engen Zusammenhang zwischen Finanz- und Organisationsverantwortung herstellen. Deswegen verwendet diese Stellungnahme weiterhin konsequent den Trägerbegriff "Sozialhilfeträger".

Die Verpflichtung des Absatz 3, auf ein flächendeckendes, bedarfsdeckendes Angebot hinzuwirken, überschneidet sich mit der sachgleichen Verpflichtung in § 36 Abs. 1 -neu, die auch die Träger

Sozialhilfe erfasst. Durch diese Parallelregelung sind kostenträchtige Doppel- und Parallelstrukturen zu befürchten. Dafür besteht kein sozialhilfespezifischer Bedarf.

Gleiches gilt für die In Absatz 4 vorgesehene Arbeitsgemeinschaft. § 25 Abs. 2 -neu enthält dazu eine Parallelregelung mit einem weiter gefassten Aufgabenbereich in § 25 Abs. 1. Absatz 4 kann ersatzlos entfallen. Die Ermächtigung der Landesregierungen zur Errichtung der Arbeitsgemeinschaften sollte in § 25 Abs. 2 -neu übernommen werden.

Absatz 5 schafft eine Parallelstruktur zur Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Gerade der hier vorgesehene Erfahrungsaustausch zur Weiterentwicklung des Rechts der sozialen Teilhabe darf nicht auf die Sozialhilfeträger beschränkt werden, sondern muss alle Träger von Leistungen zur sozialen Teilhabe umfassen.

Zu § 94 - Sicherstellungsauftrag

Die Begründung stützt diese Regelung auf § 17 Abs. 1 Nummer 2 SGB I. Diese Bestimmung wird für alle Rehabilitationsträger einheitlich durch § 19 Abs. 1 SGB IX (§ 36 Abs. 1 -neu) erfasst und konkretisiert. Das SGB XII musste bisher eine entsprechende Regelung nicht enthalten, weil § 19 Abs. 1 SGB IX mangels abweichender Regelungen im SGB XII nach § 7 Satz 1 unmittelbar geltendes Recht für die Träger der Sozialhilfe als Rehabilitationsträger ist.

Aus diesem Grunde bedarf es auch künftig keiner Parallelregelung zu § 36 Abs. 1 im Teil 2, die nur dazu führt, dass sich die Sozialhilfeträger auch künftig der vom Gesetzgeber seit 15 Jahren gewollten trägerübergreifenden Zusammenarbeit bei der trägerübergreifenden regionalen Organisation der Leistungsangebote entziehen (Art. 26 UN-BRK).

Zu § 95 - Zusammenarbeit

Schon aus der Begründung zu Absatz 1 ist nachzuvollziehen, dass es sich hier nicht um trägerspezifisches Recht, sondern um eine alle Träger berührende Regelung des Teils 1 handelt. Die überflüssige Doppelregelung kann entfallen.

Absatz 2 entspricht inhaltlich § 36 Abs. 2, zweiter Halbsatz, enthält kein spezifisches Recht und kann entfallen.

Absatz 3 ist ebenfalls entbehrlich, weil die Datenschutzregelungen in § 23 auch für den Teil 2 gelten.

Zu § 96 - Fachkräfte

Einer spezifischen Fachkraftregelung im Teil 2 bedarf es nicht. Die hier definierten Anforderungen gelten grundsätzlich für alle Leistungsanbieter in allen Bereichen des Teilhaberechts. Im Übrigen greift eine Regelung nur für Fachkräfte nach Art. 26 UN-BRK zu kurz.

Mit Blick auf Artikel 26 Abs. 2 UN-BRK, der von den Vertragsstaaten geeignete Maßnahmen zur Förderung der Entwicklung der Aus- und Fortbildung für Fachkräfte und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Habilitations- und Rehabilitationsdiensten erwartet, sollte als geeignete Maßnahme idS eine - entsprechend weiter - gefasste Regelung in § 38 als Tatbestand für die in den Versorgungsverträgen zu regelnden Gegenstände aufgenommen werden.

Zu § 97 - Leistungsberechtigter Personenkreis

Leistungsvoraussetzung für die Leistungen des Teils 1 ist das Vorliegen einer Beeinträchtigung der Teilhabe als Folge von Krankheit oder Behinderung (§ 2) sowie die Prognose, dass mit Leistungen zur

Teilhabe (§ 5) die in §§ 1, 4 Abs. 1, 26 Abs. 1, 33 Abs. 1 oder 55 Abs. 1 SGB IX genannten Teilhabeziele erreichbar erscheinen.

Trägerspezifische Voraussetzungen sind nach den für die Träger geltenden Leistungsgesetzen ein Mitgliedschaftsverhältnis (GKV), ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit sowie das Vorhandensein einer bestimmten Versicherungszeit (GRV bzw. Bundesagentur). Leistungsvoraussetzung ist bei keinem dieser Träger ein bestimmtes Ausmaß der Beeinträchtigung der Teilhabebeeinträchtigung; insoweit gelten die genannten Voraussetzungen des Teils 1 des SGB IX.

In § 97 werden die Voraussetzungen für die Gewährung von Teilhabeleistungen - für den Anwendungsbereich des SGB IX - erstmals an das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung gebunden. Die Begründung erläutert, dass diese Regelung an die bisherige Entwicklung im Fürsorgerecht (wesentliche Behinderung) anknüpft. Anstelle einer Herauslösung aus dem Fürsorgesystem wird das Fürsorgesystem - im neuen Gewande - fortgesetzt.

Entgegen der Begründung gibt es - außer der Fortsetzung des Fürsorgeprinzips - keine tragende Begründung dafür, dass "die Definition des Leistungsberechtigten Personenkreises (muss) darüber hinaus auch das bisherige Merkmal der "Wesentlichkeit" aufgreifen muss".

Es geht offensichtlich dazu, die Zahl der Leistungsberechtigten zu begrenzen. Die damit verbundenen erhöhten Anforderungen an die Leistungsvoraussetzungen führen erst zu einer Leistungsverpflichtung, wenn die Beeinträchtigung der Teilhabe bereits weit fortgeschritten ist. Damit bleiben die Phasen der Entwicklung einer Behinderung, in denen eine weitere Verschlimmerung vermieden oder hinausgeschoben werden, und damit ein noch höherer Mitteleinsatz vermieden kann, ohne eine Leistungsverpflichtung. Das ist einfach unökonomisch.

