

**Vorschläge
für den
Entwurf
eines Gesetzes zur
Förderung der Inklusion und Teilhabe
und zur Änderung des SGB IX und anderer Gesetze
- Bundesteilhabegesetz -**

von

Dr. Harry Fuchs

Düsseldorf, den 20. Januar 2014

Entwurf eines Gesetzes zur

Förderung der Inklusion und Teilhabe und zur Änderung des SGB IX und anderer Gesetze - Bundesteilhabegesetz -

Artikel 1 Änderung des Ersten Buches Sozialgesetzbuch – Allgemeiner Teil – (SGB I)

1. § 10 erhält folgende Fassung:

„Behinderte und von einer Behinderung bedrohte Menschen haben unabhängig von der Ursache der Beeinträchtigung zur Förderung ihrer Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft Anspruch auf Leistungen, die notwendig sind, um

1. die Beeinträchtigung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
3. ihnen einen ihren Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz im Arbeitsleben zu sichern,
4. ihre Entwicklung in einer inklusiven Erziehung und Bildung zu fördern,
5. ihre gleichberechtigte soziale Teilhabe in und an der Gesellschaft sowie eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen, zu erleichtern und zu erweitern sowie
6. Benachteiligungen auf Grund der Behinderung entgegenzuwirken und Barrieren abzubauen.“

2. § 11 erhält folgende Fassung:

„§ 11 Leistungsarten und –formen

Gegenstand der sozialen Rechte sind die in diesem Gesetzbuch vorgesehenen Dienst-, Sach-, Geld- und Beratungsleistungen. Die persönliche Unterstützung und erzieherische Hilfe gehört zu den Dienstleistungen. Die Leistungen können auch als Persönliches Budget, Persönliche Assistenz oder als Budget für Arbeit erbracht werden.

3. § 14 wird wie folgt geändert:

- a) Der bisherige Wortlaut wird zu Abs. 1;

b) Es wird folgender Abs. 2 angefügt:

"(2) Behinderte oder von einer Behinderung bedrohte Menschen haben darüber hinaus nach dem Neunten Buch Anspruch auf Beratung und Unterstützung in ihrer Lebenssituation."

4. In § 16 Abs. 3 werden hinter dem Wort "Leistungsträger" die Worte "und deren Gemeinsame Servicestellen nach dem Neunten Buch" eingefügt.

5. § 17 Abs. 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen haben das Recht, bei der Feststellung des Bedarfs an, der Entscheidung über und bei der Ausführung von Sozialleistungen, insbesondere hinsichtlich der Vereinbarung der Leistungsziele, der Gestaltung von Gegenstand und Umfang der Leistungen, bei ärztlichen oder psychologischen Untersuchungen, therapeutischen Behandlungen sowie der Auskunft und Beratung nach diesem Gesetz, Kommunikationsmittel und -formate zu verwenden, auf die sie wegen ihrer Beeinträchtigung besonders angewiesen sind. Dies umfasst insbesondere

a) die Verwendung der Gebärdensprache und anderer Kommunikationstechniken für sinnesbehinderte Menschen, insbesondere Lormen, taktiles Gebärdens, elektronische Kommunikation, Braille-Schrift

b) die Übertragung und Erläuterung in leichter Sprache, sofern dies auf Grund einer Lernbeeinträchtigung, einer kognitiven Beeinträchtigung oder als Folge einer Sinnesbeeinträchtigung notwendig ist,

a) andere geeignete Mittel und Formate zur unterstützten Kommunikation.

Die für Sozialleistungen zuständigen Leistungsträger sind verpflichtet, die durch die Verwendung der im Einzelfall benötigten Kommunikationshilfen entstehenden Kosten zu tragen; § 19 Abs. 2 Satz 4 SGB X gilt entsprechend."

6. In § 19 Abs. 1 Buchst. e werden nach dem Wort "Arbeitsleben" die Worte "nach dem Neunten Buch" angefügt.

7. In § 19a Abs. 2 wird folgender Satz 3 angefügt:

"Für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben an behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen sind die Agenturen für Arbeit zuständig."

8. In § 21 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. e werden nach dem Wort "Rehabilitation" die Worte "nach dem Neunten Buch" angefügt.

9. In § 21a wird bei Abs. 1 Nr. 4 der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nr. 5 angefügt:

"5. medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation nach dem Neunten Buch."

10. § 22 wird wie folgt geändert:

a) In Abs. 2 Nr. 2 werden die Worte "zur Teilhabe am Arbeitsleben und andere Leistungen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit sowie" gestrichen.

b) Hinter Abs. 2 Nr. 2 wird folgende Nr. 2a eingefügt:

"2a. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach dem Neunten Buch"

11. § 23 Abs. 1 Buchst. a erhält folgende Fassung:

"Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach dem Neunten Buch zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit"

12. § 23 Abs. 2 Buchst. a erhält folgende Fassung:

"Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach dem Neunten Buch zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit einschließlich Betriebs- und Haushaltshilfe"

13. § 24 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nr. 1 wird hinter dem Wort „Krankenbehandlung“ ein Komma eingefügt und der nachfolgende Wortlaut gestrichen.

b) Nach Nr. 1 wird folgende Nr. 1a eingefügt:

"1a. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach dem Neunten Buch,"

14. § 27 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) in Nr. 4 wird hinter dem Wort "Erziehung" das Wort "Eingliederungshilfe" gestrichen;

b) Nach Nr. 4 wird folgende Nr. 5 angefügt:

"5. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach dem Neunten Buch für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche"

15. § 28 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) Nr. 3 wird wie folgt gefasst:

"3. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach dem Neunten Buch"

b) Nach Nr. 3 wird folgende Nr. 3a eingefügt:

"3a. Ergänzende Eingliederungshilfe für beeinträchtigte Menschen, soweit die Leistungen des Neunten Buches nicht ausreichen, die Teilhabeziele zu erreichen."

16. In § 29 Abs. 1 wird die Nr. 3 wie folgt gefasst:

„3. Leistungen zur Sozialen Teilhabe, insbesondere

a) Persönliche Unterstützung zur Sozialen Teilhabe,

- b) ein Teilhabegeld
- c) Versorgung mit Hilfsmitteln,
- d) heilpädagogische Leistungen für Kinder und Jugendliche
- e) Hilfen zur Alltagsbewältigung, zur Ausbildung und Ausübung für eine sonstige angemessene Tätigkeit sowie zur Ausübung eines Wahlamtes oder einer ehrenamtlichen Tätigkeit,
- f) Hilfen für eine barrierefreie oder an die Behinderung angepasste Wohnung,
- g) Hilfen zur Teilnahme an ehrenamtlichen, verbandlichen, gemeinschaftlichen, sportlichen und kulturellen Veranstaltungen,
- h) Hilfen zur Mobilität,
- i) Hilfen zur selbstbestimmten Ausübung der Elternschaft und Elternunterstützung,
- j) nachgehende Hilfen zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen und zur Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben,
- k) Hilfen für eine vom Leistungsträger und Leistungserbringer unabhängige Beratung,
- l) Hilfen zur Bewältigung von sonstigen Alltagsverrichtungen

17. In § 29 Abs. 1 wird nach Nr. 3 folgende Nr. 3a eingefügt:

"3a. Leistungen zur inklusiven Erziehung und Bildung, insbesondere

- a) Hilfen zum Besuch von Kindertageseinrichtungen sowie von anderen Einrichtungen und Maßnahmen der Elementarbildung,
- b) Hilfen zu einer inklusiven Schulbildung und zum Besuch weiterführender Schulen einschließlich der Vorbereitung hierzu,
- c) Hilfen zu einer den Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Fachschul-, Fachhochschul- und Hochschulbildung und für Angebote der allgemeinen Weiterbildung."

Artikel 2

Änderung des Zweiten Buches - Grundsicherung für Arbeitssuchende – (SGB II)

1. In § 3 wird folgender Abs. 2c eingefügt:

"(2c) Bestehen Hinweise auf eine Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft i. S. v. § 2 SGB IX oder trägt der Leistungsberechtigte solche Beeinträchtigungen vor, ist durch ein Verfahren nach § 10 SGB IX unverzüglich zu prüfen, ob solche Beeinträchtigungen vorliegen oder drohen und ggf. das Leistungsverfahren nach dem SGB IX einzuleiten."

2. In § 7 wird folgender Abs. 1a eingefügt:

„(1a) Leistungen erhalten auch nicht erwerbsfähige behinderte Menschen i. S. d. § 8 Abs. 1a Satz 2.“

3. § 8 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

„(1a) Erwerbsfähig ist, wer nicht wegen einer Beeinträchtigung seiner Teilhabe am Leben in der Gesellschaft auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Diesen gleich gestellt sind behinderte Menschen i. S. d. § 2 des Neunten Buches, die wegen ihrer Beeinträchtigung nur unter nicht üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig sein können (§ 118 Abs. 2 Satz 1 SGB III).“

4. In § 11a Abs. 1 wird bei der Nr. 3 der Punkt durch ein Komma ersetzt und die folgende Ziffer 4 eingefügt:

„4. Teilhabegeld nach § 56a des Neunten Buches.“

5. § 16a wird wie folgt geändert:

a) Abs. 1 Satz 3 wird gestrichen.

b) Es wird folgender Abs. 1a eingefügt:

(1a) Für behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen i. S. d. § 2 SGB IX erbringt die Bundesagentur für Arbeit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach §§ 112 ff. SGB III. § 112 Abs. 5 gilt auch für Personen i. S. d. § 8 Abs. 1a Satz 2.

6. § 21 wird wie folgt geändert:

a) In Abs. 4 Satz 1 werden die Worte „oder Eingliederungshilfen nach § 54 Abs.1 Satz 1 Nr.n 1 bis 3 SGB XII“ durch die Worte „Leistungen zur Sozialen Teilhabe nach dem siebten Kapitel in Teil 1 des Neunten Buches“ ersetzt.

b) Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

"Für gleich gestellte Leistungsberechtigte i. S. d. § 7 Abs. 1a kann im Rahmen eines Arbeitsvertrages mit einer tariflichen oder ortsüblichen Entlohnung ein Minderleistungsausgleich bis zu 70 v. H. des Bruttoarbeitslohnes erbracht werden."

7. § 23 wird wie folgt geändert:

a) Die Nr.n 2 und 3 werden wie folgt als Nr. 2 gefasst:

„2. Mehrbedarfe nach § 21 Abs. 4 werden auch bei behinderten Menschen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, anerkannt, wenn Leistungen der Sozialen Teilhabe nach den §§ 55 Abs. 2 Nr.n 6, 7 und 9 des siebten Kapitels des Neunten Buches erbracht werden; § 21 Abs. 4 Satz 2 gilt auch nach Beendigung dieser Maßnahmen;“

b) Nr. 4 wird zu Nr. 3.

Artikel 3
Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch
– Arbeitsförderung – (SGB III)

1. § 19 wird wie folgt gefasst:
„Behindert oder von Behinderung bedroht i. S. dieses Buches sind Menschen mit Behinderungen i. S. d. § 2 Abs. 1 des Neunten Buches, die in ihrer Teilhabe am Arbeitsleben beeinträchtigt sind.“
2. In § 26 wird folgende Nr. 3 eingefügt:
„3. Personen, die mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig sind und eine Beschäftigung mit Hilfe eines Persönlichen Budgets oder eines Budgets für Arbeit i. S. d. § 17a und c des Neunten Buches zu nicht üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes ausüben,“
3. In § 26 wird folgende Nr. 3a eingefügt:
"3a. Personen, die eine der Tätigkeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen vergleichbare Tätigkeit außerhalb einer Werkstatt für behinderte Menschen ausüben;"
4. § 112 wird wie folgt gefasst:
"(1) Menschen mit Behinderungen haben das gleiche Recht wie nicht behinderte Menschen, den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen, die in einem offenen, integrativen und für Menschen mit Behinderungen zugänglichen Arbeitsmarkt und Arbeitsumfeld frei gewählt und angenommen wird.
(2) Zur Verwirklichung dieses Rechts sowie zur Förderung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft haben Menschen mit Behinderungen einen Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.
(3) Der Bedarf an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wird nach den Bestimmungen des Neunten Buches festgestellt. Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden nach den Bestimmungen des Neunten Buches organisiert, ausgeführt und vergütet. § 45 Abs. 3 und das fünfte Kapitel dieses Buches finden keine Anwendung.
(4) Soweit dieses Buch darüber hinaus Leistungen für nicht behinderte Menschen enthält, werden diese auch als Leistungen zur Teilhabe i. S. d. Neunten Buches ausgeführt, wenn dies zur Erreichung der Teilhabeziele im Einzelfall erforderlich ist.
(5) Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können auf Antrag auch als Teil eines trägerübergreifenden Budgets, als Budget für Arbeit oder in Form der Persönlichen Assistenz nach § 17 a bis c SGB IX erbracht werden.
5. Die §§ 113 bis 115 entfallen.
6. In § 116 wird folgender Abs. 2a eingefügt:

„(2a) „Förderungsfähig ist auch eine berufliche Aus- und Weiterbildung, die überwiegend Wissen vermittelt, das den berufsqualifizierenden Studiengängen an Hochschulen oder ähnlichen Bildungsstätten i. S. d. § 33 Abs. 3a des Neunten Buches entspricht. § 180 Abs. 3 Nr. 1 und Abs. 4 finden insoweit keine Anwendung.“

7. § 117 wird wie folgt geändert:

a) Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

"(1) Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beinhalten auch die Förderung der beruflichen Aus- und Weiterbildung einschließlich Berufsvorbereitung sowie blindentechnischer und vergleichbarer Grundausbildungen, wenn dies wegen der nach § 10 SGB IX festgestellten individuellen Teilhabebeeinträchtigung zur Erreichung der Teilhabeziele erforderlich ist. In besonderen Einrichtungen für behinderte Menschen oder in inklusiven Ausbildungsgängen können auch Aus- und Weiterbildungen außerhalb des Berufsbildungsgesetzes und der Handwerksordnung gefördert werden."

b) Abs. 2 entfällt.

8. § 118 wird wie folgt gefasst:

"(1) Die ergänzenden Leistungen nach §§ 44 bis 53 SGB IX umfassen auch

1. das Ausbildungsgeld, wenn ein Übergangsgeld nicht gezahlt wird
2. den Minderleistungsausgleich für eine Beschäftigung unter nicht üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes."

(2) Eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gilt als nicht üblich, wenn die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten wegen der Beeinträchtigung ihrer Teilhabe auf nicht absehbare Zeit so eingeschränkt ist, dass eine Beschäftigung nur mit einer regelmäßigen Förderung im Rahmen eines Minderleistungsausgleichs von mehr als der Hälfte des Bruttoarbeitslohnes begründet werden kann. Der Minderleistungsausgleich kann bis zu 70 v. H. des Bruttoarbeitslohnes betragen und wird für die Dauer des Vorliegens der Voraussetzungen einer nicht üblichen Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt geleistet. Der Anspruch besteht auf der Grundlage eines Arbeitsvertrages mit einer tariflichen oder ortsüblichen Vergütung.

(3) Der Minderleistungsausgleich nach Abs. 2, die Kosten der Arbeitsassistenz nach § 33 Abs. 8 Nr. 3 oder 102 Abs. 4 sowie die Kosten der individuellen betrieblichen Qualifizierung und Berufsbegleitung im Rahmen der unterstützten Beschäftigung nach § 38a Absätze 2 und 3 des Neunten Buches können als Budget für Arbeit (§ 17c SGB IX) an den Arbeitgeber geleistet werden. Dazu wird mit dem Arbeitgeber in Anlehnung an § 21 SGB IX ein Leistungsvertrag vereinbart."

9. § 127 und § 129 entfallen.

10. In § 344 Abs. 3 werden hinter den Worten "beschäftigt sind" die Worte "oder eine gleichartige Beschäftigung außerhalb einer Werkstätte verrichten" eingefügt.

11. In § 347 wird hinter Nr. 1 folgende Nr. 1a eingefügt:

"1a. für Personen, die eine der Tätigkeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen vergleichbare Tätigkeit außerhalb der Werkstatt ausüben, von dem Arbeitgeber. § 251 Abs. 2 Satz 2 des Fünften Buches findet Anwendung."

Artikel 4

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V)

1. § 2 Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Versicherten erhalten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen, soweit dieses Buch nichts Abweichendes vorsieht. Die Leistungen dieses Buches zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation) werden nach den Bestimmungen des Neunten Buches festgestellt, organisiert, ausgeführt und vergütet. Die Leistungen nach diesem und dem Neunten Buch können auf Antrag auch als Teil eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets nach § 17a des Neunten Buches oder als Teil einer Persönlichen Assistenz nach § 17b des Neunten Buches erbracht werden.“

2. § 2a wird wie folgt gefasst:

"Menschen mit Behinderungen haben Anspruch auf Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, Qualität und auf demselben Standard wie andere Menschen. Krankenkassen und Leistungserbringer stellen dies im Rahmen ihrer Verträge und Vereinbarungen nach dem vierten Kapitel dieses Buches sicher. Dabei bieten sie auch die Gesundheitsleistungen an, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderung benötigt werden, und zwar so gemeindenah wie möglich, auch in ländlichen Gebieten."

3. In § 5 wird die Nr. 7 durch folgende Worte ergänzt:

"oder eine solche Tätigkeit außerhalb einer Werkstatt verrichten";

4. In § 11 Abs. 1 wird die Nr. 5 wie folgt gefasst:

„5. des Persönlichen Budgets oder der Persönlichen Assistenz nach § 17a und b des Neunten Buches.“

5. In § 11 Abs. 2 werden in Satz 3 die Worte "Versicherte haben auch Anspruch" ersetzt durch die Worte "Ist die Teilhabe der Versicherten am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt oder droht eine solche Beeinträchtigung, haben sie auch einen Anspruch"

6. In § 11 Abs. 2 wird Satz 3 wie folgt gefasst:

"§ 2 Abs. 2 Satz 2 gilt"

7. In § 11 Abs. 4 wird folgender Satz 7 angefügt:
"Für die Einleitung von Leistungen zur Teilhabe sind die Regelungen zum Teilhabemanagement des SGB IX und die dazu vereinbarten gemeinsamen Empfehlungen anzuwenden."
8. In § 12 Abs. 1 wird folgender Satz 3 angefügt:
"Für Leistungen zur Teilhabe gilt § 10 Abs. 2 SGB IX."
9. In § 18 wird folgender Abs. 4 angefügt:
"Für Leistungen zur Teilhabe findet § 18 SGB IX Anwendung."
10. In § 27 Abs. 1 Satz 2 wird die Nr. 6 wie folgt gefasst:
"Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen im Krankenhaus (§ 39) oder der vertragsärztlichen Versorgung (§ 73)."
11. In § 27 Abs. 1 wird folgender Satz 5 angefügt:
"§ 2a ist zu beachten."
12. In § 32 Abs. 1 wird folgender Satz 3 angefügt:
"Behinderte oder von Behinderung bedrohte Versicherte haben darüber hinaus Anspruch auf Heilmittel zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft als nicht stationäre oder stationäre Leistung der medizinischen Rehabilitation. § 2 Abs. 2 Satz 2 gilt."
13. In § 33 Abs. 1 Satz 1 werden die Worte "einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen" gestrichen.
14. In § 33 Abs. 1 Satz 2 werden die Worte "zum Behinderungsausgleich" gestrichen.
15. Nach § 33 Abs. 2 wird folgender Abs. 2a eingefügt:
"(2a) Behinderte oder von Behinderung bedrohte Versicherte haben darüber hinaus Anspruch auf Hilfsmittel zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft als nicht stationäre oder stationäre Leistung der medizinischen Rehabilitation nach §§ 26 Abs. 2 Nr. 6, 31 des Neunten Buches. § 2 Abs. 2 Satz 2 gilt".
16. § 37 wird wie folgt geändert:
 - a) In Abs. 1 Satz 1 werden nach den Worten „geeignete Pflegekräfte“ die Worte „oder als Teil der Persönlichen Assistenz nach § 17b des Neunten Buches“ eingefügt
 - b) Am Ende von Abs. 1 Satz 1 werden vor dem Punkt die Worte eingefügt "oder wenn sie im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderlich ist, weil auf andere Weise keine medizinische oder pflegerische Versorgung gewährleistet

ist."

17. In § 39 Abs. 1 werden in Satz 3 die Worte "Leistungen zur Frührehabilitation" ersetzt durch die Worte "Behandlungsmethoden der medizinischen Rehabilitation (Frührehabilitation)".

18. § 40 wird wie folgt neu gefasst:

"(1) Art und Dauer der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation bestimmen sich nach den nach § 10 des Neunten Buches festgestellten Beeinträchtigungen der Teilhabe und danach, welche Teilhabeziele mit der Leistung erreicht werden sollen. Die Krankenkasse bestimmt Art, Dauer, Umfang und Ausführung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 26 SGB IX) nach pflichtgemäßem Ermessen; bei Rehabilitationsleistungen in Einrichtungen oder durch -dienste auch die zur Ausführung vorgesehenen Leistungserbringer. § 9 SGB des Neunten Buches ist zu beachten.

(2) Nicht stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 SGB XI zu erbringen.

(3) Leistungen nach § 11 Abs. 2 werden nur erbracht, wenn nach den für andere Rehabilitationsträger geltenden Vorschriften mit Ausnahme des § 31 SGB VI solche Leistungen nicht erbracht werden können.

(4) Die Krankenkasse führt statistische Erhebungen über ihre Leistungen zur Teilhabe nach den Bestimmungen des Neunten Buches durch.

(5) Die Krankenkasse zahlt der Pflegekasse einen Betrag in Höhe von 3.072 Euro für pflegebedürftige Versicherte, für die innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung keine notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht worden sind. Satz 6 gilt nicht, wenn die Krankenkasse die fehlende Leistungserbringung nicht zu vertreten hat. Die Krankenkasse berichtet ihrer Aufsichtsbehörde jährlich über Fälle nach Satz 6.

19. § 41 wird wie folgt geändert:

a) Abs. 1 Satz 1 erhält folgende Fassung:

"(1) Versicherte haben Anspruch auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation, die in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes, einer gleichartigen Einrichtung oder einer anderen Einrichtung i. S. d. § 17 Abs. 3 SGB IX erbracht werden, mit der ein Vertrag nach § 21 SGB IX besteht. Die Leistung kann auch in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme, einer Vater-Kind-Maßnahme oder einer Maßnahme erbracht werden, die die ganze Familie oder Teile der Familie einbezieht."

b) Die Sätze 2 bis 4 entfallen.

c) Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

"§ 40 Abs. 1 bis 3 gilt entsprechend".

20. § 42 entfällt.

21. In § 43 wird Abs. 1 wie folgt gefasst:

"(1) Die Krankenkasse kann neben den medizinischen Leistungen zur Rehabilitation nach dem Neunten Buch wirksame und effiziente Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke erbringen; Angehörige und ständige Betreuungspersonen sind einzubeziehen, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist."

- 22.** § 43b wird § 62a;
der bisherige § 43a wird § 42.
- 23.** Die Überschrift vor § 44 wird wie folgt gefasst:
"Abschnitt 5b
Krankengeld als unterhaltssichernde Leistung bei Krankheit und bei medizinischer Rehabilitation"
- 24.** Die Überschrift vor § 52 wird wie folgt gefasst:
"Abschnitt 5c
Gemeinsame Vorschriften zur Leistungsbeschränkung"
- 25.** In § 60 Abs. 5 werden die Worte "Abs. 1 bis 3" gestrichen.
- 26.** § 61 der bisherige Wortlaut wird zu § 60 Abs. 1. Nach Abs. 1 wird folgender Abs. 2 angefügt:
"(2) Die Zuzahlungen für Leistungen nach § 11 Abs. 2 richten sich nach dem Neunten Buch."
- 27.** § 73 wird wie folgt geändert:
- a) Abs. 2 Nr. 5 wird gestrichen.
 - b) In Abs. 2 Nr. 7 werden die Worte "oder Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen" durch die Worte "Behandlung in Vorsorgeeinrichtungen" ersetzt.
 - c) Nach Abs. 2 wird folgender Abs. 2a eingefügt:
"(2a) Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung ist auch die Verordnung von medizinischen Leistungen zur Rehabilitation (§ 26 Abs. 2 und 3 SGB IX) zur Förderung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Das Nähere dazu einschließlich der erforderlichen Vergütung regeln die Rehabilitationsträger in einer gemeinsamen Empfehlung nach § 13 SGB IX. An dem Verfahren nach § 13 Abs. 7 SGB IX ist der Gemeinsame Bundesausschuss zu beteiligen."
 - d) Abs. 3 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
"In der Gesamtvereinbarung ist zu vereinbaren, welche Maßnahme zur Vorsorge und welche Behandlungsmethoden der nicht stationären medizinischen Rehabilitation Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sein können."
- 28.** § 92 wird wie folgt geändert:
- a) Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 wird gestrichen.
 - b) Es wird folgender Satz 3 angefügt:

"Die Verordnung von Leistungen zur Teilhabe richtet sich nach den Bestimmungen des Neunten Buches und den dort zu § 13 getroffenen gemeinsamen Empfehlungen. In der Empfehlung ist auch zu regeln, bei welchen Behinderungen, unter welchen Voraussetzungen und nach welchen Verfahren die Vertragsärzte die Gemeinsamen Servicestellen oder andere Beratungsstellen über die Behinderungen von Versicherten zu unterrichten haben (§ 61 SGB IX)."

c) Abs. 5 wird gestrichen.

29. § 107 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift erhält folgende Fassung:
"Krankenhäuser, Vorsorgeeinrichtungen"

b) Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

"(2) Vorsorgeeinrichtungen i. S. dieses Gesetzbuches sind Einrichtungen, die

1. der stationären Behandlung der Patienten dienen, um eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken,

2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen, und in denen

3. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können."

30. § 111 wird wie folgt gefasst:

"§ 111 Versorgungsverträge mit Vorsorgeeinrichtungen

"(1) Die Krankenkassen dürfen medizinische Leistungen zur Vorsorge (§ 23 Abs. 4), die eine stationäre Behandlung, aber keine Krankenhausbehandlung erfordern, nur in Vorsorgeeinrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach Abs. 2 besteht; für pflegende Angehörige dürfen die Krankenkassen diese Leistungen auch in Vorsorgeeinrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Vertrag nach § 111a besteht.

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam schließen mit Wirkung für ihre Mitgliedschaften einheitliche Versorgungsverträge über die Durchführung der in Abs. 1 genannten Leistungen mit Vorsorgeeinrichtungen, die

1. die Anforderungen des § 107 Abs. 2 erfüllen und

2. für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge notwendig sind.

§ 109 Abs. 1 Satz 1 gilt entsprechend. Die Landesverbände der Krankenkassen eines anderen Bundeslandes und die Ersatzkassen können einem nach Satz 1 geschlossenen Versorgungsvertrag beitreten, soweit für die Behandlung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen in der Vorsorgeeinrichtung ein Bedarf besteht.

(3) Mit dem Versorgungsvertrag wird die Vorsorgeeinrichtung für die Dauer des Vertrages zur Versorgung der Versicherten mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge zugelassen. Der Versorgungsvertrag kann von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam mit einer Frist von einem Jahr gekündigt werden, wenn die Voraussetzungen für seinen Abschluss nach Abs. 2 Satz 1 nicht mehr gegeben sind. Mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde ist Einvernehmen über Abschluss und Kündigung des Versorgungsvertrages anzustreben.

(4) Die Vergütungen für die in Abs. 1 genannten Leistungen werden zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Vorsorgeeinrichtungen vereinbart. Kommt eine Vereinbarung innerhalb von zwei Monaten, nachdem eine Vertragspartei nach Satz 1 schriftlich zur Aufnahme von Verhandlungen aufgefordert hat, nicht oder teilweise nicht zu Stande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 111b festgesetzt. Die Landesschiedsstelle ist dabei an die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften gebunden.

(5) Soweit eine wirtschaftlich und organisatorisch selbstständige, gebietsärztlich geleitete Vorsorgeeinrichtung an einem zugelassenen Krankenhaus die Anforderungen des Abs. 2 Satz 1 erfüllt, gelten im Übrigen die Absätze 1 bis 5."

31. § 111a wird wie folgt gefasst:

" § 111a Versorgungsverträge mit Vorsorgeeinrichtungen des Müttergenesungswerkes und gleichartigen Einrichtungen

Die Krankenkassen dürfen stationäre medizinische Leistungen zur Vorsorge für Mütter und Väter (§ 24) nur in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder gleichartigen Einrichtungen oder für Vater-Kind-Maßnahmen geeigneten Einrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht. § 111 Abs. 2, 4 Satz 1 und 2 und Abs. 5 sowie § 111b gelten entsprechend."

32. § 111b wird wie folgt gefasst:

" § 111b Landesschiedsstelle für Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Trägern von Vorsorgeeinrichtungen

"(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und die für die Wahrnehmung der Interessen der Vorsorgeeinrichtungen auf Landesebene maßgeblichen Verbände bilden miteinander für jedes Land eine Schiedsstelle. Diese entscheidet in den Angelegenheiten, die ihr nach diesem Buch zugewiesen sind.

(2) Die Schiedsstelle besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern sowie aus Vertretern der jeweiligen Vertragsparteien nach § 111 Abs. 5 Satz 1 in gleicher Zahl; für den Vorsitzenden und die unparteiischen Mitglieder können Stellvertreter bestellt werden. Der Vorsitzende und die unparteiischen Mitglieder werden von den beteiligten Verbänden nach Abs. 1 gemeinsam bestellt. Kommt eine Einigung nicht zu Stande, werden sie von den zuständigen Landesbehörden bestellt.

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

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

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

33. § 111c wird gestrichen.

34. § 112 Abs. 2 Nr. 5 wird wie folgt gefasst:

"5. Gegenstand, Umfang, Qualität, Verfahren und Vergütung des Versorgungsmanagements nach § 11 Abs. 4 unter Einbeziehung des Teilhabemanagements des Neunten Buches und der dazu nach § 13 SGB IX vereinbarten gemeinsamen Empfehlungen."

35. In § 119 wird folgender Abs. 3 angefügt:

"(3) Sozialpädiatrische Zentren können mit einem Versorgungsvertrag nach § 21 des Neunten Buches auch Leistungen zur Frühförderung nach §§ 26 Abs. 2 Nr. 2 und 30 des Neunten Buches ausführen."

36. Nach § 119 wird folgender § 119a eingefügt:

"§ 119a Medizinische Zentren für behinderte Erwachsene

(1) Medizinische Zentren für behinderte Erwachsene, die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche medizinische und zahnmedizinische Behandlung von Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen oder sonstigen schweren und besonders schweren Beeinträchtigungen ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bieten, können vom Zulassungsausschuss (§ 96) zur ambulanten Behandlung dieses Personenkreises ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende spezifische Behandlung dieser Personen sicherzustellen.

(2) Die Behandlung durch Medizinische Zentren für behinderte Erwachsene ist auf diejenigen in Abs. 1 genannten Menschen mit Behinderungen auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit oder wegen ihrer Beeinträchtigung der Teilhabe nicht von geeigneten Vertragsärzten behandelt werden können.

(3) Zentren für Menschen mit Behinderungen können mit einem Versorgungsvertrag nach § 21 des Neunten Buches auch nicht stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 26 Abs. 2 und 3 des Neunten Buches ausführen."

37. § 137d wird wie folgt geändert:

a) Abs. 1 wird wie folgt neu gefasst:

"(1) Für stationäre Rehabilitationseinrichtungen und ambulante Rehabilitationsdienste richtet sich das Qualitätssicherungsverfahren und die Durchführung vergleichender Qualitätsanalysen nach § 20 SGB IX.

b) Die Absätze 2 und 3 bleiben unverändert.

c) In Abs. 4 Satz 1 werden die Worte "und Rehabilitation" gestrichen.

38. In § 140b Abs. 1 Nr. 1 werden die Worte "Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, soweit mit ihnen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 besteht, Trägern von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen oder" durch folgende Worte ersetzt:

"Vorsorgeeinrichtungen mit einem Vertrag nach § 111 oder Träger von Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 21 des Neunten Buches sowie deren".

