



Spitzenverband

**Stellungnahme
des GKV-Spitzenverbandes
vom 02.11.2016**

**zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe
und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung
(Bundesteilhabegesetz – BTHG)
BT-Drucksache 18/9522**

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	4
II. Stellungnahme zum Gesetz	8
Artikel 1 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – (SGB IX)	8
§ 2 Begriffsbestimmungen	8
§ 4 Leistungen zur Teilhabe	10
§ 12 Maßnahmen zur Unterstützung der frühzeitigen Bedarfserkennung	11
§ 14 Leistender Rehabilitationsträger	13
§ 15 Leistungsverantwortung bei Mehrheit von Rehabilitationsträgern	15
§ 16 Erstattungsansprüche zwischen Rehabilitationsträgern	21
§ 17 Begutachtung	24
§ 18 Erstattung selbstbeschaffter Leistungen	26
§ 19 Teilhabeplan	31
§ 20 Teilhabeplankonferenz	34
§ 26 Gemeinsame Empfehlungen	36
§ 29 Persönliches Budget	38
§ 32 Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung	39
§ 38 Verträge mit Leistungserbringern	40
§ 39 Aufgaben	41
§ 41 Teilhabeverfahrensbericht	43
§ 43 Krankenbehandlung und Rehabilitation	45
§ 45 Förderung der Selbsthilfe	46
§ 46 Früherkennung und Frühförderung	47
§ 86 Beirat für die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen	50
§ 90 Aufgabe der Eingliederungshilfe	51
§ 91 Nachrang der Eingliederungshilfe	52
§ 99 Leistungsberechtigter Personenkreis	53
§ 103 Sonderregelung für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen	54
§ 106 Beratung und Unterstützung	56
§ 117 Gesamtplanverfahren und § 119 Gesamtpplankonferenz	57
§ 118 Instrumente der Bedarfsermittlung	58
§ 120 Feststellung der Leistungen	59
§ 125 Inhalt der schriftlichen Vereinbarung	60
Artikel 23 Änderung der Frühförderungsverordnung	61
§ 2 Früherkennung und Frühförderung	61
§ 3 Interdisziplinäre Frühförderstellen	62
§ 4 Sozialpädiatrische Zentren	63

§ 6a Weitere Leistungen	64
§ 7 Förder- und Behandlungsplan	65
§ 8 Erbringung der Komplexleistung	66
III. Ergänzender Änderungsbedarf.....	67
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	67
§ 264 SGB V Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung.....	67
Änderung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch	68
§ 24 Bericht.....	68

I. Vorbemerkung

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die mit der Reform angelegte Zielsetzung, die Eingliederungshilfe zu einem modernen Teilhaberecht weiterzuentwickeln und der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) eine stärkere Geltung zu verschaffen.

Bereits vor dem Start des Gesetzgebungsverfahrens wurde vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales ein breiter Beteiligungsprozess mit allen maßgeblichen Akteuren ins Leben gerufen, mit dem Ziel, mögliche Reformoptionen zu diskutieren und Weiterentwicklungsmöglichkeiten der Eingliederungshilfe aufzuzeigen. Der GKV-Spitzenverband hat diesen strukturierten Dialog als beteiligter Akteur konstruktiv begleitet. Wesentliche Diskussionspunkte dieses Dialogs haben ihren Eingang in das Gesetz gefunden.

Positiv hervorzuheben ist das vorgesehene verbindlichere Verfahren bei trägerübergreifenden Fallkonstellationen für eine beschleunigte Bedarfsfeststellung und Leistungserbringung. Nicht nachvollziehbar sind nach wie vor die Möglichkeit, dass ein Träger im Namen eines anderen Trägers Entscheidung treffen kann, sowie die zu kurzen und starren Fristen im Beteiligungsverfahren der Rehabilitationsträger. Damit verbunden ist eine ungerechtfertigte Privilegierung der Träger der Eingliederungshilfe im Binnenverhältnis der Rehabilitationsträger.

Zentrale Regelungen in dem Gesetzentwurf zur Abgrenzung zwischen sozialer Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe werden nicht dazu führen die Versorgungssituation der Menschen mit Behinderung im Sinne einer umfassenden Teilhabe zu verbessern, sondern allein eine Kostenverlagerung in die soziale Pflegeversicherung zur Folge haben.

Teilhabeplanverfahren

Mit den Zielen, Leistungen „wie aus einer Hand“ zur Verfügung zu stellen und Nachteile des gegliederten Systems mit unterschiedlichen Trägerzuständigkeiten für die Menschen mit Behinderungen abzubauen, werden die Verfahrensregelungen für Fallgestaltungen mit komplexen Versorgungsbedarfen, die Leistungen mehrerer Träger erfordern (Fälle der Trägermehrheit), stärker normiert. Dabei wird ein durch den sogenannten leistenden Träger verantwortetes, partizipatives Teilhabeplanverfahren verbindlich vorgegeben. Die Regelungen sind insgesamt darauf ausgerichtet, bei Anträgen auf Teilhabeleistungen eine umfassende Bedarfsfeststellung und zügige Leistungsentscheidungen unabhängig von ggf. ungeklärten Fragen der Leistungsträgerzuständigkeit sicherzustellen. Die Klärung von Zuständigkeitsfragen wird insoweit auf das Innenverhältnis der Träger verlagert. Diese Ansätze werden geteilt. Es ist dabei sachgerecht, dass in Bezug auf Leistungen, für die der zuerst angegangene Träger nicht der zuständige Rehabilitationsträger sein kann, ein Antragssplitting vorgesehen ist. Ebenfalls als positiv zu bewerten ist, dass für den Regelfall der konsensualen Teilhabeplanung eine Leistungsentscheidung und Leistungserbringung

durch die beteiligten Rehabilitationsträger im eigenen Namen nach den für sie jeweils geltenden Leistungsgesetzen erfolgen soll. Diese Regelungen stellen sicher, dass die Entscheidung und Leistungserbringung durch den Rehabilitationsträger erfolgt, der die höchste Entscheidungskompetenz hat und die Leistungserbringung durch eigene Vertragspartner sicherstellen kann. Leistungsentscheidungen eines Rehabilitationsträgers im eigenen Namen für einen anderen Rehabilitationsträger werden damit auf Ausnahmefälle begrenzt. Diese Grundsätze werden jedoch bei den Regelungen zum Antragsplitting, zur Gestaltung des Innenverhältnisses der Rehabilitationsträger und zu den Erstattungsverfahren nicht durchgängig und konsistent umgesetzt. Dies bedarf entsprechender Nachjustierungen. Hinzu kommen zu starre Fristen für Abstimmungs- und Beteiligungsverfahren. Hier sollten flexiblere Regelungen vorgesehen werden, ohne die beabsichtigte Normierung und Beschleunigung von Verfahren damit in Frage zu stellen.

Soziale Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe

In der Regel benötigen Menschen mit Behinderungen, die zugleich pflegebedürftig sind, sowohl Pflegeleistungen wie auch die Leistungen der Eingliederungshilfe.

Die Schnittstelle zur Pflegeversicherung wird als Vorrang-/Nachrangverhältnis formuliert, ohne dass die Abgrenzung der Leistungen nachvollziehbar und eindeutig ist. So ist die Definition des häuslichen Umfelds nicht frei von Interpretationen und lässt nicht zweifelsfrei erkennen, in welchen Konstellationen von einer Leistungserbringung innerhalb des häuslichen Umfelds auszugehen ist. Soweit maßgeblich sein soll, ob bei der Leistungserbringung die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe oder die der Pflegeversicherung im Vordergrund stehen, ist auch hier eine trennscharfe Zuordnung nur schwer möglich, da sich die Bedarfe bei einer Vielzahl von Menschen mit Behinderungen überlagern dürften, insbesondere vor dem Hintergrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Bereich der Betreuungsleistungen. Des Weiteren ist fraglich, wer über den Schwerpunkt der Leistungserbringung entscheidet (Pflegekasse oder Träger der Eingliederungshilfe). In der Konsequenz führt das Nachrangigkeitsverhältnis der Eingliederungshilfe gegenüber der sozialen Pflegeversicherung zu größeren Schnittstellen zwischen sozialer Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe und wird zwangsläufig zu einer Leistungsverlagerung in die soziale Pflegeversicherung führen. Durch die bisherige Regelung des Gleichrangs von Eingliederungshilfe und Pflegeleistungen sind die Strukturen gewachsen. Die Einführung eines Vorrang-/Nachrangverhältnisses ohne eindeutige Leistungsabgrenzungen bricht diese gewachsenen Strukturen auf, es ist mit erheblichen Zuständigkeitsfragen zwischen Pflegekassen und Trägern der Eingliederungshilfe zu rechnen.

Der bisher normierte Gleichrang zwischen Leistungen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe ist beizubehalten. Im Weiteren ist es notwendig, die Leistungen der Eingliederungshilfe klar zu definieren und damit inhaltlich von den Leistungen der Pflegeversicherung abzugrenzen.

Voraussetzung dafür ist eine einheitliche Definition der Fachleistungen der Eingliederungshilfe sowie bundesweit einheitliche Bedarfsfeststellungs-/Bewilligungsverfahren.

Mit den nun gewählten Schnittstellenregelungen wird die finanzpolitisch motivierte Tendenz zur Verschiebung von Finanzierungslasten von den öffentlichen Haushalten in die Sozialversicherungssysteme erneut deutlich. Darüber hinaus wird das finanzpolitische Ziel des Gesetzentwurfes, die Ausgabendynamik im Bereich der Eingliederungshilfe zu stoppen, nicht erreicht, sondern verlagert diese Entwicklung zum Teil aus dem steuerfinanzierten Bereich in die beitragsfinanzierte soziale Pflegeversicherung. In diesem Punkt wird das Gesetz letztlich auch seinem sozialpolitischen Anspruch nicht gerecht, denn ein reiner Wechsel der Kostenträgerschaft für die erbrachten Leistungen wird weder zu Leistungsverbesserungen noch zu Besserstellungen der Betroffenen führen.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass mit der neuen Abgrenzung zwischen Leistungen der Pflegeversicherung und den Leistungen der Eingliederungshilfe eine Reihe von potenziellen Verschiebepunkten zu Lasten der Pflegeversicherung entstehen. Bei der nun geplanten kompletten Neuordnung der Eingliederungshilfe und den sich daraus ergebenden enormen Wechselwirkungen zu anderen Sozialleistungen ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zwingend eine nachvollziehbare und transparente Kostenfolgeabschätzung notwendig. Aus Sicht der Versichertengemeinschaft der sozialen Pflegeversicherung schließt die im Koalitionsvertrag vereinbarte Vorgabe, wonach eine Ausgabendynamik bei der Weiterentwicklung des Teilhaberechts vermieden werden soll, eine Kostenverlagerung aus.

Die Sonderregelungen für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen, wonach außerhalb der häuslichen Versorgung sowie in Einrichtungen Eingliederungshilfeleistungen auch Pflegeleistungen umfassen, sind zu begrüßen. Damit wird die bisher praktizierte einheitliche bedarfsgerechte Leistungserbringung außerhalb der häuslichen Versorgung sowie in Einrichtungen durch einen hierfür qualifizierten Leistungserbringer auch in Zukunft gewährleistet. Dieses Prinzip der einheitlichen Kostenträgerschaft muss gleichermaßen für Bewohner entsprechender Einrichtungen und Räumlichkeiten gelten, die einen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Sowohl für diese Bewohner als auch für die „Einrichtungen“ wäre es nicht sachgerecht, die einheitliche Leistungserbringung in Bezug auf Leistungen der medizinischen Behandlungspflege mit der Folge aufzusplitten, dass die Betroffenen dann unterschiedliche Leistungserbringer aus unterschiedlichen Leistungssystemen heranziehen müssten.

Nicht nachvollziehbar ist die Absicht, die Pflegekassen, die nicht Rehabilitationsträger sind, in den Geltungsbereich von gemeinsamen Empfehlungen einzubeziehen, es den Trägern der Eingliederungshilfe und der öffentlichen Jugendhilfe als originäre Rehabilitationsträger jedoch weiterhin freizustellen, sich an den gemeinsamen Empfehlungen zu orientieren oder diesen beizutreten.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 02.11.2016
zum Gesetzentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung (Bundesteilhabegesetz – BTHG)
Seite 7 von 68

Bei der Kommentierung des Gesetzentwurfs des Bundesteilhabegesetzes beschränkt sich der GKV-Spitzenverband im Folgenden auf die für die gesetzliche Kranken- und soziale Pflegeversicherung relevanten Inhalte.

II. Stellungnahme zum Gesetz

Artikel 1 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – (SGB IX)

§ 2 Begriffsbestimmungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Begriff der Behinderung wird für das SGB IX neu definiert. Die Neufassung soll dem Verständnis der UN-BRK entsprechen. Danach sind Menschen mit Behinderungen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Die vorgesehene Formulierung umfasst den Wechselwirkungsansatz, nach dem sich die Behinderung erst durch gestörte oder nicht entwickelte Interaktion zwischen dem Individuum und seiner materiellen und sozialen Umwelt manifestiert.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Anpassung des Behinderungsbegriffs spiegelt den Paradigmenwechsel von einem defizitorientierten hin zu einem ressourcenorientierten, auf Teilhabe fokussierenden Verständnis von Behinderung wider und folgt damit dem Grundverständnis der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK). Dieser Ansatz wird grundsätzlich begrüßt. Bei der Neudefinition des Behinderungsbegriffs sollten jedoch die nachfolgenden Aspekte berücksichtigt werden.

Eine Anpassung des Behinderungsbegriffs sollte orientiert an der UN-BRK und der Internationalen Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) erfolgen. Nach der ICF umfassen die körperlichen Beeinträchtigungen auch die seelischen, geistigen und Sinnesbeeinträchtigungen. Der Begriff „Körper“ bezieht sich auf den menschlichen Organismus als Ganzes. Daher umfasst er auch das Gehirn und seine Funktionen, z.B. den Verstand. Aus diesem Grund werden mentale (geistige und seelische) Funktionen unter „Körperfunktionen“ subsumiert. Unter Berücksichtigung der ICF-Systematik ist somit nicht nachvollziehbar, dass bei der vorgesehenen Definition von Behinderung seelische, geistige und Sinnesbeeinträchtigungen gleichrangig neben den körperlichen Beeinträchtigungen angeführt werden. Da allerdings auch bereits die bisherige Definition des Behinderungsbegriffs im SGB IX neben der körperlichen Funktion explizit auch die geistige Fähigkeit und die seelische Gesundheit anführt, wird zur Vermeidung von Missverständnissen vorgeschlagen, bei der Anpassung des Behinderungsbegriffs die Bezugnahme auf die seelischen, geistigen oder Sinnesbeeinträchtigungen nicht vollständig zu streichen, sondern diese systematisch korrekt durch die Ergänzung des

Begriffs „einschließlich“ mit den körperlichen Beeinträchtigungen zu verknüpfen („...körperlicher Beeinträchtigungen einschließlich seelischer, geistiger oder Sinnesbeeinträchtigungen...“).

Die vorgesehene Formulierung „einstellungs- und umweltbedingte“ Barrieren, die offensichtlich aus der Präambel der UN-BRK, Erwägungsgrund e), entnommen ist, wirft nicht zuletzt aufgrund der Abweichung von der Formulierung in Artikel 1 der UN-BRK, die von „verschiedenen“ Barrieren spricht, Fragen auf. So bleibt zum einen offen, ob mit dieser Formulierung eine Einschränkung gegenüber dem weiten Begriff der „verschiedenen“ Barrieren in Artikel 1 der UN-BRK beabsichtigt ist. Zum anderen ist zu berücksichtigen, dass der Begriff der einstellungsbedingten Barrieren nicht allgemein definiert ist. Einstellungen sind hinsichtlich der Außen- (Umwelt) und Innenperspektive (Person) zu unterscheiden, sodass bei dem Begriffspaar „einstellungs- und umweltbedingte“ Barrieren nicht klar ist, welche Perspektive hier einzunehmen ist. Es wird deshalb vorgeschlagen, zur Konkretisierung der in der UN-BRK ausgeführten „verschiedenen Barrieren“ in Anknüpfung an das bio-psychosoziale Modell der WHO als Grundlage der ICF die Begrifflichkeit „umwelt- und personbezogene“ Barrieren zu verwenden.

C) Änderungsvorschlag

Zur Berücksichtigung der aufgezeigten Änderungen sollte § 2 Absatz 1 Satz 1 SGB IX (nF) wie folgt gefasst werden:

„Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche Beeinträchtigungen einschließlich seelischer, geistiger oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit umwelt- und personbezogenen Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können.“

Artikel 1 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – (SGB IX)

§ 4 Leistungen zur Teilhabe

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift entspricht in den Absätzen 1 bis 3 inhaltlich dem bisherigen § 4 SGB IX. Ergänzend wird in Absatz 4 klargestellt, dass Leistungen für Mütter und Väter mit Behinderungen auch erbracht werden, um diese bei der Versorgung und Betreuung ihrer Kinder zu unterstützen.