Der durch § 2 SGB IX ausdrücklich einbezogene Personenkreis der Menschen, bei denen eine Behinderung noch nicht eingetreten ist, aber droht, ist zudem völlig von einer Leistungsverpflichtung nach dem Teil 2 ausgenommen. Der in § 97 Abs. 1 Satz 3 genannte Personenkreis ist damit nicht identisch. Hier handelt es sich um bereits behinderte Personen, bei denen ein höheres Ausmaß an Beeinträchtigung der Teilhabe droht.

Völlig übersehen wird, dass die Träger der Sozialhilfe neben der Aufgabe "originärer Rehabilitationsträger für die soziale Teilhabe" (Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft) zu sein, durch das SGB IX seit 1.7.2001 auch die Aufgabe des Rehabilitationsträgers (als unterstes soziales Auffangnetz) für die behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen übertragen bekommen haben, die noch nicht wesentlich behindert sind (wohl aber behindert sind oder bei denen eine Behinderung droht), aber ohne ausreichende Sozialversicherungsleistungen zur Teilhabe nach § 6 SGB IX, insbesondere medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben benötigen.

Die Träger der Sozialhilfe haben diese Aufgabe bisher nicht angenommen und sich auf die Eingliederungshilfe für wesentlich behinderte Menschen beschränkt.

Mit der jetzt beabsichtigten Regelung fällt nunmehr jede leistungsrechtliche Verpflichtung für diese Zielgruppe weg. Die davon betroffenen behinderten Menschen bleibt im gesamten deutschen Sozialleistungssystem ohne jede Versorgung und erreichen Teilhabeleistungen erst, wenn nach Fortschreiten der Behinderung die erhöhten Voraussetzungen des § 97 erfüllt werden. Allerdings mit der Folge dass dann wegen der zwischenzeitlich fortgeschrittenen Behinderung ein erhöhter Mitteleinsatz erforderlich ist.

Abgesehen davon, dass mit dieser Regelung eine beachtliche Zahl behinderter Menschen völlig von Leistungen abgeschnitten bleibt, wenn sie nicht kranken-, renten- oder unfallversichert ist, wirkt auch die Ungleichbehandlung von behinderten Menschen im Verhältnis des Teils 1 zum Teil 2 diskriminierend.

Es ist nicht nachvollziehbar, warum ein behinderter Mensch, der nur deswegen Leistungen vom Sozialhilfeträger beansprucht, weil er keiner gesetzlichen Krankenkasse angehört, einen anderen Zugang zu den Leistungen des Teilhaberechts haben soll, als derjenige, der (noch) krankenversichert ist, zumal die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 106-neu denen der GKV entsprechen sollen.

Die Mehrstufige Definition der Leistungsvoraussetzungen danach, dass entweder mindestens in der Hälfte der Lebensbereiche eine personelle oder technische Unterstützung notwendig ist oder denen trotz dieser Unterstützung die Ausführung in weniger als der Hälfte der Lebensbereiche nicht möglich, davon aber in drei Lebensbereichen gar nicht möglich ist, wird in der Praxis zu erheblichen Verwerfungen und z.T. zu diskriminierenden Ergebnissen führen können. Es ist z.B. durchaus denkbar, dass jemand mit einer hohen GdB (z.B. 80 vH) als Schwerbehinderter anerkannt ist, in weniger als fünf Lebensbereichen der Hilfe bedarf, damit gegenüber dem Träger der Sozialhilfe keinerlei Anspruch auf Leistungen hat, die er als GKB/GRV/GUV-Leistungsberechtigter dort problemfrei erhalten würde. Jemand könnte wegen einer GdB von 100, aber nur einen Leistungsbedarf in weniger als der Hälfte der Lebensbereiche oder -alternativ - in mehr als der Hälfte der Lebensbereiche, von denen in nur zwei Lebensbereichen keinerlei Aktivitäten mehr möglich sind, haben, so würde trotz erheblichem Hilfebedarf ein Leistungsanspruch gegen den Sozialhilfeträger nicht entstehen, der bei entsprechender Leistungsberechtigung von den Sozialversicherungsträgern problemfrei gedeckt würde.

Diese Beispiele, die in verschiedenen Variationen fortgesetzt werden könnten, belegen, dass mit den neuen Leistungsvoraussetzungen eine erhebliche Zahl behinderter Menschen mit Hilfebedarf keinen Leistungsanspruch mehr haben werden. Die Zugangsvoraussetzungen zu den Leistungen in dieser Form vom Umfang des Leistungsbedarfs abhängig zu machen, verbietet sich.

Absatz 2 übernimmt die dort genannten Lebensbereiche nur sprachlich aus der ICF, ohne aber die Systematik und die Methodik der ICF für die Beurteilung und Kategorisierung der Beeinträchtigungen der Teilhabe zu übernehmen. Aus dem Gesamtkontext ist ersichtlich, dass trotz des durch den Wortlaut des § 115 erweckten gegenteiligen Anscheins nicht beabsichtigt ist, die ICF nach Systematik und Methodik zur Grundlage der Bedarfsermittlung zu machen. Stattdessen sollen -ausschließlich auf der Basis dieses Absatz 2 und der vertiefenden Beschreibung der Lebensbereiche in der ReVO (Artikel 14) - systematisch und methodisch eigenständige, von der ICF abweichende - Bedarfsermittlungs- und Beurteilungsinstrumente und -verfahren entwickelt werden. Und das durch ReVO der Länder (§ 115 Abs. 2-neu), sodass mit 16fach unterschiedlichen Instrumentarien allein in der Sozialhilfe zu rechnen ist.

Diese Entwicklung ist nicht mit der generellen Orientierung des gesamten SGB IX an der ICF (vergl. erste Seite der Begründung zum SGB IX) zu vereinbaren und steht in deutlichem Gegensatz zu der im Zusammenhang mit den Kapiteln 2 bis 4 kolportierten Absicht, ein trägerübergreifend einheitliches Bedarfsfeststellungsverfahren zu gestalten.