39. § 275 wird wie folgt geändert:

a) Abs. 2 Nr. 1 wird gestrichen.

b) Nach Abs. 2 wird folgender Abs. 2a eingefügt:

"Die Feststellung der Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft als Voraussetzung für den Anspruch nach § 11 Abs. 2 richtet sich nach § 10 SGB IX. Die Krankenkassen binden den Medizinischen Dienst in das Verfahren nach § 10 Abs. 3 SGB IX ein."

Artikel 5

Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung – (SGB VI)

1. In § 1 wird die Nr. 2 Buchst. a durch folgende Worte ergänzt:
"oder eine solche Tätigkeit außerhalb einer Werkstatt ausüben";

2. In § 1 wird die Nr. 2 durch folgende Ziffer c) ergänzt:

„c) im Rahmen eines Budgets für Arbeit eine geförderte Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt ausüben,“

3. In § 9 Abs. 1 Satz 1 werden hinter den Worten "ergänzende Leistungen" die Worte "nach den Bestimmungen des Neunten Buches, ausgenommen Leistungen nach § 26 Abs. 2 Nr. 2 und § 30." Eingefügt

4. In § 9 Abs. 1 Nr. 1 wird das Wort „Behinderung“ durch das Wort „Beeinträchtigung“ ersetzt.
5. In § 10 Abs. 1 Nr. 1 wird das Wort „Behinderung“ durch das Wort „Beeinträchtigung“ ersetzt.
6. § 12 Abs. 2 entfällt.
7. In § 13 Abs. 1 Satz 1 werden die Worte "unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit" ersetzt durch die Worte "nach den Bestimmungen des Neunten Buches."
8. § 13 Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:
„Die Leistungen können auf Antrag auch als Teil eines Persönlichen Budgets, eines Budgets für Arbeit oder der Persönlichen Assistenz nach § 17a bis c des Neunten Buches erbracht werden.“
9. § 13 Abs. 2 Satz 3 wird wie folgt gefasst:
"3. Leistungen zur Teilhabe einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die nicht den Qualitätsanforderungen des Neunten Buches entsprechen."
10. In § 13 Abs. 2 wird folgender Satz 2 angefügt:
"Der Träger der Rentenversicherung erbringt zahnärztliche Behandlung nach § 26 Abs. 2 Nr. 1 des Neunten Buches einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz nur, wenn sie unmittelbar und gezielt zur wesentlichen Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, insbesondere zur Ausübung des bisherigen Berufs, erforderlich und soweit sie nicht als Leistung der Krankenversicherung nach dem Fünften Buch oder als Hilfe nach dem fünften Kapitel des Zwölften Buches zu erbringen ist."
11. Die §§ 15 und 16 entfallen.
12. § 176 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
 - a) Hinter Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:
"2. Das gilt auch für die Leistungsausführung nach § 17 a und c des Neunten Buches."
 - b) Satz 2 wird zu Satz 3.
13. § 179 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
 - a) Nach dem Satz 2 wird folgender Satz 3 eingefügt:

"Für behinderte Menschen, die eine Beschäftigung i. S. d. Sätze 1 und 2 außerhalb einer Werkstätte ausüben, gelten die Sätze 1 und 2 entsprechend."

b) Die Sätze 3 bis 7 werden zu den Sätzen 4 bis 8.

14. § 287b Abs. 2 Satz 3 wird gestrichen.

Artikel 6

Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII)

1. In § 2 Abs. 1 werden in Nr. 4 nach den Worten "tätig sind" die Worte wie folgt ergänzt:

"oder eine solche Tätigkeit außerhalb einer Werkstatt ausüben";

2. In dem Inhaltsverzeichnis wird die Überschrift des ersten Abschnitts im dritten Kapitel wie folgt gefasst:

"Heilbehandlung, Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, Pflege, Geldleistungen"

3. In dem Inhaltsverzeichnis wird die Überschrift des dritten Unterabschnitts des ersten Abschnitts im dritten Kapitel wie folgt gefasst:

"Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft"

4. Im Inhaltsverzeichnis entfällt der vierte Unterabschnitt.

5. § 26 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

"Versicherte haben nach Maßgabe folgender Bestimmungen Anspruch auf Heilbehandlung, auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit und auf Geldleistungen sowie nach Maßgabe der Bestimmungen des Neunten Buches auf Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

„b) Abs. 1 Satz 2 werden als Sätze 2 und 3 wie folgt gefasst:

Die Leistungen zur Teilhabe werden auf Antrag in der Form des Persönlichen Budgets, des Budgets für Arbeit oder der Persönlichen Assistenz nach § 17a bis c ausgeführt. In das Persönliche Budget können auch nicht stationäre Leistungen der Heilbehandlung nach diesem Buch einbezogen werden, wenn damit im Einzelfall die Teilhabeziele besser gefördert oder erreicht werden können.

6. § 27 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nr. 7 werden die Worte "und Rehabilitationseinrichtungen" gestrichen.

b) Nr. 7 entfällt.

7. In § 32 Abs. 1 werden nach den Worten „geeignete Pflegekräfte“ die Worte „oder als Teil der Persönlichen Assistenz nach § 17b des Neunten Buches“ eingefügt.
8. Nach § 32 Abs. 1 wird folgender Abs. 1a eingefügt:

"(1a) Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten abweichend von Abs. 1 auch dann häusliche Krankenpflege als Teil der Persönlichen Assistenz nach § 17b des Neunten Buches, wenn der Bedarf dafür nach § 10 des Neunten Buches festgestellt wurde und damit die Teilhabeziele besser erreicht werden können."
9. § 33 wird wie folgt geändert:
 - a) In der Überschrift des § 33 werden die Worte "und Rehabilitationseinrichtungen" gestrichen.
 - b) In § 33 Abs. 1 Satz 1 werden die Worte "oder in einer Rehabilitationseinrichtung" gestrichen, in Satz 3 die Worte „oder der Rehabilitationseinrichtung" gestrichen.
 - c) In Abs. 2 werden die Worte "und Rehabilitationseinrichtungen“ gestrichen und nach "§ 107" eingefügt "Abs. 1".
10. § 34 Abs. 8 Satz 2 entfällt.
11. Nach § 34 wird die Überschrift zum dritten Unterabschnitt wie folgt gefasst:

"Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft"
12. § 35 wird wie folgt geändert:
 - a) Abs. 1 erhält folgende Fassung:

"(1) Die Unfallversicherungsträger erbringen die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach den Bestimmungen des Neunten Buches".
 - b) Abs. 3 wird zu Abs. 2. Dabei werden in Satz 1 hinter dem Wort "Versicherten" die Worte "als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben" eingefügt.
 - c) Abs. 3 erhält folgende Fassung:

"Die Leistungen der Unfallversicherungsträger zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft umfassen auch Leistungen nach § 33 Abs. 8 Nr. 1. Im Einzelfall kann zur Vermeidung einer wirtschaftlichen Notlage auch ein über die in der Kraftfahrzeughilfe-Verordnung bestimmte Leistung hinaus gehender Zuschuss gezahlt werden."
 - d) Nach Abs. 4 wird folgender Abs. 5 angefügt:

"(5) Zum Ausgleich besonderer Härten kann den Versicherten oder deren Angehörigen eine besondere Unterstützung gewährt werden."

13. Die §§ 39 bis 43 entfallen.

Artikel 7 **Änderung des Achten Buches Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfe – (SGB VIII)**

1. Nach § 1 Abs. 1 wird folgender Abs. 1a eingefügt:
"(1a) Behinderte oder von Behinderung bedrohte junge Menschen haben das Recht, alle Menschenrechte und Grundfreiheiten gleichberechtigt mit anderen Kindern zu genießen."
2. In § 2 Abs. 2 wird Nr. 5 wie folgt gefasst:
"5. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach den Bestimmungen des Neunten Buches und weitere Leistungen nach § 35a bis 37, 39, 40,"
3. Nach § 11 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:
„Die Jugendarbeit ist inklusiv i. S. v. § 3 Abs. 2 des Neunten Buches auszurichten.“
4. § 22a Abs. 4 wird wie folgt gefasst:
„(4) Kinder mit und ohne Behinderung sollen in Gruppen gemeinsam gefördert werden. Die Träger der Jugendhilfe berücksichtigen die Grundsätze der Inklusion (§ 3 Satz 3 des Neunten Buches) bei der Planung, konzeptionellen Ausgestaltung und Finanzierung des Angebotes. Angebote der Frühförderung nach § 30 des Neunten Buches sind in die Elementarerziehung in den Einrichtungen einzubeziehen.“
5. Die Überschrift zu Kapitel 2, vierter Abschnitt, wird wie folgt gefasst:
„Hilfe zur Erziehung, Teilhabe am Leben in der Gesellschaft für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche, Hilfe für junge Volljährige“
6. Die Überschrift des zweiten Unterabschnitts des vierten Abschnitts des zweiten Kapitels (vor § 35a) wird wie folgt gefasst:
„Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche“
7. § 35a wird wie folgt gefasst:
„§ 35a Leistungen zur Teilhabe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche
(1) Kinder und Jugendliche mit einer seelischen Behinderung i. S. v. § 2 des Neunten Buches haben Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach den Bestimmungen des Neunten Buches. Diese Leistungen und die nach diesem Buch zustehenden Leistungen können auf Antrag auch in der Form des Persönlichen Budgets oder als Persönli-

che Assistenz nach § 17a und b des Neunten Buches erbracht werden. § 27 Abs. 4 gilt entsprechend.

- (2) Die individuellen Beeinträchtigungen werden unabhängig von der Ursache der Behinderung und der Leistungsverpflichtung der beteiligten Leistungsträger umfassend und vollständig im Rahmen des Verfahrens nach § 10 des Neunten Buches festgestellt. Sind Leistungen der Jugendhilfe und Leistungen zur Teilhabe anderer Leistungsträger erforderlich, werden der Leistungsbedarf und die erforderlichen Leistungen zwischen den beteiligten Leistungsträgern und dem Berechtigten bzw. seinem gesetzlichen Vertreter in einer Zielvereinbarung vereinbart. § 4 Abs. 3 und § 10 Abs. 1 Satz 2 des Neunten Buches sind zu beachten.
 - (3) Die Leistungen werden nach dem Bedarf im Einzelfall
 1. in ambulanter Form,
 2. in Tageseinrichtungen für Kinder oder in anderen teilstationären Einrichtungen,
 3. durch geeignete Pflegepersonen und
 4. in Einrichtungen über Tag und Nacht sowie sonstigen Wohnformen geleistet.
 - (4) Sind gleichzeitig Leistungen zur Teilhabe und Hilfe zur Erziehung zu leisten, so sollen Einrichtungen, Dienste und Personen in Anspruch genommen werden, die geeignet sind, sowohl die Aufgaben der Leistungen zur Teilhabe zu erfüllen als auch den erzieherischen Bedarf zu decken. Sind Leistungen zur Teilhabe für Kinder und Jugendliche in Einrichtungen zu erbringen, sollen solche Einrichtungen gewählt werden, in denen die Anforderungen der Inklusion nach den Bestimmungen des Neunten Buches erfüllt werden.“
8. In der Überschrift zum dritten Unterabschnitt vor § 36 wird das Wort „Eingliederungshilfe“ durch die Worte „Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“ ersetzt.
 9. In § 36 werden die Absätze 3 und 4 gestrichen.
 10. In § 36a Abs. 1 Satz 1 werden hinter dem Wort "Hilfeplan" die Worte eingefügt "oder einer Zielvereinbarung nach § 35a Abs. 2".
 11. In § 36a wird folgender Abs. 4 eingefügt:
„(4) Abs. 3 findet für Leistungen nach § 35a keine Anwendung; stattdessen gilt § 15 des Neunten Buches.“
 12. In § 85 Abs. 2 Nr. 2 wird das Wort „Eingliederungshilfe“ durch die Worte „Leistungen zur Teilhabe nach § 35a“ ersetzt.
 13. In § 91 Abs. 1 Nr. 6 und Abs. 2 Nr. 3 werden jeweils die Worte "nach den Bestimmungen des Neunten Buches" vorangestellt und das Wort „Eingliederungshilfe“ durch die Worte „Leistungen zur Teilhabe nach § 35a“ ersetzt.
 14. In § 91 Abs. 3 wird folgender Satz 2 eingefügt:
„Im Falle des Abs. 1 Nr. 6 und des Abs. 2 Nr. 3 umfassen die Kosten, zu denen Kostenbeiträge erhoben werden, ausschließlich die Aufwendungen nach

Satz 1; dies gilt auch für die Hilfe für junge Volljährige, die diesen Leistungen i. S. v. Abs. 1 Nr. 8 und Abs. 2 Nr. 4 entspricht.“

15. In § 94 Abs. 5 wird folgender Satz 2 eingefügt:
„Im Falle des § 91 Abs. 3 Satz 2 ist von den in Satz 1 genannten Personen, die mit dem Leistungsberechtigten in häuslicher Gemeinschaft leben oder vor der Hilfgewährung gelebt haben, ein Kostenbeitrag nur in Höhe der für den häuslichen Lebensunterhalt ersparten Aufwendungen zu erbringen.“

Artikel 8

Änderungen des Neunten Buches Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe (SGB IX)

1. § 2 erhält folgende Fassung:

„§ 2 Behinderung, Beeinträchtigung und Barrieren

- (1) Eine Behinderung liegt vor bei Menschen mit langfristigen körperlichen, seelischen, geistigen oder Sinnesbeeinträchtigungen, wenn sie in dem Wechselverhältnis von verschiedenen Barrieren in der vollen, wirksamen und gleichberechtigten gesellschaftlichen Teilhabe eingeschränkt sind. Langfristig ist ein Zeitraum von voraussichtlich länger als sechs Monaten. Eine Behinderung droht, wenn eine Einschränkung der Teilhabe i. S. v. Satz 1 zu erwarten ist.
- (2) Beeinträchtigung ist die Auswirkung der auf einer gesundheitlichen Schädigung beruhenden Einschränkung einer körperlichen Funktion, geistigen Fähigkeit, seelischen Gesundheit oder Sinneswahrnehmung im Wechselverhältnis von Anforderungen, die zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft an einen nicht behinderten Menschen gestellt werden. Sie wird in fünf Stufen festgestellt. Eine geringfügige Beeinträchtigung liegt bei einem Grad der Beeinträchtigung von unter 30, eine erhebliche Beeinträchtigung bei einem Grad der Beeinträchtigung von 30 bis unter 50, eine schwere Beeinträchtigung bei einem Grad der Beeinträchtigung von 50 bis unter 80, eine besonders schwere Beeinträchtigung bei einem Grad der Beeinträchtigung von 80 bis unter 100 und eine schwerste Beeinträchtigung bei einem Grad der Beeinträchtigung von 100 vor. Die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes und der auf Grund des § 30 Abs. 17 des Bundesversorgungsgesetzes erlassenen Rechtsverordnung gelten entsprechend. Die Feststellung des Grades der Beeinträchtigung der Teilhabe erfolgt zunächst abgestuft nach Zehnergraden. Danach wird eine Zuordnung zur Stufe der Beeinträchtigung vorgenommen.
- (3) Als Barrieren i. S. dieses Gesetzes gelten alle physischen, informationellen, kommunikativen und sonstigen einstellungs- und umweltbedingten Hindernisse, die geeignet sind, Menschen mit Beeinträchtigung an der gleichberechtigten gesellschaftlichen Teilhabe zu hindern.
- (4) Erheblich beeinträchtigte Menschen i. S. v. Abs. 2 werden schwer beeinträchtigten Menschen gleich gestellt, wenn sie ohne die Gleichstellung einen Arbeitsplatz i. S. d. § 73 nicht erlangen oder nicht behalten können.
- (5) Für behinderte Menschen mit einer schweren, besonders schweren und schwersten Beeinträchtigung sowie ihnen nach Abs. 4 gleich gestellte Menschen gelten die Bestimmungen in Teil 2 dieses Buches.

(6) Die Rechte aus diesem Gesetz stehen Personen zu, die ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz i. S. d. § 73 rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben.

2. § 3 erhält folgende Fassung:

„§ 3 Vorrang von Prävention und Inklusion

(1) Die Rehabilitationsträger wirken darauf hin, dass der Eintritt einer Beeinträchtigung oder Behinderung einschließlich einer chronischen Krankheit vermieden wird.

(2) Sie haben im Rahmen ihres Zuständigkeitsbereichs und ihrer Verantwortung für den Gegenstand und die Qualität von Leistungen zur Teilhabe geeignete Maßnahmen zu treffen, um Barrieren abzubauen, die behinderte Menschen daran hindern, ihre gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe ausüben zu können. Alle Angebote, Maßnahmen, Programme, Strukturen, Einrichtungen und Vorschriften sind darauf auszurichten, dass behinderte Menschen diese ohne Nachteile zusammen mit nicht behinderten Menschen nutzen können (Inklusion).

(3) Die Rehabilitationsträger haben danach zu klären, welche Maßnahmen geeignet sind, Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu vermeiden, und stellen sicher, dass die fachlich und regional erforderlichen Präventionsangebote in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen. Die §§ 19, 21 bis 21b sind entsprechend anzuwenden.

3. In § 4 Abs. 1 werden die Worte „Ursache der Behinderung“ durch „Ursache der Beeinträchtigung“ und in der Nr. 1 das Wort „Behinderung“ durch das Wort „Beeinträchtigung“ ersetzt.

4. § 4 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 entfallen die Worte "und der für die zuständigen Leistungsträger geltenden Vorschriften"

b) Hinter Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Die Leistungen sollen eine möglichst inklusive Teilnahme behinderter Menschen an den allgemeinen Angeboten der Gesellschaft ermöglichen.“

c) Satz 2 wird zu Satz 3.

5. § 4 Abs. 3 erhält folgende Fassung:

„(3) Leistungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche werden so geplant und gestaltet, dass sie so weit wie möglich in ihrem sozialen Umfeld gemeinsam mit nicht behinderten Kindern und Jugendlichen erbracht werden und eine weitgehende inklusive Förderung, Therapie und Erziehung ermöglicht wird. Dabei werden behinderte Kinder und Jugendliche alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung der einzelnen Leistungen beteiligt. Ihre Sorgeberechtigten werden intensiv in die Planung und Gestaltung der Hilfen einbezogen. Bei allen Maßnahmen, die Kinder mit Behinderungen betreffen, ist das Wohl des Kindes ein vorrangig zu berücksichtigendes Ziel.“

6. § 5 wird wie folgt geändert:
- a) Die bisherige Fassung wird zu Abs. 1 Satz 1.
 - b) Die Nr. 4 wird wie folgt gefasst:
„4. Leistungen zur Sozialen Teilhabe.“
 - c) In Abs. 1 werden nach Satz 1 folgende Sätze 2 bis 4 angefügt:
"Die Leistungen werden personenzentriert darauf ausgerichtet, den Leistungsberechtigten die den Zielen der §§ 1 und 4 Abs. 1 entsprechende umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zügig, nahtlos, wirksam und wirtschaftlich sowie entsprechend dem individuellen Bedarf zu ermöglichen. Die Leistungen werden entsprechend der Entwicklung des Bedarfs im Verlauf der Teilhabeleistungen angepasst. Dazu sichern die Rehabilitationsträger durchgehend das Verfahren entsprechend dem jeweiligen Bedarf und gewährleisten, dass die wirksame und wirtschaftliche Ausführung der Leistungen zur Teilhabe nach gleichen Maßstäben und Grundsätzen erfolgt."
 - d) Es wird folgender Abs. 2 angefügt:
„(2) Die Leistungen zur Teilhabe umfassen auch Maßnahmen zur Beseitigung oder Verringerung von Barrieren. Hierzu gehören wirksame und geeignete Maßnahmen, die
 1. das Bewusstsein der Gesellschaft für Menschen mit Behinderung schärfen und die Achtung ihrer Rechte und ihrer Würde fördern,
 2. Klischees, Vorurteile und schädliche Praktiken gegenüber Menschen mit Behinderung in allen Lebensbereichen bekämpfen einschließlich derer auf Grund des Geschlechts, des Alters, der Religion oder Weltanschauung, sexuellen Identität, der Rasse oder wegen der ethnischen Herkunft,
 3. das Bewusstsein für die Fähigkeiten und den Beitrag von Menschen mit Behinderung fördern,
 4. ihnen den gleichberechtigten Zugang zur physischen Umwelt, zu Transportmitteln, zu Information und Kommunikation einschließlich der Informations- und Kommunikationstechnologien und –systeme sowie zu anderen öffentlichen Einrichtungen und Diensten ermöglichen.“
7. § 6 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
- a) Nach Ziffer 7 wird folgende Ziffer 8 eingefügt:
"8. die Pflegekassen für Leistungen nach § 5 Nrn. 1 und 3 mit Ausnahme der unterhaltssichernden Leistungen nach § 44 Abs. 1 Nr. 1."
 - b) Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 angefügt:
"Die Bestimmungen dieses Buches gelten für die Durchführung der Aufgaben der Integrationsämter entsprechend. Die Integrationsämter sind insoweit den Rehabilitationsträgern gleich gestellt.“
8. § 6a wird wie folgt geändert:
- a) Satz 1 wird zu Abs. 1
 - b) Die Sätze 2 bis 4 entfallen.
 - c) Nach Abs. 1 wird folgender Abs. 2 angefügt:
"(2) Ergeben sich im Leistungsverfahren der Träger der Grundsicherung (§ 2c SGB II) Hinweise auf eine drohende oder vorliegende Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, benachrichtigen sie den zu-

ständigen Rehabilitationsträger innerhalb von 14 Tagen über den festgestellten Bedarf an Teilhabeleistungen. Mit dem Eingang dieser Mitteilung beim zuständigen Träger beginnen die Fristen nach § 14 SGB IX."

9. § 7 erhält die folgende Fassung:

„Die Vorschriften dieses Buches gelten für die Leistungen zur Teilhabe für die in § 6 genannten Rehabilitationsträger. Soweit in den für sie geltenden Leistungsgesetzen darüber hinaus gehende Leistungen vorgesehen sind, werden sie ergänzend erbracht. Die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe richten sich nach den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen.“

10. § 8 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) Abs. 1 erhält folgende Fassung:

(1) Ergeben sich bei der Ausführung von Sozialleistungen durch einen Rehabilitationsträger Hinweise darauf, dass eine Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vorliegt oder droht, prüft der Träger im Verfahren nach § 10, welche Beeinträchtigungen der Teilhabe vorliegen, und leitet die entsprechenden Leistungsverfahren von Amts wegen beim zuständigen Rehabilitationsträger ein."

b) Abs. 3 entfällt

(wenn dem in Nr. 6 Buchst. a enthaltenen Vorschlag gefolgt wird, die Träger der Pflegeversicherung in § 6 einzubeziehen).

11. § 9 wird wie folgt geändert:

a) In Abs. 1 Satz 2 wird der zweite Halbsatz gestrichen.

b) In Abs. 1 wird folgender Satz 4 angefügt:

"Das Wunschrecht gilt als besonderes Element der Wirksamkeit und damit der Wirtschaftlichkeit der Leistungen."

c) In Satz 3 wird nach dem Wort "getragen" der Punkt durch ein Semikolon ersetzt, und es werden die Worte angefügt "ebenso den Rechten behinderter Kinder nach § 4 Abs. 3."

d) Nach Abs. 1 wird folgender Abs. 1a eingefügt:

"(1a) Werden mit der gewünschten Leistung oder Ausführung der Leistung die Teilhabeziele (§ 4) in gleicher Weise erreicht wie mit der vom Rehabilitationsträger beabsichtigten Leistung bzw. Leistungsausführung, gelten geringfügige Mehrkosten der gewünschten Leistung nicht als Verstoß gegen das Gebot der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit. Bei mehr als nur geringfügigen Mehrkosten ist der Rehabilitationsträger gehalten, mit dem gewünschten Leistungserbringer die für seine Leistungen vereinbarten Vergütungen zu vereinbaren."

12. § 10 erhält folgende Fassung:

"§ 10 Trägerübergreifende Bedarfsfeststellung

(1) Die Rehabilitationsträger sind dafür verantwortlich, dass die bei einem Leistungsberechtigten vorhandenen Beeinträchtigungen seiner Teilhabe am Leben in der Gesellschaft unter Orientierung an der Internationalen Klassifikation für

Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) möglichst umfassend sowie trägerübergreifend ermittelt und schriftlich dokumentiert werden. Dabei sind auch seine individuellen Bedürfnisse und Stärken multidisziplinär zu bewerten und für die Bedarfsfeststellung als Kontextfaktoren zu berücksichtigen. Den besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen wird Rechnung getragen. Das Ergebnis dieser Ermittlungen wird ebenso mit dem Leistungsberechtigten abgestimmt wie die auf dem Ergebnis basierende Formulierung der Teilhabeziele und die sachverständige Bewertung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe.

(2) Ist für die Feststellungen nach Abs. 1 ein Gutachten erforderlich, beauftragt der Rehabilitationsträger oder die Gemeinsame Servicestelle unverzüglich einen geeigneten Sachverständigen. Sachverständige sind geeignet, wenn sie über die für die Beurteilung der Beeinträchtigungen zur Teilhabe erforderliche Kompetenz, insbesondere zur Bewertung der Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren auf ihre Körperfunktionen und -strukturen, ihre Aktivitäten und ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft verfügen.

Je nach Beeinträchtigung, angestrebtem Teilhabeziel und Leistungsbedarf sind neben Medizinern, Psychologen und Pädagogen auch Sachverständige aus anderen Wissenschaftsbereichen einzubeziehen.

(3) Die Rehabilitationsträger stellen durch die Arbeitsgemeinschaft nach § 12a regional sicher, dass sie den Leistungsberechtigten in der Regel drei möglichst wohnortnahe Sachverständige unter Berücksichtigung bestehender sozialmedizinischer Dienste benennen können. Haben sich Leistungsberechtigte für einen benannten Sachverständigen entschieden, wird dem Wunsch Rechnung getragen. Der beauftragte Sachverständige trifft die Feststellungen nach Abs. 1 und erstellt das Gutachten innerhalb von zwei Wochen nach Auftragserteilung.

(4) Kann der Sachverständige bei der Abstimmung seiner Feststellungen nach Abs. 1 mit dem Leistungsberechtigten kein Einvernehmen herstellen, dokumentiert er die vom Berechtigten dafür vorgetragenen Gründe und seine Stellungnahme dazu im Gutachten. In diesen Fällen führen die Gemeinsamen Servicestellen mit dem Leistungsberechtigten und seiner Vertrauensperson ein Konsensverfahren nach § 12 Abs. 1 Nr. 3 mit der Zielsetzung der Herstellung von Einvernehmen durch. An diesem Konsensverfahren können neben den Sachverständigen, die das Gutachten nach Abs. 2 erstellt haben, weitere Sachverständige beteiligt werden, bei denen es sich auch um Experten der Leistungserbringer handeln kann. Auf Wunsch des Leistungsberechtigten sind diese zu beteiligen.

(5) Die Rehabilitationsträger legen ihren Entscheidungen die in dem Gutachten nach Abs. 2 oder im Konsensverfahren nach Abs. 4 getroffenen Feststellungen zur Beeinträchtigung der Teilhabe, den Teilhabezielen und dem Bedarf an Leistungen zur Teilhabe zu Grunde.

(6) Die Rehabilitationsträger überprüfen die Feststellungen nach Abs. 1 im Laufe des Leistungsverfahrens und passen ihre Leistungen dem Ergebnis dieser Prüfung an.

(7) Das in den §§ 8 bis 12, 14, 21 und 22 geregelte Teilhabemanagement der Rehabilitationsträger ist Aufgabe i. S. d. §§ 67a, 67b und 69 des Zehnten Buches."

13. § 11 wird wie folgt gefasst:

§ 11 Nahtlose Leistungsausführung

(1) Der zuständige Rehabilitationsträger i. S. d. § 14 prüft während der Einleitung, der Ausführung und nach Abschluss seiner Leistungen, ob und welche weiteren Leistungen zur Teilhabe im Anschluss an seine Leistungen erforderlich sind. Die Rehabilitationsträger stellen in den Verträgen nach § 21 sicher, dass sie von den Leistungserbringern die entsprechenden Hinweise so frühzeitig erhalten, dass die nachfolgend leistungsverpflichteten Rehabilitationsträger über ihre Leistungen rechtzeitig entscheiden und die nachfolgenden Leistungen nahtlos anschließen können. Ist dies nicht erreichbar, erbringt der aktuell zuständige Rehabilitationsträger vorläufige Leistungen nach § 43 des Ersten Buches. Kann er für die anschließenden Leistungen nicht Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 sein, unterrichtet er den nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger, für den § 14 Abs. 2 Satz 3 und 4 gilt.

(2) Bei der Prüfung nach Abs. 1 wird zur Klärung des Hilfebedarfs nach Teil 2 auch das Integrationsamt beteiligt."

14. § 12 wird wie folgt geändert:

a) In Abs. 1 wird die Nr. 4 wie folgt gefasst:

"4. Begutachtungen zur Feststellung der Beeinträchtigungen unter Orientierung an der Internationalen Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) nach einheitlichen Grundsätzen durchgeführt werden."

b) In Abs. 1 Nr. 5 wird das Wort "dem" durch das Wort "den" und das Wort "Ziel" durch das Wort "Zielen" ersetzt.

c) In Abs. 2 Satz 1 wird das Wort "sollen" durch das Wort "bilden" ersetzt; das Wort "insbesondere" und das Wort "bilden" vor dem Punkt entfallen.

d) Abs. 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

"§ 88 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 und Abs. 3, § 91 Abs. 2 sowie § 94 Abs. 2 bis 3 des Zehnten Buches gelten entsprechend."

15. Nach § 12 wird folgender § 12a eingefügt:

§ 12a Regionale Zusammenarbeit in Arbeitsgemeinschaften

(1) Die regionalen Arbeitsgemeinschaften nach § 12 Abs. 2 nehmen im Auftrag der Rehabilitationsträger folgende gemeinsamen Aufgaben wahr:

1. die Trägerschaft der Gemeinsamen Servicestellen nach § 22 und 23,
2. die Durchführung des regionalen Sicherstellungsauftrages nach § 19 einschließlich der Feststellung der Eignung von Leistungsanbietern nach § 17 durch Abschluss von Versorgungsverträgen nach § 21,
3. die trägerübergreifende Organisation des Feststellungsverfahrens nach § 10 einschließlich des Konsensverfahrens nach § 10 Abs. 4,

4. die regionale Konkretisierung der gemeinsamen Empfehlungen nach §§ 12, 13.

Die Rehabilitationsträger können den Arbeitsgemeinschaften weitere gemeinsame Aufgaben übertragen.

(2) Die Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft wird bei den regionalen Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung eingerichtet. § 91 Abs. 2 bis 4 gelten entsprechend. Die im Einzugsbereich einer Arbeitsgemeinschaft tätigen Rehabilitationsträger regeln im Benehmen mit der Aufsichtsbehörde die personelle und sachliche Ausstattung der Arbeitsgemeinschaften und die Kostenverteilung in Verträgen. § 23 gilt entsprechend.

(3) Die Rehabilitationsträger haben die regionalen Arbeitsgemeinschaften so zu bilden, dass sie ihre Aufgaben spätestens mit Ablauf eines Jahres nach In-Kraft-Treten dieses Gesetzes wahrnehmen können. § 23 Abs. 2 gilt entsprechend.