B) Stellungnahme

Bereits nach der aktuellen Regelung zum Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 SGB IX ist den besonderen Bedürfnissen von Müttern und Vätern mit Behinderungen bei der Erfüllung ihres Erziehungsauftrages Rechnung zu tragen. Die gesonderte Erwähnung der besonderen Bedürfnisse von Müttern und Vätern mit Behinderungen in Bezug auf die Versorgung und Betreuung in § 4 SGB IX (nF) verdeutlicht, dass diese eine wesentliche Dimension der Teilhabe sind, welche durch Teilhabeleistungen und deren Ausrichtung unterstützt werden können. Damit un- abdingbar einher geht auch eine Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung, welche eine wesentliche Zieldimension von Teilhabeleistungen ist. Eine entsprechende Ergänzung in § 4 ist sinnvoll. Aus systematischen Gründen und zur Rechtsklarheit sollte jedoch anstelle der vorgesehenen Regelung in einem neuen Absatz 4 der Absatz 1 entsprechend ergänzt werden. In Absatz 1 werden die Zielsetzungen der Leistungen zur Teilhabe definiert, die auch für Mütter und Väter mit Behinderungen gelten, jedoch um die Perspektive der Versorgung und Betreuung ihrer Kinder erweitert werden sollen.

C) Änderungsvorschläge

§ 4 Absatz 1 SGB IX (nF) wird um folgenden Satz 2 ergänzt:

„Leistungen zur Teilhabe für Mütter und Väter mit Behinderungen werden auch erbracht, um diese für die Versorgung und Betreuung ihrer Kinder zu befähigen und dabei zu unterstützen.“

In § 4 Absatz 3 Satz 1 SGB IX (nF) werden nach dem Wort „Leistungen“ die Wörter „zur Teilhabe“ ergänzt.

§ 4 Absatz 4 SGB IX (nF) wird gestrichen.

Artikel 1 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – (SGB IX)

§ 12 Maßnahmen zur Unterstützung der frühzeitigen Bedarfserkennung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung sollen die Rehabilitationsträger verpflichtet werden, geeignete Maßnahmen zu ergreifen, die sicherstellen, dass Rehabilitationsbedarf frühzeitig erkannt und auf eine Antragstellung hingewirkt wird. Hierzu werden die Rehabilitationsträger insbesondere zur Bereitstellung und Vermittlung von geeigneten barrierefreien Informationsangeboten verpflichtet. Die Inhalte der Informationsangebote werden abschließend festgelegt. Sie sollen Auskunft über die Inhalte und Ziele der Leistungen zur Teilhabe des jeweiligen Rehabilitationsträgers, die Leistungsausführung als Persönliches Budget, das Verfahren zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe und Angebote der Beratung, einschließlich der ergänzenden unabhängigen Beratung, geben. Darüber hinaus werden die Rehabilitationsträger verpflichtet, Ansprechstellen im Sinne von Auskunfts- und Kontaktstellen zu benennen, die für die Vermittlung der Informationsangebote an Leistungsberechtigte, Arbeitgeber und andere Rehabilitationsträger verantwortlich sind. Die Ansprechstellen der einzelnen Rehabilitationsträger werden verpflichtet, wirksam zusammenzuarbeiten, um eine umfassende Information durch eine Stelle und die gegenseitige Information sicherzustellen. Insoweit sollen sie Aufgaben der bisherigen Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation wahrnehmen, die nach der Neufassung des SGB IX nicht mehr vorgesehen sind.

Die vorgenannten Regelungen sollen auch auf Jobcenter im Rahmen ihrer Zuständigkeit für berufliche Teilhabe, Integrationsämter und für die Pflegekassen als Träger der sozialen Pflegeversicherung Anwendung finden. Für die Pflegekassen, die keine Rehabilitationsträger sind, soll der Aufgabenbereich dahingehend erweitert werden, verpflichtend Informationen zu Teilhabeleistungen und zu deren Inanspruchnahme zur Verfügung zu stellen. Den Rehabilitationsträgern und den Pflegekassen wird die Möglichkeit eröffnet, die Bereitstellung und Vermittlung von Informationsangeboten durch ihre Verbände und Vereinigungen wahrnehmen zu lassen.

B) Stellungnahme

Durch § 12 Absatz 1 Satz 1 SGB IX (nF) werden die Rehabilitationsträger verpflichtet, geeignete Maßnahmen zur frühzeitigen Bedarfserkennung zu ergreifen. Konkrete Maßnahmen sieht der Gesetzeswortlaut nicht vor. In der Gesetzesbegründung wird insoweit beispielhaft auf organisatorische Vorkehrungen, Qualifizierungsmaßnahmen und geeignete Antragsformulare hingewiesen. Dieser Ansatz entspricht der Verwaltungspraxis der Krankenkassen und ist sachgerecht.

Die darüber hinaus vorgesehenen Verpflichtungen der Rehabilitationsträger, die frühzeitige Erkennung des Rehabilitationsbedarfs durch die Bereitstellung und Vermittlung von geeigneten Informationsangeboten zu unterstützen und trägerspezifische Ansprechstellen auch zur Kommunikation mit anderen Rehabilitationsträgern und Arbeitgebern zu benennen, können zu einem wirksamen und effizienten Informationsaustausch beitragen. Es wird begrüßt, dass den Rehabilitationsträgern und den Pflegekassen der notwendige Spielraum zur Ausgestaltung der Informationsangebote gegeben wird. Dies ermöglicht eine Verzahnung mit den weiteren trägerspezifischen Angeboten und Beratungsstrukturen. Ein Aufbau neuer Strukturen soll dadurch nicht bewirkt werden, vielmehr wird von der Nutzung der bereits bestehenden Strukturen ausgegangen.

Es kann nachvollzogen werden, dass die Pflegekassen, obwohl sie keine Rehabilitationsträger sind, Informationen zu den Leistungen zur Teilhabe und zu deren Inanspruchnahme zur Verfügung stellen sollen. Aus Gründen der Wirtschaftlichkeit und Verwaltungspraktikabilität sollte den Pflegekassen neben der in Absatz 3 vorgesehenen Möglichkeit, diese Aufgaben durch ihre Verbände wahrnehmen zu lassen, auch eine Aufgabenwahrnehmung durch die Krankenkassen ermöglicht werden, bei denen die Pflegekassen errichtet wurden.

C) Änderungsvorschläge

In § 12 Absatz 3 Satz 1 SGB IX (nF) werden das Komma durch das Wort „und“ ersetzt und die Wörter „und Pflegekassen“ gestrichen.

In § 12 Absatz 3 SGB IX (nF) wird folgender Satz 3 eingefügt:

„Die Pflegekassen können die Informationsangebote über ihre Verbände oder die Krankenkassen bereitstellen und vermitteln lassen, bei denen sie errichtet wurden.“

Artikel 1 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – (SGB IX)

§ 14 Leistender Rehabilitationsträger

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Ziel, zeitintensive Zuständigkeitskonflikte der Träger untereinander zu vermeiden, soll § 14 SGB IX neu strukturiert und inhaltlich neu gefasst werden.

Absatz 1 umfasst im Wesentlichen die bisherigen Regelungen zur Weiterleitung eines Antrages auf Leistungen zur Teilhabe. Dabei soll eine Weiterleitung des Antrages durch den erstangegangenen Rehabilitationsträger nur dann möglich sein, wenn dieser für die Leistung insgesamt nicht zuständig ist.

Durch die Ergänzungen in Absatz 2 soll insbesondere die Definition des „leistenden Rehabilitationsträgers“ und die Beschreibung der ihm obliegenden Aufgaben vorgenommen werden. Leistender Träger soll der erstangegangene oder im Falle der Weiterleitung der zweitangegangene Rehabilitationsträger sein. Der leistende Rehabilitationsträger soll für die umfassende Feststellung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe und für die Leistungserbringung zuständig sein. Diese Aufgaben sollen dem leistenden Rehabilitationsträger grundsätzlich auch im Falle einer Trägermehrheit obliegen, wobei die entsprechenden Verfahrensschritte des hierbei zu berücksichtigenden Teilhabeplanverfahrens durch die §§ 15 bis 22 SGB IX bestimmt werden.

Der neu eingefügte Absatz 3 regelt die mögliche Weiterleitung des Antrages durch den zweitangegangenen Rehabilitationsträger an den nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger. Voraussetzung ist, dass der zweitangegangene Rehabilitationsträger insgesamt nicht für die Leistung zuständig ist und die Weiterleitung des Antrages im Einvernehmen mit dem Rehabilitationsträger erfolgt, an den erneut weitergeleitet werden soll. Eine erneute Weiterleitung soll die durch den Antragseingang beim zweitangegangenen Träger ausgelöste Entscheidungsfrist nicht verlängert werden. Damit soll eine schnelle Klärung der Leistungsverantwortung sichergestellt werden („Turbo-Klärung“).

Darüber hinaus wird klargestellt, dass die allgemeinen Vorschriften des § 16 Absatz 2 Satz 1 SGB I zur Weiterleitung eines bei einem unzuständigen Leistungsträger gestellten Antrags nicht zur Anwendung kommen, wenn und soweit Leistungen zur Teilhabe bei einem Rehabilitationsträger beantragt werden.

B) Stellungnahme

Die Regelungen zur Zuständigkeitsklärung entsprechen weitgehend den aktuellen Regelungen des § 14 SGB IX. Die Zielsetzung, den „leistenden“ Träger mit Blick auf das weitere Ver-

fahren der trägerübergreifenden Koordinierung legal zu definieren, ist nachvollziehbar, auch wenn in den weiteren Regelungen der §§ 15 bis 19 SGB IX (nF) deutlich wird, dass in Fällen der Trägermehrheit nicht immer zweifelsfrei aus dem Gesetzeswortlaut ableitbar ist, welcher Träger „leistender“ Träger ist. Von daher sind insoweit Klarstellungen bei diesen spezifischen Regelungen erforderlich (s. hierzu Ausführungen zu §§ 15, 19 SGB IX (nF)).

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – (SGB IX)

§ 15 Leistungsverantwortung bei Mehrheit von Rehabilitationsträgern

A) Beabsichtigte Neuregelung

Um eine effektive Koordinierung der Leistungen und konfliktfreie Leistungserbringung in Fällen der Trägermehrheit zu gewährleisten, soll mit § 15 SGB IX (nF) die Leistungsverantwortung bei Beteiligung mehrerer Rehabilitationsträger neu geregelt werden. Dies geschieht in Anknüpfung an die Regelungen des § 14 SGB IX (nF) und unter Berücksichtigung des in ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entwickelten Prinzips „aufgedrängter Zuständigkeit“ im Außenverhältnis zum Antragsteller.

Absatz 1 erfasst alle Anträge auf Leistungen, bei denen der nach § 14 SGB IX (nF) leistende Rehabilitationsträger neben den nach seinem Leistungsgesetz zu erbringenden Leistungen zusätzlich Ansprüche auf weitere Leistungen zu prüfen hätte, für die er jedoch nicht Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 SGB IX (nF) sein kann. In diesen Fällen ist der Antrag insoweit – d.h. bezogen auf die weiteren Leistungen – an den zuständigen Rehabilitationsträger weiterzuleiten, der in seiner originären Trägerverantwortung über die in seiner Zuständigkeit liegenden Leistungen entscheidet und den Antragsteller hierüber unterrichtet. Die Entscheidung muss innerhalb der mit Antragseingang bei dem nach § 14 SGB IX (nF) leistenden Rehabilitationsträger in Gang gesetzten Frist nach Absatz 4 (grundsätzlich innerhalb von 6 Wochen) erfolgen. Dabei soll die Leistungsverantwortung teilweise auf den beteiligten Träger übergehen, wohingegen die Koordinierungsverantwortung für die rechtzeitige Entscheidung über den gesamten Antrag bei dem nach § 14 SGB IX (nF) leistenden Träger verbleiben soll.

Nach Absatz 2 verbleibt bei allen anderen Konstellationen der Trägermehrheit nicht nur die Koordinierungsverantwortung, sondern im Verhältnis zu den Leistungsberechtigten auch die Leistungsverantwortung für Leistungen zur Teilhabe bei dem nach § 14 SGB IX (nF) leistenden Rehabilitationsträger. Dies soll alle Leistungsanträge betreffen, für die der leistende Rehabilitationsträger teilweise zwar nicht nach seinem Leistungsgesetz zuständig ist, jedoch grundsätzlich nach § 6 Absatz 1 SGB IX (nF) Rehabilitationsträger für diese Leistungsgruppe sein könnte. Der leistende Rehabilitationsträger hat in diesen Fällen die weiteren Rehabilitationsträger zu beteiligen, indem er von diesen Rehabilitationsträgern die für den Teilhabeplan erforderlichen Feststellungen unverzüglich anfordert. Sofern die beteiligten Rehabilitationsträger dem leistenden Rehabilitationsträger entsprechende Feststellungen innerhalb einer Frist von zwei Wochen nach Anforderung oder im Falle der Begutachtung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens beim leistenden Rehabilitationsträger übermitteln, soll der leistende Rehabilitationsträger an ihre Feststellungen gebunden sein. Anderenfalls soll

der leistende Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf nach allen in Betracht kommenden Leistungsgesetzen umfassend selbst feststellen.

In den Fällen der Beteiligung nach Absatz 2 sollen nach Absatz 3 Satz 1 die Rehabilitationsträger die Leistungen nach den für sie geltenden Leistungsgesetzen im eigenen Namen bewilligen und erbringen, wenn alle Träger und die Leistungsberechtigten ein im Teilhabeplan festzuhaltendes Einvernehmen darüber herstellen, dass die Leistungserbringung auch durch die jeweils zuständigen Rehabilitationsträger auf der Grundlage der umfassenden Bedarfsfeststellung im Teilhabeplan sichergestellt werden kann und die Leistungsberechtigten dem nicht aus wichtigem Grund widersprechen („Konsensfälle“). Sind diese Voraussetzungen in sogenannten „Konfliktfällen“ nicht erfüllt, soll nach Absatz 3 Satz 2 der leistende Rehabilitationsträger über die Leistungen im eigenen Namen entscheiden und den Verwaltungsakt erlassen. Er hat dann die volle Koordinierungs- und Leistungsverantwortung inne, so dass die Antragsteller von der Zuständigkeitsklärung befreit sind.

Nach Absatz 4 soll bei bestehender Mehrheit von Rehabilitationsträgern, abweichend von der in § 14 SGB IX (nF) geregelten Frist von drei Wochen, innerhalb von sechs Wochen und bei Durchführung einer Teilhabeplankonferenz innerhalb von zwei Monaten nach Antragseingang über den Rehabilitationsantrag entschieden werden.

B) Stellungnahme

Zu § 15 Absatz 1

Die vorgesehene Antragsplitting in Fällen der Trägermehrheit nach § 15 Absatz 1 SGB IX (nF) ist sachgerecht. Sie vermeidet, dass Rehabilitationsträger über Rehabilitationsleistungen auf einem Rechtsgebiet zu entscheiden haben, für das sie schon dem Grunde nach unzuständig sind, und Leistungen erbringen müssen, für die sie auch in keinerlei Rechtsbeziehungen zu geeigneten Leistungserbringern stehen. Dies steht auch im Interesse der Leistungsberechtigten. Ausweislich der Begründung zum Gesetzentwurf soll der leistende Rehabilitationsträger – im Sinne des erstangegangenen Trägers, der den Antrag teilweise weitergeleitet hat – die Koordinierungsverantwortung für die rechtzeitige Entscheidung über den gesamten Antrag behalten und bei Fristversäumung durch den „zweiten leistenden“ Träger die Leistungsverantwortung in Gestalt der in § 18 SGB IX (nF) geregelten Erstattungspflicht für selbstbeschaffte Leistungen übernehmen. Dies ist aus mehreren Gesichtspunkten nicht nachvollziehbar und nicht sachgerecht. In den Fällen der Antragsplitting nach § 15 Absatz 1 SGB IX (nF) liegt die Sicherstellung einer nach § 15 Absatz 4 SGB IX (nF) fristgerechten Entscheidung außerhalb der Einflussphäre des leistenden Rehabilitationsträgers (im Sinne des erstangegangenen Trägers, der den Antrag teilweise weitergeleitet hat). Der „zweite leistende“ Rehabilitationsträger entscheidet in einem eigenen Verwaltungsverfahren und soll den Antragsteller

hierüber unterrichten. Der erstangegangene leistende Rehabilitationsträger ist in dieses Verfahren nicht eingebunden und wird auch über die Entscheidung des „zweiten leistenden“ Rehabilitationsträgers nicht informiert. Er ist damit weder faktisch in der Lage, die Fristeinhaltung zu überwachen, noch würde der Leistungsberechtigte eine weitergehende Verantwortung des zuerst angegangenen Trägers für diesen Teilantrag erwarten.

Ferner ergeben sich Widersprüche in den Ausführungen in den Begründungen des Gesetzentwurfs. In der Begründung zu § 15 Absatz 1 SGB IX (nF) wird ausgeführt, der leistende Rehabilitationsträger könne sich nach § 16 Absatz 5 SGB IX (nF) im Innenverhältnis zu dem beteiligten Rehabilitationsträger schadlos halten. Insoweit ist aufgrund des Gesetzeswortlauts in § 15 Absatz 1 SGB IX (nF) fraglich, ob es sich bei dem Rehabilitationsträger, an den der Teilantrag zur Entscheidung in eigener Zuständigkeit weitergeleitet wurde, um einen beteiligten Rehabilitationsträger im Sinne des § 16 Absatz 5 SGB IX (nF) handeln kann. Die wiederum in der Gesetzesbegründung zu § 16 Absatz 5 SGB IX (nF) enthaltene Annahme, dass der leistende Rehabilitationsträger aufgrund seiner Federführung im Verfahren und der Verpflichtung, auch anstelle beteiligter Rehabilitationsträger rechtzeitig zu entscheiden, ein Fristversäumnis im Sinne von § 18 SGB IX (nF) in der Regel abwenden könne, „so dass ein Vertreten müssen anderer Rehabilitationsträger zumeist ausscheidet“, geht in Fällen des § 15 Absatz 1 SGB IX (nF) fehl. Diese Konsequenz kann nur auf Fallkonstellationen nach § 15 Absatz 2 und 3 SGB IX (nF) zutreffen.

