

Eckpunkte für ein Bundesteilhabegesetz

Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf

Die Koalitionsparteien CDU, CSU und SPD haben im Koalitionsvertrag für die 18. Legislaturperiode (S. 111) vereinbart, die behinderten "Menschen aus dem 'Fürsorgesystem'" herauszuführen und die Eingliederungshilfe zu einem modernen Teilhaberecht weiterzuentwickeln.

Das Herauslösen aus dem "Fürsorgesystem" ist mit einem Herangehen aus der Perspektive nur eines Trägers von Teilhabeleistungen nicht zu erreichen. Ebenso wenig ist ein "modernes Teilhaberecht" ohne Berücksichtigung der UN-Behindertenrechtskonvention und die Aufarbeitung der Vollzugsdefizite des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) denkbar.

Der Verfasser legt diese Eckpunkte ergänzend zu seinem Vorschlag für den Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Inklusion und Teilhabe und zur Änderung des SGB IX und anderer Gesetze - Bundesteilhabegesetz - vor. Mit diesem Vorschlag werden

- die beim In-Kraft-Treten des SGB IX am 01.07.2001 noch im SGB XII verbliebenen Bestimmungen der Eingliederungshilfe nunmehr auch aus dem SGB XII herausgelöst und als Leistungen zur Sozialen Teilhabe als Kapitel 7 und 8 in das SGB IX übernommen. Damit werden zugleich die behinderten Menschen aus dem Fürsorgesystem herausgelöst und die mit dem SGB IX angestrebte Zusammenfassung des Teilhabe- und Behindertenrechts in einem Teil des Sozialgesetzbuches vollendet,
- alle behinderte Menschen berührende Bestimmungen des Sozialgesetzbuches im Lichte der UN-Behindertenrechtskonvention überprüft und die sozialrechtliche Umsetzung der Konvention vollzogen,
- das Neunte, aber auch alle übrigen Bücher des Sozialgesetzbuches hinsichtlich der bekannten Vollzugsdefizite überprüft, Schwachstellen bereinigt und insgesamt zu einem "modernem Teilhaberecht" weiter entwickelt.

Nachfolgend werden die in dem Vorschlag eines Bundesteilhabegesetzes enthaltenen Regelungen nach Wirkungsbereichen gegliedert und in Form von Eckpunkten zusammengefasst. Die Regelungen sind im Einzelnen im Entwurf und der Begründung zu den jeweils genannten Bestimmungen nachvollziehbar.

Regelungen zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK)

- Angleichung des Behinderungsbegriffs an Art. 1, 3 BRK (§ 10 SGB I, § 19 SGB III, § 2 Abs. 1 SGB IX),
- Übernahme des Inklusionsgrundsatzes in die Ziele der Teilhabeleistungen und Orientierung der Teilhabeleistungen auf diese Ziele (§§ 4 Abs. 2 Satz 2, 5 Abs. 1 Satz 2 - 4 SGB IX),
- Aktive Einbeziehung der Organisationen behinderter Menschen in die Gestaltung von Gegenstand, Umfang und Qualität der Teilhabeleistungen nach Art. 4 Abs. 3 BRK (§§ 13, 13a, 19, 20 SGB IX),
- Geeignete Formen der Hilfe und Unterstützung für Menschen mit Behinderungen nach Art. 9 Abs. 1 Satz 2 Buchst. f BRK durch einen Anspruch auf trägerunab-

hängige Beratung und Unterstützung in der Lebenssituation (§§ 14 Abs. 2 SGB I, 44 Abs. 2 SGB IX),