16. § 13 wird wie folgt geändert:

a) In Abs. 1 und Abs. 2 werden die Worte „Nr.n 1 bis 5“ gestrichen.

b) Abs. 2 Nr. 2 wird wie folgt gefasst:

"für welche Fälle (Zielgruppen) welche Anforderungen nach Art und Umfang der Teilhabebeeinträchtigungen an Gegenstand, Umfang, Ausführung und Qualität der Leistungen zu stellen sind (Leitlinien Teilhabeleistungen)",

c) Abs. 1 Nr. 7 erhält folgende Fassung:

"7. über die Beratung der Ärzte nach § 61 Abs. 1 Satz 1 und ein trägerübergreifendes Verfahren zur Einleitung von Teilhabeleistungen durch behandelnde Ärzte"

d) Nach Abs. 2 Nr. 10 werden folgende Nr.n 11 bis 14 angefügt:

" 11. in welchen Fällen und unter welchen Voraussetzungen bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von der Regelbehandlungsdauer abgewichen werden kann (§ 26 Abs. 6),

12. in welchen Fällen und unter welchen Voraussetzungen ein Direktzugang zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation möglich ist (§ 26 Abs. 6),

13. über das Verfahren der Vergütungsverhandlungen für die jeweiligen

Leistungsgruppen nach § 5 (§ 21 Abs. 7),

14. unter welchen Voraussetzungen bei medizinischen Leistungen zur Rehabilitation von der Zuzahlung nach § 52a Abs. 1 oder 2 abgesehen werden kann.

e) In Abs. 2 wird nach der Nr. 14 folgender Satz 2 eingefügt:

"An der Vorbereitung der gemeinsamen Empfehlung zu Nr. 7 ist der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 des Fünften Buches zu beteiligen."

f) § 13 Abs. 4 bis 8 entfallen.

g) Abs. 9 wird zu Abs. 3 und wie folgt gefasst:

"Die gemeinsamen Empfehlungen können durch die regionalen Arbeitsgemeinschaften nach § 12a konkretisiert werden. Diese können für ihren Zuständigkeitsbereich auch vorläufige Empfehlungen nach Abs. 1 und 2 vereinbaren, soweit ein regionaler Bedarf besteht und der Gemeinsame Bundesausschuss Teilhabe keine Empfehlung vereinbart hat."

17. Nach § 13 wird folgender § 13a eingefügt:

§ 13a Gemeinsamer Bundesausschuss Teilhabeleistungen

"(1) Die Spitzenverbände der Rehabilitationsträger auf Bundesebene (§ 6) bilden einen Gemeinsamen Bundesausschuss Teilhabeleistungen, der die Gemeinsamen Empfehlungen nach § 12 und 13 im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung vereinbart und in Unterausschüssen, die entsprechend den Leistungsgruppen nach § 5 Abs. 1 Nr.n 1, 2 und 3 eingerichtet werden, vorbereitet. Der Gemeinsame Bundesausschuss Teilhabe ist rechtsfähig. Seine Vereinbarungen und Beschlüsse binden die beteiligten Rehabilitationsträger. Der Gemeinsame Bundesausschuss Teilhabeleistungen fasst Beschlüsse mit der Mehrheit seiner Mitglieder.

(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern und in jeweils gleicher Anzahl aus Vertretern der Spitzenverbände der Rehabilitationsträger (§ 6), der Verbände behinderter Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen sowie der für die Wahrnehmung der Interessen der Rehabilitationsdienste und -einrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände.

(3) Die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses Teilhabe wird der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation übertragen.
§§ 88 Abs. 1 Satz 1, 89, 91 Abs. 2 bis 4, 94 Abs. 2 und 3 des Zehnten Buches gelten entsprechend.

(4) §12a Abs. 3 gilt entsprechend. Die gemeinsamen Empfehlungen nach §12 Abs. 1 Nr. 4 sind spätestens innerhalb eines Jahres, die gemeinsamen Empfehlungen nach §§ 12 Abs. 1 Nr. 5 und 13 Abs. 2 Nr. 2 spätestens innerhalb von zwei Jahren nach In-Kraft-Treten dieses Gesetzes zu vereinbaren."

18. In § 14 Abs. 1 Satz 3 wird das Wort „Behinderung“ durch das Wort „Beeinträchtigung“ ersetzt.

19. § 14 Abs. 5 entfällt.

20. In § 15 Abs. 1 wird Satz 5 gestrichen.

21. § 16 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Text wird zu Abs. 2; dabei werden die Worte "die Rehabilitationsträger" durch die Worte "der Bundesausschuss Teilhabe" ersetzt.

b) Es wird folgender neuer Abs. 1 vorangestellt:

"(1) Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung erlässt nach Anhörung der Spitzenverbände der Rehabilitationsträger auf Bundesebene, der Verbände behinderter Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen sowie der für die Wahrnehmung der Interessen der Rehabilitationsdienste und -einrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände mit Zustim-

mung des Bundesrates eine Rechtsverordnung, mit der das Verfahren der Bestellung der Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses Teilhabe, die Vereinbarung einer Verfahrensordnung sowie einer Geschäftsordnung unter entsprechender Anwendung des § 91 Abs. 3 Nr.n 1 und 2 des Fünften Buches geregelt wird."

22. § 17 erhält folgende Fassung:

„§ 17 Ausführung von Leistungen

(1) Der zuständige Rehabilitationsträger kann Leistungen zur Teilhabe

1. allein oder gemeinsam mit anderen Leistungsträgern,
2. durch andere Leistungsträger oder
3. unter In-Anspruch-Nahme von geeigneten, insbesondere auch freien und gemeinnützigen oder privaten Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen (§ 19)

ausführen. Er bleibt für die Ausführung der Leistungen verantwortlich. Satz 1 Nr. 1 beinhaltet auch die trägerübergreifende Verknüpfung von Leistungen verschiedener Leistungsgruppen (§ 5) und anderer Sozialleistungen nach den für den jeweiligen Träger geltenden Sozialleistungsgesetzen zu Komplexleistungen. Die Sätze 1 und 3 gelten insbesondere dann, wenn der Rehabilitationsträger die Leistung dadurch wirksamer oder wirtschaftlicher erbringen kann.

(2) Rehabilitationsdienste und -einrichtungen sind zur Ausführung von Leistungen zur Teilhabe geeignet, wenn ihre Struktur- und Prozessqualität den dazu in den gemeinsamen Empfehlungen nach §§ 13, 14 vereinbarten Anforderungen an Gegenstand, Umfang, Qualität und Ausführung der Leistungen entspricht und sie damit Gewähr dafür bieten, dass im Einzelfall die individuellen Teilhabeziele erreicht werden können. Die Eignung der Rehabilitationsdienste und -einrichtungen wird durch Versorgungsverträge nach § 21 Abs. 1 festgestellt. Der Vertrag nach § 21 Abs. 1 SGB IX begründet grundsätzlich keine Verpflichtung des Rehabilitationsträgers zur In-Anspruch-Nahme der Rehabilitationseinrichtung, es sei denn, eine solche Vereinbarung wird ausdrücklich getroffen. Wurde die Eignung eines Rehabilitationsdienstes oder einer -einrichtung für bestimmte Leistungen einer Leistungsgruppe i. S. d. § 5 festgestellt, wirkt diese Feststellung für alle Rehabilitationsträger, die diese Leistungen erbringen können.

(3) Einrichtungen und Dienste zur Ausführung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind solche, die Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft als Folge von Krankheit oder Behinderung

a) abwenden, beseitigen, mindern, ihre Verschlimmerung verhüten oder ihre Folgen mildern,

b) im Anschluss an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg sichern oder festigen, auch mit dem Ziel, eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

Dazu haben sie unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal die Beeinträchtigungen der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen nach § 26 Abs. 3 zu behandeln und

den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen.

Die Einrichtungen und Dienste müssen unter ständiger ärztlicher Verantwortung stehen. Sie brauchen nicht unter ständiger ärztlicher Verantwortung zu stehen, wenn die Teilhabeziele oder die Art der Behandlung dies nicht erfordern.

In stationären Einrichtungen werden die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.

(4) Um den Leistungsberechtigten in eigener Verantwortung ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen, werden Leistungen zur Teilhabe auf Antrag abweichend von Abs. 1 als Persönliches Budget, als Persönliche Assistenz oder als Budget für Arbeit ausgeführt. Alle Leistungsformen können kombiniert und mit anderen Sach-, Geld- und Beratungsleistungen als Komplexleistung zusammen erbracht werden. Die beteiligten Leistungsträger tragen die jeweils auf ihre Leistungen entfallenden Kosten. Soweit diese nicht bekannt sind, wird der auf den jeweiligen Leistungsbedarf (§ 10) entfallende Aufwand ermittelt. Können sich die Kostenträger über die Kostenverteilung nicht verständigen, werden die Kosten gleichmäßig nach der Anzahl der beteiligten Leistungsträger verteilt.“

23. Nach § 17 werden folgende §§ 17a, 17b und 17c eingefügt:

„§ 17a Persönliches Budget

(1) Bei der Ausführung des Persönlichen Budgets sind nach Maßgabe des individuell festgestellten Bedarfs und der Art der Leistungen die Rehabilitationsträger beteiligt. Das Persönliche Budget wird von den beteiligten Rehabilitationsträgern trägerübergreifend als Komplexleistung erbracht. Budgetfähig sind neben den Leistungen zur Teilhabe auch die übrigen erforderlichen Leistungen der Rehabilitationsträger, die sich auf alltägliche und regelmäßig wiederkehrende Bedarfe beziehen und als Geldleistungen erbracht werden können. An die Entscheidung ist die antragstellende Person für die Dauer von sechs Monaten gebunden.

(2) Persönliche Budgets werden als Geldleistung ausgeführt, bei laufenden Leistungen monatlich. Persönliche Budgets werden auf der Grundlage der nach § 10 Abs. 1 getroffenen Feststellungen so bemessen, dass der individuell festgestellte Bedarf, die Kosten der Budgetassistenz und die Kosten der Beratung nach § 14 Abs. 2 des Ersten Buches gedeckt werden. Dabei soll sich die Höhe des Persönlichen Budgets an den sonst zu erbringenden Sachleistungen orientieren.

(3) Enthält das Persönliche Budget Leistungen mehrerer Rehabilitationsträger, erlässt der nach § 14 Zuständige der beteiligten Rehabilitationsträger im Auftrag und im Namen der anderen beteiligten Rehabilitationsträger den Verwaltungsakt und führt das weitere Verfahren durch. Ein anderer der beteiligten Rehabilitationsträger kann mit den Aufgaben nach Satz 1 beauftragt werden, wenn die beteiligten Rehabilitationsträger dies in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten vereinbaren; in diesem Fall gilt § 93 des Zehnten Buches entsprechend. Die für den handelnden Rehabilitationsträger zuständige Widerspruchsstelle erlässt auch den Widerspruchsbescheid.

§ 17b Persönliche Assistenz

(1) Persönliche Assistenz ist die bedarfsdeckende individuelle persönliche Unterstützung oder Hilfeleistung, die es behinderten Menschen ermöglicht, gleichberechtigt mit anderen Menschen an der Gesellschaft teilzuhaben. Sie beinhaltet das Recht der behinderten Person,

1. die Personen, die die Assistenz leisten sollen, auszuwählen (Personalauswahlrecht),
2. über die Einsatzzeiten und die Struktur der Assistenz zu entscheiden (Organisationsrecht),
3. über Form, Art, Umfang und Ablauf der Assistenz im Einzelnen zu bestimmen (Anleitungsrecht),
4. den Ort der Leistungserbringung festzulegen (Entscheidung über den Leistungsort),
5. die Finanzierung der Hilfen grundsätzlich zu kontrollieren (Finanzkontrollrecht) und
6. umfassende Unterstützung von einer Person, einem Dienstleistungserbringer oder einzelne Hilfen von verschiedenen Personen oder Dienstleistungserbringern in Anspruch nehmen zu können (Modularisierungsmöglichkeit).

(2) Der nach § 14 zuständige Rehabilitationsträger stellt die individuelle Beeinträchtigung der Teilhabe und den deswegen bestehenden Bedarf an Persönlicher Assistenz nach § 10 fest. Das in der Verordnung (§ 21a) zu § 19a geregelte Verfahren und die Zielvereinbarung werden entsprechend angewandt.

(3) Der Umfang der Persönlichen Assistenz richtet sich nach dem festgestellten Bedarf, der Art der Assistenzleistung, den Besonderheiten des Einzelfalles und den örtlichen Verhältnissen. Die Vergütung wird nach Stundensätzen vereinbart.

§ 17c Budget für Arbeit

(1) Behinderte Menschen, die wegen ihrer Beeinträchtigung nicht in der Lage sind, mindestens drei Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig zu sein, können Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben auch als Budget für Arbeit erhalten, um eine ihren Fähigkeiten entsprechende Beschäftigung gegen Entgelt auszuüben.

(2) Das Budget für Arbeit kann Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach §§ 33 Abs. 3 Nr.n 2 bis 4 und Abs. 8 Nr.n 3, 38a, 40 und 41 sowie Leistungen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben nach § 102 Abs. 3 und 4 umfassen.

(3) Das Budget für Arbeit kann in eine Leistung an den Arbeitgeber zum Ausgleich der Leistungsminderung und für außergewöhnliche Belastungen umgewandelt werden. Dies setzt voraus, dass eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung mit einer tarifvertraglichen oder ortsüblichen Entlohnung für eine täglich mehr als drei Stunden dauernde Tätigkeit erfolgt.“

24. § 19 wird wie folgt geändert:

- a) In Abs. 1 Satz 1 wird

- aa) das Wort "wirken" durch das Wort "organisieren" ersetzt
- ab) die Worte "darauf hin" werden gestrichen
- ac) nach dem Wort "stehen" wird folgender Halbsatz angefügt:
" ,auch in ländlichen Gebieten".
- b) In § Abs. 2 werden die Worte "ambulanter, teilstationärer" durch die Worte "nicht stationärer" ersetzt.
- c) Abs. 3 wird wie folgt gefasst:
„(3) Leistungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche werden so weit wie möglich inklusiv zusammen mit der Unterstützung, Betreuung, Förderung und Erziehung nicht behinderter Kinder und Jugendlicher erbracht.“
- d) Abs. 4 Satz 2 entfällt.

25. § 21 wird wie folgt geändert:

- a) Abs. 1 wird wie folgt gefasst:
 - aa) Der einleitende Text erhält folgende Fassung:
"(1) Die Rehabilitationsträger dürfen Leistungen zur Teilhabe (§ 5) nur durch Rehabilitationsdienste und -einrichtungen ausführen lassen, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht. Mit dem Versorgungsvertrag wird die Eignung i. S. v. § 17 Abs. 1 und 2 festgestellt und der Versorgungsauftrag vereinbart. Er enthält insbesondere Regelungen über"
 - ab) Abs. 1 Nr.n 1 bis 4 werden wie folgt gefasst:
"1. den Versorgungsauftrag auf der Grundlage der gemeinsamen Empfehlungen nach § 13 und der Rahmenverträge nach Abs. 2,
2. die Qualitätsanforderungen an die Ausführung der Leistungen, das beteiligte Personal und die begleitenden Fachdienste sowie die Beteiligung an vergleichenden Qualitätsanalysen nach § 20 A
3. die Vereinbarung des Vergütungsverfahrens entsprechend der gemeinsamen Empfehlung nach § 13,
4. die Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen,
 - ac) Die Nr.n 3 bis 7 werden zu Nr.n 5 bis 9.

b) Abs. 2 erhält folgende Fassung:

"Die Rehabilitationsträger vereinbaren die Anforderungen an Gegenstand, Umfang, Ausführung und Qualität der Leistungen i. S. d. § 17 Abs. 2, die regelhaft für bestimmte Zielgruppen von Leistungsbeziehern oder Leistungsangebote gelten, mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Rehabilitationsdienste und -einrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbänden oder mit den Arbeitsgemeinschaften der Rehabilitationsdienste und -einrichtungen. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz wird beteiligt.

26. Nach § 21 werden folgende §§ 21a und 21b eingefügt:

"§ 21a Vergütung

(1) Rehabilitationsdienste und -einrichtungen (Leistungserbringer) haben unter Beachtung der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit einen Anspruch auf eine angemessene Vergütung der von ihnen ausgeführten Leistungen.

(2) Die Vergütung muss den Leistungserbringern bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, den im Vertrag nach § 21 vereinbarten Versorgungsauftrag zu erfüllen.

(3) Die Vergütung umfasst die mit dem vereinbarten Versorgungsauftrag verbundenen Aufwendungen, insbesondere für

1. Personal- und Sachkosten für Diagnostik und Therapie des
2. Personal- und Sachkosten der Verpflegung einschließlich Ernährungstherapie
und im Rahmen der medizinischen Rehabilitation auch einer Lehrküche
3. Investitions- und Investitionsfolgekosten einschließlich der Kosten für Miete, Pacht, Nutzung oder Mitnutzung von Grundstücken, Gebäuden oder sonstigen Anlagegütern
4. Allgemeine Bewirtschaftungskosten (Brennstoffe, Energie, Wasser/Abwasser, In-Stand-Haltung/Wartung, Versicherungen, Abgaben, Kurtaxen etc.)
5. Overhead- und sonstige Gemeinkosten einschließlich Kosten der Dokumentations- und Informationspflichten, des internen Qualitätsmanagements, der Mitwirkung an vergleichenden Qualitätsanalysen, Kosten der Telematik und der Zusammenarbeit mit den Betroffenenorganisationen.

Erstattungen und Erlöse sind zu berücksichtigen.

(4) Führt der Leistungserbringer im Auftrag des Rehabilitationsträgers weitergehende Leistungsansprüche des Berechtigten (z. B. Reisekosten nach § 53) aus, erhält er die damit verbundenen Aufwendungen neben der Vergütung erstattet.

(5) Während der Ausführung medizinischer Leistungen zur Rehabilitation anfallende, nicht durch den Bedarf an Teilhabeleistungen verursachte und deshalb über den nach § 21 vereinbarten Versorgungsauftrag hinaus gehende Kosten der Krankenbehandlung, die nicht durch die vertragsärztliche Versorgung nach dem Fünften Buch vergütet werden, können mit Zuschlägen vergütet werden.

(6) Die Vergütung kann als tagesgleicher Vergütungssatz, Einzelleistungsvergütung, Komplexleistungsvergütung, Budget für einen befristeten Zeitraum oder in anderer Form vereinbart werden.

(7) Die Rehabilitationsträger regeln das Vergütungsverfahren für die Leistungsgruppen nach § 5 jeweils in gemeinsamen Empfehlungen nach § 13. § 21 b Schiedsstellen

(1) Die Rehabilitationsträger (§ 6) gemeinsam und die für die Wahrnehmung der Interessen der Rehabilitationsdienste und -einrichtungen auf Landesebene maßgeblichen Verbände bilden miteinander für jedes Land und jeweils eine Leistungsgruppe i. S. d. § 5 Nr.n 1, 2 und 4 eine Schiedsstelle. Diese entscheidet über Streitfragen, die sich aus der Durchführung der §§ 17 Abs. 2 und 3, 21 und 21a in den Angelegenheiten ergeben

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

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

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

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

27. § 22 wird wie folgt geändert:

a) In Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 werden die Worte "bei der Klärung des Rehabilitationsbedarfs" gestrichen

b) Abs. 1 Satz 2 Nr.n 3 bis 8 werden wie folgt gefasst:

- "4. die Entscheidung des zuständigen Rehabilitationsträgers so umfassend vorzubereiten, dass dieser ohne weitere eigene Feststellungen innerhalb der Fristen des § 14 über die beantragte Leistung entscheiden kann,
5. die Einholung der trägerübergreifenden sachverständigen Feststellung der Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und des sich daraus ergebenden Bedarfs an Teilhabeleistungen (§ 10),
6. die Durchführung des dafür vorgesehenen Konsensverfahrens, wenn im Verfahren nach § 10 keine abgestimmte Feststellung der Beeinträchtigungen und des Leistungsbedarfs erreicht werden konnte,
7. die Begleitung der behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen von der ersten Beantragung einer Leistung zur Teilhabe bis zur Inklusion, ihre Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen und das Hinwirken auf zeitnahe Entscheidungen und nahtlose Ausführung von Leistungen bei den Rehabilitationsträgern.
8. die Entscheidung über den Bedarf an Beratung und Unterstützung nach § 44 Abs. 2 und die enge Zusammenarbeit mit denjenigen, die diese Beratung und Unterstützung leisten.

28. In § 26 Abs. 3 wird in Satz 1 der erste Halbsatz wie folgt gefasst:

"Bestandteil der Leistungen nach Abs. 1 sind auch medizinische, psychologische, sozialpädiatrische, pädagogische, heilpädagogische, sonderpädagogische und psychosoziale Hilfen,"

29. § 26 wird um folgende Absätze 4 bis 7 ergänzt:

"(4) Die in Abs. 2 und 3 genannten Gegenstände der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation können ambulant und stationär als Leistungen von Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen, die in Abs. 2 Nr.n 4 bis 7 und Abs. 3 Nr.n 1 bis 7 genannten Gegenstände aber auch als nicht stationäre Einzelleistung der medizinischen Rehabilitation ausgeführt werden.

(5) Die ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sollen für längstens 20 Behandlungstage, die stationären Leistungen für längstens drei Wochen erbracht werden. Sie können für einen längeren Zeitraum erbracht werden, wenn dies erforderlich ist, um die individuellen Teilhabeziele zu erreichen. Die Träger der medizinischen Rehabilitation (§ 6) bestimmen in gemeinsamen Empfehlungen nach § 12 Abs. 1 Nr. 1, für welche Fälle und in welchem Umfang entsprechend dem individuellen Bedarf im Einzelfall zur Erreichung der Teilhabeziele von der Regeldauer abgewichen wird.

(6) Die Rehabilitationsträger regeln in einer gemeinsamen Empfehlung nach § 13, unter welchen Voraussetzungen und in welchen Fällen mit erheblichen Beeinträchtigungen der Teilhabe und zeitnahe Behandlungsbedarf den Berechtigten, abweichend vom üblichen Verwaltungsverfahren, ein Direktzugang zu den Leistungserbringern der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation ermöglicht wird. Die Feststellungen nach § 10 entfalten in diesen Fällen konstitutive Wirkung.

(7) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen zur Rehabilitation erbracht, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind. Dies gilt nicht, wenn ein nach § 10 festgestellter Leistungsbedarf vorzeitige Leistungen erfordert.

30. § 30 wird wie folgt gefasst:

"§ 30 Früherkennung und Frühförderung

1) Die Leistungen der Früherkennung und Frühförderung nach § 26 Abs. 2 Nr. 2 erhalten noch nicht eingeschulte behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder, um eine drohende oder bereits eingetretene Beeinträchtigung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen oder die Beeinträchtigung durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen auszugleichen oder zu mildern.

(2) Die Leistungen umfassen als Komplexleistung

1. in Sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 Abs. 1 des Fünften Buches oder in mit Vertragsärzten kooperierenden Diensten und Einrichtungen
 1. medizinische Leistungen zur Rehabilitation nach § 26 Abs. 2 und 3 einschließlich der erforderlichen Diagnostik,
 2. Heilpädagogische Leistungen nach § 55 Abs. 2 Nr. 4
 3. Ergänzende Leistungen nach § 44 Abs. 2.
2. in interdisziplinären Frühförderstellen die nicht ärztlichen Leistungen i. S. von Abs. 1 Nr.n 1 bis 3 einschließlich der erforderlichen therapeutischen Diagnostik ohne die Leistungen nach § 26 Abs. 2 Nr. 1. Interdisziplinäre Früh-

förderstellen sind familien- und wohnortnahe Dienste und Einrichtungen, die der Früherkennung, Behandlung und Förderung von Kindern dienen. Die Leistungen können auch als mobile aufsuchende Hilfe oder im Zusammenhang mit offenen niedrigschwelligen Angeboten ausgeführt werden. Gegenstand der Leistung sind auch die Beratung der Erziehungsberechtigten und die Kosten der Bedarfsfeststellung, soweit die Leistungserbringer dazu als Sachverständige Leistungen erbringen.

(3) Der Bundesausschuss Teilhabeleistungen vereinbart in einer gemeinsamen Empfehlung nach §§ 13 Abs. 2 Nr. 2, 13a das Nähere zu Gegenstand, Umfang, Ausführung und Qualität der Leistungen sowie zum Förder- und Behandlungsplan.

(4) Der Bedarf an Leistungen der Früherkennung und Frühförderung wird nach § 10 festgestellt und in Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten zur Grundlage des von den Leistungsanbietern schriftlich aufzustellenden Förder- und Behandlungsplanes.

(5) Ausführung und Vergütung der Leistungen richtet sich nach dem zweiten Kapitel.

(6) Entscheiden die beteiligten Rehabilitationsträger nicht innerhalb der Fristen des § 14 über den Leistungsantrag, erbringt der Rehabilitationsträger Vorleistungen nach § 43 des Ersten Buches, bei dem der Antrag zuerst eingegangen ist.

(7) Landesrecht kann vorsehen, dass an den Komplexleistungen weitere Stellen, insbesondere der Kultusverwaltung, zu beteiligen sind. Die Erweiterung der Komplexleistung um weitere Leistungsbestandteile ist nach § 12a Abs. 1 Nr. 4 vorzunehmen."

31. § 33 Abs. 3 Nr. 4 erhält folgende Fassung:

„4. Hilfe zu einer den Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden beruflichen Ausbildung und zur schulischen Aus- und Weiterbildung einschließlich der Hochschulausbildung für angemessene berufliche Tätigkeiten,“

32. In § 33 werden nach Abs. 3 folgende Absätze 3a und 3b eingefügt:

„(3a) Die Hilfe zur schulischen Aus- und Weiterbildung für einen Beruf nach Abs. 3 Nr. 4 umfasst auch Hilfe

1. zur Ausbildung an einer Berufsfachschule, Berufsaufbauschule, Fachschule oder höheren Fachschule, Hochschule oder einer Akademie sowie sonstiger öffentlicher, staatlich anerkannter oder staatlich genehmigter schulischer Ausbildungsstätten,

2. zur Ableistung eines Praktikums, das für den Besuch einer der unter Nr. 1 genannten Ausbildungsstätten oder für die Berufszulassung üblich oder erforderlich ist sowie eines Auslandsaufenthaltes im Rahmen dieser Ausbildung,

3. zur Teilnahme am Fernunterricht; § 86 des Dritten Buches gilt entsprechend.

(3b) Die Hilfe nach Abs. 1 wird geleistet, wenn

1. zu erwarten ist, dass das Ziel der Ausbildung oder der Vorbereitungsmaßnahmen erreicht wird,
2. der beabsichtigte Ausbildungsweg für den gewünschten Beruf erforderlich ist,
3. der Beruf oder die Tätigkeit voraussichtlich eine ausreichende Lebensgrundlage bieten oder, falls dies wegen Art oder Schwere der Beeinträchtigung nicht möglich ist, zur Lebensgrundlage in angemessenem Umfang voraussichtlich beitragen wird.

33. Nach § 44 Abs. 1 wird folgender Abs. 2 eingefügt:

"(2) Ergänzend zu allen Leistungen zur Teilhabe haben Anspruch auf Beratung und Unterstützung in ihrer Lebenssituation i. S. v. § 14 Abs. 2 des Ersten Buches Personen, die wegen Art und Schwere ihrer Beeinträchtigung ohne diese Leistung ihre Lebenssituation nicht bewältigen oder Teilhabeziele nicht erreichen können. Bedarf und Umfang der Beratung und Unterstützung werden nach § 10 festgestellt. Der Berechtigte entscheidet selbst, wer die Beratung und Unterstützung ausführen soll. Die Leistung kann als Geld- oder Sachleistung oder durch Beratungsgutscheine ausgeführt werden. § 91 findet Anwendung. Das Nähere regeln die Rehabilitationsträger in einer gemeinsamen Empfehlung nach § 13."

34. § 46 wird wie folgt geändert:

a) In § 46 Abs. 1 Wird nach Satz 1 folgender Satz 2 eingefügt:

"Für die Träger nach § 6 Nr. 5 bis 7 gilt für Leistungen der medizinischen Rehabilitation und zur Sozialen Teilhabe am Arbeitsleben die Beitragsbemessungsgrenze des Fünften Buches, für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Beitragsbemessungsgrenze des Dritten Buches."

b) Satz 2 und 3 werden zu Satz 3 und 4."

35. Nach § 52 wird folgender § 52a eingefügt:

"§ 52a Zuzahlungen zur medizinischen Rehabilitation

(1) Von Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, wird für jeden Kalendarstag der stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation eine Zuzahlung von 10 Euro erhoben. Die Zuzahlung ist für längstens 14 Tage zu leisten, wenn die stationäre Rehabilitation unmittelbar im Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung beginnt (Anschlussrehabilitation); als unmittelbar gilt auch, wenn die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen beginnt, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht möglich. Hierbei ist eine innerhalb eines Kalenderjahres an einen anderen Rehabilitationsträger oder einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung geleistete Zuzahlung anzurechnen.

(2) Abs. 1 gilt auch für Versicherte oder Bezieher einer Rente, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und für sich, ihre Ehegatten oder Lebenspartner sonstige stationäre Leistungen in Anspruch nehmen.

(3) Bezieht ein Versicherter Übergangsgeld oder vergleichbare Barleistungen, die i. S. v. § 46 Abs. 1 begrenzt sind, hat er für die Zeit des Bezugs von Übergangsgeld eine Zuzahlung nicht zu leisten.

(4) Die Träger der medizinischen Rehabilitation (§ 6) bestimmen in einer gemeinsamen Empfehlung nach § 13, unter welchen Voraussetzungen von der Zuzahlung nach Abs. 1 oder 2 abgesehen werden kann, wenn sie den Versicherten oder den Rentner unzumutbar belasten würde.

(5) Die Zuzahlung steht der Annahme einer vollen Übernahme der Aufwendungen für die Leistungen zur Teilhabe i. S. arbeitsrechtlicher Vorschriften nicht entgegen."

36. Die Kapitel 7 und 8 werden wie folgt gefasst:

„Kapitel 7

Leistungen zur Sozialen Teilhabe

§ 55 Leistungen zur Sozialen Teilhabe

- (1) Menschen mit Behinderung erhalten Leistungen zur Sozialen Teilhabe, die ihnen eine mit anderen gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und so weit wie möglich ein unabhängiges und selbstbestimmtes Leben ermöglichen und sichern, soweit die Leistungen nicht nach den Kapiteln 4 bis 6 erbracht werden.
- (2) Leistungen nach Abs. 1 sind insbesondere
 1. Persönliche Unterstützung zur Sozialen Teilhabe,
 2. Teilhabegeld zum Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile und Mehraufwendungen,
 3. Förderung der Mobilität und Versorgung mit anderen als den in § 31 genannten Hilfsmitteln,
 4. Heilpädagogische Leistungen für Kinder und Jugendliche,
 5. Hilfen zur Alltagsbewältigung,
 6. Hilfen zur Ausbildung und Ausübung für eine sonstige angemessene Tätigkeit,
 7. Hilfen für die Wohnung,
 8. Hilfen zur Teilnahme an ehrenamtlichen, verbandlichen, gemeinschaftlichen, sportlichen und kulturellen Veranstaltungen,
 9. nachgehende Hilfen zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen und zur Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben,

10. Hilfen für eine vom Leistungsträger und Leistungserbringer unabhängige Beratung,
 11. Hilfen zur Bewältigung von sonstigen Alltagsverrichtungen.
- (3) Die Leistungen können als Sach-, Geld- oder Beratungsleistung sowie auf Antrag in Form des Persönlichen Budgets, als Persönliche Assistenz oder als Budget für Arbeit nach § 17a bis c erbracht werden.

§ 56 Persönliche Unterstützung

Persönliche Unterstützung zur Sozialen Teilhabe deckt den individuellen Hilfebedarf an personenbezogenen Dienstleistungen, der nicht bereits durch Sozialleistungen oder Dienstleistungen für die Allgemeinheit erfasst, aber für die gleichberechtigte Teilnahme an Leistungen oder solchen Angeboten erforderlich ist, insbesondere

1. persönliche Kindergarten-, Schul- und Studienunterstützung,
2. Unterstützung bei der Ausübung eines Ehrenamtes, eines Wahlamtes oder einer sonstigen, mit einer Berufsausübung vergleichbaren Tätigkeit,
3. Begleitung und Unterstützung bei der Mobilität,
4. Kommunikationshilfe durch Vorlesekräfte, Gebärdensprach-, Lormen-, Schriftdolmetschende und Übertragung in leichte Sprache sowie andere persönliche Hilfen zur Kommunikation,
5. Elternunterstützung und begleitete Elternschaft,
6. Pflege als Grundpflege, Behandlungspflege und hauswirtschaftliche Versorgung,
7. Begleitung und Unterstützung bei Freizeitaktivitäten, kulturellen Veranstaltungen und Reisen.

§ 17b Abs. 1 Satz ist entsprechend anzuwenden.

§ 56a Teilhabegeld

Zum Ausgleich ihrer behinderungsbedingten Nachteile und Mehraufwendungen haben behinderte Menschen einen Anspruch auf Teilhabegeld. Das Teilhabegeld wird neben anderen Leistungen nach § 55 Abs. 2 erbracht.