Darüber hinaus suggeriert der letzte Satz der Begründung des Gesetzentwurfs zu § 15 Absatz 1 SGB IX (nF), dass der nach § 14 leistende Rehabilitationsträger mit Blick auf die mögliche Erstattungspflicht nach § 18 SGB IX (nF) eine Wahlfreiheit hat, die in § 15 Absatz 1 SGB IX (nF) beschriebene Antragsplittung „nur in sachlich begründeten Fällen zu betreiben, die eine rechtzeitige Bearbeitung durch den beteiligten Träger auch tatsächlich erwarten lassen“. Dies steht jedoch im Widerspruch zum Wortlaut des § 15 Absatz 1 SGB IX (nF), aus dem sich die eindeutige Verpflichtung zur Antragsplittung ergibt, sofern die Tatbestandsmerkmale hierfür erfüllt sind.

Vor diesem Hintergrund sollte die Regelung in § 15 Absatz 1 SGB IX (nF) so ausgestaltet werden, dass der Träger, an den ein Teilantrag weitergeleitet wird, insoweit leistender Träger wird. Die daraus resultierenden Änderungen der §§ 16, 17, 18 und 19 SGB IX (nF) können den Ausführungen zu den genannten Paragraphen entnommen werden.

Zu § 15 Absatz 2 und 3

Die Regelung der Absätze 2 und 3 sehen für den Regelfall, sogenannte „Konsensfälle“, vor, dass die beteiligten Rehabilitationsträger die Leistung nach den für sie geltenden Leistungsgesetzen im Rahmen des Teilhabeplanverfahrens bewilligen und erbringen. Dies ist sachge-

recht. Verwaltungsaufwändige Entscheidungen durch den nicht zuständigen, leistenden Rehabilitationsträger nach § 14 SGB IX (nF), an die sich regelhaft ein Erstattungsverfahren nach § 16 SGB IX (nF) anschließt, sind damit nur als „ultima ratio“ möglich. Im Interesse einer eindeutigen Festlegung dieses Regel-Ausnahme-Verhältnisses erscheint es gesetzessystematisch jedoch nicht zielführend, dass in Absatz 2, der sich allein auf die unverzügliche Anforderung von Feststellungen weiterer Rehabilitationsträger durch den leistenden Rehabilitationsträger im Rahmen des Teilhabeplanverfahrens beziehen kann, mit den Sätzen 2 und 3 noch Verfahrensregelungen zur umfassenden Entscheidung des leistenden Rehabilitationsträgers im Namen der weiteren beteiligten Rehabilitationsträger enthalten sind. Diese Ausführungen sollten sich stattdessen im Interesse der Normenklarheit an die entsprechende Regelung des Absatzes 3 Satz 2 anschließen. In der Stellungnahme des Bundesrates vom 23.09.2016 (BR-Drs. 428/1/16 Seite 12) wird vorgeschlagen, in § 15 Absatz 3 Satz 1 SGB IX (nF) die Regelungen der Nummer 2 und 3 zu streichen, da sie zu unbestimmt und nicht praktikabel sind. Die Bundesregierung hat in ihrer Gegenäußerung zum Ausdruck gebracht, dass diese Einschätzung geteilt wird. Dieser Vorschlag und die Einschätzung werden uneingeschränkt geteilt.

Des Weiteren soll in solchen Fällen der Beteiligung weiterer Rehabilitationsträger der leistende Rehabilitationsträger nur dann an die Feststellungen eines beteiligten Rehabilitationsträgers gebunden sein, wenn diese Feststellungen innerhalb von zwei Wochen nach Anforderung oder im Falle der Begutachtung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens beim leistenden Rehabilitationsträger eingegangen sind. Diese Regelung übernimmt für den beteiligten Rehabilitationsträger in Bezug auf Fallgestaltungen, in denen ein Gutachten eingeholt werden muss, die Fristenregelung des § 14 Absatz 2 Satz 3 SGB IX (nF), wonach die Entscheidung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen wird. Für Fallgestaltungen, in denen kein Gutachten eingeholt werden muss, weicht sie jedoch ohne erkennbaren Grund von der Regelung des § 14 Absatz 2 Satz 2 SGB IX (nF) ab, wonach die Entscheidung innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang vorliegen muss. Vor diesem Hintergrund sollte für die Feststellungen der beteiligten Rehabilitationsträger nach § 15 Absatz 2 SGB IX (nF) auch in Fällen ohne Gutachten die regelhafte Entscheidungsfrist von drei Wochen gelten (s. auch § 13 Absatz 3a Satz 1 SGB V). Für das Verfahren der Beteiligung anderer Rehabilitationsträger sollten zudem abweichende Vereinbarungen insbesondere hinsichtlich der Fristen bezüglich der Bindung des leistenden Rehabilitationsträgers an die Feststellungen des beteiligten Rehabilitationsträgers zulässig sein. Darüber hinaus ist klarzustellen, dass der beteiligte Rehabilitationsträger den leistenden Rehabilitationsträger – im Hinblick auf die insoweit geltende abweichende Frist – über die Einholung eines Gutachtens oder andere Gründe,

die eine Übermittlung der Feststellungen innerhalb von drei Wochen (3-Wochen-Frist im Sinne des Änderungsvorschlags unter C.) nach Anforderung verhindern, informiert.

Zu § 15 Absatz 4

Absatz 4 sieht für die Fallgestaltungen nach den Absätzen 1 bis 3 eine einheitliche Entscheidungsfrist von grundsätzlich sechs Wochen, bei Durchführung einer Teilhabepankonferenz von zwei Monaten vor. Nach der Begründung des Gesetzentwurfs zu § 15 Absatz 4 SGB IX (nF) sollen die dort aufgeführten Fristen von sechs Wochen bzw. zwei Monaten bei Durchführung einer Teilhabepankonferenz anstelle der in § 14 Absatz 2 SGB IX (nF) geregelten Entscheidungsfrist von drei Wochen nach Antragseingang gelten. Dabei sei, anders als in § 14 Absatz 2 SGB IX (nF), eine privilegierte Entscheidungsfrist für den Fall der Begutachtung nicht vorgesehen.

Damit wird vorausgesetzt, dass die Antragsentscheidung in Fällen der Trägermehrheit im Ergebnis in der gleichen Zeit erfolgen kann, in der sie auch nach § 14 SGB IX (nF) in Verbindung mit § 17 Absatz 2 SGB IX (nF) bei nur einem Rehabilitationsträger zu erfolgen hat, wenn für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten erforderlich ist. Dabei ergeben sich die nicht explizit genannten sechs Wochen offensichtlich aus den bis zu zwei Wochen zur Prüfung der Zuständigkeit nach Antragseingang (§ 14 Absatz 1 SGB IX nF), der zweiwöchigen Frist für die Erstellung des Gutachtens (§ 17 Absatz 2 SGB IX nF) sowie die Entscheidungsfrist von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens (§ 14 Absatz 2 SGB IX nF). Zumindest in diesen Fällen ist nicht nachvollziehbar, inwieweit hier ein zusätzlicher Zeitansatz für die erforderlichen trägerübergreifenden Abstimmungsprozesse berücksichtigt wurde. Auch lassen die Fristenfestlegungen insgesamt nicht erkennen, dass dabei auch Postlaufzeiten bzw. sonstige Zeiten für die Informationsübermittlung berücksichtigt worden wären.

Darüber hinaus erscheint der bei Durchführung einer Teilhabepankonferenz zusätzliche Zeitansatz von zwei Wochen in Anbetracht des damit verbundenen zeitlichen Aufwands als zu knapp bemessen. Innerhalb dieses Zeitraumes müssen die Zustimmungen des Antragstellers zur Teilhabepankonferenz, der Hinweis auf das Angebot der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung und ggf. deren Inanspruchnahme, die Terminabstimmung der Teilhabepankonferenz, deren Durchführung, Auswertung und Entscheidung der Rehabilitationsträger auf Basis des erstellten Teilhabepans erfolgen. Dies erscheint völlig unrealistisch.

Vor diesem Hintergrund sollte für alle Fälle der Trägermehrheit zumindest eine einheitliche Entscheidungsfrist von zwei Monaten vorgesehen werden. Darüber hinaus sollten mögliche zeitliche Verzögerungen durch eine Teilhabepankonferenz als besonderer Grund für die Nichteinhaltung der Frist in den § 18 Absatz 2 SGB IX (nF) aufgenommen werden (s. hierzu Ausführungen zu § 18 SGB IX (nF)).

C) Änderungsvorschläge

In § 15 Absatz 1 Satz 2 SGB IX (nF) werden hinter dem Wort „Leistungen“ die Wörter „als leistender Rehabilitationsträger“ eingefügt.

§ 15 Absätze 2 bis 4 SGB IX (nF) werden wie folgt gefasst:

„(2) Hält der leistende Rehabilitationsträger für die umfassende Feststellung des Rehabilitationsbedarfs nach § 14 Absatz 2 die Feststellungen weiterer Rehabilitationsträger für erforderlich und liegt kein Fall nach Absatz 1 vor, fordert er von diesen Rehabilitationsträgern die für den Teilhabeplan nach § 19 erforderlichen Feststellungen unverzüglich an und leitet das Teilhabeplanverfahren ein.

(3) Die Rehabilitationsträger bewilligen und erbringen die Leistungen nach den für sie jeweils geltenden Leistungsgesetzen im eigenen Namen, wenn im Teilhabeplan nach § 19 dokumentiert wurde, dass die erforderlichen Feststellungen nach allen in Betracht kommenden Leistungsgesetzen von den zuständigen Rehabilitationsträgern getroffen wurden.

Anderenfalls entscheidet der leistende Rehabilitationsträger über den Antrag in den Fällen nach Absatz 2 und erbringt die Leistungen im eigenen Namen. Hierbei ist er an die Feststellungen der beteiligten Rehabilitationsträger gebunden, wenn sie innerhalb von drei Wochen nach Anforderung oder im Falle der Begutachtung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens beim leistenden Rehabilitationsträger eingegangen sind; abweichende Vereinbarungen der Rehabilitationsträger sind zulässig. Liegen bindende Feststellungen der beteiligten Rehabilitationsträger nicht vor, stellt der leistende Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf nach allen in Betracht kommenden Leistungsgesetzen umfassend fest. Sofern der beteiligte Rehabilitationsträger in Fällen des Satzes 2 für seine Feststellungen ein Gutachten einholen muss oder aus anderen Gründen seine Feststellungen nicht fristgerecht treffen kann, informiert er den leistenden Rehabilitationsträger entsprechend.

(4) In den Fällen nach den Absätzen 1 bis 3 ist abweichend von § 14 Absatz 2 innerhalb von zwei Monaten nach Antragseingang zu entscheiden. Die Antragsteller werden von dem leistenden Rehabilitationsträger über die Beteiligung von Rehabilitationsträgern sowie über die für die Entscheidung über den Antrag maßgeblichen Zuständigkeiten und Fristen unverzüglich unterrichtet.“

Artikel 1 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – (SGB IX)

§ 16 Erstattungsansprüche zwischen Rehabilitationsträgern

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit Blick auf das in den §§ 14 und 15 SGB IX (nF) geregelte Verfahren zur Koordinierung der Leistungen soll im neu eingefügten § 16 SGB IX (nF) das Verfahren der Kostenerstattung zwischen den Rehabilitationsträgern, ergänzend zu den allgemeinen Vorschriften nach §§ 102 ff SGB X, konkretisiert werden. Dieses soll insbesondere dann zum Tragen kommen, wenn Leistungen nach dem in § 15 Absatz 2 und 3 SGB IX (nF) verankerten Prinzip der Leistungserbringung „wie aus einer Hand“ erbracht werden. Sofern sich die Rehabilitationsträger in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten im Teilhabeplan auf eine nach Leistungsgesetzen und Zuständigkeiten getrennte Leistungserbringung verständigen, findet § 16 SGB IX (nF) keine Anwendung, da ein Kostenerstattungsverfahren entbehrlich ist.

Nach Absatz 1 der Neuregelung soll der nach § 14 Absatz 2 Satz 4 SGB IX (nF) leistende Rehabilitationsträger (Rehabilitationsträger, an den ein Antrag weitergeleitet wurde) nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften einen Erstattungsanspruch erhalten, wenn dieser Leistungen erbracht hat, für die ein anderer Rehabilitationsträger insgesamt zuständig ist.

Absatz 2 soll in Fällen der Trägermehrheit nach § 15 Absatz 2 und 3 SGB IX (nF) greifen, wenn der leistende Rehabilitationsträger nach § 15 Absatz 3 Satz 2 SGB IX (nF) Leistungen im eigenen Namen erbracht hat, für die er den zuständigen Rehabilitationsträger beteiligt hat. Dieser soll zur Erstattung der Aufwendungen des leistenden Rehabilitationsträgers nach den für den zuständigen Rehabilitationsträger geltenden Rechtsvorschriften verpflichtet werden. Sofern der beteiligte Rehabilitationsträger die von ihm nach § 15 Absatz 2 SGB IX (nF) angeforderten Feststellungen jedoch nicht oder nicht rechtzeitig beigebracht hat, soll die Erstattung der Aufwendungen des leistenden Rehabilitationsträgers nach den der Leistungsbewilligung tatsächlich zugrunde liegenden Rechtsvorschriften erfolgen.

In Absatz 3 soll der konkrete Umfang des Erstattungsanspruchs nach den Absätzen 1 und 2 geregelt werden. Demnach soll dieser die nach den jeweiligen Leistungsgesetzen entstandenen Aufwendungen sowie eine Verwaltungskostenpauschale in Höhe von fünf Prozent der erstattungsfähigen Leistungsaufwendungen umfassen. Eine Erstattungspflicht soll jedoch ausgeschlossen sein, soweit der leistende Rehabilitationsträger die Leistungen zu Unrecht erbracht hat und dabei grob fahrlässig oder vorsätzlich gehandelt hat.

Nach Absatz 4 soll der allgemeine Erstattungsanspruch für unzuständige Sozialleistungsträger nach § 105 SGB X nicht greifen, wenn es der nach § 14 leistende Rehabilitationsträger versäumt hat, den Antrag an den zuständigen Rehabilitationsträger nach § 14 Absatz 1 Satz

2 SGB IX (nF) weiterzuleiten oder einen weiteren zuständigen Rehabilitationsträger nach § 15 zu beteiligen. Die Vereinbarung abweichender Erstattungsregelungen zwischen den Rehabilitationsträgern für den Fall der unzuständigen Leistungserbringung soll hierdurch jedoch nicht ausgeschlossen werden, soweit dies im Interesse einer beschleunigten Zusammenarbeit steht.

In Absatz 5 soll der mit der Koordinierungspflicht des leistenden Rehabilitationsträgers einhergehende Fall geregelt werden, dass dieser Aufwendungen nach § 18 SGB IX (nF) für selbstbeschaffte Leistungen nach dem Leistungsgesetz eines nach § 15 SGB IX (nF) beteiligten Rehabilitationsträgers erstattet hat. Hierzu soll er vom beteiligten Rehabilitationsträger einen Ausgleich verlangen können, soweit dieser mit der Erstattung von seiner Leistungspflicht befreit wurde. Sofern der beteiligte Rehabilitationsträger den Eintritt der Erstattungspflicht für selbstbeschaffte Leistungen zu vertreten hat, soll der Ausgleich den gesamten Erstattungsbetrag abzüglich der bei anderen Rehabilitationsträgern eingetretenen Leistungsbe-freiung umfassen.

Mit der Regelung in Absatz 6 gilt für den Erstattungsanspruch des Trägers der Eingliederungshilfe, der öffentlichen Jugendhilfe und der Kriegsofopferfürsorge § 108 Absatz 2 SGB X entsprechend.

B) Stellungnahme

Soweit sich die Regelungen zu den Erstattungsansprüchen zwischen Rehabilitationsträgern auf die Regelungen zur Leistungsverantwortung bei Mehrheit von Rehabilitationsträgern nach § 15 SGB IX (nF) beziehen, sind die Änderungsvorschläge zu § 15 SGB IX (nF) zu berücksichtigen. Die Stellungnahme bezieht sich im Folgenden auf diese Änderungsvorschläge und damit auf die vorgeschlagenen Neufassungen der Absätze 2 bis 4:

Zu § 16 Absatz 2

Aufgrund der zu § 15 Absatz 2 und Absatz 3 SGB IX (nF) vorgeschlagenen Änderungen ist eine redaktionelle Anpassung der Absatzbezeichnungen vorzunehmen.