Dem verfassungsrechtlich gebotenen Bestimmtheitsgrundsatz würde auch dann Rechnung getragen, wenn Absatz 2 regeln würde, dass die Leistungsberechtigung unter Anwendung der ICF zu prüfen ist.

Nach dem derzeitigen Wortlaut des Absatz 3 (Stand 18.12.15) haben nur noch die behinderten Menschen Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die auf nicht absehbare Zeit voll erwerbsgemindert iSv § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI sind. Das ist durchaus so gewollt, wie die Regelung in § 108 zeigt.

Absatz 4 gestattet es der Bundesregierung, sich allein durch Rechtsverordnung noch weiter von der ICF zu entfernen, als dies schon nach den beabsichtigten Bestimmungen der Fall ist.

Zu § 98 - Eingliederungshilfe für Ausländer

Das SGB IX gilt bisher ohne Einschränkungen für alle behinderten Menschen, die sich in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten und die leistungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen.

§ 98 übernimmt ebenfalls fürsorgerechtliche Regelungen in das Teilhaberecht. Dies führt auch hier zur Ungleichbehandlung. Hat ein Ausländer Leistungsansprüche nach dem Teil 1 gegen einen Sozialversicherungsträger, erhält er sie ohne weiteres. Für Leistungen zur sozialen Teilhabe durch den Sozialhilfeträger muss "dies im Einzelfall gerechtfertigt sein", wird mithin - zumal durch eine unbestimmte Formulierung - in das Ermessen des Trägers gestellt. Diese Ungleichbehandlung ist auf dem Hintergrund der UN-BRK nicht zu rechtfertigen.

Auch die Absätze 2 und 3 sind nach dem deutschen Fürsorgerecht nachvollziehbar, als UN-BRK-konformes Teilhaberecht jedoch durchaus bedenklich.

Zu § 99 - Eingliederungshilfe für Deutsche im Ausland

Auch diese Regelung übernimmt Fürsorgerecht. Das bisherige SGB IX enthält keine der sozialversicherungsrechtlichen Ausstrahlungstheorie entsprechende Regelung und ist grundsätzlich auf die Leistungsanspruchnahme im Inland beschränkt (Ausnahme: § 31 - unter auf die Wirtschaftlichkeit und Qualität bezogenen Bedingungen)

Zu § 100 - Leistungen

Absatz 1 ist eine überflüssige und damit verzichtbare Doppelregelung zu § 5.

Mit Absatz 2 wird unter Berufung auf die der Überzeugung der Sozialhilfeträger entsprechende Rechtsprechung vorgesehen, nunmehr generell - entgegen der anderslautenden Rechtsprechung, insbesondere des 3. Senates des Bundessozialgerichts - die Heil- und Hilfsmittelversorgung aus der Leistungsverpflichtung der Sozialhilfeträger zu Lasten der vorrangig leistungsverpflichteten Sozialversicherungsträger auszugrenzen.

Das erklärt auch die - im Verhältnis zum bisherigen Recht - restriktiven Regelungen zur Mobilität und zu den Hilfsmitteln (§§ 83, 84 -neu).

Da sich die Träger der Renten- und Krankenversicherung im bisherigen Diskussionsprozess darauf berufen, dass es nach dem Koalitionsvertrag auch keine Kostenverlagerung in andere Zweige der sozialen Sicherung geben soll, ist an dieser Stelle mit Widerstand der Sozialversicherungsträger zu rechnen.

Nach § Abs. 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX werden Leistungen zur Teilhabe nur zur Erreichung von Teilhabezielen erbracht. Danach kommt es für die leistungsrechtliche Zuordnung entscheidend darauf an, welche Ziele mit einer Leistung konkret erreicht werden sollen. Heil- und Hilfsmittel sind nur dann als medizinische Leistungen zur Rehabilitation (oder entsprechend Teilhabe am Arbeitsleben) anzusehen und dann der entsprechenden Leistungsverpflichtung der Sozialversicherungsträger zuzuordnen, wenn damit die Ziele der medizinischen Rehabilitation (§ 26 Abs. 1) oder Teilhabe am Arbeitsleben (§ 33 Abs. 1) erreicht werden sollen. Das Gleiche gilt umgekehrt zu Lasten des Trägers der sozialen Teilhabe, wenn die Ziele nach § 55 Abs. 1 erreicht werden sollen.

Mit dieser eindeutigen, sich aus der Zielsetzung der jeweiligen Leistungsart ergebenden Zuordnung ist die beabsichtigte Regelung in Absatz 2 nicht zu vereinbaren. Sie schafft lediglich veränderte Auslegungsansätze und neue Streitigkeiten.

Hier wird nochmals bestätigt, dass die Änderung der Zielbeschreibung der sozialen Teilhabe in § 76 nur der Interessenlage der Sozialhilfeträger folgt, trägerübergreifend betrachtet jedoch einerseits die bisherige Systematik des Teils 1 bzgl. der den Kapiteln vorangestellten Teilhabeziele auflöst und andererseits zur Auseinanderentwicklung des Teilhaberechts führt (vergl. zu § 76).

Zu § 101 - Leistungen nach den Besonderheiten des Einzelfalles

Nach § 10 (neu § 13) richten sich die Leistungen des Teils 1 nach dem individuell funktionsbezogen, d.h., orientiert an der ICF erhobenen, Bedarf, der sich individuell aus der Art und dem Umfang der Beeinträchtigung der Teilhabe ableitet.

Die ICF-orientierte Bedarfsermittlung erfasst über die dort enthaltenen Kontextfaktoren regelmäßig die persönlichen Verhältnisse, den Sozialraum und die eigenen Kräfte und Mittel (Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren).

Verlangt man von den Trägern der Teilhabeleistungen konsequent eine auf der ICF basierende Bedarfsfeststellung, ist § 101 Absatz 1 - abgesehen von der verzichtbaren Doppelung zu §§ 12,13 - überflüssig.

Diese Regelung spricht eher dafür, dass man eine konsequente Anwendung der ICF nicht will und damit hinter weltweiten Standards zur Bedarfsfeststellung zurückbleibt.