- Übernahme des Grundsatzes des Art. 7 Abs. 1 BRK in das Kinder- und Jugendhilferecht (§ 1 Abs. 1a SGB VII),
- Recht auf Persönliche Assistenz nach Art. 19 Buchst. b BRK (u. a. § 17 b SGB IX),
- Sozialräumliche Organisation der Rehabilitationsdienste und Programme nach Art. 19 Buchst. b, Art. 26 Abs. 1 Satz 2 Buchst. b BRK (§§ 12 Abs. 2, 12a, 19 SGB IX),
- Übernahme von Grundsätzen des Art. 25 BRK in das Recht der Krankenversicherung (§§ 2, 2a SGB V),
- Verpflichtung der Rehabilitationsträger zur Sicherstellung wirksamer, teilhabeorientierter Leistungen zur Prävention nach Art. 25 Buchst. b BRK (§§ 3, 30 SGB IX) einschl. Maßnahmen zur Bewusstseinsbildung (Art. 8 BRK),
- Organisation, Stärkung und Erweiterung umfassender Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme nach Art. 26 Abs. 1 Satz 2 BRK (§§ 12, 13 SGB IX),
- Einbeziehung der individuellen Bedürfnisse und Stärken nach Art. 26 Buchst. b BRK in das Bedarfsfeststellungsverfahren (§ 10 Abs. 1 SGB IX),
- Orientierung der Bestimmungen des SGB III über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben an Art. 27 BRK (§ 112 SGB III, aber auch §§ 21, 116 SGB III).

Stärkung der Rechte behinderter Menschen

- Recht auf Förderung der Kommunikation einschl. Finanzierung (§ 17 Abs. 2 SGB I),
- Anspruch auf trägerunabhängige Beratung und Unterstützung in der Lebenssituation (§§ 14 Abs. 2 SGB I, 44 Abs. 2 SGB IX, Entscheidung § 22 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB IX),
- Stärkung des Wunschrechts (§ 9 SGB IX); Erstreckung des Wunschrechts des § 9 SGB IX auf das SGB XI (§ 2 Abs. 2 Satz 2 SGB XI),
- Ausbau des Rechts auf selbstbestimmte Leistungsausführung (Persönliches Budget, Persönliche Assistenz (§§ 17, 17 a - c SGB IX),
- Stärkung der Rechte im Bedarfsfeststellungsverfahren (§ 10 SGB IX),
- Stärkung der Rechte der Organisationen behinderter Menschen bei der Gestaltung und Organisation der Leistungen (u. a. §§ 12a, 13a SGB IX),
- Aufhebung diskriminierender Regelungen des SGB XII durch die vollständige Anwendung der Bestimmungen des SGB IX auf die Leistungen zur Teilhabe der Träger der Sozialhilfe.

Verbesserung der Leistungen zur Förderung der Teilhabe behinderter Menschen

- Anspruch auf trägerunabhängige Beratung und Unterstützung in der Lebenssituation (§§ 14 Abs. 2 SGB I, 44 Abs. 2 SGB IX, Entscheidung § 22 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB IX),
- Konkretisierung des Wunschrechts hinsichtlich der Wirksamkeit (Wirtschaftlichkeit) der Leistungen und evtl. Mehrkosten mit Blick auf die Rechtsprechung des BSG (§ 9 SGB IX),
- Die bisherigen Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§§ 55 ff. SGB IX) und die bisher noch im SGB XII verbliebenen Eingliederungshilfeleistun-

gen (im Wesentlichen § 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 - 5 SGB XII) werden in Kapitel 7 des SGB IX zu einem Anspruch auf Leistungen zur Sozialen Teilhabe zusammengefasst, neu geordnet und im Lichte der BRK konkretisiert (§ 29 SGB I, §§ 55 - 58 SGB IX),