Zu § 16 Absatz 3

Die Regelungen der Absätze 2 und 3 des § 15 SGB IX sehen für den Regelfall vor, dass die Rehabilitationsträger die notwendigen Leistungen nach der Teilhabeplanung in eigenem Namen bewilligen und erbringen. Die Leistungserbringung durch den leistenden Träger für einen anderen Träger dürfte in der Praxis die Ausnahme darstellen. Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass auch die Regelung des § 16 Absatz 3 SGB IX (nF) eher selten zur Anwendung kommt. Sofern dennoch in Einzelfällen ein leistender Rehabilitationsträger eine Leistungsfeststellung und Leistungsbewilligung im eigenen Namen für einen anderen Rehabilitationsträger vornimmt, ist davon auszugehen, dass sich entsprechende Fallgestaltungen unter den Rehabilitationsträgern ausgleichen. Gleiches gilt für Fallgestaltungen nach § 16 Absatz 1 SGB IX (nF), in denen Rehabilitationsträger nach Weiterleitung eines Antrages im Rahmen der Regelung des § 14 Absatz 2 Satz 4 SGB IX (nF) einen Anspruch auf Erstattung ihrer Aufwendungen erwerben. Von daher wird kein Bedarf für gesonderte Vorschriften über den Ersatz von Verwaltungskosten gesehen.

Zu § 16 Absatz 5

Infolge der vorgeschlagenen Änderungen zu § 15 Absatz 2 und Absatz 3 SGB IX (nF) ist eine redaktionelle Anpassung in Satz 1 erforderlich. Darüber hinaus ist in Satz 2 der vorgesehene Verweis auf „§ 18 Absatz 2 Satz“ fehlerhaft. Der Verweis müsste sich auf § 18 Absatz 4 und 6 beziehen. Auch ist die Regelung des Satzes 2 redaktionell auf den Eintritt der Erstattungspflicht für selbstbeschaffte Leistungen nach § 18 Absatz 4 SGB IX (nF) einzugrenzen, da hier ein Verweis auf den neu eingefügten § 18 Absatz 6 SGB IX (nF) nicht zutrifft.

C) Änderungsvorschlag

In § 16 Absatz 2 Satz 1 SGB IX (nF) wird die Angabe „§ 15 Absatz 3 Satz 1“ durch die Angabe „§ 15 Absatz 3 Satz 2“ ersetzt.

In § 16 Absatz 2 Satz 2 SGB IX (nF) wird die Angabe „§ 15 Absatz 2“ durch die Angabe „§ 15 Absatz 3 Satz 3“ ersetzt.

In § 16 Absatz 3 SGB IX (nF) werden die Wörter „und eine Verwaltungskostenpauschale in Höhe von fünf Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen“ gestrichen.

In § 16 Absatz 5 Satz 1 SGB IX (nF) werden die Angabe „§ 15“ durch die Angabe „§ 15 Absatz 2 und 3“ sowie die Angabe „§ 18 Absatz 2 Satz“ durch die Angabe „§ 18 Absatz 4 oder 6“ ersetzt.

In § 16 Absatz 5 Satz 2 SGB IX (nF) werden hinter den Wörtern „den Eintritt der Erstattungspflicht für selbstbeschaffte Leistungen“ die Wörter „nach § 18 Absatz 4“ eingefügt.

Artikel 1 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – (SGB IX)

§ 17 Begutachtung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung zur Begutachtung entspricht in Absatz 1 im Wesentlichen der bisherigen Vorschrift des § 14 Absatz 5 Satz 2 bis 4 SGB IX, konkretisiert jedoch ebenso wie die Absätze 2 bis 4 der Neufassung die Notwendigkeit der Abstimmung zwischen den Rehabilitationsträgern bei Trägermehrheit. Durch die Vorrangbestimmung in § 7 Absatz 2 SGB IX (nF) sollen die Regelungen zur Begutachtung nunmehr unmittelbare Anwendung auf die jeweiligen Rehabilitationsträger finden.

In Absatz 1 erfolgt eine dahingehende Konkretisierung, dass die Beauftragung des Sachverständigen durch den leistenden Rehabilitationsträger erfolgt. Entsprechend der bisherigen Rechtslage sollen dem Leistungsberechtigten in der Regel möglichst drei Sachverständige benannt werden, soweit nicht gesetzlich die Begutachtung durch einen sozialmedizinischen Dienst vorgesehen ist. Die Auswahl der Sachverständigen erfolgt ebenfalls entsprechend der bisherigen Rechtslage.

Durch Absatz 2 soll das Verfahren der Begutachtung ausgestaltet werden. Das Gutachten soll durch einen Sachverständigen innerhalb von zwei Wochen nach Auftragserteilung erstellt werden. Ausgehend von dem Ziel der Vermeidung von Mehrfachbegutachtungen hat der Sachverständige eine umfassende sozialmedizinische, bei Bedarf auch psychologische Begutachtung vorzunehmen und hierbei die von den Rehabilitationsträgern gemeinsam vereinbarten Grundsätze der Bedarfsfeststellung und Begutachtung zu erfüllen und umzusetzen. Die in dem Gutachten getroffenen Feststellungen zum Rehabilitationsbedarf werden den Entscheidungen der Rehabilitationsträger zugrunde gelegt.

Für den Fall der Trägermehrheit bestimmt Absatz 3, dass der leistende Rehabilitationsträger sich bei der Entscheidung über die Beauftragung eines Sachverständigen über Anlass, Ziel und Umfang der Begutachtung mit den anderen Rehabilitationsträgern ins Benehmen setzt.

Die im Gutachten getroffenen Feststellungen werden in den Teilhabeplan einbezogen und den Entscheidungen der Rehabilitationsträger zugrunde gelegt. Die trägerübergreifende Bedarfsfeststellung im Teilhabeplan soll zu einem Begutachtungsprozess bei einem Sachverständigen führen, dessen Ergebnis die erforderlichen umfassenden Feststellungen zu allen in Betracht kommenden Bedarfen enthält und das alle Rehabilitationsträger bindet.

B) Stellungnahme

In der Begründung des Gesetzentwurfs zu § 17 Absatz 3 SGB IX (nF) wird ausgeführt, dass der leistende Rehabilitationsträger im Benehmen mit den beteiligten Rehabilitationsträgern über die Beauftragung eines Sachverständigen entscheidet. Dies soll im Regelfall nur zu einem Begutachtungsprozess bei einem einzelnen Sachverständigen führen. Dies ist insbesondere in Fällen der Trägermehrheit nach § 15 Absatz 1 SGB IX (nF), in denen eine Antragsplitzung vorzunehmen ist, nicht sachgerecht. Die sachgerechte Erwägung für die Antragsplitzung, nach der ein Rehabilitationsträger nicht das Verfahren in einem Leistungsbereich führen sollte, für das er nicht der zuständige Träger und damit nicht sachkompetent sein kann, ist in gleicher Weise auch auf die sachverständige Begutachtung zu übertragen. Von daher sollte sich die Regelung des § 17 Absatz 3 SGB IX (nF) nur auf Fallkonstellationen nach § 15 Absatz 2 und 3 SGB IX (nF) beziehen. Darüber hinaus sollte im Gesetzeswortlaut klargestellt werden, dass sich der leistende Träger mit den beteiligten Trägern nicht nur über Anlass, Ziel und Umfang, sondern auch über geeignete Sachverständige oder sozialmedizinische Dienste ins Benehmen setzt.

C) Änderungsvorschläge

In § 17 Absatz 3 Satz 1 SGB IX (nF) wird nach der Angabe „§ 15“ die Angabe „Absatz 2 und 3“ eingefügt, werden die Wörter „bei seiner Entscheidung über die“ durch die Wörter „vor der“ ersetzt und werden hinter den Wörtern „mit den beteiligten Rehabilitationsträgern über“ die Wörter „den zu beauftragenden Sachverständigen oder sozialmedizinischen Dienst sowie“ eingefügt.

Artikel 1 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – (SGB IX)

§ 18 Erstattung selbstbeschaffter Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach Absatz 1 soll, wenn nicht innerhalb einer Frist von zwei Monaten ab Antragseingang über den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe entschieden werden kann, der leistende Rehabilitationsträger dem Leistungsberechtigten vor Ablauf der Frist die Gründe schriftlich mitteilen (begründete Mitteilung).

Absatz 2 legt fest, dass in der begründeten Mitteilung auf den Tag genau zu bestimmen ist, bis wann über den Antrag entschieden wird. Dabei soll eine Verlängerung der Frist von zwei Monaten nur in abschließend definierten Fällen in folgendem Umfang in Betracht kommen:

1. um bis zu zwei Wochen zur Beauftragung eines Sachverständigen für die Begutachtung bei nachweisbar beschränkter Verfügbarkeit geeigneter Sachverständiger,
2. um bis zu vier Wochen für die Begutachtung, sofern die Notwendigkeit für einen solchen Zeitraum durch den Sachverständigen schriftlich bestätigt wurde und
3. für die Dauer einer fehlenden Mitwirkung des Leistungsberechtigten, soweit eine angemessene Frist zur Mitwirkung gesetzt wurde.

Absatz 3 bestimmt die Rechtsfolge einer Fristüberschreitung. Danach gilt die beantragte Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt, wenn keine begründete Mitteilung erfolgt. Die Leistung soll auch dann als genehmigt gelten, wenn der in der begründeten Mitteilung bestimmte Zeitpunkt der Entscheidung ohne weitere begründete Mitteilung abgelaufen ist.

Der Anspruch des Leistungsberechtigten auf Erstattung der Aufwendungen für die selbstbeschafften Leistungen richtet sich nach Absatz 4 gegen den leistenden Rehabilitationsträger. Der Umfang des Erstattungsanspruchs soll grundsätzlich unbeschränkt und somit die Wirtschaftlichkeit sowie Erforderlichkeit und Zweckmäßigkeit der Leistung nicht von Bedeutung sein.

Eine Erstattungspflicht soll nach Absatz 5 nur dann ausgeschlossen sein, wenn ein Anspruch auf Bewilligung der selbstbeschafften Leistung offensichtlich nicht bestanden hätte und der Leistungsberechtigte dies wusste oder aufgrund einer groben Außerachtlassung der allgemeinen Sorgfalt nicht wusste.

Absatz 6 greift § 15 Absatz 4 SGB IX in seiner geltenden Fassung auf und regelt entsprechend § 13 Absatz 3 SGB V den Tatbestand der Kostenerstattung bei unaufschiebbaren oder zu Unrecht abgelehnten Leistungen. Der Anspruch auf Erstattung soll sich nach Absatz 6 Satz 2 zunächst gegen den Rehabilitationsträger richten, der zum Zeitpunkt der Selbstbeschaffung über den Antrag entschieden hat. Ist eine Leistungsentscheidung noch nicht erfolgt, soll sich der Erstattungsanspruch nach Absatz 6 Satz 3 gegen den leistenden Träger richten.

Von den Regelungen über die Erstattung selbstbeschaffter Leistungen sollen nach Absatz 7 die Träger der Eingliederungshilfe, der öffentlichen Jugendhilfe und der Kriegsopferfürsorge ausgenommen werden.

B) Stellungnahme

Nach der Begründung des Gesetzentwurfs sollen mit der Neufassung der Regelungen zur Erstattung selbstbeschaffter Leistungen die Rechte der Leistungsberechtigten gestärkt und die gesetzliche Norm weiterentwickelt werden. Hierzu soll das Kostenrisiko für fehlerhafte Selbstbeschaffungen in angemessenem Umfang auf die säumigen Rehabilitationsträger verlagert werden, um eine wirksame Sanktionswirkung zu erreichen. Dass in diesem Zusammenhang zentrale Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Rechtmäßigkeit der selbstbeschafften Leistungen nicht mehr zur Anwendung kommen sollen, ist kritisch zu sehen. Dies kann im Ergebnis dazu führen, dass Leistungen in Anspruch genommen werden, die medizinisch nicht erforderlich und damit nicht notwendig (im Sinne von § 12 SGB V) sind, die von nicht geeigneten Leistungserbringern oder nicht qualitätsgesichert erbracht werden und ggf. nachfolgende Behandlungen erfordern. Die Ausführungen in der Begründung zum Gesetzentwurf, wonach eine Begrenzung der Erstattung der selbstbeschafften Leistungen auf die den jeweiligen Leistungsgesetzen entsprechenden Leistungen „im Ergebnis eine faktische Besserstellung des säumigen Rehabilitationsträgers bewirken würde, da er in diesem Fall die Leistungen später erstatten dürfte, als er eigentlich zu leisten verpflichtet gewesen wäre“, geht fehl. Sie vernachlässigt, dass der Rehabilitationsträger in diesen Fallgestaltungen regelmäßig mit Mehrkosten in Höhe der Differenz zwischen den Aufwendungen für die selbstbeschafften Leistungen und den Vertragspreisen der Rehabilitationsträger belastet würde.

Grundsätzlich kann das Anliegen, die Entscheidungsprozesse der Rehabilitationsträger ergänzend zur allgemeinen Verpflichtung zur Durchführung zügiger Verwaltungsverfahren nach § 17 Absatz 1 Nummer 1 SGB I und § 9 Satz 2 SGB X zu beschleunigen, nachvollzogen werden. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass gerade in Fällen der Trägermehrheit komplexe Abstimmungen erforderlich sind, die innerhalb der für die jeweiligen Verfahrensschritte in §§ 14, 15 und 17 SGB IX (nF) vorgesehenen, kurzen Fristen allenfalls unter Idealbedingungen umgesetzt werden können. Die vorgesehenen Fristen lassen nicht erkennen, dass angemessene Zeiten z.B. für notwendige Informations- und Datenübermittlungen zwischen den Reha-

bilitationsträgern, Einladungsfristen und Terminabstimmungen für die Erstellung von Gutachten oder die Durchführung von Teilhabepankonferenzen oder die Inanspruchnahme einer ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung durch die Leistungsberechtigten berücksichtigt wurden. In einer Vielzahl von Fällen werden deshalb Fristüberschreitungen aus Gründen nicht zu vermeiden sein, die nicht in der alleinigen Verantwortung der Rehabilitationsträger liegen. Dies sollte bei der Ausgestaltung der Erstattungsregelung nach § 18 SGB IX (nF) ausgewogen berücksichtigt werden.

Die in § 18 Absatz 2 SGB IX (nF) vorgesehene Verpflichtung, in der begründeten Mitteilung auf den Tag genau zu bestimmen, bis wann über den Antrag entschieden wird, ist zwar aus Sicht der Leistungsberechtigten nachvollziehbar, in der Verwaltungspraxis allerdings nur bedingt umsetzbar. Die in § 18 Absatz 2 SGB IX (nF) abschließend definierten Gründe für eine Fristverlängerung – fehlende Verfügbarkeit von geeigneten Sachverständigen, Notwendigkeit einer verlängerten Begutachtungsfrist und fehlende Mitwirkung des Leistungsberechtigten – lassen unschwer erkennen, dass hier nicht innerhalb starr vorgegebener Fristen zwingend die notwendige Ermittlung bzw. Mitwirkung erreicht werden und Fristen Tag genau bestimmt werden können. Bei den Rechtsfolgen ist zu berücksichtigen, dass Leistungsentscheidungen gemäß dem sich aus dem Amtsermittlungsgrundsatz (§ 20 Absatz 1 und 2 SGB X) ableitenden rechtsstaatlichen Verbot des vorzeitigen Verfahrensabschlusses erst dann erfolgen dürfen, wenn die Sach- und Rechtslage abschließend geklärt ist (vgl. BSG, Urteile vom 28.06.1990 – 4 RA 57/89 –, Rn. 39 und 46, 28.11.1990 – 4 RLw 5/90 –, Rn. 27, und 29.04.1997 – 4 RA 46/96 –, Rn. 63, alle juris). Daher sollten weder starre Zeitvorgaben noch eine abschließende Definition von Sachverhalten, in denen eine Fristverlängerung in Betracht kommen kann, vorgenommen werden. Soweit also über die in Absatz 2 Satz 2 genannten Fristen oder Gründe hinaus Verzögerungen eintreten, die die Rehabilitationsträger nicht zu vertreten haben, sollte in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten eine Verlängerung der Frist nach Absatz 1 möglich sein.

§ 15 Absatz 1 SGB IX sieht in seiner geltenden Fassung vor, dass der Leistungsberechtigte dem „säumigen“ Rehabilitationsträger zunächst eine angemessene Frist setzen und erklären muss, dass er sich nach Ablauf der Frist die erforderliche Leistung selbst beschafft, bevor ein Anspruch auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen besteht. Es ist aus der Perspektive der Leistungsberechtigten nachvollziehbar, dass auf diese Nachfristsetzung verzichtet werden soll. Gleichwohl sollte nicht zuletzt wegen der vorgenannten praktischen Schwierigkeiten der exakten Fristbestimmungen an einer Karenzzeit zwischen dem Fristablauf und dem Eintritt der in § 18 Absatz 3 SGB IX (nF) vorgesehenen Genehmigungsfiktion festgehalten werden. Die Genehmigungsfiktion sollte dabei frühestens einen Monat nach Fristablauf einsetzen.

Wie zu § 15 Absatz 1 SGB IX (nF) dargestellt, sollte der Rehabilitationsträger, an den im Rahmen der Antragssplittung ein Teilantrag zur Entscheidung im eigenen Namen weitergeleitet wurde, insoweit als leistender Rehabilitationsträger gelten. Auch in Fällen der Trägermehrheit nach § 15 Absatz 3 Satz 1 SGB IX (nF) erfolgen Leistungsentscheidung und Leistungserbringung durch die jeweils nach ihren Leistungsgesetzen zuständigen Rehabilitationsträger.