§ 57 Förderung der Mobilität und Hilfsmittel zur Sozialen Teilhabe

- (1) Hilfen zur Mobilität (§ 55 Abs. 2 Nr. 3) werden auf Antrag der berechtigten Person als Kraftfahrzeughilfe nach den Bestimmungen der Kraftfahrzeughilfeverordnung gemäß § 33 Abs. 8 Nr. 1 oder zur Teilnahme am Fahrdienst für behinderte Menschen geleistet, soweit diese Leistungen nicht bereits Gegenstand der Leistungen des vierten und fünften Kapitels sind.
- (2) Soweit kein Anspruch auf Kraftfahrzeughilfe im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben besteht und der behinderte Mensch nicht nur vorübergehend auf ein Kraftfahrzeug angewiesen ist, wird Kraftfahrzeughilfe ge-

leistet, wenn dadurch die selbstständige Führung eines eigenen Haushaltes, die Ausübung der Elternschaft, einer ehrenamtlichen Tätigkeit oder eines Wahlamtes oder die Teilnahme an regelmäßigen medizinischen oder therapeutischen Anwendungen gesichert wird. Soweit Leistungen der Kraftfahrzeughilfe nach anderen Rechtsvorschriften zu erbringen sind, ist auch der zusätzliche Bedarf für die Soziale Teilhabe vom vorrangigen Träger zu berücksichtigen.

- (3) Leistungen des Fahrdienstes für behinderte Menschen umfassen insbesondere
1. Hilfen zur Förderung der Begegnung und des Umgangs mit behinderten und nicht behinderten Menschen,
 2. Hilfen zum Besuch von Veranstaltungen oder Einrichtungen, die der Geselligkeit, der Unterhaltung oder kulturellen Zwecken dienen,
 3. Hilfen zur Teilnahme am Behindertensport und Sportveranstaltungen, soweit sie nicht nach anderen Rechtsvorschriften geleistet werden,
 4. Hilfen zur selbstständigen Führung eines eigenen Haushaltes, zur Ausübung der Elternschaft, einer ehrenamtlichen Tätigkeit oder eines Wahlamtes und zur Teilnahme an regelmäßigen medizinischen oder therapeutischen Anwendungen, soweit nicht andere Rehabilitationsträger Leistungen erbringen,
 5. Hilfen zur Teilnahme an Weiterbildungsangeboten.
- (4) Anspruch auf Leistungen des Fahrdienstes für behinderte Menschen haben Menschen mit schwerster Beeinträchtigung, denen nicht ständig ein Kraftfahrzeug zur Verfügung steht und die
1. außergewöhnlich gehbehindert (Merkzeichen aG),
 2. außerhalb der Wohnung ständig auf die Benutzung eines Rollstuhles angewiesen sind und
 3. aus gesundheitlichen Gründen oder auf Grund der technischen Ausstattung ihres Rollstuhles den Öffentlichen Personennahverkehr nicht nutzen können.
- Diesen Anspruch haben auch behinderte Menschen, die den Öffentlichen Personennahverkehr aus besonders schwerwiegenden gesundheitlichen Gründen nicht unter zumutbaren Bedingungen nutzen können.
- (5) Die Leistung für den Fahrdienst kann in Form von Gutscheinen, Guthaben oder als Geldleistung oder als Persönliches Budget erbracht werden. Die Leistungen sind zweckbestimmt zu verwenden und die Verwendung ggf. nachzuweisen.
- (6) Die Leistung für den Fahrdienst wird nach dem angemessenen Bedarf, mindestens jedoch für 26 Fahrten im Quartal oder in Höhe von 120 Euro im Monat bewilligt. Der Anspruch kann innerhalb eines Kalenderjahres und in das erste Quartal des folgenden Kalenderjahres übertragen werden.
- (7) Für die Fahrten soll die jeweils kostengünstigste zumutbare Strecke gewählt werden. Zulässig sind Fahrtstrecken, die sich auf das Gebiet der Stadt oder des Landkreises, des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthaltes beschränken, zuzüglich einer Überschreitung um bis zu 10 km.
- (8) Zu den anderen Hilfsmitteln (§ 55 Abs. 2 Nr. 3) gehören, soweit behinderte Menschen wegen Art und Schwere ihrer Beeinträchtigung auf derartige Hilfsmittel angewiesen sind und sie nicht bereits Gegenstand der Leistungen des vierten und

fünften Kapitels sind, auch:

1. Hilfsmittel zur Erschließung von Information und Kommunikation,
2. andere als die in Abs. 1 genannten Hilfsmittel zur Sicherstellung der persönlichen Mobilität,
3. Hilfsmittel zur Ausübung des Sports, insbesondere des Rehabilitations-sports,
4. Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens und zur nicht beruflichen Verwendung bestimmte Hilfsgeräte für behinderte Menschen.
5. Pflegehilfsmittel, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbstbestimmte Lebensführung ermöglichen.

§ 31 Abs. 2 bis 4 gelten entsprechend.

§ 58 Heilpädagogische Leistungen

- (1) Heilpädagogische Leistungen (§ 55 Abs. 2 Nr. 4) werden erbracht, wenn nach fachlicher Erkenntnis zu erwarten ist, dass hierdurch
 1. eine drohende Beeinträchtigung abgewendet oder der voranschreitende Verlauf einer Beeinträchtigung verlangsamt werden kann oder
 2. die Folgen einer Beeinträchtigung beseitigt oder gemildert werden können.
- (2) Heilpädagogische Leistungen umfassen alle Maßnahmen, die die Entwicklung des beeinträchtigten Menschen und die Entfaltung seiner Persönlichkeit mit pädagogischen Mitteln anregen einschließlich der jeweils erforderlichen sozial-, sonderpädagogischen, psychologischen und psychosozialen Hilfen.
- (3) I. V. m. Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung (§ 30) und schulvorbereitenden Maßnahmen der Schulträger werden heilpädagogische Leistungen grundsätzlich als Komplexleistung erbracht.
- (4) Die heilpädagogischen Leistungen können auch im Rahmen des Besuchs von Kindertagesstätten und Schulen oder in häuslicher Umgebung erbracht werden.

Kapitel 8 Leistungen zur Förderung der inklusiven Bildung

§ 59 Leistungen zur inklusiven Bildung

- (1) Menschen mit Behinderung erhalten Leistungen zur Förderung der inklusiven Bildung, die ihnen eine mit anderen gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und so weit wie möglich ein unabhängiges und selbstbestimmtes Leben ermöglichen und sichern, soweit die Leistungen nicht nach den Kapiteln 4 bis 6 erbracht werden.
- (2) Leistungen nach Abs. 1 sind insbesondere
 1. Hilfen zum Besuch von Kindertageseinrichtungen sowie von anderen Einrichtungen und Maßnahmen der Elementarbildung,

2. Hilfen zu einer möglichst weitgehend inklusiven Schulbildung und zum Besuch weiterführender Schulen einschließlich der Vorbereitung hierzu; die Bestimmungen über die Förderung behinderter Schülerinnen und Schüler in den Schulgesetzen der Länder bleiben hiervon unberührt,
3. Hilfen zu einer den Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Fachschul-, Fachhochschul- und Hochschulbildung und für Angebote der allgemeinen Weiterbildung, soweit sie nicht durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 gefördert werden."

§ 59a Verordnungsermächtigung

Die Bundesregierung kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über Voraussetzungen, Gegenstand und Umfang der Leistungen nach dem siebten und achten Kapitel sowie über das Zusammenwirken dieser Leistungen mit anderen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen regeln.

59b Zuständigkeit

Die Leistungen nach diesem Kapitel werden für Leistungsberechtigte von den zuständigen Trägern der Sozialhilfe erbracht, soweit nicht ein anderer Rehabilitationsträger vorrangig zuständig ist.

Die Länder können hinsichtlich der Leistungen nach § 28 Abs. 3 Nr. 3 eine abweichende Zuständigkeit unter Einbeziehung der in § 24 genannten Leistungsträger und der Integrationsämter regeln."

§ 59c Kostentragung

Der Bund beteiligt sich an den Kosten der Träger der Sozialhilfe für die Durchführung von Leistungen zur Sozialen Teilhabe.

37. Vor § 60 wird in der Überschrift die Bezeichnung des Kapitels 8 in Kapitel 9 geändert.

38. In Teil 2 wird die Überschrift vor Kapitel 1 wie folgt gefasst:

Teil 2

„Besondere Regelungen zur Teilhabe schwer beeinträchtigter, besonders schwer und schwerstbeeinträchtigter Menschen (Schwerbehindertenrecht)“

39. § 68 wird wie folgt geändert:

- a) In Abs. 1 wird das Wort „schwerbehinderte“ durch die Worte „schwer beeinträchtigte, besonders schwer und schwerstbeeinträchtigte Menschen“ ersetzt.
- b) In Abs. 2 wird die Angabe „(§ 2 Abs. 3)“ durch die Angabe „(§ 2 Abs. 4)“ ersetzt.
- c) In Abs. 4 wird die Angabe „(§ 2 Abs. 1)“ durch die Angabe „(§ 2 Abs. 2)“ ersetzt.

40. In § 69 Abs. 1 Satz 1 werden die Worte „Grad der Behinderung“ durch die Worte „Grad der Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“ ersetzt.

41. In § 102 wird folgender Absatz (4a) eingefügt:
„(4a) Das Integrationsamt kann im Rahmen seiner Zuständigkeit die Leistungen nach Abs. 3 Nr. 1. e), Nr. 2. a), c), e), Abs. 3a und 4 auch trägerübergreifend als Budget für Arbeit nach § 17c gemeinsam mit weiteren Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und unterhaltssichernden Leistungen anderer Leistungsträger erbringen.“
42. In § 145 Abs. 1 Satz 1 werden nach dem Wort „gehörlos“ die Worte „oder taubblind“ eingefügt.
43. In § 145 Abs. 1 Satz 5 wird folgende Nr. 1a. nach der Nr. 1 eingefügt:
„1a. die taubblind i. S. d. zu § 56a erlassenen Rechtsverordnung sind oder.“

Artikel 9
Verordnung
zur Durchführung der §§ 55 bis 59 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch
(Verordnung Soziale Teilhabe und inklusive Bildung)

Abschnitt I
Leistungen der Sozialen Teilhabe

§ 1 Leistungen zur Sozialen Teilhabe

- (1) Hilfen zur Alltagsbewältigung (§ 55 Abs. 2 Nr. 5) umfassen insbesondere die blindenspezifische Grundrehabilitation, Unterricht in Kommunikationstechniken für hörbeeinträchtigte, höresehbbeeinträchtigte sowie taubblinde Menschen, Mobilitätstraining, Wohntraining oder andere vergleichbare Leistungen für Menschen mit Lernschwierigkeiten, körperlich und psychisch beeinträchtigte Menschen.
1. Zur blindenspezifischen Grundrehabilitation gehören insbesondere Schulungen in Orientierung und Mobilität, das Training lebenspraktischer Fähigkeiten, das Erlernen der Braille-Schrift und der Erwerb von Arbeits- und Kommunikationstechniken, insbesondere zur nicht beruflichen Verwendung eines PC einschließlich erforderlicher Hilfsmittel sowie zur Nutzung von anderen Hilfsmitteln für die Erschließung von Informationen und zur Kommunikation. Ansprüche nach den §§ 26 und 33 bleiben hiervon unberührt.
2. Mit dem Erlernen von Deutscher Gebärdensprache, lautsprachbegleitenden Gebärden oder anderen Kommunikationstechniken (z. B. Lormen bei taubblinden Menschen), soll die Kommunikation von hörgeschädigten Personen mit anderen Menschen ermöglicht und unterstützt werden. Der Anspruch umfasst auch die Hilfe für die Unterweisung in diesen Kommunikationstechniken von Personen, mit denen hörgeschädigte Personen in regelmäßigem Kontakt stehen, insbesondere im Haushalt lebende Familienangehörige und Personen am Arbeitsplatz.
3. Mit dem Mobilitätstraining für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung soll die Fähigkeit zur Bewegung und Orientierung im öffentlichen und öffentlich zu-

gänglichen Raum erreicht werden. Wohntraining oder andere Leistungen für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung sollen ihre selbstständige Lebensführung im privaten Umfeld ermöglichen.

4. Training zur Mobilität mit Rollstuhl, Rollator oder anderen mobilen Gehhilfen für körperlich beeinträchtigte Menschen soll ihre Selbstständigkeit im öffentlichen Raum und im privaten Umfeld unterstützen.

5. Die Unterstützung zum Erlernen der Alltagsbewältigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen umfasst das Wohntraining und die Förderung der Fähigkeit zur Bewegung und Orientierung im öffentlichen und öffentlich zugänglichen Raum.

- (2) Hilfen zur Ausbildung und Ausübung für eine sonstige angemessene Tätigkeit (§ 55 Abs. 2 Nr. 6) werden erbracht, wenn die angestrebte Tätigkeit geeignet ist, die Soziale Teilhabe zu ermöglichen, und eine berufliche Tätigkeit aus besonderen Gründen, vor allem wegen Art und Schwere der Beeinträchtigung, unterbleibt. Diese Leistungen sind nur zu erbringen, wenn Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ausgeschlossen sind.
- (3) Hilfen werden auch für die Beschaffung, die angemessenen Aufwendungen für den Umbau, die Ausstattung, die Anpassung und die Erhaltung einer Wohnung (§ 55 Abs. 2 Nr. 7) bewilligt, die der individuellen Beeinträchtigung der Teilhabe des Berechtigten entspricht, insbesondere zur Herstellung der Barrierefreiheit. Die Aufwendungen für die Beschaffung einer barrierefreien Wohnung umfassen auch die Wohnberatung für eine barrierefreie Wohnraumanpassung sowie die notwendigen Umzugs- und Maklerkosten, wenn sie zur Beschaffung einer den besonderen Anforderungen genügenden Wohnung erforderlich sind. Die Hilfen umfassen auch die Herstellung der Barrierefreiheit im individuellen Wohnumfeld sowie bei Bedarf die Kosten für die Bereitstellung von Wohnraum für eine Pflegekraft.

§ 2 Persönliche Unterstützung

- (1) Die Leistungen der persönlichen Unterstützung nach § 56 werden ergänzend zu den allgemeinen Angeboten und den Leistungen des siebten und achten Kapitels erbracht, wenn und soweit diese nicht ausreichen, um eine gleichberechtigte Teilnahme zu ermöglichen. Dazu gehören auch Angebote der allgemeinen Weiterbildung.

Die Leistungen der persönlichen Unterstützung werden bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung, einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder einer Kurzzeitpflege sowie einer Behandlung, Förderung oder Unterstützung zum Übergang in das häusliche Wohnumfeld, in der Regel bis zu einer Dauer von sechs Monaten, weiter erbracht. § 11 Abs. 3, erster Halbsatz des Fünften Buches gilt entsprechend

- (2) Die Leistungen nach § 56 Nr. 2 werden im notwendigen Umfang geleistet, soweit die Kosten nicht von der Körperschaft, der Einrichtung oder der Organisati-

on übernommen werden, für die oder in der das Amt oder die Tätigkeit ausgeübt wird.

- (3) Die Leistungen nach § 56 Nr. 3 werden als Kraftfahrzeughilfe oder als Teilnahme am Fahrdienst für behinderte Menschen gewährt.
- (4) Nach § 56 Nr. 5 wird Elternunterstützung als persönliche Unterstützung insbesondere im häuslichen Umfeld geleistet. Sie soll körperlich-funktionelle Beeinträchtigungen bei der Wahrnehmung der Elternschaft ausgleichen.
- (5) Eltern mit geistigen oder seelischen Beeinträchtigungen werden nach § 56 Nr. 5 in erforderlichem Umfang regelmäßig bei der Ausübung ihrer Erziehungsverantwortung durch pädagogische Anleitung, Beratung und Begleitung ausgleichen und die Wahrnehmung der Elternrolle unterstützen.
- (6) Wird die Pflege i. S. v. § 56 Nr. 6 durch nahestehende Personen oder Verwandte des pflegebedürftigen Menschen oder im Wege der Nachbarschaftshilfe geleistet, werden diesen Pflegepersonen die im Zusammenhang mit der Pflegetätigkeit entstehenden angemessenen Aufwendungen erstattet. Ebenso werden Beiträge für eine angemessene Alterssicherung der Pflegepersonen übernommen, soweit deren Alterssicherung nicht anderweitig sichergestellt ist.
- (7) Vorrangige Leistungen anderer Sozialleistungsträger sind auf den Unterstützungsbedarf anzurechnen. Sie gehen in die Bedarfsermittlung durch den für die Soziale Teilhabe zuständigen Rehabilitationsträger ein, soweit sie einen zweckgleichen Bedarf betreffen. Persönliche Unterstützung wird als Komplexleistung erbracht.
- (8) Die Bundesregierung kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates nähere Bestimmungen über die Abgrenzung des berechtigten Personenkreises, die Bedarfsfeststellung, die Bemessung der persönlichen Unterstützung, die Entgeltformen, die Anrechnung zweckgleicher Leistungen und das Verfahren der Kostenerstattung durch andere Leistungsträger erlassen.

§ 3 Elternunterstützung

- (1) Elternunterstützung (§ 56 Nr. 5) erhält, wer wegen einer körperlichen Beeinträchtigung die mit der Ausübung der Elternschaft erforderlichen Verrichtungen nicht ohne persönliche Unterstützung, besondere Dienstleistungen oder geeignete Hilfsmittel durchführen kann. Zu den Leistungen gehören auch die Mobilitätshilfen nach § 57.
- (2) Sie wird unabhängig von weiteren Ansprüchen der Kinder- und Jugendhilfe nach dem Achten Buch geleistet. Art und Umfang der Leistungen richten sich nach den funktionellen Erfordernissen auf Grund der Beeinträchtigung eines oder beider Elternteile und dem Recht auf Teilhabe bei der Wahrnehmung der Elternschaft als behinderte Eltern.
- (3) Elternunterstützung wird dem behinderten Elternteil geleistet; sie ist nicht dadurch ausgeschlossen, dass der nicht behinderte Elternteil einen Teil der Verrichtungen übernehmen kann. Sind beide Elternteile auf Elternunterstützung angewiesen, bestimmt sich der Bedarf nach der gemeinsamen Wahrnehmung der Aufgaben.

§ 4 Begleitete Elternschaft

- (1) Begleitete Elternschaft (§ 56 Nr. 5) ist die Unterstützung der Erziehungskompetenz von Eltern, die auf Grund einer geistigen oder seelischen Beeinträchtigung ihre Erziehungsverantwortung nicht in vollem Umfang ausüben können. Sie wird neben den Leistungen der Förderung der Erziehung in der Familie nach dem zweiten Abschnitt des zweiten Kapitels und der Hilfe zur Erziehung nach § 27 des Achten Buches geleistet.
- (2) Ziel der Begleiteten Elternschaft ist die Förderung und Unterstützung der selbstbestimmten Ausübung der elterlichen Sorge für das Kind durch behinderte Eltern. Maßnahmen der Begleiteten Elternschaft gehen anderen Leistungen, die das elterliche Sorgerecht oder die Ausübung der selbstbestimmten Wahrnehmung der Erziehungsverantwortung durch die Eltern einschränken, vor.
- (3) Die Leistungen umfassen insbesondere die Förderung, Schulung, Beratung, Begleitung und Unterstützung der Erziehungskompetenz der Eltern durch pädagogische Fachkräfte.

§ 5 Teilhabegeld

- (1) Das Teilhabegeld (§ 56a) besteht aus einem Grundbetrag und einem Zusatzbetrag für den Mehrbedarf und wird nicht auf andere Teilhabeleistungen angerechnet.
- (2) Die Höhe des Grundbetrages des Teilhabegeldes richtet sich nach der Stufe der Beeinträchtigung. Er beträgt monatlich
 1. 50,00 Euro für erheblich beeinträchtigte Menschen,
 2. 80,00 Euro für schwer beeinträchtigte Menschen,
 3. 100,00 Euro für besonders schwer beeinträchtigte Menschen und
 4. 120,00 Euro für schwerstbeeinträchtigte Menschen.
- (3) Die Höhe des Zusatzbetrages richtet sich nach dem beeinträchtigungsspezifischen Mehrbedarf. Er beträgt monatlich:
 1. bei einer schweren Hörschädigung 150,00 Euro,
 2. bei einer Gehörlosigkeit, wenn die Voraussetzungen der Zuerkennung des Merkzeichens "GL" vorliegen, 300,00 Euro,
 3. bei einer Sehbehinderung i. S. v. Abs. 4, 150,00 Euro,
 4. bei Blindheit, wenn die Voraussetzungen der Zuerkennung des Merkzeichens "BL" vorliegen, 600,00 Euro,
 5. bei Taubblindheit i. S. d. Abs. 4, 900 Euro,
 6. bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe I 150,00 Euro,
 7. bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe II 350,00 Euro,
 8. bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III 550,00 Euro
 9. bei Anerkennung eines Härtefalls nach § 36 Abs. 4 des Elften Buches 650,00 Euro,
 10. bei Beschäftigten in einer Werkstatt für behinderte Menschen 150,00 Euro,

11. bei Menschen mit Lernschwierigkeiten mit einem Bedarf für die Verständigung in leichter Sprache 150,00 Euro.
- (4) Eine schwere Seh- oder Hörschädigung liegt vor, wenn die Voraussetzungen für eine schwere oder schwerste Beeinträchtigung allein wegen der Seh- oder Hörschädigung erfüllt sind.
- (5) Taubblind sind Menschen, bei denen gleichzeitig
1. die optische Wahrnehmung dadurch eingeschränkt ist, dass kein Sehvermögen besteht oder das vorhandene Sehvermögen so gering ist, dass es auch durch den Einsatz geeigneter Sehhilfen zu einer im Sinne der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft verwertbaren optischen Wahrnehmung nicht gesteigert werden kann, und gleichzeitig
 2. die akustische Wahrnehmung dadurch eingeschränkt ist, dass kein Hörvermögen besteht oder das vorhandene Hörvermögen so gering ist, dass es auch durch den Einsatz geeigneter Hörhilfen zu einer im Sinne der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft verwertbaren akustischen Wahrnehmung nicht gesteigert werden kann, und
 3. ein natürlicher wechselseitiger, für eine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft verwertbarer Ausgleich durch Sinnesreste nicht stattfindet und auch nicht entwickelt werden kann.
- (6) Die Grund- und Zusatzbeträge werden nebeneinander geleistet. Bei Anspruch auf mehrere Zusatzbeträge wird der höchste Betrag nach Abs. 3 unvermindert geleistet, die weiteren Beträge in Höhe von 50 v. H. der jeweiligen Beträge.
- (7) Das Teilhabegeld beträgt monatlich nicht mehr als 1.000,00 Euro.
- (8) Die in den vorstehenden Absätzen genannten Beträge werden jeweils zum 1. Juli eines Kalenderjahres entsprechend dem Anstieg des allgemeinen Lebenshaltungskostenindex angepasst.
- (9) Das Teilhabegeld wird nicht als Einkommen berücksichtigt und unterliegt nicht der Pfändung. Wird das Teilhabegeld ganz oder teilweise an eine nicht erwerbsmäßig unterstützende Person weitergeleitet, gilt Satz 1 für diese entsprechend.

Abschnitt II

Leistungen zur Förderung der inklusiven Bildung

§ 6 Inklusive Elementarbildung

Die Hilfe zu einer inklusiven Elementarbildung (§ 55 Abs. 2 Nr. 5) umfasst

1. alle erforderlichen Maßnahmen und Unterstützungen, damit behinderte Kinder alle Angebote nach dem dritten Abschnitt des zweiten Kapitels Achten Buch gleichberechtigt mit anderen Kindern wahrnehmen können,
2. heilpädagogische sowie sonstige Maßnahmen zu Gunsten behinderter Kinder, wenn die Maßnahmen erforderlich und geeignet sind, die inklusive Förderung, Bildung, Erziehung und Betreuung in Kindertageseinrichtungen oder Kindertagespflege zu ermöglichen oder zu verbessern,

3. sonstige Hilfen der besonderen Förderung, Bildung, Erziehung und Betreuung, wenn im Einzelfall für ein behindertes Kind eine inklusive Elementarbildung nicht als möglich erscheint oder die Gesundheit oder das Wohlbefinden des Kindes voraussichtlich ernsthaft schädigen würde.

§ 7 Inklusive Schulbildung

Die Hilfe zu einer inklusiven Schulbildung (§ 55 Abs. 2 Nr. 6) umfasst auch

1. Hilfen zum Besuch einer Grund- und weiterführenden Schule
2. heilpädagogische sowie sonstige Maßnahmen zu Gunsten behinderter Kinder und Jugendlicher, wenn die Maßnahmen erforderlich und geeignet sind, ihnen den Schulbesuch im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht bis zur allgemeinen Hochschulreife zu ermöglichen oder zu erleichtern sowie den gemeinsamen Unterricht mit nicht behinderten Kindern und Jugendlichen zu fördern und zu unterstützen,
3. die Versorgung mit Hilfsmitteln nach § 56b, sofern diese Hilfen nicht nach anderen Vorschriften, insbesondere auf Grund der Bestimmung des Schulrechts, erbracht werden,
4. weitere Maßnahmen der Schulbildung zu Gunsten behinderter Kinder und Jugendlicher, wenn die Maßnahmen erforderlich und geeignet sind, ihnen eine ihren Neigungen und Fähigkeiten entsprechende und erreichbare Bildung zu ermöglichen,
5. Hilfen für sonstige Bildungseinrichtungen, die einen vergleichbaren Abschluss ermöglichen,
6. sonstige Hilfen, insbesondere auch zur Unterstützung des gemeinsamen Unterrichts mit nicht behinderten Kindern und Jugendlichen sowie zur Förderung des Kontakts zwischen behinderten Schülerinnen und Schülern.

§ 8 Schulische Ausbildung, Weiterbildung und Studium

(1) Die Hilfe zur schulischen Ausbildung, zur Weiterbildung und zum Studium (§ 55 Abs. 2 Nr. 7) umfasst auch die Hilfen

1. zur Ausbildung an einer Berufsfachschule, Berufsaufbauschule, Fachschule oder höheren Fachschule, Hochschule oder einer Akademie sowie sonstiger öffentlicher, staatlich anerkannter oder staatlich genehmigter schulischer Ausbildungsstätten,
2. zur Ableistung eines Praktikums, das für den Besuch einer Fachschule oder einer Hochschule oder für die Berufszulassung üblich oder erforderlich ist sowie eines im Rahmen dieser Ausbildung erforderlichen Auslandsaufenthaltes,
3. zur Teilnahme am Fernunterricht; § 86 des Dritten Buches gilt entsprechend,
4. zur Teilnahme an Angeboten fachspezifischer Weiterbildung, wenn sie für die Ausübung einer sonstigen angemessenen Tätigkeit erforderlich sind.

(2) Die Hilfe nach Abs. 1 wird gewährt, wenn

1. zu erwarten ist, dass das Ziel der Ausbildung, Weiterbildung oder der Vorbereitung hierzu erreicht wird,
 2. der beabsichtigte Ausbildungsweg geeignet ist, eine sonstige angemessene Tätigkeit auszuüben, wenn die Ausübung eines Berufes wegen Art und Schwere der Beeinträchtigung nicht möglich oder nicht aussichtsreich ist, und
 3. die Tätigkeit eine gleichberechtigte Soziale Teilhabe ermöglicht und diese voraussichtlich längerfristig ausgeübt werden kann. Diese Leistungen sind nur zu gewähren, wenn Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht gewährt werden.
- (3) Die Hilfe kann auch für die Teilnahme an allgemeinen Angeboten der Erwachsenenbildung oder Weiterbildung geleistet werden, wenn dadurch die Soziale Teilhabe ermöglicht oder wesentlich verbessert wird.

Artikel 10
Änderung der Verordnung zur beruflichen Rehabilitation
(Kraftfahrzeughilfe-Verordnung – KfzHV)

In § 5 Abs. 1 wird die Zahl 9500 durch 15000 ersetzt.

Artikel 11
Änderung der Schwerbehindertenausweisverordnung

In § 3 Abs. 1 wird der Punkt in der Nr. 6 durch ein Komma ersetzt und folgende Nr. 7 eingefügt:

„ TBL wenn der schwer beeinträchtigte, besonders schwer und schwerstbeeinträchtigte Mensch taubblind i. S. d. zu § 56a des Neunten Buches Sozialgesetzbuch erlassenen Rechtsverordnung ist.“

Artikel 12
Änderung der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder
(Frühförderungsverordnung - FrühV)

1. In § 3 Satz 2 wird das Wort "Landesrahmenempfehlung" durch die Worte "gemeinsame Empfehlungen nach § 13 Abs. 9" ersetzt.
2. Nach § 10 wird folgender § 11 eingefügt:
"Die §§ 2 bis 7 treten mit dem Tag außer Kraft, an dem die gemeinsame Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 30 Abs. 3 in Kraft tritt."

Artikel 13
Änderung des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch
– Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz – (SGB X)

In § 19 wird folgender Abs. 1a eingefügt:

„(1a) Menschen mit Lernschwierigkeiten haben das Recht, im Verwaltungsverfahren den Inhalt und Gegenstand des Verfahrens, seinen Ablauf und notwendige Verfahrensschritte ggf. durch geeignete Personen in leichte Sprache übertragen oder in geeigneter Weise erläutert zu bekommen. Sie können verlangen, dass der Inhalt von schriftlichen Verfügungen, Entscheidungen oder anderen Verwaltungsakten sowie entscheidungserhebliche Dokumente in leichte Sprache übertragen wird; die Aufwendungen hierfür trägt der Leistungsträger.“

Artikel 14

Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung (SGB XI) -

1. § 1 wird wie folgt geändert:
 - a) Hinter Abs. 4 wird folgender Abs. 4a eingefügt:

"(4a) Pflegebedürftige Menschen sind in der Regel zugleich behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen i. S. d. § 2 des Neunten Buches, sodass zur Förderung der Selbstbestimmung und Teilhabe pflegebedürftiger Menschen am Leben in der Gesellschaft die Bestimmungen des Neunten Buches ebenfalls zu beachten sind."
 - b) Abs. 4a wird zu Abs. 4b.

2. § 2 wird wie folgt geändert:
 - a) In Abs. 1 Satz 1 werden hinter dem Wort "sollen" die Worte "Teilhabe pflegebedürftiger Menschen am Leben in der Gesellschaft fördern und" eingefügt.
 - b) In Abs. 1 Satz 2 werden hinter dem Wort "auszurichten," die Worte "die Selbstbestimmung und Teilhabe zu fördern und" eingefügt.
 - c) In Abs. 2 Satz 2 wird das Wort "soll" durch "wird" ersetzt und das Wort "werden" gestrichen. Am Satzende wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und angefügt "§ 9 des Neunten Buches findet entsprechende Anwendung."

3. In § 4 Abs. 1 wird folgender Satz 3 angefügt:

"Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden nach den Bestimmungen des Neunten Buches erbracht."

4. § 5 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

"Die Pflegekassen beachten § 8 des Neunten Buches sowie die zur Einleitung von medizinischen Leistungen zur Rehabilitation vereinbarten gemeinsamen Empfehlungen nach § 13 des Neunten Buches und wirken, insbesondere im Rahmen des Versorgungsmanagements nach § 11 Abs. 4 des Fünften Buches, bei den zuständigen Leistungsträgern und Leistungserbringern darauf hin, dass alle geeigneten Leistungen der Prävention und medizinischen Rehabilitation frühzeitig eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden."

5. § 7 Abs. 2 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 werden hinter dem Wort "insbesondere" die Worte "über mögliche Leistungen der medizinischen Rehabilitation und" eingefügt,
 - b) Hinter Satz 2 wird folgender Satz 3 eingefügt:

"Stellt der behandelnde Arzt im Krankenhaus einen Bedarf an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation fest, leitet er das Leistungsverfahren unverzüglich über das Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 des Fünften Buches ein."

b) Satz 3 wird zu Satz 4.

6. In § 7a Abs. 1 Satz 2 wird folgende Nr. 6 angefügt:

"6. in Zusammenarbeit mit dem Krankenhaussozialdienst ist im Rahmen des Versorgungsmanagements nach § 11 Abs. 4 des Fünften Buches sicherzustellen, dass mögliche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entsprechend den dazu bestehenden gemeinsamen Empfehlungen nach § 13 des Neunten Buches unverzüglich eingeleitet werden."