- In einem neuen Kapitel 8 des SGB IX wird der Anspruch auf Leistungen zur inklusiven Erziehung und Bildung (§ 29 SGB I, § 59 SGB IX) benannt, der bundeseinheitlich gewährleistet sein soll.
Die Leistungen zur Sozialen Teilhabe sollen in einer Rechtsverordnung des zuständigen Ministeriums mit Zustimmung des Bundesrates konkretisiert werden. Dies ist einerseits dem Mehrkostenvorbehalt des Koalitionsvertrages geschuldet, aber andererseits auch deswegen sinnvoll, um die konkrete Leistungsgestaltung künftig zeitnah an den sich wandelnden Bedarf anpassen zu können. Zur weiteren Diskussion wurde zunächst der Vorschlag des Forums behinderter Juristen in den Entwurf einer Rechtsverordnung (Artikel 9) übernommen,
- Gegenstand, Umfang, Qualität und Ausführung aller übrigen Leistungen zur Teilhabe (§ 5 SGB IX) sollen in Leitlinien (gemeinsamen Empfehlungen) des neu errichteten gemeinsamen Bundesausschusses Teilhabeleistungen ausgestaltet werden,
- Ausbau der Rechte auf selbstbestimmte Leistungsausführung (Persönliches Budget, Persönliche Assistenz (§§ 17, 17 a - c SGB IX),
- Beseitigung der Hemmnisse bei der Einbeziehung von Leistungen des SGB XI in das Persönliche Budget, insbesondere der Gutscheinelösung (§ 35a SGB XI)
- Erstreckung des Rechts der Einzelverträge mit Pflegepersonen nach § 77 SGB XI auf die Persönliche Assistenz bzw. das Persönliche Budget,
- Einführung der Möglichkeit, auch außerhalb eines Persönlichen Budgets Sozialleistungen zu Komplexleistungen zu vernetzen und aus einer Hand auszuführen (§ 17 Abs. 1 Satz 3 SGB IX),
- Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für voll erwerbsunfähige behinderte Menschen einschl. Sozialversicherung (§§ 7, 8 Abs. 1, § 21 Abs. 4 Satz 2 SGB II, Art. 27 BRK),
- Gleichstellung der behinderten Menschen, die unter nicht üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes arbeiten (§ 26 Nr. 3a SGB III, Art. 27 BRK),
- Verbesserung der Zuschüsse an Arbeitgeber (§ 21 Abs. 4 Satz 2),
- Einbeziehung der schulischen sowie der Fachhochschul- und Hochschulbildung in die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 116 Abs. 2a SGB III, § 33 Abs. 3a SGB IX, Art. 24, 26 BRK),
- Orientierung der Hilfsmittel zur Förderung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft an den Bestimmungen des SGB IX (§ 33 Abs. 2a SGB V),
- Orientierung des Anspruchs auf medizinische Rehabilitation auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (§ 11 Abs. 2 SGB V),
- Klarstellung, dass die in § 26 Abs. 2 und 3 SGB IX genannten medizinischen Leistungen zur Rehabilitation in ambulanter oder stationärer Form und als Einzelleistungen ausgeführt werden können (§ 26 Abs. 4 SGB IX),
- Klarstellung, dass Sozialpädiatrische Zentren mit einem Versorgungsvertrag nach § 21 SGB IX auch nicht stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausführen können (§ 112 SGB V),
- Errichtung von medizinischen Zentren für behinderte Erwachsene (§ 119a SGB V) entsprechend der Vereinbarung im Koalitionsvertrag,
- Neufassung der Bestimmungen über die Leistungen zur Frühförderung: Ordnung der Leistungserbringer, Konkretisierung des Leistungsrahmens, Leitlinie zu

Gegenstand, Umfang, Qualität und Ausführung der Leistungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, Bedarfsfeststellung nach § 10 SGB IX, verpflichtende Erbringung vorläufiger Leistungen bei Fristüberschreitung (§ 30 Abs. 1 - 7 SGB IX); Kostenteilungsregelung der Träger (§ 17 Abs. 4 Satz 2 - 4 SGB IX),

- Zu den Rechten der schwerbehinderten Menschen werden die Vorschläge des Forums behinderter Juristen zur Einteilung in Beeinträchtigungsgrade übernommen (§ 2 Abs. 2 SGB IX), darüber hinaus
- in die Versorgungsmedizin-Verordnung die Verpflichtung aufgenommen, den Grad der Beeinträchtigung künftig nicht mehr medizin-, sondern teilhabeorientiert unter Zu-Grunde-Legung der ICF festzustellen,
- Die Integrationsämter sollen künftig - unter Nutzung der Komplexleistungsregelung des § 17 Abs. 1 Satz 3 SGB IX oder des Budgets für Arbeit (§ 17c SGB IX) - auch Leistungen gemeinsam mit anderen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbringen können (§ 102 Abs. 4a SGB IX),
- Auch im Bereich des SGB XI sollen Leistungen der Sozialen Teilhabe nach dem SGB IX mit Leistungen des SGB XI zu Komplexleistungen vernetzt werden können (§ 13 Abs. 4 SGB XI).