Folglich ist es notwendig, in § 18 Absatz 4 SGB IX (nF) klarzustellen, dass sich auch der Anspruch auf Erstattung der selbstbeschafften Leistung gegen den für die Leistungsentscheidung und Leistungserbringung verantwortlichen Rehabilitationsträger richtet. So könnten in „Konsensfällen“ mit auch für die Leistungsberechtigten klar transparenten Zuständigkeiten aufwändige Erstattungsverfahren nach § 16 Absatz 5 SGB IX (nF) vermieden werden.

In „Konfliktfällen“ nach § 15 Absatz 3 Satz 2 SGB IX (nF) hingegen verbleibt die Leistungsverantwortung beim leistenden Rehabilitationsträger, gegen den sich dann auch der Anspruch auf Erstattung der selbstbeschafften Leistung richten würde. Die Leistungsberechtigten wären also in jedem Fall von der Last der Zuständigkeitsklärung befreit.

Mit dem neu eingefügten Absatz 6 wird inhaltlich der Selbstbeschaffungsanspruch nach § 15 Absatz 1 Satz 4 SGB IX in seiner geltenden Fassung aufgegriffen und damit auch Fallkonstellationen entsprechend § 13 Absatz 3 SGB V geregelt. Dabei gilt anders als in den Fällen der Absätze 1 bis 5 des § 18 SGB IX (nF) hier kein privilegierter Maßstab für den Erstattungsumfang. Auf die subjektive Einschätzung der Leistungsberechtigten kommt es daher nicht an. Die Erforderlichkeit und die Rechtmäßigkeit der selbst beschafften Leistung begrenzen objektiv den Erstattungsumfang. So ist gewährleistet, dass der Berechtigte so gestellt ist, wie er bei rechtzeitiger oder rechtmäßiger Gewährung einer gesetzlichen Leistung stehen würde. Die Regelung in Absatz 6 ist ausdrücklich zu begrüßen.

Bei erfolgter Leistungsentscheidung sollte in Fällen des Absatzes 6 Satz 2 jedoch nicht auf den Zeitpunkt der Selbstbeschaffung der Leistung, sondern auf einen späteren Zeitpunkt, den der Geltendmachung der Kostenerstattung, abgestellt werden, da sich innerhalb des dazwischen liegenden Zeitraums bisher ungeklärte Zuständigkeiten möglicherweise geklärt haben und davon auszugehen ist, dass der Leistungsberechtigte darüber in Kenntnis gesetzt wurde. Darüber hinaus sollte sichergestellt werden, dass auch in Fällen, in denen noch keine Entscheidung erfolgt ist, immer der Rehabilitationsträger, der die Leistungsverantwortung hat, zuständiger Träger für den Erstattungsanspruch ist. Insgesamt wäre sichergestellt, dass der Betroffene von der Last der Zuständigkeitsklärung befreit ist.

Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass mit dieser Regelung nicht solche Fälle umfasst werden, in denen noch keine abschließende Klärung der Zuständigkeit erfolgt ist, d.h. Leistungsfälle, in denen noch eine Weiterleitung nach § 14 SGB IX (nF) erfolgen kann.

C) Änderungsvorschläge

§ 18 Absatz 2 und 3 werden wie folgt gefasst:

(2) In der begründeten Mitteilung ist auf den Tag genau zu bestimmen, bis wann über den Antrag entschieden wird. Dabei kann die Frist nach Absatz 1 in folgendem Umfang verlängert werden:

1. um bis zu zwei Wochen zur Beauftragung eines Sachverständigen für die Begutachtung infolge einer nachweislich beschränkten Verfügbarkeit geeigneter Sachverständiger,
2. um bis zu vier Wochen, soweit von dem Sachverständigen die Notwendigkeit für einen solchen Zeitraum der Begutachtung schriftlich bestätigt wurde,
3. für die Dauer von Verzögerungen, die im Zusammenhang mit der Planung und Durchführung einer ordnungsgemäßen Teilhabeplankonferenz entstehen und nicht von den Rehabilitationsträgern zu vertreten sind und
4. für die Dauer einer fehlenden Mitwirkung der Leistungsberechtigten, wenn und soweit den Leistungsberechtigten nach § 66 Absatz 3 des Ersten Buches schriftlich eine angemessene Frist zur Mitwirkung gesetzt wurde.

Soweit über die in den Nummern 1 und 2 genannten Fristen hinaus oder aus anderen als die in den Nummern 1 bis 4 genannten Gründen Verzögerungen entstehen, die die Rehabilitationsträger nicht zu vertreten haben, können im Einvernehmen mit den Leistungsberechtigten abweichende Fristen vereinbart werden.

(3) Erfolgt keine begründete Mitteilung nach Absatz 1, gilt die beantragte Leistung nach Ablauf von drei Monaten ab Antragstellung bei dem leistenden Rehabilitationsträger als genehmigt. Die beantragte Leistung gilt auch dann als genehmigt, wenn der in der Mitteilung nach Absatz 2 bestimmte Zeitpunkt der Entscheidung über den Antrag ohne weitere begründete Mitteilung des Rehabilitationsträgers länger als einen Monat abgelaufen ist.

In § 18 Absatz 4 Satz 1 SGB IX (nF) wird das Wort „leistende“ durch die Wörter „für die Leistungsentscheidung und Leistungserbringung verantwortliche“ ersetzt.

In § 18 Absatz 6 Satz 2 SGB IX (nF) wird das Wort „Selbstbeschaffung“ durch die Wörter „Geltendmachung der Erstattung der Kosten der selbstbeschafften Leistung“ ersetzt.

In § 18 Absatz 6 Satz 3 SGB IX (nF) wird das Wort „leistende“ durch die Wörter „für die Leistungsentscheidung und Leistungserbringung verantwortlichen“ ersetzt.

Artikel 1 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – (SGB IX)

§ 19 Teilhabeplan

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung zum Teilhabeplan soll die bisher in § 10 SGB IX nur in Grundzügen geregelte Koordination der Leistungen konkretisiert werden. Die mit dem Teilhabeplanverfahren einhergehenden vollständigen und nahtlos ineinander greifenden Feststellungen der Rehabilitationsträger korrespondieren mit § 15 Absatz 3 Satz 2 SGB IX (nF) und sollen eine nach Zuständigkeiten und Leistungsgesetzen getrennte Leistungsbewilligung und Leistungserbringung ermöglichen.

Absatz 1 entspricht den bisherigen Regelungen des § 10 Absatz 1 SGB IX für die Koordination von Leistungen. Danach ist ein Teilhabeplan nur dann zu erstellen, wenn Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind. Die Verantwortung für die Koordination und damit für die Erstellung des Teilhabepans obliegt dem leistenden Rehabilitationsträger. Die erforderlichen Leistungen sind hinsichtlich Ziel, Art und Umfang funktionsbezogen festzustellen und schriftlich so zusammenzustellen, dass sie nahtlos ineinander greifen.

Absatz 2 beschreibt detailliert die zu dokumentierenden Inhalte des Teilhabepans, der innerhalb der für die Entscheidung über den Antrag maßgeblichen Fristen zu erstellen ist. Die Festlegung soll sicherstellen, dass der Teilhabepan zu einem standardisierten Verfahren und einem regulären Bestandteil der Aktenführung wird. Die standardisierte Ausrichtung der Inhalte des Teilhabepans soll zudem eine lückenlose Kommunikation zwischen den Rehabilitationsträgern ermöglichen. Im Teilhabepan sind auch die besonderen Belange von pflegenden Angehörigen bei der Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu dokumentieren.

Durch Absatz 3 wird die Anpassung und Fortschreibung des Teilhabepans entsprechend dem Verlauf der Rehabilitation festgelegt und klargestellt, dass die Verantwortung hierfür dem leistenden Rehabilitationsträger obliegen soll. Zudem wird dem Leistungsberechtigten das Recht zur Einsicht in den Teilhabepan eingeräumt.

Die im Teilhabepan enthaltenen Feststellungen sollen nach Absatz 4 Grundlage für die Entscheidung über die beantragte Leistung bilden und in der Entscheidungsbegründung nach § 35 SGB X erkennbar sein. Insoweit soll der Teilhabepan die Entscheidungen der Rehabilitationsträger unter Mitwirkung des Leistungsberechtigten vorbereiten.

Im Falle der Trägermehrheit kann nach Absatz 5 die Federführung für die Durchführung des Teilhabeplanverfahrens in Abstimmung mit dem Leistungsberechtigten auch bei einem der beteiligten Rehabilitationsträger liegen.

Durch Absatz 6 wird klargestellt, dass unterhaltssichernde Leistungen als akzessorische Leistung zur Hauptleistung und somit nicht als Leistungen unterschiedlicher Leistungsgruppen anzusehen sind. Ein Teilhabeplanverfahren wird somit nur dann erforderlich, wenn Leistungen weiterer Leistungsgruppen beantragt werden.

B) Stellungnahme

Die Zielsetzung, über eine im Vergleich zur aktuellen gesetzlichen Regelung weitergehende Standardisierung der Teilhabeplanung in Fällen der Trägermehrheit zu insoweit standardisierten Verwaltungsverfahren der Rehabilitationsträger beizutragen, kann nachvollzogen werden. Der Teilhabeplan als regulärer Bestandteil der Aktenführung hat zentrale Bedeutung für die Verständigung der Träger untereinander und mit dem Leistungsberechtigten über die koordinierte, aber jeweils trägerspezifische Bewilligung und Erbringung der erforderlichen Leistungen (siehe Vorschläge zum Regel-Ausnahmeverhältnis in § 15 Absätze 2 und 3 SGB IX (nF)).

Wie in den Ausführungen zu § 15 Absatz 1 SGB IX (nF) dargestellt, ist in den Fällen einer Antragsplitzung von mehreren leistenden Rehabilitationsträgern auszugehen, so dass es bezüglich der Festlegung der Verantwortung für die auch in diesen Fallgestaltungen erforderliche Durchführung der Teilhabeplanung einer Klarstellung in § 19 Absatz 1 SGB IX (nF) bedarf.

Die in Absatz 2 Nr. 11 vorgenommene Ergänzung, wonach die besonderen Belange von pflegenden Angehörigen bei Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gesondert zu dokumentieren sind, wird unterstützt. Allerdings ist eine alleinige Bezugnahme auf die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht nachvollziehbar. Die entsprechende Dokumentationspflicht im Teilhabeplan sollte daher auch bei den weiteren Leistungen zur Teilhabe bestehen.

Nach § 15 Absatz 3 SGB IX (nF) wird der Teilhabeplan entsprechend dem Verlauf der Rehabilitation angepasst. Dabei soll der leistende Rehabilitationsträger durchgehend das Verfahren sichern. In Abstimmung mit den Leistungsberechtigten können die Rehabilitationsträger nach Absatz 5 vereinbaren, dass anstelle des leistenden Rehabilitationsträgers ein anderer beteiligter Rehabilitationsträger das Verfahren durchführen kann. Die Regelungen setzen demnach für die Übernahme der koordinierenden Verantwortung (Federführung) im Teilhabeplanverfahren durch einen Rehabilitationsträger oder den Wechsel der Federführung voraus, dass es sich um einen leistenden oder am Verfahren beteiligten Rehabilitationsträger handelt. Zur Vermeidung von Rechtsunsicherheit muss deshalb in Bezug auf Fallgestaltungen, in denen

ein Teilhabeplan im Verlauf der Rehabilitation angepasst werden muss, klargestellt werden, dass bei Beendigung der Leistungspflicht des leistenden Rehabilitationsträgers ein anderer am Verfahren beteiligter Rehabilitationsträger die Federführung zu übernehmen hat. Ein Festhalten an der Federführung durch einen nicht mehr beteiligten Rehabilitationsträger macht weder aus Trägersicht noch aus Sicht des Leistungsberechtigten Sinn.

Nach § 19 Absatz 6 SGB IX (nF) lösen unterhaltssichernde Leistungen, die akzessorisch zu anderen Leistungen zur Teilhabe erbracht werden, keine Leistungsgruppenmehrheit aus, so dass in diesen Fällen kein Teilhabeplanverfahren erforderlich ist. Dies ist zu begrüßen, sollte aber nicht nur auf unterhaltssichernde, sondern auch auf die anderen ergänzenden Leistungen im Sinne von § 5 Nummer 3 SGB IX (nF) angewendet werden. Auch in Fällen, in denen ein Rehabilitationsträger ergänzend zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation z.B. Reisekosten, Betriebs- oder Haushaltshilfe oder nachsorgend Rehabilitationssport oder Funktionstraining erbringt, ist nicht von einer Trägermehrheit und einer deswegen erforderlichen Teilhabeplanung auszugehen.

C) Änderungsvorschläge

In § 19 Absatz 1 Satz 1 SGB IX (nF) werden hinter den Wörtern „Soweit Leistungen“ die Wörter „zur Teilhabe“ eingefügt und die Wörter „und die nach § 15“ durch den Text „, der nach § 15 Absatz 1 Satz 2 weitere leistende Rehabilitationsträger und die nach § 15 Absatz 2 und 3“ ersetzt. In Absatz 2 Nummer 11 werden die Wörter „der medizinischen Rehabilitation“ durch die Wörter „zur Teilhabe“ ersetzt.

In § 19 Absatz 5 SGB IX (nF) wird folgender Satz 2 neu eingefügt, der bisherige Satz 2 wird Satz 3:

„Die beteiligten Rehabilitationsträger haben in Abstimmung mit dem Leistungsberechtigten einen für die weitere Durchführung des Verfahrens zuständigen Rehabilitationsträger festzulegen, sobald der leistende Rehabilitationsträger im Verlauf der Rehabilitation nicht mehr mit Leistungen nach seinem Leistungsgesetz leistungspflichtig ist.“

In § 19 Absatz 6 SGB IX (nF) werden hinter dem Wort „voraus“ die Wörter „oder werden neben den Leistungen zur Teilhabe aus einer Leistungsgruppe lediglich andere, diese Teilhabeleistungen ergänzende Leistungen nach § 5 Nummer 3 erbracht“.

Artikel 1 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – (SGB IX)

§ 20 Teilhabepflichtkonferenz

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bereits in § 21 Absatz 5 der gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ vorgesehene und definierte Teilhabepflichtkonferenz wird als ein zusätzliches Verfahren der Bedarfsfeststellung in den Fällen der Trägermehrheit gesetzlich verankert.

Die Teilhabepflichtkonferenz kann nach Absatz 1 mit Zustimmung des Leistungsberechtigten durch den für die Durchführung des Teilhabepflichtverfahrens zuständigen Rehabilitationsträger vorgenommen werden. Die Entscheidung über die Durchführung einer Teilhabepflichtkonferenz ist unter Berücksichtigung der Erforderlichkeit und Zweckmäßigkeit nach pflichtgemäßem Ermessen vorzunehmen. Zudem sollen die Leistungsberechtigten und die beteiligten Rehabilitationsträger dem nach § 19 SGB IX (nF) zuständigen Rehabilitationsträger die Durchführung einer Teilhabepflichtkonferenz vorschlagen können. Von dem Vorschlag zur Durchführung einer Teilhabepflichtkonferenz kann abgewichen werden, wenn die Inhalte des Teilhabepflichtplans schriftlich ermittelt werden können und der Aufwand zur Durchführung in keinem angemessenen Verhältnis zum Umfang der beantragten Leistung steht oder eine Einwilligung durch den Leistungsberechtigten zur Erhebung und Nutzung von Sozialdaten nicht erteilt wurde.

Absatz 2 bestimmt, dass die Leistungsberechtigten, sofern von ihrem Vorschlag zur Durchführung einer Teilhabepflichtkonferenz abgewichen wird, über die dafür maßgeblichen Gründe zu informieren und anzuhören sind. Im Weiteren soll von dem Vorschlag der Leistungsberechtigten zur Durchführung einer Teilhabepflichtkonferenz dann nicht abgewichen werden können, wenn Leistungen an Mütter und Väter mit Behinderungen bei der Versorgung und Betreuung ihrer Kinder beantragt wurden. Es wird angenommen, dass in diesen Fällen immer komplexe Fördertatbestände gegeben sind, die fast immer die Zuständigkeit mehrerer Rehabilitationsträger bedingen.

Nach Absatz 3 nehmen neben dem Leistungsberechtigten Beteiligte nach § 12 SGB X und auf Wunsch der Leistungsberechtigten Bevollmächtigte nach § 13 SGB X sowie sonstige Vertrauenspersonen an der Teilhabepflichtkonferenz teil. Zusätzlich können auf Wunsch oder mit Zustimmung des Leistungsberechtigten Rehabilitationsdienste und -einrichtungen sowie Pflegedienste teilnehmen. Vor dem Hintergrund, dass im Rahmen der Teilhabepflichtkonferenz Festlegungen mit erheblicher Tragweite für die Bedarfsfeststellung und den Prozess der Leistungserbringung getroffen werden, soll dem Aspekt der trägerunabhängigen Teilhabeberatung ein breiter Raum eingeräumt werden. Daher sollen die Leistungsberechtigten vor der

Durchführung der Teilhabekonferenz besonders auf die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung hingewiesen werden, deren Angebote die Stärkung der Position der Leistungsberechtigten im Rahmen von Teilhabekonferenzen bezwecken sollen.