Aus der Begründung wird deutlich, dass diese Regelung weiterhin der fürsorgerechtlichen Definition der wesentlichen Behinderung folgt.

Absatz 2 schränkt - wenn auch verklausuliert (präzisiert!) - das Wunschrecht im Verhältnis zum Wunschrecht nach § 8-neu für Leistungen der Sozialhilfeträger ein und folgt damit weitgehend dem bisherigen § 13 SGB XII. Der Unterschied besteht im Wesentlichen darin, dass an die Stelle des Mehrkostenvorbehaltes eine Kostenobergrenze tritt. Diese Kostenobergrenze ist für den Berechtigten nicht transparent. Maßstab sollen geeignete, bedarfsdeckende Leistungsalternativen anderer Leistungserbringer sein, mit denen der Träger eine Vereinbarung getroffen hat. Abgesehen davon, dass dem Berechtigten diese Alternativen nicht oder nicht vollständig zugänglich sind, hat der Träger mit Blick auf die unbestimmten Formulierungen einen breiten Ermessensspielraum hinsichtlich der Beurteilung, was geeignete und bedarfsdeckende Alternativen sind.

Der entscheidende Nachteil der beabsichtigten Regelung ist jedoch der ersatzlose Wegfall der Zumutbarkeitsregelung. Bisher konnte der Mehrkostenvergleich nur stattfinden, wenn dies für den Berechtigten zumutbar war (war z.B. mit der Leistungsalternative ein Wechsel des Wohnsitzes oder

Aufenthaltsortes verbunden, wäre dies schon mit Blick auf Art 19 Buchst. a UN-BRK nicht zumutbar gewesen).(Vergl. auch die Entscheidungen der SG Duisburg und Sächsisches LSG dazu). Die beabsichtigte Regelung ist intransparent, hält in wesentlichen Elementen am Fürsorgerecht fest und stellt wegen des Wegfalls der Zumutbarkeitsregelung keine Alternative dar, die die aus der UN-BRK abgeleiteten Kritik (Diskriminierung) am bisherigen § 13 SGB XII ausräumen kann.

Das in der Begründung zu Absatz 2, aber auch in den einleitenden Sätzen besonders betonte Wirtschaftlichkeitsgebot ist unabhängig davon, ob die Leistungen aus Steuermitteln finanziert werden oder nicht, nach § 69 Abs. 2 SGB IV gleichermaßen bei den Leistungen aller Sozialleistungsträger zu beachten und bereits im Teil enthalten.

Absatz 4 korrespondiert mit § 18. Die Abweichung ist nur durch die Fortsetzung des Fürsorgerechts zu begründen.

Zu § 102 - Leistungsformen

Absatz 1 wiederholt den für alle Leistungen des Sozialrechts wirksamen § 11 Satz 1 SGB I und kann hier entfallen.

Absatz 2 entspricht §§ 11 bis 14 SGB I und den spezifischen Regelungen zur Beratung im Teil 2. Abweichungen sind nicht ersichtlich.

Absatz 3 regelt keinen allein für die Sozialhilfe relevanten Sachverhalt.

Stimmt man der Regelung einer Pauschalen Geldleistung grundsätzlich zu, muss diese auch für alle Rehabilitationsträger im Teil 1 geregelt werden.

Pauschale Geldleistungen sind zunächst ein Instrument zur Kostenbegrenzung oder -senkung. Dem kann durch die individuelle Bedarfsfeststellung - wie in der Begründung vorgesehen - entgegengewirkt werden. Problematisch bleibt jedoch die "in typisierender Weise unter Verzicht auf individuelle Besonderheiten" einseitig durch den Träger vorzunehmende Festlegung des Umfangs der Leistung. Würde der Umfang der Leistungen durch eine gemeinsame Empfehlung nach § 26 auf Bundes- oder Landesebene unter Beteiligung der Betroffenenverbände festgelegt, ergäbe sich eine andere Beurteilung. Eine einseitige Festlegung des Leistungsumfanges allein durch den Träger führt auf dem Hintergrund des Zielkonflikts Individuelle Leistungsgestaltung (Personenzentrierung) versus Kostensenkung im Zweifel nicht zur bedarfsgerechten Leistung des Berechtigten.

Absatz 4 muss nur dann hier geregelt werden wenn es bei der Beschränkung des trägerübergreifenden Rechts auf die Kapitel 2 - 4 bleibt. Ansonsten ist das mit § 29 erfasst.

§ 103 - Beratung und Unterstützung

Die in Absatz 2 vorgesehenen Beratungs- und Unterstützungssachverhalte werden bisher weitgehend durch die Aufgaben der Gemeinsamen Servicestellen, der Auskunfts- und Beratungspflicht der Träger nach §§ 11 bis 14 SGB I und die Budgetberatung nach der BudgetV zu § 17 SGB IX (insbesondere die Ziffern 7 - 8) erfasst. Da das SGB XII dazu kein abweichendes Recht enthielt, war en diese Regelungen auch bisher schon geltendes Recht im Bereich der Sozialhilfe.

Die bisher rein organisations- und verfahrensrechtlich mit den §§ 22, 23 den Gemeinsamen Servicestellen zu geordneten Aufgaben fallen mit der Aufhebung der Gemeinsamen Servicestellen als originäre Aufgaben an die Rehabilitationsträger selbst zurück. Sie werden auch in keiner Weise durch die unabhängige Beratung nach § 32 ersetzt.

Die Zielsetzung der Regelung gilt danach nicht nur für die Sozialhilfeträger und ist deshalb kein spezifischer Regelungsbestand allein für den Teil 2, sondern ist - gerade auch wegen der Aufhebung der Gemeinsamen Servicestellen - regelungsnotwendiger Gegenstand des Teils 1.

Zu § 104 - Übertragung, Verpfändung oder Pfändung

Keine Anmerkung.

Zu § 105 - Antragserfordernis

Da § 19 SGB IV das Antragserfordernis nur für die Leistungen der Sozialversicherungsträgers regelt, ist die spezifische Regelung in Teil 2 notwendig.

Zu § 106 - Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Dieser Regelung bedarf es nicht, wenn nicht nur die Kapitel 2 bis 4, sondern der gesamte Teil 1 des SGB IX - wie bisher - als übergreifendes Recht anzusehen und von den Trägern von Teilhabeleistungen als unmittelbar geltendes Recht anzuwenden ist.