Vollendung der Zusammenfassung des Teilhaberechts in einem Teil des Sozialgesetzbuches

- Davon sind folgende Vorschriften berührt:
§§ 19 - 28 SGB I sowie die für die Träger jeweils geltenden Gesetze,
§§ 6a, 7 SGB IX,
§ 16a Abs. 1a SGB II,
§§ 112 ff. SGB III,
§§ 2 Abs. 2, 40 SGB V,
§ 9 Abs. 1 SGB VI,
§ 35a Abs. 1 SGB VII,
§ 2 Abs. 2 Nr. 5 SGB VIII,
§ 1 Abs. 4a SGB XI,
§ 8 Nr. 4 SGB XII).
- Die Bundesagentur für Arbeit wird wieder alleiniger und umfassender Rehabilitationsträger für Leistungsbezieher nach dem SGB II (§ 16a Abs. 1a SGB II); gleichzeitig werden Leistungseinschränkungen für Leistungsbezieher des SGB II aufgehoben;
- Die Rentenversicherungsträger bleiben auch in Zukunft Träger von medizinischen Leistungen zur Rehabilitation für Kinder und Jugendliche (Streichung des § 287b Abs. 2 Satz 3 SGB VI),
- Im Recht der Unfallversicherung und im Bundesversorgungsgesetz werden die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit den übrigen Leistungen zur Teilhabe in einem Abschnitt "Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zusammengefasst (§§ 34, 35 SGB VII, § 12 Abs. 2 BVG),
- Die Pflegekassen werden vorrangiger Rehabilitationsträger für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation an pflegebedürftige Menschen (§ 6 Abs. 1 Nr. 8 SGB IX, zugleich Umsetzung der Koalitionsvereinbarung),
- Die Bestimmungen des SGB IX, insbesondere die Grundsätze, das Verfahrens- und das Leistungserbringungsrecht sollen auch für die Integrationsämter gelten,

- Vollständige Einbeziehung der bisherigen Leistungen der Eingliederungshilfe in Kapitel 7 und 8 SGB IX; Anwendung der Bestimmungen des SGB IX auf die Leistungen zur Teilhabe der Träger der Sozialhilfe.

Trägerübergreifende Bedarfsfeststellung

Nach dem Koalitionsvertrag sollen sich die Leistungen am persönlichen Bedarf orientieren und entsprechend eines bundeseinheitlichen Verfahrens personenbezogen ermittelt werden. Diese gesetzliche Verpflichtung besteht bereits seit In-Kraft-Treten des SGB IX den §§ 10, 12 Abs. 1 Nr. 4, 14 Abs. 5. Der Gesetzgeber hat es allerdings nach dem Grundsatz "Vorrang für die Selbstverwaltung" der Selbstverwaltung der Sozialversicherungsträger gemeinsam mit der Kommunalen Selbstverwaltung überlassen, auf der Plattform der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation dieses bundeseinheitliche Verfahren zu gestalten. Dies ist bis heute nicht einmal in Ansätzen gelungen.

Die langjährige Praxis hat gezeigt, dass ohne gesetzlich geregelte, institutionelle regionale Verzahnung bestimmter, gemeinsamer Verwaltungsverfahren ein trägerübergreifendes Vorgehen bundesweit nicht gesichert werden kann.