Absatz 4 sieht eine Klarstellung hinsichtlich der in § 15 Absatz 4 (nF) geregelten Frist, innerhalb derer die Rehabilitationsträger bei der Durchführung einer Teilhabekonferenz über den Antrag zu entscheiden haben, vor. Danach können sich die Rehabilitationsträger nur dann auf die zweimonatige Entscheidungsfrist berufen, wenn eine Teilhabekonferenz auf Vorschlag des Leistungsberechtigten oder mit dessen Zustimmung stattfindet. Insoweit soll die alleinige Vorstellung des Rehabilitationsträgers, dass eine Teilhabekonferenz durchzuführen sei, keine verlängerte Entscheidungsfrist auslösen.

B) Stellungnahme

Sonstige Vertrauenspersonen auf Wunsch des Leistungsberechtigten an der Teilhabekonferenz zu beteiligen, ist Ausdruck einer selbstbestimmten Teilhabe und entsprechend zu unterstützen. Durch die Stellung im Wortlaut der Norm könnte allerdings das Missverständnis entstehen, dass für die sonstigen Vertrauenspersonen die Regelungen des § 13 SGB X nicht zur Anwendung kommen. Dies sollte klargestellt werden.

Wie bereits den Ausführungen zu §§ 15 Absatz 4 und 18 Absatz 2 SGB IX (nF) zu entnehmen ist, sollte die Durchführung einer Teilhabekonferenz als Grund für eine nach dem individuellen Bedarf erforderliche Fristverlängerung herangezogen werden. Die starre Vorgabe einer 2-Wochen-Frist ist insoweit nicht praxistauglich. Damit wäre der Verweis in § 20 Absatz 4 SGB IX (nF) auf § 15 Absatz 4 SGB IX (nF) nicht erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

Nach § 20 Absatz 3 Satz 1 SGB IX (nF) wird folgender Satz 2 neu eingefügt: „Für die sonstigen Vertrauenspersonen gelten die Regelungen des § 13 Zehntes Buch entsprechend.“ Die bisherigen Sätze 2 und 3 werden die Sätze 3 und 4.

§ 20 Absatz 4 SGB IX (nF) wird ersatzlos gestrichen.

Artikel 1 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – (SGB IX)

§ 26 Gemeinsame Empfehlungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Regelung zur Vereinbarung von gemeinsamen Empfehlungen durch die Rehabilitationsträger entspricht in weiten Teilen der bisherigen Rechtslage. Danach werden weiterhin nur die Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 Nr. 1 bis 5 SGB IX (nF) zur Vereinbarung von gemeinsamen Empfehlungen zur Sicherung der Zusammenarbeit verpflichtet. Die Träger der Eingliederungshilfe und der öffentlichen Jugendhilfe sind weiterhin nicht Vereinbarungspartner der gemeinsamen Empfehlungen, sondern können sich bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben an den gemeinsamen Empfehlungen orientieren oder diesen beitreten.

Änderungen werden bei Nummer 3 und 5 vorgenommen, um Anpassungen an das neue Teilhabepflanverfahren und die neuen Regelungen zur Koordinierung der Leistungen zu berücksichtigen. Nach Nummer 7 sollen die Rehabilitationsträger verpflichtet werden, gemeinsame Grundsätze für systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel (Instrumente) zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs zu entwickeln.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen soll die gemeinsamen Empfehlungen auch als Spitzenverband Bund der Pflegekassen abschließen können. Hierdurch sollen auch die Pflegekassen in den Geltungsbereich der gemeinsamen Empfehlungen einbezogen werden.

B) Stellungnahme

Die Pflegekassen als Träger der sozialen Pflegeversicherung sind keine Rehabilitationsträger im Sinne des § 6 Absatz 1 Nr. 1 bis 5 SGB IX (nF). Insoweit können sie nicht Vereinbarungspartner der gemeinsamen Empfehlungen der Rehabilitationsträger sein. Um gleichwohl den Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ ausreichend in den gemeinsamen Empfehlungen zu berücksichtigen und die eine bessere Verzahnung von Instrumenten und Verfahren zu ermöglichen, sollte den Pflegekassen die Möglichkeit der Beteiligung an der Vorbereitung der gemeinsamen Empfehlungen eröffnet werden, soweit deren Aufgaben von den gemeinsamen Empfehlungen berührt sind. Hierdurch wäre eine Gleichstellung mit den Trägern der Eingliederungshilfe und der öffentlichen Jugendhilfe gegeben, die zwar Rehabilitationsträger, aber dennoch nicht Vereinbarungspartner der gemeinsamen Empfehlungen sein sollen.

Die Absicht, zwar die Pflegekassen, die nicht Rehabilitationsträger sind, in den Geltungsbereich von gemeinsamen Empfehlungen einzubeziehen und es den Trägern der Eingliederungshilfe und der öffentlichen Jugendhilfe als originäre Rehabilitationsträger weiterhin freizustellen, sich an den gemeinsamen Empfehlungen zu orientieren oder diesen beizutreten,

offenbart eine wesentliche Schwachstelle des vorgelegten Gesetzentwurfs. Die beabsichtigte Stärkung des trägerübergreifend koordinierten Vorgehens und die notwendige Verzahnung des Teilhabeplanverfahrens mit der Gesamtplanung im Rahmen der Eingliederungshilfe erfordern eine verbindliche Einbindung der Träger der Eingliederungshilfe und der öffentlichen Jugendhilfe in die Erarbeitung der trägerübergreifenden Grundlagen der Zusammenarbeit. Dies sollte entsprechend umgesetzt werden.

C) Änderungsvorschläge

§ 26 Absatz 4 Satz 2 SGB IX (nF) wird gestrichen.

Sofern unverändert daran festgehalten wird, den Trägern der Eingliederungshilfe und der öffentlichen Jugendhilfe ein gesondertes Beteiligungsrecht an den gemeinsamen Empfehlungen durch § 26 Absatz 5 SGB IX (nF) einzuräumen, sollten die Pflegekassen durch folgende Änderungen in diese Regelungen einbezogen werden:

In § 26 Absatz 5 Satz 1 SGB IX (nF) werden nach dem Wort „Hauptfürsorgestellen“ die Worte „und die Pflegekassen über den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, soweit die Aufgaben der Pflegekassen von den gemeinsamen Empfehlungen berührt sind“ eingefügt.

Artikel 1 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – (SGB IX)

§ 29 Persönliches Budget

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es werden der Leistungsanspruch und die Zuständigkeit für die Durchführung des Verfahrens geregelt. Nach Absatz 3 Satz 2 sind auch die Pflegekassen für die Durchführung des Verfahrens zuständig.

B) Stellungnahme

Die Pflegekassen sollen entsprechend der Aufgaben der Rehabilitationsträger mit der Durchführung des Verfahrens für das Persönliche Budget beauftragt werden. Damit werden die Aufgaben und der Verwaltungsaufwand der Pflegekassen ausgeweitet. Dazu besteht keine Notwendigkeit. Die Pflegeversicherung ist unter dem Dach der Krankenversicherung angesiedelt, die im Gegensatz zur Pflegeversicherung ein Rehabilitationsträger ist. Die Durchführung des Verfahrens ist in der Praxis durch die Krankenkassen umfassend und zeitgerecht sichergestellt. Das gilt auch für die Fallgestaltungen, die Leistungen der Pflegeversicherung betreffen.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 3 sind die Worte „die Pflegekassen“ zu streichen.

Artikel 1 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – (SGB IX)

§ 32 Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird eine von den Leistungsträgern und Leistungserbringern unabhängige ergänzende Beratung als niedrighschwelliges Angebot eingeführt, das bereits im Vorfeld der Beantragung konkreter Leistungen zur Verfügung steht. Das Angebot besteht neben dem Anspruch auf Beratung durch die Rehabilitationsträger und erstreckt sich auf die Information und Beratung durch die Rehabilitationsträger. Das BMAS erlässt eine Förderrichtlinie. Die Finanzierung erfolgt aus Bundesmitteln und ist zeitlich begrenzt bis 31.12.2022; zum 30.06.2021 besteht eine Berichtspflicht der Bundesregierung.

B) Stellungnahme

Die Einführung einer „ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung“ wird unter anderem damit begründet, dass die Position der Leistungsberechtigten/Ratsuchenden im sozialrechtlichen Dreiecksverhältnis gegenüber den Leistungsträgern und Leistungserbringern zu stärken ist. Hierbei wird verkannt, dass die Kranken- und Pflegekassen im Interesse ihrer Versicherten neutral beraten und diese Beratungen auch von den Versicherten positiv wahrgenommen werden. Die Neuregelung führt zu einer weiteren Zergliederung des Beratungsgeschehens und zwangsläufig zu neuen Schnittstellen und Doppelstrukturen. Dies ist kritisch zu sehen, zumal damit nicht eine Verbesserung der Versorgungssituation für die betroffenen Menschen einhergeht. Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass nach Ablauf der Förderung aus Bundesmitteln zum 31.12.2022 eine Finanzierung aus Mitteln der Sozialversicherung ausgeschlossen ist.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – (SGB IX)

§ 38 Verträge mit Leistungserbringern

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung entspricht weitgehend der bisherigen Vorschrift des § 21 SGB IX. Ergänzt wird insbesondere eine Regelung, wonach die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen bei Verträgen mit Leistungserbringern nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden darf. Darüber hinaus wird eine Regelung aufgenommen, nach der die Rehabilitationsträger bei den Verträgen mit den Leistungserbringern darauf hinzuwirken haben, dass einheitliche Grundsätze der Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit berücksichtigt werden.

B) Stellungnahme

In der bisherigen Vorschrift des § 21 Absatz 3 SGB IX wird u.a. geregelt, dass Verträge mit fachlich nicht geeigneten Diensten oder Einrichtungen gekündigt werden. In der Begründung zum Gesetzentwurf wird ausgeführt, der bisherige Absatz 3 des § 21 SGB IX werde in den § 37 Absatz 3 Satz 3 SGB IX (nF) aufgenommen. Dies trifft jedoch nur für den Aspekt der notwendigen Zertifizierung von Rehabilitationseinrichtungen, nicht jedoch für die vorgenannte Konsequenz einer Kündigung bei fehlender Eignung zu. Zur Vermeidung von Missverständnissen sollte die Verpflichtung zur Vertragskündigung im Gesetzeswortlaut erhalten bleiben.

C) Änderungsvorschläge

In § 38 SGB IX (nF) wird folgender neuer Absatz 3 eingefügt; die bisherigen Absätze 3 und 4 werden die Absätze 4 und 5:

„(3) Verträge mit fachlich nicht geeigneten Diensten oder Einrichtungen werden gekündigt.“

Artikel 1 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – (SGB IX)

§ 39 Aufgaben

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neufassung des § 39 soll den Rehabilitationsträgern nach § 6 Absatz 1 bis 5 die Bildung einer „Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation“ als Arbeitsgemeinschaft nach § 94 SGB X zur Gestaltung und Organisation der trägerübergreifenden Zusammenarbeit als verpflichtende Aufgabe übertragen werden. Zusätzlich sollen zentrale Aufgaben der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) gesetzlich festgeschrieben werden. Die Umsetzung dieser Aufgaben soll in der Verantwortung der Rehabilitationsträger liegen, die als Selbstverwaltungskörperschaften organisiert sind.

Den Trägern der Eingliederungshilfe und den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe soll es möglich sein, sich an der Arbeit der Arbeitsgemeinschaft zu beteiligen oder Mitglied zu werden.

In Absatz 2 sollen die zentralen Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft, die heute bereits teilweise durch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation wahrgenommen werden, festgeschrieben werden. Eine abschließende Aufzählung soll dabei nicht vorgenommen werden, um die Aufgaben flexibel an fortlaufende Veränderungen im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe anpassen zu können. Als eine gewichtige Aufgabe wird die Beobachtung der Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger und regelmäßige Auswertung und Bewertung der Zusammenarbeit unmittelbar in den Gesetzeswortlaut aufgenommen.

B) Stellungnahme

Nach § 94 Absatz 1a SGB X können Träger der Sozialversicherung, Verbände von Trägern der Sozialversicherung und die Bundesagentur für Arbeit insbesondere zur gegenseitigen Unterrichtung, Abstimmung, Koordinierung und Förderung der engen Zusammenarbeit im Rahmen der ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben Arbeitsgemeinschaften bilden. Mit diesen Zielsetzungen kann die BAR als gemeinsame Plattform der Rehabilitationsträger wichtige koordinierende Funktionen in Bezug auf die trägerübergreifende Zusammenarbeit und einheitliche Gestaltung der Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe wahrnehmen. Entsprechend der gesetzlichen Grundlage des § 94 SGB X sollten die die BAR tragenden Rehabilitationsträger verpflichtet werden, die Aufgaben der BAR mit den genannten Zielstellungen festzulegen. Dabei können die in § 39 Absatz 2 SGB IX (nF) genannten Aufgabenstellungen, die das mögliche Spektrum grundsätzlich zutreffend darstellen, eine gute Orientierung bieten.

Die in § 39 Absatz 2 Nummer 1 SGB IX (nF) vorgesehene Beobachtung, regelmäßige Auswertung und Bewertung der Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger mit weitreichenden Regelungen zu Grundsätzen der Erhebung von Daten und deren Aufbereitung bis hin zu Prozessen und Abläufen des Rehabilitationsgeschehens greifen jedoch zu weit in die Verwaltungsprozesse und eigenverantwortliche Wahrnehmung der gesetzlichen Aufgaben durch die Selbstverwaltungskörperschaften der Rehabilitationsträger ein. Diese Aufgabenstellung muss insoweit auf die für die übergreifende Koordination erforderlichen Handlungsfelder reduziert werden.

C) Änderungsvorschlag

In § 39 Absatz 2 SGB IX (nF) werden der einleitende Satz und die Nummer 1 wie folgt gefasst:

„Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation führt die von den Rehabilitationsträgern nach Absatz 1 mit den Zielen der gegenseitigen Unterrichtung, Abstimmung, Koordinierung und Förderung der engen Zusammenarbeit festgelegten Aufgaben aus. Diese können insbesondere sein:

1. Der regelmäßige Austausch der Rehabilitationsträger über die Ausgestaltung der trägerübergreifenden Zusammenarbeit und daraus resultierendem Handlungsbedarf,“

Artikel 1 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – (SGB IX)

§ 41 Teilhabeverfahrensbericht

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neufassung des § 41 sieht vor, dass einmal jährlich durch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation ein Teilhabeverfahrensbericht zu erstellen ist. Der Teilhabeverfahrensbericht soll die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger und das Reha-Leistungsgeschehen transparenter machen und die Möglichkeit der Evaluation und Steuerung eröffnen. Da die bisherigen Datengrundlagen für diese Zielsetzung für unzureichend angesehen werden, sollen die Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 SGB IX (nF) zur Erfassung detaillierter Daten im Kontext der trägerübergreifenden Zusammenarbeit verpflichtet werden. Dabei sollen insbesondere Angaben zur Anzahl der Anträge, Verfahrensdauer, Weiterleitung, Ablehnung und Rechtsbehelfen wie Widerspruch und Klage nach einheitlichen Grundsätzen erhoben werden.

Nach Absatz 2 soll die jährliche Weiterleitung der erhobenen Daten durch die Rehabilitationsträger über die jeweiligen Spitzenverbände an die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation erfolgen. Die Datenübermittlung soll auf der Grundlage eines technisch abgestimmten Datenformats vorgenommen werden. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation soll die Aufgabe erhalten, die Daten auszuwerten, eine Übersicht zu erstellen und diese einmal jährlich zu veröffentlichen. Die Erhebung der Daten soll beginnend ab 01.01.2018 erfolgen. Der Bericht soll erstmalig im Jahr 2019 veröffentlicht werden.

Absatz 3 sieht eine Kostenerstattung der entstehenden Aufwendungen für die Aufbereitung, Bereitstellung und Auswertung von Daten durch den Bund vor, soweit diese bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation anfallen.

B) Stellungnahme

Nach der Begründung zum Gesetzentwurf soll der Teilhabeverfahrensbericht Einsicht und Transparenz in hoheitliches Handeln ermöglichen und verfahrenshemmende Divergenzen und Intransparenzen im Rehabilitationsrecht besser aufzeigen, die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger und das Reha-Leistungsgeschehen transparenter machen sowie die Möglichkeit der Evaluation und Steuerung eröffnen. Hierzu sollen die Rehabilitationsträger zu einer umfassenden Datenerfassung im Rahmen des Rehabilitationsprozesses verpflichtet werden, die so detailliert die einzelnen Verfahrensschritte in den Antrags- und Bewilligungsprozessen abbilden sollen, dass sämtliche Verwaltungsabläufe statistisch erfassbar gestaltet werden müssten. Dies erfordert im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung weitreichende Verfahrensumstellungen und IT-Anpassungen, die ausschließlich für den Bereich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und für die Aufgaben von Krankenkassen als

leistende Rehabilitationsträger vorzunehmen wären. Zudem würden auch bei der sehr detaillierten statistischen Erfassung nach § 41 Absatz 1 SGB IX (nF) im Ergebnis lediglich statistische Grunddaten vorliegen, die keine fundierte Bewertung für die offensichtlich erwartete Evaluation und Steuerung zulassen. Von daher stehen Aufwand und Nutzen der beabsichtigten Datenerhebung in keinem angemessenen Verhältnis. Im Gesetzentwurf wird der für die Verwaltung zu erwartende Erfüllungsaufwand mit einem jährlichen Aufwand von 13,175 Millionen Euro geschätzt. Darin enthalten sind u.a. nicht die jährlichen Aufwendungen für die Verfahrensumstellungen der Verwaltungen und die Bereitstellung und Wartung der entsprechenden Hard- und Software. Als weitere Aufwendungen sind die bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation zu erwartenden Kosten zu berücksichtigen. Diese werden mit einmaligen Beschaffungskosten (Hard- und Software) einschließlich Drittunterstützung in Höhe von 1,3 Mio. Euro sowie für dauerhaft jährlich anfallende Kosten in Höhe rund 1 Mio. Euro (Personalkosten, Aufwände für Betriebsmittel und Drittunterstützung) geschätzt.