7. § 13 wird wie folgt gefasst:

a) § 13 Abs. 3 Satz 3 wird gestrichen.

b) Es wird folgender Abs. 2a eingefügt:

"(2a) Leistungen der Pflegeversicherung gehen Leistungen zur Sozialen Teilhabe für behinderte Menschen nach dem siebten Kapitel des Neunten Buches vor."

c) Abs. 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Treffen Leistungen der Sozialen Teilhabe nach dem Kapitel 7 des Neunten Buches mit Pflegeleistungen nach diesem Buch oder mit weitergehenden Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch zusammen, erbringt der nach dem Neunten Buch zuständige Leistungsträger die Leistungen als Komplexleistungen nach § 17 Abs. 2 Satz 3 des Neunten Buches; die Pflegekassen erstatten diesem die von ihnen zu tragenden Kosten.“

8. § 18 wird wie folgt geändert:

a) In Abs. 1 Satz 1 werden im ersten Halbsatz hinter dem Wort "Pflegekassen" folgende Worte eingefügt: "oder die Pflegeberater und Pflegeberaterinnen"

b) Abs. 1 Satz 3 wird wie folgt neu gefasst und ein Satz 4 angefügt:

"Darüber hinaus sind auch Feststellungen darüber zu treffen, ob Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft i. S. d. Neunten Buches erforderlich sind oder ob und in welchem Umfang sonstige Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung der Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit geeignet, notwendig und zumutbar sind. Liegen Beeinträchtigungen der Teilhabe vor, ist der Bedarf an Teilhabeleistungen einschließlich notwendiger Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 10 des Neunten Buches festzustellen; insoweit haben Versicherte einen Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe gegen den zuständigen Träger."

c) Abs. 3 Nr. 1 entfällt.

9. In § 20 Abs. 1 wird folgende Nr. 6a eingefügt:

„6a. Beschäftigte im Rahmen des Budget für Arbeit nach § 17c, die eine mehr als geringfügige Beschäftigung unter nicht üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes ausüben,“

- 10.** In § 28 Abs. 1 wird folgende Nr. 15 eingefügt:
"15. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 35b)"
- 11.** § 31 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:
(1) Die Pflegekassen prüfen bei allen Anträgen auf Leistungen zur Pflege nach § 10 des Neunten Buches, ob bei dem pflegebedürftigen oder von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen Beeinträchtigungen der Teilhabe vorliegen oder drohen und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach dem Neunten Buch erforderlich sind. Ist das der Fall, unterrichten sie unverzüglich den jeweils zuständigen Leistungsträger. Sind zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit oder bei bereits eingetretener Pflegebedürftigkeit Leistungen nach § 35b erforderlich, entscheiden sie im Rahmen der Fristen des § 14 SGB IX über diese Leistungen."
- 12.** In § 33 Abs. 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:
„Anträge auf Leistungen persönlicher Unterstützung nach § 56 des Neunten Buches stehen einer Antragstellung auf Pflegeleistungen gleich, soweit sie auch pflegerische Unterstützung mit umfassen.“
- 13.** § 35a wird wie folgt gefasst:
"Die Leistungen nach §§ 35b bis 41 können auf Antrag als Persönliches Budget nach § 17a, die Leistungen nach §§ 36 bis 39 und 44 als Leistung der Persönlichen Assistenz nach § 17 c des Neunten Buches ausgeführt werden."
- 14.** Im vierten Kapitel wird hinter der Überschrift "dritter Abschnitt Leistungen" folgende Überschrift eingefügt:
"Erster Titel Medizinische Leistungen zur Rehabilitation"
- 15.** Nach § 35a wird folgender § 35b eingefügt:
"§ 35b Medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation an pflegebedürftige Menschen

(1) Pflegebedürftige Menschen haben Anspruch auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation und ergänzende Leistungen, mit Ausnahme unterhaltssichernder Leistungen nach § 44 Abs. 1 des Neunten Buches, wenn damit ihre Pflegebedürftigkeit beseitigt, gemindert, ihre Verschlimmerung verhütet, ihre Folgen gemildert oder die Teilhabe der Berechtigten am Leben in der Gesellschaft verbessert werden kann. Leistungen der aktivierenden Pflege sind Gegenstand der Leistungen des dritten Kapitels.

(2) Die Pflegekassen erbringen diese Leistungen nach den Bestimmungen des Neunten Buches."
- 16.** In § 43a Satz 1 werden die Worte „am Leben in der Gemeinschaft“ durch die Worte „die Soziale Teilhabe“ ersetzt.
- 17.** § 77 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
a) Nach Satz 1 werden folgende Sätze 2 und 3 eingefügt:

"Sie kann auch mit den Pflegebedürftigen selbst Verträge über die Sicherstellung der Versorgung im Rahmen der Beschäftigung von Pflegekräften als Arbeitgeber oder im Rahmen des Persönlichen Budgets nach § 17a des Neunten Buches schließen. Satz 1, letzter Halbsatz und die nachfolgenden Sätze 4 bis 6 finden in diesen Fällen keine Anwendung; stattdessen finden die entsprechenden Bestimmungen über das Persönliche Budget nach § 17 SGB IX Anwendung.

b) Die bisherigen Sätze 2 bis 6 werden zu Sätzen 4 bis 8.

18. In § 114 Abs. 3 Nr. 3 werden die Worte "Ergebnis- und Lebensqualität" durch die Worte "Ergebnisqualität der Pflege sowie der Qualität der Teilhabe i. S. d. Neunten Buches" ersetzt.

19. In § 115 Abs. 1a Satz 1 werden die Worte "Ergebnis- und Lebensqualität" durch die Worte "Ergebnisqualität der Pflege sowie der Qualität der Teilhabe i. S. d. Neunten Buches" ersetzt.

Artikel 15

Änderungen des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe (SGB XII) -

1. § 8 wird wie folgt geändert:

a) Die Nr.n 4 und 5 werden wie folgt gefasst:

"4. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach dem Neunten Buch (§ 53)"

"5. Ergänzende Eingliederungshilfe für beeinträchtigte Menschen (§ 54)"

b) Die Nr.n 5 bis 7 werden zu Nr.n 6 bis 8.

2. In § 13 wird folgender Abs. 3 angefügt:

"(3) Für Leistungen zur Teilhabe nach dem Neunten Buch richtet sich der Vorrang der ambulanten Leistungen vor den stationären Leistungen nach § 19 Abs. 2 des Neunten Buches. Abs. 1 Satz 4 bis 7 findet keine Anwendung."

3. § 19 Abs. 3 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Text wird zu Satz 1; dabei wird vor dem Wort "Eingliederungshilfe" das Wort "ergänzende" eingefügt und das Wort "behinderte" durch das Wort "beeinträchtigte" ersetzt

a) Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

"Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft werden nach dem Neunten Buch geleistet."

4. Die Überschrift vor § 53 wird wie folgt gefasst:

"Sechstes Kapitel: Leistungen zur Teilhabe und Eingliederungshilfe"

5. § 53 SGB XII wird wie folgt gefasst:

„§ 53 Leistungen zur Teilhabe

- (1) Personen, die i. S. v. § 2 des Neunten Buches behindert oder von Behinderung bedroht sind, erhalten nach den Bestimmungen des Neunten Buches, den dazu erlassenen Verordnungen und vereinbarten gemeinsamen Empfehlungen Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles, insbesondere nach Art oder Schwere der Behinderung, Aussicht besteht, dass Teilhabeziele i. S. d. Neunten Buches erreicht werden können.
- (2) Der Träger der Sozialhilfe erbringt die Leistungen als Rehabilitationsträger nach § 6 des Neunten Buches, soweit nicht ein anderer Rehabilitationsträger vorrangig zuständig ist.“

6. § 54 SGB XII wird wie folgt gefasst:

„§ 54 Ergänzende Leistungen der Eingliederungshilfe

(1) Menschen mit besonders schweren und schwersten Beeinträchtigung i. S. v. § 2 Abs. 2 des Neunten Buches, bei denen die Leistungen nach dem Neunten Buch zur Inklusion nicht ausreichen, erhalten ergänzende Leistungen zur Eingliederungshilfe nach diesem Buch, soweit Art und Schwere der Behinderung diese individuelle ergänzende Hilfe zur Erreichung der Teilhabeziele dies erfordern.

(2) Der Träger der Sozialhilfe erbringt die Leistungen.“

7. §§ 55 bis 59 SGB XII werden aufgehoben.

8. Die Verordnung nach § 60 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (Eingliederungshilfeverordnung) wird aufgehoben.

9. § 60 wird wie folgt gefasst:

"Die Bundesregierung kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates den leistungsberechtigten Personenkreis sowie Art und Umfang der ergänzenden Leistungen zur Eingliederungshilfe nach § 54 bestimmen."

10. In § 75 Abs. 1 wird folgender Satz 3 angefügt:

"(6) Für Rehabilitationsdienste und -einrichtungen, die Leistungen zur Teilhabe nach § 53 ausführen, gelten die §§ 75 bis 81 nicht; stattdessen sind die Bestimmungen des Neunten Sozialgesetzbuches anzuwenden."

11. § 92 wird aufgehoben.

Artikel 16

Änderung des Gesetzes über die Versorgung der Opfer des Krieges (Bundesversorgungsgesetz - BVG)

1. In § 11 Abs. 1 wird die Nr. 6 wie folgt gefasst:

"6. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach den Bestimmungen des Neunten Buches"

2. § 11 Abs. 5 entfällt.
3. § 12 Abs. 2 Satz 2 und 3 werden wie folgt gefasst:
"Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen zur Teilhabe werden nach den Bestimmungen des Neunten Buches gewährt."
4. In § 13 wird folgender Abs. 6 angefügt:
"Hilfsmittel werden als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auch zur Förderung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach den Bestimmungen des Neunten Buches gewährt."
5. In § 18 Abs. 3 wird folgender Satz 3 angefügt:
"Für selbstbeschaffte Leistungen der medizinischen Rehabilitation gilt § 15 des Neunten Buches".
6. In § 26 Abs. 1 werden nach den Worten „Werkstätten für behinderte Menschen“ die Worte „sowie als Budget für Arbeit“ eingefügt, und es wird die Angabe „§ 40“ durch die Angabe „§§ 40, 17c“ ersetzt.
7. Abs. 2 des § 26c wird gestrichen.
8. In § 27d Abs. 1 Nr. 3 werden die Worte „Eingliederungshilfe für behinderte Menschen“ durch die Worte „Leistungen zur Sozialen Teilhabe nach den Bestimmungen des Neunten Buches“ ersetzt.
9. In § 27d Abs. 3 wird das Komma nach dem Wort „fünfte“ und das Wort „sechste“ gestrichen. Nach dem Wort „Sozialgesetzbuch“ werden die Worte „und das siebte Kapitel des Teil 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.
10. In § 27d Abs. 5 werden die Ziffern 1 a) und 1 b) gestrichen.
11. § 27d Abs. 6 wird wie folgt gefasst:
„Die Leistungen zur Sozialen Teilhabe für behinderte Menschen nach dem achten Kapitel des Teil 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch werden ohne Anrechnung von Einkommen und Vermögen erbracht.“
12. § 27d Abs. 7 wird gestrichen.
13. In § 30 Abs. 16 wird folgender Satz 2 angefügt:
"Die Auswirkungen der Schädigungsfolgen auf den Grad der Behinderung i. S. d. § 69 SGB IX sind als Grad der Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft festzustellen"

Artikel 17

Änderung der Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes (Versorgungsmedizin-Verordnung - VersMedV)

1. In § 1 wird folgender Satz 2 angefügt:

"Die Auswirkungen auf den Grad der Behinderung i. S. d. § 69 SGB IX sind als Grad der Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft festzustellen"

2. In § 2 wird folgender Satz 3 angefügt:
"Die Beurteilung der Teilhabebeeinträchtigungen richtet sich nach dem Neunten Sozialgesetzbuch".
3. In § 3 Abs. 2 wird folgender Satz 2 eingefügt:
"Mindestens die Hälfte der Mitglieder muss über Erfahrungen mit der Durchführung des Neunten Sozialgesetzbuches und der Bewertung von Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft verfügen."

Artikel 18

Änderungen des Bundeskindergeldgesetzes (BKGG)

In § 2 Abs. 2 Nr. 3 werden die Worte „wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung“ durch die Worte „wegen einer Behinderung i. S. v. § 2 Abs. 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

Artikel 19

Änderungen des Wohngeldgesetzes (WoGG)

1. In § 17 werden die Nr.n 1 und 2 wie folgt gefasst:
„1. 1.500 Euro für jedes behinderte zu berücksichtigende Haushaltmitglied mit einer schwersten Beeinträchtigung oder einer besonders schweren Beeinträchtigung i. S. v. § 2 Abs. 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch bei Pflegebedürftigkeit i. S. d. § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und gleichzeitiger häuslicher oder teilstationärer Pflege oder Kurzzeitpflege;
2. 1.200 Euro für jedes behinderte zu berücksichtigende Haushaltmitglied mit einer schweren Beeinträchtigung oder einer besonders schweren Beeinträchtigung i. S. v. § 2 Abs. 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch bei Pflegebedürftigkeit i. S. d. § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und gleichzeitiger häuslicher oder teilstationärer Pflege oder Kurzzeitpflege;“

Artikel 20

Änderung des Sozialgerichtsgesetzes – (SGG)

1. § 51 Abs. 1 Nr. 7 erhält folgende Fassung:
„bei der Feststellung der Behinderung, bei der Feststellung und Einstufung von Beeinträchtigungen, ihrer Stufe und ihrem Grad sowie weiterer gesundheitlicher Merkmale, ferner der Ausstellung, Verlängerung, Berichtigung und Einziehung von Ausweisen nach § 69 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch,“
2. § 51 Abs. 1 Nr. 9 erhält folgende Fassung:

„in Angelegenheiten der Sozialen Teilhabe nach dem Kapitel 7 Teil 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch,“

3. In § 51 Abs. 1 wird folgende Nr. 9a eingefügt:

„in Angelegenheiten der Leistungen zur Sozialen Teilhabe nach § 35a des Achten Buches Sozialgesetzbuch,“

4. In § 73 Abs. 2 Satz 2 wird folgende Nr. 10 angefügt:

"10. die für die Wahrnehmung der Interessen auf Bundes- oder Landesebene maßgeblichen Spitzenverbände der Leistungserbringer nach dem Neunten Sozialgesetzbuch für ihre Mitglieder"

Artikel 21

Änderung des Einkommensteuergesetzes – (EStG)

1. In § 33b wird die Überschrift wie folgt geändert:

„§ 33b Pauschbeträge für Hinterbliebene und gepflegte Angehörige“

2. In § 33b werden die Absätze 1, 2 und 3 gestrichen.

3. In § 33b Abs. 5 werden die Worte „der Behinderten-Pauschbetrag oder“ gestrichen.

Begründung

A. Allgemein

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.

Dazu werden in diesem Vorschlag für den Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Inklusion und Teilhabe und zur Änderung des SGB IX und anderer Gesetze

- Bundesteilhabegesetz -
- die restlichen im SGB XII verbliebenen Bestimmungen des Behindertenrechts, die nicht schon mit dem In-Kraft-Treten des SGB IX am 1.7.2001 aus dem SGB XII und der Eingliederungshilfeverordnung herausgelöst und in das SGB IX als Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft aufgenommen wurden, nunmehr ebenfalls aus dem 'Fürsorgesystem' herausgelöst und in das SGB IX aufgenommen.
Damit wird nicht nur die beschlossene Herauslösung der behinderten Menschen aus dem "Fürsorgesystem" vollzogen, sondern zugleich die vom Gesetzgeber mit dem SGB IX begonnene Zusammenfassung des Behindertenrechts in einem Buch des Sozialgesetzbuches abgeschlossen.
- die die Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft berührenden Bestimmungen aller Bücher des Sozialgesetzbuches im Sinne der Regelungen der UN-Behindertenrechtskonvention überprüft und entsprechend angepasst. Damit wird die sozialrechtliche Umsetzung der Konvention vollzogen.
- alle die Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft berührenden Bestimmungen aller Bücher des Sozialgesetzbuches auf bekannte Defizite des Vollzugs und sonstigen Anpassungsbedarf überprüft, notwendige Änderungen und Klarstellungen eingearbeitet und damit das gesamte Teilhaberecht zu einem 'modernen Teilhaberecht' weiter entwickelt.

B. Begründung der einzelnen Vorschriften

0. Der Verfasser schlägt in diesem Entwurf eines Bundesteilhabegesetzes keine rentenrechtlichen Änderungen oder Änderungen des Pflegeversicherungsgesetzes vor, die nach seiner Auffassung der Weiterentwicklung des Rentenrechts bzw. der des Pflegeversicherungsrechts vorbehalten bleiben sollten.

Der Entwurf greift insbesondere zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Sozialen Teilhabe teilweise auf Vorschläge des Forums behinderter Juristen in dessen Entwurf eines Gesetzes zur Sozialen Teilhabe - Stand Mai 2013 - zurück. Soweit er sich diesen Vorschlägen ohne Änderung anschließt, ist dies aus der nachfolgenden Begründung der einzelnen Vorschriften ersichtlich, weil insoweit auf die Begründung im Entwurf des Forums behinderter Juristen verwiesen wird.

I. Artikel 1 - Änderung des Ersten Buches Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil - (SGB I)

Zu 1.

Der Behinderungsbegriff entsprechend Art. 1 der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) angepasst, die medizinische Zuschreibung der bisherigen Regelung aufgehoben und die Leistungsziele, orientiert an Art. 1 Satz 2 BRK, neu bestimmt. Nr. 4 nimmt den Anspruch nach Art. 24 BRK auf. Das kodifizierte Recht auf "Soziale Teilhabe" in Nr. 5 ersetzt die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Gleichzeitig wird auf Möglichkeit der selbstbestimmten Lebensführung in der Gesellschaft orientiert.

Zu 2.

Die Aufzählung der Leistungsarten und -formen wird um den Anspruch auf Beratung und Unterstützung in der Lebenssituation erweitert (§§ 14 Abs. 2 SGB I, 44 Abs. 2 SGB IX). Darüber hinaus wird bereits hier das Recht auf von der Regel abweichende Leistungsausführung durch Persönliche Budgets und Persönliche Assistenz hingewiesen.

Zu 3.

Abs. 2 gewährt behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen einen über die leistungsrechtlichen Beratungspflichten der Leistungsträger (Abs. 1) hinaus gehenden Rechtsanspruch auf Beratung und Unterstützung in der Lebenssituation, der materiell in § 44 Abs. 2 SGB IX konkretisiert wird.

Menschen mit chronischen Erkrankungen, Pflegebedarf oder Behinderungen stehen, beginnend mit der erstmaligen Wahrnehmung ihrer Beeinträchtigung, vor der Frage

- Was bedeutet diese Entwicklung für mein weiteres Leben?
- Welche Behandlung kann mir nach allen Erfahrungen wirksam helfen und welche weiteren Hilfen benötige ich zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft?
- Von wem kann ich diese Behandlung und Hilfen in meinem Lebensumfeld erhalten?
- Wer bezahlt diese Behandlung und Hilfen bzw. welche Sozialleistungen beinhalten diese Behandlung und Hilfen und wie kann ich diese Leistungen in Anspruch nehmen?

Diese Fragen zeigen, dass die Frage nach der Bezahlung erforderlicher Behandlung und Hilfen sich erst aus der Beantwortung der naheliegenden, für den Einzelnen existenziellen Fragen aus der Weiterführung des Lebensalltages ergibt. Am Anfang steht mithin nicht unmittelbar ein Bedarf an Leistungsberatung, sondern ein Beratungsbedarf zu den sich aus der Beeinträchtigung für die Fortführung des Lebens im unmittelbaren Lebensumfeld und zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ergebenden Fragen.

Diese Beratung erfordert eine hohe Kompetenz, bezogen auf

- die Art der Teilhabebeeinträchtigung und ihre Auswirkungen bei der Bewältigung des täglichen Lebens in der Gesellschaft
- Strategien zur Bewältigung der sich durch die Behinderungen im Lebensalltag ergebenden Beeinträchtigungen und Veränderungen
- die zur Bewältigung der Beeinträchtigungen wirksamen Methoden und Maßnahmen der Förderung, Unterstützung und Hilfen
- die Kenntnis der dazu im Lebensumfeld vorhandenen Unterstützer und Anbieter entsprechender Leistungen, Maßnahmen sowie hilfen- und

leistungsübergreifende Rechtskenntnisse und interdisziplinäre Kompetenz, an der ggf. verschiedene Berufsgruppen beteiligt sein müssen. Diesen Beratungsbedarf vermag die auf Rechte und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch begrenzte Beratung der Leistungsträger nach Abs. 1 nicht zu decken. Aus der Sicht der Betroffenen und der sie vertretenden Verbände wird diese Beratung zudem häufig auch als interessengeleitet im Sinne der Leistungsvermeidung oder -kürzung wahrgenommen, sodass in den letzten Jahren zunehmend die Forderung nach einer kostenträger- und leistungsträger-unabhängigen Beratung erhoben wird. Mit dem Anspruch nach Abs. 2, der auch in Verbindung mit anderen leistungsrechtlichen Ansprüchen nach dem Neunten Buch zur Komplexleistung verbunden werden kann, wird dem Rechnung getragen.

Zu 4.

Hiermit wird redaktionell die Zuweisung dieser Aufgaben an die Gemeinsamen Servicestellen in § 22 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB IX aufgenommen.

Zu 5.

Diese Regelung nimmt die Verpflichtung aus Art. 26 Abs. 3 BRK auf, die Kenntnis und Verwendung unterstützender Geräte und Technologien für Zwecke der Rehabilitation zu fördern, und weist umfassend Mittel und Formate der Kommunikation aus, die unter Berücksichtigung der Bedürfnisse des Einzelnen eingesetzt werden können.

Buchst. a erweitert den Anspruch auf blinde, sehbehinderte, hörsehbehinderte und taubblinde Menschen und bezieht auch die hörbehinderten Menschen ein, die nicht über das Merkzeichen "GL" verfügen, aber dennoch auf Kommunikationsmittel angewiesen sind.

Buchst. b umfasst die Übertragung und Erläuterung in leichter Sprache und nimmt sinnesbeeinträchtigte Menschen als Anspruchsberechtigte auf, da nicht alle Menschen mit Hörbeeinträchtigungen in der Laut- und Schriftsprache der Hörenden kommunizieren können.

Buchst. c bildet die Basis für künftige Mittel und Formate zur unterstützenden Kommunikation.

Zu 6.

Die Anwendung des SGB IX für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wird klargestellt.

Zu 7.

Behinderte und von Behinderung bedrohte Bezieher von Leistungen nach dem SGB II erhalten bedarfsnotwendige Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben häufig nicht, nicht orientiert auf ihre Teilhabeziele, nicht in der zur Erreichung der Teilhabe erforderlichen Form bzw. in dem erforderlichen Umfang. Dazu sind bisher Leistungsbezieher von bestimmten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ausgeschlossen. Letztlich ist das zweistufige Verfahren zwischen Bundesagentur für Arbeit und den Leistungsträgern nach dem SGB II bürokratisch, unökonomisch und führt häufig auch nicht zu bedarfsgerechten Entscheidungen, da keine Bindung der Leistungserbringer nach dem SGB II an die "Empfehlungen" der Bundesagentur besteht.

Zur Verbesserung des Vollzugs des Teilhaberechts und der Gewährleistung frühzeitig einsetzender, teilhabeorientierter und bedarfsgerechter Leistungen wird das zweistufige Verfahren aufgehoben und die Bundesagentur wieder allein zuständig und

verantwortlich für Leistungen zur Teilhabe an behinderte Menschen, die Leistungen nach dem SGB II erhalten.

Zu 8.

Die Anwendung des SGB IX für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wird klargestellt.

Zu 9.

Die Pflegeversicherung wird für pflegebedürftige Menschen in den Kreis der Rehabilitationsträger aufgenommen und insoweit zur Erbringung und Ausführung von medizinischen Leistungen zur Rehabilitation nach dem SGB IX ermächtigt.

Zu 10.

Die Änderung in Buchst. a ist die Folge der Aufnahme der Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX als eigenständiger Leistungstatbestand (Nr. 5) durch Buchst. b. Zugleich werden - wie schon zuvor durch die Gesundheitsreform 2000 in der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 11 Abs. 1 und 2 SGB V) - die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation aus der "Heilbehandlung" herausgelöst, womit auch die Krankheitsorientierung dieser Leistungen durch die Teilhabeorientierung abgelöst wird.

Zu 11.

Die Anwendung des SGB IX für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wird klargestellt.

Zu 12.

Die Anwendung des SGB IX für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wird klargestellt.

Zu 13.

Die Änderung in Buchst. a ist die Folge der Aufnahme der Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX als eigenständiger Leistungstatbestand (Nr. 1a) durch Buchst. b. Auch hier werden die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation aus der Heilbehandlung herausgelöst und die Krankheitsorientierung durch die Teilhabeorientierung abgelöst.

Zu 14.

Die Änderung in Buchst. a ist die Folge der Aufnahme der Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX als eigenständiger Leistungstatbestand (Nr. 5) durch Buchst. b.

Zu 15.

Mit der Herauslösung der bisherigen Eingliederungshilfe aus dem Recht der Sozialhilfe erbringen die Träger der Sozialhilfe künftig die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (Buchst. a).

Buchst. b enthält daneben auch in Zukunft einen sozialhilferechtlichen Leistungstatbestand nach dem SGB XII für die wenigen Fälle, in denen die Leistungen des SGB IX zur Erreichung der Teilhabeziele nicht ausreichen und Art und Schwere der Beeinträchtigung eine darüber hinaus gehende individuelle Hilfe erfordern.

Zu 16.

Die Änderung ist eine Folge der Ablösung der bisherigen "Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft" durch die "Leistungen zur Sozialen Teilhabe" im SGB IX.

Zu 17.

Die Ergänzung ist bedingt durch die Aufnahme des Kapitels 8 - Leistungen zur inklusiven Erziehung und Bildung - in Teil 1 des SGB IX.

II. Änderung des Zweiten Buches - Grundsicherung für Arbeitssuchende - (SGB II)

Zu 1.

Durch die wieder hergestellte alleinige Zuständigkeit der Bundesagentur für Arbeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch für Leistungsbezieher nach dem SGB II ist diese Regelung erforderlich, um - vergleichbar der Regelungen § 8, 11 SGB IX - eine frühzeitige Einleitung des Rehabilitationsverfahrens bei der Bundesagentur und die unverzügliche Feststellung des Bedarfs an Teilhableistungen zu gewährleisten.

Zu 2.

Diese Regelung stellt in Verbindung mit der Regelung zu 3. behinderte Menschen, die eine Beschäftigung zu den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes nicht ausüben können und deswegen nicht als "erwerbsfähig" angesehen werden, mit erwerbsfähigen behinderten Menschen gleich. Damit werden ihnen alle Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zugänglich.

Zu 3.

Mit der hier geregelten Gleichstellung der Beschäftigten, die unter nicht üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes arbeiten, mit erwerbsfähigen Beschäftigten und dem damit verbundenen Zugang zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, erhalten künftig z. B. Beschäftigte, die in einer WfbM mehr als drei Stunden täglich arbeiten, einen erheblich verbesserten Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt.

Zu 4.

Folgeregelung zur Einführung des Teilhabegeldes in § 56a SGB IX. Das Teilhabegeld dient dem behinderungsbedingten Nachteilsausgleich und soll deshalb nicht als Einkommen nach § 11a Abs. 1 SGB II angerechnet werden.

Zu 5.

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Wiedereinführung der alleinigen Zuständigkeit der Bundesagentur für Arbeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für behinderte Leistungsbezieher nach dem SGB II. Damit wird klargestellt, dass behinderte Leistungsbezieher nach dem SGB II die gleichen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter den gleichen Rahmenbedingungen erhalten wie behinderte Menschen, die Leistungen nach anderen Sozialgesetzen beziehen.

Zu 6.

Buchst. a ist eine Folgeregelung zu Ziffer 1 und 4.

Buchst. b soll durch eine Erhöhung der bisher auf 50 v. H. begrenzten Lohnkostenzuschüsse auf 70 v. H., insbesondere auch für Arbeitgeber des allgemeinen Arbeitsmarktes, einen Anreiz zu Beschäftigung von Menschen geben, die ansonsten nicht zu den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes beschäftigt werden können. Die Höhe entspricht den Erfahrungen, die in Rheinland-Pfalz und in Niedersachsen mit dem Budget für Arbeit gemacht wurden.

Zu 7.

Anpassung an das neue Recht der Sozialen Teilhabe, insbesondere hinsichtlich der Beschäftigung zu arbeitsmarktunüblichen Bedingungen, der sonstigen angemessenen Beschäftigung, der Ausübung eines Wahlamtes und der ehrenamtlichen Beschäftigung.

III. Änderungen des Dritten Buches Sozialgesetzbuch - Arbeitsförderung - (SGB III)

Zu 1.

Die bisherige Bindung des Behindertenbegriffs an die Aussicht, am Arbeitsleben teilzuhaben, ist mit der BRK nicht zu vereinbaren, weil die inzident damit einhergehende, an die Behinderung geknüpfte Ursachenvermutung für Vermittlungsschwierigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt behinderte Menschen diskriminiert. Durch die Anknüpfung des neuen Behinderungsbegriffs in § 2 SGB IX an der Beeinträchtigung an Stelle der bisherigen Gleichsetzung von Behinderung und Funktionseinschränkung entfällt die Notwendigkeit, "lernbehinderte Menschen" ausdrücklich zu erwähnen.

Zu 2.

Einbeziehung der Beschäftigung unter nicht üblichen Arbeitsbedingungen nach § 118 in die Versicherungspflicht zur Arbeitslosenversicherung.

Zu 3.

Die bisherige Ermessensleistungsregelung entspricht nicht mehr dem in Art. 27 verankerten Anspruch, die Verwirklichung des Rechts auf Arbeit durch geeignete Schritte zu sichern und zu fördern. Ein an die Ermessensausübung des Leistungsträgers gebundener Leistungsanspruch ist kein sicherer Schritt zur Teilhabe i. S. v. Art. 27 BRK. Der Ermessensanspruch wird deshalb durch einen Rechtsanspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ersetzt.

Abs. 1 stellt den in Art. 27 Abs. 1 verankerten Grundsatz als Maßstab für den Vollzug des Gesetzes für behinderte Menschen voran.

Abs. 2 begründet den Rechtsanspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Abs. 3 stellt klar, dass der Anspruch nach den Bestimmungen des SGB IX zu vollziehen ist und zur Sicherstellung personenzentrierter, dem individuellen Bedarf gerecht werdender Leistungen, insbesondere das Leistungserbringungsrecht des SGB IX ohne das in § 45 Abs. 3 SGB III verankerte Vergaberecht, anzuwenden ist.

Abs. 4 sieht vor, dass Leistungen des SGB III an nicht behinderte Menschen, die nicht Gegenstand der Leistungen des SGB IX sind, unter den genannten Voraussetzungen auch als Leistungen des SGB IX ausgeführt werden können.

Abs. 5 stellt die Budgetfähigkeit der Leistungen klar.

Die bisher in § 112 Abs. 2 enthaltene Anbindung an Eignung und Neigung ist bereits nach § 33 Abs. 4 SGB IX Maßstab für alle Träger der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Zu 5.

Mit der in § 112 geregelten Anwendung des SGB IX für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben entfallen diese Bestimmungen.

Zu 6.

Die Besonderheiten für behinderte Menschen bleiben unverändert.

Mit der Anknüpfung des Abs. 2a an die Leistungen nach § 33 Abs. 3a SGB IX wird die schulische sowie die Fachhochschul- und Hochschulausbildung ausdrücklich auch im SGB III zum Gegenstand der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Damit entfällt die bisherige Beschränkung auf duale Ausbildungen oder besondere Ausbildungen in Berufsförderungs- oder Berufsbildungswerken.

Zu 7.