Sollen die Sozialhilfeträger als medizinische Leistungen zur Rehabilitation die Leistungen der stufenweisen Wiedereingliederung und der Förderung der Selbsthilfe (bisher §§ 28, 29) nicht erbringen dürfen, müsste man sie hier als spezifisches Recht ausnehmen.

Für die stufenweise Wiedereingliederung wäre dieser Leistungsausschluss allerdings nicht begründbar, weil die Berechtigten auf diesem Wege frühzeitig in ein Arbeitsverhältnis eingegliedert und Sozialhilfeleistungen eingespart werden können.

In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass es mit Ausnahme des § 26 SGB IX in keinem anderen Teil des Sozialgesetzbuches eine Regelung gibt, die definiert was unter medizinischer Rehabilitation zu verstehen ist, und welche Leistungsgegenstände sie umfasst (der seltene Fall des unstreitig trägerübergreifenden Rechts). Da sich auch die Krankenversicherung - mangels spezifisch abweichendem Recht - allein auf § 26 stützen kann, ist der Absatz 2 überflüssig.

Da er sich zudem noch auf die Rechtsumsetzung durch die Krankenkassen bezieht (Leistungsentsprechung) werden damit auch noch evtl. rechtswidrige Praktiken der GKV zur Leistungsgrundlage der Sozialhilfe..

Zu § 107 - Leistungserbringung

Von dem in Absatz 1 postulierten Recht auf freie Wahl der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen kann mit Blick auf die Restriktionen des § 101 nicht ernsthaft gesprochen werden.

Das nach Absatz 2 anzuwendende Vierte Kapitel des SGB V regelt im zweiten Abschnitt die vertragsärztliche Versorgung. Ärzte, Psychotherapeuten sind jedoch keine Erbringer von Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Zudem ist nach dem SGB IX allein die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, nicht aber der Gemeinsame Bundesausschuss legitimiert, Regelungen zur Ausgestaltung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu treffen.

Das gesamte angesprochene Bezugsrecht passt hier nicht.

Im Übrigen gilt der dritte Abschnitt des SGB V - und hier allein das Versorgungsvertragsrecht der §§ 111 bis 111c - nur in Verbindung mit dem trägerübergreifenden Leistungserbringungsrecht des SGB IX (§§ 28, 36 - 38-neu)

Zu § 108 - Leistungen zur Beschäftigung

In § 100 werden als Leistung der Eingliederungshilfe "Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben" genannt.

Im Kapitel 4 "Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben" werden zur Konkretisierung dieser Leistungen ausschließlich noch "Leistungen zur Beschäftigung" nach den §§ 58 und 60 bis 62 (Leistungen im Arbeitsbereich, Andere Leistungsanbieter zur Werkstatt und Budget für Arbeit) genannt.

Nach § 54 Abs. 1 Satz 1 hatten die Sozialhilfeträger bisher - wie alle übrigen Träger von Teilhabeleistungen - alle in §§ 33ff genannten Teilhabeleistungen zu erbringen, wenn kein anderer Träger zuständig ist.

Das damit eine große Zahl von behinderten Menschen, die keinen anderen zuständigen Rehabilitationsträger haben - anders als bisher - keinen Träger von Teilhabeleistungen mehr haben und völlig unversorgt bleiben, wird in der Begründung nicht einmal erwähnt.

Diese völlige Ausgrenzung von behinderten Menschen aus dem Sozialleistungssystem ist nach der Begründung zu § 97 (Seite 45) "keine Ausweitung und keine Einschränkung des leistungsberechtigten Personenkreises"!

Zu § 109 - Leistung zur Teilhabe an Bildung

Die Regelung übernimmt § 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB XII.

Bisher war die schulische Ausbildung für einen angemessenen Beruf einschließlich des Besuchs einer Hochschule Leistungsgegenstand (§ 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB XII). Absatz 2 erfasst nunmehr darüber hinaus auch die Weiterbildung, die allerdings auf einen engen Zeitrahmen von zwei Jahren nach Abschluss der Erstausbildung begrenzt wird.

Eine Weiterbildung, die erst in größerem Abstand nach der Erstausbildung erforderlich wird, ist nicht Leistungsgegenstand. Diese Beschränkung wirkt z.Tl unökonomisch, weil häufig auch eine schulische Weiterbildung allein schon zur Teilhabe am Arbeitsleben führen kann, unabhängig davon, wie lange die Erstausbildung zurückliegt. Mit Blick auf die Ausgrenzung der gesamten übrigen Teilhabeleistungen - siehe zu § 108 - soll der Sozialhilfeträger dafür offensichtlich nicht mehr zuständig sein.

Zu § 110 - Leistung zur Sozialen Teilhabe

Absatz 1 ist wortgleich mit § 76 Abs. 2 und damit eine überflüssige Doppelregelung, die allein der Absicht geschuldet ist konsequent paralleles Recht für die Sozialhilfe zu gestalten und dafür den Grundsatz aufzugeben, dass im spezifischen Recht nur unverzichtbare Abweichungen zu regeln sind.

Zu § 111 - Leistungen zur Mobilität

Diese Regelung gestaltet abweichendes Sonderrecht (ständige Nutzung des KfZ; Nichtgeltung bestimmter Regelung der KfZHV) für die behinderten Menschen, deren Träger die Sozialhilfe ist. Damit wird ausweislich der Begründung die Inanspruchnahme für die Fälle erschwert, die das KfZ nicht vorwiegend für die Teilhabe am Arbeitsplatz benötigen.

Es ist - abgesehen von den durch Prinzipien des Fürsorgerechts begründeten - Kostenvermeidungsabsichten nicht ersichtlich, wieso behinderte Menschen, die im Alltag auf das Kraftfahrzeug angewiesen sind, dieses z.B. durch die GUV problemfrei als Leistung zur sozialen

Teilhabe erhalten, nicht aber, wenn der Sozialhilfeträger zuständig ist. Diese Ungleichbehandlung ist allein durch die unterschiedliche Kostenträgerschaft begründet und diskriminiert die Leistungsempfänger der Sozialhilfeträger.