- Die Organisation und Durchführung des trägerübergreifenden, individuellen Bedarfsfeststellungsverfahrens wird den regionalen Arbeitsgemeinschaften nach § 12, 12a SGB IX und den gemeinsamen Servicestellen im Rahmen ihrer entscheidungsreifen Vorbereitung der Leistungsverfahren (§ 22 SGB IX) übertragen,
- Bundeseinheitliche Grundlage der künftigen Bedarfsfeststellung ist die Internationale Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO. (§ 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX). Die Rehabilitationsträger werden verpflichtet, innerhalb eines Jahres nach In-Kraft-Treten die Voraussetzungen für dieses Verfahren zu schaffen,
- Sachverständige Gutachter müssen künftig über die Kompetenz zur Bewertung nach der ICF verfügen (§ 10 Abs. 2 SGB IX),
- Die festgestellten Beeinträchtigungen der Teilhabe, die Teilhabeziele und die Bewertung des Bedarfs an Leistungen sind mit dem Berechtigten abzustimmen und in einer Zielvereinbarung zu dokumentieren. Besteht nach Abstimmung zwischen Gutachter und Berechtigtem Einvernehmen über Art und Umfang der Beeinträchtigung der Teilhabe, die sich daraus ergebenden Teilhabeziele und den zur Erreichung dieser Ziele erforderlichen Leistungsbedarf, gilt das abgestimmte Gutachten als Zielvereinbarung. Besteht darüber kein Einvernehmen, führt die gemeinsame Servicestelle ein Konsensverfahren ("Fallkonferenz") durch, an dem weitere Sachverständige beteiligt werden können (§ 10 Abs. 4 SGB IX). Das Ergebnis des Konsensverfahrens wird als Zielvereinbarung dokumentiert.
- Mit diesem Verfahren ist künftig nicht nur die trägerübergreifende Bedarfsfeststellung gesichert; durch die Konsentierung im Vorfeld des Erlasses von Verwaltungsakten werden auch weitgehend spätere Streitverfahren vermieden, die ihre Ursachen in Problemen der Bedarfsfeststellung haben. Damit werden zugleich Verwaltungskosten erspart und die Sozialgerichte entlastet.

Stellt der MDK bei der Pflegeeinstufungsbegutachtung nach § 18 SGB XI eine Beeinträchtigung fest, hat er künftig die Feststellungen nach § 10 SGB IX zu treffen; die Pflegekasse hat unverzüglich das erforderliche Teilhabeleistungsverfahren beim

zuständigen Rehabilitationsträger einzuleiten (§ 31 SGB XI) Diese Regelung erfasst ausdrücklich nicht nur die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sondern auch die zur Sozialen Teilhabe.

Von diesen Vorschlägen werden folgende Bestimmungen erfasst:

§ 2c SGB II, § 112 Abs. 3 SGB III, § 2 Abs. 2 SGB V, § 40 Abs. 1 SGB V, § 275 Abs. 2a SGB V, § 9 Abs. 1 SGB VI, § 35 Abs. 1 SGB VII, § 35a Abs. 2 SGB VIII, § 10 SGB IX, §§ 18 Abs. 1 Satz 4, 31 Abs. 1 SGB XI.

Teilhabemanagement/Schnittstellenüberwindung

Die trägerübergreifende Bedarfsfeststellung ist Gegenstand des im SGB IX verankerten umfassenden Teilhabemanagements und davon nicht zu trennen. Die nachfolgenden Vorschläge dienen der Beseitigung der auch dazu vorhandenen Vollzugsprobleme:

- Das Teilhabemanagement des SGB IX wird hinsichtlich der Pflichten der Rehabilitationsträger zur Organisation der nahtlosen Leistungsausführung (§ 5 Abs. 1 Satz 2, § 11 SGB IX), einschl. ggf. verpflichtender vorläufiger Leistungen nach § 43 SGB I sowie der Gewährleistung frühzeitiger, nahtloser und zügiger Leistungserbringung konkretisiert (§§ 5 Satz 2, 11 SGB IX),
- Ebenso die Pflicht der Sozialleistungsträger zur Einleitung von Teilhabeleistungen aus laufenden anderen Leistungsverfahren (§ 8 SGB IX),
- Da es bisher bundesweit überwiegend nicht zu wirklich "gemeinsamen", sondern eher zu trägerspezifischen Servicestellen mit einer Art Briefträgerfunktion gekommen ist, sollen die gemeinsamen Servicestellen - wie bereits im Gesetzgebungsverfahren zum SGB IX diskutiert - künftig in der Trägerschaft der regionalen Arbeitsgemeinschaften wirklich "gemeinsame" Servicestellen mit trägerübergreifender Aufgabenstellung im Verwaltungsverfahren sein,
- Die Rolle der gemeinsamen Servicestellen als zentrale Teilhabemanagement-Stelle für die Betroffenen und ihre Begleiter, Ärzte und Angehörige von Gesundheits- und Sozialberufen (§ 61 SGB IX) und Arbeitgeber (§ 84 SGB IX) wird konkretisiert und gestärkt. Sie erhalten einen individuellen, dauerhaften Case-Management-Auftrag (letztlich bis zur individuellen Inklusion; § 22 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 SGB IX),
- Die gemeinsamen Servicestellen haben im Rahmen der entscheidungsreifen Vorbereitung die sachverständige Bedarfsfeststellung zu beauftragen und evtl. erforderliche Konsensverfahren zur Abstimmung des Teilhabe-Leistungsbedarfs mit dem Berechtigten durchzuführen,
- Sie entscheiden über den Bedarf an Beratung und Unterstützung in der Lebenssituation des Berechtigten nach § 44 Abs. 2 SGB IX.