Einige konkretisierte Inhalte des Teilhabeverfahrensberichts sind bereits heute Bestandteil der Geschäftsübersichten und Statistiken der Sozialversicherung nach § 79 SGB IV und werden den jeweils zuständigen Bundesministerien und bei landesunmittelbaren Versicherungsträgern auch den für die Sozialversicherung zuständigen Verwaltungsbehörden der Länder oder den von diesen bestimmten Stellen vorgelegt. Diese Verpflichtung zur Meldung besteht für alle Sozialversicherungszweige. Insbesondere melden die Krankenkassen über die jährliche Statistik KG 5 Daten zu Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen. Neben Leistungsfällen und -tagen wurde in der jüngeren Vergangenheit gerade die Antrags- und Bewilligungsstatistik aufwendig überarbeitet und ergänzt und erscheint somit als angemessene Datenbasis.

C) Änderungsvorschlag

§ 41 SGB IX (nF) wird ersatzlos gestrichen.

Artikel 1 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – (SGB IX)

§ 43 Krankenbehandlung und Rehabilitation

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift schließt an den bisherigen § 27 SGB IX an und nimmt als Folge der Einführung des Teilhabeplanverfahrens einen Verweis auf § 12 Absatz 1 und 3 SGB IX (nF) sowie § 19 SGB XI (nF) vor. Hierdurch soll ein reibungsloser Übergang von der akutmedizinischen Krankenbehandlung in die Rehabilitation sichergestellt werden.

B) Stellungnahme

Die Bezugnahme in § 23 SGB IX (nF) darauf, dass die Ziele der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 42 Absatz 1 SGB IX (nF) und die Maßnahmen zur Unterstützung der frühzeitigen Bedarfserkennung nach § 12 Absatz 1 und 3 SGB IX (nF) auch bei Leistungen der Krankenbehandlung gelten, kann nachvollzogen werden, zumal sie in weiten Teilen dem geltenden Recht entsprechen. Die vorgesehene Ergänzung, dass auch das Teilhabeplanverfahren nach § 19 SGB IX (nF) bei Leistungen der Krankenbehandlung gelten soll, lässt jedoch nicht erkennen, welche Rechtsfolgen damit verbunden sein sollen. Zur Vermeidung von Missverständnissen sollte deshalb auf die Bezugnahme auf § 19 verzichtet werden.

C) Änderungsvorschlag

In § 43 SGB IX (nF) wird die Angabe „sowie § 19“ gestrichen.

Artikel 1 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – (SGB IX)

§ 45 Förderung der Selbsthilfe

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift schließt inhaltlich an den bisherigen § 29 SGB IX an und wird um die Verpflichtung der Rehabilitationsträger ergänzt, Daten über Art und Höhe der Förderung der Selbsthilfe in den Teilhabeverfahrensbericht nach § 41 SGB IX (nF) einfließen zu lassen.

B) Stellungnahme

Auf die Stellungnahme zu § 41 SGB IX (nF) wird verwiesen. Aufgrund der vorgeschlagenen Streichung der Regelung des § 41 SGB IX (nF) ist auch die Bezugnahme auf § 41 in § 45 Satz 2 SGB IX (nF) zu streichen.

Ausweislich der Begründung soll die Ergänzung dem Ziel der Transparenz über die Förderung von Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen dienen. Die Daten über die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen zur Förderung von Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen können bereits zum jetzigen Zeitpunkt der amtlichen Statistik KJ1 entnommen werden. Damit wird das Ziel der Erhöhung der Datentransparenz für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung bereits erreicht.

In Satz 1 des § 45 SGB IX (nF) wird in Erweiterung der bisherigen Definition in § 29 SGB IX ausgeführt, es handele sich um Selbsthilfegruppen, –organisationen und –kontaktstellen, die sich die „...Beratung...von Krankheiten und Behinderungen zum Ziel gesetzt haben...“. Abgesehen von der grammatikalisch unzutreffenden Formulierung sollte auch aus inhaltlichen Gründen davon abgesehen werden, die bisherige Definition zu verändern, da nicht nachvollziehbar ist, wer welchen Beratungsauftrag wem gegenüber hat und wie sich diese Beratung von anderen Beratungsangeboten abgrenzt.

C) Änderungsvorschläge

In § 45 Satz 1 SGB IX (nF) wird die Angabe „, Beratung“ gestrichen.

§ 45 Satz 2 SGB IX (nF) wird ersatzlos gestrichen.

Artikel 1 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – (SGB IX)

§ 46 Früherkennung und Frühförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Grundlagen für medizinische Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung sollen im Gesetz näher konkretisiert werden. Neben den bisherigen interdisziplinären Frühförderstellen und sozialpädiatrischen Zentren sollen zukünftig auch andere nach Landesrecht zugelassene Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinären Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum Leistungen der Frühförderung und Früherkennung erbringen können.

Durch Absatz 3 soll die bisher im Gesetz und in der Gesetzesbegründung nicht ausreichend definierte Komplexleistung Frühförderung konkretisiert werden, dass diese auch die Leistungen zur Sicherstellung der Interdisziplinarität umfassen. Zusätzlich wird klargestellt, dass die Komplexleistung ab Geburt bis zur Einschulung eines Kindes mit Behinderung oder drohender Behinderung erfolgt.

Zugleich soll durch Absatz 4 die konkrete Ausgestaltung der Leistung der Früherkennung und Frühförderung weitestgehend auf die Ebene der Länder übertragen werden. Durch die verbindliche Vorgabe zum Abschluss von Landesrahmenvereinbarungen sollen länderspezifische Besonderheiten Berücksichtigung finden und eine höhere Verbindlichkeit sowie Sicherheit bei der Leistungserbringung erreicht werden.

Darüber hinaus soll in Absatz 5 eine Änderung der pauschalen Kostenaufteilung bei den Leistungen in interdisziplinären Frühförderstellen mit einem höheren Kostenanteil zu Lasten der Krankenkassen normiert werden. Zudem sollen nach Landesrecht sowohl für Leistungen in interdisziplinären Frühförderstellen als auch in sozialpädiatrischen Zentren andere als pauschale Abrechnungen vorgesehen werden können.

Nach Absatz 6 soll den Ländern der Erlass von Rechtsverordnungen ermöglicht werden, sofern Landesrahmenvereinbarungen bis zum 31.07.2019 nicht zustande kommen.

B) Stellungnahme

Nach der Begründung des Gesetzentwurfs haben sich in den Bundesländern weitere Einrichtungen etabliert, die durch Landesrahmenvereinbarungen oder Landesrecht zur Leistungserbringung zugelassen wurden. Vor diesem Hintergrund soll im Gesetzeswortlaut die bestehende Praxis aufgegriffen und entsprechenden Einrichtungen nach landesrechtlicher Zulassung die Teilnahme an der Versorgung ermöglicht werden, wenn sichergestellt ist, dass sie ein vergleichbares interdisziplinäres Förder-, Behandlungs- und Betreuungsspektrum aufweisen. Trotz dieser definierten Qualitätsmerkmale ist nicht erkennbar, dass neben den Struktu-

ren der interdisziplinären Frühförderstellen Bedarf für die Anerkennung anderer Einrichtungen besteht. Entsprechende Leistungen bedürfen einer einheitlich ausgerichteten Leistungserbringerstruktur mit interdisziplinärem Behandlungs- und Beratungsspektrum sowie einem entsprechend ausgerichteten konzeptionellen Schwerpunkt. Eine Zulassung von weiteren Einrichtungen, die offensichtlich in erster Linie eine andere Zweckausrichtung haben als interdisziplinäre Frühförderstellen und deshalb als solche nicht anerkannt werden können, wird deshalb abgelehnt.

Die nach geltendem Recht in der Frühförderungsverordnung enthaltene Orientierung für die Kostenaufteilung der Entgelte für Komplexleistungen soll laut Gesetzentwurf in den Gesetzeswortlaut übernommen werden. Dabei soll der Anteil, den die für heilpädagogische Leistungen zuständigen Träger in interdisziplinären Frühförderstellen maximal zu tragen haben, von 80 auf 65 v.H. reduziert werden. In der Begründung zum Gesetzwurf wird angeführt, dass diese Änderung des Anteils auf der Grundlage einer im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales durchgeführten wissenschaftlichen Untersuchung erfolgt. Nach landesspezifischen Erkenntnissen und Erfahrungswerten sei der Kostenanteil des für heilpädagogische Leistungen zuständigen Trägers mit bis zu 65 v.H. praxisnah beschrieben. Diese Annahme kann mit den Ergebnissen des angeführten Berichtes nicht hinreichend begründet werden. Es ist auch nicht ersichtlich, weshalb im Rahmen der Überführung der Regelung aus der Frühförderungsverordnung in § 46 Absatz 5 SGB IX (nF) nicht an der bisher vorgesehenen Definition von Höchstwerten für die Anteile der für die heilpädagogischen Leistungen zuständigen Träger festgehalten werden kann. Die Formulierung, dass der Anteil der Entgelte, der auf die heilpädagogischen Leistungen in interdisziplinären Frühförderstellen entfällt, den Prozentsatz von 80 v.H. nicht überschreiten darf, ermöglicht es bereits jetzt von diesem Anteil nach unten abzuweichen und einen höheren Kostenanteil der gesetzlichen Krankenkassen zu vereinbaren, soweit dafür einrichtungsbezogenen Erkenntnisse vorliegen. Für eine pauschale Absenkung liegen hingegen keine ausreichenden Sachgründe vor. Die Beibehaltung der derzeitigen Höchstgrenzen eröffnet zudem einen größeren Korridor, innerhalb dessen bei sich ändernden Verhältnissen des Bedarfs und der Inanspruchnahme von heilpädagogischen oder medizinischen Leistungen der Komplexleistung Frühförderung eine Anpassung der Kostenaufteilung vorgenommen werden kann.

C) Änderungsvorschlag

In § 46 Absatz 2 Satz 1 SGB IX (nF) werden das Wort „weiterhin“ durch das Wort „des Weiteren“ ersetzt und die Wörter „oder andere nach Landesrecht zugelassene Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinären Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum“ gestrichen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 02.11.2016
zum Gesetzentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung (Bundesteilhabegesetz – BTHG)
Seite 49 von 68

In § 46 Absatz 5 Satz 3 SGB IX (nF) wird die Zahl „65“ durch die Zahl „80“ ersetzt.

Artikel 1 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – (SGB IX)

§ 86 Beirat für die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift entspricht inhaltlich dem bisherigen § 64 SGB IX. Eine inhaltliche Neuregelung ist nicht beabsichtigt.

B) Stellungnahme

§ 86 Absatz 2 SGB IX (nF) ist bezüglich der Regelung zum Vorschlagsrecht für die Mitglieder des Beirates aus dem Kreis der gesetzlichen Krankenversicherung redaktionell auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen – anstelle des Spitzenverbandes der Krankenkassen – anzupassen.

C) Änderungsvorschlag

In § 86 Absatz 2 Satz 1 SGB IX (nF) wird nach den die Wörtern „des Spitzenverbandes“ das Wort „Bund“ eingefügt.

Artikel 1 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – (SGB IX)

§ 90 Aufgabe der Eingliederungshilfe

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 1 werden die Aufgaben der Eingliederungshilfe übergreifend entsprechend der allgemeinen Grundsätze der UN-BRK neu definiert. Damit soll dem gesellschaftlichen Verständnis nach einer inklusiven Gesellschaft und einer möglichst weitgehenden Selbstbestimmung und individuellen Lebensplanung der Menschen mit Behinderungen Rechnung getragen werden. Die Absätze 2–5 differenzieren die Leistungen der Eingliederungshilfe in Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen zur Teilhabe an Bildung und Leistungen zur sozialen Teilhabe.

B) Stellungnahme

Die Definition der Aufgaben auf Grundlage der UN-BRK entspricht dem aktuellen Verständnis einer inklusiven Gesellschaft und wird grundsätzlich begrüßt. Zur Vermeidung von unterschiedlichen Rechtsinterpretationen und Leistungslücken ist es jedoch erforderlich, bei der Definition der Aufgaben der Eingliederungshilfe auf die Zielbestimmungen der Leistungen der Teilhabe nach § 4 SGB IX (nF) in Verbindung mit §§ 42 Absatz 1, 49 Absatz 1, 75 Absatz 1 und 76 Absatz 1 SGB IX (nF) Bezug zu nehmen. Die insoweit zum Teil einschränkenden Regelungen in den vorgesehenen Absätzen 2 bis 5 – so fehlt bei den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Fokus auf die Erwerbsfähigkeit – sollten in der Folge gestrichen werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 90 Absatz 2 SGB IX (nF) wird wie folgt gefasst:

„Für die besonderen Aufgaben der Eingliederungshilfe gelten die Ziele des § 4 in Verbindung mit §§ 42 Absatz 1, 49 Absatz 1, 75 Absatz 1 und 76 Absatz 1 entsprechend.“

§ 90 Absätze 3 bis 5 SGB IX (nF) werden gestrichen.

Artikel 1 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – (SGB IX)

§ 91 Nachrang der Eingliederungshilfe

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 1 wird das Nachrangprinzip der Leistungen der Eingliederungshilfe gegenüber den erforderlichen Leistungen von anderen oder von Trägern anderer Sozialleistungen definiert. Absatz 2 konkretisiert zusätzlich den Nachrang der Leistungen der Eingliederungshilfe in Bezug auf die gesetzlichen Verpflichtungen der vorrangigen Sozialleistungssysteme. Das Verhältnis zu Leistungen der Pflegeversicherung wird in Absatz 3 neu geregelt. Im häuslichen Umfeld sollen Leistungen der Pflege grundsätzlich vorrangig im Verhältnis zur Eingliederungshilfe sein, es sei denn, die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe steht im Vordergrund. Außerhalb des häuslichen Umfelds soll die Eingliederungshilfe den Leistungen der Pflege vorgehen.

B) Stellungnahme

Bisher sind die Leistungen der Pflegeversicherung und die der Eingliederungshilfe als gleichrangig definiert (§ 13 Absatz 3 SGB XI). Mit der Festlegung und Ausweitung des Nachranggrundsatzes der Leistungen der Eingliederungshilfe sind die Schnittstellenprobleme nicht gelöst und Kostenverlagerungen auf die Pflegeversicherung zu erwarten. Insbesondere wird das im Koalitionsvertrag formulierte Ziel in Frage gestellt, dass Leistungen an Menschen, die aufgrund einer wesentlichen Behinderung nur eingeschränkte Möglichkeiten der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft haben, aus dem Fürsorgerecht herausführen sollen und die Eingliederungshilfe zu einem modernen Teilhaberecht weiterentwickelt wird. Maßgeblich dafür ist insbesondere, dass im Zusammenhang mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs „pflegerische Betreuungsmaßnahmen“ der Pflegeversicherung vorgesehen sind, die mit den Betreuungsleistungen der Eingliederungshilfe vergleichbar sind. In der Praxis wird die Neuregelung dazu führen, dass ungeachtet der Frage, ob der Schwerpunkt der Leistungserbringung im Einzelfall in der Eingliederungshilfe liegt, die Betreuungsleistung der Eingliederungshilfe im häuslichen Umfeld nicht mehr bereit gestellt wird. In der Konsequenz erfolgt eine Kostenverlagerung auf die soziale Pflegeversicherung. Dies ist mit den Festlegungen im Koalitionsvertrag nicht vereinbar.

C) Änderungsvorschlag

Der Gleichrang der Leistungen entsprechend § 13 Absatz 3 SGB XI ist aufrecht zu erhalten.

Artikel 1 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – (SGB IX)

§ 99 Leistungsberechtigter Personenkreis

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 1 wird der leistungsberechtigte Personenkreis der besonderen Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung für Menschen mit Behinderungen definiert.

B) Stellungnahme

Die Definition knüpft an dem Begriff der Behinderung der UN-BRK sowie den in § 2 genannten Behindertenbegriff an. Auf die Ausführungen hierzu wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – (SGB IX)

§ 103 Sonderregelung für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht nach Aufgabe der Differenzierung der Eingliederungshilfe in ambulante, teilstationäre und vollstationäre Leistungen vor, dass die Leistungen der Eingliederungshilfe innerhalb und außerhalb von Räumlichkeiten, i.S. des § 43a SGB XI, auch die Pflegeleistungen umfassen. In Fällen, in denen die Pflege in diesen Räumlichkeiten nicht sichergestellt werden kann, sind Regelungen zu vereinbaren, damit die Leistung bei einem anderen Leistungserbringer erbracht werden kann. Nur in einem häuslichen Umfeld i.S. des § 36 SGB XI gehen die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung denen der Eingliederungshilfe vor.