Zu § 112 - Besuchsbeihilfen

Dies ist im Teil 1 Bestandteil der Reisekostenregelung. Zu trägerspezifischen abweichenden Regelungen besteht kein Anlass.

§ 113 - Pauschale Geldleistung, Gemeinsame Inanspruchnahme

Absatz 2 greift massiv in die Selbstbestimmung behinderter Menschen ein, die es nach § 1 zu fördern gilt.

Behinderte Menschen und ihre Verbände nennen das beabsichtigte Poolen "Zwangspoolen", das ihre mühsam erkämpfte individuelle Unterstützung bzw. Assistenz und damit die selbstbestimmte Lebensführung massiv in Frage stellt.

Nach der Begründung zielt die Regelung vor allem auch auf Assistenzleistungen.

Die sich durch diese Regelung eröffnende Möglichkeit der Leistungsträger, behinderte Menschen ohne ihre ausdrückliche Zustimmung zum Poolen von Leistungen zu verpflichten, ist weder mit Art. 19 Buchst. c UN-BRK, der von individueller Assistenz zur Förderung der selbstbestimmten Lebensführung ausgeht, noch mit Art 19 Buchst. a zu vereinbaren.

Nach Art. 19 Buchst a UN-BRK haben Menschen mit Behinderung die gleichen Rechte wie andere zu entscheiden, wo und mit wem sie leben. Bei einer zwangsweisen Zusammenlegung von Teilhabeleistungen, insbesondere von Assistenzleistungen, wäre diese Entscheidungsfreiheit nicht mehr gegeben, da der behinderte Mensch gezwungen wäre, seinen Wohnsitz und Lebensmittelpunkt dort zu nehmen, wo er gemeinsam mit anderen eine geteilte Unterstützungsleistungen (wie z.B) Assistenz in Anspruch nehmen kann

Neben der grundsätzlichen Eröffnung der Möglichkeit einer Zusammenlegung von Teilhabeleistungen für mehrere Betroffene und damit einer Reduzierung des Leistungsumfangs insgesamt ist die Darlegungslast besonders scharf zu kritisieren, die es dem Betroffenen auferlegt, überzeugend darzulegen, warum eine Zusammenlegung bei Ihnen nicht möglich sei.

§ 114 - Gesamtplanung

Entgegen den einführenden Sätzen in der Begründung vor § 114 knüpft diese Regelung nicht an die Regelungen des Teils 1 an, sondern an dem bisherigen Fürsorgerecht des § 58 SGB XII an.

Die §§ 19 (Teilhabeplan) und 114 (Gesamtplan) haben die gleiche Aufgabe und verfolgen das gleiche Ziel. Ein Grund für eine trägerspezifische Abweichung in der Sozialhilfe besteht nicht.

Die in den Ziffern 1 bis 6 genannten Kriterien gelten ebenso für die Teilhabeplanung nach § 19.

Umgekehrt gelten durch die abweichenden Regelungen für den Bereich der Sozialhilfe aber nicht die in § 19 Abs. 2 bis 5 beschriebenen Anforderungen, die jedoch auch für den Träger der Sozialhilfe maßgebend sein müssen, zumal mit Blick auf die mit den §§ 14, 15 erzeugte Gesamtsteuerungsverantwortung und den sich daraus abgeleiteten Erstattungsansprüchen gegen die Sozialversicherungsträger.

Es gibt auch keine über den Teil 1 hinausgehende besondere Beteiligungspflicht und damit Stärkung der Stellung der Berechtigten.

§ 115 - Bedarfsermittlung

Nach § 8 Abs. 1 Satz 1 ist den Wünschen der Berechtigten zu entsprechen. Nach dieser Regelung sind sie lediglich zu berücksichtigen. Die Regelung beinhaltet mithin eine Einschränkung des Wunschrechts nach § 8.

Nach der Begründung wird - wie im gesamten Entwurf auch an anderer Stelle - zwischen dem Verfahren der Bedarfsfeststellung und dem Feststellungsinstrument unterschieden. Dabei wird die ICF zutreffend dem "Instrument" zugeordnet. Es wird jedoch nicht hinreichend gewürdigt, dass die ICF selbst ein Instrument ist, das nicht nur eine weltweit einheitliche Sprachregelung zu Rehabilitation und Teilhabe begründet, sondern zugleich auch Art und Umfang der Beeinträchtigungen der Teilhabe kategorisiert und damit für die Bedarfsfeststellung operationalisiert. Die in diesem Entwurf mehrfach herangezogenen Lebensbereiche (z.B. § 97 Abs. 2, Artikel 14) bilden in der ICF nur ein Element, auf das sich die Kategorisierung der ICF bezieht.

Im Kontext der Begründung wird deutlich, dass der Entwurf meint, man erreiche mit den Lebensbereichen eine Orientierung an der ICF und könne im Übrigen, unabhängig von der eigentlichen Systematik und Methodik der ICF zur Kategorisierung der Teilhabebeeinträchtigung, ein wie auch immer geartetes Erhebungsmanual (am liebsten das bisherige Hilfeplanverfahren) gestalten und das 16fach unterschiedlich in den Ländern. Solche Instrumente haben allerdings nur noch wenig mit der ICF zu tun. Die Absätze 1 und 2 der Begründung sind deshalb in sich widersprüchlich.

Der Gesetzgeber hat 2001 mit dem SGB IX eine unmittelbare Orientierung - nicht nur der Bedarfsfeststellung, sondern des ganzen SGB IX - an der ICF, insbesondere auch der Kategorisierung der Teilhabebeeinträchtigungen vorgegeben. Ziel war, es genau die in der Begründung angesprochene Diversifizierung der Feststellungsinstrumente im Teilhaberecht für die Zukunft auszuschließen und den weltweiten Standard bundeseinheitlich zum Maßstab zu machen. Die Begründung, man könne kein konkretes Bedarfsermittlungsinstrument vorgeben, geht an der Wirklichkeit vorbei. Dies hat der Gesetzgeber mit dem SGB IX bereits weitgehend vollzogen. Die Begründung zeigt aber, dass sich die daraus ergebenden Folgen für den Vollzug auch nach 15 Jahre noch nicht überall bewusst geworden sind.