Die Neufassung im Kontext der Bestimmungen des SGB IX stellt klar, dass es sich um Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben handelt, die zur Erreichung der Teilhabeziele erforderlich sind und deren Bedarf ebenfalls nach § 10 festgestellt wird. Der bisherige Absatz entfällt wegen der entsprechenden Regelung im SGB IX.

Zu 8.

Mit der Anwendung des SGB IX gelten auch die dortigen Bestimmungen über das Übergangsgeld (§§ 45 ff.), sodass der bisherige § 118 Abs. 1 Nr. 1 entfällt. Die Nr. 3 und Abs. 2 entfallen wegen der entsprechenden Regelungen des SGB IX ebenfalls. Das Ausbildungsgeld (bisher § 118 Abs. 1 Nr. 2) wird als ergänzende Leistung beibehalten.

Als weitere ergänzende Leistung wird in Abs. 1 Nr. 2 ein Minderleistungsausgleich für eine Beschäftigung unter nicht üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes eingeführt. Die Voraussetzungen für diese Leistung und ihr Umfang regelt Abs. 2. Abs. 3 regelt die Budgetfähigkeit dieser Leistung und die Anforderungen an den Arbeitgeber.

Zu 9.

Es gilt das Leistungserbringungsrecht des SGB IX, sodass diese Regelungen entfallen.

Zu 10. und 11.

Hiermit werden die behinderten Menschen, die eine der WfbM vergleichbare Tätigkeit außerhalb der Werkstatt ausüben, in die für WfbM geltenden Regelungen zur Beitragshöhe und zur Beitragstragung einbezogen.

IV. Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V)

Zu 1.

Die Regelung 2 stellt klar, dass die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation keine Leistungen zur Krankenbehandlung, sondern Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und von den Krankenkassen nach den Bestimmungen des SGB

IX zu erbringen sind. Mit Blick auf in diesem Bereich vorhandene Vollzugsdefizite zum SGB IX wird verdeutlicht, dass von der Bedarfsfeststellung bis zum Leistungserbringungsrecht alle Bestimmungen des SGB IX anzuwenden sind.

Zu 2.

Die bisher weitgehend als Deklamation verstandene und nicht signifikant umgesetzte Regelung wird durch die Übernahme wesentlicher Anforderungen des Art. 25 Buchst. a bis c, verbunden mit einem Umsetzungsanspruch im Vertrags- und Vereinbarungsrecht, durch Leistungserbringer und Leistungsträger ersetzt.

Zu 3.

Hiermit werden die behinderten Menschen, die eine der WfbM vergleichbare Tätigkeit außerhalb der Werkstatt ausüben, in die für WfbM geltenden Regelungen der Versicherungspflicht zur GKV einbezogen.

Zu 4.

Ergänzung um die Persönliche Assistenz nach § 17b SGB IX.

Zu 5.

Es wird klargestellt, dass der Rechtsanspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation unabhängig davon besteht, dass zuvor die Möglichkeiten der Krankenbehandlung, die ja nicht auf das Erreichen von Teilhabezielen ausgerichtet sind, ausgeschöpft sind. Der Anspruch wird wie bei allen übrigen Trägern der medizinischen Rehabilitation entsprechend den Bestimmungen des SGB IX allein dadurch begründet, dass eine Beeinträchtigung der Teilhabe festgestellt wird und durch Leistungen Teilhabeziele i. S. d. SGB IX erreichbar erscheinen.

Zu 6.

Mit dem Bezug auf § 2 Abs. 2 Satz 2 wird verdeutlicht, dass für die Bedarfsfeststellung, das Leistungsverfahren, die Leistungsausführung und das Leistungserbringungsrecht die Bestimmungen des SGB IX anzuwenden sind.

Zu 7.

Es wird klargestellt, dass für die Einleitung von Teilhabeleistungen im Rahmen des Versorgungsmanagements die Bestimmungen des Teilhabemanagements des SGB IX, insbesondere die gemeinsame Empfehlung "Sozialarbeit", anzuwenden ist. Durch die Anwendung der darin vorhandenen Regelungen und Möglichkeiten wird eine deutliche Beschleunigung der Verfahren und ein nahtloserer Beginn nachfolgender Teilhabeleistungen erreicht.

Zu 8.

Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gilt trägerübergreifend das Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB IX, nach dem nur solche Leistungen wirtschaftlich sind, mit denen Teilhabeziele erreicht werden können. Ist dies nicht der Fall, dürfen Leistungen nicht erbracht werden (§ 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX).

Zu 9.

Für Die Ausführung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Ausland gelten im Sinne eines einheitlichen Leistungsrechts für alle Träger der medizinischen Rehabilitation die spezifischen Anforderungen des § 18 SGB IX an die Qualität und Wirksamkeit der Leistungen.

Zu 10.

Es wird klargestellt, dass Frührehabilitation im Krankenhaus nach § 39 und die Verordnung rehabilitativer Methoden im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (z. B. Heilmittel oder Hilfsmittel zur Krankenbehandlung) nach § 73 weiterhin Gegenstand der Krankenbehandlung, aber keine stationären oder nicht stationären Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach § 26 SGB IX sind, die unabhängig von der Krankenbehandlung mit der Zielsetzung der Förderung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft erbracht werden können.

Zu 11.

Im Leistungsrecht der Krankenbehandlung wird zur Ausgestaltung der Leistungen nochmals ausdrücklich auf die in § 2 Abs. 2 vorgegebenen Maßstäbe der BRK hingewiesen.

Zu 12.

Es wird klargestellt, dass Heilmittel - abhängig von den damit angestrebten Behandlungszielen (Krankenbehandlung/Teilhabebeeinträchtigung) - sowohl im Rahmen der Krankenbehandlung nach §§ 27, 33, als auch als nicht stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§§ 11 Abs. 2 i. V. m. § 26 SGB IX) erbracht werden können. Für die Heilmittel als Rehabilitationsleistungen gelten die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nur als Orientierungsmaßstab.

Zu 13. bis 15.:

Mit diesen Regelungen wird für die Hilfsmittel ebenfalls klargestellt, dass sie abhängig von den damit angestrebten Behandlungszielen (Krankenbehandlung/ Teilhabebeeinträchtigung) sowohl im Rahmen der Krankenbehandlung nach §§ 27, 33, als auch als nicht stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§§ 11 Abs. 2 i. V. m. § 26 SGB IX) erbracht werden können. Für die Hilfsmittel als Rehabilitationsleistungen gelten die Hilfsmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nur als Orientierungsmaßstab.

Zu 16.

Buchst. a sichert, dass häusliche Krankenpflege auch im Rahmen der Persönlichen Assistenz nach § 17b SGB IX ausgeführt werden kann.

Buchst. b schließt die aus verschiedenen Gründen bestehende (u. a. Feststellung der Merkmale „Vermeidung“ und „Verkürzung“ im Vergütungssystem, fehlende Finanzierungszusage für pflegerische Versorgung nach dem SGB XI, Alleinstehend), durch zahlreiche Petitionen belegte Versorgungslücke nach einer Krankenhausbehandlung, von der besonders auch behinderte Menschen betroffen sind.

Zu 17.

Es wird klargestellt, dass Frührehabilitation keine Leistung zur medizinischen Rehabilitation ist, sondern es sich um den Einsatz rehabilitativer Behandlungsmethoden während der Krankenhausbehandlung handelt, auf die das Teilhaberecht keine Anwendung findet.

Zu 18.

Da nach der Regelung in § 11 Abs. 2 der Rechtsanspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation unabhängig davon besteht, dass zuvor die Möglichkeiten der

Krankenbehandlung ausgeschöpft sind, entfallen die entsprechenden Regelungen im bisherigen § 40 Abs. 1 und 2.

Abs. 1 Satz 1 dieser Regelung orientiert Art und Dauer an der Leistung, an der individuellen Beeinträchtigung der Teilhabe und den danach anzustrebenden Teilhabezielen.

Satz 2 übernimmt den bisherigen Abs. 3 Satz 1.

Abs. 2 übernimmt den bisherigen § 40 Abs. 1 Satz, Abs. 3 den bisherigen Abs. 4, Abs. 4 den bisherigen Abs. 2 Satz 3 und Abs. 5 den bisherigen Abs. 7.

Die Bindung der Leistungsausführung an Einrichtungen und Dienste mit Versorgungsverträgen ist nunmehr für alle Träger einheitlich in § 21 Abs. 1 geregelt.

Das Wunschrecht des § 9 SGB IX findet ohne Einschränkungen trägerübergreifend Anwendung, sodass die bisher allein im SGB V abweichende Mehrkostenregelung (Abs. 2 Satz 2) entfällt, zumal die damit erwartete ökonomische Wirkung durch den mit dem Vollzug der Regelung verbundenen erheblichen Bürokratieaufwand nicht eingetreten ist.

Die Regelbehandlungsdauer (bisher Abs. 3 Satz 2 und 3) und die Wiederholungsfrist von vier Jahren (Abs. 3 Satz 4) sind nunmehr trägerübergreifend in § 26 Abs. 5 bis 7 SGB IX geregelt. Ebenso die Zuzahlungsregelungen der bisherigen Absätze 5 und 6 in § 52a SGB IX.

Zu 19.

Buchst. a enthält die redaktionelle Anpassung an das SGB IX. Mit der vollständigen Aufzählung der Einrichtungstypen, in denen solche Leistungen ausgeführt werden, werden Auslegungsprobleme beseitigt. Die denkbaren Maßnahmeformen nehmen auch andere Familienkonstellationen als die klassische Vater-Mutter-Kind-Situation auf.

Buchst. b und c: Redaktionelle Anpassung.

Zu 20.

Redaktionelle Anpassung, da in § 26 Abs. 2 SGB IX enthalten.

Zu 21.

Die ergänzenden Leistungen des SGB IX sind bereits nach § 2 Abs. 2 Satz 2 wirksam.

Die Kassen sollen jedoch weiterhin die bisherigen Maßnahmen der Patientenschulung erbringen.

Zu 22.

Die Zahlungswegeregelung ist rechtssystematisch der Zuzahlungsregelung des § 62 zuzuordnen.

Zu 23. bis 25.

Es handelt sich jeweils um redaktionelle Änderungen.

Zu 26.

Die Regelung verdeutlicht, dass sich die Zuzahlung für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 52a SGB IX richtet.

Zu 27.

Buchst. a enthält die Folgeänderung zu Buchst. c.

Buchst. b regelt aus diesem Grunde nur die Verordnung von Vorsorgeleistungen.

Buchst. c stellt klar, dass die Einleitung auch nach Wegfall der Nr. 5 weiterhin Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist, wenn der Zugang zu den Leistungen der Teilhabe aus der vertragsärztlichen Versorgung heraus trägerübergreifend in einer gemeinsamen Empfehlung nach § 13 SGB IX durch den neuen Bundesausschuss für Teilhabeleistungen unter Beteiligung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach dem SGB V geregelt wird.

Buchst. d sieht – mit einer redaktionellen Klarstellung hinsichtlich der rehabilitativen Behandlungsmethoden - wie bisher die Möglichkeit vor, in den Gesamtverträgen zu vereinbaren, dass der Vertragsarzt aus seinem Budget im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung Leistungen mit rehabilitativer Zielsetzung verordnen kann

Zu 28.

Es handelt sich um Folgeregelungen zu Nr. 27 Buchst. c.

Zu 29.

Buchst. a passt die Überschrift redaktionell an.

Mit Buchst. b werden die Bestimmungen darüber, welche Einrichtungen als Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation anzusehen sind, entfernt. Diese Regelung ist jetzt trägerübergreifend in § 17 Abs. 3 SGB IX enthalten. § 107 Abs. 7 bestimmt weiterhin, welche Einrichtungen als Vorsorgeeinrichtungen anzusehen sind.

Zu 30. bis 32.

Redaktionelle Anpassung als Folgeänderung zu Nr. 29.

Die Regelungen enthalten jetzt nur noch das Leistungserbringungsrecht für Vorsorgeeinrichtungen. Die Regelungen für Rehabilitationsdienste und -einrichtungen sind nunmehr trägerübergreifend im SGB IX enthalten.

Zu 33.

Redaktionelle Anpassung als Folge der Übernahme ins Leistungserbringungsrecht des SGB IX.

Zu 34.

Klarstellung der Regelungstatbestände in den zweiseitigen Verträgen (§ 112) zum Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V.

Zu 35.

Klarstellung, dass Sozialpädiatrische Zentren mit Versorgungsverträgen nach § 21 SGB IX auch Komplexleistungen nach §§ 26 Abs. 2 Nr. 2, 30 SGB IX ausführen können.

Zu 36.

Im Koalitionsvertrag wurde die Errichtung Medizinischer Zentren für erwachsene Behinderte vergleichbar den Sozialpädiatrischen Zentren für Kinder vereinbart.

Abs. 1 regelt die Zulassung solcher Zentren durch den Zulassungsausschuss.

Abs. 2 bestimmt, welche behinderten Menschen in diesen Zentren behandelt werden können und dass die Behandlung auf den besonderen Behandlungsbedarf dieser Menschen zu orientieren ist.

Abs. 3 sieht auch für diese Zentren die Ausführung von nicht stationären Leistungen der medizinischen Rehabilitation auf der Basis von Versorgungsverträgen nach § 21 SGB IX vor.

Zu 37.

Die Qualitätssicherung, die vergleichenden Qualitätsanalysen und die Weiterentwicklung der Qualität in den Einrichtungen und Diensten der Rehabilitation richtet sich künftig trägerübergreifend allein nach den Bestimmungen des SGB IX.

Buchst. a regelt dies entsprechend.

Buchst. b behält die Regelungen für Vorsorgeeinrichtungen bei.

Buchst. c enthält die entsprechende redaktionelle Anpassung.

Zu 38.

Redaktionelle Anpassung an das geänderte Leistungserbringungsrecht.

Zu 39.

Es handelt sich um Folgeregelungen zu den Bestimmungen über die trägerübergreifende Bedarfsfeststellung nach §§ 10 und 12a SGB IX, die den Medizinischen Dienst in dieses Verfahren einbinden.

V. Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Rentenversicherung - (SGB VI)**Zu 1.**

Hiermit werden die behinderten Menschen, die eine der WfbM vergleichbare Tätigkeit außerhalb der Werkstatt ausüben, in die für WfbM geltenden Regelungen der Versicherungspflicht zur GRV einbezogen.

Zu 2.

Es wird die im Rahmen eines Budgets für Arbeit geförderte Beschäftigung in die Versicherungspflicht zur GRV einbezogen.

Zu 3.

Klarstellung, dass für die Leistungen zur Teilhabe der GRV die Bestimmungen des SGB IX anzuwenden sind.

Zu 4. und 5.

Redaktionelle Anpassung an den geänderten Behinderungsbegriff.

Zu 6.

Die Wiederholungsfrist von vier Jahren (bisher § 12 Abs. 2) ist nunmehr trägerübergreifend in § 26 Abs. 7 IX geregelt.

Zu 7.

Für Leistungen der Teilhabe gilt trägerübergreifend das Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB IX, nach dem nur solche Leistungen wirtschaftlich sind, mit denen Teilhabeziele erreicht werden können. Ist dies nicht der Fall, dürfen Leistungen nicht erbracht werden (§ 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX).

Zu 8.

Redaktionelle Ergänzung um die Persönliche Assistenz.

Zu 9.

Der Leistungsausschluss orientiert sich nicht mehr "am allgemeinen Stand medizinischer Erkenntnisse", sondern an der Nicht-Einhaltung der Anforderungen des SGB IX (§§ 17, 20, 21).

Zu 10.

Mit Blick auf die nachfolgende Streichung der §§ 14 und 15 wurde die bisherige Regelung des § 15 Abs. 1 Satz 2 als Abs. 2 Satz 2 an § 13 angefügt.

Zu 11.

Die Regelungsinhalte sind trägerübergreifend im SGB IX enthalten und entfallen deswegen hier.

Zu 12.

Hiermit wird die Beitragstragungspflicht der Rehabilitationsträger auf die Ausführung von Leistungen im Rahmen von Persönlichen Budgets erstreckt.

Zu 13.

Die für die Beiträge zur GRV für behinderte Menschen in WfbM bestehende Erstattungspflicht des Bundes wird auf gleichartige Beschäftigungen außerhalb einer WfbM erstreckt. Damit wird ein wesentliches Hemmnis für den Wechsel aus einer WfbM in Beschäftigungsverhältnisse außerhalb der WfbM beseitigt. Eine Ungleichbehandlung der Beitragslasten für gleichartige Beschäftigungen innerhalb und außerhalb einer WfbM ist nicht zu rechtfertigen.

Zu 14.

Das in dieser Regelung seit 1997 enthaltene Gesetz über eine Verlagerung von Zuständigkeiten von der Renten- zur Krankenversicherung wurde seitdem nicht vorgelegt und ist zeitlich überholt. Gegen ein solches Gesetz sprechen im Übrigen bis heute unverändert die vom Gesetzgeber in der BT-Drs. 8/2034 vom 4.8.78 (Entwurf des SGB X zu § 32a) dargestellten Gründe.

VI. Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Unfallversicherung - (SGB VII)

Zu 1.

Hiermit werden die behinderten Menschen, die eine der WfbM vergleichbare Tätigkeit außerhalb der Werkstatt ausüben, in die für WfbM geltenden Regelungen in den versicherten Personenkreis der GUV einbezogen.

Zu 2. und 3.

Redaktionelle Anpassungen.

Zu 4.

Der vierte Unterabschnitt kann entfallen, weil mit der nachfolgenden Regelung der Nr. 5 Buchst. a alle Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach Maßgabe des SGB IX zu erbringen sind.

Zu 5.

Redaktionelle Klarstellung einerseits des Anspruchs auf Heilbehandlung und Pflege nach dem SGB VII und andererseits der Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX.

Zu 6.

Redaktionelle Bereinigung mit Blick darauf, dass nunmehr die gesamten Bestimmungen über die Leistungen zur Teilhabe einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im dritten Unterabschnitt zusammengefasst werden.

Zu 7. und 8.

Häusliche Krankenpflege soll auch als Teil der Persönlichen Assistenz nach § 17c SGB IX ausgeführt werden können, und zwar auch unabhängig von den Voraussetzungen des § 32 Abs. 1, wenn dies die Erreichung der Teilhabeziele fördert und ein entsprechender Bedarf nach § 10 SGB IX festgestellt wurde.

Zu 9. bis 13.

Im dritten Unterabschnitt werden nunmehr alle Bestimmungen über Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zusammengefasst.

Die Ziffern 9 bis 13 enthalten die sich daraus und aus der vollständigen Anwendung des SGB IX ergebenden Änderungen. Soweit das SGB VII über das SGB IX hinaus gehende Regelungen enthält, finden sich diese nunmehr in § 35.

VII. Änderung des Achten Buches Sozialgesetzbuch - Kinder und Jugendhilfe - (SGB VIII)

Zu 1.

Diese Regelung übernimmt den Grundsatz des Art. 7 Abs. 1 BRK als Maßstab für die Tätigkeit der Träger der Jugendhilfe für behinderte Kinder und Jugendliche in das SGB VIII.

Zu 2.

Es wird klargestellt, dass seelisch behinderte Kinder und Jugendliche neben den Leistungen der Jugendhilfe nach dem SGB VII einen Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft haben, der sich nach den Bestimmungen des SGB IX richtet.

Zu 3.

Die Regelung verpflichtet die Jugendhilfe zur inklusiven Ausrichtung der Jugendarbeit i. S. d. BRK.

Zu 4.

Die Regelung entspricht weitgehend der bisherigen Fassung, nimmt die Verpflichtung zur Inklusion bei der Schaffung von Angeboten und die Einbeziehung der Frühförderung in die Einrichtungen der Elementarerziehung auf. Die Zusammenarbeit mit den Sozialhilfeträgern wird in § 35a neu geregelt.

Zu 5. und 6.

Redaktionelle Änderungen

Zu 7.

Abs. 1 regelt den Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche nach den Bestimmungen des

SGB IX. Dadurch können die bisherigen spezifischen Anspruchsvoraussetzungen des § 35a entfallen.

Nach Abs. 2 ist der Leistungsbedarf ausdrücklich im Verfahren nach § 10 SGB IX festzustellen. Die spezifischen Regelungen des Abs. 1a entfallen. § 10 Abs. 2 SGB IX regelt ausdrücklich, dass die Gutachter über den erforderlichen Sachverstand verfügen müssen. Die Anforderungen des bisherigen Abs. 1a sind deshalb in die Organisation des Bedarfsfeststellungsverfahrens nach § 12 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX einzubeziehen.

Dieser Entwurf enthält keinen Vorschlag im Sinne einer "großen oder kleinen" Lösung. Die bisher zwischen den Trägern der Sozialhilfe und den Trägern der Jugendhilfe bestehen im Kern auf einem jeweils unterschiedlich geprägten Teilhabeverständnis der Träger. Im Bereich der Jugendhilfe ist das Verständnis erziehungshilfrechtlich geprägt, das der Träger der Sozialhilfe behindertenrechtlich.

Die Probleme, die 1990 zur Verlagerung der Verantwortung für die Rehabilitation seelisch behinderter Kinder von der Sozialhilfe zur Jugendhilfe geführt haben, bestehen bei den Sozialhilfeträgern teilweise ebenso fort, wie umgekehrt die Jugendhilfeträger ihre Rolle als Rehabilitationsträger mit der Verantwortung für die Durchführung des behindertenrechtlichen Leistungsrechts der Sozialhilfe bis heute weitgehend nicht angenommen haben. Diese Probleme sind durch eine erneute Zuständigkeitsverlagerung weder in die eine noch in die andere Richtung zu lösen. Es würde auch in Zukunft jeweils Zielgruppen geben, denen die jeweilige Trägerverantwortung nach den unterschiedlich geprägten Überzeugungen und Selbstverständnissen nicht vollständig gerecht werden kann.

Zur Lösung dieser Probleme sieht deswegen Abs. 2 Satz 2 eine zwingende Zusammenarbeit der nach der individuellen Bedarfsfeststellung beteiligten Leistungsträger auf der Basis von im Verlauf fortzuschreibenden Zielvereinbarungen vor.

Abs. 3 und 4 entsprechen den bisherigen Absätzen 2 und 4.

Der bisherige Abs. 3 entfällt durch Einbeziehung der Eingliederungshilfe als Leistungen der Sozialen Teilhabe in das SGB IX.

Zu 8. bis 13.

Redaktionelle Anpassungen, die sich durch das Herauslösen der Eingliederungshilfe aus dem SGB XII und der Anpassung an Bestimmungen des SGB IX ergeben.

Zu 14. und 15.

Neuregelung mit dem Ziel, die Teilhabeleistungen einkommensunabhängig zu gewähren. Nach Nr. 14 sollen lediglich für Aufwendungen zum notwendigen Unterhalt und zur Krankenhilfe, etwa bei stationärer Unterbringung, weiterhin Kostenbeiträge erhoben werden. Das gilt auch für junge Volljährige. Nach Nr. 15 wird der Kostenbeitrag für Eltern, Ehegatten und Angehörige auf die für den häuslichen Lebensunterhalt ersparten Aufwendungen begrenzt.

VIII. Änderungen des Neunten Buches Sozialgesetzbuch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - (SGB IX)

Zu 1.

Abs. 1 bezieht das Verständnis der BRK als Wechselverhältnis von individueller Beeinträchtigung und gesellschaftlichen Barrieren ebenso ein wie die Unterscheidungen

der Internationalen Klassifikation von Funktionseinschränkung, Behinderung und Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Das begründet die Unterscheidung zwischen Beeinträchtigung und Behinderung. Damit werden die bisher nicht einheitlichen Bezeichnungen, die Behinderung mal mit einer Schädigung, mal mit einer Funktionsbeeinträchtigung und mal mit einer Teilhabebeeinträchtigung gleichgesetzt haben, abgelöst.

Abs. 2 definiert Beeinträchtigung als Auswirkung der auf einer gesundheitlichen Schädigung beruhenden Einschränkung einer körperlichen Funktion, geistigen Fähigkeit, seelischen Gesundheit oder Sinneswahrnehmung im Wechselverhältnis zu den üblichen Anforderungen an einen nicht behinderten Menschen.

Die Feststellung der Beeinträchtigung ist als Voraussetzung für die Gewährung von Sozialleistungen zwingend notwendig.

Um eine gerechtere Individualisierung des Leistungsgeschehens zu bewirken, soll für die Durchführung von Teil 2 des SGB IX die bisher dort verankerte Zehnerstufung des Grades der Beeinträchtigung durch die in Abs. 2 Satz 2 beschriebene fünfstufige Unterscheidung abgelöst werden.

Abs. 3 beschreibt Barrieren und Umweltfaktoren, die als Kontextfaktoren bei der Feststellung der Beeinträchtigungen der Teilhabe und des Grades der Behinderung einzubeziehen sind.

Abs. 3 übernimmt - unter Berücksichtigung der neuen Stufung des Abs. 2 - die Gleichstellungsregelung des bisherigen Abs. 3.

Zu 2.

Abs. 1 übernimmt die bereits vorhandene Verantwortung der Rehabilitationsträger für die Prävention zur Vermeidung von Beeinträchtigungen der Teilhabe.

Abs. 2 konkretisiert diese Verantwortung insbesondere hinsichtlich der Gestaltung barrierefreier und inklusiver Leistungen und Leistungsverfahren.

Abs. 3 überträgt den Rehabilitationsträgern einen regionalen Sicherstellungsauftrag für die Organisation wirksamer Präventionsleistungen zur Vermeidung von Teilhabebeeinträchtigungen.

Zu 3.

redaktionelle Anpassung.

Zu 4.

Buchst. a verdeutlicht, dass für die Gewährung und Ausführung von Leistungen zur Teilhabe ausschließlich die Bestimmungen des SGB IX anzuwenden sind.

Buchst. b regelt, dass die Leistungen nicht nur auf die sich aus der individuellen Beeinträchtigung ergebenden Teilhabeziele auszurichten sind, sondern auch immer dazu geeignet sein müssen, inklusive Teilhabe zu ermöglichen.

Buchst. c Redaktionelle Anpassung.

Zu 5.

Diese Regelung nimmt die Pflichten des Art. 7 BRK als Organisationsverantwortung für die Gestaltung der Leistungen für Kinder und Jugendliche und als Rechte der Kinder und Jugendlichen sowie der Sorgeberechtigten auf.

Zu 6.

Buchst. a übernimmt in Abs. 1 die bisherige Definition der Leistungsgruppen.

Buchst. b enthält eine redaktionelle Anpassung.

Buchst. c sieht nunmehr in Abs. 2 grundsätzliche Pflichten der Rehabilitationsträger zur Personenzentrierung, Zielorientierung, nahtlosen, zügigen, wirksamen und wirtschaftlichen Ausführung der Leistungen, deren Anpassung an sich ändernde Bedarfe und die trägerübergreifende Leistungsausführung nach gleichen Maßstäben und Grundsätzen, die bisher z. T. auf verschiedene Vorschriften verteilt waren (z. B. § 10 Abs. 1 Satz 2 und 3).

Buchst. d regelt im neuen Abs. 2, dass Gegenstand der Präventions- und Teilhabeleistungen auch Maßnahmen der Bewusstseinsbildung (Art. 8 BRK) sein sollen. Dazu zählen insbesondere Maßnahmen zur Förderung eines gleichberechtigten Zugangs zur physischen Umwelt, zu Transportmitteln, Information und Kommunikation sowie anderen öffentlichen Einrichtungen und Diensten (Art. 19 Buchst. c BRK).

Zu 7.

Buchst. a nimmt die Pflegekassen in den Kreis der Rehabilitationsträger auf. Danach führen künftig die Pflegekassen und nicht mehr die Krankenkassen als Rehabilitationsträger mit Ausnahme der unterhaltssichernden Leistungen die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation nach dem SGB IX für pflegebedürftige Menschen i. S. d. SGB XI durch. Damit werden in erheblichem Umfang Schnittstellenprobleme zwischen Renten- und Krankenversicherung abgebaut und Bürokratiekosten erspart. Da dann die Verantwortung für die Vermeidung von Pflegekosten durch Rehabilitationsleistungen und die Leistungsverantwortung für die pflegerische Versorgung in einer Hand liegen, ist zu erwarten, dass der Grundsatz Rehabilitation vor und während der Pflege gestärkt wird.

Buchst. b stellt klar, dass für die Verfahren und Leistungen der Integrationsämter die Bestimmungen des SGB IX, insbesondere das Leistungserbringungsrecht, anzuwenden und die Integrationsämter insoweit den Rehabilitationsträgern gleich gestellt sind.

Zu 8.

Nach Buchst. a führt die Bundesagentur für Arbeit selbst wieder vollständig die Bestimmungen des SGB IX für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Bezieher von Leistungen nach dem SGB II aus. Das bürokratische, kostenaufwändige, zudem häufig ineffiziente zweistufige Verfahren zwischen Bundesagentur und Leistungsträgern des SGB II wird aufgegeben. Damit werden nicht nur Bürokratiekosten erspart; behinderte Menschen werden auch in diesem Sozialleistungsbereich künftig wieder schneller, zielgerichteter und wirksamer Teilhabe am Arbeitsleben erreichen. Mit dieser Regelung werden auch die bisher unterschiedlichen Ansprüche auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach dem SGB II und dem SGB III wieder vereinheitlicht.

Buchst. b enthält die redaktionelle Anpassung.

Buchst. c regelt das Verfahren der Zusammenarbeit zwischen Bundesagentur und den Leistungsträgern des SGB II, wenn Hinweise auf Beeinträchtigungen der Teilhabe bestehen.

Zu 9.

Nach Satz 1 gelten wie für die Leistungen zur Teilhabe aller Rehabilitationsträger künftig uneingeschränkt die Bestimmungen des SGB IX. Damit werden alle aus der bisherigen Fassung des Satzes 1 abgeleiteten Zweifel beseitigt.

Satz 2 stellt sicher, dass die bei einigen Trägern über das SGB IX hinaus gehenden Leistungen für behinderte Menschen (z. B. SGB VII, BVG) weiterhin neben oder im

Verbund (Komplexleistungen nach § 17) mit den Leistungen des SGB IX gewährt werden können.

Satz 3 ist identisch mit dem bisherigen Satz 2, der mit Blick auf die Zuständigkeiten des gegliederten Sozialleistungssystems unverzichtbar ist.

Zu 10.

Die Neuregelung des Buchst. a fasst die Pflichten der Rehabilitationsträger zur Einleitung von Teilhabeleistungsverfahren von Amts wegen bei der Wahrnehmung von Beeinträchtigungen der Teilhabe in laufenden anderen Leistungsverfahren konkreter, da die bisherige Regelung keine spürbare Wirkung entfaltet hat, obwohl mit der frühzeitigen Einleitung und Durchführung von Leistungen zur Teilhabe in erheblichem Umfang Folgekosten erspart werden können. Mit der Konkretisierung soll der Blick der Sozialleistungsträger für den Bedarf und die Notwendigkeit von Teilhabeleistungen geschärft werden.

Mit Buchst. b entfällt der Abs. 3, wenn die Pflegekassen in § 6 aufgenommen und zu Rehabilitationsträgern werden.

Zu 11.

§ 9 konkretisiert die Vorschrift des § 33 SGB I für Teilhabeleistungen. Die bisher in Abs. 1 Satz 2, zweiter Halbsatz, enthaltene Rückverweisung auf § 33 SGB I führt zu Fehlinterpretationen und -anwendungen des Wunschrechts nach § 9. Buchst. a streicht deshalb diese Regelung.

Buchst. b und d nehmen die bisherige Rechtsprechung der Sozialgerichte zum Wunschrecht auf und stellen klar, dass - so schon die Begründung des Gesetzgebers Zu § 9 - BT-Drs. 15/5463 S. 2 - das Wunschrecht ein unverzichtbares Element der Wirksamkeit und damit auch der Wirtschaftlichkeit der Leistungen ist (Buchst. b).

Deshalb sind geringfügige Mehrkosten kein Hindernis gegen die Ausübung des Wunschrechts, wenn die Teilhabeziele durch die Qualität der gewünschten Einrichtung in gleicher Weise erreicht werden können wie durch die Qualität der vom Träger vorgesehenen Einrichtung. Da der Rehabilitationsträger durch das Wunschrecht aus seiner Verantwortung für die Leistungsausführung nach den Grundsätzen der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit nicht entlassen wird, ist er im Rahmen dieser Verantwortung gehalten, den Berechtigten bei der In-Anspruch-Nahme seines Wunschrechts zu unterstützen, indem er mit der gewünschten Einrichtung sein Vergütungsgefüge zu verhandeln hat (Buchst. d).