Soweit Hemmnisse des Teilhabemanagements bisher mit datenschutzrechtlichen Problemen begründet wurden, werden diese durch die Klarstellung in § 10 Abs. 7 SGB IX ausgeräumt.

Letztlich wird zur Überwindung von Schnittstellen im SGB V klargestellt, dass das Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V die Organisation der Anschlussversorgung mit Teilhabeleistungen nach den Bestimmungen des SGB IX vornimmt. Das Gleiche gilt für das Pflegemanagement des SGB XI (§§ 5 Abs. 1, 7a SGB XI). Der Arzt des Krankenhauses und damit der Krankenhaussozialdienst werden

ausdrücklich ermächtigt, Verfahren der Teilhabeleistungen (medizinische Rehabilitation und Soziale Teilhabe) auf der Basis der gemeinsamen Empfehlung Sozialdienste nach § 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX unmittelbar beim zuständigen Rehabilitationsträger einzuleiten.

Die Verordnung von Leistungen zur Teilhabe im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung soll künftig ebenfalls nach Bestimmungen des SGB IX erfolgen (§ 73 Abs. 2a, 92 Abs. 1 Satz 3 SGB V). Das bürokratische, zweistufige Verfahren der Rehabilitations-Richtlinie des SGB V soll durch ein trägerübergreifendes einheitliches Verfahren, das an die §§ 61, 22 SGB IX anknüpft, abgelöst werden.

Trägerübergreifendes, einheitliches Leistungserbringungsrecht für alle Teilhabeleistungen

Das Leistungserbringungsrecht des SGB IX ist darauf ausgerichtet, individuelle (personenzentrierte) Teilhabeziele behinderter Menschen zu erreichen (§ 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX). Deshalb müssen die Leistungserbringer für die Vereinbarung eines Versorgungsvertrages Struktur- und Prozessqualitäten nachweisen, die die Gewähr dafür bieten, dass individuelle Teilhabeziele wirksam erreicht werden können. Nur in diesem Sinne wirksame Leistungen gelten als wirtschaftlich im Sinne des SGB IX. Die Rehabilitationsträger dürfen nur solche Einrichtungen und Dienste in Anspruch nehmen, die den entsprechenden Nachweis erbracht haben und durch vergleichende Qualitätsanalysen fortlaufend belegen. Die Rehabilitationsträger haben diese Feststellungen im Rahmen ihres regionalen Sicherstellungsauftrages nach § 19 SGB IX für alle Leistungsangebote einer Region gemeinsam zu treffen.

Dieser den Rehabilitationsträgern mit § 19 SGB IX seit dem 01.07.2001 übertragene Auftrag zur gemeinsamen regionalen Sicherstellung wurde bisher nicht umgesetzt. Da auch die dazu nach § 12 Abs. 2 vorgesehenen regionalen Arbeitsgemeinschaften nicht errichtet wurden, blieb zudem den Organisationen der behinderten Menschen, ebenso wie den Organisationen der Leistungserbringer, die Plattform für die ihnen vom Gesetzgeber eingeräumten Beteiligungsrechte vorenthalten.