Die jetzige Regelung bedeutet jedenfalls einen Rückfall in die korporatistische Zergliederung der Zeit vor 2001, die Fortschreibung dieses Zustandes in die Zukunft und zugleich die Rücknahme eines tragenden Elementes des SGB IX.

Zu § 116 - Gesamtplankonferenz zur Feststellung der Leistungen

Die Teilhabekonferenz (§ 20) und die Gesamtplankonferenz dieser Regelung beinhalten die gleiche Aufgabenstellung, sodass es unterschiedlicher Regelungen in Teil 1 und 2 nicht bedarf. Allerdings ist die Rechtstellung der Berechtigten in dieser Regelung insoweit schlechter, als hier die datenschutzrechtliche Einwilligung des Berechtigten nach § 23 Abs. 2 nicht Bedingung ist.

Da wesentliche Teile der Teilhabekonferenz-Aufgaben der Rehabilitationsträger bisher durch Gesetz (§§ 22, 23 SGB IX) auf deren Gemeinsame Servicestellen delegiert waren, sieht bisher § 22 Abs. 1 Satz 3 SGB IX die hier in Absatz 2 vorgesehene Beteiligung der Pflegekassen vor. Oben wurde zu § 19 vorgeschlagen, die auch für den Teil 1 erforderliche Regelung dort wieder in § 19 aufzunehmen. Für den Teil 2 bedarf es jedenfalls keiner spezifischen Regelung.

Die in Absatz 3 vorgesehene Vernetzung mit der Hilfe zum Lebensunterhalt wurde oben zu § 64 Abs. 1 -neu vorgeschlagen. An dieser Stelle bedarf es keiner spezifischen Regelung.

Absatz ist im Zusammenhang mit §§ 14, 15 zu sehen.

Die Anforderungen, die hier für den Sozialhilfeträger als leistenden Rehabilitationsträger (§ 14) für die Fälle geregelt werden, in denen nach § 15 weitere Rehabilitationsträger zu beteiligen sind, gelten in gleicher Weise für die Rehabilitationsträger, die nicht Träger der Sozialhilfe sind, und müssten systematisch zutreffend im Teil 1 im Verbund mit § 15 geregelt werden.

Für unterschiedliche Rechte der Rehabilitationsträger gibt es keine spezifische Begründung, zumal die Regelung (ebenso wie die Absätze 6 -7 und § 118) dem für alle Rehabilitationsträger geltenden Verfahren der BudgetV nachgebildet ist.

Die Beteiligung der Sozialversicherungsträger (insbesondere GKV, GRV) an diesem Verfahren wird bundesweit - insbesondere bei den überregionalen Trägern - mit massivem Personalaufbau und erheblichem Personalkostenaufwand (mindesten 250 Tsd. EUR) verbunden sein.

Anders als bei dem Verfahren nach BudgetV sind die Sozialversicherungsträger zur Gewährleistung der nach ihren spezifischen Gesetzen rechtmäßigen und wirtschaftlichen Leistungsausführung - allein schon auf der Grundlage ihrer Pflichten nach § 69 SGB IV - gezwungen, sich an den örtlichen Gesamtplankonferenzen zu beteiligen. Dies gilt erst recht mit Blick auf die mit diesem Entwurf verbundene Auseinanderentwicklung des Teilhaberechts und die Aufhebung der Gemeinsamen Servicestellen, durch die die regionale Handlungsplattform entfällt.

Die Begründung zu Absatz 9 bestätigt zunächst die überflüssige, kostenträchtige Parallelität der Teilhabepflichtkonferenz des Teils 1 mit der Gesamtplankonferenz des Teils 2.

Die Begründung bestätigt auch, dass der Sozialhilfeträger immer in die Rolle des "leistenden Rehabilitationsträgers" nach § 14 eintritt, wenn "irgendwelche" Leistungen des Sozialhilfeträgers erforderlich sind (die Begründung kennt nur die alleinige Zuständigkeit des Sozialhilfeträgers nach § 14 Abs. 3 und den Fall, dass der Sozialhilfeträger leistender Träger nach § 14 ist, der andere Träger nach § 15 Abs. 2 beteiligt). Der häufige Fall, dass ein Sozialversicherungsträger leistender Träger nach § 14 ist und den Sozialhilfeträger nach § 15 Abs. 3 beteiligt, wurde - offensichtlich aus der Perspektive der Sozialhilfe - nicht bedacht.

Das verdeutlicht die Problematik und Unschlüssigkeit paralleler Regelungen in Teil 1 und Teil 2.

Die Regelungen im Teil 1 sind -mangels eines nicht ersichtlichen spezifischen Abweichungserfordernisses - so zu gestalten, dass für Parallelregelungen im Teil 2 keine Notwendigkeit besteht.

Absatz 10 enthält hinsichtlich der vorläufigen Leistungserbringung eine Konkretisierung des § 43 SGB I unabhängig davon, ob ein Leistungsanspruch zwischen mehreren Leistungsträgern streitig ist. Eine solche Regelung ist für alle Träger von Teilhabeleistungen sinnvoll und deshalb im Teil 1 zu verorten. Allerdings sollte für diese Regelung § 43 Abs. 1 Satz 2 SGB I übernommen werden, wonach vorläufige Leistungen zu erbringen sind, wenn der Berechtigte dies beantragt.

Zu § 117 - Gesamtplan

Es gibt keine Begründung für die unterschiedliche Aufgaben- und Zielbeschreibung des Teilhabepflichtes nach § 19 und des Gesamtplanes nach dieser Regelung. Diese Bestimmung beschränkt sich auf die Ziele aus der Sicht des Leistungsträgers (Steuerung, Wirkungskontrolle usw.), weil sie dem bisherigen Fürsorgerecht folgt. Demgegenüber orientiert § 19 überwiegend auf die

auch nach den Interessen der Betroffenen bedeutsamen Ziele (Bedarfsgerechtigkeit, funktionsbezogene Bedarfsfeststellung, Nahtlosigkeit). Die Gesamtplanregelung muss auch die Interessen der Betroffenen einbinden. Die Ziele des Trägers sind systematisch Aspekte des Vertrags- und Vergütungsrechts und im Kapitel 8 zu verorten. Mithin gibt es keine Begründung für trägerspezifische Abweichungen.