Da die seit 1.7.2001 geltenden Rechte der Kinder und Jugendlichen bisher insbesondere bei der Leistungsausführung nicht wahrnehmbar umgesetzt wurden, weist Buchst. c im Zusammenhang mit dem Wunschrecht nochmals ausdrücklich auf diese Rechte hin.

Zu 12.

Schon nach dem bisher geltenden Recht erwartete der Gesetzgeber eine an der ICF orientierte trägerübergreifende Bedarfsfeststellung. Die bisherige Fassung wurde so nicht vollzogen und führte in der Praxis zu verschiedenen Irritationen.

Abs. 1 lässt künftig keinen Zweifel mehr an der Verpflichtung der Träger zu, im Einzelfall die Beeinträchtigung der individuellen Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, orientiert an den Kategorien der ICF, zu ermitteln, dabei die Anforderungen nach Art. 26 Abs. 1 Buchst. a BRK zu berücksichtigen und den besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter Menschen Rechnung zu tragen. Auf dieser Grundlage sind die Teilhabeziele zu bestimmen und eine Bewertung des Bedarfs an Leistungen vorzunehmen. Diese jeweils mit dem Berechtigten abgestimmten Feststellungen und Bewer-

tungen werden nach Abs. 5 den Entscheidungen zu Grunde gelegt. Die Feststellungen sind im Laufe des Rehabilitationsverfahrens zu überprüfen und fortzuschreiben (Abs. 6) und die Teilhabeleistungen ggf. anzupassen (§ 5 Abs. 1 Satz 2).

Abs. 2 regelt das bisher in § 14 Abs. 5 enthaltene Verfahren der sachverständigen Begutachtung. Dabei werden in Satz 2 die Anforderungen, insbesondere die Kompetenz zur Anwendung der ICF, an Sachverständige beschrieben und klargestellt, dass Sachverständige nicht nur Mediziner, sondern Angehörige aus allen Wissenschaftsbereichen sein können, die Sachverstand zur Klärung der Teilhabebeeinträchtigungen und des sich daraus ergebenden Leistungsbedarfs beitragen können.

Abs. 3 überträgt den von den Rehabilitationsträgern nach § 12a zu errichtenden regionalen Arbeitsgemeinschaften den Sicherstellungsauftrag dafür, dass Sachverständige mit der gebotenen Kompetenz regional in ausreichender Zahl verfügbar sind. Das Wunschrecht und die Fristenregelung werden aus dem bisherigen § 14 Abs. 5 übernommen.

Mit der Übertragung des Sicherstellungsauftrages für die sachverständige Bedarfsfeststellung an die Arbeitsgemeinschaft in § 12a werden sachverständige Begutachtungen künftig institutionell im Rahmen einer trägerübergreifenden, gemeinsamen Verantwortung durchgeführt, sodass die geforderte trägerübergreifende Bedarfsfeststellung gesichert ist.

Abs. 4 sieht ein Konsensverfahren vor, wenn bei der Abstimmung der festgestellten Beeinträchtigungen, der Bestimmung der Teilhabeziele und der darauf basierenden Bewertung des Leistungsbedarfs durch den Sachverständigen kein Einvernehmen mit dem Berechtigten erreicht wird. Das Verfahren greift Elemente der Fallbesprechungen im Bereich der Eingliederungshilfe auf und soll ausschließen, dass es wegen ungeklärter, offener oder differierender Fragen bei der Bedarfsfeststellung nach Erlass eines Verwaltungsaktes zu vermeidbaren Rechtsbehelfs- oder Rechtsmittelverfahren kommt. Das Verfahren dient mithin nicht nur der Konsensbildung über den Leistungsbedarf, sondern insbesondere auch der Vermeidung überflüssigen Verwaltungsaufwandes, der Kosten von Streitverfahren und damit auch der Entlastung der Sozialgerichte.

Im Konsensverfahren sollen weitere Sachverständige - auch aus dem Bereich der Leistungserbringer - hinzugezogen werden, auf Wunsch des Berechtigten sind sie hinzuzuziehen. Dies dürfte bei bestimmten Leistungsbedarfen (z. B. bei neurologischen Beeinträchtigungen), bestimmten Leistungen (z. B. Frühförderung) oder bei bestimmten Ausführungsformen von Leistungen (Persönliches Budget, Persönliche Assistenz) auch ohne Differenzen bei der Abstimmung geboten sein.

Die Durchführung des Konsensverfahrens ist ebenso wie die Beauftragung der Begutachtung Bestandteil der entscheidungsreifen Vorbereitung der Leistungsverfahren durch die Gemeinsamen Servicestellen nach § 22 Abs. 1 Satz 2 Nr. n 4 bis 6, die nach In-Kraft-Treten dieses Gesetzes nicht mehr unmittelbar von den Rehabilitationsträgern, sondern von den trägerübergreifenden regionalen Arbeitsgemeinschaften getragen werden, sodass es damit zur Überwindung der Schnittstellen des gegliederten Systems, weitgehend auch zu einer institutionell gesicherten, trägerübergreifenden Vereinheitlichung der Zugangsverfahren zu den Teilhabeleistungen kommt.

Abs. 7 stellt datenschutzrechtlich klar, dass das Teilhabemanagement des SGB IX zu den gesetzlichen Aufgaben der Rehabilitationsträger gehört, für die das SGB X den Austausch personenbezogener Daten - insbesondere zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern - gestattet. Damit werden in der Praxis bisher gesehene Hemmnisse beseitigt, die den Austausch von Daten z. T. sogar verhindert haben. Ohne die Kenntnis der erforderlichen Daten kann das Teilhabemanagement aber nicht wirken.

Zu 13.

Bisher ist insbesondere nach der Ausführung stationärer Rehabilitationsleistungen, aber auch nach einer Krankenbehandlung, nicht gesichert, dass die im Anschluss daran erforderlichen Leistungen nahtlos einsetzen. Dies gilt auch für den Übergang zwischen Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder verschiedener Leistungsträger. Es entstehen häufig – z. T. auch lang andauernde - Versorgungslücken. Die Neufassung strebt einen nahtlosen Übergang zwischen den Leistungen und den Leistungsträgern an. Die bisher im Kern für die Zusammenarbeit zwischen medizinischer Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben angelegte Regelung wird auf alle Teilhabeleistungen erstreckt. Die Träger haben mit den Leistungserbringern in den Versorgungsverträgen zu vereinbaren, dass sie so frühzeitig Kenntnis von dem Bedarf an nachfolgenden Leistungen erhalten, dass sie deren nahtlose Ausführung erreichen können. Ist das nicht erreichbar, sind Versorgungslücken durch Vorleistungen nach § 43 SGB I zu vermeiden.

Zu 14.

Nach Buchst. a ist die Begutachtung nach § 10 Abs. 2 unter Orientierung an der ICF durchzuführen. Darüber hat der Gemeinsame Bundesausschuss Teilhabeleistungen nach Buchst. a eine Gemeinsame Empfehlung zu vereinbaren, mit der innerhalb eines Jahres nach In-Kraft-Treten dieses Gesetzes ein trägerübergreifendes ICF-orientiertes Verfahren zur Begutachtung einzuführen ist (§ 13a Abs. 4).

Buchst. b enthält die Anpassung an den geänderten § 3.

Buchst. c enthält an Stelle der bisherigen Soll-Regelung nunmehr die Verpflichtung der Rehabilitationsträger i. S. v. § 6 zur Bildung regionaler Arbeitsgemeinschaften, deren Aufgaben und Verfahren in § 13a näher geregelt werden.

In Buchst. d werden die bisher schon vorhandenen Grundlagen für die Aufgabewahrnehmung um das Recht zum Erlass von Verwaltungsakten (u. a. Feststellung der Eignung von Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen durch Versorgungsvertrag nach § 21), die Kostenerstattung und das in § 94 Abs. 2 und 3 geregelte Aufsichts- und Haushaltsrecht ergänzt.

Zu 15.

Mit dieser Regelung wird die Bildung von Arbeitsgemeinschaften näher ausgestaltet. Ihnen werden einheitlich die in den Ziffern 1 bis 4 genannten gemeinsamen Aufgaben der Rehabilitationsträger ein Rehabilitation gesetzlich zugewiesen. Die Rehabilitationsträger können darüber hinaus weitere gemeinsame Aufgaben übertragen. Das gilt insbesondere dann, wenn durch die Bündelung gleichartiger Aufgaben und gleichartigen Aufwandes aller Träger in der Arbeitsgemeinschaft wirtschaftlicher und kostengünstiger gearbeitet werden kann.

Abs. 2 sieht die Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft jeweils bei den regionalen Trägern der Rentenversicherung vor. Damit wird ein sinnvoller und wirtschaftlicher regionaler Wirkungsbereich bei einem Träger mit langjährigen, z. T. bundesweit einheitlichen Erfahrungen bei der Beurteilung der Eignung von Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen, aber auch bei der Feststellung des Leistungsbedarfs für verschiedene Leistungsgruppen geschaffen.

Auf der Basis der in § 12 Abs. 2 Satz 2 geschaffenen Rahmenbedingungen regeln die Rehabilitationsträger die konkrete Gestaltung der Arbeitsgemeinschaft regional in Verträgen. Dabei gelten die in § 23 Abs. 3 genannten Anforderungen an Zugänglichkeit und qualifiziertes Personal.

Abs. 3 setzt eine Frist von einem Jahr nach In-Kraft-Treten des Gesetzes, bis zu der die Arbeitsgemeinschaften ihre Tätigkeit aufnehmen müssen. Die Aufsichtsbehörden

wirken darauf hin, dass die Fristen für die Vorgaben zur Ausstattung eingehalten werden.

Mit der Bildung der Arbeitsgemeinschaften sind keine Mehrkosten verbunden. Die übertragenen Aufgaben werden auch bisher schon von allen Trägern – z. T. allerdings auf sehr unterschiedliche Weise - wahrgenommen. Durch die Bündelung der Aufgabenwahrnehmung in den Arbeitsgemeinschaften sind Synergien zu erwarten, die nicht nur zu geringeren Verwaltungskosten führen. Durch die trägerübergreifende Feststellung der Eignung von Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen und die damit verbundene einheitliche, zielgerichtete Ausführung der Teilhabeleistungen (u. a. Gegenstand, Umfang, Qualität) sind auch bei den Kosten der Leistungen Synergien und Einsparungen zu erreichen.

Zu 16.

Mit Buchst. a werden alle in § 6 genannten Rehabilitationsträger in das Verfahren der gemeinsamen Empfehlungen einbezogen. Dies ist durch die Errichtung eines rechtsfähigen Bundesausschusses Teilhabeleistungen nunmehr möglich.

Buchst. b stellt klar, dass hier eine Leitlinienverpflichtung geregelt ist, mit der die Träger die Anforderungen an Gegenstand, Umfang, Qualität und Ausführung der Leistungen der verschiedenen Bedarfsgruppen näher definieren. Die Leitlinien sind auf die verschiedenen Teilhabeziele und Bedarfe auszurichten, die sich aus den nach Art und Schwere unterschiedlichen Beeinträchtigungen der Teilhabe ergeben (Zielgruppen). Die in den Leitlinien geregelten Anforderungen sind Grundlage der Eignungsfeststellung nach §§ 17, 12a Abs. 1 Nr. 2 durch Versorgungsverträge, die vergleichenden Qualitätsanalysen nach § 20, die Vergütungsvereinbarungen nach § 21a und die Schiedsstellenverfahren nach § 21b.

Buchst. c nimmt die gestrichene Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach dem SGB V zur Verordnung von Rehabilitationsleistungen auf und verpflichtet dazu, in einer gemeinsamen Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses Teilhabeleistungen ein trägerübergreifendes Verfahren zur Einleitung von Teilhabeleistungen durch behandelnde Ärzte einschließlich ihrer Beratungspflichten nach § 61 SGB IX zu vereinbaren. An der Erarbeitung dieser Empfehlung ist nach Buchst. e der Gemeinsame Bundesausschuss nach dem SGB V zu beteiligen.

Buchst. d übernimmt in Nr. 11 die bisher in § 40 Abs. 3 Satz 3 SGB V und § 15 Abs. 3 Satz 2 SGB VI enthaltene Bestimmung über die Abweichung von der Regelbehandlungsdauer bei medizinischen Leistungen zur Rehabilitation als trägerübergreifende Gestaltungsaufgabe für den Gemeinsamen Bundesausschuss Teilhabeleistungen.

Mit der gemeinsamen Empfehlung nach Abs. 2 Nr. 12 soll in durch den Bundesausschuss zu regelnden Fällen bestimmten Berechtigten mit erheblichen Beeinträchtigungen, bei denen eine zeitnahe Leistungsausführung geboten ist, der Direktzugang zu den medizinischen Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen ohne weiteres zeitaufwändiges Verwaltungsverfahren ermöglicht werden.

Da die Rehabilitationsträger die bisher in § 21 Abs. 1 Nr. 2 genannten Grundsätze zur Vereinbarung von Vergütungen nicht geregelt haben, wird dies nunmehr zur Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Die gemeinsame Empfehlung nach Nr. 14 sieht an Stelle der bisher im spezifischen Recht der Träger enthaltenen Regelungen eine trägerübergreifende Regelung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vor.

Mit Buchst. f entfallen die durch die Errichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses bedeutungslos gewordenen Regelungen des § 13.

Der mit dem Buchstaben neu gefasste Abs. 3 (bisher 9) ermächtigt die regionalen

Arbeitsgemeinschaften, die gemeinsamen Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses Teilhabeleistungen an die regionalen Erfordernisse anzupassen (entspricht z. B. der als "Landesrahmenempfehlung" bezeichneten gemeinsamen Empfehlung nach § 14 Abs. 9 in § 2 Satz 3 der Frühförderungsverordnung zu § 30) oder auch vorläufige regionale Empfehlungen zu vereinbaren, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss noch keine Empfehlungen erlassen hat.

Zu 17.

Die Regelung verpflichtet in Abs. 1 die Spitzenverbände aller Rehabilitationsträger des § 6 zur Errichtung eines Gemeinsamen Bundesausschusses Teilhabeleistungen. Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses ist die Gestaltung und Konkretisierung des Leistungs- und Verfahrensrechts durch gemeinsame Empfehlungen nach §§ 12, 13, die die Träger bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dem SGB IX binden. Der Gemeinsame Bundesausschuss erarbeitet die gemeinsamen Empfehlungen in Unterausschüssen, die entsprechend den Leistungsgruppen nach § 5 gebildet werden, um den jeweils spezifisch erforderlichen Sachverstand sicherzustellen. Abs. 2 ist an die Bestimmungen über den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 SGB V angelehnt, sieht allerdings als Mitglieder neben den drei unparteiischen Vorsitzenden jeweils zu einem Drittel eine Besetzung mit voll stimmberechtigten Vertretern der Leistungserbringer, der Kostenträger und der Organisationen behinderter Menschen vor. Das Nähere zur Berufung der Mitglieder und zum Verfahren des Bundesausschusses regelt der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung mit Zustimmung des Bundesrates in einer Rechtsverordnung.

Abs. 3 sieht zur weiteren Nutzung des seit In-Kraft-Treten des SGB IX bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) gebündelten Sachverstandes die Übertragung der Geschäftsstelle des Ausschusses an die BAR vor (Auftragsübertragung nach §§ 88 SGB IX an den Verein, nicht die Trägerschaft durch den Verein). U. a. die Haushaltsrechtlichen Rahmenbedingungen und die Aufsichtsführung werden durch.

Abs. 4 setzt dem Bundesausschuss Teilhabeleistungen Fristen, bis wann gemeinsame Empfehlungen zur ICF-orientierten Bedarfsfeststellung und die zielgruppenbezogenen Leitlinien zu Gegenstand, Umfang, Qualität und Ausführung der Teilhabeleistungen vereinbart sein müssen.

Zu 18.

Redaktionelle Änderung

Zu 19.

Wegfall bedingt durch Neuregelung in § 10.

Zu 20.

Redaktionelle Folgeänderung

Zu 21.

Das Ordnungsrecht nimmt in Abs. 2 die erforderlichen Regelungen zum Gemeinsamen Bundesausschuss Teilhabeleistungen auf.

Zu 22.

Abs. 1 übernimmt zunächst unverändert die bisherige Fassung des § 17 Abs. 1. Eingefügt wird ein neuer Satz 2, mit dem im Interesse der behinderten Menschen unab-

hängig von der Beantragung der Persönlichen Budgets oder der Persönlichen Assistenz einerseits Leistungen zur Teilhabe aus verschiedenen Leistungsgruppen verschiedener Rehabilitationsträger, aber auch Teilhabeleistungen mit anderen Sozialleistungen, die die Träger nach den für sie geltenden Gesetzen erbringen können, zur Komplexleistung verknüpft werden können. Damit sollen behinderten Menschen auch ohne Persönliches Budget parallele Leistungsverfahren bei verschiedenen Trägern erspart werden.

Abs. 2 entspricht im Wesentlichen dem geltenden Recht, konkretisiert jedoch, was unter Eignung eines Rehabilitationsdienstes oder einer -einrichtung zu verstehen ist, welche Grundlagen für die Eignungsprüfung bestehen und, dass die Prüfung durch die Vereinbarung von Versorgungsverträgen - künftig trägerübergreifend als Aufgabe den regionalen Arbeitsgemeinschaften zugewiesen - vollzogen wird. Mit der Wirkung einer Eignungsfeststellung für Leistungen einer Bedarfsgruppe auf alle Rehabilitationsträger ist für die Leistungsanbieter, aber auch die Rehabilitationsträger, eine deutliche Aufwandsverminderung verbunden.

Abs. 3 übernimmt die bisher in § 107 Abs. 2 enthaltene Bestimmung, unter welchen Voraussetzungen von einer Rehabilitationseinrichtung auszugehen ist, als Maßstab für nicht stationäre und stationäre Angebote der medizinischen Rehabilitation trägerübergreifend in das SGB IX.

Abs. 4 bildet die Basis für die nachfolgenden Regelungen der §§ 17a bis c und knüpft hinsichtlich der Komplexleistungen an Abs. 1 Satz 2 an.

Bezüglich der Kostentragung durch die verschiedenen, an einem Persönlichen Budget oder einer Komplexleistung beteiligten Träger wird mit Blick auf die Erfahrungen bei der Frühförderung zunächst klargestellt, dass jeder Träger die mit seinen Leistungen verbundenen Kosten trägt. Sind die Kosten nicht ohne Weiteres zuzuordnen, sollen sie im Verhältnis des nach § 10 festgestellten Bedarfs zugeordnet werden, der den jeweiligen Leistungsaufwand begründet. Die nach § 13 Abs. 2 Nr. 2 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zu erstellenden und ggf. durch gemeinsame Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaften (§ 12a) regional konkretisierten und ergänzten gemeinsamen Empfehlungen (Leitlinien) zu Gegenstand, Umfang, Qualität und Ausführung der Leistungen sind dazu eine geeignete Grundlage. Kommt dabei keine Einigung über die Kostenverteilung zu Stande, werden die Kosten nach der Zahl der beteiligten Leistungsträger auf diese verteilt.

Zu 23.

Neben dem Persönlichen Budget werden die Persönliche Assistenz und das Budget für Arbeit als von der Norm der Leistungsausführung abweichende selbstbestimmte Ausführungsform vorgesehen.

Mit Blick auf die Gesamtzahl aller von den Rehabilitationsträgern ausgeführten Leistungen zur Teilhabe bleiben diese Leistungsformen selbst bei expansiver Inanspruchnahme in der Minderzahl. Deshalb wird an der Gestaltung dieser Ansprüche als Bestandteil des Leistungserbringungsrechts festgehalten.

§ 17a entspricht weitgehend den bisherigen Regelungen in § 17 Abs. 2 ff. In Abs. 1 Satz 1 wird an die Feststellung der Beeinträchtigung als Basis nach § 10 angeknüpft. In Abs. 2 wird die bisherige Gutscheinregelung, die z. T. der Zielsetzung des Budgets entgegen stand, aufgegeben. Klargestellt wird auch, dass sich die Höhe des Budgets am Bedarf und an den Kosten der an Stelle des Budgets in Zukunft zu erbringenden Sachleistungen orientiert, wobei die Kosten der Budgetassistenz und der Kosten der Beratung und Unterstützung nach § 14 Abs. 2 SGB I einzubeziehen sind.

§ 17b Buchst. b BRK um. Es handelt sich um eine personelle Unterstützung oder Hilfeleistung, die die in den Nr.n 1 bis 6 konkretisierten Rechte gewährleisten und die entsprechenden Kompetenzen fördern muss.

§ 17c erweitert entsprechend Art. 27 BRK die Möglichkeiten zur Teilhabe am Arbeitsleben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Abs. 1 gewährt das Budget Personen, die voll erwerbsgemindert sind. Damit wird es insbesondere behinderten Menschen, die bisher in einer WfbM tätig sind, in Verbindung mit den neu gestalteten Leistungen für die Förderung der "Beschäftigung unter nicht üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes" ermöglicht, eine sozialversicherte Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu einem tariflichen oder ortsüblichen Entgelt auszuüben.

Abs. 2 regelt, welche Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben budgetfähig sind.

Abs. 3 sieht vor, dem Arbeitgeber das Budget unter den dort genannten Voraussetzungen zur Verfügung zu stellen.

Zu 24.

§ 19 wurde als trägerübergreifender Sicherstellungsauftrag für die Gewährleistung der nach Qualität und Anzahl regional erforderlichen Leistungsangebote bisher nicht umgesetzt. Da auch die Arbeitsgemeinschaften nach § 12 Abs. 2 nicht gebildet wurden, blieb den Verbänden der Leistungserbringer und denen der Betroffenen die regionale Plattform zur Wahrnehmung ihrer Mitwirkungsrechte bei der Gestaltung der Versorgungsstrukturen vorenthalten.

Deshalb wird mit Buchst. a die bisherige Hinwirkungspflicht mit der Übernahme der Definition "Organisieren" aus Art. 26 Abs. Satz 2 BRK durch einen zweifelsfreien Auftrag zur Sicherstellung der erforderlichen Versorgungsstrukturen ersetzt. Dass dieser Gestaltungsauftrag entsprechend Art. 26 Abs. 1 Buchst. b BRK auch die ländlichen Gebiete erfassen muss, wird klargestellt.

Buchst. b streicht die Unterscheidung bei ambulanten und teilstationären Leistungen, weil es sich jeweils um nicht stationäre Leistungen handelt.

Buchst. c übernimmt die Anforderungen des Art. 7 BRK in den Sicherstellungsauftrag.

Buchst. d streicht als Folge das in § 21a enthaltene Vergütungsrecht den Verweis auf den Vergütungsanspruch.

Zu 25.

Das für die Träger geltende spezifische Recht enthielt bisher bereits die Verpflichtung zum Abschluss von Versorgungsverträgen. Mit Buchst. aa wird im Wesentlichen die bisherige Fassung des § 111 Abs. 1 als trägerübergreifendes Recht in das SGB IX übernommen und der Abschluss eines Versorgungsvertrages zur Bedingung für eine In-Anspruch-Nahme von Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen nach § 17 gemacht.

Buchst. ab stellt klar, dass Grundlage und Maßstab für den Versorgungsvertrag und die damit verbundene Eignungsfeststellung i. S. v. § 17 die gemeinsamen Empfehlungen zu den Leitlinien Teilhabeleistungen nach § 13 Abs. 2 Nr. 2, die Regelungen zur Qualität und zur Qualitätssicherung (§ 20) sowie die gemeinsame Empfehlung zum Vergütungsverfahren nach § 13 sind.

Buchst. ac enthält redaktionelle Änderungen.

Die bisherige Regelung in § 21 Abs. 2 Satz 1 zum Abschluss von Versorgungsaufträgen nach einheitlichen Grundsätzen erübrigt sich als Folge von § 12a.

Das bisherige Recht in § 21 Abs. 2 sah bundesweite Regelungen entweder als einseitige gemeinsame Empfehlungen der Rehabilitationsträger nach § 13 oder als

zweiseitige Verträge zwischen den Spitzenverbänden der Leistungsträger und den Arbeitsgemeinschaften der Leistungsanbieter vor. Bisher wurde keine dieser Möglichkeiten umgesetzt.

Die Neufassung des § 21 Abs. 1 in Buchst. b sieht nunmehr vor, dass in Bundesrahmenverträgen zwischen Leistungserbringer- und -anbieterverbänden die Anforderungen an Gegenstand, Umfang, Ausführung und Qualität der Leistungen zu vereinbaren sind, die für die Leistungen der Bedarfsgruppen über die einzelnen Einrichtungen und Dienste hinaus gehend Bedeutung haben. Die Verträge nach Abs. 1 mit den einzelnen Leistungsanbietern können sich dann auf die speziell an den einzelnen Anbieter gerichteten, die bundesweiten Anforderungen konkretisierenden oder anbieter-spezifischen Anforderungen beschränken. Durch die Bundesrahmenverträge reduziert sich der Aufwand für den Abschluss der Versorgungsverträge mit den einzelnen Anbietern.

Zu 26.

Das SGB IX räumt den Leistungserbringern seit 1.7.2001 einen Anspruch auf eine angemessene Vergütung ein (§§ 19, 35 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX). Nach der Begründung zu § 21 Abs. 1 SGB IX ist bei der Vereinbarung der angemessenen Vergütung ein leistungsbezogenes Vergütungssystem anzustreben (BT-Drs. 14/5074, S. 105). Dies sollte von den Rehabilitationsträgern in gemeinsamen Empfehlungen nach den §§ 13 und 20 SGB IX entwickelt werden (§ 35 Abs. 1 Satz 3 SGB IX).

Da die Rehabilitationsträger diesen Bestimmungen bis heute nicht nachgekommen sind, werden nunmehr der Anspruch auf eine angemessene Vergütung klarer gefasst und zugleich die offensichtlich für die Entwicklung eines leistungsbezogenen Vergütungssystems durch die Rehabilitationsträger erforderlichen konkretisierenden Rahmenbestimmungen in das Gesetz aufgenommen.

Diese Regelung gilt für alle Rehabilitationsträger und Teilhabeleistungen und löst auch das bisherige Vergütungsrecht der Träger der Sozialhilfe für die von ihnen auszuführenden Leistungen zur Teilhabe nach § 76 Abs. 2 SGB XII ab.

§ 21a Abs. 1 und 2 entsprechen dem geltenden Recht. Die Norm gilt für die Teilhabeleistungen aller Rehabilitationsträger.

Abs. 3 bestimmt den Rahmen der grundsätzlich vergütungsfähigen Aufwendungen. Mit Blick auf die monistische Finanzierung der Teilhabeleistungen sind Investitions- und Investitionsfolgekosten einzubeziehen. Es handelt sich nicht um eine abschließende Aufzählung. Die Vertragspartner sind frei, in den Vergütungsverhandlungen weitere für die Erreichung der Teilhabeziele erforderlichen Aufwendungen einzubeziehen.

Abs. 4 und 5 korrigieren Fehlentwicklungen. Insbesondere die Träger der medizinischen Rehabilitation haben zunehmend Aufwendungen für gegen sie bestehende Leistungsansprüche (z. B. Reisekosten als ergänzende Leistungen oder hochpreisige medikamentöse Akutbehandlung, die Aufgabe der Krankenbehandlung und nicht der Teilhabeförderung sind) in die Vergütung der Teilhabeleistungen verlagert, die damit die den Einrichtungen zur eigentlichen Aufgabenerfüllung verfügbaren Mittel reduzieren. Diese Mittelverschiebung ist letztlich auch nicht mit den haushaltsrechtlichen Grundsätzen der Klarheit und Wahrheit zu vereinbaren.

Künftig sollen Leistungen, die nicht zur Erfüllung der Kernaufgaben der Einrichtungen und -dienste zählen, durch Vergütungszuschläge ausgewiesen werden, wenn die Ausführung solcher Leistungen durch die Leistungserbringer zwischen Rehabilitationsträgern und Leistungserbringern im Versorgungsvertrag vereinbart wird. Damit wird auch wieder eine haushaltsrechtlich klare Zuordnung der damit verbundenen Kosten möglich.

Abs. 6 überlässt es den Vertragspartnern, in welcher Form sie das Ergebnis der Vergütungsverhandlungen gestalten. Durch die vom Gemeinsamen Bundesausschuss Teilhabeleistungen zu Gegenstand, Umfang, Qualität und Ausführung der Leistungen zu vereinbarenden "Leitlinien Teilhabeleistungen" nach § 13 Abs. 2 Nr. bestehen künftig Maßstäbe für einen Preiswettbewerb. Aus diesem Grund sieht das Gesetz - anders als z. B. im SGB XI geregelt - auch keine gemeinsamen Vergütungsverhandlungen oder einen federführenden Rehabilitationsträger vor, wenn Einrichtungen und -dienste von mehreren Leistungsträgern in Anspruch genommen werden. Der Preiswettbewerb ist auf der Grundlage der einheitlichen Maßstäbe zur Sicherung der Grundsätze der sparsamen und wirtschaftlichen Leistungserbringung ausdrücklich gewollt. Auch die unterschiedlichen Vergütungsformen, in die die Vertragsparteien das Ergebnis ihrer Vergütungsverhandlungen fassen können, räumt weitere ökonomische Spielräume ein.

§ 21b erstreckt das zunächst in § 111b SGB V für die Vergütungsverhandlungen mit den von den Trägern der Krankenversicherung in Anspruch genommenen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen eingeführte Schiedsstellenrecht nunmehr auf alle Rehabilitationsträger und Teilhabeleistungen.

Die Regelung lehnt sich weitgehend an § 111b SGB V an. Da der auf der Basis der Leitlinien Teilhabe im Versorgungsvertrag nach § 21 vereinbarte Versorgungsauftrag die Grundlage der Vergütungsvereinbarungen ist, erfassen Konflikte über die Vergütung immer auch den zu Grunde liegenden Versorgungsvertrag. Deshalb wird die Aufgabenstellung der Schiedsstelle auch auf Konflikte erstreckt, die zum Inhalt - nicht zum Abschluss - eines Versorgungsvertrages entstehen (§§ 17 Abs. 2 und 3, 21).

Zu 27.

Das bisherige Recht sah bereits vor, dass die Gemeinsamen Servicestellen Leistungsanträge entscheidungsreif, d. h., so vorbereiten sollten, dass der Leistungsträger ohne weitere eigene Ermittlungen innerhalb der kurzen Fristen des § 14 über die Anträge entscheiden kann (§ 22 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5). Darüber hinaus wurde den Gemeinsamen Servicestellen als originäre Aufgabe ein weitgehendes Case-Management (Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 bis 8) übertragen, das in engem Zusammenhang mit den Pflichten der Ärzte nach § 61 und den Rechten der Arbeitgeber im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 84 Abs. 2 Satz 4) steht. Damit nehmen die Gemeinsamen Servicestellen die zentrale Schlüsselstellung im Teilhabemanagement ein, die einerseits die Leistungsbezieher von der ersten Wahrnehmung einer Behinderung bis zur Inklusion fortlaufend beraten, begleiten und unterstützen sollen, andererseits Ärzten, Arbeitgebern und anderen Akteuren zentrale Anlaufstelle zur Überwindung der Schnittstellenprobleme im gegliederten System und letztlich Akteur zur Sicherung der nahtlosen und zügigen Leistungsausführung sein sollen.

Mit wenigen Ausnahmen in Baden-Württemberg haben die Rehabilitationsträger die Gemeinsamen Servicestellen bundesweit nicht so errichtet und ausgestattet, dass sie die ihnen vom Gesetzgeber zugewiesene Rolle und Aufgabe erfüllen können. Die von verschiedenen Seiten über die Funktionsfähigkeit der Gemeinsamen Servicestellen ist in der vorgetragenen Form nicht gerechtfertigt, weil sie sich im Kern dagegen richten muss, dass die Träger den gesetzlichen Auftrag nicht einmal annähernd vollzogen haben. Dies ändert nichts an der mit der Errichtung der Gemeinsamen Servicestellen zum Ausdruck gekommenen Überzeugung des Gesetzgebers, dass die Schnittstellenprobleme des gegliederten Systems und eine trägerübergreifend einheitliche Praxis des Teilhaberechts nicht ohne institutionellen Rahmen erreicht werden kann.