Die nunmehr in Art. 26 BRK enthaltene Organisationsverpflichtung und die aktive Einbeziehungspflicht der Organisationen der Betroffenen in die Ausarbeitung von Konzepten und Entscheidungsprozessen gebieten eine Neuregelung, die einerseits die trägerübergreifende sozialräumliche Organisationsverpflichtung institutionell gewährleistet und andererseits die aktiven Rechte der Organisationen nach Art. 4 BRK sichert. Der Vorschlag sieht dazu

- auf Bundesebene die Errichtung eines rechtsfähigen Bundesausschusses Teilhabeleistungen mit einer Gliederung nach den Leistungsgruppen des § 5 SGB IX vor, der für die Träger verbindliche Leitlinien über die Gestaltung, Umfang, Qualität und Ausführung der Teilhabeleistungen (gemeinsame Empfehlungen §§ 12, 13 SGB IX) sowie Verfahrensregelungen (u. a. nach § 21 SGB IX - Vergütungsverfahren) beschließt,
- Die Geschäftsstelle des Bundesausschusses wird der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR) BAR (§ 13a SGB IX),
- auf Landesebene die Errichtung regionaler Arbeitsgemeinschaften (§§ 12 Abs. 2, 12a SGB IX) mit folgenden Aufgaben vor,

- sozialräumliche Durchführung des Sicherstellungsauftrages nach § 19 SGB IX durch Feststellung der Eignung eines Leistungsanbieters mittels Versorgungsvertrag (nicht Belegungsvertrag!, §§ 17, 21 SGB IX)
- regionale Konkretisierung der Leitlinien des gemeinsamen Bundesausschusses Teilhabeleistungen
- trägerübergreifende Organisation des Bedarfsfeststellungsverfahrens nach § 10 SGB IX einschl. notwendiger Konsensverfahren
- Trägerschaft der gemeinsamen Servicestellen.
- Die Geschäftsstelle der regionalen Arbeitsgemeinschaft wird bei den regionalen Rentenversicherungsträgern angesiedelt.

Das Gesetz soll Fristen enthalten, bis zu deren Ablauf bestimmte Leitlinien (z. B. ICF-orientierte Bedarfsfeststellung) beschlossen sein bzw. die regionalen Arbeitsgemeinschaften ihre Aufgaben aufgenommen haben müssen.

Die am Bedarf orientierten Leitlinien des gemeinsamen Bundesausschusses über Gegenstand, Umfang, Qualität und Ausführung der Teilhabeleistungen sind Grundlage für die Prüfung der Eignung der Leistungserbringer (§ 17 Abs. 2 SGB IX), die Bestimmung des Versorgungsauftrages im Versorgungsvertrag (§ 21 SGB IX), die Vergütung und das Schiedsstellenverfahren (§§ 21a, 21b SGB IX) sowie die Kostenverteilung bei Komplexleistungen (§ 17 Abs. 1 Satz 3, Abs. 4 Satz 2 - 5 SGB IX).

Die Schiedsstellenregelung des § 111 b SGB V geht in der Schiedsstellenregelung des § 21b SGB IX auf.

Da die Rehabilitationsträger die bisher in § 21 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX vorgesehenen Grundsätze zur Vereinbarung von Vergütungen nicht geschaffen haben, soll § 21a SGB IX als Basis für die Entscheidung von Vergütungsstreitigkeiten durch die Schiedsstellen eine gesetzliche Rahmenregelung für die Vergütung enthalten.

Die bisher zur Abgrenzung von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen in § 107 Abs. 2 SGB V enthaltene Definition der Rehabilitationseinrichtungen wird als trägerübergreifendes Recht in § 17 Abs. 3 SGB V übernommen.

Das Recht der Zuzahlung zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation wird in § 52a SGB IX trägerübergreifend vereinheitlicht.