Zu § 118 - Zielvereinbarung

Die Regelung folgt § 4 BudgetV. Da eine entsprechende Regelung für alle Träger von Teilhabeleistungen sinnvoll und kein Grund für unterschiedliches Recht besteht, gehört sie in den Teil 1.

Vor Kapitel 8 - Vertragsrecht

Nach Auffassung des Verfassers gibt es keine überzeugenden Gründe dafür, warum ausschließlich für die Sozialhilfeträger ein von dem für alle übrigen Träger von Teilhabeleistungen geltenden einheitlichen Leistungserbringungsrecht des Teils 1 abweichendes spezifisches Vertrags- und Vergütungsrecht im Teil 2 erforderlich ist. Bereits an anderer Stelle wurde ausgeführt, dass gerade ökonomische Gründe für die Übernahme des Leistungserbringungsrechts des Teils 1 auf die Träger der Sozialhilfe sprechen.

Auf diesem Hintergrund gehen diese Anmerkungen auf das Kapitel 8 nur insoweit ein, als sich Überschneidungen zum Teil 1 ergeben.

Zu § 119 - Allgemeine Grundsätze

Absatz 4 enthält Anforderungen an die Qualität der Leistungsausführung, die nach § 38 Abs. 1 Nr. 1 -neu Gegenstand des Versorgungsvertrages sind.

Absatz 5 entspricht § 36 Abs. 2 -neu, wobei dieser nicht auf die Höhe der Vergütung, sondern auf "die am besten geeignete Form", d.h., auf Qualität und Wirksamkeit der Leistung, abstellt.

Zu § 120 - Inhalt der Vereinbarung

Absatz 1 und 2 überschneidet sich mit § 38 Abs. 1 SGB IX.

Zu §§ 121 - 125

Teil 1 enthält solche Regelungen nicht. Der Teil 1 basiert auf Vertragsgestaltung zwischen den Vertragspartnern.

Zu § 126 - Rahmenverträge zur Erbringung von Leistungen

Die Regelung überschneidet sich mit § 38-neu. Bei gleichen Leistungsarten, gleicher Wirksamkeit Qualität und Zielorientierung der Leistungen sind unterschiedliche Maßstäbe für die in 120 Abs. 2 und hier, Absatz 1 Nr. 5 und 6 genannten Leistungsmerkmale nicht zu rechtfertigen. Hierfür ist trägerübergreifendes Recht erforderlich (Landesarbeitsgemeinschaften nach § 25 Abs. 2 -neu, regionale gemeinsame Empfehlungen nach § 39).

Absatz 2 ist eine Parallelregelung zu § 38 Abs. 3 Satz 2 SGB IX.

Zu § 127 - Schiedsstelle

Mit dieser Regelung gibt es dann eine Schiedsstelle für die medizinische Rehabilitation im SGB V, sowie hier die für die Teilhabeleistungen des Sozialhilfeträgers.

Eine Schiedsstelle ist jedoch für alle Leistungserbringungsverfahren aller Teilhabeträger erforderlich, sollte für Teilhabeleistungen auf den trägerübergreifenden Maßstäben des Teil 1 basieren und hinter

§ 38 -neu eingefügt werden.

Zu den §§128 - 130, 132 - 134 - Einkommens und Vermögensanrechnung

Die Regelungen folgen weitgehend dem bisher geltenden Recht des SGB XII.

Die entscheidende Änderung ist die Neudefinition des Einkommensbegriffs in § 128 durch den Bezug auf das Einkommensteuerrecht und die neue Anrechnungstabelle in § 130..

Berechnungen zeigen, dass die Umstellung auf das Steuerrecht für bestimmte Gruppen behinderter Menschen mit deutlichen Verschlechterungen einhergeht.

Einerseits wird die finanzielle Belastung bestimmter Zielgruppen nicht unerheblich gemindert.

Andererseits kann ein behinderter Arbeitnehmer mit 60.000 EUR Jahreseinkommen bei Bezug bestimmter Leistungen nach der Neuregelung einen Eigenbeitrag von 15.000 EUR jährlich aufbringen. Das könnte als Diskriminierung im Sinne von Art. 5 Abs. 2 UN-BRK angesehen werden. Eine andere Gruppe mit einem Monatseinkommen von über 2.465 EUR wird mit Kostenbeteiligung belastet, die aber 48 % des Jahreseinkommens nicht übersteigt.

Abgesehen davon, dass mit diesen Änderungen einschl. des weiteren Heranziehens Unterhaltspflichtiger (geradezu klassischer Ausdruck des Fürsorgeprinzips) entgegen dem Koalitionsvertrag keine signifikante Herauslösung aus dem Fürsorgesystem einhergeht, führt die beabsichtigte Neuregelung - je nach den Lebens- und Rahmenbedingungen des Einzelfass - zu sehr inhomogenen Ergebnissen.

Die Regelung sollte an Hand wirklichkeitsnaher, zielgruppenorientierter Modellrechnungen im weiteren Gesetzgebungsverfahren überprüft werden.

Zu § 131 - Besondere Höhe des Beitrages zu Aufwendungen

Absatz 1 übernimmt die den Katalog der von der Anrechnung ausgenommenen Leistungen aus § 92 Abs. 2 SGB XII.

Nicht mehr enthalten ist die Freistellung bei der Hilfe zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf (§ 92 Abs. 2 Nr. 4 SGB XII) und bei Leistungen in Werkstätten (§ 92 Abs. 2 Nr. 7 SGB XII).

Die bisherige Regelung, wonach bei den im Katalog genannten Leistungen nur die Kosten für den Lebensunterhalt als Eigenaufwand zumutbar waren, ist nicht mehr enthalten.

Die bisher in § 94 Abs. 2 Satz 2 SGB XII enthaltene Vermögensfreistellung ist nunmehr in § 133 Abs. 3 geregelt.

Die Heranziehung Unterhaltspflichtiger einschl. der Lebenspartner (in allen Lebensformen) ist mit einem (sich dynamisierenden) Betrag von 31,07 EUR weiterhin in Absatz 4 enthalten.