B) Stellungnahme

Diese Regelung korrespondiert mit der Änderung des § 13 SGB XI durch Artikel 10 sowie der beabsichtigten Änderung von § 43 SGB XI im Rahmen des Dritten Pflegestärkungsgesetzes. Danach ist vorgesehen, an der einheitlichen Kostenträgerschaft für Pflegeleistungen und Leistungen der Eingliederungshilfe in Fallkonstellationen außerhalb der häuslichen Versorgung sowie in Einrichtungen bzw. Räumlichkeiten nach § 42b Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 SGB XII (nF) an der pauschalen Kostenbeteiligung der Pflegeversicherung auch nach Inkrafttreten des Bundesteilhabegesetzes festzuhalten. Dies wird insbesondere damit begründet, dass einheitliche Lebenszusammenhänge nicht zerrissen werden sollen. Folge der Regelung solle nicht sein, dass eine bisher praktizierte einheitliche Leistungserbringung durch einen hierfür qualifizierten Leistungserbringer in Zukunft in mehrere Bestandteile aufgesplittet wird, für die die Pflegebedürftigen dann unterschiedliche Leistungserbringer aus unterschiedlichen Leistungssystemen heranziehen müssten. Im Interesse der Betroffenen verbleibe es daher auch in Zukunft insoweit weiterhin bei einem Leistungsbezug „aus einer Hand“. Dies betreffe auch Leistungen in Einrichtungen oder – nach Inkrafttreten der entsprechenden Regelungen des Bundesteilhabegesetzes – in Räumlichkeiten nach § 42b Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 des Zwölften Buches, in denen Menschen mit Behinderungen wohnen, die Leistungen nach Teil 2 des Neunten Buches in der dann geltenden Fassung erhalten. Die bereits bislang enthaltene Bestimmung, dass die notwendige Hilfe in den Einrichtungen nach § 71 Absatz 4 einschließlich der Pflegeleistungen zu erbringen ist, werde fortgeführt.

Diese Argumentationslinie muss gleichermaßen für Bewohner entsprechender Räumlichkeiten gelten, die einen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Sowohl für diese Bewohner als auch für die „Einrichtungen“ wäre es nicht sachgerecht, die einheitliche Leistungserbringung mit der Folge aufzusplitten, dass die Betroffenen dann unterschiedliche Leistungs-

erbringer aus unterschiedlichen Leistungssystemen heranziehen müssten. Entsprechend der vorgesehenen Regelung in § 103 SGB IX (nF) wird auch insoweit eine Grenze dann zu ziehen sein, wenn der Bedarf an medizinischer Behandlungspflege ein solches Ausmaß annimmt, dass ohne eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft die Versorgung nicht sichergestellt werden kann. In diesen Fallgestaltungen sollte die erforderliche Behandlungspflege als Leistung der häuslichen Krankenpflege in den Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt werden.

C) Änderungsvorschlag

In § 103 Absatz 1 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB IX (nF) werden hinter dem Wort „Räumlichkeiten“ die Wörter „einschließlich der Leistungen der medizinischen Behandlungspflege; nicht umfasst sind Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, wenn der Bedarf an Behandlungspflege eine ständige Überwachung und Versorgung des Bewohners durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert.“ eingefügt.

§ 103 Absatz 2 SGB IX (nF) wird folgender Satz 2 angefügt: „Absatz 1 Satz 1 gilt entsprechend.“.

Artikel 1 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – (SGB IX)

§ 106 Beratung und Unterstützung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung konkretisiert einen nicht abschließenden Aufgabenkatalog für Beratung und Unterstützung. Dies umfasst auch Beratungen über die Leistungen anderer Leistungsträger und Hilfe bei der Klärung weiterer zuständiger Leistungsträger.

B) Stellungnahme

Angesichts der personenzentrierten Neuausrichtung der Eingliederungshilfe wird der Beratungs- und Unterstützungsbedarf steigen. Damit sind erhöhte Anforderungen an eine kompetente Beratung und Unterstützung verbunden. Insofern wird die Konkretisierung der Beratung und Unterstützung begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – (SGB IX)

§ 117 Gesamtplanverfahren und § 119 Gesamtkonferenz

A) Beabsichtigte Neuregelung

Anknüpfend an die bisherige Regelung im § 58 SGB XII wird das Gesamtplanverfahren normiert, erweitert und konkretisiert. Die trägerübergreifende Zusammenarbeit wird durch die Möglichkeit einer Gesamtkonferenz optimiert. Die Pflegekasse ist am Gesamtplanverfahren zu beteiligen, sofern im Einzelfall Anhaltspunkte für eine Pflegebedürftigkeit bestehen. In komplexen Leistungsfällen soll der Träger der Eingliederungshilfe darauf hinwirken, die Gesamtsteuerung zu übernehmen. In diesen Fällen ersetzt die Gesamtkonferenz die Teilhabekonferenz anderer Rehabilitationsträger.

B) Stellungnahme

Die Gesetzesregelung normiert für den Träger der Eingliederungshilfe eine Sonderstellung gegenüber den übrigen Rehabilitationsträgern. Damit wird praktisch die Steuerungsverantwortung dem Träger der Eingliederungshilfe übertragen, ohne dass damit Verbesserungen in der Versorgung erkennbar sind. Zusätzlich wird durch die Spezialregelungen zum Gesamtplan (Teil 2) die Koordinierung der Leistungen zwischen mehreren Rehabilitationsträgern (Teil 1, §§ 14 ff) erheblich erschwert und komplizierter.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelungen zum Teilhabeplan (§ 19) und die über den Gesamtplan sind im Teil 1, Kapitel 4, zusammenzuführen.

Artikel 1 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – (SGB IX)

§ 118 Instrumente der Bedarfsermittlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Lebensbereiche zur Ermittlung des individuellen Bedarfs werden normiert. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über das Instrument zur Bedarfsermittlung zu bestimmen.

B) Stellungnahme

Es ist zu erwarten, dass sich aufgrund dieser Regelung in den einzelnen Bundesländern divergente Verständnisse zum „Bedarf“ entwickeln werden. Damit wird die Möglichkeit einer verbindlichen und einheitlichen Bedarfsfeststellung, die ein wichtiges Ziel des Reformvorhabens ist, nicht genutzt.

C) Änderungsvorschlag

Die Instrumente der Bedarfsermittlung werden bundesweit einheitlich vorgegeben.

Artikel 1 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – (SGB IX)

§ 120 Feststellung der Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die im Rahmen der Gesamtplanung festgestellten Leistungen in Leistungsverantwortung anderer Rehabilitationsträger bilden die für den Teilhabeplan erforderlichen Feststellungen.

B) Stellungnahme

Der durch den Träger der Eingliederungshilfe auf Grundlage der Gesamtpflichtkonferenz erstellte Gesamtplan bindet die anderen Rehabilitationsträger ungeachtet abweichender Feststellungen. Angesichts der Entscheidungshoheit in eigener Verantwortung ist diese Regelung nicht sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

§ 120 Absatz 3 SGB IX (nF) ist zu streichen.

Artikel 1 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – (SGB IX)

§ 125 Inhalt der schriftlichen Vereinbarung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift regelt u.a. die Festlegung von Leistungspauschalen für die zu erbringenden Leistungen im Rahmen der Vergütungsvereinbarung.

B) Stellungnahme

Bezüglich des Inhalts der zu erbringenden Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe wird auf die Ausführungen zu § 103 SGB IX (nF) verwiesen. Entsprechend dem dortigen Änderungsvorschlag ist es erforderlich, in § 125 Absatz 3 Satz 1 SGB IX (nF) den Inhalt der Leistungen, die Bestandteil der Vergütungsvereinbarung sind, entsprechend anzupassen.

C) Änderungsvorschlag

In § 125 Absatz 3 SGB IX (nF) wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Für die Fälle des § 103 Satz 1 Halbsatz 1 sind dabei auch die Pflegeleistungen und Leistungen der medizinischen Behandlungspflege zu berücksichtigen.“

Artikel 23 Änderung der Frühförderungsverordnung

Nr. 2 Buchstabe b)

§ 2 Früherkennung und Frühförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Als Folgeänderung zu § 46 Absatz 2 SGB IX (nF) soll § 2 Absatz 1 Satz 2 um den Zusatz ergänzt werden, dass Leistungen der Früherkennung und Frühförderung auch in anderen nach Landesrecht zugelassenen Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinären Behandlungs- und Beratungsspektrum ausgeführt werden können.

B) Stellungnahme

Auf die Ausführungen zu Artikel 1 § 46 Absatz 2 SGB IX (nF) wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

In der nach Artikel 23 Nummer 2 Buchstabe b) vorgesehenen Änderung des Satzes 2 des § 2 der Frühförderungsverordnung werden die Wörter „, von nach Landesrecht zugelassenen Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinären Behandlungs- und Beratungsspektrum“ gestrichen.

Sofern unverändert am Gesetzentwurf festgehalten wird, ist in der nach Artikel 23 Nummer 2 Buchstabe b) vorgesehenen Änderung des Satzes 2 des § 2 der Frühförderungsverordnung nach den Wörtern „mit vergleichbarem interdisziplinären“ das Wort „Förder-,“ einzufügen.

Artikel 23 Änderung der Frühförderungsverordnung

Nr. 3 Buchstabe a) und b)

§ 3 Interdisziplinäre Frühförderstellen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Als Folgeänderung zu § 46 Absatz 2 SGB IX (nF) sollen § 3 Satz 1 sowie Satz 2 um den Zusatz ergänzt werden, dass Leistungen der Früherkennung und Frühförderung auch in anderen nach Landesrecht zugelassenen Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinären Behandlungs- und Beratungsspektrum ausgeführt werden können.

B) Stellungnahme

Auf die Ausführungen zu Artikel 1 § 46 Absatz 2 SGB IX (nF) wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 23 Nummer 3 wird gestrichen.

Sofern unverändert am Gesetzentwurf festgehalten wird, ist in der nach Artikel 23 Nummer 3 Buchstabe a) vorgesehenen Änderung des Satzes 1 des § 3 der Frühförderungsverordnung sowie in der nach Artikel 23 Nummer 3 Buchstabe b) vorgesehenen Änderung des Satzes 2 des § 3 der Frühförderungsverordnung nach den Wörtern „mit vergleichbarem interdisziplinären“ das Wort „Förder-“ einzufügen.

Artikel 23 Änderung der Frühförderungsverordnung

Nr. 4 Buchstabe a)

§ 4 Sozialpädiatrische Zentren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Als Folgeänderung zu § 46 Absatz 2 SGB IX (nF) soll § 4 Satz 1 um den Zusatz ergänzt werden, dass Leistungen der sozialpädiatrischen Zentren zur Früherkennung auch dann erbracht werden können, wenn diese nicht in anderen nach Landesrecht zugelassenen Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinären Behandlungs- und Beratungsspektrum erbracht werden können.

B) Stellungnahme

Auf die Ausführungen zu Artikel 1 § 46 Absatz 2 SGB IX (nF) wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

In der nach Artikel 23 Nummer 4 Buchstabe a) vorgesehenen Änderung des Satzes 1 des § 4 der Frühförderungsverordnung werden die Wörter „, oder nach Landesrecht zugelassenen Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinären Behandlungs- und Beratungsspektrum“ gestrichen.

Sofern unverändert am Gesetzentwurf festgehalten wird, ist in der nach Artikel 23 Nummer 4 Buchstabe a) vorgesehenen Änderung des Satzes 1 des § 4 der Frühförderungsverordnung nach den Wörtern „mit vergleichbarem interdisziplinären“ das Wort „Förder-“ einzufügen.

Artikel 23 Änderung der Frühförderungsverordnung

Nr. 7

§ 6a Weitere Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Als Folgeänderung zu § 46 Absatz 2 SGB IX (nF) sieht der neu eingefügte § 6a unter Nummer 4 vor, dass Leistungen der Früherkennung und Frühförderung als mobil aufsuchende Leistungen auch außerhalb von anderen nach Landesrecht zugelassenen Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinären Behandlungs- und Beratungsspektrum ausgeführt werden können.

B) Stellungnahme

Auf die Ausführungen zu Artikel 1 § 46 Absatz 2 SGB IX (nF) wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

In der nach Artikel 23 Nummer 7 vorgesehenen Regelung der Nummer 4 des § 6a der Frühförderungsverordnung werden die Wörter „, nach Landesrecht zugelassenen Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinären Behandlungs- und Beratungsspektrum“ gestrichen. Sofern unverändert am Gesetzentwurf festgehalten wird, ist in der nach Artikel 23 Nummer 7 vorgesehenen Änderung der Nummer 4 des § 6a der Frühförderungsverordnung nach den Wörtern „mit vergleichbarem interdisziplinären“ das Wort „Förder-,“ einzufügen.

Artikel 23 Änderung der Frühförderungsverordnung

Nr. 8 Buchstabe a)

§ 7 Förder- und Behandlungsplan

A) Beabsichtigte Neuregelung

Als Folgeänderung zu § 46 Absatz 2 SGB IX (nF) soll § 7 Absatz 1 Satz 1 um den Zusatz ergänzt werden, dass Leistungen der Früherkennung und Frühförderung auch in anderen nach Landesrecht zugelassenen Einrichtungen mit vergleichbarem Behandlungs- und Beratungsspektrum ausgeführt werden können.

B) Stellungnahme

Auf die Ausführungen zu Artikel 1 § 46 Absatz 2 SGB IX (nF) wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Die nach Artikel 23 Nummer 8 Buchstabe a) vorgesehene Änderung in § 7 Absatz 1 der Frühförderungsverordnung wird wie folgt gefasst:

In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „schriftlich“ die Wörter „oder elektronisch“ eingefügt.

Sofern unverändert am Gesetzentwurf festgehalten wird, ist in der nach Artikel 23 Nummer 8 Buchstabe a) vorgesehenen Änderung des Absatzes 1 Satz 1 des § 7 der Frühförderungsverordnung nach den Wörtern „mit vergleichbarem interdisziplinären“ das Wort „Förder-“ einzufügen.

Artikel 23 Änderung der Frühförderungsverordnung

Nr. 9 Buchstabe a) und b)

§ 8 Erbringung der Komplexeleistung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Als Folgeänderung zu § 46 Absatz 2 SGB IX (nF) sollen § 8 Absatz 2 und Absatz 4 Satz 1 um den Zusatz ergänzt werden, dass Leistungen der Früherkennung und Frühförderung auch in anderen nach Landesrecht zugelassenen Einrichtungen mit vergleichbarem Behandlungs- und Beratungsspektrum ausgeführt werden können.

B) Stellungnahme

Auf die Ausführungen zu Artikel 1 § 46 Absatz 2 SGB IX (nF) wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 23 Nummer 9 wird gestrichen.

Sofern unverändert am Gesetzentwurf festgehalten wird, ist in der nach Artikel 23 Nummer 9 Buchstabe a) vorgesehenen Änderung des Absatzes 2 des § 8 der Frühförderungsverordnung und der nach Artikel 23 Nummer 9 Buchstabe b) vorgesehenen Änderung des Absatzes 4 Satz 1 des § 8 der Frühförderungsverordnung nach den Wörtern „mit vergleichbarem interdisziplinären“ das Wort „Förder-“ einzufügen.

III. Ergänzender Änderungsbedarf

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 264 SGB V Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung

A) Änderungsvorschlag

Sollte es weiterhin gesetzgeberischer Wille sein, den Personenkreis der Eingliederungshilfeberechtigten von der Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige nach § 264 Absatz 2 zu erfassen, ist eine entsprechende Anpassung der Regelungen des § 264 Absatz 2, 5 und 7 SGB V erforderlich.

B) Begründung

Mit dem Bundesteilhabegesetz soll die Eingliederungshilfe aus dem SGB XII herausgelöst und in das SGB IX integriert werden. Dem vorliegenden Gesetzentwurf ist kein Hinweis zu entnehmen, ob damit Änderungen hinsichtlich der Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige nach § 264 Absatz 2 SGB V verbunden sein sollen. Sofern keine Änderungen beabsichtigt sind, sind die nachfolgenden Regelungen sowohl hinsichtlich der Verweisvorschriften als auch redaktionell anpassungsbedürftig:

§ 264 Absatz 2 Satz 1 SGB V sieht vor, dass die Krankenbehandlung von nicht Versicherungspflichtigen, die Leistungen u. a. nach dem dritten bis neunten Kapitel SGB XII erhalten, von den Krankenkassen gegen Kostenerstattung übernommen wird. Der Verweis umfasst bislang demnach die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem sechsten Kapitel SGB XII.

§ 264 Absatz 5 Satz 1 SGB V regelt, dass der Träger die nach § 264 Absatz 2 SGB V Betreuten bei der Krankenkasse abmeldet, sofern keine Bedürftigkeit im Sinne des Zwölften Buches mehr vorliegt.

In § 264 Absatz 7 Satz 1 SGB V wird der Aufwendungs- und Verwaltungskostenersatz geregelt. Insoweit wird auf die Träger der Sozialhilfe und Jugendhilfe Bezug genommen.

Änderung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch

§ 24 Bericht

A) Änderungsvorschlag

Artikel 2 wird um folgende Nummer 2 – neu – ergänzt, die bisherigen Nummern 2 bis 17 werden die Nummern 3 bis 18:

„§ 24 wird aufgehoben.“

B) Begründung

Durch das Bundesteilhabegesetz wird der Auftrag der Rehabilitationsträger, gemeinsame Servicestellen zu unterhalten, zum 01.01.2018 gestrichen. Vor diesem Hintergrund sollte die Berichtspflicht nach § 24 SGB IX bereits im Rahmen des Übergangsrechts für das Jahr 2017 gestrichen werden.