Kosten

Bereits das Leistungserbringungsrecht geht mit der Orientierung der Leistungen am individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarf von einer am individuellen Bedarf ausgerichteten, passgenauen und zielgerichteten Leistungserbringung (Personenzentrierung) und damit von einer höchst wirtschaftlichen und sparsamen Leistungserbringung aus. Voraussetzung für das Erreichen der damit angestrebten ökonomischen Ziele ist, dass die dazu im Gesetz enthaltenen Instrumente (individuelle, icf-orientierte Bedarfsfeststellung (§ 10 SGB IX), individuelle Ausrichtung der Leistungen auf Teilhabeziele (§ 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX), Maßgaben für die darauf auszurichtenden Struktur- und Prozessqualitäten der Leistungserbringer (§ 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX - Leitlinien), darauf basierendes leistungsbezogenes Vergütungssystem (BT-Drs. 14/5074, S. 105) u. a. auch tatsächlich von den Trägern ausgestaltet und

genutzt werden. Das ist bisher trägerübergreifend und bundeseinheitlich nicht der Fall.

Mit den vom gemeinsamen Bundesausschuss Teilhabeleistungen verbindlich zu gestaltenden Leitlinien werden künftig die Grundlagen für eine wirtschaftliche und wirksame Leistungserbringung gesichert, deren Gestaltung der Gesetzgeber bereits mit dem SGB IX in Eigenverantwortung der Selbstverwaltung erwartet hat.

Damit wird die gesamte Leistungserbringung einschl. der damit verbundenen Kosten transparenter und die Wirksamkeit der Leistungen besser überprüfbar. Durch die Anpassung der Leitlinien auf der Basis der durchgeführten vergleichenden Qualitätsanalysen lassen sich zeitnah unwirksame Leistungsbestandteile und Qualitäten durch wirksamere und geeignetere ersetzen.

Die damit bezogen auf die Verfügbarkeit von Mitteln erreichbaren ökonomischen Effekte sind evident.

Mit der nunmehr - im Verhältnis zur vorhandenen Regelung - verpflichtenden Errichtung der regionalen Arbeitsgemeinschaften (§§ 12 Abs. 2, 12a SGB IX) und der Konkretisierung der Aufgaben der gemeinsamen Servicestellen zur entscheidungsreifen Vorbereitung von Leistungsverfahren (§ 22 SGB IX) sind keine zusätzlichen Kosten verbunden. Diese Organisationsstrukturen sind schon im bisherigen Recht enthalten. Unabhängig davon werden die diesen Strukturen künftig zugewiesenen Aufgaben bisher parallel von allen Rehabilitationsträgern in irgendeiner Form mit einem erheblichen Mehrfach-Aufwand an Personal- und Verwaltungskosten wahrgenommen. Durch die trägerübergreifende Bündelung dieser Aufgaben werden mithin nicht nur Verbesserungen für behinderte Menschen (Vermeidung von Doppelbegutachtungen oder divergierenden Gutachten usw), sondern auch eine erhebliche Reduzierung von Verwaltungskosten erreicht. Da mit diesen Regelungen lediglich Verwaltungsverfahren gestrafft werden, nicht jedoch in die leistungsrechtliche Entscheidungskompetenz der Rehabilitationsträger eingegriffen wird, handelt es sich auch nicht um unzulässige Mischverwaltung.

Letztlich ist offenkundig, dass ein zur Diskussion gestellter Gesetzentwurf kein durchgerechnetes Finanztableau enthalten kann.

Mehrkosten bewirkt der Vorschlag zunächst durch den neuen individuellen Beratungsanspruch im Lebensumfeld. Abgesehen davon, dass die Höhe der Kosten von der Ausgestaltung der Leistung durch eine Leitlinie des gemeinsamen Bundesausschusses beeinflusst wird, können diese Kosten durch die mit der wirksameren Leistungserbringung bewirkten ökonomischen Ergebnisse ausgeglichen werden.

Ob und welche Mehrkosten mit den Vorschlägen zur Sozialen Teilhabe verbunden sind, kann erst nach der Diskussion und politischen Entscheidung darüber berechnet werden, welche dieser Vorschläge letztlich aufgegriffen werden. Dazu ist allerdings anzumerken, dass bis auf das Teilhabegeld eine große Zahl der in diesem Bereich zusammengefassten Leistungen auch schon nach geltendem Recht - allerdings nicht nach bundeseinheitlichen Maßstäben - erbracht wurden und es sich z. T. deshalb nur um klarstellende Regelungen handelt.