Damit die Gemeinsamen Servicestellen die Aufgabe der Überwindung der Schnittstellenprobleme des gegliederten Systems künftig tatsächlich auch trägerübergreifend wahrnehmen können, werden die trägerübergreifenden regionalen Arbeitsgemeinschaften nach § 12a künftig Träger der Gemeinsamen Servicestellen sein. Damit wird zugleich die Forderung der Betroffenenverbände nach trägerunabhängiger Beratung aufgenommen, die in Verbindung mit der Beratung in Lebenssituationen nach § 14 Abs. 2 SGB I i. V. m. § 44 Abs. 2 SGB IX durch trägerunabhängige Akteure weitgehend erreicht wird.

Deshalb Gemeinsamen Servicestellen künftig Leistungsentscheidungen tatsächlich entscheidungsreif vorbereiten können, führen sie das Bedarfsfeststellungsverfahren nach § 10 durch, holen in diesem Zusammenhang das Sachverständigengutachten ein und führen dazu notwendige Konsensverfahren durch. Die Organisationsverantwortung dafür liegt bei den regionalen Arbeitsgemeinschaften. Damit wird das Bedarfsfeststellungsverfahren bis zur Entscheidungsreife künftig regional ausgeführt. Durch die Einbeziehung auch von Experten der Leistungserbringer spätestens im Konsensverfahren ist unter Berücksichtigung des regional vorhandenen Leistungsangebots auch eine sozialräumliche Orientierung der Feststellung des Leistungsbedarfs gesichert. Damit werden Elemente der im Bereich der Sozialhilfe bisher üblichen Fallkonferenzen übernommen. Letztlich werden durch die Regionalisierung die Verwaltungsverfahren verkürzt, entbürokratisiert und Verwaltungskosten gesenkt.

Letztlich stellt die Neufassung den Case-Managementauftrag der Gemeinsamen Servicestellen klar und bindet die Berater der Beratung in Lebenssituationen in die Zusammenarbeit ein.

Zu 28.

Redaktionelle Überarbeitung zur Beseitigung von Unschärfen im geltenden Recht (Differenz zwischen § 26 Abs. 3 und § 6 FrühV).

Zu 29.

Die Ergänzung des § 26 verdeutlicht in Abs. 4, dass die in Abs. 2 und 3 beschriebenen Gegenstände der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation sowohl Bestandteil nicht stationärer wie auch stationärer Leistungen sein können, aber auch als Einzelleistungen der medizinischen Rehabilitation erbracht werden können. Diese Klarstellung ist erforderlich, weil einerseits die in Abs. 3 beschriebenen Leistungsgegenstände bisher nicht als verfügbare - insbesondere nicht stationäre - Leistungsangebote gestaltet wurden, andererseits bei einigen Trägern in Frage gestellt wird, dass die in Abs. 2 und 3 beschriebenen Leistungsgegenstände auch nicht stationär oder als Einzelleistung der medizinischen Rehabilitation erbracht werden können. Mit dieser Klarstellung sind die Träger der medizinischen Rehabilitation gehalten, die Gestaltung in Teilhabeleitlinien nach § 13 Abs. 2 Nr. 2 vorzunehmen und die Angebote im Rahmen ihrer Verantwortung nach § 19 regional verfügbar zu machen.

Abs. 5 übernimmt entsprechende Regelungen, die bisher in den für die jeweiligen Träger geltenden Leistungsgesetzen enthalten waren, als trägerübergreifendes Recht.

Abs. 6 eröffnet für bestimmte Zielgruppen mit besonders schweren Beeinträchtigungen oder die Beeinträchtigungen verursachenden Erkrankungen, bei denen kein Zweifel an der Notwendigkeit und einem unverzüglichen Beginn der Leistungen besteht, den Weg für einen Direktzugang zu den Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen unmittelbar im Anschluss an die Bedarfsfeststellung ohne weiteres Verwaltungsverfahren. Es handelt sich um eine Ergänzung des Verfahrens der An-

schlussrehabilitation (AHB), wobei sich durch die der Bedarfsfeststellung in diesen Fällen zugeordnete konstitutive Wirkung im Verhältnis zur AHB jedes weitere Verwaltungsverfahren erübrigt. Damit wird zugleich die Möglichkeit der Durchführung von Intervalleleistungen verbessert, die nunmehr ohne zwischengeschaltetes Verwaltungsverfahren über einen längeren Zeitraum hinweg gestaltet werden können. Dies führt insgesamt zu einer zielgerichteteren und wirksamen Leistungsausführung, kostengünstigeren Leistungserbringung und erspart Verwaltungskosten. Das Nähere dazu ist in einer Leitlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 13 Abs. 2 Nr. 2 zu vereinbaren.

Abs. 7 übernimmt entsprechende Regelungen, die bisher in den für die jeweiligen Träger geltenden Leistungsgesetzen enthalten waren, als trägerübergreifendes Recht.

Zu 30.

Das Recht zur Früherkennung und Frühförderung wird durch die Neufassung übersichtlicher, bisher vorhandene Auslegungsschwierigkeiten werden beseitigt.

Abs. 1 bestimmt entsprechend dem bisherigen Recht, welche Kinder diese Leistungen erhalten.

Abs. 2 regelt den Leistungsgegenstand und bestimmt die zur Ausführung der Leistungen in Frage kommenden Leistungserbringer. Dabei wird zwischen Leistungserbringern mit und ohne ärztliche Verantwortung unterschieden.

Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) können über ihren Versorgungsauftrag im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 119 SGB V hinaus die Frühförderung als medizinische Leistung zur Rehabilitation mit einem Versorgungsvertrag nach § 21 SGB IX einschließlich der in § 26 Abs. 2 Nr. 1 verankerten ärztlichen Leistungen erbringen. Die Abgrenzung zwischen ärztlichen Leistungen zur Krankenbehandlung und rehabilitativ-ärztlichen Leistungen ist Bestandteil der zu vereinbarenden Leitlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses Teilhabeleistungen.

Soweit Einrichtungen zur Frühförderung auf der Grundlage eines zwischen den Beteiligten eingegangenen Vertrages mit einem Vertragsarzt i. S. d. SGB V kooperieren und damit die vertragsärztliche Versorgung in gleicher Weise gewährleistet ist wie in einem SPZ, werden diese Einrichtungen mit einem SPZ gleich gestellt.

Interdisziplinäre Frühförderstellen, die nicht unter ärztlicher Verantwortung stehen, führen die medizinische Leistung zur Rehabilitation in gleicher Weise aus wie die SPZ oder gleich gestellte Einrichtungen, allerdings ohne die rehabilitativ-ärztlichen Leistungen nach § 26 Abs. 2 Nr. 1.

Es handelt sich weiterhin um Komplexleistungen (§ 17 Abs. 1 Satz 3), deren Bestandteil neben den medizinischen Leistungen zur Rehabilitation nach Abs. 2 und 3, die heilpädagogischen Leistungen nach § 55 Abs. 2 Nr. 4 sowie die neue Beratungs- und Unterstützungsleistung nach § 44 Abs. 2 ist. Durch die Einbeziehung des § 26 Abs. 3 in die Beschreibung des Leistungsgegenstandes wird einerseits klargestellt, dass es sich bei den heilpädagogischen Leistungen - unabhängig von der Kostenträgerschaft - um medizinische Leistungen zur Rehabilitation handelt. Andererseits können künftig auch die in der Aufzählung des Abs. 3 genannten Leistungsgegenstände Bestandteil der Frühförderung sein.

Abs. 3 ermächtigt den Gemeinsamen Bundesausschuss Teilhabe, Gegenstand, Umfang, Qualität und Ausführung der Leistungen sowie zum Förder- und Behandlungsplan in einer Teilhabeleitlinie nach § 13 Abs. 2 Nr. 2 zu regeln.

Abs. 4 stellt klar, dass die Beeinträchtigungen der Teilhabe, die Teilhabeziele

und der Leistungsbedarf nach § 10 festgestellt werden. Auf dieser Grundlage ist nachfolgend - ergänzt um die Erkenntnisse der spezifischen therapeutischen Diagnostik des Leistungserbringers - der Förder- und Behandlungsplan aufzustellen. Abs. 5 verdeutlicht, dass das Leistungserbringungsrecht des SGB IX anzuwenden ist.

Abs. 6 sieht verpflichtend vorläufige Leistungen des zuerst angegangenen Trägers vor, wenn nach der Bedarfsfeststellung nach § 10 nicht innerhalb der Fristen des § 14 eine Leistungsentscheidung ergeht.

Abs. 8 sieht vor, durch Landesrecht auch Leistungen der Kultusverwaltung in die Komplexeleistungen einzubeziehen. Die konkrete Gestaltung des Leistungsgegenstandes wird in ergänzenden gemeinsamen Empfehlungen auf der Ebene der regionalen Arbeitsgemeinschaften vorgenommen, sodass eine sozialräumliche Gestaltung möglich ist (§ 12a Abs. 1 Nr. 4).

Zu 31.

Mit der Neufassung wird die schulische Aus- und Weiterbildung einschließlich einer Hochschulausbildung trägerübergreifend bei allen Trägern der Leistungen zur Teilhabe über die bisherige Beschränkung auf die berufliche Ausbildung hinaus gleichwertig zum Leistungsgegenstand der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Mit der bisherigen Beschränkung eines Teils der Rehabilitationsträger auf duale Ausbildungsgänge wurde vielen behinderten Menschen - abhängig von der Leistungsverpflichtung der Rehabilitationsträger - auch der Zugang zu der zunehmenden Zahl von Berufen erschwert oder gar verwehrt, bei denen klassische Ausbildungen durch Studiengänge oder duale Studiengänge mit Anteilen aus betrieblicher und Hochschulbildung abgelöst wurden.

Der bisherige Verweis auf einkommens- und vermögensabhängige Leistungen der Eingliederungshilfe ist mit Art. 24 Abs. 5 und 27 BRK nicht mehr zu vereinbaren.

Durch das Herauslösen des Eingliederungshilferechts aus der Sozialhilfe ergibt sich die Möglichkeit zur trägerübergreifenden Vereinheitlichung des Teilhaberechts, was auch zu einer Entlastung der Sozialhilfeträger führen wird.

Zu 32.

Die Absätze 3a und 3b konkretisieren die Leistungsvoraussetzungen und den Leistungsgegenstand der schulischen Aus- und Weiterbildung einschließlich Hochschulbildung nach Nr. 32.

Zu 33.

Diese Regelung setzt den neuen Beratungs- und Unterstützungsanspruch in Lebenssituationen (§ 14 Abs. 2 SGB I) leistungsrechtlich um. Der Anspruch erfasst Personen, die wegen Art und Schwere ihrer Behinderung ohne diese Leistung weder ihre Lebenssituation bewältigen noch Teilhabeziele erreichen können. Dies ist insbesondere bei Menschen mit besonders schweren oder schwersten Beeinträchtigungen sowie bei Menschen mit seelischen Behinderungen der Fall. Das Nähere zu den Anspruchsvoraussetzungen und zur Leistungsgestaltung vereinbart der Gemeinsame Bundesausschuss Teilhaberecht in einer gemeinsamen Empfehlung nach § 13 Abs. 2 Nr. 2.

Der Berechtigte hat das Recht, selbst zu entscheiden, wer die Beratung und Unterstützung ausführt. Damit wird für die Beratung in Lebenssituationen eine trägerunabhängige Beratung gewährleistet.

Zu 34.

Der neue Satz 2 entspricht für die Berechnung des Übergangsgeldes dem bisherigen § 54 Abs. 1 Satz 2 SGB XII und benennt die für die genannten Träger jeweils anzuwendende Beitragsbemessungsgrenze.

Zu 35.

Zur trägerübergreifenden Vereinheitlichung des Zuzahlungsrechts bei medizinischen Leistungen zur Rehabilitation wird § 32 SGB XI weitgehend inhaltsgleich in das SGB IX übernommen.

An Stelle der bisher trägerspezifischen Regelungen vereinbart künftig der Gemeinsame Bundesausschuss Teilhabeleistungen Ausnahmen von der Zuzahlung trägerübergreifend in einer gemeinsamen Empfehlung nach § 13. (Abs. 4).

Zu 36.

Das Kapitel 7 wird entsprechend der Vereinbarung im Koalitionsvertrag für die 18. Legislaturperiode (S. 111), die behinderten "Menschen aus dem 'Fürsorgesystem'" herauszuführen, werden die in diesem Kapitel bisher geregelten Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft unter Aufnahme der Bestimmungen zur Eingliederungshilfe aus dem SGB XII zu einem umfassenden Leistungsrecht zur Förderung der Sozialen Teilhabe weiterentwickelt, das für alle Rehabilitationsträger, die diese Leistungen nach § 6 zu erbringen haben, trägerübergreifend anzuwenden ist.

§ 55 Abs. 1 begründet den Rechtsanspruch auf Leistungen zur Sozialen Teilhabe.

Abs. 2 regelt, welche Leistungen im Einzelnen Gegenstand der Leistungen zur Sozialen Teilhabe sein können.

Abs. 3 stellt klar, in welcher Form die Leistungen ausgeführt werden können, und regelt die Budgetfähigkeit der Leistungen für das Persönliche Budget und die neu geschaffene Persönliche Assistenz und das Budget für Arbeit.

Die nachfolgenden §§ 56a bis 58 enthalten gesetzliche Vorgaben und weitere Konkretisierungen der in § 55 Abs. 2 Nr.n 1 bis 4 genannten Leistungen.

Die Konkretisierung der § 55 Abs. 2 Nr.n 5 bis 7 wird mit Blick auf die unterschiedlichen fiskalischen Auswirkungen der Leistungen und zur Herstellung einer gebotenen Flexibilität für eine zeitnahe, untergesetzliche Anpassung dieser Regelungen in eine neue "Rechtsverordnung zur Durchführung der §§ 55 bis 59 SGB IX" verlagert, vgl. Art. 9).

Das gilt auch für ergänzende Regelungen zu § 55 Abs. 2 Nr.n 1 bis 4.

In das Teilhaberecht neu aufgenommen werden mit Kapitel 8 und § 59 Leistungen zur Förderung der inklusiven Bildung. Damit sollen die Probleme an der Schnittstelle zwischen Teilhaberecht und Bildungsrecht beseitigt werden. Mit dieser Regelung wird klargestellt, welche Hilfen behinderte Menschen zur Förderung der inklusiven Bildung bundeseinheitlich mindestens beanspruchen können.

Mit Blick auf die Schnittstelle zum Bildungsrecht der Länder wurde der sozialrechtliche Leistungsanspruch zur Förderung der inklusiven Bildung als eigenständiges Kapitel des Leistungsrechts der Sozialen Teilhabe definiert.

Auch hier findet sich die weitere rechtliche Konkretisierung in der neuen Rechtsverordnung zur Durchführung der §§ 55 bis 59 SGB IX, Abschnitt II.

Die Regelungen in Kapitel 7 und 8 sowie in Art. 9 (Rechtsverordnung) wurden mit geringfügigen Veränderungen weitgehend aus dem Entwurf eines "Gesetzes zur Sozialen Teilhabe" des Forums behinderter Juristinnen und Juristen - Stand Mai 2013 - übernommen.

Zur Vermeidung überflüssiger Doppelungen wird deshalb auf die Begründungen zu diesem Entwurf (Seiten 68 bis 80) verwiesen.

Abweichend vom Vorschlag und der Begründung im Entwurf des Forums behinderter Juristen sollen nach diesem Entwurf nicht die Integrationsämter, sondern weiterhin die Träger der Sozialhilfe die Leistungen zur Sozialen Teilhabe nach dem Neunten Buch ausführen, soweit im gegliederten System nicht andere Rehabilitationsträger für diese Leistungen vorrangig leistungsverpflichtet sind. Allerdings sollen die Länder nach § 59b das Recht haben, die Zuständigkeit für die Leistungen zur Sozialen Teilhabe im Rahmen ihrer verfassungsrechtlichen Organisationsverantwortung abweichend auf die Integrationsämter oder die Versorgungsämter zu übertragen. Die Kostentragungsregelung in § 59c entspricht der im Koalitionsvertrag getroffenen Vereinbarung. Sie erfasst nicht nur die mit den Leistungen zur Sozialen Teilhabe verbundenen Kosten, sondern die Kosten aller von den Trägern der Sozialhilfe erbrachten Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

Zu 37.

Redaktionelle Anpassung.

Zu 38 bis 43

Die in diesen Ziffern enthaltenen Änderungsvorschläge wurden ebenfalls dem Entwurf eines "Gesetzes zur Sozialen Teilhabe" des Forums behinderter Juristinnen und Juristen - Stand Mai 2013 - übernommen. Auf die entsprechenden Begründungen dazu (Seiten 80, 81 des Entwurfs des Forums) wird verwiesen.

IX. Artikel 9 - Verordnung zur Durchführung der §§ 55 bis 59 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (Verordnung Soziale Teilhabe und inklusive Bildung)

Die Regelungen dieser Rechtsverordnung wurden mit geringfügigen Veränderungen weitgehend aus den Gesetzestexten der §§ 55 bis 56m des Entwurfs eines "Gesetzes zur Sozialen Teilhabe" des Forums behinderter Juristinnen und Juristen - Stand Mai 2013 - ausgegliedert und diese Rechtsverordnung übernommen. Zur Vermeidung überflüssiger Doppelungen wird deshalb auf die Begründungen zum Entwurf des Forums behinderter Juristen (Seiten 68 bis 80) verwiesen.

X. Artikel 10 - Änderung der Verordnung zur beruflichen Rehabilitation (Kraftfahrzeughilfe-Verordnung - KfzHV)

XI. Artikel 11 - Änderung der Schwerbehindertenausweisverordnung

Die Regelungen in diesen Artikeln wurden aus dem Entwurf eines "Gesetzes zur Sozialen Teilhabe" des Forums behinderter Juristinnen und Juristen - Stand Mai 2013 - übernommen. Zur Vermeidung überflüssiger Doppelungen wird deshalb auf die Begründungen zum Entwurf des Forums behinderter Juristen (Seiten 81, 82) verwiesen.

XII Artikel 12 - Änderung der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung - FrühV)

Zu 1.

Inhaltlich keine Änderung. Durch die Änderung wird klargestellt, dass die 'Landesrahmenempfehlung' eine gemeinsame Empfehlung i. S. v. § 13 Abs. 9 bisheriger Fassung war und i. S. v. § 13 Abs. 3 neuer Fassung ist.

Zu 2.

Die bisherige FrühV kann außer Kraft treten, sobald der Gemeinsame Bundesausschuss Teilhabeleistungen die entsprechende gemeinsame Empfehlung in Kraft setzt.

**XIII. Artikel 13 Änderung des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch
– Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz – (SGB X)**

Siehe Begründung zu Abschnitt XI.

**XIV. Artikel 14 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch
– Soziale Pflegeversicherung (SGB XI) -**

Zu 1.

Mit dieser Regelung wird der Zusammenhang von SGB IX und XI hergestellt und verdeutlicht, dass pflegebedürftige Menschen behinderte Menschen i. S. d. SGB IX sind, für die die Bestimmungen des SGB IX zu beachten sind.

Zu 2.

Mit Buchst. a ist die Zielorientierung des SGB XI um den Teilhabeansatz zu erweitern.

Nach Buchst. b sind auch die Hilfen auf die Förderung der Selbstbestimmung und Teilhabe zu orientieren.

Mit Buchst. c werden die Wunschrechte pflegebedürftiger Menschen gestärkt und an das Wunschrecht des § 9 SGB IX angeglichen.

Zu 3.

Die Ergänzung ergibt sich daraus, dass die Pflegekassen künftig Träger der medizinischen Rehabilitation sind und diese Leistung nach den Bestimmungen des SGB IX erbringen.

Zu 4.

Die Änderung stellt die Verbindung zum Teilhabemanagement des SGB IX, insbesondere die Verpflichtung in § 8 her, wonach vor und während der Ausführung von Pflegeleistungen von Amts wegen zu prüfen ist, ob eine Beeinträchtigung der Teilhabe einen Bedarf an medizinischen Leistungen zur Rehabilitation auslöst.

Zudem wird auch eine Verbindung zur Anwendung des Teilhabemanagements des SGB IX im Rahmen des Versorgungsmanagements des § 11 Abs. 4, d. h., insbesondere zu den Krankenhaussozialdiensten, hergestellt.

Zu 5.

Buchst. a beseitigt Zweifel daran, dass sich die Beratungspflicht der Pflegekassen ausdrücklich auch auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation erstreckt.

Die Pflichten von Ärzten in Krankenhäusern u. a. beziehen sich bei festgestellter Pflegebedürftigkeit bisher nur auf die Benachrichtigung der Pflegekasse, die wiederum den Medizinischen Dienst mit der Einstufungsbegutachtung nach § 18 SGB XI beauftragt. Nach Buchst. b soll der behandelnde Arzt des Krankenhauses, wenn er einen Bedarf an Teilhabeleistungen erkennt, über das Versorgungsmanagement des Krankenhauses nach § 11 Abs. 4 SGB V i. V. m. der gemeinsamen Empfehlung Sozialdienste nach § 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX unmittelbar ein Leistungsverfahren der medizinischen Rehabilitation einleiten können. Buchst. c enthält eine redaktionelle Anpassung

Zu 6.

Die Anfügung konkretisiert die Aufgabenbeschreibung der Pflegeberatung zur Einleitung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Zu 7.

Buchst. a ist die Folgeregelung zu Buchst. b.

Buchst. b regelt nach dem Prinzip, dass Leistungen, für die der Versicherte durch eigene Beitragsleistung Vorsorge getroffen hat, aus Steuermitteln finanzierten Leistungen vorgehen, den Vorrang der Leistungen der Pflegeversicherung vor den Leistungen zur Sozialen Teilhabe des siebten Kapitels des SGB IX.

Mit der Regelung in Buchst. c sollen parallele Leistungsverfahren vermieden und die Möglichkeiten der Komplexleistungen nach § 17 Abs. 1 Satz 3 SGB IX genutzt werden. Das erspart insbesondere den Berechtigten und Angehörigen die parallele Zusammenarbeit mit mehreren Leistungsträgern und erleichtert die Versorgung pflegebedürftiger "aus einer Hand" unabhängig von der Möglichkeit des Persönlichen Budgets.

Zu 8.

Mit Buchst. a werden die Pflegeberater - unabhängig von der Binnenorganisation einer Pflegekasse – ermächtigt, unmittelbar aus der Pflegeberatung heraus den MDK mit der Begutachtung nach § 18 zu beauftragen. Damit kann der Zeitablauf beim Zugang zur Pflege- oder Rehabilitationsleistung z. T. erheblich verkürzt werden. Nach Buchst. b ist nicht mehr nur der Bedarf an medizinischen Leistungen zur Rehabilitation zu prüfen, sondern der gesamte Bedarf an Leistungen zur Teilhabe, insbesondere auch der Bedarf an Leistungen zur Sozialen Teilhabe. Wird dabei eine Beeinträchtigung der Teilhabe festgestellt, sind die Feststellungen nach § 10 SGB IX zu treffen.

Mit der in Buchst. c enthaltenen Streichung der Nr. 1 ist - wie seit Jahren im Rheinland mit Erfolg praktiziert - die Begutachtung des MDK nach § 18 bundesweit immer noch während des Krankenhausaufenthaltes vorzunehmen. Damit steht bereits im Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus nicht nur fest, welche Leistungen (Rehabilitation, ambulante oder stationäre Pflege usw.) anschließend erforderlich sind, die auf dieser Grundlage durch den Krankenhaussozialdienst, ggf. in Zusammenarbeit mit der Pflegeberatung, auch nahtlos und zielgerichtet eingeleitet werden können. Durch das Ergebnis der Begutachtung im Krankenhaus ist auch erkennbar, ob für den nachfolgenden Leistungsträger die leistungsrechtlichen Voraussetzungen gegeben sind, sodass eine erhöhte Finanzierungssicherheit für die nachfolgende Leistung besteht.

Heute unterbleiben vielfach Rehabilitationsleistungen, weil der Bedarf im Zeitpunkt der Krankenhausentlassung nicht geklärt ist und der Berechtigte nicht nahtlos in eine Anschlussrehabilitation verlegt werden kann. Häufig kommt es auch nicht mehr zur

noch möglichen ambulanten Pflege, weil bei der Krankenhausentlassung die Finanzierung der nachfolgenden pflegerischen Versorgung durch die Pflegekasse nicht geklärt ist, sodass eine Direktverlegung in die stationäre pflegerische Versorgung stattfindet, aus der es in den allermeisten Fällen kein Zurück gibt. Diese Probleme lassen sich mit der vorgeschlagenen Regelung vermeiden. Es wird in erheblich höherem Maße zu Rehabilitationsleistungen mit anschließender ambulanter häuslicher Versorgung an Stelle der heute sehr häufigen unmittelbaren Verlegung in die stationäre pflegerische Versorgung kommen. Damit sind im Übrigen auch erhebliche Kosteneinsparungen der Pflegeversicherung verbunden, die den leicht erhöhten Aufwand des MDK für die Begutachtung noch im Krankenhaus rechtfertigen.

Zu 9.

Hiermit werden die genannten Personen in die Versicherungspflicht zur Pflegeversicherung einbezogen.

Zu 10.

Durch die Einbeziehung der Pflegekassen in den Kreis der Rehabilitationsträger nach § 6 SGB IX ist die Aufgabenstellung der Pflegekassen entsprechend zu erweitern.

Zu 11.

Die Neufassung übernimmt im Wesentlichen die Pflichten, die nach § 8 SGB IX bestehen.

Zu 12.

Diese Regelung ist notwendig, weil die persönliche Unterstützung nach § 56 SGB IX Leistungen der Pflegeversicherung enthalten kann.

Zu 13.

Diese Regelung stellt die Budgetfähigkeit für die Einbeziehung der Leistungen der Pflegeversicherung in die Persönlichen Budgets oder die Persönliche Assistenz nach dem SGB IX klar.

Zu 14.

Redaktionelle Änderung als Folge der Aufnahme des Anspruchs auf medizinische Rehabilitationsleistungen.

Zu 15.

Pflegebedürftige Menschen, die bereits Leistungen der Pflegekassen erhalten, haben nach Abs. 1 einen Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation nach den Bestimmungen des SGB IX gegen die Pflegekassen als Rehabilitationsträger, wenn dadurch ihre Pflegebedürftigkeit positiv verändert oder ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft verbessert werden kann. Satz 2 entspricht § 11 Abs. 2 Satz 2 SGB V und wurde hierhin übernommen.

Abs. 2 stellt den Bezug zum SGB IX her.

Zu 16.

Redaktionelle Anpassung an die Änderung des SGB IX.

Zu 17.

Beschäftigen pflegebedürftige und behinderte Menschen als Arbeitgeber sowie eines Persönlichen Budgets nach § 17a SGB IX geeignete Pflegekräfte, kann die Pflegekasse auch Verträge mit dem Leistungsberechtigten selbst eingehen. In diesem Fall sind nicht die weiteren Bestimmungen des § 77 Abs. 2 SGB XI, sondern die entsprechenden Bestimmungen des SGB IX, insbesondere der BudgetV, anzuwenden. In diesem Rahmen kann der Pflegebedürftige als Arbeitgeber auch verwandte oder verwandte Pflegekräfte beschäftigen.

zu 18. und 19.

Die Änderung trägt der Entwicklung im Heimrecht der Länder (Wohn- und Teilhabegesetze) Rechnung, nach der zunehmend neben der Qualität der Pflege über die Lebensqualität hinaus auch die Qualität der gesamten Teilhabe pflegebedürftiger Menschen am Leben in der Gesellschaft zum Gegenstand des Heimrechts und der dort vorgesehenen Qualitätsprüfungen gemacht wird.

XV. Artikel 15 Änderungen des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe (SGB XII) –

Zu 1

Buchst. a benennt als Leistung der Sozialhilfe die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (Nr. 4) und sieht darüber hinaus noch für bestimmte Fälle ergänzende Eingliederungshilfe vor.

Die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sind nach den Bestimmungen des SGB IX, die ergänzende Eingliederungshilfe nach den Bestimmungen des SGB XII zu erbringen.

Buchst. b enthält die redaktionelle Anpassung.

Zu 2.

Abs. 3 orientiert den Grundsatz ambulant vor stationär für Teilhabeleistungen an § 19 Abs. 2 SGB IX, wonach der Grundsatz daran gebunden ist, dass die Teilhabeziele durch nicht stationäre Leistungen mit gleicher Wirksamkeit erreicht werden können.

Zu 3.

Buchst. a trägt der Änderung Rechnung, dass die Eingliederungshilfe nur in Form der "ergänzenden" Eingliederungshilfe nach § 54 fortbesteht. Für die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft wird in Buchst. b der Bezug auf das SGB IX angefügt.

Zu 4.

Redaktionelle Änderung.

Zu 5.

Diese Regelung enthält in Abs. 1 die Anspruchsgrundlage für die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft durch die Träger der Sozialhilfe und regelt in Abs. 2 die nachrangige Leistungsverpflichtung im Verhältnis zu anderen Rehabilitationsträgern.

Zu 6.

Diese Regelung enthält einen Anspruch auf ergänzende Eingliederungsfälle nach den fürsorgerechtlichen Bestimmungen des SGB XII für die Menschen mit besonders schweren und schwersten Beeinträchtigungen i. S. d. § 2 SGB IX, bei denen selbst die Leistungen des SGB IX nicht ausreichen, um Inklusion zu erreichen. Das Nähere zum Personenkreis, zum Leistungsgegenstand und -umfang soll nach § 60 in einer Rechtsverordnung der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates geregelt werden.

Zu 7. und 8.

Die hier genannten Bestimmungen entfallen als Folge der neuen Regelungen in §§ 8 und 15, wonach für die Träger der Sozialhilfe für die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft die Bestimmungen des SGB IX anzuwenden sind. Ebenso ist die bisherige Verordnung nach § 60 SGB XII (Eingliederungshilfeverordnung) aufzuheben.

Zu 9.

Die neue Verordnungsermächtigung ergibt sich aus der Änderung zu Nr. 6

Zu 10.

Klarstellung, dass für Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft das Leistungserbringungsrecht des SGB IX anzuwenden ist.

Zu 11.

Die Aufhebung kommt der Forderung nach einkommens- und vermögensunabhängiger Leistungserbringung nach.

XVI. Artikel 16 Änderung des Gesetzes über die Versorgung der Opfer des Krieges (Bundesversorgungsgesetz - BVG)

XVII. Artikel 17 Änderung der Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes (Versorgungsmedizin-Verordnung - VersMedV)

XIX. Artikel 18 Änderungen des Bundeskindergeldgesetzes (BKGG)

XX. Artikel 19 Änderungen des Wohngeldgesetzes (WoGG)

Alle Änderungen in diesen Abschnitten dienen der Anpassung, insbesondere auch der sprachlichen Anpassung, an das geänderte Teilhaberecht in den SGB IX und XII.

XXI. Artikel 20 Änderung des Sozialgerichtsgesetzes - (SGG)

Zu 1. bis 3.

Die Änderungsvorschläge zum SGG wurden bis auf die Nr. 4 dem Entwurf eines "Gesetzes zur Sozialen Teilhabe" des Forums behinderter Juristinnen und Juristen - Stand Mai 2013 - entnommen. Auf die entsprechenden Begründungen dazu (Seiten 88, 89 des Entwurfs des Forums) wird verwiesen.

Zu 4.

Bei Streitverfahren zum Leistungserbringungsrecht des SGB IX sollen auch die maßgeblichen Spitzenverbände der Leistungserbringer für ihre Mitglieder als Bevollmächtigte vor den Sozialgerichten vertretungsbefugt sein.

XXII. Artikel 21 Änderung des Einkommensteuergesetzes – (EStG)

Die Änderungsvorschläge zum EStG wurden aus dem Entwurf eines "Gesetzes zur Sozialen Teilhabe" des Forums behinderter Juristinnen und Juristen - Stand Mai 2013 - übernommen. Auf die entsprechenden Begründungen dazu (Seite 89 des Entwurfs des Forums) wird verwiesen.